

Udenlandske erfaringer og viden om

---

# Sårbare og skrøbelige **ÆLDRE**

Opsporing, opfølgende indsatser,  
arbejds gange og koordinationsprocesser

**1. UDGAVE:**

Marts 2019

**REDAKTION:**

Morten Kyng og Sarah Maria Rasch, Alexandra Instituttet

**GRAFISK DESIGN:**

Alexandra Instituttet, Tine Kaag Raun

**Undersøgelsen er udarbejdet af Alexandra Instituttet for Sundhedsstyrelsen**

**RESUME 4**

HOVEDRESULTATER FRA UNDERSØGELSEN 4  
CASES 5

**INDLEDNING 7**

UDENLANDSKE ERFARINGER 7  
METODE 8  
OPBYGNING AF RAPPORTEN 11

**TENDENSER I EUROPA 13**

FORSTÅELSE OG BRUG AF BEGREBERNE 13  
INDSATSER 22

**CASES 29**

CASEOPBYGNING 29  
RADARS 33  
THE SILVER LINE 37  
KIRKENS BYMISJON 41  
MEN'S SHEDS 44  
THE FRIENDSHIP ENRICHMENT PROGRAM 47  
VALLEN VERLEDEN TIJD 49  
DRAMMEN 52  
FOCUS 56

**OPSAMLING 60**

**BILAG 1 LITTERATURSTUDIE 61**

**BILAG 2 KVALITATIV ANALYSE 66**

**BILAG 3 INTERVIEWGUIDE 68**

## RESUME

**Denne undersøgelse er lavet som input til Sundhedsstyrelsens arbejde med et fagligt oplæg til "Handlingsplanen for det gode Ældrelev". Undersøgelsen præsenterer udenlandske erfaringer og viden om, hvordan man tager hånd om sårbare og skrøbelige ældre i forhold til områderne: Opsporing, Opfølgende indsatser samt Arbejdsgange og koordinationsprocesser.**

Rapporten er baseret på to kvalitative metoder, nemlig snowballing (o'Reilly 2009: 198f) og semistrukturerede interviews (Kvale & Brinkmann 2009) samt på litteraturstudier. Litteraturstudiet er foretaget i perioden november 2018 – februar 2019, og interviewundersøgelsen er foretaget i perioden januar – februar 2019.

## HOVEDRESULTATER FRA UNDERSØGELSEN

### TENDENSER I EUROPA

#### Forståelsen af skrøbelighed og sårbarhed

Der er ikke entydige definitioner af sårbarhed og skrøbelighed, men derimod en form for konsensus om, at skrøbelighed er et syndrom (Xue 2011), der består af en lang række faktorer, hvor stigende alder spiller en helt central rolle. Tidligere var det ud fra fysiske parametre, at man vurderede skrøbelighed, men i det seneste tiår har man i stigende grad medtaget psykiske og sociale faktorer.

#### Indsatser rettet mod skrøbelige og sårbare ældre

Risikoen for at blive skrøbelig og sårbar øges med alderen, og igennem de seneste år er skrøbelighed og sårbarhed således begyndt at indgå, når den aldrende befolkning er på dagsordenen: Hvad betyder det, at en voksende del af befolkningerne er skrøbelige og sårbare? Hvordan kan samfund forberede sig herpå? Hvilke indsatser kan laves for skrøbelige og sårbare ældre og ikke mindst for at forebygge og udskyde, at folk bliver skrøbelige og sårbare?

Når det kommer til anbefalinger af at mindske risiko for at blive skrøbelig, kan de sammenfattes under overskriften "sund livsstil". Således anbefales i EU-regi (Rodríguez-Laso Á et al. 2018): ikke at ryge/at holde op med at ryge, at reducere alkoholindtag, at øge fysisk aktivitet og at spise sundt, f.eks. at spise "middelhavskost" (Mediterranean diet).

---

For folk, der allerede er skrøbelige, anbefales individuelt tilpassede indsatser, der har til formål på realistisk vis at få den skrøbelige til at forbedre sin livsstil. En sådan tilgang fokuserer på afhjælpning af mangler og kobler ikke til, hvad der interesserer eller motiverer den enkelte borger. Den underliggende antagelse er, at det er motivation nok, at man stabiliserer eller forbedrer sin skrøbelighed, men denne antagelse holder i mange tilfælde ikke (van der Vorst 2017). Og generelt gælder det, at mange ældre ikke ønsker at fokusere på mangler. Derimod foretrækker ældre at modtage tilbud og deltage i aktiviteter, der understøtter eller forbedrer deres autonomi og trivsel (Nielsen et al. 2018: 60, Dury et al. 2018). Derfor bør indsatser og aktiviteter, der har sårbare og skrøbelige ældre som målgruppe, arbejde styrkebase- ret ift. forebyggelse, dvs. tage udgangspunkt i borgernes styrker fremfor deres svagheder.

## CASES

Otte cases fra Spanien, Holland, England og Norge præsenteres og viser en bredde i måden, hvorpå der arbejdes med sårbare og skrøbelige ældre i de valgte lande. Indsatserne trækker i stor udstrækning på frivillige kræfter, men hvordan, til hvad og i hvilken udstrækning, frivillige bruges, varierer.

De tre første cases, Radars, The Silver Line og Kirkens Bymisjon, illustrerer, hvordan frivillige og kommunale myndigheder og services kan samarbejde om opsporing og opfølgende indsatser til borgere, ligesom der er fokus på, hvordan dette samarbejde kan organiseres og koordineres internt i egen organisation og i kommunalt regi.

Den fjerde case Men's Sheds er den ene af to kønsbaserede indsatser, og mændene i målgruppen ser og italesætter sig selv som medlemmer frem for brugere af et tilbud. Hovedvægten ligger på den opfølgende indsats, men der er også guides til arbejdsgange og procedurer, der kan hentes fra den overordnede nationale forening.

Case fem og seks, Friendship Enrichment Program og Vallen Verleden Tijd (Fald hører fortiden til), adskiller sig fra de første cases, da de bygger på undervisning og øvelser, der skal gennemgås og læres. De ældre arbejder med sig selv, og de kan karakteriseres som rent sundhedsfaglige opfølgende indsatser. Opsporingen er ligeledes selvinitieret, hvor det dog er muligt i den ene case at blive henvist til kurset.

De to sidste cases, Model for godt samarbejde og FOCUS, er henholdsvis en samarbejdsmodel og et værktøj til opsporing, ligesom der i case otte arbejdes med en række opfølgende indsatser til de ældre, der er blevet opsporet vha. værktøjet. Værktøjet er udarbejdet fra en sundhedsfaglig tankegang, og modellen for det gode samarbejde mellem frivillige og kommunen deler dette sundhedsfaglige perspektiv på opfølgende indsatser.



## INDLEDNING

**Regeringen og satspuljepartierne har for 2019-2022 afsat midler til initiativet "Handlingsplan for det gode ældreliv". Handlingsplanen skal lægge sporene for en målrettet indsats over de kommende år, som skal sikre, at færre ældre rammes af svækkelse, ensomhed og tab af livsindhold. Samtidig skal indsatsen medvirke til, at de svageste ældre får den nødvendige støtte til at forebygge dårlig livskvalitet; fysisk såvel som mentalt og socialt.**

Sundhedsstyrelsen har fået til opgave at udarbejde et fagligt oplæg til "Handlingsplan for det gode ældreliv" i samarbejde med relevante aktører. I den forbindelse bliver der udarbejdet forskellige analyser, hvoraf denne handler om gode erfaringer og viden fra udlandet om, hvordan man bedst muligt kan tage hånd om sårbare og skrøbelige ældre i en dansk kontekst. Formålet er at fremme et godt ældreliv hos disse målgrupper.

## UDENLANDSKE ERFARINGER

Denne rapport undersøger praktiske erfaringer og viden fra udlandet i relation til sårbare og skrøbelige ældre, som potentielt kan fungere hensigtsmæssigt i en dansk kontekst.

Samtidig ser rapporten på, hvordan begreberne skrøbelighed og sårbarhed opfattes, hvordan de forskellige opfattelser har udviklet sig over tid, hvordan forskelle i opfattelser påvirker synet på indsatser, og hvordan de gennemføres.

Rapporten fokuserer på udenlandske erfaringer og viden om, hvordan man i både forskning og i praksis tager hånd om sårbare og skrøbelige ældre i forhold til områderne:

- Opsporing
- Opfølgende indsatser
- Arbejdsgange og koordinationsprocesser

I rapporten forstås og anvendes disse tre overordnede områder således:

*Opsporing* forstås i denne sammenhæng som en aktivitet af proaktiv karakter, hvor borgere forsøges detekteret, *inden* de bliver plejkrævende eller kræver behandling i regi af den mere specialiserede sekundære sektor. I forhold til opsporing arbejdes der derfor med at finde indsatser, hvor især civilsamfundet kan spille en aktiv rolle, og hvor eksisterende kommunale samarbejdspartnere, der over en periode interagerer med borgere i målgruppen, kan inkluderes i opsporing.

*Opfølgende indsatser* forstås som aktiviteter i kommunalt eller civilsamfunds regi, som den enkelte borger kan henvises til eller selv begynde på med henblik på f.eks. at mindske ensomhed, øge mobilitet eller fysisk aktivitet eller opbygge et netværk.

*Arbejdsgange og koordinationsprocesser* går på tværs af Opsporing og Opfølgende indsatser og adresserer forskellige, relevante arbejdsgange og processer for f.eks. videnudveksling, forankring, skabelse og vedligehold af netværk, rekruttering samt koordinering mellem frivillige og ansatte. Udenlandske indsatser forventes ikke at kunne oversættes 1:1 til en dansk kontekst, men kan inspirere til nytænkning inden for den primære sektor.

## METODE

Rapporten er baseret på to kvalitative metoder, nemlig snowballing (o'Reilly 2009: 198f) og semistrukturerede interviews (Kvale & Brinkmann 2009) samt på litteraturstudier. Dette beskrives kort i det følgende. Se Bilag 1 for en mere omfattende beskrivelse.

### SNOWBALLING

Snowballing er en stikprøvemethode, der både kan anvendes i litteraturstudier og ifm. interviews (o'Reilly 2012). Stikprøven genererer nye input og begreber, og som en snebold, der ruller, vokser stikprøven konstant.

### Valg af lande

For at skabe høj kvalitet, når man anvender snowballing, er det vigtigt at kunne vælge et godt udgangspunkt (o'Reilly 2012). Der er, som beskrevet nedenfor, anvendt en OECD-undersøgelse af medlemslandes evne til at håndtere det, de populært kalder "The Silver Tsunami" (Mander 2014), til at vælge de lande, hvor vi vil fokusere på at finde cases. Valget er faldet på



---

*Norge, Holland, Spanien og England.* I OECD-undersøgelsen er medlemslandene scoret ud fra følgende fem faktorer, der vurderes til at være af afgørende betydning for, om et samfund kan skabe en god alderdom:

1. Produktivitet og engagement: Et succesfuldt aldrende samfund faciliterer ældre menneskers engagement i samfundet, enten gennem betalt arbejde eller frivillighed.
2. Trivsel: Et succesfuldt aldrende samfund tilbyder et sundhedsvæsen, der bygger på en dybdegående forståelse af ældre menneskers plejebehov.
3. Lighed: Et succesfuldt aldrende samfund distribuerer ressourcer ligeligt på tværs af den ældre generation, og mindsker således skellet mellem "de som har" og "de som ikke har".
4. Sammenhæng: Et succesfuldt aldrende samfund bevarer social forbundethed og solidaritet indenfor og mellem generationer.
5. Sikkerhed: Et succesfuldt aldrende samfund sørger for økonomisk og fysisk sikkerhed for ældre personer.

(Chen et al. 2018: 9169f)

Chen et al. (2018) vurderer ud fra deres værktøj, at *Norge* som samfund er det OECD-land, der er bedst klædt på til at håndtere The Silver Tsunami med en samlet score på 65 ud af 100 mulige point – Danmark kommer på en delt femteplads sammen med *Irland* med 58 ud af 100 mulige point.

Når man kigger nærmere på de enkelte faktorer og medlemslandenes performance, finder man bl.a., at Danmark ligger i den nederste halvdel, hvad angår trivsel og sikkerhed. Det er altså her, at Danmark har det største potentiale for forbedring ift. at sikre de bedste mulige omstændigheder for ældre borgere. Inden for de samme kategorier ligger både *Holland* og *Spanien* i top, og derfor ser vi på disse lande for at undersøge deres erfaringer inden for sikring af ældres trivsel og sikkerhed.

Det sidste land, vi har valgt at fokusere på ift. cases, er *England*. *England* ligger lavere end Danmark – samlet set på en ottende plads – men scorer højt i kategorien sammenhæng – to point højere end Danmark. *England* er et land, som historisk set har haft et stort antal migranter, og som derfor også har mange ældre med anden etnisk baggrund.

Landet har altså formået at fastholde en stærk sammenhæng på trods af (eller måske endda i kraft af) deres store antal af migranter. Antallet af migranter har i flere årtier også været stigende i Danmark, og ældre borgere med anden etnisk oprindelse er derfor noget, man bør tage højde for i samfundets tilpasning til de demografiske forandringer (Høg 2017).

Her vil det være oplagt at kigge mod *England* for at se, hvordan de har tacklet udfordringen med at skabe social sammenhæng og solidaritet på tværs af eventuelle kulturelle skel.

*Baseret på ovenstående er Norge, Holland, Spanien og England udvalgt som de lande, hvor vi har set nærmere på cases til rapporten.*

### Litteraturstudiet

I litteraturstudiet blev der lavet en stikprøvesøgning med udgangspunkt i en række søgetermer, herunder *ældre, sårbar\*, skrøbelig\*, marginalisering, social eksklusion, projekt, stigma, ensomhed, trivsel, mistrivsel, livskvalitet*, i forskningsdatabaserne JStore og PubMed. Dette blev suppleret med Google-baserede søgninger for også at finde frem til mindre projekter og hvidbøger. Forskningslitteraturen, upublicerede projekter og hvidbøger blev løbende sammenholdt og vurderet og søgetermerne tilpasset til en endelig liste af nøgleord, der karakteriserer relevante tematikker i de behandlede cases.

Litteraturstudiet er foretaget i perioden november 2018 – februar 2019.

### Kvalitative interviews

Ud over litteraturstudiet er der foretaget en række kvalitative interviews. Informanterne er blevet udvalgt ud fra følgende parametre:

- Beskæftiger sig med sårbarhed (Gældende for Norge, begrebet er ikke udbredt i England, Holland og Spanien) og/eller skrøbelighed (frailty)
- Vurderes af fagfæller til at være førende inden for deres felt og/eller
- Praktiserer best practice
- Har en interessant vinkling eller forståelse af sårbarhed og/eller skrøbelighed
- Anbefales grundet stilling i projekt/organisation
- Stor hands on-erfaring
- Innovativ tilgang
- Taler engelsk eller norsk

Informanterne blev spurgt om, hvorvidt de kunne pege på andre kandidater, vi burde snakke med eller læse op på, om de kendte til særlige indsatser eller projekter, vi skulle undersøge, eller om der var et oplagt værktøj, vi skulle kigge på. Denne fremgangsmåde var særdeles effektiv, da vores interviewpersoner var meget villige til at præsentere os for deres netværk og lede os i nye retninger ud fra f.eks. begreber eller navne på konkrete værktøjer.

### DET SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEW<sup>1</sup>

Der er udført 16 interviews af henholdsvis fem forskere eller videnpersoner, ni praktikere samt to frivillige<sup>2</sup>. Interviewene er udført på dansk og engelsk, telefonisk eller via Skype/Skype for Business, og har varet mellem 45 og 60 minutter. Alle informanter har givet samtykke til, at interviewet blev optaget på diktafon. Alle interviews er transskriberet, og er efterfølgende blevet kodet og sammenholdt med litteraturstudiet. Interviewene har i høj grad dannet baggrund for undersøgelsens casesamling, og interviewdeltagerne har stillet sig til rådighed for opfølgende spørgsmål på enten mail eller telefonisk. Det har gjort det muligt at gå tilbage til allerede afholdte interviews og stille uddybende spørgsmål baseret på den viden, der er opstået undervejs i undersøgelsen.

Interviewundersøgelsen er foretaget i perioden januar – februar 2019.

### OPBYGNING AF RAPPORTEN

Resten af rapporten består af to hovedkapitler samt en kort opsamling. I det første hovedkapitel, *“Skrøbelige og sårbare ældre: Tendenser i Europa”*, præsenteres først forståelsen af de to hovedbegreber *skrøbelighed* og *sårbarhed*. I forhold til disse begreber er det væsentligt, hvordan man i forskning og i praksis gradvist har udvidet begreberne til at omfatte flere aspekter, samtidig med at de tidlige, snævrere opfattelser af begreberne fortsat finder anvendelse i en række faglige kontekster, der svarer til de kontekster, hvor de tidlige versioner af begreberne blev udviklet. Således finder tidlige, fysiologisk funderede opfattelser af *skrøbelighed* fortsat anvendelse ved f.eks. screening for *skrøbelighed* i hospitalsregi.

Dernæst præsenteres *indsatser rettet mod skrøbelige og sårbare ældre på nationalt og internationalt niveau*. I tilknytning til behandlingen af *indsatser* præsenteres også værktøjer til opsporing, herunder *screening*.

I det andet hovedkapitel, *“Cases”*, præsenteres otte cases, der belyser konkrete udenlandske erfaringer med og viden om, hvordan man tager hånd om sårbare og skrøbelige ældre. Rapporten slutter med kapitlet *“Opsamling”*. I dette kapitel samles op, og vi diskuterer kort *Opsporing og Opfølgende indsatser*.

<sup>1</sup> Interviewguiden er inkluderet i Bilag 3. Det er første version af interviewguiden på dansk. Interviewguiden blev løbende udviklet baseret på input og læring, der opstod i undersøgelsen, ligesom den blev tilpasset det enkelte interview, genstandsfelt og oversat til engelsk.

<sup>2</sup> Se Bilag 2 for mere uddybende metodisk gennemgang.



## TENDENSER I EUROPA

I dette kapitel ser vi først på *forståelse og brug af begreberne skrøbelighed og sårbarhed*. Dernæst præsenteres et overblik over tendenser i Europa i forhold til *indsatser rettet mod skrøbelige og sårbare ældre*<sup>1</sup>.

### FORSTÅELSE OG BRUG AF BEGREBERNE

I dette afsnit præsenteres og diskuteres *forståelse og brug af begreberne skrøbelighed og sårbarhed*. Vi ser især på forståelsen af skrøbelighed, og hvordan den har udviklet sig over tid fra kun at betegne objektive fysiologiske forhold til også at omfatte psykologiske, sociale og miljømæssige forhold. Hermed omfatter de nyeste forståelser af skrøbelighed også de almindeligste aspekter af sårbarhed.

#### INDLEDNING

En af de store udfordringer ved at arbejde med sårbare og skrøbelige ældre er, at der ikke findes nogen entydig definition eller forståelse af, hvad der udgør skrøbelighed og i endnu mindre udstrækning sårbarhed. Det gør det vanskeligt at sammenligne forskellige videnskabelige studier og at udveksle erfaringer mellem praktikere. For eksempel varierer såvel aldersspændet for "ældre" som hvilke grader af "svækkethed", der omfattes af "skrøbelighed". Hvad skrøbelighed omfatter kan således variere fra at inkludere næsten helt selvhjulpne borgere i eget hjem til at afgrænses til stærkt svækkede grupper som f.eks. borgere med demenssygdom på bosteder eller plejecentre.

På trods af at der ikke er en fast definition at referere til, vurderes det i EU's ADVANTAGE-projekt (Rodríguez-Laso et al. 2018: 4), at mindst 11% af de ældre, der bor i egen bolig og er over 65 år, er skrøbelige i de 22 lande, der er en del af ADVANTAGE-projektet: Belgien, Bulgarien, Cypern, England, Finland, Frankrig, Grækenland, Holland, Irland, Italien, Kroatien, Litauen, Malta, Norge<sup>2</sup>, Polen, Portugal, Rumænien, Slovenien, Spanien, Tyskland, Ungarn og Østrig.

#### ENGELSK OG SKANDINAVISK SPROGBRUG

Det engelske begreb "frail" kan i langt de fleste tilfælde oversættes til det danske begreb "skrøbelig".

<sup>1</sup> Vi har valgt at fokusere på Europa, fordi Europa i forhold til undersøgelsens emne scorer markant højere end USA og Japan.

<sup>2</sup> Norge er ikke medlem af EU, men inkluderes i dele af ADVANTAGE.

Desuden anvendes i en række sammenhænge det engelske begreb "pre-frail", der ligeledes kan oversættes til det danske "på vej mod at blive skrøbelig".

