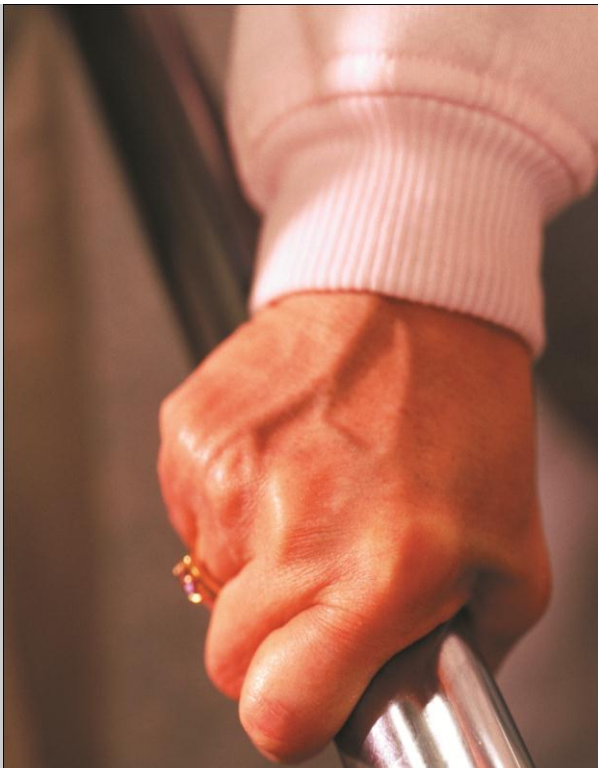
Til
Socialstyrelsen

Dokumenttype
Rapportudkast

Dato
December 2012

FOREBYGGELSE AF FUNKTIONSEVNETAB HOS ÆLDRE

KORTLÆGNING AF KOMMUNALE PRAKSIS-ERFARINGER



RAMBØLL

FOREBYGGELSE AF FUNKTIONSEVNETAB HOS ÆLDRE KORTLÆGNING AF KOMMUNALE PRAKSIS-ERFARINGER

Revision **Endelig**
Dato **December, 2012**

Rambøll
Hannemanns Allé 53
DK-2300 København S
T +45 5161 1000
F +45 5161 1001
www.ramboll-management.dk

INDHOLD

1.	**Indledning**	**1**
1.1	Formålet med kortlægningen	1
1.2	Præsentation af undersøgelsens fokus	1
1.3	Rapportstruktur	4
2.	**Konklusion og forslag til indsatsområder**	**5**
2.1	Forslag til indsatsområder	5
2.1.1	Kommunernes opsporing af målgruppen	6
2.1.2	**Kommunernes forebyggende indsatser**	7
2.1.3	**Understøtte af kommunernes vurdering af effekter**	8
3.	**De overordnede rammer for forebyggelsesarbejdet for ældre**	**9**
4.	**Målgruppen for kommunale forebyggelses-indsatser på ældreområdet**	**11**
5.	**Forebyggelsesindsatsernes indhold**	**13**
5.1	Opsporing af målgruppen	13
5.2	Konkrete redskaber i forebyggelsesindsatserne	16
5.2.1	**Kommunernes anvendelse af evidensbaserede metoder i forebyggelsesindsatserne**	16
5.3	Indsatser målrettet borgernes fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau	18
5.3.1	**Kommunernes forebyggende indsatser målrettet borgerens fysisk funktionsevne**	19
5.3.2	**Kommunernes forebyggende indsatser målrettet borgerens sociale funktionsevne**	21
5.3.3	**Forebyggelsesindsatser målrettet borgernes psykiske funktionsevne**	22
5.4	Det forebyggende hjemmebesøg (jf. Servicelovens § 79a)	23
6.	**Forebyggelsesindsatsernes organisering og implementering**	**28**
6.1	De overordnede rammer for forebyggelsesarbejdet	28
6.2	Samarbejdet internt i kommunen	29
6.3	Det kommunale samarbejde med eksterne aktører	30
6.4	Implementering af forebyggelsesindsatserne	32
6.5	Kompetenceudvikling som implementeringsredskab	33
7.	**Forebyggelsesindsatsernes effekt**	**36**
7.1	Kommunernes arbejde med dokumentation af forebyggelsesindsatser	36
7.1.1	**Resultater og effekter for borgerne**	38
7.1.2	**Omkostningseffektivitet**	39

BILAG

Bilag 1 - Den anvendte metode

Bilag 2 - Præsentation af de fire casekommuner

Bilag 3 - Eksempler på forebyggelsesinitiativer i de tre casekommuner

1. INDLEDNING

1.1 Formålet med kortlægningen

Med det formål at skabe et velfunderet grundlag for at målrette og fokusere udviklingen af indsatser vedrørende forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre har Socialstyrelsen bedt Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) gennemføre en kortlægning af kommunale praksiserfaringer i forhold til forebyggelsesindsatser til forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre og en kortlægning af eksisterende viden og evidens på forebyggelsesområdet for ældre. Denne rapport vedrører udelukkende førstnævnte kortlægning, men skal ses i sammenhæng med kortlægningen af viden og evidens på området (jf. Forebyggelse til bevarelse af alderssvarende funktionsevne hos ældre - kortlægning af viden og Evidens, Rambøll Management, 2012).

På baggrund af nærværende kortlægning samt kortlægning af viden og evidens skal der udvikles og afprøves forebyggende indsatser inden for en række udvalgte indsatsområder. De valgte indsatser skal have dokumenteret effekt, i forhold til at den enkelte ældre kan bevare sin samlede funktionsevne og livskvalitet.

Kortlægningerne er det første led i projektet "Forebyggelse til bevarelse af alderssvarende funktionsevne hos ældre", der strækker sig over perioden fra 2012 til 2016 og har til formål at give kommunerne konkrete anbefalinger og redskaber til at forbedre forebyggelsesindsatsen på ældreområdet. Projektet skal kvalificere og understøtte kommunernes forebyggende arbejde på ældreområdet med det formål, at de ældre hjælpes til at kunne bevare deres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne, og med det afledte formål at begrænse eller udskyde borgerens behov for at modtage hjælp fra andre. Projektet skal bidrage til, at kommunernes arbejde med forebyggelse på ældreområdet kan udføres målrettet og omkostningseffektivt.

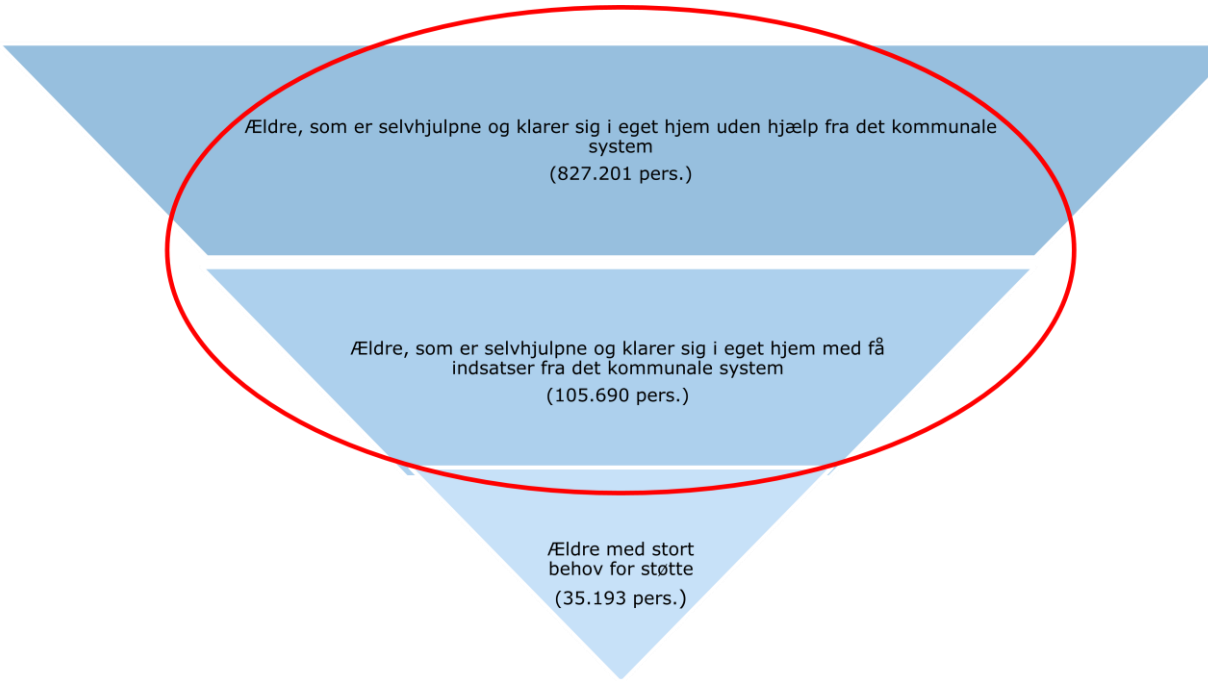
1.2 Præsentation af undersøgelsens fokus

Undersøgelsens målgruppe er afgrænset til ældre (over 65 år) med et funktionsniveau, der muliggør, at de i høj grad kan klare sig selv i hverdagen, men som samtidig er i risiko for at få et nedsat funktionsniveau. En borger i målgruppen kan godt have visse skavanker eller sygdomme, men samtidig have et funktionsniveau, der muliggør, at denne i høj grad klarer sig selv i hverdagen. Det er eksempelvis den gruppe af ældre, der modtager begrænset eller ingen hjemmepleje fra kommunen, eller ældre med en kronisk sygdom, som med medicinering formår at leve med sygdommen uden et stort plejebehov. Målgruppen omfatter ligeledes ældre, der har genvundet et godt funktionsniveau efter et endt rehabiliteringsforløb. Afgrænsningen af målgruppen betyder, at den ikke omfatter den gruppe af ældre, der har behov for omfattende pleje, eller som indgår i rehabiliteringsforløb.

Metoden, der ligger til grund for kortlægningen, er beskrevet i bilag 1.

Den nedenstående figur illustrerer de primære målgrupper for kommunernes forebyggende indsatser, hvilket er illustreret med den røde cirkel.

Figur 1: Illustration over målgruppen for denne kortlægning



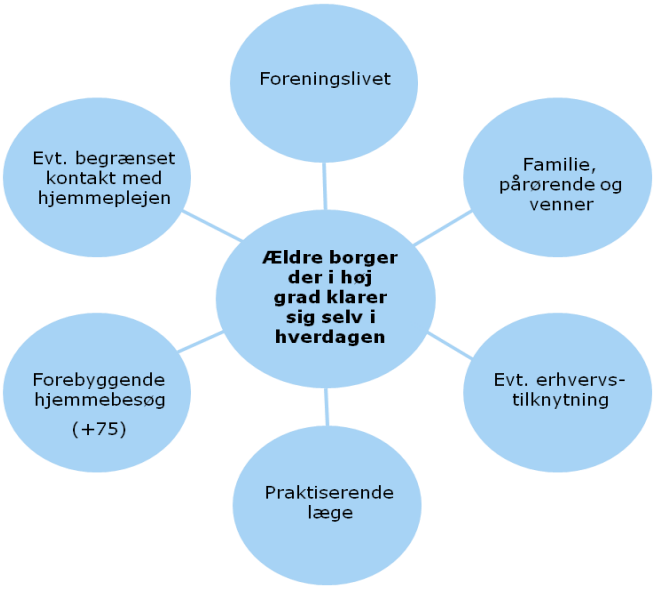
Note: Antallet af personer, som er selvhjulpne og kan klare sig i eget hjem med få indsatser fra det kommunale system (midterste del af figuren), er defineret ved personer, som modtager hjemmehjælp under 4 timer ugentligt. Kilde: Danmarks Statistik.

Som figuren viser, var der i 2011 på landsplan 827.201 personer over 65 år, som klarede sig selv i eget hjem uden kommunal hjælp. Nogle af disse borgere vil ikke have behov for en forebyggende indsats fra kommunen, men kortlægningens primære målgruppe findes inden for denne gruppe. Der er en naturlig tendens til, at andelen af hjemmehjælpsmodtagere stiger i takt med aldersgrupperne. Af de 65-69-årige er det under 5 pct., som modtager varig hjemmehjælp, mens andelen af de 70-79-årige er på omkring 10 pct. Herefter stiger andelen af ældre, som modtager varig hjemmehjælp markant, hvor 40 pct. af ældre over 80 år er modtagere af varig hjemmehjælp[1].

Da de ældre i målgruppen ikke har fast kontakt med kommunens hjemmepleje, er den opsporende indsats central. I den nedenstående figur 2 illustreres de kontaktflader, som en borger i målgruppen kan have. Figuren viser samtidig oplagte kommunale opsporingskanaler i forhold til målgruppen for de forebyggende indsatser. Der kan være borgere i målgruppen, som har eller har haft kontakt med den kommunale hjemmepleje, eksempelvis i forbindelse med et afsluttet rehabiliteringsforløb. Til sammenligning illustreres i figur 3 de kontaktflader, som en ældre borger, med et stort plejebehov, kan have.

[1] Kilde: Danmarks Statistik

Figur 2: Eksempel på de kontaktflader, som en borger i målgruppen typisk kan have



Figur 3: Eksempel på de kontaktflader som en ældre, med et stort plejebehov, typisk kan have

Borgerens samlede funktionsniveau er i kortlægningen defineret ud fra tre typer funktionsniveauer: *Det fysiske funktionsniveau*, *det psykiske funktionsniveau* og/eller *det sociale funktionsniveau*. De tre typer funktionsniveauer er yderligere beskrevet i nedenstående boks.

Boks 1: Beskrivelse af forskellige funktionstyper

Fysisk funktionsevne er evnen til at klare sig selv, herunder ikke mindst ADL-funktioner (de funktioner, der knytter sig til den almindelige daglige levevis), og det at kunne komme selvstændigt omkring

Psykisk funktionsevne er evnen til at vurdere, vælge og udvikle sig

Social funktionsevne er evnen til at kunne varetage og udvikle sociale kontakter og forpligtigelser

(jf. Forebyggelse i alderdommen. Red. Avlund et al., 2001).

Serviceloven lægger vægt på en samlet, helhedsorienteret forebyggende indsats, der kan bidrage til at modvirke en forringelse af den enkeltes fysiske eller psykiske funktionsevne, ligesom der sættes fokus på udviklingsmuligheder og livsudfoldelse, herunder understøttelse af den enkeltes muligheder for en selvstændig tilværelse med øget tryghed og trivsel. Derfor er der i praksis ofte en tæt integration af de tre funktionsniveauer.

1.3 Rapportstruktur

Rapporten er bygget op således, at kapitel 2 præsenterer kortlægningens konklusion og Rambølls forslag til fokuspunkter i det videre arbejde med at udvikle forebyggelsesområdet målrettet ældre i kommunerne. I kapitel 3 præsenteres de overordnede rammer for forebyggelsesarbejdet. I kapitel 4 beskrives målgruppen for forebyggelsesindsatserne, og i kapitel 5 uddybes indholdet i kommunernes konkrete forebyggelsesindsatser. I kapitel 6 præsenteres den kommunale organisering af området, og i kapitel 7 fokuseres på forebyggelsesindsatsernes effekt og omkostningseffektivitet.

2. KONKLUSION OG FORSLAG TIL INDSATSOMRÅDER

Kortlægningen af kommunale praksiserfaringer viser, at kommunernes forebyggelsesindsatser på ældreområdet primært er målrettet kronisk syge ældre, ældre, der er udskrevet fra hospitalet, overvægtige/undervægtige samt ensomme ældre.

Da målgruppen for de forebyggelsesindsatser, som denne kortlægning har fokuseret på, er ældre, der er selvhjulpne og klarer hverdagen selv og ældre, der modtager begrænset hjemmehjælp, har kommunen ofte ikke nogen løbende kontakt med borgerne. Opsporingen af målgruppen er derfor helt central for kommunens forebyggende indsatser. Hovedparten af kommunerne oplyser, at de anvender specifikke redskaber til den opsporende indsats, og at kommunernes samarbejde med eksterne parter er vigtigt for den opsporende indsats. De involverede casekommuner har gode erfaringer med at samarbejde med praktiserende læger, fordi de er i kontakt med en stor del af målgruppen løbende. Ligeledes kan eksempelvis pårørende, naboer, viceværter, kirken mv. være centrale for kommunens opsporende indsats i forhold til målgruppen.

Halvdelen af kommunerne oplyser, at deres forebyggende indsatser bygger på evidensbaserede metoder. Der er mindre tid færre kommuner, der arbejder med velbeskrevne metoder, hvor det klart fremgår, hvordan forebyggelsesindsatsen skal tilrettelægges og gennemføres. Der ses en tendens til, at de kommuner, som har udarbejdet politiske strategier og målsætninger for området, også er de kommuner, der arbejder med evidensbaserede metoder i forebyggelsesindsatserne.

Kommunernes forebyggelsesindsatser er primært rettet mod borgerens fysiske funktionsniveau og i mindre grad mod borgerens sociale og psykiske funktionsniveau. Det er ofte forebyggelse af borgerens fysiske funktionsniveau, der er årsagen til, at der iværksættes en forebyggende indsats, men ofte har indsatsen også et socialt eller psykisk aspekt. Der kan eksempelvis være tale om motion, der tilrettelægges som holdundervisning, så der ligeledes er sociale aspekter med i indsatsen. Flere af casekommunerne oplever, at det er vanskeligt for kommunen at tilbyde forebyggende indsatser rettet mod borgerens psykiske funktionsniveau, fordi kommunens medarbejdere ofte ikke har de nødvendige kompetencer. Flere kommuner har dog fokus på indsatser målrettet demens. Flere af casekommunerne har ansat specialiserede demenskoordinatorer, der bl.a. inddrages i forbindelse med en forebyggende indsats, hvis en borger viser tegn på demens i et tidligt stadie.

Samarbejdet med frivillige organisationer er centralt for kommunernes organisering af de forebyggende indsatser. Kommunerne har et samarbejde med et bredt spektrum af frivillige, der tilbyder forbyggende indsatser indenfor eksempelvis motion, kost, ældreklubber mv.

Kortlægningen viser, at næsten alle kommuner (90 pct.) indsamler dokumentation for nogle eller alle forebyggende indsatser. Der er ofte tale om aktivitetsmål for de ældres deltagelse eller eksempelvis før- og eftermålinger af de ældres fysiske funktionsniveau. Ca. 40 pct. af kommunerne anvender dokumentationen til udvikling og kvalitetssikring af det forebyggende arbejde i relation til den enkelte borger. Kun ca. en tredjedel af kommunerne har procedurer for, hvordan dokumentationen anvendes i forhold til identifikation af strategiske mål og nye indsatsområder.

80 pct. af kommunerne mener, at forebyggelsesindsatserne reducerer ældres eventuelle senere behov for hjælp. Samtidig er der kun 44 pct., der mener, at de kan dokumentere resultater og effekter af de forebyggende indsatser, og 26 pct. af kommunerne siger, at de ikke ved, om de forebyggende indsatser skaber de ønskede effekter for borgerne. De udvalgte casekommuner oplever ligeledes, at det er vanskeligt at dokumentere forebyggelsesindsatsernes effekter, fordi der er mange faktorer, der har betydning for en borgers funktionsniveau, og fordi kommunerne kan have en relativt begrænset målgruppe for de enkelte forebyggelsesindsatser.

2.1 Forslag til indsatsområder

Som nævnt i indledningen har Rambøll gennemført to kortlægninger om forebyggelsesindsatser målrettet ældre i perioden fra juni til november 2012. De to kortlægninger har givet viden om kommunale praksiserfaringer og viden om effektive forebyggelsesindsatser målrettet ældre. På

baggrund af de to kortlægninger har Rambøll udarbejdet en række forslag til indsatsområder med henblik på at understøtte udviklingen af kommunernes forebyggende indsatser.

2.1.1 Kommunernes opsporing af målgruppen

Kortlægningerne peger på, at opsporingsarbejdet i forhold til målgruppen er et vigtigt fokuspunkt for det fremadrettede arbejde på området, fordi kommunerne ofte ikke har en løbende kontakt med borgerne i målgruppen.

Kortlægningen af kommunale praksiserfaringer viser, at det forebyggende hjemmebesøg er centralt for kommunernes forebyggende indsatser, og 76 pct[2]. af kommunerne siger, at de arbejder med at udvikle det forebyggende hjemmebesøg. Samtidig viser kortlægningen af viden og evidens om forebyggende indsatser evidens for, at forebyggende hjemmebesøg har en positiv forebyggende effekt i forhold til ældres funktionsevne, herunder fastholdelse af evnen til at kunne varetage almindelige daglige gøremål og aktiviteter (Meng et al, 2009, Vassa et al, 2008). Ligeledes giver litteraturen viden om effektive opsporingsstrategier (Ekmann et al, 2010).

Det er kommunerne selv, der træffer beslutning om tilrettelæggelse af de forebyggende hjemmebesøg. Rambøll ser det derfor som et opmærksomhedspunkt for det videre arbejde på området, at kommunerne understøttes i at anvende de mest effektive opsporingsmetoder, og at kommunerne inddrager den tilgængelige viden om effektive indsatser i deres tilrettelæggelse af de forebyggende hjemmebesøg. Bl.a. viser et studie, at borgere med en lavere socioøkonomisk status er mindre tilbøjelige til at tage imod forebyggende indsatser. Studiet anbefaler i forlængelse heraf en proaktiv tilgang samt en ekstra opmærksomhed på gruppen af udsatte ældre i de forebyggende tilbud (Avlund, 2012). Blandt de inkluderede studier i kortlægningen er der fundet begrænset viden om effektive opsporingsstrategier rettet mod udsatte grupper[3]. Rambøll ser derfor et behov for, at der i det videre arbejde sættes fokus på, hvordan kommunerne kan forbedre det opsporende arbejde i forhold til udsatte grupper. Dette kan eksempelvis gøres ved at indgå et samarbejde med andre aktører uden for kommunen, hvilket uddybes nedenfor.

Litteraturen har givet begrænset viden om, hvad der kendetegner de borgere, der er i risiko for et funktionsevnetab. Det vurderes i forlængelse heraf, at det vil styrke kommunernes opsporingsstrategier at få mere viden om, hvilke faktorer de skal være opmærksomme på ved vurdering af, om en borger er i risikogruppe for et funktionsevnetab. Det foreslås i denne sammenhæng, at der i det fremadrettede arbejde sættes fokus på at analysere de ældres situation, inden de begynder at modtage mere omfattede hjemmehjælp – eksempelvis allerede i forbindelse med bevilling af madservice, tab af ægtefælle, sygehusindlæggelser mv. Dette vil give kommunerne brugbar viden om, hvilke risikofaktorer de skal være opmærksomme på i forhold til at vurdere, om en borger er i målgruppen for en forebyggende indsats.

Rambøll ser yderligere en mulighed for at styrke kommunernes opsporing af målgruppen ved at styrke et bredere forebyggende fokus i forbindelse med kommunens første kontakt til borgeren. Mange ældre får eksempelvis madservice eller praktisk hjælp som den første hjemmehjælpsydelse. Denne kontakt kan med fordel bruges til en opsporende vurdering af, hvorvidt borgeren er i risiko for et yderligere funktionsevnetab (eksempelvis ensomhed, eller yderligere tab af fysisk funktionsevne mv.).

