

FOREBYGGELSE PÅ ÆLDREOMRÅDET

Håndbog til kommunerne



Forebyggelse på ældreområdet – håndbog til kommunerne

Håndbogen er blevet til som del af et satspuljeprosjekt med det formål at understøtte kommunernes forebyggende indsats på ældreområdet.

Projektet var som udgangspunkt forankret i Socialstyrelsen. Arbejdet med håndbogen blev efterfølgende et samarbejde mellem Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, hvor det fælles fokus har været at give en samlet beskrivelse af sociale- og sundhedsmæssige perspektiver med betydning for de forebyggende indsatser målrettet ældre, der ikke i forvejen har et stort plejebehov eller behov for rehabiliterende indsats. Ældreområdet hører nu under Sundhedsstyrelsen.

Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence og Viden, har udarbejdet udkast til håndbogens kapitler med inddragelse af projektets kommunepanel, ekspertgruppe og følgegruppe. Materialet er herefter bearbejdet yderligere af Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen med supplerende inddragelse af udvalgte fagpersoner og eksperter.

Projektets kommunepanel bestod af repræsentanter fra Odense, Holstebro, Viborg, Esbjerg, København, Guldborgsund og Ballerup kommune, der alle har deltaget engageret og bidraget med viden fra praksis.

Projektets følgegruppe har løbende bidraget med kritiske spørgsmål, konstruktive forslag og gode ideer. Gruppen bestod af medlemmer fra: Landsforeningen SUFO, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, FOA Fag og Arbejde, Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen PLO, Danske Ældreåd, Ældresagen, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen.

Tine Rostgaard, Christine E. Swane, Eigil Boll Hansen og Charlotte Nilsson har med deres deltagelse i projektets ekspertgruppe ydet kompetent faglig sparring. Desuden har Anne Marie Beck, Nina Beyer og Lis Puggaard bidraget i forhold til konkrete afsnit og problemstillinger.

Til inspiration omtales der i håndbogen en række eksempler på god praksis fra kommunerne. For nærmere information herom henvises til de respektive kommuner eller deres hjemmesider.

© Sundhedsstyrelsen, 2015

Du kan frit referere teksten i publikationen, hvis du tydeligt gør opmærksom på, at teksten kommer fra Sundhedsstyrelsen.

Det er ikke tilladt at genbruge billeder fra publikationen.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
sundhedsstyrelsen.dk

Emneord: Forebyggelse, ældre, kommune, ensomhed, selvmordsadfærd, ernæring, alkohol, fysisk aktivitet, fald

Sprog: Dansk

Version 1.0

Versionsdato: 20.10.2015

Udgivet af Sundhedsstyrelsen 20.10.15.

ISBN Elektronisk 978-87-7104-649-6

INDHOLD

Om Håndbogen	5
Håndbog om forebyggelse på ældreområdet	6
Forebyggelse på ældreområdet – centrale begreber	9
Målgrupper for forebyggende indsatser	13
Primære kommunale aktører og arenaer	17
Eksterne aktører/samarbejdspartnere	22
Implementering	29
Dokumentation og resultatopfølgning	33
Redskaber	37
Introduktion	38
Rejse-sætte-sig-testen	40
Ganghastighedstest	43
Avlunds mobilitet-trætheds-skala (Mob-T)	45
EQ-5D (EuroQUALity5D)	47
WHO-5	49
Geriatrisk depressionsskala (GDS-15)	51
Ensomhedsskala (UCLA 20)	53
Fysisk aktivitet	55
Hvorfor forebygge?	56
Opsporing og motivation	59
Indsatser	64
Aktiviteter i nærmiljøet	71
Frivillig motionsven	74
Individuelt tilpasset styrketræning	77
Fald	81
Hvorfor forebygge?	82
Opsporing og motivation	85
Indsatser	91
Balance- og styrketræning	95
Individuel faldrådgivning	99
Seniorkurser	102

Ernæring	105
Hvorfor forebygge?	106
Opsporing og motivation	110
Indsatser	117
Information og rådgivning om kost og ernæring	122
Spiseven i hjemmet	126
Spisefællesskaber til forebyggelse af risiko for udvikling af svær overvægt, uplanlagt væggtab og underernæring	129
Alkohol	133
Hvorfor forebygge?	134
Opsporing og motivation	141
Indsatser	148
Information om alkohol	151
Uddannelse af ressourcepersoner	154
Dialog om alkohol ved forebyggende hjemmebesøg	157
Ensomhed og social isolation	161
Hvorfor forebygge?	162
Opsporing og motivation	166
Indsatser	173
Samværsgruppe for ældre, der har mistet	177
Spisevenner	181
Herreklub	184
Selvmondsadfærd	187
Hvorfor forebygge?	188
Tidlig opsporing	194
Indsatser	201
Opsporing af depression ved de forebyggende hjemmebesøg	204
Uddannelse af nøglepersoner i den kommunale sektor	208
Enke- og enkemandsbesøg	211

OM HÅNDBOGEN



HÅNDBOG OM FOREBYGGELSE PÅ ÆLDREOMRÅDET

Målet med den forebyggende indsats på ældreområdet er, at ældre mennesker kan bevare deres sundhed, trivsel og funktionsevne og således leve et selvstændigt og meningsfuldt liv længst muligt.

Formål

Formålet med håndbogen er at understøtte kommunernes forebyggende arbejde på ældreområdet, så ældre borgere kan bevare og fremme deres fysiske, psykiske og sociale sundhed, funktionsevne og livskvalitet længst muligt. Og at nedsættelse af funktionsevnen begrænses, så den enkeltes afhængighed af hjælp fra andre udskydes eller undgås.

Ældre borgeres sundhed, trivsel og funktionsevne er et fælles anliggende for den enkelte, de pårørende, lokalsamfundet, kommuner, regioner og stat. Den enkelte borger har ansvar for eget liv og for de valg og handlinger, som bidrager til at skabe sundhed og trivsel. Mens staten sætter de overordnede rammer, har kommunerne ansvar for at sikre sunde rammer og tilbud lokalt, der fremmer sundhed og trivsel og forebygger sygdom og nedsættelse af funktionsevnen.

Håndbogen skal bidrage til, at kommunernes arbejde med forebyggelse på ældreområdet kan udføres med høj faglig kvalitet og så målrettet og effektivt som muligt. Det er i den forbindelse væsentligt, at den forebyggende indsats målrettes de ældre borgere, som er i størst risiko for nedsættelse af funktionsevnen, og at indsatsen tænkes på tværs af social- og sundhedsområdet.

I håndbogen præsenteres viden om ældre borgere, der er i risiko for nedsættelse af funktionsevnen og derfor typisk kan have gavn af en forebyggende indsats. Ligeledes præsenteres viden om indsatser, der kan understøtte, at den enkelte kan bevare og fremme sundhed, trivsel og funktionsevne længst muligt. Der er stadig et stort potentiale i forebyggende indsatser i befolkningen, herunder for ældre borgere.

Beskrivelserne i håndbogen er baseret på aktuelt bedste nationale og internationale viden og evidens samt praksiserfaringer. I den forbindelse har Sundhedsstyrelsen udarbejdet 11 forebyggelsespakker, der for den samlede befolkning beskriver forebyggelsesindsatser, som på kort og længere sigt kan styrke og videreudvikle kvaliteten i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i kommunerne.

Hvem er håndbogen skrevet til?

Håndbogen henvender sig primært til kommunale ledere og konsulenter, der planlægger og koordinerer forebyggende initiativer på ældreområdet samt kommunale medarbejdere i kontakt med ældre borgere. Det er fx medarbejdere, der udfører forebyggende hjemme-

besøg, visitatorer, hjemmepleje, demenskoordinatorer og medarbejdere, der arbejder med kommunal genoptræning.

Hvem er målgruppen for håndbogens indsatser?

Mange ældre mennesker klarer sig selv i hverdagen og lever et meningsfuldt liv. Samtidig er der nogle mennesker, der i en periode kan have behov for støtte og hjælp for at forebygge (yderligere) nedsættelse af funktionsevnen.

Målgruppen for de forebyggende indsatser, der er beskrevet i denne håndbog, er personer:

- over 65 år
- som i høj grad klarer sig selv i hverdagen, dvs. ikke modtager hjælp eller kun i begrænset omfang får hjælp og støtte efter serviceloven,
- som samtidig er i risiko for (yderligere) nedsættelse af funktionsevnen, og hvor denne risiko kan mindskes via en tidlig forebyggende indsats.

En mere uddybende beskrivelse af målgruppen for håndbogens indsatser kan også læses i afsnittet 'Målgrupper for den forebyggende indsats'.

Målgrupper for forebyggende indsatser.

Håndbogen sætter fokus på, hvordan forebyggende indsatser kan målrettes de borgere, som har størst behov for forebyggelse inden for følgende 6 indsatsområder:

- Alkohol
- Ensomhed og social isolation
- Ernæring
- Fald
- Fysisk aktivitet
- Selvmondsadfærd

Indsatsområderne er blandt andet valgt på baggrund af en kortlægning af kommunale erfaringer samt national og international viden om forebyggelse på ældreområdet. Det skal dog understreges, at andre indsatsområder også fortsat er relevante i den forebyggende indsats målrettet ældre borgere. Fx er tilbud om rygeafvænning også vigtig i relation til målgruppen af ældre borgere, da også ældre kan høste en betydelig helbredsmæssig gevinst ved rygestop. Årsagen til, at "tobak" ikke er beskrevet som indsatsområde, er derfor udelukkende en vurdering af, at kommunerne i forvejen har en betydelig erfaring med tobaksforebyggende arbejde, og at der i forvejen er relevante materialer og viden på området – også når det gælder ældre.

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om tobak

Sundhedsstyrelsens generelle opslag om tobak

Redskaber til opsporing

Der findes validerede måleredskaber, som kan anvendes i forbindelse med opsporing og identifikation af ældre mennesker, som er i risikogruppen og kan have behov for en tidlig forebyggende indsats. Under afsnittet Redskaber er samlet en række validerede måleredskaber, hvor en del også kan understøtte den tidlige opsporende indsats.

Redskaber

Risikofaktorer

Under hvert indsatsområde i håndbogen er det desuden angivet, hvilke risikofaktorer der er særligt betydningsfulde for ældres nedsættelse af funktionsevnen, da tilstedeværelsen af disse bør give anledning til særlig opmærksomhed på, om en borger har behov for indsatser. Det er også beskrevet, hvilke grupper af ældre der kan have øget risiko for nedsættelse af funktionsevnen.

Mestring

Viden om potentielle risikofaktorer og måleredskaber til opsporing af ældre med forebyggelsesbehov kan kun være en overordnet rettesnor. Om en konkret borger har behov for en forebyggende indsats, afhænger ikke kun af livsomstændigheder, udefrakommende hændelser eller sygdom. Det afhænger også af, hvilke ressourcer og mestringsstrategier borgeren har.

Mestring betegner bl.a. de ressourcer og strategier, som en person har og anvender til at håndtere ændringer og vanskelige situationer i tilværelsen. Forskelle i mestringsstrategier og ressourcer kan således forklare, hvorfor nogle mennesker formår at opretholde en meningsfuld hverdag på trods af store udfordringer og vanskelige begivenheder, mens andre har svært ved at håndtere sådanne begivenheder (1).

MERE VIDEN

Forebyggelsespakker

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker indeholder faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde.

Der er desuden udarbejdet en tværgående oversigt over alle anbefalinger for ældre borgere.

[Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker](#)

Kilder

1. Antonovsky, Aron (1987): Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask. Hans Reitzels forlag.

FOREBYGGELSE PÅ ÆLDREOMRÅDET – CENTRALE BEGREBER

Introduktion til begreber, der er centrale i håndbogen om forebyggelse på ældreområdet.

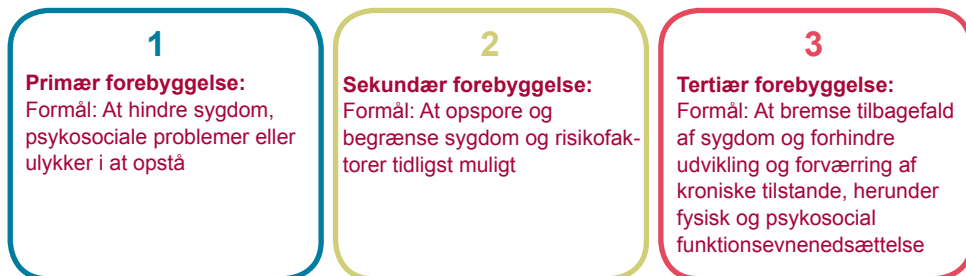
Ældre mennesker

Ældre mennesker defineres i håndbogen som personer over 65 år.

Forebyggelse

Forebyggelse defineres i håndbogen som en 'aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdom, sociale problemer og/eller ulykker samt funktionsevnenedsættelser. At forhindre opståen og udvikling af nedsat funktionsevne omfatter også indsatser, der har til formål at stabilisere en tilstand, undgå forværring af en tilstand samt at undgå tilbagefald' (1).

Denne definition af forebyggelse dækker over både primær, sekundær og tertiær forebyggelse:



De forebyggende indsatser beskrevet i håndbogen fokuserer på primær og sekundær forebyggelse af funktionsevnenedsættelse. I forbindelse med hvert indsatsområde er beskrevet en række forslag til, hvordan konkrete forebyggende indsatser kan tilrettelægges og målrettes de ældre borgere, som er i størst risiko for funktionsevnenedsættelse, fx nedsat mobilitet.

Målgrupper for forebyggende indsatser

Rammer for forebyggelsesindsatsen

Forebyggelsesindsatsen kan udføres med hjemmel i både serviceloven og sundhedsloven.

Forebyggelse er et væsentligt formål med indsatser efter serviceloven, hvor også den generelle forebyggelsesopgave på ældreområdet præciseres (2). Serviceloven giver

kommunerne mulighed for at iværksætte generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte samt at bevilge konkrete ydelser, som tilgodeser de behov, der følger af nedsat funktionsevne. Derudover skal kommunerne jf. servicelovens § 79a tilbyde borgere over 75 år et årligt forebyggende hjemmebesøg (2).

Der forventes en lovændring af aldersgrænsen for de årlige forebyggende hjemmebesøg, således at aldersgrænsen rykkes fra 75 til 80 år. Lovændring forventes at træde i kraft i januar 2016.

Sundhedsloven giver med hjemmel i § 119, stk. 1 og 2 kommunerne ansvaret for at etablere sunde rammer samt forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne (3, 4). Kommunerne samarbejder med regionerne om sammenhængende og effektive forebyggelsesforløb på tværs af sektorer fx med praktiserende læger og sygehuse (5). Dertil kommer samarbejde om forebyggelsesindsatser med andre parter, herunder private aktører og lokalsamfundet.

Eksterne aktører/samarbejdspartnere

Funktionsevne

Målet med den forebyggende indsats til ældre er at forebygge funktionsevnenedsættelser.

I denne sammenhæng anvendes WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand, ICF (6). ICF-klassifikationen er baseret på WHO's bio-psyko-sociale begrebsmodel og har til formål at give en samlet begrebsramme og en systematisk terminologi om helbredsrelateret funktionsevne.

Behovet for denne forståelse af funktionsevne skal blandt andet ses i sammenhæng med behovet for at kunne beskrive konsekvenserne af sygdomme, som trods behandling har blivende følger i form af nedsat funktionsevne.

Funktionsevne er således en overordnet term for kroppens funktioner, kroppens anatomi, aktiviteter og deltagelse. Termen angiver aspekter af spillet mellem en person (med en given helbredstilstand) og personens kontekstuelle faktorer (omgivelsesfaktorer og personlige faktorer).

Funktionsevne omfatter dermed tre komponenter:

- Kroppens funktioner og anatomi
- Aktiviteter
- Deltagelse

Komponenterne påvirker hinanden gensidigt, ligesom den samlede funktionsevne påvirkes af:

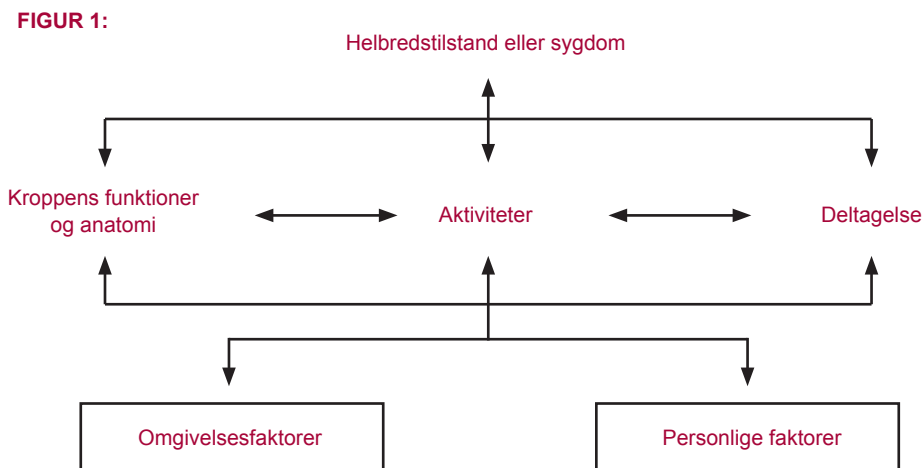
- Helbredsmæssige forhold
- Omgivelsesfaktorer
- Personlige faktorer

Ved omgivelsesfaktorer forstås de fysiske, sociale og holdningsmæssige omgivelser, som mennesker bor og lever i. Omgivelsesfaktorerne kan have begrænsende eller fremmende indflydelse på en persons kropsfunktioner og anatomi, på muligheder for at udføre aktiviteter eller for deltagelse.

Personlige faktorer, der kan have indflydelse på funktionsevnen, er faktorer som alder, køn, religiøs opfattelse, social status og økonomisk formåen samt men også faktorer som mestringsevne og livserfaring. I praksis er personlige faktorer ofte væsentlige faktorer fx i udredning af funktionsevne og vurdering af potentialet for intervention, hvor de personlige faktorer indgår i den professionelle vurdering. Dette foregår uagtet, at der ikke foreligger en klassifikation af personlige faktorer.

Med ICF-klassifikationen følger, at funktionsevne både vedrører fysiske, psykiske og sociale aspekter. Det samme gælder forståelsen af en persons funktionsevnenedsættelse, der integrerer både fysiske, psykiske og sociale problemstillinger og dermed sikrer fokus på den enkeltes livssituation og muligheder og begrænsninger i hverdagen.

Figur 1: illustrerer, hvordan komponenterne spiller sammen og påvirker hinanden gensidigt (6):



MERE VIDEN

Sociale begreber

Socialstyrelsen har samlet centrale sociale begreber.

[Sociale begreber](#)

Sundhedsbegreber

Begrebsbasen er udarbejdet af Det Nationale Begrebsarbejde for Sundhedsvæsenet (NBS) og indeholder begrebsdefinitioner inden for centrale sundhedsfaglige emneområder.

[Begrebsbasen](#)

Kilder

1. Socialstyrelsens hjemmeside om sociale begreber.

www.socialebegreber.dk

2. Serviceloven.

[Serviceloven på retsinformation.dk](http://retsinformation.dk/Serviceloven)

3. Sundhedsloven.

[Sundhedsloven på retsinformation.dk](http://retsinformation.dk/Sundhedsloven)

4. Sundhedsstyrelsen (2007): Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2.

5. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

6. Sundhedsstyrelsen (2003): International klassifikation af funktionsevnen, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Munksgaard; 2003.

MÅLGRUPPER FOR FOREBYGGENDE INDSATSER

Ældre borgere bør have mulighed for at deltage i forebyggende indsatser, så de bedst muligt kan opretholde deres funktionsevne. Det er vigtigt, at kommunerne målretter den forebyggende indsats til ældre borgere, som kan have øget risiko for funktionsevnedens sættelse. I forbindelse med tidlig opsporing bør der være særlig fokus på grupper, som ikke af sig selv opsøger kommunens tilbud.

Når livsforandrende begivenheder eller vanskelige livsfaser indtræffer, kan alle mennesker være i større risiko for at blive syge og udvikle funktionsevnedens sættelser (1, 2, 3). Der er også grupper i samfundet, der erfaringsmæssigt er i større risiko for nedsættelse af funktionsevnen end andre. I den forebyggende indsats er det vigtigt, at kommunale medarbejdere er særligt opmærksomme på disse ældre:

- **Ældre, som har mistet samlever/ægtefælle**
At miste en samlever/ægtefælle regnes for at være en af de mest sorgfyldte forandringer, et menneske kan opleve. Tabet af en samlever/ægtefælle kan påvirke alle livsområder. Undersøgelser viser, at ældre, der mister en samlever/ægtefælle, har øget risiko for depression, ensomhed og selvmord (3, 4).
- **Ældre med alvorligt syg samlever/ægtefælle**
Ældre, der lever med en alvorligt syg samlever/ægtefælle, har ligeledes en øget risiko for at blive ensomme. Det skyldes bl.a., at de ofte oplever en høj grad af ansvar og omsorgstygnde; særligt hvis sygdomsforløbet er langvarigt. Undersøgelser viser, at op mod 30 % af ældre mennesker, hvis samlever/ægtefælle har en alvorlig sygdom, oplever ensomhed (5).
- **Ældre, som forlader arbejdsmarkedet**
For nogle ældre mennesker er overgangen fra en hverdag med et aktivt arbejdsliv til pensionsalderen en brat og svær overgang (5).
- **Ældre, der udskrives fra sygehus**
Ældre, der udskrives efter indlæggelse, hvor det er vurderet, at der ikke er behov for genoptræning eller anden opfølgning på behandling, kan have behov for et forebyggende hjemmebesøg efter serviceloven. Formålet med besøget er at skabe tryghed og sikkerhed for, at hverdagens aktiviteter kan genoptages.
- **Ældre, der afslutter rehabiliteringsforløb**
Ældre, der afslutter et rehabiliteringsforløb, kan have øget risiko for tab af funktionsevne. I forbindelse med afslutning af et rehabiliteringsforløb er det derfor vigtigt, at det er vurderet, hvorvidt borgeren fortsat har behov for en forebyggende indsats for at bevare den genvundne funktionsevne.

- **Ældre mænd, der lever alene**

Studier peger på, at ældre mænd, der lever alene, har forøget risiko for funktionsevnedssættelse samt social isolation, depression og selvmordsadfærd (6, 7). Mænd, der lever alene, har også en mindre sund livsstil end gifte og samboende mænd (9).

- **Ældre med anden etnisk baggrund end dansk**

I flere kommuner oplever man, at der er behov for en anden indsats, hvis ældre mennesker med anden etnisk baggrund end dansk skal have udbytte af forebyggende tilbud. Flere mangler kendskab til kommunale tilbud og aktiviteter, og der kan være tale om anderledes udfordringer og behov, ligesom sproget kan være en barriere. Erfaringen er, at der typisk skal en mere målrettet indsats til for at motivere ældre mennesker med anden etnisk baggrund end dansk til at deltage i forebyggende indsatser.

- **Ældre med kort uddannelse og/eller kort erhvervs erfaring**

I den Nationale Sundhedsprofil 2013 ses, at personer med kort eller ingen uddannelse både ryger mere, har dårligere kostvaner og har en større forekomst af svær overvægt end højtuddannede (10). Det er desuden dokumenteret, at der er sammenhæng mellem uddannelsesniveau og hjemmepleje, således at kort uddannelse er associeret med højere sandsynlighed for at få hjemmepleje (8). Ligeledes ses en sammenhæng mellem erhvervs erfaring og hjemmepleje, som viser, at kort erhvervs erfaring er associeret med øget behov for hjemmepleje. (8)

SÆT FOKUS PÅ

Borgere, der kan have særligt behov for forebyggende indsats, fx

- Ældre, der mister en samlever/ægtefælle
- Ældre med syg samlever/ægtefælle
- Ældre, der forlader arbejdsmarkedet
- Ældre, der udskrives fra sygehuset uden planlagt genoptræning eller opfølgning
- Ældre, der afslutter rehabiliteringsforløb
- Ældre mænd, der lever alene
- Ældre med anden etnisk baggrund end dansk
- Ældre med kort uddannelse og/eller kort erhvervs erfaring

EKSEMPEL

Kom godt videre efter sygehusophold

Under overskriften "Kom godt videre efter et sygehusophold" tilbyder Vejle Kommune borgere over 75 år et forebyggende hjemmebesøg i eget hjem efter et sygehusophold eller kontakt med skadestue. Medarbejderne oplever, at disse borgere har behov for støtte i hverdagen til at mestre det måske ændrede funktionsniveau fysisk, psykisk og/eller socialt. Målgruppen er ældre mennesker, hvor der ikke er behov for anden opfølgning på behandling, men som kan have behov for støtte, når de skal genoptage hverdagen.

Virkningen af initiativet er ikke undersøgt nærmere.

Tidlig opsporing af borgere i sårbare livssituationer

I Odsherred Kommune har de forebyggende medarbejdere mulighed for at tilbyde 1-2 forebyggende hjemmebesøg til borgere i alderen 55-74 år, som ønsker støtte og vejledning. Målgruppen er borgere i sårbare livssituationer, fx som følge af belastende livsforanderende begivenheder eller ensomhed og isolation.

Tilbuddet er en del af et projekt, og hensigten med besøgene er blandt andet, at:

- yde støtte og vejledning, så borgeren selv kan løse sygdoms- og sundhedsproblemer.
- borgerne bliver i stand til at mestre eget liv i eget hjem ved at fokusere på hele løsninger og evt. medinddrage pårørende og frivillige.
- skabe netværk og forebygge ensomhed.

Kommunen har udarbejdet en rapport, der beskriver erfaringer fra projektet.

Tosprogede medarbejdere til forebyggende hjemmebesøg

En række kommuner, herunder København, Odense, Greve og Guldborgsund, har ansat tosprogede medarbejdere til at varetage de forebyggende hjemmebesøg blandt kommunens ældre borgere med anden etnisk baggrund end dansk. De foreløbige erfaringer viser, at medarbejderne via deres sprogkundskaber og indsigt i kulturelle forskelle kan bidrage til, at flere etniske ældre takker ja til de forebyggende hjemmebesøg.

Odense Kommune har valgt at sætte aldersgrænsen for de forebyggende hjemmebesøg ned til 65 år blandt ældre med anden etnisk baggrund end dansk. 85 pct. af målgruppen tager imod tilbuddet om besøg. Det skyldes henvendelsesformen og en aktiv indsats for at gøre de forebyggende medarbejdere til "kendte ansigter" blandt de ældre. Kommunen sender et brev med dato for besøget til den enkelte ældre borger. Men da mange i gruppen har læsevanskeligheder, følges der op med et telefonopkald. I et boligområde med mange ældre med anden etnisk baggrund end dansk, er der etableret et værested. Her kommer de medarbejdere, der udfører de forebyggende besøg, forbi. Erfaringen er, at når de ældre med anden etnisk baggrund først kender den forebyggende medarbejder og har tillid til vedkommende, så vil de meget gerne have besøg.

Projektet i Odense er afsluttet i 2007 og har siden kørt i drift i Odense Kommunes Ældre - og Handicapforvaltning.

Der er udarbejdet inspirationsmateriale for ledere og medarbejdere, der arbejder med ældre med ikke vestlig baggrund.

Mimers Brønd - Multietnisk værested for ældre i Vollsmose

Kilder

1. Antonovsky, Aron (1987): *Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask*. Hans Reitzels forlag.
2. Statens Institut for Folkesundhed (2008): *Midaldrende og ældre danskeres alkoholforbrug - en beskrivelse af udviklingen i alkoholforbruget og en analyse af socioøkonomiske sammenhænge med storforbrug*. Servicestyrelsen.
3. Palliativt Videnscenter (2012): *Når to bliver til én. Omsorg for ældre efterladte*. Undervisningsmateriale og inspiration til at udarbejde en handleplan for ældre i sorg.
4. Victor, C; Scamler, S; Bowling, A. and Bond, J. (2005): *The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain*. *Ageing and Society*, 25, pp. 357- 375.
5. Marselisborg (2012): *Ældre og ensomhed – hvem, hvorfor og hvad gør vi? En undersøgelse om ensomhed hos ældre i 25 kommuner*.
6. Nilsson, Charlotte Juul; Lund, Rikke; Avlund, Kirsten (2008): *Cohabitation Status and Onset of Disability among Older Danes. Is Social Participation a Possible Mediator?* *Journal of Aging and Health*. Volume 20. Number 5. Sage Publication.
7. Nilsson, Charlotte Juul; Lund, Rikke; Avlund, Kirsten (2010): *Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations? A longitudinal study of non-disabled men and women*. *Age and Ageing* 2010; 39, s. 319–326. Oxford University Press.
8. Socialstyrelsen (2013): *Målgruppen for rehabilitering til hverdagens aktiviteter*.
9. Sundhedsstyrelsen (2010): *Mænds sundhed – en oversigt over mænds sundhedstilstand og en gennemgang af effektive forebyggelsesmetoder*.
10. Sundhedsstyrelsen (2014): *Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013*.

PRIMÆRE KOMMUNALE AKTØRER OG ARENAER

Der er mange forskellige aktører på ældreområdet, som spiller en vigtig rolle i det forebyggende arbejde. De indgår på hver deres måde og med hver deres udgangspunkt i samarbejdet om den forebyggende indsats.

En forudsætning for, at kommunernes arbejde med forebyggelse på ældreområdet kan udføres målrettet og kvalificeret, er, at der er et tæt samarbejde mellem de primære aktører på forebyggelsesområdet.

I såvel det opsporende arbejde som i udførelsen af selve indsatsen er der en række kommunale primære aktører, som alle – på hver deres måde og med hver deres udgangspunkt – er helt centrale spillere i den forebyggende indsats på ældreområdet. Det drejer sig først og fremmest om:

- Medarbejdere, der udfører forebyggende hjemmebesøg
- Hjemmeplejen
- Visitatorer
- Demenskoordinatorer
- Medarbejdere, der arbejder med kommunal genoptræning
- Kommunale ledere og konsulenter, der planlægger og koordinerer forebyggende initiativer på ældre- og sundhedsområdet.

Disse aktører har en central rolle i forhold til at identificere ældre borgere med forebyggelsesbehov, da de dagligt er i kontakt med mange ældre borgere i kommunerne.

Det er samtidig disse aktører, som kan iværksætte, planlægge og koordinere en systematisk forebyggende indsats på ældreområdet. Desuden er kommunale frivillighedscoordinatorer, medarbejdere tilknyttet aktivitetstilbud og lignende også vigtige i forhold til etablering af konkrete tilbud og indsatser.

I udmøntningen af forebyggelsesindsatsen kan det være en udfordring, at aktørerne på området repræsenterer forskellige faggrupper og typisk har flere organisatoriske placeringer.

Ledelsen bør derfor vurdere, hvorvidt der er behov for at justere på organiseringen for at styrke samspillet mellem de enkelte parter.

Det er vigtigt, at de forskellige kommunale aktører har viden om – og ikke mindst forståelse for – hinandens kompetencer og fagligheder. Hensigten er at skabe et fælles mål for den forebyggende indsats, en klar ansvarsfordeling og faste procedurer for samarbejdet.

SÆT FOKUS PÅ

Systematisk samarbejde mellem primære kommunale aktører

Kommunerne bør have et formaliseret samarbejde mellem de primære kommunale aktører:

- Medarbejdere, der udfører forebyggende hjemmebesøg
 - Hjemmeplejen
 - Visitatorer
 - Demenskoordinatorer
 - Medarbejdere, der arbejder med kommunal genoptræning
 - Kommunale ledere og konsulenter, der planlægger og koordinerer forebyggende initiativer på ældre- og sundhedsområdet.
-

Forebyggende hjemmebesøg er en central arena for opsporing

Kommunerne er forpligtede til at tilbyde forebyggende hjemmebesøg til alle ældre på 75 år og derover, og de forebyggende hjemmebesøg udgør en central arena for opsporing af ældre mennesker i risiko for nedsættelse af funktionsevnen (2).

Der forventes en lovændring af aldersgrænsen for de årlige forebyggende hjemmebesøg, således at aldersgrænsen rykkes fra 75 til 80 år. Lovændring forventes at træde i kraft i januar 2016. Forhøjelsen af aldersgrænsen fra 75 til 80 år giver kommunerne mere fleksible rammer for at målrette de forebyggende hjemmebesøg i forhold til særlige risikogrupper.

FAKTA

Serviceoven – om forebyggende hjemmebesøg

§ 79. Kommunalbestyrelsen kan iværksætte eller give tilskud til generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte.

§ 79 a. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg til alle borgere, der er fyldt 75 år, og som bor i kommunen. Se bemærkning om forventet lovændring ovenfor.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen tilrettelægger besøgene efter behov. Kommunalbestyrelsen skal dog tilbyde mindst ét årligt forebyggende hjemmebesøg.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan vælge at undtage de borgere, som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp efter § 83 fra ordningen om forebyggende hjemmebesøg.

De forebyggende hjemmebesøg er et omdrejningspunkt for kommunernes forebyggende indsats. Forskning viser, at kommunerne via besøgene får kontakt til ældre mennesker, der ellers har meget begrænset kontakt til offentlige myndigheder (3). Besøgene foregår i borgernes eget hjem og har fokus på at drøfte den enkelte borgers aktuelle livssituation og på at støtte den enkelte til at udnytte egne ressourcer, bevare funktionsniveauet og opnå øget trivsel.

Litteraturen peger på, at forebyggende hjemmebesøg kan bidrage til at forbedre funktionsevnen samt reducere funktionsevnedækkelse blandt ældre, der har en relativ god funktionsevne og selv kan klare en stor del af opgaverne i hverdagen. De præcise årsager til de positive effekter af forebyggende hjemmebesøg kendes ikke på nuværende tidspunkt. Flere forhold spiller formentligt ind, herunder viden om egne ressourcer og mulighederne for at påvirke sit eget livsforløb, kendskab til tilbud i lokalområdet samt øget tryghed ved at have en indgang til kommunen. (1)

Danske studier dokumenterer desuden, at målrettet uddannelse af de medarbejdere, der gennemfører de forebyggende hjemmebesøg, også har en positiv effekt på dels ældres fysiske aktivitetsniveau, og dels en reduktion i tab af fysisk funktionsevne målt via evnen til at gennemføre almindelige dagligdagsaktiviteter. (6)

Det er ikke alle ældre borgere, der tager imod tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg. For at øge andelen af ældre, der takker ja til det forebyggende hjemmebesøg, er det vigtigt at være opmærksom på at:

- Henvendelsesformen har betydning for, hvor mange og hvilke ældre der takker ja til det forebyggende hjemmebesøg (4, 2).
- Færre mænd (ca. 25 %) end kvinder (ca. 37 %) tager imod det forebyggende hjemmebesøg første gang, de får det tilbudt - uanset henvendelsesformen (4).
- Konkrete opsporingsstrategier målrettet udsatte ældre borgere kan øge antallet, der tager imod det forebyggende hjemmebesøg. Det kan fx være telefonopringninger til ældre mennesker, der har mistet ægtefælle/samlever, eller en opringning fra en forebyggende medarbejder, der taler modersmålet til ældre mennesker med anden etnisk baggrund end dansk (5).

SÆT FOKUS PÅ

Opsporingsstrategier målrettet ældre, der i første omgang takker nej til forebyggende hjemmebesøg

Det afdækkes, hvorvidt der er grupper af ældre borgere i kommunen, der i særlig grad takker nej til det forebyggende hjemmebesøg. Er der særlige karakteristika? Hvad er behovet for forebyggende tilbud?

Som opfølgning udarbejdes en plan for, hvordan der kan gives et mere målrettet tilbud til disse grupper.

Opsporing af ældre mennesker med behov for forebyggende indsats via andre kommunale aktører

Hjemmepleje, visitation, demenskoordinatorer og medarbejdere tilknyttet aktivitetstilbud kan alle bidrage systematisk til at styrke opsporingen. Det forudsætter, at der er et formaliseret samarbejde og faste procedurer for, hvordan opsporingen tilrettelægges, herunder fastlæggelse af, hvornår og hvordan borgerens evt. behov for en forebyggende indsats vurderes.

For hjemmepleje og visitation kan en vurdering af et evt. behov for forebyggelse gennemføres systematisk i følgende situationer:

- Når en borger henvender sig for at få et hjælpemiddel
- Når en borger efterspørger hjemmehjælp, men ikke opfylder kriterierne for at få personlig eller praktisk hjælp eller rehabilitering
- Som del af afslutningen på rehabiliteringsforløb.

Ligeledes er demenskoordinatorerne i kontakt med borgere og pårørende, der er i en svær situation, hvor det vil være relevant at drøfte behovet for støtte og forebyggende indsatser.

De forskellige kommunale aktører skal have overblik over relevante forebyggende indsatser og tilbud i kommunalt og frivilligt regi samt have fastlagte procedurer for det indbyrdes samarbejde.

MERE VIDEN

Forebyggelsespakker

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker indeholder faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde.

Der er desuden udarbejdet en tværgående oversigt over alle anbefalinger for ældre borgere.

[Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker](#)

Forebyggende hjemmebesøg til ældre

Ankestyrelsen har udviklet en håndbog med gode råd og vejledning til rekruttering og gennemførelse af forebyggende hjemmebesøg.

[Håndbog om forebyggende hjemmebesøg](#)

Kilder

1. Hjemmehjælpskommissionen (2013): Rapport fra Hjemmehjælpskommissionen. Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats.
2. Ankestyrelsen (2008): Håndbog. Forebyggende hjemmebesøg til ældre.
3. Vass, M.; Avlund, K; Hendriksen, C; Philipson, L & Riis, P (2007): Preventive home visits to older people in Denmark. Why, how, by whom, and when? *Z Gerontol Geriat* 40, s.209–216.
4. Ekman, A; Vass, M.; K, Avlund (2010): Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? *Health and Social Care in the Community*. 18(6) s. 563-571.
5. Yamada, Y. et al. (2012): Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced? A cross sectional study in Denmark. *BMC Public Health* 2012, 12, s. 396.
6. Avlund, K; Vass, M; Kvist, K; Hendriksen, C; Keiding, N (2007): Educational intervention toward preventive home visitors reduced functional decline in community-living older women. *Journal of Clinical Epidemiology*, Volume 60, Issue 9.

EKSTERNE AKTØRER/ SAMARBEJDSPARTNERE

Forebyggelsesopgaven er en del af både social- og sundhedsområdet, og det er derfor vigtigt, at indsatserne baseres på et tværfagligt og helhedsorienteret samarbejde. Udover de primære aktører internt i kommunen er der en række aktører, som er centrale samarbejdspartnere for kommunerne i den forebyggende indsats på ældreområdet.

En forudsætning for, at kommunernes arbejde med forebyggelse på ældreområdet kan udføres kompetent, målrettet og omkostningseffektivt, er, at den forebyggende indsats tænkes på tværs af social- og sundhedsområdet, og at kommunerne har fokus på relevante samarbejdspartnere.

SÆT FOKUS PÅ

Kortlæg lokale eksterne samarbejdspartnere

Som del af planlægningen af den forebyggende indsats kortlægger kommunerne relevante samarbejdspartnere. Vær opmærksom på, om der lokalt er særlige personer eller foreninger/netværk/private aktører med stor kontaktflade til ældre borgere. Af kortlægningen bør det fremgå, hvem der kan være relevante samarbejdspartnere, og hvad der konkret kan samarbejdes om i relation til enten opsporing eller konkrete forebyggende indsatser og tilbud.

Samarbejdspartnere er:

- **Kommunale ældreråd**
- **Regionale aktører:** Almen praksis, speciallægepraksis, tandlæger, fysioterapeuter, fodterapeuter, sygehuse fx geriatriske afdelinger m.fl.
- **Aktører i lokalsamfundet:** Frivillige, foreninger, pårørende, præster, boligsociale medarbejdere, private aktører m.fl.

Kommunale ældreråd

Ældrerådene er lovfæstede, og alle kommuner har et ældreråd, der vælges blandt kommunens borgere. Rådets medlemmer skal minimum være fyldt 60 år. Ældrerådets opgave er at rådgive kommunalpolitikere i alle forhold, der vedrører ældrebefolkningen. Det kommunale ældreråd er derfor også en væsentlig samarbejdspartner i forbindelse med tilrettelæggelsen af forebyggende initiativer målrettet kommunens ældre borgere.

SÆT FOKUS PÅ

Samarbejde med kommunale ældreråd

Kommunerne går i dialog med ældrerådet om, hvordan man kan styrke den forebyggende indsats for ældre borgere, og om, hvilke relevante samarbejdspartnere der kan inddrages i det forebyggende arbejde.

Regionale aktører

Når det drejer sig om regionale aktører, er sundhedsaftaler en vigtig ramme. Regionens samarbejde med kommunerne om sammenhængende forebyggelsesforløb fastlægges i sundhedsaftalerne, og dertil skal regionen understøtte det kommunale forebyggelsesarbejde gennem rådgivning.

FAKTA

Sundhedsaftaler

Sundhedsaftalen indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen en gang i hver valgperiode. Sundhedsaftalen fastsætter rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne på fire obligatoriske indsatsområder inden for sundhedsområdet, herunder områderne "Forebyggelse" og "Genoptræning og rehabilitering".

Ud over de lovbundne aftaler, der indgås, kan der indgås supplerende aftaler af frivillig karakter.

Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunale tilbud.

Alment praktiserende læger er ifølge sundhedslovens § 57 b, stk. 25 forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalerne, herunder følge forløbsprogrammer og nationale kliniske retningslinjer mv. De opgaver, som almen praksis jf. sundhedsaftalen forpligtes til at udføre, skal beskrives i praksisplanen for almen praksis og følges op af en underliggende aftale med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales.

Regionen og kommunerne kan med afsæt i sundhedsaftalen og på grundlag af monitorering af sundhedstilstanden aftale, hvordan forebyggelsesindsatsen målrettes, og hvordan regionens rådgivningsforpligtigelse nærmere tilpasses kommunens behov og de muligheder og udfordringer, der er til stede i kommunerne.

Sundhedsaftalen er en oplagt ramme for at sikre sammenhæng i indsatsen mellem sundhedsområdet og andre tæt forbundne områder, herunder socialområdet.

Flere kommuner giver udtryk for, at de har gode erfaringer med og ser et potentiale i at samarbejde med almen praksis og sygehuse om tidlig opsporing af ældre mennesker med risiko for nedsættelse af funktionsevnen. De praktiserende læger, praksispersonale og ansatte på sygehuse møder ofte ældre borgere, der endnu ikke har været i kontakt med det kommunale system. Hvis kommunen har gjort information om lokale forebyggelsestilbud nemt tilgængelig, kan lægen henvise hertil eller med den ældres samtykke videregive relevante oplysninger til fx en forebyggende kommunal medarbejder eller en demenskoordinator, der kan kontakte borgeren og tilbyde et hjemmebesøg og information om relevante tilbud.

SÆT FOKUS PÅ

Samarbejde med almen praksis om opsporing

Kommunerne kan samarbejde med almen praksis og praksispersonale om tidlig opsporing af ældre borgere med risiko for nedsættelse af funktionsevnen.

Kommunen og almen praksis aftaler procedurer for samarbejdet. Dette kan med fordel foregå i det kommunalt-lægelige udvalg (KLU). Hvis dette indebærer nye opgaver for almen praksis, som ikke er omfattet af overenskomsten, bør disse reflekteres i praksisplanerne.

Kommunen sørger for at gøre information om lokale forebyggelsestilbud – herunder også forebyggende hjemmebesøg – nemt tilgængelig for almen praksis og borgerne.

Det er vigtigt, at alle væsentlige aktører i kontakt med ældre borgere i videst muligt omfang har et grundlæggende kendskab til forskellige forebyggende indsatser og tilbud i lokalområdet, således at alle kan medvirke til at formidle viden om tilbuddene (7).

Et godt samarbejde mellem kommunale og regionale aktører om formidling af forebyggende tilbud til ældre mennesker med forebyggelsesbehov kan styrkes ved, at der findes et samlet overblik over kommunens forebyggende indsatser og aktivitetstilbud, som er tilgængeligt for alle aktører på tværs af sektorer. En række kommuner afholder kvartalsmøder, hvor praktiserende læger og ansatte på sygehuse bl.a. informeres om tilgængelige tilbud. Hjemmesiden sundhed.dk/SOFT giver et samlet overblik over kommuner og regioners sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud.

SÆT FOKUS PÅ

Videndeling om kommunens forebyggende indsatser og tilbud

Kommunen prioriterer videndeling om forebyggende indsatser og tilbud på sundhedsportalen sundhed.dk/SOFT, så både borgere og aktører på tværs af sektorer har nem adgang til information om tilbud til ældre borgere.

[Sundheds- og forebyggelsestilbud på sundhed.dk](http://sundhed.dk)

Praksiskonsulenter som brobyggere mellem kommuner og praktiserende læger

En række kommuner har valgt at ansætte én eller flere kommunale praksiskonsulenter, og flere beretter om gode erfaringer med ordningen, der udgør et bindeled mellem kommunale og regionale aktører (4).

En praksiskonsulent er en alment praktiserende læge, som er købt fri af sin praksis i 1-5 timer pr. uge. Praksiskonsulenten er ansat af kommunen og er ikke valgt som repræsentant for de praktiserende læger i kommunen. Vedkommende møder i kommunen i et aftalt antal timer hver uge eller løser opgaver via mail. Den kommunale praksiskonsulents primære opgave er at være lægefaglig sparringspartner for kommunens ansatte.

Nogle kommuner har god erfaring med at have én fast kontaktperson i kommunen, som prioriterer de opgaver, der skal løses i samarbejde med praksiskonsulenten (6). Typiske opgaver er at formidle relevant information videre til kommunalt ansatte og at yde generel almenmedicinsk rådgivning til kommunens forskellige forvaltninger på en række områder, fx sundhedsfremme, forebyggelse, genoptræning, rehabilitering mv. (6).

En kortlægning foretaget af Praktiserende lægers organisation viser, at praksiskonsulentordningen opleves af mange kommuner som et vigtigt redskab i arbejdet med kvalitetsudvikling af kommunikation, information og aftaler på tværs af sektorgrænser (5). Ordningen bidrager dermed til sikring af sammenhængende forebyggelsesforløb (7).

[Information om almen praksis og samarbejde med kommunen på Lægeforeningens hjemmeside](#)

Lokalsamfundet

Lokalsamfundet spiller en vigtig rolle i det forebyggende arbejde, herunder i opsporingen af ældre med særligt behov for en forebyggende indsats. Foruden etablerede foreninger omfatter aktører i lokalsamfundet også løst organiserede frivillige, naboer, pårørende, kirker/trossamfund eller andre former for fællesskaber, som borgeren kan være en del af.

Foreninger og frivillige

I kommunerne findes en mangfoldighed af foreninger, netværk og grupper, som tilbyder aktiviteter og socialt samvær for ældre. Foreningerne spænder fra 'ældre hjælper ældre' aktiviteter, over hobbyaktiviteter, sport og motion, til sociale tiltag som cafeer og selvhjælpsgrupper. At være i dialog og samarbejde med lokale foreninger om den forebyggende indsats kan være en genvej til at nå nogle af de ældre, der ikke selv opsøger støtte eller hjælp. Samarbejdet og den løbende dialog kan både dreje sig om videndeling, etablering af (nye) tilbud, fælles arrangementer og gensidige henvisninger (1).

De frivillige i foreninger mv. er ofte tæt på den ældre og har tid til at lægge et personligt engagement i relationen. Ad den vej er de måske de første til at bemærke en funktionsnedsættelse og gennem dialog opfordre en borger til at søge viden om mulighederne for støtte via forebyggende tilbud i kommunalt eller frivilligt regi.

Det er en god ide lokalt at analysere udfordringer og muligheder på forebyggelsesområdet sammen med repræsentanter fra foreninger samt at aftale, hvem der gør hvad, så samspillet med foreninger og frivillige baseres på lokale ønsker og behov (1, 2).

Samarbejde med frivillige foreninger

Kommunerne går i dialog med lokalsamfundet, herunder særligt frivillige foreninger, om hvordan man i fællesskab kan styrke den forebyggende indsats for ældre mennesker, fx ældre i sårbare livsfaser.

Dialogen kan munde ud i konkrete aftaler om gensidig vidensudveksling om eksisterende tilbud, etablering af nye tilbud til særlige målgrupper og aftaler om gensidig henvisning af borgere.

Det er afgørende for frivilliges motivation, at der er respekt og anerkendelse af det arbejde, de gør. Frivillige kan ikke 'bestilles' til at udføre en opgave, men derimod igennem en dialog være med til at udvikle nye muligheder og tiltag i arbejdet med opsporing og forebyggelse.

Gode råd til dialogen med frivillige:

- Samarbejde opstår oftest, når der er et gensidigt kendskab mellem frivillige og kommunale medarbejdere (1).
- Skab gode rammer for dialog og samarbejde. Aftal faste møder og udpeg gerne en kommunal kontaktperson, som foreningerne og de frivillige kan tage fat i med spørgsmål, ønsker og ideer til nye initiativer (1).
- Tag udgangspunkt i målgruppens (de ældres) konkrete ønsker og behov i dialogen med foreninger og frivillige. En sådan tilgang skaber rum for at drøfte udfordringer og finde nye, innovative løsninger til gavn for målgruppen (3).
- Hent hjælp hos den kommunale frivilligkonsulent og/eller det lokale frivilligcenter. De har erfaring med samarbejde på tværs og har overblik over de eksisterende tilbud i civilsamfundet.



EKSEMPEL

Frivillige som samarbejdspartnere om indsatser for ensomme ældre i Odense Kommune

Odense Kommune inddrager frivillige og frivillige foreninger som samarbejdspartnere i forbindelse med initiativer målrettet ældre mennesker, der oplever ensomhed og som har brug for støtte til at få mere kontakt med andre. Som eksempler kan nævnes Røde Kors' sociale cafeer, Ældresagens fællesspisninger og spisevæns-ordningen. Erfaringen er, at de frivillige i foreningerne er gode til at sætte fokus på det sociale møde mellem mennesker og derigennem skabe blivende relationer. Der er gode erfaringer med at arbejde på tværs af alder og udnytte de synergieffekter, der kan være ved at fx ældre og børn/unge indgår i fælles aktiviteter. Det kan fx være den pensionerede skolelærer, der hjælper til på den lokale skole, studerende der får motion samtidig med, at de giver ældre mennesker "vind i håret" med en tur på en rickshawcykel i projekt "Cykling uden alder" – eller som deler ud af glæden ved motion som "motionsven".

Boligsociale medarbejdere

Nogle kommuner har gode erfaringer med at samarbejde med boligsociale medarbejdere om opsporing af socialt udsatte ældre i risiko for nedsættelse af funktionsevnen. Hvis de boligsociale medarbejdere har viden om de lokale tilbud, kan de formidle disse tilbud – eller en kontakt til en kommunal medarbejder. De boligsociale medarbejdere har typisk en tæt og uformel kontakt med beboerne i fx socialt belastede boligområder, og denne personlige kontakt kan være afgørende for at motivere borgere, der har særligt behov for en forebyggende indsats, til at tage imod et tilbud.

Pårørende

Flere kommuner giver udtryk for, at de har gode erfaringer med at tænke pårørende ind som en ressource i den forebyggende indsats. Eksempelvis har pårørende til ældre med begyndende demens eller alkoholrelaterede problematikker ofte tidligt en fornemmelse af, at den enkelte kan have brug for støtte. Det er derfor vigtigt, at kommunerne formidler information om, hvor man som pårørende kan henvende sig.

Andre samarbejdspartnere

Der er mange andre aktører, som det kan være relevant at samarbejde med om opsporing af ældre med behov for en forebyggende indsats. Rullende frisører, præster mv. kan alle være relevante samarbejdspartnere, der kan bidrage med at formidle viden om forebyggende tilbud og indsatser. Hvilke aktører det vil være mest relevant at samarbejde med, vil være forskelligt fra kommune til kommune.

MERE VIDEN

Sundhedsaftaler

Regioner og kommuner skal én gang for hver kommunal valgperiode udarbejde sundhedsaftaler på en række indsatsområder.

[Information og vejledning om sundhedsaftaler](#)

Sundheds- og forebyggelsestilbud på sundhed.dk

På sundhed.dk/SOFT formidles kommunernes og regionernes sundheds- og forebyggelsestilbud. Det oplyses, om tilbuddene kræver lægehenvielse, eller borgeren selv kan melde sig. Tilbuddene omfatter bl.a. emner som faldforebyggelse, patientuddannelse, træning, kost, alkoholbehandling og rygestop, demens og inkontinens. Følgende tilbud kan ikke formidles på sundhedsportalen: Forebyggende hjemmebesøg, dagtilbud og genoptræning, som kræver genoptræningsplan fra sygehus, private tilbud og tilbud i frivilligt regi.

Sundhed.dk/SOFT

Foreninger over hele landet

I Danmark findes over 100.000 foreninger. Heraf er omkring 80.000 lokale foreninger. I den seneste rundspørge svarer næsten 60 % af de adspurgte foreninger, at de har et samarbejde med kommunen om især videndeling/løbende dialog og gensidige henvisninger (4).

Frivilligcharter

For at styrke og udvikle samspillet mellem "det frivillige Danmark" og det offentlige har repræsentanter for parterne udarbejdet et charter med grundlæggende værdier og rammer for dette samspil.

[Frivilligcharter](#)

Kilder

1. Charter for samspil mellem den frivillige verden og det offentlige (2013).

Frivilligcharter

2. Frivilligt Forum, FOA m.fl. (2011): Spilleregler for samarbejdet mellem frivillige og professionelle.
3. Gotthardsen, D. N., Center for frivilligt socialt arbejde (2011): Håndbog til kommuner om samarbejde med foreninger.

Håndbog til kommuner om samarbejde med foreninger

4. KL (2010): Strategi for samarbejdet med almen praksis
5. KL; Praktiserende Lægers Organisation (2011): Kortlægning af den kommunale praksiskonsulentordning.
6. Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet (2010): Samarbejde mellem kommuner og almen praksis i Region Hovedstaden – En kortlægning af formelle samarbejdsstrukturer. København.
7. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): Vejledning om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler. VEJ nr. 9005 af 20/12/2013.

IMPLEMENTERING

Det er vigtigt at have fokus på, hvordan en forebyggende indsats implementeres. En forudsætning for at få den ønskede virkning af en indsats er nemlig, at den er implementeret efter hensigten. Det vil sige, at den er implementeret i det omfang og på en sådan måde, at man kan forvente at opnå det fulde udbytte af indsatsen.

Implementering er en samlet betegnelse for de konkrete aktiviteter, der omsætter et projekt/en indsats fra papir til praksis, så de givne indsatser bliver en integreret del af kommunens drift og arbejdsgange (1).

Hvorfor er implementering vigtig?

Forskning viser, at vellykket implementering er en forudsætning for virkningsfulde forebyggende indsatser. Når man iværksætter en indsats med dokumenteret effekt, er det vigtigt at være opmærksom på, under hvilke betingelser indsatsen kan forventes at have samme effekt. Hvis man ændrer på væsentlige elementer i indsatsen, eller forudsætningerne er anderledes, kan man ikke være sikker på, at indsatsen vil virke på samme måde. Det kan fx være, hvis man justerer på omfanget eller karakteren af den hjælp, borgerne modtager, eller hvis indsatsen foregår i en anden kontekst, end den tidligere er afprøvet i.

En vellykket implementering forudsætter bl.a., at der udarbejdes en klar strategi for indsatsen. I forbindelse med udarbejdelse af strategien skal det afstemmes, hvilke krav en vellykket implementering stiller til de tre omdrejningspunkter, der er centrale i enhver implementeringsproces: Ledelse, organisering og kompetencer i organisationen (1, 2, 4).