Sårbarhed, som et begreb der er tæt knyttet til skrøbelighed, anvendes næsten udelukkende i Skandinavien.

I Skandinavien fylder sårbarhed meget, og mange finder, at det medfører et andet blik på den enkelte borger. Ifølge den norske professor i geriatri og leder af Verdighedscentret Stein Husebø kan *sårbar* opfattes som "*let at sårre*" – der er et øget potentiale for at påføre skade. *Skrøbelighed* er en tilstand, hvor "*den ældre er svækket*"; eksempelvis er kræfterne svækkede (Husebø 2019).

Når begrebet sårbarhed bruges på engelsk, er det oftest i sammenhænge, hvor det har en markant anden betydning, end hvad skandinaver forstår ved sårbarhed. NHS (det offentlige engelske sundhedssystem) lister eksempelvis sårbare ældre borgere som borgere, der bliver seksuelt, fysisk og psykisk misbrugt, oplever vold i hjemmet eller diskrimineres (NHS.uk 2018). Denne forståelse af sårbarhed anvendes ikke i det følgende.

I det næste afsnit præsenteres en gennemgang af, hvordan skrøbelighed i den engelsksprogede litteratur er gået fra at være en tilstand karakteriseret ved fysiologisk svækkelse til gradvist at indeholde andre parametre. På den måde begynder den engelsksprogede litteratur og praksis at nærme sig den skandinaviske forståelse af sårbarhed og skrøbelighed ved at inkludere, hvad skandinaver opfatter som sårbarhedsaspekter i forståelsen af skrøbelighed.

### FORSTÅELSER AF SKRØBELIGHED

Der er mange faktorer, der påvirker risikoen for at være skrøbelig. En øget sygdomsrisiko, co- og multimorbiditet, helbredsgener, økonomiske problemstillinger, tab af ægtefælle og nære relationer som søskende og venner er blot nogle af de faktorer, der enten langsomt kan akkumuleres eller pludseligt kan placere en, ellers velfungerende, ældre borger i en ny livssituation.

Der findes, som allerede nævnt, ikke nogen entydig definition af skrøbelighed i litteraturen eller i praksis – men derimod en form for konsensus om, at skrøbelighed er et syndrom, der består af en lang række faktorer, hvor stigende alder spiller en central rolle (Xue 2011). Desuden er mange af den opfattelse, at skrøbelighed kan forebygges og eventuelt reduceres gennem fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet bidrager til vedligeholdelse eller opbygning af muskler, til en højere mobilitet, der kan betyde større autonomi og mere frihed i det daglige samt vedligeholdelse af kognitive evner (se f.eks. Lauritzen 2012). På EU-niveau har man valgt at nedsætte et udvalg, der skal arbejde med sund aldring på tværs af medlemslandene og finde frem til en fælles operativ forståelse af skrøbelighed (Rodríguez-Laso et al. 2018).

**SKRØBELIGHED: OBJEKTIVE FYSIOLOGISKE FORHOLD**

Repræsentant: Frieds *Phenotype of Frailty* (2001)

Tidligere har fysisk aktivitet og grebsstyrke været nogle af de parametre, der har været vægtet højt i bedømmelsen af, hvorvidt en borger kunne karakteriseres som skrøbelig. Fysiske parametre var entydigt de faktorer, en sundhedsprofessionel vurderede borgeren ud fra. Den mest citerede og udbredte tilgang til at måle fysisk skrøbelighed er Frieds "Phenotype of Frailty" (2001), der vurderer objektive fysiologiske forhold hos borgeren. Fysisk aktivitet vurderes til at være en vigtig faktor til at modvirke aldersrelateret svækkelse (Lauritzen 2012) og medvirker overordnet til, at ældre i højere grad forbliver selvhjulpne (ibid). Derfor er det centralt i denne forståelse at måle, hvordan den enkelte borger performer rent fysisk i en række fysiologiske tests, da det giver et indblik i, hvorvidt borgeren er fysiologisk skrøbelig eller ej.

Der er i de seneste ti år opstået en reaktion på denne ensidige, fysiske forståelse af skrøbelighed. Det, der kendetegner de nye tilgange, er, at de også medtager psykiske og sociale faktorer (Lally & Crome 2007). Og på EU-niveau er der nedsat et udvalg, der skal arbejde med sund aldring på tværs af medlemslandene og finde frem til en fælles operativ forståelse af skrøbelighed (Rodríguez-Laso et al. 2018).

**SKRØBELIGHED: EN AKKUMULERING AF MANGLER**

Repræsentant: Rockwoods *Deficit Accumulation Model* (2016)

Som angivet i afsnittet ovenfor findes der forskellige forståelser af skrøbelighed. Den canadiske professor Rockwood repræsenterer med sin *Deficit Accumulation Model* (2016) en nyere type af tilgang til at forstå og arbejde med skrøbelighed.

Rockwoods Model (2016) udfordrer Frieds Model (2001), idet der i Rockwoods Model inddrages langt flere aspekter end de fysiologiske, f.eks. kognitive og sociale (2016: 1047). Hertil kommer, at Rockwoods Model arbejder med akkumulering.

Ifølge Rockwood vil mennesket livet igennem oparbejde en række *mangler* eller et *underskud* inden for en række kropslige funktioner. Mange borgere over 70 år oplever derfor at leve fint med forskellige sygdomme eller mindre nedsat funktionalitet, uden at det påvirker deres livskvalitet væsentligt. Men jo flere akkumulerede mangler desto højere er risikoen for, at hvis en livsomvæltende begivenhed (tab af ægtefælle, nært familiemedlem eller en brækket hofte) eller en ellers harmløs mindre infektion indtræffer, kan begivenheden medføre kritiske konsekvenser for enten kognition, mobilitet, funktionalitet eller i værste tilfælde døden. Med Rockwoods Model kan den enkelte borger være skrøbelig inden for flere forskellige parametre, og samtidig leve et godt liv.

Den tredje og nyeste fremtrædende tilgang forstår skrøbelighed i flere dimensioner. Dermed bygger den sidste tilgang ovenpå både Frieds og Rockwoods forståelser af skrøbelighed, hvilket vi skal se nærmere på i det følgende afsnit.

### SKRØBELIGHED I FLERE DIMENSIONER: FOKUS PÅ MULIGHEDER OG RESSOURCER

**Repræsentant:** Dury et al. (2017/18) Den BioPsychoSociale Model.

Forskere, der arbejder med den bredere forståelse af skrøbelig, anvender i dag typisk fire dimensioner<sup>3</sup> (Dury et al. 2017: 1031f):

**Fysiologisk skrøbelighed** dækker over den ældres overordnede fysiologiske tilstand (Fried 2001)

**Psykologisk skrøbelighed** dækker over depressive symptomer og negativ affekt, angst og tungsind (Bravell, Westerlind & Midlöv 2011)

**Social skrøbelighed** omfatter manglende social støtte, fravær af følelsesmæssigt givende sociale relationer eller ensomhed (Steuerink, Slaets & Schuurmans 2001)

<sup>3</sup> BioPsychoSocial Modellen fik navn på et tidspunkt, hvor den inkluderede de tre dimensioner Biologisk/Fysiologisk, Psykologisk og Social, deraf navnet. Siden kom Miljømæssig (engelsk: Environmental) til, men modellen navngives stadig efter de første tre dimensioner.



**Miljømæssig skrøbelighed** betyder beboelse i dårlig kvalitet og nedslidte, nære omgivelser, der ikke indbyder til mobilitet (De Witte, De Donder et al. 2013, De Witte, Gobbens et al. 2013)

Ud over at tænke skrøbelighed i flere dimensioner arbejder man inden for denne tilgang også med at fokusere på de muligheder og ressourcer, de ældre borgere har, og hvordan de kan være med til at styrke borgerens position (Dury et al. 2018).

Frieds Fænotypemodel, Rockwoods Deficit Accumulation Model og BioPsychoSocial Modellen er eksempler på hver deres tilgang til skrøbelighed, ligesom de repræsenterer en række andre tilgange med samme perspektiv på skrøbelighed. For de, der arbejder med skrøbelige borgere gennem deres fag, og for de forskere, der beskæftiger sig med skrøbelighed, er det, som nævnt ovenfor, vanskeligt at sammenligne forskellige videnskabelige studier og at udveksle erfaringer mellem praktikere, når der ikke findes konsensus om definitionen af skrøbelighed. I det næste afsnit beskrives, hvordan EU forsøger at imødegå disse udfordringer ved at igangsætte et partnerskab på tværs af medlemslande.

#### **Skrøbelighed: På vej mod en fælles europæisk konsensus?**

I 2012 nedsatte EU The European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIPAH), hvis opgave har været at adressere de udfordringer, den voksende andel af ældre i befolkningerne medfører, og hvordan medlemslandene kan håndtere ældre borgeres skrøbelighed og funktionsnedsættelser (Rodríguez-Laso et al. 2018:5).

I EIPAH er skrøbelighed ikke reduceret til én ting, men er en samling af flere faktorer, nemlig:

- Kropsligt forfald; fra skavanker til alvorlige sygdom(me)
- Udsathed (formår ikke at tage vare på sig selv)
- Ulighed; økonomiske ressourcer

EIPAH arbejder således med en forståelse af skrøbelighedsbegrebet, der er bredere end skrøbelighed som en akkumulering af mangler, men ikke helt omfattende som den BioPsycho-Sociale model. EIPAH's skrøbelighedsbegreb fokuserer dog stadig på, hvad den enkelte ikke formår længere, og hvilke yderligere risici det medfører – både for individet og for samfundøkonomien – dvs. på negative/uønskede karakteristika. Karakteristika der er afgrænsede til det enkelte individ fremfor f.eks. karakteristika så som deltagelse i netværk/sociale kontakter<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Casene Men's Sheds, The Friendship Enrichment Programme, Kirkens Bymisjon og Vallen Verleden Tijd i næste kapitel er alle eksempler på opfattelser af skrøbelighed, der inddrager netværk/sociale aspekter.

EIPAHA har ikke skabt europæisk konsensus om en ny definition, men har bidraget til en forståelse af, at skrøbelighed er en langt mere sammensat og dynamisk tilstand end mange tidligere har antaget.

I Tabel 1 præsenteres en oversigt over udviklingen i skrøbelighedsforståelser.

De to første modeller bærer tydeligt præg af at have baggrund i lægefaglig praksis. Den BioPsychoSociale model adskiller sig herfra ved at inddrage determinanter for livscyklus, dvs. alder, køn, uddannelse mv. Determinanterne for livscyklus tilføjer, sammen med de psychosociale elementer, et mere holistisk blik og favner bredere.

TENDENSER I EUROPA

	FRIEDS FÆNOTYPE MODEL	MODEL FOR AKKUMULERING AF MANGLER	BIOPSYCHO- SOCIAL MODELLEN
<b>ENERGI</b>	Udmattelse	Udmattelse	Udmattelse
		Træthed	
<b>KOST</b>	Ufrivilligt vægttab	Vægttab	Ufrivilligt vægttab
		Lavt albuminniveau (prote- in i blod)	
	Lavt energiforbrug	Dårlig appetit	Lavt energiforbrug
<b>MOBILITET</b>	Lav ganghastighed	Ganghastighed	Lav ganghastighed
	Svag grebsstyrke	Gangmønster	Svag grebsstyrke
		Faldhistorik	
<b>FUNKTION</b>		Afhængigheder til Almindelig Daglig Livsfø- relse	
		hhv. Instrumentel Almindelig Daglig Livsførelse	
<b>SYGDOM</b>		Kroniske sygdomme	
		Kredsløbsrelaterede pro- blematikker	
		Poly-farmaci	
<b>SOCIAL SKRØBELIGHED</b>		Social støtte	Social støtte
		Personlige interaktioner	Reduktion i sociale relationer
<b>HUMØR</b>		Depression	<dækkes af psykologisk skrøbelighed>
		Tungsind	
		Angst	
<b>KOGNITION</b>		Demens	<dækkes af psykologisk skrøbelighed>
		Ændringer i hukommelse	
		Delirum	
		Begyndende symptomer	
<b>PSYKOLOGISK SKRØBELIGHED</b>			Humør
			Fald i kognitive evner
			Mestringsevne
<b>DETERMI- NANTER FOR LIVSCYKLUS</b>			Alder
			Uddannelse
			Indkomst
			Køn
			Etnicitet
			Ægteskabelig status
			Bolig og levevilkår
			Livsstil
			Større livsbegivenheder
		Biologi (inkl. genetik)	

Tabel 1: Skrøbelighedsforståelser baseret på Fried et al. (2001), Rockwood & Mitnitski (2007) og Gobbens et al. (2012)

### Livskvalitet som en vigtig parameter i skrøbelighed

Med bevægelsen mod en mere rummelig forståelse af skrøbelighed bliver livskvalitet en væsentlig parameter. WHO definerer livskvalitet som:

*"... menneskers opfattelse af deres livssituation set i sammenhæng med den kultur og de værdisystemer, de lever i, og i forhold til deres mål, forventninger, standarder og bekymringer. Det er et bredt begreb, som på en kompleks måde påvirkes af personens fysiske helbred, psykiske tilstand, uafhængighedsniveau, sociale forbindelser, personlige overbevisninger og personens forhold til vigtige aspekter af sit miljø." (WHO 2016).*

Livskvalitet er vanskelig at måle generelt, da det, der udgør livskvalitet for den enkelte, er helt unikt. Ikke desto mindre bør man være opmærksom på, hvad der bidrager til den enkeltes livskvalitet, når der arbejdes med skrøbelighed. Til trods for at en borger strukturelt kan kategoriseres som værende skrøbelig, er det langt fra sikkert, at borgeren ser sig selv som skrøbelig (van der Vorst 2017). Ifølge van der Vorst viser hollandske kvalitative studier (Puts et al. 2007), at livskvalitet, herefter QoL, for ældre består af flere forskellige faktorer, herunder: sociale kontakter, (fysisk) helbred, psykisk trivsel, at kunne udføre aktiviteter og have tilfredsstillende med faciliteter i hjemmet og lokalområdet. Faktorer, der i den BioPsychoSociale model, se Tabel 1, medtages i langt højere udstrækning end i Frieds og Rockwoods forståelse af skrøbelighed.

I Van der Vorst's kvalitative studie (2017) definerede ældre med både høj og lav QoL ikke sig selv som skrøbelige, selvom kategoriseringer strukturelt placerede dem som sådan. Autonomi betyder meget for ældre uanset QoL, ligesom kæledyr, sociale kontakter som f.eks. ægtefælle, familie, venner og naboer. Der er dog forskelle for ældre med høj og lav QoL, og det er kun ældre med en selvrapporteret høj QoL, der finder glæde i at hjælpe andre, ligesom kun denne gruppe rapporterer, at de har noget i deres liv, som de ser frem til (Van der Vorst 2017: 6). Ældre med lav selvrapporteret QoL har oftere uindfrie behov. Behovene varierer fra at kunne se børnebørn ofte nok, have en mening eller et formål med livet eller tilstrækkelige økonomiske ressourcer.

En anden forskel på de to grupper af ældre er, at ældre med høj QoL i overvejende grad var aktive problemløsere, når de mødte udfordringer – frem for at være passive og fokusere på de negative ting i livet. En tilsyneladende simpel opgave som at ringe til en ven, veninde eller et familiemedlem kan for ældre med lav QoL virke helt uoverskuelig, på trods af at den ældre føler Derfor er indsatsen, der er målrettet denne gruppe borgere, vigtige og de kan spille en afgørende rolle for den enkelte borger. Et eksempel på et sådant tiltag er The Silver Line, der præsenteres i casegennemgangen i del 2 af rapporten.

En tredje forskel på de to overordnede grupper er, at ældre med høj QoL i højere grad bruger fysiske hjælpemidler til at forbedre eksempelvis deres mobilitet, så de herigennem stadigvæk

kan gøre eller udføre de ting, de ønsker. Det medfører også, at borgere med en høj QoL i større grad kommer ud, har sociale interaktioner og benytter tilbud fra det offentlige. På den måde kan begge grupperinger siges at udføre handlinger, der har en selvforstærkende effekt. Derfor er det vigtigt at kunne opspore de borgere, der har lav QoL (Van der Vorst 2017: 9) – og vedligeholde og pleje de borgere, der har en høj QoL. Der bør derfor lægges vægt på indsatser, der arbejder styrkebaseret ift. forebyggelse (Dury et al. 2018), dvs. tager udgangspunkt i borgernes styrker fremfor deres svagheder.

Når ældre selv skal udtale sig om skrøbelighed, dækker begrebet over meget andet end Frieds snævre fænotypiske tilgang og omfatter ofte aspekter af QoL. Dermed afspejles den igangværende udvikling af begrebets indhold. Det handler også om følelser, sociale og miljømæssige aspekter (De Witte, De Donder et al. 2013).

### SKANDINAVISKE FORSTÅELSER AF SÅRBARHED

Heller ikke inden for forståelser af sårbarhed er der konsensus om, hvad der udgør eller definerer begrebet. Som nævnt i afsnit 3.1.2 skriver den norske professor Stein Husebø, at:

*Sårbar kan opfattes som "let at såre" – der er et øget potentiale for at påføre skade.*

*Husebø (2019)*

Og i skandinavisk sammenhæng ser der ud til at være konsensus om, at:

*"Vi alle er sårbare i forskellige situationer – sårbarhed er ikke en kronisk, fastlåst tilstand, og vi kan alle forvente at blive det. Vi er sårbare in spe."*

*(B. Oxlund, Center for Sund Aldring, Københavns Universitet, Oplæg 18.09.14 KORA)*

Ligesom med skrøbelighed arbejdes der også med akkumuleret og pludselig sårbarhed.

Ifølge (Panza et al. 2018, Dulac & Aubertin-Leheudre 2015) kan sårbarhed akkumuleres over et langt liv, hvor flere faktorer som hårdt fysisk arbejde, stram økonomi, svigtende helbred, kroniske sygdomme og det faktum, at ens alderdom ikke udviklede sig, som man havde forestillet sig – og håbet på – gradvist kan få læsset til at vælte. Samtidig kan omverdenens italesættelse af den enkelte borger være med til at forstærke denne tendens.

Den pludselige sårbarhed indtræder f.eks. ved store livsmæssige forandringer som tab af ægtefælle, flytning til ny bolig og deraf følgende ændret frekvens i interaktioner i netværk og nære relationer på meget kort tid.

Akkumuleret sårbarhed minder meget om Rockwoods Model for akkumulering af mangler. Og man kan konstatere, at:

Den skandinaviske forståelse af sårbarhed er ved at blive en del af de nyere forståelser af skrøbelighed.

I resten af rapporten vil vi derfor fokusere på skrøbelighed.

## INDSATSER

Risikoen for at blive skrøbelig og sårbar øges med alderen, og igennem de seneste år er skrøbelighed og sårbarhed begyndt at indgå, når den aldrende befolkning er på dagsordenen: Hvad betyder det, at en voksende del af befolkningen er skrøbelig og sårbar, hvordan kan samfund forberede sig herpå, hvilke indsatser kan laves for skrøbelige og sårbare ældre og ikke mindst for at forebygge og udskyde, at folk bliver skrøbelige og sårbare. Med til billedet hører også, at skrøbelighed har direkte indflydelse på udgifterne til sundhedsservices (Rodríguez-Laso et al. 2018: 4). Dette fokus er dog så nyt<sup>5</sup>, at arbejdet med indsatser blandt regeringer og internationale organisationer som EU og OECD primært er på et meget generelt niveau. Samtidig foregår der en lang række, konkrete indsatser, der vokser op nedefra. En række sådanne konkrete indsatser eller cases behandles i næste kapitel.

I det følgende gennemgår vi først hovedelementerne i state of the art-rapporten fra EU's Joint Action ADVANTAGE, dernæst præsenterer vi en liste af anbefalede værktøjer til opsporing og diagnosticering af skrøbelighed, og endelig ser vi på et eksempel på risikoprofilering.

## FOREBYGGELSE OG HÅNDTERING AF SKRØBELIGHED

EU har for nylig etableret ADVANTAGE-programmet som det første med fokus på *forebyggelse og håndtering af skrøbelighed* (Rodríguez-Laso et al. 2018).

<sup>5</sup> ADVANTAGE JA-rapporten er fra 2018.

Programmet har tre overordnede mål:

- At skabe en fælles og operativ forståelse af skrøbelighedsbegrebet<sup>6</sup>
- At skabe en række værktøjer, der kan vurdere, hvorvidt en borger er på vej mod at blive skrøbelig (pre-frail) eller skrøbelig (frail) samt
- At udarbejde guidelines og programmer for forebyggelse af skrøbelighed og fremme bedre helbred blandt ældre

Programmets state of the art-rapport (Rodríguez-Laso et al. 2018) sammenfatter hovedpointerne vedrørende forebyggelse og håndtering af skrøbelighed således:

#### **Potentielt reversibel**

For de almindeligste definitioner af begreberne skrøbelig og sårbar gælder, at der i en række tilfælde er tale om reversible tilstande, især for de tidlige stadier.