Kortlægningen af kommunale praksiserfaringer viser, at flere kommuner har haft succes med at inddrage forskellige samarbejdsparter i opsporingsarbejdet for at møde de ældre der, hvor de naturligt færdes. Ældre kan have forskellige kontaktflader i landets kommuner, afhængig af eksempelvis bo mønstre (fx sociale boligforeninger vs. parcelhuskvarterer) og tilgængelige tilbud i kommunen. Derfor foreslås det, at der i det videre arbejde sættes et øget fokus på at kortlægge, hvilke kontaktflader de ældre i en kommune har, og hvordan samarbejdet mellem kommune og

---

[2] 13 pct. af kommunerne siger, at de "i meget høj grad" arbejder med at udvikle det forebyggende hjemmebesøg, 34 pct. har svaret, at de "i høj grad" arbejder med at udvikle det forebyggende hjemmebesøg, mens 29 pct. har svaret "i nogen grad" arbejder med at udvikle det forebyggende hjemmebesøg.

[3] Der er identificeret begrænset viden om opsporingen af udsatte grupper, men et studie viser at ældre med få økonomiske ressourcer er mere tilbøjelige til at acceptere et forebyggende hjemmebesøg, hvis de bliver inviteret via brev med datofor besøget sammenlignet med et mere generelt informationsbrev uden dato for besøget (Kilde: "Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?: a cross sectional study in Denmark", Yamada et al, 2012)

eksterne samarbejdsparter bedst tilrettelægges. Blandt de involverede casekommuner ses der gode eksempler på, hvordan samarbejdet kan organiseres, eksempelvis ved at ansætte sundhedsformidlere i boligområder, sociale viceværter eller ved brug af praksiskonsulenter, der udgør et bindeled mellem kommunen og de praktiserende læger.

2.1.2 Kommunernes forebyggende indsatser

På baggrund af kortlægningernes resultater foreslår Rambøll, at den fremadrettede styrkelse af kommunernes forebyggende indsatser målrettes udvalgte indsatsområder, hvilket uddybes i dette afsnit.

Fald og relaterede skader og ulykker: Kun 39 pct. af kommunerne arbejder med fald og relaterede skader og ulykker som et særligt indsatsområde for det forebyggende arbejde. Problemstillingen er imidlertid udbredt blandt ældre, idet en ud af tre ældre over 65 år oplever en faldulykke (Sundhedsstyrelsen, 2012). Der findes flere studier, der dokumenterer effekter af konkrete forebyggende indsatser målrettet faldulykker, heriblandt indsatser, der betoner fysiske aktiviteter samt mere komplekse indsatser, der adresserer de forskellige årsager og risikofaktorer i forhold til fald blandt ældre.

Rambøll foreslår i forlængelse heraf, at der fremadrettet arbejdes med at udbrede kommunernes kendskab til de forebyggende effekter af indsatser målrettet faldulykker, og at der arbejdes på at udbrede implementeringen af indsatserne i kommunerne.

Fysisk inaktivitet og udfordringer ved dagligdagsaktiviteter: Forebyggende indsatser målrettet fysisk inaktivitet og udfordringer ved dagligdagsaktiviteter er allerede udbredt blandt kommunerne (angives af 75 pct. af kommunerne som et særligt indsatsområde). Undersøgelser af kerneproblematikkernes udbredelse blandt ældre viser samtidigt, at det er centrale indsatsområder, da ca. halvdelen af ældre kan karakteriseres som fysisk inaktive (Sundhedsstyrelsen, 2008). Rambøll ser imidlertid et potentiale i at kvalificere kommunernes forebyggende indsatser ved at understøtte udbredelse af de effektive indsatser og organiseringen heraf, som dokumenteres i litteraturen. Rambølls dybdegående afrapportering af kortlægningen af evidens og viden på forebyggelsesområdet indeholder viden om effektive mekanismer og forebyggelsesindsatser, der kan fungere som inspiration til effektive kommunale forebyggelsesindsatser. Det drejer sig blandt andet om indsatser, der er gennemført i nærmiljøet, og indsatser, der betoner uddannelse, vejledning og motivation af de ældre. Derudover er der tale om strukturerede og individualiserede indsatser, hvor der er klare og tydelige planer for aktiviteten og gerne løbende supervision fra relevant fagpersonale.

Kognitiv funktionsnedsættelse: Kun 36 pct. af kommunerne angiver forebyggelse af den kognitive funktionsevne som et primært indsatsområde. Dog arbejder flere af kommunerne med forebyggelse af demens i et tidligt stadie, og mange kommuner har ansat demenskoordinatorer, der inddrages med forebyggende indsatser, hvis en borger viser tegn på demens.

I Rambølls kortlægning af viden og evidens om effektive forebyggelsesindsatser er der identificeret effektive forebyggende indsatser målrettet ældres kognitive funktionsniveau[4]. De effektive forebyggelsesindsatser, der er direkte målrettet ældres kognitive funktionsniveau, forudsætter viden hos medarbejderne om bl.a. ældres kognitive aldringsproces. Det vurderes, at en implementering af disse indsatser vil stille krav om kompetenceudvikling blandt medarbejdere i mange kommuner, hvilket bør indgå i en prioriteringsdebat i forhold til prioriteringen af disse indsatser. Studier peger imidlertid på, at der kan opnås positive effekter af eksempelvis fysisk aktivitet i forhold til borgerens kognitive funktionsniveau, ligesom også sociale aktiviteter og engagement påvirker den mentale sundhed positivt. Det foreslås i forlængelse heraf, at kommunernes opmærksomhed omkring forebyggelse af ældres kognitive funktionsniveau indarbejdes i fysiske og sociale forebyggelsesindsatser. Samtidig viser nærværende kortlægning af kommunale praksiserfaringer på forebyggelsesområdet, at kommunerne har gode erfaringer med at anvende det forebyggende hjemmebesøg og demenskoordinatorer til opsporing og forebyggelse af demens og depressioner blandt ældre.

[4] Kilde: Kortlægning af viden og evidens om effektive forebyggelsesindsatser, Rambøll, 2012.

Social isolation og ensomhed: Hovedparten af kommunerne (80 pct.) siger, at de har social isolation og ensomhed som et særligt indsatsområde i forhold til forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre. Det vurderes samtidig som et relevant indsatsområdet, da et nyligt gennemført studie viser, at ca. en fjerdedel af de ældre oplever ensomhed (Marselisborg, 2012). Kortlægningen viser imidlertid, at indsatserne typisk er tilrettelagt omkring fysiske aktiviteter eller eksempelvis i form af ældrecaféer eller lignende. Den inkluderede litteratur viser, at *relationsskabelse* er en vigtig mekanisme for at opnå positive effekter i forhold til isolation og ensomhed. Rambøll foreslår, at der i det videre arbejde sættes fokus på at udbrede forebyggende aktiviteter i kommunerne, der er bygget op omkring relationsopbygning. Det afgørende i denne sammenhæng er, at de forebyggende indsatser giver anledning til en meningsfuld relationsskabelse blandt de ældre.

Yderligere ser Rambøll det som et væsentligt fokusområde at understøtte kommunernes fokus på den opsporende indsats målrettet ensomme ældre, idet dette kan være en vanskelig målgruppe at opspore gennem kommunens generelle oplysning om tilgængelige tilbud. Dette kan bl.a. gøres gennem et samarbejde med personer, der har lettere adgang til de ældre (eksempelvis gennem samarbejde med sociale viceværter, der er tilknyttet almene boligselskaber).

Fejlernæring og øvrige KRAM-faktorer: Ca. halvdelen af kommunerne siger, at de arbejder med fejlernæring som et særligt indsatsområde for det forebyggende arbejde[5]. Dette skal ses i sammenhæng med, at området ofte er organisatorisk placeret som en del af kommunens generelle forebyggende indsatser, målrettet hele befolkningen (som led i kommunens generelle fokus på KRAM-faktorerne[6]). Det foreslås i denne sammenhæng som et opmærksomhedspunkt for det videre arbejde, at der sættes fokus på en god integration af kommunens generelle forebyggende indsatser målrettet KRAM-faktorerne med forebyggelsesbehovet, målrettet ældre, for de kommuner, der ikke allerede har fokus på dette. Dette vurderes særligt relevant i forhold til indsatser målrettet kost, alkohol og tobak, da kommunerne allerede har et udbredt fokus på forebyggelsesindsatser målrettet motion på ældreområdet. Det bør ske med henblik på at sikre, at viden om eksempelvis opsporing af målgruppen af ældre inddrages i kommunens generelle forebyggende arbejde.

2.1.3 Understøtte af kommunernes vurdering af effekter

En central udfordring på forebyggelsesområdet er, at hovedparten af kommunernes opgaver, der bevilliges efter Serviceloven, er såkaldte "kan"-opgaver. Kun det forebyggende hjemmebesøg er lovpligtigt. Samtidigt er området kendetegnet ved, at det er vanskeligt at dokumentere effekterne, fordi de ofte først realiseres efter en årrække, og fordi mange forhold potentielt kan have betydning for borgerens funktionsniveau. Rambøll vurderer på den baggrund, at det er centralt at sætte yderligere fokus på, hvilke effekter de forebyggende indsatser har, og hvorvidt indsatserne på sigt er omkostningseffektive for kommunerne. Der ses i forlængelse heraf et potentiale i at udvikle eksempler på modeller for økonomiske regnestykker, som kommunerne kan anvende, eventuelt i de etablerede tværkommunale netværk. Det foreslås, at der i det videre arbejde på området inddrages yderligere erfaringer fra de kommuner, der i denne kortlægning har angivet, at de kan dokumentere effekter af deres forebyggende indsatser, og at de mener, at indsatserne er omkostningseffektive. Denne gruppe af kommuner kan have nogle interessante erfaringer, i forhold til hvordan forebyggelsesindsatserne kan tilrettelægges og dokumenteres på en hensigtsmæssig måde.

[5] Der er ikke sondret mellem over- og undervægt.

[6] Forebyggelsesindsatser målrettet Kost, Rygning, Alkohol og Motion.

3. DE OVERORDNEDE RAMMER FOR FOREBYGGELSESARBEJDET FOR ÆLDRE

Forebyggelse af ældres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne for at bevare en alderssvarende funktionsevne er vigtigt for at bevare den enkelte ældres livskvalitet ved at være selvhjulpen på alle tre parametre, og samtidig kan den samfundsøkonomiske og kommunaløkonomiske gevinst være stor, fordi virkningsfulde forebyggelsestiltag potentielt er mere omkostningseffektive end rehabilitering.

Forebyggelse er, sammen med sundhedsfremme, et centralt begreb, når det gælder indsatsen for at sikre ældre menneskers sundhed og et godt liv uden sygdom, tab af funktionsevne og afhængighed af hjælp og pleje. Til et godt liv hører desuden, at hverdagen er tilpas fyldt med meningsfulde gøremål, social kontakt, selvbestemmelse, brug af egne ressourcer og deltagelse i samfundslivet.

Kommunerne har en række generelle forpligtelser på forebyggelsesområdet, herunder en række specifikke forpligtelser for forebyggelse vedrørende ældre borgere.

Fra den 1. januar 2007 har kommunerne fået en række nye opgaver inden for forebyggelse og sundhedsfremme. Opgaverne har hjemmel i Sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2.

- § 119, stk. 1: Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for sund levevis
- § 119, stk. 2: Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Forebyggelse er ligeledes et væsentligt formål i Serviceloven – både i forbindelse med tilrettelæggelsen af generelle tilbud og ved tildeling af konkrete ydelser, som skal tilgodese behov, der følger af nedsat funktionsevne. Serviceloven lægger vægt på en samlet helhedsorienteret indsats, der kan bidrage til at forbedre den enkeltes fysiske eller psykiske funktionsevne, ligesom der sættes fokus på social funktionsevne i form af udviklingsmuligheder og livsudfoldelse, herunder understøttelse af den enkeltes muligheder for en selvstændig tilværelse med øget tryghed og trivsel.

Serviceloven giver den enkelte kommune mulighed for fx at iværksætte eller yde støtte til generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte, som kan bidrage til at forebygge forværring og opretholde de ældres helbredstilstand og generelle trivsel i øvrigt. Tilsvarende er kommunen forpligtiget til at gennemføre forebyggende hjemmebesøg, jf. nedenstående lovgivning.

Af Serviceloven fremgår følgende:

> **§ 79, stk. 1.** Kommunalbestyrelsen kan iværksætte eller give tilskud til generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte retningslinjer for, hvilke persongrupper der kan benytte tilbuddene.
> *Stk. 2.* Afgørelser efter stk. 1 kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.
> *Stk. 3.* Social- og integrationsministeren fastsætter i en bekendtgørelse regler om betaling for tilbud efter stk. 1, herunder om beregningsgrundlaget for betalingen.
>
> **§ 79 a.** Kommunalbestyrelsen skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg til alle borgere, der er fyldt 75 år, og som bor i kommunen.
>
> *Stk. 2.* Kommunalbestyrelsen tilrettelægger besøgene efter behov. Kommunalbestyrelsen skal dog tilbyde mindst ét årligt forebyggende hjemmebesøg.
> *Stk. 3.* Kommunalbestyrelsen kan vælge at undtage de borgere, som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp efter § 83, fra ordningen om forebyggende hjemmebesøg.

> *Stk. 4.* Social- og integrationsministeren kan i samarbejde med økonomi- og indenrigsministeren fastsætte regler om de kommunale forpligtelser efter stk. 1-3, herunder om samordning med andre generelle kommunale forebyggende og aktiverende foranstaltninger.

Et centralt element i lovgivningen er, at kommunerne ikke er forpligtede på specifikke indsatser (udover forebyggende hjemmebesøg), men i høj grad selv kan tilrettelægge indsatsen.

I nedenstående figur ses udviklingen i antal gennemførte forebyggende hjemmebesøg og antallet af personer, der har modtaget et eller flere forebyggende hjemmebesøg.

Figur 4: Udviklingen i forebyggende hjemmebesøg på landsplan

Kilde: Danmarks Statistik

Som det fremgår af figuren, er der en tendens til et faldende antal forebyggende hjemmebesøg fra 2009 til 2011. Dette skal ses i sammenhæng med, at kommunernes forpligtigelse til at tilbyde forebyggende hjemmebesøg blev lempet som led i regeringens afbureaukratiseringsindsats. Med virkning fra den 1. juli 2010 er kommunerne ikke forpligtiget til at gennemføre to men kun et årligt forebyggende hjemmebesøg.

I de kommunale regnskaber for 2011 er udgifter til forebyggende indsatser for ældre 4,4 mia. kr., hvilket svarer til en stigning på 0,3 mia. kr. i forhold til regnskab 2010 (8 pct.). De samlede udgifter til forebyggende hjemmebesøg udgjorde 114 mio. kr. i regnskab 2011. Dertil kommer, at kommunerne samlet set bruger 463 mio. kr. på den generelle sundhedsfremme og forebyggelse i regnskab 2011 (kilde: Danmarks Statistik).

4. MÅLGRUPPEN FOR KOMMUNALE FOREBYGGELSES-INDSATSER PÅ ÆLDREOMRÅDET

Målgruppen for kortlægningen er, som nævnt i indledningen, ældre, der i høj grad klarer sig selv i hverdagen, men er i risiko for at få en nedsat funktionsevnen.

I dette afsnit belyses målgrupperne for kommunernes forebyggende indsatser yderligere på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen og de gennemførte casebesøg. Særligt sættes der fokus på de risikogrupper, som kommunerne angiver som centrale i forhold til forebyggelsesindsatser målrettet ældre.

Hovedparten af kommunerne oplyser, at de arbejder med forebyggende indsatser for særlige risikogrupper (80 pct.). De risikogrupper, som flest kommuner har forebyggende indsatser for, er *kronisk syge ældre*, *ældre udskrevet fra hospitalet* og *overvægtige/undervægtige ældre*. Dette indikerer, at kommunerne primært har fokus på ældre, der allerede har et vist tab af funktionsevne af fysisk, social eller psykisk karakter, og i mindre grad på ældre, der primært er i risiko for et funktionsevnetab. Den mest hyppige risikogruppe angivet under kategorien "andre" er ældre, der for nyligt har mistet deres ægtefælle.

Kommunernes besvarelse af spørgeskemaundersøgelsen fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 4-1: Særlige risikogrupper i forebyggelsesarbejdet generelt

Arbejder kommunen med forebyggende indsatser for særlige risikogrupper?	Pct., som har svaret bekræftende
Kronisk syge ældre	97
Ældre udskrevet fra hospital	85
Overvægtige/undervægtige ældre	73
Ensomme ældre	66
Socialt svage ældre	61
Enlige ældre	51
Ældre rygere	44
Ældre alkoholikere	37
Depressive ældre	31
Ikke etnisk danske ældre	19
Ældre, der lige er flyttet	12

Respondenterne har kunnet svare bekræftende eller undlade at svare. Tabellen summerer ikke til 100, fordi respondenterne har haft mulighed for at sætte flere kryds. N angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. N = 80. Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer, 2012.

På de gennemførte casebesøg fremhæves *ældre, der har mistet en ægtefælle* ligeledes som en væsentlig risikogruppe for forebyggelsesindsatserne. Flere kommuner har iværksat en målrettet opsporende indsats over for borgere, der mister sin ægtefælle. Eksempelvis foretager Sønderborg og Guldborgsund kommuner systematisk opkald til en ældre borger, der har mistet sin ægtefælle, efter 6-8 uger. Her spørges der til den ældres tilstand og situation, og kommunen tilbyder borgeren hjælp til at håndtere (krise)situationen eventuelt via et hjemmebesøg.

Boks 2: Guldborgsund Kommune og opsporing af ensomme enker og enkemænd

Guldborgsund Kommune har gode erfaringer med at kontakte borgere over 75 år, som mister en ægtefælle. Kommunen oplever, at kontakten til borgerne giver god mulighed for at opspore borgere, som er i risiko for at blive ensomme. Kommunen har mulighed for at aflægge et ekstra forebyggende hjemmebesøg, udover det lovpligtige, såfremt man vurderer, at det vil have en forebyggende effekt. På de forebyggende hjemmebesøg har kommunen generelt fokus på at tale med ældre ægtepar om fremtidssikring, når den ene på et tidspunkt dør. Fokus ligger særligt på boligforhold, da man af erfaring ved, at det kan udgøre en belastning for ældre at have en stor bolig, som ikke kan sælges.

Sammenhæng med viden og evidens på området:
Rambølls kortlægning af evidens og viden om effektive forebyggelsesindsatser på ældreområdet viser evidens for, at forebyggende hjemmebesøg har en forebyggende effekt. Flere studier peger på, at forebyggende hjemmebesøg, der gennemføres af professionelle, har en positiv effekt på ældres funktionsevne, som eksempelvis måles via evnen til at varetage daglige aktiviteter uden hjælp.
Kilde: Sundhedsstyrelsen (2006), Vass et al. (2005) (2009) (RCT), Vassa et al. (2008)

Det fremstår som et opmærksomhedspunkt i casekommunerne, at der er behov for at tilbyde forebyggende indsatser, der er tilpas varierede og rummelige til at indfange forskelligheder i målgruppen. Eksempelvis har Greve Kommune iværksat en forebyggende indsats målrettet borgere med diabetes, hvor der samtidig er opmærksomhed på etniske kvinder. Indsatsen er nærmere uddybet i nedenstående boks.

Casekommunerne oplever generelt, at det kan være en udfordring at motivere mænd til at deltage i de typiske kommunale forebyggende indsatser. I Holstebro Kommune har man gode erfaringer med at tilbyde et træværksted, der har åbent to formiddage om ugen og forestås af to frivillige instruktører. Her kan alle ældre for 50 kr. om året komme og lave træarbejde.

Boks 3: Greve: Diabetes-madskolen

I Greve Kommune tilbydes en madklub for diabetikere i alle aldre, herunder ældre, der vurderes at have gavn af at tilpasse kosten til deres sygdom, i dette tilfælde diabetes. Det centrale i indsatsen er, at der arbejdes med udgangspunkt i den type mad, som deltagerne i forvejen selv laver. Opskrifterne forsøges at tilpasses til en mere diabetesvenlig kost. Dette har stor betydning for alle ældre borgere, da det gør det lettere at leve mere hensigtsmæssigt i forhold til diabetessygdommen til forskel fra en model, hvor helt nye opskrifter skulle indlæres, og hvor den ældre har en oplevelse af, at sygdommen trænger unødigt meget ind i deres liv. Udgangspunktet i egne opskrifter har særlig betydning for ældre med anden etnisk baggrund end dansk. Foruden at denne aktivitet forbedrer de ældres problemer ved sygdommen, har madklubben en positiv sideeffekt på de ældres sociale liv, da de får udvidet deres netværk. Diabetes-madskolen organiseres i samarbejde med sundhedsformidlerne (jf. boks 6), som også deltager i diabetesmadskolen. Sundhedskorpset har den nære kontakt til ældre i lokalområdet og kan derfor kontakte ældre, som vil have gavn af at deltage i diabetesmadskolen. Hvis den ældre har svært ved at møde op, kan en sundhedsformidler følge den ældre af sted.

Sammenhæng med viden og evidens på området:
Rambølls kortlægning af evidens og viden om effektive forebyggende indsatser på ældreområdet viser, at der er evidens for, at undervisning i eller rådgivning om kost har en positiv effekt på ældres kost, og at indsatserne kan forbedre ældres fysiske funktionsniveau.
Kilde: Young et al., 2010 (Metastudie RCT)

5. FOREBYGGELSESINDSATSERNES INDHOLD

I dette afsnit beskrives indholdet i kommunernes forebyggelsesindsatser, både i forhold til opsporing af de ældre og de konkrete redskaber, som kommunerne anvender i deres forebyggende indsatser.

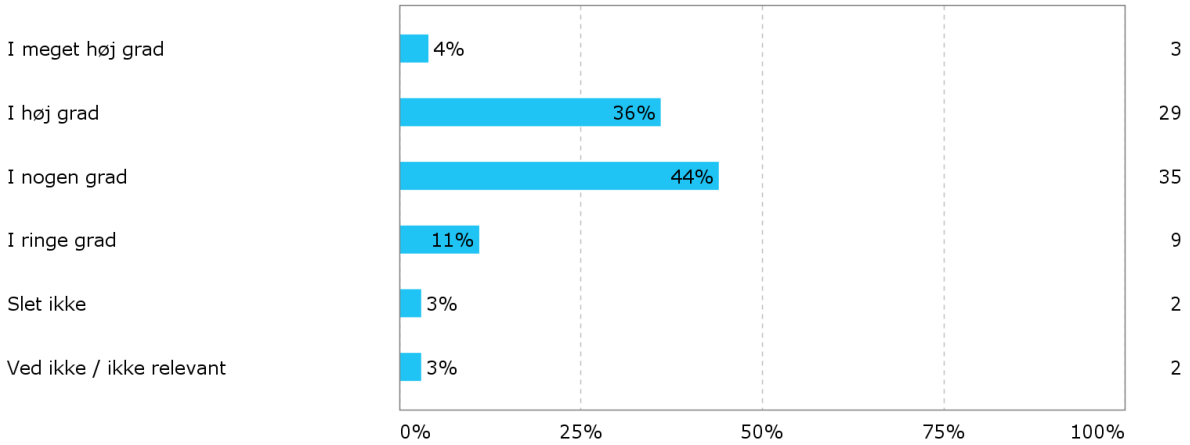
Kapitlet er opbygget således, at kommunernes opsporingsarbejde beskrives indledningsvist, hvorefter kortlægningens resultater præsenteres i forhold til konkrete forebyggende indsatser, som er målrettet henholdsvis borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau.

5.1 Opsporing af målgruppen

Opsporingen af målgruppen er central for kommunens forebyggende indsatser, fordi der ofte er tale om borgere, der ikke modtager ydelser fra kommunen, og som kommunen derfor ikke har en løbende kontakt med. I kortlægningen er der derfor sat fokus på, hvordan kommunerne har tilrettelagt opsporingen, og hvilke erfaringer casekommunerne har i forhold til at opspore den relevante del af målgruppen.