Omdrejningspunkter i implementeringen

Under hvert indsatsområde i håndbogen er der i beskrivelsen af forslag til konkrete indsatser fokus på, hvilke krav implementering af indsatsen stiller til de tre centrale omdrejningspunkter i implementering: Ledelse, organisering og kompetencer.

Ledelse

En ledelse, der bakker op, er en vigtig forudsætning for vellykket implementering af indsatser. Det er ledelsen, der skal give forandringer mening og vigtighed. Motivationen for at ændre rutiner og arbejdsgange er langt større, hvis det opleves som nødvendigt og vigtigt. Det er derfor afgørende, at ledelsen er med til at initiere implementeringsprocessen og understøtte processen løbende ved blandt andet at sikre, at medarbejderne har den nødvendige viden, tid og motivation til at gennemføre indsatsen (3, 4). Ligeledes er det vigtigt, at ledelsen har fokus på at støtte op om, at der bliver etableret gode samarbejdsrelationer til relevante eksterne partnere, herunder også frivillige og foreninger.

Ledelsens rolle og opgaver i forbindelse med implementering af indsatser afhænger af indhold og omfang af de givne indsatser, men kan overordnet set sammenfattes i 8 gode råd (5):

- Synliggør forandringens nødvendighed
- Etabler en stærk styregruppe
- Skab en klart forståelig vision
- Kommuniker visionen
- Gør det muligt for andre at forfølge visionen
- Planlæg og skab hurtige resultater
- Konsolider forbedringerne og sæt flere forandringer i værk
- Indarbejd den nye handle måde endeligt.

Organisering

Vellykket implementering fremmes, hvis organiseringen er på plads og understøtter implementeringen. Når en indsats skal implementeres, er det blandt andet vigtigt at få skabt overblik over de primære kommunale aktører, der er berørt af indsatsen, og at få beskrevet de arbejdsgange, der er forudsætningen for at skabe en sammenhængende og koordineret indsats. Involverer indsatsen eksterne samarbejdspartnere, kan det være vigtigt at drøfte samarbejdsflader og muligheder og evt. indgå en samarbejdsaftale, der skaber klarhed omkring fælles mål og ansvarsområder.

Et vigtigt element i organiseringen af en indsats handler også om at få udarbejdet et monitoreringssystem, der understøtter og følger op på implementeringen.

Dokumentation og resultatopfølgning

Understøttende organisering

At skabe understøttende organisering handler om, at der kan være forhold i organisationen, der skal laves om eller drøftes, før en vellykket implementering kan finde sted. Der kan være brug for dels at justere formelle arbejdsgange, dels at adressere de mere uformelle og kulturelle barrierer for implementeringen.

Der kan peges på følgende centrale indsatsområder i forhold til at skabe understøttende organisering (6, 4):

- **Kultur**, forstået bredt, som påvirkning af de holdninger, der enten understøtter eller hæmmer implementeringen af indsatsen
- **Kommunikation**, så udvekslingen af informationer understøtter indsatsen
- **Koordination** med de relevante aktører, der er involveret i indsatsen
- **Etablering af aftaler og procedurer**, så der etableres en klar rolle- og opgavefordeling mellem de involverede aktører i indsatsen

- **Etablering af fælles målsætninger**, der sætter rammer for arbejdet med indsatsen
- **Udvikling af ejerskab til indsatsen**, eksempelvis gennem fælles beslutningstagen omkring den optimale implementering af indsatsen
- **Teknisk og praktisk understøttelse**, eks. gennem øget brug af IT, mulighed for sekretærbistand etc.
- **Frikøb af medarbejdere og aflastning** til at understøtte implementeringen (herunder tid til sparring) og friholdelse fra forskellige opgaver i opstarten af implementeringsfasen.

Kompetencer

I implementeringen af indsatser er det centralt at have fokus på, om de relevante kompetencer er til stede i den organisation, som skal udføre indsatsen (4). Forudsætter en given indsats eksempelvis, at medarbejderne har ernæringsfaglig viden om ældre og ernæring? Hvis de ikke har det, skal de efteruddannes, eller der skal udpeges ressourcepersoner i organisationen, der kan inddrages ved behov.

Udvikling og videreudvikling af kompetencer bidrager til en større professionalisering af forebyggelsesområdet. Der er både brug for generelle kompetencer i forhold til planlægning og implementering af forebyggelsesindsatser, varetagelse af drift af forebyggelsestilbud til borgerne, dokumentation og monitorering samt kommunikationskompetencer i relation til borgere, politikere, interne og eksterne samarbejdspartner.

Der kan være et stort potentiale i at opkvalificere de medarbejdere, der har daglig kontakt til ældre borgere, fx med kompetencer vedrørende tidlig opsporing, kommunikation og motivation samt med viden om kommunale forebyggelsestilbud.

Når man arbejder med forebyggelse, er det afgørende at kunne anerkende og involvere den ældre borger og være lydhør over for borgerens synspunkter og fremme borgerens egne ressourcer, refleksion, handlekompetence og muligheder for at træffe informerede valg. Den anerkendende tilgang kan fremme motivationen til at sætte konkrete mål for egen sundhed.

MERE VIDEN

Inspiration til implementering af kommunale sundhedsindsatser

I Sundhedsstyrelsens hæfte gennemgås 7 principper for vellykket implementering. Herudover er der beskrevet konkrete gode erfaringer med at implementere forskningsbaseret viden i konkrete sundhedstilbud.

[Inspiration til implementering](#)

Kilder

1. Fixsen, D., S. F. Naoom, K. A. Blasé, R. M. Friedman & F. Wallace (2005): Implementation Research: A Synthesis of the Literature, University of South Florida.
2. Metz, A., K. Blasé, L. Bartley, D. Wilson, P. Redmond & K. Malm (2012): Using implementation science to support and align practice and system change: A case study of the Catawba county child wellbeing project Child Trends 2012-7.

3. Greenhalgh, T., G. Robert, F. Macfarlane, P. Bate & O. Kyriakidou (2004): Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, vol. 82, no. 4.
4. Fixsen, D, B. Albers & H. Månsson (2012): Bæredygtighed via effektiv implementering. *Kognition & Pædagogik* nr. 86, december 2012.
5. Socialstyrelsen (2013): Veje til god mad og godt liv for ældre borgere. Implementeringsguide til indsatser i den kommunale forvaltning omkring mad og måltider.
6. Durlak, J. A. & E. DuPre (2008): Implementation matters: A review of research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology* 41, marts 2008.
7. Sundhedsstyrelsen (2011): Inspiration til implementering af kommunale sundhedsindsatser.

DOKUMENTATION OG RESULTATOPFØLGNING

Opfølgning på implementeringen og virkningen af igangsatte aktiviteter er en central del af den forebyggende indsats. Kun ved at følge systematisk op og indsamle data på det enkelte borgerforløb er det muligt at korrigere indsatsen, hvis den ikke virker efter hensigten, og at generere data til en efterfølgende vurdering af både det enkelte forløb og den samlede indsats' virkning.

Hvorfor dokumentation og resultatopfølgning?

Et helt centralt element i den forebyggende indsats er at følge systematisk op på, hvorvidt indsatsen virker for den enkelte ældre borger. Løbende dokumentation og resultatopfølgning bør derfor være en integreret del af det forebyggende arbejde og bør indgå som en del af indsatsen i hvert enkelt borgerforløb. Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på dokumentationspligt og notatpligt for sundhedspersoner og på dokumentationspligten om forvaltningsmæssige afgørelser (1).

Systematisk opfølgning på et borgerforløb giver mulighed for:

- Løbende at kvalificere indsatsen for den enkelte ældre borger og dermed:
 - Justere indsatsen undervejs eller tilbyde borgeren supplerende eller alternative ydelser, såfremt indsatsen ikke virker som forventet.
 - Afslutte forløb, når borgeren har opnået det forventede udbytte af indsatsen.
- At evaluere og måle virkningen af den samlede indsats for den ældre borger. Lykkes det overordnet at forebygge funktionsevnenedsættelse gennem indsatsen? Og hvis ikke: Hvad kan man gøre ved det?

Metodisk skal der dog være opmærksomhed på, at det altid er vanskeligt at dokumentere, i hvilken udstrækning en bestemt udvikling eller tilstand er en virkning af en forebyggende indsats.

Hvad skal dokumenteres i den samlede indsats – og hvordan?

Et vigtigt element i organiseringen af en indsats handler om at få udarbejdet et passende monitoreringssystem, der understøtter og følger op på implementeringen og den mulige virkning af en given indsats. Opfølgning på implementering og virkningen af en indsats kan med fordel fokusere på systematisk registrering af udvalgte indikatorer, der 'indfanger' det, man ønsker at måle.

- **I hvor høj grad er indsatsen implementeret**

Når det undervejs i en indsats skal evalueres, i hvilken grad indsatsen forløber som forventet, er det centralt, at der etableres feedbackmekanismer og dokumentation, hvorigennem det beskrives, hvad der er blevet gjort og ikke gjort i indsatsen. Ved at dokumentere, hvilke af indsatsens dele der reelt implementeres, og hvordan de implementeres, opnås væsentlig viden om selve processen, som igen kan være med til at skabe indsigt i, hvordan implementeringen forbedres, og hvordan indsatsen konkret virker (2).

Eksempler på indikatorer, der kan bidrage til at dokumentere, i hvilket omfang en samlet indsats er implementeret:

- Antal borgere, der har fået tilbud om at deltage i en given indsats
- Antal borgere, der har deltaget i en given indsats
- Antal medarbejdere, der har gennemført kursus for at kunne varetage indsatsen.

- **Har indsatsen haft den ønskede virkning?**

Nogle gange er det enkelt at afgøre, om en indsats har haft den ønskede virkning. Andre gange er det mere komplekst at formulere indikatorer, der kan anvendes meningsfuldt i den løbende opfølgning på indsatsen. Det er altid vigtigt, at kommunen tager stilling til, hvad det er væsentligt at følge op på og dokumentere, så ressourcerne anvendes på at indsamle data, der skal bruges til at udvikle og kvalificere indsatsen.

Der findes en række validerede redskaber, som kan anvendes til monitorering af indsatsen. Flere af disse redskaber har en dobbelfunktion, idet de dels kan anvendes i forbindelse med opsporing og identifikation af ældre, der er i målgruppen for en forebyggende indsats, og dels kan anvendes til løbende monitorering og resultatopfølgning af indsatsen. Det kan fx være rejse-sætte-sig testen, der måler den ældres fysiske frem-skridt i løbet af og efter deltagelse i en forebyggende indsats til fremme af fysisk aktivitet.

Eksempler på indikatorer, der kan dokumentere virkningen af indsatsen:

- Udvikling i deltagernes fysiske funktionsevneniveau målt ved validerede redskaber

Redskaber

- Deltagere, der oplever en højere grad af livskvalitet. Målt ved validerede redskaber

Redskaber

- Borgernes vurdering af egen funktionsevne før og efter et forløb
- Forskel i medarbejdernes kompetencer før og efter kompetenceudvikling.

Ønskes mere systematisk og generel effektmåling af en samlet indsats, kan kommunerne med fordel samarbejde med forskningsinstitutioner, der har specielle design- og evalueringskompetencer i forhold til at måle effekt (3).

- **Øvrige forhold**

Eksempler på øvrige parametre, der kan monitoreres i det omfang, det er væsentligt for at kunne følge op på virkning eller implementeringsgrad af en given samlet indsats:

- Hvilke samarbejdspartnere er inddraget?
- Borgerens og/eller medarbejdernes vurdering af indsatsen.

I håndbogen er der under hvert forslag til indsats angivet eksempler på indikatorer, det kan være relevante at måle på.

MERE VIDEN

Nationale indikatorer og monitorering af ældreområdet

Som et led i aftalen om kommunernes økonomi i 2006 er udviklet 23 nationale indikatorer. Indikatorerne indberettes af kommunerne og kan ses i samlet form på Danmarks Statistiks hjemmeside.

[Danmarks Statistik – indikatorer på ældreområdet](#)

Sundhed på tværs. CREAM-modellen

CREAM-modellen giver inspiration til, hvordan man kan formulere brugbare indikatorer, og modellen kan samtidig anvendes til at kvalitetssikre, om de udvalgte indikatorer er gode at styre efter.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en pjece om CREAM-modellen.

[CREAM-modellen](#)

Validerede måleredskaber til monitorering af forebyggende indsatser

I håndbogens afsnit om redskaber introduceres udvalgte validerede måleredskaber, der kan anvendes til monitorering af forebyggende indsatser.

[Redskaber](#)

Værktøjer til forebyggelse og sundhedsfremme

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en række publikationer, som kan understøtte det praktiske forebyggelsesarbejde. Find blandt andet en guide til planlægning og en let introduktion til evaluering af forebyggende indsatser.

[Værktøjer til planlægning](#)

Kilder

1. Autorisationsloven kapitel 6, §§ 21-25

[Autorisationsloven på retsinformation.dk](#)

2. Sundhedsstyrelsen (2011): Inspiration til implementering af kommunale sundhedsindsatser.
3. Sundhedsstyrelsen (2009): Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet.

REDSKABER

Der findes en række redskaber og værktøjer, som fagprofessionelle kan anvende til opsporing og identifikation af ældre, der kan have gavn af en forebyggende indsats. Flere af redskaberne kan desuden anvendes til måling og dokumentation af effekten af iværksatte forebyggende indsatser.



INTRODUKTION

Der findes en række redskaber og værktøjer, som fagprofessionelle kan anvende til opsporing og identifikation af ældre, der kan have gavn af en forebyggende indsats. Flere af redskaberne kan desuden anvendes til måling og dokumentation af effekten af iværksatte forebyggende indsatser. På disse sider er samlet en række korte beskrivelser af udvalgte redskaber, der kan understøtte en forebyggende indsats.

Redskaberne anvendes til opsporing af borgere i målgruppen for en indsats og/eller som redskab til løbende monitorering og resultatopfølgning.

Alle redskaber er validerede og oversat til dansk, og de er lette at anvende i praksis.

Listen over redskaber er ikke udtømmende.

De enkelte redskaber er udvalgt, fordi de vurderes at kunne styrke det forebyggende arbejde i kommunerne, og fordi:

- Redskaberne er validerede
- Redskaberne er oversat til dansk
- Redskaberne er lette at anvende.

I skemaet kan du se en oversigt over de forskellige redskaber, som beskrives i håndbogen:

REDSKAB	MÅLER	OPSPORING AF RISIKOFAKTORER	RESULTAT-OPFØLGNING & MONITORERING
Rejse-sætte-sig-test	Fysisk funktionsevne	✓	✓
Ganghastighedstest	Fysisk funktionsevne	✓	✓
Avlunds Mobilitet-trætheds-skala (Mob-T)	Fysisk funktionsevne	✓	✓
EQ-5D (EUroQUA-Lity5D)	Livskvalitet	✓*	✓
WHO-5	Trivsel	✓*	✓
GDS-15	Depression	✓	✓
UCLA 20	Ensomhed	✓	✓

*Redskaber markeret med en stjerne indikerer, at redskabet kan bidrage til opsporing, men at der indledningsvist kan tages udgangspunkt i andre redskaber for at opspore og identificere ældre, der kan have gavn af en forebyggende indsats.

REJSE-SÆTTE-SIG-TESTEN

Måler: Fysisk funktionsevne

Om redskabet

Studier viser, at tab af muskelstyrke i underkroppen påvirker evnen til at gå, rejse sig og gå på trapper (1). Selv mindre forringelser i muskelstyrken kan virke immobiliserende og begrænse bl.a. det sædvanlige sociale liv (2).

Rejse-sætte-sig-testen er et simpelt screeningsredskab til at vurdere styrken i underkroppen. Det anbefales, at rejse-sætte-sig-testen anvendes som det primære screeningsredskab til vurdering af fysisk funktionsniveau. Dårlig præstation i rejse-sætte-sig-testen er dog også forbundet med en større risiko for fald (5, 6, 7, 8, 9). Dette skyldes bl.a., at den tilsyneladende enkle aktivitet kræver komplekse motoriske færdigheder, herunder balance, muskelstyrke, koordination og evne til at integrere visuospatial information. Der bør derfor være opmærksomhed på risiko for fald, hvis en borger kan rejse sig <5 gange på 30 sekunder i rejse-sætte-sig-testen.

Fald

Rejse-sætte-sig-testen kan bl.a. udføres ved det forebyggende hjemmebesøg til tidlig opsporing af tab af fysisk funktionsevne samt til genoptræning og vedligeholdelsestræning i forbindelse med start og afslutning af et genoptræningsforløb (3).

Hvordan bruges redskabet?

Rejse-sætte-sig-testen måler styrken i underkroppen ved at undersøge, hvor mange gange personen kan rejse sig fra og sætte sig på en stol i løbet af 30 sekunder.

Udgangsstillingen er siddende midt på sædet af en stol med begge fødder på gulvet og armene krydset over brystet. Stolen skal være placeret op mod en væg for at undgå, at den flytter sig. Scoringen er det totale antal oprejsninger, der gennemføres i løbet af 30 sekunder. Hvis borgeren har balanceproblemer eller klager over smerter, bør testen stoppes øjeblikkeligt (4).

Såfremt borgeren ikke kan gennemføre fem oprejsninger på 30 sekunder, bør der henvises til en nærmere udredning af vedkommende. Hvis borgeren kun kan rejse sig 5-8 gange på 30 sekunder, anbefales det, at ganghastighedstesten udføres (3).

Ganghastighedstest

Forudsætninger

Rejse-sætte-sig-testen kan gennemføres af de fleste personalegrupper eller af borgeren selv (efter instruktion). Testen kan fx gennemføres ud fra Sundhedsstyrelsens algoritme, som anbefaler, at rejse-sætte-sig-testen anvendes blandt borgere, der har observeret eller selvrapporteret:

- Besvær ved at gå 400 m og/eller
- Besvær med at gå på trapper en etage op eller ned og/eller
- Besvær med at rejse sig fra en stol uden at bruge armene.

Testen er let at gennemføre og kræver kun en stol med normal siddehøjde (43-44 cm), et stopur samt et observationsskema/journal, hvor antallet af oprejsninger noteres (4).

Rettigheder

Rejse-sætte-sig-testen er en deltest fra "Short Physical Performance Battery". Anvendelse af testen forudsætter ikke særlige rettigheder.

Link til redskabet

En yderligere beskrivelse af rejse-sætte-sig-testen og dens anvendelse i sammenhæng med ganghastighedstesten kan findes i Sundhedsstyrelsens rapport 'Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau hos ældre borgere' (4).

[Sundhedsstyrelsens rapport 'Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau hos ældre borgere'](#)

Kilder

- 1) Den Ouden, M E; Schuurmans, M J; Arts, I E, van der Schouw, Y T. (2011): Physical performance characteristics related to disability in older persons: a systematic review. *Maturitas*, 69(3), pp. 208-219.
- 2) Sundhedsguiden Media Aps (2006): Motion på recept – monitorering/opfølgning & test.

[Sundhedsguiden](#)

- 3) Sundhedsstyrelsen (2013): Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger.

[Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger](#)

- 4) Sundhedsstyrelsen (2013): Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau hos ældre borgere.

[Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau hos ældre borgere](#)

- 5) Whitney, S.L. et al. (2005): Clinical Measurement of Sit-to-Stand Performance in People With Balance Disorders: Validity of Data for the Five-Times-Sit-to-Stand Test. *Physical Therapy*, Volume 85 . Number 10. October 2005.

- 6) Tiedemann, A. et. al. (2008): The comparative ability of eight functional mobility tests for predicting falls in community-dwelling older people. *Age and Ageing* 2008; 37: 430–435.
- 7) Buatois, S. et. al. (2008): Five times sit to stand test is a predictor of recurrent falls in healthy communityliving subjects aged 65 and older. *Journal of the American Geriatric Society*, August 2008 vol. 56, number 8.
- 8) Zhang, F. et. al. (2013): Performance on Five Times Sit-to-Stand Task as a Predictor of Subsequent Falls and Disability in Older Persons. *J Aging Health* 2013 25: 478.
- 9) Schoene, D. et. al. (2013): Discriminative Ability and Predictive Validity of the Timed Up and Go Test in Identifying Older People Who Fall: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatric Society* 61:202–208, 201.3.

GANGHASTIGHEDSTEST

Måler: Fysisk funktionsevne

Om redskabet

Gangfunktion kræver energi, muskelstyrke og motorisk kontrol og stiller krav til kredsløb, lungefunktion og til det centrale og perifere nervesystem (1). I takt med de fysiologiske aldersforandringer oplever ældre mennesker ofte en ændring i deres gangmønster. Dette ses bl.a. i form af øget skridtbredde, nedsat skridtlængde og nedsat kadence, hvilket kan medføre nedsættelse af ganghastigheden (2).

Det er påvist, at lav ganghastighed er en prædikator for nedsat fysisk funktionsevne og problemer med ADL (Almindelig Daglig Livsførelse) hos hjemmeboende ældre mennesker (3).

Ganghastighedstest er et let tilgængeligt og anvendeligt screeningsredskab til vurdering af nedsat fysisk funktionsevne. Det anbefales, at ganghastighedstesten anvendes som supplerende screeningsværktøj til vurdering af nedsat funktionsevne, hvis borgeren i rejse-sætte-sig-testen ikke er i stand til at gennemføre ni oprejsninger på 30 sekunder, men godt kan udføre mere end fem.

Rejse-sætte-sig-test

Ganghastighedstesten vil fx kunne anvendes i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg eller som deltest i forbindelse med relevante træningsaktiviteter eller tilbud (4).

Hvordan bruges redskabet?

Ganghastighedstesten foregår ved, at personen placerer sig foran en afmærket distance på 4 meter. Hvis pladsen ikke tillader dette, kan der vælges en afstand på 3 meter eller 2,5 meter. Personen går i vanligt tempo til den modsatte ende af strækningen. Et stopur sættes i gang ved start og stoppes, når målstregen er passeret med begge fødder. Hvis ganghastigheden er mindre eller lig med 0,6 m/sekund, bør der gennemføres en udredning (4).

Forudsætninger

Ganghastighedstesten kan gennemføres af de fleste fagprofessionelle eller af personen selv (efter instruktion). Det kan forekomme, at testen ikke kan gennemføres i testpersonens eget hjem pga. pladsmangel.

Testen kræver kun et stopur, en tommestok eller et målebånd og evt. markeringstape til etablering af en gangbane.

Rettigheder

Ganghastighedstesten er en deltest fra "Short Physical Performance Battery". Anvendelse af testen forudsætter ikke særlige rettigheder.

Link til redskab

En yderligere beskrivelse af ganghastighedstesten og dens anvendelse i sammenhæng med rejse-sætte-sig-testen kan findes i rapporten 'Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau hos ældre borgere' (1).

[Sundhedsstyrelsens rapport 'Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau hos ældre borgere'](#)

Kilder

1) Sundhedsstyrelsen (2013): Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau hos ældre borgere.

[Sundhedsstyrelsens rapport 'Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau hos ældre borgere'](#)

2) Trew, M; Everett, T. (2001): Human movement: an introductory text. 4 edition, Churchill Livingstone.

3) Guralnik, J M; Ferrucci, L; Pieper, C F; Leveille, S G; Markides, K S; Ostir, G V; Studenski, S; Berkman, L F; Wallace, R B. (2000): Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. The Journals of Gerontol. Series A, Biological sciences and medical sciences, 55(4), pp. 221-231.

4) Sundhedsstyrelsen (2013): Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger.

[Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger](#)

AVLUNDS MOBILITET-TRÆTHEDS-SKALA (MOB-T)

Måler: Fysisk funktionsevne

Om redskabet

Mange ældre personer føler, at de bliver hurtigere trætte med alderen. Samtidig er træthed en af flere barrierer hos ældre personer for at fastholde det fysiske aktivitetsniveau. Ældre personer, der oplever manglende energi, er i særlig risiko for fysisk inaktivitet (1).

Avlunds mobilitet-trætheds-skala (Mob-T) er et screeningredskab, der evaluerer træthed relateret til fysisk aktivitet og fortæller noget om den ældres evne til at klare daglige aktiviteter uden at føle sig træt eller have behov for hjælp (2).

Avlunds mobilitet-trætheds-skala kan bl.a. anvendes i hjemmesygeplejen og i samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis. Samtidig kan redskabet anvendes i almen praksis ved geriatrisk vurdering og ved opfølgende hjemmebesøg.

Hvis målingerne gennemføres jævnligt, vil det være muligt at opspore akutte ændringer i funktionsevnen, og dermed er der større mulighed for at forebygge funktionsevnetab.

Hvordan bruges redskabet?

Med Avlunds mobilitet-trætheds-skala (Mob-T) bliver den ældre stillet seks spørgsmål. Spørgsmålene handler om, hvorvidt han/hun kan klare en række daglige aktiviteter selv, samt hvor træt han/hun bliver ved hver enkelt aktivitet.

Aktiviteterne, der spørges ind til, er:

- Om man kan rejse sig fra en stol/seng
- Om man kan komme udendørs
- Om man kan gå omkring inde i huset
- Om man kan klare at gå udendørs i godt vejr i ½-1 time
- Om man kan klare at gå udendørs i dårligt vejr i ½-1 time
- Om man kan gå på trapper til 2. sal.

Når spørgsmålene er talt sammen, udregnes en samlet skalaværdi, der beskriver mobilitet-trætheden for den enkelte ældre.

Forudsætninger

Avlunds mobilitet-trætheds-skala (Mob-T) kan anvendes af de fleste fagprofessionelle (efter instruktion).

Rettigheder

Anvendelse af testen kræver ikke særlige rettigheder.

Link til redskab

En yderligere beskrivelse af Avlunds mobilitet-trætheds-skala kan findes i rapporten 'Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter. Værktøjer til hverdagsobservationer' (2).

[Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter. Værktøjer til hverdagsobservationer](#)

Kilder

1) Sundhedsstyrelsen (2011): Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling.

[Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling](#)

2) Sundhedsstyrelsen (2013): Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter. Værktøjer til hverdagsobservationer.

[Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter. Værktøjer til hverdagsobservationer](#)

Redskaber

EQ-5D (EUROQUALITY5D)

Måler: Livskvalitet

Om redskabet

EQ-5D (European Quality of Life - 5 Dimensions) er et screeningsredskab, der kan anvendes til at score den helbredsrelaterede livskvalitet og funktionsevne ud fra personens egen subjektive vurdering.

Det er muligt med EQ-5D at vurdere effekten af forskellige sundhedsfaglige og sociale indsatser og sammenligne med andre gruppers helbredsstilstande ved hjælp af en profil eller et indeks (1).

Hvordan bruges redskabet?

EQ-5D er et standardiseret, ikke-sygdomsspecifikt måleinstrument. Det er et spørgeskema, der er kort og let at udfylde. EQ-5D består af en helbredsstatus, en visuel analog skala og baggrundsdata.

Helbredsprofilen består af fem spørgsmål, der dækker:

- Bevægelighed
- Personlig pleje
- Sædvanlige aktiviteter
- Smerter/ubehag
- Angst/depression.

De fem spørgsmål kan besvares på tre niveauer: 'ingen problemer', 'nogen/moderate problemer' og 'kan ikke udføre/ekstreme smerter'. Man afkrydser det udsagn, der bedst beskriver ens helbredsstilstand på tidspunktet for udfyldelsen af spørgeskemaet.

Forudsætninger

Det kræver ingen speciel oplæring for udfyldelse af EQ-5D. Screeningsredskabet kan anvendes bl.a. ved forebyggende hjemmebesøg eller fx af hjemmesygeplejen.

Rettigheder

For at bruge screeningsredskabet skal man ansøge EuroQoL gruppen (www.euroqol.org) og betale for brug af skemaet. Skemaet er oversat til dansk.

Link til redskab

En beskrivelse af EQ-5D kan findes på EuroQoL gruppens hjemmeside.

[EuroQoL gruppens hjemmeside](#)

Kilder

1) Sundhedsstyrelsen (2013): Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter: Værktøjer til hverdagsobservationer.

[Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter. Værktøjer til hverdagsobservationer](#)

2) Statens Institut for Folkesundhed (2012): Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. Syddansk Universitet.

3) Group: EQ-5D-3L User Guide EuroQoL.

[EuroQoL gruppens hjemmeside](#)

WHO-5

Måler: Livskvalitet

Om redskabet

WHO-5 (World Health Organization-Five Well-Being Index) er et simpelt trivselsindeks, der giver et billede af borgerens samlede velbefindende og trivsel. Det tager udgangspunkt i personens egen opfattelse af trivsel inden for de seneste 2 uger (1).

WHO-5 kan bruges i forbindelse med før- og eftermålinger af sundheds- og sociale indsatser, der helt eller delvist har til formål at forbedre borgernes trivsel/mentale sundhed.

Det skal bemærkes:

- At WHO-5 ikke direkte måler dagligdags funktion, selvom der formodes at være en sammenhæng mellem funktionsevne og trivsel.
- At WHO-5 ikke er et diagnoseværktøj, men kan betragtes som et termometer for trivsel. Hvis en person scorer lavt, kan det være tegn på, at han eller hun har brug for støtte eller behandling, men det vil i givet fald være en lægelig opgave evt. at udrede dette nærmere (2).

Hvordan bruges redskabet?

WHO-5 består af fem spørgsmål om trivsel. Spørgsmålene handler om, hvorvidt borgeren inden for de sidste to uger:

- Har været glad og i godt humør
- Har følt sig rolig og afslappet
- Har følt sig aktiv og energisk
- Er vågnet frisk og udhvilet
- Har haft en dagligdag fyldt med ting, der interesserer vedkommende.

Pointtallet beregnes ved, at tallene i de afkrydsede felter lægges sammen, og at summen derefter ganges med fire. Der fås nu et tal mellem 0 og 100. Jo flere points, jo højere trivsel. Hvis tallet er under 50, kan testpersonen være i risiko for depression eller være udsat for en langvarig stressbelastning.

Forudsætninger

Det kræver ingen særlige forudsætninger at anvende WHO-5, men det anbefales, at WHO-5 udføres under tilstedeværelse af en ansat i kommunen, fx den forebyggende medarbejder, der kan give en tilbagemelding på pointtal samt en vejledende melding om resultatet (3).

Rettigheder

Den originale udgave kan rekvireres hos WHO's hjemmeside.

[WHO's hjemmeside](#)

Der kan rettes henvendelse om den danske udgave til Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrisk Sygehus i Hillerød.

[Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrisk Sygehus i Hillerød](#)

Link til redskab

En beskrivelse af WHO-5 kan findes i 'Guide til trivselsindekset: WHO-5' fra Sundhedsstyrelsen (3).

[Guide til trivselsindekset: WHO-5](#)

Kilder

- 1) Lucas-Carrasco, R; Allerup, P; Bech, P. (2012): The validity of the WHO-5 as an early screening for apathy in an elderly population. Current gerontology and geriatrics research, 2012.
- 2) Folker, H; Folker, A P. (2008): WHO-5 som et simpelt instrument til måling af livskvalitet i den daglige klinik. Ugeskrift for læger, 170(10), pp. 830-834.
- 3) Sundhedsstyrelsen: Guide til trivselsindekset: WHO-5.

[Guide til trivselsindekset: WHO-5](#)

GERIATRISK DEPRESSIONSSKALA (GDS-15)

Måler: Depressionssymptomer

Om redskabet

Mange ældre borgere går rundt med en uopdaget og ubehandlet depression. Screenings-redskabet GDS-15 (The 15-item Geriatric Depression Scale) er specielt konstrueret til at hjælpe med at identificere depressionssymptomer blandt ældre.

GDS-15 er uegnet som screeningsinstrument for depression ved middelsvær-svær demens (1).

Hvordan bruges redskabet?

GDS-15 udføres som et såkaldt struktureret interview. Det betyder, at de 15 spørgsmål læses op for den ældre borger. Et interview tager cirka 5 minutter.

Farvede svar, som i spørgeskemaet er fremhævet med store bogstaver (fx JA/nøj) scorer 1 point.

GDS-skærings-scoren er 5-6 point. Dvs. at ved score fra 5-6 point og opefter er der begrundet mistanke om depression. Sådanne udfald af en GDS-screening kaldes screeningspositive. Jo flere point over 5-6, jo større er depressionsmistanken(2).

Hvis den undersøgte borger er screeningspositiv, opfordres han/hun til at henvende sig til egen læge medbringende resultatet af GDS-undersøgelsen. Som alternativ kan den forebyggende medarbejder – efter at have indhentet tilladelse til det – henvende sig til den praktiserende læge og videregive resultatet af sin GDS-undersøgelse sammen med øvrige observationer.

Forudsætninger

GDS-15 kan udfyldes af eksempelvis forebyggende medarbejder og hjemmeplejen efter oplæring.

Rettigheder

Anvendelse af testen forudsætter ikke særlige rettigheder.

Link til redskab

Beskrivelse af redskabet og forklaring af score findes i Ugeskrift for Læger (1).

[Validering af dansk oversættelse af Geriatric Depression Scale-15 som screeningsredskab for depression blandt hjemmeboende svage ældre \(Ugeskrift for Læger\)](#)

Kilder

- 1) Djernes et al.(2004): Validering af dansk oversættelse af Geriatric Depression Scale–15 som screeningsredskab for depression blandt hjemmeboende svage ældre. Ugeskrift for Læger. (166 (10): 905 -909.
- 2) Kofoed et al. (2004): Lær at screene for depression hos ældre. Sygeplejersken (12): 20-25.

ENSOMHEDSSKALA (UCLA 20)

Måler: Ensomhed

Om redskabet

De fleste ældre mennesker lever et godt socialt liv, men for nogle er ensomhed et stort og ofte overset problem. Ensomhed kan have store konsekvenser for den enkeltes livskvalitet, helbred og trivsel. Redskabet UCLA 20 (University of California Los Angeles Loneliness Scale 20 items) er oprindeligt konstrueret med henblik på at screene for social isolation og ensomhed hos yngre mennesker i USA, men er sidenhen blevet afprøvet og anvendt hos ældre mennesker (1).

Hvordan bruges redskabet?

Redskabet består af 20 spørgsmål, der omhandler ensomhed og social isolation. Svarkategorierne til de 20 spørgsmål er delt op efter Aldrig (1), Sjældent (2), Sommertider (3), Altid (4). Den ældre sætter selv sit kryds ved hver enkelt sætning i forhold til, hvordan han/hun har det. Alternativt kan den ældre blive interviewet af eksempelvis en forebyggende medarbejder. Udført som interview er tidsforbruget cirka 10 minutter.

Der kan scores mellem 20-80 point. Jo højere score, jo højere grad af ensomhed og social isolation (2). På baggrund af scoren kan den professionelle og den ældre drøfte, hvorvidt diverse kommunale aktivitetstilbud – evt. netværksgrupper – kunne være relevant for den ældre.

Forudsætninger

Der kræves ingen særlige forudsætninger i forhold til anvendelse af UCLA 20 (3).

Rettigheder

Anvendelse af testen forudsætter ikke særlige rettigheder.

[Link til redskab](#)

Kilder

- 1) Lasgaard (2007): Reliability and validity of The Danish Version of the UCLA Loneliness Scale. 1: Personal and Individual Differences. Nr. 42.
- 2) Russell (1996): UCLA Loneliness Scale Version 3: Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*. 66 (1), 20-40.
- 3) Smith (2012): Toward a Better Understanding of Loneliness. In *Community-Dwelling Older Adults*. *Journal of Psychology* 146(3), 293–311

FYSISK AKTIVITET

Fysisk aktivitet i dagligdagen har stor betydning for bevarelse af et godt helbred og for opretholdelse af funktionsevnen hos ældre mennesker. Mange ældre mennesker bevæger sig dog for lidt i forhold til de gældende anbefalinger. Fysisk inaktivitet er en af de centrale årsager til, at funktionsevnen hos en del ældre mennesker mindskes i en sådan grad, at almindelige daglige gøremål vanskeliggøres.



HVORFOR FOREBYGGE?

Ældre mennesker er mere udsatte end andre for tab af funktionsevne, og det er derfor særlig vigtigt for ældre at vedligeholde kroppens bevægelighed, kondition og balanceevne samt muskel- og knoglestyrke. En fysisk aktiv hverdag styrker livskvaliteten og det fysiske helbred. En fysisk inaktiv hverdag er derimod medvirkende til højere sygelighed og dødelighed samt øget risiko for nedsættelse af funktionsevnen. (1)

Hvad forstås ved fysisk aktivitet?

Fysisk aktivitet omfatter både bevidst, målrettet, regelmæssig træning og mere ustruktureret aktivitet og kan være selvorganiseret eller organiseret fx i en idrætsforening. Helt almindelige hverdagsaktiviteter som fx gang, cykling, havearbejde og trappegang udgør også fysisk aktivitet. Det centrale er, at aktiviteten øger energiomsætningen (1).

Rask gang har vist sig at være en foretrukket aktivitet på tværs af kulturer, måske fordi spadsereture ikke kræver specielle færdigheder, omklædning eller supervision og kan gennemføres med forskellig intensitet de fleste steder (4). Det har ligeledes vist sig, at regelmæssig fysisk aktivitet i form af gang eller stavgang kan reducere risikoen for sygdom (2, 3, 4). Samtidig er der en dosis-respons relation, således at risikoreduktionen øges, hvis intensiteten øges, og/eller gangdistancen øges. Størst risikoreduktion fås, hvis man går hurtigt og langt (5).

For at mindske risikoen for tab af funktionsevne hos ældre mennesker er det vigtigt, at man regelmæssigt er aktiv ved moderat intensitet, og at smidighed, balance, muskler og knogler styrkes. Det er aldrig for sent at få mere fysisk aktivitet ind i dagligdagen, og en ændring til en mere aktiv hverdag kan – på alle tidspunkter i livet – bidrage til at forlænge levetiden (1).

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet for ældre (+65 år) (1)

- Vær fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen. Aktiviteten skal være med moderat intensitet og ligge ud over almindelige kortvarige dagligdags aktiviteter. Hvis de 30 minutter deles op, skal aktiviteten vare mindst 10 minutter.
- Mindst 2 gange om ugen skal der indgå aktiviteter af mindst 20 minutters varighed, som vedligeholder eller øger konditionen og muskel- og knoglestyrken.
- Lav udstrækningsøvelser mindst 2 gange om ugen af mindst 10 minutters varighed for at vedligeholde eller øge kroppens bevægelighed. Udfør desuden regelmæssigt øvelser for at vedligeholde eller øge balanceevnen.

Fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele.

Øvelser, der vedligeholder eller øger kroppens smidighed og balanceevne, er for at opretholde evnen til at klare dagligdagsfunktioner og for at reducere risikoen for fald eller andre skader i hverdagen.

Hvis man har en diagnose, hvor fysisk aktivitet er en del af behandlingen, bør man være fysisk aktiv på en måde og i et omfang, der er effektivt i forhold til diagnosen og samtidig tager hensyn til ens mobilitet.

Almindelige kortvarige dagligdags aktiviteter defineres i denne sammenhæng som de aktiviteter, man hyppigt udfører i dagligdagen af kort varighed (under ti minutter) uanset deres intensitet.

Hvorfor er det vigtigt at forebygge fysisk inaktivitet hos ældre mennesker?

Forskningen viser evidens for, at der er mange positive følger af, at man som ældre borger lever et fysisk aktivt liv. Blandt de centrale kan nævnes:

- **Øget livskvalitet og bedre kognitiv funktionsevne**
Studier tyder på, at fysisk aktivitet styrker selvfølelsen og øger livskvaliteten (1). Desuden dokumenterer flere studier, at fysisk aktivitet har en positiv effekt på den kognitive funktionsevne, og at fysisk aktive mennesker har væsentligt lavere risiko for at udvikle demens end fysisk inaktive (1).
- **Forebyggelse af funktionsevnetab**
Fysisk aktivitet medfører bedre fysisk funktion og lavere risiko for nedsættelse af funktionsevnen. Personer, der er fysisk aktive, næsten fordobler chancen for at undgå funktionsevnetab sidst i livet. Særligt det fysiske aktivitetsniveau efter 60-års alderen ser ud til at have betydning for bevarelse af funktionsevnen (1). En række studier viser desuden, at fysisk træning medfører signifikante forbedringer i funktionsevne og fysisk kapacitet både hos ældre, der i udgangspunktet havde en dårlig funktionsevne, og ældre, der havde en moderat til god funktionsevne (1).
- **Lavere sygelighed**
Der er evidens for, at fysisk aktivitet reducerer risikoen for en række sygdomme, herunder hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, tyktarmskræft, osteoporose, depression og demens (1).
- **Længere levetid**
Der er evidens for, at ældre, der er fysisk aktive, lever længere end fysisk inaktive ældre (1).

MERE VIDEN

Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling

Få mere viden om forebyggelse og fysisk aktivitet i Sundhedsstyrelsens håndbog om fysisk aktivitet, forebyggelse og behandling

[Håndbog om fysisk aktivitet](#)

Forebyggelsespakke 'Fysisk aktivitet'

Forebyggelsespakken er udviklet af Sundhedsstyrelsen til kommunerne og indeholder faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde.

[Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker](#)

Bevægelse hele livet – vil du med? Inspiration til øvelser

ÆldreForum har udviklet et øvelsesprogram, der bygger på Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet for ældre. Materialet henvender sig til den ældre borger og indeholder forslag til konkrete øvelser i forhold til kondition, muskelstyrke, bevægelighed og balance – samt forslag til, hvordan man kan teste sig selv. Træningen kan udføres hjemme og i det fri. Materialet findes på dvd og app til smartphone.

[ÆldreForum: Bevægelse hele livet](#)

Kilder

- 1) Sundhedsstyrelsen (2011): Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling.
- 2) Boulé NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ (2001). Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. JAMA. 2001 Sep 12;286(10):1218-27.
- 3) Hamer M, Chida Y. Walking and primary prevention (2008): A meta-analysis of prospective cohort studies. Br J Sports Med. 2008 Apr;42(4):238-43.
- 4) Tschentscher M, Niederseer D, Niebauer J(2013): Health benefits of Nordic walking: a systematic review. Am J Prev Med. 2013 Jan;44(1):76-84.
- 5) Zheng H, Orsini N, Amin J, Wolk A, Nguyen VT, Ehrlich F (2009): Quantifying the dose-response of walking in reducing coronary heart disease risk: meta-analysis. Eur J Epidemiol. 2009;24(4):181-92.

OPSPORING OG MOTIVATION

Fordelene ved en fysisk aktiv hverdag er – også for ældre mennesker – betydelige. Flere ældre mennesker oplever dog en række barrierer, som gør det vanskeligt at øge eller blot bevare det fysiske aktivitetsniveau, og for mange er det svært at finde motivationen til en mere fysisk aktiv hverdag. Det er derfor vigtigt, at kommunerne i den forebyggende indsats har fokus på at støtte de ældre borgere med et lavt fysisk aktivitetsniveau med henblik på, at de bliver mere fysisk aktive.

Ældre menneskers fysiske aktivitetsniveau

Andelen af fysisk aktive falder med stigende alder, og i alle aldre er mænd mere fysisk aktive end kvinder. Således er 35 procent af mændene og 22 procent af kvinderne i alderen 45-54 år moderat til hårdt fysisk aktive i fritiden mindst fire timer om ugen, mens de tilsvarende tal for mænd og kvinder i alderen 55-64 år er henholdsvis knap 24 procent og knap 15 procent og for mænd på 75 år eller derover 10,5 procent og kvinder 5,8 procent (6).

Der ses desuden tydelige sociale forskelligheder i fysisk aktivitetsniveau blandt ældre, hvor andelen af moderat til hårdt fysisk aktive er størst blandt personer med lang videregående uddannelse og mindst blandt personer med grundskole (Den Nationale Sundhedsprofil 2013).

Fysisk kapacitet

Den maksimale fysiske kapacitet, typisk målt som kondition, muskelstyrke, muskelpower og balanceevne, falder med stigende alder. Det betyder, at en handling, som før krævede eksempelvis 10 % af en persons maksimale fysiske kapacitet, i en senere alder kan kræve eksempelvis 50 % af kapaciteten.

Kvinder har gennem hele livet generelt lavere maksimal fysisk kapacitet end mænd pga. mindre muskelmasse og kredsløbskapacitet. Da den fysiske kapacitet falder med alderen, betyder det, at kvinder hurtigere end mænd oplever, at almindelige hverdagsaktiviteter kan være uoverkommelige. Det er derfor ekstra vigtigt at motivere ældre kvinder til at være mere fysisk aktive (1).

Behov for fysisk aktivitet

At støtte ældre borgere i at fastholde deres aktivitetsniveau, da andelen af fysisk aktive falder med stigende alder.

At kvinder har lavere fysisk kapacitet end mænd, og at det derfor er særligt vigtigt, at kvinder motiveres til fysisk aktivitet for fortsat at kunne klare hverdagsaktiviteter.

At social ulighed i sundhed også gælder fysisk aktivitet, og at indsatser bør have fokus på, at ældre i alle sociale lag er tilstrækkeligt fysisk aktive.

Motivation og barrierer for fysisk aktivitet hos ældre mennesker

I den forebyggende indsats er det vigtigt at kende til de faktorer, der virker motiverende, eller som kan være en barriere for øget fysisk aktivitet hos ældre mennesker for at kunne støtte og motivere den enkelte til at blive mere fysisk aktiv.

Motivationen for at opretholde en fysisk aktiv livsstil eller blive mere fysisk aktiv påvirkes af mange forhold. Udover faktorer som fx kroniske lidelser kan dårligt eller manglende socialt netværk, boligforhold, økonomi, tilgængelighed og transport have betydning for, i hvor høj grad ældre mennesker er fysisk aktive. Vurdering af egne evner i forhold til den aktuelle adfærd er formentlig den faktor, der har størst betydning for øget fysisk aktivitet hos ældre, men forskningen har også identificeret en række andre faktorer, der kan fremme eller være med til at hindre øget fysisk aktivitet hos ældre (1):

Faktorer, der kan fremme fysisk aktivitet:

- Gode erfaringer med fysisk aktivitet (1)
- Mulighed for fysisk aktivitet, der tager hensyn til evner og ønsker (1)
- Fastsættelse af kortsigtede og langsigtede mål i skriftlige aftaler mellem den ældre og en sundhedsprofessionel eller forebyggende medarbejder, som indeholder målbare og realistiske planer for at nå målene (1)
- Oplevelsen af positive effekter af fysisk aktivitet, velvære og kontrol samt oplevelsen af succes med at opnå de forventede resultater (1)
- Løbende monitorering af, hvordan det går med træningen med tilbagemeldinger til den ældre kan medvirke til realistiske forventninger til egne fremskridt, og særligt mænd angiver det som motiverende, at de kan mærke forbedringerne – effekten – af træningen (1, 4).
- Støtte og motivation fra familie, venner og sundhedsprofessionelle, særligt den praktiserende læge (1)
- Sociale relationer, der kan opstå i forbindelse med holdtræning, ser ud til at være motiverende for ældre mennesker med et godt fysisk funktionsniveau, og især kvinder begrundes motivationen direkte heri (8). Ligeledes kan det også være en afgørende faktor i forhold til at komme af sted til en aktivitet, at der er en at følges med (5).

Barrierer for øget fysisk aktivitet:

- Dårlige erfaringer med fysisk aktivitet (1)
- Manglende viden om træning og motion (1)
- Oplevelsen af fysiske symptomer og ubehag ved fysisk aktivitet (1)
- Dårligt helbred og frygt for skader eller sygdomsforværring (1)
- Tilgangen til træningen, hvis det fx er besværligt at bruge udstyret, eller transporten er lang, kan især være en barriere for mindre mobile ældre (4).

Særligt kvinder oplever ofte helbredet som en barriere, mens en væsentlig del af de inaktive mænd i højere grad giver udtryk for, at de mangler interesse og lyst til idrætsaktivitet (2).

En del ældre mennesker forbinder fysisk aktivitet med åndenød, smerter, stivhed og træthed, og for dem kan det være svært at forestille sig, at fysisk aktivitet kan medføre en bedre funktionsevne og øge livskvaliteten. Oplysning om, at fysisk aktivitet og træning ofte er forbundet med ubehag i starten, samt oplysning om risici med samtidig fokus på de positive effekter af fysisk aktivitet kan mindske eller fjerne unødigt bekymring hos den ældre (1).

SÆT FOKUS PÅ

Motivation til en fysisk aktiv hverdag

Formidling af viden om de gavnlige effekter af fysisk aktivitet og den betydning, som fysisk aktivitet har i forhold til at forebygge eller udskyde tab af funktionsevne.

At tale om den enkeltes bekymringer eller oplevelse af ubehag ved fysisk aktivitet.

At være bevidst om forskellige gruppers motivationsfaktorer fx i forhold til køn og funktionsniveau.

Støtte til, hvordan den enkelte kan få en mere aktiv hverdag, der tilgodeser individuelle ønsker og evner, fx forslag til aktiviteter, der kan udføres på egen hånd, information om organiserede træningstilbud og hjælp til transport mv.

EKSEMPEL

Motivation til træning ved løbende måling af fysiske fremskridt

I forbindelse med projektet "De legende mennesker" har Gentofte Kommune arbejdet for at fremme det fysiske aktivitetsniveau blandt kommunens ældre borgere og børn. En erfaring fra projektet er bl.a., at det for de ældre deltagere var motiverende løbende at få målt deres fysiske fremskridt.

Målingerne blev foretaget både før, under og efter forløbet ved brug af dele af Senior fitness testen.

Gentofte Kommune har evalueret projektet "De legende mennesker" i samarbejde med Danmarks Tekniske Universitet, Center for playware.

Ældre med kroniske lidelser og nedsat funktion

Ældre mennesker med kroniske lidelser og nedsat funktion kan være bekymrede for, om fysisk aktivitet er skadeligt for dem. Derfor kan rådgivning fra en sundhedsprofessionel med udarbejdelse af en aktivitetsplan samt superviseret træning have stor betydning for øget fysisk aktivitet for disse ældre (1).

Redskaber til at bestemme fysisk funktionsevne blandt ældre mennesker

Der findes validerede redskaber, som kan anvendes til at vurdere ældres fysiske funktionsniveau og identificere ældre mennesker med nedsat fysisk funktionsevne. Rejse-sætte-sig-testen er særlig relevant at anvende ved det forebyggende hjemmebesøg. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at rejse-sætte-sig-testen anvendes blandt borgere, der – observeret eller selvrapporteret – har vanskeligt ved at gå 400 m og/eller har vanskeligheder ved at gå en etage op eller ned på trapper, og/eller borgere, som har besvær med at rejse sig fra en stol uden at bruge armene (3). Supplerende kan test af ganghastighed anvendes.

Redskaber

Jævnlig måling af ældres fysiske funktionsniveau gør det muligt at opdage ændringer i funktionsevnen og at forebygge funktionsevnetab. Målingerne kan fx ske rutinemæssigt i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg samt i tilknytning til kommunale aktivitets- og sundhedstilbud og lignende steder, hvor ældre borgere har mulighed for at komme.

Arenaer for opsporing af ældre mennesker med behov for øget fysisk aktivitet

Alle kommunale medarbejdere i kontakt med ældre borgere kan være centrale i forhold til at identificere borgere med behov for øget fysisk aktivitet i hverdagen. Medarbejdere, der gennemfører forebyggende hjemmebesøg, er centrale aktører, men også visitatorer, ansatte i aktivitets- og sundhedstilbud m.fl. bør have kendskab til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet for ældre samt viden om motivation og barrierer. Det er vigtigt, at der blandt medarbejdere på alle niveauer af ældreområdet er bred enighed om og forståelse for betydningen af at bevare eller øge ældre menneskers fysiske aktivitet (4).

Samarbejde med almen praksis

Det er centralt, at kommunen sætter fokus på at styrke samarbejdet med de alment praktiserende læger i forhold til ældre og fysisk aktivitet og sikrer, at der findes en opdateret oversigt på "sundhed.dk/SOFT" over de af kommunens aktiviteter og tilbud, som henvender sig til ældre borgere. Desuden kan kommunen være opmærksom på, om der er foreningsaktiviteter eller frivillige initiativer i nærområdet, som almen praksis også kan bidrage med at formidle.

[Oversigt over kommunernes sundhedstilbud på sundhed.dk](#)

MERE VIDEN

Redskaber til systematisk identifikation af fysisk funktionsniveau

Få mere viden om relevante screeningsredskaber til identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau under "Redskaber" og i Sundhedsstyrelsens publikation "Værktøjer til systematisk identifikation af fysisk funktionsniveau"

[Redskaber](#)

[Publikation: Værktøjer til systematisk identifikation af fysisk funktionsniveau](#)

Kilder

- 1) Sundhedsstyrelsen (2011): Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling
- 2) Toft, Ditte (2013): Fremtidens senioridræt - Mellem ironman og stolemotion. Idrættens Analyseinstitut.
- 3) Sundhedsstyrelsen (2013): Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger.
- 4) Puggaard, Lis (2010): Ældretræning i et MTV perspektiv. Center for Anvendt og Klinisk træningsvidenskab, Institut for Idræt og Biomekanik, SDU. Udarbejdet for Socialstyrelsen.
- 5) Wahl-Brink, D; Olesen, M.S; Larsen, C.D. (2012): Ældre og ensomhed – hvem, hvorfor og hvad gør vi? En undersøgelse om ensomhed hos ældre i 25 kommuner. Marselisborg.
- 6) Sundhedsstyrelsen (2014): Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013.
- 7) Forebyggelse og Sundhedsfremme, Gentofte Kommune, 2013. Evalueringsrapport af projekt " De legende mennesker"

INDSATSER

Forskning viser, at det er centralt med tilbud om forskellige former for fysisk aktivitet, der tager hensyn til den enkeltes evner, ønsker og evt. helbredsproblemer. Hovedfokus bør rettes mod de ældre, der ikke efterlever anbefalingen om 30 minutters daglig fysisk aktivitet. (4)

Tilrettelæggelse af indsatser

Fysisk aktivitet kan både være selvorganiserede aktiviteter i hverdagen og mere struktureret og organiseret træning. Ved tilrettelæggelse af organiserede træningstilbud skal der være fokus på, at gruppen af ældre mennesker er meget forskellig bl.a. i forhold til alder, socioøkonomisk status, kultur, sygdom og funktionsniveau. Der bør derfor tilbydes mange forskellige typer og organiseringer af træning til forskellige typer af ældre – enten i kommunalt regi eller i de frivillige foreninger og oplysningsforbund. Det er ligeledes vigtigt at benytte forskellige strategier til rekruttering.

Indsatsen bør:

- Fokuser på de ældre, der ikke er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen ved moderat intensitet, eller som har nedsat funktionsevne
- Være tilrettelagt i overensstemmelse med den ældres evner og ønsker og eventuelle helbredsproblemer som fx kronisk sygdom eller funktionsnedsættelse
- Give mulighed for supervision eventuelt med tilbud om indgåelse af skriftlige aftaler og regelmæssige tilbagemeldinger
- Være økonomisk overkommelig for den ældre
- Være let tilgængelig
- Sikre, at mindre mobile ældre har mulighed for transport (1).

Aktiviteten bør – ud over at være let tilgængelig – være tilpasset deltagergruppens behov. Når aktivitetens deltagere er ældre mennesker, betyder det bl.a., at der skal være sidde-muligheder, let adgang til toiletfaciliteter, samt at det er let og sikkert at færdes i området (behovet herfor afhænger selvfølgelig af den konkrete deltagergruppe).

Hvis der i forbindelse med supervision og monitorering af fremskridt anvendes test af fysisk funktionsevne, anbefales det at anvende validerede redskaber.