I nogle tilfælde kan en person spontant gå fra at være skrøbelig til ikke at være skrøbelig, men der vides meget lidt om hyppigheden af disse spontane forbedringer.

En række studier viser, at *fysisk aktivitet* spiller en rolle ved ophør af skrøbelighed (Rogers et al. 2017).

Studier af (Trevisan et al. 2017 og Pollack 2017) peger på, at overvægt(!), lavt-moderat alkoholforbrug, højt uddannelsesniveau og at leve alene(!) ser ud til at være associeret med evnen til at reducere skrøbelighed, men der er behov for at få disse forhold belyst yderligere.

#### **Screening**

ADVANTAGE finder, at der er utilstrækkelige beviser for, at screening på populationsniveau er effektivt. I stedet anbefales "opportunistisk" screening af borgere over 70 år, dvs. screening i forbindelse med at de er i kontakt med sundhedsvæsenet. Her peger ADVANTAGE på praktiserende læger, som den oplagte gruppe til at gennemføre sådanne screeninger (Rodríguez-Laso et al. 2018: 18, 23).

#### **Sund livsstil**

Når det kommer til anbefalinger af at mindske risiko for at blive skrøbelig, kan de sammenfattes under overskriften "sund livsstil." Således anbefaler ADVANTAGE:

- Ikke at ryge/at holde op med at ryge
- Reducere alkoholindtag
- Øge fysisk aktivitet
- Spise sundt, f.eks. at spise "middelhavskost" (Mediterranean diet)

<sup>6</sup> Jf. afsnittet *Forståelser af skrøbelighed*.

For folk, der allerede er skrøbelige, anbefales individuelt tilpassede indsatser, der har til formål på realistisk vis at få den skrøbelige til at forbedre sin livsstil, herunder forbedre sin fysiske formåen.

ADVANTAGE-rapporten fremhæver den såkaldte Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)-proces som den klart bedste til at bestemme skrøbelige ældres evner (engelsk: capabilities), og på den baggrund udvikle en koordineret og integreret plan for behandling og langsigtet opfølgning (Rubenstein et al. 1991).

Figur 1 beskriver en algoritme for forebyggelse og håndtering (engelsk: management) af skrøbelighed på individniveau; man kan sige, at den sætter de ovenstående anbefalinger "på formel": Som det fremgår af algoritmen, screenes alle ved kontakt med sundhedsvæsenet. De, der umiddelbart vurderes at være robuste, anbefales at følge de fire elementer i en sund livsstil. De muligvis skrøbelige diagnosticeres herefter. Hvis de vurderes til alligevel at være robuste, anbefales de også at følge de fire elementer i en sund livsstil. De, som diagnosticeres til at være skrøbelige eller præ-skrøbelige, gennemgår en omfattende vurdering baseret på ovennævnte CGA-proces og tilbydes en individuelt tilpasset behandlings- og træningsplan.

#### ***Tværasektorielt***

For at være effektive kræver indsatser for skrøbelige ældre koordinering og samarbejde på tværs af hjem, kommune og hospital. Der er især behov for fokus på "case management", dvs. koordinering af indsatser for den enkelte person på tværs af sektorer, herunder: samarbejdet med den praktiserende læge, sektorovergange og god understøttelse med it-værktøjer (Rodríguez-Laso et al. 2018: 19).

#### ***Uddannelse***

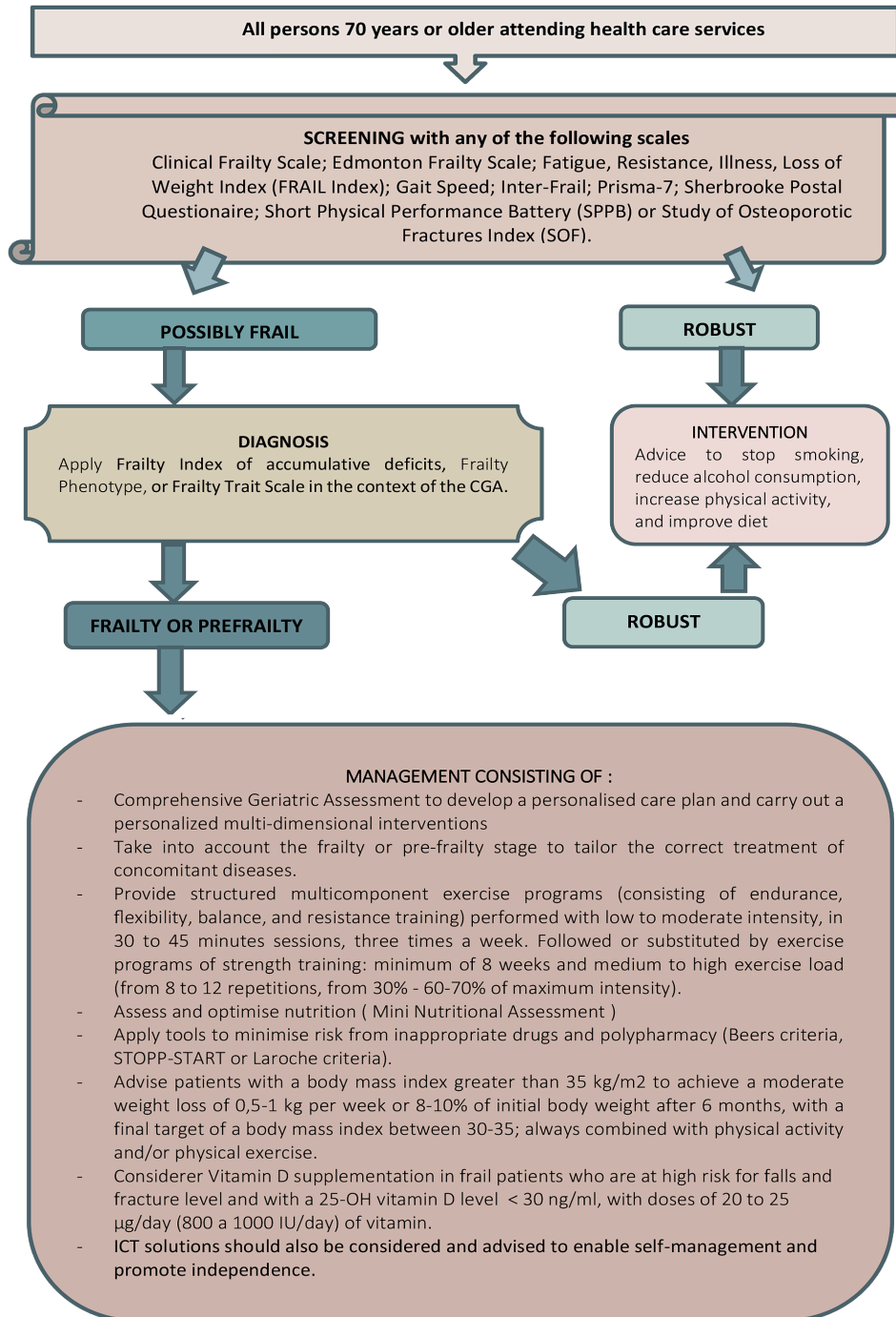
Indsatser for skrøbelige ældre, herunder screening, kræver kompetenceopbygning på tværs af sundhedsprofessioner og -specialer, da der mangler viden i de offentlige sundhedsvæsen om ældre patienter (Rodríguez-Laso et al. 2018: 20, 23).

### **VÆRKTØJER TIL OPSPORING OG DIAGNOSTICERING**

ADVANTAGE anbefaler en række værktøjer til opsporing og diagnosticering af skrøbelighed. Værktøjerne er valgt ud fra, at de er hurtige og nemme at anvende i praksis (anvendelsen af et værktøj må samlet set ikke overstige ti minutter i klinisk praksis), at de ikke kræver særligt udstyr, samt at de er validerede.

Disse kriterier snævrer den store pulje af mulige værktøjer ind til ni værktøjer til opsporing af skrøbelighed og tre værktøjer til at diagnosticere skrøbelighed, Advantage (Rodríguez-Laso et al. 2018: 22f). De specifikke værktøjer fremgår af screenings- og diagnoseboksene i Figur 1.





Figur 1: Algoritme for forebyggelse og håndtering af skrøbelighed på individniveau.

Disse værktøjer bærer præg af en opfattelse af skrøbelighed, som har baggrund i lægefaglig praksis. Dette fremgår også af brugen af begrebet "diagnosticering", der normalt anvendes om sygdomme, men her afspejler at skrøbelighed ses som et syndrom, dvs. en samling af flere klinisk synlige tegn, symptomer, fænomener eller karakteristika, som ofte optræder sammen. Koblingen til lægefaglig praksis fremgår også af, at praktiserende læger nævnes som den oplagte gruppe til at gennemføre sådanne screeninger, jf. afsnittet Screening ovenfor.

Bevægelsen mod den bredere forståelse af skrøbelighed, som den BioPsychoSociale Model repræsenterer, kan åbne muligheder for, at flere aktører end praktiserende læger kan screene ældre borgere for skrøbelighed og sårbarhed. Men de værktøjer, som findes i dag, opfylder ikke kriterierne fra ADVANTAGE, hvor det kræves, at anvendelsen af et værktøj samlet set ikke må overstige ti minutter i klinisk praksis, at de ikke må kræve særligt udstyr, samt at de skal være validerede.

### BIOPSYCHOSOCIAL RISIKOPROFILERING – ET EKSEMPEL

For at kvalificere screeningsarbejde og for at kunne tilbyde indsatser, der virker for den enkelte, er det vigtigt med en kortlægning af, hvilke faktorer der leder til eller bidrager til yderligere skrøbelighed. Den ovennævnte Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)-proces er baseret på en lægefaglig tilgang til sådanne faktorer. Nedenfor beskrives kort resultatet af et belgisk projekt om risikoprofilering i forhold til skrøbelighed, der adskiller sig fra ADVANTAGE og de værktøjer til opsporing og diagnosticering af skrøbelighed, som ADVANTAGE anbefaler, ved at tage udgangspunkt i de fire dimensioner fra den BioPsychoSociale model for skrøbelighed.

Opstillet i tabelform har Dury et al. (2017) bl.a. fundet følgende:

	Fysisk skrøbelighed	Psykologisk skrøbelighed	Social skrøbelighed	Miljømæssig skrøbelighed	Total skrøbelighed
<b>Alder: når den stiger</b>	Øges				Øges
<b>Ægteskabelig status: hvis ugift/fraskilt</b>		Øges for kvinder	Øges	Øges for mænd	Øges

Tabel 2: Overblik over dele af risikoprofiler efter Dury et al. (2017:1035)

Som det fremgår af Tabel 2, er der en sammenhæng mellem stigende alder og øget fysisk skrøbelighed. Dette er helt i overensstemmelse med den CGA-baserede tilgang i Figur 1. Desuden kan vi se af tabellen, at for ugifte/fraskilte øges den sociale skrøbelighed generelt. Hertil kommer, at den psykologiske skrøbelighed øges for kvinder, mens den miljømæssige skrøbelighed øges for mænd. Ingen af disse forhold dækkes af den CGA-baserede tilgang i Figur 1.

#### **INTERNATIONALE TENDENSER 'VS' LOKALE AKTIVITETER**

Når vi ser på de, forholdsvis generelle, tiltag for at forebygge og håndtere skrøbelighed som EU's ADVANTAGE-program peger på, kan de sammenfattes som stræbende efter en "sund livsstil" og baseret på objektive og validerede kriterier. Hermed kommer de til at fokusere på afhjælpning af mangler, og de kobles ikke til, hvad der interesserer eller motiverer den enkelte borger. Sat på spidsen er den underliggende antagelse, at det er motivation nok, at man stabiliserer eller forbedrer sin skrøbelighed, men denne antagelse holder i mange tilfælde ikke. F.eks. har van der Vorst (2017), fundet, at selvom en borger strukturelt kan kategoriseres som værende skrøbelig, er det langt fra sikkert, at borgeren ser sig selv som skrøbelig. Og generelt gælder det, at mange ældre, hvis adspurgt, ikke ønsker at fokusere på mangler. Derimod foretrækker ældre at modtage tilbud og deltage i aktiviteter, der *understøtter* eller *forbedrer* deres autonomi og trivsel sammenlignet med tilbud, der fokuserer på sygdomme og funktionsnedsættelse. Italesættelsen er nemlig i sig selv med til at konstituere og determinere en given tilstand – eksempelvis skrøbelighed (Nielsen et al. 2018: 60, Dury et al. 2018). Derfor bør indsatser og aktiviteter, der har sårbare og skrøbelige ældre som målgruppe, arbejde styrke-baseret ift. forebyggelse, dvs. tage udgangspunkt i borgernes styrker fremfor deres svagheder.

I det følgende hovedkapitel præsenterer vi otte cases, som på hver deres måde har formålet at opspore skrøbelige og sårbare ældre, at involvere dem i opfølgende indsatser og – for manges vedkommende – har udviklet arbejdsgange og koordinationsprocesser, som i høj grad bygger på frivillige, og som samtidig er solidt forankret i relevante offentlige enheder.



## CASES

Vi har, som beskrevet i afsnittet OECD-landes omstillingsevne og parathed, valgt cases fra Norge, Holland, Spanien og England. De enkelte cases er beskrevet nedenfor efter en skabelon, der forsøger at dække de væsentligste aspekter ift. at kunne igangsætte lignende initiativer i en dansk kontekst. Selvom beskrivelserne anvender samme skabelon, er teksterne præget af, hvad informanterne ønskede at fremhæve/lagde vægt på og casens karakteristika.

### CASEOPBYGNING

For hver case er angivet hvilke af områderne Opsporing, Opfølgende indsatser samt Arbejds- gange og koordinationsprocesser, som den pågældende case bidrager med erfaringer og viden om. Desuden angives hvor, hvornår, målgruppe, varighed for indsatsen samt hvilke aktører og aktiviteter, der har været inddraget og igangsat.

Indsatsens overordnede formål hænger som regel sammen med den metodiske tilgang. I to cases, hvor der arbejdes med undervisning og udvikling af færdigheder, anvendes en klar metodisk tilgang, eksempelvis aktionsforskning og feministisk teori. I de to cases, der gennemgår henholdsvis en model for samarbejde og et værktøj, trækkes der på samhandlingsteori samt tilgange fra sundhedspsykologi og tværfaglige interventioner med baggrund i psykologi, medicin og geriatrisk sygepleje. Projekter og indsatser, der ikke har en forbindelse til forskere eller videninstitutioner, har ikke arbejdet bevidst ud fra en udvalgt metodisk tilgang, men "hvad der giver mening – og er muligt". I de cases er metodebeskrivelsen forfatterens vurdering baseret på tilgængelig viden om den pågældende indsats.

Nogle af de præsenterede cases er forankret enten kommunalt eller hos frivillige kræfter/ NGO'er, hvor andre er et samarbejde på tværs af flere forskellige aktører. Tovholdere og samarbejdspartnere indvirker desuden på, hvilket ressourcetræk der er tale om, og hvordan økonomien ser ud for den enkelte indsats.

Endvidere angives, om indsatsen stadig kører, er afsluttet eller overgået fra projekt til drift, ligesom status for evaluering beskrives. Dernæst præsenteres centrale læringspunkter fra indsatsen, og til sidst listes en række nyttige links.

### RÆKKEFØLGE OG GRUPPERING AF CASES

I det følgende præsenteres de otte cases, som er opdelt i fire forskellige tematiseringer. Temaet Frivillighed og samarbejde med kommunale myndigheder indeholder tre cases fra henholdsvis Spanien, England og Norge, Medlemsbaseret græsrodsbevægelse behandler en engelsk case, Undervisning og læring som grundlag for selvudvikling behandler to cases fra Holland, og endelig er de to sidste cases Modeller og værktøj fra Norge og England. De to sidste cases adskiller sig fra de første seks, da det er en kommunal model for samarbejde med frivillige samt et værktøj til både opsporing og opfølgende indsats, der præsenteres.

#### Frivillighed og samarbejde med kommunale myndigheder

- Radars fra Barcelona, Spanien
- The Silver Line fra England, landsdækkende
- Kirkens Bymisjon fra Oslo, Norge

De tre cases har det til fælles, at de er karakteriseret af en høj grad af frivillighed, samt at de samarbejder med kommunale myndigheder inden for sundheds- og omsorgsområdet. *Radars* og *The Silver Line* har i deres Arbejdsgange og koordinationsprocesser en meget stor berøringsflade med frivillige, der leverer en service, eksempelvis ugentlige telefonsamtaler til ældre, der ellers ikke har megen kontakt med omverdenen. I *Radars* og *Kirkens Bymisjon* er målgruppen passiv ift. opsporing, hvorimod opsporingen er selvinitieret i *The Silver Line*. Derudover giver *Radars* og *The Silver Line* ældre borgere mulighed for at påtage sig en aktiv rolle og give andre brugere, og sig selv, livskvalitet i hverdagen. *Kirkens Bymisjon* samarbejder også med frivillige i stor udstrækning, men det er ikke dette samarbejde, der er det særlige i denne case. *Kirkens Bymisjon* varetager opgaver, der normalt falder inden for det kommunale område i Norge inden for helse og omsorg til ældre. I praksis vil det sige, at *Bymisjonens* sygeplejersker, SOSU-hjælper og -assistenter varetager sygeplejefaglige opgaver, rengøring mv. i borgers eget hjem. Derudover har de en række sociale tiltag rettet mod at mindske ensomhed, dele erfaringer som pårørende, og har formået at nå de borgere, der er sværest at nå med almindelige kommunale tilbud og opsporingsindsatser.

*Kirkens Bymisjon* og *The Silver Line* er appellerende muligheder for borgere, der ikke ønsker at være brugere af kommunale tilbud. Kommunale tilbud inden for sundheds- og omsorgsområdet giver for nogle borgere associationer til og følelser af skam, flovhed og en særlig gruppe af borgere, som man ikke har lyst til at sammenligne sig med. En selvhjælpslinje og en kirkelig organisation kan derfor nå dette segment på en anden måde end et offentligt tilbud.

### Medlemsbaseret græsrodsbevægelse

- Men's Sheds, national indsats, England

Men's Sheds er baseret på selvnitieret 'opsporing'/kontakt eller på anbefaling gennem eget netværk, og der er ikke nødvendigvis et samarbejde med offentlige myndigheder. Organisationen bag indsatsen er en national græsrodsbevægelse. Der er vide rammer for, hvilke aktiviteter der kan igangsættes, og hvilke roller man som *medlem* kan indtage. Læringen fra den landsdækkende engelske case er, at mænd ikke ønsker at se sig som brugere, men som ligeværdige medlemmer af et fællesskab. Et fællesskab der er kønsbaseret af den simple årsag, at nogle ting er mere appellerende end andre, alt afhængigt af hvilket køn man har.

### Undervisning og læring som grundlag for selvudvikling

- Friendship Enrichment Program, Holland
- Vallen Verleden Tijd, Holland

Fælles for disse to hollandske cases er, at målgruppen ønsker at lære at navigere gennem livet, hvilket sker gennem kurser, hvor deltagerne guides gennem et fast pensum med dertilhørende øvelser. I *The Friendship Enrichment Program* er målgruppen kvinder, der ønsker at lære mere om sociale relationer, og hvordan venskaber skabes, vedligeholdes over tid, samt hvilke former for venskaber der er givende i sig selv. Kvinderne tager frivilligt tilbage på skolebænken med det formål at arbejde med sig selv og skabe bæredygtige relationer. I casen *Vallen Verleden Tijd* er det en erkendelse, at mange ældre borgere er i konstant risiko for at falde, hvilket kan have store personlige konsekvenser for den enkelte, ligesom graden af både sårbarhed og skrøbelighed ændres markant til den negative side. Derfor lærer ældre borgere faldteknikker inspireret af judo, da antagelsen er, at ældre borgere lige så godt kan lære at falde mest hensigtsmæssigt, når de er disponeret herfor. For begge cases henvender borgeren sig selv til tilbuddet eller visiteres til faldtræning, og indsatsen varetages af professionelle.

### Modeller og værktøj

- Model for et godt samarbeid fra Drammen Kommune, Norge
- FOCUS fra Birmingham, England

*Model for et godt samarbeid* og *FOCUS* adskiller sig fra de andre cases, da de er henholdsvis en model og et værktøj for, hvordan man kan arbejde med sårbare og skrøbelige borgere. Begge cases adresserer Opsporende og Opfølgende indsatser samt Arbejdsgange og koordinationsprocesser.