Hovedparten af kommunerne oplyser i spørgeskemaundersøgelsen, at de i varierende omfang anvender specifikke redskaber og/eller metoder til at opspore ældre, der har behov for en forebyggende indsats. Fordelingen af kommunernes besvarelser fremgår af nedenstående figur, der viser, at hovedparten af kommunerne "i nogen grad" eller "i høj grad" arbejder med specifikke opsporingsredskaber, metoder mv.

Figur 5: Kommunernes besvarelse af om de anvender specifikke redskaber, metoder m.m. til at opspore de ældre, der har behov for en forebyggende indsats



Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.
Note: Tallene til venstre i figuren viser antallet af kommuner, der har svaret denne kategori

I casekommunerne er opsporingsarbejdet i høj grad opbygget omkring det forebyggende hjemmebesøg og samarbejdet med eksterne parter som eksempelvis praktiserende læger og frivillige organisationer.

Gennem det årlige lovpligtige forebyggende hjemmebesøg til borgere over 75 år har kommunen en god indgang til borgerne i målgruppen. Samtalen med de ældre på det forebyggende hjemmebesøg danner således udgangspunkt for opsporing af en del af de borgere, som har behov for en forebyggende indsats. 76 pct[7]. af kommunerne siger, at de arbejder med at udvikle det forebyggende hjemmebesøg. Indholdet i de forebyggende hjemmebesøg uddybes yderligere i afsnit 5.4.

Sønderborg Kommune har gode erfaringer med at sikre et bredt fokus på den opsporende indsats blandt kommunens medarbejdere, der har kontakt til ældre borgere i hjemmeplejen. Sønderborg

[7] 13 pct. af kommunerne siger at de "i meget høj grad" arbejder med at udvikle det forebyggende hjemmebesøg, 34 pct. har svaret, at de "i høj grad" arbejder med at udvikle det forebyggende hjemmebesøg, mens 29 pct. har svaret "i nogen grad" arbejder med at udvikle det forebyggende hjemmebesøg.

Kommune har udarbejdet en Pixi-bog målrettet SOSU-medarbejdere, der sætter fokus på, hvilke symptomer medarbejderne skal være opmærksomme på. Sønderborg Kommunes arbejde på området er præsenteret i nedenstående boks.

Boks 4: Sønderborg og "Prikken over i'et"

Sønderborg Kommune har taget initiativ til en særlig stærk indsats for opsporing i henhold til forebyggelse af sygdom, ulykke og uhensigtsmæssige indlæggelser af ældre. Sønderborg Kommune har udviklet en Pixi-bog med symptomer/observationer på en række sygdomme som kan forårsage unødvendig hospitalsindlæggelse. "Prikken over i'et" er en indsats, der er målrettet borgere, der har kontakt til den kommunale hjemmepleje. Indsatsen har til formål at supplere de faggrupper, som ikke har haft sygdomslære under deres uddannelse, med redskaber, der muliggør en tidlig opsporing. Prikken over i'et er udviklet i Pixi-format og skal sikre, at frontpersonalet kan reagere på klassiske symptomer i forbindelse med eksempelvis blærebetændelse, lungebetændelse, obstipation, dehydrering, fald og svimmelhed og underernæring. Prikken over i'et er kendt og er blevet anvendt af SOSU-medarbejdere gennem de seneste 3 år. Pixi-bogen sikrer desuden samarbejdet mellem plejepersonale og hjemmesygeplejersker i forhold til forebyggelsen af unødige og uhensigtsmæssige indlæggelser af ældre borgere.

Sammenhæng med viden og evidens på området:
Et opsporingsredskab som Pixi-bogen trækker på virksomme mekanismer som opkvalificering og øget vidensniveau, der i litteraturen dokumenteres at være evidens for. En dansk undersøgelse viser, at undervisning rettet mod de professionelle, der udfører forebyggende hjemmebesøg, og hvor der blandt andet er fokus på gerontologiske og geriatriske problemstillinger, har positiv effekt i forhold til at forbedre funktionsevnen hos, i studiets tilfælde, kvinder over 80 år (Vass et al, 2004).

De praktiserende læger er en central aktør i forhold til kommunernes opsporing af målgruppen, fordi de har kontakt til en del af målgruppen. 85 pct. af kommunerne angiver i spørgeskemaundersøgelsen, at de har etableret et samarbejde med praktiserende læger. Tre af casekommunerne har etableret et velfungerende samarbejde med kommunens praktiserede læger. Det er kommunernes oplevelse, at det er vigtigt, at man som kommune sikrer, at de praktiserende læger er orienteret om kommunens tilbud til forskellige dele af målgruppen.

Flere af casekommunerne oplever, at det er fordrende for samarbejdet med praktiserende læger, hvis der er faste kontaktpersoner, som de praktiserende læger kan kontakte i kommunen. Opsporingen kan i nogle tilfælde ske ved, at lægen retter direkte henvendelse til kommunen, efter accept fra borgeren, eller ved at lægen opfordrer borgeren til selv at tage kontakt til kommunen. En casekommune har eksempelvis gode erfaringer med, at de praktiserende læger retter henvendelse til kommunens demenskoordinator, hvis en borger viser tegn på demens eller får konstateret diagnosen.

I Greve Kommune har man ansat en praksiskonsulent, som repræsenterer de praktiserende læger i kommunen[8]. Vedkommende arbejder selv som praktiserende læge i kommunen og fungerer som bindeled mellem kommunen og de øvrige praktiserende læger. Kommunen informerer konsulenten om de tilbud, som kommunen tilbyder ældre, og som kræver henvisning fra egen praktiserende læge. Dette kan eksempelvis være indsatser inden for diabetes, KOL, rygestop og arrangementer i kommunens sundhedscafé.

De fire casekommunerne samarbejder ligeledes med en række andre aktører i opsporingsindsatsen, som eksempelvis viceværter og kirken, som retter henvendelse til kommunen, hvis de vurderer, at en borger har behov for en forebyggende indsats. Greve Kommune har eksempelvis gode erfaringer med at samarbejde med viceværter i almene boligforeninger, hvilket er uddybet i nedenstående boks. En anden vigtig aktør i opsporingsindsatsen er foreningslivet. En kommune

[8] En undersøgelse gennemført af KL viser, at der findes praksiskonsulenter i 76 pct. af kommunerne. Typisk har en kommune én praksiskonsulent tilknyttet, som arbejder 1-5 timer pr. uge. Kilde: Kortlægning af den kommunale praksiskonsulentordning, KL, 2011.

nævner eksempelvis, at man bruger de foreninger, hvor de ældre i forvejen kommer, som platform til at informere om kommunens tilbud målrettet forebyggelse på ældreområdet. Derudover sker opsporingen ved, at pårørende, naboer mv. retter henvendelse til kommunen for at forhøre sig om mulighederne for forebyggende indsatser til konkrete borgere, som de vurderer, er i risiko for et funktionseventab.

Flere af kommunerne afholder også selv arrangementer målrettet ældre med et opsporende sigte. Der kan både være tale om arrangementer, der er målrettet ældre generelt set i kommunen, og arrangementer, som kommunen holder i eksempelvis en ældreklub eller lignende. Disse arrangementer er en anledning til, at kommunen får kontakt til de ældre i målgruppen og får mulighed for at informere om kommunens forebyggende indsatser.

Boks 5: Greve Kommunes samarbejde med sociale viceværter i almene boligforeninger

I Greve kommune findes en social vicevært som blandt andet arbejder med at fremme af tryghed, sundhed og socialt liv i kommunens udsatte boligområder. Hun er organiseret under Greve Nord Projektet, som er finansieret dels ved Landsbyggefonden samt Greve Kommune. Viceværten har et tæt samarbejde med sundhedsteamet i Greve Kommune og udbyder flere sociale aktiviteter og motionshold, som er målrettet ældre borgere samt borgere der er ensomme og socialt stigmatiserede. Den sociale vicevært har desuden et godt samarbejde med flere frivillige foreninger i området.

Boks 6: "Sund på dit liv" Greve Kommunes samarbejde med sundhedsformidlere i sundhedskorpset

I Greve Kommune har man uddannet et korps af sundhedsformidlere. Korpset har tilknyttet 10 sundhedsformidlere, som taler 12 sprog. De har alle anden etnisk baggrund end dansk og har modtaget en uddannelse i sundhed. Deres opsøgende arbejde er meget 'mund til mund'-baseret. Sundhedsformidlerne bliver bl.a. benyttet til at informere bredt om sundhed, ligesom de motiverer borgere til at leve sundere og mere aktivt. Sundhedsformidlerne i Greve Kommune har særligt fokus på ældre etniske minoritetsborgere og har derfor oprettet en ældrecafé, som primært henvender sig til borgere med anden etnisk baggrund end dansk. På disse caféer er der plads til at sludre, men ved tilstedeværelsen af sundhedsformidlere er det muligt at bringe sundhedsemner ind i samtalen. Derudover er der fra gang til gang emner, som mere åbenlyst er på dagsordenen. Sundhedsformidlerne bliver benyttet på tværs af forvaltningsområder og arbejder både sundhedsfremmende og forebyggende.

Sundhedsformidlerne samler også jævnligt en gruppe af ældre i kommunens Sundhedsbutik, hvor der eksempelvis kan være mulighed for at få målt blodtryk. Dette initiativ understøttes af en ledsagerordning, da flere af de ældre, som ikke at vant til at komme ud eller endvidere ikke taler dansk, kan finde det svært at tage ud på egen hånd. Sundhedsformidlerne er ansat som konsulenter på timebasis og har ofte jobbet som et supplerende fritidsjob. Sundhedsformidlerne er organiseret under en projektleder, som er ansat dels i kommunen og dels i boligorganisation. Projektet udspringer af et tidligere projekt under Landsbyggefonden.

De fire casekommunerne oplever, at der er en særlig udfordring forbundet med at opspore ældre, der er i målgruppen for forebyggende indsatser målrettet borgernes sociale og psykiske funktionsevne. Det skyldes, at denne gruppe borgere ofte ikke selv er opsøgende i forhold til at deltage i en kommunal forebyggelsesindsats. En gennemgående tendens i casekommunernes tilgang til opsporing af ældre, som vurderes at være i risiko for at få en nedsat social funktionsevne, er ”mund til mund"-tilgangen, hvor lokalkendskabet blandt kommunens medarbejdere spiller en væsentlig rolle.

Holstebro Kommune har arbejdet målrettet med at styrke opsporingen af ældre med psykiske problemer. Kommunen har fokus på emnet ved de forebyggende hjemmebesøg og tilbyder et

genbesøg efter det forebyggende hjemmebesøg, hvis der er mistanke om depression, og derud over opfordres den ældre til at søge egen læge. Som et mere evidensbaseret opsporingsværktøj anvender Holstebro Kommune udvalgte delelementer fra COPM-test[9] til opsporing. Ud fra denne metode er udvalgt en række spørgsmål, som kan give et billede af den ældres psykiske tilstand. Kommunen vurderer imidlertid, at denne metode er meget ressourcetung.

5.2 Konkrete redskaber i forebyggelsesindsatserne

I dette afsnit beskrives de konkrete redskaber, som kommunerne anvender i forebyggelsesindsatserne. Indledningsvist belyses kommunernes brug af evidensbaserede metoder, og efterfølgende gives eksempler på konkrete indsatser målrettet henholdsvis borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau.

5.2.1 Kommunernes anvendelse af evidensbaserede metoder i forebyggelsesindsatserne

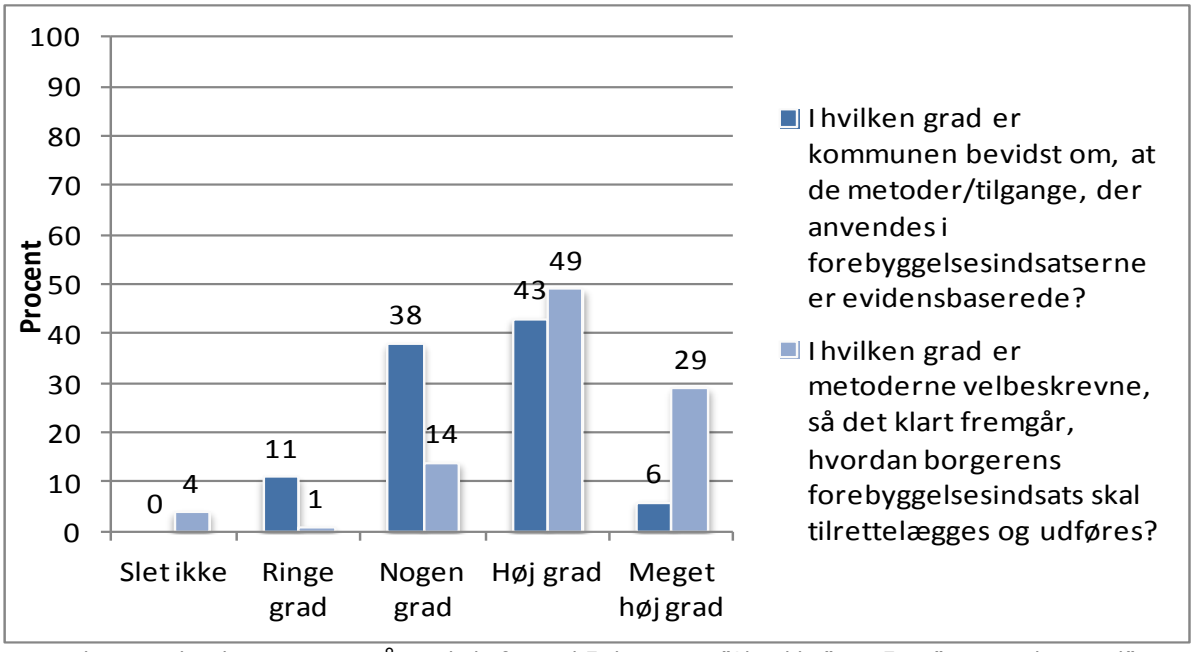
Kommunerne oplyser, at de i varierende grad er bevidste om, at de metoder, de anvender i forebyggelsesindsatsen, er evidensbaserede.

Ca. halvdelen af kommunerne tilkendegiver i kortlægningen, at de ”i høj grad” eller ”i meget høj grad” anvender evidensbaserede metoder og/eller tilgange i forebyggelsesindsatserne. Kun omkring 10 pct. siger, at de "i ringe grad" anvender evidensbaserede metoder, mens ingen svarer, at de "slet ikke" anvender denne type af metoder.

Kommunerne arbejder i mindre grad med velbeskrevne metoder, der klart angiver, hvordan forebyggelsesindsatserne skal tilrettelægges og udføres. Dog siger halvdelen af kommunerne, at de ”i nogen grad” arbejder med velbeskrevne metoder. 30 pct. af kommunerne svarer, at de i ”i høj grad” eller ”i meget høj grad” har velbeskrevne metoder. Kun en enkelt kommune arbejder ”slet ikke” med velbeskrevne metoder.

Den nedenstående figur viser kommunernes samlede besvarelser.

Figur 6: Kommunernes brug af evidensbaserede metoder



Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er ”Slet ikke”, og 5 er ”I meget høj grad”. Respondenterne har også kunnet svare ”Ved ikke”. I denne tabel er ”Ved ikke”-besvarelserne udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelserne fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurde-

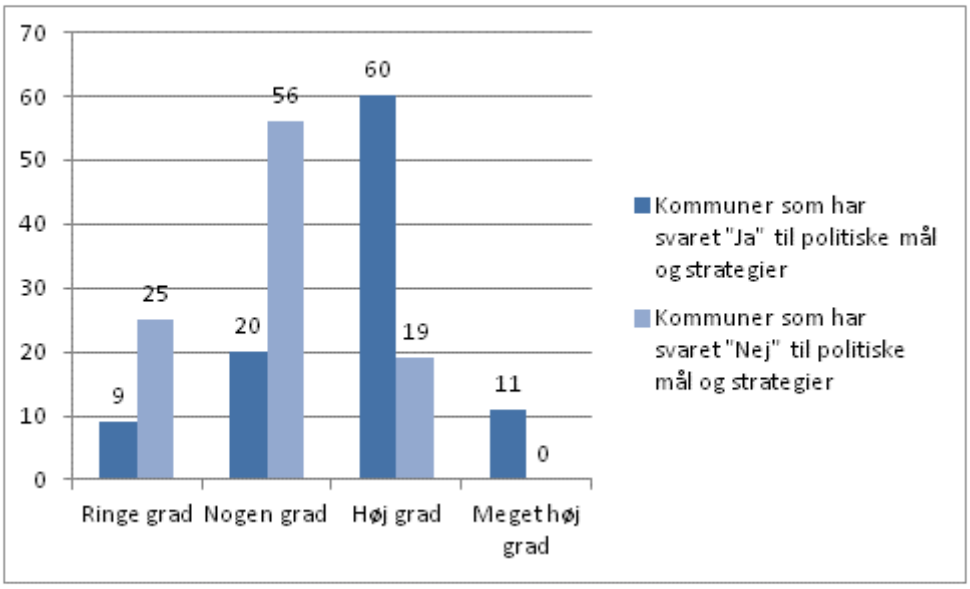
[9] COPM- test står for Canadian Occupational Performance Measure. Redskabet bliver brugt til vurdering af borgeres tilfredshed med det niveau, de kan udøve deres vigtigste daglige aktiviteter på.

ring fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt). N = 77/78. Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

Der ses en klar sammenhæng mellem, at de kommuner, som er meget eksplicitte omkring deres forebyggelsesindsatser, også er de kommuner, der i størst omfang arbejder med evidensbaserede metoder i forebyggelsesindsatsen. Over 70 pct. af de kommuner, der har klare politiske mål, en formuleret strategi og nedskrevne retningslinjer på forebyggelsesområdet, som "i høj grad" eller "i meget høj grad" anvender evidensbaserede metoder i forebyggelsesindsatsen. Ca. halvdelen af de samme kommuner svarer endvidere, at metoderne er velbeskrevne, så det klart fremgår, hvordan borgerens forebyggelsesindsats skal tilrettelægges og udføres. Til sammenligning er det under 20 pct. af de kommuner, der ikke har en klar politisk strategi og politiske målsætninger, der "i høj grad" er bevidste om, at der anvendes evidensbaserede metoder.

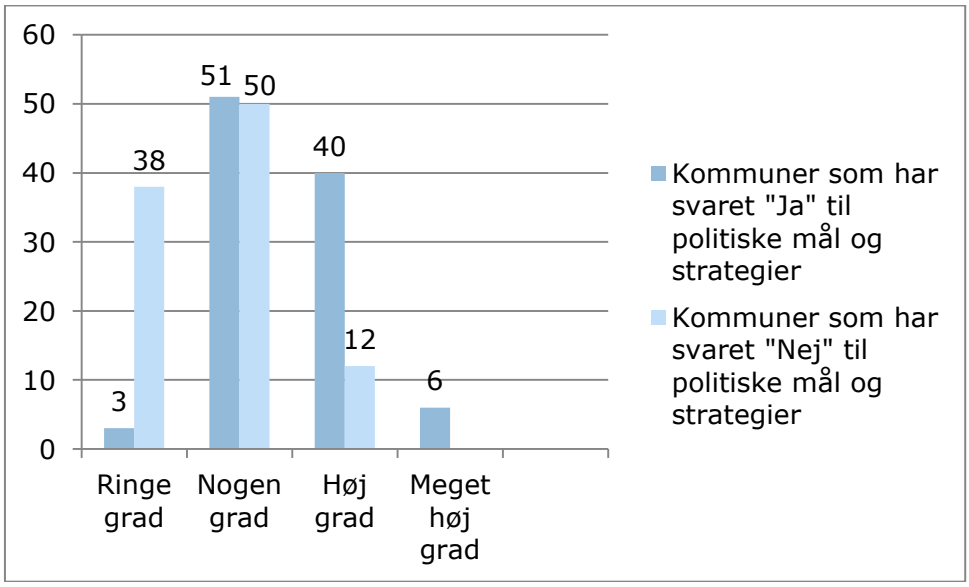
I de nedenstående figurer vises forskellene i kommunernes besvarelser, i forhold til om kommunerne har udarbejdet politiske strategier, målsætninger og retningslinjer på forebyggelsesområdet.

Figur 7: Fordelingen af kommunernes besvarelse af, i hvilken grad de er bevidste om, at de metoder, redskaber mv., der anvendes, er evidensbaserede



Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

Figur 8: Fordelingen af kommunernes besvarelse af, i hvilken grad de er bevidste om, at de anvendte metoder er velbeskrevne



Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

5.3 Indsatser målrettet borgernes fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau

Kortlægningen viser, at kommunerne prioriterer forebyggelsesindsatser, der er målrettet de ældres fysiske funktionsevne, højest. Således angiver 89 pct. af kommunerne i spørgeskemaundersøgelsen, at de i "høj grad" eller "i meget høj grad" arbejder med forebyggelsesindsatser på ældreområdet i forhold til bevarelse af ældres fysiske funktionsevne. Omkring halvdelen af kommunerne arbejder "i høj grad" eller "i meget høj grad" med forebyggelsesindsatser, der er målrettet borgerens sociale funktionsevne, mens borgernes psykiske funktionsevne prioriteres lavest i kommunerne. Kommunernes besvarelser fremgår af den nedenstående tabel.

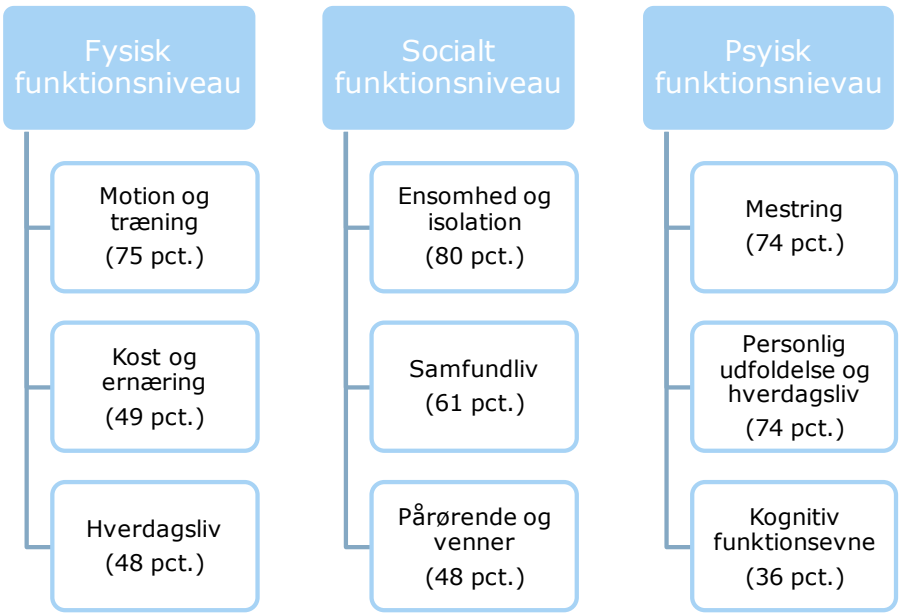
Tabel 5-1: Prioritering af indsatsområder, angivet i pct.

