SUNDHEDSSTYRELSEN

Forebyggende hjemmebesøg til ældre

Vejledning

Indhold

1 Formål og baggrund 6
1.1 Forebyggelse og det gode ældreliv 8
1.2 Formålet med forebyggende hjemmebesøg til ældre 8
1.3 Lovgivning om forebyggende hjemmebesøg til ældre 9
1.4 Forebyggelseskonsulentens kompetencer 9
1.5 Overblik over processen med forebyggende hjemmebesøg 10

2 Før besøget 12
2.1 Valg af målgrupper 13
2.2 Metoder til at opspore borgere i de relevante målgrupper 14
2.3 Juridiske rammer for anvendelse og udveksling af personoplysninger 17
2.4 Synliggørelse af tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg 18
2.5 Henvendelse til borgeren 19
2.6 Udlevering af spørgeskema før eller under besøget 20
2.7 Opbyg samarbejde med relevante aktører 21
2.8 Valg af hjemmebesøg eller fx kollektivt arrangement 21

3 Under besøget – Kommunikation 24
3.1 Tag udgangspunkt i den enkelte borger 26
3.2 Balancér rollen som rådgiver og vejleder 26
3.3 Skræddersy samtalen 26
3.4 Vurdér borgerens sundhedskompetence 29
3.5 Vurdér borgerens handlekompetence 30
3.6 Rådgivning og vejledning ved et kollektivt arrangement 31

4 Under besøget – Temaer **32**
4.1 Generelt om samtalen 33
4.2 Ofte forekommende sygdomme og tilstande hos ældre 34
4.3 Mental sundhed, trivsel og ensomhed 35
4.4 Depression 37
4.5 Sorgreaktioner 38
4.6 Selvmordsrisiko 38
4.7 Demens og svækkede kognitive funktioner 39
4.8 Fysisk formåen, herunder faldrisiko 40
4.9 Mad og måltider, over- og undervægt 42
4.10 Alkohol 43
4.11 Rygning 45
4.12 Boligsituation og boligindretning 45
4.13 Hjælpemidler, IT og velfærdsteknologi 46
4.14 Økonomi 47
4.15 Afrunding af samtalen 47

5 Efter besøget – Opfølgning og udvikling af de forebyggende hjemmebesøg **48**
5.1 Henvisning til tilbud i kommunen eller civilsamfundet 50
5.2 Dokumentation af besøget 52
5.3 Kvalitetsstandarden som ramme for videreudvikling 53

6 Referencer **56**

Forord

Denne vejledning introducerer opgaven med at planlægge, gennemføre og følge op på forebyggende hjemmebesøg til ældre. Vejledningen er målrettet forebyggelseskonsulenter, som arbejder med området.

Formålet er at gøre det lettere for forebyggelseskonsulenterne at højne kvaliteten af besøgene samt beskrive, hvordan det forebyggende hjemmebesøg kan anvendes fokuseret og systematisk til at tage hånd om ældre, der viser tegn på social, mental og fysisk mistrivsel.

Forebyggende hjemmebesøg til ældre blev lovfastsat med virkning fra 1. juli 1996. Siden har Sundhedsstyrelsen udarbejdet flere publikationer om området, bl.a. "Håndbog til kommunerne om forebyggelse på ældreområdet" og "Guide til kommunerne til opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne". Endvidere har Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) gennemført en litteraturgennemgang af evidens på området og interviews med 10 kommuner om praksiserfaringer.

Denne vejledning samler op på tidligere publikationer, teori og erfaringer og giver en række anbefalinger, der bygger på den aktuelt bedste viden fra forskning og praksis. Vejledningen indeholder dermed ikke nye krav til opgaveløsningen.

Ved de forebyggende hjemmebesøg bør forebyggelseskonsulenten altid tage udgangspunkt i borgerens livssituation, forhold, ønsker og behov. Vejledningens forslag til temaer, der kan tages op i besøget, skal derfor ses som inspiration til emner, forebyggelseskonsulenten kan vælge at komme omkring og ikke en tjekliste, der skal følges slavisk. Vejledningen kan desuden danne afsæt for diskussioner og læring blandt forebyggelseskonsulenter samt give inspiration til at udvikle eksisterende praksis og afprøve nye metoder og indsatser.

En referencegruppe med repræsentanter fra SUFO (Landsforeningen for ansatte i SUndhedsfremmende FOrebyggende hjemmebesøg), KL, Ældre Sagen, Danske Ældreråd og Marselisborg Consulting har bidraget med rådgivning og inspiration.

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk/hjemmebesoeg-aeldre) kan forebyggelseskonsulenter finde yderligere inspiration i relevante redskaber med konkrete eksempler på tests, spørgeguides mv. Sundhedsstyrelsen udsender samtidig med denne vejledning publikationen: "Forebyggelse og sundhedsfremme til ældre", som samler anbefalinger vedrørende ældre fra forebyggelsespakkerne og præsenterer en række eksempler på initiativer over for ældre i kommuner og civilsamfund.

Niels Sandø
Enhedschef
Forebyggelse

Mads Biering la Cour
Enhedschef
Ældre og Demens

1

Formål og baggrund

1.1 Forebyggelse og det gode ældreliv

Mange ældre forbinder et godt ældreliv med at kunne fortsætte med at leve det liv, som de har været vant til. For de fleste betyder det et liv med:

- relationer. At have et velfungerende socialt liv med nære relationer og mulighed for følelsesmæssig og praktisk støtte i hverdagen
- meningsfuldhed. At leve et liv, der giver mening for den enkelte, uanset helbred og evt. skavanker, hvor man bruger sine erfaringer og evner i samspil med andre
- autonomi. At have indflydelse på eget liv og træffe egne beslutninger.

Et godt helbred kan være en grundlæggende forudsætning for at opbygge og vedligeholde sociale relationer, være en aktiv del af samfundet og bevare autonomi længst muligt [1, 2]. Forebyggende og sundhedsfremmende indsatser kan påvirke sund aldring positivt og derved bidrage til, at ældre kan leve det liv, som den enkelte ønsker.

Landets kommuner understøtter ældre borgeres ønsker om et godt ældreliv gennem deres ansvar for at skabe rammer for sund levevis og ved at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne, jf. sundhedslovens bestemmelser. Når ældre borgere får behov for hjælp og støtte, understøtter kommunen gode ældreliv gennem ydelser som personlig pleje og praktisk hjælp, jf. servicelovens bestemmelser. Kommunernes forebyggende hjemmebesøg til ældre er et målrettet sundheds- og trivselsfremmende tilbud til borgere i en potentielt sårbar livsfase og kan bidrage til, at borgerens behov for mere intensive ydelser fra kommunen på et senere tidspunkt reduceres, ligesom det kan styrke borgerens muligheder for at kunne fortsætte med at leve med autonomi, livskvalitet og meningsfuldhed.

1.2 Formålet med forebyggende hjemmebesøg til ældre

Formålet med forebyggende hjemmebesøg er overordnet at bidrage til øget tryghed, trivsel og sundhed hos borgeren ved at:

- understøtte den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre borgere ved at yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder
- gøre borgeren opmærksom på tilbud, som vil kunne bidrage til at forebygge eller løse eventuelle problemer, inden de udvikler sig. Fx ved at informere borgeren om frivillige organisationers tilbud til ældre, kommunale tilbud af både sundheds- og socialfaglig karakter samt hvordan sociale netværk kan styrkes
- understøtte borgeren i at udnytte egne ressourcer bedst muligt, mestre egenomsorg og dermed styrke autonomien samt bevare funktionsniveauet længst muligt eller om muligt forbedre dette.

Vejledningen tager udgangspunkt i det brede, positive sundhedsbegreb, som omfatter såvel livskvalitet, livsstil som levekår og således også mental sundhed og sociale forhold [3].

1.3 Lovgivning om forebyggende hjemmebesøg til ældre

Kommunerne skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg til ældre, jf. servicelovens § 79 a. Tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg skal ses som et supplement til den kommunale myndigheds almindelige rådgivnings- og vejledningsforpligtelse efter servicelovens § 10 [4]. Det forebyggende hjemmebesøg er et opsøgende tilbud, som det er frivilligt for borgeren at tage imod.

Det står kommunerne frit for, hvordan de tilrettelægger og organiserer hjemmebesøgene samt hvilke faggrupper, der varetager besøgene. Lovgivningen åbner endvidere op for, at kommunerne kan afholde kollektive arrangementer. Hvis borgere ikke ønsker at deltage i et kollektivt arrangement, skal et individuelt hjemmebesøg tilbydes.

Kommunalbestyrelsen skal mindst en gang årligt udarbejde en kvalitetsstandard for forebyggende hjemmebesøg [5]. Kvalitetsstandarden skal revideres årligt og indeholde en beskrivelse af, hvordan kommunalbestyrelsen tilrettelægger ordningen, herunder beskrive mål og eventuelle andre former for forebyggende indsatser, der tilbydes som alternativer til det individuelle besøg. Kvalitetsstandarden skal også indeholde information til borgerne om formålet med og indholdet i det forebyggende hjemmebesøg eller i det kollektive arrangement.

Kvalitetsstandarden skal desuden beskrive, hvordan kommunen opfylder forpligtelsen til at tilbyde forebyggende hjemmebesøg efter behov til borgere i alderen 65-81 år, som er i særlig risiko for nedsat social, mental eller fysisk funktionsevne. Det skal således fremgå, hvilke særlige risikogrupper tilbuddet er målrettet til.

1.4 Forebyggelseskonsulentens kompetencer

Det fremgår ikke af loven, hvilken uddannelsesmæssig baggrund forebyggelseskonsulenten skal have for at kunne varetage forebyggende hjemmebesøg, men for at sikre overordnet kvalitet i en kompleks opgave er det nødvendigt, at forebyggelseskonsulenten:

- besidder en række sundhedsfaglige, sundhedspædagogiske samt socialfaglige kompetencer
- kan veksle mellem rollen som rådgiver og vejleder og respektere, at være gæst i borgerens hjem. Ikke to borgere er ens, og forebyggelseskonsulenten skal kunne bruge sin faglige viden og skræddersy samtalen efter den enkelte borgers behov og i samspil med dennes evt. pårørende
- har kendskab til og samarbejder med mange aktører i såvel kommune som i civilsamfund, og hvor forebyggelseskonsulenten kan blive indgang til de forskellige tilbud
- kan skabe en god og tillidsfuld relation til borgeren og dennes evt. pårørende og derved gøre det nemt og trygt for borgeren at modtage besøg samt at kontakte kommunen, hvis der opstår sundheds- eller socialfaglige problemer mellem besøgene.

Forebyggelseskonsulenten bør – efter aftale med borgeren – handle på eventuelle forhold, som afdækkes under besøget, og som forebyggelseskonsulenten med sin faglighed vurderer, der skal handles på. Det betyder fx, at forebyggelseskonsulenten bør gøre relevante kollegaer i kommunen opmærksom på eventuelle problemer, som kræver reaktion fra kommunens side.

1.5 Overblik over processen med forebyggende hjemmebesøg

Nedenfor vises et overblik over forebyggelseskonsulentens opgaver med planlægning, gennemførelse, opfølgning og videreudvikling af de forebyggende hjemmebesøg.

FIGUR 1

Planlægning, gennemførelse og opfølgning

FØR BESØGET	UNDER BESØGET	EFTER BESØGET
Vælge hvem besøgene skal rettes mod (kvalitetsstandard)	Tage udgangspunkt i borgerens ønsker og behov	Dokumentation
Opspore borgeren der skal tilbydes besøg	Inddrage evt. pårørende	Evt. opfølgning
Valg af hjemmebesøg eller kollektivt arrangement	Veksle mellem konkret rådgivning og støttende vejledning i relation til borgerens sundheds- og handlekompetencer	Med passende mellemrum foretage kvalitetsudvikling på området, herunder af metoder og revision af kvalitetsstandard
Vælge henvendelsesform	Rådgive om risikofaktorer, sundhedsfremme og handlemuligheder	
Undersøge om der tidligere har været aflagt besøg, og hvad der er blevet aftalt	Eventuelt indgå en aftale om opfølgning	
Vurdere hvilket materiale, der skal medbringes i besøget	Sikre samme opfattelse af konklusioner og aftaler	
Undersøge om der er pårørende, der deltager i besøget		

2

Før besøget

2.1 Valg af målgrupper

Kommunerne skal, jf. servicelovens § 79 a, tilbyde forebyggende hjemmebesøg til følgende grupper med følgende faste intervaller:

- ældre, som bor alene, i det år de fylder 70 år
- alle ældre i de år de fylder 75 år og 80 år
- alle ældre årligt fra de er fyldt 82 år.

Målgruppen for det forebyggende hjemmebesøg er ældre, som i høj grad klarer sig selv i hverdagen, dvs. ikke modtager kommunal hjælp eller kun i begrænset omfang har brug for hjælp og støtte efter servicelovens bestemmelser, og som ikke bor i plejebolig. Det indebærer, at kommunerne kan vælge at undtage borgere, som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp efter § 83 i serviceloven fra ordningen om forebyggende hjemmebesøg.

Målgrupper for behovsbestemte forebyggende hjemmebesøg

Ud over de aldersbestemte besøg skal kommunerne jf. serviceloven gennemføre behovsbestemte forebyggende hjemmebesøg til alle ældre i alderen 65-81 år, som er i særlig risiko for nedsat social, psykisk eller fysisk funktionsevne.

Kommunerne kan i forbindelse med de behovsbestemte forebyggende hjemmebesøg vælge målgrupper ud fra forskellige risikofaktorer og situationer:

1. Generelle risikofaktorer og -situationer

Det kan fx være ældre:

- som har mistet samlever/ægtefælle pga. dødsfald
- hvis samlever/ægtefælle er kommet på plejecenter/i plejebolig
- uden børn
- med fysisk, mentalt eller socialt funktionstab, herunder ældre som er faldet eller har lidt sansetab
- som har hyppige indlæggelser/genindlæggelser eller mange henvendelser til praktiserende læge
- som er pårørende til alvorligt syg samlever/ægtefælle, der fx modtager intensiv hjælp, har udviklet demenssygdom eller afslutter rehabiliteringsforløb
- med skadeligt medicinforbrug, herunder risiko for fejlmedicinering
- med skadeligt alkoholforbrug
- med anden etnisk baggrund end dansk
- som forlader arbejdsmarkedet
- som er psykisk sårbare
- som har sociale problemer
- andet.

[6, 7, 8, 9]

2. Forhold i kommunen, som gør udvalgte målgrupper relevante for besøgene.

Det kan fx være:

- høj andel af ældre med anden etnisk baggrund end dansk, da der i denne gruppe kan være en højere forekomst af ældre med svage sundhedskompetencer, se afsnit 3.4
- høj andel af ældre, der bor i udsatte boligområder med fokus på udvalgte grupper begrundet i resultater fra nationale, regionale eller kommunale sundhedsprofiler [10]
- fokus på forebyggelse af fald
- fokus på forebyggelse af ensomhed
- andet.

Kommunen skal synliggøre og begrunde sit valg af målgrupper for de behovsbestemte besøg i sin kvalitetsstandard, der skal vedtages politisk én gang om året. Forebyggelseskonsulenten kan i forbindelse med den proces overveje, om der skal opstilles mål for videreudviklingen af hjemmebesøgene, jf. kapitel 5.

Forebyggelseskonsulenten bør i arbejdet med at foreslå målgrupper være opmærksom på etiske dilemmaer og respekt for privatlivssfæren. Der kan være en risiko for, at opsporingen kan virke stigmatiserende og privatlivskrænkende eller på anden måde føre til, at borgeren føler sig forurettet [20]

2.2 Metoder til at opspore borgere i de relevante målgrupper

Der er overordnet tre måder at opspore borgerne på:

- dataudtræk
- samarbejdspartnere
- bekymringshenvendelser.

Forebyggelseskonsulenten skal være opmærksom på databeskyttelsesregler, jf. afsnit 2.3.

Dataudtræk

Det er mest ressourcebesparende for kommunerne at opspore borgerne i målgrupperne gennem dataudtræk [11]. Det kan fx ske ved at bruge de oplysninger, som kommunen allerede er i besiddelse af eller har let adgang til, fx via folkeregisteret. Her kan udtrækkes data om de forskellige aldersgruppers kontaktoplysninger, dvs. adresse og e-boksadresse. Kommunerne har især gode erfaringer med at trække lister over ældre, som har forladt arbejdsmarkedet, ældre der udskrives fra sygehus, enker/enkemænd, ældre med ikke-vestlig baggrund, ældre tilflyttere i udvalgte boligområder og borgere, som overgår fra førtidspension eller kontanthjælp til folkepension m.m. [11, 12].

