



SUFO ÅRSKURSUS 2016

Forebyggende hjemmebesøg ved en skillevej

Hvordan målrettes vores indsats bedst til særligt sårbare grupper, uden vi glemmer de 'kendte' besøg?

Kære deltager på SUFO's Årskursus 2016

Først og fremmest tusind tak for et par gode dage på Hotel Nyborg Strand!

Du sidder nu med konferencerapporten efter SUFO's Årskursus 2016, hvor der er mulighed for at læse referater af alle hovedindlæg og seminarer. Jeg synes, vi havde nogle spændende oplæg og gode faglige diskussioner med stort engagement fra jeres side.

Det blev for mig tydeligt, at vi alle står med hver vores presserende spørgsmål og udfordringer i forhold til den nye lovgivning. Der findes ingen færdige løsninger, men jeg håber, at I på årskurset fik inspiration og energi med det videre arbejde. En ting er sikkert – i SUFO's bestyrelse vil vi fortsat have fokus på den nye lovgivning, og hvad den betyder for de forebyggende hjemmebesøg. F.eks. vil vi helt konkret følge tilbuddet om efteruddannelse med stor interesse.

På næste Årskursus d. 5. - 6. marts 2017 er vi forhåbentligt meget klogere.

Mere end 280 deltagere bakkede om årskurset og var med til at gøre det til en succes! Det er vi i bestyrelsen både meget stolte over og glade for.

Tak for det og god læselyst!

Anne Dorthe Prisak
Formand

På SUFOs hjemmeside findes materiale fra samtlige oplæg - [klik her](#).



INDHOLD:

"Ansvar for egen aldring gennem.."/ Tine Fristrup	2
"Lovændring af forebyggende.."/ Bente Høj	4
"Det nære sundhedsvæsen.."/ H.C. Østerby	6
"Hvad kan vi bruge hinanden.."/ Anne Marie Olsen	7
"Tidlig opsporing.."/ Paolo Caserotti & Jenny Havn	8
"Sundhedsfremme og forebyggelse.."/Tine Curtis	10
Referater af de seks seminarer	12

Ansvar for egen aldring gennem forebyggende hjemmebesøg?

Oplæg ved Tine Fristrup, lektor, cand.scient.soc., DPU, Aarhus Universitet

Betingelserne for de forebyggende hjemmebesøg er under konstant forandring. De borgere, som i dag tilbydes besøg, adskiller sig fra tidligere, og snart er babyboomerne en del af målgruppen. Hvad er de kendetegn, som adskiller dem væsentligt fra tidligere tiders hjemmebesøgsmodtagere? Hvordan forholder de sig til sundhedsfremme og aktiv aldring? Hvad motiverer dem, og hvad er deres forventning til de forebyggende hjemmebesøg? Tine Fristrup kommenterer på tidens forestillinger om, hvordan vi skal leve et langt liv.

Tine Fristrup ridser op, hvordan der er brug for varierede tilbud og for en omlægning af kommunernes praksis, når det drejer sig om forebyggende hjemmebesøg. Der bliver stadig flere ældre borgere, og mange af dem er friske og raske. Aktiv aldring er dermed et begreb alle må forholde sig til - reklameindustrien og den kommercielle industri har allerede øje for dette marked. Samtidig er der flere ældre med omfattende pleje og omsorgsbehov f.eks. mennesker med demenssygdomme. Alle er de mennesker, med forskellige liv og behov, som en medarbejder kan møde på et forebyggende hjemmebesøg.

Hjemmehjælpskommissionens anbefalinger

Ny lovgivning på ældreområdet tager i disse år udgangspunkt i hjemmehjælpskommissionens arbejde og anbefalinger - [læs hjemmehjælpskommissionens rapport ved at klikke her](#). Kodeord i den ny lovgivning er styrkelse af den forebyggende indsats, den enkeltes egne ressourcer, som skal i spil, og tidlig indsats er bedre end for sen indsats.

For de forebyggende hjemmebesøg betyder det bl.a., at det i højere grad skal være borgerens samlede ressourcer og risiko for tab af funktionsevne, som er afgørende for, om der tilbydes et forebyggende hjemmebesøg. Historisk er sundhedsparadigmet skiftet fra passiv til aktiv indsats, og borgeren ses i dag som aktiv medspiller med ansvar for egen aldring. Kompenserende hjælp er sidste udvej, når borgeren ikke længere har potentiale til at forbedre sin funktionsevne. Begreber som herre i eget liv, Fredericiamodellen og hverdagsrehabilitering er resultat af denne udvikling.

Præmissen for de forebyggende hjemmebesøges arbejde er begrebet aktiv aldring, hvor fokus er, at ældre borgere flyttes fra at være i farezonen gennem livsstilsændringer. Kronologisk alder er ikke længere et gangbart

parameter, det er blevet afløst af begrebet funktionsevne. Tine Fristrup mener, at det er dét begreb og bevidstheden om, at funktionstab kan afhjælpes og forebygges, der skal styre indsatsen.

De nye gamle

Tine Fristrup viser billeder, som skal illustrere, hvor forskellige de mennesker, man møder på forebyggende hjemmebesøg, er. Hun understreger,



hvor vigtigt det er, at medarbejderne har øje for disse forskelle. Det vigtigste er, at medarbejderne har blik for, om der er et menneske, som hidtil har haft det godt, men nu så småt skranter - det er dér, der skal sættes ind med hjælp.

Tine Fristrup forklarer den nye ældregenerations karakteristika ved begreber som risiko og frihed: Efterkrigsgenerationen (de kommende ældre) dyrker frihed, men har det svært med risici. De ser ikke sig selv som i risiko for at blive svag, og denne følelse af raskhed betyder, at de ikke synes, de har brug for et forebyggende hjemmebesøg. Det er en del af den aktive aldrings diskurs, at den enkelte selv mestrer sin risiko. For en forebyggende medarbejder er det derfor vigtigt at facilitere denne selv-risiko-ledelse hos ældre, de besøger og samtidig aflæse om borgeren har behov for hjælp.

Tine Fristrup spørger retorisk deltagerne om deres forståelse af ældre mennesker, og opfordrer alle til at blive bevidst om egne forforståelser. Hun illustrerede forskelligheden blandt ældre menneskers gennem historier og billeder:



- "Benægterne" – der ser sig selv som friske og raske, og ikke er interesseret i et forebyggende hjemmebesøg,
- "Livsnyderne" - der leger, ryger og drikker og hvor man skal overveje, om de kan/skal omvendes?
- "Originalerne" - der føler sig anderledes og opfører sig anderledes, end de fleste – de skal have særbehandling, men hvilken?

Trine Fristrup ville gerne forstyrre vores forståelser og selvforståelser ved at vise billeder og små videoklip, f.eks.

- Ulf Pilgård som far på vej hjem fra børnefødselsdag – med rollator. Eksempel på et nyt ældrebillede
- Iris Apfel – knap 100 år og modeikon. Eksempel på et nyt ældrebillede
- "Det lille skub" – film udgivet af SUFO i 2012, hvor tonen er en helt anden, og ældrebilledet nærmere er "det gamle ældrebillede"

De forebyggende medarbejdere møder alle typer, hvorfor det at kunne lave stemningsskifte i samtalen er vigtigt, og det at have kendskab til den enkelte er og bliver værdifuldt. Tine Fristrup siger: *"I er de udefrakommende øjne, der kan hjælpe ældre borgere med at finde deres egne ressourcer, og I kan være dem, der er realistiske omkring, hvad der skal til".*

En udfordring i den nye lov om forebyggende hjemmebesøg er de kollektive arrangementer, og hvordan vi kan organisere disse i kommunerne, så borgerne får lyst til at komme. Trine Fristrups ide er, at udbyde arrangementerne i samarbejde med allerede eksisterende tilbud - hun refererer til mødestedet INSP i Roskilde ([klik her for at finde INSP](#)) og til de 75 års fødselsdage, som holdes i flere kommuner. Pointen er, at der ikke nødvendigvis skal opfindes noget nyt, men at de forebyggende hjemmebesøg skal koble sig til eksisterende initiativer for at nå ud til alle ældre borgere.

Lovændring af forebyggende hjemmebesøg - nye muligheder, nye udfordringer

Bente Høy, lektor, sundhedsfaglig forsknings- og udviklingskonsulent, ph.d., VIA Efter- og Videreuddannelse

Lovændringen åbner op for en række nye muligheder og krav til de forebyggende hjemmebesøg. Overordnet er intentionen at differentiere tilbuddet mere efter den enkelte ældre borger. Det betyder bl.a., at fokus skærpes på sårbare grupper, både i forhold til opsporing og i forhold til at give dem de rette tilbud. I sidste ende er det op til kommunerne at tilrettelægge indsatsen, som det bedst egner sig lokalt. Hvordan lever vi bedst op til lovens intention? Hvad findes der af nye muligheder, og hvad er der af faldgruber? Hvad kan det komme til at betyde, at de forebyggende hjemmebesøg bliver skrevet ind i kommunens kvalitetsstandarder? Det vil Bente Høy komme ind på i sit oplæg, hvor der også bliver tid til spørgsmål og diskussion.