I hvilken grad arbejder kommunen med forebyggelsesindsatser på ældreområdet i forhold til bevarelse af den ældres…	Fysiske funktionsevne?	Sociale funktionsevne?	Psykiske funktionsevne?
> I høj grad	87	50	43
I nogen grad	11	47	47
< I ringe grad	0	3	11

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke", og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt, og kategorierne "i høj grad" og "i meget høj grad" er slået sammen til "> i høj grad". Kategorierne "slet ikke" og "i ringe grad" er slået sammen til "< i ringe grad". N angiver, hvor mange respondenter der har svaret på spørgsmålene. N = 79-76. Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

Den nedenstående figur viser et overblik over, hvilke indsatser som kommunerne primært arbejder med, målrettet henholdsvis borgerens fysiske, sociale og psykiske funktionsniveau. Indsatserne for de enkelte områder uddybes i de næste afsnit.

Figur 9: Kommunernes fokusområder



Kilde: Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.
Note: Med "Hverdagsliv" forstås at opretholde borgerens fysiske funktionsniveau med henblik på, at borgeren selvstændigt kan varetage dagligdagsaktiviteter, som eksempelvis spise, bade, indkøb mv. (jf. begrebet Activities of daily living (ADL)). Med "Samfundsliv" forstås at opretholde borgerens sociale funktionsniveau, så borgeren kan deltage i eksempelvis fritidsaktiviteter, kulturelle arrangementer mv. afhængigt at borgerens interesse.

Kortlægningen viser, at kommunernes forebyggende indsatser, i overensstemmelse med Servicelovens intentioner, overvejende er tilrettelagt helhedsorienteret, og at indsatserne dermed er

målrettet bevarelse af flere dimensioner af de ældres funktionsniveau, eksempelvis holdgymnastik, der både kan være målrettet forebyggelse af tab af borgerens fysiske og sociale funktionsniveau. Samtidigt kan en forebyggende indsats være mere specifikt målrettet én dimension af borgernes funktionsniveau, eksempelvis en café, som er målrettet etniske kvinder, der primært har til formål at forebygge tab af borgernes sociale funktionsniveau.

5.3.1 Kommunernes forebyggende indsatser målrettet borgerens fysisk funktionsevne

Inden for det fysiske område arbejder kommunerne primært med *motion og træning*. 75 pct. af kommunerne angiver, at deres tilbud primært er rettet mod motion og træning. Derefter kommer *kost og ernæring* (49 pct.) og *hverdagsliv* (48 pct.).

Kommunernes samlede prioritering af indsatsområderne på det fysiske område fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 5-2: Kommunernes indsatsområder relateret til borgerens fysiske funktionsevne

Hvilke tre indsatsområder, relateret til ældres fysiske funktionsevne, er kommunens tilbud primært rettet mod?	Ja
Motion & træning	75
Kost & ernæring	49
Hverdagsliv	48
Kronisk sygdom	40
Fald, førlighed og mobilitet	39
Demens	39
Tobak	1
Tale- og kommunikationsvanskeligheder	1
Træthed	0
Alkohol	0

Respondenterne har kunnet svare bekræftende eller ingenting. I denne tabel er "ved ikke"-besvarelserne udeladt. N angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. N = 80. Procentsatserne summerer ikke til 100, fordi respondenterne har kunnet sætte tre kryds. Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

Det er værd at bemærke, at ingen af kommunerne har en høj prioritering af forebyggelsestilbud, målrettet den ældres *alkoholindtag* eller *træthed*, og at kun en enkelt kommune svarer, at deres forebyggelsestilbud primært er rettet mod ældres *tale- og kommunikationsvanskeligheder* samt *forbrug af tobak*. På de gennemførte casebesøg har de fire kommuner uddybet, at de i kommunen har fokus på rygning og alkohol som en del af kommunens generelle forebyggelsesindsats målrettet alle borgere, men at man ikke har det som et særligt fokus i forebyggelsestilbuddene på ældreområdet. Samtidig kan der være et overlap mellem de enkelte fokusområder i forhold til konkrete forebyggende indsatser. Eksempelvis mellem kronisk sygdom og træthed og mellem fald og alkohol, hvilket dog ikke er undersøgt yderligere i kortlægningen.

Casebesøgene har illustreret en række interessante eksempler på, hvordan kommunerne arbejder med forskellige aspekter af forebyggelsesindsatser, der er målrettet ældres fysiske funktionsevne. Arbejdet med den fysiske funktionsevne er den mest fremtrædende og oftest forekommende blandt kommunernes forskellige indsatser. Det er imidlertid centralt, at mange af kommunernes fysiske indsatser også har et socialt eller psykisk sigte, hvilket kommunerne i høj grad er bevidste om, selvom aktiviteten bliver klassificeret som en primær fysisk aktivitet. I ovenstående tabel 5-2 er demens kategoriseret under det fysiske funktionsniveau. De uddybende casebesøg viser, at kommunerne i højere grad placerer forebyggelsesindsatser målrettet demens under forebyggelsesindsatser målrettet bevarelse af borgerens psykiske funktionsniveau.

En casekommune fremhæver, at en forebyggende indsats oftest iværksættes med henblik på at modvirke tab af borgerens fysiske funktionsevne, men at der derudover kan være behov for også at fokusere på borgerens sociale og psykiske funktionsevne, og at disse dimensioner ofte indgår som en del af den forebyggende indsats.

Det sociale aspekt i de fysiske indsatser integreres eksempelvis i en fysisk forebyggelsesindsats, ved at fysiske aktiviteter er gruppebaserede, eller ved at der fx laves roterende grupper i petan-

que for at gøre det lettere for nytilkomne at blive hurtigt integreret i gruppen. De ældre opnår derved en interaktion med andre ældre. Nogle af casekommunerne oplever, at det kan være ubekvemt for de ældre at møde alene op til rent sociale arrangementer som eksempelvis ældrecaféer. Aktiviteter, som tager udgangspunkt i en fysisk aktivitet, gør det ofte lettere at deltage i et socialt perspektiv.

Casekommunernes forebyggende indsatser, der er målrettet borgernes fysiske funktionsevne, favner bredt og er gennemgående meget alsidige. Man kan tale om en opdeling mellem klassiske ældreaktiviteter og mere moderne og ungdommelige aktiviteter. I gruppen af mere klassiske aktiviteter tilbyder kommunerne gymnastik af forskellig art, som er tilpasset de ældres funktionsniveau, herunder "stolegymnastik", hvor man sidder på en stol og laver gymnastik, jf. nedenstående boks, hvilket tilbydes som en forebyggelsesindsats i alle fire casekommuner. I gruppen af mere moderne udfoldelsesmuligheder er bl.a. zumba og fitness center.

Boks 7: Sønderborg: "Stol på motion"

"Stol på motion" er et tilbud til ældre, der er mindre mobile, og som ønsker at genoptræne og bevare deres fysiske funktionsevne ved hjælp af stolemotion. Det er et frivilligt tilbud, som tilbydes som supplement til træning, genoptræning og andre kommunale indsatser. Ud over en sjov og alsidig træning er der fokus på socialt samvær. "Stol på motion" har tidligere været et kommunalt projekt i samarbejde med Dansk Arbejder Idrætsforbund. Projektet har haft så stor succes, at instruktører og andre frivillige på eget initiativ har fortsat tilbuddet, efter kommunens indsats er ophørt. Ca. 200 ældre benytter sig i dag af tilbuddet, der foregår ca. 15 forskellige steder i kommunen, og som bliver afviklet af 35-38 frivillige instruktører.

Sammenhæng med viden og evidens på området
I Rambølls kortlægning af evidens og viden om effektive forebyggende indsatser på ældreområdet er de ikke fundet studier, der undersøger effekten af stolegymnastik i forhold til bevarelse af ældres funktionsniveau.
Kilde: Chale-Rush et al, (2010) (RCT), Gillespie et al (2012); Frost et al (2010) (RCT)

Det er en gennemgående tendens i de fire casekommuner, at man i tilrettelæggelsen af forebyggelsesindsatserne i høj grad ønsker at imødekomme de ældres motionsønsker for at fremme deres motivation og for at respektere, at de ældre er forskellige også med hensyn til idrætsinteresser i alderdommen. Kommunerne har forskellige tilgange eller modeller til at imødekomme og tilpasse forebyggelsestilbuddene til de ældres interesser. I Holstebro Kommune har man afholdt en eftermiddag, hvor de ældre i kommunen var indbudt til at fortælle om, hvad, de synes, er vigtigt for træning, og hvad der kunne være interessant. I Greve Kommune har man i samarbejde med et bibliotek iværksat et projekt, som har til hensigt at fordre de ældres afprøvning af forskellige motionstilbud. Dette sker gennem en klippekortsordning, hvor de ældre gratis og efter eget ønske kan afprøve forskellige motionstilbud. Efterfølgende kan de ældre tilmelde sig tilbuddene over en længere periode. Projektet løber frem til sommeren 2013.

Et gennemgående karakteristikum ved de fysiske aktiviteter i de fire case kommuner er det tætte samarbejde med foreningslivet. Kommunerne har gennemgående stor succes med at involvere et bredt spektrum af tilbud, som er forankret på et lokalt foreningsplan. Der fremstår at være en positiv synergi mellem kommunen og foreningslivet, hvor foreningerne nyder godt af at få flere medlemmer, mens de ældre dels får gavn af de fysiske tilbud og dels får en ny social omgangskreds. Kommunerne beretter, at der ligger store ressourcer gemt i målgruppen af pensionerede borgere, som ofte blot skal have et lille skub for at blive en del af foreningslivet.

Brugen af frivillige fremhæves også som en forebyggende indsats i sig selv, fordi det ofte er de ældre selv, der er aktive i de frivillige foreninger. Dermed kan deltagelsen i det frivillige foreningsliv ses som en forebyggende indsats i sig selv, fordi det kan give anledning til motion, sociale kontakter mv.

Særligt i yderområder er transportmuligheder en fundamental betingelse for, at de ældre har mulighed for at deltage i tilbud og aktiviteter. Flere kommuner nævner transport og de ældres

mobilitet, som væsentlige barrierer for deltagelse i forebyggende indsatser, idet kommunerne oplever, at en del busruter nedlægges i yderområderne. Men også i kommuner, som har stabile busforbindelser, kan den ældre, som er gangbesværet eller bruger af hjælpemidler som rollator, opleve det som uoverskueligt selv at komme med bussen. Transportordninger er derfor en ikke uvæsentlig indsats i sig selv. I nedenstående boks fremgår eksempler på, hvordan kommunerne har sikret de ældre gode transportmuligheder til de forebyggende indsatser.

Boks 8: Eksempler på kommunernes fokus på de ældres transportmuligheder og på den sociale kontakt via frivillige

I Holstebro Kommune hjælper kommunens medarbejdere ved det forebyggende hjemmebesøg med at anvise ruter til den ældre, evt. alternativer, når den ældre ikke længere er i stand til at køre bil. Kommunen er bevidst om, at fratagelsen af kørekort udgør en stor social risiko for de ældre, særligt i yderområderne. Kommunen kan visitere til kørselstilbud, hvor de ældres egenbetaling er den samme, om den ældre skal køre 100 m eller 60 km.

Greve Kommune arbejder på at tilkoble frivillige "følgesvende", når de ældre første gang skal tage bussen til en aktivitet, hvorved den ældre får støtte til at gennemføre busturen. Projektet forventes at starte op i 2013.

5.3.2 Kommunernes forebyggende indsatser målrettet borgerens sociale funktionsevne

De ældres sociale funktionsniveau bliver prioriteret næsthøjest efter fysisk funktionsevne af kommunerne, hvor halvdelen svarer, at de ”i høj grad” eller ”i meget høj grad” arbejder med forebyggelsesindsatser, der er relateret til de ældres sociale funktionsevne. Tabellen nedenfor viser fordelingen af kommunernes besvarelser på spørgsmålet om, hvilke specifikke indsatsområder, relateret til bevarelsen af de ældres sociale funktionsevne, som der arbejdes med i forebyggelsesarbejdet.

Tabel 5-3: Kommunernes indsatsområder relateret til borgerens sociale funktionsevne

Hvilke tre indsatsområder, relateret til ældres sociale funktionsevne, er kommunens tilbud primært rettet mod?	Ja
Ensomhed og isolation	80
Samfundsliv (fx fritid, kulturelle aktiviteter mv.)	61
Pårørende, familie og venner	48
Boligliv (fx naboskab, deltagelse i aktiviteter i boligforening mv.)	20
Social mobilitet (fx rejser, færdsel i trafikken mv.)	12
Andet	6

Respondenterne har kunnet svare bekræftende eller ingenting. I denne tabel er ”ved ikke”-besvarelserne udeladt. N angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. N = 80. Procentsatserne summerer ikke til 100, fordi respondenterne har kunnet sætte tre kryds. Kilde: Rambøll spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

80 pct. af kommunerne svarer, at de tilbudte indsatser, relaterede til den ældres sociale funktionsevne, har det som primært mål at forebygge ensomhed og isolation af den ældre. Ca. 60 pct. svarer, at tilbuddene primært er rettet mod at styrke den ældres samfundsliv, imens lige under halvdelen svarer, at deres tilbud primært skal støtte den ældre i at bibeholde relationerne til pårørende, familie og venner. De ca. 6 pct. af kommunerne, der har sat kryds i kategorien ”andet”, angiver inddragelse af frivillige til sociale aktiviteter som et af deres primære indsatsområder i forhold til at opretholde den ældres sociale funktionsevne. Dette stemmer godt overens med den generelle tendens i kortlægningen, der viser, at frivillighed er et meget udbredt og vigtigt element i kommunernes forebyggende indsatser.

Som tidligere nævnt, indgår sociale elementer ofte som en del af en forebyggelsesindsats målrettet borgernes fysiske funktionsevne. Som eksempler på forebyggelsesindsatser, der primært er målrettet borgerens sociale funktionsniveau, nævner kommunerne madklubber og ældrecaféer. Det er imidlertid svært for flere af kommunerne at motivere mandlige borgere til at deltage i disse forebyggende indsatser. Holstebro Kommune har taget initiativ til et træværksted, hvilket er

et eksempel på en aktivitet, der kan tiltrække mænd, med et socialt islæt. I boksene nedenfor ses eksempler på forebyggelsesindsatser, der er målrettet de ældres sociale funktionsevne.

Boks 9: Sønderborg: konkret eksempel på indsats mod ensomhed hos borger

I Sønderborg Kommune fortæller medarbejderne om et ældre ægtepar, hvor kvinden sidder i kørestol og er kommet på plejehjem. Dette har taget hårdt på manden. Han er desuden dårligt gående, men magter ikke, efter kvinden er fraflyttet, at møde op til den genoptræning, han er blevet tilbudt to gange om ugen. Kommunens forebyggende medarbejder har derfor i samarbejde med kvindens plejecenter og frivillige kørestolsskubbere på kvindens plejecenter omlagt mandens genoptræning. I stedet for at møde op til genoptræning to gange om ugen mødes manden i stedet med kørestolsskubberen for sammen at gå ture med kvinden. Det har afhjulpet mandens sociale behov for samvær efter kvindens fraflytning samt forbedret hans fysiske tilstand i en situation, hvor der ikke findes motivation for fysisk aktivitet i sig selv. Der er derfor tale om en helhedsorienteret indsats med afsæt i kvindens plejebehov og mandens sociale behov, som er til glæde og gavn for begge parter.

Sammenhæng med viden og evidens på området
Ovenstående indsats er et eksempel på en individuel tilrettelagt indsats, hvor forebyggelse indtænkes som et led i andre aktiviteter. Indsatsen tækker på mekanismer, der er fundet evidens for i Rambølls kortlægning af evidens og viden om effektive forebyggende indsatser på ældreområdet. I kortlægningen er der fundet flere studier, der vider en positiv effekt af gruppebaserede gangprogrammer i forhold til at højne ældres fysiske aktivitetsniveau.
Kilde: Gusi et al, 2008, (RCT), Jancey et al, 2008) og Murtagh et al (2010) (Metastudie)

Boks 10: Eksempel fra Greve: "Annas hus"

I Greve Kommune eksisterer tilbuddet "Annas hus". Anna var en ældre dame, som boede i Greve. Hun valgte at testamentere sit hus til kommunen med den klausul, at huset skal anvendes til gavn for ældre i kommunen. Huset er nu et blandt fem pensionistcentre i forskellige afskygninger, som findes i kommunen. Centeret drives som meget andet i Greve Kommune på frivillig basis, men med støtte fra kommunen til vedligeholdelse m.v. Annas hus anvendes til mange formål. Primært benyttes huset af frivillige foreninger, som kan anvende husets faciliteter til deres aktiviteter. Således er huset platform for etablering af kontakt til og mellem de ældre, som også er gavnligt i forebyggelsesøjemed.
Huset er derudover også en platform for kommunen, som anvender stedet til at komme ud og etablere kontakt med de ældre. Her har blandt andet været arrangeret madklubber, demenstilbud, pårørendetilbud o.a.. Den alsidige funktion som Annas hus har, er samlet set kendetegnende ved, at de ældre kommer ud og får udfoldet deres sociale liv.

5.3.3 Forebyggelsesindsatser målrettet borgernes psykiske funktionsevne

De ældres psykiske funktionsevne er det lavest prioriterede forebyggelsesområde i kommunerne. Samlet set har 40 pct. af kommunerne svaret, at de "i høj grad" eller "i meget høj grad" arbejder med forebyggelsesindsatser i forhold til at bevare den ældres psykiske funktionsevne. Kommunernes primære indsatsområder, som er målrettet borgernes psykiske funktionsniveau, er *mestring*, *personlig udfoldelse* og *hverdagsliv*.

Tabellen herunder viser fordelingen af kommunernes besvarelser på spørgsmålet om, hvilke specifikke indsatsområder, relateret til bevarelsen af den ældres psykiske funktionsevne, de arbejder med i forebyggelsesarbejdet.

Tabel 5-4: Kommunernes indsatsområder relateret til borgerens psykiske funktionsevne

Hvilke tre indsatsområder, relateret til ældres psykiske funktionsevne, er kommunens tilbud primært rettet mod?	Ja
Mestring	74
Personlig udfoldelse og hverdagsliv	74
Kognitiv funktionsevne	36
Angst og depression (psykiske lidelser)	24
Uddannelse og/eller læring	5
Andet	3

Respondenterne har kunnet svare bekræftende eller ingenting. I denne tabel er "ved ikke"-besvarelserne udeladt. N angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. N = 80. Procentsatserne summerer ikke til 100, fordi respondenterne har kunnet sætte tre kryds. Kilde: Rambøll spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

På de gennemførte casebesøg giver kommunerne udtryk for, at det psykiske område er det vanskeligste at arbejde med for kommunens medarbejdere. Kommunerne er bevidste om vigtigheden af at arbejde med forebyggelse af tab af borgernes psykiske funktionsevne, men samtidigt er der en tendens til, at kommunerne oplever det som et område, der er "uhåndterbart" og vanskeligt at gå til. I en kommune begrunder medarbejderne dette med, at hovedparten af kommunens medarbejdere er uddannede til at have fokus på borgernes fysiske funktionsniveau, og at det derfor er vanskeligere at arbejde med forebyggelsesindsatser, målrettet det psykiske funktionsniveau.

I forhold til konkrete forebyggende indsatser, der er målrettet borgernes psykiske funktionsevne, fremhæver kommunerne primært demensområdet, som de har meget fokus på. Flere af casekommunerne har ansat demenskoordinatorer, som er specialiserede på området. Hvis eksempelvis hjemmeplejen har mistanke om begyndende demens, kan de kontakte demenskoordinatoren, og denne overtager den forebyggende indsats. Samtidigt fungerer koordinatoren som kontaktperson for eksempelvis praktiserende læger. I den nedenstående boks fremgår et eksempel på, hvordan Sønderborg Kommune arbejder med en demenskoordinator.

Boks 11: Sønderborg Demenskonsulent og -koordinatorer

I Sønderborg Kommune har man valgt at have en demensorganisation med en demenskonsulent og tre demenskoordinatorer, som inddrages i de indledende stadier, når en borger viser tegn på demens. Demenskoordinatoren kan bidrage med en mere specialiseret indsats og omsorg for de demensramte ældre og deres pårørende og yder bl.a. en forebyggende indsats i de tidlige stadier af demensudvikling. Demenskoordinatoren er også med til at aflaste det faste plejepersonale, der evt. kommer i den demensramtes hjem og har den koordinerende tovholderfunktion i forhold til den tværfaglige indsats i kommunen.

Demenskoordinatorerne tilfører ekstra ressourcer for de demensramte og kan supplere både plejepersonale og kommunens forebyggende medarbejdere. Demenskoordinatoren har desuden fokus på forebyggelse i forhold til ægtefæller, der ofte ikke kan magte den ekstra belastning i længden og i forhold til følgesygdomme af demens.

Overordnet set indgår forebyggelse af tab af borgernes psykiske funktionsniveau ofte som et element af forebyggende indsatser, der er målrettet borgernes fysiske eller sociale funktionsevne. Kommunerne er bevidste om de positive sidegevinster, som de fysiske og sociale indsatser har for de ældres psykiske tilstand. Eksempelvis har Greve Kommune et motionstilbud til ældre med henblik på at forbedre de ældres fysik. Når der evalueres på forløbet, oplever de ældre alle at have at selvoplevet bedre humør.

5.4 Det forebyggende hjemmebesøg (jf. Servicelovens § 79a)

For at opspore ældre borgere med behov for en forebyggende indsats gør alle landets kommuner brug af det lovpligtige forebyggende hjemmebesøg. Det forebyggende hjemmebesøg knytter sig til Servicelovens § 79a, som tilskriver, at Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjemmebesøg til alle

borgere, der er fyldt 75 år, og som bor i kommunen (vejledning om hjælp og støtte efter Serviceloven). Med virkning fra den 1. juli 2010 skal kommunalbestyrelsen således tilbyde mindst ét forebyggende hjemmebesøg inden for en 12 måneders periode til ældre over 75 år i kommunen. Kommunen kan vælge at undtage borgere, der modtager både personlig pleje og praktisk hjælp, fra ordningen om forebyggende hjemmebesøg (Social- og Integrationsministeriet).

På de forebyggende hjemmebesøg har kommunerne primært fokus på *ensomme ældre, kronisk syge, enlige, ældre udskrevet fra hospitalet* samt *ældre, der har mistet en ægtefælde*, som særlige risikogrupper. Dette indikerer, at der er en god sammenhæng mellem kommunernes fokusområder for deres generelle forebyggelsesindsats og de risikogrupper, som kommunerne fremhæver for de forebyggende hjemmebesøg. Dog ses der en tendens til, at kommunerne har mest fokus på ensomhed på de forebyggende hjemmebesøg, mens de kronisk syge ældre er den mest udbredte risikogruppe for kommunernes generelle forebyggelsesindsatser.

I den nedenstående tabel fremgår, hvilke risikogrupper kommunerne har fokus på i de forebyggende hjemmebesøg.