I *Model for et godt samarbeid* har Drammen Kommune i Norge udarbejdet en syvtrins model for, hvordan frivillige kan gå ind og supplere kommunale ydelser og dermed give en større mangfoldighed af tilbud til kommunens ældste borgere. Særligt Arbejdsgange og koordinationsprocesser behandles dybdegående, ligesom værdien af at trække på frivillige fremhæves som centralt element i at forbedre borgeres livskvalitet. I *FOCUS*-casen fra England præsenteres et værktøj udviklet i et pilotstudie. I pilotstudiet testes et opsporingsværktøj, og casen er interessant, fordi erfaringerne fra testen viser skismaet mellem at lave et værktøj, der skal være dybdegående og vise det hele menneske, samtidig med at det skal passe ind i en hverdag, hvor tid er en knap ressource for sundhedsprofessionelle i både den primære og sekundære sektor.

Projekt \ Indsats	Opsporing	Opfølgende Indsatser	Arbejdsgange og Koordinationsprocesser
Radars	● • Frivillig	● • Frivillig • Sundhedsfaglig	● • Frivillig • Kommunal
The Silver Line	● • Selvhenvendelse	● • Frivillig • Sundhedsfaglig	● • Kommunal
Kirkens Bymisjon	● • Sundhedsfaglig	● • Frivillig • Sundhedsfaglig	● • Internt i egen organisation • Kommunal
Men's Sheds	● • Selvhenvendelse • Venner	● • Frivillig	● • Internt i egen organisation
Friendship Enrichment Program	● • Selvhenvendelse	● • Sundhedsfaglig	
Vallen Verleden Tijd	● • Selvhenvendelse • Sundhedsfaglig	● • Sundhedsfaglig	
Model for godt samarbeid		● • Frivillig • Sundhedsfaglig	● • Kommunal
FOCUS	● • Sundhedsfaglig	● • Sundhedsfaglig	● • Kommunal

Figur 2: Overblik over cases' bidrag til Opsporing, Opfølgende indsatser samt Arbejdsgange og koordinationsprocesser. Cirklernes størrelse indikerer graden af bidrag. Skemaet kortlægger også de forskellige typer af aktører.



## RADARS

**RADARS**  
Fem barri amb les persones grans

Si et sents sol o sola, pots comptar amb nosaltres

Gràcies

Ajuntament de Barcelona



Volem que les persones grans no se sentin soles i que puguin viure a casa seva en condicions de seguretat i benestar

- Et sents sol o sola?
- Vius sol/a o amb alguna altra persona gran?
- Vius amb algú que està en situació de dependència?
- Vols conèixer gent?

### Participa en el projecte Radars

Gràcies a la implicació del veïnat i les entitats del barri, i amb la complicitat de persones voluntàries, podràs participar en les activitats del barri, conèixer persones amb qui compartir el temps i sentir-te acompanyat/ada.



Truca'ns al 936 197 311



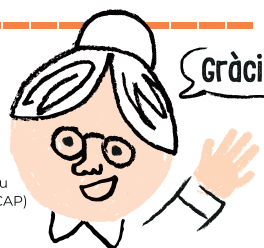
Escriu-nos a [radarsgentgran@bcn.cat](mailto:radarsgentgran@bcn.cat)



Apropa't al teu centre de Serveis Socials i pregunta



Demana informació en el teu Centre d'Atenció Primària (CAP)



[BARCELONA.CAT/RADARS](http://BARCELONA.CAT/RADARS)

Opsporende indsatser	Opfølgende indsatser	Arbejdsgange og koordinationsprocesser
Baseret på Radarer, frivillige privatpersoner, og Radar-stationer, butikker der holder øje med ældre i lokalområdet	Gennem Nettet, hvor kommunale medarbejdere inden for sundhed og omsorg følger op på henvendelser fra Radar(-stationer)  Telefonmonitorering	Mellem Radar(-stationer) og kommunale services

ÅRSTAL: 2008 →

LAND: Spanien, Barcelona

**FORMÅL:** Dels at opretholde trivsel og funktionsniveau blandt ældre borgere, der lever alene, gennem opsporende og opfølgende indsatser, der indledningsvist er baseret på frivillighed. Dels at adressere uønsket ensomhed og på sigt reducere andelen af ensomme, socialt ekskluderede ældre

med de dertilhørende negative konsekvenser, ensomhed har for helbredet.

**MÅLGRUPPE FOR INDSATSEN:** 20% af borgerne i Barcelona er >65år, og en fjerdedel af disse lever alene og risikerer social eksklusion. Dette var årsagen til, at Barcelona Kommune i 2008 påbegyndte Radars-projektet, hvor frivillige opsporer borgere over 75 år, der lever alene eller har en samlever, der er ældre end 65 år.



**VARIGHED FOR INDSATSEN:** Den enkelte borger kan selv vælge, hvor længe vedkommende ønsker at deltage.

**FORM OG INDHOLD:** Radars er bygget op omkring en radar-metaphor, hvor alle nøglebegreber og funktioner henviser til metaforen. En frivillig borger er en Radar, og butikker, virksomheder og offentlige services kaldes Radar-stationer. Fælles for de to er, at de har indsigt i ældre borgeres bevægelsesmønstre i lokalområdet. Hvis en Radar(-station) opfanger ændringer i den ældres daglige rutine, adfærd eller udseende, aktiveres den aftalte arbejdsgang, hvor den frivillige kontakter Nettet, der består af sundhedsprofessionelle fra kommunen. De sundhedsprofessionelle vurderer herefter, hvorvidt og hvordan der skal laves en eventuel opfølgende indsats hos den pågældende borger.

**METODE:** Der arbejdes ikke bevidst ud fra én teoretisk tradition eller metode i projektet, men ud fra hvad der giver mening og værdi i det pågældende område. Indsatsen Radars er baseret på, at borgere, virksomheder og offentlige services investerer noget af sig selv og bidrager til lokalsamfundet gennem deres handlinger. Hele indsatsen er med andre ord bundet op på borgerinddragelse og medborgerskab, hvor lokale involveres som centrale aktører – i samarbejde med de fagprofessionelle kræfter fra kommunen. Der arbejdes løbende på at udvikle mål, tilgang til rekruttering, hvordan frivillige kræfter inddrages, og hvilke indsats der med fordel kan tilbydes i den pågældende bydel. Set udefra er der tale om en tilgang, der minder om aktionsforskning, der er kendetegnet ved bevidst at igangsætte forandringsprocesser og undervejs generere den viden, der er behov for i praksis, se f.eks. (Kildedal 2005).

**AKTØRER OG AKTIVITETER:** Aktivt medborgerskab står som den røde tråd, der sammenholder en række forskellige indsats. Den enkelte borger kan deltage som frivillig på tværs af køn, alder, etnicitet og kræfter. Radars-indsatsen har vist over de mere end ti år, den har kørt, at det er en effektiv tilgang til at binde nabolag og lokalsamfund sammen over tid, og at det kan skabe et sikkert og trygt offentligt rum for ældre borgere at færdes i.

- Den kommunale indsats Radars(-stationerne) kan henvende sig til Nettet. Nettet er en samlet betegnelse for kommunale opfølgende indsats inden for social- og sundhedsområdet. Arbejdsgange og koordinationsprocesser består i, at Nettet handler på indberetninger fra kommercielle og civile Radarer, scorer spørgeskemabesvarelser og igangsætter eventuelle indsats på baggrund heraf og afholder arrangementer i sundhedsklinikker.
- Radar-bordet er et planlægnings- og udvekslingsforum naboer imellem.
- Via kommercielle Radar-stationer observerer lokale virksomheder, butikker og lignende serviceerhverv, hvordan det går med kvarterets ældre. Apoteker er særligt vigtige i Radars, da apotekernes personale, ud over at de rent visuelt kan følge med i den enkelte borgers habitustilstand, desuden har indblik i borgerens medicinforbrug og historik. Derfor har apotekerne mulighed for at opfordre og henvise deres ældre kunder direkte til kommunale indsats rettet mod den enkeltes behov.
- Naboer og genboer til ældre opfordres til at holde øje med og "passe" på områdets ældre via (Nabo)Radar-stationer. Gennem godt naboskab sikres opsporing gennem frivillige kræfter, hvor hensigten er at kunne



gribe tidligere ind med opfølgende indsatser.

- Frivillige ældre, fra bl.a. Røde Kors, går fra dør til dør og præsenterer Radars til ældre medborgere. Ældre får udleveret et spørgeskema, hvor der spørges ind til ensomhed, helbred og trivsel, ligesom de modtager informationsmateriale på papir. Ifm. dør til dør-opsporingen informeres ældre borgere om muligheden for at blive tilknyttet telefonmonitoringsservicen, og de inviteres med til sociale arrangementer i lokalområdet. Dør til dør-frivillige besøger også lokale butikker, frisører, apoteker, posthuse, banker etc. og tilbyder dem at blive en del af Radars-netværket.
- Der foregår telefonmonitorering via en telefon tracking-plattform. Ældre, der har samtykket til at blive kontaktet, ringes op efter aftalt frekvens af frivillige. Samtalerne kan både have social karakter, ligesom de kan omhandle helbred, fungere som opsporende indsats mv.

**LOKALITET FOR TILBUD:** Overalt i de enkelte bydele i Barcelona; butikker, biblioteker, caféer, apoteker, buschauffører, naboer mv. kan være Radars. Den ældre borger kan også vælge at blive ringet op ugentligt af en frivillig i cirka 30 minutter i eget hjem.

**ORGANISERING:** Radars er forankret i en enhed i byrådet, ligesom sundhedsprofessionelle fra socialforvaltningen uddanner og organiserer frivillige (både privatpersoner, virksomheder og organisationer). Sundhedsklinikker mv. stilles til rådighed for ældre borgere og frivillige til diverse arrangementer. Da distrikterne er meget forskellige i Barcelona, er det op til det enkelte distrikt at organisere sig på en måde, der er bæredygtig.

**TOVHOLDERE OG SAMARBEJDSPARTNERE:** Frivillige kræfter organiserer sig i den enkelte bydel og har mulighed for at sparre med ansatte i kommunen ift. hensigtsmæssig organisering, ligesom der i stor udstrækning trækkes på erfaringer fra omkringliggende nabolag.

**RESSOURCER:** Kommunale projektkoordinatorer tilknyttes geografiske områder og hjælper med at koordinere frivilligindsatser og eventuelle sundhedsrelaterede tiltag for den enkelte borger. Sundhedsprofessionelle fra socialforvaltningen samarbejder med de frivillige efter fastlagte arbejdsgange og modtager indberetninger på borgere, der af Radars-frivillige vurderes til at kræve en indsats. De sundhedsprofessionelle laver en faglig vurdering og varetager eventuelle opfølgende indsatser målrettet den enkelte borger.

**KOMPETENCEUDVIKLING:** Internt i kommunen har nogle ansatte deltaget i et kursus, ift. hvordan man som kommunal medarbejder samarbejder med frivillige, ligesom de har skullet gøre sig bekendt med og oplæres i nye arbejdsgange baseret på den frivillige opsporing.

**IMPLEMENTERING:** Påbegyndt i 2008 i bydelen Gràcia, Barcelona. Forventes fuldt implementeret i alle 59 bydele i Barcelona med udgangen af 2019.

**STATUS:** Implementeret. Radars-konceptet er desuden ved at blive implementeret i andre catalanske byer, bistået af de erfaringer man har gjort sig i Barcelona med frivillighed og organisering.



**EVALUERING OG EFFEKT:** De ældre er mindre ensomme og føler sig mere sikre ved at begive sig ud i deres lokalsamfund, bl.a. på baggrund af telefonmonitorering, lokale Radar-stationer og forskellige sociale aktiviteter samt en tilfredsstillende andel<sup>1</sup> af borgere, der monitoreres telefonisk, selv begynder at engagere sig frivilligt i Radars eller andre frivillige indsatser. Borgere i Radars, både frivillige og modtagere af services, opnår et højere generelt trivselsniveau.

**ØKONOMI:** Der blev lavet en evaluering baseret på indsatsen i bydelen Gràcia (2008-2011), der viser, at der er en social return of investment på 3,80 € for hver investeret euro.

#### NYTTIGE LINKS

Radar-projektet, Socialforvaltningen i Barcelona Kommune: <http://ajuntament.barcelona.cat/dretsocials/ca/bones-practiques-socials/projecte-radars>

10 years of Project Radars: the neighborhood and community network that looks after the well-being and care of the elderly has already been consolidated in more than 35 neighborhoods of the city. Barcelona Kommune: [https://www.barcelona.cat/infobarcelona/en/10-years-of-project-radares-the-neighborhood-and-community-network-that-looks-after-the-well-being-and-care-of-the-elderly-has-already-been-consolidated-in-more-than-35-neighborhoods-of-the-city\\_606636.html](https://www.barcelona.cat/infobarcelona/en/10-years-of-project-radares-the-neighborhood-and-community-network-that-looks-after-the-well-being-and-care-of-the-elderly-has-already-been-consolidated-in-more-than-35-neighborhoods-of-the-city_606636.html)

#### CENTRALE LÆRINGS-PUNKTER

**FORTSAT POLITISK OPBAKNING** til indsatsen er vigtigt, da det gør det nemmere for Radars at rekruttere nye frivillige.

**MED FRIVILLIGE SOM CENTRAL DEL AF INDSATSEN** er det vigtigt, at der i den kommunale organisering og arbejdsgange er en forståelse for, at der kan være stor variation i, hvor mange kræfter der kan lægges i indsatsen på forskellige tidspunkter.

**TILGÆNGELIGE KOMMUNALE TILBUD** er afgørende. Hvis der f.eks. ikke ligger en klart beskrevet arbejdsgang for apoteket, der fungerer som en kommerciel Radar-station, ift. at henvise en borger til et kommunalt tilbud, kommer henvisningen ikke, og borgeren modtager ikke hjælp.

<sup>1</sup> Tilfredsstillende andel varierer fra bydel til bydel, da det afhænger meget af kvarterernes demografiske sammensætning, lokalfrivillige kræfter og udgangspunkt i det enkelte kvarter. Nogle bydele er tilfredse med ca. 5%, hvor andre kommuner sigter på, at 20-25% af borgerne engagerer sig i en frivillig sag. Der er mange faktorer, der påvirker, hvorvidt målgruppen selv engagerer sig frivilligt, herunder kronologisk alder og helbredsmæssigt udgangspunkt.

## THE SILVER LINE



[Welcome](#)
[What We Do](#)
[Who We Are](#)
[Get Involved](#)

[Contact Us](#)

[Donate now](#)



**Seven days to help transform someone's life!**  
 Whatever your age or ability, we have ways for everyone to take part.

**Get involved →**

Opsporende indsatser	Opfølgende indsatser	Arbejdsgange og koordinationsprocesser
Nej	En gratis telefonisk hjælpelinje, hvor professionelle tager telefonen, og derefter henviser til egne indsatser eller tilbud i det offentlige	Retningslinjer for, hvornår The Silver Line skal overdrage en borger til offentlige myndigheder  Samarbejdsprocesser til praktiserende læger

**ÅRSTAL:** 2013 →

**LAND:** United Kingdom, national indsats

**FORMÅL:** At hjælpe ældre borgere med at tackle de effekter, ensomhed og social isolation kan have samt at engagere ældre i sociale tilbud.

**MÅLGRUPPE FOR INDSATSEN:** Borgere >60 år. Organisationen modtager dog også og behandler opkald fra yngre borgere, men disse udgør en meget lille andel.

**VARIGHED FOR INDSATSEN:** Den enkelte borger kan selv vælge, hvor længe vedkommende ønsker at deltage.

**FORM OG INDHOLD:** The Silver Line omfatter dels en gratis, fortrolig og anonym telefonisk hjælpelinje, der er åben 24 timer i døgnet, og dels en række services, hvor ensomme og/eller isolerede ældre tilbydes information, venskab og rådgivning. Hjælpelinjen er en ikke-offentlig opfølgende indsats, hvis målgruppe er karakteriseret ved at have dårligere livskvalitet og helbred end deres jævnaldrende og lider i højere grad af kroniske sygdomme og/eller handicap. I 2018 modtog organisationen mere end 500.000 opkald.

Der er en større andel af de ældre, der ringer til The Silver Line under påskud af behov for information om praktiske forhold, hvor mange egentlig har behov for nogle at tale med. Enten fordi de er ensomme, uden socialt netværk eller mangler (kontakt til) familie.



**METODE:** Den metodiske tilgang i indsatsen italesættes ikke af praktikerne.

#### AKTØRER OG AKTIVITETER

- Telefonisk hjælpelinje – døgnåben: Denne håndteres af to professionelle organisationer: Age Scotland, der håndterer telefonopkald på hverdage mellem kl 8.00-18.00, og FCMS, der besvarer opkald resten af døgnet, i weekender og på helligdage. Det er faglige medarbejdere, der modtager og screener indkomne opkald. De er ansvarlige for:
  - At matche borgere, der ringer til linjen, i forhold til frivillige og herigennem igangsætte en opfølgende indsats
  - At rekruttere og uddanne frivillige
- De faglige medarbejdere har ofte en baggrund i sundhedssektoren, rådgivning eller socialarbejde og trækker på erfaring herfra.
- Ældre, der ringer ind til linjen, foretrækker at blive matchet med en frivillig, der minder om dem selv, men da de frivillige ikke er demografisk repræsentative for det brede udsnit af den britiske befolkning, kan dette ikke altid lade sig gøre. Professionelle varetager i mellemtiden samtaler med disse ældre. Dog er The Silver Lines erfaring, at de frivilliges engagement kan bygge bro over demografiske forskelle.
- Frivillige: Oftest kvinder mellem 20-74 år med en højere uddannelse end gennemsnittet. Mange frivillige har været eller er frivillige i andre organisationer, og en andel af de frivillige har tidligere modtaget en eller flere services fra The Silver Line.
- Silver Line Services
  - Telefoniske venskaber: En ugentlig 30 minutters

samtale mellem en ældre borger og en frivillig Silver Line-ven. I de telefoniske venskaber er der et aktivt valg i, at ældre med en anden etnicitet teames op med en etnisk brite, og at etniske briter teames op med frivillige, der har en anden etnisk baggrund. Samtale og nærvær er det væsentlige i relationen, og på den måde formår organisationen at skabe nye relationer mellem individer, der ellers ikke normalt ville etablere en relation. Såfremt der er et udtalt ønske om at tale med en frivillig med samme kulturelle baggrund, som den ældre har, imødegås dette dog.

- Sølvbreve – udveksling af breve hver fjortende dag mellem en ældre borger og en frivillig Silver Line-ven. En mulighed, flere døve eller borgere med nedsat hørelse, anvender.
- Sølvcirkler: Ugentlig gruppe-telefonsamtale mellem seks ældre, der deler en fælles interesse af cirka en times varighed. Ældre med en etnisk britisk baggrund sættes sammen med ældre, der har andre etniske baggrunde, da det er emnet, der i første omgang er det fælles bindeled og samlingspunkt.
- Silver Line-forbindelser hjælper med at informere om opfølgende indsatser og forbinder ældre borgere med nationale eller lokale services.
- Ansatte i Silver Line: Har ofte en baggrund fra sundhedssektoren, rådgivning eller socialarbejde og trækker på erfaring herfra. De ansatte rekrutteres gennem FCMS og Age Scotland til at arbejde i den telefoniske hjælpelinje og er ansvarlige for at rekruttere, uddanne og matche frivillige ift. borgere, der ringer til linjen.



**LOKALITET FOR TILBUD:** Ældre borgere kan ringe til hjælpe-linjen fra deres eget hjem, modtage opkald fra Telefoniske venskaber eller Sølvcirkler eller skrive breve under Sølv-breve-servicen. The Silver Line er organiseret på en sådan måde, at frivillige har mulighed for at "arbejde" hjemme-fra og håndtere telefoniske venskaber, samtalecirkler el-ler skrive breve. Det medvirker til, at ældre, der ellers ikke vil forlade hjemmet grundet dårlig mobilitet, manglende kræfter eller ikke magter at "dresse up", kan påtage sig et ansvar for en opfølgende indsats.

**ORGANISERING:** The Silver Line er grundlagt af Dame Est-her Rantzen. Det er en NGO, og organisationen styres af et board of trustees, der mødes fire gange årligt. En chief executive officer står for at udføre strategien sammen med en håndfuld fuldtidsansatte medarbejdere. Da orga-nisationen samarbejder med offentlige services er der be-hov for udførlige arbejds gange og koordinationsprocesser.

**TOVHOLDERE OG SAMARBEJDSPARTNERE:** The Silver Hel-pline samarbejder som nævnt ovenfor med to profes-sionelle organisationer, Age Scotland og FCMS, om den tele-phoniske hjælpe linje. The Silver Line's services håndteres af 4200 frivillige, kaldet Silver Line Friends.