Bente Høy indleder oplægget med at oplyse om, at hun har fået til opgave at udarbejde et efteruddannelsesforløb for forebyggende hjemmebesøg for Sundhedsstyrelsen – derfor er hun glad for at være inviteret som oplægsholder og samtidig få mere viden fra medarbejdere på området.



Den demografiske udvikling i Danmark viser, at befolkningen bliver stadig ældre og er mere raske langt op i alderdommen. Det er bl.a. baggrunden for, at aldersgrænsen for tilbud om årligt tilbagevendende hjemmebesøg – med god grund, mener Bente Høy – er hævet fra 75 til 80 år i lovændringen af de forebyggende hjemmebesøg, som trådte i kraft pr. 1. januar. Med lovændringen flyttes fokus fra alder til risiko, og den åbner op for en mere fleksibel og differentieret tilrettelæggelse af besøgene. Det giver nye udfordringer at finde frem til de sårbare borgere, som skal tilbydes et forebyggende hjemmebesøg fra og med 65 år.

Et paradigmeskifte

Bente Høy kalder lovændringen for et paradigmeskifte for de forebyggende hjemmebesøg. Missionen i den første lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre fra 1996 var at skabe tryghed og trivsel og herunder - gennem råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder - at understøtte ældre borgers selvhjulpenhed. Bente Høy mener, missionen er ændret til at handle om at fremme sundhed og forebygge udviklingen af sygdom, sociale problemer og/eller ulykker samt funktionsevnedssættelser. Herunder gennem støtte at give borgere handleevne, kontrol og

Læs mere om det nu vedtagne lovforslag på Folketingets hjemmeside - herunder bemærkninger, høringssvar, høringsnotat mv. [Klik her.](#)

ejerskab over beslutninger, der påvirker deres livsvilkår og sundhed.

Kort sagt er missionen ifølge Bente Høy flyttet fra at støtte borgeren i større selvhjulpenhed til at støtte borgeren i at udvikle større robusthed. Derfor skal de forebyggende hjemmebesøg fokusere på sårbarhed, det være sig fysisk, mentalt eller socialt. *Frailty* som betyder fysisk sårbarhed findes på individniveau f.eks. hos borgere med risikoadfærd, eller hos borgere som er visiteret til praktisk hjælp – Bente Høy tror, der her er et stort forebyggelsespotentiale. *Vulnerability*, mentalt sårbare kan f.eks. være ældre borgere, som har mistet en samlever, og som gennemlever en kompliceret sorg. Det kan også være ældre, som livet igennem har været mentalt svækkede. Endelig er det vigtigt at være opmærksom på potentielle risikogrupper eller –situationer. Det kan være ældre borgere i udsatte boligområder, ældre med misbrugsproblemer eller ældre med anden etnisk baggrund end dansk.

Bente Høy pointerer, at det er afgørende, at medarbejderne i forebyggende hjemmebesøg kan jonglere mellem de tre typer af sårbare borgere. Screeningsværktøjer bør kun bruges, hvor det er relevant.

Debat om den nye lov

Den sidste del af oplægget er en diskussion mellem deltagerne og Bente Høy om udfordringer og muligheder i forhold til lovændringen.

En deltager påpeger, at hun finder, at forskellen mellem før og nu er, at de forebyggende hjemmebesøg tidligere handlede om at understøtte borgernes ressourcer, mens hun nu er bange for, at det bliver en fejlfindingstilgang i forsøget på at opspore sårbare. Bente Høy mener, det er en relevant bekymring. Spørgsmålet er, hvordan man i praksis balancerer de to hensyn af på en etisk måde i mødet.

Flere havde indvendinger mod kollektive arrangementer som erstatning for forebyggende hjemmebesøg: Et kollektivt arrangement kan kun være et supplement til hjemmebesøget. Desuden mangler der grundlæggende forskning af, hvordan og om kollektive arrangementer kan gøre en forskel i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse.



Arbejdsbetingelserne for forebyggende medarbejdere er vanskelige, når man skal opspore, samtidig med at man skal drive en motiverende samtale og understøtte mestring på kun én time, siger en deltager. Bente Høy indvender, at der i lovgivningen er mulighed for at sætte flere tiltag i værk, f.eks. støttegrupper eller flere besøg, hvis man vurderer, at der er tale om en problematik, der skal arbejdes mere med.

En anden deltager understreger: *"Ingen hjemmebesøg uden sundhedspædagogik!"*

Politikerne skal overbevises om, at breve om hjemmebesøg skal sendes ud med dato og tidspunkt, da det giver den højeste besøgsfrekvens, mener en deltager. Hvis ikke det sker, bliver mulighederne for opsporing meget små. Hun synes desuden, at det er vanskeligt at finde frem til de sårbare: *"Skal man indrykke annoncer? Hvor mange reagerer på en annonce, hvor der står 'Jeg er socialt udsat?' Ikke mange".*

Flere deltagere gav udtryk for, at de er glade for, at hjemmebesøget til 75-årige bevares, men at det er problematisk i forhold til de 76-79-årige, som er blevet lovet et besøg, men måske ikke får det.

Det nære sundhedsvæsen - kommunernes nye opgaver og nye muligheder

Tale ved H.C. Østerby, medlem af KL's Social- og Sundhedsudvalg, borgmester i Holstebro Kommune

H.C. Østerby viser som optakt til sin tale en kort video fra KL om det nære sundhedsvæsen, som har til formål at belyse, hvordan et godt og sammenhængende sundhedsvæsen bør se ud, således alle borgere, uanset bopæl, har adgang til behandling af høj kvalitet.

Se filmen ved at trykke her.

H.C. Østerby gør det klart, at han taler som medlem af KL's Social- og Sundhedsudvalg, men trækker på eksempler fra Holstebro kommune. KL er optaget af kommunernes roller i forhold til tilbud på sundhedsområdet, som er et af de områder, man ser størst udvikling siden kommunalreformens tiltrædelse i 2007. Ønskes der stadig en stigende udvikling, er det ifølge KL's Social- og Sundhedsudvalg særligt vigtigt, at der er et samspil mellem kommunerne og andre aktører på området. Sundhedsvæsenet skal indrettes, så ressourcer og kompetencer udnyttes på en hensigtsmæssig måde, hvis det nære sundhedsvæsen skal give mening for borgeren.

Udvikling i det nære sundhedsvæsen

Sundhedsvæsenet har været igennem en rivende udvikling inden for de seneste 10-15 år. Vi ser bl.a. at:

- Flere patienter får behandling
- Kvaliteten af behandlingen er steget
- Sygehusenes effektivitet er forsat stigende

Omkring 1 mio. danskere lever i dag med en kronisk sygdom, og to ud af tre +75-årige med en kronisk lidelse. Den gennemsnitlige levealder er stigende, og indlæggelsestiden faldende, så det danske sygehusvæsen står overfor store udfordringer, og der skal tænkes nyt. Blandt +65-årige er lig-



getiden på sygehusene faldet fra 6,8 dage i 2008 til 5,3 dage i 2013 og kortere indlæggelsestider medfører, at borgerne har større behov for kommunal pleje og rehabilitering. *"Det er udfordringer, vi ikke kan håndtere, ved at gøre det vi plejer"*, lyder det fra H.C. Østerby.

En af de nye løsninger er bl.a., at flere behandles i kommunen og dermed har færre sygehuskontakter. Holstebro Kommune ønsker at blive et modekseksempel på det nære sundhedsområde gennem etablering af et Center for Sundhed (CFS). Centret skabes som et samarbejde mellem flere parter, og ambitionen er, at 90 pct. af alle sundhedskontakter for borgerne skal klares lokalt. *"Vi vil ikke bare bygge et center for sundhed – vi vil være et center for sundhed"*, pointerer H.C. Østerby.

Tidlig indsats – sammen med andre

Tidlig opsporing, forebyggelse og sundhedsfremme er tre kerneord i kommunerne i forhold til det nære sundhedsvæsen. Kommunerne etablerer sundhedscentre, opsøgende indsatser med det formål at øge borgerens ansvar for egen sundhed. Forebyggende hjemmebesøg og rehabilitering er væsentlige indsatser for, at borgerne kan forblive "herre i eget liv". Der er områder, vi skal være opmærksomme på og søge at forbedre, herunder:

- At sikre sundhedstilbud nært på borgerne
- At samarbejde alle sundhedsaktører imellem
- At give borgerne plads og evne til at vare tage egen sundhed - med støtte fra kommunale medarbejdere

Men vi er godt på vej, og de forebyggende medarbejdere har en nøglefunktion.

Hvad kan vi bruge hinanden til? Om erfa-grupper

Oplæg ved Anne Marie Olsen, sygeplejerske, Silkeborg Kommunes forebyggende team

Udgangspunktet for oplægget er, at "vi har brug for hinanden" – ikke mindst i disse tider, hvor der sker så meget med vores opgaver og i kommunerne med det nære sundhedsvæsen. Anne Marie Olsen opfordrer til, at forebyggende medarbejdere fra nabokommuner danner erfa-grupper (netværksgrupper) for at sparre med andre forebyggere med samme opgaver, for at bevare overblikket, og for at dele kompetencer med hinanden.