Tabel 5-5: Særlige risikogrupper i det forebyggende hjemmebesøg

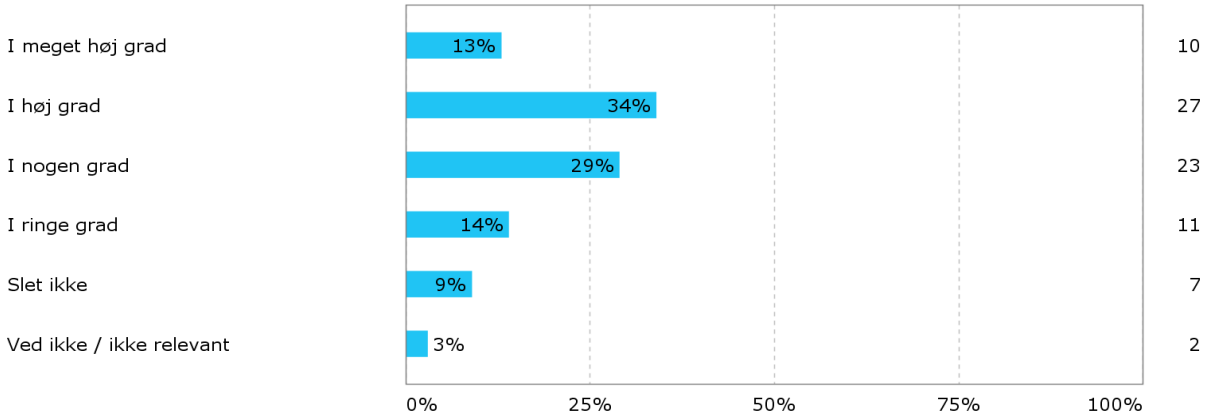
Er der fokus på særlige risikogrupper i de forbyggende hjemmebesøg?	Pct., som har svaret bekræftende
Ensomme ældre	71
Kronisk syge ældre	59
Enlige ældre	51
Ældre udskrevet fra hospital	51
Socialt svage ældre	45
Overvægtige/undervægtige ældre	39
Depressive ældre	38
Ældre alkoholikere	28
Ældre rygere	23
Ikke etnisk danske ældre	15
Ældre, der lige er flyttet	12
Nej	5 (n= 4)
Andre	39

Respondenterne har kunnet svare bekræftende eller undlade at svare. Tabellen summerer ikke til 100, fordi respondenterne har haft mulighed for at sætte flere kryds. N angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. N = 80. Kilde: Rambøll spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

De fire casekommuner fortæller alle, at udgangspunktet for det forebyggende hjemmebesøg er en samtale om den ældres ønsker og behov. Det er et forum, hvor borgeren og den kommunale medarbejder sammen kan drøfte borgerens aktuelle livssituation og eventuelle behov for hjælp til at udnytte egne ressourcer og bevare sit funktionsniveau. Samtalen handler om den ældre og den ældres hverdag.

I spørgeskemaundersøgelsen er der spurgt til, i hvilken grad kommunerne arbejder med at styrke og udvikle det forebyggende hjemmebesøg udover det, som Serviceloven foreskriver, er lovpligtigt. Den nedenstående figur illustrerer fordelingen af kommunernes besvarelser i forhold til graden af kommunens arbejde med at styrke og udvikle det forebyggende hjemmebesøg, fx ved at tilbyde besøg ud over det lovpligtige.

Figur 10: Fordelingen af kommunernes besvarelser på spørgsmålet: "I hvilken grad arbejdes der med at styrke og udvikle det forebyggende hjemmebesøg?



Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke", og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". N angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. N = 80. Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

Af figuren fremgår det, at næsten halvdelen af kommunerne svarer, at de i høj grad eller i meget høj grad arbejder med at styrke og udvikle det forebyggende hjemmebesøg. Ca. en tredjedel af kommunerne placerer sig i midterkategorien "i nogen grad", mens ca. en fjerdedel svarer, at de "i ringe grad" eller "slet ikke" arbejder med at udvikle det forebyggende hjemmebesøg udover det, som Serviceloven tilskriver.

På de gennemførte casebesøg har kommunerne uddybet, at de primært arbejder med at styrke det forebyggende hjemmebesøg ved at tilbyde opfølgende besøg ud over det lovpligtige, hvis det vurderes, at en borger har behov for dette. Ligeledes har en af casekommunerne fokus på at tilbyde et forebyggende hjemmebesøg, hvis en borger mister sin ægtefælde, da dette vurderes som en særlig risikosituation i forhold til sorghåndtering, øget isolation eller håndtering af praktiske opgaver i hjemmet. Derudover fremhæver flere af casekommunerne, at de arbejder med særlige indsatsområder for det forebyggende hjemmebesøg som eksempelvis ensomhed blandt ældre.

Guldborgssund Kommune har ansat en medarbejder med kulturel baggrund i Mellemøsten som skal foretage de forebyggende hjemmebesøg blandt kommunens etniske ældre borgere. Formålet er, at denne medarbejders indgående kendskab til kulturforskelle samt sprogkundskaber skal øge muligheden for at opspore denne borgergruppe.

Som en del af det forebyggende hjemmebesøg og med et særligt fokus på den fysiske funktionsevne foretages der i Holstebro Kommune en test af kroppens funktionsevne. Udgangspunktet for testen er, at antagelsen om, at *"fysisk aktivitet formentlig er den vigtigste forudsætning for en succesfuld aldring, fordi den nedsætter såvel sygelighed som dødelighed og forebygger risikoen for at blive skrøbelig"* (direkte citat fra pjecen "Test af kroppens funktionsevne – Forebyggende hjemmebesøg", Sundhed og Omsorg, Holstebro Kommune).

Formålet med den ca. 10-15 minutter lange test – Psysical Performance Test (PPT) – er at vurdere de ældres funktionsniveau. PPT består af syv små simulerende dagligdagsopgaver, hvor udførelsen sker med simple redskaber. Testen tager afsæt i den ældres bevægelighed, koordination og muskelstyrke og den ældre gives to chancer med henblik på at fuldføre hver opgave. Testene registreres ud fra den anvendte tid brugt på hver enkelt test. Tiden registreres med et stopur, og antallet af sekunder, det tager at udføre en opgave, omregnes til en score, hvorefter en samlet PPT-score for de syv aktiviteter kan beregnes, og et funktionsniveau efterfølgende defineres. (Skemaet bygger på elementerne i "An objective measure of physical function of elderly outpa-

tients). The physical performance test" er udarbejdet af Reuben DB, Siu AL. Testen er bearbejdet af fysioterapeut DFS, Holstebro Sundhedscenter, 2011[10].

Nedenfor ses det konkrete skema, som kommunens medarbejdere anvender til at gennemføre testen.

Tabel 5-6: PPT-skema som anvendes i Holstebro Kommune

Opgavebeskrivelse		Tid i sekunder	Score 1	Score 2
1	Skriv en sætning (fisk lever i det blå hav)			
2	Simuleret spisning (fem bønner lægges på tallerken placeret 12,5 cm fra kanten på det bord, som borgeren sidder ved. En tom kaffekop placeres på bordet ved borgerens ikke-dominante side. En teske placeres i borgerens dominante hånd).			
3	Løft en bog og anbring den på en hylde (bogen skal veje 2,49 kg.)			
4	Iklæde sig/afklæde sig en cardigan			
5	Samle en mønt op fra gulvet			
6	Dreje 360 grader omkring sig selv			
7	Gangtest på 15 meter (borgeren starter siddende)			
Total score				

* PPT 0-14,9 = dårlig funktionsevne, PPT 15-19,9 = begrænset funktionsevne, PPT 20-24,9 = moderat funktionsevne, PPT 25-28 = god funktionsevne.

Holstebro arbejder, udover testen af den fysiske funktionsevne, også med et fokus på den ældres kost i det forebyggende hjemmebesøg.

Boks 92: Holstebro Kommune og screening af kost og ernæring

I Holstebro Kommune screenes der i forhold til kost og ernæring med henblik på at opspore ældre, som lider af utilsigtet vægttab. Der er udviklet et system til ernæringsvurdering, som anvendes ved de forebyggende hjemmebesøg. Vurdering bygger på en række spørgsmål vedrørende den ældres spise- og drikkevaner samt appetit. På baggrund af resultater fra spørgeskemaet kan medarbejderen, som udfører det forebyggende hjemmebesøg, se, om den ældre er i eller uden for risikogruppen. Hvis en ældre er i risikogruppen, rettes der henvendelse til diætist foruden muligheden for, at den ældre kan være med i en madordning. Ud over screeningen, som foretages af medarbejdere i de forebyggende hjemmebesøg, har kommunen udviklet en folder til de ældre, som gør det let og overskueligt for den ældre selv at holde øje med et muligt vægttab. Folderen indeholder en tabel med tomme felter, hvor den ældre kan udfylde dato og vægt, samt information om udregning af BMI.

[10] Physical Performance Test (PPT) anvendes til at måle fysisk form hos ældre patienter og er publiceret i: *Reuben DB, Siu AL."An objektive meassure of physical function of elderly outpatients" J Am Geriatr Soc. 1990 Oct;38(10):1105-12.*

Uddannelse og kursus inden for sundhedspædagogik og "den motiverende samtale" er udbredt i en af casekommunerne blandt medarbejder, der arbejder inden for sundhedsfremme, og således også ældrevejledere. Kommunen oplyser, at uddannelsen inden for sundhedspædagogik, som forløber over 4 temadage, ruster medarbejder til at have en pædagogisk tilgang til arbejdet i hjemmebesøget, hvor udgangspunktet er anerkendelse af de ældres livsstil og person. Uddannelsen i sundhedspædagogik er suppleret med kurser inden for "den motiverende samtale. Den pædagogiske tilgang samt teknikken den motiverende samtale bliver løbende genopfrisket ved korte kursusdage, idet ældrevejledernes vejledende og pædagogiske tilgang vurderes at være central bl.a. ved gennemførelse af forebyggende hjemmebesøg.

Kommunerne er i spørgeskemaet spurgt til, om de bruger specifikke redskaber og metoder i opsporingen af de ældre. Ca. 40 pct. af kommunerne svarer i spørgeskemaundersøgelsen, at de "i høj grad" eller "i meget høj grad" anvender specifikke redskaber til at opspore de ældre, der har behov for en forebyggende indsats. Efter selve spørgsmålet blev kommunerne bedt om at angive i et kommentarfelt, hvilke specifikke redskaber de anvender i opsporingen. Her angives det forebyggende hjemmebesøg som den hyppigste metode til at opspore de ældre, hvorfor besøget også ovenfor er præsenteret som den mest anvendte opsporingsform.

6. FOREBYGGELSESINDSATSERNES ORGANISERING OG IMPLEMENTERING

Dette kapitel fokuserer på organiseringen og implementeringen af kommunernes forebyggende indsatser. Som i de øvrige afsnit præsenteres spørgeskemaundersøgelsens resultater indledende, hvorefter der suppleres med relevant viden fra casebesøgene i de fire kommuner.

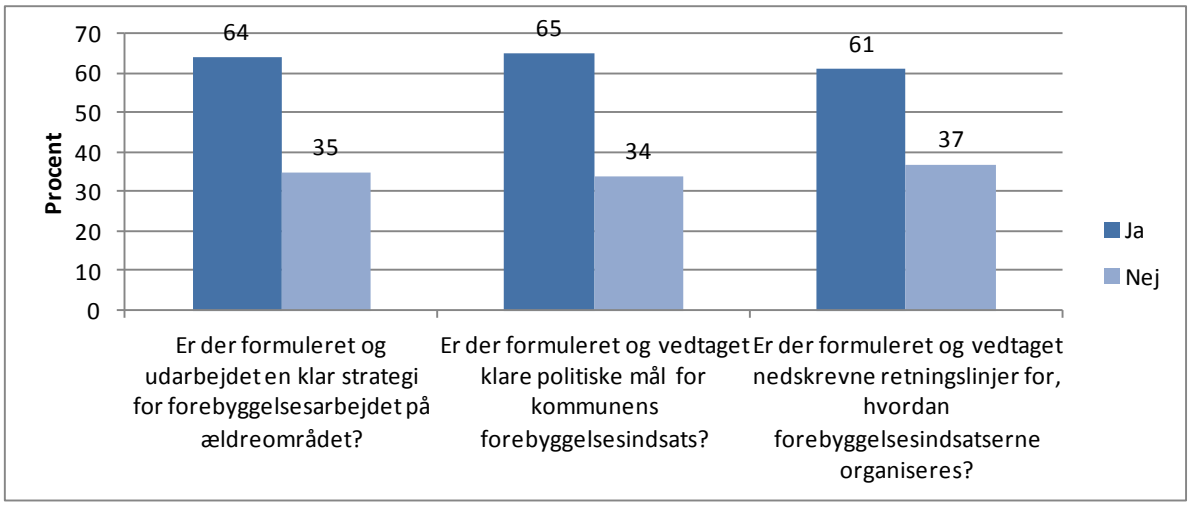
Kapitlet fokuserer til dels på kommunernes overordnede rammer for forebyggelsesindsatserne, herunder deres politiske strategier og målsætninger. Derudover belyser kortlægningen det interne og eksterne samarbejde, der kendetegner forebyggelsesområdet i kommunerne.

Som en del af implementeringsarbejdet fokuseres der på kommunernes brug af kompetenceudvikling, både i relation til hvilke grupper der gives kompetenceudvikling til og i relation til den type og det fokus, der er kompetenceudviklingen.

6.1 De overordnede rammer for forebyggelsesarbejdet

Den nedenstående figur viser kommunernes besvarelser, i forhold til hvor eksplicitte kommunen er om de overordnede rammer for forebyggelsesarbejdet.

Figur 11: Fordelingen af besvarelser angående de overordnede rammer for forebyggelsesarbejdet



Respondenterne har kunnet svare "ja", "nej" eller "ved ikke". N angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. N = 80. Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

Som tabellen viser, svarer 64 pct. af de adspurgte kommuner, at de har formuleret en klar strategi for forebyggelsesarbejdet på ældreområdet, mens 35 pct. svarer, at de ikke har formuleret og udarbejdet en sådan strategi.

På spørgsmålet om, hvorvidt der er vedtaget klare politiske mål for forebyggelsesindsatsen, svarer 65 pct. af de adspurgte kommuner bekræftende, og 34 pct. svarer, at de ikke har vedtaget klare politiske mål.

Samlet set har 46 pct. af kommunerne oplyst, at de både har formuleret en klar strategi for forebyggelsesarbejdet, vedtaget politiske mål og formuleret nedskrevne retningslinjer for, hvordan forebyggelsesindsatserne organiseres. Ca. 20 pct. af kommunerne oplyser, at de hverken har formuleret en klar strategi, vedtaget politiske mål eller vedtaget skriftliggjorte retningslinjer for organiseringen af forebyggelsesindsatserne.

I forhold til spørgsmålet om, hvorvidt der er formuleret og vedtaget nedskrevne retningslinjer for, hvordan forebyggelsesindsatserne organiseres, angiver 61 pct. af de adspurgte kommuner, at de har formuleret og vedtaget nedskrevne retningslinjer for, hvordan forebyggelsesindsatserne skal organiseres. 36 pct. svarer, at det har de ikke.

Uddybningerne fra de gennemførte casebesøg i fire kommuner viser, at forebyggelsesområdet, der er målrettet ældre, er indarbejdet i kommunens sundhedspolitik i tre af casekommunerne, mens en af casekommunerne har indarbejdet forebyggelsesområdet i kommunens ældrepolitik. Dette uddybes yderligere i det kommende afsnit om den organisatoriske placering af forebyggelsesopgaven i kommunerne.

Der ses en klar sammenhæng mellem de kommuner, der både har udarbejdet en klar strategi for forebyggelsesindsatsen og vedtaget politiske mål. Således har ca. 60 pct. af kommunerne både udarbejdet en klar politisk strategi og vedtaget klare politiske mål for forebyggelsesindsatsen. Samtidigt oplyser ca. 30 pct. af kommunerne, at de ikke har en politisk strategi og vedtaget politiske mål på forebyggelsesområdet.

Den nedenstående tabel viser fordelingen mellem de kommuner, der både har udarbejdet en klar strategi og vedtaget politiske mål, og de, der ikke har.

Tabel 6-1: Fordelingen af besvarelser på spørgsmålet om politisk strategi og politiske mål, angivet i pct.

	Strategi		
Politiske mål		**Ja**	**Nej**
	Ja	59	6
	Nej	5	29

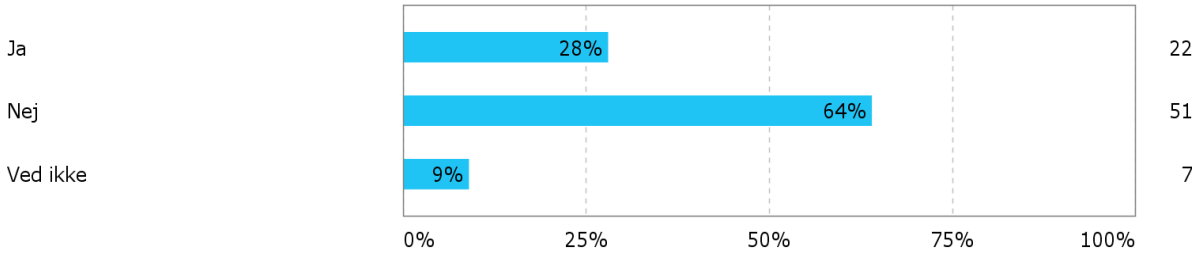
Respondenterne har kunnet svare "ja", "nej" eller "ved ikke". I denne tabel er "ved ikke"-besvarelserne udeladt. N angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. N = 77. Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

Der kan ikke spores en sammenhæng mellem at have opsat klare politiske mål og at arbejde med at udvikle det forebyggende hjemmebesøg. Resultatet fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at det er omkring 75 pct. af de kommuner, der ikke har vedtaget politiske mål, som angiver, at de arbejder med at udvikle det forebyggende hjemmebesøg. For de kommuner, der har opsat klare politiske mål, er der 78 pct., som angiver, at de arbejder med at udvikle det forebyggende hjemmebesøg udover det påkrævede. Det er således ikke afgørende for kommunes fokus på udvikling af det forebyggende hjemmebesøg, hvorvidt der er udarbejdet klare politiske mål.

I forhold til formidling af kommunernes forebyggelsesindsatser viser kortlægningen, at der er en overvægt af kommuner, der ikke har udarbejdet en kommunikationsplan for området. Således svarer 64 pct. af kommunerne, at der ikke er udarbejdet og formuleret en kommunikationsplan for at oplyse om forebyggelsesindsatserne, målrettet ældre. Der er imidlertid 9 pct., der svarer, at man ikke ved, om kommunen har formuleret en kommunikationsplan.

Det skal dog fremhæves, at kommunerne kan have iværksat oplysnings- og informationsaktiviteter, selvom der ikke er formuleret i en konkret kommunikationsplan.

Figur 12: Fordelingen af kommuner, der har formuleret og udarbejdet kommunikationsplaner for oplysninger af ældre om forebyggelsesindsatser



Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

6.2 Samarbejdet internt i kommunen

I spørgeskemaundersøgelsen tegner sig et tydeligt billede af de centrale aktører på forebyggelsesområdet for ældre. Generelt inddrages plejepersonale, visitatorer og kommunalt sundhedspersonale i det tværgående samarbejde om forebyggelsesindsatserne. Således inddrager 96 pct. af de adspurgte kommuner plejepersonale, mens 93 pct. af kommunerne gør brug af visitatorer,

og 86 pct. af kommunerne inddrager det kommunale sundhedspersonale i samarbejdet om forebyggelsesindsatserne.

Ligeledes tegner sig via spørgeskemaundersøgelsen et generelt billede af de aktører, der ikke i særlig høj grad inddrages i samarbejdet om forebyggelsesindsatserne. Det drejer sig om socialrådgiverne, som kun i 20 pct. af de adspurgte kommuner inddrages, mens alene 3 pct. af kommunerne angiver, at psykologer inddrages i samarbejdet om forebyggelsesindsatserne. Da det har været muligt for kommunerne at afkrydse i alle kategorier af medarbejdere, må de to grupper anses som mindre centrale aktører i det kommunale samarbejde om forebyggelsesindsatser for ældre.

Kun én kommune svarer "ved ikke" og kan være et udtryk for, at de centrale aktører på forebyggelsesområdet for ældre er relativt tydelige. Ved afkrydsning i inddragelse af "andre kommunale parter" nævnes aktivitetskonsulenter, brobyggere, demenskoordinatorer, sygeplejersker, uddannelseskoordinatorer, diætister, idrætspædagoger, jobcenteret, værested for psykisk syge, madservice, cafémedarbejdere og køkkenpersonale. For nogle af betegnelserne gælder, at de har en koordinatorfunktion i forhold til et område i relation til ældre.

I nedenstående tabel er illustreret de kommunale parter, der i høj grad inddrages i samarbejdet om forebyggelsesindsatserne, og ligeledes de parter, der i mindre grad inddrages.

Tabel 6-2: Inddragelse af kommunale parter

	Pct., som har svaret bekræftende
Plejepersonale	96
Visitator	93
Medarbejdere der udfører forbyggende hjemmebesøg	91
Kommunalt sundhedspersonale	86
Socialrådgiver	20
Psykolog	3
Andre	16

Respondenterne har kunnet svare bekræftende eller undlade at svare. Tabellen summerer ikke til 100, fordi respondenterne har haft mulighed for at sætte flere kryds. N angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. N = 80. Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

Der ses en god overensstemmelse mellem de centrale aktører på forebyggelsesområdet og de forebyggelsesindsatser, som kommunerne overvejende tilbyder. Der tegner sig et billede af, at kommunens medarbejdere har en rolle i forhold til at opspore, udrede og visitere borgeren i forhold til forebyggende indsatser. Casekommunerne giver udtryk for, at en stor del af forebyggelsesaktiviteterne gennemføres af frivillige foreninger, men plejepersonalet informerer og rådgiver om forebyggelse og kommunale tilbud, ligesom de har en koordinerende funktion i forhold til kommunes forebyggelsestilbud. Kommunerne fremhæver, at et veletableret tværkommunalt samarbejde og samarbejde med andre aktører er afgørende for kommunens opsporing af målgruppen.

6.3 Det kommunale samarbejde med eksterne aktører

Kommunernes samarbejde med eksterne aktører er ligesom det interne kommunale samarbejde relevant at afdække. Også på dette område viser sig en klar tendens til, at der gennemgående generelt for kommunerne er nogle væsentlige aktører, der i højere grad samarbejdes med. Som nedenstående tabel viser, angiver 85 pct. af de adspurgte kommuner, at der er etableret et tværgående samarbejde med praktiserende læge, mens 73 pct. svarer bekræftende til, at der er etableret samarbejde med regionen/sygehusene. Hele 73 pct. af kommunerne angiver derudover, at der er etableret samarbejde med frivillige aktører, mens der af næsten halvdelen af kommunerne angives at være etableret samarbejde med de pårørende eller på anden måde netværk.

I forhold til organiseringen af samarbejdet har nogle af kommunerne på casebesøgene uddybet, at det er centralt for et velfungerende samarbejde med praktiserende læger, at lægen har kendskab til kommunens konkrete tilbud, og at lægen har en kontaktperson i kommunen, som denne kan henvise borgeren til eller selv rette henvendelse til. I forhold til samarbejdet med frivillige

fremhæver flere af casekommunerne, at det er vigtigt løbende at pleje samarbejdet eksempelvis gennem fester og andre arrangementer for frivillige. Yderligere fremhæves det som en fordel, at kommunen har ansat en frivillighed koordinator, der kan fungere som en fast kontaktperson for det frivillige netværk.

Ca. en tredjedel af kommunerne angiver diætister som eksterne samarbejdsparter, mens kun 10 pct. af kommunerne har etableret et samarbejde om forebyggelsesindsatserne med privatpraktiserende fysioterapeuter og/eller ergoterapeuter. Færrest kommuner har angivet, at de har etableret et samarbejdet med privatpraktiserende psykologer. Her svarer kun 3 pct. bekræftende.