**RESSOURCER:** Organisationens chief executive officer, CEO, er ansvarlig for udførelse af strategien og har en stab, der understøtter CEO'en i dette. Staben har forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, men flere har arbejdet inden for frivilligsektoren tidligere og/eller arbejdet med udsatte borgere inden for sundhedsvæsenet. Derudover er alle frivillige blevet oplært inden for det område, de arbej-der ind i, gennem organisationens egne kurser.

**KOMPETENCEUDVIKLING:** Frivillige gennemgår en Silver Li-ne-uddannelse i, hvordan man arbejder som telefonven, er den gode ven gennem Sølvbreve og Sølvcirkler. Medarbej-dere, der sidder og modtager alle indkomne opkald enten i FCMS eller i Age of Scotland, modtager uddannelse i at tale med de ældre og den eventuelt videre visitering til sociale services eller organisationens egne tilbud.

**IMPLEMENTERING:** Tjenesten er fuldt implementeret i Uni-ted Kingdom. En fortsat udfordring i drift er at klæde de medarbejdere på, der modtager opkald, da organisationen oplever, at der er flere ældre med psykiatriske diagnoser eller selvmordstruede, der ringer ind.

**STATUS:** Nationalt implementeret, se endvidere under Centrale læringspunkter.

**EVALUERING:** Kvalitativ og kvantitativ evaluering foreta-get af Anglia Ruskin Universitetet i 2015: "The Silver Line: Tackling Loneliness in older people. Evaluation Research Rapport. Stephen Moore & Claire Preston: <https://arro.anglia.ac.uk/582284/1/Evaluation%20of%20The%20Sil-ver%20Line%20final.pdf> "

**EFFEKT:** The Silver Line hjælper ældre borgere til enten at danne nye bekendtskaber gennem deres services, genska-be kontakt til tidligere relationer og/eller gøre offentlige myndigheder opmærksomme på borgere, der har behov for en opfølgende indsats, organisationen ikke selv kan løfte. Brugere oplever en øget livskvalitet over tid, og fri-villige oplever, at de giver værdi og får en betydning for an-dre mennesker. Sociale skel nedbrydes gennem Sølvcirk-ler og telefonbaserede venskaber og skaber relationer på



tværs af alder, køn, etnicitet og religion, og brugerne kan dermed også blive mønsterbrydere.

**ØKONOMI:** Finansieres gennem private donationer og større organisationer, f.eks. The Big Lottery Fund og BT (British Telecom). I 2018 modtog organisationen 4.699.963 £ i støtte.

### CENTRALE LÆRINGS-PUNKTER

**ANONYMITET.** Værdien i, at borgere kan ringe anonymt og tale med nogen, er meget stor, da det medvirker til, at ældre, der normalt ikke vil anvende denne form for service, henvender sig med deres tanker og spørgsmål. Ældre borgere oplever, at det er stigmatiserende at være ensomme, og derfor er erfaringen, at mange er forbeholdne over for at tale med eventuelt pårørende eller bekendtskaber om deres tanker.

**TILGÆNGELIG 24/7** for borgere der selv vælger at henvende sig.

**SUPERVISION OG TRÆNING** i at modtage mange forskelligartede opkald er nødvendig, da de ansatte besvarer opkald fra ældre borgere, som kan have psykiske problemer, være selvmordstruede eller har andre problematikker, og derfor kan være vanskelige at håndtere.

**ANSATTE KAN PÅ VEGNE AF DEN ÆLDRE BORGER** ringe til sundhedsrelaterede tilbud og services, hvis det er en uoverskuelig opgave for borger.

**KLARE PROCEDURER OG ARBEJDSGANGE.** Det kan være et frustrerende arbejde, da ansatte oplever, at eksisterende offentlige indsatser ikke nødvendigvis slår til; klare retningslinjer og arbejdsgange understøtter den enkelte medarbejder i ikke at påtage sig et stort ansvar og tage arbejdet med hjem.

**SAMARBEJDE** med praktiserende læge, sundhedshuse, tandlæger m.fl., der kan oplyse om The Silver Line.

### NYTTIGE LINKS

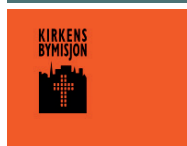
The Silver Line. Organisationens hjemmeside: <https://www.thesilverline.org.uk>

Evalueringsrapport af The Silver Line pilottest i 2012-2013 blev udført af The Centre for Social Justice, 2013 [https://www.thesilverline.org.uk/wp-content/uploads/2013/11/Evaluation-of-The-Silver-Line-Helpline-pilot-When-I-get-off-the-phone-I-feel-like-I-belong-to-the-human-race\\_.pdf](https://www.thesilverline.org.uk/wp-content/uploads/2013/11/Evaluation-of-The-Silver-Line-Helpline-pilot-When-I-get-off-the-phone-I-feel-like-I-belong-to-the-human-race_.pdf)

Om The Silver Line. Age Action Alliance: <http://ageaction-alliance.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/08/AAA2.pdf>



## KIRKENS BYMISJON



## Pårørendeskolen

for pårørende til personer med demens

Påmelding

[Hjem](#) [Om oss](#) [Kommende kurs](#) [Ofte stilte spørsmål](#) [Ressurssider](#) [Kontakt oss](#)


## Kunnskap. Håp. Støtte

Vi tilbyr kurs og samtalegrupper for pårørende til personer med demens. Vi har også en samtalegruppe for personer med demens.

Opsporende innsatser	Opfølgende innsatser	Arbejds gange og koordinasjonsprosesser
Tradisjonell opsporing gjennom viden om demensramte borgere	Målrettet eldre pårørende, der gjennom intensive weekendkurs, aftenkurs eller samtalegrupper, deler erfaringer som pårørende	I høy grad da Kirkens Bymisjon skal samarbejde og koordinere innsatser med offentlige tilbud

**ÅRSTAL:** 2011 →

**LAND:** Norge

**FORMÅL:** At opspore og hjelpe eldre pårørende til demensramte borgere.

**MÅLGRUPPE FOR INDSATSEN:** Pårørendeskolen tilbydes eldre pårørende til demensramte. Det er et byomfattende tilbud, og informationsmateriale sendes ut til lægekontorer, demenskoordinatorer og -teams, sygehuse mv. i Oslo.

**VARIGHED FOR INDSATSEN:** Varierende, tilpasset den enkelte borger. Innsatser kan være intensive weekendkurs, et aftenkurs eller et længerevarende forløb, hvor den eldre pårørende aflastes etter en fast plan.

**FORM OG INDHOLD:** Der er stor risiko for, at den pårørende fortaber sig i en sorgproces og bliver sosialt isoleret, fordi

det kræver mange ressourcer at yde omsorg for den demente ældre. Det massive omsorgsarbejde kan medføre, at den ældre pårørende bruger så mange fysiske og psykiske ressourcer/kræfter, at de selv bliver syge. De kan utvikle depression, angst, kronisk træthed eller vrede mod omverdenen, der fortsætter som om intet var hendt. "Vi plejer at si, det [demens] er en sykdom, som rammer hele familien – og allermost den nærmeste pårørende."

**METODE:** Der arbejdes med en samhandlingsbaseret tilgang

**AKTØRER OG AKTIVITETER:** Der findes aktiviteter og tilbud for både pårørende og ældre med demens.

- Ældre pårørende kan deltage på et pårørendekursus, der løber over fire aftener, og herigennem møde andre, der også skal lære at håndtere en lignende situation og omstille sig til en ny hverdag. Kurset mixer pårørende, hvor demensdiagnosen har været kendt længe med



pårørende, hvor der er tale om en helt ny diagnose. Blandingen giver stor værdi, da mere erfarne pårørende giver praktiske råd, samtidig med at de fungerer som rollemodeller, der er kommet videre eller er i gang med at komme videre. Det giver nye kursister håb om, at en ny hverdag kan indtræffe, og de mere erfarne pårørende til en dement ældre borger føler, at de bidrager med væsentlige indsigter og giver værdi for andre. Den opfølgende indsats er med til at skabe en tryghed i det, der skal blive en ny hverdag.

- En anden opfølgende indsats er samtalegrupper til både pårørende og borgere med demens. Grupperne er opdelt, så parterne hver især kan "være sammen med ligesindede" og drøfte forskellige aktuelle temaer.

**LOKALITET FOR TILBUD:** På nuværende tidspunkt i Kirkens Bymisjon i Oslobydelen Grünerløkka, der er nemt tilgængeligt med blandt andet offentlig transport. Der er et ønske om at nå hele byen med tilbuddet, og derfor skifter tilbuddet lokation efter hvert kursusforløb.

**ORGANISERING:** Tilbuddet er forankret i Kirkens Bymisjon, hvor kurset og samtalegrupper planlægges og afvikles af en sygeplejerske og en psykolog.

**TOVHOLDERE OG SAMARBEJDSPARTNERE:** Kirkens Bymisjon er tovholder og koordinerer indsatserne, men samarbejder sammen med Oslo Kommune (demensteam) sygehusafdelinger, der har demenspatienter, lokale foreninger i Oslo og Nasjonalforeningen for Folkehelse. Der arbejdes desuden i stor udstrækning med frivillige, der enten understøtter ansatte i Kirkens Bymisjon eller selv afholder kurser, aktiviteter og lignende i organisationens lokaler.

**RESSOURCER:** Der er ansat en fuldtidsleder af Pårørendeskolen, der har en baggrund som sygeplejerske, da det sygefaglige blik er væsentligt at have med. Derudover er der ansat en sygeplejerske og en psykolog, der hver især bruger 20% af deres stilling på at afholde kurser og samtalegrupper i regi af Pårørendeskolen.

**KOMPETENCEUDVIKLING:** Som organisation er Kirkens Bymisjon pålagt at holde sine ansatte fagligt opdateret; derudover er det hensigtsmæssigt, at de ansatte har en fagligt opdateret profil og kan deltage i relevante faglige fora.

**IMPLEMENTERING:** Pårørendeskolen er et fast tilbud. Der arbejdes kontinuerligt med at skaffe midler til de ansatte, så ældre borgere har bedre muligheder for at komme i kontakt med Pårørendeskolen sammenlignet med lignende tilbud i kommunalt regi.

**STATUS:** Der er god tilslutning til Pårørendeskolen. En udfordring er at opspore de borgere, der er de sværeste at nå. Facebook vist sig at være en effektiv platform for første kontakt med borgere, der ellers ikke henvender sig eller reagerer på henvendelser vedrørende demens, men med Facebook finder målgruppen selv vej til indsatsen. På baggrund af feedback fra kursister tilpasses strukturen for samtalegrupper og pårørendekurset løbende.

**EVALUERING:** Der laves årlige evalueringer af Pårørendeskolen, der rapporteres til samarbejdspartnere og bidragsydere

**EFFEKT:** Psykologen og sygeplejersken tilknyttet Pårørendeskolen arbejder ind i andre tilbud i Kirkens Bymisjon til hjemmeboende ældre, og herigennem kommer de i kon-



takt med borgere, der kan have gavn af organisationens indsats.

**ØKONOMI:** Pårørendeskolen er finansieret af forskellige kilder. Dels gennem Bymisjonen selv, via legater og gennem helseetaten (norsk).

#### CENTRALE LÆRINGS-PUNKTER

**ET MENNESKE OG IKKE EN KATEGORI.** Der er vigtigt at se det hele menneske og ikke omtale og behandle den ældre borger uværdigt. Det gøres ved at fokusere på den ældres styrker, hvad der kan arbejdes videre med samt at fokusere på de positive ting i hverdagen.

**KENDSKAB TIL ANDRE TJENESTER** er afgørende for at kunne opnå både de politiske mål og ikke modarbejder andre indsatser. På den måde kan man også nemmere skræddersy tilbud og indsatser, og dermed nå flere borgere.

**FRIVILLIGE OG PÅRØRENDE** bør i høj grad inddrages i udformningen – og tilrettelægningsen af Pårørendeskolen, da de har "fingeren på pulsen", ift. hvad der er behov for at få vendt. Derfor bør organiseringen af indsatserne være plastisk, så nye ting kan tilføjes, eller rækkefølgen for temaer og øvelser kan reorganiseres.

#### NYTTIGE LINKS

Kirkens Bymisjons hjemmeside: <https://kirkensbymisjon.no>

Pårørendeskolen Oslo's Facebookside: [https://www.facebook.com/parorendeskolen/?tn\\_\\_=%2Cd%2CP-R&eid=ARCbYLNh5cRGZuv-dXe-HoCLUy4pRYXs2OH\\_OK\\_BZTg3l8S-gNTp1qHsEeX-CXVSUF6hnRxtV42NxMSzc](https://www.facebook.com/parorendeskolen/?tn__=%2Cd%2CP-R&eid=ARCbYLNh5cRGZuv-dXe-HoCLUy4pRYXs2OH_OK_BZTg3l8S-gNTp1qHsEeX-CXVSUF6hnRxtV42NxMSzc)

Løkka+ En helsefremmende mødeplads på Grünerløkka: <https://kirkensbymisjon.no/lokkapluss/>

# MEN'S SHEDS



FORUM 2018 AGM SHEDFEST 2018 LATEST NEWS NEWSLETTERS CONTACT JOIN LOGIN

**Text to donate**  
Text SHED03 £3 to 70070 to donate £3  
and support the growth of Men's Sheds.

HOME ABOUT FIND A SHED SHED SUPPORT SUPPORT US MEMBER AREA

DONATE



Opsporende indsatser	Opfølgende indsatser	Arbejds gange og koordinationsprocesser
I mindre grad, frivillig lokal indsats på ustruktureret individniveau	Et tilbud til mænd, der ønsker det sociale, men som ikke ønsker at sidde og drikke kaffe på et sundhedscenter. En mulighed for at lære nye færdigheder eller dele faglig kunnen med andre  Interessebaseret	Samarbejder med kommuner, men ikke konsekvent. National organisering understøtter drift af lokale Sheds

**ÅRSTAL:** 2013 → <sup>1</sup>

**LAND:** England

**FORMÅL:** Men's Sheds-indsatsen er primært en opfølgende indsats, der er designet med henblik på at beskæftige, socialisere og skabe rum for læring hos ældre mænd.

**MÅLGRUPPE FOR INDSATSEN:** Mænd >50 år, enlige eller samboende.

**VARIGHED FOR INDSATSEN:** Men's Sheds er en national organisering af selvstændige, lokale Sheds. Den enkelte borger kan selv vælge, hvor længe han ønsker at deltage som aktivt medlem. Varighed afhænger af både individuelle og lokale forhold.

**FORM OG INDHOLD:** De ældre mænd er medlemmer af et lokalt Shed og ikke brugere af faciliteterne. Kommunikation og sprogbrug omkring Men's Sheds er vigtig, da målgruppen ikke ønsker at se sig selv som brugere af et tilbud. Dette er helt essentielt ift. rekruttering af nye medlemmer.

**METODE:** Den metodiske tilgang i indsatsen italesættes ikke af praktikerne.

**AKTØRER OG AKTIVITETER:**

- De fleste Sheds formes og drives på græsrodsniveau og er placeret geografisk, så de er nemt tilgængelige for målgruppen.
- For at komme godt fra start er det vigtigt, at det enkelte Shed er inkluderende og autonomt i sin tilgang. Med andre ord bør det være en fysisk ramme for, at ældre mænd kan engagere sig i, hvad de finder meningsfuldt og spændende at arbejde med og lære om.

<sup>1</sup> I 2013 blev Men's Sheds Association dannet efter behov for at organisere de på det tidspunkt cirka 30 Sheds.



- Medlemmerne kan selv tage værktøj med til at supplere det, ofte donerede, udstyr, og der kan arbejdes på alt fra modeltog, reparationer på cykler og bil, tømrer- og smedjearbejde til reparation af ting, der bruges i husholdningen.
- I nogle Sheds er der en begrænset åbningstid på eksempelvis fire dage om ugen, hvor der vil være personale til stede, der overser f.eks. arbejdsmiljø.
- Det er muligt at blive Shed Ambassador i tillæg til medlemskabet. Som navnet angiver, fungerer medlemmet som ambassadør for organisationen og arbejder på at udbrede viden om organisationen, sikre nye ressourcer (både finansielle og materielle), være opmærksom på nye muligheder eller områder for aktivitet og opsporer nye medlemmer med baggrund i eget netværk, der kunne have glæde af medlemskabet.
- Tilbuddet foregår enten i kommunale lokaler, boligforeninger eller i en (privat) garage eller kælder. Placeringen for tilbuddet er afgørende, og Shed'et bør ligge meget centralt i boligområder med stor etnisk diversitet. Når først der er etableret kontakt til ældre med en anden etnisk baggrund, og de kender det nære, lokale tilbud, er medlemmerne mere tilbøjelige til også at besøge andre Sheds.

**ORGANISERING:** Men's Sheds har organiseret sig som forening, der via deres website støtter eksisterende Sheds og Sheds i opstartsfasen med guides fra deres omfattende ressourcebibliotek, der dækker opstart, drift af Sheds, sikkerheds- og risikomitigering, GDPR, selvevaluering, samt hvordan der kan søges finansiel støtte til det enkelte Shed. Sheds, der samarbejder med det offentlige, kan trække på

organisationens guides til, hvordan samarbejde og koordinerende indsatser kan håndteres.

**TOVHOLDERE OG SAMARBEJDSPARTNERE:** Der samarbejdes med andre lokale, frivillige organisationer, boligforeninger mv. ift. lån af lokaler/faciliteter og/eller kommunale myndigheder.

**RESSOURCER:** Husleje til lokaler og anskaffelse af værktøj og materialer ifm. at få Shed'et op og stå. Sundhedspersonale fra f.eks. sundhedscentre kan løbende komme med oplæg vedrørende kost, rygning eller emner på opfordring af medlemmerne. Sundhedsvinklen skal dog ikke være den bærende kraft. En pedel eller servicemedarbejder kan være løst tilknyttet nogle timer om måneden ift. praktiske forhold.

**KOMPETENCEUDVIKLING:** Det enkelte Shed er en autonom enhed, der selv vælger hvor meget det ønsker at samarbejde med kommunale indsatser og den nationale Men's Sheds organisation. Der er mulighed for at trække i stor udstrækning på den nationale organisation ift. jura og lignende forhold, der kan være svære at finde kapaciteten til lokalt.

**IMPLEMENTERING:** Alle Sheds er lokale initiativer, der ifm. stiftelse kan trække på værktøjer, guides og rådgivning fra den landsdækkende forening Men's Sheds.

**STATUS:** I drift; det er dog en udfordring at blive ved med at skaffe finansiering til drift og indkøb af materialer og værktøj.



**EVALUERING:** Da det er et meget løst organiseret tilbud, findes der ikke nogen evaluering, der dækker organisationens arbejde.

**EFFEKT:** De ældre mænd, der er medlemmer af Sheds, fortæller, at de opnår en bedre livskvalitet ved at engagere sig; de bliver gladere og føler, at de gør nytte, eksempelvis ved at reparere ting eller lære andre medlemmer nye teknikker eller et håndværk.

For medlemmer, der har begyndende demens og andre kognitive eller fysiske udfordringer, er Shed-baserede aktiviteter af stor værdi, da de er både oplevelsesmæssige, praktiske og udviklende for den enkelte.

Den fysiske ramme og fælles interesse om eksempelvis modeltog eller ølbrygning favner mænd på tværs af demografiske, kulturelle og etniske forskelligheder og tilskrives stor værdi af medlemmerne.

De ældre mænd oplever desuden at have kontrol og en følelse af deltagelse i det omkringliggende samfund, ifm. at der skal tages beslutninger i Shed'et; mændenes selvbillede og tro på egen værdi ændres og medfører, at medlemmerne overordnet bliver mere positive.

**ØKONOMI:** Leje for lokaler betales enten af den pågældende kommune eller NGO, der arbejder med at skaffe donationer og samarbejdspartnere, så deres indsats kan fortsætte. Organisationen har meget få finansielle midler og vælger f.eks. ikke at deltage i interviews eller besvare opklarende spørgsmål uden at modtage betaling.

#### CENTRALE LÆRINGS-PUNKTER

**MEDLEMMER REKRUTTERER** nye medlemmer. Organisationen har gode erfaringer med, at deres medlemmer tager ud og fortæller om deres Shed. Dels for at sprede budskabet og indhente donationer, men også for sikre en stadig tilgang af nye medlemmer.

**MEDLEM FREMFOR BRUGER.** Men's Sheds er en organisation, der har god erfaring med at få mænd, der ellers ikke bruger sociale tilbud, aktiveret. Italesættelsen af medlemskab af et Shed er væsentligt, da majoriteten af de ældre ikke ønsker at se sig selv som nogle, der bruger kommunale eller sociale ydelser.