Erfaringen fra et netværk med otte kommuner i Region Midt, som har haft netværks-gruppe siden 1997 er, at det er vigtigt at starte med at klargøre, hvad gruppens formål er. Det kan ske i et skriftligt kommissorium, der skaber klare retningslinjer for gruppens arbejde og tydeliggør målet med net-

værksgruppen. Erfaringen fra netværksgruppen er, at de blev mere synlige, at de kan inspirere deres ledere, at de deler praktisk viden og sidst, men ikke mindst, at de højnede den enkeltes faglighed og mulighed for at arbejde tværfagligt.

Anne Marie Olsen pointerer, at det er en god ide at have lederne med i selve netværksdannelsen og have dem som medspillere i forhold til dagsordenen og evt. som deltagere på mindst ét årligt møde.

Forslag til møder tre gange årligt en halv dag, hvor de deler viden om deres funktion, arbejdstid, it-systemer, antal borgere m.m. og evt. én årlig fagdag sammen med lederne. Der skal føres referat og medlemsliste.

Eksempler på dagsordenspunkter:

- Mulighed for samarbejde på tværs af kommunerne,
- rum og tid til refleksion,
- gensidig anerkendelse og udfordring af hinanden
- og ikke mindst drøftelser af hvad vores kerneydelse er.

Eksempler på temaer til den faglige dag er seksualitet og opsporingsstrategier (fast emne lige siden 2002).

Dette er et eksempel på en formel netværksgruppe på tværs af kommuner, men Anne Marie Ol-



sen understreger, at det også er vigtigt, at vi indenfor egen kommune husker vores mange forskellige samarbejdspartnere og holder møder med dem. Det gælder lige fra praktiserende læger, ældreråd, foreninger til kommunes medarbejdere.

Efter oplægget får deltagerne mulighed for at skrive deres erfa- eller netværksgruppe på et kort ophængt udenfor lokalet.

Se grupperne på SUFO's hjemmeside ved at klikke her.



Hvordan kan tidlig opsporing og træning gavne ældre, som har risiko for funktionsnedsættelser?

Oplæg ved Paolo Caserotti, lektor, ph.d., Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

Jenny Havn, Leder af Dialog og Forebyggelse, Ældre- og Handicapforvaltningen, Odense Kommune

Et forskningsprojekt ved Syddansk Universitet viser, hvordan kommende funktionstab og afhængighed kan opspores tidligt og forebygges med træning. EU projektet HANC – Healthy Ageing Network of Competence – varede i to år og blev til i tæt samarbejde mellem Institut for Idræt og Biomekanik på SDU og forebyggende hjemmebesøg i Odense Kommune. Oplægget sætter fokus på projektets baggrund og dets opsigtsvækkende resultater, samt dets relevans i kommunal praksis.

Antallet af +80-årige vil være fordoblet i 2030 i Region Syddanmark og Schleswig-Holstein. Det udfordrer velfærden. Det er baggrunden for HANC, som er et projekt bestående af mange forskellige initiativer, der promoverer sund aldring.

Samfundet er nødt til at finde nye koncepter, strategier og meget konkrete produkter og serviceydelser til ældre, som kan fremme self-management og autonomi. HANC støtter op og optimerer rammerne for, at mange gode initiativer på området kommer "ud over rampen", og at kompetencerne styrkes inden for området. Der er tale om en koordinerende indsats med fokus på dialog og en fælles strategi, både tværfagligt, tværsektorielt og på tværs af grænserne. Paolo Caserotti siger, at HANC også er et slags samarbejde eller en platform til at promovere best practices.

Idéen er at skifte fokus fra genoptræning til forebyggelse. Derfor skal ældre borgere opspores *før* en hospitalsindlæggelse. Paolo Caserotti ved, at det lyder indlysende, men i praksis er det svært at opspore systematisk med evidens.

En bedre alarmklokke

De forebyggende hjemmebesøg har indgået som en del af et forskningsprojekt under HANC. Projektet har kørt i to år i et samarbejde med SDUs Institut for Idræt og Biomekanik. I projektet er 545 borgere mellem 75 og 98 år blevet tilbudt fysiske test som tidlig opsporing af funktionstab, og er herefter blevet tilbudt træning, der kan forebygge og gavne deres fysiske funktionsniveau.

Jenny Havn fortæller, at projektet kom belejligt, da hun, som leder af de forebyggende hjemmebesøg, gerne ville have en bedre alarmklokke til at fortælle, når ældre borgers funktionsevne er svækket, og der er brug for en forebyggende indsats. I forvejen arbejdede de i Odense Kommune ud fra en ICF-baseret tilgang med Kirsten Avlunds træthedsscore og en systematisk samtaleguide i de forebyggende hjemmebesøg, men de var usikre på, om det var godt nok. De havde brug for værktøjer til bedre at operationalisere opsporingen sårbare ældre, da det ikke er muligt at spørge ind til alle aspekter på et forebyggende hjemmebesøg.

Om HANC

HANC er et interregionalt projekt mellem Region Syddanmark og Schleswig-Holstein i Nordtyskland, som samler og aktiverer eksisterende viden inden for Healthy Ageing.

Målet er at stimulere og skabe rammerne for aktiv aldring af borgerne i regionen gennem innovation af nye produkter og velfærdsteknologiske serviceydelser, som samtidig kan afsættes til andre regionale og internationale markeder. HANC fremmer således den dansk-tyske grænseregion som et samlet "Healthy Ageing Network of Competence" i Europa.

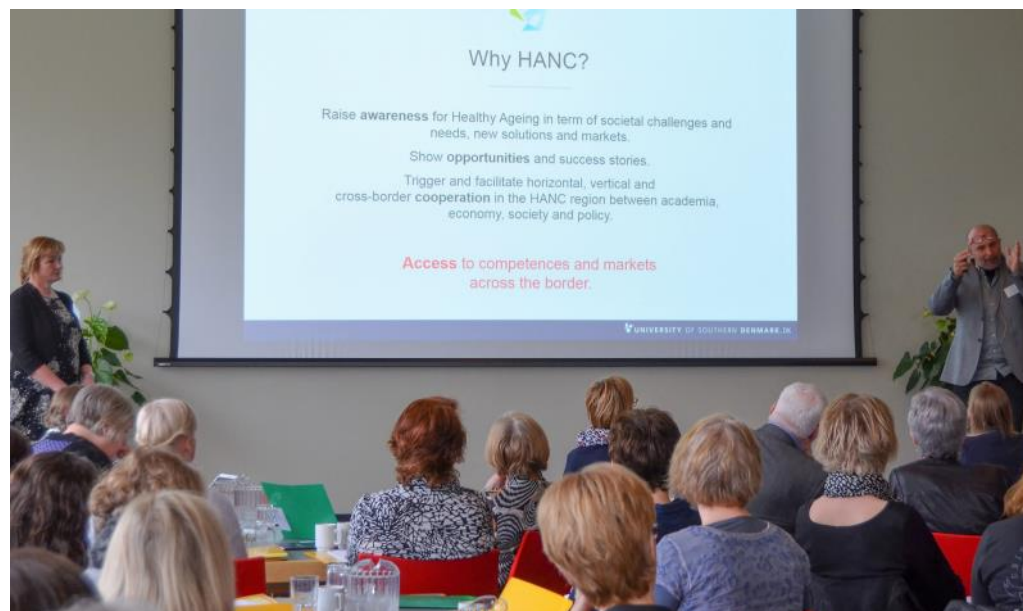
[Læs mere om HANC ved at klikke her.](#)

Screeningsmetode giver pote

I forskningsprojektet deltog 545 ældre borgere, som takkede ja til at deltage i forskningsprojektet i forbindelse med et forebyggende hjemmebesøg. Samtaleguiden til forebyggende hjemmebesøg blev tilrettet opspøringsformålet.

Paolo Caserotti fortæller, at det var vigtigt at finde screeningstests, som ikke blot var effektive og valide, men også billige – det er en væsentlig parameter, hvis fremgangsmåden skal være holdbar på sigt. Forskerne udviklede nogle tests til vurdering af forskellige funktionsområder (f.eks. kognition, livsstil, fysisk funktion, helbred, livskvalitet).

Paolo Caserotti forklarer, hvorfor en meget simpel gangtest i det forebyggende hjemmebesøg kan fungere som tidlig opsporing. Ganghastighed ved kort distance blev valgt som en af nøgleindikatorerne for risiko, da den afspejler en integreret fysisk ydeevne, der kræver kropsstøtte, tidskontrol og styrke. Selvvalgt ganghastighed kan anvendes som et værktøj til at vurdere risikoen hos ældre borgere ved at inddele dem som borgere med henholdsvis høj, moderat og langsom gang. Ud af de 544 ældre borgere blev 45 % og 15 % kategoriseret som værende i henholdsvis "høj risiko" og "meget høj risiko" for fremtidige negative hændelser alt efter deres selvvalgte ganghastighed. Med et særligt måleapparat fik de målt deres søvnkvalitet (om de sov uroligt), og de skulle også udføre diverse små fysiske tests, deriblandt den lille gangtest til at måle gangha-



stighed. Ved at kombinere gangtesten med søvnkvalitets-målingerne viste det sig, at der var en sammenhæng: De langsomtgående sov dårligere og var mere inaktive end de hurtigtgående. Det kan måske resultere i en højere risiko for fald. Samtidig viste andre tests, at de langsomtgående havde reduceret kognitive funktioner og en lavere livskvalitet end de hurtigtgående. Disse resultater tyder på, at ganghastighed er en enkel test, som kan give et fingerpeg både om fysisk aktivitet, kognitiv funktion og helbred hos ældre borgere.