Redskaber

Mulighed for individuel tilpasning og bredde i tilbud

Aktiviteter tilpasset den enkelte ældre borgers behov og funktionsniveau. Det være sig både i forhold til aktiviteter, der foregår på hold såvel som individuel træning. Kommunen må derfor sikre bredde i aktivitetstilbuddene.



EKSEMPEL

Tilbud om transport i Holstebro Kommune

I Holstebro Kommune støtter medarbejderne, der gennemfører forebyggende hjemmebesøg, ældre borgeres deltagelse i aktiviteter ved at give forslag til ruter og transportalternativer mellem hjemmet og den givne aktivitet, når den ældre borger ikke længere er i stand til at køre bil.

Udover at have fokus på ældre borgere, der er fysisk inaktive, er det også vigtigt at tilrettelægge tilbuddene på en måde, så de ældre, der allerede er fysisk aktive, fastholder deres aktivitetsniveau. Flere ellers aktive ældre borgere stopper pga. fysiske skavanker. Dette kan man forsøge at hindre ved i højere grad at differentiere træningen i forhold til fysisk formåen og ved at sammensætte hold ud fra fysisk formåen frem for alder (3). Ligeledes kan forebyggende medarbejdere opfordre til dialog med praktiserende læge i tilfælde, hvor borgeren fx pga. en kronisk lidelse er bekymret for at være fysisk aktiv.

Gruppebaserede indsatser

Gruppebaserede indsatser, hvor ældre borgere deltager i superviserede gruppetræningsprogrammer, har ifølge forskningen en høj deltagelse og ser ud til at være effektive i forhold til at øge ældre menneskers fysiske aktivitetsniveau på kort sigt for dem, der deltager i indsatserne (2).

Det kan være motiverende for deltagelse at møde venner og bekendte til en aktivitet og at skabe og indgå i relationer (5). I et dansk udviklingsprojekt med 25 deltagende kommuner er erfaringer fra foreningslivet, at det kan være aktivitetens indhold, der tiltrækker deltagere, men at det er de sociale relationer, der fastholder. Det ser ud til at bidrage til fastholdelse af deltagere, hvis aktivitetslederen har fokus på at skabe gode rammer for, at relationer opstår og styrkes. Det kan fx være pauser med tid til snak deltagerne imellem, fællesspisning, fælles transport eller kaffe efter en aktivitet (upublicerede data fra fokusgruppeinterviews med foreningsrepræsentanter i 6 af projektkommunerne, Marselisborg 2012, projekt Ensomt eller Aktivt Ældrelev).

Nogle studier peger på, at der særligt blandt funktionelt stærke seniorer er et ønske om holdtræning, og at især kvinder tillægger det sociale element stor betydning (7).

Der er solid evidens for, at regelmæssig fysisk aktivitet fx i form af gang eller stavgang kan reducere risikoen for en række sygdomme, fx hjerte-kar-sygdomme og type 2-diabetes (8, 9, 10). Det betyder, at risikoreduktionen øges, hvis intensiteten øges, og/eller gangdistancen øges. Størst risikoreduktion fås, hvis man går hurtigt og langt (11). Rask gang har vist at

være en foretrukken aktivitet på tværs af kulturer, måske fordi spadsereture ikke kræver specielle færdigheder, omklædning eller supervision og kan gennemføres med forskellig intensitet de fleste steder (4). Gang kan foregå individuelt, men kan også være en relevant holdaktivitet.

SÆT FOKUS PÅ

Superviseret gruppetræning

Tilbud om superviserede gruppetræningsprogrammer med fokus på relationsskabelse som en integreret del af aktiviteten.

Individuelle indsatser

Det er forskelligt, om man foretrækker at træne alene eller sammen med andre, og der bør altid tages hensyn til den enkeltes ønsker og fysiske udgangspunkt. Der bør derfor tilbydes mange forskellige typer og organiseringer af træning til forskellige typer ældre – enten i kommunalt regi eller i de frivillige foreninger og oplysningsforbund. Ligeledes bør der være opmærksomhed på og evt. støtte til, hvordan fysisk aktivitet kan være en naturlig del af den enkeltes rutiner og aktiviteter i hverdagen. Helt almindelige hverdagsaktiviteter som fx gang, cykling, havearbejde og trappegang udgør også fysisk aktivitet.

Flere danske studier antyder, at geriatriske patienter har mest ud af individuelt tilrettelagt træning, hvor en træningsansvarlig motiverer og giver tryk under træningen (7).

Hjemmeboende "svage" ældre kan også have glæde af træning i hjemmet alene med fx trænings-dvd eller virtuel træning via velfærdsteknologi. Ligeledes kan en "motions- eller aktivitetsven", som kommer og træner sammen med den ældre i hjemmet, være relevant for denne gruppe. (7)

Den individuelle tilrettelæggelse giver god mulighed for tilpasning af øvelser og belastning til den enkeltes behov og funktionsevne, fastsættelse af personlige mål og opfølgning på resultater. Studier viser desuden, at det har en positiv effekt, hvis den ældre borger inddrages i planlægning og udformning af selve aktiviteten og fx er med til at udarbejde et træningsprogram. Dette giver en større oplevelse af ejerskab i forhold til aktiviteten (4, 6). Individuel tilrettelæggelse kan både anvendes ved gruppetræning og ved individuel træning.

SÆT FOKUS PÅ

Individuel støtte til fysisk aktivitet i hverdagen

Støtte til hvordan fysisk aktivitet kan indgå som naturligt element i den enkeltes hverdag.

Støtte til individuel – og evt. superviseret – træning til "svage" ældre borgere med nedsat fysisk funktionsevne og til ældre, der foretrækker at træne alene.

TrivselsPiloter i Fredericia Kommune

Fredericia Kommune har iværksat projektet TrivselsPiloter. I projektet formidler kommunen kontakt mellem en ældre borger, der står i en svær livssituation og har brug for hjælp i hverdagen, og en frivillig, som afsætter 2-4 timer pr. uge til projektet. Projektet er målrettet ældre mennesker, hvor de offentlige tilbud ikke dækker behovet. Det kan fx være ældre borgere i en sårbar livsfase, som medarbejdere i det forebyggende hjemmebesøg vurderer, har behov for ekstra støtte, eller ældre borgere, som har afsluttet et rehabiliteringsforløb og skal tilbage i hverdagens rytme. TrivselsPiloter er et projekt under Frivilligcenter Fredericia og er økonomisk støttet af Socialministeriet. Der er ansat en lønnet projektleder i projektperioden.

[University College Lillebælt har lavet en afrapportering af projektet](#)

Formidling af tilbud om fysisk aktivitet

En central del af den forebyggende indsats er at sikre, at ældre borgere i kommunen og de forskellige aktører omkring den ældre borger har kendskab til kommunens tilbud og aktiviteter i lokalområdet. Det kan fx gøres gennem en tydelig og målrettet formidling af aktiviteter i kommunen, og ved at medarbejdere, som er i kontakt med ældre borgere, har kendskab til aktiviteterne og formidler disse til de ældre borgere, som de møder. Det kan fx være medarbejdere, der gennemfører forebyggende hjemmebesøg, hjemmeplejen, visitator mv. Formidlingen af kommuners og regioners sundheds- og forebyggelsestilbud bør som minimum ske på "sundhed.dk/SOFT", men der bør også være opmærksomhed på relevante tilbud i regi af foreninger mv.

[Oversigt over kommunernes sundhedstilbud på sundhed.dk \[www.sundhed.dk/SOFT\]\(http://www.sundhed.dk/SOFT\)](#)

Fra kommunens side bør det sikres, at det er nemt at opnå kendskab til aktiviteter og tilbud både for ældre borgere selv, relevante samarbejdspartner samt for pårørende. Det kan eksempelvis ske ved at udarbejde en samlet, let tilgængelig og opdateret oversigt over alle aktiviteter og tilbud på kommunens hjemmeside eller ved inddragelse og samarbejde med civilsamfund som fx motionsvenner, andre frivillige, lokale foreninger mv. Det bør bl.a. fremgå tydeligt af informationsmaterialet, hvor og hvornår aktiviteten foregår, hvem der er kontaktperson, hvordan man melder sig til, hvad aktiviteten konkret går ud på, og hvad der forventes af deltagerne mv.

Oplysning om aktiviteter og træningstilbud skal dog altid tilpasses målgruppen. Når der informeres bredt, fx i lokalavis eller på hjemmeside, vil det ofte være de ressourcestærke, man får fat i, mens den opsøgende indsats via medarbejdere på ældreområdet, pårørende m.fl. er særlig vigtig for den mere "svage" gruppe af ældre borgere. I forbindelse med den opsøgende indsats bør der være fokus på at formidle viden om sammenhængen mellem træning og evnen til at udføre hverdagsaktiviteter. (7)

Formidling af aktivitetstilbud

Kommunen bør sikre, at der udarbejdes en samlet og let tilgængelig oversigt over aktivitetstilbud til ældre borgere, og at kendskabet til oversigten formidles bredt til alle relevante parter på ældreområdet. Oversigten bør både rumme kommunale tilbud og tilbud i regi af foreninger, frivillige og andre relevante parter.



EKSEMPEL

Hjemmeside med oversigt over aktiviteter for ældre borgere

Odense Kommune har oprettet hjemmesiden "Paletten" med information om aktivitets- og foreningstilbud målrettet seniorer eller mennesker med handicap, sindslidelser eller psykisk sårbarhed. Alle foreninger, klubber, fitnesscentre, aftenskoler, selvhjælpsgrupper, åbne rådgivningstilbud, netværk m.m., der har et tilbud henvendt til denne målgruppe, kan tilføje deres tilbud til siden.

[Hjemmesiden "Paletten"](#)

Forslag til forebyggende indsatser

Til inspiration er beskrevet tre forslag til konkrete indsatser målrettet forebyggelse af fysisk inaktivitet blandt ældre mennesker. De beskrevne indsatser er afprøvet i en eller flere kommuner.

- **Aktiviteter i nærmiljøet**

Et eksempel på en fysisk aktivitet i nærmiljøet til fremme af ældre menneskers fysiske aktivitetsniveau er gruppebaserede gangprogrammer i nærmiljøet. Indsatsen er gruppebaseret og indeholder også en social dimension.

[Aktiviteter i nærmiljøet](#)

- **Frivillig motionsven**

Tilbud om frivillige motionsvenner er et eksempel på en aktivitet, som flere kommuner oplever at have gode erfaringer med i forhold til at forebygge funktionsevnetab hos ældre borgere.

Indsatsen er målrettet og individuelt tilpasset den enkeltes behov og ønsker. Den er struktureret og indeholder samtidig en social dimension.

[Frivillig motionsven](#)

- **Individuelt tilpasset styrketræning**

Individuelt tilpasset styrketræning er et eksempel på en forebyggende indsats, som er individuelt tilrettelagt.

[Individuelt tilpasset styrketræning](#)

MERE VIDEN

Forebyggelsespakke 'Fysisk aktivitet'

Forebyggelsespakken er udviklet af Sundhedsstyrelsen til kommunerne og indeholder faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde.

[Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker](#)

Bevægelse hele livet – vil du med? Inspiration til øvelser

ÆldreForum har udviklet et øvelsesprogram, der bygger på Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet for ældre. Materialet henvender sig til den ældre borger og indeholder forslag til konkrete øvelser i forhold til kondition, muskelstyrke, bevægelighed og balance samt forslag til, hvordan man kan teste sig selv. Træningen kan udføres hjemme og i det fri. Materialet findes på dvd og app til smartphone.

[ÆldreForum: Bevægelse hele livet](#)

Styrk kroppen og let hverdagen

ÆldreForum har udgivet et træningsprogram til ældre, som ønsker at træne hjemme, og som ikke i forvejen er fysisk aktive.

[Træningsprogrammet: Styrk kroppen og let hverdagen](#)

Sundheds- og forebyggelsestilbud på sundhed.dk

På "sundhed.dk/SOFT" formidles kommunernes og regionernes sundheds- og forebyggelsestilbud. Det oplyses, om tilbuddene kræver lægehenvisning, eller om borgeren selv kan melde sig.

Tilbuddene omfatter bl.a. faldforebyggelse, patientuddannelse, træning, alkoholbehandling og rygestop, demens og inkontinens. Følgende tilbud kan ikke formidles på sundhedsportalen:

Forebyggende hjemmebesøg, dagtilbud og genoptræning, som kræver genoptræningsplan fra sygehus, private tilbud og tilbud i frivilligt regi.

[Sundhed.dk/SOFT](http://sundhed.dk/SOFT)

Kilder

- 1) Forebyggelseskommissionen. (2009): Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. Forebyggelseskommissionen.
- 2) Pedersen, C. H.; Norman, K.; Christensen, S.; Skov, L. R.; Curtis, T. (2009): 12 skridt til fremme af sund kost og fysisk aktivitet - den gode kommunale model - Anbefalinger på basis af litteraturen og lokale erfaringer. Sund By Netværket, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København.

- 3) Jancey, J.M.; Clarke, A.; Howat, P.A.; H. Lee, Andy; Shilton, Trevor; Fisher, John (2008): A physical activity program to mobilize older people: A practical and sustainable approach. *The Gerontologist*. Vol. 48(2), Apr, pp. 251-257.
- 4) Sundhedsstyrelsen (2011): Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling.
- 5) Wahl-Brink, D; Olesen, M.S; Larsen, C.D. (2012): Ældre og ensomhed – hvem, hvorfor og hvad gør vi? En undersøgelse om ensomhed hos ældre i 25 kommuner. Marselisborg.
- 6) Meng, H.; Wamsley, B.; Liebel, D.; Dixon, D.; Eggert, G.; Van Nostrand, J. (2009): Urban-rural differences in the effect of a Medicare health promotion and disease self-management program on physical, *Gerontologist*. 49(3):407-17, Jun.
- 7) Puggaard, Lis (2010): Ældretræning i et MTV perspektiv. Center for Anvendt og Klinisk træningsvidenskab, Institut for Idræt og Biomekanik, SDU. Udarbejdet for Socialstyrelsen.
- 8) Boulé NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ (2001). Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA*. 2001 Sep 12;286(10):1218-27.
- 9) Hamer M, Chida Y. Walking and primary prevention (2008): A meta-analysis of prospective cohort studies. *Br J Sports Med*. 2008 Apr;42(4):238-43.
- 10) Tschentscher M, Niederseer D, Niebauer J(2013): Health benefits of Nordic walking: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2013 Jan;44(1):76-84.
- 11) Zheng H, Orsini N, Amin J, Wolk A, Nguyen VT, Ehrlich F (2009): Quantifying the dose-response of walking in reducing coronary heart disease risk: meta-analysis. *Eur J Epidemiol*. 2009;24(4):181-92.

AKTIVITETER I NÆRMILJØET

Et eksempel på en aktivitet, der kan foregå i nærmiljøet, er gruppebase-rede gangprogrammer – en aktivitet, som flere kommuner giver udtryk for at have gode erfaringer med.

Forslaget bygger på overordnet viden om den gavnlige virkning af rask gang på helbredet, men virkningen af det konkrete forslag er ikke systematisk dokumenteret.

Formål

Formålet med aktiviteter i nærmiljøet er at tilbyde lettilgængelige fysiske aktiviteter til ældre borgere, som dels øger det fysiske aktivitetsniveau hos den enkelte og dels kan bidrage til at forebygge ensomhed og social isolation.

Ensomhed og social isolation

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

Gangprogrammet kan tilrettelægges på flere måder. Som udgangspunkt bør det bestå af en relativ fast gruppe ældre borgere og af en eller flere medarbejdere eller frivillige, da det giver mulighed for at lære hinanden at kende og opbygge netværk. Det bør desuden gennemføres i borgernes nærmiljø for at øge deltagelsen. Her kan boligsociale medarbejdere med deres store kendskab til lokalområdet med fordel inddrages både i planlægning, rekruttering og udførelse af programmet.

Det er vigtigt, at omgivelserne for gangprogrammet er tilpasset ældre borgeres behov, så der er toiletfaciliteter og hvilepladser, og turen generelt opleves som tryk. Gangprogrammet kan med fordel kombineres med lavintensitetsøvelser undervejs, fx udstrækning, balance-træning mv. Når gangprogrammet præsenteres, er det vigtigt, at omfang og formål er klart formuleret, så det fremgår tydeligt, hvad der forventes af den ældre borger, og hvem der står for aktiviteten. Tovholderen af gangprogrammet kan opsøge potentielle deltagere og medbringe en pjece, hvor det konkret er beskrevet, hvad programmet går ud på, hvem der kan være med, hvor man møder op, hvornår osv.

Da fysisk inaktive ældre mennesker ofte ikke selv opsøger tilbud om fysisk aktivitet, er det vigtigt med en aktiv opsøgende indsats. Da alle ældre mennesker i princippet kan have gavn af at deltage i et gangprogram, kan opsporingen ske i mange forskellige arenaer og steder, hvor ældre borgere færdes. Det kan fx være opslag i sundheds- eller aktivitetscentret, biblioteket, hos lægen eller via information fra medarbejdere, der gennemfører forebyggende hjemmebesøg, visitatorer, hjemmesygeplejerske mv.

Nogle grupper af ældre borgere har dog brug for en mere direkte opsøgende indsats. Det er eksempelvis ældre borgere, som er isolerede eller ensomme og har brug for ekstra

opmuntring og opbakning til at deltage i aktiviteter. Det kan også være ældre borgere, som oplever en eller flere af de forskellige barrierer for fysisk aktivitet. Her er det en fordel, at aktiviteten foregår i borgerens nærmiljø, da dette både kan bidrage til at overvinde nogle af barriererne for deltagelse og muliggør endvidere, at arrangøren eller tovholderen af gangprogrammet kan opsøge ældre borgere direkte ved at ringe på døren.

Desuden kan fastsættelse af mål for aktiviteten fx antal skridt, der ønskes opnået i løbet af gangprogrammet, være med til at skabe motivation for deltagelse. Skridttællere kan anvendes både som motiverende element og i forbindelse med monitorering af indsatsens effekt (1).

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Alle ældre borgere kan i princippet have gavn af at deltage i et gangprogram. Gangprogrammer har den fordel, at de i vid udstrækning kan tilpasses den enkeltes behov, fx i forhold til turens længde, antal pauser, intensitet m.m. Den individuelle tilpasning kræver en forudgående vurdering af den enkelte deltagers fysiske funktionsevne, fx ved anvendelse af validerede redskaber til test af fysisk funktionsevne. Testen kan gennemføres af fx tovholderen for gangprogrammet, en fysioterapeut eller ved det forebyggende hjemmebesøg. En ekstra gevinst ved gangprogrammer er, at aktiviteten har en indbygget social dimension, der også gør tilbuddet velegnet til borgere med begrænset socialt netværk, hvor aktiviteten kan bidrage til forebyggelse af ensomhed og social isolation.

Ensomhed og social isolation

Implementering

Ledelse

Det er en kommunal ledelsesmæssig opgave at sikre de nødvendige rammer og ressourcer, hvis man ønsker at starte et gangprogram helt eller delvist i kommunalt regi. Det kan fx vedrøre evt. indgåelse af samarbejdsaftale med frivillige eller foreninger og evt. aftale om kompetenceudvikling. Desuden er det væsentligt at tage stilling til, hvilke ældre borgere der skal have tilbud om deltagelse, og hvordan der løbende skal følges op på tilbuddets kvalitet og samarbejdet i øvrigt.

Kompetencer

Den eller de personer, der gennemfører de gruppebaserede gangprogrammer i nærmiljøet, bør have en grundlæggende viden om ældre borgere og fysisk aktivitet samt kendskab til, hvordan gangprogrammet kan superviseres og monitoreres. Desuden bør vedkommende have gode sociale kompetencer, der kan bidrage til at fremme relationsopbyggelse deltagerne imellem, samt kompetencer til motivering af deltagere til at fastholde deltagelse i aktiviteten.

Organisering

Gangprogrammer kan tilrettelægges både i kommunalt og i frivilligt regi eller fx ske ved opstart med kommunal medarbejder, som efterfølgende introducerer en frivillig til at kunne varetage indsatsen. I begge tilfælde vil det være en fordel så vidt muligt at inddrage boligsociale medarbejdere i det pågældende nærmiljø i indsatsen, da de kender både området og dets beboere. Udføres gangprogrammet i samarbejde med frivillige, kan kommunens frivilligkoordinator eller en anden medarbejder varetage den overordnede koordinering, igangsættelse af indsatsen og løbende opfølgning, mens frivillige står for selve gennemførelsen af aktiviteten.

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på implementering og virkningen af gangprogrammer i nærmiljøet kan med fordel fokusere på systematisk registrering af følgende indikatorer:

- I hvor høj grad er indsatsen implementeret?
 - Er der tilbud om gruppebaserede gangprogrammer i nærmiljøer i kommunen?
 - Antal borgere, der tilbydes gangprogrammer i nærmiljøet
 - Antal borgere, der benytter tilbud om gangprogrammer i nærmiljøet.
- Udvikling i deltagernes fysiske aktivitetsniveau

Herudover kan det være væsentligt, at kommunen monitorerer indsatsen i forhold til:

- Udvikling i deltagernes fysiske funktionsevne, såfremt bedre fysisk funktion er en del af formålet med indsatsen. Fysisk funktionsevne måles med validerede redskaber.
- Udvikling i deltagernes livskvalitet el. lign., såfremt forbedring af dette er den del af formålet med indsatsen. Livskvalitet måles med validerede redskaber.
- Hvilke samarbejdspartnere der er inddraget (fx boligsociale medarbejdere, frivillige, medarbejdere, der gennemfører forebyggende hjemmebesøg).
- Hvorvidt der sker en forudgående udredning af den enkelte deltagers funktionsevneniveau.
- Brugen af skridttæller som motivationsskaber.
- Medarbejdernes/de frivilliges vurdering af indsatsen.

Redskaber

Ressourcer

Ressourcebehovet vil afhænge af, hvordan indsatsen tilrettelægges. Der kan fx være udgifter forbundet med kompetenceudvikling af instruktører. Der kan også være udgifter til aflønning af evt. kommunal koordinator samt udarbejdelse og trykning af informationsmaterialer. Benyttes der skridttællere, vil der være udgifter forbundet med indkøb af disse. Aktiviteten vurderes dog at være relativt omkostningseffektiv.

Kilder

- 1) Murtagha, E.M.; Murphy, M.H.; Boone-Heinonen, J. (2010): Walking: the first steps in cardiovascular disease prevention. *Current Opinion in Cardiology*. 25(5) (pp 490-496), 2010. Date of Publication: September 2010.

FRIVILLIG MOTIONSVEN

Flere kommuner tilbyder i samarbejde med frivillige organisationer en motionsven til kommunens ældre borgere. Motionsvennen kommer, efter aftale med den ældre borger, til borgerens hjem og træner sammen med vedkommende. Træningen kan foregå i hjemmet eller ude alt efter borgernes ønske og behov.

Forslaget bygger på positive erfaringer fra flere kommuner, men virkningen af det konkrete forslag er ikke systematisk dokumenteret.

Formål

Formålet med at tilbyde ældre borgere en frivillig motionsven er at støtte og motivere borgere, der vurderes at kunne have særlig gavn af en forebyggende indsats omkring fysisk aktivitet, til en mere fysisk aktiv hverdag.

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

Ældre borgere, som ønsker det, eller som vurderes at kunne have særlig gavn af en forebyggende indsats omkring fysisk aktivitet, tilbydes en frivillig motionsven, der kommer til borgerens hjem efter aftale, fx en gang om ugen. Sammen med borgeren fastsætter den frivillige motionsven et program og udfører de forskellige fysiske aktiviteter.

Aktiviteterne kan være træning og øvelser, der finder sted i hjemmet (simple styrke-, balance- og/eller smidighedsøvelser), en gåtur, følges til et gymnastik- eller motionshold mv. Det centrale er, at aktiviteten er struktureret, dvs. at der fra start er en klar plan for, hvad der skal ske, og hvad målet med aktiviteten er. Derudover er det centralt, at aktiviteten tager udgangspunkt i den ældre borgers ønsker og behov. Det er desuden centralt, at den sociale dimension i indsatsen – samværet med motionsvenner – får rum til at udfolde sig.

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Indsatsens målgruppe er ældre borgere, der er hjemmeboende, og som vurderes at kunne have særlig gavn af en forebyggende indsats omkring fysisk aktivitet. Det kan være personer, der er fysisk inaktive, eller personer, som er i særlig risiko for funktionsevnetab, herunder borgere, der afslutter rehabiliteringsforløb, og borgere med nedsat kognitiv funktionsevne. Målgruppen er desuden borgere, der ikke benytter sig af andre aktivitetstilbud, måske fordi de ikke har overskud til at påbegynde i et foreningstilbud eller et privat motionstilbud, som fx fitnesscenter.

Identificering af personer, der er i målgruppen for en frivillig motionsven, kan ske via alle medarbejdere, der er i kontakt med ældre borgere, fx medarbejdere, der gennemfører forebyggende hjemmebesøg, visitatorer, hjemmeplejen mv. Der kan også samarbejdes med andre aktører som fx boligsociale medarbejdere eller praktiserende læger.

Implementering

Ledelse

Det er en kommunal ledelsesmæssig opgave at sikre rammerne for et evt. samarbejde med frivillige om at tilbyde ældre borgere i kommunen motionsvenner. Her er det vigtigt at overveje, om samarbejdet er med enkelt-frivillige, eller om der findes en forening, som ønsker at indgå i et partnerskab med kommunen.

Der kan være stor forskel på opgavens omfang og brug af medarbejderressourcer alt efter, om ansvaret for rekruttering, opfølgning og uddannelse af motionsvennerne ligger hos kommunen eller i en forening, der allerede har erfaringer på området. Det kan være relevant, at ledelsen udarbejder en strategi for, hvilke målgrupper af ældre borgere der vil have særlig gavn af en frivillig motionsven, så tilbuddet i højere grad kan målrettes.

Kompetencer

De frivillige motionsvenner bør have grundlæggende viden om ældre borgere og fysisk aktivitet samt viden om, hvordan træningen kan superviseres og monitoreres. Desuden bør vedkommende have gode sociale kompetencer og evne at få den ældre borger til at føle sig tilpas i situationen. Såfremt der indgås et samarbejde med frivillige, som ikke på forhånd besidder sådan kompetencer, kan der være behov for, at kommunen tilbyder kurser eller uddannelse heri.

Organisering

En kommunal ansat koordinator kan være ansvarlig for at etablere kontakt mellem frivillige (dette kan både være i foreningsregi og enkeltpersoner), der ønsker at være motionsven, og ældre borgere, som ønsker en motionsven. Koordinatoren står løbende for at matche ældre borgere i målgruppen med frivillige og bør løbende følge op på hvert enkelt forløb, fx gennem månedlige samtaler med den frivillige om udviklingen i forløbet. I frivilligsamarbejdet kan der være behov for en løbende feedback og anerkendelse af den frivillige indsats eksempelvis gennem fællesarrangementer for motionsvenner, kompetenceudvikling eller andre tiltag, der styrker frivilliges lyst til at fortsætte arbejdet.

Det kan desuden ligge under koordinatorens ansvarsområde at sikre, at relevante medarbejdere, der er i kontakt med ældre borgere, har kendskab til tilbuddet og er opmærksomme på at identificere ældre borgere i målgruppen. Når en medarbejder identificerer en borger, der kan have gavn af tilbuddet, meldes dette tilbage til koordinatoren, der vurderer, om borgeren kan tilbydes en motionsven.

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på implementering og effekten af frivillige motionsvenner kan med fordel fokusere på systematisk registrering af følgende indikatorer:

- I hvor høj grad er indsatsen implementeret?
 - Er der tilbud om frivillig motionsven til ældre borgere i målgruppen?
 - Antal borgere, der tilbydes en frivillig motionsven
 - Antal borgere, der benytter tilbud om frivillig motionsven
- Udvikling i deltagernes fysiske aktivitetsniveau.

Herudover kan det være væsentligt, at kommunen monitorerer indsatsen i forhold til:

- Udvikling i deltagernes fysiske funktionsevne, såfremt bedre fysisk funktion er en del af formålet med indsatsen. Fysisk funktionsevne måles med validerede redskaber.
- Hvilke samarbejdspartnere der er inddraget (frivillige, foreninger, medarbejdere i kontakt med ældre borgere, der kan formidle viden om tilbud og identificere ældre borgere i målgruppen, fx medarbejdere, der gennemfører forebyggende hjemmebesøg, visitatorer, hjemmeplejen, boligsociale medarbejdere, almen praksis mv.).
- Hvorvidt der i samarbejde med den ældre borger bliver sat klare mål for indsatsen.
- Medarbejdernes/de frivilliges vurdering af indsatsen.

Redskaber

Ressourcer

Der er udgifter forbundet med den tid, som koordinatoren anvender på koordinering og opfølgning på indsatsen, samt evt. udgifter til kurser eller uddannelse af frivillige motionsvenner. Desuden kan der være udgifter forbundet med afholdelse af fællesarrangementer og/eller kompetenceudvikling af frivillige motionsvenner.



Motionsguider i Odense Kommune

Odense Kommune tilbyder ældre borgere, der har et velfungerende funktionsniveau, men som synes, det er svært at komme i gang med at motionere, en motionsguide. De ældre borgere opspores og henvises af medarbejdere fra rehabiliterings- og træningsenheden, sundhedscentrene eller af Odense Universitetshospital. Borgere har også mulighed for selv at henvende sig, fx hvis de har læst om det på kommunens hjemmeside, i lokalavisen eller har hørt om det fra anden side.

Den ældre matches med en frivillig motionsguide af en motionskoordinator. Ved et opstartsmøde mellem den ældre borger, motionsguide og motionskoordinator aftales de overordnede rammer og varighed for forløbet. I fællesskab finder den ældre borger og motionsguiden ud af, hvor ofte de vil mødes og hvilke motionstilbud, der er relevante. Motionsguiderne og den ældre borger kan fx gå ture, cykle, træne sammen, tale om motionsmuligheder i lokalområdet eller følges ad til motionsaktiviteter. Det er op til den ældre borger sammen med motionsguiden at finde frem til den løsning, som passer bedst til borgeren, så vedkommende får glæde af at motionere mere i hverdagen.

Motionsguider er frivillige, der er vant til at motionere og klar til at vejlede og vise vej til motions tilbud i kommunen. Der er 35 motionsguider i alderen 22-78 år. Motionsguiderne er fx studerende, folk der er i arbejde, på efterløn eller pension. Motionsguiderne tilbydes kurser, erfaringsmøder med andre frivillige og sparring med motionskoordinatorerne. Siden tilbuddet startede i 2011 og til midten af 2015 har 220 borgere gjort brug af tilbuddet. Motionsguiden kontakter den ældre borger 2-3 måneder efter endt forløb og følger op på, hvordan det er gået. Virkningen af tilbuddet er ikke blevet nærmere belyst.

INDIVIDUELT TILPASSET STYRKETRÆNING

Ældre borgere, der vurderes at kunne have særlig gavn af en forebyggende indsats til styrkelse af muskulatur og balanceevne, kan tilbydes at deltage i et individuelt tilpasset styrketræningsforløb.

Forslaget bygger på viden om, at særligt ældre borgere med faldende eller dårligt fysisk funktionsevneniveau kan have behov for individuelt tilpasset træning. Effekten af det konkrete forslag er dog ikke systematisk dokumenteret.

Formål

Formålet med individuelt tilpasset styrketræning er, at ældre borgere med faldende eller dårligt fysisk funktionsniveau tilbydes en træningsindsats, der styrker muskulatur og balanceevne, og hvor træningen samtidig er målrettet den enkeltes ønsker og behov.

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

Ældre borgere tilbydes at deltage i styrketræningsforløb, der er tilpasset den enkeltes ønsker og behov. Det er vigtigt, at styrketræningen er superviseret af en uddannet instruktør, som skal sikre, at de rette muskelgrupper styrkes, og at træningen foregår uden risici. Træningen kan med fordel indeholde aktiviteter, der øger kondition og bevægelighed.

Styrketræningen kan både foregå én til én i borgerens eget hjem, fx ved personlig træner eller ved brug af velfærdsteknologi. Træningen kan også foregå i et motions- eller aktivitetscenter, eller den kan foregå via holdtræning i et aktivitets-, sundheds- eller plejecenter. Ved holdtræning er det centralt at sikre, at træningen - selvom den foregår i en gruppe – er tilpasset den enkeltes niveau og behov. Holdene bør således ikke være for store.

Der bør desuden være fokus på, hvordan deltagerne efter forløbet kan fortsætte med at være fysisk aktive. Fx kan der vejledes om almene tilbud i privat og frivilligt regi.

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Tilpasset styrketræning kan umiddelbart være til gavn for alle ældre borgere, der er i stand til at gennemføre styrketræning uden risiko for skader, og styrketræning er især gavnligt for bevarelse af funktionsevnen generelt. Indsatsen kan dog med fordel målrettes ældre borgere med faldende eller dårligt fysisk funktionsevneniveau, vurderet ud fra validerede redskaber til test af fysisk funktionsevne Tværgående redskaber. Identifikationen af borgere, som kan have særlig gavn af at deltage i et forløb med individuelt tilpasset styrketræning, kan ske via alle medarbejdere, der er i kontakt med ældre borgere, fx medarbejdere, der gennemfører forebyggende hjemmebesøg, visitatorer, hjemmeplejen mv. Desuden bør også praktiserende læger kende til tilbuddet.

Samme redskaber kan desuden med fordel anvendes af træneren til at gennemføre en indledende test af deltagernes funktionsniveau forud for igangsættelse af indsatsen, således at træningen kan tilpasses den enkeltes behov og evne.

Implementering

Ledelse

Det er en kommunal ledelsesmæssig opgave at tage stilling til rammer og ressourcer for et evt. tilbud om individuelt tilpasset styrketræning til ældre borgere i kommunen. Det er desuden en ledelsesmæssig beslutning, hvilke ældre borgere der skal have tilbuddet om styrketræning, og over hvor lang tid ordningen skal forløbe.

Kompetencer

Styrketræningen bør gennemføres og superviseres af en uddannet træningsinstruktør.

Organisering

Alt efter behov visiteres ældre borgere til styrketræningen og får tildelt en instruktør eller et tilbud om at deltage på et hold. Indsatsen kan med fordel koordineres af en fast medarbejder, fx fra kommunens ældreenhed. Indsatsen kan også udføres i samarbejde med private aktører, fx fitnesscentre.

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på implementering og effekten af individuelt tilpasset styrketræning kan med fordel fokusere på systematisk registrering af følgende indikatorer:

- I hvor høj grad er indsatsen implementeret?
 - Er der tilbud om individuelt tilpasset styrketræning til ældre borgere i målgruppen?
 - Antal borgere, der tilbydes individuelt tilpasset styrketræning
 - Antal borgere, der benytter tilbud om individuelt tilpasset styrketræning
- Udvikling i deltagernes fysiske funktionsevne målt ved validerede redskaber til test af fysisk funktionsniveau.

Redskaber

Herudover kan det være væsentligt, at kommunen monitorerer indsatsen i forhold til:

- Hvilke samarbejdspartnere der er inddraget (private aktører, fx fitnesscentre, medarbejdere i kontakt med ældre borgere, der kan formidle viden om tilbud og identificere ældre borgere i målgruppen, fx medarbejdere, der gennemfører forebyggende hjemmebesøg, visitatorer, hjemmeplejen, praktiserende læger mv.)
- Hvorvidt der sker en forudgående udredning af den enkelte deltagers funktionsniveau.
- Hvorvidt der i samarbejde med den ældre borger bliver sat klare mål for indsatsen.
- Medarbejdernes/private aktørers vurdering af indsatsen.

Ressourcer

Der er udgifter forbundet med den tid, som en medarbejder anvender på koordinering og opfølgning af indsatsen, samt træningsfaciliteter og lønudgifter til træningsinstruktører.

Åben rådgivning i Holstebro Kommune

I Holstebro Kommune kan ældre borgere booke en åben rådgivning ved en sygeplejerske, ergoterapeut, rygestopkonsulent eller diætist, der er tilknyttet et dagcenter. Den åbne rådgivning er gratis og kræver ikke en henvisning.

Rådgivningen er en åben samtale, hvor fx terapeuten og borgeren i fællesskab finder frem til, hvad den enkelte har behov for fremadrettet. Formålet er bl.a. at opspore ældre borgere, der er i dårlig fysisk tilstand og som derfor også har stor risiko for fald.

Vurderes det, at borgerne vil have gavn af et tilbud om træning, og kan indgå i holdregi, gennemføres test af fysisk funktionsniveau. Testresultater bruges efterfølgende til at placere den ældre borger på rette hold. Borgerne tilbydes i første omgang én sæson á typisk 12 træningsgange. Ved afslutningen testes borgeren igen. Såfremt borgeren befinder sig inden for "normalområdet", og dermed ikke længere er i risikogruppen, udsluses borgeren til ikke-kommunale aktivitetstilbud. I modsat fald tilbydes endnu en træningssæson i kommunalt regi.

Virkingen af tilbuddet er ikke nærmere undersøgt.

FALD

Fald er den hyppigste ulykkesform blandt ældre mennesker. Fald er en af de væsentligste årsager til tab af funktionsevne, og samtidig øger tab af funktionsevne risikoen for faldulykker. Et fald påvirker ikke kun den fysiske funktionsevne; et fald kan også have store psykiske og sociale konsekvenser og i værste fald forårsage dødsfald.



HVORFOR FOREBYGGE?

Ældre mennesker, der er faldet én gang, har 2 til 3 gange større risiko for at falde igen inden for et år, hvis der ikke handles på årsagen til faldet (1). Tidlig identifikation af risikofaktorer og tilbud om deltagelse i faldforebyggende indsatser kan nedsætte risikoen for faldulykker og relateret sygdom, nedsættelse af funktionsevnen og død (2).

Hvad er et fald?

Et fald defineres som *'en utilsigtet hændelse, der resulterer i, at en person kommer til at ligge på gulvet, jorden eller et andet lavere niveau'* (1).

Op mod en tredjedel af alle danskere over 65 år oplever mindst et fald om året, mens det samme er tilfældet for ca. 50 % af danskerne over 80 år (1). Det anslås, at der hvert år i Danmark er ca. 41.000 skadestuekontakter grundet faldulykker blandt ældre mennesker. Det svarer til, at ca. 75 % af alle skadestuekontakter fra ældre borgere skyldes fald (1). Fald er derved den hyppigste ulykkesform blandt personer over 65 år. Fald sker både i hjemmet og udendørs (2).

Hvorfor er forebyggende indsatser vigtige?

Fald kan have store fysiske, psykiske og sociale konsekvenser for det enkelte menneske.

- Ca. 60 % af alle fald blandt personer over 65 år medfører skader (1). Fald er årsag til ca. 95 % af alle hoftebrud, og halvdelen af de personer, der pådrager sig et hoftebrud grundet fald, kommer aldrig til at gå som før faldet (1).
- Faldulykker er den hyppigste ulykkestype blandt ældre. På skadestuerne udgør faldskader godt 70 % af alle ulykkesrelaterede kontakter blandt tilskadekomne over 65 år og derover. Op til ca. 80 % af ulykker med døden til følge skyldes fald, og her tegner de ældste på 85 år og derover sig for de fleste. En ændret kodepraksis for faldulykker i Dødsårsagsregisteret i 1999-2001 gør det vanskeligt at vurdere udviklingen før dette tidspunkt. Faldulykkerne sker typisk i hjemmet (3).
- I 2013 døde 535 danskere på grund af faldulykker, og det er især ældre borgere, der dør af faldulykker. For mænd var det en mindre stigning i forhold til 2012, men fortsat lavere end tallet var i 2011. Medianalderen for personer, der døde af faldulykker i 2013, ligger på 86 år, hhv. 82 år for mænd og 88 år for kvinder (9).

- Med stigende alder udgør faldskader en tiltagende andel (70-90 %) af ældre personers ulykker. En del af ældres hjemmefritidsulykker sker i alkoholpåvirket tilstand, specielt blandt personer i alderen 65-75 år (3).

Alkohol

- Et fald kan være en meget voldsom oplevelse, og frygten for at falde igen kan fylde meget. Frygten for fald kan være årsag til, at det enkelte menneske begrænser sine aktiviteter både i og uden for hjemmet.
- Begrænsningen af aktiviteter grundet angst for fald øger risikoen for fysisk inaktivitet, hvilket igen øger risikoen for fald.

Fysisk aktivitet

- Begrænsningen af aktiviteter grundet angst for fald øger også risikoen for ensomhed og social isolation (3).

Ensomhed og social isolation

En række studier peger på, at deltagelse i forebyggende indsatser kan mindske risikoen for fald (5, 6, 7, 8). Årsagerne til fald er dog komplekse, og der er derfor heller ikke én enkel løsning på faldproblematikken.



FAKTA

Samfundsmæssige konsekvenser som følge af fald blandt ældre

- Tal fra 2005 viser, at ca. 41.000 borgere over 65 år årligt henvender sig til en skadestue som følge af fald. Af disse indlægges 30 %, mens 35 % overgår til opfølgning i ambulanseregion eller hos praktiserende læge. (1)
- Forbliver faldraten uændret de kommende år, anslås det, at antallet af indlæggelser af personer over 65 år, som følge af fald, vil stige fra 13.444 indlæggelser i 2003 til ca. 24.000 i 2040. Dette sker i takt med, at andelen af ældre mennesker i befolkningen stiger. (4)

Kilder

- 1) Sundhedsstyrelsen (2006): Faldpatienter i den kliniske hverdag – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen.
- 2) McClure R. et al (2005): Population based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people (review) The Cochrane Library 2,1-15.
- 3) Syddansk Universitet (2012): Ulykker i Danmark 1990-2009. Statens Institut for Folkesundhed.
- 4) Backe, H.; Kirchoff M.; Bregnbak M.J.; Hendriksen, C. & Obel, K. (2008): Ældres skadestuehenvendelser efter fald. Ugeskrift for Læger 170/45.

- 5) Skelton, D.A.; Beyer, N. (2003): Exercise and injury prevention in older people. *Scand. J. Med. Sci Sports*: 13: 77-85.
- 6) L.D.Gillespie; Robertson, M.C.; Gillespie, W.J.; Sherrington, C.; Gates, S.; Clemson, L.M; Lamb, S.E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane Collaboration*. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- 7) American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention (2001): Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2001 May;49(5):664-72.
- 8) Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society (2011): Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Jan;59(1):148-57.
- 9) Statens Seruminstitut (2014): Dødsårsagsregistret 2013.

OPSPORING OG MOTIVATION

I den forebyggende indsats kan det være vanskeligt at identificere, hvilke ældre borgere der er i risiko for fald. Vurderingen af risiko er kompleks og beror på en helhedsvurdering af borgerens samlede livssituation, mestringsevne og strukturelle forhold i hjemmet og omgivelserne.

Hvordan kan ældre mennesker med risiko for fald opspores?

I den forebyggende indsats er det vigtigt, at medarbejdere i kontakt med ældre borgere har viden om:

- Mulige risikofaktorer
- Handlemuligheder ved identificerede risikofaktorer for fald
- Kommunens tilbud om faldforebyggende indsatser
- Hvordan faldforebyggende indsatser kan italesættes positivt over for den ældre borger med fokus på umiddelbare gevinster (fx bedre kondition, mobilitet og uafhængighed), der kan gøre indsatsen relevant og vedkommende for den enkelte (9).

Ældre mennesker med risiko for fald

Risikoen for fald er særlig stor blandt personer over 85 år. Fald og relaterede skader sker fire gange så hyppigt hos denne aldersgruppe sammenlignet med aldersgruppen 65 til 74 år (2). Det er ikke alderen i sig selv, der er en risikofaktor for fald, men derimod en række øvrige forhold, som generelt forekommer hyppigere med alderen. Det er desuden velbeskrevet, at kvinder falder hyppigere end mænd (3).

Faldområdet er komplekst, og evidensen i forhold til risici er ikke entydig. En lang række studier og undersøgelser beskriver dog faktorer og forhold, der i forskellig grad kan øge risikoen for fald. Der er ofte flere årsager til et fald, og tilstedeværelsen af flere risikofaktorer er forbundet med en synergieffekt, hvor risikoen for fald stiger dramatisk (1, 2, 3, 4, 18):

- **Nedsat muskelstyrke**

Der er sikker viden om, at nedsat muskelstyrke er en af de vigtigste risikofaktorer for fald. Nedsat muskelstyrke kan være relateret til sygdom eller en konsekvens af en skade, men kan også være en konsekvens af fysisk inaktivitet. (3)

Fysisk aktivitet

- **Tidligere fald**

Der er sikker viden om, at fald inden for det seneste år er forbundet med stærkt øget risiko for at falde (3, 18).

- **Gangproblemer, nedsat balance og brug af ganghjælpemidler**
Der er sikker viden om, at gangproblemer er forbundet med en øget risiko for at falde. Ældre mennesker med gangproblemer har ofte også nedsat balance og behov for ganghjælpemidler, der ligeledes er forbundet med øget risiko for fald (3, 18).
- **Begrænsninger i almindelig daglig livsførelse (ADL)**
Der er ligeledes sikker viden om, at begrænsninger i almindelig daglig livsførelse (ADL) er forbundet med øget risiko for fald (3, 18).
- **Svimmelhed**
Svimmelhed er formentlig en væsentlig risikofaktor for fald, men der findes kun få studier og begrænset viden på området. En stor del af de ældre mennesker, der falder, rapporterer om svimmelhed (3).
- **Kognitiv dysfunktion**
Der er sikker viden om, at kognitiv dysfunktion er forbundet med øget risiko for fald (3, 19). Forskning inden for faldområdet peger også på, at der er en sammenhæng mellem alderdom, dårligt syn, demenssygdom og dårlig balance (1). Generelt har mennesker med parkinson også en øget risiko for fald (19).
- **Frygt for at falde**
Frygt for at falde optræder hyppigere hos ældre, der har oplevet et fald. Samtidig er der viden om, at frygt for fald også er forbundet med øget risiko for fald (3).
- **Nedsat syn og briller med glidende overgang**
Nogle studier peger på, at nedsat syn er forbundet med øget risiko for fald (3, 18). Briller med glidende overgang (bifokale briller) slører nederste del af synsfeltet og kan også øge risikoen for fald (3, 17).
- **Sygdom**
Fald er ofte forårsaget af akutte eller kroniske sygdomme, og risikoen for fald stiger med antallet af kroniske sygdomme (3).
- **Medicinforbrug**
Visse typer af medicin kan øge risikoen for fald, særligt ved indtagelse af flere lægemidler dagligt (3).
- **Alkoholforbrug**
Et stort alkoholforbrug øger faldrisikoen markant (5), men også alkohol i mindre mængder kan øge faldrisikoen, særligt hvis den enkelte samtidig har et forbrug af medicin, hvor virkningen forstærkes eller ændres i kombination med alkohol.

Alkohol

- **Væskemangel (dehydrering)**
Utilstrækkeligt med væske kædes sammen med risiko for både svimmelhed og fald (4).
- **Ernæringstilstand**
Dårlig ernæringstilstand medfører nedsat funktionsevne, som påvirker muligheden for at være fysisk aktiv. Dermed øges risikoen for fald. Vægttab hænger tæt sammen med tab af muskelmasse og øger risikoen for (yderligere) tab af funktionsevne og fald (4).

Ernæring

- **Omgivelser**

I en række studier er ydre faktorer som fx ujævne fortove og glatte gulve anført som hyppig årsag til fald. I forhold til boligindretning er der dog ikke fundet entydig dokumentation for betydningen i forhold til risiko for fald, og ændringer i boligindretning fjerner ikke nødvendigvis et evt. grundlæggende problem som fx manglende muskelstyrke eller brug af sovemedicin (3).

Redskaber til opsporing af ældre mennesker med risiko for fald

Der findes ingen validerede redskaber, der kan anvendes til enkelt at identificere ældre mennesker med faldrisiko. Redskaber til test af balance har fx ikke vist sig valide til et bredt spektrum af ældre mennesker (10, 11).

Rejse-sætte-sig-testen bruges primært til at vurdere ældres fysiske funktionsniveau, men en dårlig præstation i rejse-sætte-sig-testen er forbundet med en større risiko for fald (10, 13, 14, 15, 16). Dette skyldes bl.a., at den tilsyneladende enkle aktivitet kræver komplekse motoriske færdigheder, herunder balance, muskelstyrke, koordination og evne til at integrere visuospacial information. Der bør derfor være opmærksomhed på risiko for fald, hvis en borger kan rejse sig <5 gange på 30 sekunder i rejse-sætte-sig-testen.

Redskaber

Arenaer for opsporing af ældre mennesker med risiko for fald

Alle medarbejdere i kontakt med ældre borgere kan bidrage til at identificere borgere, som er i risiko for fald. Medarbejdere, der gennemfører forebyggende hjemmebesøg, er centrale aktører i opsporingen, men også visitatorer, medarbejdere i sundhedscentre, ansatte i hjemmeplejen, fysioterapeuter mv. bør have kendskab til typiske risikofaktorer og have fokus på opsporing af ældre borgere med risiko for fald (4).

Også den ældre borger selv, pårørende og det øvrige civilsamfund – fx foreninger med mange ældre borgere som medlemmer – kan med fordel have kendskab til og være opmærksom på risikofaktorer for fald eller vide, hvor de kan finde oplysninger herom (4).

Kommunen kan med fordel samarbejde omkring faldforebyggende indsatser med regionale aktører, som er i kontakt med målgruppen af ældre borgere, bl.a. de praktiserende læger samt faldklinik (tilknyttet landets geriatriske afdelinger), hvis en sådan er tilgængelig. Nogle undersøgelser peger på, at især en anbefaling fra den praktiserende læge ser ud til at kunne øge deltagelsesfrekvensen i faldforebyggende indsatser (6).

SÆT FOKUS PÅ

Systematisk vurdering af risiko for fald

Kommunale medarbejdere, som er i kontakt med ældre mennesker, bør kende og være opmærksomme på risikofaktorer for fald, herunder også de ydre omstændigheder, der kan have betydning for fald.

Det anbefales, at medarbejdere vurderer risikoen for fald sammen med borgeren og med udgangspunkt i borgerens samlede livssituation. Vurderingen kan suppleres med test af fysisk funktionsniveau ved hjælp af rejse-sætte-sig-testen. Der bør henvises til udredning for osteoporose (knogleskørhed) ved tidligere lavenergi-brud, eller hvis borgeren har kendte risikofaktorer for knogleskørhed. (3)

[Rejse-sætte-sig-testen under "Redskaber"](#)

Odense kommune indfører systematisk screening for faldforebyggelse

Som en metode til at identificere ældre borgere, der kan have øget faldrisiko, anvender Odense Kommunes ældrekonsulenter fire spørgsmål, når de er på forebyggende hjemmebesøg hos borgere, der er faldet.

- Var der bevidsthedstab i forbindelse med faldet?
- Opleves daglige gang- eller balanceproblemer?
- Er der sket flere fald inden for det sidste år?
- Opleves der anfald af svimmelhed?

Spørgsmålene, der er anbefalet af Sundhedsstyrelsen (3), indgår som en del af en helhedsvurdering af risikoen for fald. De integreres i ældrekonsulenternes samtaleguide, hvor der også spørges til bekymring for at falde samt en lang række øvrige forhold. Virkningen af den systematiske screening er ikke nærmere undersøgt.

SÆT FOKUS PÅ

Samarbejde om faldforebyggelse med praktiserende læger

Det foreslås, at kommunen indgår i et formaliseret samarbejde med praktiserende læger om opsporing af ældre mennesker med stor risiko for fald og evt. knogleskørhed og om formidling af faldforebyggende indsatser. Forslaget om et formaliseret samarbejde mellem kommunen og almen praksis kan med fordel drøftes i det kommunalt-lægelige udvalg. Hvis dette indebærer nye opgaver for almen praksis, som ikke er omfattet af overenskomsten, bør disse reflekteres i praksisplanerne.

Opsporing via ansøgning om hjælpemidler i Esbjerg Kommune

I Esbjerg Kommune gennemføres en screening, når en ældre borger henvender sig i Visitationen for at få et ganghjælpemiddel. Visitatoren afdækker, om borgeren har brug for et særligt faldforebyggende træningstilbud. Medarbejderne i kommunen giver udtryk for, at den opsøgende faldforebyggende indsats bidrager til at identificere borgere med risiko for fald og herigennem målrettes den faldforebyggende indsats. Virkningen af kommunens brug af screeningen er ikke nærmere belyst.

Motivation til deltagelse i faldforebyggende indsatser

Flere undersøgelser viser, at mange borgere takker nej til at deltage i faldforebyggende indsatser. Det er ikke usædvanligt, at kun 10-20 % af en given gruppe ældre mennesker, der er faldet, siger ja til et tilbud om fx faldforebyggende træning (7). En af årsagerne til, at det er vanskeligt at motivere til deltagelse i en faldforebyggende indsats, er, at mange mennesker forbinder fald og forebyggelse af fald med det at være gammel, skrøbelig og ængstelig. Det kan derfor opleves som irrelevant eller stigmatiserende at deltage i en faldforebyggende indsats, hvis man ikke opfatter sig selv som fysisk skrøbelig og måske betragter det fald, man har oplevet, som et hændeligt uheld. For ældre, der ikke er faldet, kan det være for abstrakt at skulle forholde sig til noget, der endnu ikke er sket. (7, 9)

Ældre mennesker fremhæver selv de umiddelbare positive gevinster som begrundelse for deltagelse i forebyggende indsatser som fx styrke- og balancetræning. Det kan være interesse, fornøjelse, øget selvtillid og generel opretholdelse af godt helbred, mobilitet og uafhængighed frem for muligheden for, at træningen kan reducere risikoen for fald senere i livet. Formidlingen af faldforebyggende indsatser bør med andre ord have fokus på umiddelbare gevinster, der er forenelige med et positivt selvbillede (9). Eksempelvis lyder et styrketræningshold for mange mere appellerende end et faldforebyggelseshold.

SÆT FOKUS PÅ

Umiddelbare positive gevinster ved faldforebyggende indsatser

For at motivere ældre borgere til at deltage i en faldforebyggende indsats bør indsatserne tilrettelægges og formidles på en måde, så der er fokus på de umiddelbare gevinster, der er forenelige med et positivt selvbillede.

Det kan være ved at sætte fokus på, hvad der kan opnås med indsatsen – fysisk, psykisk og socialt – frem for, hvad borgeren kan forebygge/undgå.

Forskningen peger også på, at andre faktorer kan være vigtige i forhold til at øge motivationen for at deltage i faldforebyggende indsatser, blandt andet (8, 9):

- Generel udbredelse af viden om, at fald ikke er en uundgåelig konsekvens af alder, men kan forebygges aktivt gennem styrke- og balancetræning.
- At faldforebyggende indsatser er individuelt tilpasset den enkeltes behov, og at deltageren selv spiller en aktiv rolle i forbindelse med tilrettelæggelsen.
- At praktiserende læge og andre fagprofessionelle inviterer den enkelte til deltagelse i den faldforebyggende indsats.
- Den enkelte oplever støtte til deltagelse fra sine omgivelser.

Kilder

- 1) Gillespie, L.D. et al. (2012): Interventions for preventing falls in older people living in the community. The Cochrane Library.
- 2) Chase, C. A.; Mann, K.; Wasek, S.; Arbesman, M. (2012): Systematic Re-view of the Effect of Home Modification and Fall Prevention Programs on Falls and the Performance of Community-Dwelling Older Adults. The American Journal of Occupational Therapy.
- 3) Sundhedsstyrelsen (2006): Faldpatienter i den kliniske hverdag – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen.
- 4) Sund By Netværket (2010): 8 anbefalinger til forebyggelse af ældres faldulykker – den gode kommunale model.
- 5) Bjørk, C.; Vinther-Larsen, M.; Hvidtfeldt, U.A; Thygesen, L.C.; Grønbæk, M. (2006): Midaldrende og ældre danskeres alkoholforbrug fra 1987 til 2003. Statens Institut for Folkesundhed, Center for Alkoholforskning og Styrelsen for Specialrådgivning og Social Service.