**KONTAKT PÅ TVÆRS.** Men's Shed formår at blande mænd på tværs af forskellige socio-demografiske baggrunde – inklusive etniske forskelle.

**NYTTEVÆRDI GIVER LIVSKVALITET.** Det giver stor livskvalitet at kunne hjælpe områdets beboere med småreparationer af ting fra husholdningen, lære andre om sit fag eller dele modeltogsinteressen med andre mænd. Den positive forandring smitter af på medlemmernes andre sociale relationer.

#### NYTTIGE LINKS

Men's Shed Association: <https://menssheds.org.uk/shed-support/resource-library/>

## THE FRIENDSHIP ENRICHMENT PROGRAM

# Radboud University



Opsporende indsatser	Opfølgende indsatser	Arbejds gange og koordinationsprocesser
Nej	Professionel tilgang, hvor kvinder undervises i teori om venskaber og gennemgår praktiske øvelser	Nej

**ÅRSTAL:** 1995 →

**LAND:** Holland

**MÅLGRUPPE FOR INDSATSEN:** Kvinder >55 år, der ønsker at forbedre deres trivsel, reducere (risikoen for) ensomhed og skabe nye venskaber. Kvinder rekrutteres gennem opslag i aviser, magasiner og flyers, og deltagerne har en bred demografisk baggrund.

**VARIGHED FOR INDSATSEN:** 12 uger.

**FORMÅL:** At reducere ensomhed for ældre kvinder gennem en opfølgende indsats og skabe bedre selvværd; gennem programmet ønskes det at reducere og forebygge skrøbelighed.

**FORM OG INDHOLD:** Ældre kvinder, der oplever at føle sig ensomme, kan deltage i et 12 ugers udviklingsforløb på hold af 8-12 deltagere. Kvinderne støttes til at:

- Blive bevidste om egne sociale behov
- Analysere egne eksisterende sociale netværk
- Reflektere over egne forventninger til venskab

- Forbedre kvaliteten af eksisterende venskaber
- Opnå nye venskaber

**METODE:** 'Action-oriented', 'feminist counseling'

**AKTØRER OG AKTIVITETER:** Programmet kombinerer træning af sociale færdigheder med faciliterede diskussioner, der skal gøre deltagerne opmærksomme på egen maladaptiv tænkning og adfærd. Der er dermed et todelt fokus, nemlig at skabe bedre selvværd blandt deltagerne og give konkrete værktøjer til at fastholde eksisterende – og skabe nye venskaber.

- Kvinderne lærer teori om venskab
- De skal løbende afprøve deres viden gennem forskellige hjemmeøvelser og gennem rollespil
- Gennem det ugentlige undervisningsforløb fokuseres på selvværd, relationelle kompetencer og forskellige faser, venskaber gennemgår over tid
- Formålet med de forskellige tematikker på kurset er, at kvinderne får en dybere indsigt i de sociale mekanismer og dermed bedre kan navigere i deres eksisterende relationer



**LOKALITET FOR TILBUD:** National indsats. Kvinder mødes i kommunale – eller hvad der svarer til regionale lokaler – og modtager undervisning.

**ORGANISERING:** Tilbuddet er forankret på det universitet, der har udviklet tilbuddet, ligesom universitetet underviser i, hvordan det afvikles.

**TOVHOLDERE OG SAMARBEJDSPARTNERE:** Radboud Universitet i Nijmegen og Zon MW (organisation, der udvikler grant programmer på vegne af det hollandske sundhedsministerium).

**RESSOURCER:** Indsatsen kræver en underviser, faciliteter til undervisning samt koordinering af kursister.

**KOMPETENCEUDVIKLING:** Undervisere skal uddannes til at afholde kurset.

**IMPLEMENTERING:** Et fast tilbud; dog er der geografiske forskelle for udbud af tilbuddet.

**STATUS OG EFFEKT:** Kørende tilbud i Holland. Har største effekt for kvinder, der ikke er blevet "kronisk" ensomme. Kronisk ensomme kvinder har også positiv effekt af kurset, men rykker sig ikke nær så meget som kvinder, der ved kursets opstart har både nære og mere perifere venner.

**EVALUERING:** Seks måneder efter kursets gennemførelse møder kvinderne igen op og selvevaluerer deres succes og redefinerer mål for venskaber fremover. Ifm. en selvevaluering, hvor Radboud-forskere indsamlede data, vurderer 2/3 af kvinderne, at de har fået nye venskaber, og knapt

halvdelen af deltagerne havde stadig kontakt med andre kursister. Kursister rapporterede også beskedne forbedringer i deres selvværd. Den største forandring oplevede kvinderne i deres humør, hvor de rapporterede større glæde og færre bekymringer og overordnet bedre trivsel i hverdagen efter kursets gennemførelse.

**ØKONOMI:** Det har ikke været muligt at få nogle opdaterede tal for indsatsen.

#### CENTRALE LÆRINGS-PUNKTER

**TEORETISK FORSTÅELSE AF SOCIALE RELATIONER** hjælp de ældre kvinder.

**AFSKRIVNING AF UTILFREDSSTILLENDE RELATIONER** kan umiddelbart medføre større ensomhed, men kan også på sigt være hensigtsmæssigt.

#### NYTTIGE LINKS

Artikel, Combating Loneliness. A friendship enrichment programme for older women: [https://www.researchgate.net/publication/231746519\\_Combating\\_loneliness\\_A\\_friendship\\_enrichment\\_programme\\_for\\_older\\_women](https://www.researchgate.net/publication/231746519_Combating_loneliness_A_friendship_enrichment_programme_for_older_women)

Artikel, Breaking the cycle of loneliness?: Psychological effects of a friendship enrichment program for older women: <https://research.vu.nl/en/publications/breaking-the-cycle-of-loneliness-psychological-effects-of-a-frien>



VALLEN VERLEDEN TIJD



Opsporende insatser	Opfølgende insatser	Arbejds gange og koordinationsprocesser
Traditionel opsporing gennem registreret faldhistorik, alder	Et kursus, der adresserer balance, mobilitet, skaber bevidsthed om risikofyldte situationer og lærer kursisterne at falde mere hensigtsmæssigt	Nej

**ÅRSTAL:** 2011 →

**LAND:** Holland

**FORMÅL:** Udgangspunktet for den opfølgende indsats er, at det ikke kan undgås, at ældre borgere falder. Derfor skal de ud over at blive mere sikre på benene lære at falde på den mest hensigtsmæssige måde, så de reducerer konsekvenserne ved at falde.

**MÅLGRUPPE FOR INDSATSEN:** Hjemmeboende skrøbelige ældre, der er bange for at falde eller har historik med fald, >65 år.

**VARIGHED FOR INDSATSEN:** Fem ugers træning. I alt ti sessioner af to timers varighed.

**FORM OG INDHOLD:** Det primære formål er at opspore og reducere faldulykker hos sårbare ældre, der bor i eget hjem, og er disponerede for at falde. Enten grundet en faldhistorik, mobilitetsudfordringer eller frygten for at falde.

Det sekundære formål med den opfølgende indsats er, at kursisterne skal blive bevidste om situationer, der kan betegnes som højrisikofyldte for fald, de skal reducere frygten for at falde og forbedre deres aktivitetsniveau, mobilitet og balance. Praktiserende læge, apotekere, fysioterapeuter og kommunale sagsbehandlere til den ældre borger kan screene og tilbyde ældre borgere et forløb.

Forløbet dækkes enten af det offentlige eller af den ældres sundhedsforsikring.



**METODE:** Aktionsforskning.

**AKTØRER OG AKTIVITETER**

- To til tre fysioterapeuter afholder kurset i egne træningslokaler eller en nærliggende gymnastiksal. Kurset kræver et stort gulvareal.
- En forhindringsbane bygges op til hver undervisningsgang, hvor en teoretisk lektion efterfølges af praktiske øvelser, hvor kursisterne støttes og superviseres af fysioterapeuter.
- De ældre træner på forhindringsbaner, på udfordringer de kan støde på i hverdagen, f.eks. en løs flise, tæppekanter, at gå i slalom med en serveringsbakke fyldt med service samt decideret faldtræning, hvor kursisterne med inspiration fra kampsport (judo) lærer at falde mest hensigtsmæssigt.
- De ældre kursister mødes af underviserne på deres individuelle funktions- og mobilitetsniveau og kan på den måde arbejde med særlige behov eller udfordringer.
- Dårlig eller nedsat mobilitet skal ses i en bredere sammenhæng, hvor det også er hensigtsmæssigt at lave en medicinsk gennemgang for at undersøge eventuelle bivirkninger ved borgerens medicin, der kan føre til svimmelhed; borgerens syn kan også testes for at undersøge, om en eventuel brillestyrke skal korrigeres etc. Det brede perspektiv er ikke med i selve indsatsen, men borgere opfordres til at få eksempelvis medicin-gennemgang, synstest mv.

**LOKALITET FOR TILBUD:** Fysioterapeutiske klinikker i Holland.

**ORGANISERING:** Vallen Verleden Tijd er forankret i fysioterapeutiske klinikker, der tilbyder kurset på lige fod med eksempelvis rehabilitering. St. Maartens Klinikken i Nijmegen, der har udviklet indsatsen, uddanner fysioterapeuter

til selv at varetage træning af borgere fremover i egne klinikker.

Undervisningen tilbydes i dag også på engelsk, da der er udenlandsk interesse for indsatsen. Det hollandske National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) samt Center for Healthy Living anerkender indsatsen, og derfor dækker det offentlige og forsikringssselskaber udgifter hertil.

**TOVHOLDERE OG SAMARBEJDSPARTNERE:** Den enkelte fysioterapeutiske klinik er tovholder på den opfølgende indsats. Læger kan henvise til et træningsforløb, da tilbuddet er anerkendt af de hollandske myndigheder.

**RESSOURCER:** Hvert hold kræver to til tre fysioterapeuter, der er uddannet i programmet. Træningen kræver et større gulvareal, f.eks. gymnastiksal, da forskellige øvelser foregår simultant.

**KOMPETENCEUDVIKLING:** Fysioterapeuter skal videreuddannes på et kursus, der foregår i Nijmegen i Holland.

**IMPLEMENTERING:** Videreudannede fysioterapeuter i tilgangen kan tilbyde faldprogrammet i deres klinik. En omfattende implementeringsguide med beskrevne arbejdsgange og processer er udviklet til formålet og kan tilgås via Nyttige links.

**STATUS:** Et kørende tilbud til ældre. Borgere kan henvises fra praktiserende læge og få dækket træningsudgifter, ligesom ældre på eget initiativ kan tilmelde sig kurset og få dækket udgifter fra deres sygeforsikring.

**EVALUERING:** The Dutch Institute of Allied Healthcare har lavet en publiceret evaluering blandt 26 tidligere kursis-



ster der viser, at 88% rapporterer, at de har brugt en faldteknik (For eksempel: "Før kind til brystet for at beskytte hovedet", "Undgå at lande på udstrakte arme" eller "Fortsæt faldbevægelsen ud i et rul") ifm. et fald.

**EFFEKT:** Der er gennemført to randomiserede kontrollerede forsøg, der viser, at der i interventionsgruppen sker et fald på 46% i borgere, der falder, sammenlignet med kontrolgruppen. Der ses desuden, at kursisterne i højere grad er trygge ved at bevæge sig mere rundt i og udenfor hjemmet, hvilket bidrager til forbedret balance og øget muskelmasse, større socialt samvær og højere livskvalitet.

**ØKONOMI:** Videreuddannelsen i faldprogrammet koster 495€ per kursist inklusiv undervisningsmateriale samt forplejning ifm. kurset, der varer to sammenhængende dage. I Holland visiteres ældre med mere end to fald og over 65 år til kurset, men man kan også selv som borger betale for et kursus eller få sundhedsforsikringen til at dække udgifterne.

#### CENTRALE LÆRINGS-PUNKTER

**FORBEDRET FUNKTIONSEVNE** for det store flertal.

**MERE FYSISK AKTIVE BORGERE**, da frygten for at falde for mange reduceres væsentligt, og den enkelte derfor tør være mere aktiv, opbygger muskelstyrke og bliver mere stabile.

**STØRRE GEOGRAFISK MOBILITET OG FRIHED I HVERDAGEN**, da borgeren ikke frygter at falde og derfor tør komme udenfor huset, ligesom ældre i eget hjem er mere fysisk aktive i hjemmet.

**ÆLDREORGANISATIONERS INVOLVERING ER VIGTIG**, da de kan anbefale kurset til deres medlemmer. I Danmark kan en sådan organisation være Ældresagen.

**MÅLGRUPPEN KAN UDVIDES.** Med mindre tilpasninger kan tilbuddet rettes mod borgere, der har knogleskørhed samt borgere, der skal genoptrænes efter et slagtilfælde.

#### NYTTIGE LINKS

Håndbog for lokal implementering af VVT (På Hollandsk) <https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/Handleiding%20integrale%20aanpak%20valpreventie%20regio%20nijmegen.pdf>

Hjemmeside for afholdelse af kursus: <https://www.npi.nl/cursussen-en-opleidingen/510-valpreventie-en-valtraining-1901162>

Nijmegen Falls Prevention Program: <https://www.npi.nl/cursussen-en-opleidingen/487-nijmegen-falls-prevention-program-in-dutch-vallen-verleden-tijd>

Fysioterapeutisk klinik har filmet kursister, der gennemgår et træningsforløb: <https://medi50plus.nl/vallen-verleden-tijd-valtraining-ouderen/>, <https://www.youtube.com/watch?v=BiaEo8Ti7vk>

## DRAMMEN



Opsporende indsatser	Opfølgende indsatser	Arbejdsgange og koordinationsprocesser
Gennem frivillige borgere, men det er ikke hovedformålet	Professionelle og frivillige samarbejder i opfølgende tilbud til ældre borgere	I meget høj grad. Udgangspunktet er den kommunale kontekst, og hvordan man kan organisere sig i samarbejdet med frivillige

**ÅRSTAL:** Projekt i 2016, i drift fra 2017.

**LAND:** Norge

**FORMÅL:** Dels at opspore og få kontakt til borgere, der ikke kendes af kommunen, men vil have gavn af at deltage i kommunale opfølgende indsatser, dels at skabe en bedre sammenhæng på tværs af kommunens beboere, og endelig at bidrage med en bedre service.

**MÅLGRUPPE FOR INDSATSEN:** Borgere, der ikke er kendt af kommunen, men vil have gavn af at deltage i kommunalt forankrede opfølgende indsatser. Frivillige, der ønsker at

samarbejde med kommuner inden for ydelsesområder, der falder under sundhedsprofessionelles område i kommunen. Kommuner, der ønsker at samarbejde med frivillige for herigennem at nå de borgere, de endnu ikke kender, men kan karakteriseres som sårbare og/eller skrøbelige.

Drammen Kommune er næst efter Oslo Kommune den kommune, der har flest flerkulturelle borgere, hvilket også adresseres gennem frivilligindsatsen. Drammen Kommune har på baggrund af et samarbejde med Veridighetsenteret (Nationalt kompetencecenter der arbejder med skrøbelige ældre) udviklet en tilgang til, hvordan det gode samarbejde mellem frivillige og kommunale aktører



DRAMMEN  
KOMMUNE

kan organiseres og koordineres, således der sikres, at både opsporende og opfølgende indsatser har et frivilligt islæt. De frivillige bidrager til en større diversitet inden for udbudte indsatser og kommer med andre perspektiver end de kommunalt ansatte.

**VARIGHED FOR INDSATSEN:** Varighed afhænger af både individuelle og lokale forhold.

**FORM OG INDHOLD:** Overordnet kan frivillige bidrage med deres livserfaringer og interesser og giver dermed mulighed for, at den sårbare borger får et mere indholdsrigt liv. I "Model for et godt samarbeid" kan frivillige bidrage ind i allerede etablerede indsatser, men det er også muligt, at frivillige udformer nye indsatser eller tilbud, der støttes af kommunen. På den måde sikres en aktualitet i indsatserne til de ældre, men det gør det også nemmere at rekruttere nye frivillige, hvis de kan se sig selv i de opsporende og opfølgende indsatser og præge dem.

**METODE:** Bygger på samhandlingstilgangen, hvor samhandling sker på tværs af organisationer, niveauer, faglige eller praktiske specialer og professioner.

**AKTØRER OG AKTIVITETER:** Tilgangen til frivillighed er blevet systematiseret, og Drammen Kommune arbejder i dag med en model, der består af syv elementer. Kommunens erfaring er, at hvert enkelt element er lige vigtigt og nødvendigt for at skabe samhandling med frivillige kræfter og skabe en god kultur for, at frivillige arbejder ind i tidligere rent kommunale felter.

De syv delelementer:

1. Netværkskoordinator – frivillige, der har ansvar for implementering og videreudvikling af modellen og koordinering af kontakt til de frivillige.
2. Frivillighedskontakter i kommunale tilbud, der har ansvar for at følge op på frivillige i relation til det pågældende kommunale tilbud.
3. Fagligt forum for kontakter til de frivillige, hvor man kan møde andre, der arbejder med frivillige.
4. Den digitale håndbog, som er et arbejdsværktøj for koordinatorerne.
5. Introduktionskurser og kompetencetiltag for frivillige.
6. Retningslinjer for at skabe et godt samarbejde med frivillige i kommunen.
7. Arbejdsgruppen Frivillighed på Tværs, der samarbejder om at finde gode løsninger på tværs af opgaver knyttet til frivillige inden for kommunens arbejdsområde.

Drammen-modellen er i høj grad kommunalt forankret, hvilket også afspejles i, at seks af de syv delelementer er bundet op på kommunale medarbejdere eller aktiviteter. Dog har de frivillige rig mulighed for at være med til at definere tilbud – og komme med forslag til nye aktiviteter som eksempelvis cykelrickshawture med ældre, "Livsglede med Eldre" og fjellture, der tilpasses de fremmødtes fysik.

**LOKALITET FOR TILBUD:** Drammen Kommune. Enten i borgeres eget hjem, i sundhedshuse, på biblioteker, ude i naturen og lignende.

**ORGANISERING:** En kommunalt forankret indsats, hvor netværkskoordinatoren koordinerer opsporende og op-



DRAMMEN  
KOMMUNE

følgende indsatser i kommunen, og hvor der samarbejdes med frivillige.

**TOVHOLDERE OG SAMARBEJDSPARTNERE:** Netværkskoordinatoren bruger 40% af sin stilling i kommunen på at sparere med frivillighedskontakter, sætte møder op og skabe synlighed inden for kommunens områder, vedligeholdelse af Den Digitale Håndbog samt afholde introduktionskurser for nye frivillige.

**RESSOURCER:** Ud over udgifter til netværkskoordinatoren kræver det også ressourcer i den kommunale organisation at omstille sig til at samarbejde med frivillige. Derudover modtager frivillige instruktion i det tiltag, de ønsker at arbejde med.

**KOMPETENCEUDVIKLING:** Almindelige medarbejdere skal informeres om og lære at samarbejde med frivillige kræfter. Frivillige har også mulighed for at deltage på et kursus rettet mod frivillige, så de eksempelvis kan blive klædt på til at arbejde med sårbare og skrøbelige ældre og de etiske dilemmaer, de kan risikere at blive stillet i.

**IMPLEMENTERING:** Indsatsen er implementeret og får midler fra samme pulje som i projektperioden.

**STATUS:** I drift; der arbejdes fortsat med at skabe en god kultur for frivillighed i kommunen og synlighed i de politiske og administrative lag, så aktørerne ikke kommer til at modarbejde hinanden. Derfor skal netværkskoordinatoren, der har ansvar for at implementere modellen, være i tæt dialog med frivillighedskordinatoren, der sidder på rådhuset.

**EVALUERING:** Der er ikke foretaget evaluering.

**EFFEKT:** Da der ikke er foretaget en egentlig evaluering af den overordnede model for samarbejde, er der ikke nogen målbare, kvantitative effekter at rapportere. Dog var der ikke tvivl om, hvorvidt modellen skulle implementeres i kommunen, da den omsætter Deklarationen om Frivillighed fra 2014 til praksis. Gevinsterne ved at følge Drammen-modellen er, at der understøttes en klar forståelse af, hvad Drammen Kommune forstår ved frivillighed, og hvad kommunen ønsker at opnå gennem samarbejde med frivillige, nemlig at bidrage til forbedret livskvalitet og større social sammenhæng gennem frivillighed.

**ØKONOMI:** Modtog i projektperioden, 2016, 600.000 NKR i tilskud fra en kompetence- og innovationspulje.



DRAMMEN  
KOMMUNE

### CENTRALE LÆRINGS-PUNKTER

**TILGÆNGELIGHED** og mulighed for frivillige at få besvaret spørgsmål er vigtigt.

**FRIVILLIGE KAN MEDUDVIKLE OFFENTLIGE INDSATSER**, da frivillige igennem deres samvær med sårbare og skrøbelige ældre borgere dels har andre perspektiver på, hvad der udgør det gode ældreliv, og dels kan trække på egne netværk og kompetencer til at igangsætte nye indsatser.