Når borgere er opsporet som værende i risiko for funktionstab, skal de tilbydes en indsats – alt andet vil være uetisk. De ældre borgere, som gennem tests, blev vurderet som værende sårbare, blev tilbudt 12 ugers træning to gange om ugen. Her var det afgørende, at der var en kort distance fra den ældre borgers hjem og træningscenteret.

Resultater og fremtid

Jennie Havn understreger, at det selvfølgelig er vigtigt at interessere sig for det hele menneske ved forebyggende hjemmebesøg, men at screeningen kan give fingerpeg om den enkelte ældres funktionsniveau. Desuden kan de gode erfaringer overføres til andre målgrupper, f.eks. bruger de i Odense Kommune de samme screeningstests til +65-årige sårbare borgere. I Odense defineres sårbare +65-årige, som personer der lever alene, har et lille netværk, ikke har børn og ikke har haft tilknytning til arbejdsmarkedet i fem år. Udfordringen er at

komme i kontakt med den gruppe.

Forskningsprojektet viser, at ældre borgere i øget risiko for funktionsnedsættelser kan reagere på højintensitetstræning med tydelige funktionsforbedringer. Det betyder, at disse ældre har større mulighed for at opnå funktionel uafhængighed og deraf et uafhængigt liv. De bliver stærkere, men også gladere. Konkret viser resultaterne, at de ældre borgere, som trænede i tre måneder, kan opnå helbredsmæssig foryngelse svarende til syv år.

De positive resultater har givet projektdeltagerne stor lyst til at forsætte den aktive livsstil efter projektets afslutning. Desuden fortæller Paolo Caserotti og Jenny Havn samstemmende, at de har været meget begejstrede for deres samarbejde, og at de håber på at fortsætte det – måske i et nyt HANC-projekt.

Sundhedsfremme og forebyggelse i kommunerne - hvad er status?

Oplæg ved Tine Curtis, leder af Center for Forebyggelse i Praksis, KL

Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker har kommunerne iværksat en lang række initiativer til fremme af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Hvordan spiller de forebyggende hjemmebesøg sammen med de øvrige initiativer? Hvad bliver deres rolle i kommunerne i fremtiden? Tine Curtis kommer med et bud og giver samtidig et overblik over den samlede indsats på området. Hun vil også give et forslag til, hvor udviklingen går hen.

Ifølge Den Nationale Sundhedsprofil, vurderer flertallet af danskerne, at de har et rigtig godt helbred. Ikke overraskende, vurderer den ældre del af befolkningen, at have et dårligere helbred end yngre. Det viser sig ligeledes, at flere ældre har et dårligt mentalt helbred, men det er også et stigende problem for mange unge kvinder.

Udviklingen på ældreområdet viser, at der vil komme en større andel af ældre i befolkningen, og med den livsstil vi har i dag, vil der i fremtiden være flere ældre, som lever med kroniske sygdomme. Specialiserede sygehuse, kortere indlæggelsestider og mere ambulant behandling fører til flere syge i det nære sundhedsvæsen og flere med behov for omfattende pleje. Men samtidig lever ældre nu flere år uden funktionsbegrænsning - hvad betyder det, når levealderen stiger? Hvordan ser det ud, når det ikke blot er et fåtal af ressourcestærke mennesker, der bliver 102 år, men når vi alle sammen runder de 100 år? Vil vi så få det helbredsmæssigt ligesom alle dem, der i dag bliver 80 år gamle? Eller kan vi regne med, at befolkningen er mere friske i rigtig mange år, og dør uden at have brug for hjælp? Det ved vi ikke meget om, siger Tina Curtis, men det er en udvikling, der sker i hele verden og ikke kun i Danmark.

Ulighed i sundhed

"I dag lever den rigeste fjerdedel af danske mænd i gennemsnit knap 10 år længere end den fattigste fjerdedel; for 25 år siden var den forskel 5,5 år". Sådan lyder det i rapporten for de nationale mål for danskernes sundhed 2014. Tine Curtis påpeger, at det ikke er en sammenligning mellem 'manden på bænken' i forhold til dem, der har det super godt. Det er imellem halvdelen af befolkningen - en kæmpe gruppe i hver ende af spektret -, hvor middellivstidsforskellen er ti år. Det bør mane til eftertanke. Hvorfor er ulighed i sundhed stigende i Danmark? Mellem 60-70% af den sociale ulighed i dødelighed for både mænd og kvinder kan forklares med rygning og alkohol.

Ønske om ændring og det sunde liv

Ifølge den nationale sundhedsprofil er der et ønske om at ændre sundhedsvaner i forhold til rygning, at spise sundere, bevæge sig mere og tabe sig. Men anderledes ser det ud for gruppen, der har et alkoholforbrug, som falder inden for Sundhedsstyrelsens anbefalede højrisikogrænse, 14-21 genstande - her ønsker kun en lille andel at ændre vaner. Tine Curtis mener, at svaret skal findes i den danske alkoholkultur. Det er et af de forebyggelsesområder, hvor der mangler viden, f.eks. om hvor meget dødelighed og sygelighed, alkohol fører med sig.

Men når nu mange gerne vil det sunde liv, hvorfor sker det så ikke? Fordi det sunde valg ikke er det lette valg. Vi lever et liv, hvor det er sværere at leve sundt end usundt, og sådan er det generelt for alle sundhedsvaner.



Kommunens rolle i sundhedsfremme og forebyggelse

Kommunerne kan skabe rammerne, der gør det lettere at leve sundt. Kommunerne har en stor kontaktflade, fra de små børn i dagsinstitutionerne, til skolebørn, arbejdsløse og ældre – og hvis alle de kontakter er sundhedsfremmende, så har det en stor betydning. Der har i mange år manglet viden om, hvad der var de bedste forebyggende indsatser.

Af de indsatser, kommunerne kan gøre, hvad gør så en forskel? Som svar på det spørgsmål, har Sundhedsstyrelsen udgivet forebyggelsespakker i forhold til den borgerrettede forebyggelse. Forebyggelsespakkerne indeholder faglige anbefalinger, der bygger på den aktuelle bedste viden. Der er udkommet 11 pakker i 2012-2013 med i alt 262 anbefalinger. For kommunerne er det ikke en 'skal-opgave', at implementere anbefalingerne, men der er en forventning herom.

Tine Curtis påpeger, at det måske ikke er lige relevant at implementere alle anbefalingerne i hver kommune, med det samme, men pakkerne skal fungere som en rettesnor til, hvad der skal gøres. Den store udfordring er, at det er 262 anbefalinger fordelt på flere pakker. Indsatserne foregår rundt omkring i kommunerne, og for at få anbefalingerne implementeret, er man nødt til at 'gøre sig til' hos nogen, for at få anbefalingerne til at blive til noget på tværs af forvaltninger.

Der findes anbefalinger for forebyggerne på tværs af de fleste pakker, dvs. anbefalinger til indsatser hvor forebyggerne skal gøre noget særligt.

Øget samarbejde på tværs

Tine Curtis ser en udvikling, hvor der er mere fokus på samarbejde på tværs af forvaltningsområder og forskellige fagligheder.

Forebyggelsespakkerne har fokus på rammerne og tilbud til borgere med særlige behov samt tidlig opsporing. En vigtig pointe er, at der ikke kun tænkes i tilbud. Vi kan ikke have tilbud for alt, men der skal gøres noget, og her er rammerne et vigtigt redskab. Hun nævner samarbejdet mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet som et eksempel på samarbejde på tværs. Borgere med sundhedsudfordringer, der gør det svært for dem at komme i arbejde, skal ikke først vurderes fra den sundhedsmæssige vinkel og dernæst den beskæftigelsesmæssige vinkel. Ved at samarbejde og gøre indsatsen samtidig er borgeren bedre hjulpet.

Kommunernes incitament til øget samarbejde bliver hjulpet i gang af ny reform. Der nedsættes tværfaglige teams i kommunerne i forhold til ledige borgere, og der sker et samarbejde på tværs

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker

Forebyggelsespakkerne er et vidensbaseret værktøj til kommunerne med faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde. Forebyggelsespakkerne omhandler alkohol, fysisk aktivitet, hygiejne, indeklima i skoler, mad og måltider, mental sundhed, overvægt, seksuel sundhed, solbeskyttelse, stoffer, tobak samt et fælles introduktionshæfte.