Tabel 6-3: Parter, som kommunen har etableret et tværgående/tværsektorielt samarbejde med

	Pct., som har svaret bekræftende
Praktiserende læge	85
Regionen/sygehus	74
Frivillige	73
Pårørende, netværk	45
Diætist	29
Privatpraktiserende fysioterapeut og/eller ergoterapeut	10
Privatpraktiserende psykolog	3
Andre	11

Respondenterne har kunnet svare bekræftende eller undlade at svare. Tabellen summerer ikke til 100, fordi respondenterne har haft mulighed for at sætte flere kryds. N angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. N = 80. Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

Kommunernes samarbejde med eksterne aktører afspejler, at kommunernes indsatser, som tidligere beskrevet, primært fokuserer på borgerens fysiske funktionsniveau, hvor opsporingen eksempelvis sker i samarbejde med praktiserende læger, eller ved at kommunen bliver informeret ved udskrivelse fra sygehuset. Samtidigt peger kortlægningen på, at en stor del af de forebyggende indsatser på primært det fysiske og sociale område gennemføres i samarbejde med frivillige foreninger i kommunerne.

Det har i spørgeskemaet været muligt at angive andre eksterne samarbejdsparter, hvor aktører som kommunens ældreråd, ældresagen, apotek, gymnastikforeninger, patientforeninger og det øvrige foreningsliv nævnes. De mange aktører, der nævnes i forhold til både det interne kommunale samarbejde og det eksterne samarbejde, indikerer, at forebyggelsesområdet for ældre er bredt og indeholder mange forskellige aktører; en pointe, der understøttes på tværs af de fire casebesøg.

Som illustreret i tabel 6-3, angiver næsten to tredjedele af kommunerne, at de samarbejder med frivillige om forebyggelsesindsatser for ældre. Det indikerer, at der i høj grad gøres brug af frivillige i forebyggelsesindsatserne, og at de spiller en central rolle på området. Billedet understøttes af besøgene i de fire casekommuner, hvor frivillige nævnes som relevante og helt centrale aktører på området. I Sønderborg Kommune har man udarbejdet en frivillighedspolitik, der er godkendt af Sønderborg Byråd, og som gælder for frivillige socialt og sundhedsfremmende foreninger i Sønderborg Kommune i årene 2011 til 2013. Afsættet for frivillighedspolitikken er Servicelovens § 18, der understreger, at det socialt og sundhedsfremmende arbejde skal sikre et godt samspil mellem de frivillige socialt og sundhedsfremmende organisationer og de offentlige tilbud. Politikken fungerer som en tværgående politik, der indgår i samspil med kommunens øvrige politikker, og som også dækker flere områder end udelukkende ældreområdet.

Også i Greve Kommune gøres der i høj grad brug af frivillige i forebyggelsesarbejdet med ældre. Kommunen henviser i høj grad borgerne til relevante frivillige foreninger. I samarbejde med især patientforeninger afholdes store frivillige arrangementer, hvor borgerne selv kommer og henter inspiration til forebyggelsesindsatser. Greve Kommune arbejder også med at etablere frivillige med base i lokalområderne. Særligt har man i Greve Kommune fokus på de socialt belastede boligområder, hvor mange ældre med anden etnisk baggrund end dansk er bosiddende. Her har man erfaret, at de ældre har sværere ved selv at være opsøgende i forhold til de forebyggelsesindsatser, som kommunen tilbyder. Det har affødt, at man i Greve Kommune har etableret tilbud i boligområdet, således de ældre ikke er afhængig af transport og nemmere har adgang til tilbuddene. Blandt andet afholdes der Diabetes- og Hjertecaféer i de pågældende boligområder.

I Greve Kommune er der for nylig truffet politisk beslutning om at ændre på kriterierne for tildeling af midler i henhold til Servicelovens § 79. Der er hidtil sket en passiv fordeling af midlerne til foreningerne på baggrund af antallet af ældre medlemmer. Fremadrettet skal foreningerne aktivt søge om midlerne og det er nu et kriterium, at aktiviteterne er af en sundhedsfremmende og netværksskabende karakter.

Generelt er der identificeret to former for kommunale samarbejder med frivillige i casekommunerne. Den ene er, hvor kommunen samarbejder med mere etablerede frivillige foreninger, herunder de landsdækkende patientforeninger, eksempelvis Diabetesforeningen, hvor kommunen eksempelvis stiller lokaler til rådighed i det lokale bibliotek for foreningens arrangementer. Sådanne samarbejder ses men en lang række af patientforeninger.

En anden type af samarbejde er kommunernes samarbejde med de mere løst organiserede frivillige. Ved denne type samarbejde udtrykker flere kommuner, at det er centralt at få etableret de frivillige i netværk eller sammensluttende foreninger med henblik på et mere formaliseret samarbejde til gavn for både kommune, borgere og de frivillige selv. Som eksempel herpå kan nævnes Greve Kommune, som netop har afholdt en stiftende generalforsamling for en nydannet forening af frivillige med 5 nyvalgte bestyrelsesmedlemmer. Eksempler på de mere løst organiseret frivillige, som denne forening skal repræsentere, er frivillige, der gennemfører cykelaktiviteter for ældre, hvor de ældre cykler sammen, højtlæsning m.m..

6.4 Implementering af forebyggelsesindsatserne

I dette afsnit sættes fokus på implementeringen af forebyggelsesindsatserne. Det er både søgt afdækket via spørgeskemaundersøgelsen, ligesom vi i casebesøgene har søgt at få uddybet og nuanceret, hvilke elementer, de fire kommuner mener, en vellykket implementering fordrer.

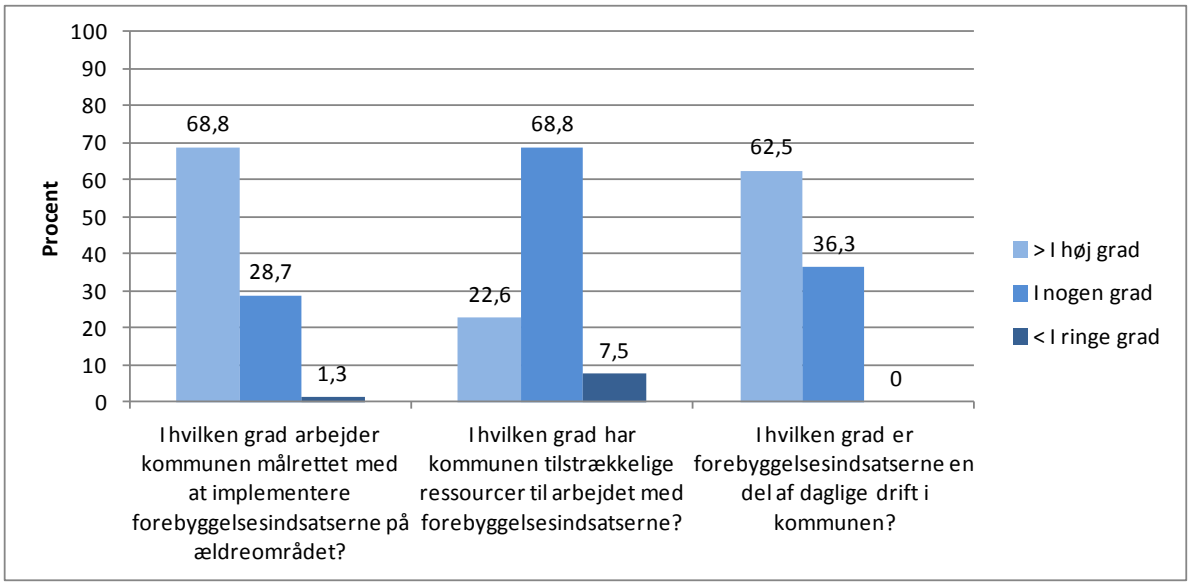
Da en del af kommunernes forebyggende indsatser er såkaldte ”kan-opgaver” (udover det lovpligtige forebyggende hjemmebesøg), er det interessant at belyse, i hvilken grad kommunerne arbejder målrettet med at implementere forebyggelsesindsatser på ældreområdet og i hvilken grad indsatserne er en del af den daglige drift på ældreområdet.

Hovedparten af kommunerne oplyser, at de arbejder målrettet med at implementere forebyggelsesindsatserne på ældreområdet. Samtidigt oplever størstedelen af kommunerne forebyggelsesområdet som en del af den daglige drift i kommunen.

Således svarer ca. 69 pct. af kommunerne i spørgeskemaundersøgelsen "i høj grad" eller "i meget høj grad", til at de arbejder målrettet med at implementere forebyggelsesindsatserne på ældreområdet. Næsten 90 pct. af de adspurgte kommuner angiver, at forebyggelsesområdet "i nogen grad" eller "i høj grad" er en del af den daglige drift i kommunen

I den nedenstående figur fremgår kommunernes besvarelser i spørgeskemaet omkring implementeringen af forebyggelsesindsatserne.

Figur 13: Implementering af forebyggelsesindsatserne



Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke", og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt, og kategorierne "i høj grad" og "i meget høj grad" er slået sammen til "> i høj grad". Kategorierne "slet ikke" og "i ringe grad" er slået sammen til "< i ringe grad". N angiver, hvor mange respondenter der har svaret på spørgsmålene. N = 79-76. Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

Samlet set giver ovenstående et billede af, at forebyggelsesindsatserne for de fleste kommuner i relativt høj grad er en del af kommunens drift og altså ikke etableret via eksternt eller internt finansierede projekter.

I Greve Kommune arbejder man med at afprøve indsatser via en kommunal projektpulje, der giver kommunen mulighed for med flere ressourcer at afprøve indsatser med henblik på forankring efter endt projektperiode. I tilrettelæggelsen af projekterne lægger man i kommunen vægt på at inddrage både borgere og de frivillige så tidligt som muligt, hvis hensigten er, at en frivillig forening skal kunne fortsætte med at køre tilbuddet videre i frivilligt regi. Derfor søger man tidligt at få både borgere og de frivillige til at tage ejerskab for forebyggelsesindsatserne ved at lade dem være med til at tegne indsatsen, således at den også giver mening for dem og ikke kun i en kommunal kontekst. Kommunen peger på, at en indikator for succesfuld implementering er, når projektet kan køre videre i frivilligt regi på en meningsfuld måde med gode resultater for borgerne. Det kræver, som beskrevet, en høj grad af inddragelse, motivation og samarbejde, således at man som kommune gør brug af borgernes og de frivilliges ressourcer og kompetencer bedst muligt uden at pålægge de frivillige foreninger en kommunalt tilrettelagt indsats.

6.5 Kompetenceudvikling som implementeringsredskab

I forlængelse af implementeringsaspektet fokuseres der i det følgende på kompetenceudvikling som et væsentligt implementeringsredskab. I forhold til det tværfaglige arbejde med implementering af forebyggelsesindsatserne vurderer de fire casekommuner, at kompetenceudvikling af de aktører, der involveres i samarbejdet om forebyggelsesindsatserne, både interne og eksterne, er hensigtsmæssig.

Kommunernes indsats i forhold til udviklingen af medarbejdernes og andre aktørers kompetencer er forsøgt afdækket. Dette er gjort ved spørgsmål om, hvilke målgrupper som modtager udvikling på forebyggelsesområdet, samt hvilken type af kompetenceudvikling i forhold til forebyggelses på ældreområdet der arbejdes med. Som i de foregående spørgsmål er der ikke begrænsning på, hvor mange målgrupper, der kan svares bekræftende til. Så godt som alle kommuner, 99 pct. af de adspurgte, har svaret bekræftende på at kommunale medarbejdere modtager kompetenceudvikling om forebyggelse på ældreområdet. Herefter er det ca. halvdelen af de adspurgte kommuner, som giver kompetenceudvikling til frivillige. Samtidig har 36 pct. af kommunerne kompetenceudvikling målrettet pårørende og netværk. Forholdsvis mange kommuner svarer "andre medarbejdere" (29 pct.).

Tabel 6-4: Målgrupper for kompetenceudvikling om forebyggelse på ældreområdet

	Pct. som har svaret bekræftende
Kommunale medarbejdere	99
Frivillige	53
Pårørende, netværk	36
Andre medarbejdere (fx på selvejende institutioner, private leverandører)	29
Andre	2,5

Respondenterne har kunnet svare bekræftende eller undlade at svare. Tabellen summerer ikke til 100, fordi respondenterne har haft mulighed for at sætte flere kryds. N angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. N = 80. Kilde: Rambøll spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

I spørgeskemaundersøgelsen angiver kommunerne, at den gruppe, der modtager kompetenceudvikling i næsthøjeste grad, er de frivillige. Således angiver næsten 53 pct. af kommunerne, at de frivillige modtager kompetenceudvikling om forebyggelse på ældreområdet. Det kan med rette ses som et udtryk for, at de frivillige som gruppe anses som relevante parter i det kommunale forebyggelsesarbejde for ældre, og at kommunen prioriterer, at gruppen af frivillige gives kompetencer i forhold til at varetage opgaver i relation til forebyggelsesindsatser for ældre; en påstand, der underbygges i casebesøgene hos de fire kommuner.

Foruden undersøgelsen af hvem der modtager kompetenceudvikling, er det interessant at se, hvilken type af kompetenceudvikling som kommunerne anvender i forhold til ældreområdet. Ved afdækning af dette spørgsmål er kommunalcheferne på ældreområdet igen blevet bedt om at svare bekræftende på en række muligheder samt angive, hvis der arbejdes med "andet".

Tabel 6-5: Typer af kompetenceudvikling

	Pct. som har svaret bekræftende
Teoretisk undervisning	93
Udlevering af materialer om forebyggelsesindsatser	65
Øvelser i praksis	64
Andet	18

Respondenterne har kunnet svare bekræftende eller undlade at svare. Tabellen summerer ikke til 100, fordi respondenterne har haft mulighed for at sætte flere kryds. N angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. N = 80. Kilde: Rambøll spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

Der fremstår en tydelig tendens til, at kommunerne foretrækker at arbejde inden for teoretisk undervisning, da hele 92 pct. af kommunerne placerer sig i denne kategori. En forholdsmæssig stor andel af kommunerne anvender også materialer og øvelser i praksis. 65 pct. af kommunerne udleverer materialer om forebyggelsesindsatser, og 63,7 pct. fortager øvelser i praksis. En forholdsmæssig stor andel af kommunerne (17,5 pct.) har angivet "andet" og har herunder angivet en række spændende metoder til kompetenceudvikling. Eksempler herpå er rehabiliteringsuddannelse (fx 3-dages kursus i forhold til rehabilitering), dialog møder, e-learning, efteruddannelse, netværksgrupper, fastholdelse, formaliseret sundhedsfremmende indsats, løbende udviklingsmøder for såvel medarbejdere som lederfora, målrettet tværorganisatorisk samarbejde, pårørendegrupper eksempelvis på demensområdet, projekter og selvhjælpsgrupper. Af de nævnte "andre" metoder er tendensen igen, at der er fokus på det teoretiske ved eksempelvis efteruddannelse i forskellige afskygninger.

Spørgeskemaundersøgelsens resultater, i forhold til spørgsmålet om hvad der er fokus på i kompetenceudviklingen af medarbejdere i forhold til forebyggelse på ældreområdet, viser, at kommunerne finder flere indsatsområder væsentlige. Tendensen er dog, at hovedfokus ligger på kompetenceudvikling i forhold til motivation og opsporing af ældre med behov for en forebyggende indsats. Mellem 50 pct. og 60 pct. af kommunerne har i kompetenceudviklingen fokus på udredning af ældre, visitation og selve forebyggelsesindsatsen.

Tabel 6-6: Fokus i kompetenceudviklingen

	Pct. som har svaret bekræftende
Motivation af ældre med behov for en forebyggende indsats	79
Opsporing af ældre med behov for en forebyggende indsats	76
Selve forebyggelsesindsatsen	58
Visitation af ældre med behov for en forebyggende indsats	56
Udredning af ældre med behov for en forebyggende indsats	53

Respondenterne har kunnet svare bekræftende eller undlade at svare. Tabellen summerer ikke til 100, fordi respondenterne har haft mulighed for at sætte flere kryds. N angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. N = 80. Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

7. FOREBYGGELSESINDSATSERNES EFFEKT

I litteraturen påviser flere studier positive effekter af forebyggende indsatser i forhold til at bevare ældres fysiske, sociale og psykiske funktionsevne. Det er derfor muligt at identificere en række mekanismer, der knytter sig til bevarelse af de tre aspekter af ældres funktionsevne, og som dokumenteres at være virkningsfulde i arbejdet med forebyggelse (jf. Forebyggelse til bevarelse af alderssvarende funktionsevne hos ældre, Kortlægning af viden og Evidens, Rambøll Management, 2012).

I forhold til den fysiske funktionsevne påviser litteraturen, at indsatser, der fokuserer på henholdsvis motion og kost, har positiv effekt for ældre. Således dokumenterer flere studier positiv effekt af indsatser, der fokuserer på fysisk aktivitet og retmæssig kost og ernæring i forhold til en lang række fysiske funktionsevnetab hos ældre. Ligeledes påviser litteraturen, at styrkelse af muskler og balance, fokus på barrierer i den ældres omgivelser samt viden om faldrisici har positiv effekt i forhold til forebyggelse af fald og faldrelaterede ulykker, som også kan have indvirkning på ældres fysiske funktionsevne.

På tværs af litteraturen identificeres ligeledes nogle centrale mekanismer, der har påvist positiv effekt i arbejdet med at forebygge tab af den sociale funktionsevne. Her kan der peges på sociale aktiviteter, som eksempelvis gruppebaserede eller individuelle tilbud med varierende indhold, besøgsvenner og støttegrupper.

På samme måde påviser litteraturen virksomme mekanismer i forhold til at forebygge tab af den psykiske funktionsevne. Her dokumenterer flere studier positive effekter af indsatser, der indeholder eksempelvis kognitiv stimulering, fysisk aktivitet, viden om aldring, kognitive processer og alternative strategier samt nye handlemuligheder (jf. Forebyggelse til bevarelse af alderssvarende funktionsevne hos ældre, Kortlægning af viden og Evidens, Rambøll Management, 2012).

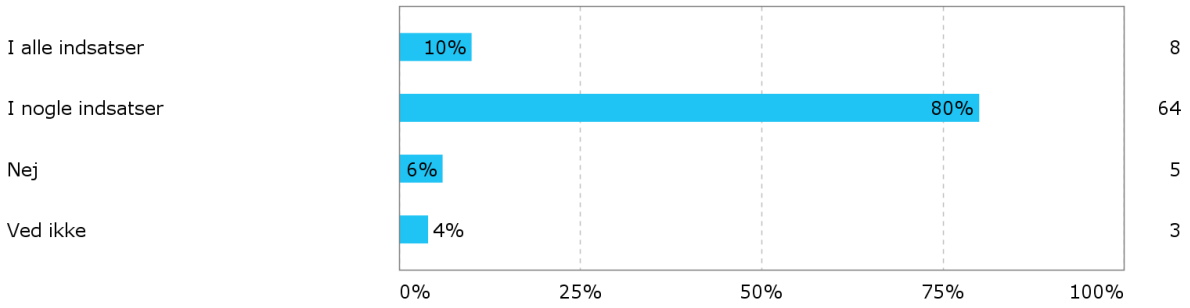
Således tegner der sig på tværs af litteraturen et billede af, at forebyggelse i forhold til bevarelse af ældres funktionsevne har dokumenteret positiv effekt, og at der kan identificeres flere forskellige mekanismer, der kan arbejdes med i de forebyggende indsatser. Dette afsnit fokuserer på kommunernes dokumentation af effekter på forebyggelsesområdet, og hvorvidt de kan dokumentere effekt af de kommunale indsatser. Indledningsvis præsenteres kommunernes arbejde med dokumentation, hvorefter der redegøres for kortlægningens resultater vedrørende forebyggelsesindsatsernes effekter for borgerne samt omkostningseffektivitet af indsatserne for kommunen.

7.1 Kommunernes arbejde med dokumentation af forebyggelsesindsatser

Kortlægningen viser, at 90 pct. af kommunerne indsamler dokumentation for nogle eller alle forebyggelsesindsatser. Hovedparten (80 pct.) har valgt at fokusere på udvalgte forebyggelsesindsatser.

Nedenstående figur viser fordelingen af kommunernes besvarelse i forhold til indsamling af dokumentation.

Figur 14: Kommunernes dokumentation af forebyggelsesindsatserne



Respondenterne har kunnet svare ”I alle indsatser”, ”I nogen indsatser”, "Nej" eller ”Ved ikke”. N angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. N = 80. Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

Kommunerne anvender både kvantitative og kvalitative indberetningssystemer (fx logbøger, dagbøger mv.) til at dokumentere forebyggelsesindsatserne. Således tilkendegiver 60 pct. af kommunerne, at der foretages dokumentation af borgernes forebyggelsesindsatser via kvantitative indberetningssystemer, mens 55 pct. af kommunerne anvender kvalitative indberetningssystemer. Der er altså en tendens til, at lidt færre kommuner anvender kvalitativ indberetning. På baggrund af de gennemførte fire casebesøg ses der en tendens til, at kommunerne primært dokumentere aktivitetsmål om de ældres deltagelse i forebyggende aktiviteter, og at kommunerne generelt oplever, at det er vanskeligt at dokumentere effekterne af de forebyggende indsatser.

En forholdsvis stor andel af respondenterne har angivet "ved ikke" (16,5 pct. ved kvantitativt og 11,3 pct. ved kvalitativt). 10 pct. af de adspurgte kommuner har ikke angivet et svar, hvilket er bemærkelsesværdigt. Dette kan skyldes, at respondenterne på chefniveauet ikke har været klar over, hvilke konkrete indberetningssystemer der anvendes i kommunen.

En stor del af kommunerne (ca. 40 pct.) anvender både kvantitative og kvalitative indberetningssystemer, men samtidigt er der ca. 30 pct. af kommunerne, der kun har én type indberetningssystem. Ca. en femtedel af kommunerne anvender kun kvantitative indberetninger, mens ca. 10 pct. kun anvender kvalitative indberetninger. Der er således en tendens til, at kvantitative indberetningssystemer i højere grad står alene som indberetningsmetode i kommunerne, sammenlignet med kvalitative systemer. Det er et fåtal af kommunerne, som ikke har nogen af de to indberetningsformer (4.2 pct.).

Tabel 7-1: Hvordan kommunerne foretager dokumentation af borgerens forebyggelsesindsatser…? (svar angivet i procent)

	Ja	Nej	Ved ikke	Manglende
…via kvantitativt indberetningssystem til indberetning af data om forebyggelsesindsatserne	60	13	17	10
…via kvalitativt indberetningssystem (fx logbøger, dagbøger m.m.)	55	24	11	10

Tabellen angiver den procentvise andel af de adspurgte kommuner, som anvender kvantitative og kvalitative indberetningssystemer. Respondenterne har kunnet angive "ja", "nej" og "ved ikke". 10 pct. af kommunerne har ikke angivet et svar, dvs. manglende. N=80. Kilde: Rambøll spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

Kortlægningen viser yderligere, at kommunerne primært anvender dokumentationen i forhold til udvikling og kvalitetssikring af det forebyggende arbejde i relation til den enkelte borger. Det er omkring en tredjedel af kommunerne, der anvender dokumentationen til identifikation af nye indsatsområder og til udvikling og kvalitetssikring af det forebyggende arbejde generelt.

Det er interessant, at ca. halvdelen af kommunerne angiver, at de ikke anvender dokumentationen til identifikation af strategiske mål, og at en stor del af kommunerne ikke anvender dokumentationen til identifikation af nye indsatsområder (44 pct.) og udvikling af det forebyggende arbejde generelt (41 pct.).

Over halvdelen af kommunerne har IT-understøttelse på deres dokumentation, og en forholdsvis stor andel har det under opbygning.