**FRIVILLIGHED GIVER FLEKSIBILITET** og gør det mindre ressourcetungt at "pilotafprøve" nye tiltag og aktiviteter, som eksempelvis "fjellture".

**DET TAGER TID** at løbe nye indsatser i gang og udbrede kendskabet blandt de, der potentielt ønsker at være frivillige for ældre borgere.

**REN STRAFFEATTEST** kræves, hvis de frivillige arbejder med borgere, hvor der kan være tale om et ansvars- eller tillidsforhold (efter norsk lovgivning).

**VIDEN OM HINANDEN**, tydeligt formulerede arbejdsgange, italesættelse af udfordringer og en klar ansvarsfordeling er vigtigt, når frivillige inddrages systematisk i kommunalt arbejde.

**FORSIKRING:** Kommunen skal tage et aktivt valg, om den ønsker at forsikre frivillige, mens de udfører omsorgsrelateret arbejde.

**AFKLARING AF GRÆNSER OG ROLLER** er nødvendigt gennem en forventningsafstemning, så der ikke opstår konflikter mellem frivillige og kommunalt ansatte.

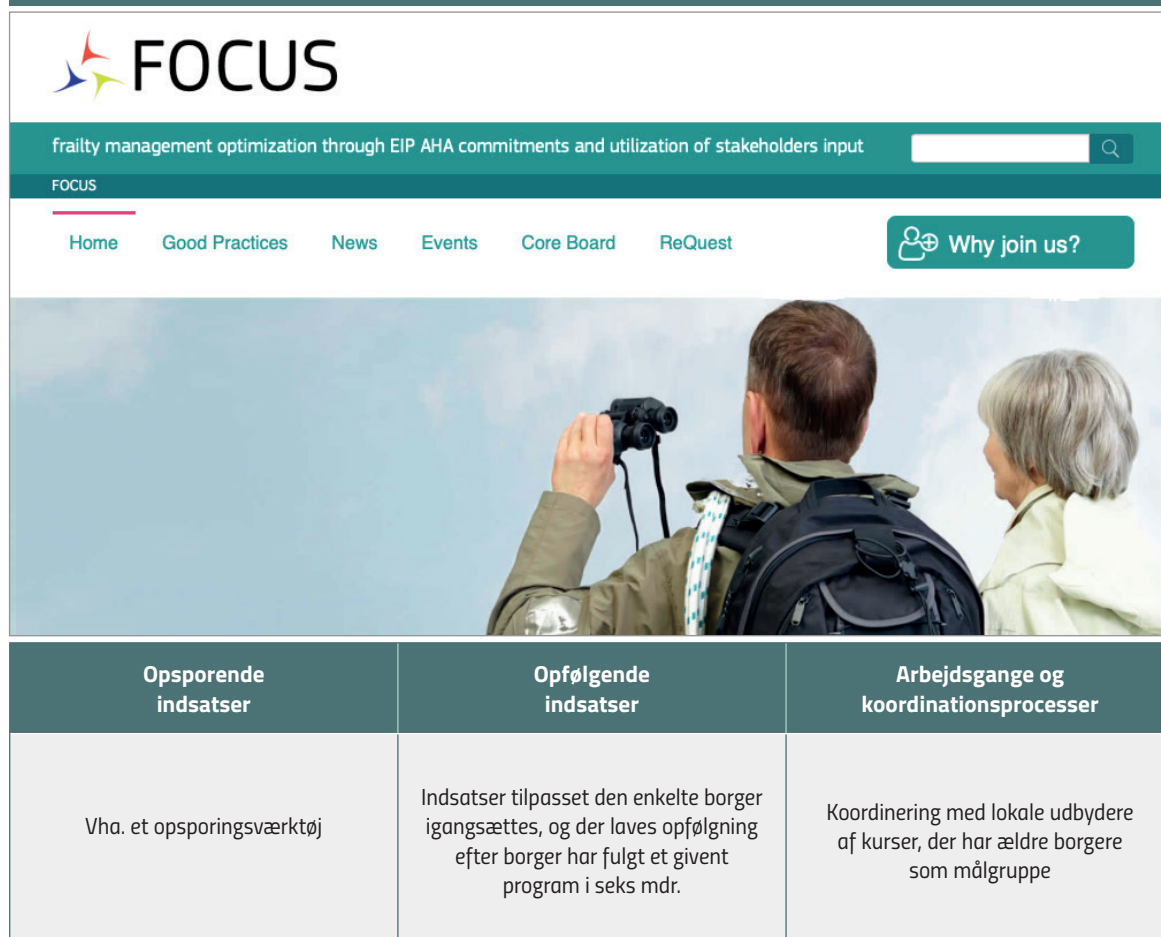
**TAVSHEDSPLIGT:** Det kan være vanskeligt for frivillige at vide, hvor grænserne går, når vedkommende fortæller om sit frivillige arbejde til andre, selvom der er underskrevet en samtykkeerklæring. I praksis kan det for medarbejdere, der arbejder med frivillige inden for sundhedsområdet, være svært at vurdere, hvor mange informationer der må videregives til de frivillige om den enkelte borger.

### NYTTIGE LINKS:

Godt samarbeid med frivillige i eldreomsorgen. Et arbeidshefte til inspirasjon og refleksjon, Drammen Kommune: <https://www.verdighetsenteret.no/wp-content/uploads/2018/10/Verdighetsenteret-arbeidshefte-2018.pdf>

Drammen Kommunes hjemmeside om frivillighet: <https://www.drammen.kommune.no/frivillighet/frivillighet/>

## FOCUS



Opsporende indsatser	Opfølgende indsatser	Arbejds gange og koordinationsprocesser
Vha. et opsporingsværktøj	Indsatser tilpasset den enkelte borger igangsættes, og der laves opfølgning efter borger har fulgt et givent program i seks mdr.	Koordinering med lokale udbydere af kurser, der har ældre borgere som målgruppe

**ÅRSTAL:** 2017 →

**LAND:** England, Birmingham

**MÅLGRUPPE FOR INDSATSEN:** Ældre >60 år, der bor i egen bolig.

**VARIGHED FOR INDSATSEN:** 24 uger.

**FORMÅL:** At bestemme den enkelte borgers skrøbelighedsindeks for at stabilisere eller bedre borgers skrøbelighed.

**FORM OG INDHOLD:** 193 borgere, hvoraf en stor andel af deltagerne har haft et (hårdt) manuelt arbejde, deltog i en 24 uger lang intervention. Værktøjet er baseret på Frieds Fænotypemodell, der baserer sig på fysiske parametre, og

på Rockwoods Model for Akkumulering af Mangler, der bl.a. medtager sociale og kognitive parametre.

Der er blevet foretaget henholdsvis start- og slutmålinger, så det kunne måles, om interventionen havde en effekt på deltageres score i modstandskraft. Efter startmålingen blev der udarbejdet en skræddersyet indsats målrettet den enkelte borger.

**METODE:** Pilotstudiet er en kombination af et mixed methods study og aktionsforskning.

#### AKTØRER OG AKTIVITETER

- Videnskabeligt personale
- Projektdeltagerne gennemgik en indledende screening med værktøjet, der bygger på accumulative assesment, hvor der kigges på en lang række forskellige variabler,





både fysiske (f.eks. BMI, ganghastighed, medicinhistorik, kroniske sygdomme), psykiske-kognitive (hukommelse og perception, den enkelte borgers livskvalitet) ligesom miljømæssige faktorer (borgerens umiddelbare nærmiljø og bolig) spillede ind på den overordnede resiliens. Gennemgangen er omfattende og tager 1,5 – 2 timer per deltager. Der gives både en samlet score og en score på de enkelte delområder, der resulterer i en placering inden for kategorierne Frail – pre-frail – not frail.

- På baggrund af borgerens score gives konkrete anbefalinger til områder, borgeren bør arbejde med for at styrke sin resiliens<sup>2</sup>. I dialog med den enkelte deltager opstilles konkrete målsætninger, som den ældre arbejder hen imod inden slutmålingen. De ældre borgere kan arbejde med deres konkrete mål gennem aktiviteter i lokale foreninger, lokalcentre og hjemme. Mål, der omhandler en større social kontaktflade, kan eksempelvis underbygges ved at begynde til bridge eller synge i et kor, hvor en større mobilitet i hverdagen kan opnås gennem at deltage på et balancehold, så den ældre bliver mere tryk ved at færdes uden for sit hjem.
- Tilbuddene, de ældre kunne vælge, eksisterede allerede i lokalområdet, men det var ikke alle, der havde kendskab til det store, forskelligartede udbud.

**LOKALITET FOR TILBUD:** De ældre borgere får foretaget deres start- og slutmålinger på Aston Universitet og arbejder i de mellemliggende seks måneder på deres ønskede mål i lokalområdet.

**ORGANISERING:** Projektteamet bestod af videnskabeligt personale fra Aston Universitet.

**TOVHOLDERE OG SAMARBEJDSPARTNERE:** Aston Universitet er tovholder på pilotstudiet og samarbejder med en række lokale organisationer og foreninger, der tilbyder forskellige aktiviteter til ældre.

**RESSOURCER:** FOCUS var et universitetsbaseret pilotprojekt, så det har ikke været muligt at få en nærmere specificering af ressourcetræk i pilotperioden.

**KOMPETENCEUDVIKLING:** Grundet forsinkelser med udviklingen af det digitale screeningsværktøj faldt de frivillige, der skulle have hjulpet de ældre ifm. deres individuelle mål, fra. Der var dog planlagt et forløb, der skulle klæde de frivillige på til at arbejde med de ældre borgere, der skulle indgå i testen.

**IMPLEMENTERING:** Pilotstudiet er ikke blevet implementeret i drift, da det udviklede værktøj ved studiets afslutning fortsat var papirbaseret. Der arbejdes fortsat på at digitalisere værktøjet.

**STATUS:** Pilotstudiet og analyser heraf blev afsluttet i 2018. Forskerne bag studiet afventer publiceringen af accepterede artikler i løbet af 2019.

**EVALUERING:** Der er foretaget en intern evaluering af pilotstudiet i det overordnede EU-projekt FOCUS.

<sup>2</sup> *Psykologisk resiliens: Personer, der har god resiliens, er i stand til at håndtere kriser og stress på en positiv måde, da.wikipedia.org.*



**EFFEKT:** Der blev lavet opfølgende målinger på alle deltagere efter seks måneder, men der er ikke tilstrækkelige data til at kunne påvise en statistisk signifikant forandring.

Dog er der små ændringer eller tendenser i resultaterne, der højst sandsynligt var vokset, hvis interventionen havde været længere – og på en større gruppe af ældre. Selvom der ikke kan måles signifikante forandringer, ser projektet alligevel klare positive tendenser i resultaterne:

- Der ligger en stor værdi i, at værktøjet kan hjælpe ældre borgere til at reflektere over egen situation.
- De ældre bliver i stand til at planlægge deres mål mere hensigtsmæssigt, så målene bliver lettere at gå til og mere overskueligt.
- Det er tanken, at værktøjet fra pilotprojektet skal fortsætte som et "resiliens værktøj tool". "*Ingen kan lide at blive stemplet som frail*"; derfor arbejdes der fremadrettet med resiliensniveauer.

**ØKONOMI:** Samlet set havde Aston Universitet, der lavede og gennemførte pilotstudiet, 250.000 £ til det samlede 3-årige FOCUS-projekt. Det har ikke været muligt at få et mere eksakt estimat på pilotstudiets udgifter.

#### CENTRALE LÆRINGS-PUNKTER

**SCREENINGSPROCESSEN SKAL VÆRE SÅ SIMPEL SOM MULIGT:** Pilotstudiet begyndte med 70 variable, men fik det reduceret til 49: 34 fysiske og 15 psykiske. Det var dog stadig en krævende proces for de ældre, der kunne være meget skrøbelige, at skulle igennem. Hvis man kunne få adgang til relevant data på anden vis (journaler, sygehistorik, medicin), kunne det reducere den tid, der skal bruges på den indledende etablering af den ældres baseline.

**DET ER MOTIVERENDE FOR DE ÆLDRE, AT DE SELV ER MED TIL AT DEFINERE INDSATSEN:** Det er afgørende, at tiltaget er målrettet det enkelte individ, og at de ældre selv er medbestemmende i forhold til, hvad de skal arbejde med.

**INTERVENTIONENS VARIGHED** skal tilpasses interventionens type.

**LØBENDE STØTTE OG SPARRING:** Der er behov for løbende opfølgning på, hvordan det går med den ældre. Derudover er der et potentiale i at inddrage frivillige. Det er projektets vurdering, at det ville have hjulpet de ældre borgere, hvis de havde haft et bedre støttesystem.



**FRIVILLIGE BØR INDDRAGES PÅ DET RETTE TIDSPUNKT**, da motivationen for at hjælpe og bidrage aktivt forsvinder ved gentagne udsættelser og ændrede deadlines. Der skal tages højde for, at frivillige har en hverdag.

**DEN RETTE MÅLGRUPPE:** Projektet har virket bedst for den (store) mellemgruppe, der er i den tungere ende af "pre-frail" eller den lettere ende af "frail".

**"FOR GODE" DELTAGERE** kan godt selv klare deres hverdag og føler ikke, at de har behov for at blive opsporet mhp. at deltage i en indsats rettet mod at stabilisere eller bedre deres skrøbelighed.

**"FOR SVAGE" DELTAGERE** synes, det er for hårdt at skulle igennem det store testapparat og orker derfor ikke at gennemføre det samlede forløb.

**INTERVENTIONSVINDUE:** Den periode, hvor borgeren har optimal effekt af at deltage i indsatsen. De ældre skal hverken være for friske eller for dårlige. Hos de mere skrøbelige ældre ses der yderligere en tendens til, at de ikke er så ambitiøse i deres målsætninger.

#### NYTTIGE LINKS

FOCUS-projektets hjemmeside: [http://focus-aha.eu/home\\_en](http://focus-aha.eu/home_en)

Screeningsværktøjet: [REQUEST Clinometrics software: https://screening.rrdweb.nl/users/sign\\_in](https://screening.rrdweb.nl/users/sign_in)

## OPSAMLING

Området sårbare og skrøbelige ældre er præget af en igangværende diskussion af begreber og indsatser. På nationalt og internationalt niveau er der stadig en overvægt af lægefaglige elementer, selvom psykologiske og sociale elementer har fået øget betydning igennem det seneste tiår.

Internationalt arbejde, som behandlet i ADVANTAGE state-of-the-art-rapporten (Rodríguez-Laso et al: 2018), kan sammenfattes som stræbende efter en "sund livsstil" og baseret på objektive, validerede kriterier. Hermed er fokus på afhjælpning af mangler, og ikke på hvad der interesserer eller motiverer den enkelte borger.

Konkret betyder den lægefaglige overvægt, at det sundhedsfaglige, og mere bredt det professionelle, vægtes højt, og der er en tendens til at overse de frivillige elementer. Som eksempel kan nævnes fokus på samarbejde i interdisciplinære teams og på uddannelse af sundheds- og socialarbejdere – frivillige er ikke indtænkt. Som et andet eksempel kan nævnes den afgørende vægt, som lægges på validering af screeningsværktøjer, fremfor at understøtte og kvalificere frivilliges arbejde med at opspore borgere. Endelig peger state-of-the-art-rapporten på, at effektiv "case management" bør understøttes med it-værktøjer (ibid p. 19). Sat på spidsen er den underliggende antagelse, at det er motivation nok, at man stabiliserer eller forbedrer sin skrøbelighed, men denne antagelse holder i mange tilfælde ikke.

De otte cases repræsenterer en langt bredere tilgang og som regel spiller frivillige en afgørende rolle. Fem af de otte cases har en "ikke-lægefaglig" tilgang til opsporing, og i f.eks. Radars-casen er det de frivillige "Radar-borgere" m.fl., der opfanger ændringer i den ældres daglige rutine, adfærd eller udseende og reagerer herpå.

Endvidere er samarbejdet mellem frivillige og professionelle centralt i de fleste cases, mens dette aspekt som nævnt ikke er i fokus i state-of-the-art-rapporten (ibid).

Endelig har de fleste cases en direkte tilgang til motivation. De fleste cases sigter således på at involvere borgere i aktiviteter, der enten i sig selv er interessante for borgeren, jf. casen Men's Sheds, eller som inden for rimelig tid kan opfylde et mål, som borgeren ønsker at nå, jf. casen Vallen Verleden Tijd.

## BILAG 1 LITTERATURSTUDIE

### METODE

Den ene del af undersøgelsen består af et litteraturstudie, hvor der bl.a. undersøges best practice for Opsporing, Opfølgende indsatser samt Arbejdsgange og koordinationsprocesser i relation til sårbare og skrøbelige ældre. En anden central funktion ved litteraturstudiet er at komme nærmere en definition af begreberne Sårbarhed og Skrøbelighed, der kan anvendes i en dansk kontekst. Der er i litteraturstudiet blevet trukket på forskellige former for søgning for herigennem at ramme så bredt som muligt:

- Databasesøgning
- Google Scholar-søgning
- Almindelig Google-søgning
- Tilsendt materiale

Baseret på de fire søgetilgange er der genereret to lister af materiale bestående af rapporter, artikler, bøger, projekthjemmesider samt YouTube-videoer. Materialet er opdelt i to grupper, primær- og sekundær litteratur, og benævnes overordnet litteratur. Den sekundære litteratur og viden er domineret af publikationer fra videninstitutioner og systematiske gennemgange af allerede eksisterende litteratur på området. Den sekundære litteratur er anvendt til baggrundsviden inden for feltet og i rapportens analyse. Den primære analyse er de hovedtekster, der er brugt i analysen og er primært genereret ud fra den sekundære litteratur samt anbefalinger fra informanter.

### TYPEN AF SØGNINGER

#### Databasesøgning: Pubmed og JStore

Indledningsvist blev der foretaget søgninger i de to databaser PubMed og JStore. Der blev søgt ud fra en række nøglebegreber, se Tabel 3, og en kombination af nøglebegreber hvor abstracts blev gennemlæst og vurderet relevant eller ikke relevant. Undervejs i søgningen er de indledende nøglebegreber blevet indsnævret til et felt af de mest relevante begreber, og endelig opstod der en række supplerende begreber. De supplerende begreber blev udvalgt ud fra de nøgleord, der var knyttet til det enkelte abstract.

#### Google Scholar-søgning

For at dække et eventuelt videnhul i de to databaser blev en lignende søgning som database-søgningen foretaget på Google Scholar. Der var dog store overlap i det fremkomne materiale.

#### “Almindelig” Google-søgning

Søgningen via Google har haft et todelt formål. Dels at finde publikationer fra allerede kendte videncentre som KORA, SFI, VIVE, Center for Sund Aldring m.fl., dels at finde frem til nøglepersoner og søge anbefalede projekter, indsatser eller praktikere frem baseret på anbefalinger i interviews mv.

#### Tilsendt materiale

Informanter fremsendte dels navne på kontaktpersoner, foretagne undersøgelser samt artikler, de mente var relevante. Herunder også et projekt, hvor der foregik en mailudveksling i stedet for interview.

	BEGREBER I INDLEDENDE SØGNING	BEGREBER DER LEDER TIL MEST RELEVANT MATERIALE	SUPPLERENDE BEGREBER
DANSK	Ældre Sårbar* Skrøbelig* Marginalisering Ensomhed Social eksklusion Projekt Stigma Ensomhed Trivsel Livskvalitet Værktøj Frivillig*	Ældre Sårbar* Skrøbelig* Projekt Ensomhed Livskvalitet Værktøj Frivillig*	Kognition* Social
ENGELSK	Frail* Vulnerable Senior Elder* Citizen Person Quality of Life QoL Project Lonely Loneliness Tool Voluntary Volunteer Disability Exercise Mobility Factors Syndrome	Frail* Vulnerable Senior Elder* Quality of life Project Tool Volunteer Disability Exercise Factors	Physical* Psychological* Social* Environmental* Mental Community dwelling Patient
NORSK	Eldre Sårbar* Skrøpelig* Utsatt* Samhandling Helse Helse og omsorg Senior Prosjekt	Eldre Sårbar* Skrøpelig* Samhandling Helse Helse og omsorg Senior	Livsglede Forebyggende Frivillig arbeid Strategi Frivillighet

Tabel 1: Oversigt over nøglebegreber

**MATERIALE**

De fire søgetilgange har tilvejebragt et rigt materiale – samlet set 61 poster – hvoraf 15 er af kategorien primær litteratur, der er ti semistrukturerede interviews samt én e-mailudveksling. Den sekundære litteratur omfatter sig om 35 poster, hvor videninstitutioner og organisationers hjemmesider har været særligt relevante. Endvidere er der foretaget seks semistrukturerede interviews, der primært har bidraget til baggrundsviden samt videre henvisninger til andre relevante studier og/eller kontaktpersoner.