[Find dem her.](#)

med at finde de gode løsninger. Samarbejde med lokale aktører er ligeledes i et område, der er i kraftig vækst. Det er en udviklingsopgave at arbejde på tværs af alle fagområder, personalegrupper og forvaltningsområder. Hvordan kan der bedst etableres et samarbejde med andre, der i øvrigt, geografisk, er i ens lokalområde?

Det tager tid

Status på arbejdet med anbefalingerne er, at implementering tager tid. Anbefalingerne skal 'oversættes' i hver kommune, hvad betydning har de for den enkelte kommune, og hvilke tiltag skal gøres før andre? Der er indsatser for alle forvaltninger, fagområder og medarbejdergrupper.

Forebyggelsespakkerne har haft stor betydning, og har fungeret som en slags game changer. De har haft stor betydning for, hvad det er, der foregår, og hvad der vil foregå fremover. Tine Curtis pointerer, at hvis der ikke skal være flere ældre, der lever med kroniske sygdomme, skal der "sættes prop i". Vi kan ikke have et samfund, hvor alle ældre lever med mindst én kronisk sygdom, for når levealderen stiger, hvem skal så passe på os?

Tine Curtis mener, at forebyggelse og tidlig indsats er højt på den kommunalpolitiske dagsorden i hele landet. Det afspejles i den ændrede lov om forebyggende hjemmebesøg, hvor der lægges op til et samarbejde på tværs, at se borgeren som et individ og til at inddrage borgerens ressourcer i større grad efter den rehabiliterende tankegang. Fagområder og forvaltninger på tværs i kommunen deler i dag dagsorden, så det burde være lettere end tidligere at samarbejde på tværs. Det er sådan, Tine Curtis ser fremtiden.

SEMINARER

Seminarerne satte fokus på sårbare ældre, ældre med alkoholmisbrug, Acceptance and Commitment Therapy, tidlig høre- og synssvækkelse, opsporing og kollektive arrangementer.



Forebyggelse og sundhedsfremme i et kritisk perspektiv - hvordan møder vi det skrøbelige og det sårbare?

Seminar ved Ulla Uldahl, Master i Sundhedsfremme, ergoterapeut, Aktivitetscenter Teglporten, Rudersdal Kommune

Seminalets mål er at få deltagerne til kritisk at reflektere over egen praksis og dermed kvalificere deres fremtidige virke. Ulla Uldahls udgangspunkt er, at forebyggere som frontlinjemedarbejdere kommer med en særlig magt – en magt som de måske ikke er bevidste om og som er vigtigt at blive klar over. Ulla Uldahl er selv tidligere forebyggende medarbejder, så hun taler af erfaring.

Ulla Uldahl lægger op til en drøftelse af, om der gælder særlige forhold, når vi har med skrøbelighed og sårbarhed at gøre - et spørgsmål, som er yderst relevant i lyset af det nye lovforslag. Her er tale om etiske dilemmaer og om forholdet mellem den enkeltes og samfundets ansvar: Hvem er de skrøbelige og sårbare, og har de behov for fællesskaber? Sociale fællesskaber synes i dag at være et kodeord i forhold til trivsel, men er sociale relationer altid svaret på ensomhed? Er vi selv med til at skabe den ulighed, der tales så meget om? Jo snævrere et sundhedsbegreb praktiseres, jo flere falder udenfor "det normale" og stigmatiseres.

Et paradoks er, at Danmark ofte omtales som det lykkeligste land i verden, men hvordan hænger det sammen med, at flere borgere får psykiatiske lidelser? Antallet af mulige diagnoser inden

for psykiatrien stiger, og flere taler om, at mental sundhed er den største sundhedsmæssige udfordring i fremtiden.

Ulla Uldahl opfordrer deltagerne til at kaste et nysgerrigt, undersøgende og åbent blik på egen praksis og især være opmærksom på "utilsigtede bivirkninger" ved en tilsyneladende positiv praksis eller intention i det forebyggende arbejde.

Definition af sundhed

Definitioner af sundhed skal altid ses som indlejret i en historisk og strukturel ramme – f.eks. med et skifte fra fokus på fysisk sundhed til fokus på mental sundhed. WHO har defineret mental sundhed som "en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, samt indgå i fællesskaber med andre mennesker" (fra 2000).

Forebyggende medarbejdere skal holde fast i, at udgangspunktet er borgernes trivsel, og at de forebyggende hjemmebesøg skal opspore mistriksel blandt ældre. Men sundhed er også borgernes eget ansvar.

Sandheden er en konstruktion

Ulla Uldahl tager udgangspunkt i den franske filosof og idehistoriker Michel Foucault, der har vist, hvordan magt former mennesker, og hvordan magt bærer kimen i sig til også at undertrykke mennesket. Foucault opererer med fire centrale begreber i henhold til magt: *Biomagt*, *governmentality*, *"conduct of conduct"* og *pastoral ledelse*.

Magten i sig selv er ikke undertrykkende eller dominerende, men består af stærke kræfter, som



påvirker os. Så når f.eks. staten definerer, hvad det gode liv er, skal vi forholde os kritisk - både som borgere og som medarbejdere. Forebyggende medarbejdere skal overveje, om deres rådgivning påvirker borgerne, ud fra det medarbejderne mener, er

godt for dem. Medarbejderne skal overveje, hvad der fortælles, er "sandheden" om sundhed. Det skal de fordi, sandheden er en konstruktion, som nogle bestemte mennesker har haft magt til at definere. I Danmark er der mange kampe om viden – f.eks. har økonomer i dag en vis magt i forhold til viden om sundhed. Ulla Uldahl refererer til begrebet *biomagt*, som er en magt, der søger at lede befolkningen med henblik på at fremme sundhed, livskvalitet og sikkerhed for at skabe nyttige og produktive samfundsmedlemmer. Kommunerne ønsker selvhjulpne mennesker, der ikke trækker på kommunale ydelser, så når vi sætter fokus på trivsel, producerer vi samtidig mennesker, der gavner samfundet.

Fysisk aktivitet ses i dag som nøglen til det gode liv, og alle ældre ved, at det er sådan. Det er således ikke længere nødvendigt, at staten styrer os imod fysisk aktivitet – vi har internaliseret, at sådan er det. Bevægelsen fra styring til selvstyring er meget vigtig, og kaldes *gouvernementality* og betegner de forbindende mekanismer mellem selvstyring og samfundsmæssige reguleringer, der benyttes i en nyttiggørelse af befolkningen.

Ulla Uldahl benytter flere spændende begreber fra Michel Foucault herunder:

- *"Conduct of conduct"*: magtudøvelse der handler om at styre mennesker til at opføre sig på en anden måde,

- *Pastoral ledelse*: kirkeligt begreb, hvor borgerne bekender deres synder til de forebyggende medarbejdere, som leder dem på den rette vej,
- *Patologisering*: Hvor et almindeligt menneskeligt problem bliver til en diagnostiserbar sygdom, der kræver behandling.

Se Ulla Uldahls slides om disse begreber ved at klikke her.

Seks etiske dilemmaer

Deltagerne i seminaret bliver afslutningsvis præsenteret for seks etiske dilemmaer alle forebyggende medarbejdere bør overveje:

- 1: Mental Sundhed som folkesundhedsprojekt og ikke kun forbeholdt bestemte målgrupper. Vær opmærksom på *path dependence* – det er et "fluffy" område, svært at gøre operationelt og målbart
- 2: Omsorg kontra omklamring. Skal kommunen blande sig i, hvordan borgerne håndterer deres liv? Hvornår er det "utidig indblanding"?
- 3: "Det gode liv" koblet sammen med "den gode produktive borger" (ældre = selvhjulpne). Er vi selv som samfund - med vores krav om selvhjulpnehed - med til at skabe sårbare og skrøbelige ældre?
- 4: Patologisering af hverdagsfølelser. Hvor tæt er *psykisk sårbar* og *psykisk skrøbelig* på at være diagnoser?
- 5: Ansvar. Hvor langt rækker borgerens eget ansvar for mental sundhed, og hvornår er det samfundets/kommunens? Hvornår er det familiens/netværkets ansvar? Ændrer vi på disse grænser?
- 6: At arbejde med en borgers livskvalitet og selvvaluerede helbred kræver stor åbenhed og rummelighed i forhold til alternative definitioner end de gængse/ens egne, f.eks. med hensyn til misbrug, hygiejne og social isolation. Hvordan håndterer vi det?



Ældre mennesker med alkoholmisbrug - et stigende problem

Seminar ved Randi Bilberg, Adjunkt, forskningsenheden for klinisk alkoholforskning, Syddansk Universitet

Stadig flere ældre drikker så meget alkohol i deres dagligdag, at det må betegnes som misbrug. Landets behandlingscentre har en stigende tilgang af mennesker (+60 år) med et overforbrug af alkohol. Et forbrug af alkohol risikerer at udvikle sig til et misbrug i takt med, at ældre borgere får mere tid, enten fordi de forlader arbejdsmarkedet eller bliver alene. Hvordan spotter vi et overforbrug af alkohol? Hvordan griber vi den svære samtale an? Og hvilke tilbud findes der på området? Randi Bilberg besvarer spørgsmålene og fortæller om et nyt studie om ældre og alkohol samt om dets foreløbige resultater.