- 6) Mahler, Marianne (2012): At holde balance. Betingelser for og perspektiver i forhold til forebyggelse af fald blandt gamle mennesker. Doktorgrad, afhandling, Nordic School of Public Health.
- 7) Rosell, A.C.; Swane, C.E. & Beyer, N (2005): Holdninger og opfattelser, som har indflydelse på, om ældre danskere ønsker at deltage i faldforebyggende træning. Ugeskrift for Læger 167/10.
- 8) Høst, D. et al. (2011): Older people's perception of and coping with falling, and their motivation for fall-prevention programmes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(7).
- 9) Yardley, L. et al. (2007): Recommendations for promoting the engagement of older people in activities to prevent falls *Qual Saf Health Care* 2007;16:230–234.
- 10) Neuls, D. et al. (2011): Usefulness of the Berg Balance Scale to Predict Falls in the Elderly. *J Geriatr Phys Ther* 2011;34:3-10.
- 11) Pardasany, P. et al. (2012): Sensitivity to Change and Responsiveness of Four Balance Measures for Community-Dwelling Older Adults. *Phys Ther.* 2012;92:388–397.
- 12) Whitney, S.L. et al. (2005): Clinical Measurement of Sit-to-Stand Performance in People With Balance Disorders: Validity of Data for the Five-Times-Sit-to-Stand Test. *Physical Therapy* . Volume 85 . Number 10. October 2005.
- 13) Tiedemann, A. et. al. (2008): The comparative ability of eight functional mobility tests for predicting falls in community-dwelling older people. *Age and Ageing* 2008; 37: 430–435.
- 14) Buatois, S. et. al. (2008): Five times sit to stand test is a predictor of recurrent falls in healthy communityliving subjects aged 65 and older. *Journal of the American Geriatric Society*, August 2008 vol. 56, number 8.
- 15) Zhang, F. et. al. (2013): Performance on Five Times Sit-to-Stand Task as a Predictor of Subsequent Falls and Disability in Older Persons. *J Aging Health* 2013 25: 478.
- 16) Schoene, D. et. al. (2013): Discriminative Ability and Predictive Validity of the Timed Up and Go Test in Identifying Older People Who Fall: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatric Society* 61:202–208, 2013.
- 17) Campbell, A.J.; Robertson, M.C. (2013): Fall Prevention: single or Multiple Interventions? Single Intervention for fall Prevention. *Journal of the American Geriatric Society*, 61:281-287, 2013.
- 18) American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention (2001): Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2001 May;49(5):664-72.
- 19) Sundhedsfaglig lægehåndbog i neurologi, tilstande, sygdomme og parkinsons-sygdom:

sundhed.dk

INDSATSER

Der er evidens for, at forebyggelse af fald virker, men det kan være vanskeligt at sammenligne effekten af faldforebyggende indsatser, blandt andet fordi en faldepisode defineres forskelligt i forskellige undersøgelser (1).

Evidensbaserede indsatser

Forskning på faldområdet peger på tre centrale indsatser, som kan bidrage til at forebygge fald og faldrelaterede skader og ulykker:

- **Styrke- og balancetræning**

Både danske og internationale studier peger på, at fysisk aktivitet med kombineret styrke- og balancetræning kan reducere risikoen for fald og faldskader. Konkret har fysisk aktivitet i form af styrke- og balancetræning tre gange ugentligt kombineret med spadsereture to gange ugentligt ("Otago-programmet") vist sig at kunne forebygge fald og faldskader med op til 52 % (2). Størst effekt er vist hos de +80-årige, hvor prævalensen af lav muskelstyrke og dårlig balance er større end hos yngre ældre. Stort set alle faldforebyggelsesprogrammer, som har haft god effekt for hjemmeboende ældre, har indebåret fysisk aktivitet (2). En række studier dokumenterer også positive effekter af Tai-chi som træningsform, da Tai-chi udvikler både styrke og balanceevne (4, 5).

Det er væsentligt, at det er en fagprofessionel, fx en ergo-/eller fysioterapeut eller en uddannet træningsinstruktør, der sammensætter og/eller instruerer i programmet og evt. superviserer træningen. Træningen kan tilrettelægges som individuel træning i borgernes eget hjem eller som holdtræning (3, 4, 5).

SÆT FOKUS PÅ

Tilbud om styrke- og balancetræning

I kommunen bør der være forskellige tilbud om kombineret balance- og styrketræning, som kommunale medarbejdere kan henvise borgere med risiko for fald til. Tilbuddene kan være i kommunalt eller frivilligt regi.

Otago-programmet

Flere kontrollerede forsøg har vist, at træningsprogrammet "Otago" kan forebygge fald og faldskader (8). Programmet kan anvendes som hjemmetræning og består af styrke- og balancetræning 3 gange ugentligt kombineret med spadsereture to gange ugentligt. Programmet har vist størst effekt for 80+ årige.

Programmet er udviklet i New Zealand men anvendes i flere lande. I England uddannes og certificeres således "Otago-instruktører", der både kan supervisere hjemmetræning og gennemføre gruppetræning. Programmet er ikke systematisk afprøvet og evalueret i Danmark.

[Information om Otago-programmet i England](#)

[Netværk og materialer om Otago-programmet](#)

- **Indsatser med fokus på flere risikofaktorer**

Flere studier dokumenterer, at indsatser, der kombinerer en indledende screening, udredning af den fysiske tilstand og risikofaktorer med et helhedsorienteret og individuelt tilrettelagt forebyggelsesprogram, bidrager til at forebygge fald blandt ældre mennesker. Det kan fx være en kombination af fysisk træning, ændringer i hjemmet, vurdering af behov for hjælpemidler, medicinudredning samt vejledning og rådgivning til den ældre borger og/eller relevante medarbejdere (5, 6). Selvom der oftest er flere årsager til et fald, har multifaktorielle indsatser med fokus på flere risikofaktorer dog ikke generelt vist større effekt end indsatser med fokus på en enkelt risikofaktor. Multifaktorielle indsatser bør dog altid kunne tilbydes til borgere med høj risiko for fald, mens enklere indsatser som fx styrke- og balancetræning bør være let tilgængelige for en større gruppe. (9, 11, 12)

- **Helhedsorienteret vejledning og rådgivning om sundhed**

Viden er en basal forudsætning for, at den enkelte kan foretage rationelle valg i forhold til en mere sundhedsfremmende livsstil. I forhold til fald peger forskningen på, at der generelt er behov for udbredelse af viden om, at fald ikke er en uundgåelig konsekvens af alder, men kan forebygges aktivt gennem styrke- og balancetræning (10). Information om fald og forebyggelse kan fx tænkes ind i helhedsorienterede sundhedsfremmende tilbud, herunder temaaftener, seniorkurser samt anden vejledning og rådgivning målrettet ældre borgere.

Kommunale erfaringer med virkningsfulde indsatser

En forudsætning for, at den indsats, der iværksættes, styrker borgerens handlegkompetencer, er en grundlæggende forståelse for borgerens hverdagsliv og samlede livssituation.

Flere kommuner understreger vigtigheden af at tage sig god tid til at samtale med den enkelte borger om, hvordan han/hun oplever hverdagen. I samtalen afdækkes borgerens mestningsstrategier og refleksioner over forklaringen på et eventuelt fald.

Ved sammen med borgeren at finde ud af, hvad der går godt og mindre godt i hverdagen, vil den sundhedsprofessionelle kunne stille sin relevante viden på delområder til disposition – alt efter situationen.

Handlemuligheder, når et ældre menneske har høj risiko for fald

Der bør altid handles på risikofaktorerne, fx fysisk inaktivitet eller begyndende demens, og der bør være opmærksomhed på forhold i omgivelserne så som boligindretning og u hensigtsmæssigt fodtøj.

Nogle gange kan mindre justeringer i hjemmet eller i de daglige vaner bidrage til at skabe øget tryghed for borgeren og dermed forebygge fald; fx at sørge for, at der er tilstrækkelig belysning, og at det er nemt at tænde lyset. Der bør overvejes andre foranstaltninger, der kan øge sikkerheden i hjemmet, fx skridsikre underlag og mulighed for at tilkalde hjælp også om natten.

Der er typisk mere end én årsag til et fald, og identificerede risikofaktorer for fald kan være et symptom på andre problematikker i livet (7). Der kan derfor være behov for en yderligere udredning af de bagvedliggende årsager til de identificerede risikofaktorer for at sikre, at det er de rigtige indsatser, der sættes i værk.

En systematisk udredning og vurdering af faldrisiko kan indgå som en del af en samlet vurdering af, om borgeren kan visiteres direkte til en faldforebyggende indsats, eller om der er behov for yderligere faldudredning ved en faldklinik (tilknyttet landets geriatriske afdelinger) eller praktiserende læge.

SÆT FOKUS PÅ

Kommunal vejledning for handlemuligheder

Det foreslås, at der udarbejdes en kommunal vejledning med handlemuligheder for, hvad medarbejderen kan gøre, når risikofaktorer for fald identificeres hos en ældre borger. Det kan fx være oplysninger om og procedurer for, hvordan og hvornår der bør henvises til en egentlig faldudredning og/eller en oversigt over faldforebyggende indsatser i kommunen.

SÆT FOKUS PÅ

Helhedsorienteret tilgang til risikofaktorer for fald

Der bør altid handles på årsagen til tilstedeværelsen af risikofaktorer for fald, da disse kan være et symptom på andre problematikker, herunder andre samtidige sygdomme.

Forslag til forebyggende indsatser

Til inspiration er beskrevet 3 forslag til indsatser målrettet forebyggelse af fald blandt ældre mennesker. Forslagene bygger på viden om, hvad der virker i den faldforebyggende indsats. De beskrevne indsatser er afprøvet i en eller flere kommuner.

- **Balance- og styrketræning**

Indsatsen har til formål at styrke ældre menneskers muskelstyrke og balance.

Balance- og styrketræning

- **Individuel faldrådgivning**

Individuel faldrådgivning med fokus på flere risikofaktorer og kombinationen af udredning og tilbud, der tager udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker og behov. Indsatsen er målrettet borgere med stor risiko for fald.

Individuel faldrådgivning

- **Seniorkurser**

Seniorkurser kan opbygges som en række kursusdage med fokus på forskellige temaer relateret til sundhedsfremme og "aktivt ældreliv". Formålet er at styrke ældre borgeres handlekompetencer inden for sundhedsområdet, herunder formidling af viden om fald og faldforebyggelse.

Seniorkurser

Kilder

- 1) Masud, T. & Moris, R.O. (2001): Epidemiology of falls. Age and Ageing. Nov; 30 Suppl 4.
- 2) Sundhedsstyrelsen (2011): Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling
- 3) Sundhedsstyrelsen (2008): Fysisk aktivitet og ældre. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Beyer, N og Puggaard, L.
- 4) Frost, H. et al. (2011): Promoting health and wellbeing in later life: interventions in primary care and community settings. Scottish Collaboration for Public Health Research and Policy.
- 5) Gillespie, L.D. et al. (2012): Interventions for preventing falls in older people living in the community. The Cochrane Library.
- 6) Church, J. et al. (2011): An economic evaluation of community and residential aged care falls prevention strategies in NSW. NSW Public Health Bulletin. vol. 22, no. 3-4.
- 7) Mahler, Marianne (2012), At holde balance. Betingelser for og perspektiver i forhold til forebyggelse af fald blandt gamle mennesker. Doktorgrad, afhandling, Nordic School of Public Health.
- 8) Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM, et al. (2002): Preventing injuries in older people by preventing falls: a meta-analysis of individual-level data. J Am Geriatr Soc 2002; 50:905-911.
- 9) Campbell, A.J & Robertson, M.C (2013): Fall Prevention: Single og Multiple Interventions? Single Interventions for Fall Prevention. J Am Geriatr Soc 2013; 61:281-287.
- 10) Yardley, L. et al. (2007): Recommendations for promoting the engagement of older people in activities to prevent falls Qual Saf Health Care 2007;16:230–234.
- 11) American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention (2001): Guideline for the prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc. 2001 May;49(5):664-72.
- 12) Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society (2011): Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc. 2011 Jan;59(1):148-57.

BALANCE- OG STYRKETRÆNING

Balanceevne og muskelstyrke reduceres med alderen, hvilket øger risikoen for fald blandt ældre mennesker. Det er derfor vigtigt, at tilbud om fysisk aktivitet og træning indgår i den faldforebyggende indsats.

Forslaget bygger på viden om, at særligt træning af styrke og balance kan reducere risikoen for fald og faldrelaterede skader. Virkningen af det konkrete forslag er ikke nærmere undersøgt.

Formål

Formålet er at vedligeholde og styrke den enkelte borgers balance og muskelstyrke via hjemmetræningsprogram og/eller holdtræning.

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

For at afdække, om en borger kan have glæde af træning, bør der foretages en vurdering af borgerens livssituation og risikofaktorer for fald. Vurderingen kan suppleres med test af fysisk funktionsniveau ved hjælp af rejse-sætte-sig-testen. Der bør være opmærksomhed på risiko for fald, hvis en borger kan rejse sig <5 gange på 30 sekunder.

Rejse-sætte-sig-testen under "Redskaber"

Samtalen gennemføres i et ressourceorienteret perspektiv med fokus på borgerens oplevelse af, hvad der går godt og mindre godt i hverdagen. Med udgangspunkt i borgerens oplevelse af, hvad der er væsentligt, kan der tales om de mulige positive gevinster ved balance- og styrketræning.

Medarbejderen kan introducere forskellige muligheder for træning – på egen hånd og/eller på hold. I den forbindelse spørges yderligere ind til borgerens hverdagsliv, og det drøftes, hvordan træningen kan tilpasses den enkeltes behov og dagsrytme.

Hvis den ældre borger er motiveret for hjemmetræning, udarbejdes et træningsprogram, og sammen med borgeren formuleres mål for indsatsen. Medarbejderen instruerer i en række balance- og styrkeøvelser, som kan udføres på egen hånd. Der bør også udleveres materiale til borgeren, hvor øvelserne beskrives. Det kan fx være en folder med billeder eller en trænings-dvd. Virtuel træning med brug af velfærdsteknologi kan også være en mulighed. Træningsaktiviteterne skal kunne udføres enten i hjemmet eller i nærmiljøet, fx haven eller en nærliggende park eller et naturområde.

Ved aftale om hjemmetræning bør medarbejderen løbende følge op på, hvordan det går med træningen, da fastholdelse kan være en udfordring. Ved aftale om holdtræning kan ligeledes følges op på, om borgeren kommer i gang med træningen. Opfølgningen kan ske telefonisk.

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Målgruppen for indsatsen er ældre mennesker med risiko for fald, som er motiverede til at træne – med hjemmetræningsprogram og/eller ved deltagelse i holdtræning.

Flere medarbejdere i kommunerne oplever, at tilbud om balance- og styrketræning i hjemmet kan være velegnet til ældre mennesker, der ikke har lyst til at deltage i holdforløb eller til at træne i et center. Ligeledes kan ægtepar i særlig grad være motiveret af træning i hjemmet, fordi de kan støtte hinanden i at udføre øvelserne. Omvendt kan de sociale relationer, som kan opstå i forbindelse med holdtræning, også være motiverende for nogle ældre mennesker.

Implementering

Ledelse

Det er en kommunal ledelsesmæssig beslutning, i hvilket omfang der skal afsættes ressourcer til at tilbyde ældre borgere i kommunen balance- og styrketræning via vejledning i hjemmetræningsprogram og/eller tilbud om holdtræning. Det er desuden en ledelsesmæssig beslutning, hvilke ældre borgere der skal have træningstilbud. Her kan redskaber til vurdering af fysisk funktionsniveau bidrage til at identificere borgere med størst behov for en faldforebyggende indsats.

Redskaber

Kompetencer

Medarbejderen, der gennemfører vurderingen og evt. instruerer i hjemmetræningsprogram, bør have grundlæggende viden om fysisk aktivitet og ældre mennesker, herunder om gavnlige effekter og risici forbundet med forskellige typer af træning. Medarbejderne bør desuden have kendskab til risikofaktorer for fald, potentielle gevinster ved faldforebyggelse og redskaber, der kan bidrage til vurdering af fysisk funktionsniveau.

Redskaber

Det kan desuden være en fordel, hvis medarbejderen har kompetencer til at anvende elementer og teknikker fra "Motiverende samtale"(MI), da det kan være brugbart i forbindelse med at motivere ældre til at komme i gang træningen. (1)

Organisering

Vurdering af risiko for fald og instruktion i hjemmetræning kan fx gennemføres af medarbejdere, der udfører forebyggende hjemmebesøg, eller af ergo-/fysioterapeuter ansat i hjemmeplejen eller tilknyttet tilbud om aktivitet og træning.

En udfordring i indsatsen er fastholdelse og opretholdelse af motivation. Særligt i forhold til hjemmetræning er det vigtigt med løbende opfølgning.

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på implementering og virkning af balance- og styrketræning skal tilpasses de enkelte træningstilbud, men kan med fordel fokusere på systematisk registrering af følgende indikatorer:

- I hvor høj grad er indsatsen implementeret?
 - Er der tilbud om balance- og styrketræning til ældre borgere?
 - Antal borgere, der tilbydes balance- og styrketræning som hjemmetræning og/eller på hold
 - Antal borgere, der benytter tilbud om balance- og styrketræning
- Udvikling i deltagernes fysiske funktionsevneniveau målt ved validerede redskaber

Redskaber

Herudover kan det være væsentligt, at kommunen monitorerer indsatsen i forhold til følgende:

- Hvilke samarbejdspartnere er der inddraget?
- Opgørelse af antal registrerede fald i kommunen over en given periode
- Bliver der i samarbejde med den ældre borger formuleret mål for indsatsen?
- Bliver træningen i samarbejde med den ældre borger tilpasset den enkeltes behov og dagsrytme?
- Medarbejdernes vurdering af indsatsen.

Ressourcer

Der er udgifter forbundet med den tid, som en medarbejder anvender på samtale, vurdering af risikofaktorer, formidling af træningsmuligheder og opfølgning. Desuden er der udgifter knyttet til instruktion i hjemmetræningsprogram og til instruktion i forbindelse med tilbud om holdtræning.

Der kan være behov for at afsætte midler til efter- eller videreuddannelse af medarbejdere, der skal udføre indsatsen, således at de besidder en grundlæggende viden om fysisk aktivitet og ældre mennesker, herunder om gavnlige effekter og risici forbundet med forskellige typer af træning, viden om risikofaktorer for fald blandt ældre mennesker samt anvendelse af samtaleteknikker.



EKSEMPEL

Otago-programmet

Flere kontrollerede forsøg har vist, at træningsprogrammet "Otago" kan forebygge fald og faldskader (2). Programmet kan anvendes som hjemmetræning og består af styrke- og balancetræning 3 gange ugentligt kombineret med spadsereture to gange ugentligt. Programmet har vist størst effekt for 80+ årige.

Programmet er udviklet i New Zealand, men anvendes i flere lande. I England uddannes og certificeres således "Otago-instruktører", der både kan supervisere hjemmetræning og gennemføre gruppetræning. Programmet er ikke systematisk afprøvet og evalueret i Danmark.

[Information om Otago-programmet i England](#)

[Netværk og materialer om Otago-programmet](#)

Balance- og styrkeøvelser i hjemmet i Viborg Kommune

Medarbejdere i Viborg Kommune anvender en interviewguide for at vurdere ældre borgere for risiko for fald. Interviewguiden vejleder desuden medarbejderen i, hvordan balance- og styrkeøvelser kan tilpasses den enkelte borger. Fokus i dialogen er på "hvad der skal til for, at du bliver ved med at have det godt" og ikke på "hvad skal der til for, at du undgår fald".

Medarbejdere viser balance- og styrkeøvelser for den ældre borger og udleverer en pjece om øvelser i hjemmet, som borgeren kan udføre på egen hånd. Erfaringen er, at flere borgere indarbejder øvelserne i deres dagsrytme. Øvelserne tager ca. 10 minutter hver dag men kan tidsmæssigt tilpasses til den enkelte ældre borgers liv og hverdag. Medarbejderen kontakter efter noget tid borgeren telefonisk til en snak om, hvordan det går med træningen.

En interviewundersøgelse fra 2012 viste, at 1/3 af de involverede borgere, efterfølgende havde indarbejdet øvelserne i deres dagsrytme. Virkningen af tilbuddet er ikke undersøgt yderligere.

MERE VIDEN

Bevægelse hele livet – vil du med? Inspiration til øvelser

ÆldreForum har udviklet et øvelsesprogram, der bygger på Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet for ældre. Materialet henvender sig til den ældre borger og indeholder forslag til konkrete øvelser i forhold til kondition, muskelstyrke, bevægelighed og balance – og forslag til, hvordan man kan teste sig selv. Træningen kan udføres hjemme og i det fri. Materialet findes på dvd og app til smartphone.

[ÆldreForum: Bevægelse hele livet](#)

Kilder

- 1) Miller, William R.; Rollnick, Stephen; Butler, Christopher C. (2009): Motivationssamtalen i sundhedssektoren. Hans Reitzels Forlag.
- 2) Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM, et al. (2002): Preventing injuries in older people by preventing falls: a meta-analysis of individual-level data. J Am Geriatr Soc 2002; 50:905-911.

INDIVIDUEL FALDRÅDGIVNING

Individuel faldrådgivning, hvor ældre borgere får tilbudt en samtale med en terapeut, giver mulighed for tidligt at identificere ældre mennesker med stor risiko for fald og motivere dem til faldforebyggende indsatser.

Indsatsen bygger på viden om, at individuel udredning og fokus på flere risikofaktorer kan være relevant for borgere med stor risiko for fald. Virkningen af den konkrete indsats er dog ikke undersøgt nærmere.

Formål

Formålet er at styrke den tidlige opsporing og udredning af ældre mennesker med stor risiko for fald og motivere dem til deltagelse i relevante faldforebyggende indsatser.

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

Ældre borgere kan selv opsøge, men også tilbydes eller opfordres til en samtale med en fagprofessionel med særlig viden om faldforebyggelse blandt ældre mennesker. Det kan fx være en ergo- eller fysioterapeut på et dagcenter, hvor kommunens ældre borgere kommer. Har borgeren kendte risikofaktorer for fald, bør samtalen gennemføres i hjemmet. Borgere med behov kan ligeledes tilbydes en opfølgende samtale i hjemmet.

Når samtalen gennemføres i hjemmet, er det muligt at se, hvilke konkrete og potentielle risikofaktorer der er i hjemmet, og som ofte let lader sig ændre: Glat badeværelsesgulv og bruseplads, glat køkkengulv, løse tæpper uden tilstrækkelig sikring, utilstrækkelig belysning i gangarealer i boligen og udendørs. Der bør i den forbindelse være opmærksomhed på, at kvinder i sammenligning med mænd har næsten dobbelt så høje faldrater indendørs, og at fald ofte sker i køkkenet. Der er ikke de samme kønsforskelle, når det gælder fald udendørs.(1)

I samarbejde med borgeren udredes vedkommendes konkrete behov. Rejse-sætte-sig-testen kan bidrage til at vurdere det fysiske funktionsniveau. Der bør være opmærksomhed på risiko for fald, hvis en borger kan rejse sig <5 gange på 30 sekunder i rejse-sætte-sig-testen.

Redskaber

I samtalen giver den fagprofessionelle borgeren en helhedsorienteret vejledning og rådgivning om gevinster ved træning og faldforebyggelse. På baggrund af udredning og vurdering tales om behov for opfølgende indsatser, fx behov for justeringer i hjemmet og behov for balance- og styrketræning, samt om, hvorvidt borgeren bør kontakte praktiserende læge.

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Alle ældre borgere kan benytte sig af tilbuddet om individuel faldrådgivning ved terapeut, men især borgere med kendte risikofaktorer for fald bør opfordres til samtale og vurdering. Tilbud om opfølgende indsatser er målrettet ældre borgere, der på baggrund af den samlede vurdering skønnes at have stor risiko for fald.

Implementering

Ledelse

Det er en kommunal ledelsesmæssig opgave at fastlægge de overordnede rammer og ressourcer, hvis kommunen ønsker at tilbyde ældre borgere individuel faldrådgivning.

Det er desuden helt centralt for effekten af indsatsen, at der findes faldforebyggende indsatser i kommunen, som ældre borgere, der vurderes at have stor risiko for fald, kan visiteres til eller tilbydes.

Kompetencer

Den fagprofessionelle, der gennemfører de rådgivende samtaler, bør have særlig viden om faldforebyggelse blandt ældre mennesker. Medarbejderne bør desuden have grundlæggende viden om ældre borgere og fysisk aktivitet.

Det kan desuden være en fordel, hvis medarbejderen har kompetencer til at anvende elementer og teknikker fra "Motiverende samtale"(MI), da det kan være brugbart i forbindelse med at motivere ældre borgere til deltagelse i en faldforebyggende indsats. (2)

Organisering

Terapeuten kan fx have base på et sundhedscenter eller et dagcenter, hvor kommunens ældre borgere kommer. Ældre borgere kan selv opsøge en samtale med terapeuten, men kan også tilbydes eller opfordres til en samtale fx i tilfælde, hvor medarbejdere, der er i kontakt med ældre borgere, observerer en eller flere risikofaktorer for fald.

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på implementering og virkning af individuel faldrådgivning kan med fordel fokusere på systematisk registrering af følgende indikatorer:

- I hvor høj grad er indsatsen implementeret?
- Er tilbud om individuel faldrådgivning tilgængelig for ældre borgere i målgruppen?
- Antal borgere, der benytter tilbud om individuel faldrådgivning
- Antal borgere, der efter individuel faldrådgivning henvises til yderligere udredning eller deltager i en faldforebyggende indsats.
- Borgernes vurdering af indsatsen

Herudover kan det være væsentligt, at kommunen monitorerer indsatsen i forhold til:

- Hvilke samarbejdspartnere der er inddraget
- Opgørelse af antal registrerede fald i kommunen over en given periode
- Medarbejdernes vurdering af indsatsen.

Ressourcer

Den væsentligste udgift forbundet med indsatsen er lønudgift til den terapeut, der udfører indsatsen. Et tilbud om individuel faldrådgivning og udredning kræver som udgangspunkt flere ressourcer end gruppebaserede tilbud. Det er dog væsentligt, at samtalen og udredningen er individuel, men det kan vurderes, hvorvidt tilbud om hjemmebesøg bør målrettes borgere med stor risiko for fald, eller hvorvidt samtalen om fald i hjemmet kan gennemføres i kombination med et forebyggende hjemmebesøg.

Det er centralt for virkningen af indsatsen, at der også findes opfølgende faldforebyggende indsatser i kommunen, som ældre borgere kan visiteres til eller tilbydes. Det kan samtidig tilstræbes, at disse foregår i grupper.



EKSEMPEL

Åben rådgivning i Holstebro Kommune

I Holstebro Kommune kan ældre borgere booke en åben rådgivning ved en sygeplejerske, ergoterapeut, rygestopkonsulent eller diætist, der er tilknyttet et dagcenter. Den åbne rådgivning er gratis og kræver ikke en henvisning.

Rådgivningen er en åben samtale, hvor fx terapeuten og borgeren i fællesskab finder frem til, hvad den enkelte har behov for fremadrettet. Formålet er bl.a. at opspore ældre borgere, der er i dårlig fysisk tilstand og som derfor også har stor risiko for fald.

Vurderes det, at borgerne vil have gavn af et tilbud om træning, og kan indgå i holdregi, gennemføres test af fysisk funktionsniveau. Testresultater bruges efterfølgende til at placere den ældre borger på rette hold. Borgerne tilbydes i første omgang én sæson á typisk 12 træningsgange. Ved afslutningen testes borgeren igen. Såfremt borgeren befinder sig inden for "normalområdet", og dermed ikke længere er i risikogruppen, udluses borgeren til ikke-kommunale aktivitetstilbud. I modsat fald tilbydes endnu en træningssæson i kommunalt regi.

Virkningen af tilbuddet er ikke nærmere undersøgt.

Kilder

1. Duckham, R.L. et. al. (2013): Sex differences in circumstances and consequences of outdoor and indoor falls in older adults in the MOBILIZE Boston cohort study. BMC Geriatrics 2013, 13:133.
2. Miller, William R.; Rollnick, Stephen; Butler, Christopher C. (2009): Motivationssamtalen i sundhedssektoren. Hans Reitzels Forlag.

SENIORKURSER

Tilbud om seniorkurser for ældre borgere med henblik på at sætte fokus på sundhedsfremme og et "aktivt ældreliv" og give den enkelte viden om og tid til at reflektere over sundhed i 'den tredje alder'.

Forslaget tager udgangspunkt i, at der generelt er behov for viden om, at fald kan forebygges aktivt gennem styrke- og balancetræning. Virkningen af det konkrete forslag er ikke nærmere undersøgt.

Formål

Formålet er at styrke ældre borgeres handlekompetencer inden for sundhedsområdet, herunder at øge viden om faldforebyggelse.

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

Seniorkurser kan opbygges som en række gratis kursusdage med fokus på forskellige temaer relateret til sundhedsfremme og "aktivt ældreliv".

Kursusdagen bør forankres og gennemføres som tilbud lokalt, hvilket både kan mindske udfordringer knyttet til transport og give god mulighed for dialog og netværk.

Forløbet kan fx bestå af 4-6 kursusgange, hvor der hver gang er et fagligt oplæg efterfulgt af god tid til spørgsmål, debat og refleksion. Hver gang sættes der tid af til, at deltagerne kan formulere løsningsmuligheder inden for nogle sundhedsområder, som den enkelte oplever som problematiske i hverdagen.

Kurset afvikles med en ressourceorienteret tilgang med fokus på at støtte borgerne til at sætte ord på nye handlemuligheder eller formulere løsninger på de situationer i hverdagen, som de ønsker at ændre.

I forhold til fald skal der være fokus på, at fald ikke er en uundgåelig konsekvens af alder, men kan forebygges aktivt gennem styrke- og balancetræning, og der kan formidles viden om konkrete træningsmuligheder. Ved italesættelsen af faldforebyggende indsatser skal der tages højde for, at mange mennesker forbinder fald og forebyggelse af fald med det at være gammel, skrøbelig og ængstelig. Formidlingen af faldforebyggende indsatser bør derfor have fokus på umiddelbare gevinster, der kan opnås med indsatsen – fysisk, psykisk og socialt – frem for, hvad borgeren kan forebygge/undgå.

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Indsatsen tilrettelægges som bredt tilbud til hjemmeboende ældre borgere.

Implementering

Ledelse

Det er en kommunal ledelsesmæssig opgave at fastlægge rammer og ressourcer, hvis kommunen ønsker at tilbyde ældre borgere seniorkurser.

Kompetencer

Seniorkurserne afholdes af sundhedsfaglige medarbejdere, der har viden om ældre mennesker, og som samtidig kan tilrettelægge og gennemføre processer, hvor deltagerne inddrages og får mulighed for at reflektere over og motivere hinanden til konkret handling. På kurserne kan der gøres brug af eksterne oplægsholdere, men det kan være en fordel, at det er de samme medarbejdere, der hver gang skaber rammen for den inddragende proces.

Organisering

Kurserne kan med fordel afholdes på et sundhedscenter, i et kulturhus eller et lignende sted. Det er vigtigt for fremmødet og for deltageres mulighed for at danne netværk, at kurserne afholdes lokalt. Ligeledes er det nemmere at formulere konkrete handlemuligheder i en lokal kontekst. Der bør indtænkes mulighed for transport for deltagere med behov for dette.

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på seniorkurser kan med fordel fokusere på systematisk registrering af følgende indikatorer:

- I hvor høj grad er indsatsen implementeret?
 - Er der etableret et eller flere tilbud om seniorkurser?
 - Antal borgere, der har fået tilbud om deltagelse i seniorkurser.
 - Antal borgere, der deltager i seniorkurser.
- Borgernes vurdering af indsatsen

Herudover kan det være væsentligt, at kommunen monitorerer indsatsen i forhold til:

- Antal borgere, der har fået styrket deres handlekompetencer inden for sundhedsområdet, fx ændret adfærd i relation til de temaer, som er gennemgået.
- Antal borgere, der har fået styrket deres netværk.
- Medarbejdernes vurdering af indsatsen.

Ressourcer

Den væsentligste udgift forbundet med indsatsen er lønudgift til medarbejdere og evt. oplægsholdere, der udfører indsatsen. Herudover kan der være udgifter til:

- Lokaler
- Uddannelse af medarbejdere i procesfacilitering
- Transport for de ældre borgere, som ikke kan anvende offentlig transport.

Livsstiletscafé og Seniorkursus for borgere i aldersgruppen 65+

I Københavns Kommune blev der i 2009 afholdt et kursus for seniorer bestående af seks separate undervisnings- og kursusgange over temaet "Hold balancen og forebyg fald". Den første kursusgang "Livsstiletscafé" fungerede som rekrutteringsforum for det efterfølgende "Seniorkursus". Livsstiletscaféen fandt sted i et kulturhus, mens det efterfølgende seniorkursus blev gennemført i et ældrecenter.

De enkelte kursusgange på seniorkurset var planlagt som et to-trins forløb med en varighed på ca. 2 ½ time med et fagligt oplæg om et særligt sundhedstema relateret til fald og faldforebyggelse fra en ekstern oplægsholder, efterfulgt af en diskussion/refleksion mellem deltagere og kurssets lærere på det faglige oplæg. I kurset deltog 10 seniorer i aldersgruppen 69-97 år, og deltagerne var rekrutteret fra to lokalområder i København.

DPU evaluerede undervisningsforløbet og fandt bl.a., at deltagerne opnåede øget selvtillid og tiltro til egne evner til at handle, blev motiveret for at lære om sundhedsproblemer i "den tredje alder" og at de fik styrket deres netværk. Effekten i forhold til antal af fald er ikke evalueret.

ERNÆRING

Mad og måltider har stor betydning for livskvaliteten, og næringsstofferne i maden har betydning for bevarelsen af et godt helbred og evnen til at udføre dagligdagsaktiviteter. Det er aldrig for sent at støtte ældre til at ændre kostvaner.



HVORFOR FOREBYGGE?

Ernæringsmæssige udfordringer hos ældre kan komme til udtryk som enten svær overvægt, uplanlagt vægttab eller underernæring. Det er alle tilstande, der kan have store helbredsmæssige konsekvenser i form af bl.a. nedsat funktionsevne, forringet livskvalitet og i værste fald sygdom og død. (1, 2, 3, 4)

Svær overvægt, uplanlagt vægttab og underernæring har ikke blot konsekvenser for den ældres helbred, livskvalitet og funktionsevne. Følgerne af svær overvægt, uplanlagt vægttab eller underernæring udgør også en væsentlig samfundsøkonomisk belastning i form af højere forbrug af sundhedsydelse, flere hospitalsindlæggelser og et generelt større behov for hjælp og støtte i hverdagen (1, 2). Der er derfor mange grunde til at iværksætte indsatser til forebyggelse af svær overvægt, uplanlagt vægttab og underernæring blandt ældre.



FAKTA

Definitioner af kost og ernæring

Der er mange måder at omtale og beskrive mad, måltider, ernæring og kost på. I den nationale handlingsplan defineres begreberne kost og ernæring som følger:

Kost er et udtryk for, hvor meget og hvilken type mad og drikkevarer en person indtager over en nærmere afgrænset periode

Ernæring er tæt forbundet med kostbegrebet og forstås som en persons indtagelse af næringsstoffer (kulhydrater, fedtstoffer, proteiner, vitaminer, mineraler og vand) samt kroppens (organismens) anvendelse af disse næringsstoffer. Når ældre borgeres ernærings-behov opgøres, er der altså tale om en beregning af, hvor mange af de forskellige næringsstoffer borgeren har brug for i forhold til sit fysiske funktionsniveau og helbred. (9)



Definitioner af svær overvægt, uplanlagt væggtab og undervægt

Svær overvægt defineres ud fra BMI

BMI står for Body Mass Index og udregnes således: vægt (kg) / højde (meter)²

BMI grænser for voksne

Undervægt: BMI < 18,5

Normalvægt: 18,5 ≤ BMI < 25

Overvægt: BMI > 25

Moderat overvægt: 25 ≤ BMI < 30

Svær overvægt: BMI ≥ 30

(11)

Ved vurdering af ældres BMI er det vigtigt at medtage en vurdering af funktionsevnen samt være opmærksom på, om der har været nyligt uplanlagt væggtab. For raske ældre gælder samme BMI-grænser som for andre voksne.

Underernæring defineres som mangel på energi, protein og næringsstoffer, der medfører væggtab, en forringelse af kropssammensætningen og reducerede fysiologiske funktioner (10).

Borgere med BMI < 18,5 er ikke nødvendigvis underernærede, ligesom man godt kan være underernæret uden at være undervægtig.

Uplanlagt væggtab er et væggtab, der ikke er tilsigtet, og hvor borgeren taber sig uden specifikt at ville det. Vær opmærksom på, at borgere, der er overvægtige, også kan have uplanlagt væggtab.

SVÆR OVERVÆGT

Hvorfor er det vigtigt at forebygge svær overvægt hos ældre?

Andelen af svært overvægtige ældre har været stigende hen over de sidste årtier. Som følge af den demografiske udvikling forventes det derfor, at antallet også fremover vil øges.

Den nationale sundhedsprofil 2013 viser, at der er en høj forekomst af svær overvægt (defineret ved BMI >30) blandt mænd (19 %) og kvinder (16 %) mellem 65 og 74 år. Samtidig er det en relativ lav andel af disse, der ønsker at gøre noget ved overvægten(5). Sundhedsprofilen viser også, at svær overvægt har en social gradient, idet der er flere svært overvægtige blandt ældre, der ikke har en erhvervsuddannelse, og blandt ældre, der bor til leje (2).

Svær overvægt kan have alvorlige konsekvenser for funktionsevne, helbred og livskvalitet. Flere studier viser, at både helbredet og den fysiske funktionsevne generelt er ringere blandt ældre med svær overvægt end blandt ikke-svært overvægtige i samme aldersgruppe (2, 6).

Ældre med svær overvægt lider oftere af sygdomme, som er hyppigt forekommende blandt ældre. Det vil sige ryg sygdom, slidgigt, bronkitis, KOL eller astma, diabetes, forhøjet blodtryk og depression. 84 % af svært overvægtige mænd over 65 år og 86 % af svært

overvægtige kvinder over 65 år lever med mindst én af disse lidelser(2). Ældre med svær overvægt oplever desuden oftere end andre, som lever med samme sygdomme, gener af deres sygdom i dagligdagen, og deres risiko for andre aldersrelaterede sygdomme og lidelser er højere (2, 7).

Selvom relativt få ældre med svær overvægt synes, at de har et dårligt helbred, er det stadig dobbelt så mange sammenlignet med ikke-svært overvægtige ældre, og svært overvægtige ældre vurderer generelt deres eget helbred som dårligere end jævnaldrenes. På samme måde føler flere svært overvægtige ældre sig oftere nedtrykt end deres jævnaldrende (2). Færre ældre med svær overvægt er desuden selvhjulpne med daglige personlige gøremål. Der er dog ikke flere i denne gruppe, der får hjælp i hverdagen (2).

UPLANLAGT VÆGTTAB OG UNDERERNÆRING

Hvorfor er det vigtigt at forebygge uplanlagt vægttab og underernæring hos ældre?

Der foreligger ikke data på, hvor udbredt forekomsten af uplanlagt vægttab er blandt raske ældre, men det formodes, at forekomsten er lav (1). Ikke desto mindre er det vigtigt at være opmærksom på uplanlagt vægttab, da uplanlagt vægttab og underernæring kan have alvorlige konsekvenser for både den fysiske, psykiske og sociale funktionsevne.

Konsekvenser af uplanlagt vægttab og underernæring kan bl.a. være nedsat fysisk aktivitet og livskvalitet samt øget sygelighed og i værste fald død (1). Det er vigtigt at være opmærksom på, at uplanlagt vægttab også kan være et tidligt tegn på sygdom, der i så fald skal udredes. Tidlig opsporing af uplanlagt vægttab og underernæring kan dermed medvirke til at forebygge de alvorligere konsekvenser heraf (8).

I tilfælde af uplanlagt vægttab er det vigtigt at have fokus på, at kosten er ernæringsmæssigt sammensat, så den bidrager til at rette op på vægttabet.

Undervægt (defineret ved BMI <18,5) er ikke en risikofaktor i sig selv i forhold til tab af funktionsevne, men ældre, som er undervægtige, kan opleve større konsekvenser af et evt. uplanlagt vægttab og kan være mindre modstandsdygtige (4). Det skyldes, at der med stigende alder sker en ændring i kropssammensætningen, som betyder, at indholdet af væske, knogle- og muskelmasse falder, så fedtmassen relativt set øges, hvis vægten er den samme. Undervægtige ældre har dermed relativt mindre muskelmasse og dermed øget risiko for tab af funktionsevne og mindre modstandskraft ved uplanlagt vægttab i forbindelse med evt. sygdom eller uheld (1).

MERE VIDEN

God mad - Godt liv

Socialstyrelsen har i samarbejde med en række kommuner gennemført udviklingsprojektet 'God mad - Godt liv' med fokus på småtspisende ældre. I projektet er udviklet en række metoder og konkrete redskaber til styrkelse af kvaliteten af madservice til ældre, der modtager madservice i eget hjem, plejebolig eller plejecenter.

[Metoder og redskaber til styrket madservice](#)

Forebyggelsespakker 'Mad og måltider' og 'Overvægt'

Forebyggelsespakkerne er udviklet af Sundhedsstyrelsen til kommunerne og indeholder faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde.

[Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker](#)

Kilder

- 1) Ernæringsrådet (2002): Ernæring og aldring. Publ. nr. 28.
- 2) Plazt, Merete (2009): Svært overvægtige gamle. Videnscenter på Ældreområdet.
- 3) Pedersen A.N. og Beck A (2007): God ernæring hos ældre. I: Swane CE, Blaakilde AL, Amstrup K (red.). Gerontologi livet som gammel. Munksgaard Danmark 2. udgave 2; 160-8.
- 4) Bowen E.J. (2012): The Relationship Between Body Weight, Frailty, and the Disablement Process.
- 5) Sundhedsstyrelsen (2014): Danskernes sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2013.
- 6) Socialstyrelsen (2013): Ældre i risiko for nedsat funktionsevne. Sociale indsatser, der virker. Notat.
- 7) Beck A. Ældre (65+ år). I: Svendsen O.L, Astrup A, Hansen G.S. (2011): editors 255-8: Adipositas - sygdom, behandling og organisation. København, Munksgaard.
- 8) Miller, S.L. & Wolfe R.R. (2008): The Danger of weight loss in the elderly. J Nutr Health Aging.
- 9) Socialstyrelsen (2013): National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen.
- 10) Lochs H, Allison SP, Meier R, et al. Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. Clinical Nutrition (2006); 25, (180).

ESPENS' Guidelines

- 11) Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker

[Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker](#)

OPSPORING OG MOTIVATION

Ernæringsmæssige problemer kan være svære at få øje på – både for den enkelte, for pårørende og for kommunens medarbejdere i ældreplejen. Via systematisk tidlig opsporing kan ældre i risiko for udvikling af svær overvægt, uplanlagt vægttab og underernæring identificeres, så der kan tilbydes og iværksættes en forebyggende indsats.

SVÆR OVERVÆGT

Ældre i risiko for udvikling af svær overvægt

Det faldende energibehov hos ældre, der er en naturlig del af aldringen, betyder, sammen med et ofte reduceret fysisk aktivitetsniveau hos ældre, at ældres risiko for at udvikle svær overvægt øges.

SAET FOKUS PÅ

Ældre i risiko for udvikling af svær overvægt

Vær opmærksom på ældre borgere i risiko for udvikling af svær overvægt. Det kan fx være i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg, ved visitation eller tilsvarende møder med den ældre

Systematisk opsporing af ældre i risiko for udvikling af svær overvægt

For at identificere ældre i risiko for udvikling af svær overvægt kan medarbejdere i kontakt med ældre borgere ved forebyggende hjemmebesøg, ved visitation til forskellige former for hjælp eller i forbindelse med fx fysioterapi, ergoterapi eller omsorgstandpleje systematisk spørge til den ældres vægt og evt. u hensigtsmæssig vægtudvikling (2).

Beregning af BMI og måling af talje er forholdsvis nemme metoder til at identificere og vurdere graden af overvægt hos voksne, herunder ældre. BMI skal dog i alle aldersgrupper fortolkes med forsigtighed, bl.a. fordi BMI ikke tager højde for fordelingen af fedt og muskler. Fx er fedtfordelingen hos ældre og muskuløse personer ofte anderledes end hos yngre og mere utrænede personer. BMI varierer i forskellige etniske grupper (3).

Et BMI ≥ 30 er forbundet med højere risiko for dårligt helbred og tab af funktionsevne – også hos ældre.

Motivation for deltagelse i forebyggende indsatser i relation til risiko for udvikling af svær overvægt

En varig kostomlægning af både større og mindre omfang kræver for de fleste både vilje og overskud samt en høj grad af motivation. Flere studier viser, at information og rådgivning om kost til ældre, der bor i eget hjem, kan motivere til ændring af uhensigtsmæssige kostvaner (4). Desuden viser kommunale praksiserfaringer, at når socialt samvær og relationsopbygning er tænkt ind i ernæringsindsatsen, fastholdes adfærdsendringen i længere tid (5).

Aktører og arenaer for opsporing af ældre i risiko for udvikling af svær overvægt

Den tidlige opsporing af ældre i risiko for udvikling af svær overvægt er udfordret af, at mange af de ældre i risikogruppen ikke har en fast tilknytning til kommunen. Der kan derfor i nogle kommuner være behov for en særlig forebyggende ernæringsindsats fx målrettet ældre med anden etnisk baggrund end dansk.



EKSEMPEL

Små skridt til et sundere livt

Sundhedsstyrelsen og Diabetesforeningen har udviklet et billedmateriale til at understøtte formidlingen af metoden "Små skridt" til overvægtige og type 2-diabetikere. Materialet har særligt fokus på vejledning af voksne med anden etnisk baggrund end dansk (tyrkisk, arabisk, pakistansk og somalisk), men kan anvendes bredt. Materialet kan bruges som redskab både ved individuel kostvejledning og i gruppeundervisning. (6) En evaluering fra 2011 viser, at metoden "Små Skridt" fører til vægttab (19).

Information om metoden "små skridt" på Sundhedsstyrelsens hjemmeside <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/overvaegt>

Det kan være relevant både med indsatser, der er rettet mod opsporing af ældre i risiko for udvikling af svær overvægt, og med indsatser, der kan motivere til deltagelse i forebyggende ernæringsindsatser.

Alle medarbejdere, som er i kontakt med ældre, kan bidrage til at opspore ældre, der er i risiko for udvikling af svær overvægt. Fx kan forebyggende hjemmebesøg og visitation være vigtige arenaer.

Ved forebyggende hjemmebesøg hos ældre bør der være opmærksomhed på den ældres ernæringstilstand og på mad- og drikkevaner, og der kan ydes rådgivning og kostvejledning til den ældre og evt. pårørende i den forbindelse. På samme måde er der fokus på fysisk aktivitet og funktionsevne. Ved behov bør henvises til tilbud i kommunen, fx ældrecentre, kommunens madudbringning, rådgivning i sundhedscenter og til almen praksis.

Information om kommunale tilbud og muligheder for kostvejledning kan også være til stede på biblioteker, i ældreklubber eller ved andre sociale arrangementer for ældre. Desuden kan der samarbejdes med forskellige aktører i civilsamfundet, fx apoteker. Relevante frivillige og pårørende m.fl. kan formidle viden om kommunale tilbud og muligheder for vejledning.

At formidle forebyggende tilbud

Kendskab til kommunens tilbud om forebyggende indsatser målrettet svært overvægtige ældre eller ældre i risiko for udvikling af svær overvægt er vigtig for at skabe forandring. Formidling af tilbud til kommunens ældre borgere og relevante aktører i kontakt med ældre borgere er derfor vigtig.

UPLANLAGT VÆGTTAB OG UNDERERNÆRING

Ældre med risiko for uplanlagt vægttab

Forskellige omstændigheder i den ældres liv kan medføre en øget risiko for uplanlagt vægttab.

Det gælder fx efter overstået sygdom, behandlet hjemme eller på sygehus, hvor der generelt vil følge en kortere eller længere periode præget af træthed og fysisk svækkelse. Sværere sygdom vil næsten altid medføre dårlig appetit, nedsat energiindtagelse og deraf følgende vægttab og underernæring. Undersøgelser viser, at rekonvalescenstiden ofte er meget lang, det vil sige måneder til halve år, og mange når aldrig at genvinde den tabte vægt og funktionsevne, selvom de er blevet helbredt for deres sygdom (7).

Borgere, der mister en samlever/ægtefælle, er ligeledes i risiko for uplanlagt vægttab, bl.a. fordi det at spise ofte hænger tæt sammen med socialt samvær, som nu ikke længere umiddelbart er til stede. Det kan betyde, at lysten til at tilberede mad og indtage måltider mere eller mindre forsvinder med deraf følgende risiko for uplanlagt vægttab (7, 8, 9).

Borgere, der lever med en alvorligt syg samlever/ægtefælle, kan også være i risiko for uplanlagt vægttab. Det er fx set hos ældre, der lever sammen med en ægtefælle, der lider af demens (10). Denne risiko overses ofte, idet behandlere og andre er mere opmærksomme på den demente borgers ernæringstilstand end den pårørendes.

Ældre i risiko for uplanlagt vægttab

Vær opmærksom på ældre i risiko for uplanlagt vægttab, dvs. ældre, der udskrives fra sygehus eller afslutter et rehabiliteringsforløb, ældre, der mister en samlever/ægtefælle samt ældre med en alvorligt syg samlever/ægtefælle

Systematisk opsporing af uplanlagt vægttab og underernæring

Studier viser, at en systematisk undersøgelse af, hvorvidt hjemmeboende ældre oplever uplanlagt vægttab og underernæring samt har et lavt fysisk aktivitetsniveau, kan bidrage til at identificere en undergruppe af ellers tilsyneladende raske ældre, som grundet ernæringsmæssige problemer oplever højere sygelighed og større forbrug af medicin (11).

For at identificere ældre i risiko for uplanlagt vægttab kan medarbejdere i kontakt med ældre borgere systematisk spørge den ældre, om han/hun har haft et uplanlagt vægttab, og veje den ældre, hvor det er relevant. Det kan foregå i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg, ved visitation til forskellige former for hjælp og i forbindelse med fx fysioterapi, ergoterapi eller omsorgstandpleje mv (2).

I vurderingen af den ældres ernæringstilstand kan der med fordel indgå en undersøgelse af den fysiske funktionsevne, idet vægt og funktionsniveau ofte følges tæt ad hos ældre mennesker. Nedsat fysisk funktionsevne kan udredes ved hjælp af en rejse-sætte-sig-test og evt. suppleres med en gangtest. Det er validerede redskaber til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau.

Uplanlagt vægttab bør altid lede til en nærmere udredning af den enkeltes ernæringstilstand.

Motivation for deltagelse i forebyggende indsatser i relation til ældre, der er i risiko for uplanlagt vægttab og underernæring

Flere kommuner har gode erfaringer med at tænke en social dimension ind i ernæringsindsatsen og oplever, at det at være sammen med andre og indgå i meningsfulde sociale relationer er motiverende for ældres lyst til at deltage i en forebyggende indsats. Desuden er erfaringen, at når socialt samvær og relationsopbygning er tænkt ind i indsatsen, fastholdes deltagerne i ernæringsindsatsen i længere tid (5).

Aktiviteten kan fx være forskellige typer af spisefællesskaber så som madklubber, en spiseven eller madlavningskurser. I aktiviteten er fokus på ernæringsrigtig kost set i forhold til deltagerens ernæringsproblem, men det centrale omdrejningspunkt i indsatsen er samvær, relationsdannelse og livskvalitet, da dette ofte fremmer lysten til både at spise og til at deltage i aktiviteten (5).

Aktører og arenaer for opsporing af ældre i risiko for uplanlagt vægttab

Forskellige aktører er vigtige for at kunne opspore ældre i risiko for uplanlagt vægttab. Af de kommunale aktører kan visitationen og koordinatorene, herunder demenskoordinatorer og medarbejdere, der udfører forebyggende hjemmebesøg, spille en væsentlig rolle. Ved de forebyggende hjemmebesøg kan der med fordel sættes fokus på borgerens ernæringstilstand og måltidsvaner. Ligeledes kan det være relevant at være opmærksom på ændringer i borgerens sociale situation, da fx tab eller alvorlig sygdom blandt pårørende kan have indflydelse på borgerens appetit (16,17, 18). Der kan ydes sparring og vejledning til den ældre og evt. pårørende om ernæringsbehovet og måltidet. Ved behov henvises til tilbud i kommunen, fx kommunens madservice og rådgivning i sundhedscenter, samt til almen praksis (16,18).

Socialstyrelsen har udarbejdet forskelligt informationsmateriale til ældre, der oplever uplanlagt vægttab og underernæring, som med fordel kan bruges i det forebyggende arbejde, fx sammen med information om relevante forebyggende tilbud i kommunen (16).

Før, under og efter kontakt med sygehusvæsenet bør der generelt være opmærksomhed på patienters ernæringstilstand. Dette gælder i særdeleshed i forhold til ældre patienter (12). Samarbejde med sygehuse og udredende enheder bør derfor tænkes ind i kommunernes forebyggende indsats.

Endelig kan det styrke indsatsen, hvis ældre og deres pårørende generelt opfordres til selv at være opmærksomme på uplanlagt vægttab. Forskelligt informationsmateriale til ældre, der har fokus herpå, kan understøtte dette sammen med information om relevante forebyggende tilbud i kommunen.

Hvis vægten falder, bør den ældre dog altid opfordres til at søge nærmere udredning i almen praksis.

Tilbud om forebyggende indsatser

Øg kendskabet til kommunens tilbud om forebyggende indsatser målrettet ældre i risiko for uplanlagt vægttab samt formidling af dette til ældre og relevante aktører i kontakt med ældre mennesker.



EKSEMPEL

Opsporing af uplanlagt vægttab ved forebyggende hjemmebesøg

I Holstebro Kommune foretages screening af kost og ernæringstilstand under forebyggende hjemmebesøg. Målet er at fortage en tidlig opsporing af ældre i risiko for uplanlagt vægttab og underernæring. Screeningen og den efterfølgende vurdering bygger på en række spørgsmål vedrørende den ældres spise- og drikkevaner samt appetit. På baggrund af resultater fra spørgeskemaet kan medarbejderen vurdere, om den ældre er i eller uden for risikogruppen (5). Selve spørgeskemaet er baseret på det validerede ernæringsvurderingsskema EVS (20). Virkningen af at anvende ernæringsvurderingsskemaet er ikke nærmere belyst.

MERE VIDEN

Opsporing i den forebyggende indsats

Under "Om håndbogen" beskrives mere om målgrupper for forebyggende initiativer og forskellige aktører i det forebyggende arbejde på ældreområdet.

[Om håndbogen](#)

Ernæringsvurderings-skema

Socialstyrelsen har udviklet et ernæringsvurderingsskema til vurdering af ældre borgeres ernæringstilstand.

[Ernæringsvurderingsskema](#)

Ernæringsvurderingsskemaet indgår også i Sundhedsstyrelsens værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring.

