SOCIALSTYRELSEN

Ældre i risiko for nedsat funktionsevne

Sociale indsatser, der virker

Aktuel viden til udvikling og planlægning af den kommunale indsats

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00
www.socialstyrelsen.dk
E-mail: socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk
Spørgsmål og kommentarer er velkomne.

Forfattere: Lise Skov Pedersen og Rikke Søndergaard, Socialstyrelsen

Første version udgivet efteråret 2013

Download notatet på http://shop.socialstyrelsen.dk/
Der kan frit citeres fra notatet med angivelse af kilde.

ISBN: 978-87-92905-81-9
Digital ISBN: 978-87-92905-82-6

Indhold

Viden til gavn **4**

Indledning **5**

Ældre i risiko for nedsat funktionsevne **6**
- Definition af funktionsevne 6
- Definition af forebyggelse 6
- Definition af målgruppen 7
- Beskrivelse af målgruppen 8
- Den aktuelle udvikling på området 9

Sociale indsatser, der virker **10**
- Effekten af indsatserne 10
- Dokumentation på forebyggelsesområdet 15

Implementering af sociale indsatser **18**
- Drivkræfter for implementering 18
- Faktorer, der påvirker implementeringen 20
- Implementeringsstrategier 21

Økonomi **22**
- Kommunale udgifter til forebyggelse på ældreområdet 22
- Cost-effectiveness-analyser 22
- Cost-benefit-analyser 23

Initiativer på forebyggelsesområdet **24**

Referenceliste **27**

Viden til gavn

Ældre danskeres fysiske funktionsevne og livskvalitet er forbedret markant siden 1987, og udviklingen forventes at fortsætte. I samme periode er ældres sociale netværk forbedret. Flere har kontakt til familie og venner, flere ældre har mulighed for at få hjælp fra deres netværk i tilfælde af sygdom – og færre oplever at være uønsket alene.

Samtidig lever vi længere og længere, og andelen af ældre i befolkningen vokser. Med alderen stiger risikoen for at få nedsat funktionsevne – og dermed øges behovet for sociale indsatser som hjemmehjælp. Det betyder, at der er et stort potentiale i at styrke den kommunale indsats for at forebygge tab af funktionsevne hos ældre.

Som samfund bruger vi mange penge på indsatser for borgere på det sociale område. Målet er at skabe reelle fremskridt for den enkelte borger. Det kræver solid viden om, hvad der virker, hvorfor det virker, og hvordan det virker. Desværre er viden om effektive indsatser begrænset og til tider svært tilgængelig. For kommunerne kan det derfor være svært at prioritere de rette indsatser.

I dette notat præsenteres den aktuelle viden om sociale indsatser, der har dokumenteret effekt på at forebygge tab af funktionsevne hos ældre. Formålet med vidensnotatet er at bidrage til kommunernes planlægning og udvikling af området.

I efteråret 2013 vil notatet blive fulgt op af en elektronisk håndbog. Håndbogen vil indeholde konkrete beskrivelser, redskaber og anbefalinger til kommunernes forebyggende arbejde på ældreområdet. Emnerne er opsporing, identificering, motivation, ledelse og styring, implementering, dokumentation samt krav til kompetencer. Håndbogen vil desuden indeholde konkrete caseeksempler fra kommuner, som har gode erfaringer med en given indsats.

Vidensnotatet indgår i en række af notater fra Socialstyrelsen om målgrupperne for den kommunale sociale indsats. Ledere, mellemledere, fagkoordinatorer og andre centralt placerede medarbejdere fra seks kommuner har testet de første notater og bidraget med kommentarer, kritik og konkrete ændringsforslag. En stor tak til Aalborg, Aarhus, Gladsaxe, Rødovre, Svendborg og Viborg Kommune for værdifulde bidrag.

Det er mit håb, at vidensnotatet vil give kommunerne mulighed for at træffe beslutninger om valg af indsatser over for ældre i risiko for funktionsevnetab på et informeret og velkvalificeret grundlag.

God læselyst!
Knud Aarup
Direktør for Socialstyrelsen

Indledning

I dette vidensnotat beskrives aktuel viden om sociale indsatser, der virker i forhold til ældre, som er i risiko for tab af funktionsevne. Notatet retter sig især mod kommunale mellemledere, fagkoordinatorer og udviklingskonsulenter, der arbejder med at planlægge og udvikle den sociale indsats over for målgruppen.

Notatet er opdelt i en række afsnit:

- *Ældre i risiko for tab af funktionsevne*
  Her præsenteres viden om målgruppens omfang og karakteristika.

- *Sociale indsatser, der virker*
  Her præsenteres nyere dansk og international forskningsbaseret viden om indsatser med dokumenteret effekt. I afsnittet ses også på, hvordan indsatserne kan dokumenteres.

- *Implementering af sociale indsatser*
  Her beskrives de væsentligste forhold, som ifølge forskningen påvirker implementeringen af nye indsatser på det sociale område.

- *Økonomi*
  Her præsenteres viden om økonomiske udgifter og omkostninger på området.

- *Initiativer på forebyggelsesområdet*
  Her findes en oversigt over Social-, Børne- og Integrationsministeriets igangværende initiativer – og over de kommuner, som er involveret i initiativerne.

- *Referenceliste*
  Små tal i notatets tekst henviser til denne liste over anvendt litteratur. Listen gør det muligt at opsøge yderligere viden. Bemærk, at tallene udelukkende henviser til litteratur og ikke til uddybende forklaringer.

Om vidensnotatet

I notatet præsenteres et udvalg af den aktuelt tilgængelige forskningsbaserede viden om ældre, som er i risiko for at få nedsat funktionsevne, og om sociale indsatser over for denne gruppe. Socialstyrelsen fokuserer på viden, der svarer på centrale spørgsmål, som stilles på det sociale område. Det kan være spørgsmål om en målgruppe, sociale metoder/indsatser, deres effekt og økonomi, og om hvordan man implementerer dem.

Notatet er ikke en egentlig systematisk forskningsoversigt, men bygger på eksisterende forskningsoversigter og undersøgelser. Blandt den tilgængelige viden har vi udvalgt viden med det bedst mulige undersøgelsesdesign i forhold til den målgruppe og de indsatser, som undersøges. Notatet er kvalitetssikret af en uafhængig forsker.

Vidensnotatet opdateres hvert tredje år.

Ældre i risiko for nedsat funktionsevne

Definition af funktionsevne

WHO har udarbejdet en international klassifikation om helbredsrelateret funktionsevne, ICF, udfra en bio-psyko-social forståelse af sundhed og funktionsevne[1]. Funktionsevne og funktionsevnenedsættelse defineres ud fra ICF-klassifikationen således[2]:

- *Funktionsevne*
  'Funktionsevne' er en overordnet term, som dækker kroppens funktioner, kroppens anatomi, aktiviteter og deltagelse. Termen handler om samspillet mellem en person med en given helbredstilstand og personens kontekst.

- *Funktionsevnenedsættelse*
  'Funktionsevnenedsættelse' er en overordnet term, som dækker en persons kropslige funktionsevnenedsættelse, aktivitetsbegrænsning og deltagelsesbegrænsning. Termen handler om de negative aspekter af samspillet mellem en person med en given helbredstilstand og personens kontekst.

Funktionsevnen er sammensat af:

- *Fysisk funktionsevne*
  Den fysiske 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*
  Den psykiske funktionsevne er evnen til at vurdere, vælge og udvikle sig.

- *Social funktionsevne*
  Den sociale funktionsevne er evnen til at kunne varetage og udvikle sociale kontakter og forpligtelser[3].

En succesfuld forebyggelsesindsats i forhold til funktionsevne kan vedrøre både fysiske, psykiske og sociale elementer.

Definition af forebyggelse

Forebyggelse kan defineres som en "aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdom, funktionsnedsættelse, sociale problemer eller ulykker. At forhindre opståen og udvikling indebærer også tiltag, der har til formål at stabilisere en tilstand, undgå forværring af en tilstand samt at imødegå tilbagefald"[4]. Denne definition af forebyggelse dækker over både primær, sekundær og tertiær forebyggelse:

- *Primær forebyggelse*
  Den primære forebyggelse har til formål at hindre sygdom, psykosociale problemer eller ulykker i at opstå.

- *Sekundær forebyggelse*
  Den sekundære forebyggelse har til formål at opspore og begrænse sygdom og risikofaktorer tidligst muligt.

- *Tertiær forebyggelse*
  Den tertiære forebyggelse har til formål at bremse tilbagefald af sygdom og forhindre udvikling og forværring af kroniske tilstande, herunder fysisk og psykosocial funktionsnedsættelse[5].

Dette notat fokuserer på primær og sekundær forebyggelse af funktionsevnenedsættelse hos ældre over 65 år.

Definition af målgruppen

Målgruppen for de indsatser, der er beskrevet i dette notat, er ældre over 65 år, som i høj grad kan klare sig selv i hverdagen, men som samtidig er i risiko for at få nedsat funktionsevne. Et menneske i målgruppen kan godt have visse skavanker eller sygdomme, men samtidig have en funktionsevne, der muliggør, at han eller hun i høj grad klarer sig selv i hverdagen. Det er eksempelvis den gruppe ældre, der modtager begrænset eller ingen hjemmepleje, 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 en god funktionsevne efter et endt rehabiliteringsforløb.