Indhentning af disse data kan foregå via internt samarbejde i kommunen eller via eksterne IT-leverandører. Almindeligvis bliver data indhentet internt i kommunen, fx via samarbejde med datakyndig afdeling i forvaltningen eller kommunen, som har adgang til datakilder om borgerne samt kompetencer til at krydse data. Hermed bliver det muligt at indhente viden om fx alder, køn, bopæl samt evt. bestille særlige dataudtræk fra fx Danmarks Statistik eller andre offentlige databaser og krydse dem ud fra målgruppebeskrivelsen [12].

Samarbejdspartnere

Samarbejde med interne og eksterne aktører er en vigtig metode til at nå de målgrupper, der ikke kan opspores via dataudtræk. Interne og eksterne aktører kan informere, motivere, opfordre og eventuelt henvise borgere til et forebyggende hjemmebesøg med borgerens samtykke, ligesom samarbejdspartnere kan besidde væsentlig viden om målgruppen, der kan være relevant for forebyggelseskonsulenten. Viden kan videreformidles efter aftale med den enkelte borger.

Centrale aktører kan blandt andet være:

- **interne aktører**. Fx medarbejdere i hjemmeplejen, demenskoordinatorer, trænings-medarbejdere, frivillighedskoordinatorer, pårørendevejledere, medarbejdere i sundhedshuse, borgerservice, ansatte på biblioteker eller aktivitetscentre, sagsbehandlere på beskæftigelsesområdet og visitatorer m.fl.
- **eksterne aktører**. Fx praktiserende læger, apoteker, sygehuse, bedemænd, præster, frivillige i senior- og pensionistforeninger eller selvhjælpsgrupper, boligsociale medarbejdere, patientforeninger, ældreorganisationer, lokale medier og andre fra civilsamfundet
- **borgeren selv og pårørende**. Fx ægtefælle/samlever, børn, børnebørn eller naboer, der kontakter kommunen efter aftale med borgeren. Borgeren kan også selv henvende sig til kommunen med ønske om at modtage et forebyggende hjemmebesøg.

Gode erfaringer med forskellige samarbejdsformer

Samarbejdet med de forskellige aktører kan foregå på mange måder og være mere eller mindre formaliseret:

- organisering internt i kommunen. Den organisatoriske placering af forebyggelseskonsulenten kan overvejes, da det kan have betydning for umiddelbare samarbejdsflader for at opspore borgere i målgruppen
- formelle samarbejdsaftaler om henvisning til lægen eller kommunens visitation med henblik på vurdering af behov for genoptræning/vedligeholdende træning, kommunal rehabilitering, hjælp i hjemmet/praktisk hjælp eller personlig pleje m.m. jf. sundheds- eller servicelovens bestemmelser
- samarbejde med civilsamfundet, herunder frivillige foreninger. Mange kommuner fremhæver vigtigheden af at samarbejde med frivillighedsområdet som en arena for både opsporing og samarbejde omkring henvisning af ældre, der ønsker at deltage i netværk eller aktiviteter
- aftaler med sygehuse, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter mv. om at de henviser udvalgte målgrupper til de forebyggende hjemmebesøg, herunder, at henvisningen foregår efter bestemte procedurer. Da sygehusene samarbejder med flere kommuner, kan et samarbejde om sådanne procedurer på tværs af kommuner være en forudsætning, fx for et sygehus-optageområde, klynge-kommune-samarbejde eller regionen. Det kunne fx skrives ind i sundhedsaftalen mellem kommuner og region.

[11, 13]

Bekymringshenvendelser

Uopfordrede henvendelser om bekymringer vedrørende ældre er en vej til at nå de målgrupper, som kommunen har fastlagt. Bekymringshenvendelser kan komme fra pårørende, forskellige interne og eksterne aktører og samarbejdspartnere, der vurderer, at en given borger har behov for en forebyggende indsats. Hvis borgeren er interesseret i et forebyggende hjemmebesøg, kan der efter aftale med borgeren henvises til kommunen [13].

Bekymringshenvendelser kan fx være henvendelser fra:

- praktiserende læge, der henvender sig om en borger, som er i risiko for funktionsnedsættelse, er psykisk sårbar, har haft mange besøg i almen praksis mv.
- pårørende, der har hørt om de forebyggende hjemmebesøg i en anden sammenhæng
- terapeuter, der har haft borgeren i et træningsforløb, og som vurderer at, der ud over behov for træning også er andre vanskeligheder, borgeren kunne have glæde af at få hjælp til
- frivillige, der gennem foreningslivet møder ældre, fx til motionsaktiviteter, hvor de lægger mærke til ændringer i den ældres funktionsniveau eller adfærd
- en nabo, der retter henvendelse pga. bekymring for, om en borger er ensom, fx pga. tab af ægtefælle.

Det er vigtigt, at forebyggelseskonsulenten i forhold til bekymringshenvendelser er opmærksom på dels, at de nævnte parter kun kan henvise, såfremt det er aftalt med borgeren, dels at følge reglerne for videregivelse af personoplysninger, som kommunen anbefales at have beskrevet, jf. afsnit 2.3. om juridiske rammer for anvendelse og udveksling af personoplysninger.

Udfordringer med at opspore borgere til behovsbestemte besøg

Der findes kun få studier om valide metoder til at opspore 65-81 årige borgere, som er i risiko for tab af funktionsevne [11, 12, 13]. Mange kommuner oplever det som en udfordring at opspore borgere til de behovsbestemte besøg pga. gruppens komplekse, forskelligartede behov og udfordringer.

Erfaringer fra kommunerne viser, at dataudtræk eller samarbejdspartnere er de mest velegnede metoder til at opspore borgere i de udvalgte målgrupper, som er beskrevet i den vedtagne kvalitetsstandard [11].

2.3 Juridiske rammer for anvendelse og udveksling af personoplysninger

Når forebyggelseskonsulenten bruger personoplysninger, er kommunen dataansvarlig, jf. databeskyttelseslovgivningen. Det anbefales, at den enkelte kommune kortlægger, hvilke oplysninger kommunen vil anvende til bl.a. opsporing af ældre til de forebyggende hjemmebesøg, herunder hvornår det er relevant at dele, modtage eller videregive personoplysninger med andre dele af kommunens forvaltning/institutioner, andre myndigheder eller private (foreninger mv.).

Der skal være et sagligt formål og en lovhjemmel for, at personoplysninger kan registreres, gemmes og anvendes i kommunen. Servicelovens § 79 a er et sådant formål, og i kommunens kvalitetsstandard vil kommunens beskrivelser af målgruppen for behovsbestemte forebyggende hjemmebesøg til ældre i kommunen være en yderligere konkretisering af formålet, som kan begrunde dataanvendelsen.

Det kan fx være oplysninger om ældre, der:

- netop har mistet en ægtefælle/samlever
- forlader arbejdsmarkedet
- har særlige sundhedsmæssige problemer, sansetab eller funktionsnedsættelser o.a.
- har udfordringer knyttet til boligform eller lokalområde.

Hvis kommunen arbejder med datatræk til opsporing af ældre, må oplysninger fra et datatræk kun anvendes til det formål, som datatrækket laves til, og de må kun opbevares i den relevante periode.

Dataanvendelsen skal beskrives i kommunens databehandlingsfortegnelse, hvilket kommunens databeskyttelsesrådgivning involveres i.

Reglerne om journalisering og udveksling af personoplysninger fremgår bl.a. af:

- autorisationsloven og journalføringsbekendtgørelsen
- sundhedsloven
- forvaltningsloven
- offentlighedsloven
- retssikkerhedsloven
- databeskyttelsesloven
- databeskyttelsesforordningen (GDPR).

Som udgangspunkt vil et samtykke fra borgeren være nødvendigt for, at oplysninger kan deles. Der gælder dog særlige bestemmelser om videregivelse uden indhentning af samtykke, når oplysningerne skal bruges til tilrettelæggelse af omsorgsopgaver mv. efter § 79 a i serviceloven. Kommune og sygehus kan ifølge retssikkerhedslovens § 12 c udveksle de såkaldte indlæggelses- og udskrivningsadviser uden borgerens samtykke til brug i administration af forebyggende hjemmebesøg. Kun relevante sagsbehandlere i kommunen og på sygehuset må have adgang til de udvekslede adviser, og borgeren skal modtage oplysning om udvekslingen af oplysninger.

Kommunen skal være opmærksom på, at lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed fastlægger regler for journalføringspligt og udveksling af oplysninger for autoriserede sundhedspersoner.

Ved bekymringshenvendelser fra pårørende, frivillige, foreninger mv. skal forebyggelses-konsulenten være sikker på grundlaget for at registrere og behandle oplysningerne. Det bør derfor beskrives i kommunens kortlægning af oplysninger, der skal håndteres i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg. Såfremt bekymringshenvendelsen er anonym og fx handler om bekymring for en konkret psykisk sårbar borger, der viser tegn på mistrivsel og alvorlige problemer, kan henvendelsen videregives til kommunale sagsbehandlere, der arbejder med § 12-området jf. serviceloven, der omhandler tilbud om gratis rådgivning til personer med nedsat fysisk eller mental funktionsevne eller med særlige sociale problemer.

Hvis forebyggelseskonsulenten er afhængig af oplysninger fra andre myndigheder eller civilsamfundet i opsporingen af borgere, er det nødvendigt at lave faste samar-bejdsaftaler om håndtering af samtykkeerklæringer mv., så der sikres overholdelse af relevant lovgivning. Det kan fx være i relation til samarbejdet med andre forvaltninger i kommunen, med regionale aktører og med civilsamfundsaktører, fx idrætsforeninger, ældreorganisationer og boligforeninger.

Læs mere om juridiske rammer

KL har udarbejdet vejledningsmateriale til kommunerne vedrørende udveksling af personoplysninger på det kommunale sundheds- og ældreområde [14].

Kommuner vil med fordel kunne dele erfaringer med det systematiske arbejde med at kortlægge og beskrive dataanvendelsen, så effektive fremgangsmetoder kan blive delt og udbredt på tværs af kommuner [13].

2.4 Synliggørelse af tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg

Opsporingsarbejdet kan blive mere effektivt, hvis tilbuddet om og formålet med det forebyggende hjemmebesøg synliggøres for alle relevante målgrupper, dvs. for ældre, ældres pårørende, interne og eksterne aktører, herunder civilsamfundet, så parterne selv henvender sig med ønske om besøg.

Der er gode erfaringer med at synliggøre tilbuddet via:

- **breve** om besøg med en fast dato sendt direkte målgrupperne
- **foldere og annoncer**. Fx sendt via brev, uddelt på apoteker, på biblioteker og i almen praksis

- **artikler** i lokale aviser og tidsskrifter med fokus på borgerens udbytte og forebyggelseskonsulentens rolle
- **personlige møder**. Forebyggelseskonsulenten møder borgerne ved fx dagligvarebutik og evt. uddeler foldere samt fortæller om indsatsen
- **orienteringsmøder for borgere**. Forebyggelseskonsulenten afholder arrangementer/temadage fx som et kollektivt arrangement med fokus på sundhed og forebyggelse for forskellige målgrupper over 65 år
- **besøg på centre m.m.** Forebyggelseskonsulenten besøger fx sundhedscafé eller sundhedshus, ældreklubber eller relevante kommunale tilbud
- **offentlige arrangementer for målgruppen**. Forebyggelseskonsulenten formidler viden om tilbuddet til diverse arrangementer eller events, hvor målgruppen kan opspores, fx i regi af de årlige internationale KOL-/diabetesdage eller på demenscafé for pårørende
- **fast tilstedeværelse på kommunale aktivitetscentre**. Forebyggelseskonsulent er tilstede på kommunens aktivitetscenter, fx en gang om måneden, hvilket kan give flere relevante henvendelser fra ældre borgere med behov eller pårørende til ældre borgere.

11, 12, 13, 15

Borgere skal inviteres til hjemmebesøg eller kollektivt arrangement ved direkte henvendelse fx pr. telefon eller e-boks. Det er ikke tilstrækkeligt kun at oplyse generelt om tilbuddet gennem fx annoncering i dagspressen [4] eller ved tilstedeværelse på aktivitetscenter.

2.5 Henvendelse til borgeren

Undersøgelser viser, at tre ud af fire borgere ikke vurderer, at de har behov for et forebyggende hjemmebesøg, bl.a. fordi de ser nedsat funktionsniveau, forringet helbred og sygdom som en uundgåelig del af det at blive ældre [12].

Det er derfor afgørende, at kommunen i invitationen til borgeren fremhæver formålet med og muligt udbytte af et besøg og understreger, at tilbuddet er let at benytte samt målretter henvendelsen, så den opleves som relevant for borgeren.

Invitationen kan fx målrettes på følgende måder:

- beskriv, hvad borgeren kan anvende forebyggelseskonsulenten til: at modtage råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder
- informer om, at tilbuddet ikke vedrører tildelingen af sociale ydelser
- informer om reglerne for tavshedspligt og notat-/dokumentationspligt, gør opmærksom på, at borgeren kan takke nej til tilbuddet, og at det, på trods af afslaget, er muligt at modtage et besøg på et senere tidspunkt. Gør den efterfølgende kontakt let ved at angive tydelige kontaktoplysninger til forebyggelseskonsulenten
- gør opmærksom på, at det er muligt at gøre noget ved det, som borgeren måske alligevel finder svært eller besværligt i hverdagen. Præsentér evt. temaer for det forebyggende hjemmebesøg, som fx fastholdelse af funktionsniveau, introduktion til forskellige lokale aktiviteter, inkontinens, humør- og energiniveau, søvn mv.
- gør opmærksom på, at forebyggelseskonsulenten også kan bruges til at få afklaret spørgsmål, der dukker op efter besøget
- vær bevidst om modtageren og brug et sprog, som borgeren kender og let forstår
- vedlæg evt. en folder om det forebyggende hjemmebesøg
- indføj evt. et billede af forebyggelseskonsulenten (hvis der er givet samtykke hertil af denne) for at sætte ansigt på borgerens kontaktperson i kommunen.

11, 15, 16, 17

Fastsæt en dato – og få flere med

Undersøgelser viser, at den sociale ulighed i hvem, der modtager besøget kan mindskes, hvis kommunerne henvender sig til borgeren med et brev med en på forhånd angivet dato for et forebyggende besøg – et såkaldt datobrev. Flere ældre takker ja, når de får et brev med en bestemt dato for et besøg, end hvis de modtager et uforpligtende tilbud uden en fastsat dato [12]. Kommunen kan således potentielt opspore flere udsatte ældre ved at anvende denne form [11].

2.6 Udlevering af spørgeskema før eller under besøget

Kommunen kan vælge at sende et spørgeskema sammen med invitationen, som borgeren kan udfylde inden besøget eller anvende en samtaleguide under selve besøget.

Spørgeskemaet kan bl.a.:

- belyse tilfredshed med forskellige aspekter af livet fx humør, syn, sundhedsvaner m.m..
- sætte fokus på det, som borgeren anser for vigtigt i livet
- sætte fokus på temaer, der kan være svære at tale om, fx ufrivillig ensomhed og alkoholvaner
- anvendes som udgangspunkt for samtalen.

[8, 17, 18, 19]

Der er både gode og mindre gode erfaringer med at anvende spørgeskemaer før og under det forebyggende hjemmebesøg. Fx har nogle kommuner gode erfaringer med at anvende en systematisk samtaleguide, der er baseret på ICF modellen og den motiverende samtale [17]. Spørgeskemaet kan give et godt afsæt for samtalen og et bredt billede af, hvordan borgeren trives og hvilke udfordringer, der kan være i forhold til en række parametre/risikofaktorer. Hvis spørgeskemaet sendes ud til borgeren og returneres til forebyggelseskonsulenten inden besøget, giver det borgeren mulighed for at reflektere og evt. forberede nogle spørgsmål inden besøget, og forebyggelseskonsulenten kan yde råd og vejledning ud fra borgerens behov og forberede forslag til indsatser.

Men et spørgeskema kan også lukke af for vigtige emner, der ikke indgår i skemaet. Spørgeskemaet kan også virke kontrollerende og intimiderende "hvorfor vil de vide alt det om mig?" Formålet med brug af skemaet skal derfor nøje overvejes [20]. Fx kan det give god mening at anvende et skema i en periode, hvor kommunen har særligt fokus på at forebygge fx fald, ensomhed eller uhensigtsmæssige alkoholvaner.

2.7 Opbyg samarbejde med relevante aktører

For at kunne henvise til og hjælpe borgeren med at skabe kontakt til relevante tilbud og aktører som opfølgning på det forebyggende hjemmebesøg, er det hensigtsmæssigt, at forebyggelseskonsulenten opbygger et godt samarbejde med udvalgte lokale aktører.