I de seneste 100 år skiller to årtier sig ud i forhold til danskernes alkoholforbrug: I 1910-1920 er alkoholforbruget kraftigt faldende pga. indførelsen af afgift på brændevin. Alkoholforbruget stiger i årtiet 1970-1980. Samfundet oplever en øget velstand, og samtidig importerer danskerne den sydeuropæiske vinkultur, hvor et glas vin er en naturlig del af hverdagen. Men danskerne nøjes ikke med et enkelt glas. Vi bevarer en del af den skandinaviske kultur, når vi drikker alkohol; når flasken er åben, tømmes den.

Det skønnes, at 585.000 borgere i Danmark lever med et risikofyldt alkoholforbrug (dvs. et forbrug som er højere end Sundhedsstyrelsens anbefalede forbrug). 140.000 skønnes at leve med alkoholafhængighed, men kun 10% er i behandling. Det er ikke kun bumsen på bænken, der har et problem med alkohol, men i lige så høj grad direktøren og håndværkeren. Randi Bilberg påpeger, at en generel fejlopfattelse af, hvem der lever med alkoholafhængighed.

Ældrebefolkningen i Danmark stiger kraftigt, og tallene for den ældre befolknings alkoholindtagelse, der overstiger Sundhedsstyrelsens anbefalede højrisikogrænse (14-21 genstande), er ligeledes kraftigt stigende for de 65+-årige. Randi Bilberg forklarer udviklingen med, at dem, der er ældre i dag, har en god pension, og har også tjent godt før finanskrisen. En deltager kommenterer, at alkohol også er blevet lettere tilgængeligt i dag.

Adfærdssymptomer og skader

Et misbrug af alkohol kan ses ved fysiske skader i nervesystemet, mave-/tarmsystemet, hjertet og det hormonale system. Hvad mange ikke er klar over er, at der er en veldokumenteret sammenhæng mellem alkohol og kræfttilfælde, hvor svælg-, spiserørs- og leverkræft er klassiske tilfælde. Den psykiske påvirkning af et misbrug ses ved depression og angst. Randi Bilberg mener, at der er et sammenfald med adfærdssymptomer for alkoholforbrug og de aldersrelaterede symptomer for funktionsnedsættelse. Det giver derfor god mening, at forebyggerne tænker alkohol ind i deres opsporende arbejde.

Behandlingsmuligheder

Der er mulighed for at mindske risikoen for afhængighed. Ved et risikofyldt alkoholforbrug, kan der indsættes en korttidsintervention, og derved kan forbruget bremses i at udvikle sig til et skadeligt forbrug og siden hen afhængighed.



I Danmark findes der 61 offentlige behandlingssteder. Behandlingen er gratis, og borgeren skal blot møde op, hvorefter behandlingen sættes i gang med det samme. Behandlingsstederne er placeret i kommunerne, hvilket giver nogle udfordringer i forhold til kendskabet til behandlingstilbuddene, da borgerne istedet søger hjælp på et sygehus. Ofte ved borgerne heller ikke, at behandlingen er gratis. De private behandlingstilbud findes hos Blå Kors, f.eks. TUBA, som drives af eksterne bevillinger, og der udover findes Minnesota-behandling, som er egenbetaling. Til forskel fra de offentlige tilbud - hvor behandling

Elderly Studiet

Randi Bilberg arbejder som projektkoordinator på Elderly Studiet, Syddansk Universitet, Odense. Studiet har til formål at udvikle og teste et terapeutisk behandlingsprogram til borgere +60 år, der har et alkoholmisbrug.

[Læs mere om studiet ved at klikke her.](#)

foregår, mens patienten stadig er i sit eget miljø - er Minnesota-behandling en form for døgnbehandling, hvor patienten er på en institution. Randi Bilberg synes, behandlingsformen er problematisk, da borgeren 'løftes' ind i institutionen, og efter endt behandling flytter tilbage i eget miljø og derefter kan få svært ved at håndtere sit alkoholproblem. Den offentlige behandlingsform har positiv effekt på 70-80% af de behandlede borgere.

Opsporing

Randi Bilberg fortæller om erfaringer med opsporing af mennesker med et alkoholmisbrug ud fra Elderly-studiet, Odense. Et studie, der handler om, at blive bedre til at sikre, at alkoholafhængige patienter, der er indlagt på somatisk hospital, henvises til ambulant alkoholbehandling efter udskrivning. Alkoholscreening indgår ved brugen af screeningsinstrumentet AUDIT, der består af ti spørgsmål med en maxscore på 40 point. Scorer patienten over otte point, tilbydes motiveret samtale (brief intervention). På baggrund af erfaringer fra studiet, præsenterede Randi Bilberg en række værktøjer til, hvordan forebyggerne kan gribe Den Motiverende Samtale an.

Den Motiverende Samtale

Randi Bilberg ser en problematik i den rådgivende rolle, hvor man går ud fra, at borgerne mangler viden om deres problem og løsningen derpå, som man så tilføjer. Randi Bilberg mener, at det i stedet handler om, hvordan vi på baggrund af vores viden og erfaringer bedst muligt kan hjælpe eller guide borgerne frem til en forandring uden at *overtage* problemstillingen for dem. Det er altså en forskel i måden at tænke på.

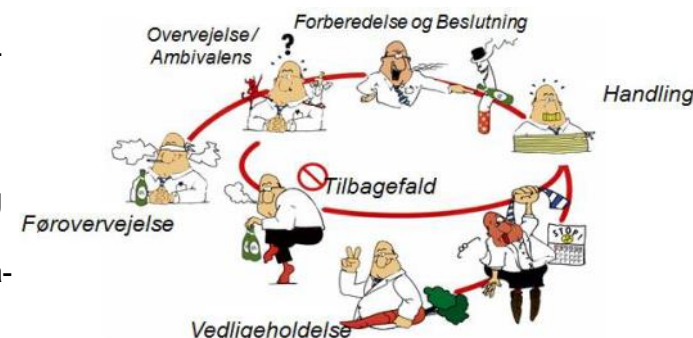
Det kan gøres ved brug af Den Motiverende Samtale, der særligt har fokus på forandringens sprog. Metoden er designet til at styrke en persons motivation for og bevægelse mod et specifikt mål ved at fremme og udforske borgerens egne argumenter for forandring. Det er altså borgerens egne ar-

gumenter, der skal sættes i spil, ikke behandlerens. Hvis Den Motiverende Samtale skal få borgeren til at ændre adfærd, skal der ske et samspil mellem rådgiverens adfærd og borgerens udsagn, og det er især vigtigt, at rådgiveren udviser oprigtig interesse (empati) for borgerens problem. Forebyggerne skal opstille en dagsorden for deres besøg og turde fortælle, at de vil snakke om KRAM-faktorerne og alkohol. Spørg hvad borgeren siger til det. Hvis borgeren svarer: "Jeg vil gerne have et kontrolleret alkoholforbrug" – så spørg; "hvordan tænker du, at du kan komme dertil? Hvordan kan jeg hjælpe?"

Den gode samtale kan skabes ved brug af 'forandringsudsagn'. Det er spørgsmål, som lægger op til borgerens overvejelser, fremfor at forebyggeren fortæller, hvad de vil. Ved hjælp af skala-spørgsmål kan forebyggerne opspore, hvorvidt borgeren ønsker at ændre sit forbrug. Hvis borgeren ikke er parat til at ændre sine vaner, kan forebyggerne spørge, hvad borgeren har brug for, for at blive parat til ændringer i alkoholforbruget. Forebyggerne kan gøre brug af 'Change Talk', ved at bruge åbne, direkte spørgsmål og undersøge overvejelserne. Spørgsmål som; hvad tænker du omkring det? Spørg, hvad I sammen kan gøre for at sikre, at borgeren ikke får det store forbrug igen. Forebyggerne skal udforske værdierne – hvad vil borgeren opnå med at stoppe sit alkoholforbrug?

Succes i behandlingen

Hvornår er der tale om en succesfuld behandling? Det illustrerer Randi Bilberg med 'forandrings-cirklen'. Succesfuld behandling sker i en cirkelproces, når patienten har opnået et kontrolleret forbrug med alkohol, men ikke nødvendigvis stopper forbruget helt. Ved tilbagefald, vil processen starte op igen, og på et tidspunkt vil effekten være et endelig stop eller et kontrolleret forbrug. Det handler om et valg for den enkelte; for nogen skal forbruget stoppe helt, for andre kan de holde det på et kontrolleret niveau.



ACT - Acceptance and Commitment Therapy

Seminar ved Susan Møller Rasmussen, cand. Psych., privatpraktiserende, forfatter til dansk introduktionsbog til ACT

Med målretningen af de forebyggende hjemmebesøg bliver sårbare ældres livsbetingelser en større del af opgaven, hvor vi kan forvente, at besøgene bliver 'tungere' og mere tidskrævende. En af de store nye retninger indenfor kognitiv adfærdsterapi er ACT, som står for Acceptance and Commitment Therapy. Formålet med ACT er, at det bliver muligt at udleve dybtfølte, personligt funderede værdier på trods af hindringer i form af psykisk eller fysisk smerte. Seminaret introducerer retningen og lægger op til diskussion, hvor deltagerne kan reflektere over, hvad ACT betyder for deres tilgang i de forebyggende hjemmebesøg.