Omfanget af ældre, som er i målgruppen for en indsats for at forebygge nedsat funktionsevne

- I 2011 var der på landsplan 827.201 mennesker over 65 år, som klarede sig selv i eget hjem uden kommunal hjælp. Nogle af disse mennesker vil ikke have behov for en forebyggende indsats fra kommunen, men den primære målgruppe for indsatsen findes i denne gruppe.
  Tallet svarer til, at der i en kommune af medianstørrelse (ca. 43.300 indbyggere) vil være omkring 6.418 ældre over 65 år, som aktuelt ikke modtager en kommunal indsats i hjemmet, men som kan have behov for en indsats for at forebygge nedsættelse af funktionsevne.

- I 2011 var der på landsplan 105.609 ældre over 65 år, som var selvhjulpne og klarede sig i eget hjem med begrænset støtte fra det kommunale system (under fire timers hjemmehjælp ugentligt). Tallet svarer til, at der i en kommune af medianstørrelse (ca. 43.300 indbyggere) vil være omkring 819 ældre, som modtager begrænset støtte. Også denne gruppe ældre er en målgruppe for den forebyggende indsats.

- Samme år var der desuden 35.193 ældre over 65 år, som havde et stort behov for støtte i kommunalt regi. Denne gruppe ældre er ikke målgruppen for de forebyggende indsatser, som beskrives i notatet.

- Sandsynligheden for at få hjemmepleje stiger ikke overraskende med alderen. Fem pct. af de 65-69-årige modtager varig hjemmehjælp, mens andelen blandt 70-79-årige er omkring ti pct. Herefter stiger andelen af ældre, som modtager varig hjemmehjælp markant, idet 40 pct. af ældre over 80 år modtager varig hjemmehjælp.

Beskrivelse af målgruppen

- *Sundhed og helbredstilstand*[6]
  I Danmark er forekomsten af kroniske sygdomme steget i de senere år, bl.a. som følge af bedre levevilkår og muligheder for behandling af sygdomme, som tidligere var livstruende. Også udviklingen i befolkningssammensætningen med en stadig højere andel af ældre har betydning.

  Sundhed og helbredsproblemer er ikke jævnt fordelt blandt de ældre: Den yngste aldersgruppe (65-74 år) lever sundere, er mindre syge og har bedre helbredsrelateret livskvalitet end den ældste aldersgruppe (75-84 år). Kvinder lever generelt sundere, men er mere syge end mænd og har dårligere helbredsrelateret livskvalitet. Også sociale forskelle afspejles i sundheds- og helbredstilstanden. Sygeligheden aftager generelt med stigende uddannelsesniveau. Den helbredsrelaterede livskvalitet stiger med uddannelsesniveau. Det samme gør andelen, som har en hensigtsmæssig sundhedsadfærd. Kun når det gælder overskridelse af den anbefalede grænse for alkoholindtag, ses den mest uhensigtsmæssige sundhedsadfærd blandt de længst uddannede.

- *Dødelighed.*
  I perioden 1994-2006 er den samlede dødelighed blandt mænd faldet jævnt, mens dødeligheden blandt kvinder har været konstant frem til 2004, hvorefter den er begyndt at falde. I 2008 kunne en 65-årig mand forvente yderligere 16,5 leveår og en 65-årig kvinde yderligere 19,3 leveår[7].

- *Socialt netværk*
  Hver fjerde ældre oplever ofte eller af og til ensomhed. Enten i form af at føle sig uønsket alene eller ved at føle sig alene, selvom man er sammen med andre. Hver tredje af dem, som oplever ensomhed, oplever begge typer af ensomhed – eller knap hver tiende af alle ældre over 65 år. Alderen er ikke udslagsgivende for forekomsten af ensomhed. Der er derimod en række andre forhold, som øger risikoen for ensomhed, og som kan følge af stigende alder. Baggrundsfaktorer, såsom selvvurderet dårligt helbred, at være enlig, have ikke-vestlig baggrund, selvvurderet dårlig økonomi, få år i lokalområdet samt det at have været uden for arbejdsmarkedet inden pension øger risikoen for ensomhed[8].

- *Socio-demografi*
  Knap 75 pct. af de ældre har en personlig bruttoindkomst på under 200.000 kr. Kvinder har gennemgående kortere uddannelse end mænd, og den ældste aldersgruppe (75-84 år) har gennemgående kortere uddannelse end den yngste (65-74 år). Knap 10 pct. af mænd og 3 pct. af kvinder i aldersgruppen 65-74 år er fortsat erhvervsaktive, men erhvervsaktiviteten aftager markant med stigende alder[9].

- *Boligforhold*
  44 pct. af ældre på 65 år og derover bor til leje. Andelen, der bor til leje, stiger med alderen. Således bor 77 pct. af ældre på 95 år og derover til leje[10].

Den aktuelle udvikling på området

Ældre danskeres fysiske funktionsevne og livskvalitet er forbedret markant siden 1987, og udviklingen forventes at fortsætte. Ligeledes er der siden 1987 sket forbedringer i sundhedsadfærden med fald i andelen af rygere, stigning i andelen af fysisk aktive og lidt forbedrede kostvaner. De ældres sociale netværk er forbedret. Det gælder kontakten til familie og venner, muligheden for at få hjælp i tilfælde af sygdom og fald i den andel, der uønsket er alene[11].

Ifølge Danmarks Statistiks befolkningsprognose forventes andelen af 65-årige eller derover at stige fra 15,9 pct. af hele befolkningen i 2009 til 25 pct. i 2035. For en gennemsnitskommune på 43.300 indbyggere vil det betyde, at der i 2020 vil være 8.859 personer over 65 år, heraf 9 personer på 100 år og derover. I 2030 vil der være 10.324 ældre over 65 år, heraf 12 personer på 100 år og derover. I 2040 vil antallet af ældre i en gennemsnitskommune være 11.439 ældre over 65 år, heraf 19 som er 100 år eller derover[12].

Prognoserne viser, at ældregruppen bliver større, og dermed også kommer til at fylde mere på det sociale område[13].

Sociale indsatser, der virker

Kommunerne har en række generelle forpligtelser på forebyggelsesområdet, herunder nogle, som specifikt vedrører ældre mennesker. Forebyggelse er et væsentligt formål med indsatser efter 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 om forebyggelse på ældreområdet

- § 79: 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.

- § 79a: 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.

Et centralt element i serviceloven er, at kommunerne ikke er forpligtede på specifikke indsatser ud over det lovpligtige forebyggende hjemmebesøg, jf. § 79a, men i høj grad selv kan tilrettelægge indsatsen.

Fra 1. januar 2007 fik kommunerne en række nye opgaver, der i højere grad forpligter dem til at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme. Opgaverne har hjemmel i Sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2.

Effekten af indsatserne

En kortlægning af eksisterende international og dansk forskning har fundet fem overordnede områder, hvor kommunen med fordel kan koncentrere indsatsen for at forebygge funktionsevnenedsættelse hos ældre[14]. Listen er ikke opstillet i prioriteret rækkefølge:

- Fald og relaterede skader og ulykker
- Fysisk inaktivitet og udfordringer ved dagligdagsaktiviteter
- Fejlernæring
- Kognitiv funktionsnedsættelse
- Social isolation og ensomhed.

I det følgende beskrives de fem forebyggelsesområder nærmere. I efteråret 2013 udgiver Socialstyrelsen en elektronisk håndbog, som bl.a. indeholder en mere detaljeret beskrivelse af de fem områder og dertil hørende indsatser med dokumenteret effekt. Håndbogen vil desuden indeholde konkrete redskaber og anbefalinger.

Det skal understreges, at der er andre områder end de fem nævnte, som er væsentlige at håndtere i et forebyggelsesperspektiv. Det gælder for eksempel forebyggelse af alkoholmisbrug, hvor der kan henvises til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke på området[15]. Gennemgangen af forebyggelsesområderne i det følgende skal derfor ikke ses som udtømmende.

Forebyggelse af fald og relaterede skader og ulykker

Fald og relaterede skader og ulykker er en central udfordring blandt ældre. Omkring en tredjedel af alle ældre over 65 år har mindst ét fald om året, og andelen stiger med alderen. Faldrelaterede skader er en af de væsentligste årsager til tab af funktionsevne, skadestuehenvendelser, indlæggelse på hospital samt indflytning i plejebolig blandt mennesker over 65 år[16].

Forskellige indsatser kan forebygge fald og relaterede skader og ulykker:

- *Styrkelse af ældres fysik, muskler, balance og fleksibilitet*
  Både danske og internationale undersøgelser viser stærk evidens for, at fysisk aktivitet er effektivt i forhold til at forebygge fald blandt ældre[17].

- *Øget sikkerhed og tryghed til at færdes i eget hjem*
  Internationale studier har vist, at faldulykker blandt ældre kan forebygges gennem indsatser, der har fokus på at håndtere risikofaktorer i ældres hjem. Dette er dog særligt relevant i forhold til ældre, der vurderes at være i stor risiko for at falde, eller ældre, der tidligere er faldet[18].

- *Fokus på flere forskellige risikofaktorer i forhold til fald*
  Både internationale og nordiske studier viser en positiv effekt på faldraten ved indsatser, som kombinerer flere forskellige indsatser med en indledende screening og udredning af den ældres sundhedsmæssige tilstand og risikofaktorer. indsatserne kan være fysisk aktivitet, ændringer i hjemmet eller uddannelse af ældre og/eller relevante medarbejdere[19].