Samarbejdet kan organiseres uformelt, hvor forebyggelseskonsulenten inviterer sig selv til møder relevante steder, eller mere formaliseret gennem faste aftaler om tilbagevendende møder med udvalgte aktører, som har hyppig kontakt med ældre, fx genoptræningsafdelingen, visitationen, aktivitetscentre, hjemmepleje, praktiserende læge, sundhedshus, ældreorganisationer, frivillige foreninger, fysioterapipraksis mv.

Møderne kan have fokus på at synliggøre de forebyggende hjemmebesøg samt indeholde gensidig orientering om de forskellige tilbud. Det kan fx ske ved, at forebyggelseskonsulenten får kendskab til, hvilke kriterier tilbuddene har for deltagelse, hvordan de modtager nye medlemmer, om der er tilbud om ledsagelse o.a.

2.8 Valg af hjemmebesøg eller fx kollektivt arrangement

Kommunen skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg til ældre, jf. servicelovens § 79, og kan, som alternativ eller supplement til det individuelle besøg i borgerens eget hjem, vælge at tilrettelægge nogle af hjemmebesøgene som fx kollektive arrangementer. Kommunens eventuelle valg af alternativer til hjemmebesøg skal beskrives i kvalitetsstandarden, der revideres årligt.

Det individuelle, forebyggende hjemmebesøg

Formålet med det individuelle forebyggende hjemmebesøg er beskrevet i kapitel 1, afsnit 1.2. Fordelen ved hjemmebesøget er, at:

- rådgivning og vejledning og dermed indholdet i besøget kan skræddersys til den enkelte borgeres livssituation, ønsker og behov
- det kan tilrettelægges fleksibelt på et tidspunkt, der passer borgeren
- antallet af besøg kan variere afhængig af behovet
- der kan henvises til relevante aktiviteter og handlemuligheder i kommunen og/eller civilsamfundet efter aftale med borgeren.

Fordele ved det individuelle, forebyggende hjemmebesøg er, at forebyggelseskonsulenten her kan gennemføre en fortrolig samtale med udgangspunkt i borgerens og evt. pårørendes ønsker og behov, som kan medvirke til at skabe tryghed og en tillidsfuld relation, som er et vigtigt udgangspunkt for en god samtale. Forebyggelseskonsulenten har langt større mulighed for at tage udgangspunkt i borgerens livssituation og vurdere den enkelte borgers funktionsevne, når det er muligt at se borgeren i egne trygge omgivelser, hvordan vedkommende kommer rundt, rejser og sætter sig og agerer. Ved det forebyggende hjemmebesøg får forebyggelseskonsulenten således langt større mulighed for at foretage en faglig vurdering og ud fra denne tilpasse rådgivning og vejledning til og i samspil med den enkelte borger. Forebyggelseskonsulenten får således under et forebyggende hjemmebesøg "foræret" en lang række oplysninger, som ikke kan opnås ved et kollektivt arrangement.

Læs mere i kapitel 4 om de mange forskellige temaer, som forebyggelseskonsulenten kan inddrage i sin rådgivning og vejledning under besøget, såfremt det giver mening for den enkelte borger.

Kollektive arrangementer

Formålet med de kollektive arrangementer er at sætte fokus på forebyggende og sundhedsfremmende tiltag gennem formidling af viden om relevante temaer og aktiviteter. Et kollektivt arrangement kan fx målrettes borgere, som skal introduceres til kommunens tilbud om forebyggende hjemmebesøg til ældre, fx. borgere i alderen 70 år.

Det kan være en fordel med en struktureret tilgang til arbejdet med de kollektive arrangementer fx ved at tilrettelægge en temarække eller informationsmøder om den tredje alder eller "Sundt Seniorliv".

Foreløbige erfaringer viser, at kollektive arrangementer [11]:

- giver mulighed for at skabe kontakt med borgere, der normalt vil takke nej til tilbuddet, herunder især ressourcestærke ældre, som ikke mener at have behov for et individuelt besøg
- kan være et redskab til at opspore potentielt sårbare ældre
- kan gøre det nemmere for borgere, der har deltaget i et kollektivt arrangement at tage kontakt til kommunen, såfremt behov skulle opstå på et senere tidspunkt
- kan være ressourcekrævende at arrangere, og at det kan være svært at opnå det ønskede fremmøde.

Selvom det ikke er muligt at gennemføre individuelt tilpasset rådgivning ved kollektive arrangementer, kan det være relevant at lade sig inspirere af både metodikken til skræddersyning og til principperne om handlekompetence og sundhedskompetence, jf. afsnit 3.4. og 3.5.

Kollektive arrangementer kan fx holdes i samarbejde med udvalgte frivillige foreninger forskellige steder i lokalsamfundet. På møderne kan ressourcestærke ældre opfordres til at informere om tilbuddet i eget netværk samt støtte andre i at tage kontakt til kommunen [11].

Ved kollektive arrangementer kan det være relevant med deltagelse af repræsentanter fra fx:

- aktivitetscentre
- sundhedshus
- visitation
- afdelingen for hjælpemidler
- civilsamfundet, fx ældreorganisationer eller frivillige.

Forebyggelseskonsulenten kan evt. etablere gruppetilbud som opfølgning på de kollektive arrangementer, fx om overgangen fra arbejdsliv til pensionisttilværelse, gå-grupper og andre netværksskabende aktiviteter [11].

Det er hensigtsmæssigt at registrere de inviterede borgere, der deltager i de kollektive arrangementer. Dermed bliver det muligt at invitere til et individuelt besøg for de borgere, der ikke reagerer på henvendelsen om det kollektive arrangement [11].

Hvis der sker registrering, skal borgere, der ikke ønsker at deltage i et kollektivt arrangement, tilbydes et individuelt hjemmebesøg ligesom at borgere, der har deltaget i et kollektivt arrangement, ved behov skal have tilbud om et individuelt besøg. Borgeren kan takke nej til tilbuddet om et hjemmebesøg eller et kollektivt arrangement.

3

Under besøget
Kommunikation

3.1 Tag udgangspunkt i den enkelte borger

En væsentlig del af forebyggelseskonsulentens opgave er at sikre, at samtalen giver en målrettet vejledning til borgeren, så den enkelte kan identificere og vælge relevante områder at arbejde videre med. Det er afgørende, at dette valg sker med udgangspunkt i borgerens ønsker, erfaringer og behov, da det er herfra, at motivationen og viljen til eventuel forandring skal komme [15].

Fokus på borgerens sundheds- og handlekompetence kan hjælpe forebyggelseskonsulenten med i praksis at tilpasse samtalens indhold efter borgerens individuelle behov. Disse to begreber gennemgås i afsnit 3.4. og 3.5.

3.2 Balancér rollen som rådgiver og vejleder

Forebyggelseskonsulenten skal kunne gennemføre en sundhedsfremmende og forebyggende samtale i en tilpas vægtning mellem på den ene side en vidensbaseret rådgivning og på den anden side en vejledning, der skal inspirere til og facilitere beslutninger hos borgeren omkring eventuelle forebyggende og sundhedsfremmende tiltag.

- **Opgaven som rådgiver** indebærer at kunne formidle målrettet og efterspurgt viden omkring de social- og sundhedsfaglige områder, som måtte være relevant for borgeren
- **opgaven som vejleder** indebærer at kunne understøtte borgerens beslutningsproces. Det kan ske ved at arbejde systematisk med at frembringe borgerens egne argumenter og gode grunde til at lave en ønsket forandring fx ved hjælp af "den motiverende samtale" [17].

Det er afgørende, at viden og rådgivning tilpasses den enkelte borgers oplevelser og opfattelser, da sundhedsbudskaber forstås bedre, hvis de aktiverer eksisterende erfaringer og viden hos den, man er i dialog med [21]. I løbet af samtalen er det væsentligt, at forebyggelseskonsulenten får indsigt i de forandringsstrategier, som borgeren tidligere har benyttet sig af og tager udgangspunkt i disse, når borgeren har ønske om ændringer.

3.3 Skræddersy samtalen

"Tailoring" (skræddersyning) er en metode til at målrette rådgivning og vejledning. Metoden er baseret på individuel identifikation af behov og ønsker for at tilpasse viden til den unikke modtager og de mål, som vedkommende har sat sig [22]. Forebyggelseskonsulenten kan, ved at inddrage borgeren aktivt i samtalen og tage udgangspunkt i den professionelle relation, afdække borgerens behov og skræddersy den viden, som borgeren giver udtryk for at have brug for.

Skræddersyningen kan med fordel gennemføres i fire trin.

1. Inddrag borgerens egne ressourcer i samtalen [23, 24].
Forebyggelseskonsulenten kan tydeliggøre over for borgeren, at deltagelse i og udbytte af samtalen alene baserer sig på borgerens ønsker og valg, og at forebyggelseskonsulenten står til rådighed med viden og overblik over sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i kommunen.

2. Etablér en fælles forståelse af evt. problemstillinger og behov.
Borgeren kan være påvirket af fx sygdomshistorik, socioøkonomiske forhold eller pårørendes perspektiv, hvilket er væsentligt at få frem i samtalen. Forebyggelseskonsulenten supplerer borgerens fortælling med sine umiddelbare indtryk om den ældre: "Jeg kan se, at…", "Jeg lægger mærke til, at… ".

Efter den indledende dialog, hvor forebyggelseskonsulenten er drevet af åbenhed, nysgerrighed og aktiv lytning (verbal og non-verbal) og den social- og sundhedsfaglige vurdering af borgeren, udvælger forebyggelseskonsulenten relevante temaer på baggrund af efterprøvning hos borgeren: "Nu har du fortalt mig, at…, og derfor tænker jeg, vi skulle tale mere om…" Hvad synes du om det? Er der noget andet, du hellere vil tale om?" Efterprøvning er fundamentalt for at nå frem til en fælles forståelse af, hvad der skal tales om i respekt for borgerens autonomi [25].

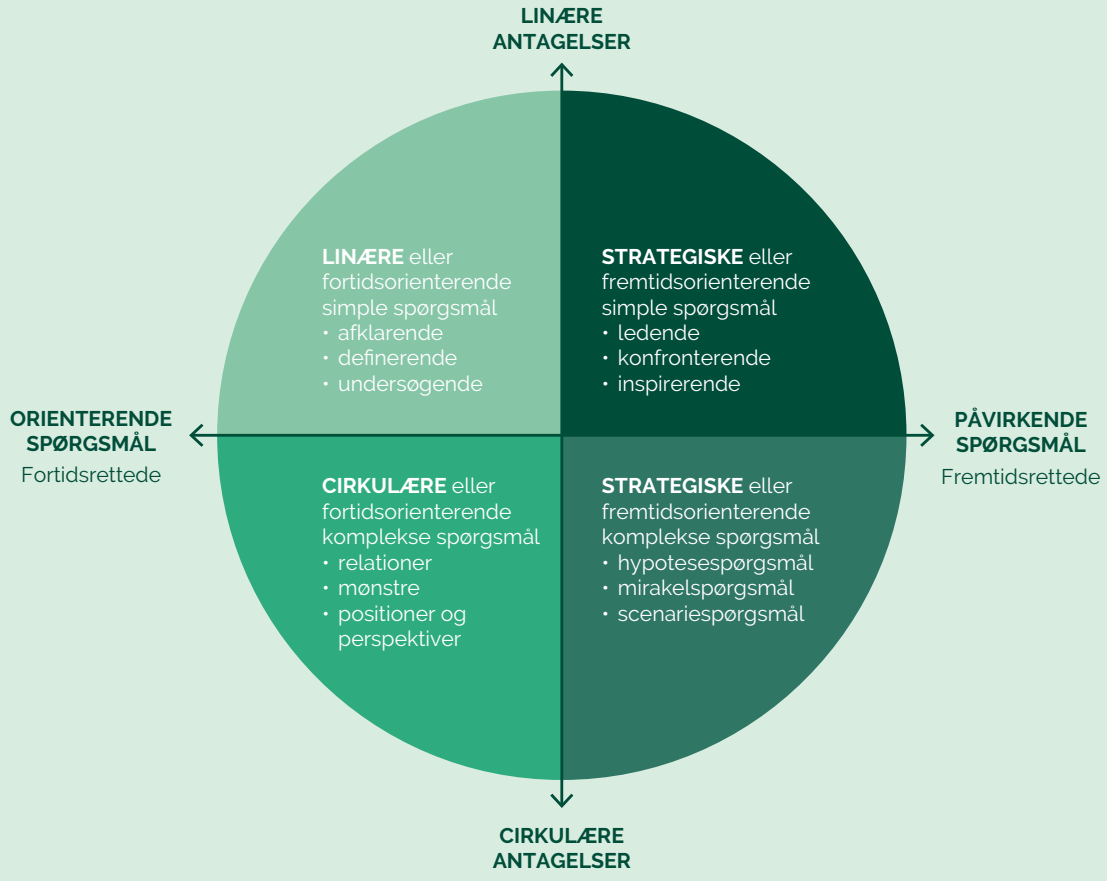
Forebyggelseskonsulenten kan i samtalen anvende spørgsmål fra Karl Tomms spørgsmålstyper. Der er tale om åbne og lukkede spørgsmål, lineære og cirkulære spørgsmål samt såvel orienterende som påvirkende spørgsmål, jf. figurerne nedenfor [26]. Forebyggelseskonsulenten har i samtalen også fokus på borgerens italesættelse af sundhedskompetence og handlekompetencer, jf. 3.4 og 3.5.

3. Kommunikér efterspurgt og relevant viden.

Det kan være faktuel viden om fx aldringsprocesser eller kronisk sygdoms betydning for hverdagslivet, servicelovens paragraffer fx i forhold til hjælpemidler, kommunale sundheds- og omsorgstilbud og civilsamfundets tilbud til ældre borgere eller viden om, hvordan den faktuelle viden reelt kan omsættes til at være meningsfuld og anvendelig for borgeren, jf. sundhedskompetencebegrebet.

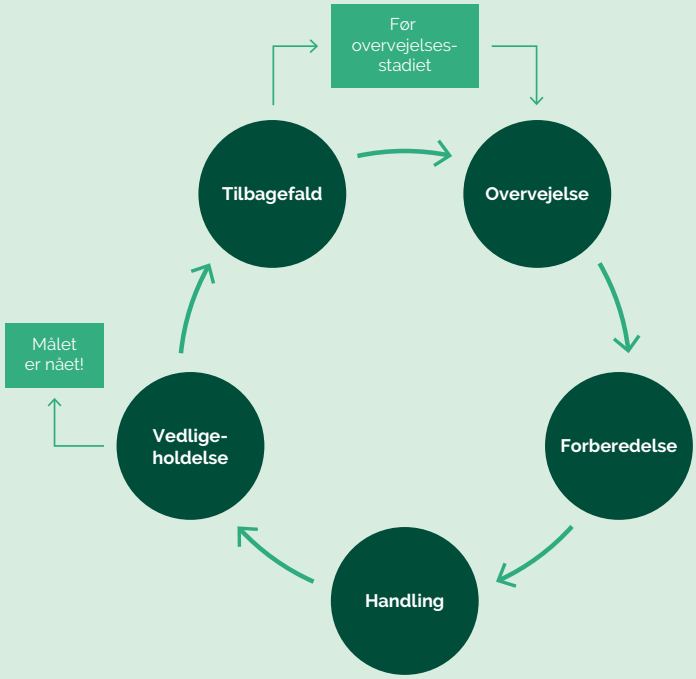
FIGUR 2

Karl Tomm´s spørgsmålstyper [26]



FIGUR 3

Stages of changes, frit efter Prochaska og DiClemente [27]



4. Efterprøv borgerens forståelse af vejledning og rådgivning og det evt. fortsatte forløb.

Forebyggelseskonsulenten kan ved afslutningen spørge til borgerens oplevelse af besøget, og om behovet for efterspurgt viden er imødekommet. Derudover kan der spørges ind til, om de aftalte handlinger er genkendelige ift. tidligere handleerfaringer samt, i hvilken grad borgeren inddrager den erfarede viden til at styrke sit videns grundlag. Det efterprøves, om der er en fælles forståelse af det, som blev drøftet og besluttet. Forebyggelseskonsulenten kan anvende flere strategier, fx kan et direkte spørgsmål om, hvad borgeren tager med fra samtalen give ejerskab og tydeliggøre motivation til handling. En anden strategi kan være, at forebyggelseskonsulenten resumerer og giver mulighed for at respondere. Feedbackstrategierne inviterer til deltagelse som forudsætning for ejerskab og dermed forandring, samtidig med at forebyggelseskonsulenten undersøger borgerens sundhedskompetence. Opsummeringen giver også forebyggelseskonsulenten mulighed for at vurdere, om der er behov for opfølgning og i givet fald hvilken, jf. kapitel 4 og 5.