Forebyggende medarbejdere skal ikke arbejde som psykologer men kan benytte forståelsesrammer fra psykologien i deres tilgang. Derfor dette seminar, der kan give en forståelse for handlemønstre hos sårbare mennesker. Med målretningen af de forebyggende hjemmebesøg kommer medarbejderne formodentlig til at møde flere sårbare og skrøbelige ældre og skal kunne møde disse på en værdig og konstruktiv måde. Her kan ACT være en tilgang.

ACT er kognitiv behandling

ACT er den tredje bølge inden for det, der kaldes kognitiv behandling. I tiden omkring Sigmund Freud skabtes adfærdsterapien med et ønske om at gøre psykoterapien evidensbaseret. I 1970'erne (den anden bølge) udvikledes kognitiv

adfærdsterapi, hvor synspunktet var, at tanken var vejen til helbredelse – den enkelte skulle væk fra indlærte negative tanker. I den tredje bølge, der rummer ACT og mindfulness, er troen på, at tanken er vejen til helbredelse opgivet. Nu fokuseres på handlinger – det den enkelte gør.

Udgangspunktet er, at vi som mennesker er skabt til at tænke negativt, vi får let bekymrings-tanker i nye situationer. Men vi har samtidig den force, at vi kan tænke abstrakt og dermed lære af vores erfaringer. Dog er det også vores evne til at problemløse, der giver os problemer – vi bekymrer os. I ACT taler man om psykologisk fleksibilitet. Målet er at medvirke til en proces, hvor mennesket skaber et rigt og meningsfuldt liv ved at øge accept af psykisk smerte, der er et livsvilkår. Livskvalitet forstået gennem ACT er: *"at udvikle tilstrækkelig psykologisk fleksibilitet og villighed til at opleve den angst, tristhed, fysiske smerte, etc. som kan være forbundet med at engagere sig i og tage skridt i retning af en personligt oplevet værdifuld tilværelse".*

Målet for ACT er at:

- Øge adfærd som er værdibaseret (ny adfærd)
- Ændre relationen til ubehag
- Øge evnen til fleksibilitet i opmærksomhed
- Accept og medfølelse som et aktivt valg i en vedvarende proces
- Øge adfærd som er værdibaseret (på længere sigt)

Nogle mennesker er psykologisk fastlåste og tror mere på deres tanker, end på den virkelighed der er og som andre ser. F.eks. bliver musen til et monster, eller en person ser kun en lille del af et hele. På spørgsmålet hvorfor bekymrer et menneske sig, er det hurtige svar, at det virker letten- de at bekymre sig. Oplevelsen "jeg gør noget" indfinder sig, om end dette 'noget' er en handle- strategi, som potentielt nedsætter vores livskvali- tet.

Stop op og reflekter over handlemønstre

Susan Møller Rasmussen fortæller, at det er ty- pisk, at et menneske med alderen får flere be- kymringstanker, og at det påvirker vores mulighe- der for at ændre adfærd. Som raske og sunde mennesker kan vi forestille os det konkrete (f.eks. at stoppe med at drikke, at begynde at træne, at spise sundt), mens sårbare og skrøbeli-



ge mennesker har tendens til at søge flugt og undgåelse. Dette for ikke at skulle ændre noget og dermed mærke psykisk ubehag. Funktionen af undgåelse bliver kontrol over ubehaget. I og med vores handlemønstre er automatiserede, kræver en ændring, at den enkelte stopper op og reflekterer over egne handlemønstre. Det er det, man kan gøre gennem ACT.

Vores handlestrategier baserer sig på regelstyret adfærd (leveregler), og vi er i hverdagen ikke særlig opmærksomme på det direkte oplevede. Men det er vigtigt at blive opmærksom på, hvad den regelstyrede adfærd fortæller os, at vi skal gøre, og at vi tager stilling til, om de er hjælpssomme i den konkrete situation. Mennesker, der overvejende er styret af deres handlemønstre, mangler psykologisk fleksibilitet.

Indenfor ACT-modellen forsøger man at udnytte sprogets fordele ved at ændre menneskets per-

Fælder medarbejdere i forebyggende hjemmebesøg kan falde i:

- Forsøge at argumentere for accept
- Undlade at undersøge funktion af undgåelse
- Forsøge at påvirke borgerens værdier, så de kommer mere i overensstemmelse med behandlerens egne værdier
- Overdrevet fokus på et område med undgåelse, som ikke blokerer for værdibaseret adfærd.

spektiv på psykisk ubehag. Konkret spørger man ind til det oplevede og beder mennesket beskrive det oplevede med sanseindtryk. Baggrunden er, at det er lettere at handle på det, som er, end på det vi forestiller os.

Det sundhedsfaglige perspektiv

Susan Møller Rasmussen tager fat i det sundhedsfaglige perspektiv og spørger seminardeltagerne, hvordan de helst vil møde borgerne: Med nærvær og anerkendelse, eller med problemløsninger (fixe, dulme, lindre vedkommendes problemer)? Hvis vi ønsker at skabe tryghed, skal vi anerkende det ubehag, borgeren oplever ved at skulle ændre adfærd, og vi skal anerkende det hensigtsmæssige i den undgåelsesadfærd, som vi ser, borgeren har. Men først skal vi have en hypotese om, hvilke leveregler borgeren har (f.eks. vil klare sig selv, derfor ønsker vedkommende ikke hjælp til rengøring/have/dagcenter m.m. - undgåelsesadfærden) og anerkende levere- reglen (at det er godt at spare på kræfterne, at det er godt at være selvstændig), men foreslå en lille ændring, som så måske er acceptabel for borgeren.

Susan Møller fortæller, at mange ældre mennesker har svært ved at være i nuet, da det er i nuet, at smerten og ubehaget ligger. Men at det kan trænes at være i nuet, og trænes at tage i mod ubehaget. Mange af os bruger ordet accept: *"Kan du acceptere, at ..."* (du har mistet din mand, du er blevet alene, du ikke kan komme ud m.m.). Seminardeltagerne blev bedt om at tænke

på, hvordan vi bruger ordet accept, og om vi i stedet kan spørge: Kan du have det sådan lidt? Kan du være med det?

Susan Møller Rasmussen præsenterer et villighedsbarometer, som illustrerer, at når et menneske har truffet et aktivt valg i forhold til det ubehagelige, så er ubehaget ikke så ubehageligt mere. Eksemplet er at blive overfaldet af regn på en gåtur. Du kan gå i læ (undgå det ubehagelige). Du kan derfra beslutte dig for at gå i regnen (en aktiv beslutning), og pludselig er regnen ikke så slem mere.

Drivkraften er, at der er noget, der er vigtigt nok til, at vi handler - en værdi der giver mening for os. For mange er livsværdier det fyrtårn, der guider os gennem det mørke, vi står i som skrøbelige, svækkede og sårbare ældre i en vanskelig livssituation. Det, forebyggerne kan gøre, er at være opmærksomme på den ældres livsværdier og sætte dem i spil. Et eksempel er, når vi møder udsagnet: *"Jeg kan ikke holde det ud"*, kan vi spørge ind til oplevelsen og få den ældre til at beskrive oplevelsen i småbidder/fysiske fornemmelser, følelser og sanser. Og blive ved med at spørge ind.

Hvis forebyggerne skal hjælpe et menneske til at ændre adfærd, er det vigtigt at huske på, at den kortsigtede belønning gør indtryk på os, mens den langsigtede belønning ofte ingen virkning har.

Hvordan identificerer vi tidlig høre- og synssvækkelse?

Seminar ved Karin Moreau Andersen, og Rikke Norup Christiansen, begge døvblindekonsulenter ved CFD

Omkring 5 pct. af alle ældre borgere over 80 år har en kombineret høre- og synsnedsættelse, men de færreste af dem er henvist til relevant støtte. Måske fordi høre- og synssvækkelse betragtes som en del af alderdommen, eller måske fordi det forveksles med andre funktionssvækkelser. Undersøgelser viser, at negative konsekvenser for den enkelte kan undgås, hvis sansetabet kompenseres. Hvordan kan tidligt sansetab identificeres på et forebyggende hjemmebesøg? Hvilke muligheder findes der for hjælp og vejledning?

Seminaret starter med en øvelse, hvor deltagerne får fornemmelsen af, hvad det vil sige at have en kombineret høre- og synsnedsættelse. De tager briller på, så de på egen krop kan mærke forskellige former for øjensygdomme og hørepropper. Deltagerne ledes ind i et 'ukendt' rum, hvor der på pladserne er lagt forskellige genstande, som de skal identificere.