[Sundhedsstyrelsens værktøjer](#)

Værktøjerne er udviklet yderligere til en app, der kan hentes i AppStore og PlayButik (Tidlig opsporing).

Informationsmateriale om småtspisende ældre

Socialstyrelsen har udarbejdet informationsmateriale til ældre småtspisende borgere, som med fordel kan bruges til inspiration i det forebyggende arbejde.

[Når du skal tage på](#)

[Luk mig op \(køleskab\)](#)

[Luk mig op \(køkkenskab\)](#)

Kilder

- 1) Sundhedsstyrelsen (2014): Danskernes sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2013.
- 2) Beck, Anne-Marie m.fl. (2013): Værktøjer til systematisk identifikation af ernæringstilstand (underernæring). Sundhedsstyrelsen.
- 3) DSAM; Sundhedsstyrelsen (2009): Klinisk vejledning for almen praksis. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne.
- 4) Young, Kate; Bunn, Frances; Trivedi, Daksha; Dickinson, Angela (2011): Nutritional education for community dwelling older people: a systematic review of randomized controlled trials. International Journal of Nursing Studies.
- 5) Rambøll (2012): Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre. Kortlægning af kommunale praksiserfaringer. Socialstyrelsen.
- 6) Sundhedsstyrelsen og Diabetesforeningen (2013): Små skridt til et sundere liv.
- 7) Ernæringsrådet (2002): Ernæring og aldring. Publ. nr. 2.
- 8) Miller M. D et al. (2006): Nutritional supplementation and resistance training in nutritionally at risk older adults following lower limb fracture: a randomized controlled trial. Clin Rehab.
- 9) Alley D. E et al. (2010): Hospitalization and change in body composition and strength in a population-based cohort of older persons. JAGS.
- 10) Rullier L et al. (2013): Psychosocial correlates of nutritional status of family caregivers of persons with dementia. Int Psychogeriatr; sept. (Epub ahead of print).
- 11) Chin A. Paw M. J. et al. (2003): Inactivity and weight loss: effective criteria to identify frailty. J Nutr Health Aging, 2003; 7:55-60.
- 12) Pedersen A. og Ovesen L. (2009): Anbefalinger for den danske institutionskost.
- 13) Sundhedsstyrelsen (2012): Forebyggelsespakke Mad og måltider.
- 14) Socialstyrelsen (2014): Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab

- 15) Rullier L, Lagarde A, Bouisson J, Bergua V, Torres M, Barberger-Gateau P. (2014): Psychosocial correlates of nutritional status of family caregivers of persons with dementia. Int Psychogeriatric 2014; 26:105-113.
- 16) Jens Kofod, (2000): Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice. 1. udgave, 1. oplag, FødevarerRapport, Fødevarerdirektoratet.
- 17) Evaluering af projekt "Små skridt i den rigtige retning" for gravide og nybagte mødre i Nordjylland,(2011). NIRAS
- 18) Ernæringsvurderingsskema EVS, Socialstyrelsen (2013)
Ernæringsvurderingsskema
- 19) Forebyggelsespakke - Overvægt (2013) Sundhedsstyrelsen

INDSATSER

Litteraturen peger på, at information og rådgivning til ældre om kost og ernæring kan motivere til ændring af kostvaner (1, 2). Derudover er det erfaringen i flere kommuner, at forskellige former for spisefællesskaber med fokus på socialt samvær og relationsopbygning giver ældre mere lyst til at deltage og fastholde deltagelse i forebyggende ernæringsindsatser.

Forebyggelse af udvikling af svær overvægt, uplanlagt vægttab og underernæring

Generelt gælder det, at hvis man spiser en kost, der er baseret på de nordiske næringsstofanbefalinger og de officielle 10 kostråd, kan det medvirke til at bevare en god ernæringstilstand (3, 4).



FAKTA

De officielle kostråd (5)

Spis varieret, ikke for meget og vær fysisk aktiv

Spis frugt og mange grøntsager

Spis mere fisk

Vælg fuldkorn

Vælg magert kød og kødpålæg

Vælg magre mejeriprodukter

Spis mindre mættet fedt

Spis mad med mindre salt

Spis mindre sukker

Drik vand

For raske ældre gælder de samme kostråd som til yngre aldersgrupper (6), og der er ikke noget, der tyder på, at aldring i sig selv har en betydning for et ændret behov for næringsstoffer. For ældre er der dog særlige råd (12), når det gælder protein, kalk(Calcium) og D-vitamin. Ældre over 70 år anbefales at tage et dagligt tilskud på 20 mikrogram D-vitamin og kombinere det med et calciumtilskud på 800-1000 mg. Ældre fra 65 år og derover anbefales en kost, hvor protein udgør 15-20 %, og at andelen af protein øges ved lave energiindtag (dvs. under 8 MJ/d). Et optimalt proteinindtag for ældre er derfor mindst 1,2-1,5 g protein/kg/dag.

Viden om forebyggende indsatser

Litteraturen peger på, at information og rådgivning til ældre om kost og ernæring kan motivere til ændring af kostvaner (1, 2). Derudover er erfaringen i flere kommuner, at forskellige former for spisefællesskaber med fokus på socialt samvær og relationsopbygning giver ældre mere lyst til at deltage og fastholde deltagelse i forebyggende ernæringsindsatser.

Følgende metoder kan bidrage til at forebygge ernæringsmæssige problemer og dermed forebygge tab af funktionsevne og livskvalitet hos ældre.

- **Tidlig opsporing**

I den forebyggende ernæringsindsats er det centralt, at både medarbejdere i kontakt med ældre borgere og ældre borgere selv er opmærksomme på at opdage tegn på ernæringsmæssige problemer i forhold til udvikling af svær overvægt, uplanlagt vægttab eller undervægt så tidligt som muligt og derefter iværksætter en forebyggende indsats.

- **Undervisning og rådgivning om kost og ernæring**

Information og rådgivning til ældre om kost har en positiv effekt på kostvaner hos ældre, der bor i eget hjem (1).

Viden om indsatser ved forebyggelse af svær overvægt

Der er gennemført relativt få studier af effekten af forebyggelse af svær overvægt hos ældre (13). En række store observationsstudier og et par store interventionsstudier har set på effekten af at følge specifikke kostråd baseret på hhv. De Nordiske Næringsstofanbefalinger og Middelhavskosten. Resultaterne viser, at ældre, der spiser svarende til disse kostformer, har bedre overlevelse og nedsat risiko for forskellige livsstilssygdomme, herunder overvægt, sammenlignet med ældre, der ikke spiser efter disse former for kost (14,15,16). Ældre kan således have gavn af et sundt kostmønster og at spise efter de officielle kostråd i forhold til at forebygge udvikling af overvægt, suppleret af de særlige råd for ældre om protein, kalk (calcium) og D-vitamin (12).

Vægttab blandt allerede svært overvægtige ældre mennesker kan ses som forebyggelse af, at de udvikler yderligere overvægt. Der er gennemført relativt få studier af effekten af vægttab hos svært overvægtige ældre. De studier, der findes, er gennemført blandt ældre mennesker med komplikationer til overvægten. Studierne indikerer, at behandling kan medvirke til at reducere både vægten samt reducere forekomsten af en række komplikationer som følge af overvægten, herunder risikoen for nedsat funktionsevne og skrøbelighed. Ifølge studierne er den mest effektive behandling en, der kombinerer diætbehandling og forskellige former for træning, eftersom man hos ældre mennesker skal tilstræbe en reduktion af fedtmassen og bevarelse af muskelmassen, fordi vægttab i form af tab af muskelmasse kan øge risikoen for både sarkopeni (lav muskelmasse) og skrøbelighed (8, 18).

Viden om indsatser ved forebyggelse af uplanlagt vægttab og underernæring

Der mangler studier af effekten af en ernæringsindsats blandt ældre, der bor i eget hjem, og som er i risiko for uplanlagt vægttab og underernæring (9).

I forbindelse med indsatser til forebyggelse af uplanlagt vægttab blandt ældre er sammenhængen mellem fysisk træning og kost central. Her spiller sammensætningen af næringsstoffer, herunder især tilstrækkeligt indtag af protein, en vigtig rolle. Protein øger effekten af fysisk træning og har dermed betydning for, at muskelmassen genopbygges og bevares. Det er derfor centralt, at kosten er proteinrig. (10)

Kommunale erfaringer med forebyggende indsatser på ernæringsområdet

En række kommuner har gennemført projekter med fokus på tidlig forebyggelse på ernæringsområdet.

Spisefællesskaber

Flere kommuner har gode erfaringer med forskellige former for sociale spisefællesskaber. Spisefællesskaber kan antage mange forskellige former og bruges i den forebyggende indsats over for henholdsvis udvikling af svær overvægt, uplanlagt vægttab og underernæring. Det centrale er, at der ud over fokus på ernæringsrigtig kost er indtænkt en social dimension med fokus på samvær, relationsskabelse og kvalitetstid omkring måltidet.

Spisefællesskaber kan naturligvis også være ikke-etablerede indsatser, hvor borgeren fx spiser med egen familie eller netværk. Det at spise sammen med andre kan bidrage til at skabe fornyet glæde omkring måltidet og øge lysten til og motivationen for både at spise og lave mad (11).

Spisefællesskaber er afprøvet i mange forskellige former lige fra spisevenner, hvor en person kommer til middag i den ældre persons hjem, til madklubber, madlavningskurser med efterfølgende fællesspisning mm. Erfaringen er, at oplevelsen af gode rammer omkring måltidet er helt central for lysten til både at lave og spise mad, samt at de sociale relationer, der opstår i spisefællesskabet, er motiverende for, at deltagerne bliver ved med at have lyst til at deltage i spisefællesskabet. (11)

SÆT FOKUS PÅ

Socialt samvær og relationsopbygning i forebyggelse af udvikling af svær overvægt, uplanlagt vægttab og underernæring

Tænk socialt samvær og relationsopbygning ind i den forebyggende ernæringsindsats og hav i udførelsen af aktiviteten både fokus på det ernæringsmæssige og på samvær og livskvalitet..

Forslag til forebyggende indsatser

Til inspiration er her beskrevet forslag til indsatser målrettet forebyggelse af risiko for udvikling af svær overvægt og uplanlagt vægttab blandt ældre. Forslagene bygger primært på kommunale erfaringer. De tre første forslag er uddybet og beskrevet yderligere.

- **Information og rådgivning om kost og ernæring**

Flere undersøgelser indikerer, at information og rådgivning til ældre om kost og ernæring motiverer til at ændre uhensigtsmæssige kostvaner. Viden om og interesse for kost har desuden en positiv effekt på ældres mentale sundhed og livskvalitet (1, 2).

Indsatsen kan enten bestå af fælles information og rådgivning til den brede ældregruppe eller være individuel og målrettet ældre, der er i risiko for udvikling af svær overvægt eller uplanlagt vægttab og underernæring.

Information og rådgivning om kost og ernæring

- **Spiseven i hjemmet**

Flere kommuner har positive erfaringer (bl.a. Odense Kommune) med at tilbyde ældre, der har oplevet uplanlagt vægttab, en spiseven, som spiser og evt. køber ind og laver mad sammen med den ældre i dennes eget hjem.

Indsatsen sammenfatter den tidlige indsats og et socialt fokus på relationsopbygning i den forebyggende indsats.

Spiseven i hjemmet

- **Spisefællesskaber til forebyggelse af svær overvægt, uplanlagt vægttab og underernæring**

Flere kommuner har positive erfaringer med at tilbyde ældre, der er i risiko for ernæringsmæssige problemer (svær overvægt eller uplanlagt vægttab), forskellige former for spisefællesskaber. Flere kommuner peger på, at der er et stort behov for en forebyggende indsats målrettet forebyggelse af svær overvægt.

Spisefællesskaber til forebyggelse af svær overvægt og uplanlagt vægttab og underernæring

- **Madservice – levering af mad i eget hjem**

Madservice er levering af mad i borgerens eget hjem. Mad, som leveres til borgere i eget hjem, sker på baggrund af en visitation, hvor også borgerens ernæringsbehov vurderes. Den mad, der leveres i borgerens hjem, indeholder som udgangspunkt den anbefalede sammensætning af næringsstoffer (18). Viser det sig i visitationen, at borgeren har særlige ernæringsbehov, kan vedkommende modtage mad tilpasset disse behov. Derfor kan den mad, som borgeren modtager, være med til at bevare og forebygge tab af funktionsevne.

Det er derfor vigtigt, at borgere, der modtager mad i eget hjem, spiser det leverede måltid. Kommunerne følger ikke systematisk op på dette. I de tilfælde, hvor en hjemmeboende borger er visiteret til madservice, er det vigtigt, at kommunerne arbejder med, hvordan madens kvalitet og en evt. iværksat ernæringsindsats spiller sammen. For at maden ikke blot bliver serveret, men også spist, skal smag, udseende, duft og friskhed prioriteres og så vidt muligt tilpasses den enkeltes behov og præferencer.

Kilder

- 1) Young, Kate; Bunn, Frances; Trivedi, Daksha; Dickinson, Angela, (2011): Nutritional education for community dwelling older people: a systematic review of randomized controlled trials. International Journal of Nursing Studies.
- 2) Wong, S; Bandayrel, K. (2011): Systematic Literature Review of Randomized Control Trials Assessing the Effectiveness of Nutrition Interventions in Community-Dwelling Older Adults. Journal of Nutrition Education and Behavior Volume 43, Number 4.
- 3) Norden (2012): Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integration nutrition and physical activity.
- 4) DTU (2013): Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet.
- 5) Fødevarestyrelsen (2013): De officielle kostråd.

De officielle kostråd

- 6) Ernæringsrådet (2002): Ernæring og aldring. Publ. nr. 2
- 7) Pedersen AN & Beck A. (2007): I: Swane CE, Blaakilde AL, Amstrup K (red.). Gerontologi livet som gammel. Munksgaard Danmark 2. udgave 2007; 160-8
- 8) Beck A. Ældre (2011) I: Svendsen OL, Astrup A, Hansen GS, editors: Adipositas - sygdom, behandling og organisation. København: Munksgaard; 255-8.
- 9) Milne A. et al. (2009): Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. Cochrane Database Syst Rev Apr 15; (2):CD003288. doi: 10.1002/14651858.CD003288.pub3.
- 10) Socialstyrelsen (2013): National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen.
- 11) Socialstyrelsen (2011): Projekt God mad - Godt liv. Evalueringsrapport
- 12) Fødevarestyrelsen: www.altomkost.dk

[Information om ældre på hjemmesiden altomkost.dk](#)
- 13) Seeger C, Heitmann BL. Forebyggelse. I: Svendsen OL, Astrup A, Hansen GS, (red) (2011): Adipositas – sygdom, behandling og organisation. København: Munksgaard; 2011.
- 14) Babio N et al. (2014): Mediterranean diets and metabolic syndrome status in the PREMEDI randomized trial. CMAJ 2014;186(17):E649-E57.
- 15) Kastorini CM, Milionis HJ, Goudevenos JA, Panagiotakos DB. (2010): Mediterranean diet and coronary heart disease: is obesity a link? – A systematic review. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2010;20(7):536-51.
- 16) Calton EK et al. (2014): Mediterranean diet. Nutr Res 2014; 34: 559-68.
- 17) Smith GI, Mittendorfer B. (2015): Slimming in old age. Am J Clin Nutr 2015;101:247-8.
- 18) Sundhedsstyrelsen, DTU fødevarainstituttet, Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri, Fødevarestyrelsen "Anbefalinger for den danske institutionskost

INFORMATION OG RÅDGIVNING OM KOST OG ERNÆRING

Information og rådgivning om kost og ernæring til ældre, der bor i eget hjem, kan være en del af den forebyggende ernæringsindsats, da der er viden, der peger på, at information og rådgivning påvirker kostvaner i positiv retning (1).

Indsatsen bygger på viden om, at information og rådgivning kan motivere til ændring af kostvaner. De beskrevne initiativer er baseret på gode eksempler fra praksis i kommunerne. Virkningen af initiativerne er ikke nærmere undersøgt.

Formål

Formålet med information og rådgivning til ældre om kost og ernæring er at give ældre, der er i risiko for udvikling af svær overvægt, uplanlagt vægttab eller underernæring, men også ældre i al almindelighed, mere viden om kost og ernæring og derved påvirke deres kostvaner i positiv retning.

Indsatsen går på to ben, da den dels kan bestå af fælles information og rådgivning til en større ældregruppe og dels kan være individuel og målrettet specifikke målgrupper og problemstillinger.

- Fælles information og rådgivning: Indsatsen har et tidligt forebyggende aspekt og er målrettet en større ældregruppe med det formål at påvirke kostvaner i positiv retning og derved forebygge udvikling af svær overvægt, uplanlagt vægttab eller underernæring.
- Individuel rådgivning: Indsatsen er individuel og kan fx være i form af kostvejledning. Den individuelle rådgivning er målrettet ældre, der er i risiko for udvikling af svær overvægt, uplanlagt vægttab eller underernæring. Formålet er at forebygge yderligere vægtøgning/vægttab samt øvrige funktionsevnedesættelser forbundet hermed.

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

Kommunen kan have forskellige rammer for indsatsen, men der bør foreligge let tilgængelige retningslinjer for denne inkl. henvisning til mere kvalificeret tilbud, hvis dette vurderes nødvendigt.

Fælles information og rådgivning til en gruppe af ældre om kost og ernæring kan have fokus på et bredt spekter af ernæringsmæssige temaer. Informationsniveauet kan være af generel karakter eller være målrettet en bestemt problemstilling. Metoderne kan eksempelvis være:

- **Generel information og rådgivning**

Information og rådgivning om kost og ernæring målrettet en større ældregruppe kan fx foregå som foredrag, temadage eller debatter, der afholdes i fx sundhedscentret, ældrecentret, biblioteket mv. Kost og ernæring kan også være et blandt andre temaer på informationsdage for nye pensionister i kommunen. Mange kan på denne måde få ny viden ved en relativ begrænset indsats. Indsatsen har et tidligt forebyggende sigte, idet den er målrettet den brede ældregruppe og ikke kun ældre, der er i risiko for udvikling af svær overvægt eller uplanlagt vægttab. Det er dog vigtigt, at informationerne er målrettet de enkelte målgrupper, da budskaberne er meget forskellige.



EKSEMPEL

Foredrag og temadage

Odense Kommune har valgt at lade kost og ernæring indgå som ét blandt flere emner ved foredrag eller temadage eller lignende fx med et mere bredt fokus på ældreliv generelt. Dermed kan også ældre, der ikke umiddelbart er interesserede i kost og ernæring, få del i denne viden. Virkningen af tiltaget er ikke blevet undersøgt nærmere.

- **Individuel rådgivning**

Hvis en medarbejder identificerer en ældre borger i risiko for udvikling af svær overvægt, uplanlagt vægttab eller underernæring, kan kommunens koordinator eller visitorator kontaktes for nærmere at afklare, hvilken indsats den ældre skal tilbydes. Den ældre kan tilbydes individuel rådgivning fx ved en sygeplejerske, diætist eller anden ernæringsfaglig person (2).

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Målgruppen for den fælles information og rådgivning er ældre generelt, da denne indsats har et tidligt forebyggende sigte. Det er dog i denne forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at kommunal erfaring peger på, at det hovedsageligt er de mere veluddannede og/eller ressourcestærke, der motiveres gennem viden og kan omsætte denne til handling. En informationsindsats, der tiltænkes de mere ressourcetsvage ældre, bør derfor ikke stå alene, men kombineres med andre forebyggende ernæringsindsatser for, at gruppen kan opnå den fornødne støtte.

Målgruppen for den individuelle rådgivning er ældre, der er i risiko for svær overvægt, et uplanlagt vægttab eller underernæring. Den individuelle rådgivning kan målrettes de ældre, hvor det vurderes, at den fælles information ikke er nok til at opnå den tilsigtede virkning.

Det er vigtigt, at kommunens ældre har kendskab til, at indsatserne findes, og ved, hvor og hvordan de kan deltage. Der bør derfor i forbindelse med gennemførelsen af indsatserne være fokus på udvikling af informationsmateriale. Formidlingen kan fx ske på sundhedscentre, ved forebyggende hjemmebesøg, på apoteket, via kommunens hjemmeside og hjemmesiden sundhed.dk/SOFT, der giver et samlet overblik over kommuner og regioners sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud. Derudover kan tilbud formidles gennem annoncering, sociale medier eller udsendelse af materiale om tilbuddet til øvrige medier.

Implementering

Ledelse

Det er en ledelsesmæssig beslutning, hvor og i hvilke sammenhænge information og rådgivning til ældre kan foregå.

Kompetencer

Undervisere eller oplægsholdere på temadage, ved foredrag mv. skal være ernæringsfaglige personer, som har specifik viden om ernæring hos ældre og ikke blot generel viden om ernæring.

Individuel rådgivning til ældre, der er i risiko for svær overvægt, uplanlagt vægttab eller underernæring, skal udføres af en person, der har viden om både forebyggelse af og konsekvenser ved forskellige typer af ernæringsproblemer hos ældre, fx en sygeplejerske, diætist eller anden ernæringsfaglig person (2).

Organisering

Information og rådgivning til ældre om kost og ernæring via foredrag, temadage mv. kan gennemføres i kommunalt regi eller i samarbejde med foreninger eller organisationer. Indsatsen kan koordineres kommunalt, idet fx en fast koordinator kan indgå i et samarbejde med relevante parter om at lave arrangementer for ældre, hvor kost og ernæring kan indgå som et tema.

Individuel rådgivning kan gennemføres i samarbejde med relevante fagprofessionelle i kommunen eller ved ekstern leverandør.

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på implementering og resultat af information og rådgivning til ældre om kost og ernæring kan med fordel bestå af en systematisk registrering af følgende indikatorer:

- Er indsatsen implementeret?
 - Antal temadage, foredrag eller lignende målrettet ældre, som kommunen tilbyder, hvor kost og ernæring indgår som tema
 - Antal ældre, der deltager i temadage, foredrag el. lign., hvor kost og ernæring indgår som tema
 - Antal ældre, der modtager individuel rådgivning.
- Har indsatsen virket?
 - Oplever ældre, der deltager i temadage, foredrag el. lign., at de herigennem får brugbar og relevant viden og information om kost og ernæring?
 - Oplever ældre, der modtager individuel rådgivning, forløbet som relevant?

Herudover kan det være væsentligt, at kommunen monitorerer indsatsen i forhold til følgende spørgsmål:

- Om ældre, der deltager i temadage, foredrag el. lign. vedrørende kost og ernæring, oplever, at dette har gjort en positiv forskel i forhold til deres kostvaner?

- Om ældre, der modtager individuel rådgivning, oplever, at dette har gjort en positiv forskel i forhold til deres kostvaner?
- Vurdering af indsatsen fra medarbejdere, der er i kontakt med ældre i målgruppen.

Ressourcer

Foredrag, temadage mv. om kost og ernæring for ældre afholdt i kommunalt regi vil være forbundet med udgifter til foredragsholder, leje af lokaler og forplejning.

Foredrag og temadage, som afholdes i regi af frivillige foreninger og organisationer, kan være forbundet med udgifter til etablering af evt. samarbejde og/eller økonomisk støtte til arrangementet.

Individuel rådgivning vil være forbundet med udgifter til den fagprofessionelle.

Kilder

- 1) Young, Kate; Bunn, Frances; Trivedi, Daksha; Dickinson, Angela (2011): Nutritional education for community dwelling older people: a systematic review of randomized controlled trials. International Journal of Nursing Studies.
- 2) Forebyggelsespakke - Overvægt (2013) Sundhedsstyrelsen

SPISEVEN I HJEMMET

Flere kommuner vælger at iværksætte en forebyggende ernæringsindsats i samarbejde med organisationer eller frivillige foreninger, hvor frivillige spisevenner besøger ældre borgere, som er i risiko for uplanlagt vægttab eller underernæring (1).

Indsatsen bygger på erfaringer fra flere kommuner og viden om, at sociale relationer og samvær omkring måltidet kan øge lysten til at spise. Virkningen af indsatsen er ikke undersøgt nærmere.

Formål

Formålet med indsatsen "Spiseven i hjemmet" er at tilbyde ældre i risiko for uplanlagt vægttab eller underernæring en spiseven, som i kraft af sit samvær med den ældre omkring måltidet øger lysten til og motivationen for at spise.

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

Ældre, der vurderes at være i risiko for uplanlagt vægttab eller underernæring, kan tilbydes en spiseven. Spisevennen besøger efter aftale den ældre i hjemmet – fx en gang om ugen – og de spiser sammen. Der kan også indgå indkøb og/eller fælles madlavning i ordningen.

I indsatsen skal der både være fokus på kostens ernæringsmæssige kvaliteter og på det sociale samvær omkring måltidet. Gode sociale relationer og samvær omkring måltidet kan nemlig både øge den ældres lyst og motivation til at spise og generelt bidrage til at skabe en større oplevelse af livskvalitet hos den enkelte ældre.

I planlægningen og forberedelsen af måltidet bør der være fokus på at sammensætte et måltid, der kan bidrage til at undgå yderligere vægttab eller til en hensigtsmæssig vægtøgning hos den ældre.

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Målgruppen for indsatsen er ældre, der vurderes at være i risiko for uplanlagt vægttab eller underernæring. Indsatsen kan målrettes risikogrupper som fx ældre, der nyligt har mistet en samlever/ægtefælle, ældre, der udskrives fra sygehus eller afslutter et rehabiliteringsforløb, eller ældre med en alvorligt syg samlever/ægtefælle.

Opsporingen af ældre, som kan have gavn af en spiseven, kan gennemføres af alle medarbejdere i kommunen, som er i kontakt med ældre. Det kan fx være i forbindelse med en undersøgelse af den ældres ernæringstilstand. Desuden bør medarbejderne generelt være opmærksomme på at identificere risikofaktorer for uplanlagt vægttab og underernæring blandt de ældre borgere, som de er i kontakt med.

Opsporingen af ældre, der kan have gavn af en spiseven, kan desuden ske ved, at kommunen gør en ekstra indsats for, at almen praksis og andre sundhedsprofessionelle får kendskab til tilbuddet. Formidlingen kan fx ske på sundhedscentre, ved forebyggende hjemmebesøg, på apoteket og på kommunens hjemmeside. Derudover kan tilbud formidles gennem annoncering, sociale medier eller udsendelse af materiale om tilbuddet til øvrige medier.

Indsatsen er umiddelbart målrettet ældre, der oplever uplanlagt vægttab eller er underernærede, da det er i forhold til denne gruppe, der er flest kendte erfaringer med afprøvning af indsatsen. Det kan dog også være relevant at afprøve indsatsen over for andre målgrupper fx ældre, der er i risiko for udvikling af svær overvægt, hvor det ernæringsmæssige fokus vil være på vægttab. Eller i forhold til underernærede ældre, hvor fokus vil være på vægtøgning.

Implementering

Ledelse

Det kræver ledelsesmæssig opbakning at igangsætte en spisevens-ordning. Ordningen kan dog være forholdsvis selvkørende, når den først er i gang, hvis den baseres på samarbejde med frivillige foreninger.

Kompetencer

At være frivillig spiseven kræver ikke en særlig uddannelse. Der bør være fokus på at sikre et godt match af borger og spiseven, fx på baggrund af fælles interesser, hvis muligt. De frivillige bør gives en grundlæggende viden om uplanlagt vægttab og ernæringsbehov forbundet hermed samt have gode sociale kompetencer.

Organisering

Spisevenner er frivillige, og flere kommuner har gode erfaringer med at gennemføre indsatsen i tæt samarbejde med frivillige foreninger, hvor foreningen koordinerer indsatsen. Indsatsen kan også koordineres kommunalt fx gennem kommunens frivillighedskordinator.

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på implementering og resultat af at have en spiseven i hjemmet kan med fordel fokusere på systematisk registrering af følgende indikatorer:

- Er indsatsen implementeret?
 - Antal samarbejdsaftaler, der er indgået med frivillige spisevenner
 - Antal borgere, der får tilbudt en frivillig spiseven
 - Antal borgere, der takker ja til tilbud om en frivillig spiseven.
- Har indsatsen virket?
 - Antal borgere, der har taget på i vægt (hvis dette er et mål for den enkelte)
 - Antal borgere, der oplever en øget motivation/lyst til at spise
 - Antal borgere, der ikke længere har ernæringsmæssige problemer efter forløb med spiseven (opfølgning på indsatsen kan fx ske ved telefonisk kontakt efter et år, hvis borgeren har givet tilladelse til dette).

Herudover kan det være væsentligt, at kommunen monitorerer indsatsen i forhold til:

- Borgerens vurdering af indsatsen, herunder:
 - Hvorvidt borgeren eller eventuelt de pårørende oplever, at indsatsen har gjort en positiv forskel i forhold til vedkommendes kostvaner, herunder øget motivation/lyst til at spise hensigtsmæssigt set i forhold til vedkommendes ernæringsmæssige udfordring.
 - Hvorvidt borgere oplever, at indsatsen har gjort en positiv forskel i forhold til at øge vedkommendes oplevelse af livskvalitet målt ved EQ-5D eller WHO 5 før og efter indsatsen.

Redskaber

- Vurdering af indsatsen fra medarbejdere i kontakt med den ældre
- Spisevennernes vurdering af indsatsen.

Ressourcer

I tilfælde, hvor frivillige foreninger eller organisationer etablerer korps af frivillige spisevenner og koordinerer indsatsen, vil der som udgangspunkt ikke være væsentlige kommunale udgifter forbundet med indsatsen. Det er dog en god ide at anerkende og støtte den frivillige indsats fx ved at afholde fællesarrangementer, kompetenceudvikling eller andre tiltag, der kan styrke de frivilliges viden, engagement og lyst til at fortsætte arbejdet.

Ved samarbejde mellem kommunen og frivillige kan der desuden være udgifter forbundet med aflønning af en kommunal koordinator. Er indsatsen baseret på enkeltpersoner, hvor en kommunal frivilligheds koordinator koordinerer indsatsen, vil der være udgifter forbundet med frivillighedskoordinatorens tid.

Der kan være udgifter forbundet med indkøb af mad eller tilskud hertil, med mindre den ældre og/eller spisevennen/den frivillige forening selv dækker denne del. Der kan ligeledes være udgifter forbundet med udarbejdelse af informationsmateriale vedrørende indsatsen og formidling af dette til relevante aktører.



EKSEMPEL

Spisevenner i samarbejde med Ældresagen

Greve kommune tilbyder i samarbejde med Ældresagen ordningen Spisevenner. Formålet er at forebygge fejlernæring og øge appetitten gennem socialt samvær blandt ældre borgere, som lever alene og har nedsat appetit. I Greve Kommune er en spiseven en frivillig, som besøger den ældre person ca. en gang om ugen eller hver 14. dag og spiser et måltid sammen med vedkommende. Målet er, at den ældre person via samvær under tilberedning, borddækning og spisning oplever øget appetit. Kommunen betaler 55 kr. for spisevennens måltid pr. gang.

Virkningen af ordningen Spisevenner i Greve kommune er ikke blevet undersøgt nærmere.

Kilder

- 1) Rambøll (2012): Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre. Kortlægning af kommunale praksiserfaringer. Socialstyrelsen.

SPISEFÆLLESSKABER TIL FOREBYGGELSE AF RISIKO FOR UDVIKLING AF SVÆR OVERVÆGT, UPLANLAGT VÆGTTAB OG UNDERERNÆRING

Spisefællesskaber for ældre med fokus på forebyggelse af risiko for udvikling af svær overvægt, uplanlagt vægttab eller underernæring kan have mange forskellige former og kan være målrettet forskellige risikogrupper fx ældre, der nyligt er udskrevet fra sygehus, eller ældre med anden etnisk baggrund end dansk.

Spisefællesskaber er baseret på erfaringer fra kommuner og viden om, at spisefællesskaber kan være med til at styrke ældre borgeres sociale relationer. Virkningen af spisefællesskaber er ikke belyst nærmere.

Formål

Formålet med spisefællesskaber er at motivere og støtte ældre i risikogrupperne til at opnå et vægttab/ forebygge yderligere vægtøgning eller opnå en vægtøgning/forebygge yderligere vægttab. Spisefællesskaber har fokus både på det sociale fællesskab og den rette ernæring.

De sociale relationer, der skabes ved spisefællesskaber, kan desuden bidrage til at forebygge ensomhed og social isolation, og på den måde bidrage til en større oplevelse af livskvalitet hos den enkelte ældre.

Ensomhed og social isolation

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

Flere kommuner har erfaringer med etablering af spisefællesskaber, hvor en gruppe ældre mødes og laver mad sammen enten privat eller ude, fx i det lokale sundhedscenter. Spisefællesskabet kan både gennemføres i samarbejde med en frivillig forening eller som udelukkende kommunalt tilbud. I begge tilfælde bør der dog være en ernæringsfaglig person tilknyttet, som dels kan varetage den koordinerende funktion og dels har viden om den rette ernæringsmæssige kostsammensætning for målgruppen.

Eftersom det ernæringsmæssige fokus for de to målgrupper er forskelligt, er det vigtigt, at der tilbydes forskellige kurser for henholdsvis ældre i risiko for uplanlagt vægttab og ældre i risiko for svær overvægt.

Indsatsen kan eventuelt gennemføres som et madlavningskursus med en ernæringsfaglig person tilknyttet, hvor fokus er på undervisning i at sammensætte og lave et ernæringsrigtigt måltid efterfulgt af fællesspisning. Madlavningskurser kan fx afholdes i sundhedscentre, i dagcentre, på aftenskoler eller i regi af en frivillig forening.

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Målgruppen for indsatsen er ældre, der er i risiko for at udvikle svær overvægt, og ældre i risiko for uplanlagt vægttab og underernæring.

Opsporingen af ældre, der kan have særlig gavn af at deltage i et spisefællesskab, kan gennemføres af alle medarbejdere, som er i kontakt med ældre. Opsporingen kan fx ske på baggrund af en BMI-beregning, baseret på målt højde og vægt. Det er også en mulighed, at den ældre selv eller en pårørende retter henvendelse til kommunen, hvis vedkommende ønsker at deltage i et spisefællesskab.

Opsporingen af ældre, der kan have særlig gavn af at deltage i et spisefællesskab, kan desuden ske ved, at kommunen gør en særlig indsats for, at almen praksis og andre sundhedsprofessionelle får kendskab til tilbuddet. Formidlingen kan fx ske på sundhedscentre, ved forebyggende hjemmebesøg, på apoteket, via kommunens hjemmeside og evt. på hjemmesiden sundhed.dk/SOFT, der giver et samlet overblik over kommuner og regioners sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud. Derudover kan tilbud formidles gennem annoncering, sociale medier eller udsendelse af materiale om tilbuddet til øvrige medier.

Implementering

Ledelse

Det er en kommunal ledelsesmæssig opgave at tage stilling til rammer og ressourcer for et evt. tilbud om spisefællesskaber for ældre med fokus på forebyggelse af svær overvægt, uplanlagt vægttab og underernæring. Ledelsen skal ligeledes vurdere, i hvilket omfang man ønsker at etablere samarbejde med fx frivillige aktører, der kan bidrage til gennemførelsen af indsatsen.

Kompetencer

Den ernæringsfaglige person tilknyttet et spisefællesskab skal have viden om ernæringsrigtig kost i forhold til målgruppen af ældre i risiko for enten svær overvægt, uplanlagt vægttab eller underernæring samt viden om køkkenhygiejne og de regler, der gælder herfor.

Organisering

Erfaringer fra enkelte kommuner peger på, at det er en god ide med en 'tovholder' eller en koordinator, som tager initiativ til, at de ældre mødes i spisefællesskabet og deltager i spisningen.

Indsatsen kan gennemføres i samarbejde med frivillige foreninger eller organisationer, men en kommunal forankret koordinator eller 'tovholder' vil i de fleste tilfælde være en nødvendighed for at sikre en koordineret indsats, og for at kendskab til indsatsen formidles bredt.

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på implementering og resultat af spisefællesskaber til forebyggelse af svær overvægt og uplanlagt vægttab kan med fordel fokusere på systematisk registrering af følgende indikatorer:

- Er indsatsen implementeret?
 - Antal aftaler om spisefællesskaber
 - Antal ældre, der får tilbud om spisefællesskab til forebyggelse af svær overvægt
 - Antal ældre, der takker ja til tilbud om spisefællesskab til forebyggelse af svær overvægt/ uplanlagt vægttab og underernæring.

- Har indsatsen virket?
 - Antal ældre, der har ændret deres vægt i hensigtsmæssig retning afhængigt af, hvilket ernæringsmæssigt problem de har
 - Antal ældre, der oplever en øget motivation/lyst til at spise hensigtsmæssigt set i forhold til vedkommendes ernæringsmæssige udfordring.

Herudover kan det være væsentligt, at kommunen monitorerer indsatsen i forhold til:

- Deltagelse i spisefællesskab (opfølgning på indsatsen kan fx ske ved telefonisk kontakt efter et år, hvis borgeren giver tilladelse til efterfølgende at tage kontakt)
- Borgerens vurdering af indsatsen, herunder:
 - Hvorvidt borgeren eller de pårørende oplever, at indsatsen har gjort en positiv forskel i forhold til vedkommendes kostvaner, herunder øget motivation/lyst til at spise hensigtsmæssigt set i forhold til vedkommendes ernæringsmæssige udfordring
 - Hvorvidt borgeren oplever, at indsatsen har gjort en positiv forskel i forhold til at øge vedkommendes oplevelse af livskvalitet ved EQ- 5D eller WHO 5 til redskabskapitel
 - Vurdering af indsatsen fra medarbejdere i kontakt med de ældre.

Ressourcer

Der er flere forsøg med madlavningskurser for ældre, der viser, at der skal være meget få udgifter forbundet med deltagelsen for at opnå tilslutning til indsatsen. Vær derfor opmærksom på, om udgifterne for deltagerne kan være en barriere for deltagelse. Udgiften for deltagerne bør som udgangspunkt ikke overstige den udgift, der ellers er forbundet med at lave mad derhjemme.

De væsentligste kommunale udgifter ved indsatsen er, såfremt den koordineres af en kommunal tovholder, dennes tid samt udgifter forbundet med aflønning af underviser på kurset. Der kan desuden være udgifter forbundet med indkøb af mad eller tilskud hertil samt udgifter forbundet med lokaler og udarbejdelse af informationsmateriale vedrørende indsatsen og formidling af dette til relevante aktører.



EKSEMPEL

Kosthold for overvægtige ældre i Lejre Kommune

Lejre Kommune har gennemført et holdforløb for ældre, der har været visiteret til træning og har haft brug for hjælp til et større vægttab. Forløbet blev koordineret af en medarbejder, der var sygeplejerske og husholdningsøkonom, som gav råd og vejledning om kost og vægttab. Gruppen mødtes en gang om måneden i 2 ½ time.

Medarbejderen udarbejdede menuplan, købte ind, tilberedte maden og vejede deltagerne. Under måltidet fortalte medarbejderen om portionsstørrelser, næringsindhold mv. Gruppen blev løbende mere inddraget i alle processer omkring madlavning, og med tiden blev det deltagerne selv, der udarbejdede menuplan og stod for indkøb, madlavning og oplæg. Medarbejderen deltog i ca. 1½ time og gav input til de afholdte oplæg. En sundhedsfaglig konsulent blev tilknyttet holdet, da det viste sig, at der var behov for to medarbejdere i forløbet.

Tilbuddet sluttede i maj 2014 efter at have fungeret i 2,5 år. Evalueringen viste, at alle deltagerne tabte sig, varierende fra 5 kilo op til 18 kilo. Deltagerne var alle svært overvægtige ved opstart af tilbuddet.

ALKOHOL

Danskerne har et højt alkoholforbrug med betydelige sociale og helbreds-
mæssige følger. Kommunen har med ansvaret for såvel forebyggelse som
alkoholbehandling en enestående mulighed for at forebygge alkoholskader
– også blandt ældre borgere.



HVORFOR FOREBYGGE?

En del ældre mennesker har et højt alkoholforbrug. Samtidig tåler ældre alkohol dårligere end yngre, og alkoholforebyggelse målrettet ældre borgere er derfor et væsentligt indsatsområde.

Kommunale medarbejdere møder jævnligt ældre borgere, der er i risiko for eller allerede har sociale og/eller helbredsmæssige problemer relateret til deres alkoholforbrug. Medarbejderne har mulighed for at identificere borgere med alkoholproblematikker og medvirke til, at borgerne og eventuelt deres pårørende får relevante tilbud om alkoholrådgivning/ alkoholbehandling og sociale tilbud. Sociale tilbud kan fx afhjælpe problemer, der ligger bag et øget forbrug af alkohol, eller støtte den enkelte i at fastholde opnåede resultater fra alkoholrådgivning eller -behandling.

Konsekvenser af danskernes høje alkoholforbrug

Alkoholforbruget blandt ældre borgere har igennem en lang årrække været stigende. De senere år har der dog været en positiv udvikling, idet alkoholforbruget blandt de ældre borgere - som hos resten af befolkningen - har været faldende (1, 2, 3). I 2013 var der 2.900 alkoholrelaterede dødsfald i Danmark, heraf var 1.200 af dødsfaldene blandt de +65-årige. (9)

Alkoholvaner har indflydelse på stort set alle sider af livet: Helbred, familieliv, venskaber, funktion og trivsel i det daglige samt økonomi. Alkohol har negativ betydning for mere end 200 sygdomme, fx for udvikling af kræft, leversygdomme, hjertesygdom, knogleskørhed, knoglebrud, demens og ulykker. Derudover er der sammenhæng mellem alkoholforbrug og en lang række tilstande som uligevægt, søvnforstyrrelser, koncentrations- og hukommelsesproblemer, ændret karakter, depression, aggressiv adfærd, mistroivsel, ensomhed og sociale følger efter skilsmisse eller ægtefælles død. (5, 10)

Ensomhed og social isolation

Kommunerne har årlige merudgifter til alkoholoverforbrug på mindst 3,6 mia. kr.

Kommunale omkostninger forbundet med alkoholforbrug (6)

Kommunerne har betydelige sociale- og sundhedsmæssige omkostninger forbundet med alkoholoverforbrug.

- Merudgifter til personlig og praktisk hjælp til borgere med et alkoholoverforbrug udgør 4,7 mio. kr. årligt i en gennemsnitskommune med 50.000 borgere.
 - Meromkostningerne til personlig og praktisk hjælp til borgere med en alkoholrelateret kontakt til sygehus udgør i gennemsnit pr. borger 20.000 kr. årligt.
 - Omkostningerne til personlig og praktisk hjælp fordobles typisk, når en borger er i alkoholbehandling, mens omkostningerne firdobles, når der er tale om borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakt.
 - Andelen af borgere, som bor i plejebolig, er 4-7 gange større blandt borgere med et overbrug af alkohol sammenlignet med borgere uden alkoholoverforbrug.
-

Alkoholforebyggelse blandt ældre borgere

Tal fra Sundhedsprofilen 2013 viser, at 14 % mænd og 8 % kvinder i alderen 65-74 år drikker over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse. Bortset fra de helt unge er det den aldersgruppe, som sammen med de 55-64-årige har den markant højeste andel, der drikker over højrisikogrænsen. I aldersgruppen fra 75 år og derover er det 8 % af mændene og 5 % af kvinderne, der har et alkoholforbrug over højrisikogrænsen(3). Der er en betydelig social gradient i alkoholforbruget blandt +65-årige. Jo længere uddannelse jo større andel drikker over højrisikogrænsen. Blandt mænd med grundskole som længste uddannelse drikker 8,7 % over højrisikogrænsen mod 17,6 % med lang videregående uddannelse. Tilsvarende tal for kvinder er henholdsvis 3,3 % og 13,1 %. (9)

Borgere med alkoholproblematikker har oftere nedsat funktion i det daglige med et øget behov for personlig hjælp og pleje, praktisk hjælp i hjemmet samt for plejehjem set i forhold til borgere uden alkoholproblemer (8). Således modtog 22 % af borgere med en alkoholrelateret kontakt til sygehus i 2010 personlig og praktisk hjælp mod 4 % af borgere uden alkoholoverforbrug.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet generelle udmeldinger vedrørende brug af alkohol. Ældre mennesker tåler alkohol dårligere end yngre. De anførte risikogrænser er derfor næppe velegnede til ældre, hvorfor der i udmeldingerne om alkoholgrænser suppleres med udmeldingen om, at ældre mennesker må være særlig forsigtige med alkohol. Der findes i Europa endnu ingen anerkendte anbefalinger for ældre mennesker og alkoholinntagelse.

Sundhedsstyrelsens udmeldinger om alkohol, der er relevante for ældre mennesker

Lavrisiko-genstandsgrænse

Der er lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på op til 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd

Højrisiko-genstandsgrænse

Der er høj risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på mere end 14 genstande om ugen for kvinder og 21 for mænd

- Er du ældre – vær særlig forsigtig med alkohol.
 - Intet alkoholforbrug er risikofrit for dit helbred.
 - Drik ikke alkohol for din sundheds skyld.
 - Stop før 5 genstande ved samme lejlighed.
-

Alkoholforebyggelse målrettet ældre borgere er et væsentligt indsatsområde. Ikke alene har en del ældre mennesker et højt alkoholforbrug, men alkohol tåles som nævnt også dårligere og kan forværre evt. bestående sygdom/tilstand og forstyrre evt. medicinsk behandling, ligesom den daglige funktion kan forringes af alkoholbrug.

Kommunale erfaringer viser, at de kommunale tilbud og indsatser på alkoholområdet ofte ikke er målrettet ældre borgere. Det er derfor væsentligt, at ældreområdet i kommunen samarbejder med de alkoholfaglige og sociale tilbud i kommunen i forhold til at målrette indsatser til ældre borgere.

Vurdering af et alkoholforbrug hos ældre mennesker kan ikke alene betragtes ud fra genstandsgrænserne, men må også ses i sammenhæng med helbred og hverdagsliv i øvrigt, herunder evt. bestående sygdomme/tilstande, medicinske behandlinger, funktionsniveau og sociale forhold.



Risici ved alkoholforbrug hos ældre

Alkoholindtagelse hos ældre mennesker er forbundet med de samme helbredsmæssige, psykiske og sociale risici som for yngre, men hos ældre kan følgevirkningerne være sværere og opstå ved et relativt mindre alkoholindtag (11):

- Ældre får generelt en højere alkoholpromille end yngre ved indtagelse af samme mængde alkohol. Årsagen er, at kropssammensætningen ændres hos ældre mennesker, så der er mindre vandfase og større fedtfase. Den kønsmæssige forskel udlignes med alderen. Det medfører, at alkoholen fordeles i et mindre volumen. Det samme indtag af alkohol vil fx medføre en 20 % højere alkoholkoncentration hos en 60 årig end hos en 20 årig.
- Ældre mennesker har større følsomhed overfor alkohol. Det skyldes blandt andet, at organernes kapacitet bliver mindre hos ældre. Disse fysiologiske ændringer gør, at ældre i højere grad end yngre er sårbare over for alkohols skadelige påvirkninger.
- Ældre mennesker har oftere sygdomme eller tilstande, som kan forværres af alkohol. Det drejer sig fx om afkalkede knogler med knoglebrud, hjertesygdom, søvnproblemer, svimmelhed, faldtendens, inkontinens, forhøjet blodtryk og hukommelsesproblemer. Faldtendensen er desuden meget hyppigere hos ældre mennesker, der indtager alkohol (5). Ældre mennesker er oftere i behandling med medicin, hvor virkningen heraf kan forstærkes eller mindskes, når der indtages alkohol. Det drejer sig fx om sovemedicin, medicin mod angst, depression, smerter eller infektion (5).
- Ældre mennesker får oftere en demenssygdom end yngre, da forekomsten af demens stiger med alderen. Et mangeårigt overforbrug af alkohol øger risikoen for udvikling af demens (5, 10).

Alkoholoverforbrug – definitioner, rådgivnings- og behandlingsbehov

I forbindelse med alkoholoverforbrug skelnes der mellem 3 alkoholdiagnoser: Storforbrug, skadeligt forbrug og alkoholafhængighed:



Definitioner på alkoholdiagnoser

Storforbrug

Et alkoholforbrug over højrisikogrænsen på henholdsvis 14/21 genstande om ugen for kvinder/mænd.

Skadeligt forbrug af alkohol

Et forbrug, der allerede har medført helbredsskade (fysisk eller mentalt), som følge af alkohol, men hvor personen ikke opfylder de diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed. Betegnelser indgår i WHO's diagnosesystem ICD-10 (7).

Alkoholafhængighed

En kombination af fysiologiske, adfærdsmæssige og kognitive forstyrrelser associeret med et alkoholforbrug, hvor brugen af alkohol indtager en dominerende plads i dagligdagen.

3 ud af 6 definerede kriterier skal have været til stede inden for 3 måneder eller gentagne gange inden for det sidste år. Betegnelser indgår i WHO's diagnosesystem ICD-10 (7).

Ud over de nævnte alkoholdiagnoser bør man være opmærksom på, at et alkoholforbrug kan have negative fysiske, psykiske eller sociale konsekvenser for den enkelte, selvom forbruget ikke ligger over højrisikogrænsen. Inden for det sociale felt bruges begrebet problematisk forbrug. Et problematisk forbrug forstås som et forbrug, der har negative

sociale og/eller helbredsmæssige konsekvenser for borgeren, og hvor borgeren har behov for støtte til at håndtere sin situation. Et problematisk forbrug kan være – men er ikke nødvendigvis – forbundet med storforbrug, skadeligt forbrug eller afhængighed.

Det er væsentligt at kende til karakteren af en borgers evt. alkoholoverforbrug, da det er afgørende for, hvilket alkoholrådgivningstilbud eller alkoholbehandlingstilbud det vil være relevant at henvise til.

I forhold til alkoholrådgivning og -behandling er der evidens for at:

- Kort rådgivende samtale er effektiv til borgere med storforbrug og skadeligt alkoholforbrug. Det drejer sig om en struktureret samtale på 5-20 minutter, evt. gentaget. Rådgivningen kan anvendes af almen praksis eller ved veluddannet personale fx i sundhedscenter (5). Ældre mennesker har god gavn af mindre, intensive og ikke-konfronterende behandlingstiltag. Særlig gunstigt er støttende, motiverende samtaler og kort rådgivende samtale, som er tilpasset behovet hos ældre mennesker (11).
- Alkoholbehandling er effektiv til borgere med alkoholaafhængighed og til borgere med skadeligt alkoholbrug, hvor kort rådgivende samtale ikke har været virksomt. Alkoholbehandling er et langt mere intensivt behandlingstilbud til borgeren og evt. pårørende. Behandlingen tilbydes i alkoholbehandlingscenter (5).

Ved et stort alkoholforbrug kan reduktion i/ophør med brug af alkohol være farligt/livsfarligt uden abstinensbehandling. Vurdering af behov for abstinensbehandling foretages derfor altid af en læge. Afhængigt af de lokale forhold/regler henvises til en sådan vurdering hos egen læge eller i kommunens alkoholbehandlingscenter.

Forebyggelsespotentiale gennem tidlig indsats

Der er gode potentialer for alkoholforebyggelse gennem tidlig indsats. Der er effektive alkoholrådgivnings- og alkoholbehandlingsmetoder (5,11), men det er imidlertid langt fra alle borgere med alkoholproblematikker, der får gavn af det, fordi det er de færreste, der kommer i alkoholrådgivning/-behandling. Hertil kommer, at borgere med alkoholproblemer kommer i behandling på et meget sent tidspunkt. Alkoholoverforbruget har i gennemsnit varet i 10-12 år ved første henvendelse til alkoholbehandlingsinstitution (8). Økonomisk synes der ligeledes at være et væsentligt forebyggelsespotentiale, idet de kommunale merudgifter til alkoholoverforbrug er på mindst 3,6 mia. kr. årligt (6).

For at afhjælpe eventuelle sociale problemer, som kan være medvirkende årsag til eller konsekvenser af alkoholoverforbrug, bør der samtidig med alkoholrådgivning/-behandling foretages en vurdering af behov for social støtte i samarbejde med borgeren.



Tidlig alkoholforebyggende indsats

Begrebet "tidlig indsats" omfatter de indsatser, som tilsammen sikrer, at borgere med alkoholproblemer identificeres og får et relevant alkoholrådgivnings-/alkoholbehandlingstilbud samt social støtte på et tidligt tidspunkt. Indsatserne består i at opspore borgere med alkoholproblemer, henvise og motivere borgerne til at tage imod relevant alkoholrådgivning/-behandling og social støtte samt at sikre sammenhæng mellem de enkelte indsatser.

Kommunen har god mulighed for at tilrettelægge og gennemføre en sammenhængende indsats (4). Generel alkoholforebyggende indsats med rammesættende initiativer samt forebyggende indsatser rettet mod den enkelte er centrale indsatser. Medarbejderne i kommunen har kontakt til mange af kommunens borgere. Gennem en tidlig opsporing af borgere med alkoholproblemer og efterfølgende henvisning til relevant alkoholforebyggelses-/alkoholbehandlingstilbud og sociale indsatser kan medarbejderne medvirke til, at der sættes ind, inden problemerne har vokset sig store. Den tidlige indsats kan fx tænkes ind i forbindelse med genoptræning, aktivitetstilbud, forebyggende hjemmebesøg og hjemmeplejen.

På ældreområdet vil en styrket indsats med øget fokus på information og dialog om alkohol samt tidlig og sammenhængende forebyggelsesindsats være af væsentlig betydning i det forebyggende arbejde.

MERE VIDEN

Forebyggelsespakke om Alkohol

Forebyggelsespakken er udviklet af Sundhedsstyrelsen til kommunerne og indeholder faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde.

[Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om alkohol](#)

Sundheds- og forebyggelsestilbud på sundhed.dk

På "sundhed.dk/SOFT" formidles kommunernes og regionernes sundheds- og forebyggelsestilbud. Det oplyses, om tilbuddene kræver lægehenviisning, eller borgeren selv kan melde sig. Tilbuddene omfatter bl.a. faldforebyggelse, patientuddannelse, træning, alkoholbehandling og rygestop, demens og inkontinens. Følgende tilbud kan ikke formidles på sundhedsportalen: Forebyggende hjemmebesøg, dagtilbud og genoptræning, som kræver genoptræningsplan fra sygehus, private tilbud og tilbud i frivilligt regi.

[Sundhed.dk/SOFT](http://sundhed.dk/SOFT)

Kort rådgivende samtale

"Kort rådgivende samtale" kaldes også "Kort intervention" og beskrives sammen med øvrige behandlingsformer i "Klinisk vejledning for almen praksis. Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer"

[Klinisk vejledning for almen praksis](#)

Kilder

- 1) Bjørk, C.; M. Vinther-Larsen; U. A. Hvidtfeldt; L. C. Thygesen; M. Grønbæk (2006): Midaldrende og ældre danskeres alkoholforbrug fra 1987 til 2003. Statens Institut for Folkesundhed, Center for Alkoholforskning og Styrelsen for Specialrådgivning og Social Service.
- 2) Hvidtfeldt U.A.; A.B.G. Hansen; M. Grønbæk; J. S. Tolstrup (2008): Alkoholforbrug i Danmark: Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet.

3) Sundhedsstyrelsen (2014): Danskernes sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2013, herunder særlige analyser.

Danskernes sundhed – tal fra den nationale sundhedsprofil

4) Sundhedsstyrelsen (2012): Forebyggelsespakke Alkohol.

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om alkohol

5) Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin (2010): Klinisk vejledning for almen praksis. Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer.

6) Sundhedsstyrelsen og Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (2013): Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol nr. 2 – en registerbaseret analyse af kommunerens meromkostninger til overførselsindkomster, personlig og praktisk hjælp og andre støttende foranstaltninger.

7) WHO (2012): International Classification of Diseases (ICD).