Med udgangspunkt i disse fire trin veksles i samtalen mellem på den ene side den social- eller sundhedsfaglige rådgivende opgave og på den anden side rollen som vejleder, der understøtter sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til den enkelte borgers behov og ønsker.

3.4 Vurdér borgerens sundhedskompetence

Det er afgørende, at borgeren forstår, kan vurdere og handle på den viden, som borgeren præsenteres for i mødet med forebyggelseskonsulenten. Det er derfor vigtigt, at forebyggelseskonsulenten kan vurdere og tilpasse kommunikation, støtte og tilbud efter borgerens sundhedskompetence.

WHO definerer sundhedskompetence som de kognitive og sociale kompetencer, der bestemmer motivation og den enkeltes mulighed for at få adgang til, forstå og bruge oplysninger på en måde, der kan fremme og opretholde et godt helbred [28, 29].

Forstår borgeren sundhedsbudskaberne? Ved borgeren, hvad der er hensigtsmæssig sundhedsadfærd? Kan borgeren spotte relevante symptomer og ved, hvornår det fx er nødvendigt at søge læge? Kender borgeren de relevante tilbud i sundhedsvæsenet?

Ved det forebyggende hjemmebesøg er det vigtigt, at forebyggelseskonsulenten er opmærksom på og gennem spørgsmål afdækker borgerens sundhedskompetence med henblik på at give meningsfuld vejledning og rådgivning. Sundhedskompetencer hænger sammen med socioøkonomiske faktorer som alder, køn, uddannelse, social status og kan bidrage til sociale forskelle i sundhed [29].

Forebyggelseskonsulenten må være opmærksom på kønsforskellene i forhold til parathed til at tage imod og handle på sundheds- og socialfaglig vejledning og rådgivning. Levealderen er generelt stigende, men der er stadig forskel på kvinders og mænds levealder. Mangelfulde eller begrænsede sundhedskompetencer kan være en del af forklaringen på, at mænd oftere dør af sygdomme, som i et omfang kunne være forebygget, da mænd sjældnere søger behandling i tide og tager imod sundhedstilbud. Forklaringen kan være, at mænd generelt ved mindre om symptomer på dårligt helbred og dermed opfatter sig som mindre udsatte, og at tilbud og information om sundhed ofte er tilrettelagt ud fra forudsætninger, som ikke appellerer til mænd [31].

Forebyggelseskonsulenten må også være opmærksom på sundhedskompetencer hos ældre med anden etnisk baggrund end dansk. Forskning viser, at nogle i denne gruppe har manglende kendskab til det danske sundhedssystem, sund kost, kroppens funktioner og til at holde sig i form, hvilket stiller dem markant dårligere i forhold til at opsøge og få hjælp og viden fra sundhedsvæsenet [32, 33].

FIGUR 4

Sundhedskompetence skal findes og udvikles i krydsfeltet mellem individer/befolkningers færdigheder og evner og de krav og den kompleksitet, de møder [29, 30]

Udsatte grupper med højere sygelighed og dødelighed kan ligeledes have begrænsede sundhedskompetencer [29], ligesom der er sammenhæng mellem lav sundhedskompetence og lavt selvvurderet helbred og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Det gælder uanset sociodemografiske faktorer.

I alle besøg gælder det for forebyggelseskonsulenten om at tilpasse den social- og sundhedsfaglige argumentation til den ældres sundhedskompetencer.

3.5 Vurdér borgerens handlekompetence

Handlekompetence er evnen til at forstå problemer, se handlemuligheder og vælge informeret, reflekteret og ansvarligt i forhold til den konkrete situation [3, 34]. Handlekompetence forandres gennem livet i samspillet mellem den enkelte og omgivelserne, og kan derfor også udvikles hos den ældre borger [35].

Handlekompetence består overordnet af fem komponenter:

1. Viden og indsigt: Bred, positiv og handlingsrettet forståelse af sundhed, herunder indsigt i forandringsstrategier.
Når forebyggelseskonsulenten formidler relevant og nødvendig social- og sundhedsfaglig viden til borgeren og evt. dennes pårørende, fører det ikke i sig selv til øget handlekompetence hos borgeren. Derimod er det afgørende, at viden og indsigt skræddersys til borgerens egne behov, oplevelser og vurderinger. Under det forebyggende hjemmebesøg er det derfor væsentligt at lytte til, hvilken viden borgeren selv efterspørger samt, hvilken indsigt borgeren allerede har i emnet, så forebyggelseskonsulenten kan bygge videre på det eksisterende.

2. Engagement: Lyst og motivation til at involvere sig i forandringsprocesser.
Under besøget er det væsentligt at undersøge og observere, i hvilket omfang borgeren udviser engagement i forhold til de emner, der drøftes af såvel forebyggende som sundhedsfremmende karakter. Engagementet kan udvikles, når borgerens egne idéer er i fokus og videreudvikles og realitetstestes i samspillet med forebyggelseskonsulenten og evt. pårørende. Realitetstesten kan dels handle om borgerens reelle muligheder fysisk, mentalt, socialt og økonomisk, dels om hvilke aktivitetstilbud der reelt er tilgængelige i kommunen eller lokalsamfundet. Ved at være opmærksom på engagementet styrkes også ejerskabet til de beslutninger, der træffes.

3. Visioner: Evnen til at tænke kreativt og visionært.
Forebyggelseskonsulenten kan spørge til borgerens visioner eller håb for alderdommen og de udfordringer, alderdommen kan give (fx reduceret fysisk og mental formåen, risiko for ensomhed, begrænset økonomi), og som måske ikke giver plads til, at alle ønsker og behov kan indfries. Ved at spørge til visioner og udfordringer etableres forestillingen om den nærmeste fremtid som et udgangspunkt for at skabe mulige forandringer. Visioner handler i bund og grund alene om, hvilke forestillinger den enkelte gør sig om fremtiden, og hvad der skal til for at komme derhen. Det kan fx dreje sig om at få nye vaner i forhold til at fremme sundhed eller forebygge funktionstab. Samtaler, der indeholder et visions- eller håbsperspektiv stimulerer kreativiteten og stiller samtidig krav om, at borgeren ser bag om det, der ligger lige for, fx ensomhed efter ægtefælles død, reduceret mobilitet eller andet med henblik på at finde frem til det, der er muligt og ønskeligt at ændre. Undersøgelse af ældres visioner kan desuden bidrage til at styrke livsmodet og giver ejerskab til det, der besluttes.

4. Handleerfaringer: Erfaringer med at skabe forandringer og overvinde barrierer – alene eller sammen med andre.
Med udgangspunkt i de visioner, som borgeren har delt med forebyggelseskonsulenten, kan der udvikles forslag til konkrete handlinger, der bringer borgeren nærmere visionen eller håbet. De konkrete handlinger tager udgangspunkt i borgerens erfaringer med at "gøre noget" tidligere i livet. At tale med respekt om tidligere handleerfaringer kan understøtte fremtidig handlen. Handleerfaringer kan opnås i samspil med andre, hvad enten det er sundhedsprofessionelle, civilsamfundet eller pårørende.

5. Kritisk sans: Evne til at forholde sig kritisk, drage egne konklusioner og tage beslutninger.
I besøget må forebyggelseskonsulenten stimulere borgerens kritiske sans og udforske vedkommendes evne til at gå bag om de problemer, der drøftes. Forebyggelseskonsulenten må stimulere borgeren til selv at træffe beslutninger på baggrund af det drøftede og de muligheder, der reelt er til stede hos borgeren, i kommunen og civilsamfundet. Den kritiske sans kan med fordel bringes i spil i undersøgelse af visioner og håb og i efterprøvningen af samtalen (feedback) i form af spørgsmål, der sikrer, at borgerens perspektiv og sundhedskompetence er inddraget i de mål, der sættes ved afslutningen af besøget.

3.6 Rådgivning og vejledning ved et kollektivt arrangement

Selvom det ikke er muligt at gennemføre individuelt tilpasset rådgivning i forbindelse med kollektive arrangementer, kan det være relevant at lade sig inspirere af både metodikken til skræddersyning og principperne om handlekompetence og sundhedskompetence, jf. afsnit 3.4. og 3.5.

Det er afgørende, at der ved tilrettelæggelse af arrangementet tages højde for, at borgerne har mulighed for aktiv deltagelse undervejs og får mulighed for at formulere, hvad de ser som problemer og emner at arbejde med i kommunen i forhold til ældres sundhed og trivsel. Der skal også gives mulighed for efterfølgende at aftale individuelt besøg, hvis borgeren ønsker dette.

Ved kollektive arrangementer [11] er det vigtigt, at:

- tydeliggøre, at udgangspunktet for arrangementet er, at den enkelte borger deltager aktivt og på egne præmisser, og at de forandringer, det evt. kan give anledning til, alene sker ud fra borgerens egne valg, handlinger og ressourcer
- arbejde inddragende med at få borgerne til at definere, hvad hver enkelt selv ser som udfordringer. Det er relevant at inddrage de typiske problemstillinger forebyggelseskonsulenten oplever i sit arbejde og kommunale muligheder samt civilsamfundets tilbud
- formidling af viden undervejs tilpasses de konkrete spørgsmål og emner, som optager borgerne, der er tilstede
- give mulighed for undervejs i arrangementet, at deltagerne med egne ord kan formulere, hvad de ser som det væsentligste fra arrangementet, de vil tage med sig hjem. Det kan være i form af en "huskeseddel" til én selv, formulering af ønsker på et postkort, en ønskeseddel til kommunen eller andet

Tilrettelæggelsen af kollektive arrangementer kræver såvel social- og sundhedsfaglige som didaktiske kompetencer for at opnå størst mulig kvalitet for borgerne.

4

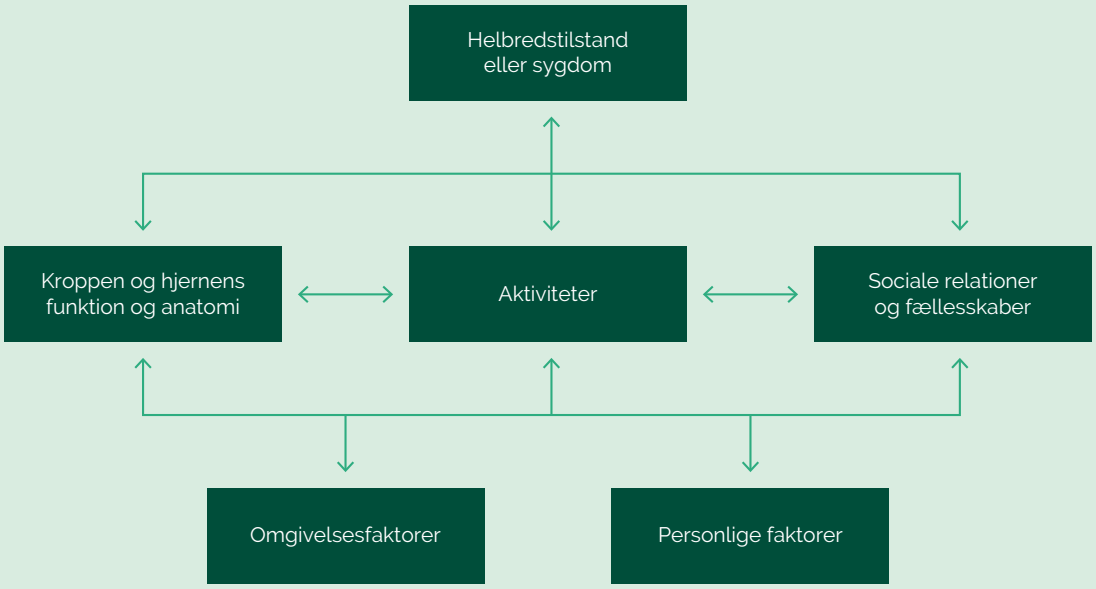
Under besøget
Temaer

4.1 Generelt om samtalen

Borgerens fysiske, mentale og sociale funktionsevne og trivsel afhænger af en række faktorer, som er gensidigt afhængige, jf. figur 5. Det er derfor afgørende, at forebyggelseskonsulenten indledningsvis anlægger et bredt perspektiv med udgangspunkt i det brede sundhedsbegreb. Forebyggelseskonsulenten skal derfor evne at tilpasse samtalen efter den enkelte borgers livssituation samt muligheder og begrænsninger i hverdagen, jf kapitel 3 [3, 36].

FIGUR 5

ICF-modellen (International Classification of Functioning, Disability and Health)



ICF-modellen beskriver funktionsevnen med fokus på krop, aktivitet og deltagelse samt de helbredsmæssige og personlige og omgivelsesmæssige faktorer, der påvirker funktionsevnen.

Det kan være relevant at tage udgangspunkt i et spørgeskema, en samtaleguide, et samtalehjul eller værktøj [37], der på struktureret vis kan medvirke til, at der især indledningsvist drøftes relevante temaer, herunder temaer der kan være svære at tale om, som fx .....? [38, 39].

Herefter kan der i samarbejde med borgeren og under hensyntagen til det, der er beskrevet i kapitel 3, udvælges specifikke temaer, som danner baggrund for besøgets indhold. Se eksempler på disse i afsnit 4.2. - 4.12. Temaerne er udvalgt på baggrund af anbefalinger og viden på området.

Forebyggelseskonsulenten skal udover at bruge sin faglighed ikke blot lytte, men også bruge sine øvrige sanser til at observere hjemmet, herunder borgerens færden i sit hjem: rejser borgeren sig fra stolen uden problemer, er der fx dækket bord og lavet kaffe, går borgeren ubesværet rundt osv. Observationerne under besøget bruges til at gøre indholdet i samtalen så relevant for borgeren som muligt. Det er i den forbindelse vigtigt, at forebyggelseskonsulenten har empati og respekterer de grænser, borgeren sætter, så et tillidsforhold kan opbygges og bevares.

Relevante temaer i besøget kan ud over det, der observeres især i starten af besøget, og evt. via et udsendt spørgeskema med fordel identificeres i samtalen vha. Karl Tomms spørgsmålstyper jf. kapitel 3. Det er vigtigt, at samtalen har et empatisk, nysgerrigt, oprigtigt interesseret udgangspunkt frem for et udspørgende, tjekliste indhold for at bevare borgerens interesse. Dette kan styrke interessen for at deltage i de evt. opfølgende indsatser eller tiltag.

Få mere inspiration

Sundhedsstyrelsen har redskaber om forebyggende hjemmebesøg med konkrete eksempler på tests mv. til inspiration for forebyggelses-konsulenter, der ligger på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk/hjemmebesoeg-aeldre

4.2 Ofte forekommende sygdomme og tilstande hos ældre

Kroniske sygdomme og multisygdom forekommer hyppigere med stigende alder. Hyppigt forekommende sygdomme hos ældre er [40]:

- forhøjet blodtryk
- slidgigt
- tinnitus
- diskusprolaps og andre rygsygdomme
- diabetes
- grå stær
- leddegigt
- allergi
- kroniske lungesygdomme, fx kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og bronchitis
- kræft
- astma
- migræne/hyppig hovedpine
- hjerneblødning, blodprop i hjernen, blodprop i hjertet, hjertekrampe
- knogleskørhed (osteoporose)
- demenssygdomme [41].

Hver anden ældre borger har rapporteret en fysisk lidelse, mens 80 % samtidig beretter om et godt helbred [40], hvilket er væsentligt både i forhold til tilrettelæggelse af besøget og afholdelsen med det sundhedsfremmende element for øje.

Omkring 35.000 danskere over 65 år har fået stillet diagnosen demens, men Nationalt Videnscenter for Demens skønner, at flere end 80.000 lider af sygdommen. Risikoen for at udvikle demens stiger med alderen. Som følge af den stigende middellevealder og deraf følgende voksende ældrebefolkning forventes en kraftig vækst i antallet af ældre med demens i de kommende årtier [42].

Forebyggelseskonsulenten skal være opmærksom på kommunens og sygdomsforeningers patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme og i relevante tilfælde henvise hertil [43]. Forebyggelseskonsulenten skal ligeledes være opmærksom på tidlig opsporing af demens, muligheder for udredning og støtte til både borgeren og dennes pårørende, se afsnit 4.7. Demens og svækkede kognitive funktioner.

Sansetab, dvs. nedsat syn og hørelse kan bl.a. medvirke til øget risiko for fald og nedsat funktionsevne samt ensomhedsfølelse [7]. God fysisk mobilitet og gode kommunikationsfærdigheder (læse og høre) blandt ældre har blandt andet betydning for, hvor længe ældre borgere kan klare sig selv i hverdagen og dermed blive boende hjemme [44].