Kommunernes besvarelser i forhold til brugen af dokumentation fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 7-2: Er der etableret procedurer for, hvorledes dokumentation anvendes på organisatorisk niveau i forhold til… (svar angivet i procent)

	Ja	Nej	Ved ikke
Identifikation af strategiske mål	30	51	19
Identifikation af nye indsatsområder	37	44	19
Udvikling og kvalitetssikring af det forebyggende arbejde generelt	39	41	20
Udvikling og kvalitetssikring af det forebyggende arbejde i relation til den enkelte borger	43	36	21

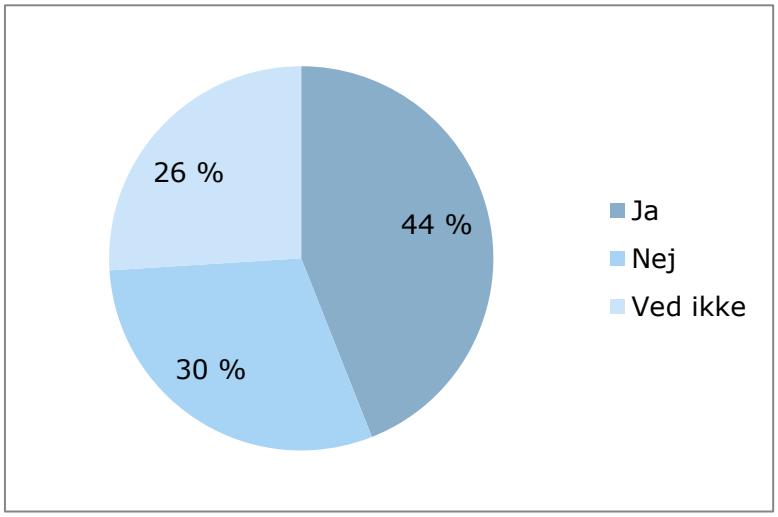
Tabellen angiver den procentvise andel af de adspurgte kommuner, som anvender kvantitative og kvalitative indberetningssystemer. Respondenterne har kunnet angive "ja", "nej" og "ved ikke". N=80. Kilde: Rambøll spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

7.1.1 Resultater og effekter for borgerne

Ca. 44 pct. af kommunerne vurderer, at kommunen kan dokumentere, at forebyggelsesindsatserne skaber de ønskede resultater og effekter for borgerne, mens 30 pct. svarer, at det ikke er tilfældet. En forholdsvis stor procentandel (26 pct.) svarer "ved ikke". Samlet set er det således over halvdelen af kommunerne (56 pct.), som enten ikke *mener,* at det kan dokumenteres, eller ikke *ved*, om det kan dokumenteres, at de forebyggende indsatser skaber de ønskede resultater og effekter for borgeren. Det er imidlertid centralt at holde for øje, at det ikke er ensbetydende med, at denne andel mener, at der ikke kan skabes resultater og effekter for borgerne, men blot at det ikke kan dokumenteres.

Den nedenstående figur viser fordelingen af, hvor mange kommuner der mener at kunne dokumentere, at forebyggelsesindsatserne skaber de ønskede effekter.

Figur 15: Vurderer du, at kommunerne kan dokumentere, at forebyggelsesindsatserne skaber de ønskede resultater og effekter for borgerne?



Procentdel af kommunerne, som mener, at kommunen kan dokumentere, at forebyggelsesindsatserne skaber de ønskede resultater og effekter for borgerne. Svarmuligheder "Ja", "Nej" og "Ved ikke". N=80. Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

Kortlægningen viser en tendens til, at de kommuner, som arbejder ud fra klare strategier, politiske mål og nedskrevne retningslinjer, i højere grad vurderer, at kommunen kan dokumentere, at forebyggelsesindsatserne skaber de ønskede resultater og effekter for borgerne.

Det er desuden bemærkelsesværdigt, at 25 pct. af kommunerne, som ikke har en klar strategi, politiske mål og retningslinjer, svarer "ved ikke" til, om de kan dokumentere, at forebyggelsesindsatserne skaber de ønskede resultater og effekter for borgerne. Det må således konkluderes, at der er en større usikkerhed vedrørende dokumentation af resultater og effekter blandt kommuner, som ikke har politiske mål og strategier.

I den nedenstående tabel fremgår kommunernes vurdering af, om de forebyggende indsatser skaber de ønskede effekter, opdelt efter om kommunerne har formuleret en politisk strategi, målsætninger og retningslinjer på området.

Tabel 7-3: Dokumentation af effekter og politiske mål, strategi og retningslinjer

	Vurderer du, at kommunen kan dokumentere, at forebyggelsesindsatserne skaber de ønskede resultater og effekter for borgerne?				
	Ja (pct.)	Nej (pct.)	Ved ikke (pct.)	Total (pct.)	Antal
Kommuner med klar strategi, mål og retningslinjer	59	41	0	100	29
Kommuner uden klar strategi, mål og retningslinjer	44	31	25	100	16

Kommuner, der har svaret "ja" til spørgsmålene angående klar strategi, klare politiske mål og nedskrevne retningslinjer for forebyggelsesarbejdet. N = 29. Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

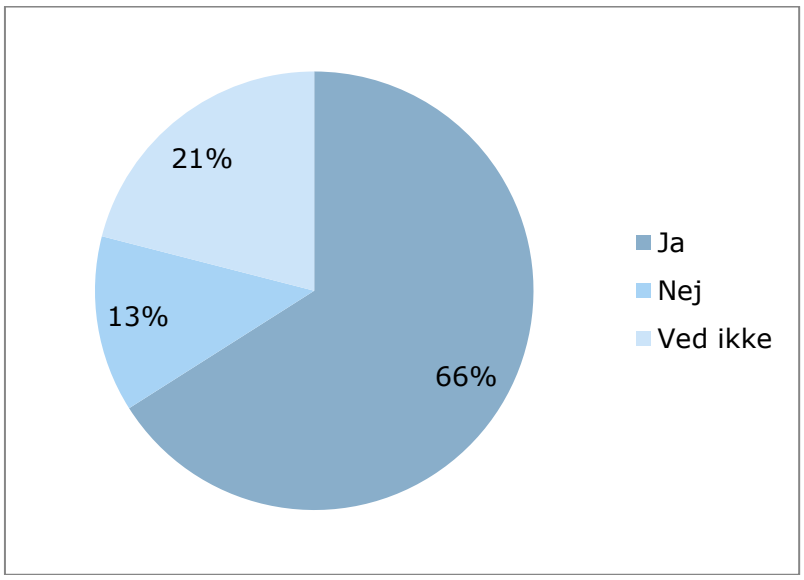
Alle fire casekommuner har foretaget målinger af effekter på forskellige aktivitetstiltag, primært på det fysiske område. Eksempelvis har Holstebro Kommune målt på de ældres fysiske tilstand ved en Physical Performance Test (PPT), der muliggør, at kommunen kan måle effekterne af den fysiske træning. Greve Kommune foretager ligeledes målinger på de ældres fysiske funktionsevne, før og efter de har deltaget i et af kommunens aktivitetstilbud.

7.1.2 Omkostningseffektivitet

Hovedparten af kommunerne vurderer, at de forebyggende indsatser medvirker til omkostningseffektive løsninger, men samtidigt er der en tredjedel, der ikke mener, at indsatserne leverer omkostningseffektive resultater, eller ikke ved, om dette er tilfældet.

Af nedenstående figur fremgår det således, at 66 pct. af kommunerne mener, at forebyggelsesindsatserne medvirker til at levere omkostningseffektive løsninger. 12,5 pct. af kommunerne vurderer, at forebyggelsesindsatserne ikke medvirker til at levere omkostningseffektive løsninger, mens 21,2 pct. angiver, at de ikke ved, om forebyggelsesindsatserne skaber omkostningseffektive løsninger.

Figur 16: Vurderer du at forebyggelsesindsatserne medvirker til at levere omkostningseffektive løsninger?



Procentdele af kommunerne, som mener, at forebyggelsesindsatserne medvirker til at levere omkostningseffektive løsninger. Svarmuligheder "Ja", "Nej" og "Ved ikke". N=80. Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

Der ses ligeledes en tendens til, at der er en overvægt af de kommuner, der har formuleret en klar strategi for forebyggelsesarbejdet og formuleret klare mål, der vurderer, at forebyggelsesindsatserne leverer omkostningseffektive løsninger. Samlet set vurderer 55,8 pct. af de kommu-

ner, som både har formuleret klare politiske mål og har klare strategier, at indsatserne medvirker til at levere omkostningseffektive løsninger.

Det er et generelt billede blandt casekommunerne, at man oplever, at det er meget vanskeligt at foretage beregninger af omkostningseffektivitet ved de forebyggende indsatser; for ikke at tale om at lave beregninger af omkostningseffektivitet på hele forebyggelsesområdet. Flere af casekommunerne nævner, at man har en fornemmelse af, at man med de forebyggende hjemmebesøg sparer ressourcer, da problematikker og sygdomstegn bliver spottet tidligt.

BILAG 1 - DEN ANVENDTE METODE

Kortlægningen er gennemført i august 2012 på baggrund af en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til alle landets ældrechefer. 80 kommuner har besvaret spørgeskemaundersøgelsen, hvilket svarer til en besvarelsesprocent på 81. I den nedenstående boks er spørgeskemaets fokusområder præsenteret.

Spørgeskemaundersøgelsen til landets kommuner

Spørgeskemaer er udsendt til alle landet direktører eller driftschefer på ældreområdet. Spørgeskemaet søger at afdække, hvordan kommunerne håndterer og arbejder med forebyggelse på ældreområdet. Spørgeskemaet omhandlede forebyggelse på ældreområdet i et helhedsorienteret perspektiv og havde derfor både fokus på bevarelse af den alderssvarende *sociale*, *fysiske* og *psykiske* funktionsevne.
Spørgeskemaet havde overordnet 7 fokuspunkter med uddybende underspørgsmål:

- Det generelle set-up i kommunerne vedrørende forebyggelse på ældreområdet, herunder udarbejdelse af klare strategier, politiske mål, kommunikationsplaner og retningslinjer.
- Opsporing, udredning og motivation af ældre, herunder hvilke risikogrupper der er fokus på generelt og i det forebyggende hjemmebesøg samt hvilke redskaber der anvendes.
- Kommunale tilbud og redskaber på forebyggelsesområdet i henhold til det fysiske, sociale og psykiske indsatsområde herunder hvilke specifikke indsatsområder som relaterer sig til disse områder. Eksempler er uddybet nedenfor.
- Metoder i forebyggelsesindsatserne, herunder fokus på særlige risikogrupper
- Kompetenceudvikling af medarbejdere, herunder hvilke medarbejder grupper, typen af kompetenceudvikling.
- Organisering og implementering, herunder eksterne og interne samarbejdspartnere
- Dokumentation af forebyggelsesindsatserne, herunder om og hvordan dokumentationen foretages og hvorledes der gøres brug af den.

På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen er der foretaget en kriteriebaseret udvælgelse af fire casekommuner, der vurderes at have gode erfaringer med arbejdet med forebyggende indsatser, målrettet ældre. De kriterier, der er lagt til grund for caseudvælgelsen fremgår af nedenstående boks. På baggrund af en bruttoliste af mulige casekommuner er der blevet gennemført uddybende telefoninterview med udvalgte kommuner om kommunens forebyggende arbejde på ældreområdet. På baggrund af de uddybende telefoninterview blev følgende fire casekommuner udvalgt:

- Sønderborg
- Greve
- Holstebro
- Guldborgsund.

Kriterier der er lagt til grund for caseudvælgelsen

- Anvendes der evidensbaserede metoder og er metoderne velbeskrevet
- Anvendes der specifikke redskaber, metoder til opsporing, udredning og motivation af ældre (herunder kommuner der arbejder med at udvikle og styrke det forebyggende hjemmebesøg)
- Vurderes det at forebyggelsesindsatserne skaber de ønskede resultater og effekter
- Er der formuleret klare strategier og vedtaget klare politiske mål for kommunens forebyggelsesindsats
- Variation i de indsatsområder der arbejdes med (fysiske, psykiske og social indsatsområder)
- Er der procedurer for, hvordan dokumentation af forebyggelsesindsatserne anvendes på organisatoriske plan.

Casebesøgene er gennemført som fokusgruppeinterview i de enkelte kommuner med deltagelse af både ledelsesniveauet og udførende medarbejdere, som er involveret i kommunens forebyggende indsatser på ældreområdet.

Fokusgruppeinterview ved casebesøg i de fire udvalgte kommuner
Fokusgruppeinterview i de fire udvalgte kommuner er bygget op omkring centrale elementer fra spørgeskemaet:

- Organisering af det forebyggende arbejde og opsporing af ældre som er i risiko for at miste funktionsevnen, herunder hvordan arbejdet med forebyggelse er organiseret i kommunen, hvilke muligheder kommunen har for at opspore ældre med behov for en forebyggende indsats, og hvordan det forebyggende hjemmebesøg fungerer. Målgruppebeskrivelser og hvordan kommunen håndterer de forskellige målgrupper. Afdækning af implementeringsforhold
- Erfaringer med effektive indsatser, herunder hvilke indsatsområder kommunerne arbejder primært med i forhold til forebyggelse til bevarelse af den fysiske, sociale og fysiske funktionsevne
- Vurdering af behov og muligheder for at kvalificere indsatsen, herunder udfordringer og ønsker.

BILAG 2 - PRÆSENTATION AF DE FIRE CASEKOMMUNER

Sønderborg kommune

- **Indbyggertal**: I Sønderborg Kommune er 76.055 indbyggere i 2012
- **Andel ældre:** Af kommunens indbyggere er 16.136 ældre over 65 år. Den ældre borgergruppe udgør dermed 21,2 pct. af kommunens befolkning.
- **Kommunens organisering:** Organisatorisk er forebyggelsen af bevarelsen af de ældres funktionsevne placeret i forbindelse med Social og Sundhedsforvaltningen og afdelingen Senior og Sundhed. Forebyggelse og rehabilitering foregår her som en samlet indsats gennem forskellige organer som fx hjemmeplejen, hjemmesygeplejersker, forebyggende medarbejdere, og demenskoordinatorer.
- **Det interne samarbejde i kommunen:** Inkluderer plejepersonale, visitator, medarbejder der udfører det forebyggende hjemmebesøg og kommunalt sundhedspersonale. Det interne samarbejde mellem de involverede parter vurderes i kommunen at være godt. Kommunen har søgt at styrke samarbejdet ved at gøre faggruppernes forskellige ansvarsområder og kompetencer synlige for de andre faggrupper. Det har skabt en kultur, hvor medarbejderne dels er trygge ved egne roller, og dels gør brug af og respekterer hinandens kompetencer. På samme måde udnytter man de mange kompetencer, ved at skabe et solidt netværk mellem de medarbejdere, der ofte er i kontakt med de ældre og de specialiserede medarbejdere.
- **Særligt karakteristisk ved kommunen:** I Sønderborg Kommune findes en stærk foreningskultur, der består af i alt 185 foreninger. I kommunen er tilknyttet såvel Frivilligcenter Sønderborg som frivillighedskonsulent, der skal sikre samspillet og samarbejdet mellem de frivillige sociale tilbud og kommunen. Kommunen søger dermed dels at bakke op om de frivillige initiativer og dels at udbrede kendskabet til tilbudsviften hos frontmedarbejdere og ældre. Det er mulig at søge midler i forbindelse med § 18 og § 79. Førstnævnte udgør en pulje på ca. 3,5 mio. kr. årligt, der afvikles af kommunens ældreråd.

Greve kommune

- **Indbyggertal**: I Greve Kommune er 47.997 i 2012 indbyggere i 2012.
- **Andel ældre:** Af kommunens indbygger er 8.983 ældre over 65 år. Den ældre borgergruppe udgør dermed 18,7 pct. af kommunens befolkning.
- **Kommunens organisering:** Organisatorisk er forebyggelsesområdet målrettet ældre placeret under Social- og Sundhedsudvalget i Greve Kommune. Udvalget favner både voksne, herunder ældre, forebyggelse og genoptræning. Således er forebyggelse og rehabilitering for ældre samlet under et tag. Hjemmeplejen er ligeledes forankret i denne forvaltning.
- **Det interne samarbejde i kommunen:** Greve kommune har et stærkt internt samarbejde om forebyggelsesindsatserne på ældreområdet. Plejepersonale, , visitator, medarbejdere som udfører det forebyggende hjemmebesøg og kommunalt sundhedspersonale (fysio- og ergo terapeuter) er inddraget i dette samarbejde. Kommunen vurderer, at have et godt samarbejde med hjemmeplejen. **Særligt karakteristisk ved kommunen:** Frivillige foreninger og initiativtagere er en central del af kommunens arbejde på ældreområdet. Foreninger og initiativtagere kan hvert år søge midler fra en pulje under §79 på ½ million kroner, som bliver fordelt til nye spændende projekter, som blandt andet har fokus på forebyggelse på ældre området. Herudover er der en sundhedsfremmepulje i kommunen som finansierer kommunalt drevne sundhedsfremmende projekter. Det er hensigten, at disse projekter over tid skal kunne bæreres ved frivillighed. Flere af kommunens aktivitetstilbud fungerer som udslusninger, hvor de ældre efter hensigten skal blive en del af foreningslivet. Et eksempel på et projekt, som er tildelt midler fra puljen er det netop nystartet projekt "spise venner". Projektet skal på sigt varetages af Ældre Sagen.

Holstebro kommune

- **Indbyggertal**: I Holstebro Kommune er 57.299 indbyggere i 2012.
- **Andel ældre:** Af kommunens indbyggere er 10.029 ældre over 65år. Den ældre borgergruppe udgør derfor 17,5 pct. af kommunens befolkning.
- **Kommunens organisering:** Organisatorisk er arbejdet med forebyggelse inden for ældreområdet forankret i Sundhedscenteret. Sundhedscentret er forankret under Sundhed og Kultur og betegnes som kernen i organiseringen af det forebyggende arbejde på ældreområdet. Holstebro kommune har i forbindelse med kommunalreformen besluttet at have en skarp opdeling mellem rehabilitering og sundhedsfremme. Dette er gjort på baggrund af antagelse af, at områderne er lige store og lige vigtige, men at sundhedsfremme let i det økonomiske perspektiv kan drukne. Således er sundhedsfremme sikret en central plads i forvaltningen. Samtidig med denne skarpe adskillelse har kommunen samtidig et fokus på de mange snitflader der er mellem de to områder, således at samarbejde også er tænkt ind.
- **Det interne samarbejde i kommunen:** Det interne samarbejde i kommunen inkluderer plejepersonale, socialrådgiver, visitator, medarbejder der udfører det forebyggende hjemmebesøg herunder SOSU-assistenter med særlig fokus, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, diætister samt akademiske medarbejdere.
- **Særligt karakteristisk ved kommunen:** I Holstebro kommune arbejder man ud fra tilgangen "Lev livet". "Lev livet" er en tilgang som er gennemgående alt arbejde, således også ved forebyggelse og indsatser på det fysiske, sociale og psykiske område. Idéen er at tage udgangspunkt i den enkelte ældres situation og have respekt for deres specifikke ressourcer og interesser. Tilgangen skal også være med til at skabe motivation og ejerskab hos den ældre, særligt i forhold til ældre, som har en diagnose, men som ikke skal identificere sig selv med sygdommen. De ældre skal derimod have mod til at leve livet også selvom man bliver ældre og får sygdomme som følger med alderen.

Guldborgsund kommune

- **Indbyggertal**: I Guldborgsund Kommune er 61.705 indbyggere i 2012.
- **Andel ældre:** Af kommunens indbyggere er 11.973 ældre over 65år. Den ældre borgergruppe udgør derfor 19,4 pct. af kommunens befolkning.
- **Kommunens organisering:** I Guldborgsund er det forebyggende arbejde organiseret under afdelingen Sundhed. Rehabilitering ligger ligeledes under Sundhed hvilket giver kommunen god mulighed for at inddrage og trække på ressourcer og viden på tværs af områderne. Et særligt forhold i organiseringen er, at kommunens frivillige arbejde, ved Frivilligcenteret, også er forankret under Sundhed, således at Sundhed bevilliger midler til frivillige projekter. Således opnås en god føling i forvaltningen med hvad der er behov for og hvor de frivillige ressourcer bedst udnyttes – også i forhold til forebyggelse på ældreområdet.
- **Det interne samarbejde i kommunen:** Det interne samarbejde inkluderer plejepersonale, visitator, medarbejder der udfører det forebyggende hjemmebesøg(kun ergoterapeuter og sygeplejersker), medarbejdere i rehabilitering, hjemmeplejen, frivillige, bisiddere, rygestop konsulenter, praktiserende læger og kommunalt sundhedspersonale. Hjemmeplejen og frivillige er de to største grupper af samarbejdspartnere.
- **Særligt karakteristisk ved kommunen:** Efter kommunalreformen gennemgik kommunen en besparelsesrunde, hvorefter det blev prioriteret, kun at have sygeplejersker ansat til at foretage det forebyggende hjemmebesøg. Tanken bag er ønsket om et højt fagligt niveau, hvorfor alle forebyggere ligeledes har modtaget efteruddannelse inden for de mest almindelige kroniske sygdomme samt er sikret tilknytning til specialsygeplejersker og konsulenter inden for KOL, diabetes og rygestop.

BILAG 3 - EKSEMPLER PÅ FOREBYGGELSESINITIATIVER I DE TRE CASEKOMMUNER

I dette bilag præsenteres eksempler på de forebyggende tilbud, som tilbydes ældre i casekommunerne. Der er ikke tale om en udtømmende liste.