- *Adfærdsændringer og ældres opfattelser i forhold til faldforebyggende indsatser*
  Både international og dansk litteratur viser, at ældre ofte ikke ønsker at deltage i faldforebyggende indsatser. Kun 10-20 pct. accepterer typisk en invitation til at deltage[20]. Deltagelsen øges, hvis de ældre modtager information om virkningen af indsatsen, hvis der sikres en god tilgængelighed til indsatsen, hvis indsatsen opleves som nyttig, og hvis der sikres social støtte fra de ældres omgivelser[21].

Forebyggelse af fysisk inaktivitet og udfordringer ved dagligdagsaktiviteter

Fysisk aktivitet har en positiv effekt på forebyggelse af tab af funktionsevne. Samtidig medfører fysisk aktivitet betydelige funktionsforbedringer, der har en positiv betydning for ældres opretholdelse af en normal dagligdag[22]. Der er desuden evidens for, at fysisk aktivitet kan forebygge udvikling af en lang række sygdomme og kroniske lidelser, som for eksempel hjertesygdom, diabetes 2, depression og demens[23]. Der kan henvises til Sundhedsstyrelsens publikationer på området for yderligere information.

Forskellige indsatser kan forebygge fysisk inaktivitet og udfordringer ved dagligdagsaktiviteter:

- *Aktiviteter i nærmiljøet*
  Både internationale og danske studier viser, at fysiske aktiviteter, som gennemføres i den ældres nærmiljø, har positiv effekt på øget fysisk aktivitetsniveau. Det drejer sig eksempelvis om gruppebaserede gangprogrammer i offentlige parker eller i nærområdet, hvor uddannede idrætsinstruktører, sundhedsfagligt personale eller frivillige har ansvar for at lede en gå-gruppe. Et andet eksempel er en computerbaseret indsats, hvor ældre modtager målrettet og skræddersyet information om fysisk aktivitet i deres nærområde[24].

- *Uddannelse, motivation og vejledning om fysisk aktivitet og funktionsevne*
  Internationale og nordiske studier viser en positiv effekt af gruppebaseret undervisning til ældre. Over en periode deltager de ældre i gruppesessioner, hvor de lærer forskellige træningsøvelser og øvelser, der generelt kan medvirke til at forebygge, at deres funktionsevne nedsættes. Formålet er at øge de ældres viden om fysisk aktivitet og de gevinster, som aktiviteten er forbundet med[25].

- *Strukturerede og individualiserede aktiviteter*
  Ældre oplever især effekt af træningsindsatser, hvis indsatserne er strukturerede og fokuserer på evnen til at gennemføre dagligdagsaktiviteter og funktioner uden hjælp fra andre. Både internationale og danske undersøgelser viser, at det er vigtigt for effekten, at indsatsen ledsages af en individuel plan og klare tidshorisonter, herunder også viden om omfang, formål og indhold. Herudover ses også positive effekter af mere komplekse indsatser, hvor et tværfagligt team sammen med den ældre planlægger og implementerer en bred indsats med fokus på flere aspekter af den ældres funktionsevne[26].

- *Forebyggende hjemmebesøg*
  Der er solid evidens for, at forebyggende hjemmebesøg kan forbedre funktionsevnen og reducere funktionsevnetab hos ældre, som har en relativt god funktionsevne og kan klare store dele af hverdagen selv uden hjælp fra andre. En international undersøgelse dokumenterer for eksempel, at forebyggende hjemmebesøg med vejledning, råd og uddannelse kan reducere nedsættelse af ældres evne til at varetage daglige aktiviteter og funktioner uafhængigt af andre[27]. En dansk undersøgelse viser, at det også har en positiv effekt målrettet at uddanne de medarbejdere, der gennemfører de forebyggende hjemmebesøg. Effekten ses dels på de ældres fysiske aktivitetsniveau, dels på reduktion i tab af fysisk funktionsevne målt på evnen til at gennemføre almindelige dagligdagsaktiviteter[28].

  Forskning peger desuden på, at effektive opsporingsstrategier kan øge antallet af ældre, der takker ja til det forebyggende hjemmebesøg. For eksempel viser et dansk studie, at ældre, der er inviteret via brev med dato for besøget, har større tilbøjelighed til at takke ja til et forebyg-

gende hjemmebesøg end ældre, der har modtaget tilbuddet via et brev uden dato[29]. Borgere med en lavere socioøkonomisk status er mindre tilbøjelige til at tage imod forebyggende indsatser. Det anbefales derfor at have ekstra opmærksomhed på gruppen af udsatte ældre i de forebyggende tilbud[30].

Forebyggelse af fejlernæring

Fejlernæring forstås ofte som under- eller overernæring. Men en ældre kan for eksempel godt være både normalvægtig og fejlernæret.

Det er velkendt, at uplanlagt vægttab har alvorlige konsekvenser for både raske og skrøbelige ældres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne. Vægttabet kan også være et symptom på sygdom[31]. Det er desuden vist, at man kan indkredse en undergruppe af 'raske' ældre med højere sygelighed, forbrug af medicin og behov for hjemmehjælp, hvis man screener ældre for et kombineret lavt aktivitetsniveau og uplanlagt vægttab (ca. 1 pct. per år)[32].

Inden for de seneste år er der kommet en større andel af svært overvægtige ældre i Danmark. Blandt hjemmeboende ældre, som er målgruppen for Socialstyrelsens kommende elektroniske håndbog, er overvægt i dag et langt større problem end undervægt. Svær overvægt defineret ved et BMI på 30 eller derover forekommer hos 16,2 pct. af de 65-74-årige, mens tallet er 11 pct. for personer på 75 år eller derover[33]. En dansk rapport viser, at svært overvægtige ældres fysiske helbred og fysiske formåen er ringere end andres, eftersom flere har fået diagnosticeret sygdomme og har gener af deres sygdomme i hverdagen. Færre er fysisk aktive, og færre er selvhjulpne med daglige, personlige gøremål, men der er ikke flere, som får hjælp i hverdagen. Svært overvægtiges velbefindende er også generelt dårligere, idet færre føler sig veloplagte, og flere er nedtrykte. Desuden synes færre, at de har et godt helbred, og flere synes, det er dårligere end deres jævnaldrendes. Dog synes svær overvægt ikke at påvirke det sociale liv i negativ retning[34].

Forskellige indsatser kan forebygge fejlernæring:

- *Opbygning af viden om og interesse for sund kost*
  Flere internationale studier viser, at undervisning i kost kan ændre kostvaner for ældre over 65 år, der bor i eget hjem. Ændringen består i, at de ældre ændrer deres indtag af kost, fordi de får øget viden og interesse for den rette sammensætning af kosten. Dog er der ikke evidens for, at undervisningen har en betydning for de ældres brug af serviceydelser eller i forhold til de ældres dødelighed[35].

- *Screening af ernæringstilstand*
  Ældres ernæringstilstand kan afdækkes ved systematisk og regelmæssigt at screene for vægtændringer og andre risikofaktorer (tygge- og synkeproblemer samt afhængighed af hjælp til at spise)[36]. Det gør det muligt at iværksætte den rette ernæringsindsats i tide og på baggrund af en systematiseret, individuel vurdering[37]. Det er en fordel at arbejde med en valideret metode til at afdække den enkelte ældres ernæringstilstand, så man er sikker på at finde frem til netop de ældre, der har gavn af en ernæringsindsats[38]. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at uplanlagt vægttab på minimum 1 kg udredes nærmere med "Ernæringsvurderingsskema"[39] (udviklet af Socialstyrelsen i samarbejde med DTU)[40].

Forebyggelse af kognitiv funktionsnedsættelse

Svækkelse af kognitive evner kan være forbundet med tab af uafhængighed og livskvalitet. Dette skyldes, at en kognitiv funktionsnedsættelse kan påvirke ældres funktionsevne i forhold til at løse opgaver i det daglige, såsom at køre bil, administrere økonomi, planlægge indkøb samt administrere medicin.

Det er vigtigt at præcisere, at der i forbindelse med mistanke om en demenssygdom skal foretages en lægelig udredning[41]. Denne udredning er i alle fem regioner defineret i sundhedsaftaler, samarbejdsaftaler eller forløbsprogrammer. Heri defineres roller og opgaver i udredningsforløbet såvel for praktiserende læger som for hospitaler og kommuner[42]. Ved aktiviteter vedrørende demens er det vigtigt at sikre overensstemmelse med de nationale kliniske retningslinjer for demens, som forventes at blive publiceret af Sundhedsstyrelsen i løbet af 2013.

Forskellige typer indsatser kan forebygge kognitiv funktionsnedsættelse:

- *Stimulering af den kognitive funktionsevne*
  Flere internationale studier dokumenterer, at øvelser relateret til den kognitive funktion har positiv effekt for ældre. Der kan for eksempel påvises dokumenteret positiv effekt med programmet ACTIVE. Her får raske ældre, som bor i eget hjem, trænet hukommelse, ræsonnement og hurtighed/reaktionsevne. Hver træningspakke, der er tilknyttet de tre områder, består af ti små gruppesessioner à 60-75 minutters varighed over en periode på seks uger[43].