Forebyggelseskonsulenten skal være opmærksom på tegn på sansetab og motivere og henvise til tilbud, hvor borgeren kan få rådgivning om briller og høreapparater, evt. i samarbejde med de pårørende.

Anvendelse af flere samtidige lægemidler. Mange ældre får medicin, og det er den ordinerende læges ansvar at følge borgerens forbrug af lægemidler. Bivirkninger udløst af medicin kan forveksles med somatisk sygdom eller forårsage forvirring, fald og inkontinens, som kan føre til yderligere medicinering. Hvis forebyggelseskonsulenten under hjemmebesøget bliver opmærksom på eventuelle bivirkninger, eller at borgeren ikke tager medicinen som foreskrevet, tages kontakt til borgerens praktiserende læge efter aftale med borgeren.

Tand- og mundsygdomme er hyppigt forekommende hos ældre, der lider af kroniske lidelser og har nedsat livskvalitet [45]. Et velfungerende tandsæt er en vigtig faktor for ældres fysiske og mentale velbefindende og påvirker vigtige livsfunktioner, fx at kunne spise varieret mad, opretholde selvrespekt og sociale kontakt. Det kan være relevant for forebyggelseskonsulenten at orientere borgeren om betydningen af et velfungerende tandsæt, såfremt der observeres eller omtales problemer, evt. henvise til tandlæge eller omsorgstandpleje samt give information om muligheden for at søge økonomisk tilskud til tandbehandling.

Infektionssygdomme er en stor belastning for den enkelte ældre borger. Særligt for borgere, der i forvejen er syge og svækkede, kan smittespredning med fx resistente bakterier, corona- eller influenzavirus have alvorlige konsekvenser. Urinvejsinfektioner er en af de hyppigste bakterielle infektioner hos ældre [46]. Overdødeligheden på grund af sæsoninfluenza forekommer overvejende hos borgere over 65 år [47]. Forebyggelseskonsulenten bør informere om gratis influenza- og pnemokokvaccination i sæsonen, myndighedernes retningslinjer vedrørende forebyggelse og håndtering af smitte under epidemi, og om betydningen af god hygiejne for at forebygge infektioner.

4.3 Mental sundhed, trivsel og ensomhed

De fleste ældre har god mental sundhed, men der er en gruppe af ældre, som ikke trives, og som fx oplever ensomhed [40]. Ensomhed og social isolation kan føre til mindsket livskvalitet. Forebyggende indsatser er derfor vigtige for at undgå, at ensomhed bliver en vedvarende følelse, der påvirker den enkelte ældres sociale, mentale og fysiske helbred i negativ retning.

Mental sundhed handler om at trives, udfolde sine evner, at kunne håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker [18]. Forskning viser, at mental sundhed fremmes gennem deltagelse i aktiviteter og sociale fællesskaber, fordi det ofte er her, mennesker blandt andet kan hente både følelsesmæssig og praktisk støtte i hverdagen [48, 49]. Ældre, der gør noget aktivt og meningsfuldt sammen med andre, har op til fire gange så høj sandsynlighed for at have høj mental sundhed [50]. Fysiske berøringer, nærhed, ømhed og intimitet kan ligeledes have betydning for mental sundhed, og mangel på fysisk kontakt, såkaldt hudsult, kan være et væsentligt problem for ældre [51].

Med alderen ændrer seksualiteten sig, og seksuelle problemer bliver mere almindelige. Mange ældre vil gerne tale med sundhedsprofessionelle om seksualitet og seksuelle udfordringer, men det kan være svært at tage emnet op. Den samme udfordring oplever mange sundhedsprofessionelle. For begge parter kan det bunde i en frygt for at overskride andres grænser [51, 52].

Det er relevant at have fokus på at fremme mental sundhed hos alle ældre i målgruppen. Der kan være en sammenhæng mellem dårlig mental sundhed og udvikling af psykisk sygdom, fx i forhold til angst og depression. Borgere, der har langvarig sygdom, oplever funktionstab, tab af sociale relationer eller tager sig af syge eller svækkede pårørende har risiko for at mistrives og have dårlig mental sundhed [10, 18, 53]. Borgere med langvarig dårlig mental sundhed har en højere risiko for udvikling af sygdom, især hjerte-kar-sygdom, depression og angst og for at dø tidligere end borgere med høj grad af mental sundhed [18].

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten opspore dårlig mental sundhed, trivsel og ensomhed?

Forebyggelseskonsulenten kan drøfte mental sundhed under besøget for at få borgeren til at reflektere over egen mental sundhed [48] og eventuelt afdække behov for hjælp, fx med udgangspunkt i Karl Tomms spørgsmålstyper, se afsnit 3.3. Det er vigtigt tidligt at opfange signaler på mistrivsel og dårlig mental sundhed hos borgeren, hvilket kan vise sig i ændret adfærd, tanker eller følelser.

Forebyggelseskonsulenten kan:

- finde anledninger til at tale om ensomhed. Fx med udgangspunkt i et familiefoto eller et postkort
- spørge til, hvilke aktiviteter borgeren deltager i [54]. Et signal kan fx være, at borgeren er stoppet med at deltage i aktiviteter, der tidligere har gjort den pågældende glad og engageret
- være opmærksom på, om borgeren virker trist og nedtrykt og fx giver udtryk for håbløshed og at være ensom uden positive forestillinger om, hvad fremtiden kan bringe.

Der findes forskellige opsporingsredskaber til at vurdere graden af ensomhed, mental sundhed [48] og trivsel, fx UCLA 3 [7] og WHO-5 trivselsindeks [53], se www.sst.dk/hjemmebesoeg-aeldre [37]. Resultater kan bruges til at vurdere, om borgeren kan have gavn af kommunale aktiviteter eller andre opfølgende initiativer og motivere borgeren til at deltage heri.

Særligt i forhold til seksuel sundhed kan der spørges ind til borgerens seksuelle sundhed og trivsel på følgende vis [51]:

- indled dialogen med at stille åbne og generelle spørgsmål
- respektér, at borgeren kan sige nej tak til emnet
- hold dig til et professionelt og nøgternt sprog
- henvis til anden ekspertise og hjælp, hvis det er nødvendigt.

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?

Forebyggelseskonsulenten kan henvise borgeren til kommunale eller frivillige organisationers tilbud, der kan fremme trivsel og mental sundhed, herunder mindske uønsket ensomhed. Det kan fx være:

- besøgs- eller motionsven
- fællesspisning
- aktivitetstilbud i kommunen eller frivillige organisationer [55].

For nogle borgere kan det være en barriere selv at skulle etablere kontakt, og forebyggelseskonsulenten kan derfor tilbyde at hjælpe, hvis borgeren og/eller de pårørende ønsker det.

4.4 Depression

Depression er en psykisk lidelse. Symptomerne er vedvarende nedtrykthed, nedsat lyst, energi og interesse og mere træthed end normalt [56]. Depression (let, moderat eller svær) antages at ramme omkring 10 procent af alle ældre over 65 år [57].

Det anslås, at over halvdelen af de mennesker, der får en depression i alderdommen, ikke opdages – og at der blandt dem, der opdages, kun er omkring 10-20%, der modtager relevant behandling. Forebyggelseskonsulenten kan i samarbejde med relevante aktører derfor gøre en væsentlig forskel, når det gælder opsporing af ældre med depression [7, 57].

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten opspore depression?

Forebyggelseskonsulenten kan ved indikation anvende redskabet GDS-15, der er specielt konstrueret til at hjælpe med at identificere depressionssymptomer blandt ældre [7, 57].

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?

Forebyggelseskonsulenten kan henvise borgeren til egen læge eller til lokale tilbud i kommunen eller civilsamfundet, der tilbyder fx rådgivning, fællesspisning, udflugter, netværksgrupper eller lignende.

Find inspiration: Ældre og depression

DepressionsLinien er et tilbud om telefonrådgivning under Depressionsforeningen til patienter og pårørende, som ønsker at tale med frivillige, der har stor forståelse for, hvad det vil sige at have depression, bipolar lidelse eller være pårørende. [65]

Som inspiration til arbejdet med at forebygge depression blandt ældre kan forebyggelseskonsulenten tage udgangspunkt i erfaringerne fra projekt "Sikkert Seniorliv", hvis mål var at forbedre ældres mentale sundhed og livskvalitet ved at finde nye veje til at opspore og forebygge aldersdepression. Materialet kan findes på Dansk Selskab for Patientsikkerheds hjemmeside.

4.5 Sorgreaktioner

Sorgforløb veksler fra menneske til menneske. Det Nationale Sorgcenter skelner mellem hhv. naturlig og kompliceret sorg [58]. I et normalt sorgforløb er intensiteten af reaktionerne aftaget seks måneder efter tabet. Hos en person, som har en kompliceret sorgreaktion, er intensiteten af sorgreaktionerne lige så intense seks måneder efter tabet [59, 60].

Komplicerede sorgreaktioner øger risikoen for både fysiske og psykiske lidelser og kan være forbundet med en øget forekomst af kræft, hjerteproblemer, forhøjet blodtryk, angst, depression og posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Mennesker med vedvarende sorglidelse har dårligere sociale relationer [61], og de er i langt højere grad selvmordstruede [62, 63].

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten opspore sorgreaktioner?

Forebyggelseskonsulenten kan være opmærksom på, om borgeren har:

- følelsesmæssige reaktioner på tabet, fx længsel, tomhed, vrede, hjælpeløshed
- fysiske reaktioner, fx søvnproblemer, hovedpine, manglende energi, kvalme, mavepine, hjertebanken, åndenød
- adfærdsmæssige reaktioner, fx social isolation, gråd, irritabilitet, sårbarhed, afhængighed, opfarenhed
- kognitive reaktioner, fx nedsat koncentration, manglende beslutningsevne, tab af fremtidsperspektiv, undgåelse af minder, forstyrrelser af perception
- eksistentielle reaktioner, fx meningsløshed, identitetstab, isolation, oplevelse af uretfærdighed.

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?

Forebyggelseskonsulenten kan inddrage pårørende og henvise til lokale tilbud i civilsamfundet fx "Sorgvejviseren" under Det Nationale Sorgcenter. Hvis forebyggelseskonsulenten observerer tegn på komplicerede sorgreaktioner, henvises der til borgerens egen læge efter aftale med borgeren. Ved mistanke om kompliceret sorgreaktion kan en psykolog med fordel inddrages, såfremt praktiserende læge henviser hertil.

4.6 Selvmordsrisiko

For en mindre gruppe ældre fører en livskrise eller depression til selvmordstanker og i værste fald til selvmordsforsøg og selvmord [64]. Det skønnes, at halvdelen af selvmord bliver begået af personer med en depression. Selvmordstanker optræder ofte og formentlig i over halvdelen af depressionstilfælde [65].

Selvmordshyppigheden er højest hos ældre, og ca. en tredjedel af alle selvmord begås af ældre over 65 år [66]. Selvmord optræder hyppigst hos mænd.

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten opspore tegn på selvmordsrisiko?

Forebyggelseskonsulenten kan observere, om borgeren i løbet af samtalen viser tegn på, at livet opleves som svært, fx gennem udsagn som:

- Jeg har ikke lyst til at være her mere.
- Nogle gange tænker jeg, at det er ligegyldigt, om jeg er her eller ej.
- Der er ikke noget, der kan hjælpe mig med mine problemer.

Forebyggelseskonsulenten kan med inspiration fra Karl Tomms spørgsmålstyper stille spørgsmål af både lineær og cirkulær karakter:

- Jeg har lagt mærke til, at du virker trist. Er det noget, der har stået på længe?
- Hvornår kan du især mærke, du er trist?
- Kan du komme i tanker om nogen, du kunne tale med om det, der er svært for dig?

Hvem kan forebyggelseskonsulenten henvise til?

Hvis borgeren viser tegn på selvmordstanker, skal forebyggelseskonsulenten motivere borgeren til at kontakte praktiserende læge og evt. hjælpe med dette. Lægen kan henvise til psykiatrisk akutmodtagelse, psykolog eller psykiater. Hvis det er uden for lægens åbningstid kontaktes 1813 i Region Hovedstaden eller regionens lægevagt. Det kan desuden være en hjælp at henvise borgeren til "Livslinjen" under Psykiatrifonden, som er en telefonrådgivning til borgere i krise eller, som har tanker om selvmord [64].

Forebyggelseskonsulenten kan desuden gøre opmærksom på, at selvmord i familie eller hos nærtstående kan øge risiko for selvmord hos efterladte.

For efterladte til selvmord kan der henvises til "Landsorganisationen NEFOS – Netværk for selvmordsefterladte." Begge tilbud har frivillige professionelle rådgivere og er gratis. Det vil som oftest være nødvendigt at aftale et opfølgende besøg og inddrage evt. pårørende, hvis borgeren ønsker dette.

4.7 Demens og svækkede kognitive funktioner

Demens er betegnelsen for en gruppe af sygdomme i hjernen, der udvikler sig i en række faser med forskellige symptomer, som viser sig ved svækkede kognitive funktioner. Alzheimers sygdom er langt den hyppigste demenssygdom, men der er mere end 200 forskellige sygdomme, som kan medføre demens, fx kredsløbsbetinget demens, Lewy body demens, demens ved Parkinsons sygdom og Frontotemporal demens.

Symptomerne ved demenssygdomme er typisk hukommelsesbesvær, men også andre mentale færdigheder rammes som fx nedsat initiativ og handlekraft, evnen til at finde ord og benævne ting, evnen til at finde vej, overblik og problemløsning [42, 67].

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten opspore demens?

Forebyggelseskonsulenten spiller en vigtig rolle i den tidlige opsporing, da det forebyggende hjemmebesøg i mange tilfælde kan være den ældre borgers første kontakt til kommunen.

Forebyggelseskonsulenten bør være opmærksom på tidlig opsporing af demenssymptomer og i givet fald opfordre borgeren til, evt. sammen med pårørende, at henvende sig til sin praktiserende læge, som koordinerer udredning, behandling og støtte.

Forebyggelseskonsulenten skal derfor have viden om demenssymptomer samt viden om, hvordan eventuel kognitiv funktionsnedsættelse identificeres. Forebyggelseskonsulenten kan spørge, hvilke ændringer borgeren eller pårørende oplever fx ved at tage udgangspunkt i en samtaleguide som Samtalehjulet [39], der tager højde for borgerens kognitive funktionstab og kan sætte rammen for en involverende og meningsfuld dialog.

Derudover kan forebyggelseskonsulenten benytte det validerede interviewredskab, Brief Assessment of Impaired Cognition Questionnaire (BASIC-Q) [68, 69], som kan hjælpe til at identificere ældre med mulig kognitiv svækkelse, der eventuelt bør motiveres for udredning ved egen læge. Interviewet kan gennemføres på ca. 5 minutter.

Efter samtale om evt. kognitive vanskeligheder og demens, kan forebyggelseskonsulenten evt. udlevere en pjece om advarselstegn på demens: De 10 demenstegn [70]. Mistanke om demens bør give anledning til opfølgningsbesøg. Se yderligere relevant materiale vedrørende tidlig opsporing fra Nationalt Videnscenter for Demens.

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?

Forebyggelseskonsulenten kan henvise til borgerens praktiserende læge, som igangsætter et udredningsforløb, såfremt lægen finder tegn på mulig demenssygdom, og borgeren og/eller dennes pårørende er interesseret. Det er en fordel, at forebyggelseskonsulenten har kendskab til regionens forløbsprogram for demens, såfremt der er spørgsmål herom. I forløbsprogrammet beskrives udredningsforløbet og rollefordelingen mellem praktiserende læge, kommune og region i relation til tidlig opsporing, udredning og indsats. Mange kommuner har en demenshandlingsplan, hvor den kommunale

demensindsats er beskrevet. Det er relevant, at forebyggelseskonsulenten har kendskab til kommunens tilbud på demensområdet og godt samarbejde med den kommunale sparringspart (fx demenskoordinator), som kan informere om procedurer for udredning samt mulige hjælpetiltag.

Ligeledes kan forebyggelseskonsulenten også henvise til rådgivning i civilsamfundet eller til kommunens demensrådgivning.