WHO's hjemmeside om klassifikation af sygdomme

8) Sundhedsstyrelsen (2010): Tal på alkohol i kommunen.

9) Sundhedsstyrelsen og Statens Seruminstitut. Alkoholstatistik 2015 (2015): Nationale data. Sundhedsstyrelsen og Statens Seruminstitut.

10) Sundhedsstyrelsen (2008): Alkohol og helbred.

11) Wieben, Emilie Sylvest; Nielsen, Bent; Nielsen, Anette Søgaard; Andersen, Kjeld (2014): Ældres alkoholvaner kræver behandling. Ugeskrift for læger, 2014;176:V11130693.

OPSPORING OG MOTIVATION

Et alkoholforbrug udvikler sig over tid, men kan bremses i hele forløbet. Det er vigtigt, at ældre borgere tilbydes relevant alkoholrådgivning eller alkoholbehandlingstilbud og evt. social støtte på et tidligt tidspunkt, inden problemerne har vokset sig store. Jo længere tid problemerne har bestået, jo vanskeligere er det at komme ud af det, og jo mere intensive tilbud er der behov for (1). Derfor er det vigtigt, at borgere med alkoholproblematikker findes på et tidligt tidspunkt og får tilbud om relevant forebyggelsesindsats.

Hvordan kan ældre borgere med alkoholproblemer identificeres?

Medarbejdere, der har kontakt med ældre borgere fx i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg, hjemmepleje og genoptræning, har mulighed for at identificere ældre med alkoholproblematikker på et tidligt tidspunkt og medvirke til, at disse borgere får relevant alkoholrådgivning og alkoholbehandlingstilbud samt relevante sociale tilbud.

Forebyggelsesopgaven kan gennemføres ved at sikre, at ældre mennesker med alkoholproblemer tilbydes dialog om alkoholvaner.

I dialogen må der være opmærksomhed på de særlige forhold, der har betydning for ældre mennesker, fx medicinbrug og sygdom, herunder om der bør inddrages en læge med henblik på vurdering af behovet for afrusning ved et stort alkoholforbrug. Et andet opmærksomhedspunkt er ældre i særlige sårbare situationer, hvor der bør være særlig opmærksomhed på ældre borgere, der har mistet deres ægtefælle eller samlever.

Dialog om alkoholvaner

I samtalen om alkoholvaner er der gode erfaringer med at anvende teknikker fra "Motiverende samtale"(MI) til at øge motivation for ændringer (3, 8).

Dialogen om alkohol kan gennemføres i trin:

1. Introducer emnet
2. Spørg ind til alkoholvaner
3. Giv feedback
4. Vurder behov for forebyggelsestilbud
5. Afklar i samarbejde med borgeren ønsker og motivation for at ændre alkoholvaner
6. Henvi til relevante tilbud.

1. Introducer emnet:

Dialogen om alkohol indledes hensigtsmæssigt med at fortælle, hvorfor en medarbejder fra kommunen gerne vil tale om alkoholvaner. I den forbindelse er det væsentligt at komme ind på de almene forhold vedrørende alkoholforbrug og konsekvenser heraf samt supplere med de særlige forhold, der har betydning for ældre menneskers brug af alkohol. Hvis borgeren accepterer det, fortsættes samtalen.

Hvis medarbejderen har formodning om eller ser tegn på problemer relateret til borgerens alkoholforbrug, er det hensigtsmæssigt, at medarbejderen indleder samtalen om alkohol med at give udtryk for sin bekymring. Hvis borgeren accepterer det, kan det være positivt, at en pårørende deltager i samtalen, ligesom det kan være vigtigt at få aftalt en opfølgning på samtalen.

2. Spørg ind til alkoholvaner:

Hvis borgeren accepterer det, spørges ind til alkoholvaner og borgerens sociale liv og trivsel i øvrigt. Der kan hentes inspiration til at spørge ind til alkoholvaner og -forbrug i følgende redskaber: AUDIT(4) og CAGE-C (2, 4, 9). Det skal bemærkes, at disse to screeningsværktøjer ikke er specielt målrettet ældre. Se afsnit om "Inspiration til samtaler om alkohol" længere nede. I dialogen er det vigtigt at komme ind på evt. sygdomme og medicinsk behandling, da alkoholindtagelse kan have negativ indflydelse på såvel sygdomme/tilstande som effekten af medicinsk behandling.

3. Giv feedback:

På baggrund af dialogen giver medarbejderen feedback. Det er vigtigt at inddrage de generelle aspekter om alkohol og helbredsmæssige og sociale følger, men også at give feedback i forhold til evt. bestående sygdomme/tilstande og medicinsk behandling.

Der gives klare råd i forhold til risici og gevinster ved at ændre vaner, herunder nødvendigheden af at opøge egen læge, hvis der er usikkerhed/formodning om, at alkoholforbruget kan påvirke evt. sygdom og/eller en medicinsk behandling. Alternativt gives opbakning til at fastholde fornuftige alkoholvaner. Hvis der er tale om et stort alkoholforbrug, og borgeren planlægger at reducere eller stoppe forbruget, oplyses borgeren om vigtigheden af, at en læge vurderer, om der er behov for abstinensbehandling.

4. Vurder behov for forebyggelsestilbud:

Medarbejderen vurderer behov for at anbefale alkoholfaglige tilbud og social støtte.

5. Afklar borgerens ønsker og motivation for at ændre alkoholvaner:

Sammen med borgeren afklares borgerens ønsker om og motivation for at ændre alkoholvaner, hvilken betydning forbruget af alkohol har for borgeren og ønsker om at tage imod et tilbud. Der er gode erfaringer med at anvende elementer og teknikker fra "Motiverende samtale"(MI) fx brug af fordele-/ulempeskema eller balanceskema. Se afsnit om "Inspiration til samtaler om alkohol" længere nede. (3, 8)

En egentlig Motiverende samtale (MI) har karakter af en behandlingslignende samtale, og for at benytte den bør medarbejderen være uddannet i metoden og indhente accept fra borgeren.

6. Henvi til relevante tilbud:

Er der behov for lægelig vurdering, henvises borgerne til egen læge. Hvis det skønnes nødvendigt, og borgeren giver accept til det, kan medarbejderen kontakte praktiserende læge. Hvis der er behov for alkoholrådgivning eller alkoholbehandlingstilbud, henvises til kommunens alkoholtilbud i henhold til de lokale henvisningsregler.

Hvis borgeren har behov for sociale ydelser eller tilbud i relation til alkoholproblematikken, henvises borgeren til relevante kommunale og/eller frivilligt organiserede tilbud.

Der er gode erfaringer med at reducere eventuelle barrierer hos borgeren mod at modtage relevante tilbud, ved at medarbejderne understøtter kontakt mellem borger og tilbud (7). Hvis borgeren giver accept, kan medarbejderen fx etablere telefonkontakt mellem borger og det givne tilbud, invitere en kontaktperson fra tilbuddet til fælles møde med borgeren, eller medarbejderen kan følge borgeren til det første møde på det pågældende tilbud.

Der uddeles relevante foldere som fx folder om kommunens alkoholtilbud.

SÆT FOKUS PÅ

I dialogen om alkohol er det væsentligt at have opmærksomhed på de forhold, der har særlig betydning for ældre mennesker:

- Sundhedsstyrelsens udmeldinger om ældre menneskers forbrug af alkohol
- De generelle risici ved alkoholindtagelse og ældre menneskers øgede følsomhed ved alkoholindtagelse
- Ældre mennesker har oftere sygdomme og er oftere i medicinsk behandling. Sygdomme/tilstande og medicinsk behandling kan påvirkes ved alkoholindtagelse.
- Inden reduktion/ophør af stort alkoholforbrug er det nødvendigt, at en læge vurderer behov for abstinensbehandling. Afhængigt af sundhedsaftaler og/eller lokale aftaler med PLO regionalt henvises til egen læge eller til kommunens alkoholbehandlingscenter.
- Behov for støttende sociale indsatser og henvisning til kommunale og/eller frivilligt organiserede indsatser.

Understøttende rammer for tidlig opsporing

Tidlig opsporing af ældre borgere med alkoholproblematikker er et væsentligt første skridt i et sammenhængende forebyggelsestilbud. Tidlig opsporing kan imidlertid ikke stå alene. Det er afgørende, at kommunen har udviklet de øvrige indsatser, der tilsammen kan sikre en tidlig og sammenhængende indsats i forhold til den enkelte borger (6).

En sammenhængende forebyggelsesindsats forudsætter:

- Opsporing af borgere med alkoholproblemer og ved behov henvisning til relevante tilbud
- Relevante tilbud som alkoholrådgivning eller alkoholbehandling, gerne målrettet ældre, samt relevante sociale tilbud
- Klare retningslinjer på de enkelte arbejdspladser om, hvordan medarbejderne skal forholde sig til alkoholproblematikker hos borgerne
- Lettilgængelige oversigter over kommunens alkoholrådgivning eller alkoholbehandlings-tilbud samt sociale støttemuligheder, så medarbejderen kan formidle kommunens tilbud til borgeren
- Klare regler for henvisning til alkoholrådgivning eller alkoholbehandlingstilbud og sociale tilbud, så medarbejderen ved, hvor de skal henvise borgeren til.

Inspiration til samtaler om alkohol

Inspiration til samtalen om alkoholforbrug kan hentes fra forskellige redskaber og metoder.

Audit-C er en kortere udgave af Audit skemaet. Det er et skema til borgeren, som kan anvendes til at indlede en samtale om alkoholforbrug. Skemaet indeholder 3 spørgsmål med fokus på mængden af alkohol. Erfaringer viser, at spørgsmålene er meget anvendelige til at indlede samtale om alkoholvaner (9).

CAGE-C skemaet kan anvendes til at skabe refleksion hos den enkelte borger om konsekvenserne af et alkoholforbrug. Redskabet har fokus på at se alkoholforbruget i sammenhæng med den enkeltes helbred, livsstil og hverdagsliv i øvrigt (10).

Et fordele-/ulempeskema eller et balanceskema kan fx hjælpe borgeren med at tydeliggøre fordele og ulemper ved et aktuelt alkoholforbrug (3).

Ledelsesmæssig udmelding

Flere kommunale medarbejdere giver udtryk for, at de oplever det som svært at håndtere alkoholrelaterede problematikker. Det er måske grunden til, at alkohol ofte ikke italesættes på lige fod med andre risikofaktorer som fx kost og rygning (2).

Det er vigtigt, at der er klare ledelsesmæssige udmeldinger i kommunen med en fælles, generel politik for alkoholindsatsen, så medarbejderne aldrig er i tvivl om, hvordan de skal forholde sig til alkoholproblematikker.

Indsatser

Det er ligeledes afgørende, at der udarbejdes handlevejledning for medarbejderne på de enkelte arbejdspladser. Handlevejledningen bør blandt andet indeholde et overblik over kommunens alkoholrådgivningstilbud, alkoholbehandlingstilbud og sociale tilbud, samt hvilke regler og veje der er for henvisning til tilbuddene (1). Der kan med fordel udarbejdes en spørgeguide, der beskriver, hvordan en samtale med borgeren om alkoholforbrug kan gennemføres.

Medarbejderne har brug for let adgang til de relevante materialer til uddeling til borgerne, fx foldere om kommunens sociale tilbud, alkoholrådgivning eller alkoholbehandlingstilbud samt Sundhedsstyrelsens alkoholfoldere.

Barrierer for tidlig opsporing

Alkoholproblemer har været og er stadig tabubelagt (1). Nogle medarbejdere finder det svært og grænseoverskridende at tale med borgere om deres alkoholforbrug, fordi de oplever det som indgriben i den enkeltes privatsfære. Dette gør sig særligt gældende, når samtalen foregår i den enkeltes hjem (2, 5). Det er vigtigt, at der i kommunerne sættes fokus på, hvordan man kan støtte medarbejdere, som arbejder med den forebyggende indsats målrettet ældre borgere med alkoholproblemer.

Samarbejdspartnere

Kommunale medarbejdere i kontakt med ældre borgere kan medvirke til en tidlig og relevant forebyggende indsats til borgere med alkoholproblematikker. Det er fx medarbejdere, der tager på forebyggende hjemmebesøg, medarbejdere i dagcentre, genoptræning, i hjemmeplejen og i hjælpemiddelafdelinger.

Væsentlige samarbejdspartnere er også alkoholrådgivningen i fx sundhedscenter samt alkoholbehandlingscenter. Vigtige samarbejdsemner til drøftelse er fx henvisningsregler,

metoder, der kan minimere barrierer for, at den enkelte tager imod et tilbud, samt udvikling af tilbud målrettet ældre borgere, herunder tilbud i borgerens eget hjem.

Almen praksis er en væsentlig samarbejdspartner. Almen praksis møder ældre borgere, der fx er i mistrivsel eller er i en ændret livssituation, hvor der kan være en risiko for øget alkoholforbrug. Her er det vigtigt, at kommunen sikrer, at almen praksis har viden om de muligheder, der fx er for supplerende forebyggende hjemmebesøg samt andre kommunale tilbud til borgere med alkoholproblematikker, herunder evt. særlige tilbud til ældre borgere.

Tilsvarende har kommunale medarbejdere kontakt med ældre borgere, hvor der er et behov for henvisning til almen praksis. Det kan fx være ved sygdomme eller medicinsk behandling, hvor alkoholforbruget influerer negativt. Der kan ligeledes være behov for henvisning til vurdering af behov for abstinensbehandling i forbindelse med en nedsættelse af et stort alkoholforbrug. Afhængigt af sundhedsaftaler og/eller lokale aftaler med PLO regionalt henvises til egen læge eller til kommunalt alkoholbehandlingscenter.

Boligsociale medarbejdere, viceværter, præster, fodterapeuter, frivillige m.fl. er ofte gode til at se mistrivsel hos borgere, som de har en regelmæssig kontakt til. De har derigennem en særlig mulighed for at medvirke til, at borgerne gøres opmærksomme på relevante tilbud i kommunen. Kommunen kan understøtte dette arbejde ved at formidle viden om de kommunale forebyggelsestilbud, herunder alkoholrådgivning eller alkoholbehandlingstilbud samt sociale tilbud, til relevante samarbejdspartnere. Det drejer sig fx om lokale forebyggende tilbud om rådgivning og støtte samt kontaktoplysninger på kontaktpersoner i kommunen.

Eksterne aktører / samarbejdspartnere under "Om håndbogen"

MERE VIDEN

Motiverende samtaleteknikker

Motiverende samtaleteknikker kan anvendes til at øge menneskers motivation til forandring fx i relation til alkoholforbrug. Grundtanken er at støtte borgeren i at afdække egne ressourcer i forhold til forandring.

[Beskrivelse af motiverende samtaleteknikker i "Klinisk vejledning for almen praksis. Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer"](#)

Alkoholfoldere

Sundhedsstyrelsen har på deres hjemmeside en oversigt over en række materialer. Nogle af disse er målrettet borgerne.

[Foldere om alkohol på Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#)

Audit-C skema

Audit-C skemaet indgår i Sundhedsstyrelsens materiale til brug for tidlig indsats over for borgere med alkoholproblemer.

[Sundhedsstyrelsens materiale til tidlig indsats](#)

CAGE C skema

En CAGE C test består af seks spørgsmål med fokus på både personens egen og omgivelsernes oplevelse af et alkoholforbrug.

[Eksempel på CAGE-C på blaakors.dk](#)

CAGE-C er udviklet på Hvidovre hospital og anvendes i de regionale sundhedsprofiler til at vise andelen af borgere med et problematisk forbrug af alkohol.

[Statens Institut for Folkesundhed](#)

Fordele/ulempeskema

I et fordele-/ulempeskema eller balanceskema skriver borgeren, hvilke fordele og ulemper han/hun ser ved et fortsat forbrug, en nedsættelse eller ophør af forbrug. Skemaet kan bruges i den videre dialog om ændring af adfærd.

[Fordele/ulempeskema i "Klinisk vejledning for almen praksis. Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer"](#)

Kilder

- 1) Sundhedsstyrelsen (2012): Forebyggelsespakke Alkohol
[Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om alkohol](#)
- 2) Nielsen, C. K. (2009/2010): Et forsøg på 'fredelig' sameksistens mellem alderdom, alkohol og medicin. STOF – Tidsskrift for stofmisbrugsområdet. Nr. 14.
- 3) Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) (2010): Klinisk vejledning for almen praksis. Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer.
- 4) Hesse, M. & Thiesen, H. (2007): The CAGE as a Measure of Hazardous Drinking in the Homeless. Am J Addict; 16:475–478.
- 5) University of Michigan, Alcohol Research Center, Michigan Alcohol (1991): Screening. Test (MAST-G). © The Regents of the University of Michigan.
- 6) Sundhedsstyrelsen(2013). Guide til implementering af to anbefalinger om tidlig indsats fra forebyggelsespakke om alkohol.
- 7) Kolding Kommune (2013). Evaluering af projekt Slå Tobakken – livet er takken.
- 8) Miller, William R.; Rollnick, Stephen; Butler, Christopher C. (2009): Motivationssamtalen i sundhedssektoren. Hans Reitzels Forlag.
- 9) Wieben, Emilie Sylvest; Nielsen, Bent; Nielsen, Anette Søgaard; Andersen, Kjeld (2014): Ældres alkoholvaner kræver behandling. Ugeskrift for læger, 2014;176:V11130693.

- 10) Zierau, F.; m.fl. (2005): Validation of selv-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: Comparison with biochemical markers. Taylor & Francis.
- 11) Sundhedsstyrelsen (2013): Tidlig indsats over for borgere med alkoholproblemer.

[Om tidlig indsats på Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#)

INDSATSER

Kommunerne har ansvaret for både forebyggelse og behandling af alkoholproblematikker. Alkoholforebyggelse hos ældre borgere er et væsentligt indsatsområde. En del ældre borgere har et højt alkoholforbrug, hvilket vidner om, at der er potentiale for at styrke den forebyggende indsats.

Det er afgørende, at kommunerne iværksætter en flerstrengt forebyggende indsats målrettet ældre borgere, der er i risiko for at udvikle alkoholproblemer eller har alkoholproblemer. Den forebyggende indsats bør omfatte rammer for indsatsen, specifikke tilbud og information samt fokus på tidlig opsporing og henvisning til relevant alkoholrådgivning eller alkoholbehandlingstilbud og evt. social støtte.

Opsporing og motivation

Det er vigtigt at arbejde ud fra en helhedsorienteret tilgang, hvor der er fokus på den enkelte borgers samlede livssituation. Det er nødvendigt med samarbejde på tværs af forvaltningsområder, og ældreområdet bør derfor etablere et samarbejde med relevante forvaltningsområder om tidlig opsporing og indsats, alkoholrådgivning og -behandling samt støttende sociale indsatser.

Jo tidligere der sættes ind, jo mindre indgribende indsats er nødvendig for at reducere et overforbrug af alkohol. Kommunens medarbejdere med kontakt til ældre borgere kan via dialog om alkoholvaner bidrage til tidlig opsporing og henvisning ved behov.

Evidens og vidensgrundlag

På alkoholområdet foreligger der god dokumentation for virkningen af forskellige tilgange og metoder til forebyggelse og tidlig indsats. Herudover er der en række tilgange og indsatser, som på baggrund af fx kommunale erfaringer vurderes at have en positiv effekt, men hvor der ikke i samme omfang er evidens for effekten. Den samlede dokumentation knytter an til rammesættende indsatser, tidlig opsporing og motivation, information og undervisning samt tilbud.

Evidens

Metoder og tilgange med dokumentation for effekt, der er relevante i forhold til forebyggelse af alkoholproblemer hos ældre borgere i en kommunal sammenhæng: (1, 2, 3, 4)

- Rammesættende indsatser med fokus på begrænsning af tilgængeligheden af alkohol har dokumenteret effekt i forhold til at reducere alkoholforbruget hos borgerne. Alkoholpolitikker og handlevejledninger på kommunale institutioner kan begrænse tilgængeligheden af alkohol.
- "Kort rådgivende samtale" har dokumenteret effekt i forhold til at nedsætte alkoholforbruget hos borgere med et storforbrug eller et skadeligt forbrug af alkohol (10).
- Alkoholbehandling er effektivt til borgere med alkoholafhængighed (2).

Erfaringer

En række kommuner har gennemført projekter med fokus på forebyggelse og tidlig indsats på alkoholområdet, og flere kommuner arbejder med at styrke medarbejdernes viden og kompetencer på området (5, 6). Erfaringen er, at følgende indsatser kan bidrage til at forebygge alkoholproblematikker hos ældre borgere:

- Handlevejledninger i forhold til medarbejdernes indsats på alkoholområdet
- Uddannelse af ressourcepersoner, der kan rådgive kolleger om, hvordan de kan håndtere alkoholproblematikker hos ældre mennesker
- Almen oplysning til ældre mennesker om alkohol
- En støttende social indsats med fokus på at afhjælpe et stort alkoholforbrug og fastholde en ændring af forbruget
- Inddragelse af teknikker fra "Motiverende samtale" (MI) kan være med til at øge motivationen for at ændre vaner (1, 7).

SÆT FOKUS PÅ

På baggrund af den foreliggende dokumentation og erfaringer for virkningsfulde metoder og tilgange er der herunder oplistet en række forslag til mulige indsatser målrettet forebyggelse af alkoholproblemer hos ældre borgere. De beskrevne indsatser er alle afprøvet i en eller flere kommuner.

- **Udarbejdelse af politikker og handlevejledninger** i forhold til fx forebyggende hjemmebesøg, dagcentre og i hjemmeplejen i forhold til medarbejdernes indsats på alkoholområdet. Disse politikker og handlevejledninger bør udarbejdes i samarbejde med brugere af de kommunale institutioner og/eller kommunens ældreråd.
- **Dialog om alkohol ved forebyggende hjemmebesøg.** Styrke den tidlige indsats i forhold til alkoholproblematikker hos ældre borgere via systematisk dialog om alkohol på de forebyggende hjemmebesøg.

Dialog om alkohol ved forebyggende hjemmebesøg

- **Samarbejde på tværs af forvaltninger og sektorer**, herunder samarbejde med alkoholrådgivning/-behandling og sociale tilbud vedr. henvisning til særligt tilrettelagte tilbud til ældre borgere og samarbejde med almen praksis om fx medicinbrug, sygdom og afrusning.
- **Kompetenceudvikling af kommunale medarbejdere i kontakt med ældre borgere**, fx medarbejdere, der foretager forebyggende hjemmebesøg, med fokus på viden om alkohols påvirkning hos ældre mennesker, viden om henvisningstilbud og materialer om alkohol til uddeling til ældre.
- **Uddannelse af ressourcepersoner.** Ressourcepersonerne får særlig viden om ældre mennesker og alkohol. Deres opgave er at være sparringspartnere for kolleger, der møder ældre med alkoholrelaterede problematikker.

Uddannelse af ressourcepersoner

- **Foredrag og temadage** målrettet ældre mennesker, hvor emnet alkohol og konsekvenser ved alkoholindtag indgår.

Foredrag og temadage

I det følgende udfoldes tre af de oplyste indsats: Dialog om alkohol ved forebyggende hjemmebesøg, uddannelse af ressourcepersoner samt foredrag og temadage.

MERE VIDEN

Forebyggelsespakke om alkohol

Forebyggelsespakken er udviklet af Sundhedsstyrelsen til kommunerne og indeholder faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde.

[Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om alkohol](#)

Ny viden om behandling af problematisk alkoholforbrug

Et internationalt forskningsprojekt med titlen 'ELDERLY – RESCueH' har til formål at udvikle og teste en ambulant behandlingsterapi for seniorer på 60+ med et problematisk forbrug af alkohol. Centre fra København, Århus og Odense deltager i projektet.

[Beskrivelse af forskningsprojekt på SDU.dk](#)

Kilder

- 1) Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin (2010): Klinisk vejledning for almen praksis. Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer.
- 2) Sundhedsstyrelsen (2012): Forebyggelsespakke Alkohol
[Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om alkohol](#)
- 3) WHO (2012): Alcohol in European Union, Consumption, harm and policy approaches.
- 4) WHO (2010): European Status Report on Alcohol and Health 2010.
- 5) Nielsen, C. K. (2009/2010): Et forsøg på 'fredelig' sameksistens mellem alderdom, alkohol og medicin. STOF – Tidsskrift for stofmisbrugsområdet. Nr. 14.
- 6) Sundhedsstyrelsen (2012): Kommunale eksempler alkoholforebyggelse i kommunen - 20 modelkommuners arbejde med at styrke den forebyggende indsats.
- 7) Miller, William R.; Rollnick, Stephen; Butler, Christopher C. (2009): Motivationssamtalen i sundhedssektoren. Hans Reitzels Forlag.
- 8) Wieben, Emilie Sylvest; Nielsen, Bent; Nielsen, Anette Søgaard; Andersen, Kjeld (2014): Ældres alkoholvaner kræver behandling. Ugeskrift for læger, 2014;176:V11130693.

INFORMATION OM ALKOHOL

Flere kommuner giver udtryk for at have gode erfaringer med foredrag og temadage om alkohol målrettet ældre mennesker. Ældre menneskers viden om alkohol øges, hvilket for nogle kan motivere til at ændre uhensigtsmæssige alkoholvaner.

Formål

Formålet med indsatsen er, at ældre borgere får øget viden om konsekvenser ved alkoholindtag.

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

Undersøgelser viser, at en del ældre borgere med et stort eller skadeligt forbrug af alkohol anser deres alkoholforbrug for beskedent. De kender ikke genstandsgrænserne eller skadevirkningerne ved et stort forbrug af alkohol og er heller ikke klar over de særlige risici ved indtag af alkohol, når man bliver ældre (1, 2, 3.). Nogle ældre borgere ved fx ikke, at det kan være skadeligt at drikke alkohol i kombination med bestemte typer medicin (1).

Foredrag og temadage kan give ældre borgere mere viden om alkohol og konsekvenser ved et alkoholforbrug. Viden om alkohol kan med fordel indgå i foredrag og temadage sammen med oplæg om andre KRAM-relaterede emner eller om ældreliv generelt.

Flere kommuner oplever, at et åbent informationsmøde, hvor deltagerne fx får sat ansigt på en forebyggende medarbejder eller en repræsentant fra alkoholrådgivning, alkoholbehandlingstilbud og sociale tilbud i kommunen, kan motivere deltagerne til efterfølgende at tage imod et tilbud eller henvende sig personligt, hvis de gerne vil tale om deres alkoholforbrug – eller om en pårørendes forbrug.

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Målgruppen er alle ældre mennesker, da indsatsen er tidligt forebyggende. Information om alkohol kan potentielt også nå ud til ældre borgere, der ikke er målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg. Indsatsen kan målrettes ældre borgere i særlig risiko for at udvikle et risikabelt forbrug, hvis man under foredraget/infomødet orienterer om, hvor man som borger kan henvende sig, hvis man har brug for mere viden eller støtte til at ændre sine alkoholvaner.

Implementering

Ledelse

Det er en ledelsesmæssig vurdering, hvorvidt man i kommunen vil afsætte ressourcer til at informere og vejlede ældre mennesker om alkohol.

Kompetencer

Undervisere eller oplægsholdere på temadage, foredrag mv. bør være fagpersoner med særlig viden om alkohols påvirkning hos ældre mennesker og kendskab til kommunale politikker, handleplaner og tilbud på alkoholområdet.

Organisering

Foredrag, temadage og lignende om alkohol kan afholdes i kommunalt regi fx i et sundhedscenter, på plejecentre eller på kommunens informationsdage for nye pensionister, og det kan koordineres med eksisterende tiltag alt efter, hvilke tilbud der findes i kommunen.

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på implementering og virkning af opsporing via information om alkohol kan med fordel fokusere på systematisk registrering af følgende indikatorer:

- Antal temadage, foredrag eller lignende, som kommunen tilbyder, hvor alkohols påvirkning på ældre mennesker indgår som tema
- Antal ældre borgere, der deltager i temadage, foredrag el. lign., hvor alkohol og ældre indgår som tema
- Hvor stor en andel af de borgere, der deltager i temadage, foredrag el. lign., der oplever, at de herigennem får brugbar og relevant viden og information om alkohol.

Ressourcer

Ved foredrag og temadage i kommunalt regi vil der være udgifter forbundet med foredragsholder, lokaler og forplejning.

Foredrag og temadage i regi af frivillige foreninger og organisationer vil selvsagt mindske den kommunale udgift. Der kan her være udgifter forbundet med etablering af et samarbejde med relevante aktører og/eller økonomisk støtte til arrangementer.

Den forebyggende effekt og dermed den økonomiske besparelse ved at formidle viden om alkohol til ældre mennesker gennem foredrag og temadage er vanskelig at måle. Til gengæld har indsatsen potentiale til at nå et bredt publikum og vurderes dermed at være forholdsvis omkostningseffektiv.



EKSEMPEL

Kursus i "Selvstændigt Seniorliv" i Holstebro Kommune

Holstebro Kommune tilbyder kurset Selvstændigt senior liv til ældre mennesker fra 75-80 år. Kurset har til formål at ruste ældre mennesker til bedre at håndtere de udfordringer, hverdagen kan byde på. Kurset afholdes på Sundhedscentret i Holstebro Kommune og indeholder 4 kursusdage med oplæg om emner som god mad i hverdagen, motion, aktiviteter i lokalområdet samt oplæg ved en praktiserende læge om bl.a. alkohol. Mellem oplæggene er der mulighed for at stille spørgsmål, og der lægges vægt på tid til socialt samvær.

Undervisningen på kurset gennemføres af fagprofessionelle indenfor de respektive områder. Kurset forløber over 4 gange i løbet af en måned, og det er gratis at deltage. Kurset arrangeres af et team på tre medarbejdere fra Holstebro Sundhedscenter. Der deltager op mod 50 ældre mennesker pr. gang, og medarbejderne oplever, at kommunen med det åbne tilbud får kontakt med andre ældre mennesker, end de der typisk takker ja til et forebyggende besøg.

For at få inspiration til kursets indhold, arrangerede Sundhedscentret en cafédebat, hvor ældre borgere i målgruppen gav input til, hvad de så som vigtigt for opretholdelsen af et godt og selvstændigt seniorliv.

Virningen af kurset 'Selvstændigt seniorliv' er ikke blevet undersøgt nærmere.

Kilder

- 1) Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin (2010): Klinisk vejledning for almen praksis. Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer.
- 2) Nielsen, C. K. (2009/2010): Et forsøg på 'fredelig' sameksistens mellem alderdom, alkohol og medicin. STOF – Tidsskrift for stofmisbrugsområdet. Nr. 14.
- 3) Bjørk, C.; M. Vinther-Larsen; U.A. Hvidtfeldt; L. C Thygesen; M. Grønbæk (2006): Midaldrende og ældre danskeres alkoholforbrug fra 1987 til 2003. Statens Institut for Folkesundhed, Center for Alkoholforskning og Styrelsen for Specialrådgivning og Social Service.

UDDANNELSE AF RESSOURCEPERSONER

I flere kommuner savner medarbejdere inden for ældreområdet muligheden for vejledning om og sparring i forhold til, hvordan de kan håndtere alkoholproblematikker. At uddanne ressourcepersoner med særlig viden om ældre mennesker og alkohol kan give et fagligt løft og styrke den forebyggende alkoholindsats.

Formål

Formålet med indsatsen er, at der i kommunen er uddannede ressourcepersoner, der vejleder medarbejdere på ældreområdet om opsporing og håndtering af alkoholproblematikker hos ældre borgere og rådgiver relevante frivillige (fx besøgsvenner).

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

Der udvælges en række medarbejdere, der uddannes som ressourcepersoner med særlig viden om alkohols indvirkning på ældre mennesker. Målet er, at ressourcepersonerne skal fungere som tværgående videns- og sparringspersoner for øvrige medarbejdere, der ved behov kan trække på ressourcepersonernes viden og få sparring, når de møder ældre mennesker med alkoholrelaterede problemstillinger.

Ressourcepersonernes sparring med medarbejdere kan omhandle:

- Hvordan man identificerer et problematisk forbrug af alkohol
- Information om de tilbud og forebyggende indsatser, som kommunen kan tilbyde ældre borgere med alkoholproblematikker
- Information om, hvor man kan få mere viden
- Råd til medarbejdere om, hvordan de kan have en dialog om alkohol med ældre mennesker
- Information om politikker og handleplaner
- Foldere om alkoholrådgivning og alkoholbehandlingstilbud, sociale tilbud mm.

Ressourcepersonerne kan også være sparringspartnere for frivillige fx fra besøgstjenester. Sparringen med frivillige kan omhandle:

- Information om relevante kontaktpersoner i kommunen
- Information om kommunale tilbud og forebyggende indsatser til ældre borgere med alkoholproblematikker, fx alkoholrådgivning eller alkoholbehandlingstilbud, sociale tilbud mm.

Målgruppe – hvem kan uddannes?

Alle medarbejdere på ældreområdet kan i princippet uddannes som ressourcepersoner, men ofte vil det være repræsentanter fra flere forskellige faggrupper, der udvælges, fx medarbejdere, der gennemfører forebyggende besøg, demenskoordinatorer, visitatorer, terapeuter og/eller ansatte i hjemmeplejen.

Implementering

Ledelse

Det er en ledelsesmæssig vurdering, hvorvidt der i kommunen er behov for ressourcepersoner med særlig viden om alkohol og ældre. Ledelsen må ligeledes vurdere, hvor mange ressourcepersoner der er behov for, og udarbejde en plan for løbende videreuddannelse af ressourcepersonerne og for uddannelse af nye ved medarbejderudskiftning.

Kompetencer

Ressourcepersonerne gennemgår et kompetenceudviklingsforløb for at kunne varetage funktionen og bør løbende efteruddannes, således at deres viden på området er opdateret.

Organisering

Indsatsen bør tænkes på tværs af forvaltningsgrænser således, at alle kommunale medarbejdere på tværs af forvaltninger og arbejdsområder med kontakt til ældre mennesker kan få glæde af ressourcepersonernes viden og sparring. Det er dog centralt for en succesfuld implementering af indsatsen, at der i kommunen er enighed om, hvor indsatsen placeres og forankres, således at ansvaret for igangsættelse, drift og opfølgning er placeret.

Der bør ved planlægning af indsatsen udarbejdes en fast model og procedure for, hvordan og hvornår ressourcepersonerne kan bruges, og hvordan dette konkret skal ske. Det bør desuden overvejes, hvordan den lokale alkoholrådgivning og det lokale alkoholbehandlingsscenter kan inddrages i opkvalificeringen.

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på implementering og virkning af opsporing via uddannelse af ressourcepersoner kan med fordel fokusere på systematisk registrering af følgende indikatorer:

- Antal uddannede ressourcepersoner
- Antal medarbejdere og evt. frivillige, der kender til muligheden for at få sparring og vejledning af en ressourceperson
- I hvor høj grad medarbejderne, der bruger ressourcepersonerne, oplever at få relevant viden, vejledning og sparring, som kan omsættes til praksis.

Ressourcer

Uddannelse af ressourcepersoner indebærer en udgift til underviser og evt. materialer samt udgift til forberedelses- og undervisningstid til de medarbejdere, som uddannes til ressourcepersoner. Når ressourcepersonerne er uddannet, vil de løbende skulle modtage efter- og videreuddannelse, som der også skal afsættes ressourcer til.

Desuden vil rollen som ressourceperson blive en del af medarbejderes daglige arbejde, hvilket der alt efter behov og efterspørgsel skal afsættes arbejdstid og ressourcer til.

Uddannelse af medarbejdere i Silkeborg Kommune (1)

Silkeborg Kommune har gennemført et projekt, hvor 20 medarbejdere over 4 undervisningsdage blev uddannet som ressourcepersoner med særlig viden om ældre og alkohol samt uddannet i den motiverende samtale. Fokus i uddannelsen var at klæde medarbejderne på til at gå i dialog med ældre borgere om alkohol og gøre dette på en respektfuld måde. Udover uddannelsen af ressourcepersonerne blev der i projektet afholdt 5 temaeftermiddage om ældre og alkohol for alle øvrige relevante medarbejdere i kommunen.

Indsatsen i Silkeborg Kommune var en del af projektet "Alkoholfokus i Ældreindsatsen", der blev gennemført i perioden august 2009 til december 2012. Projektet er det hidtil største danske projekt direkte målrettet alkoholproblematikker hos ældre borgere og blev støttet med midler fra Socialministeriet. Projektet var placeret i grænsefladen mellem Rusmiddelcenter Silkeborg (Job og Borgerservice) og Hjemmeplejen (Sundhed og Omsorg). Silkeborg Kommune har udarbejdet en statusrapport for projektet i 2012, der opsamler de erfaringer, der er indsamlet i projektperioden.

Kilder

- 1) Nielsen, C. K. (2009/2010): Et forsøg på 'fredelig' sameksistens mellem alderdom, alkohol og medicin. STOF – Tidsskrift for stofmisbrugsområdet. Nr. 14.

DIALOG OM ALKOHOL VED FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG

Det er en vigtig kommunal opgave at identificere ældre borgere med alkoholproblematikker. Medarbejdere, der gennemfører forebyggende hjemmebesøg, har en unik mulighed for at bidrage til opsporingen, hvis alkohol gøres til et fast tema i samtalen.

Formål

Formålet med indsatsen er at styrke den tidlige indsats i forhold til alkoholproblemer hos borgerne via systematisk dialog om alkohol ved de forebyggende hjemmebesøg.

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

Alkoholproblemer er ofte skjulte og ikke et emne, som den enkelte borger nødvendigvis selv italesætter (1). Som et led i en opspøringsstrategi kan alkohol med fordel indgå som fast tema i dialogen på alle forebyggende hjemmebesøg. På den måde sikres, at emnet altid berøres. Når alkohol er et fast tema i samtalen på lige fod med fx kost og rygning, viser kommunale erfaringer, at emnet bliver mindre tabubelagt for både den ældre borger og den kommunale medarbejder (2).

Medarbejdere, der gennemfører forebyggende hjemmebesøg, møder den enkelte borger i hans/hendes hjem. Forudsat at borgeren takker ja til besøget, har medarbejderne mulighed for at tage en dialog om alkohol med alle ældre borgere. Ved formodning om et stort forbrug af alkohol italesættes bekymringen. Udover de forebyggende medarbejdere kan faggrupper som demenskoordinatorer, visitatorer eller ansatte i hjemmeplejen også tage dialogen om alkohol. Det forudsætter, at de relevante medarbejdere har den fornødne viden om alkohol, risikofaktorer og metoder til at tage dialogen med borgeren.

Dialog om alkoholvaner under "Opsporing og motivation"

I forhold til forbrug af alkohol skal der være en særlig opmærksomhed på ældre borgeres medicinbrug og sygdom, herunder om der bør inddrages en læge med henblik på vurdering af behovet for afrusning og abstinensbehandling ved et stort alkoholforbrug. Et andet opmærksomhedspunkt er ældre mennesker i særligt sårbare situationer, fx ved ægtefælles død eller ved skilsmisse.

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Målgruppen for indsatsen er de borgere, der får tilbud om et forebyggende hjemmebesøg. Det vil sige typisk ældre mennesker på 75 år og derover.

Den forebyggende indsats på alkoholområdet kan styrkes, hvis ældre mennesker, der oplever en ændring i deres livssituation, tilbydes et forebyggende hjemmebesøg. Nogle

kommuner tilbyder fx et supplerende besøg til borgere på 65 år og derover, der mister deres ægtefælle. Ligeledes vil det styrke indsatsen, hvis der tilbydes yderligere supplerende besøg til ældre mennesker, der af forskellige årsager mistrives og har behov for ekstra støtte.

Implementering

Ledelse

Det er en ledelsesmæssig beslutning at sikre, at der udarbejdes retningslinjer i forhold til medarbejdernes indsats på alkoholområdet, herunder hvorvidt alkohol skal være et fast tema på de forebyggende hjemmebesøg. Ledelsen kan ligeledes fastsætte, i hvilken grad der skal afsættes ressourcer til tilbud om supplerende hjemmebesøg og/eller besøg til ældre mennesker i særlig risiko for mistrivsel ud over de lovpligtige besøg.

Kompetencer

Der vil i mange tilfælde være behov for kompetenceudvikling, der sikrer, at medarbejderne har en grundlæggende viden om ældre mennesker og alkohol, risikogrupper og handlemuligheder. Herudover er det afgørende, at medarbejderne er klædt på til at gennemføre en dialog om alkoholvaner.

Dialog om alkoholvaner under "Opsporing og motivation"

Det er centralt, at der gennemføres en kompetenceudvikling af medarbejderne med fokus på, hvordan alkohol som emne kan italesættes, herunder hvordan medarbejderne får bearbejdet eventuelle tabuer omkring at tale om alkoholrelaterede problemer.

Herudover er det vigtigt, at den forebyggende medarbejder kender kommunens politik, handleplaner og relevante materialer til uddeling. Den forebyggende medarbejder bør også have kendskab til relevant alkoholrådgivning, alkoholbehandlingstilbud og støttetilbud i henholdsvis kommunalt og frivilligt regi, der kan tilbydes ældre mennesker, som oplever alkoholproblemer. Det kan her være relevant at inddrage den praktiserende læge med henblik på medicinbrug og forekomst af sygdom. Ved vurdering af eventuelt behov for afrusning henvises til egen læge eller alkoholbehandlingscenter afhængigt af sundhedsaftaler og/eller lokale aftaler med PLO regionalt.

Organisering

Kommunen har ifølge sundhedslovens § 141 pligt til at iværksætte vederlagsfri alkoholbehandling inden for 14 dage efter henvendelse. Rådgivning og behandling skal ydes anonymt, hvis borgeren ønsker det. Det er centralt for den forebyggende alkoholindsats, at der i kommunen er konkrete forebyggende tilbud og indsatser, som kan tilbydes ældre borgere med alkoholrelaterede problematikker, der ikke kan løses alene gennem dialog på det forebyggende hjemmebesøg, fx tilbud om en kort rådgivende samtale på det lokale sundhedscenter eller som en udgående funktion.

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på implementering og virkning af opsporing via dialog om alkohol ved de forebyggende hjemmebesøg kan med fordel fokusere på systematisk registrering af følgende indikatorer:

- Andel af besøg, hvor alkohol systematisk bringes op som tema
- Antal ældre borgere, der identificeres med alkoholproblematikker.

Herudover kan det være væsentligt, at kommunen monitorerer indsatsen i forhold til:

- Hvilke typer indsatser der er tilbudt, og hvilke samarbejdspartnere der er inddraget (fx supplerende hjemmebesøg, sociale aktiviteter/tilbud, opfordring til at søge egen læge, henvisning til alkoholrådgivning eller alkoholbehandling).

Ressourcer

Der er ikke væsentlige økonomiske omkostninger forbundet med at inddrage alkohol som tema i medarbejdernes dialog med den enkelte borger på de forebyggende hjemmebesøg, men det vil være nødvendigt at afsætte ressourcer til kompetenceudvikling af medarbejdere.

Ved identificering af alkoholrelaterede problemer kan der være behov for tilbud om supplerende hjemmebesøg, og dette supplerende besøg vil umiddelbart udgøre en merudgift. Dette skal dog regnes op imod den potentielle besparelse, der ligger i den forebyggende indsats, når ældre mennesker i risiko for at udvikle alkoholproblemer identificeres tidligere og får relevant støtte og behandling (1).



Alkohol som tema på det forebyggende hjemmebesøg

I Odense Kommune indgår alkohol sammen med de øvrige KRAM faktorer altid som tema i dialogen med ældre borgere i de forebyggende hjemmebesøg.

De forebyggende medarbejdere har fået kursus i tidlig opsporing af alkoholproblemer - og de søger at trække emnet naturligt ind i forbindelse med andre emner som f.eks. medicin, søvn mv. Erfaringen i Odense er, at når alkohol indgår som en fast del af dialogen på lige fod med øvrige risikofaktorer, opleves det af medarbejderne som mere naturligt at spørge ind til den enkeltes alkoholvaner.

Samtidig har samtalen om alkohol vist sig at give flere ældre borgere ny viden om alkohol. Mange ved ikke, at man tåler alkohol dårligere som ældre, og en respektfuld samtale om konsekvenser ved alkohol kan være første skridt til, at den enkelte ændrer vaner.

Alkohol som tema i de forebyggende hjemmebesøg i Odense kommune er ikke nærmere belyst.

MERE VIDEN

Kort rådgivende samtale

"Kort rådgivende samtale" kaldes også "Kort intervention" og beskrives sammen med øvrige behandlingsformer i "Klinisk vejledning for almen praksis. Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer"

[Klinisk vejledning for almen praksis](#)

Kilder

- 1) Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin (2010): Klinisk vejledning for almen praksis. Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer.
- 2) Nielsen, C. K. (2009/2010): Et forsøg på 'fredelig' sameksistens mellem alderdom, alkohol og medicin. STOF – Tidsskrift for stofmisbrugsområdet. Nr. 14.

ENSOMHED OG SOCIAL ISOLATION

De fleste ældre mennesker lever et godt socialt liv, men for nogle er ensomhed et stort og ofte overset problem. Ensomhed har store konsekvenser for den enkeltes livskvalitet, helbred og trivsel i alderdommen.



HVORFOR FOREBYGGE?

Ensomhed og social isolation kan føre til mindsket livskvalitet for ældre mennesker. En forebyggende indsats er væsentlig for at undgå, at ensomhed bliver en vedvarende følelse, der påvirker den enkelte ældres sociale, psykiske og fysiske helbred i negativ retning.

Hvad er ensomhed?

Ensomhed kan defineres på flere måder, men fælles for alle definitioner er, at ensomhed betragtes som en individuel oplevelse af at føle sig alene. At føle sig ensom er ikke det samme som at være alene. Man kan være selvvalgt alene, men man vælger ikke selv at føle sig ensom.

I dansk sammenhæng bliver ensomhed ofte defineret som "følelsen af at være uønsket alene". Det vil sige at være alene, når man hellere vil være sammen med andre (1).



FAKTA

Omfang af oplevet ensomhed

Hver 4. dansker over 65 år føler sig ofte eller en gang imellem uønsket alene (13).

En undersøgelse i 25 danske kommuner viser dog, at ensomhed også kan have en anden dimension, idet nogle ældre mennesker føler sig alene, selvom de er sammen med andre. (2) Denne følelse bunder i en oplevelse af ikke at være en del af fællesskabet eller manglende nærvær i forhold til de mennesker, man er sammen med. Følelsen kan opstå hos ældre mennesker, som:

- har et selv vurderet dårligt helbred
- har problemer med hørelsen
- har anden etnisk baggrund end dansk og ikke kan følge med i en samtale på grund af sproglige udfordringer
- er tilflyttere til et område og derfor ikke kan følge med i 'lokalsnakken'
- er omsorgsgivere for syge ægtefælle eller samlever.

Denne dimension af ensomhed kan afhjælpes, hvis andre omkring den ældre er opmærksomme på at skabe rammer for et inkluderende fællesskab (2, 3).

Følelsen af ensomhed kan medvirke til, at et ældre menneske trækker sig tilbage fra omverdenen og dermed bliver socialt isoleret.



Uønsket alene eller ensom?

Betegnelsen 'uønsket alene' anvendes i en lang række undersøgelser til at 'måle' ensomhed, fordi selve begrebet 'ensomhed' opleves som stigmatiserende. Det vil sige, at når man vil undersøge, om en gruppe borgere føler sig ensomme, så spørger man typisk ikke 'hvor ofte føler du dig ensom?', men 'hvor ofte føler du dig alene, hvor du hellere vil være sammen med andre?' Spørger man både ældre mennesker om, hvor ofte de føler sig alene, når de hellere vil være sammen med andre (uønsket alene), og hvor ofte de føler sig ensomme, viser besvarelserne en sammenhæng, men ikke et sammenfald. 40 % af de ældre mennesker, der ofte føler sig uønsket alene, svarer samtidig, at de ofte føler sig ensomme, mens andre 40 % svarer, at de af og til føler sig ensomme (6).

Hvad er social isolation?

Mens ensomhed er en følelse, betegner social isolation sparsom eller manglende social kontakt med andre. I flere studier fremhæves det, at social isolation ikke er et objektivt kriterium; det skal ses i relation til den enkeltes behov for at være sammen med andre. Nogle trives godt med at være alene en del af tiden, mens andre har et større socialt behov og mistrives, hvis de er meget alene. Ligeledes har kvaliteten af den sociale kontakt med andre stor betydning; det er ikke nok at fokusere på omfanget af kontakt. (4, 5)

Hvorfor er det vigtigt at forebygge ensomhed og social isolation?

Sammenhængen mellem sundhed og henholdsvis ensomhed og svage sociale relationer er veldokumenteret.

- Ældre mennesker med oplevet ensomhed og svage sociale relationer har overordnet set forringet livskvalitet og livsglæde samt et dårligere helbred (7, 13).
- Ældre mennesker med oplevet ensomhed og svage sociale relationer bliver i højere grad syge og har sværere ved at overvinde sygdom end ældre med stærke sociale relationer. Svage sociale relationer øger fx risikoen for hjerte-kar-sygdomme og psykiske lidelser som fx depression (12). Ældre mennesker med oplevet ensomhed og svage sociale relationer har et dårligere selv vurderet helbred, som dermed fører til øget brug af sundhedsvæsenet (7).
- Ældre mennesker med oplevet ensomhed og svage sociale relationer har højere dødelighed end andre mennesker med stærke sociale relationer (12).
- Ensomhed har vist sig at være på niveau med fx rygning og alkohol som risikofaktor for død (10, 8).
- Ældre mennesker, der oplever ensomhed, har markant større risiko for at modtage hjemmepleje end ældre mennesker, som ikke oplever ensomhed (9).

Ensomhed og svage sociale relationer er derfor ikke alene et socialt problem. Det øger også presset på sundhedssektoren.

FAKTA

Tal på konsekvenserne af ensomhed og svage sociale relationer (11, 13)

- Hvert år er 200-250.000 kontakter til alment praktiserende læge relateret til svage sociale relationer.
- Hvert år er ca. 10.000 hospitalsindlæggelser relateret til svage sociale relationer.
- 1.000-1.500 dødsfald om året kan relateres til svage sociale relationer.
- Mænd med svage sociale relationer lever i gennemsnit tre år kortere end mænd med gode sociale relationer, mens kvinder med svage sociale relationer i gennemsnit lever to år kortere end kvinder med gode sociale relationer.
- Knap 5000 danskere over 65 år dør hvert år uden familie eller venner omkring sig.

Hjælp til at bryde med ensomheden

Oplevet ensomhed kan variere i omfang og dybde. I den lettere ende kan ensomhed være en forbigående følelse af at være ked af det og føle sig alene og udenfor. Ensomhed i svær grad kan være nærmest invaliderende for den enkelte. I værste fald kan den enkelte opleve, at livet mister sin mening.

Selvmordsadfærd

En forebyggende indsats, der iværksættes ved tidlige tegn på ensomhed, kan medvirke til, at den enkelte borger får et rigere socialt liv og en højere livskvalitet. Det er ikke altid så meget, der skal til. Ved svær ensomhed kan det derimod kræve langvarige forløb og samtaler at bryde med ensomheden.

Indsatser

MERE VIDEN

Ensomhed.info

Hjemmeside med information om forskellige former for ensomhed samt inspiration og redskaber til fagpersoner.

[Information om ensomhed](#)

Ensomme Gamles Værn

Fonden støtter forskning i ensomhed og sociale fællesskaber. På hjemmesiden findes en lang række forskningsbaserede artikler og øvrigt inspirationsmateriale til arbejdet med at forebygge og mindske ensomhed.

[Ensomme Gamles Værn](#)

Aktivt Ældrelev

Hjemmesiden aktivtaeldrelev.dk indeholder en række undersøgelser om ensomhed i Danmark.

[Hjemmesiden "Aktivt Ældrelev"](#)

Forebyggelsespakke 'Mental sundhed'

Forebyggelsespakken er udviklet af Sundhedsstyrelsen til kommunerne og indeholder faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde.

[Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker](#)

Kilder

- 1) Platz, M. (2005): Et ældrelev i ensomhed. Hellerup, Gerontologisk Institut.
- 2) Marselisborg (2012): Ældre og ensomhed – hvem, hvorfor og hvad gør vi? En undersøgelse om ensomhed hos ældre i 25 kommuner.
- 3) Marselisborg (2012): Barrierer og muligheder for et socialt ældrelev – En interviewundersøgelse blandt ensomme ældre i Midt- og Syddjylland.
- 4) Cattan, M.; M. White; J. Bond; A. Learmouth (2005): Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society* 25, 2005: s. 41-67. Cambridge University Press.
- 5) Victor C.; S. Scambler ; J. Bond (2009): Loneliness and social isolation: issues of theory and method. *The Social World of Older People: understanding loneliness and social isolation in later life* Maidenhead: Open University Press; 2009, 31-80.
- 6) Ældredatabasen 2007.
- 7) Luo, Y.; L. C. Hawkey; L. Waite; J. T Cacioppo (2012): Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74, 907-914.
- 8) Pitkala et al. (2009): Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 64a, 792-800.
- 9) Kora (2013): Målgruppen for rehabilitering til daglige aktiviteter. Hvad karakteriserer målgruppen, og hvad motiverer til rehabilitering? KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- 10) Holt-Lunstad J. et al. (2010): Social Relationships and Mortality: A Meta-analytic Review. *PloS Medicine*, 7 (7); e1000316; 2010.
- 11) Juel K.; J. Sørensen; H. Brønnum-Hansen (2006): Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- 12) Iversen L, Lund R, Christensen U, red (2011): Medicinsk Sociologi – sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. København, Munksgaard 2011.
- 13) Sundhedsstyrelsen (2013): Den nationale Sundhedsprofil. Sundhedsstyrelsen 2013

OPSPORING OG MOTIVATION

Det kan være en udfordring at opspore de ældre mennesker, som er i risiko for isolation og ensomhed, og hjælpe dem i gang med aktiviteter, der giver mulighed for at etablere meningsfulde netværk.

Hvorfor er opsporing vigtig?

Oplevet ensomhed viser sig ofte ved, at den enkelte trækker sig væk fra omgivelserne samt mister initiativet og energien til at gøre noget ved sin situation. Nogle mister også modet til at henvende sig et nyt sted og føler måske ikke, at de kan bidrage med noget.

Hver tredje ældre over 65 år, der oplever ensomhed, taler ikke med nogen om, at de føler sig ensomme (1). Ofte skyldes det, at de ikke vil beklage sig, eller at de føler, at det er deres egen skyld, at de oplever ensomhed. Derfor er det vigtigt, at andre omkring den ældre kender og ser signaler på ensomhed og er klar til at give en hjælpende hånd. (2, 3)

Ældre mennesker i risiko for ensomhed

Ensomhed er et grundvilkår i livet. Følelsen kan ramme alle, men undersøgelser peger på, at der er tidspunkter i livet, hvor risikoen for at opleve ensomhed er markant større end på andre tidspunkter (1, 2).

Oplevet ensomhed er størst blandt ældre mennesker på 75 år og derover. 9,2 % af alle i denne aldersgruppe føler sig ofte alene, hvor de har lyst til at være sammen med andre (4). Det er imidlertid ikke alderen, der forårsager ensomhed. Følelsen opstår ofte i forbindelse med begivenheder og livssituationer, som ældre mennesker er mere udsat for end andre aldersgrupper.

Følgende grupper har øget risiko for at opleve ensomhed og social isolation (1, 5, 6):

- Ældre mennesker, der mister deres ægtefælle eller samlever, herunder særligt ældre mænd (11)
- Ældre mennesker med ægtefælle eller samlever, der er alvorligt syg (7)
- Ældre mennesker, der lever med en langvarig sygdom (4)
- Ældre mennesker, der har oplevet tab af fysisk funktionsevne og vurderer deres eget helbred som dårligt, fx ældre mennesker, der afslutter et rehabiliteringsforløb, udskrives fra sygehuset eller søger om hjælpemidler
- Ældre mennesker med ikke-vestlig baggrund.