  Psykosociale indsatser vurderes også at være effektfulde over for målgruppen af borgere i et tidligt demensforløb. I det danske DAISY-projekt (Dansk Alzheimer Interventions Undersøgelse) undersøges effekterne af et intensivt støtteprogram for mennesker med demens i en tidlig fase og deres pårørende[44]. DAISY-interventionen omfatter tilbud om individuel rådgivning, fælles rådgivning, netværksrådgivning og telefonrådgivning. Desuden består indsatsen af en kursusrække målrettet de demente og deres pårørende samt et skriftligt informationsmateriale. Efter et år blev der observeret positiv effekt på depressive symptomer og livskvalitet hos de ældre. Resultaterne tyder på, at det var krævende at deltage i de mange tilbud i DAISY-indsatsen. Fremover vil man tilbyde et større program til de demente og pårørende, der har mest behov for intensiv tidlig rådgivning og støtte, mens der vil være et mindre omfattende tilbud til alle[45].

- *Sociale aktiviteter*
  Internationale studier viser, at socialt engagement og sociale aktiviteter har positiv indvirkning på ældres kognitive funktionsevne. Som væsentlige eksempler kan nævnes involvering i socialt netværk samt aktiv deltagelse i aktiviteter som husholdnings- og havearbejde, børnepasning, og frivilligt arbejde. En indsats, hvor ældre fungerede som frivillige på en folkeskole 15 timer ugentligt gennem skoleåret, dokumenterede positive effekter både på de ældres kognitive aktivitet og deres oplevelse af at indgå i et socialt netværk[46].

  I forhold til demente i et tidligt demensforløb peges der i Socialstyrelsens Håndbog om demens på, at både støtte i hverdagen og samvær med andre i samme situation kan have en positiv indvirkning på den ældres håndtering af sygdommen[47]. Ligeledes peger den svenske Socialstyrelse i deres nationale retningslinjer for sociale indsatser og omsorg for mennesker med demens på, at personer, som deltager i socialt og mentalt stimulerende aktiviteter i fritiden, mindsker risikoen for at få demens[48].

- *Fysisk aktivitet*
  Internationale og nordiske studier viser, at fysisk aktivitet bl.a. har en dokumenteret positiv indflydelse på den kognitive funktionsevne, og dette gælder også ældre i et tidligt demensforløb[49]. Fokus er primært på kombinerede (komplekse) indsatser, der inkorporerer kognitiv træning, fysisk aktivitet, social involvering og ernæring[50].

- *Opkvalificering af medarbejdere*
  Internationale og danske studier peger på, at en opkvalificerende indsats blandt de medarbejdere, som er involveret i den forebyggende indsats, kan forbedre den tidlige opsporing af ældre, der er i risiko for en kognitiv funktionsnedsættelse[51]. I en dansk sammenhæng er det for eksempel de medarbejdere, der foretager forebyggende hjemmebesøg.

Forebyggelse af social isolation og ensomhed

En undersøgelse, som er gennemført i 25 danske kommuner, viser, at hver fjerde ældre over 65 år oplever ensomhed – enten i form af at være uønsket alene eller føle sig alene sammen med andre[52]. Flere undersøgelser viser, at en social indsats kan forebygge ældres sociale isolation og ensomhed:

- *Relationsopbygning*
  Gruppebaserede indsatser har en positiv effekt i forhold til at modvirke social isolation og ensomhed blandt ældre. De undersøgte indsatser bestod for eksempel af 1,5 times ugentlige møder i 6-12 uger. Internationale og nordiske studier viser, at gruppebaserede indsatser som for eksempel sociale aktiviteter og/eller gruppebaserede støtteaktiviteter er mere effektive end indsatser, der retter sig mod enkeltpersoner[53]. Et væsentligt element er, at der skal være fokus på at skabe meningsfulde relationer mellem de ældre. Det ser også ud til, at der er størst effekt af indsatser, hvor de ældre selv er aktive deltagere[54]. Det er desuden afgørende for gruppebaserede indsatsers succes, at personalet er kvalificeret til at facilitere gruppeaktiviteterne, herunder at de har viden om gruppeprocesser og ældres ensomhed generelt[55].

Dokumentation på forebyggelsesområdet

I forbindelse med aftalen om kommunernes økonomi for 2006 blev det besluttet at igangsætte et tværoffentligt samarbejde, som skal forbedre, forenkle og sikre en mere sammenhængende dokumentation på de væsentlige kommunale serviceområder. Der er således indgået en aftale om national dokumentation på ældreområdet. Aftalen omfatter udvikling af en række indikatorer til belysning af ældreområdet. Indikatorerne omhandler bl.a. antal forebyggende hjemmebesøg og antal personer, der har modtaget forebyggende hjemmebesøg, samt hvor mange personer, der har modtaget vedligeholdelses- og genoptræning efter serviceloven. Indikatorerne til belysning af forebyggende hjemmebesøg baseres på oplysninger i de enkelte kommunernes elektroniske omsorgssystemer (EOJ).

Danmarks Statistik er ansvarlig for indsamling, bearbejdning og offentliggørelse af statistikken. Generelt anses pålideligheden af de indsendte oplysninger for at være høj. For træningsoplysninger gælder dog, at det er usikkert, i hvilket omfang træning efter Sundhedsloven indgår i statistikken. Desuden har ikke alle kommuner leveret data vedr. forebyggende hjemmebesøg samt genoptræning og vedligeholdelsestræning, og det giver en usikkerhed i datakvaliteten[56].

Centrale kilder til viden

Aftalen om dokumentation på ældreområdet består af 23 nationale indikatorer, der beskriver indsatsen. Danmarks Statistik offentliggør resultaterne fra kommunernes dokumentation på www.dst.dk/aeldre

Det er i forbindelse med dokumentation af forebyggelsesindsatser væsentligt at være opmærksom på særlige udfordringer på området:

- Forebyggelse foregår i en kompleks virkelighed, hvor mange faktorer har betydning for den indsats, der iværksættes. Derfor kan det være vanskeligt direkte at koble indsats med effekt.
- Forebyggelsesaktiviteterne foregår i et tværdisciplinært felt med forskellige muligheder og kulturer for dokumentation.
- Der er behov for mere viden om, hvordan mennesker generelt motiveres til at ændre adfærd. Denne udfordring bliver ikke håndteret med den nuværende form for dokumentation[57].

Indikatorer og monitorering af området

Eksempler på offentliggjorte indikatorer i forhold til forebyggelsesområdet:

- Effektindikatorer vedr. det gennemsnitlige antal sygehusliggedage (for >67-årige) samt det gennemsnitlige antal genindlæggelser (for >67-årige).
- Baggrundsindikatorer vedr. antal ældre, der modtager genoptræning/træning samt antal gennemførte forebyggende hjemmebesøg.

Se www.dst.dk/aeldre

Dokumentation af sociale forebyggelsesindsatser kan tage udgangspunkt i metoder, der kan monitorere henholdsvis fysisk, psykisk og social funktionsevne.

Der findes en række validerede enkle tests til screening med henblik på at bestemme fysisk funktionsniveau. Testene kan både anvendes til at monitorere indsatsen og til at udpege ældre mennesker med forøget risiko for funktionsevnenedsættelse og sygdom[58].

Eksempler på validerede objektive funktionstests til mennesker over 60 år er Physical Performance Test (PPT) og Senior Fitness Test (SFT)[59]. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at Stoletesten (30s-RSS), som indgår i SFT, anvendes som det primære screeningsværktøj til vurdering af nedsat fysisk funktionsniveau. Testen måler styrken i underkroppen ved at undersøge, hvor mange gange den ældre kan rejse og sætte sig ned på 30 sekunder. Testen kan udføres med hjælp fra alle personalegrupper[60].

Avlunds mobilitet-trætheds-skala (Mob-T) er et screeningsredskab, som består af seks spørgsmål. Det evaluerer træthed, der er relateret til fysisk aktivitet. Mob-T kan anvendes i hjemmesygeplejen og i samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis[61].

Redskabet "Ernæringsvurderingsskema", udviklet af Socialstyrelsen i samarbejdet med DTU, er et eksempel på en valideret test til monitorering og dokumentation af ældres ernæringstilstand[62].

Monitorering og dokumentation af psykisk og social funktionsevne kan eksempelvis ske ved hjælp af Mini Mental State Examination (MMSE). Det er et kognitivt screeningsværktøj. Sundhedsstyrelsen vurderer, at det primært er et værktøj til almen lægepraksis, men at brugen af værktøjet kan afprøves i hjemmesygeplejen. Et andet screeningsværktøj er Mini Geriatric Depression Scale (GDS5), som anvendes til identifikation af depression hos ældre. Sundhedsstyrelsen vurderer, at værktøjet kan anvendes i hjemmesygeplejen som screeningsværktøj i forhold til, om der er behov for henvisning til egen læge. EUroQUALity5D (EQ-5D) er et screeningsværktøj, der kan anvendes til scoring af selvrapporteret helbredsrelateret livskvalitet. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at dette værktøj kan anvendes i hjemmesygeplejen og ved forebyggende hjemmebesøg, samt i samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis[63].

Den elektroniske håndbog, som lanceres af Socialstyrelsen i efteråret 2013, vil beskæftige sig mere med de relevante tests. Herunder hvilke målgrupper, de forskellige tests særligt retter sig mod, samt hvilke medarbejderkompetencer der skal være til stede for at sikre, at de forskellige tests udføres og vurderes korrekt.