Indsats	Indsatsens fokus	Indsatsområde	Indhold	Udførende fagpersoner	Målgruppe indsatsen er rettet mod
Physical Performance Test (PPT)	Opsporing	Fald og relaterede skader og ulykker samt fysisk inaktivitet og daglige aktiviteter	Holstebro Kommune foretager mål på de ældres fysiske tilstand ved en Physical Performance Test (PPT) under det forebyggende hjemmebesøg Formål: At vurdere de ældres fysiske tilstand og dermed være i stand til at foretage en tidlig opsporing af tab af fysisk funktionsevne hos ældre over 75 år Indhold: Testen tager afsæt i den ældres bevægelighed, koordination og muskelstyrke og anvendes til at vurdere ældres fysiske funktionsniveau	Medarbejdere som foretager det forebyggende hjemmebesøg	Ældre som modtager forebyggende hjemmebesøg
Kursus i "Selvstændigt senior liv"	Indsats	Fald og relaterede skader og ulykker samt fysisk inaktivitet og daglige aktiviteter	Sundhedscentreret i Holstebro Kommune tilbyder kursus i selvstændigt ældreliv til ældre borgere, som fylder 75 år Formål: At ruste de ældre borgere til et godt og selvstændigt seniorliv med de problematikker og risici, der kan optræde, når man bliver ældre Indhold: Kurset indeholder en række relevante emner vedr. livet som ældre. Et kernetema omhandler bevarelse af et selvstændigt seniorliv. Under dette emne behandles emner som håndtering af sygdom, hvordan man holder sig i form og undgår faldulykker, samt hvordan man lever og spiser sundt. Endeligt er der information om digitalpost. Kurset forløber over 4 gange og er gratis.	Fagpersoner inden for de respektive områder	Alle ældre i kommunen som fylder 75 år i det indeværende år
"Klippekort" til aktiviteter	Indsats	Fysisk inaktivitet og daglige aktiviteter samt social isolation og ensomhed	I Greve Kommune har man iværksat en klippekortsordning i samarbejde med et bibliotek, hvor de ældre gratis og efter eget ønske kan afprøve forskellige motionstilbud	Kommunen afprøver dette projekt i samarbejde med et bibliotek i kommunen, som udbyder og administrerer	Alle ældre(og kommunens øvrige borgere)

			Formål: At inspirere og give ældre muligheden for at finde et motionstilbud, som passer netop dem på en let og enkel måde Indhold: Tilbuddet, som netop afprøves i samarbejde med et bibliotek, afholdes med støtte fra projektmidler rettet mod sundhedslæseklubber i en række kommuner. Det er hensigten, at sundhedslæseklubben skal tilbyde sundhedstiltag, hvorfor Greve Kommune har etableret klippekortsordningen. Når den ældre efter eget ønske gratis har afprøvet 8 mulige motionstilbud, kan denne efterfølgende tilmelde sig et tilbud mere formelt, hvis der er noget, som den enkelte finder interessant. Tilbuddet er for alle borgere, da man også tilsigter, at kunne integrere ældre blandt yngre borgere	klippekortsordningen i forbindelse med en sundhedslæseklub	
Stol på motion	Indsats	Fysisk inaktivitet og daglige aktiviteter samt social isolation og ensomhed	I Sønderborg Kommune eksisterer tilbuddet "stol på motion", som er et tilbud til ældre, der er mindre mobile, og som ønsker at genoptræne og bevare deres fysiske funktionsevne ved hjælp af stole-motion Formål: At fremme ældres fysiske funktionsniveau gennem bevægelse og fysiske aktiviteter med henblik på forebyggelse og bevarelse af fysisk funktionsniveau. Tilbuddet har endvidere en social dimension, som fremmer de ældres sociale liv, da træningen er holdbaseret og foregår på dagcentre Indhold: Stolemotion foregår, som navnet antyder, på stole. Deltagerne laver derfor forskellige bevægelser og aktiviteter siddende i rundkreds. Tilbuddet er frivilligt og tilbydes som supplement til træning, genoptræning og andre kommunale indsatser. Ud over en sjov og alsidig træning er der fokus på socialt samvær. Motionen findersted på dagcentre og plejecentre samt i enkelte boligområder. Træningen tager ca. 30 til 45	Frivillig basis. ”Stol på motion” har tidligere været et kommunalt projekt i samarbejde med Dansk Arbejder Idrætsforbund. Instruktørerne gennemgår et kursusforløb i motion ved Dansk Arbejder Idrætsforbund	Ældre der vurderes at være i målgruppen for en forebyggende indsats

			min. pr. gang		
Sund på dit sprog	Opspo-ring og indsats	Fysisk inaktivi-tet og daglige aktiviteter	I Greve Kommune har man ud-dannet et korps af sundheds-formidlere, der er gode til at skabe kontakt til borgere med anden etnisk baggrund end dansk Formål: At komme i kontakt med ældre borgere med anden etnisk baggrund end dansk med henblik på sundhedsfremme og forebyggelse Indhold: Sundhedsformidlerne laver opsøgende arbejde og bli-ver bl.a. benyttet til at informe-re bredt om sundhed, ligesom de motiverer borgere til at leve sundere og mere aktivt. Sund-hedsformidlerne i Greve Kom-mune har særligt fokus på æl-dre etniske minoritetsborgere og har derfor oprettet en ældre-café, som primært henvender sig til borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Sundheds-formidlerne bliver benyttet på tværs af forvaltningsområder og arbejder både sundhedsfrem-mende og forebyggende	I korpset er tilknyt-tet 10 sundheds-formidlere, som ta-ler 12 sprog. De har alle anden et-nisk baggrund end dansk	Ældre, særlig fokus på æl-dre med an-den etnisk baggrund end dansk
Åben råd-givning	Opspo-ring og indsats	Fysisk inaktivi-tet og daglige aktiviteter	I Holstebro Kommune har ældre borgere mulighed for at booke en åben rådgivning ved en tera-peut tilknyttet dagcentre. Der er ingen aldersgrænse for at be-nytte tilbuddet Formål: At opspore ældre som er i målgruppen for en forebyg-gende indsats i henhold til tab af fysisk funktionsevne Indhold: Rådgivningen er en åben samtale, hvor terapeut og borger sammen forsøger at de-finere behov og en hensigts-mæssig løsning. Viser det sig, at borger vil have gavn af § 119 træning og kan indgå i holdregi, vil borgen efterfølgende blive testet med "Senior Fitness Test". Testresultater herfra bru-ges efterfølgende til at indplace-re borgeren på rette hold. Bor-ger tilbydes i første omgang én sæson, typisk 12 træningsgan-ge. Ved afslutning gentestes borgeren. Såfremt borgeren be-finder sig inden for "normal om-rådet" i 3 ud af 4 tests og ikke er i "risikogruppen for tab af funktionsevne", udsluses borger til ikke-kommunale tilbud. I modsat tilfælde tilbydes borger	Terapeuter	Alle ældre kan modtage åbenrådgiv-ning. Ældre med behov kan efterføl-gende modta-ge § 119 træ-ning

			endnu en sæson		
Motions-ven	Indsats	Fysisk inaktivitet og daglige aktiviteter	I Greve kommune findes ordningen motionsven, som tilbydes hjemmeboende inaktive ældre Formål: At aktivere hjemmeboende ældre, som ikke kommer ud og benytter kommunens øvrige tilbud Indhold: En koordinator fra foreningen Ældre formidler kontakten mellem ældre, som ønsker at være motionsven med ældre, som ønsker at have en motionsven. Det er ikke et krav for at være motionsven, at man har en idrætsbaggrund, men blot at man har lyst til bevægelse. Motionsvennen besøger den ældre i eget hjem ca. en gang om ugen. Øvelserne kan eksempelvis være styrke- og balancetræning, gåture og bevægelighedstræning. Ordningen modtager tilskud under § 79	Frivillige motionsvenner som alle har gennemgået en målrettet uddannelse, der afholdes af Dansk Arbejder Idrætsforbund	Hjemmeboende ældre med gangbesvær, som ikke kan deltage i kommunens øvrige motionstilbud, kan ønske at få en frivillig motionsven
Højskole-dag for ældre – "Aktiv aldring"	Indsats	Fysisk inaktivitet og daglige aktiviteter	Greve Kommune afholder en årlig højskoledag med relevante emner på ældreområdet. Senest afholdt under overskriften: "Aktiv aldring" Formål: At højne vidensniveauet bland ældre omkring et aktivt liv samt at motivere ældre til at deltage i tilbud og leve et aktivt liv medhenblik på forebyggelse Indhold: Højskoledagen afholdes i fællesskab mellem Greve Kommune, Ældresagen og Ældrerådet og med støtte fra Trygfonden. I 2012 havde dagen fokus på aktiv aldring og har herefter et program med oplæg ved socialrådgiver, pensioneret politimand samt andre relevante personer i henhold til at aktivt liv. Forskellige foreninger i kommunen var deltagende. Der var en brugerbetaling på 100 kr.	Foruden arrangørerne; Greve Kommune, Ældresagen og Ældrerådet, bliver dagen afholdt i samarbejde med frivillige	Alle ældre i kommunen er indbudte til højskoledagen
Sundheds-café	Opsporing og Indsats	Fysisk inaktivitet og daglige aktiviteter	I Greve Kommune fungerer en Sundhedscafé som platform for formidling af sundhed til bor-	Frivillig og kommunens sundhedsformidlere	Ældre der vurderes at være i mål-

			gerne Formål: At højne viden om sundhed og kommunens tilbud ned henblik på at fremme forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre i målgruppen Indhold: Caféen afholder forskellige arrangementer som foredrag, kampagner, netværkscaféer, dialogmøder, blodtryksmåling mv. Arrangementernes indhold ligger tæt op af kommunens visioner på sundhedsområdet. Caféen flytter rundt på eksempelvis plejecentre og bibliotek og har ikke til huse et fast sted		gruppen for en forebyggende indsats
Visiteret motionstilbud	Indsats	Fysisk inaktivitet og daglige aktiviteter samt social isolation og ensomhed	Greve Kommune har dette tilbud som udbydes i samarbejde med to idrætsforeninger Formål: At fremme og forebygge det fysiske funktionsniveau hos ældre med nedsat funktionsniveau samt at øge ældres sociale liv gennem holdbaseret deltagelse Indhold: Tilbuddet er rettet mod ældre, som ikke kan bruge almindelige motionstilbud, og har brug for støtte til at komme i gang med fysisk aktivitet. Træningen foregår 2 gange om ugen i ca. 5 måneder og varer 1½ til 2 timer per gang. Træningen foregår på hold med op til 14 deltagere. Der fortages målinger på de ældres fysiske funktionsevne før og efter, de har deltaget i et af kommunens visiteret motionstilbud. Der er hver gang en kaffepause med tid til socialt samvær	Idrætsinstruktører	Ældre med nedsat aktivitetsniveau der har brug for støtte til at komme i gang med fysisk aktivitet. Det er dog et krav, at man bl.a. kan gå 50 m. uden pause
Demenskoordinator	Opsporing og indsats	Kognitiv funktionsnedsættelse	I Sønderborg Kommune har man valgt at have en demensorganisation med en demenskonsulent og tre demenskoordinatorer Formål: At fortage en tidlig opsporing af demens samt at yde en målrette indsats ved demens og herunder anlægge en tværfaglig indsats.	Demenskonsulent og demenskoordinator	Ældre demente

			Indhold: Demenskonsulenten og de tre demenskoordinatorer inddrages i de indledende stadier, når en borger viser tegn på demens. Demenskoordinatorerne kan bidrage med en mere specialiseret indsats og omsorg for de demensramte ældre og deres pårørende. Dette er med til at aflaste det faste plejepersonale, der evt. kommer i den demensramtes hjem. Demenskoordinatoren har desuden en koordinerende tovholderfunktion i forhold til den tværfaglige indsats i kommunen		
Forebyggelse set fra et demensperspektiv.	Indsats	Kognitiv funktionsnedsættelse	Holstebro Kommune tilbyder borgere med nydiagnosticeret demens et dagtilbud i et aktivitetshus Formål: At sikre mestringsevne hos den ældre demensramte samt at ruste de pårørende til at håndtere problematikker ved demens Indhold: I tilbuddet arbejdes der med at sikre initiativ og indhold i den ældres liv igennem forøget mestringsevne, forebyggelse af depression, nedsat evne til at tage initiativ og social isolation. Målet er også at være på forkant med fremadrettede beslutninger i livet f.eks. fremtidig bosted samt stillingtagen til fuldmagter og værgemål. Der fortages endvidere undervisning og vejledning af pårørende, således at de opnår større mestringsevne i forhold til livet i samværet med deres demensramte pårørende	Ikke oplyst	Ældre med demens ellers risiko for demens pårørende
Træværksted	Indsats	Social isolation og ensomhed samt fysisk inaktivitet og daglige aktiviteter	Holstebro Kommune har taget initiativ til et træværksted for mænd Formål: At lave et tilbud der fremmer socialt liv og fysiske aktivitet, som også mænd finder meningsfyldt Indhold: I træværkstedet kan mændene komme to formiddage om ugen og lave træarbejde.	Frivillige – kan have håndværksbaggrund	Ældre borgere

			Det er ofte oplevet som mere vanskeligt at engagere og fastholde mænd i sociale indsatser, hvorfor dette tilbud har en særlig karakter		
Involvering af ægtefælle med særligt behov	Indsats	Social isolation og ensomhed samt fysisk inaktivitet og daglige aktiviteter	Sønderborg Kommune har i et forløb håndteret to ægtefæller med forskellige behov i ét tilbud Formål: At lave en indsats som kan komme til gavn for to ægtefæller med forskellige behov for indsats Indhold: Forløbet var som følgende: En ældre kvinde var flyttet på plejehjem, hvorefter manden ikke har været i stand til at deltage i sin egen genoptræning. Kommunen har herefter imødekommet begge ældres behov. I stedet for den genoptræning, som manden ikke kunne magte, har man koblet ham på konens indsats, som handler om ture i kørestol på plejecentret. Manden deltager nu i sin kones kørestolsaktivitet og får derved fysisk bevægelse samtidig med socialt samvær mellem de to ægtefæller	Personale i ældreplejen	Ældre ægtepar med særligt fokus på at imødekomme ændrede og individuelle behov
Ensomme ældre i eget hjem	Opsporing og indsats	Social isolation og ensomhed	I Sønderborg Kommune er et projekt underopstart rettet mod ensomme ældre i eget hjem Formål: At imødekomme behov hos ældres der lider under social isolation og ensomhed Indhold: Efter en kortlægning af området har man opnået indsigt i indsatser, som de ældre selv peger på kan have betydning og være meningsfulde. Hjemmeplejen og ældrevejleder opsporer ensomme ældre, som herefter får tilbud om at deltage i projektet. Der anvendes ikke faste metoder i opsporingsarbejdet. Gennem kontaktperson og frivillig koordinator formidles kontakt til en relevant fritidsforening eller frivillig enkeltperson efter den ældres eget ønske og behov. Hjemmeplejen eller ældrevejleder deltager i den første kontakt mellem borger og den	Hjemmeplejen, ældrevejleder, frivillige foreninger og enkeltpersoner	Ældre der vurderes at være i målgruppen for en forebyggende indsats

			frivillige forening/person. Projektet er under opstart		
Humørgruppen	Indsats	Social isolation og ensomhed	I Holstebro Kommune findes "Humørgruppen". Formål: At fremme socialt og meningsfuldt liv blandt ældre samt at bygge bro mellem generationer Indhold: Humørgruppen udgøres af skuespillere og har bl.a. lavet teater for ca. 150 børn i 4-5 års alderen. Humørgruppes teater og fortællinger tager typisk udgangspunkt i de ældres liv og på den vis bygges bro mellem generationer	Frivillige	Ældre der vurderes at være i målgruppen for en forebyggende indsats
Social vicevært	Opsporing og indsats	Social isolation og ensomhed samt fysisk inaktivitet og daglige aktiviteter	Greve Kommune har i regi af en større boligsocial helhedsplan ansat en boligsocial vicevært Formål: At opspore socialt udsatte borgere i udsatte boligområder med henblik på fremtidig indsats efter behov Indhold: Den boligsociale vicevært tager bl.a. på hjemmebesøg i udvalgte boligområder. Denne vicevært har et tæt samarbejde med sundhedsteamet i Greve Kommune og udbyder flere sociale aktiviteter og motionshold, som er målrettet ældre borgere samt borgere der er ensomme og socialt stigmatiserede	Social vicevært	Fokus på socialt udsatte borgere samt ensomme ældre
Følgesvende	Indsats	Social isolation og ensomhed	Greve Kommune arbejder på at tilkoble frivillige "følgesvende" til ældre borgere, der ikke kommer ud på egen hånd Formål: At imødekomme og forebygge social isolation og ensomhed blandt ældre i målgruppen Indhold: De frivillige følgesvende kan hjælpe og følge den ældre, eksempelvis når de ældre første gang skal tage bussen til en aktivitet	Frivillig basis	Ældre der vurderes at være i målgruppen for en forebyggende indsats. Fokus på ældre som ikke føler sig trykke ved at bevæge sig ud på egen hånd
"Annas hus"	Opsporing og Indsats	Social isolation og ensomhed samt fysisk inaktivitet	"Annas hus" er et center, som anvendes til en lang række aktiviteter og tilbud og drives på frivillig basis	Drives på frivillig basis, men med støtte fra kommunen	Åbent for alle ældre borgere

		og daglige aktiviteter	Formål: At sikre et rigt forenings- og socialt liv og hermed sikre en række indsatser for ældre i de respektive målgrupper Indhold: Annas hus anvendes til mange formål. Primært benyttes huset af frivillige foreninger, som kan anvende husets faciliteter til deres aktiviteter. Huset modtager støtte fra kommunen til vedligehold m.v. Huset fungerer endvidere som en platform for etablering af kontakt til og mellem de ældre, som også er gavnligt i forebyggelsesøjemed. Huset er derudover også en platform for kommunen, som anvender stedet til at etablere kontakt med de ældre		
Ældre med psykiske problemer	Opsporing	Social isolation og ensomhed samt kognitiv funktionsnedsættelse	I Holstebro Kommune har man arbejdet med at styrke opsporingen af ældre med psykiske problemer ved det forebyggende hjemmebesøg Formål: Opsporing af ældre med psykiske problemer Indhold: Som et evidensbaseret opsporingsværktøj anvender Holstebro Kommune udvalgte delelementer fra COPM-test (Canadian Occupational Performance Measure) til opsporing. Ved en række spørgsmål kan borgerens tilfredshedsniveau måles og dermed være med til at give et billede af den ældres psykiske tilstand. Hvis der er mistanke om depression, kan der fortages genbesøg, foruden at den ældre opfordres til at søge egen læge	Medarbejdere som foretager det forebyggende hjemmebesøg	Ældre med psykiske problemer og depression
Opkald til enker efter bortgået ægtefælle	Opsporing	Social isolation og ensomhed	I Guldborgsund Kommune kontaktes enker som nyligt har mistet deres ægtefæller Formål: At sikre en tidlig opsporing af ældre som potentielt kan blive socialt isoleret og ensomme efter de har mistet en ægtefælle Indhold: I Guldborgsund Kommune har man gode erfaringer	Medarbejdere som foretager det forebyggende hjemmebesøg	Ældre som har mistet en ægtefælle. Mænd som særligt opmærksomhedspunkt

			med at kontakte borgere over 75 år, som har mistet en ægtefælle. Ved samtale kan enker, som potentielt kan rammes af ensomhed og social isolation, opspores. Finder man det nødvendigt, kan et ekstrahjemmebesøg aflægges		
Spisevenner	Indsats	Fejlernæring	Greve kommune tilbyder i samarbejde med Ældresagen ordningen Spisevenner Formål: At forebygge fejl- og underernæring blandt ældre som lever alene og derfor mister appetitten Indhold: En spiseven er en frivillig, som kommer ca. en gang om ugen eller hver 14. dag og spiser et måltid sammen med den ældre. Ideen er, at ved samvær under tilberedning, borddækning og spisning får den ældre mere appetit. Kommunen betaler 55 kr. for spisevennens måltid pr. gang	Frivillige	Ældre som mangler appetit, ofte grundet i ensomhed
Diabetes madskolen	Indsats	Fejlernæring	Greve Kommune har i samarbejde med en beboercafé oprettet en diabetesmadskole Formål: At forebygge fejlernæring hos diabetikere, særligt etniske ældre med diabetes, og dermed også forbygge de alvorlige følgesygdomme, som kan opstå ved diabetes som ikke håndteres korrekt i forhold til kost og ernæring Indhold: Diabetesmadskolen har til formål at give diabetikere inspiration til at lave diabetesrigtig mad. Det centrale i indsatsen er, at deltagerne selv tager idéer og opskrifter med, som derefter bliver tilpasset af en kostvejleder, således at opskrifterne bliver både diabetes og hjertevenlige. Dette har særlig betydning for etniske ældre. Sundhedsformidlerne er aktive i denne aktivitet ved at opspore de ældre samt aktivt at deltage i madskolen	Kostvejledere og sundhedsformidlere	Diabetikere samt personer der tilhører risikogruppen for at udvikle diabetes og hjertekarsygdomme. Fokus på etniske ældre
Screening af kost og	Opspo-ring	Fejlernæring	I Holstebro Kommune fortages en screening af kost og ernæ-	Medarbejdere som foretager det fore-	Ældre som modtager fo-

ernæring			ring under forebyggende hjemmebesøg Formål: At fortage en tidlig opsporing af ældre i målgruppen med risiko for fejlernæring og utilsigtet vægttab som følge heraf Indhold: Screening af kost og ernæring under det forebyggende hjemmebesøg fortages med henblik på at opspore ældre, som lider af dårlig ernæring og utilsigtet vægttab. Screeningen og vurdering bygger på en række spørgsmål vedrørende den ældres spise- og drikkevaner samt appetit. På baggrund af resultater fra spørgeskemaet kan medarbejderen vurdere, om den ældre er i - eller uden for risikogruppen	byggende hjemmebesøg	rebyggende hjemmebesøg og som er i risiko for fejlernæring
Prikken over i'et	Opsporing	Øvrig	Sønderborg Kommune har fremstillet en lille Pixi-bog indeholdende symptomer på de mest almindelige sygdomme hos ældre Formål: At fremme kompetencerne hos medarbejdere der arbejder med ældre til at kunne fortage en tidlig opsporing af de mest almindelige sygdomme Indhold: Pixi-bogen indeholdende symptomer på de mest almindelige sygdomme hos ældre, der ved hurtig opsporing og forebyggelse kan undgås. Denne indsats forebygger ligeledes uhensigtsmæssige hospitalsindlæggelser	Medarbejdere som arbejder på ældreområdet	Ældre der vurderes at være i målgruppen for en forebyggende indsats
Medarbejdere med anden etnisk baggrund end dansk som foretager det forebyggende hjemmebesøg	Opsporing	Øvrig	I Guldborgsund Kommune har man ansat en medarbejder med anden etnisk baggrund end dansk til at udføre det forebyggende hjemmebesøg Formål: At imødekomme sproglige- og kulturelle barriere hos ældre borgere med anden etniske baggrund end dansk, der er i målgruppen for det forebyggende hjemmebesøg Indhold: En bestemt medarbej-	Medarbejdere som foretager det forebyggende hjemmebesøg	Ældre med anden etnisk baggrund end dansk som modtager forebyggende hjemmebesøg

			der besøger kommunes borgere med anden etnisk baggrund end dansk ved det forebyggende hjemmebesøg. Gennem medarbejders indgående kulturforståelse, samt sprogkundskaber, kan kommunen opnå en bedre kontakt til denne borger- gruppe, som traditionel kan være udfordrende for kommunen iht. forebyggelse		
"Hjælp til at gå digitale veje"	Indsats	Øvrige	Greve Kommune har indsatser rette mod ældres IT kundskaber Formål: At forbedre og styrke ældres IT kundskaber Indhold: Greve Kommune har fra Social- og Integrationsministeriets satspulje "Klar til den digitale verden – styrkelse af ældres digitale færdigheder" modtaget midler. Til gennemførelse af et 4-årigt projekt med titlen "*Mobilt IT-Ældrekorps (MIT-ÆLDRE) – Udvikling, etablering og evaluering af ny metode til styrkelse af ældres digitale færdigheder*." På alle kommunens plejecentre, biblioteker og på dagcentre er der frivillige, som er behjælpelige med IT. Med det nye projekt er det hensigten, at de også kan komme i den ældres eget hjem. Der undervises i alt inden for IT, mobiltelefoni og Ipad	IT frivillige	Alle ældre
Akutteam	Opsporing og indsats	Øvrig	I Sønderborg Kommune arbejder man med et akutteam Formål: At nedbringe antallet af unødvendige hospitalsindlæggelse bland ældre Indhold: Akutteamet har til formål at nedbringe antallet af hospitalsindlæggelser. Dette gøres primært ved at fortage en vurdering sammen med praktiserende læge, om en indlæggelse evt. kan fravælges til fordel for, at den ældre bliver i hjemmet og bliver passet af akutteamet	Sygeplejersker	Ældre som er i risiko for indlæggelse
Anvisning af trans-	Indsats	Øvrig	Holstebro Kommune anviser transportmuligheder for ældre,	Medarbejdere som foretager det fore-	Ældre som mister køre-

port	som har nye transportbehov Formål: At forhindre og forebygge ensomhed og fysisk inaktivitet når ældre eksempelvis mister kørekort Indhold: Holstebro Kommune hjælper kommunens medarbejdere ved det forebyggende hjemmebesøg med at anvise ruter til den ældre, evt. alternativer til tidligere anvendt transport, når den ældre ikke længere er i stand til at køre bil. Man ved, at fratagelsen af kørekort udgør en stor social risiko for de ældre, særligt i yderområderne. Dernæst kan der visiteres til kørselstilbud, hvor prisen er den samme uanset om den ældre skal køre 100 m eller 60 km.	byggende hjemmebesøg	kort eller får nye transport behov