Ældre mennesker, der har oplevet ensomhed i ungdommen og i voksenlivet, er i større risiko for at opleve ensomhed i alderdommen (8).

Hvordan kan ensomhed opspores?

Ensomhed er en subjektiv følelse, og det er ikke muligt udefra at vurdere, om et ældre menneske føler sig ensomt (3). Samtidig er det svært for mange mennesker at tale om, at de føler sig ensomme (2).

Opsporing via opmærksomhed på livssituationer med øget risiko

Et kendskab til livssituationer, hvor risikoen for ensomhed øges betragteligt, kan være en hjælp for kommunale medarbejdere, da det giver en indikation på, hvornår det er vigtigt at være særligt opmærksom på den enkeltes sociale velbefindende. (6)

SÆT FOKUS PÅ

Opsporing af ensomhed

Målrettede opsporingsindsatser i forhold til ældre mennesker, der er i risiko for at opleve ensomhed, fx ved tab af ægtefælle, funktionstab, sygdom og udskrivning fra hospital, eller når ægtefællen eller samleveren bliver alvorligt syg.

Opsporing via redskabet UCLA

Redskabet UCLA (University of California Los Angeles) kan anvendes til at vurdere graden af social isolation og ensomhed. Redskabet består af 20 spørgsmål, der omhandler ensomhed og social isolation. Testen kan gennemføres som spørgeskema eller interview, og resultatet kan bruges i forbindelse med drøftelse af, hvorvidt den enkelte kan have gavn af fx kommunale aktivitetstilbud eller andre opfølgende initiativer.

Redskaber

Mange potentielle arenaer for opsporing

En undersøgelse blandt 9000 ældre mennesker i 25 danske kommuner viser, at ensomhed er lige så udbredt blandt ældre mennesker, der deltager i lokale aktivitetstilbud, som blandt de, der ikke deltager i aktiviteter. Undersøgelsen gør således op med myten om, at ensomhed alene er en problematik for ældre mennesker, der er socialt isolerede, og den peger på nødvendigheden af, at opsporing foregår i forskellige arenaer og sammenhænge. (1)

Opsporing af ældre mennesker, der oplever ensomhed, bør foregå via flere forskellige kanaler. De forebyggende medarbejdere har gode forudsætninger for at identificere ældre mennesker, der oplever ensomhed – bl.a. fordi de har god tid til at tale med den enkelte under besøget. Det er imidlertid ikke alle ældre, der takker ja til et besøg, og med få undtagelser tilbydes de forebyggende besøg kun til ældre mennesker på 75 år og derover. Hjemmeplejen, visitatorer og træningsmedarbejdere hører også til de kommunale faggrupper, der ofte kommer i berøring med mennesker, der er i risiko for ensomhed.

Kommunerne kan dog med fordel tænke opsporing bredere. Praktiserende læger og praksissygeplejersker møder ældre mennesker, der oplever ensomhed, og kommunerne kan med fordel styrke samarbejdet med begge faggrupper om, at de kan henvise borgere, der fx har brug for et forebyggende hjemmebesøg.

Boligsociale medarbejdere, præster, fodterapeuter, rullende frisører, ansatte og frivillige på aktivitetscentre m.fl. har ofte en god føling med, hvem der er ensomme. I det omfang, hvor

de har kendskab til de tilbud, der er i kommunen, kan de formidle viden om disse tilbud til de ældre mennesker, de møder.

Det er en forudsætning for samarbejdet, at kommunale medarbejdere har mulighed for at handle på henvendelser fra pårørende og andre relevante borgere; eksempelvis ved at tilbyde et forebyggende besøg, en snak med en frivilligkonsulent eller at etablere en kontakt til det frivillige foreningsliv, hvor den pågældende kan blive taget godt imod.



EKSEMPEL

Forebyggende besøg til ældre mennesker, der mister ægtefælle

Flere kommuner – herunder Vejle, Silkeborg og Skive – har styrket den forebyggende indsats og tilbyder et forebyggende besøg til ældre mennesker på 65 år og derover, som har mistet en ægtefælle. Dermed målrettes besøgene en gruppe, der er i øget risiko for at opleve ensomhed. Vurderes det at være nødvendigt for, at den enkelte kan komme igennem en svær periode i sit liv, kan der tilbydes yderligere hjemmebesøg eller medarbejderen kan henvise til et kommunalt eller frivilligt tilbud med fokus på fællesskab, netværk og evt. sorgstøtte.

Virkningen af de forebyggende besøg til ældre, der mister ægtefælle er ikke nærmere undersøgt.

Viden om lokale tilbud er afgørende

Den medarbejder eller frivillige, der bliver opmærksom på et ældre menneske, der oplever ensomhed, kan støtte den enkelte til at bryde med ensomheden ved at:

- Spørge ind til den enkeltes interesseområder.
- Informere den enkelte om kommunale og frivillige tilbud i lokalområdet og/eller om muligheden for at blive frivillig samt vejlede ham/hende i forhold til at finde et relevant tilbud, der understøtter muligheden for at lære nye mennesker at kende. Alternativt kan medarbejderen eller den frivillige formidle en kontakt til en medarbejder, der udfører forebyggende hjemmebesøg eller en frivilligkonsulent, der typisk har et indgående kendskab til lokale aktiviteter.
- Støtte den enkelte til at overkomme eventuelle andre barrierer for deltagelse, fx ved at tilbyde at følge ham/hende hen til en aktivitet, undersøge, hvilken bus der kører derhen, eller ringe til en forening og aftale, at der er en, der tager imod den enkelte, når han/hun kommer osv. I samtalen kan der med fordel tages udgangspunkt i metoden 'Den motiverende Samtale'.

En forudsætning for at kunne formidle viden om tilbud til ældre mennesker er, at de kommunale medarbejdere har adgang til overblik over de lokale frivillige og kommunale tilbud. Nogle kommuner har en 'pensionisthåndbog', en 'social vejviser' eller lignende fysisk oversigt over tilbuddene i kommunen, mens andre har en hjemmeside. Hjemmesiden "Aktivt Ældre" giver overblik over aktiviteter og tilbud til ældre mennesker i en lang række danske kommuner.

[Hjemmesiden Aktivt Ældre](#)

Opkvalificering af kommunale medarbejdere

For at kunne identificere ældre mennesker, der oplever ensomhed og social isolation, bør kommunale medarbejdere have viden om:

Ensomhed

Hvordan kommer følelsen til udtryk, og hvad er konsekvenserne?

Livssituationer, der udgør en risikofaktor

Hvornår er ældre mennesker i særlig risiko for at opleve ensomhed?

Hvordan ældre mennesker kan motiveres til at bryde med ensomheden

Hvordan kan man spørge ind til oplevet ensomhed på en respektfuld måde og til den enkeltes interesser?

Lokale aktiviteter og tilbud til ældre mennesker

Viden om tilbud i nærområdet er en forudsætning for at kunne hjælpe ældre mennesker til at få et mere aktivt socialt liv, herunder også viden om muligheden for at blive frivillig. Det er samtidig vigtigt at være opmærksom på, at deltagelse i aktiviteter ikke i sig selv mindsker ensomhed, hvis ikke der er gode rammer for fællesskab og nærvær.

Hvordan motiveres det enkelte menneske til at bryde med ensomheden?

Ældre mennesker, der oplever svær ensomhed, kan have brug for at tale med nogen om det for at bryde med ensomheden. Her kan det være vigtigt, at man som medarbejder tør tale om ensomhed, og at man får spurgt ind til det, der er svært. Der kan også være brug for at formidle en kontakt til en sorggruppe eller til en anden kommunal medarbejder, som har mulighed for at tage sig den fornødne tid til samtalen, fx en medarbejder, der udfører forebyggende hjemmebesøg.

For andre er det at tale om ensomhed ikke altid løsningen, tværtimod. Nogle skammer sig over følelsen, og de har ikke brug for, at det italesættes eller konstateres, at de oplever ensomhed. De har snarere brug for støtte til at finde aktiviteter, der interesserer dem, og hjælp til at håndtere eventuelle barrierer for deltagelse. (3, 1, 2).



FAKTA

Barrierer for deltagelse i aktiviteter og tilbud

Ældre mennesker, der oplever ensomhed, har ofte brug for støtte og opmuntring til at deltage i socialt samvær med andre. Det er ikke altid så meget, der skal til for at gøre en stor forskel. (6)

En lang række ældre mennesker, der oplever ensomhed, vil gerne deltage i lokale aktivitetsstilbud. Alligevel kommer de ikke af sted. De typiske barrierer er følgende:

- De savner nogen at følges med
- Manglende eller dårlige transportmuligheder
- De kan ikke finde lokale tilbud, der passer til deres ønsker
- De oplever, at det er svært at komme ind i fællesskabet som ny
- De kan ikke komme frem/deltage pga. fysiske eller psykiske helbredsproblemer.

En interviewundersøgelse blandt ældre mennesker, der oplever ensomhed, viser, at et nej til at deltage i aktiviteter og tilbud ikke er ensbetydende med, at den enkelte ældre ikke har behov for mere socialt samvær. Nogle ældre mennesker har svært ved at bede om hjælp eller tage imod en opfordring eller en invitation, fordi det ligger dybt i dem, at de ikke vil være til besvær for familie, naboer eller for kommunen. Andre giver udtryk for en opgivende holdning. De tror ikke rigtig på, at de kan få et mere aktivt socialt liv og giver udtryk for, at de i stedet må forsøge at vænne sig til, at tingene er, som de er. En barriere for ældre menneskers deltagelse i sociale aktiviteter og arrangementer kan desuden være, at de ikke kender til de tilbud og muligheder, der er i lokalområdet. Her spiller både kommunale medarbejdere, frivillige og pårørende en vigtig rolle i forhold til at informere ældre mennesker om tilbud og muligheder. (2)

Undersøgelser peger på, at nogle mennesker oplever isolation og ensomhed i så svær grad, at gængse tilgange til at støtte dem ikke hjælper. I stedet har de brug for omsorgsbesøg og -støtte. (9) Samvirkende Menighedsplejer (10) er et eksempel på en organisation, der tilbyder omsorgsbesøg til ældre mennesker, der oplever isolation og ensomhed.

Ved mistanke om depression er det vigtigt, at den kommunale medarbejder opfordrer den enkelte til at opsøge egen læge.

Selvmondsadfærd

Tilgangen til den ældre

Flere kommuner giver udtryk for, at de har taget initiativ til at igangsætte aktiviteter for ældre mennesker, der oplever ensomhed, men de har svært ved at finde deltagere. Det kan hænge sammen med, at de fleste mennesker ikke har lyst til at blive kategoriseret som ensomme.

Forskning viser, at indsatser, der mindsker ensomhed, ikke behøver at handle om ensomhed. 58 % af de indsatser, der er målrettet mennesker, der oplever ensomhed og/eller social isolation, har en positiv virkning. Til sammenligning bidrager hele 80 % af de indsatser, der ikke specifikt handler om ensomhed, til at mindske ensomhed blandt deltagerne.

Ensomhed påvirker selvværdet i negativ retning. For ældre mennesker, der oplever ensomhed, har det derfor særlig stor betydning for motivationen til at deltage i aktiviteter, at de bliver talt til som nogle, der kan bidrage med noget, og at de ikke opfordres til at deltage i en aktivitet, fordi de 'trænger til at komme ud'.

"Det vigtige er at få de ældre involveret, ikke stigmatiseret. Hvis den enkelte selv har et ønske om at lære nogen at kende, at lære at lave mad, gå i motionscenter osv., kommer man rigtig langt. Ad den vej kan de så få en social 'sidegevinst', som måske er det, de har allermost brug for"- Forebyggende medarbejder, Holstebro

For nogle ældre mennesker kan det være svært at tage det første skridt til at komme i gang med en aktivitet. Det gælder særligt mennesker, der ikke har været aktive i foreningslivet tidligere i deres liv, fordi de ikke har haft behov, tid eller lyst. Det sværeste for mange er at træde ind ad døren første gang. Det kan derfor være en god idé at arrangere følgeskab og/eller en planlagt modtagelse den første gang i samarbejde med fx frivillige.

MERE VIDEN

Myter og fakta om ensomhed

Publikationen er baseret på en undersøgelse blandt knap 9000 ældre og giver lettilgængelig viden om ensomhed blandt danske ældre anno 2012.

[Publikationen: Myter og Fakta om ensomhed](#)

Ensomhed blandt ældre. Hvad skal du være opmærksom på, og hvad kan du gøre?

"Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence og Viden" har udviklet et redskab, der kan bidrage til tidlig opsporing af ensomhed. Redskabet giver overblik over livssituationer, hvor der er øget risiko for at opleve ensomhed, og indeholder korte handleanvisninger til, hvad man kan gøre, hvis man møder et ældre menneske, der oplever ensomhed. Redskabet kan anvendes af medarbejdere, frivillige, pårørende.

[Redskab til opsporing af ensomhed](#)

Ældre med anden etnisk baggrund end dansk

Ældre med anden etnisk baggrund kan udgøre en overset og særlig sårbar gruppe.

[ÆldreForums publikation om Ældre med anden etnisk baggrund og inspiration til indsatser](#)

Aktivt Ældrelev

Hjemmesiden "Aktivt Ældrelev" giver overblik over aktiviteter og tilbud til ældre i en lang række danske kommuner.

[Hjemmesiden Aktivt Ældrelev](#)

Støtte til ældre efterladte

Palliativt Videncenter har kortlagt og opdaterer løbende sorgstøtte til voksne og ældre efterladte i alle landets kommuner.

[Tilbud om sorgstøtte](#)

Kilder

- 1) Marselisborg (2012): Barrierer og muligheder for et socialt ældrelev – En interviewundersøgelse blandt ensomme ældre i Midt- og Sydjylland.
- 2) Marselisborg (2012): Ældre og ensomhed – hvem, hvorfor og hvad gør vi? En undersøgelse om ensomhed hos ældre i 25 kommuner.
- 3) Swane, C.E. (2013): Ensomhed i alderdommen. Ældres ensomhed kan opspores – og lindres. Månedsskrift for Almen Praksis, 91. årg., nr. 9, s. 670-77.
- 4) Sundhedsstyrelsen (2013): Den Nationale Sundhedsprofil.

- 5) Victor, C; S. Scamler; A. Bowling; and J. Bond (2005): The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, 25, pp 357- 375.
- 6) Marselisborg (2013): Ensomhed blandt ældre. Hvad skal du være opmærksom på, og hvad kan du gøre?
- 7) Frivilligcentre og Selvhjælp, Danmark (2013): Pårørende til alvorligt syge – de alvorligt syges vigtigste ressource
- 8) Platz, M. og C. Swane (2007): Ind i og ud af social ensomhed i alderdommen – analyse af data fra Ældredatabasen.
- 9) Christensen, RN (2011): At prikke med kærlighed – omsorgsbesøg i en isoleret alderdom. København: EGV, 2011.
- 10) Hjemmesiden for Samvirkende Menighedsplejer www.samvirkendemenuighedsplejer.dk
- 11) Sundhedsstyrelsen (2011): Mænds sundhed – eksempler fra kommunerne Inspirationshæfte.

INDSATSER

En række udenlandske studier viser, at en aktivitet eller et tilbud kan bidrage til at forebygge og mindske ensomhed, hvis der i forbindelse med aktiviteten er fokus på relationsopbygning. Der skal med andre ord være rammer for, at den enkelte kan etablere venskaber over tid og knytte meningsfulde relationer. (1)

Oplevet ensomhed er lige så udbredt blandt ældre mennesker, der deltager i aktiviteter, som blandt ældre mennesker, der ikke deltager i aktiviteter. (2) Det er med andre ord ikke socialt samvær i sig selv, der mindsker ensomhed. Det mindsker eksempelvis ikke ensomhed, hvis man går til gymnastik hver onsdag og aldrig taler med nogen på holdet. Det, der kan mindske ensomhed, er, hvis aktiviteten/tilbuddet skaber rammer for fællesskaber præget af samvær og nærvær. Det er følelsen af at være set og hørt, at blive talt til og at have en betydning i andre menneskers liv, der rykker folk ud af ensomheden. (2, 3) Det betyder også, at det er vigtigt, hvordan tilbud om aktiviteter formidles.

Læs også om målgrupper, opsporing og aktører under "Om håndbogen"

Gruppebaserede indsatser mindsker ensomhed

Gruppebaserede indsatser som fx samværsgrupper, sorggrupper, pårørendegrupper, spisevenner osv. kan mindske ensomhed og social isolation blandt ældre mennesker i det omfang, de har fokus på relationsopbygning. (1, 4, 5, 6).

Samværsgruppe for ældre, der har mistet

Spisevenner

Gruppebaserede indsatser er en samlebetegnelse for aktiviteter, hvor en gruppe ældre mennesker mødes med et bestemt interval over længere tid. En virksomhedsfuld gruppebaseret indsats er kendetegnet ved, at:

- gruppen består af 4-8 deltagere, der har noget til fælles; fx at de er blevet alene, har fælles interesser eller lignende.
- aktiviteten har fokus på, at deltagerne lærer noget nyt, eller på at yde social støtte til den enkelte (fx selvhjælpsgrupper, netværksgrupper, sorggrupper).
- en frivillig eller professionel er ansvarlig for at planlægge aktivitetens indhold, og deltagerne har indflydelse herpå.
- en frivillig, en kommunal medarbejder, en præst eller lignende faciliterer møderne og sørger for, at alle er inkluderet i snakken. Dette kan evt. blot være i en opstartsfasen. Hvis deltagerne er dybt ensomme, bør gruppen faciliteres af en person, der har viden om ensomhed blandt ældre mennesker.

Studier dokumenterer en positiv effekt af gruppebaserede indsatser, hvor gruppen mødes en gang om ugen i tre måneder. (4, 6)

SÆT FOKUS PÅ

Henvis til aktiviteter i mindre grupper

Kommunale medarbejdere, der er i kontakt med ældre mennesker, som oplever ensomhed, kan formidle kontakt til gruppebaserede aktiviteter og tilbud, hvor der er fokus på relationsdannelse. Det er relevant, at en frivillig eller professionel i en opstartsfasen sørger for, at alle er inkluderet i snakken.

Individuelle indsatser

Kun få studier viser, at individuelle indsatser som fx besøgsvenner, motionsvenner og spiseven i hjemmet kan reducere oplevelsen af ensomhed og isolation. Den positive effekt af én-til-én kontakten fortager sig typisk, så snart den individuelle kontakt ophører.

Motionsvenner under "Fysisk aktivitet"

Spiseven i hjemmet under "Ernæring"

Hvis indsatserne skal have en virkning på længere sigt, er det vigtigt, at der er fokus på at støtte den enkelte i at komme til at deltage i aktiviteter eller foreninger i lokalområdet eller på anden måde etablere meningsfulde netværk. (4)

Flere kommuner og foreninger giver udtryk for, at de har gode erfaringer med individuelle indsatser, der 'bygger bro' til andre tilbud. Det kan fx være en besøgs- eller motionsven, der tager den ældre under armen og med hen til et aktivitetstilbud og er med det antal gange, det er nødvendigt, før han/hun har mod på at tage af sted selv.

Kommunale erfaringer med indsatser

En lang række kommuner giver udtryk for, at frivillige aktivitetstilbud og muligheden for at lave frivilligt arbejde spiller en afgørende rolle i den forebyggende indsats for at reducere ensomhed. Frivillige aktivitetstilbud kan mindske oplevet ensomhed hos ældre mennesker, hvis der i forbindelse med den enkelte aktivitet er fokus på nærvær og ikke kun på samvær. Det kan fx ske ved, at en eller flere i foreningen er opmærksomme på – og gerne tager et ansvar for - at både nye og eksisterende medlemmer føler sig velkomne.

Kommunerne oplever, at foreningsaktiviteterne i særlig grad bidrager til at mindske ensomhed i de tilfælde, hvor kommunen har et formelt eller uformelt samarbejde med foreningerne. Det kan fx dreje sig om, at de forebyggende medarbejdere kan ringe til formanden i en forening, hvis de møder en borger, der er interesseret i foreningens aktiviteter. Dette forudsætter borgerens samtykke, men fordelene er, at formanden herefter kan tage kontakt til den enkelte ældre og 'invitere' vedkommende på en rundvisning eller måske endda tilbyde at komme og hente vedkommende den første gang. Et sådant samarbejde er med til at nedbryde barrierer for deltagelse og hjælpe ældre mennesker i gang, der ellers ville tøve og måske ikke komme af sted.

Kommunerne og foreningerne kan også med fordel indgå i en dialog om, hvem og hvordan der følges op på de ældre mennesker, som kommunen har henvist, der møder op i en forening og herefter ikke kommer igen.

Etabler samarbejde med frivillige foreninger om formidling af tilbud og modtagelse af nye medlemmer

Kommunerne kan med fordel indgå i et samarbejde med lokale frivillige foreninger for at styrke kommunernes formidling af de frivillige tilbud og samtidig sikre, at foreningerne er parate til at tage godt imod de ældre borgere, som kommunens medarbejdere henviser til aktiviteterne.

Forslag til indsatser

Til inspiration er beskrevet tre forslag til indsatser målrettet forebyggelse af ensomhed og social isolation blandt ældre mennesker. Forslagene bygger på overordnet viden om risikogrupper samt viden om, at gruppebaserede indsatser kan mindske ensomhed og social isolation. Virkningen af de konkrete forslag er ikke nærmere undersøgt, og beskrivelserne er som udgangspunkt baseret på erfaringer fra en eller flere kommuner.

Samværsgruppe for ældre, der har mistet

Ældre mennesker, der mister en samlever eller en ægtefælle, er i særlig risiko for at opleve ensomhed og social isolation. Indsatsen er målrettet denne risikogruppe, hvor det er en fordel at:

- Aktiviteten afvikles i mindre grupper, hvor deltagerne har fælles interesser.
- En frivillig eller kommunal medarbejder planlægger aktivitetens indhold og har fokus på relationsdannelse.

Samværsgruppe for ældre, der har mistet

Spisevenner

Måltidet er for mange ældre, der oplever ensomhed, et af de sværeste tidspunkter på dagen. Flere kommuner har gode erfaringer med at oprette gruppebaserede tilbud om 'spisevenner', hvor ældre mennesker mødes med ligesindede for at få et måltid mad og for det sociale samvær, der opstår omkring måltidet. Indsatsen rummer tre af de metoder og tilgange, der erfaringsmæssigt har betydning for, at indsatsen kan bidrage til at forebygge ensomhed:

- Aktiviteten afvikles i mindre grupper, der er ensartet i deres behov.
- En kommunal medarbejder eller en frivillig med viden om ensomhed faciliterer gruppen og har fokus på relationsdannelse, så længe der er behov for det.
- Deltagerne hentes og bringes til aktiviteten i opstartsfasen.

Spisevenner

Herreklub

Mange kommuner oplever, at der er brug for særlige tilbud og en anderledes tilgang til rekruttering, hvis mænd, der oplever ensomhed og social isolation, skal motiveres til at deltage i lokale tilbud.

Ud over at have fokus på en særlig risikogruppe sammenfatter indsatsen tre af de metoder og tilgange, der erfaringsmæssigt er vigtige, for at mænd deltager i tilbud, der kan forebygge og mindske ensomhed:

- Aktiviteten afvikles i mindre grupper, hvor deltagerne har fælles interesser.
- I rekrutteringsfasen er der fokus på at skabe motivation.
- Der er tænkt i alternative opsporingsstrategier.

Herreklubber

Kilder

1. Dickens, A.P; S. H. Richards; C. J Greaves; J.L Campbell (2011): Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. Public Health 2011, 11:647.
2. Marselisborg (2012): Ældre og ensomhed – hvem, hvorfor og hvad gør vi? En undersøgelse om ensomhed hos ældre i 25 kommuner.
3. Swane, C.E. (2013): Ensomhed i alderdommen. Ældres ensomhed kan opspores – og lindres. Månedsskrift for Almen Praksis, 91. årg. nr. 9, s. 670-77.
4. Cattan, M.; M. White; J. Bond; A. Learmouth (2005): Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. Ageing & Society 25, 2005: s. 41-67. Cambridge University Press.
5. SFI Campbell. (2007): Gruppeaktiviteter hjælper ældre ud af ensomhed og isolation. SFI Campbell.
6. Routasalo et al. (2009): Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. J Adv Nurs.;65 (2):297-305.
7. Choi, Mona; S. Kong; D. Jung (2012): Computer and Internet Interventions for Loneliness and Depression in Older Adults: A Meta-Analysis. Healthc Inform Res. 2012, September; 18(3): 191–198.
8. <http://www.foreningsbutikken.dk>

SAMVÆRSGRUPPE FOR ÆLDRE, DER HAR MISTET

Mange undersøgelser viser, at ældre mennesker, der har mistet en samlever eller ægtefælle, er i særlig risiko for at opleve ensomhed og social isolation. Det styrker den forebyggende indsats, når der i den enkelte kommune er gruppebaserede tilbud målrettet ældre mennesker, der har mistet.

Indsatsen bygger på overordnet viden om, at ældre, der har mistet, kan have en øget risiko for ensomhed og social isolation, samt viden om, at gruppebaserede indsatser kan have positiv virkning. Virkningen af den konkrete indsats er ikke nærmere undersøgt.

Formål

Formålet med indsatsen er at forebygge og mindske ensomhed blandt ældre mennesker, der har mistet en samlever eller ægtefælle.

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

Ældre mennesker, som deltager i en samværsgruppe, møder ligesindede, der også har mistet en ægtefælle eller samlever.

Samværsgrupper består typisk af 4-8 deltagere, der mødes med faste intervaller over længere tid. Det kan fx være en gang om ugen i tre måneder og herefter en gang om måneden.

Gruppen mødes i rammer, der tilgodeser, at deltagerne opbygger et fællesskab og knytter venskaber, samtidig med at de får støtte til at håndtere sorgen over at have mistet.

Møderne kan fx faciliteres af en eller flere frivillige, eller der kan være tilknyttet en kommunal medarbejder, der sørger for, at alle kommer til orde og får mulighed for at dele deres sorg. Det indebærer også, at den frivillige eller medarbejderen planlægger aktiviteter eller indslag, der kan give fælles oplevelser, fx sang, oplæsning mm. (1, 2)

Den frivillige eller medarbejderen er typisk tilknyttet i opstartsfasen, eller så længe der er behov for det.

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Målgruppen for indsatsen er ældre mennesker, der har mistet en ægtefælle eller en samlever, og som derfor er i øget risiko for at opleve ensomhed eller social isolation.

Implementering

Ledelse

Det er en ledelsesbeslutning, om kommunen skal prioritere at bidrage til opstart af samværsgrupper, samt i hvilket omfang grupperne skal fungere i frivilligt eller kommunalt regi. Ligeledes skal der tages stilling til, om der kan ydes støtte til rekruttering af frivillige, eventuelt uddannelse af frivillige, lokaler, annoncer i lokalaviser for at finde deltagere mm.

Kompetencer

Det er vigtigt, at de personer, der planlægger indholdet af møderne i samværsgruppen, er gode til at skabe rammer for relationsdannelse og har viden om bearbejdelse af sorg hos ældre. Det vil fx sige, at de har blik for, hvem der har brug for ekstra støtte til at deltage i det sociale samvær, og at de sørger for, at alle kommer til orde og bidrager i diskussioner/samtaler.

Har samværsgruppen karakter af en selvhjælpsgruppe, har Frivilligcenter og Selvhjælp Danmark (FriSE) et korps af selvhjælpsundervisere, der kan give inspiration til arbejdet med grupperne og hjælpe de frivillige i opstarten af tilbuddet.

Organisering

Kommunale medarbejdere, præster, psykologer eller frivillige kan være initiativtagere til indsatsen. Nogle kommuner giver udtryk for at have gode erfaringer med, at samværsgrupper mødes på fx et aktivitetscenter, hvor deltagerne får lejlighed til at se, hvilke aktivitetstilbud der findes på stedet. Erfaringen er, at mennesker, der forestiller sig, at centrene er for ældre mennesker, der er meget fysisk dårlige, og som ikke ser sig selv som målgruppen, ofte bliver positivt overraskede over variationen af tilbud.

Indikatorer og resultatopfølgning

Der er stærk evidens for, at gruppebaserede aktiviteter mindsker ensomhed. Erfaringen fra flere kommuner er, at samværsgrupper betyder meget for de ældre, der bliver en del af dem. Dette ses ved, at medlemmerne fortsætter med at komme til gruppens møder over tid og ofte også mødes på eget initiativ ved siden af – eller efter afslutning af – et formaliseret forløb.

Opfølgning på implementering og virkning af samværsgrupper for ældre kan med fordel fokusere på systematisk registrering af følgende indikatorer:

- I hvor høj grad er indsatsen implementeret?
 - Er der etableret et eller flere tilbud om samværsgrupper for ældre mennesker, der har mistet?
 - Er der rekrutteret og evt. uddannet frivillige, der kan facilitere grupperne?
 - Antal deltagere i samværsgrupperne.
- Deltagere, der oplever en lavere grad af ensomhed og social isolation (baseline + et år efter, kan fx måles via redskabet UCLA).

Redskaber

Herudover kan det være væsentligt, at kommunen løbende monitorerer indsatsen i forhold til:

- Deltagere, der har forbedret deres selvvaluerede livskvalitet (baseline + et år efter, kan fx måles via redskabet WHO5 eller EQ-5D)
- Deltagere, der fortsat deltager i aktiviteten efter ét år
- Deltagere, der angiver, at de har knyttet nye venskaber som følge af deltagelse i samværsgruppen
- Deltagere, der angiver, at de har kontakt til gruppens medlemmer uden for aktiviteten
- Deltagere, der angiver, at de føler, at der er brug for dem.

Redskaber

Ressourcer

Ressourceforbruget i forhold til at iværksætte samværsgrupper for ældre afhænger af, i hvilken grad grupperne oprettes i kommunalt regi eller i samarbejde med frivillige eller andre aktører i lokalområdet. Der kan være udgifter til:

- Lokaler (fx i sammenhæng med aktivitetscenter)
- Rekruttering af frivillige
- Forplejning
- Annoncering efter deltagere
- Uddannelse af frivillige til facilitering af gruppeprocesser
- Ressourcer til en koordinerende funktion, fx frivillighedskonsulent
- Evt. ressourcer til facilitering af grupperne, hvis der er tale om en kommunal medarbejder



Samværsgruppe for enlige i Skanderborg er en stor succes

I Skanderborg Kommune opstod ideen til at starte en 'samværsgruppe' for ældre, der har mistet, da en forebyggende konsulent og den lokale præst flere gange havde savnet et konkret tilbud, de kunne henvise efterladte til. Sammen med en sygeplejerske fik de via deres netværk kontakt til tre frivillige, der sagde ja til at være tovholdere for gruppen.

I 2005 blev der annonceret i lokale aviser om gruppens opstart, og den første gang mødte der 8 ældre op. Få år senere var der ca. 40 medlemmer. De ældre melder sig nemlig ikke ud, når de er kommet 'ovenpå igen', som de frivillige først havde forventet. De bliver, fordi de har etableret venskaber og varige netværk.

Tilbuddet bliver annonceret i lokalaviser, men nogle ældre kommer ikke af sig selv. En hyppigt anvendt opsporingsmetode foregår via de medarbejdere, der gennemfører forebyggende besøg. Når de møder ældre, der er blevet alene, fortæller de om tilbuddet, og med den ældres samtykke kontakter de en af de frivillige, der står for samværsgruppen. Den frivillige tager herefter kontakt til den ældre og 'inviterer' vedkommende og byder velkommen. På den måde er det nemmere at komme første gang.

Gruppen er i dag selvstyrende og drives af 3 frivillige. Den lokale præst er også til stede på møderne, og menighedsrådet afholder udgifter til kaffe og kage/frugt. Gruppen mødes i sognegårdens lokaler en gang om måneden i to timer fra 14-16, eller de tager på ture, går til foredrag osv. Gruppen mødes om eftermiddagen, da et flertal af de ældre helst ikke vil ud om aftenen. De frivillige har til hver gang planlagt historier, de vil læse op, en sang, der skal synges, anekdoter, de vil fortælle, eller diskussioner, de vil bringe på banen. De er meget opmærksomme på, at alle deltager aktivt, og de ændrer bordopstillingen fra gang til gang, så der ikke er faste pladser.

Det er bevidst, at man i Skanderborg har fastholdt betegnelsen "samværsgruppe". Det er for at signalere, at der er plads til sorg, men det er samvær med andre, der er i fokus.

Pga. det høje medlemstal er der i dag oprettet en 'opstartsgruppe' for nye medlemmer, der har brug for at tale om sorgen over et tab. Denne gruppe har 7-8 medlemmer ad gangen, som løbende 'sluses' over i samværsgruppen, efterhånden som de bliver klar.

Tilbuddet om samværsgrupper for enlige er ikke undersøgt nærmere.



Selvhjælpsgrupper

Frivilligcentre i landets kommuner starter selvhjælpsgrupper op efter behov og forespørgsler, og alle kan henvende sig med ønsker til grupper og få hjælp til at starte en gruppe op.

Selvhjælpsgrupper består af 4-8 deltagere, som mødes om en fælles livsudfordring, fx ensomhed, sorg, skilsmisse eller sygdom. På de første møder deltager 1-2 frivillige, der er kvalificerede til at sætte grupper i gang, men de er kun med så længe, gruppen har behov for det.

Deltagelse i gruppen kan mindske følelsen af uoverskuelighed i forhold til at stå alene om et problem. I stedet opbygges handlekraft og en tro på, at man kan skabe positive livsforandringer.

Frivilligcentre med selvhjælpsgrupper eksisterer mange steder i landet.

Frivilligcenter og Selvhjælp Danmark (FriSE) <http://www.frise.dk/selvhjaelp>

MERE VIDEN

Støttetilbud til ældre efterladte

Palliativt Videncenter har kortlagt og opdaterer løbende sorgstøttetilbud til voksne og ældre efterladte i alle landets kommuner.

[Tilbud om sorgstøtte](#)

Selvhjælpsgrupper

Frivilligcenter og Selvhjælp Danmark (FriSE) formidler viden om selvhjælpsgrupper og hjælp til opstart af grupper.

[Opstart af selvhjælpsgrupper](#)

Kilder

- 1) Swane, C.E.; Tellervo, J. (2013): "Når to bliver til én" - omsorg for ældre efterladte. Omsorg: Nordisk tidsskrift for palliativ medicin; 1: s. 5-9.
- 2) Swane, C.E.; Anneberg, I.; Tellervo, J. (2013): Formidling om et overset emne: Sorgstøtte til ældre efterladte. Omsorg: Nordisk tidsskrift for palliativ medicin; 30; 2: s. 19-23.

SPISEVENNER

For mange ældre, der oplever ensomhed, er måltidet et af de sværeste tidspunkter på dagen, hvor følelsen af at være alene trænger sig særligt på. I en række kommuner har man gode erfaringer med at arrangere gruppeaktiviteter med fælles spising som bærende aktivitet.

Indsatsen bygger på overordnet viden om, at gruppebaserede indsatses kan have positiv virkning i forhold til forebyggelse af ensomhed og social isolation. Virkningen af den konkrete indsats er ikke nærmere undersøgt.

Formål

Formålet med indsatsen er at forebygge og mindske ensomhed blandt ældre mennesker, der bor alene.

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

At bruge måltidet som ramme for det sociale fællesskab kan være med til at øge livskvaliteten og mindske oplevet ensomhed blandt ældre mennesker, der ellers ville spise alene. 'Spisevenner' er et tilbud til ældre mennesker, der bor alene, om at mødes med andre, der savner selskab under måltidet. Aktiviteten afholdes i en mindre gruppe på 4-8 deltagere, så der er god mulighed for at tale sammen om et fælles bord og lære hinanden at kende. Gruppen mødes med bestemte intervaller over længere tid, fx én gang om ugen i tre måneder. Gruppen faciliteres af en frivillig eller en kommunal medarbejder, fx en frivilligkoordinator, hvis rolle er at skabe gode rammer for relationsdannelse. Det kan handle om at 'holde snakken i gang' og sørge for, at alle er med i samtalen og føler sig velkomne. Målet er, at gruppen over tid bliver selvkørende, og at deltagerne får relationer, der rækker ud over selve aktiviteten.

Kommunale erfaringer viser, at det kan være afgørende for deltagerfremmødet, at der afsættes tid og ressourcer til at hente og bringe deltagerne til aktiviteten i opstartsfasen.

Gruppen kan med fordel mødes på et aktivitetscenter med en café, hvor deltagerne kan købe deres eget måltid. Fordelen ved at mødes på centret er, at deltagerne samtidig får set, hvilke andre aktiviteter der foregår på stedet.

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Målgruppen for spisevenner er ældre, der oplever ensomhed og/eller social isolation, og som har brug for støtte til social deltagelse. Der vil typisk være tale om ældre, der har svært ved at komme ud af døren på eget initiativ grundet sociale barrierer. Der kan også være tale om småtspisende ældre. De ældre samles i mindre grupper med ensartede behov.

Mere om småtspisende ældre under "Ernæring"

Implementering

Ledelse

Den kommunale ledelse kan understøtte indsatsen økonomisk og sætte fokus på måltidet som rammen for sociale fællesskaber i frivilligt regi ved fx at oprette en pulje, hvor frivillige kan søge midler til at starte spisevenner i forskelligt regi. Alternativt kan ledelsen prioritere tid hos personalet til opstart af spisevenner og/eller til rådgivning af frivillige om opstart af nye grupper. Det er en ledelsesmæssig beslutning, om der skal afsættes midler til lokaler og til betaling af de frivilliges måltid.

Kompetencer

Den kommunale medarbejder eller frivillige, der opstarter og faciliterer gruppen, bør have viden om ældre og ensomhed.

Organisering

Spisevenner kan iværksættes i kommunalt eller frivilligt regi eller i et samarbejde mellem fx den kommunale frivillighedskordinator og frivillige, der ønsker at gøre en forskel for ældre mennesker, der oplever ensomhed. Det vil ofte være en fordel at indgå et samarbejde med medarbejdere, der udfører forebyggende hjemmebesøg og hjemmeplejen om opsporing og rekruttering af ældre til tilbuddet.

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på implementeringen og virkningen af spisevenner kan med fordel fokusere på systematisk registrering af følgende indikatorer:

- I hvor høj grad er indsatsen implementeret?
 - Er der etableret et eller flere tilbud om spisevenner?
 - Er der rekrutteret og evt. uddannet frivillige, der kan facilitere grupperne i opstartsfasen?
 - Antal ældre mennesker, der deltager i tilbuddet om spisevenner.
- Deltagere, der oplever en lavere grad af ensomhed og social isolation (baseline + et år efter, kan fx måles via redskabet UCLA).

Redskaber

Herudover kan det være væsentligt, at kommunen monitorerer indsatsen i forhold til:

- Deltagere, der har forbedret deres selvvaluerede livskvalitet (baseline + et år efter, kan fx måles via redskabet WHO5 eller EQ-5D)
- Antal deltagere, der fortsat deltager i aktiviteten efter fx ét år
- Antal deltagere, der angiver, at de har kontakt til gruppens medlemmer uden for aktiviteten
- Antal deltagere, der angiver, at de har knyttet nye venskaber som følge af deltagelse i tilbuddet om spisevenner
- Antal deltagere, der angiver, at de føler, at der er brug for dem

- Ressourcer brugt på kørsel
- Hvilke opgaver facilitatoren udfører, og hvilke opgaver gruppen selv udfører (fx fastlæggelse af aftaler, bestilling af mad, planlægning af kørsel mm.).

Redskaber

Ressourcer

Ressourceforbruget i forhold til at iværksætte 'Spisevenner' kan omfatte:

- Lokaler (fx i sammenhæng med aktivitetscenter)
- Kørsel
- Annoncering efter deltagere
- Omkostninger til medarbejderens eller den frivilliges måltid
- Uddannelse af medarbejdere eller frivillige i facilitering af gruppeprocesser.

MERE VIDEN

Spisevenner i Aarhus – grupper, der mødes på et center og spiser sammen

I Aarhus Kommune samles en gruppe ældre til fællesspisning på et lokalcenter.

En kommunal frivillighedskoordinator tog oprindeligt initiativ til tilbuddet, fordi mange ældre var på venteliste til at få en besøgsven. Frivillighedskoordinatoren tog rundt i lokalcentrets bus og hentede de ældre borgere de første gange. I forhold til den konkrete målgruppe var det afgørende, for at de havde modet til at møde op.

Frivillighedskoordinatoren var med til de første mange møder og havde fokus på at skabe gode rammer for relationsdannelse. I starten var der tavshed ved bordet, og deltagerne skulle hele tiden hjælpes i gang. Over tid gik snakken lystigt, og deltagerne 'blomstrede op' og begyndte at have kontakt med hinanden uden for aktivitetens regi. Kommunen oplevede det som en fordel, at gruppen mødtes på et kommunalt center. I det forum var det muligt for tilknyttet personale på en 'uformal' måde at komme til at informere de ældre om f.eks. sundhed og ernæring og lokale forebyggende tilbud.

Virkingen af indsatsen er ikke undersøgt nærmere, men der er lavet et internt inspirationskatalog, som opsamler erfaringer fra projektet i forhold til forbedrings- og udviklingspotentialer.

HERREKLUB

Både kvinder og mænd oplever ensomhed, men undersøgelser viser, at enkemænd er særligt udsatte. I en lang række kommuner er der derfor fokus på at udvikle aktivitetstyper, der appellerer til mænd.

Indsatsen bygger på overordnet viden om, at ældre mænd kan have en øget risiko for ensomhed og social isolation, samt viden om, at gruppebaserede indsatser kan have positiv virkning. Virkningen af det konkrete forslag er ikke nærmere undersøgt.

Formål

Formålet med indsatsen er at forebygge og mindske ensomhed blandt ældre mænd.

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

Flere kommunale medarbejdere giver udtryk for, at tilbud om 'herreklubber' kan motivere ældre mænd til deltagelse, som ellers typisk ikke er interesseret i foreningsaktiviteter.

Nogle herreklubber stiftes om et interessefællesskab, og medlemmerne mødes med faste intervaller om madlavning, træsløjd eller lignende. Andre klubber mødes om skiftende aktiviteter, fx fisketure, vinsmagning, værkstedsaktiviteter mv. Klubben har typisk 4-8 deltagere.

Det vigtige er, at der er en aktivitet at samles om, og at det er mændene selv, der bestemmer, hvad de gerne vil lave, og at det er dem, der står for en stor del i forhold til at arrangere en aktivitet.

"Vi har særligt fokus på ensomhedsproblematikken hos mænd. De vil ikke sidde rundt om et bord. Aktiviteter som træ- eller metalværksted er en god indgang, men der er ikke adgang til disse tilbud alle steder. Vi har fx lavet madklubber for mænd, der er alene, eller hvis kone har demenssygdom. De lærer at lave mad, men får også et netværk, der rækker ud over aktiviteten." - (1) Forebyggende konsulent, Holstebro.

En eller flere frivillige eller medarbejdere kan tilknyttes gruppen og hjælpe til med planlægning og evt. indkøb i det omfang, der er brug for det.

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Målgruppen for tilbuddet er mænd i sårbare livssituationer, eksempelvis mænd, der er blevet alene, er pårørende til en alvorligt syg ægtefælle eller samlever, og/eller mænd, der netop har forladt arbejdsmarkedet.

Implementering

Ledelse

Det er en ledelsesmæssig opgave at fastlægge rammer og ressourcer for en evt. indsats målrettet ældre mænd i sårbare livssituationer.

Kompetencer

Indsatsen forudsætter ikke særlige kompetencer hos de kommunale medarbejdere, men i forhold til rekrutteringsprocessen er det vigtigt at have viden om, hvad der kan motivere mænd i sårbare livssituationer til deltagelse i aktiviteter uden for hjemmet. Kommunale medarbejdere giver udtryk for, at de oplever, at følgende kan motivere til deltagelse:

- Hvis der udleveres en meget informativ pjece med en god beskrivelse af tilbuddet
- Hvis der er et læringsperspektiv i aktiviteten; de ældre mænd vil gerne blive klogere på noget, som de interesserer sig for, og de vil gerne blive gode til noget
- Hvis de ældre mænd oplever, at de via aktiviteten kan være til nytte.

Organisering

Kommunale medarbejdere eller frivillige kan være initiativtagere til indsatsen, der afvikles i frivilligt regi eller i lokaler på fx et aktivitets- eller dagcenter. De kommunale medarbejdere eller frivillige kan være tilknyttet i opstartsfasen, eller så længe der er behov for det.

Opsporing af mænd, der er alene, kan fx ske gennem de forebyggende hjemmebesøg. En tidlig indsats har stor betydning, da det erfaringsmæssigt er sværere at motivere til deltagelse, hvis den enkelte er blevet mere isoleret. I kommuner, der tilbyder forebyggende hjemmebesøg til ældre over 65 år, der mister en ægtefælle, vil disse besøg være en oplagt arena for opsporing.

Flere kommuner oplever, at mænd i særlig grad kan være modstandere af, at der kommer 'en fra kommunen' og fortæller, hvad de skal. Kommunale frivilligkoordinatorer kan derfor med fordel samarbejde med sociale viceværter, boligsociale medarbejdere, praktiserende læger med flere om rekruttering af ældre til aktiviteten.

En mulig samarbejdspartner kan også være fagforbundene, der har kontakt med seniorer, der forlader arbejdsmarkedet og måske oplever et tomrum i overgangen til pensionisttilværelsen (1).

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på implementering og virkning af herreklubber kan med fordel fokusere på systematisk registrering af følgende indikatorer:

I hvor høj grad er indsatsen implementeret?

- Er der etableret et eller flere tilbud om herreklubber?
- Antal ældre mænd, der deltager i en herreklub
- Deltagere, der oplever en lavere grad af ensomhed og social isolation (baseline + et år efter, kan fx måles via redskabet UCLA).

Redskaber

Herudover kan det være væsentligt, at kommunen monitorerer indsatsen i forhold til:

- Deltagere, der har forbedret deres selvvaluerede livskvalitet (baseline + et år efter, kan fx måles via redskabet WHO5 eller EQ-5D)

- Antal deltagere, der fortsat deltager i aktiviteten efter ét år
- Antal deltagere, der angiver, at de har knyttet nye venskaber som følge af deltagelse i en herreklub
- Antal deltagere, der angiver, at de har kontakt til gruppens medlemmer uden for aktiviteten
- Antal deltagere, der angiver, at de føler, at der er brug for dem.

Redskaber

Ressourcer

Ressourceforbruget i forhold til at igangsætte herreklubber afhænger af kontakten til frivillige i lokalområdet og muligheden for at låne lokaler. Der kan være udgifter til:

- Kommunale medarbejdere, der kan facilitere tilbuddet
- Rekruttering af frivillige
- Lokaler
- Annoncering efter deltagere i opstartsfasen.



EKSEMPEL

Mandegruppe

På Ulfborg Aktiv Center, som er et åbent dagcenter i Holstebro Kommune, mødes en mindre gruppe af mænd i en 'Mandegruppe' hver mandag fra kl. 13.00 til ca. 15.30. Hver anden uge tager gruppen på ture sammen i en fælles bus med plads til 7 personer. Derudover er det muligt at køre i egen bil. Gruppens deltagere bestemmer, hvor turene går hen, og turene planlægges i de uger, hvor gruppen mødes på Aktiv Centret, hvor der også er tid til at spille kort, petanque, bob m.m. og drikke en kop kaffe sammen.

Til turene er der egenbetaling pr. kørt kilometer og til kaffe. Gruppen bliver understøttet af to medarbejdere fra 'det Mobile Aktivitetskors' i kommunen. Korpsen består af i alt 4 ansatte, der støtter aktiviteter under opstart eller grupper med særligt behov.

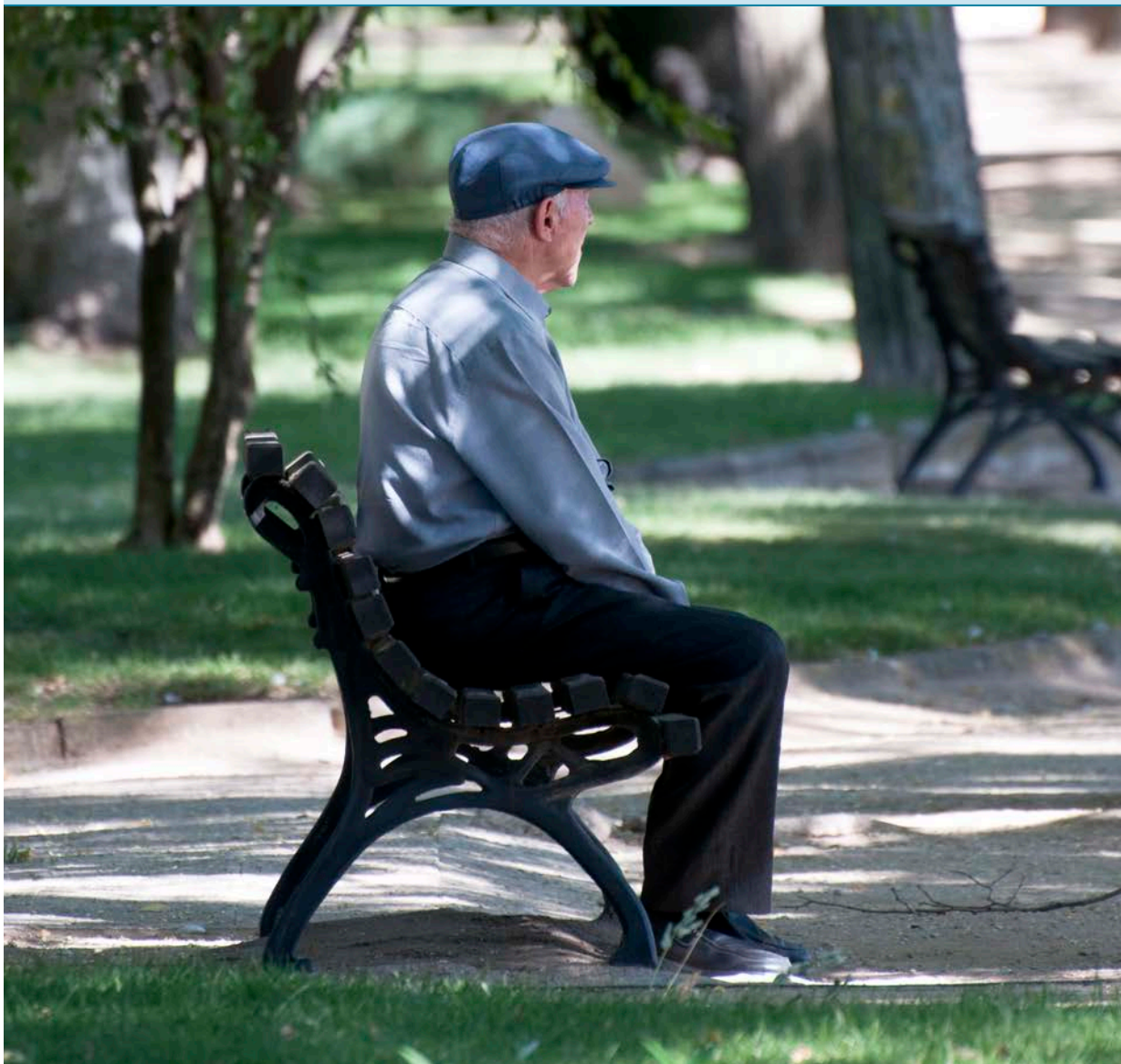
Virningen af mandegruppen i Ulfborg er ikke blevet undersøgt nærmere.

Kilder

- 1) [Hjemmesiden fagligsenior.dk](http://Hjemmesiden.fagligsenior.dk)

SELMORDSADFÆRD

Ældre har de højeste selvmordsrater af alle aldersgrupper. Derfor er det vigtigt, at kommunerne fokuserer på forebyggende indsatser for deres ældste borgere.



HVORFOR FOREBYGGE?

Antallet af selvmord er faldet, men ældre mennesker har fortsat de højeste selvmordsrater. Der er mange positive gevinster ved at igangsætte selvmordsforebyggende initiativer både for den ældre selv, de pårørende og for samfundet som helhed.

Fra 1980'erne til i dag er selvmordsraterne i Danmark mere end halveret. Siden 2010 har man dog set en svag stigning i selvmord blandt mænd. Ældre har fortsat de højeste selvmordsrater af alle aldersgrupper. Forebyggende tiltag over for selvmord blandt de ældste aldersgrupper er derfor særdeles nødvendige.

Det kan være hensigtsmæssigt at præcisere, hvad begrebet selvmordsforsøg, selvmord, selvmordstanker og selvmordsadfærd dækker over, når problemets omfang og kompleksitet skal forstås.

Selvordsforsøg og selvmord er defineret i henhold til WHO's definitioner.

Hvad er et selvmordsforsøg?

Et selvmordsforsøg er en handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser.

I definitionen af selvmordsforsøg indgår:

- At personen har en forestilling om, at handlingen eller den påtænkte handling er skadevoldende
- At der ikke behøver at være et dødsønske
- At handlingen ikke behøver at være livsfarlig
- At handlingen ikke er vanemæssig, fx ikke skyldes overdosering ved habituel misbrug
- At handlingens formål er at fremme ønskede forandringer, fx at komme væk fra en utålelig situation eller tilstand, at påvirke andre eller at få hjælp
- At handlingen ville være skadevoldende, hvis ikke andre greb ind. Det vil sige, at hvis en person bliver forhindret i at foretage en selvmordshandling (fx udspring fra et højt sted), er der tale om et selvmordsforsøg, også selv om selvmordshandlingen ikke foretages.

Hvad er et selvmord?

Et selvmord er en handling med en dødelig udgang, som afdøde med viden eller forventning om et dødeligt udfald havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde de af den afdøde ønskede forandringer.

I definitionen af selvmord indgår, at den afdøde:

- Selv var klar over, at handlingen var dødelig
- Selv havde foranstaltet og gennemført handlingen.

Definitionen forudsætter, at den afdøde havde viden eller forventninger om et dødeligt udfald, og at den afdøde havde ønsker om forandringer.

Hvad er selvmordstanker?

Begrebet "selvmordstanker" er vanskeligt at definere og afgrænse operationelt. Selvmordstanker strækker sig fra forestillinger om at dø til vedvarende og påtrængende overvejelser om at begå selvmord. Hvis "tanker om at dø" betegnes som selvmordstanker, vil der antageligt være mange, som har haft selvmordstanker igennem et livsforløb, hvorimod "selvmordstanker", defineret som overvejelser om selvmord, vil forekomme sjældnere (1).

Hvad er selvmordsadfærd?

Selvmordsadfærd forstås som en sammenfattende betegnelse for selvmordstanker, selvmordsforsøg og fuldbyrdede selvmord (2).

Prævalens

Ifølge de seneste opgørelser fra dødsårsagsregistret (Statens Serums Institut, 2013) begik 661 personer selvmord i 2012 (167 kvinder, 494 mænd). Selvmord optræder hyppigst hos mænd og hyppigere hos ældre end yngre. Cirka en tredjedel af selvmord i 2012 blev begået af ældre mennesker (65+), som blot udgør 23 % af befolkningen. Ældre har således en forholdsmæssig høj selvmordsrate. Det er ældre mænd (85+), som har den højeste selvmordsrate.