Implementering af sociale indsatser

Implementering er en række konkrete aktiviteter, der har til formål at understøtte og iværksætte en specifik indsats[64]. Implementering er med andre ord de aktiviteter, der sættes i værk med henblik på at omsætte viden til konkret praksis. I det følgende afsnit gennemgås en række af de forhold, som ifølge implementeringsforskning har indflydelse på implementering af nye sociale indsatser. Indimellem eksemplificeres med indsatser over for målgruppen: ældre i risiko for nedsat funktionsevne.

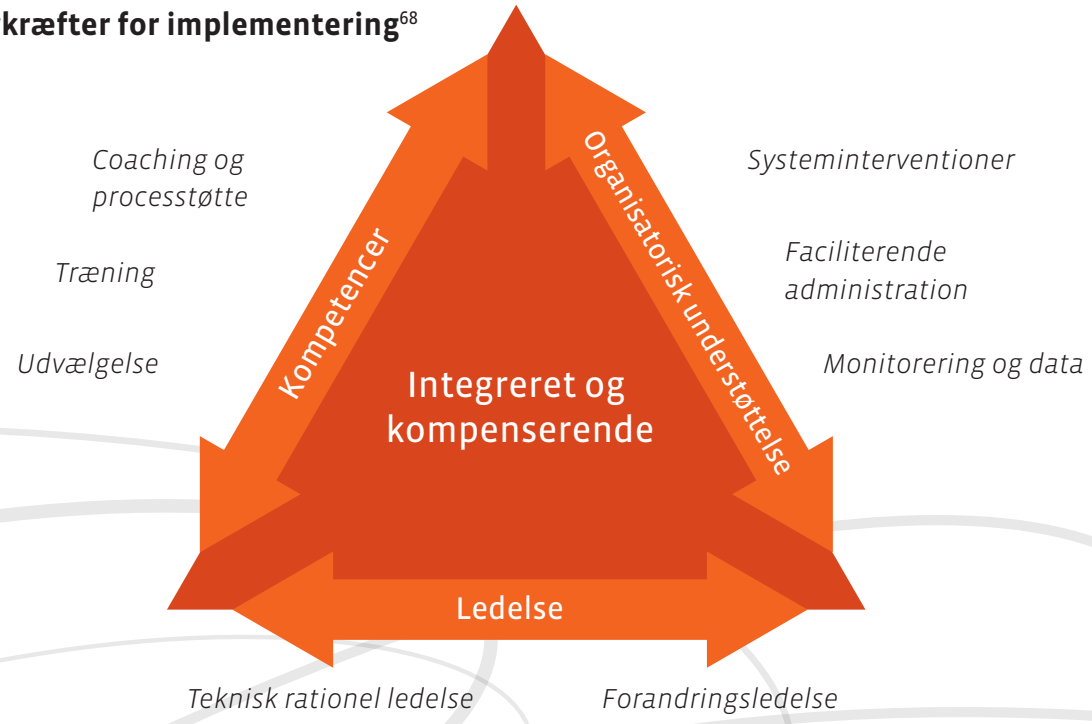
Helt overordnet bør kommunen ved implementering af nye indsatser være opmærksom på, at indsatserne oftest består af både 'hardware' og 'software'[65]. Med 'hardware' menes for eksempel en ny sagsbehandlingsmetode eller nye sociale indsatser over for ældre, som er i risiko for at få nedsat funktionsevne. Med 'software' menes eksempelvis nye samarbejdsrelationer og ændring af organisationskulturen. Ved implementering af nye indsatser skal man have øje for, hvad 'hardwaren' indeholder – men lige så meget for, hvordan den påvirker 'softwaren' i organisationen.

Drivkræfter for implementering

Implementering fremmes gennem tre centrale drivkræfter: Ledelse, kompetencer og organisering[66]. De tre drivkræfter er gensidigt afhængige og skal understøtte hinanden. Samtidig er de kompensatoriske. Det betyder for eksempel, at kommunen kan kompensere for manglende kompetencer hos medarbejderne ved at have ekstra ledelsesmæssigt fokus på, at indsatsen leveres efter hensigten.

Drivkræfter og hæmmere for implementering er hinandens spejlbilleder[67]. Eksempelvis er stærk ledelsesopbakning en væsentlig drivkraft for implementering, mens mangel på ledelsesopbakning er en væsentlig hæmmer. Det samme gør sig gældende for de øvrige drivkræfter for implementering. Hvis man arbejder målrettet og struktureret med dem, vil det fremme implementeringen. Hvis man undlader at gøre det, vil det hæmme den.

Drivkræfter for implementering[68]



Ledelse som drivkraft

Alle succesfulde implementeringsprocesser har haft tydelig ledelsesmæssigt fokus og opbakning[69]. Chancerne for succesfuld implementering vil være små, hvis ikke ledelsen er med til at initiere implementeringsprocessen, understøtter den løbende, vælger de rigtige medarbejdere og kommunikerer målsætningerne.

Ledelsesopgaven har to aspekter. Dels den mere konkrete og tekniske, der handler om at understøtte rammerne omkring implementeringsopgaven. Dels aspektet omkring forandringsledelse, hvor ledelsens opgave at er drive implementeringsprocessen fremad og holde medarbejderne til ilden gennem opfølgninger og vedvarende fokus på fremdriften.

Kompetencer som drivkraft

Modsætningen mellem at vide, hvad man skal gøre – og at gøre det i praksis – er en central udfordring for implementering af nye indsatser. En vigtig drivkraft for implementering er derfor at udvælge medarbejdere og sikre løbende kompetenceudvikling. Typisk skal denne have lige så meget fokus på at aflære gamle rutiner og vaner som på at tillære den nye praksis[70].

Omkring kompetenceudvikling kan det slås fast, at forskningen entydigt diskvalificerer 'train and hope'-tilgangen[71]. Det er ikke nok blot at kompetenceudvikle medarbejderne. De skal ligeledes have mulighed for at omsætte denne viden til praksis gennem løbende støtte, coaching og supervision.

I implementeringslitteraturen bliver forandringsagenter og superbrugere ofte fremhævet som helt centrale for at sikre fremdriften i implementeringsprocessen[72]. Superbrugere er medarbejdere, der uddannes og trænes særligt, så den øvrige medarbejderstab kan læne sig op ad dem i implementeringsprocessen.

Organisering som drivkraft

Den tredje drivkraft for implementering handler om at få skabt en sammenhængende og koordineret organisering af indsatsen. Den handler også om at skabe et monitoreringssystem, der gør det muligt at følge med i og understøtte implementeringsprocessen – og løbende vurdere, om man efterlever faglige standarder og opnår de tilsigtede resultater for deltagerne[73].

Sandsynligheden for, at indsatsen bliver implementeret ordentligt, er betydeligt større, hvis medarbejderne har et skriftligt referencepunkt at forholde sig til i implementeringsprocessen, for eksempel i form af behandlingsprotokoller. Jo tydeligere indsatsens kernekomponenter er beskrevet, desto lettere er det at implementere den. Det gælder derfor også om at få nedskrevet tavse og intuitive handlinger, som nye medarbejdere ikke nødvendigvis kender til. Det kan for eksempel være en bestemt tilgang til borgerne eller en uskreven ansvars- og opgavefordeling mellem medarbejderne.

Det er vigtigt løbende at overvåge og følge med i implementeringsprocessen[74]. Det gøres ved at indsamle de data, som vil give det mest anvendelige billede af udviklingen, og som samtidig sikrer, at dokumentationsindsatsen er enkel og håndterbar i hverdagen. Samtidig er det vigtigt, at monitoreringsdata bliver anvendt aktivt på teammøder og lignende. På den måde kan data bruges til at indkredse og håndtere forskellige implementeringsudfordringer.

Faktorer, der påvirker implementeringen

De faktorer, der påvirker implementeringen, foregår typisk på fire niveauer[75]:

Individuelle faktorer

De individuelle faktorer er de faktorer, der knytter sig til de enkelte medarbejderes faglige og personlige adfærd og holdninger.

En stor del af de indsatser, der har demonstreret positive effekter på ældreområdet i en international kontekst, er gennemført af medarbejdere med en mellemlang eller lang videregående uddannelse, for eksempel sygeplejersker, ergoterapeuter og læger. Generelt betones behovet for grundlæggende viden om gerontologiske og geriatriske problemstillinger hos medarbejderne[76]. Det er vigtigt at være opmærksom på, hvis man vil implementere sociale indsatser for at forebygge funktionsevnetab hos ældre.

Interpersonelle faktorer

De interpersonelle faktorer er samarbejdsrelationerne og kommunikationen mellem og på tværs af de medarbejdere, der skal levere indsatsen. De interpersonelle faktorer handler også om den kultur, som præger den organisation, hvor indsatsen skal implementeres.

En række af de indsatser, der er effektive i forhold til at forebygge funktionsevnetab hos ældre, er komplekse og indeholder flere elementer. Det bør derfor medtænkes i implementeringen af nye indsatser på området, at de foregår i et samarbejde mellem SOSU-medarbejdere, socialarbejdere, ergoterapeuter, praktiserende læger, sygeplejersker med flere[77]. Disse aktører har forskellig faglig baggrund og er ansat i institutioner med forskellig kultur.