TYPE	SEKUNDÆR LITTERATUR	PRIMÆR LITTERATUR	SAMLET ANTAL
Bøger	4	-	4
Artikler fra Journals	8	14	25
Videninstitutioner	12	1	13
Hjemmesider – også organisationer	4	-	4
Video	1	-	1
Semistrukturerede interviews	6	10	16
Mailudveksling	-	1	1

Tabel 2: Materialeoversigt

**PRIMÆR LITTERATUR**

De Witte, N., De Donder, L., Dury, S., Buffel, T., Verté, D., & Schols, J. (2013) "A theoretical perspective on the conceptualisation and usefulness of frailty and vulnerability measurements in community dwelling older adults". *Aporia: The Nursing Journal*, 5(1), side 13–31

DeWitte, N., Gobbens, R., DeDonder, L., Dury, S., Buffel, T., Schols, J. Verte, D. (2013). "The comprehensive frailty assessment instrument: Development, validity and reliability". *Geriatric Nursing*, Vol 34 no.4, side 274–281

Dulac M C & Aubertin-Leheudre M (2015) "Exercise: An important key to prevent physical and cognitive frailty" i: *The Journal of Frailty and Ageing* Vol. 5 no. 1, side 3-5

Dury S, De Roeck E, Duppen D, Fret B, Hoeyberghs L, Lambotte D, et al. (2017) "Identifying frailty risk profiles of home-dwelling older people: focus on sociodemographic and socioeconomic characteristics" i: *Aging Mental Health*. Vol 21 (10), side 1-9

Dury S, Dierckx E, van der Vorst A, Van der Elst M, Fret B, Duppen D, Hoeyberghs L, De Roeck E, Lambotte D, Smetcoren AS, Schols J, Kempen G, Zijlstra GAR, De Lepeleire J, Schoenmakers B, Verté D, De Witte N, Kardol T, De Deyn PP, Engelborghs S, De Donder L. (2018) "Detecting frail, older adults and identifying their strengths: results of a mixed-methods study" i: *British Medical Journal*, Vol 1 (191), side 1-13

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. (2001) "Frailty in older adults: evidence for a phenotype" i: *The Journals of Gerontology – Biological Sciences and Medical Sciences* Mar 56 (3), side 146-156

Lally P & Crome P (2007) "Understanding Frailty" i: *Postgradual Medical Journal* Vol 83, side 16-20

Nielsen D S, Minet L R, Moestrup L, Voltelen B og Marcussen J (2018) "Sårbarhed er en særlig udfordring i forskning" i: *Fag og Forskning* Vol. 4, side 56-61

Panza et al. (2018) "Different cognitive Frailty Models and Health-and cognitive-related outcomes in older age. From Epidemiology to prevention" i: *Journal of Alzheimer's Disease* Vol 62, side 993-1012

Pollack, L. R., Litwack-Harrison, S., Cawthon, P. M., Ensrud, K., Lane, N. E., Barrett-Connor, E.,

- & Dam, T. (2017). Patterns and predictors of frailty transitions in older men: The Osteoporotic Fractures in Men Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 65 (11), 2473–79
- Puts, MTE, Shekary, N, Widdershoven, G, Heldens, J & Deeg, DJH (2009) "The meaning of frailty according to Dutch older frail and non-frail persons" i: *Journal of Aging Studies*, vol. 23, no. 4, pp. 258-266.
- Rockwood K, Mitnitski A (2007) "Frailty in relation to the accumulation of deficits" i: *Journal of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* Vol 62. No. 7, side 722-727
- Rockwood K, (2016) "Conceptual Model of Frailty: Accumulation of deficits" i: *Canadian Journal of Cardiology* Vol 32, side 1046-1050
- Rodríguez-Laso Á et al. (2018) *ADVANTAGE. Joint action. Layman report of the State of the Art Report on frailty Prevention and Management*. Tilgængelig på: [http://advantageja.eu/images/SoAR-AdvantageJA\\_Fulltext.pdf](http://advantageja.eu/images/SoAR-AdvantageJA_Fulltext.pdf)
- Rubenstein, L.Z., Stuck, A.E., Siu, A.L., Wieland, D. (1991). "Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: Overview of the evidence" i: *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol. ojh39(S1), 85-165
- Trevisan, C., Veronese, N., Maggi, S., Baggio, G., Toffanello, E. D., Zambon, S., Sergi, G. (2017). Factors influencing transitions between frailty states in elderly adults: The Progetto Veneto Anziani Longitudinal Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(1), 179-184
- Xue Q. L. (2011): The frailty syndrome: definition and natural history. *Clinics in geriatric medicine*, 27(1), 1-15

#### SEKUNDÆR LITTERATUR

- Advantage (2018) *ADVANTAGE. State of the Art Report on the Prevention and Management of Frailty*. Tilgængelig på: <https://spartanska.pl/wp-content/uploads/State-of-the-Art-ADVANTAGE-JA.pdf>
- Ajuntament de Barcelona (2017) L'Ajuntament de Barcelona amplia el Projecte Radars a 53 barris fins arribar al 77% de la gent gran <http://ajuntament.barcelona.cat/premsa/2017/06/09/lajuntament-de-barcelona-amplia-el-projecte-radars-a-53-barris-fins-arribar-al-77-de-la-gent-gran/>
- Ajuntament de Barcelona 2 (2017) Community Care in a Caring Community: [https://www.barcelona.cat/infobarcelona/en/cerca/community-care-in-a-caring-community\\_521219.html](https://www.barcelona.cat/infobarcelona/en/cerca/community-care-in-a-caring-community_521219.html)
- Age Platform Europe. The voice of older persons At EU level: <https://www.age-platform.eu>
- Ageing Better. Achievements and Learning from Project delivery to date (2018)
- Center for Sund Aldring, Københavns Universitet: <https://sundaldring.ku.dk>
- Folkehelseinstituttet: Helse hos eldre i Norge <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Gobbens R, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JMGA (2010) "In search of an integral conceptual definition of frailty" i: *JAMDA* vol 11 (5), side 338-343
- Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KJ, Schols JM (2012): "Testing an integral approach to Frailty" i: *Journal of Advanced Nursing* Vol 68 no 9, side 2047-60
- Gobbens R (2017) Health and Well-being of frail elderly. Towards interventions that really count! Inaugural speech.
- Groen B E, Smulders E, de Kam D, Duysens J & Weerdesteyn V (2010) "Martial Arts fall training to prevent hip fractures in the elderly i: *Osteoporos International* Vol 21, side 215-221
- Grøn, L og Andersen, C R (2014) Sårbarhed og Handlekraft i Alderdommen, KORA
- Gwyther H, Cooke R, Shaw R, Marcucci M, Cano A, Holland C (2017) "Perceptions and experiences of frailty interventions: quantitative and qualitative results from a survey of partners within the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP-AHA)" i: *Ageing and Society*. Vol 38 (1-25)
- Henriksen, L S (2019) "Civic Engagement in Scandinavia Volunteering, Informal Help and Giving in Denmark, Norway and Sweden" L S Henriksen, K Strømsnes,, L Svedberg (Red.)



Springer International Publishing

Høst D (2009) "Ældres opfattelse og håndtering af at falde samt motivation for forebyggende tiltag" Master of Public Health, Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap

Høg, MA (2017) "Ældre indvandrere er ofte fattigere" i Det nationale forskningscenter for velfærd <https://www.sfi.dk/nyt/nyheder/artikler/aeldre-indvandrere-er-oftere-fattige/>

Korsgaard O (2004) "Medborgerskab, identitet og demokratisk dannelse" i: *Medborgerskab, Identitet og Demokratisk Dannelse* Ove Korsgaard (red), Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag, side 5-30

Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H (2006) "Risikofaktorer og sundhed i Danmark" Statens Institut for Folkesundhed

Kildedal K (2005) "Aktionsforskning: Én af vejene til udvikling af det sociale arbejdes praksis" i: *Forskning og socialt arbejde med udsatte børn og unge: en antologi*. Annette Munch (red.). UFC Børn og Unge.

Kvale, S & Brinkmann, S (2009) "Interview. Introduktion til et håndværk" 2. udgave. Hans Reitzels Forlag

Lauritzen H, Brünner RN, Thomsen P, Wüst M (2012) Ældres ressourcer og behov. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Mander, T (2014) Longevity and healthy ageing – Will healthcare be drowned by the grey Tsunami or sunk by the demographic iceberg? i: *Post Reproductive Health* Vol 20 (1), side 8-10

NHS (2018) Abuse and Neglect of Vulnerable Adults: <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/help-from-social-services-and-charities/abuse-and-neglect-vulnerable-adults/OECD>

o'Reilly, K (2009) *Ethnographic Methods*, Routledge

o'Reilly, K (2012) *Ethnographic Methods*, 2<sup>nd</sup> Edition, Routledge

Radars: RADARS, fent barri amb les persones grans <https://www.youtube.com/watch?v=K3EQVNANuI>

Stevens, N., & Westerhof, G. J. (2006). Marriage, Social Integration, and Loneliness in the Second Half of Life: A Comparison of Dutch and German Men and Women. *Research on Aging*, 28(6), 713–729.

Sundhedsstyrelsen (2006) "Faldpatienter i den kliniske hverdag – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen", Sundhedsstyrelsens Publikationer

Sundhedsstyrelsen (2017) "Opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne", Sundhedsstyrelsens Publikationer

Sundhedsstyrelsen (2018) Bilag C1 *Kundens opgavebeskrivelse*. Side 1-9

Tanggaard, L & Brinkmann, S (2010) "Interview. Samtalen som forskningsmetode" i: *Kvalitative Metoder*. Svend Brinkmann & Lene Tanggaard (red.). Hans Reitzels Forlag

Van der Vorst A, Rixt Zijlstra GA, De Witte N, Duppen D, Stuck, AE, Kempen GJIM, Schols JMGA (2017) "Limitations in Activities of Daily Living in Community-Dwelling People Aged 75 and Over: A Systematic Literature Review of Risk and Protective Factors" i: PLOS ONE, Vol 12 no 1

Verdighedscentret. Omsorg for Gamle <https://www.verdighetscenteret.no>

Weerdesteyn V, Rijcken H, Geurts A, Smits-Engelsman B C M, Mu Ider, T & Duysens, J (2006) "A five week program can reduce falls and improve Obstacle Avoidance in the Elderly" i: *Gerontology* Vol 52 Side 131-141

World Health Organisation. "Introducing the WHOQOL instruments" I: *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

## BILAG 2 KVALITATIV ANALYSE

### LØBENDE UDVÆLGELSE AF INFORMANTER TIL INTERVIEW

I denne undersøgelse er der valgt en tilgang med sekventiel udvælgelse. I praksis viser det sig ved, at der foretages et interview, hvorefter det kodes og analyseres. Læring opstået i processen tilføjes interviewguiden, ligesom interviewguiden tilpasses det enkelte interview.

Informanterne er udvalgt ud fra nedenstående kriterier. Kriterierne kan kombineres:

- Beskæftiger sig med sårbarhed (Gældende for Norge, begrebet er ikke udbredt i England, Holland og Spanien) og/eller skrøbelighed (frailty)
- Vurderes af fagfæller til at være førende inden for sit felt og/eller
- Praktiserer best practice
- Har en interessant vinkling eller forståelse af sårbarhed og/eller skrøbelighed
- Anbefales grundet stilling i projekt/organisation
- Stor hands on-erfaring
- Kan tale engelsk eller norsk

Interviews, hvor forskere eller videnpersoner inden for skrøbelighed og sårbarhed udtaler sig, bidrager primært til baggrundsviden, diskussion af frailty-begrebet samt gennemgang af et specifikt værktøj, udvikling eller evaluering af indsats. Informanter, der sidder i stillinger som projektledere, koordinatore eller daglige ledere, udtaler sig om deres konkrete erfaringer med projekter eller indsatser og har en meget praktisk tilgang ifm. besvarelse af spørgsmål. Endelig er der nogle få interviews af frivillige privatpersoner, der på baggrund af egne erfaringer kan bidrage med, hvorfor de er frivillige. Gennem interview med informanter med meget forskellige baggrunde sikres det, at Sårbarhed og Skrøbelighed belyses ud fra en række forskelligartede perspektiver;

- Forskeren eller videnpersonen, der har en faglig baggrund til at udtale sig som ekspert og kan tegne det store billede – og hvor vi er på vej hen.
- Projektlederne og koordinatorene m.fl. ser meget deres konkrete erfaringer fra projekter og har som fællesstræk et fokus på drift, samt hvordan de kommer i mål med indsatsen set i relation til økonomi, ressourcer og lokale forhold, der påvirker deres område. Informanterne udtaler sig ud fra en blanding af erfaringsbaseret praksis set ift. de top down-strømninger og organisatoriske behov, de skal navigere i, sammenholdt med hvad der giver værdi og mening på gulvet.
- Endelig er der de frivillige. En bredt sammensat gruppe, der kommer med deres bottom up-blik og erfaringer på den respektive indsats og holdninger til begreberne sårbar og skrøbelig.

FORSKERE OG VIDENPERSONER	PRAKTIKERE	FRIVILLIGE
Hvor Holland, England, Norge, Spanien	Hvor Holland, England, Norge, Spanien	Hvor England, Norge
Antal 5	Antal 9	Antal 2
Baggrund inden for geriatri, psykologi, medicin, fysioterapi, sygepleje, sam- fundsvidenskab	Arbejder som projektleder, daglig leder, koordinator, frivillig koordi- nator	Aktivitet Bidrager selv som frivillig ind i indsats

Tabel 5: Oversigt over informanter

Samtaler og e-mailudvekslinger med danske forskere og videnspersoner medregnes ikke som interviews.

#### KODNING OG ANALYSE AF KVALITATIVE DATA

Interviews er transskriberet, hvorefter de er blevet kodet. Den første kodning følger den induktive tilgang, hvor empirien viser, hvad der er centralt. Efterfølgende laves en lukket kodning ud fra prædefinerede begreber, herunder: Opsporing, Opfølgende indsatser samt Arbejdsgange og koordinationsprocesser, men også nøglebegreber anvendt i litteratursøgningen. På denne måde analyseres det enkelte interview ift., hvad der er centralt i det pågældende materiale, ligesom der kan findes sammenhænge på tværs af de udførte interviews og litteraturstudiet. Samtidig vurderes relevansen af interviewet op imod nøglebegreberne fra rapportens opdrag og nøglebegreber.

Analysetilgangen for behandling af interviewmaterialet sikrer med sit nedefra og ud- samt udefra og ned-perspektiv, at der ikke forekommer bias, og undersøgelsen ledes i en bestemt retning. Vurderinger og konklusioner på baggrund af interviewene vurderes derfor som valide.

## BILAG 3 INTERVIEWGUIDE

**Tak, fordi du tager dig tid til at deltage i interviewet. Det vil vare cirka 30-60 minutter, afhængig af hvor meget du har at fortælle. Alexandra Institutet foretager undersøgelsen for Sundhedsstyrelsen.**

Formålet med undersøgelsen er at indsamle erfaringer om projekter og indsatser, der internationalt er målrettet sårbare og skrøbelige ældre borgere i den primære sektor. Den primære sektor er i Danmark karakteriseret ved en række aktører, der samarbejder om den ældre borger: praktiserende læge, kommunen (SOSU-assistenten og -hjælper, sygeplejersker og socialrådgivere) samt private ergo-, fysio- og fodterapeuter. Den viden, vi opnår i interviewet i dag, skal sammen med et desk study bruges til at lave et data- og praksisinformeret grundlag, der kan understøtte politiske og administrative beslutningsoplæg vedrørende satspuljemidler.

Viden genereret i projektet præsenteres i en rapport. Interviewet vil handle om, hvilke erfaringer, herunder udfordringer og problemstillinger, I har oplevet ifm. jeres arbejde i Verdighedscentret vedr. frivillige og udviklingsarbejde. Interviewet er semistruktureret, hvilket betyder, at vi godt kan bevæge os væk fra de fremsendte spørgsmål, hvis vi kommer ind på en vinkel i samtalen.

Interviewet behandles fortroligt, og alle oplysninger opbevares efterfølgende i fem år. Indholdet fra interviewet må anvendes ifm. undersøgelsen for Sundhedsstyrelsen samt ifm. og formidling af forskning af Alexandra Institutet. Dit navn, titel, stilling og andre lignende forhold, der kan identificere dig, vil blive anonymiseret i den endelige rapport. Du har mulighed for til hver en tid at tilbagetrække dit samtykke.

Må vi have lov til at optage interviewet på diktafon? (Filen slettes efter transskribering).

### 1: Baggrund

- Vil du fortælle lidt om din baggrund og din rolle i Verdighedscentret?
- Hvis I arbejder med betegnelserne Skrøbelige og Sårbare ældre – hvilke definitioner eller forståelse af begreberne arbejder I ud fra?
  - Hvis I ikke anvender begreberne, hvad er baggrunden for dette?
  - Har I ændret forståelsen af eller tilpasset betegnelsen, I bruger?
- Kan du beskrive jeres to overordnede indsatser i centret?

### 2: Indsatser

- Hvad har formålet med indsatserne været? (hvis ikke besvaret under baggrund)
- Hvor lang tid har indsatserne kørt?
  - Hvad er fremtidsplanerne?
- Hvordan er indsatserne finansieret?
  - Hvad har de økonomiske udgifter været? (Løn/drift af hjemmeside/informationsmateriale/frikøb af medarbejdere mv.)

**3: Opsporing**

- Hvor mange deltagere (ældre) har været med?
  - Inklusionskriterier (køn/alder/socio-demografiske forhold)?
- Hvordan er deltagerne kommet med i projektet?
  - Tilgang til rekruttering?
  - Hvordan finder I de borgere, I ellers ikke har berøringsflader til?
- Hvor mange ansatte/frivillige har været involveret?
  - Hvordan har de ansatte været involveret?
  - Har der været særligt fokus på at klæde ansatte på ifm. indsatsen? (Udd./information/andet)
  - Hvordan har I hvervet/fastholdt de frivillige?
  - Hvad har de frivillige bidraget med i projektet?

**4: Arbejdsgange og koordinationsprocesser**

- Hvordan har I organiseret jeres arbejde? (Roller, geografisk placering, møder, ansvar mv.)
- Har I haft medarbejdere, der har varetaget særlige opgaver ifm. jeres indsats?
- Har I haft behov for at udarbejde nye procedurer for varetagelse af opgaver og ansvar?
- Hvordan har I tacklet samarbejdet ml. forskellige faggrupper?
- Kan du prøve at beskrive, hvordan de kommunale medarbejdere har arbejdet sammen med de frivillige? (Hvis der har været frivillige med)
- Hvordan har medarbejderne taget indsatsen til sig?
- Hvis indsatsen skal overgå til drift, hvordan vil I organisere overgangen og driften?
- Har I arbejdet konkret med et værktøj? (Hvis ja, hvordan; hvis nej, hvorfor ikke)
- Har I selv udviklet et værktøj? (Hvis ja, hvordan; hvis nej, hvorfor ikke)
- Hvad har succeskriterierne været? (Reduktion i indlæggelser, livskvalitet, antal deltagere)

**5: Opfølgende Indsatser**

- Har I taget udgangspunkt i konkrete mål for indsatsen, f.eks. højere livskvalitet, mindre ensomhed?
- Hvornår går I ind og følger op på en borger? (Eksempelvis dødsfald, øget medicinering, årskontrol ved læge el.lign.)
- Vil du beskrive, hvilke indsatser I konkret har arbejdet med?
  - Hvad har fungeret godt og mindre godt?

**6: Outcome for målgruppen**

- Hvordan har den enkelte borger reageret på projektet?
- Har der været modstand/opbakning overordnet set?
- Hvad har været de største gevinster set fra borgerens perspektiv?
- Har der været afledte effekter, der berører den ældre borger?

**7: Tilbageblik og læring**

- Hvad var jeres forventninger til indsatsernes resultater, inden I gik i gang?
- Hvordan ser resultaterne ud nu?
  - Har I evalueret? (Hvordan – resultater)
- Hvad har været den største udfordring?
- Hvad ville du ønske, I havde gjort anderledes?
- Er der noget, der har overrasket jer?
- Hvilke råd ville du give videre, hvis der skulle laves et lignende projekt i Danmark?

**8: Afrunding**

- Er der noget, du gerne vil tilføje her til sidst, eller er der noget helt oplagt, jeg ikke har spurgt dig om, en forsker eller praktiker jeg bør kontakte?







ALEXANDRA  
INSTITUTTET