FAKTA

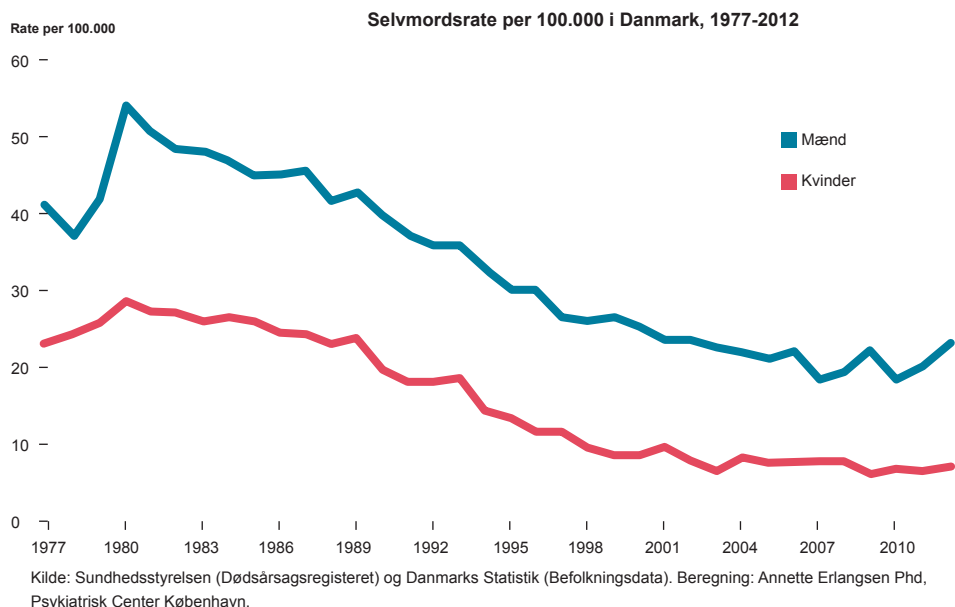
Selvmord blandt ældre mennesker i Danmark

- I 2012 begik 661 personer selvmord. En tredjedel af disse selvmord blev begået af ældre mennesker.
- Selvmord optræder hyppigst hos mænd og hyppigere hos ældre end yngre.
- De ældste mænd (85+) har den højeste selvmordsrate.

Selvmordsraten har været aftagende gennem de seneste årtier i Danmark (Figur 1). Den samlede selvmordsrate har været faldende siden begyndelsen af 1980'erne. Selvmordsraten var i 2012 på 22,4 og 7,4 per 100.000 personår henholdsvis for mænd og kvinder fyldt 15 år og derover. Hyppigheden af selvmord beregnes generelt som det årlige antal selvmord blandt personer fyldt 15 år eller derover per 100.000 personår. Personår er et

mål for befolkningsstørrelsen: En person, som boede i landet igennem hele året, tæller som 1 personår. Personår er et bedre mål end fx antallet af personer bosat i landet pr. 1. januar, da man i udregningen af personår kan tage højde for dødsfald samt ud-/indvandring i løbet af det observerede år.

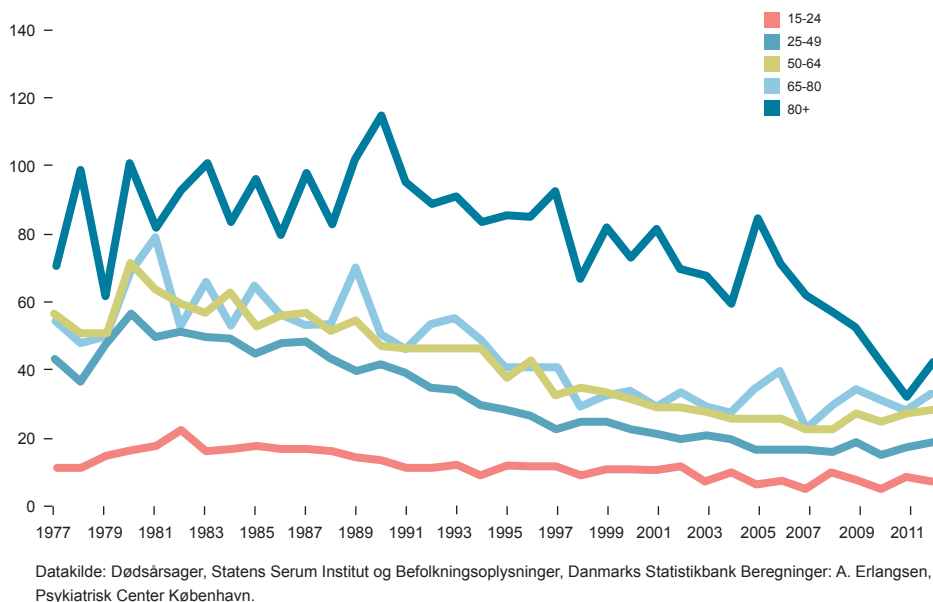
FIGUR 1: SELVMORDSRATEN PER 100.000 PERSONÅR EFTER KØN FOR PERSONER BOSAT I DANMARK, 1977 – 2012



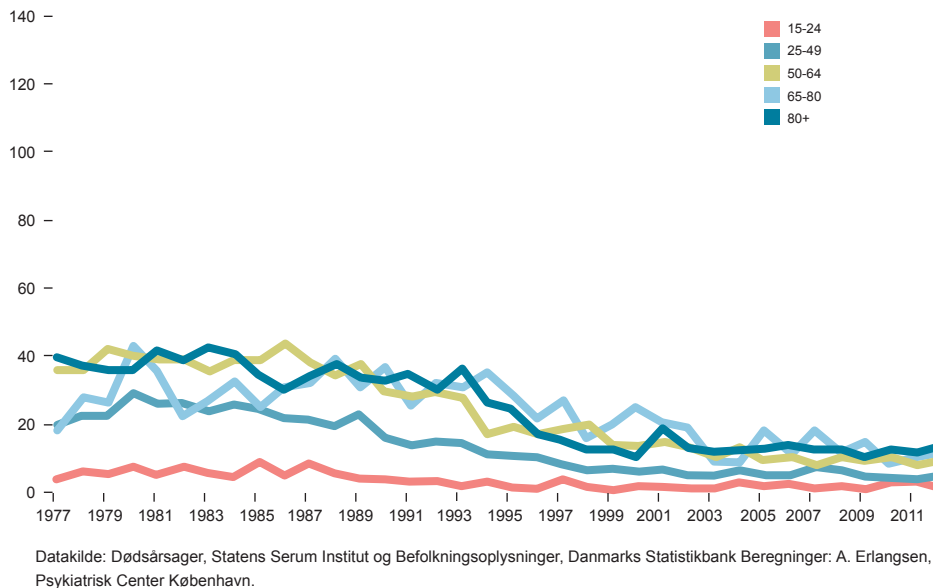
De aldersspecifikke selvmordsrater i figur 2 og 3 viser, at det hovedsagligt var de yngre aldersgrupper, som havde en aftagende selvmordsrate i 1980'erne. Først i 1990'erne observeres en faldende tendens for de ældre aldersgrupper. I 2012 var selvmordsraten for mænd i aldersgrupperne 65-80 år og derover henholdsvis 33 og 42 per 100.000 personår, hvilket er ca. 50 % højere end gennemsnittet for alle aldersgrupper. De ældste mænd har de højeste selvmordsrater af alle aldersgrupper, se figur 2.

Selvordsraten for kvinder i aldersgrupperne 65-80 år og derover var henholdsvis 12,7 og 10,2 per 100.000 personår, hvilket er henholdsvis 65 % og 45 % højere end gennemsnittet for alle aldersgrupper. Den højeste selvmordsrate for kvinder var i aldersgruppen 65-80 år i 2012, se figur 3 (3).

FIGUR 2: SELVMORDSRATEN PER 100.000 PERSONÅR EFTER ALDERSGRUPPER FOR MÆND BOSAT I DANMARK, 1977-2012



FIGUR 3: SELVMORDSRATEN PER 100.000 PERSONÅR EFTER ALDERSGRUPPER FOR KVINDER BOSAT I DANMARK, 1977-2012



Selvordsmetoder

Generelt udføres ældres selvmordshandlinger med en højere selvmordsintention end yngre menneskers. Det vil sige, at ældre mennesker er meget velovervejede og målbevidste, når de vælger at tage deres eget liv. De ældre benytter typisk beslutsomme og effektive selvmordsmetoder, hvor sandsynligheden for overlevelse er begrænset. De ældre mænds selvmord sker hyppigst ved hængning og skydning. Den største del af ældre kvinders selvmord udføres ved hjælp af forgiftning, men hængning eller drukning er også hyppigt anvendte metoder.

Ældres selvmordsadfærd har ofte en fatal udgang, fordi de har en større fysisk skrøbelighed, oftere lever alene og derfor bliver fundet senere, og fordi de har en stærkere selvmordsintention (4).

Hvorfor er det vigtigt at forebygge selvmordsadfærd blandt ældre?

Der er megen psykisk smerte og ensomhed forbundet med et selvmord; ikke kun hos den ældre selv, men også hos de pårørende. Det vurderes, at i gennemsnit 5 nærtstående personer bliver svært påvirket, hver gang der sker et selvmord.

Der er mange positive gevinster ved at igangsætte selvmordsforebyggende initiativer både for den ældre selv, de pårørende og for samfundet som helhed.

En primær gevinst er bedre trivsel og livskvalitet blandt de ældre, lindring af psykiske og fysiske smerter samt færre selvmord og selvmordsforsøg og hermed afledte belastninger af sundheds- og socialektoren.

Skal det lykkes at nedbringe selvmordsraterne blandt ældre borgere, så skal der sættes ind med tidlig opsporing samt forebyggende og støttende initiativer i forhold til depressioner, demens, ensomhedsfølelse og social isolation samt tab af nærtstående, da disse belastende forhold og negative livsbegivenheder er nogle af de væsentlige risikofaktorer for selvmordsadfærd blandt ældre.

Forebyggende kommunale og støttende initiativer over for ovenstående risikofaktorer kan hindre, at mistrivsel og selvmordsadfærd opstår eller forværres og kan derved spare senere omkostninger i forhold til behandling, (gen)indlæggelser, ekstra pleje, supplerende hjemmebesøg, opfølgning efter hospitalsindlæggelser, støtte i eget hjem, plejehjem, aflastningsophold etc.

MERE VIDEN

Vurdering og visitation af selvmordstruede

Få mere viden om vurdering, visitation og risikofaktorer i Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale til sundhedspersonale.

[Rådgivningsmateriale til sundhedspersonale](#)

Forebyggelse af ældres selvmord – evidensbaseret viden

Få viden om selvmordsrater blandt ældre, risikogrupper og forebyggelse i review udgivet af Socialstyrelsen.

[Review om forebyggelse af selvmord blandt ældre](#)

Kilder

- 1) Sundhedsstyrelsen (2007): Vurdering og visitation af selvmordstruede. Rådgivning til sundhedspersonale.

Vurdering og visitation af selvmordstruede. Rådgivning til sundhedspersonale

- 2) Sundhedsstyrelsen (1998). Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark.

- 3) Socialstyrelsen (2014): Review: Forebyggelse af ældres selvmordsadfærd – evidensbaseret viden

Review: Forebyggelse af ældres selvmordsadfærd – evidensbaseret viden

- 4) Center for Selvmordsforskning(2006): Inspirationshåndbog til ledelse og personale i social – og sundhedssektoren.

TIDLIG OPSPORING

For at forebygge selvordsadfærd blandt ældre er det vigtigt at være opmærksom på en række risikofaktorer. Depression er en af de væsentligste, men også somatiske lidelser, tab af nærtstående samt ensomhed og isolation er vigtige risikofaktorer.

Hvad karakteriserer ældre, der begår selvmord?

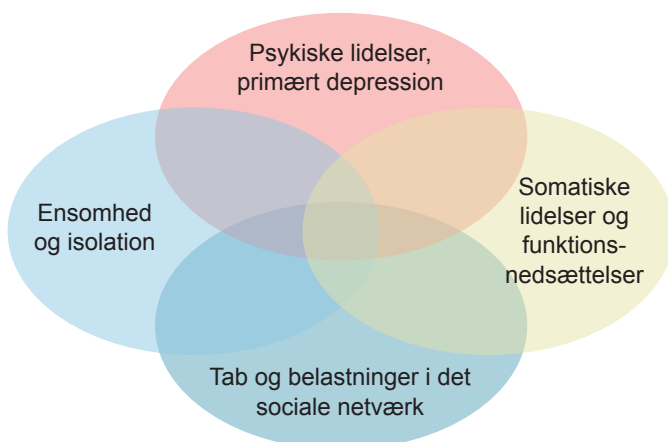
Forskning har vist, at størstedelen af ældre, der begår selvmord, bor i eget hjem. Selvmordsraterne stiger med alderen, og mænd har en højere hyppighed end kvinder.

Dansk og international forskning har derudover identificeret en lang række risikofaktorer, der øger risikoen for selvmord hos ældre. Disse faktorer er vigtige at kende i forhold til identifikation og tidlig opsporing af ældre, der viser begyndende tegn på mistrivsel, herunder selvordsadfærd.

Det er vigtigt at få sat tidligt ind med forebyggende indsatser, da den suicidale proces, dvs. tiden fra tankerne om selvmord opstår til udførelsen af selvmordshandlingen, er kortere hos ældre (især mænd) end blandt yngre mennesker.

Nedenstående figur viser, hvorledes forskellige forhold eller livsomstændigheder kan lappe over hinanden og tilsammen påvirke et ældre menneskes selvordsadfærd. Et selvmord kan betragtes som et resultat af mange forskellige belastninger, der tilsammen gør livet ubærligt (1).

FIGUR 4: MODEL OVER RISIKOFAKTORER FOR SELVMORD BLANDT ÆLDRE



Depression

Det anslås, at 10,5 % af ældre borgere har symptomer, som svarer til en mild depression. Forekomsten af depressive lidelser menes at være mere udbredt hos ældre mennesker over 80 år og blandt kvinder end i den øvrige del af befolkningen. Der er depressive lidelser hos ældre, som ikke bliver opdaget og behandlet (2).

Depression er en af de mest velkendte og væsentligste risikofaktorer for selvmordsadfærd blandt ældre. Flertallet af ældre (54 – 87 %), der tager deres eget liv, menes af have haft en depressiv lidelse på selvmordstidspunktet. Depressioner kan opstå efter negative sociale livsbegivenheder og omstændigheder i den ældres liv såsom en svær sygdom, efter ægtefællens eller partnerens død, men også i forbindelse med skilsmisser, økonomiske vanskeligheder samt flytning til plejehjem (3).

Danske studier viser, at ældre mænd, der tidligere i livet har været indlagt med en depression, har en 7-12 gange højere selvmordsrate i forhold til mænd, der ikke har været indlagt med depression. Især tiden lige efter en indlæggelse og udskrivning fra en psykiatrisk afdeling er kritisk (4). Efter udskrivning er det derfor vigtigt med opfølgning i form af besøg af fx forebyggende medarbejdere, hjemmeplejen, aftaler med lægen etc.

Da depression er en væsentlig risikofaktor for selvmordsadfærd, er der grund til, at alle, der har med ældre mennesker at gøre, har den nødvendige viden om, hvorledes depressioner kan komme til udtryk og opspores.

Opsporing af depression via redskabet GDS-15

Screeningsredskabet The 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) er specielt konstrueret til at hjælpe med at identificere depressionssymptomer blandt ældre. GDS-15 udføres som interview, hvor 15 spørgsmål læses op for den ældre borger. Et interview tager cirka 5 minutter.

GDS-15 under "Redskaber"

Andre psykiske sygdomme

At have en psykisk sygdom er ofte forbundet med en højere selvmordsrisiko. En skizofreni-diagnose er forbundet med en ca. 2-3 gange højere selvmordsrisiko blandt ældre (+70-årige) end blandt ældre uden diagnosen (5). En demenssygdom er ligeledes en væsentlig risikofaktor for selvmordsadfærd hos ældre mennesker. Selvmordsrisikoen er især høj hos de yngste ældre og i tiden kort efter, at demensdiagnosen er stillet. Depression forekommer hyppigt i forbindelse med demens. Op imod halvdelen af personer med Alzheimers sygdom får symptomer på depression på et eller andet tidspunkt. Har den demente yderligere en depression (multisygdom), forøges selvmordsrisikoen 11-12 gange uafhængigt af alder (6).

Alkoholproblematikker

Alkoholproblematikker er ligeledes en risikofaktor for selvmordsadfærd, især blandt ældre mænd. Overforbruget ses ofte i sammenhæng med sociale stressorer såsom ensomhed og tab af nærtstående (7).

Alkohol

Ensomhed

Somatiske lidelser

Fysisk svækkelse kan medføre tabt livsindhold, svækket selvværd, øget isolation og i værste fald selvmord. Dansk forskning viser således, at mænd og kvinder over 60 år, som begik

selvmord i perioden 1990 - 2009, ofte havde haft svær sygdom. Det gjaldt for 45 procent af mændene og 69 procent af kvinderne. Især somatiske sygdomme som kræft, apopleksi (blodprop i hjernen), KOL, inkontinens og sansetab medfører øget selvmordsrisiko blandt ældre.

Sygdomme som disse stiller store krav til den ældres omstillingsevne, da de ofte har varige følger såsom øget afhængighed af andre, tab af mobilitet og færdigheder samt kroniske smerter. Netop oplevelsen af fysiske smerter har en betydelig indflydelse på udvikling af selvmordsadfærd. Ældres smerteoplevelse overses og underbehandles ofte, ligesom de i mindre grad end yngre aldersgrupper henvises til smerteklinikker. Funktionsnedsættelser kan således for mange ældre mennesker medføre forringet trivsel og livskvalitet. Samtidig øges de ældres sårbarhed over for yderligere belastninger, da mestringsevnen svækkes (8).

Tab af nærtstående samt ensomhed og isolation

Tab og belastninger i det sociale netværk er karakteristisk for alderdommen. En ægtefælles død kan være en smertefuld belastning, der kan medføre stærke følelser af ensomhed og isolation. Når en ældre borger står tilbage uden livsledsager, bliver risikoen for selvmord således markant forøget. Værst ser det ud for de ældste, mandlige borgere (+80-årige). Her er der tale om en 8 gange forhøjet selvmordsrisiko, hvis partneren dør.

Forskningen viser, at risikoen for selvmord blandt mænd er størst i tiden umiddelbart efter tab af ægtefælle. Derefter falder risikoen. Det er derfor vigtigt, at den ældre har mulighed for at tale om den sorg, frygt eller bekymring, der knytter sig til tabet. Det kan derfor også være hensigtsmæssigt med fx et supplerende forebyggende hjemmebesøg inden for de første 2-3 måneder. Generelt set er det vigtigt, at de personer, som møder et ældre menneske, der har mistet en ægtefælle, er opmærksomme på, at sorgprocessen kan være så vanskelig, at den potentielt kan udvikle sig til en depression og i værste fald selvmord.

SÆT FOKUS PÅ

Risikofaktorer, der kan øge risikoen for selvmord blandt ældre:

- Psykiske lidelser, herunder misbrug
- Tab af nærtstående
- Ensomhed og isolation
- Somatiske lidelser
- Udskrivelse fra psykiatrisk hospital inden for de sidste par uger
- Tidligere selvmordsforsøg
- Alders- og sygdomsbetinget tab af selvhjulpethed.

Hvem kan opspore ældre, der mistrives?

Professionelle (de forebyggende medarbejdere, sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere/-assistenter, demenskoordinatorer, konsulenter etc.) og faggrupper i ældresektoren er relevante aktører i opsporingen af ældre, som er i risiko for at udvikle selvmordsadfærd. Det er således vigtigt, at de kommunale frontmedarbejdere har viden om signaler og risikofaktorer for selvmordsadfærd samt formår at håndtere selvmordstruede mennesker. Af andre relevante opsporingsaktører udover de kommunale kan nævnes praktiserende læger, frivillige og frivillige foreninger i kommunen, præster etc.

Det vurderes, at op til to ud af tre ældre borgere, der begår selvmord, har opsøgt en læge i den sidste måned inden selvmordet (9). Den praktiserende læge kan således spille en afgørende rolle i identifikationen af selvmordstruede ældre. Derudover er de pårørende vigtige i forhold til tidlig identifikation og opsporing af ældre borgere, der mistrives.

Signaler på selvmordsadfærd

Det er vigtigt at opfange signaler på mistrivsel hos ældre. Disse signaler kan vise sig både i adfærden, i tanker og som følelser. Ændringer i adfærden kan for eksempel være, at den ældre ikke mere deltager i aktiviteter, der tidligere har gjort den pågældende glad og engageret. Tankerne kan kredse om tidligere og nuværende fejltrin, som medfører, at omgivelserne omtales som værende bedst tjent med, at den ældre er død. Følelserne kan præges af håbløshed og ensomhedsfølelse uden positive forestillinger om, hvad fremtiden kan bringe.

Man ved, at op mod 75 % af de ældre, som begår selvmord, kommer med hentydninger eller på anden måde indikerer, at de har tanker om tage deres liv.



75 % af ældre borgere, som begår selvmord, kommer med hentydninger eller har på anden måde indikeret, at de har tanker om at tage deres liv (10).

Signaler på selvmordsadfærd kan opdeles i uspecifikke og specifikke signaler. Fælles for de opstillede, uspecifikke signaler er, at de er tegn på alvorlig mistrivsel og under alle omstændigheder bør tages alvorligt, hvad enten de er udtryk for selvmordsovervejelser eller tristhed og sorg som naturlig reaktion på fx tab af ægtefælle. Uanset hvad bør sådanne signaler afstedkomme deltagelse og samtale (11).

Uspecifikke signaler:

Følelser

- Stor håbløshed og ensomhed
- Vrede, tab af kontrol
- Udtalt mindreværd
- Stærk skyld- og/eller skamfølelse
- Vedvarende tristhed, angst eller vrede

Adfærd

- Øget forbrug (evt. misbrug) af alkohol eller andre rusmidler
- Interesse for døden
- Mareridt
- Stærk uro og ophidselse

- Aggression, risikoadfærd

Forandringer

- Bliver apatisk, tilbagetrukket eller manisk
- Plages af koncentrationsbesvær
- Sover meget eller sover meget lidt
- Appetitløshed eller overspisning
- Tab af interesse for venner, hobby osv. Det, der ellers gav mening og fyldte livet, giver nu ingen mening.

Udsagn

- ”Jeg er her nok snart ikke mere”
- ”Jeg vil ikke mere”
- ”Jeg vil bare væk herfra”

Specifikke signaler:

Udsagn om meget påtrængende selvmordstanker, formuleringer af selvmordsplaner eller fantasier samt overvejelser om, hvad der vil ske efter selvmordet, er tegn på, at den pågældende er selvmordstruet.

Ud over de meget direkte udsagn kan selvmordshensigten også komme til udtryk i handlinger. Som forberedelse på døden kan den selvmordstruede fx begynde at forære sine yndlingsting væk, lave testamente, skaffe sig midler til at kunne gennemføre et selvmord (anskaffe våben, samle piller etc.).

Samtalen

At tale med ældre om selvmordstanker får ikke ældre til at begå selvmord. Samtalen har derimod en profylaktisk effekt, idet de fleste oplever det som en lettelse at få mulighed for at fortælle om eventuelle selvmordstanker.

Det er ikke muligt at give præcise anvisninger på, hvorledes professionelle skal tale med ældre, der udviser specifikke eller uspecifikke signaler på selvmordsadfærd. Følgende tre forudsætninger for samtalen er dog væsentlige:

SÆT FOKUS PÅ

Forudsætninger for samtalen:

- At man tør stille spørgsmål
 - At man tør høre svarene
 - At man har ro og fred til samtalen.
-

Generelt for selve samtalen med ældre mennesker, der udviser selvmordsimpulser gælder følgende (12):

SÆT FOKUS PÅ

Følgende elementer i samtalen:

- Vind tid
- Accepter aldrig selvmord som en løsning, men anerkend, at den ældre befinder sig i en vanskelig situation
- Styrk kommunikationen og den menneskelige kontakt
- Indgiv håb
- Modvirk tunnelsyn
- Hjælp med løsninger til akutte problemer
- Undgå at give for mange råd
- Understreg, at tilstanden er midlertidig og vil kunne afhjælpes.

Hvad gør man?

Hvis man vurderer, at et menneske er selvmordstruet, fx har selvmordstanker, bør man hjælpe vedkommende til at søge hjælp hos egen læge, som kan lave en mere grundig risikovurdering og evt. henvise til psykolog, misbrugsbehandling eller landets klinikker for selvmordsforebyggelse.

MERE VIDEN

Få viden om risikofaktorer for ældres selvmord

Forebyggelse af ældre mænds selvmord – indsatsområder og anbefalinger.
Besøg hjemmesiden for "Forskergruppen ældre og selvmord".

[Forskergruppen ældre og selvmord](#)

Samtaleteknik

Find viden om blandt andet samtaleteknik i Sundhedsstyrelsens publikation "Vurdering og visitation af selvmordstruede - Rådgivning til sundhedspersonale".

[Rådgivningsmateriale til sundhedspersonale](#)

Forebyggelsespakke om mental sundhed

Forebyggelsespakken er udviklet af Sundhedsstyrelsen til kommunerne og indeholder faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde.

[Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker](#)

Kilder

- 1) Winsløw et al. (2005): Forebyggelse af ældre mænds selvmord – indsatsområder og anbefalinger. Forskergruppen ældre og selvmord.
- 2) J. K. Djernes (2006): Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand 113 (5):372-387.
- 3) Socialstyrelsen (2014): Review: Forebyggelse af ældres selvmordsadfærd – evidensbaseret viden.

Review: Forebyggelse af ældres selvmordsadfærd – evidensbaseret viden

- 4) Erlangsen, A. (2009): Ældre mænds selvmord. I: Ældre og psykisk sygdom af Jes Gerlach og Povl Riis (red.) Psykiatrifonden s. 91-99.
- 5) A. Erlangsen, W. W. Eaton, P. B. Mortensen, and Y. Conwell (2012): Schizophrenia – a predictor of suicide during the second half of life? Schizophr.Res. 134 (2-3):111-117.
- 6) A. Erlangsen (2011): Selvmordsrisiko blandt personer diagnosticeret med demens. Suicidologi 16, 9-13.
- 7) M Waern (2011): Suicidologi 16, 3-8.
- 8) Stephensen et al. (2006): Kommunepakken selvmordsforebyggelse blandt ældre. Center for Selvmordsforskning.
- 9) Erlangsen, A. (2009): Ældre mænds selvmord. I: Ældre og psykisk sygdom af Jes Gerlach og Povl Riis (red.) Psykiatrifonden s. 91-99.
- 10) Erlangsen, A. (2010): Ældre mænds selvmord. Center for forskning og forebyggelse
- 11) Langhof, P. (2007): Signaler på selvmordsadfærd. Center for Selvmordsforskning.
- 12) Sundhedsstyrelsen (2007): Vurdering og visitation af selvmordstruede. Rådgivning til sundhedspersonale.

Vurdering og visitation af selvmordstruede. Rådgivning til sundhedspersonale

INDSATSER

Fra international side findes der evidensbaseret viden om forskellige forebyggende strategiers effekt på ældres selvmordshyppighed. I Danmark er der udført adskillige projekter, som muligvis har haft en forebyggende effekt over for ældres selvmordshyppighed. Ingen af disse projekter har dog søgt at dokumentere en egentlig effekt i forhold til selvmordshyppigheden.

Selvordsforebyggelse

Forebyggelse af sygdom og død opdeles ofte i følgende tre typer af interventioner: Universelle, indikerede og selektive interventioner.

Universelle interventioner er rettet mod hele befolkningen eller store befolkningsgrupper. Universelle interventionsstrategier søger at forebygge selvmord, inden tanker eller ideer herom opstår; eksempelvis gennem oplysningskampagner og metodebegrænsning.

Indikerede interventioner er rettet mod grupper, hvor der er grund til at formode en høj selvmordsrisiko, fx ældre, der for nylig har mistet deres ægtefælle. Disse interventioner søger at yde en forebyggende indsats ved at afbøde de elementer, som kunne føre til, at en person bliver decideret selvmordstruet. Eksempler på interventioner af denne type er telefon-hotlines eller gatekeepers (dvs. kontaktpersoner, som kan reagere, hvis en person bliver selvmordstruet). Kommunale tilbud om særlige forebyggende hjemmebesøg til enker og enkemænd er et eksempel på en indikeret intervention, hvor den forebyggende medarbejder fungerer som gatekeeper.

Selektiv forebyggelse er rettet direkte mod personer, som har selvmordstanker eller er selvmordstruede. I disse interventioner yder man typisk en behandling for at reducere selvmordstanker og intentioner, fx gennem psykoterapi (1).

Evidensbaseret viden om forebyggende strategier

Et review vedrørende evidensbaseret viden om forebyggelse af selvmord blandt ældre mennesker viser, at nedenstående indsatser kan nedbringe selvmordshyppigheden hos ældre selvmordstruede mennesker (1).

- Optimeret depressionsbehandling hos praktiserende læge med tilknyttet kontaktperson
- Oplysningskampagne om depression samt screening for depression
- Installation af alarmsystem (Telecheck) i borgerens hjem
- Interpersonel IPT, interpersonel psykoterapi. Dette er en psykologisk terapiform, som er velegnet til korttidsbehandling af depression. Det relevante i behandlingen er, at der

fokuseres på den aktuelle livssituation, og terapeuten forstår at tilpasse sin behandling til ældre mennesker.

- Telefonrådgivning og krisehjælp til ældre.

Flere af studierne kombinerede universelle, selektive og indikerende forebyggelsesstrategier (dvs. en flerstrengt indsats). Herved opnås en bredere intervention mod ældre borgere generelt samt også mod deciderede selvmordsadfærdige borgere.

Reviewet viser, at der generelt set findes få interventioner, som har en dokumenteret selvmordsforebyggende effekt (1).

Få kommuner har målrettet indsats til forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre

Rapporten "Kortlægning af kommunale indsatser til forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre" viser, at meget få kommuner har en målrettet indsats til forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre.

Kun syv kommuner har gennemført kompetenceudvikling om selvmordsadfærd af relevant personale inden for de sidste to år. Tre kommuner angiver, at de har nøglepersoner på området. Det samlede billede, der tegner sig, er, at omkring en femtedel af kommunerne i undersøgelsen har en særlig målrettet indsats omhandlende forebyggelse af psykisk og/eller social mistrivsel og selvmordsadfærd blandt ældre. Kortlægningen viser endvidere, at de forebyggende hjemmebesøg udgør en meget væsentlig arena for opsporing af ældre, der mistrives psykisk og socialt (2).

SÆT FOKUS PÅ

- Opsporing af depression blandt ældre borgere
- Kompetenceudvikling og uddannelse
- Opmærksomhed på ældre borgere, der mistrives psykisk og socialt.

Se konkrete forslag til initiativer herunder.

Forslag til forebyggende indsatser

Til inspiration for praksis i kommunerne er der på baggrund af den tilgængelige viden om effektive metoder beskrevet tre indsatser til forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre.

- **Opsporing af depression ved de forebyggende hjemmebesøg**
I forhold til forebyggelse af selvmordsadfærd er det væsentligt at få opsporet ældre borgere, der udviser depressionstegn, da depression er en af de væsentligste risikofaktorer for selvmord blandt ældre. Depression kan opstå som følge af negative sociale begivenheder og omstændigheder som eksempelvis tab af ægtefælle, flytning til plejehjem, somatiske lidelser etc. I indsatsen beskrives, hvordan kommunerne kan opspore ældre, der udviser depressionssymptomer.

[Opsporing af depression ved de forebyggende hjemmebesøg](#)

- **Uddannelse af nøglepersoner i den kommunale sektor**

En række kommuner har arbejdet målrettet med forebyggelse af selvmordsadfærd. I modelprojektet i Vejle Amt i 2002-2003 og i projektet i Region Nordjylland i 2006-2009 har kommunerne blandt andet arbejdet med kompetenceudvikling, netværksdannelse samt udvikling af internt og eksternt samarbejde. Desuden blev der uddannet nøglepersoner med overordnet ansvar for opfølgning på selvmordsadfærd og videreuddannelse af personale. Indsætserne beskriver, hvordan der i kommunalt regi kan arbejdes med brug af nøglepersoner og kompetenceudvikling.

Uddannelse af nøglepersoner

- **Enke- og enkemandbesøg**

Når en ældre borger står tilbage uden livsledsager, bliver risikoen for selvmord markant forøget. Værst ser det ud for de ældste mandlige borgere (+80-årige). Det er derfor vigtigt, at den ældre har mulighed for at tale om den sorg, frygt eller bekymring, der knytter sig til tabet. Da selvmordsrisikoen er størst inden for de første tre måneder, kan det være hensigtsmæssigt med eksempelvis et supplerende forebyggende hjemmebesøg inden for denne periode. Flere og flere kommuner er opmærksomme på, at ældre er i øget risiko ved tab af ægtefælle. En kortlægningsundersøgelse viser således, at 57 ud af 84 kommuner tilbyder et supplerende besøg til nyblevne enker og enkemænd. Indsatsen beskriver kommunale indsatser i forhold til enker og enkemænd.

Enke- og enkemandbesøg

MERE VIDEN

Forebyggelse af ældres selvmord – evidensbaseret viden

Få viden om selvmordsrater blandt ældre, risikogrupper og forebyggelse i review udgivet af Socialstyrelsen.

[Review om forebyggelse af selvmord blandt ældre](#)

Kilder

- 1) Socialstyrelsen (2014): Review: Forebyggelse af ældres selvmordsadfærd – evidensbaseret viden

Review: Forebyggelse af ældres selvmordsadfærd – evidensbaseret viden

- 2) Socialstyrelsen (2014): Kortlægning af kommunale indsatser til forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre.

Kortlægning af kommunale indsatser til forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre

OPSPORING AF DEPRESSION VED DE FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG

Det er en vigtig kommunal opgave at identificere begyndende psykiske problemstillinger, herunder depression blandt ældre. Forebyggende hjemmebesøg kan spille en væsentlig rolle i forhold til opsporingen ved eksempelvis at screene borgerne for depression.

Formål

Formålet med indsatsen er at styrke den tidlige opsporing af depression via systematisk screening ved de lovpligtige forebyggende hjemmebesøg.

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

54 – 87 % af alle ældre, som begår selvmord, har en depression på dødstidspunktet. De forebyggende medarbejders identifikation af depressionssymptomer og depression er således afgørende i forhold til selvmordsforebyggelse.

Observation for depressionssygdom hos ældre mennesker kan være vanskelig. En dansk undersøgelse og flere udenlandske undersøgelser har dog vist, at screening med et relevant screeningsredskab er et effektivt supplement til almen observation for depressionssygdom hos ældre (1).

Derfor kan forebyggende medarbejdere som en del af deres almene observation screene borgeren med Geriatric Depression Scale (GDS-15) ved mistanke om depression. GDS-15 er et screeningsværktøj, der er konstrueret med henblik på at identificere depression blandt kognitivt intakte eller let-moderat dysfunktionerende ældre.

GDS-15 under "Redskaber"

Anvendt som screeningsredskab er GDS-skærings-scoren 5-6 point. Dvs. at ved score fra 5-6 point og opefter er der begrundet mistanke om depression. Sådanne udfald af GDS-screening kaldes screeningspositive. Jo flere point over 5-6, jo større er depressionsmistanken.

Hvis den undersøgte borger er screeningspositiv, opfordres han/hun til at henvende sig til egen læge medbringende resultatet af GDS-undersøgelsen. Som alternativ kan den forebyggende medarbejder – efter at have indhentet tilladelse til det – henvende sig til den praktiserende læge og videregive resultatet af sin GDS-undersøgelse sammen med øvrige observationer (2).

Har borgeren selvmordstanker, bør vedkommende henvises til lægen eller evt. en klinik for selvmordsforebyggelse.

Udover henvisning til egen læge kan den forebyggende medarbejder i samarbejde med borgeren vurdere, om borgeren skal tilbydes andre indsatser, der understøtter den ældre borgers fysiske, psykiske og sociale funktionsevneniveau.

Denne indsats kunne eksempelvis være:

- Gangprogrammer
- Spisevenner eller andre grupperelaterede indsatser
- Andre relevante indsatser, der findes i kommunen
- Sorggrupper
- Et supplerende forebyggende hjemmebesøg
- Kurser i at takle livet med angst og depression.

Den forebyggende medarbejder udarbejder på baggrund af besøget en individuel handleplan for den ældre borger. I ordet handleplan ligger, at medarbejderen sammen med borgeren aftaler det videre forløb, og at dette registreres i kommunens eget omsorgssystem. Handleplanen er ikke noget omfattende dokument, men en registrering af en aftale om, at den forebyggende medarbejder hjælper borgeren med kontakt til aktivitetscenter, læge el. lign.

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Målgruppen er ældre borgere (+75-årige), der får tilbud om et forebyggende hjemmebesøg. Samlivsstatus har betydning for mennesker, og derfor udvikler enker og enkemænd i højere grad depression, end tilfældet er for gifte samlevende eller personer, der altid har levet alene.

Ud fra et forebyggelsesperspektiv vil det ligeledes være en fordel, hvis ældre borgere, der er i risiko for at udvikle depression og selvmordstanker, får tilbud om et supplerende hjemmebesøg og screenes for depression.

Implementering

Ledelse

Lederen af de forebyggende hjemmebesøg er ansvarlig for, at screeningsredskaber samt individuelle handleplaner anvendes og implementeres i den pågældende kommune. Screeningsresultater og handleplaner indskrives i de allerede eksisterende omsorgssystemer i kommunerne.

Kompetencer

Der vil i mange tilfælde være behov for kompetenceudvikling, der sikrer, at medarbejderne har en grundlæggende viden om ældre og depression, herunder signaler på depression, sygdommens karakteristika og forløb samt sammenhængen mellem depression og selvmordsadfærd. Derudover er det afgørende, at medarbejderne er trænet i at anvende screeningsredskabet GDS-15 samt tage den svære eksistentielle samtale.

Organisering

Den tidlige opsporing af depression tænkes forankret i de forebyggende hjemmebesøg, da hjemmebesøgsordningen vurderes at være et velegnet redskab til at opfange eventuelle psykosociale problematikker, inden de bliver for alvorlige og i værste fald livstruende. Hjemmebesøgsordningen giver således de enkelte kommuner indblik i de ældre borgeres fulde livssituation, og kommunerne kan afpasse initiativer og indsatser efter den ældres behov.

I forhold til opsporing af depression er det vigtigt at indgå et samarbejde med andre relevante opsporingsaktører, herunder læger, demenskoordinator, hjemmeplejen etc.

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på implementering og virkning af den opsporende indsats kan fokusere på følgende:

- I hvor høj grad udføres der screeninger for depression?
- Hvor mange borgere er blevet screenet for depression?
- Hvor mange borgere har fået lavet en handleplan?
- Er alle forebyggende medarbejdere i kommunen uddannet til at screene?
- Hvor er borgerne blevet henvist til?
- Er der blevet monitoreret og evalueret på indsatsen?

Ressourcer

Ved iværksættelse af indsatsen til opsporing af depression skal følgende udgifter medtænkes:

- Udgifter til kompetenceudvikling af forebyggende medarbejdere
- Udarbejdelse af samarbejdsmodeller med andre relevante opsporingsaktører
- Ressourcer til en koordinerende funktion, fx en nøgleperson/forebyggende medarbejder.



EKSEMPEL

”Lær at tackle angst og depression”

En række kommuner benytter sig af Komitéen for Sundhedsoplysnings evidensbaserede Stanford-koncept ’Lær at tackle angst og depression’. Kurset er en del af anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om mental sundhed og udbydes p.t. i 45 kommuner.

Generelt set gælder det, at tilbud om ’Lær at tackle angst og depression’ ikke specifikt er målrettet ældre borgere, men alle i målgruppen over 18 år. Kurset henvender sig til mennesker, der har symptomer på angst og/eller depression. Deltagerne kan have angst og/eller depression som primær sygdom, men kan også have angst og/eller depression som følge af anden fysisk eller psykisk sygdom. Både mennesker med og uden en diagnose på angst eller depression kan deltage. Pårørende kan også deltage.

’Lær at tackle angst og depression’ er en videreudvikling af ’Lær at leve med kronisk sygdom’, der er et evidensbaseret kursus til mennesker med kronisk sygdom. Det er et centralt element, at frivillige, der selv har erfaringer med angst og depression, underviser. ’Lær at tackle angst og depression’ er udviklet af Stanford University i Californien i samarbejde med det engelske sundhedsvæsen.

Programmet ”Lær at tackle angst og depression” evalueres i 2013 – 2015.

[Information om patientuddannelse](#)

Kilder

- 1) Djernes et al. (2004): Validering af dansk oversættelse af Geriatric Depression Scale-15 som screeningsredskab for depression blandt hjemmeboende svage ældre. Ugeskrift for Læger. 166/10. 905-909.
- 2) Koefoed et al. (2004): Lær at screene for depression blandt ældre. Sygeplejersken. (12). 20-25.

UDDANNELSE AF NØGLEPERSONER I DEN KOMMUNALE SEKTOR

Uddannelse af nøglepersoner med særlig viden om psykosocial mistrivsel og selvmordsadfærd blandt ældre vil styrke den forebyggende kommunale selvmordsindsats og samtidig give medarbejderne et kompetenceløft.

Formål

Formålet med indsatsen er, at der i kommunen er uddannede nøglepersoner med særlig viden om ældre og selvmordsadfærd, der vejleder og uddanner relevante medarbejdere og evt. frivillige i opsporing og håndtering af problemstillinger relateret til selvmordsadfærd blandt ældre borgere.

Metode – hvad består indsatsen af?

Nøglepersoner udpeges af den overordnede leder, men det bør ske i samarbejde med den enkelte medarbejder, idet motivation og interesse er en forudsætning for stabile og motiverede nøglepersoner.

Nøglepersoner skal have en koordinerende og vejledende funktion både i forhold til de selvmordstruede ældre borgere og til det personale, der skal håndtere ældre menneskers selvmordsadfærd i hverdagen. Det er derfor nødvendigt, at nøglepersonerne får en specifik og målrettet opkvalificering (1).

Der uddannes et korps af nøglepersoner, som til hver en tid er i stand til at vurdere det ældre medmenneske i forhold til en evt. selvmordsrisiko. Desuden skal nøglepersonerne være i stand til at give støtte, rådgive og supervisere kolleger samt have det fornødne kendskab til de hjælpemuligheder, der findes i forhold til selvmordstruede ældre mennesker.

En af grundstenene i det opkvalificerende arbejde er, at alle fagpersoner kender til det støttende og ledsagende princip, der betyder, at ingen selvmordstruet person må slippes, før en anden fagperson har taget over.

Nøglepersonens opgaver er:

- At sikre opkvalificering af relevante medarbejdere på ældreområdet og de frivilliges viden om forekomst af selvmord hos ældre, risikofaktorer for selvmordsadfærd, det støttende og ledsagende princip samt at udvikle deres evne til at kommunikere med ældre herom.
- At få etableret en kommunal samarbejdsform med eksterne samarbejdspartnere om en fælles støttende og behandlende indsats over for selvmordstruede ældre borgere og ældre i risikogruppen.
- At udarbejde en oversigt over kommunens tilbud til ældre i risikogruppen.

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Alle medarbejdere kan i princippet uddannes som nøglepersoner, men ofte vil nøglepersonerne være repræsenteret fra flere forskellige faggrupper, fx forebyggende medarbejdere, demenskoordinatorer, ansatte i hjemmeplejen og/eller plejecentrene etc.

Implementering

Ledelse

Ledelsen i kommunen må vurdere, hvor mange nøglepersoner der er behov for inden for de enkelte fagområder på ældreområdet samt udarbejde en plan for løbende videreuddannelse af og uddannelse af nye nøglepersoner.

Kompetencer

Nøglepersonerne bør løbende efter- og videreuddannes, således at deres viden på området er opdateret.

Organisering

Indsatsen bør tænkes på tværs af forvaltningsgrænser, således at alle kommunale medarbejdere på tværs af forvaltninger og arbejdsområder med kontakt til ældre mennesker kan få glæde af nøglepersonernes viden og sparring. Det er dog centralt for en succesfuld implementering af indsatsen, at der i kommunen er klarhed om, hvor indsatsen placeres og forankres, så ansvaret for igangsættelse, drift og opfølgning af indsatsen er placeret.

Der bør ved planlægning af indsatsen udarbejdes en fast model og procedure for, hvordan og hvornår nøglepersonerne kan bruges, og hvordan dette konkret skal ske.

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på implementering og virkningen af opsporing via uddannelse af nøglepersoner kan med fordel fokusere på systematisk registrering af følgende indikatorer:

- I hvor høj grad er indsatsen implementeret?
 - Antal uddannede nøglepersoner
 - Antal timer, der er afsat til vejledningsopgaven
 - Antal medarbejdere og evt. frivillige, der kender til muligheden for at få sparring og vejledning af en nøgleperson
 - Antal medarbejdere og evt. frivillige, der trækker på ressourcepersonernes kompetencer.
- Oplever medarbejdere, der bruger nøglepersonerne til at få sparring og viden, at den vejledning, de får fra nøglepersonerne, er relevant og kan omsættes til praksis?

Herudover kan det være væsentligt, at kommunen monitorerer indsatsen i forhold til:

- Nøglepersonens vurdering af indsatsen
- Antal identificerede borgere med selvmordsproblematikker
- Antal borgere, der får tilbud om yderligere forebyggende indsatser
- Antal borgere, der tager imod forebyggende tilbud.

Ressourcer

Uddannelse af nøglepersoner indebærer en udgift til underviser og evt. materialer samt udgift til forberedelses- og undervisningstid til de medarbejdere, som uddannes til ressourcepersoner. Når ressourcepersonerne er uddannet, vil de løbende skulle modtage efter- og videreuddannelse, og der skal derfor afsættes ressourcer til dette også. Derudover skal der afsættes ressourcer til supervision.

Desuden vil rollen som nøgleperson blive en del af medarbejdernes daglige arbejde, som der alt efter behov og efterspørgsel skal afsættes arbejdstid og ressourcer til.



Uddannelse af nøglepersoner i Jammerbugt Kommune

I Jammerbugt Kommune gennemførte man i forbindelse med modelprojektet om selvmordsforebyggelse i Region Nordjylland en række kompetenceudviklingsforløb. En gruppe visitatorer, ældrekonsulenter, medarbejdere fra hjemmesygeplejen samt gruppeledere fra hvert område i hjemmeplejen blev uddannet til at være nøglepersoner for området (60 timer). Formålet med nøglepersonsrollen er, at personalet kan trække på nøglepersonens specialviden, nøglepersonen kan "overtage" borgeren eller vejlede en medarbejder i forbindelse med en borgers selvmordsadfærd. Nøglepersonerne blev også undervist i at kunne opkvalificere relevant personale samt frivillige.

Derudover gennemførte ca. 30-35 medarbejdere i hjemmeplejen et kursus i forebyggelse af selvmordsadfærd (30 timer). Kurset, som også var en del af nøglepersonernes kursus, omfattede selvmordsvurdering og -risiko, selvmordsprocessen, holdningsbevidsthed, kriser og krisehåndtering, herunder ensomhed og forskellige mestringsstrategier. Derudover omfattede det også områderne depression, udredningssamtale, efterladt efter selvmord og det støttende og ledsagende princip (2).

I dag, fire år efter selvmordsprojektets afslutning, tilbyder nøglepersonerne i Jammerbugt Kommune stadig undervisning i selvmordsforebyggelse to gange årligt (2-3 timer). Alle nyansatte, elever og andre, der har interesse, får tilbud om deltagelse (3).

Virkingen af projektet er ikke nærmere undersøgt.

Kilder

- 1) Sundhedsstyrelsen (2007): Vurdering og visitation af selvmordstruede. Rådgivning til sundhedspersonale.

Vurdering og visitation af selvmordstruede. Rådgivning til sundhedspersonale

- 2) Fleischer, E. (2009). Indsats til forebyggelse af selvmord blandt ældre i region Nordjylland 2006-2009.
- 3) Socialstyrelsen (2014): Kortlægning af kommunale indsatser til forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre.

Kortlægning af kommunale indsatser til forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre

ENKE- OG ENKEMANDSBESØG

I en undersøgelse blandt ældre efterladte svarede 72 %, at tabet af ægtefællen var den mest belastende oplevelse i deres liv. Tabet af ægtefællen bliver for nogen så voldsomt, at de udvikler kompliceret sorg, psykiske lidelser, ensomhedsfølelse og i værste fald vælger selvmordet som udvej. Især enkemænd udgør en højrisikogruppe i forhold til selvmordsadfærd. Et tilbud om et supplerende forebyggende hjemmebesøg til nylige enker/ enkemænd kan bidrage til tidlig opsporing i forhold til psykosocial mistrivsel og evt. selvmordsadfærd (1).

Formål

Formålet med indsatsen er at tilbyde enker/enkemænd (+65-årige) et forebyggende hjemmebesøg med henblik på at forebygge psykosocial mistrivsel, herunder selvmordsadfærd.

Metode – hvordan gennemføres indsatsen?

Ifølge Danmarks Statistik mistede 14.029 danskere over 65 år deres ægtefælle i 2011. Disse enker og enkemænd kan identificeres af eksempelvis læger, præster, pårørende, hjemmeplejen, frivillige, forebyggende medarbejdere etc. med henblik på at give tilbud om et forebyggende hjemmebesøg.

Identifikationen kan fx foregå ved systematisk dataudtræk/varsler i kommunernes it-system. Dette omfatter eksempelvis en meddelelse fra folkeregisteret, når en ægtefælle/samlever på samme adresse dør, og der kan således tilbydes et supplerende hjemmebesøg til den efterladte borger.

I en nyligt publiceret rapport "Kortlægning af kommunale praksiserfaringer vedrørende selvmordsforebyggelse blandt ældre" angiver 80 % af kommunerne (84 kommuner deltog i undersøgelsen), at de tilbyder supplerende forebyggende hjemmebesøg. 64 % af kommunerne angiver, at de tilbyder supplerende forebyggende hjemmebesøg målrettet enker/enkemænd (2).

Forebyggelseskonsulenten i den enkelte kommune sender kondolencebrev ud til enken/enkemanden en til to måneder efter dødsfaldet med tilbud om samtale i borgerens eget hjem.

Samtalen målrettes den enkelte borger. Formålet med samtalerne er at fremme hensigtsmæssig sorgbearbejdning og – ligesom ved de "almindelige", lovpligtige forebyggende hjemmebesøg – at fremme trivsel og tryghed.

Ud over samtalen foreslås det, at den forebyggende medarbejder screener borgeren for depression (GDS-15), da depression er den diagnose, der hyppigst optræder i sammenhæng med sorg. Ved mistanke om depression henvises den ældre borger til lægen med henblik på nærmere diagnose.

GDS-15 under "Redskaber"

Den forebyggende medarbejder drøfter på besøget muligheder for en evt. efterfølgende indsats med borgeren, der matcher dennes fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau.

Denne indsats kunne eksempelvis være:

- Sorgstøtte
- Samtale med egen læge
- Et nyt forebyggende hjemmebesøg
- Klinik for selvmordstruede
- Gangprogrammer
- Spisevenner eller andre grupperelaterede indsatser
- Andre relevante indsatser i kommunen.

Den forebyggende medarbejder udarbejder en individuel handleplan på baggrund af besøget. I ordet handleplan ligger, at medarbejderen sammen med borgeren aftaler det videre forløb, og dette registreres i kommunens eget omsorgssystem. Handleplanen er ikke noget omfattende dokument, men en registrering af en aftale om, at den forebyggende medarbejder hjælper borgeren med kontakt til aktivitetscenter, læge el. lign.

Det er vigtigt at påpege, at det at miste et barn eller andre familiemedlemmer ligeledes kan afstedkomme et belastende og kompliceret sorgforløb (3).

Målgruppe – hvem har særlig gavn af indsatsen?

Målgruppen for indsatsen er ældre borgere (+65-årige), der har mistet en ægtefælle eller en samlever. I forhold til selvmordsrisiko er det de ældste, mandlige borgere (+80-årige), der særligt bør være i fokus. Her er der tale om en 8 gange forhøjet selvmordsrisiko, hvis partneren dør. Forskningen viser, at risikoen for selvmord blandt mænd er størst i tiden umiddelbart efter tab af ægtefælle. Derefter falder risikoen. Især de første tre måneder er forbundet med en øget risiko, som aftager efter det første år (4).

Implementering

Ledelse

Lederen af de forebyggende hjemmebesøg er ansvarlig for, at screeningsredskaber samt individuelle handleplaner anvendes og implementeres i den pågældende kommune.

Kompetencer

De forebyggende medarbejdere har specifik viden om sorgtilstande og deres kompleksitet blandt ældre samt viden om, hvilken sorgintervention der er relevant til den ældre borger, der har søgt om/har brug for hjælp.

Organisering

Initiativet forankres i de forebyggende hjemmebesøg, og der etableres samarbejde med øvrige relevante kommunale aktører.

Indikatorer og resultatopfølgning

Opfølgning på implementering og virkning af enkebesøgene kan indeholde følgende indikatorer:

- I hvor høj grad er indsatsen implementeret?
- Tilbydes alle enker/enkemænd (+65-årige) besøg systematisk?
- Hvor mange enker/enkemænd identificeres?
- Hvor mange takker ja til et supplerende forebyggende hjemmebesøg?
- Hvor mange enker/enkemænd tilbydes yderligere forebyggende indsatser i kommunen?

Herudover kunne det være væsentligt, at kommunen monitorerer indsatsen i forhold til følgende:

- Hvilke typer af forebyggende indsatser tilbydes?
- Anvendes screeningsinstrumenterne? Hvis ja, i hvilke tilfælde (GDS-15)?
- Hvilke samarbejdspartnere er inddraget (læger, hjemmeplejen, demenskoordinatorer, frivillige, pårørende, visitatorer etc.)?
- Medarbejderens vurdering af indsatsen.

Ressourcer

Ressourceforbruget i forhold til identifikation og tilbud om forebyggende hjemmebesøg vil være:

- Etablering af praksis, der sikrer oplysning om nyblevne enker/enkemænd
- Udsendelse af kondolencebreve til enker/enkemænd
- X antal supplerende hjemmebesøg.



EKSEMPEL

Ambassadører introducerer enkemænd for aktiviteter i Varde

Ældrekonsulenterne i Varde Kommune observerede, at enkemændene i kommunen havde tendens til at isolere sig og blive deprimerede. Enkemændsbesøget, der ligger to måneder efter ægtefælle/partners dødsfald, var for tidligt for mændene at påbegynde sociale aktiviteter etc. Der er derfor etableret en ambassadør-ordning målrettet enkemænd/enlige mænd over 65 år i Varde Kommune. Ordningen har til formål, at en 'ambassadør' introducerer enkemanden for aktiviteter og eventuelt til sit eget netværk i lokalmiljøet. De frivillige ambassadører er mænd fra lokalområdet, der alle selv har mistet en ægtefælle, men er kommet videre i livet. Ambassadørerne har været gennem et kort kompetenceudviklingsforløb.

Virkningen af ordningen er ikke undersøgt nærmere.

Kilder

- 1) Tellervo (2011): Når to bliver til én. Omsorg for ældre efterladte. Palliativt Videncenter.
- 2) Socialstyrelsen (2014): Kortlægning af kommunale indsatser til forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre.

Kortlægning af kommunale indsatser til forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre

- 3) Guldin (2014): Tab og Sorg. En grundbog for professionelle.
- 4) Socialstyrelsen (2014): Review: Forebyggelse af ældres selvmordsadfærd – evidensbaseret viden.

Review: forebyggelse af ældres selvmordsadfærd – evidensbaseret viden