Institutionelle faktorer

De institutionelle faktorer er den organisation, som indsatsen skal implementeres i, herunder de organisationsstrukturelle betingelser for samarbejde.

En kortlægning af kommunale erfaringer med forebyggelse på ældreområdet viser en klar sammenhæng: De kommuner, som har de mest eksplicit beskrevne forebyggelsesindsatser, arbejder i størst omfang med evidensbaserede metoder i indsatsen. Det er således 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" angiver at anvende evidensbaserede metoder[78].

Infrastrukturelle faktorer

De infrastrukturelle faktorer er den overordnede samfundsmæssige og politiske kontekst, som indsatsen skal fungere i. Herunder hører også de lovgivningsmæssige rammer omkring indsatsen.

I Danmark er der tradition for, at kommunerne i høj grad involverer frivillige på ældreområdet. De frivillige er ofte ældre selv, der er gået på efterløn eller pension, men som stadig ønsker at have et

arbejdsrelateret indhold i hverdagen[79]. Der er derfor stor variation i de frivillige aktørers forudsætninger og kompetencer. I en række af de internationale studier, der har vist positive effekter af bl.a. fysisk aktivitet i forhold til forebyggelse af fald og evnen til fortsat at varetage dagligdagsaktiviteter, har man også gjort brug af frivillige aktører. Men her blev der stillet krav til de frivilliges uddannelsesbaggrund for at sikre, at de nødvendige kompetencer til at løfte indsatsen var til stede[80].

I implementering af forebyggende indsatser, som inddrager civilsamfundet, er det væsentligt, at kommunen aktivt tager stilling til, hvordan samarbejdet med de frivillige og civilsamfundet generelt skal struktureres[81].

Som det fremgår, er sociale indsatser komplekse størrelser, der skal fungere i komplekse kontekster[82]. Den helt centrale opgave i implementeringsprocessen er derfor så vidt muligt at tage højde for og håndtere de faktorer, der påvirker implementeringen. Det gøres gennem aktivt arbejde med drivkræfterne for implementering: ledelse, kompetencer og organisering.

Implementeringsstrategier

Det er en vigtig beslutning at vælge en implementeringsstrategi, når kommunen skal implementere nye indsatser. Man kan implementere indsatsen i hele organisationen eller blot i enkelte dele af den – og man kan implementere hele indsatsen med det samme eller i flere faser[83]. Det giver fire forskellige implementeringsstrategier:

- *Big Bang*
  Her implementerer hele organisationen hele ændringen med det samme. Fordelen ved denne strategi er, at perioden med forandringer holdes forholdsvis kort, og man minimerer sandsynligheden for, at medarbejderne falder tilbage til gamle vaner. Ulempen ved Big Bang-strategien er, at der er tale om store forandringer for medarbejderne.

- *Domino*
  Her implementerer en del af organisationen hele indsatsen med det samme. Fordelen ved denne strategi er, at kommunen får mulighed for at afprøve og implementere indsatsen i en begrænset del af organisationen. Derved kan man høste en række erfaringer, der kan tages med, når indsatsen skal spredes ud til resten af organisationen. Ulempen er, at denne implementeringsstrategi er mere tidskrævende.

- *Kaskade*
  Her implementerer hele organisationen indsatsen i flere faser. Fordelen ved denne strategi er, at implementeringen brydes ned i mindre og mere overskuelige dele, samtidig med at man høster fordelene ved, at hele organisationen implementerer indsatsen. Ulemperne er, at det er en tidskrævende proces, og man risikerer, at der opstår 'forandringstræthed' i organisationen.

- *Små skridt*
  Her implementerer en del af organisationen indsatsen i flere faser. Fordelen ved denne strategi er, at medarbejderne får tid til at vænne sig til den nye indsats. Ulemperne er, at implementeringsprocessen er meget tidskrævende, og at der er risiko for, at medarbejderne blot fortsætter, som de hidtil har gjort.

Det gælder generelt for implementering, at der ikke er en 'one size fits all'-løsning, som det altid vil være bedst at bruge. I stedet bør kommunen være bevidst om de forskellige fordele og ulemper, der følger af de forskellige strategier, og forsøge at tage højde for dem.

Økonomi

Kommunale udgifter til forebyggelse på ældreområdet

I de kommunale regnskaber for 2011 udgjorde de samlede udgifter til ældreområdet 37,2 mia. kr. Langt den største andel af disse udgifter (80 pct.) vedrører pleje og omsorg. Beløbet omfatter både hjemmehjælp til ældre i egen bolig og pleje og omsorg af ældre i plejeboliger[84].

Herudover udgjorde kommunernes udgifter til forebyggende indsatser for ældre i 2012 følgende:

- Forebyggende hjemmebesøg (servicelovens § 79a): 115 mio. kr.
- Generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte (servicelovens § 79): 661 mio. kr.
- Afløsning og aflastning (servicelovens § 84): 1.256 mio. kr. Dette tal er dog behæftet med en vis usikkerhed, da der for nylig er sket ændringer i den kommunale kontoplan, som endnu ikke vurderes at være fuldt ud implementeret i kommunerne[85].

De 115 mio. kr. svarer til, at en kommune af medianstørrelse (43.300 indbyggere) i gennemsnit har en årlig driftsudgift på omkring 900.000 kr. til forebyggende hjemmebesøg.

Cost-effectiveness-analyser

I cost-effectiveness-analyser sammenholdes driftsudgiften ved en indsats (typisk medarbejderressourcer) med indsatsens effekt på kortere eller længere sigt.

Internationale studier viser, at faldforebyggende indsatser, der betoner fysisk aktivitet, og indsatser, der fokuserer på justeringer i de ældres eget hjem (som for eksempel fjernelse af løse tæpper), generelt er mere omkostningseffektive end de relativt udgiftstunge komplekse indsatser. Komplekse indsatser rummer eksempelvis både fysisk aktivitet, udredning af den ældres sundhedstilstand, uddannelse af den ældre og/eller relevante medarbejdere og ændringer i hjemmet. Da de komplekse indsatser håndterer flere risikofaktorer end enkeltinterventioner, er de også mere omfattende. De involverer flere forskellige faggrupper, og der er et større behov for kompetenceudvikling og tværgående koordinering og samarbejde[86].

Der findes aktuelt ingen danske cost-effectiveness-analyser af kommunale indsatser, som skal forebygge fald og relaterede skader og ulykker. Der findes udelukkende analyser af hospitalsomkostninger i forbindelse med fald[87].

Der er ikke fundet analyser, der direkte behandler omkostningseffektiviteten af indsatser, der er målrettet forebyggelse af ensomhed og social isolation. Et enkelt studie påviser dog i finsk kontekst, at gruppebaserede indsatser, der retter sig mod forebyggelse af ensomhed, kan være omkostningseffektive, da de dokumenterer positiv effekt på borgernes velbefindende[88].

Både i dansk og international kontekst findes kun begrænset konkret viden om den økonomiske effekt af sociale indsatser, der kan forebygge funktionsevnenedsættelse hos den gruppe ældre, som dette notat beskæftiger sig med[89]. Et dansk studie har ikke kunnet påvise afgørende beviser for omkostningseffektiviteten ved forebyggende hjemmebesøg[90]. Den mangelfulde evidens for omkostningseffektiviteten betyder ikke nødvendigvis, at forebyggelse ikke har en økonomisk gevinst. Den kan være udtryk for, at der endnu ikke er gennemført undersøgelser af tilstrækkelig omfattende og/eller høj kvalitet i en kontekst, som er sammenlignelig med danske forhold.

Cost-benefit-analyser

I cost-benefit-analyser sammenlignes udgifterne ved en given indsats med indsatsens økonomiske effekter på kortere og længere sigt. Dvs. effekterne omregnet til en økonomisk værdi i kroner.

Litteraturgennemgangen har ikke aktuelt fundet cost-benefit-analyser af sociale indsatser, som kan forebygge funktionsevnenedsættelse hos den gruppe ældre, som dette notat beskæftiger sig med.

På forebyggelsesområdet vil der ofte være en stor tidsforskydning, fra et tiltag sættes i gang, til der viser sig en økonomisk effekt. Generelt er det derfor en meget vanskelig opgave – forbundet med mange hypoteser og forudsætninger – at foretage beregninger af de forventede sparede kommunale midler ved en forebyggelsesindsats. Det bliver en udfordring i de kommende år at kunne udføre disse beregninger på mere kvalificeret vis[91].

Initiativer på forebyggelsesområdet

I afsnittet præsenteres igangværende initiativer på området, som er sat i værk af Social-, Børne- og Integrationsministeriet.

Forebyggelse af udadreagerende adfærd hos mennesker med demens (2012-2014)	
Målgruppe:	Primær målgruppe er mennesker med demens og udadreagerende adfærd. Sekundær målgruppe er kommunalt plejepersonale, samt ledere, både på botilbud og i myndighedsniveauet, som skal tilrettelægge og lede plejeopgaverne.
Formål:	At udvikle en metode til understøttelse af indsatsen over for mennesker med demens og svære adfærdsforstyrrelser, som kommer til udtryk som udadreagerende adfærd. Metoden skal understøtte en forbedret indsats over for disse mennesker i kommunernes plejeboliger.
Dokumentation og effekt:	Metodens effekt måles på hyppighed og intensitet af udadreagerende adfærdsmønstre hos de enkelte borgere. Derudover måles der på, om medarbejdernes trivsel og arbejdsmiljø forbedres.
Kontakt:	Sønderborg, Syddjurs og Hillerød Kommune. Socialstyrelsens Voksenenhed.