Læse mere om demens her:

www.videnscenterfordemens.dk

www.alzheimer.dk, herunder Demenslinjen

www.aeldresagen.dk

4.8 Fysisk formåen, herunder faldrisiko

Fysisk inaktivitet er en af de væsentlige årsager til, at funktionsevnen hos en del ældre mennesker mindskes i en sådan grad, at det bliver svært for den ældre at udføre dagligdags gøremål. Ældre er mere udsatte for tab af fysisk funktionsevne, da muskelmassen reduceres med ca. én procent årligt fra 50-årsalderen [7, 71]. Mange ældre bevæger sig ikke tilstrækkeligt i forhold til de gældende anbefalinger [71]. Fysiske øvelser, der vedligeholder eller øger kroppens smidighed og balanceevne samt øger muskelstyrken, opretholder evnen til at klare dagligdags funktioner og reducerer risikoen for fald eller andre uheld i hverdagen [7, 71, 72].

Fald er den mest almindelige form for uheld blandt ældre. Hoftebrud skyldes fx i 95 procent af alle tilfælde et fald, og halvdelen af dem, der pådrager sig et hoftebrud, kommer aldrig til at gå igen [73].

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten afdække borgerens fysiske formåen?
Ved hjemmebesøget kan forebyggelseskonsulenten observere, hvordan borgeren klarer sig fysisk under selve besøget, som beskrevet under 4.1. Observationerne bidrager til beslutning om, hvorvidt det er relevant at gennemføre en rejse-sætte-sig-test [73] eller en SPPB-test (rejse-sætte-sig, gang, balance) [74]. Giver besøget indtryk af, at borgeren har fysiske udfordringer, kan forebyggelseskonsulenten drøfte borgerens oplevelse af sin fysiske formåen og aktivitet med udgangspunkt i Karl Tomm's spørgsmålstyper [26]:

- hvordan forløber din hverdag? Har din hverdag ændret sig over den seneste tid? Passer du selv dit hjem?
- hvordan transporterer du dig selv rundt? Tager du bussen, eller cykler du?
- har der været ændringer i, hvilke aktiviteter du deltager i? Hvornår ændrede det sig?
- har du tænkt over, hvad du kunne gøre i stedet for, og som kunne gøre dig tilfreds?
- har du fundet andre aktiviteter i stedet for det, du ikke længere kan?
- hvad er hverdagsaktiviteter for dig?
- hvem plejer du at gå ture sammen med/cykle med? (eller hvad borgeren nu har gjort tidligere)
- har du nogen, du kan være aktiv sammen med?
- hvordan oplever du selv, at din fysiske form er nu sammenlignet med tidligere?
- hvilke fysiske aktiviteter kan du lide, eller har du tidligere kunnet lide?

Forebyggelseskonsulenten skal være opmærksom på, om der er konkrete forhold i hjemmet, der kan øge risikoen for fald.

Særligt om fald:

- er du faldet inden for det sidste år?
- hvordan oplever du din balance og styrke i benene?
- kan du rejse dig fra en stol uden at bruge armene?
- føler du dig tryg, når du er ude at handle eller tager bussen?
- gør du noget for at undgå at falde?
- tror du din bolig har brug for tilpasninger, så du undgår at falde?
- har du nogensinde tænkt på, at der kan være brug for at forebygge fald i dit hjem? Er du interesseret i at vide mere om det?
- der findes enkle øvelser, som kan være med til at forebygge, at du falder. Er du interesseret i at lære disse øvelser?

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?

I samtalen kan forebyggelseskonsulenten formidle viden om den fysiske aktivitets gavnlige effekter på helbred, fysisk funktionsevne og mental sundhed, hvis det vurderes relevant. Forebyggelseskonsulenten tager udgangspunkt i borgerens erfaringer med at være fysisk aktiv og motiverer eller støtter på den baggrund borgeren i at få en mere aktiv hverdag ud fra de forestillinger og evt. ønsker, som vedkommende har, hvis der er behov for det.

Det kan være relevant at uddele pjece om fald, vise små øvelser, der kan forebygge fald og øge pulsen. Der kan uddeles pjecer om relevante tilbud, henvises til gang-program, øvelser mv. i apps til mobiltelefonen og på hjemmesider, som indeholder inspiration til at være fysisk aktiv. Der kan orienteres om idræts- og aktivitetstilbud hos kommunen eller i civilsamfundet.

Såfremt borgeren har oplevet fald, bør forebyggelseskonsulenten anbefale udredning af årsager til fald samt efter aftale med borgeren henvise til kommunens faldforebyggelseskonsulent, hvis en sådan findes.

4.9 Mad og måltider, over- og undervægt

Mad og måltider har stor betydning for livskvaliteten, og næringsstofferne i maden har betydning for at kunne bevare et godt helbred og evnen til at udføre dagligdags aktiviteter [75]. Behovet for energi falder med alderen pga. fald i muskelmasse og mindre fysisk aktivitet, og hvis maden ikke tilpasses disse ændringer, er der større risiko for at blive overvægtig. 84 procent af mænd og 65 procent af kvinder over 65 år er overvægtige eller svært overvægtige [40]. Blandt hjemmeboende ældre er overvægt en langt større sundhedsmæssig udfordring end undervægt.

Forebyggelseskonsulenten bør også være opmærksom på underernæring og uplanlagt vægttab, herunder dysfagi (problemer med at spise, drikke og synke). Ældre over 70 år anbefales at spise mere proteinrigt og tage dagligt tilskud på 20 mikrogram D-vitamin og 800-1000 mg calcium [76, 77].

Måltidsoplevelsen spiller også en rolle for ældre. Mange vil gerne spise sammen med nogen, de kender eller er trygge ved. Når ældre spiser alene, oplever nogle en forringet livskvalitet. Madfællesskaber kan spille en positiv rolle for at bevare madglæden og giver mulighed for at indgå i meningsfulde fællesskaber, fx for borgere, som har mistet en samlever eller ægtefælle [78, 79].

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten opspore uhensigtsmæssige mad- og måltidsvaner?

Borgere over 65 år har stor tillid til deres viden om sund mad og oplever generelt ikke, at de har behov for rådgivning om dette. De færreste er dog bekendt med, at energibehovet falder og proteinbehovet stiger, ligesom betydningen af kalk og D-vitamin. Det kan derfor ofte være relevant at drøfte dette emne både som forebyggelse og med henblik på sundhedsfremme [77].

Forebyggelseskonsulenten kan udover at observere borgeren stille spørgsmål om mad og måltider, fx [80]:

- har du som regel lyst til at spise? Hvad er et godt måltid for dig? Kold/varm mad?
- kan du lide at lave mad? Hvad kan du bedst lide at lave?
- har du lyst til at fortælle lidt om dine måltider? Hvor mange måltider spiser du typisk om dagen?
- har du mulighed for at spise sammen med andre en gang imellem? (til den, der bor alene)
- hvordan får du/I købt ind?
- hvordan er det med din vægt? Har du mon tabt dig eller taget på? Er det noget, du overhovedet er optaget af?
- er du tilfreds med din vægt?
- har du lyst til at vise mig, hvad du har i dit køleskab?

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?

Det er generelt hensigtsmæssigt at sætte fokus på at rådgive og vejlede om sunde mad-, måltids- og drikkevaner, herunder Fødevarestyrelsens supplerende kostråd for ældre over 65 år samt være opmærksom på borgerens ernæringstilstand.

Der kan ved behov og efter aftale med borgeren henvises til:

- udredning på sygehus eller hos praktiserende læge ved mistanke om sygdom
- kommunens forebyggende tilbud om sund og nærende mad til ældre
- kommunens madservice og fritvalgsordning
- rådgivning om vægtens betydning i sundhedscenter
- relevante tilbud i civilsamfundet, fx tilbud om fællesspisning, fælles madlavning, madklubber mv. [77, 79].

Forebyggelseskonsulenten kan med henblik på tidlig opsporing af uplanlagt vægttab og, hvis borgeren ønsker det, tilbyde at veje den enkelte. Ved identificering af overvægt og uplanlagt vægttab er det hensigtsmæssigt at koordinere rådgivning og vejledning med praktiserende læge efter aftale med borgeren og med en samtidig vurdering af borgerens funktionsevne [81 82].

4.10 Alkohol

Med stigende alder reduceres kroppens tolerance over for alkohol. Følgevirkningerne kan derfor være sværere og opstår typisk ved et relativt mindre alkoholforbrug [83]. Ældre får generelt en højere alkoholpromille, da alkohol er vandopløseligt og andelen af vand i kroppen sænkes med alderen. Ældre har oftere sygdomme eller tilstande, som kan forværres af alkohol. Virkningen af medicin kan forstærkes eller mindskes, når der indtages alkohol. Faldtendensen er desuden meget hyppigere hos ældre, der indtager alkohol [7].

Alkoholforbrug kan ændre sig hos ældre mennesker i særligt sårbare situationer, fx ved ægtefælles død, sygdom, tab af funktionsevne, skilsmisse og i forbindelse med skift i livsfaser (fra arbejdsliv til pensionering).

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten opspore bekymrende alkoholforbrug?

Forebyggelseskonsulenten kan ved hjælp af nedenstående principper for samtalen samt sine observationer i hjemmet vurdere, om der evt. kan være tale om en borger med et bekymrende alkoholforbrug. Såfremt de indledende åbne spørgsmål giver anledning til det, kan forebyggelseskonsulenten vejlede om alkohols skadelige virkninger især for ældre, som beskrevet ovenfor, rådgive og henvise.

Forebyggelseskonsulenten kan i samtalen med borgeren tale om alkohol ud fra følgende principper:

1. Åbning af dialogen, så borgeren kan se en pointe i at tale sammen om alkohol uden, at det er stigmatiserende, men snarere normaliserende at tale om alkohol fx "Vi har i kommunen fokus på sundhed og alkohol. Jeg vil derfor spørge dig om dine alkoholvaner".
2. Rådgivning, så borgeren ved, at det er lettere at ændre vaner med rådgivning, og at håbet kan øges ad den vej, fx med udgangspunkt i den motiverende samtale
3. Henvisningsmuligheder, hvis samtalen gør det klart, at der er behov for og ønske om forandring.

Forebyggelseskonsulenten kan fx spørge til [84]:

- har dit forbrug af alkohol forandret sig, siden jeg var her sidst/din ægtefælle døde/ du fik konstateret KOL eller lignende?
- hvor ofte drikker du alkohol nu i forhold til tidligere? Mere/mindre alkohol?
- er der andre vaner, du har ændret på det seneste?
- har du lagt mærke til, om det er mest, når du er alene eller sammen med andre, at du får lyst til øl eller vin?
- er forandringerne noget andre eller du selv har lagt mærke til? Har du talt med andre om det fx dine pårørende eller venner?
- er der noget, du gerne vil ændre?
- tager du mon noget medicin, der kan forstærkes af alkoholen?
- hvis man har smerter, kan forbruget af alkohol stige. Er det noget, du har tænkt over, nu, hvor det er svært at smertedække dig godt?
- efterhånden som man udvikler en hukommelsessygdom, bliver kroppen mindre i stand til at tåle alkohol. Er det noget, du eller dine pårørende har lagt mærke til?

Som udgangspunkt skal der tales med borgeren, som om denne er mindre parat til at tale om alkohol frem for mere parat. Dette for at undgå at presse på for at få borgeren til at forandre, hvilket kan give borgeren behov for at udtrykke en modreaktion mod forandring.

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?

Forebyggelseskonsulenten kan, når det er relevant vejlede og rådgive om forebyggelsesmuligheder i kommunen, rådgivning om alkohol og evt. alkoholbehandlingstilbud. Aftale om et opfølgende besøg bør overvejes og tilbydes, hvis borgeren ønsker at fortsætte samtalen om alkohol. Derudover kan forebyggelseskonsulenten henvise til egen læge efter aftale med borgeren.

4.11 Rygning

Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme, særligt lungekræft, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjerte-kar-sygdom [85]. Uanset hvor få cigaretter borgeren ryger, er rygning relateret til øget risiko for sygdom. Et rygestop medfører sundhedsmæssige fordele, også selvom personen først stopper med at ryge efter mange år [86]. Et rygestop kan også have fordele for borgerens sociale liv, da det, at mestre en hverdag uden røg, gør, at borgerens samvær med andre ikke begrænses; eksempelvis i forhold til samvær med familie, som ikke ønsker tobaksrøg i deres hjem eller i nærheden af børnebørnene.

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten opspore rygning?

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at forebyggelseskonsulenten bruger metoden Very Brief Advice (VBA), som er et redskab, der anvendes i alle dele af sundhedsvæsenet til at opspore og henvise til rygestop. VBA tager under et minut at gennemføre og består af tre trin:

- spørg om rygestatus
- oplys om den bedste måde til at opnå rygestop (dvs. at modtage professionel rådgivning)
- henvis til rygestoptilbud [87].

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?

Hvis en borger overvejer rygestop, kan forebyggelseskonsulenten hjælpe med henvisning eller tilmelding til rygestoptilbud [85]. Forebyggelseskonsulenten kan orientere om, at der er fem gange større chance for at blive røgfri ved hjælp af rådgivning og rygestopmedicin end ved at forsøge med at stoppe på egen hånd [88]. Forebyggelseskonsulenten kan orientere om, at rygestoptilbud indeholder hjælp til at lette situationer, hvor man ikke må ryge samt tilbyde borgeren opringning af en rygestoprådgiver.

4.12 Boligsituation og boligindretning

Fysiske omgivelser, herunder boligform, kan have stor betydning for den ældres daglige aktiviteter og mulighed for at leve et selvhjulpent liv. Uhensigtsmæssig bolig eller ændringer i boligforhold kan derfor påvirke den enkeltes funktionsevne, handlemuligheder og trivsel [89].

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten vurdere uhensigtsmæssig boligsituation?

Forebyggelseskonsulenten kan iagttage, om borgeren fungerer godt og trives i sin nuværende bolig, eller om der er forhold, som gør det relevant at drøfte boligsituationen. Har borgeren fx svært ved at bevæge sig rundt i boligen og varetage de daglige gøremål med at passe og vedligeholde boligen? Føler borgeren sig isoleret, fordi boligen ligger afsides, er boligen blevet for stor, fx efter tab af ægtefælle, eller fordi det kan være svært at komme til og fra aktiviteter pga. nedsat fysisk funktionsevne?

Observationer af ovenstående karakter kan give anledning til en drøftelse om borgerens boligsituation, hvor forebyggelseskonsulenten kan skabe refleksion hos borgeren omkring fremtidige ønsker og muligheder, så borgeren kan bo og leve selvstændigt så lang tid som muligt. Samtalen kan med fordel tage afsæt i:

- fordele og ulemper ved nuværende bolig
- fordele og ulemper ved at flytte.

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?

Forebyggelseskonsulenten kan henvise til kommunens visitator med henblik på besøg af fysio- eller ergoterapeut og indledende vejlede og rådgive om muligheder for tilpasninger af boligen, der kan gøre det lettere for den ældre at bevæge sig rundt.

Det kan fx være:

- etablering af god belysning
- bortskaffelse af løse tæpper/ledninger
- brug af skridsikker bademåtte og badeskammel
- opsætning af greb/gelænder i fx brusebadsområdet
- etablering af lave dørtrin.

Forebyggelseskonsulenten kan også rådgive om andre boformer i kommunen og opskrivning til disse, fx muligheden for at bytte til en mindre bolig, flytte i seniorbofællesskab eller i ældre- eller plejebolig, som borgeren herefter kan overveje. Borgerens økonomiske forhold kan indgå i overvejelserne om, hvorledes mulighederne omtales.

4.13 Hjælpemidler, IT og velfærdsteknologi

Hjælpemidler og velfærdsteknologi kan gøre borgere med nedsat fysisk eller mental funktionsevne mere selvhjulpne i hverdagen, så de opnår større selvstændighed, sikkerhed, tryghed, bedre livskvalitet samt mulighed for at deltage i samfundet. Der findes mange forskellige hjælpemidler og velfærdsteknologier, fx robotstøvsuger, gribetænger, støttestrømper, rollatorer, badestole, vasketoiletter og trappelifte, og området er i hastig udvikling [90].

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten afdække, om der er behov for hjælpemidler, IT eller velfærdsteknologi?

Forebyggelseskonsulenten kan spørge til erfaringer med teknologi og hjælpemidler for at afsøge borgerens kompetencer på området, hvilket er relevant for at kunne vejlede borgeren om fx kurser eller undtagelse fra digital post.

Forebyggelseskonsulenten kan fx spørge til:

- bruger du nogen hjælpemidler og teknologi i hverdagen? Er du tryg ved at bruge dem?
- hvad bruger du din mobil til udover at telefonere/sms`e? Er du tryg ved at anvende PC, internet, apps osv.?
- hvilke dagligdags gøremål er udfordrende for dig, og tror du, at nogle hjælpemidler eller teknologi ville kunne hjælpe dig? Fx elektronisk kalender, huske medicin til rette tid, pilledispenser eller andet?
- kender du nogle konkrete velfærdsteknologiske løsninger? Fx tryghedsalarm, GPS, sensorer. Har du tænkt på, om det var noget for dig?