Implementering af *God mad – godt liv* samt opsamling på effekter og gevinstpotentialer ved en kommunal ernæringsindsats (2012-2013)	
Målgruppe:	Kommunale embedsmænd, ledere, mellemledere og nøglemedarbejdere på ældreområdet.
Formål:	At understøtte implementeringen af de udviklede redskaber i *God mad – godt liv* gennem udvikling af en implementeringsmodel og netværksdannelse for kommuner (initiativ 1). At gennemføre et cost-effectiveness-studie af en ernæringsindsats målrettet ældre (initiativ 2).
Dokumentation og effekt:	Projektet effekt måles på følgende indikatorer: Livskvalitet (EQ-5D/SF-12), fysisk funktionsevne (ADL), kvalitet af ernæringsindsats (Audit) samt økonomi (omkostninger og besparelser via cost-effectiveness-analyse).
Kontakt:	Socialstyrelsens Voksenenhed.

National kosthandlingsplan (2013)	
Målgruppe:	Politiske og administrative beslutningstagere, ledere, kostfaglige miljøer og leverandører af madservice.
Formål:	At anvise, hvilke kommunale indsatser der sikrer kvaliteten af madservice til ældre borgere. Handlingsplanen skal give kommunerne en række konkrete anbefalinger til madservicetilbud, der kommer de ældre til gavn.
Dokumentation og effekt:	Der er endnu ikke taget endelig stilling til, hvordan indsatsen dokumenteres.
Kontakt:	Socialstyrelsens Voksenenhed.

Kvalificering og afprøvning af en rehabiliteringsmodel på ældreområdet (2012-2016)	
Målgruppe:	• Ældre med faldende eller dårlig funktionsevne, der henvender sig med behov for – eller får – hjælp efter serviceloven, og som vurderes at have et rehabiliteringspotentiale. Målgruppen omfatter ældre i eget hjem og i plejebolig. • Kommunale myndigheder og leverandører.
Formål:	At understøtte kommunernes arbejde med at rehabilitere ældre med faldende funktionsevne både fysisk, psykisk og socialt, for derigennem at bevirke, at ældre borgere i højere grad bliver selvhjulpne og dermed får større tilfredshed, selvstændighed og livskvalitet og mindre behov for kompenserende hjælp,.
Dokumentation og effekt:	Valg af evalueringsdesign, herunder indikatorer, er under udarbejdelse.
Kontakt:	Socialstyrelsens Voksenenhed.

Fast tilknyttede læger i plejeboliger og plejehjem (2012-2014)	
Målgruppe:	Læger, plejepersonale og beboere i plejeboliger.
Formål:	At undersøge, om brug af en fast tilknyttet læge på det enkelte plejecenter kan: • skabe bedre kvalitet for den ældre, bl.a. gennem styrket samarbejde og kommunikation mellem borgere, plejepersonale og læge • muliggøre en bedre medicinhåndtering • medføre færre unødvendige indlæggelser
Dokumentation og effekt:	Indsatsens effekt måles på følgende indikatorer: • Antallet af forebyggelige (uhensigtsmæssige) indlæggelser og genindlæggelser • Antal kontakter til lægevagten. Desuden gennemføres kvalitative undersøgelser af, hvorvidt der ses et forbedret samarbejde mellem læge og plejepersonale, forbedret medicinhåndtering samt øget tilfredshed med pleje- og behandlingsforløb (set fra både medarbejder-, læge-, beboer- og pårørendeperspektiv).
Kontakt:	København, Furesø, Lolland, Horsens og Viborg Kommune. Socialstyrelsens Voksenenhed.

Forebyggelse af funktionsevnenedsættelse hos ældre (2012-2016)	
Målgruppe:	Projektets primære målgruppe er ældre over 65 år, som har alderssvarende funktionsevne, men som er i størst risiko for at miste funktionsevne, og som derfor skal have tilbudt forebyggende aktiviteter.
Formål:	At kvalificere og understøtte kommunernes forebyggende arbejde på ældreområdet. At de ældre hjælpes til at kunne bevare deres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne – med det afledte formål at begrænse eller udskyde afhængighed af hjælp fra andre. At bidrage til, at kommunernes arbejde med forebyggelse på ældreområdet kan udføres målrettet og omkostningseffektivt.
Dokumentation og effekt:	Projektet evalueres ved hjælp af effekt- og procesevalueringer. Valg af evalueringsdesign, herunder indikatorer, er under udarbejdelse.
Kontakt:	Socialstyrelsens Voksenenhed.

Forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre (2012-2016)	
Målgruppe:	Primær målgruppe er sårbare ældre over 60 år, som: • er i risikozonen for at udvikle selvmordsadfærd pga. depression og/eller psykosociale vanskeligheder efter skilsmisse, tab eller økonomiske vanskeligheder • udviser selvmordsimpulser, herunder selvmordstanker har forsøgt selvmord • udviser forskellige former for selvskadende adfærd, herunder alkoholmisbrug. Sekundær målgruppe er professionelle (forebyggere, sygeplejersker, social- og sundhedshjælper/-assistent, demenskoordinatorer etc.) og frivillige inden for ældresektoren, som kommer i kontakt med sårbare ældre.
Formål:	At opspore og identificere ældre, der mistrives (primært via de forebyggende hjemmebesøg). At tilrettelægge relevante opfølgningsinitiativer i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg. At gennemføre opkvalificering af professionelle og frivillige om selvmordsadfærd blandt ældre. At formidle de afprøvede indsatser til andre kommuner, og udarbejde en model for implementering.
Dokumentation og effekt:	Valg af evalueringsdesign, herunder indikatorer, er under udarbejdelse.
Kontakt:	Socialstyrelsens Voksenenhed.

Referenceliste

1 Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): *Vejledning om kommunal rehabilitering.*

2 Sundhedsstyrelsen (2005): *ICF – den danske vejledning og eksempler fra praksis. International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand.*

3 Hanne Tønnesen m.fl. (2005): *Terminologi – forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed.* Sundhedsstyrelsen

4 www.socialebegreber.dk

5 Sundhedsstyrelsen (2005): *Centrale forebyggelsesbegreber.*

6 Sundhedsstyrelsen (2010): *Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark – analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre.*

7 Ibid.

8 Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence og Viden (2012): *Ældre og ensomhed – hvem, hvorfor og hvad gør vi? En undersøgelse om ensomhed hos ældre i 25 kommuner.*

9 Sundhedsstyrelsen (2010). *Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark – analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre.*

10 Ibid.

11 Ibid.

12 Danmarks Statistik (2011). Statistikbanken.

13 Sundhedsstyrelsen (2010): *Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark – analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre.*

14 Rambøll (2012): *Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre. Kortlægning af viden og evidens.*

15 Sundhedsstyrelsen (2012): *Forebyggelsespakke – Alkohol.*

16 www.folkesundhed.kk.dk

17 Frost, H. et al. (2011): "Promoting health and wellbeing in later life: interventions in primary care and community settings". *Scottish Collaboration for Public Health Research and Policy.*

Gillespie, L.D. et al. (2012): "Interventions for preventing falls in older people living in the community". *The Cochrane Library,* 2012, 11.

18 Rambøll (2012): *Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre. Kortlægning af viden og evidens.*

19 Church, J. et al. (2011): "An economic evaluation of community and residential aged care falls prevention strategies in NSW". *NSW Public Health Bulletin.* vol. 22, no. 3-4, pp. 60-68.

Gillespie, L.D. et al. (2012): "Interventions for preventing falls in older people living in the community". *The Cochrane Library 2012, 11.*

Markle-Reid, M. et al. (2010): "The Effects and Costs of a Multifactorial and Interdisciplinary Team Approach to Falls Prevention for Older Home Care Clients 'At Risk' for Falling: A Randomized Controlled Trial". *Canadian Journal on Aging,* 2010, 29(1), s. 139-161.

20 Høst, D. et al. (2011): "Older people's perception of and coping with falling, and their motivation for fall-prevention programmes". *Scandinavian Journal of Public Health,* 2011, 39(7), s. 742-748.

21 Rambøll (2012): *Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre. Kortlægning af viden og evidens.*

Rosell, A.C., Swane, C.E. og Beyer, N. (2005): "Holdninger og opfattelser, som har indflydelse på, om ældre danskere ønsker at deltage i faldforebyggende træning". *Ugeskrift for Læger.* 2005, 167(10):1156-59.

22 Morey, M.C. et al. (2008):"Effect of physical activity guidelines on physical function in older adults". *Journal of the American Geriatrics Society.* 2008, 56(10), s. 1873-8.

23 Van Stralen, M. et al. (2010):"Exploring the Efficacy and Moderators of Two Computer-Tailored Physical Activity Interventions for Older Adults: A Randomized Controlled Trial". *The Society of Behavioral Medicine,* 2010, 39, s. 139–150.

24 Rambøll (2012): *Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre. Kortlægning af viden og evidens*

25 Ibid.

26 Ibid.

27 Meng, H. et al. (2009):"Urban-rural differences in the effect of a Medicare health promotion and disease self-management program on physical function and health care expenditures". *Gerontologist.* 49(3), s. 407-17.

28 Avlund, K. et al. (2007):"Educational intervention toward preventive home visitors reduced functional decline in community-living older women". *Journal of Clinical Epidemiology.* 60(9), s. 954-962.

Vass, M. et al. (2007): "Preventive home visits to older people in Denmark – why, how, by whom, and when?". *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie,* 2007, 40(4), s. 209-16.

29 Yamada, Y. et al. (2012):"Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?: a cross sectional study in Denmark". *BMC Public Health* 2012, 12, s. 396.

30 Ibid.

31 Miller, S.L. & Wolfe R.R. (2008): "The Danger of weight loss in the elderly". *J Nutr Health Aging.* 2008; 12:487-91.

32 Chin A Paw M. J. et al. (2003): "Inactivity and weight loss: effective criteria to identify frailty". *J Nutr Health Aging,* 2003; 7:55-60.

33 www.sundhedsprofil2010.dk

34 Plazt, M. (2009): *Svært overvægtige gamle.* Videnscenter på Ældreområdet.

35 Young, K. et al. (2011): "Nutritional education for community dwelling older people: a systematic review of randomised controlled trials". *International Journal of Nursing Studies.* 2011;48(6):751-780.

36 Sloane, P.D. (2008): "Nutritional issues in long-term care". *Journal of the American Medical Directors Association,* Sept. 2008, vol. 9, issue 7, pp 476-485.

37 KL, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Finansministeriet og Social- og Integrationsministeriet (2010): "Faglige kvalitetsoplysninger om plejeboliger. Systematisk viden om ældres ernæringstilstand".

Socialstyrelsen (2011): *Ernæringsvurderingsskema:*
http://shop.socialstyrelsen.dk/products/ernaeringsvurdering

38 Elia, M. & Stratton, R. J. (2011): "Considerations for screening tool selection and role of predictive and concurrent validity". *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care,* sept. 2011, vol 14, issue 5, pp 425-433.

39 Socialstyrelsen (2011): *Ernæringsvurderingsskema:*
http://shop.socialstyrelsen.dk/products/ernaeringsvurdering

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

41 Sundhedsstyrelsen (2008): *"Udredning og behandling af demens – en medicinsk teknologivurdering".* Medicinsk Teknologivurdering 2008; 10(2).

42 Region Hovedstaden, forløbsprogram: http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/30A19AE3-9AEF-407A-85D4-8EB-6F32A646D/0/Forloebsprogram_demens.pdf
Region Sjælland, sundhedsaftale og forløbsprogram: http://www.regionsjaelland.dk/Kampagner/DemensSjaelland/Sider/default.aspx
Region Syddanmark, samarbejdsaftale: http://demenssyd.dk/wm357209
Region Nordjylland, sundhedsaftale: http://www.kronikerenheden.dk/TvaersektorielleFora/forDemens/
Region Midtjylland, sundhedsaftale: http://www.regionmidtjylland.dk/sundhed/faginfo/samarbejde+med+-kommunerne/aftaler+for+udvalgte+patientgrupper/aftale+vedr-c8-+demens

43 Steinerman, J.R. (2010): "Minding the aging brain: technology-enabled cognitive training for healthy elders". *Current Neurology & Neuroscience Reports.* 10(5), s. 374-80.

44 DAISY gruppen, Nationalt Videnscenter for Demens, Rigshospitalet og Socialstyrelsen (2012): *DAISY - Effekt af tidlig psyko-social intervention for demente og deres pårørende.*

45 Ibid.

46 Williams, K. N & Kepner, S. (2010): "Interventions to reduce cognitive decline in aging". *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services.* 48(5), s. 42-51.

47 Socialstyrelsen (2008): *Håndbog om demens: Til pleje og omsorgspersonale på ældreområdet, undervisere og de frivillige.*

48 Socialstyrelsen (Sverige) (2010): *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.*

49 Ibid.

Sundhedsstyrelsen (2010): Demens: *Ikke-farmakologiske interventioner – en kommenteret udenlandsk medicinsk teknologivurdering.*

50 Thom, J.M. & Clare, L. (2011): "Rationale for combined exercise and cognition-focused interventions to improve functional independence in people with dementia". *Gerontology.* 57(3), s. 265-275.

Burgener, S.C. et al. (2008): "Review of exemplar programs for adults with early-stage Alzheimer's disease". *Research in Gerontological Nursing.* 4(1), s. 295-304.

Williams, K. N & Kepner, S. (2010): "Interventions to reduce cognitive decline in aging". *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services.* 48(5), s. 42-51.

51 Rambøll (2012): *Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre. Kortlægning af viden og evidens.*

52 Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence og Viden (2012): *Ældre og ensomhed – hvem, hvorfor og hvad gør vi? En undersøgelse om ensomhed hos ældre i 25 kommuner.*

53 Dickens, A. P. et al. (2011):"Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review". *Public Health 2011,* 11, s. 647.

SFI Campbell (2007): *Gruppeaktiviteter hjælper ældre ud af ensomhed og isolation.*

54 Dickens, A. P. et al. (2011):"Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review". *Public Health 2011,* 11, s. 647.

55 Pitkala, K. H. et al. (2004):"Leading groups of older people: description and evaluation of education of professionals". *Educational Gerontology,* 30, s. 821–833.

56 www.dst.dk/aeldre (2012)

57 KL (2008): *Dokumentation af de kommunale forebyggelsesopgaver – en pragmatisk tilgang.*

58 Beyer, N & Puggaard, L. (2008): *Fysisk aktivitet og ældre. Sundhedsstyrelsen*

59 Ibid.

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

61 Ibid.

62 Ibid.
Socialstyrelsen (2011): *Ernæringsvurderingsskema*
http://shop.socialstyrelsen.dk/products/ernaeringsvurdering

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

64 Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature.*

65 Rogers, E. M. (2005): *Diffusion of innovations (5th edition)*

66 Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature.*

67 Ogden, T. (2012): *Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge.*

68 http://nirn.fpg.unc.edu/learn-implementation/implementation-drivers

69 Guldbrandsson, K. (2008): *From News to Everyday use – The difficult art of implementation.* Statens Folkhälsoinstitut

Kotter, J. (2000): *Hvorfor forandringer mislykkes.*

Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature.*

70 Ibid. og Hamm, M. S. et al. (1989): "The Conditions of effective implementation – A guide to Accomplishing Rehabilitative Objectives in Corrections". *Criminal Justice and Behavior. 16(2)*

71 Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature.*

Gearing, R. et al (2011): "Major ingredients of fidelity: A review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation". *Clinical Psychology Review. 31.*

72 Guldbrandsson, K. (2008): *From News to Everyday use – The difficult art of implementation.* Statens Folkhälsoinstitut

Kotter, J. (2000): *Hvorfor forandringer mislykkes.*

Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature.*

73 Durlak, J. og DuPre, E. (2008): "Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and factors affecting implementation". *American Journal of Community Psychology,* 41, 327-350.

Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature.*

Dusenbury, L. et al. (2003): "A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings". *Health Education Research.* 18(2)

74 Durlak, J. og DuPre, E. (2008): "Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and factors affecting implementation". *American Journal of Community Psychology, 41, 327-350.*

Dusenbury, L. et al. (2003): "A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings". Health Education Research. 18(2)

Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature.*

75 Pawson, R., T. Greenhalgh, G. Harvey & K. Walshe (2004): *Realist Synthesis: An introduction ESRC Research Methods Programme.* University of Manchester. RMP Methos Paper 2/2004

76 Avlund, K. et al. (2007): "Educational intervention toward preventive home visitors reduced functional decline in community-living older women". *Journal of Clinical Epidemiology. 2007,* 60(9), s. 954-962.

Daniels R. et al. (2011): "A disability prevention programme for community-dwelling frail older persons". *Clinical Rehabilitation* 25(11) 963–974.

77 Rambøll (2012): *Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre. Kortlægning af viden og evidens.*

78 Ibid.

79 Ibid.

80 Ibid.

81 Gotthardsen, D. N., Center for frivilligt socialt arbejde (2011): *Håndbog til kommuner om samarbejde med foreninger.*

82 Pawson, R., T. Et al. (2004): *Realist Synthesis: An introduction.* ESRC Research Methods Programme. University of Manchester. RMP Methods Paper 2/2004

83 Kræmmer, M et al. (2009): *Change and effect.*

84 Rambøll (2012): *Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre. Kortlægning af kommunale praksiserfaringer.*

85 Kontor for Kommuneøkonomi, Social- og Integrationsministeriet.

86 Rambøll (2012): *Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre. Kortlægning af viden og evidens.*

87 Center for Kliniske Retningslinjer – Nationalt Clearinghouse for Sygepleje. Aarhus Universitet, (2012): *Klinisk retningslinje for identificering af faldrisiko og faldforebyggende interventioner for geriatriske patienter indlagt i kirurgisk eller medicinsk hospitalsafdeling.*

88 Rambøll (2012): *Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre. Kortlægning af viden og evidens.*

89 DSI (2006): *Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne – dokumentation af effekt og omkostningseffektivitet.*

90 Kronborg, C. et al. (2006):"Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly". *The European Journal of Health Economics. 2006,* 7(4), s. 238-246.

91 KL (2008): *Dokumentation af de kommunale forebyggelsesopgaver – en pragmatisk tilgang.*

SOCIALSTYRELSEN

Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00
www.socialstyrelsen.dk