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?

Forebyggelseskonsulenten kan informere om relevante hjælpemiddelkataloger samt muligheden for at blive henvist til visitationen og sagsbehandlende ergoterapeuter, som kan udrede og vurdere behovet for hjælpemidler og velfærdsteknologi og derefter evt. bevillige det rette produkt. Der kan orienteres om, at der kan være egenbetaling fra borgere til nogle hjælpemidler.

Forebyggelseskonsulenten kan informere borgeren om relevante tilbud i kommunen eller i civilsamfundet, fx gratis IT-kurser på biblioteket eller i frivillige organisationer.

4.14 Økonomi

Ældre har, som alle andre, vidt forskellige økonomiske forhold afhængig af fx uddannelse, arbejdsliv og pensionsopsparing. De økonomiske forhold kan ændre sig ved overgangen til pension, hvis ægtefællen dør eller flytter på plejecenter, hvilket medfører øgede udgifter til plejebolig.

Ved kognitive svækkelser kan ældre foretage ingen eller uønskede økonomiske dispositioner, og der kan være behov for hjælp fra nære pårørende eller andre. En fremtidsfuldmagt kan være en forberedelse på en sådan situation og forebyggelseskonsulenten kan overveje at drøfte denne mulighed med borgeren eller dennes pårørende, hvis det vurderes relevant.

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten afdække økonomiske forhold?

I løbet af samtalen kan forebyggelseskonsulenten spørge til, hvorvidt økonomiske forhold er en hindring for deltagelse i aktiviteter, eller om økonomiske forhold bekymrer borgeren, så det bliver en barriere for trivsel og sundhed.

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?

Hvis borgeren har brug for vejledning om økonomiske forhold, kan forebyggelseskonsulenten henvise til kommunale tilbud, fx en pårørendevejleder, socialrådgiver ift. støttemuligheder eller til ældreorganisationer i civilsamfundet, som tilbyder gratis juridisk rådgivning.

Forebyggelseskonsulenten kan desuden oplyse borgeren om muligheder for at søge tilskud til fx medicin, briller, fodterapi og varme samt om muligheder og vilkår for gratis transport til læge og sygehus eller tilmelding til flextrafik.

4.15 Afrunding af samtalen

Forebyggelseskonsulenten skal være opmærksom på at afrunde samtalen, så det er klart for begge parter, hvordan og hvem der følger op på eventuelle aftaler, der er indgået undervejs i samtalen, jf. kapitel 3 og 5. Det kan fx være aftaler om, hvem der tager kontakt til konkrete tilbud i kommunen eller civilsamfundet.

Hvis en borger åbner op for svære livsomstændigheder under samtalen, skal der på en professionel og etisk forsvarlig måde rundes af, når besøget er slut. Det skal samtidig overvejes, om der er mulighed for at aflægge et ekstra besøg begrundet i de svære forhold, der er åbnet for under besøget og/eller, om der er grund til at etablere samarbejde med andre, efter aftale med borgeren.

Ved mistanke om mere omfattende behov for personlig hjælp og pleje mv. kan forebyggelseskonsulenten ligeledes efter aftale henvise borgeren til kommunens visitation, der vil vurdere den enkeltes behov og evt. igangsætte indsatser, fx indenfor servicelovens § 83 og § 83 a (rehabiliteringsforløb) [91].

Forebyggelseskonsulenten kan aftale forskellige tidsintervaller for et forebyggende hjemmebesøg efter aftale med den enkelte borger. Behovet for besøg kan imidlertid ændre sig pga. forandringer i borgerens liv. Forebyggelseskonsulenten skal derfor være opmærksom på forandringerne og tilpasse den forebyggende og sundhedsfremmende indsats [15].

Borgeren eller pårørende kan have behov for at kontakte forebyggelseskonsulenten efter besøget. Det bør derfor aftales, hvorledes dette bedst sker afhængig af lokale forhold, gerne med faste tidsrum [15].

5

Efter besøget
Opfølgning og udvikling af de forebyggende hjemmebesøg

5.1 Henvisning til tilbud i kommunen eller civilsamfundet

Forebyggelseskonsulenten skal efter det forebyggende hjemmebesøg følge op på aftalerne med borgeren og evt. henvise til relevante tilbud i kommunalt eller frivilligt regi. Det indebærer, at det er nødvendigt med et godt kendskab til aktører og tilbud, så det er muligt at henvise til relevante tilbud. Figuren nedenfor giver et overblik over de mest centrale aktører i det opfølgende arbejde.

Tilbud i kommunen

Forebyggelseskonsulenten kan efter behov gøre borgeren opmærksom på mulighederne for visitering til en række af kommunens ydelser. Det gælder fx visitering efter servicelovens § 83 om personlig pleje og praktisk hjælp, § 83 a om rehabiliterende forløb, § 84, stk. 1 om aflastning af fx ægtefælle, § 85 om hjælp, omsorg og støtte, § 86 om genoptræning og vedligeholdende træning, § 112 om hjælpemidler, § 116 om boligændringer og sundhedslovens § 140 om genoptræning. Alle ydelser tildeles på baggrund af en behovsvurdering, eller når konkrete betingelser er opfyldt og sker via den kommunale visitation.

FIGUR 6
Aktører i det opfølgende arbejde

Der kan også gøres opmærksom på mulighederne for visitering til demenskoordinator eller til indsatser under servicelovens § 79 om generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte, sundhedslovens § 119 om forebyggelse og sundhedsfremme. Sidstnævnte kan være indsatser, der er etableret på baggrund af anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker til kommunerne, fx organiseret i regi af sundhedshuse. Her er nogle tilbud åbne for alle, fx rygestoptilbud, mens andre kræver henvisning fra egen læge, fx tilbud under forløbsprogrammerne, hvor borgere med kronisk sygdom kan henvises til patientundervisning, motion mv. samt sundhedslovens § 141 om alkoholbehandling.

Forebyggelseskonsulenten skal være opmærksom på, hvilke procedurer for henvisning til konkrete tilbud, der gælder i den enkelte kommune, herunder de evt. økonomiske forhold, der kan være knyttet til tilbuddet.

Der er stor variation i kommunerne i forhold til, om forebyggelseskonsulenten selv tilrettelægger og afholder opfølgende aktiviteter for målgruppen, eller om der henvises til tilbud i civilsamfundet ligesom der er variation i hvilke tilbud, der findes lokalt som fx madfællesskaber, gå-grupper, netværk mv.

Inspiration til aktiviteter

Livshistoriegrupper
Forebyggelseskonsulenten eller civilsamfundet kan fungere som initiativtager til eller gruppeleder for livshistoriegrupper.

ABC For Mental Sundhed
Ligeledes er flere kommuner tilmeldt ABC For Mental Sundhed, hvor der i partnerskaber arbejdes for bedre mental sundhed [54].

Hemingway-Club – "Vejen til det gode liv – for voksne mænd" er et socialt netværk for mænd over 60 år, som findes i mange kommuner, og som bygger på frivillighed og fællesskab [92].

Inspiration
"Fortæl for livet" [93]

Forebyggelse og sundhedsfremme til ældre
Samling af eksempler på initiativer i kommuner eller civilsamfund [15].

Tilbud i civilsamfund

Forebyggelseskonsulenten følger op på eventuelle aftaler med borgeren om at understøtte borgerens deltagelse i tilbud og aktiviteter tilrettelagt af civilsamfundets aktører, fx motionstilbud, netværksgrupper i nærmiljøet, frivillige foreninger, aktive medborgere i boligområder m.m. [94]. Det kan fx være tilbud:

- om hjælp, støtte og rådgivning til forskellige målgrupper, fx til borgere med kronisk sygdom og deres pårørende
- for ældre om at deltage i fx kulturarrangementer, foredrag, fællesspisning, motions- og netværksaktiviteter, udflugter og andre aktiviteter med fokus på socialt samvær
- om en besøgs- eller motionsven til borgere, der har svært ved at forlade eget hjem og som kun har spinkelt netværk.

Forebyggelseskonsulenten kan også gøre opmærksom på borgerens egne ressourcer i forhold til at hjælpe andre og muligheden for selv at blive frivillig [95, 96, 97].

Ofte kan det lokale frivillighedscenter eller kulturforvaltningen være behjælpelig med at give overblik over de eksisterende foreninger i kommunen [98].

Mange boligområder har boligsociale medarbejdere ansat af boligforeningerne, der har fokus på det sociale liv og lokal trivsel i afdelingerne. Nogle er ansat i samarbejde med kommunen eller andre aktører. Boligsociale medarbejdere tilrettelægger og tilbyder aktiviteter til borgere i området, fx i samarbejde med lokale frivillige foreninger, det lokale handelsliv eller forskellige typer af netværk.

Flere kommuner udarbejder og opdaterer lettilgængelige oversigter over pjecer, bøger, inspirationskataloger, frivillige organisationers tilbud m.m.. Oversigterne kan være forankret i kultur-, fritids-, social- og/eller sundhedsforvaltningen (visitation, sundhedshus) eller i det lokale aktivitets- eller frivillighedscenter og lægges på kommunens hjemmeside. Det må sikres, at oversigterne opdateres med fast interval.

5.2 Dokumentation af besøget

Forebyggelseskonsulenten følger op på det forebyggende hjemmebesøg ved at dokumentere, hvad der bliver aftalt under besøget i forhold til borgerens ønsker, fx om at deltage i aktiviteter i kommunen eller civilsamfundet. Det er forskelligt, hvilke muligheder forebyggelseskonsulenten har for at dokumentere i kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ).

Det er vigtigt at være opmærksom på de juridiske rammer for at anvende personoplysninger. Læs mere i afsnit 2.3. om juridiske rammer for anvendelse og udveksling af personoplysninger.

For at kvalificere opfølgningen på besøget kan forebyggelseskonsulenten udarbejde et aftaleark med den enkelte borger, som kan indskrives i borgerens journal. Aftalearket kan fx registrere:

- aftaler om at deltage i frivillige foreningers tilbud
- udlevering af folder om relevante tilbud i kommunalt eller frivilligt regi
- henvisning til relevante tilbud og kontakt til relevante fagprofessionelle
- aftaler om, at borger eller forebyggelseskonsulenten henvender sig til visitationen for at ansøge om hjælpemidler, ældrebolig, hjælp til rengøring, pleje eller madservice, så andre kommunale medarbejdere, der også er i kontakt med borgeren, fx i forbindelse med indlæggelse, kan se indsatsen
- testresultater fra fx rejse-sætte-sig-testen, vægtmåling, UCLA eller undersøgelse for depression, som andre faggrupper kan følge op på. Det er vigtigt at være opmærksom på, at en visitation til kommunale ydelser ikke sker under det forebyggende hjemmebesøg, men i en efterfølgende proces
- eventuelle aftaler inden næste besøg, om fx telefonisk opfølgning, der ikke nødvendigvis skal deles med andre parter.

5.3 Kvalitetsstandarden som ramme for videreudvikling

Kommunens kvalitetsstandard for forebyggende hjemmebesøg kan danne udgangspunkt for videreudvikling af de forebyggende hjemmebesøg. Ud fra drøftelser af standarden kan man fx overveje, om det fortsat er de relevante målgrupper, som tilbydes et besøg, om udbuddet af tilbud eller metoderne til invitation stadig er de rigtige.

Videreudviklingsarbejdet kan foregå på to sideløbende niveauer:

- systematisk fokus på forbedringer i forebyggelseskonsulentens egen praksis for at opnå de opstillede mål. Der kan være flere metoder til dette løbende forbedringsarbejde. En af metoderne er forbedringsmodellen, som introduceres nedenfor
- årlig status og opfølgning på målsætningerne, som danner grundlag for at fastlægge det kommende års målsætninger og målemetoder, som en del af kommunalbestyrelsens arbejde med at vedtage kvalitetsstandarden.

Det er helt centralt i forbedringsarbejde, at forebyggelseskonsulenter, som møder borgerne, udvikler, afprøver og løbende tilpasser forandringer. På den måde sikrer forebyggelseskonsulenterne, at idéerne er mulige at gennemføre og kan blive indarbejdet i de daglige rutiner.

Forbedringsmodellen

Forbedringsmodellen ("model for improvement") er en enkel og meget anvendelig metode til at accelerere forandrings- og forbedringsprocesser, der kan skabe den kvalitet, man har sat som sit mål [99, 100]. Modellen er en metode, der har vist sig velegnet til systematisk at udvikle, afprøve og tilpasse ændringer i det daglige arbejde, der medfører bedre kvalitet for borgeren [101]. Metoden har været anvendt i sundhedsvæsenet til at sikre forbedringer baseret på data og har også været anvendt i kommunerne [57].

Forbedringsmodellen anvendes, når der er identificeret et behov for forbedring og er særligt velegnet, når de arbejdsgange, der søges forbedret, er hyppigt forekommende (flere gange ugentligt) og når det, der skal forandres, kan påvirkes af de forebyggelseskonsulenter, der skal udføre forbedringsarbejdet (arbejdsgange inden for organisationen). Modellen kan både anvendes, når en veldefineret løsning skal implementeres, og når et problem skal løses, men hvor løsningen ikke er udviklet på forhånd.

Forbedringsmodellen er kort præsenteret her til inspiration for forebyggelseskonsulenten og kommunen. Modellen består af to dele. Den første del består af tre nøglespørgsmål, der skal besvares, og den anden del er afprøvninger ved PDSA-cirklen (PDSA er en forkortelse af Plan-Do-Study-Act, jf. figur 5.2):

- spørgsmål 1: "Hvad ønsker vi at opnå"? Her defineres et mål for den ønskede forandring.
- spørgsmål 2: "Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring"? Her formuleres et antal indikatorer (både proces- og resultatindikatorer, se senere), som kan hjælpe med at vise, at de ønskede forbedringer sker, og at målet nås.
- spørgsmål 3: "Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer"? Forslag til en ændring af praksis, som man forestiller sig vil medvirke til, at man når det mål, der er formuleret som svar på det første spørgsmål.

- Afprøve ændringer ved anvendelse af PDSA-cirklen:

  Plan: Formulér en hypotese og planlæg, hvad der skal gøres anderledes – hvem, hvad, hvor og hvornår?

  Do: Gennemfør afprøvningen og foretag indsamling af data. Beskriv kort hvordan det gik.

  Study: Sammenlign data med hypotesen, dvs. blev målet nået? Analyser resultatet af afprøvningen. Hav fokus på om det gik, som ventet, og om der opstod nogle overraskelser.

  Act: Bekræft, forkast eller juster hypotesen efter resultatet og planlæg næste skridt. Skal ideen droppes? Skal den afprøves i større skala? Er organisationen klar til implementering?

FIGUR 7
Forbedringsmodellen

Det er vigtigt at formulere et klart og veldefineret mål for den ønskede forbedring og at identificere relevante indikatorer, så det bliver muligt at følge målopnåelsen. Det er centralt at skelne mellem resultat- og procesindikatorer:

- resultatindikatoren dokumenterer, når målet er nået, og viser hvor langt man er ift. at opnå sit mål
- procesindikatorerne handler om, hvordan man vil nå sit mål, ofte er der tale om ændrede arbejdsgange. Et eksempel på en procesindikator er at måle på de aktiviteter, der sættes i gang for at skabe mere synlighed omkring forebyggende hjemmebesøg eller at udvikle, teste (vha. PDSA) og tilpasse en ny arbejdsgang, der kan medvirke til at få flere ældre, der bor alene til at takke ja til et besøg.

Det er væsentligt, at dataindsamling så vidt muligt kobles til eksisterende arbejdsgange i daglig praksis for at undgå, at indsamling af data tager for mange ressourcer, der går fra selve forbedringsarbejdet. Det er en fordel, hvis det er muligt at anvende data, der genereres i et dokumentationssystem.

Der kan være flere måder at indsamle relevante data på, fx:

- udtræk af omsorgssystemet, som fx kan belyse, hvor mange fra hver målgruppe, der tager imod tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg (hvis det er et mål)
- gennemførelse af telefonundersøgelse for 5 – 10 besøg pr. uge eller pr. 14 dage (hvis der er sat mål for resultater, som kan måles ved interview)
- registrering af deltagerantal ved regelmæssige kollektive arrangementer og omfang af udleveret materiale
- registreringer af de prioriterede samtaleemner i besøg for 5 – 10 besøg pr. uge eller pr. 14 dage, – (indikatoren er antal gange hvor forebyggelseskonsulenten har italesat de emner, som er prioriteret i kommunens kvalitetsstandard)
- registrering af borgere, der selv henvender sig til forebyggelseskonsulenten – som indikator på synligheden af tilbuddet eller muligheden for opfølgning
- registrering af henvendelser fra samarbejdspartnere som indikation på, hvor udbredt kendskabet til muligheden for bekymringshenvendelser er
- tilfredshedsundersøgelser, så det kan afdækkes om borgerne er tilfredse med besøgene.

Derudover kan der udvikles indikatorer i den enkelte kommune, svarerende til de prioriterede fokusområder, der er besluttet, fx forebyggelse af fald, identifikation af sårbare målgrupper, tidlig opsporing af borgere med demens.

Det anbefales, at forebyggelseskonsulenten indhenter tidstro data, blandt de borgere eller samarbejdspartnere, der aktuelt er kontakt til. Dermed kan der handles undervejs til gavn for de borgere, som forbedringsarbejdet handler om. Data indsamles hyppigt, gerne ugentligt, så det er muligt at følge data over tid, og hvordan det går med mål-opfyldelse.

Data vises løbende, så forebyggelseskonsulenten kender udviklingen og bruger data og erfaringer fra afprøvninger i sin kommunikation med leder og kolleger. Der er særlige principper for, hvordan man følger data over tid [102].

På www.sst.dk/hjemmebesoeg-aeldre er forbedringsmodellen beskrevet mere detaljeret, og der er eksempler på anvendelsen i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg til ældre i kommuner.

6

Referencer

1. World Health Organization. World report on ageing and health. Genève: World Health Organization, 2015.
2. Center for Sund Aldring. Hvad er det gode seniorliv? – En kvalitativ undersøgelse af ældre borgeres oplevelse af livskvalitet i Thisted, Faaborg-Midtfyn og Horsens Kommune. København: Københavns Universitet, 2017.
3. Jensen, B. B. Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden. Læring i sundhedsvæsenet. København: Gyldendal Uddannelse, 2000.
4. Retsinformation. Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven (Vejledning nr. 2 til serviceloven). [Online] www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=170634.
5. Retsinformation. BEK nr 716 af 07/07/2019 om Bekendtgørelse om tilrettelæggelse af samt kvalitetsstandarder for de forebyggende hjemmebesøg efter servicelovens § 79 a. Retsinformation.dk. [Online] www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=209791.
6. VIVE. Barnløshed og familieform i det sene voksenliv. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.
7. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse på ældreområdet – Håndbog til kommunerne. København: Sundhedsstyrelsen, 2015.
8. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Alkohol. København: Sundhedsstyrelsen, 2018. 978-87-7104-974-9.
9. PWC. Analyse af overgangen fra arbejdsliv til pensionistliv – Afrapportering. København: PWC, 2019.
10. Sundhedsstyrelsen. Danskernes sundhed – Den nationale sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.
11. VIVE. Forebyggende hjemmebesøg til ældre – tidlig opsporing. Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd, 2020.
12. Marselisborg. Inspirationskatalog: Målretning af de forebyggende hjemmebesøg. Viden, redskaber og erfaringer til udvikling af praksis. 2017.
13. Sundhedsstyrelsen. Opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne – En guide til kommuner vedrørende forebyggende hjemmebesøg. København: Sundhedsstyrelsen, 2017.
14. Kommunernes Landsforening. Udveksling af personoplysninger inden for sundheds- og ældreområdet – Juridisk vejledning v. 1.0. 2019.
15. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse og sundhedsfremme til ældre. København: Sundhedsstyrelsen, 2020.
16. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakker til kommunerne. [Online] 2019. www.sst.dk/da/viden/forebyggelse/forebyggelsespakker-til-kommunerne.
17. Rosdahl, G. Den motiverende samtale i teori og praksis. København: Munksgaard, 2013.
18. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Mental sundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.
19. Marselisborg. Ensomhed blandt ældre – hvem, hvorfor og hvad gør vi? Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence & Viden, 2012.
20. Det Etiske Råd. Baggrundspapir om tidlig opsporing af sygdom. 2019.
21. Bartholomoew , LK et al. Planning health Promotion programs. An Intervention Mapping Approach. 3. ed . San Francisco: Josey-Bass, 2011.
22. Kreuter MW, & Wray R. Tailored and targeted health Communications: Strategies for Enhancing Information Relevance. Am J Health Behaviour. 2003.
23. Wackerhausen, S. Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme. Sundhedsbegreber filosofi og praksis. Århus: Forlaget Philosophia, 2000.
24. Simovska V, Jensen, JM. Sundhedspædagogik i sundhedsfremme. København: Gads Forlag, 2012.

25. Jørgensen, K. Kommunikation for sundhedsprofessionelle. Kommunikation i sundhedsvæsenet. København: Gads Forlag, 2014.
26. Tomm, K. Interventive interviewing: Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive questions? Family Process. 1988, 27.
27. Prochaska, J. O., & DiClemente C. C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983, Årg. 51, 3.
28. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy, the solid facts. Genève: World Health Organization, 2013.
29. Aaby A et al. GPS – God praksis i folkesundhed. Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv – en vej til lighed i sundhed? Dansk Selskab for Folkesundhed, 2019.
30. Maindal , HT og Vinther-Jensen, K. Sundhedskompetence (Health literacy) – teori, forskning og praksis. Klinisk Sygepleje – Idunn. 1, 2016.
31. Madsen, SV. Mænds sundhed og sygdomme. København: Forlaget Samfunds-litteratur, 2014.
32. Egeblad, C. & Amstrup, K. Migration, etnicitet og aldring. Gerontologi. Livet som gammel. København: Munksgaard, 2011.
33. ÆldreForum. Ældre med anden etnisk bagrund – viden og inspiration til indsats. 2013.
34. Grønbæk , M, Rewentlow, S. & Jensen , B B. Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard, 2016.
35. Houborg, U. Den sundhedspædagogiske samtale med forældre og børn. I K. Jørgensen. Kommunikation – for sundhedsprofessionelle. København: Gads Forlag, 2014.
36. Sundhedsstyrelsen. International klassifikation af funktionsevnen, funktionsevne-nedsættelse og helbredstilstand. København: Munksgaard, 2003.
37. Sundhedsstyrelsen. Forebyggende hjemmebesøg – Redskaber. Sundhedsstyrelsen. [Online] 2020. www.sst.dk/hjemmebesoeg-aeldre.
38. Rudersdal Kommune . Frivillighedsguide – En brugsguide til samarbejdet mellem frivillige og kommunen. Rudersdal Kommune , 2016.
39. Nationalt Videnscenter for Demens. Værktøjskassen -Samtalehjulet. Videnscenterfordemens.dk. [Online] www.videnscenterfordemens.dk/kurser/2020/02/vaerktoejskassen-samtalehjulet.
40. Sundhedsstyrelsen. Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019. København: Sundhedsstyrelsen, 2019.
41. Nationalt Videnscenter for Demens. Videnscenterfordemens.dk. Nationalt Videnscenter for Demens. [Online] [Citeret: 14. Maj 2020.] www.videnscenterfor-demens.dk/statistik.
42. National Videnscenter for Demens. Nationalt Videnscenter for Demens – Forekomst af demens i Danmark. [Online] 14. Juni 2019. www.videnscenterfordemens.dk/statistik/forekomst-af-demens-i-danmark.
43. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. København: Sundhedsstyrelsen, 2016.
44. Jensen, H. R. A. et al. Funktionsniveau blandt personer på 65 år eller derover. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017. København: Statens Insitut for Folkesundhed (SDU), 2020. 978-87-7899-505-6.
45. Hede, B. Ældre på plejehjem – konsekvenser for den gennemførte tandpleje. Aktuel nordisk odontologi. 41, 2016.
46. Fritmodt-Møller, N. Hyppigheden af både urinvejsinfektion og asymptomatisk bakteriuri stiger med alderen. Ugeskr Læger. 2013, 47.

47. Gerstoft , J & Helleberg, M. Evidens og retningslinjer for influenza- og pneumokok-vaccination af ældre. Ugeskrift for Læger. 2013, 47.
48. Kroushede, V. & Nielsen, L. For mental sundhed – Et nyt perspektiv / ABC for mental sundhed – fra retorik til handling . København: Statens Institut for Folkesundhed (SDU), 2015. ISBN 978-87-7899-316-8
49. Dansk Selskab for Folkesundhed. GPS for Folkesundhed – Ensomhed. Dansk Selskab for Folkesundhed, 2018.
50. Nielsen, L., Hinrichsen, C., Santini, Z. I. & Koushede, V. Måling af mental sundhed. København : Statens Institut for Folkesundhed (SDU), 2017. 978-87-7899-370-0.
51. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Seksuel sundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2018. 978-87-7104-981-7.
52. Sex og Samfund. Sex og Samfund – Seksuel sundhed og trivsel hos ældre. Sexogsamfund.dk. [Online] https://sexogsamfund.dk/fagfolk/aeldre.
53. World Health Organization. Use of well-being measures in primary health care – The DepCare project health for all. Target 12. Geneva : WHO, 1998. E60246.
54. Nordea Fonden. ABC for mental sundhed. www.abcmentalsundhed.dk. [Online] [Citeret: 6. 2 2020.]
55. Rambøll Management Consulting. Erfaringsindsamling. Eksempler på god praksis i kommunale indsatser til. København : Sundhedsstyrelsen, 2020.
56. Sundhed.dk. Depression. [Online] 2018. www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/depression/depression-en-oversigt.
57. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Sikkert seniorliv. [Online] 2019. https://patientsikkerhed.dk/projekter/sikkertseniorliv/.
58. Det Nationale Sorgcenter. Om sorg . [Online] 2019. https://sorgcenter.dk/om-sorg/.
59. Det Nationale Sorgcenter . Naturlig sorg. [Online] 2019. https://sorgcenter.dk/naturlig-sorg/.
60. Mogensen, P. E. & Roesgaard, J. At forstå sorg – teoretiske og praktiske perspektiver. København: Samfundslitteratur, 2013. 9788759316856.
61. Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., Maciejewski, P. K. A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. [forfatter] Margaret S., Hansson, Robert O., Schut, Henk, Stroebe, Wolfgang Stroebe. Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention. Washington, DC, US: American Psychological Association, 2008.
62. Supiano, K. P. & Luptak, M. Complicated grief in older adults: a randomized controlled trial of complicated grief group therapy. Oxford: The Gerontologist, 2013. https://doi.org/10.1093/geront/gnt076.
63. Wittouck et al. The prevention and treatment of complicated grief: a metaanalysis. 2011. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005.
64. Livslinien. Fakta om selvmord. [Online] 2019. www.livslinien.dk/viden-om-selvmord/fakta-om-selvmord.
65. Depressionsforeningen . Hver dag begår to personer selvmord – den ene har en depression. [Online] 2017. https://depressionsforeningen.dk/hver-dag-begaar-to-personer-selvmord-selvmordsforsoeg-i-danmark/.
66. Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregistret. [Online] 2019. https://sundhedsdatastyrelsen.dk/dar.
67. Alzheimer foreningen. Alzheimer foreningen – Livet med demens. Alzheimer.dk. [Online] www.alzheimer.dk.
68. Jorgensen, K., Nielsen, T. R. et al. Brief Assessment of Impaired Cognition Questionnaire (BASIC-Q) – Development and validation of a new tool for identification of cognitive impairment in community settings. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2020. 0885-6230-1099-1166.

69. Nationalt Videnscenter for Demens. BASIC-Q beskrivelse. videnscenterfordemens.dk. [Online] 2020. www.videnscenterfordemens.dk/media/1270643/basic-q-beskrivelse-web.pdf.
70. Nationalt Videnscenter for Demens. 10 advarselstegn ved demens. Videnscenterfordemens.dk. [Online] 7. Februar 2019. www.videnscenterfordemens.dk/advarselstegn.
71. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Fysisk aktivitet. København : Sundhedsstyrelsen, 2018.
72. Københavns Universitet . Fysisk aktivitet og aldring – en konsensuskonference. København : Institut for idræt og ernæring, 2018.
73. Gillespie , LD, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2012, 9.
74. Bergland, A. og Heine Strand, B. Norwegian reference values for the Short Physical Performance Battery (SppB): the Tromsø Study. BMC Geriatrics. 2019, 216.
75. World Health Organization. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Géneve : WHO, 2003.
76. Miljø- og fødevareministeriet. Alt om kost – Mad, måltider og motion. [Online] https://altomkost.dk/.
77. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Mad og måltider. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.
78. Aarhus Universitet. Effekten af visiteret ernæring, mad og måltider til ældre i eget hjem på livskvalitet, herunder spiseglæde og funktionsevne. Aarhus: Aarhus Universitet, 2016.
79. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Overvægt. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.
80. Helsedirektoratet. Gjennomføre forebyggende hjemmebesøk i kommunen. [Online] 2019. www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/gjennomfore-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen/invitasjon.
81. Sundhedsstyrelsen. Bedre måltider til ældre. [Online] www.sst.dk/da/bedremaaltider.
82. Sundhedsstyrelsen. Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen, 2014.
83. Wieben, E. S. et al. Ældres alkoholvaner kræver behandling. 2014. Forebyggelse på ældreområdet. Sundhedsstyrelsen
84. Sundhedsstyrelsen. Guide til implementering af to anbefalinger om tidlig indsats fra forebyggelsespakken om alkohol. København: Sundhedsstyrelsen, 2013.
85. Stoplinien. Stoplinien.dk. [Online] Sundhedsstyrelsen. https://stoplinien.dk/.
86. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Tobak. København: Sundhedsstyrelsen, 2018. 978-87-7104-984-8.
87. Sund By Netværket. Very Brief Advice – Meget kort rådgivning om rygestop. København: Sund By Netværket, 2017. 978-87-92848-18-5.
88. Sundhedsstyrelsen. Very Brief Advice (VBA). 2018. [Online] www.sst.dk/-/media/Viden/Tobak/Rygestop/Inspirationsark-til-kommuner/Very-Brief-Advice-_VBA_.ashx.
89. VIVE. Ældres boligsituation og fremtidige boligønsker. København: Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019.
90. Socialstyrelsen. Om velfærdsteknologi på det sociale område. [Online] 2020. https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/hjaelpemidler-og-velfaerdsteknologi/om-velfaerdsteknologi.
91. Socialstyrelsen. Rehabilitering på ældreområdet – Inspiration til kommunal praksis. Odense: Socialstyrelsen, 2014.

92. Hemingway Club. Hemingway Club – Vejen til det gode liv for voksne mænd. hemingwayclub.dk. [Online] https://hemingwayclub.dk.
93. Fonden Ensomme Gamles Værn. Fortæl for livet. 2015. [Online] www.egv.dk/fortael-for-livet.
94. Social- og indenrigsministeriet . National civilsamfunds strategi – en styrket inddragelse af civilsamfundet og frivillige organisationer i den sociale indsats. København: Social- og indenrigsministeriet, 2010.
95. Sundhed.dk. Patientforeninger. [Online] 2019. www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedsvaesenet/andre-sundhedsaktoerer/patientforeninger.
96. Center for Frivilligt Socialt Arbejde. Foreningsportalen. [Online] https://frivillighed.dk/foreningsportalen.
97. DGI. Find en forening. [Online] www.dgi.dk/foreninger.
98. Frivillighjælp og Selvhjælp Danmark . Frivilligcentre. [Online] www.frise.dk/frivilligcentre.
99. Langley, G. J. The improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance. San Francisco: Jossey-Bass, 2009. 978-0470192412.
100. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Forbedringsmodellen – PDSA. Patientsikkerhed.dk. [Online] https://patientsikkerhed.dk/forbedringsmodellen/.
101. Sundhedsstyrelsen. Implementeringshåndbog – Gennemfør planen . [Online] 2019. www.sst.dk/da/Opgaver/Patientforloeb-og-kvalitet/Nationale-kliniske-retningslinjer-NKR/Implementeringshaandbog/Hjaelpevaerktoejer/Gennemfoer-planen.
102. Anhøj, J. Kompendium i kvalitetsudvikling. København: Munksgaard, 2015. 9788762814837.

Forebyggende hjemmebesøg til ældre
Vejledning

©Sundhedsstyrelsen 2020
Udgivelsen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7014-189-5
ISBN trykt udgave: 978-87-7014-188-8

Sprog: Dansk
Version: 1
Versionsdato: 26. juni 2020
Format: pdf
Design og layout: BGRAPHIC
Foto: Heidi Maxmiling forsidefoto og side 15.
Øvrige Johnér

Tekstbidrag til kapitel 3 og 5:
Dorit Wahl-Brink, Marselisborg Consulting

Redaktionel bearbejdning:
Lene Halmø Terkelsen, journalist

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
www.sst.dk

Sundhed for alle