Efter øvelsen, spørger Karin M. Andersen: *"Hvordan var det, hvad synes i?"* – en deltager svarer: *"Det var så godt at prøve altså".* En anden deltager tilføjer: *"Kunne man så i det mindste bare høre".* Efterfølgende spørger Rikke N. Christiansen: *"Ser her anderledes ud, end i havde forstillet jer?"* En deltager svarer: *"Ja, mere gult, lysere – jeg havde fornemmelsen af, at tingene var længere væk fra hinanden. Rumvirkningen var anderledes."*

Hvad er døvblindhed?

Døvblindhed er en kombination af høre- og synsnedsættelse. Det handler ikke om, at man nødvendigvis er helt døv eller helt blind. Som døvblind medfører det kombinerede sansestab problemer i dagligdagen, bl.a. i forbindelse med kommunikation, informationer og det at kunne færdes selvstændigt, hvilket medfører en høj risiko for social isolation. I Danmark rammes gruppen af +80-årige i større grad af døvblindhed. En række internationale studier, pæger, at 5 pct. af ældre over 80 år har en kombineret høre- og synssvækkelse. De mest hyppige årsager til døvblindhed er en kombination af aldersrelateret høre- og synsnedsættelse, også kendt som Aldersrelateret Macula Degeneration (synet), og Presbyacusi (hørelsen).

Ifølge Karin M. Andersen, kan én af årsagerne til hørenedsættelse blandt generationen af +80-årige i dag, skyldes høj støj som følge af arbejdsliv. Hun fortæller om en ældre mand, der gennem sit unge arbejdsliv som skibsbygger var udsat for frygtelig høj støj i halvandet år. Det har forårsaget, at han i dag har en svær hørenedsættelse.

Hvordan kan tidligt sansetab identificeres på et forebyggende hjemmebesøg?

Hørenedsættelse:

Som forebyggende medarbejder kan det være svært, at identificere tidligt sansetab. Det skyldes bl.a., at forebyggeren på besøg hos borgeren kan have svært ved at få det reelle billede af, hvad borgeren kan. Borgen er i eget hjem og i vante omgivelser – og har derfor en nøjagtig ide om, hvor deres ting er placeret.

De mest typiske tegn på hørenedsættelse:

- Ved samtale med flere personer, vil borgeren trække sig. Det skyldes, at borgeren ikke har mulighed for, at følge med i eller opfange hvad der bliver talt om.
- Har svært ved at høre dørklokke og telefon.
- Har svært ved at høre ved møder, i plejehjems spisesal/aktivitetsrum, på dagscenter m.m.
- Har svært ved at høre, når samtalepartne-

ren siger noget med ryggen til og/eller fra et andet lokale.

- Har svært ved at kommunikere i støjfyldte omgivelser.
- Har svært ved at høre TV og radio. Forebyggere kan opleve borgere sige, at de ikke skruer særligt højt op for deres TV. Når fjernsynet så bliver tændt, får man en fornemmelse af, hvor høj lyden er. Borgere har vænnet sig til niveauet, og opfatter muligvis ikke selv, at det er et tegn på hørenedsættelse, fortæller Rikke N. Christiansen.

Synsnedsættelse:

De mest hyppige tegn på synsnedsættelse kan være:

- Har svært ved at læse: post, avis, undertekster som bevæger sig for hurtigt på skærmen når de ser TV.
- Har svært ved at genkende folk på gaden.
- Har svært ved at se mad på tallerkenen, pletter på tøjet.
- Har svært ved at finde ting, som ikke ligger på faste pladser.
- Nedsat balance og usikker gang.
- Utryk ved færden udendørs og i trafikken.

Rikke Norup Christiansen pointerer, at borgere, der er ramt af begge sansenedsættelser, kan have svært ved at kompensere den ene sans med den anden. Forebyggeren skal være opmærksom på, at borgeren kan fremstå dement – de kan eksempelvis tilbyde yoghurt i kaffen eller notere forkert i kalenderen. Det kan skyldes sammenfald i symptomer.

Konsekvensen af det dobbelte sansetab er bl.a., at den ældre skal bruge enorme mængder af energi på at klare de nødvendige dagligdags opgaver. Det kræver ligeledes, at borgeren konstant udarbejder nye strategier i takt med, at der forekommer nye ændringer i dennes omgivelser i takt med, at syn og hørelse forringes. Mulighederne for at færdes aktiv og selvstændig, følge med i hvad der foregår ude i samfundet og ikke mindst i dennes nærmiljø kan være begrænset.

Hvilke muligheder findes der for hjælp og vejledning?

Som følge af en kombineret høre- og synsnedsættelse bliver alting både mere uoverskueligt og sværere for den ældre borger i dagligdagen. Det kan være alt fra at handle ind, til at læse avis, følge med i samtaler og genkende/se folk på gaden som hilser. Det kan være svært at kompensere for det dobbelte sansetab – det opleves ofte, at mange ældre har en forventning om, at de i form af høreapparater får normal hørelse igen og igen kan begå sig i selskaber, hvilket desværre ikke er tilfældet. Det er derfor vigtigt, at man som forebyggende medarbejder gør disse borgere opmærksomme på, at man med høreapparater formår at høre igen, men ikke kan forvente genvinding af normal høresans.

I takt med, at der findes uendelige mange tilbud på høreapparater, er det derfor forebyggerens opgave, at liste forskellene mellem private og offentlige leverandører op:

- Oftest tilbyder det private høreapparater til borgere med let hørenedsættelse, og som ikke er beregnet til den gruppe ældre, som

har svære hørenedsættelser.

- Det offentlige har lange ventetider.
- Hos det private – egenbetaling. Du ejer derfor selv høreapparaterne.
- Hos det offentlige kan høreapparaterne lånes og erstattes, hvis de bortfalder

På baggrund af dette, kan borgeren selv træffe det endelig valg. Derudover er det vigtigt, at informere omkring vedligeholdelse af høreapparater: Der skal udskiftes batterier flere gange om ugen, de skal renses, der skal udskiftes slanger og justeres ved høreopdagogerne – ellers er de ubrugelige.

En anden mulighed, hvorpå borgere med dobbelt sansetab, kan søge hjælp og vejledning, kan være gennem en kontaktperson, jf. servicelovens § 98 – som tilbyder en særlig form for hjælp. Fokus er at nedbryde borgere med døvblindheds isolation og sørge for, at de kan leve så normalt som muligt.

Som følge af døvblindhed, kan man have gavn af, at få kontakt til en døvblindkonsulent (CFD), som har mulighed for at rådgive borgere, pårørende og fagfolk. CFD indgår kontrakter med de fleste af landets kommuner om dækning af udgifter til ældrevejledning, [læs nærmere ved at klikke her](#). Rikke N. Christiansen og Karin M. Andersen ser en god mulighed for samarbejde med forebyggende hjemmebesøg om at opspore flere borgere med døvblindhed.

Samarbejde på tværs - hvis vi skal i mål med den opsporende indsats

Seminar ved Lise Skov Pedersen, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen

Ulla Bruselius, Sundhedsvejleder, Vejle Kommune

Britta Koppelgaard, forebyggende medarbejder, Viborg Kommune

Birgitte Helm Eskildsen, teamleder, Viborg Kommune

Lovændringen stiller nye krav til opsporing af borgere med behov for forebyggende hjemmebesøg. Det betyder ekstra fokus på, hvordan samarbejde med forskellige aktører internt og eksternt kan styrke opsporingen. Med udgangspunkt i håndbogen om forebyggelse på ældreområdet sætter seminaret fokus på, hvordan samarbejde kan styrke det opsporende arbejde, og bidrage til, at sårbare borgere får tilbudt forebyggende hjemmebesøg. Der præsenteres konkrete kommunale eksempler på samarbejdsrelationer og organisering.

Lise Skov Pedersen ridser baggrunden for seminaret op: Den nye lovgivning stiller nye krav til de forebyggende hjemmebesøg i forhold til opsporing af sårbare mennesker, men hvordan skal medarbejdere opspore borgere, som de slet ikke har kontakt til? Samtidig pointerer hun, at seminaret ikke kan give færdige løsninger, men i stedet komme med nogle gode eksempler og bud på, hvordan det kan gribes an, alt afhængig af den enkelte kommunes prioriteringer og praksis – Lise Skov Pedersen uddyber: "Det er jer, der sidder her, som hver især er eksperter på, hvordan det lige præcis er i jeres kommune og i jeres lokalområde".



Opsporing af ny-udskrevne

Ulla Bruselius, sundhedsvejleder i Vejle, fortæller om et tiltag i Vejle Kommune, som nu kører på fjerde år. Tiltaget fokuserer på at få kontakt til ældre borgere som har været indlagt på hospitalet, og som ikke har modtaget hjælp i hjemmet efterfølgende. De borgere kan have nogle udækkede behov – måske blot behov om at få snakket om indlæggelsen, og de ændringer i hverdagen der evt. måtte opstå efterfølgende. Ved opstarten blev der nedsat en arbejdsgruppe, som beskrev indsatsen og fik udarbejdet materiale. Ønsket med tiltaget var, at styrke borgerens mestringsevne og forebygge risiko for genindlæggelse. At komme hjem efter en indlæggelse kan være sværere, end man regner med. Det kan være at borgeren er vant til at se sig selv som en af 'de stærke', som er vant til at hjælpe andre, og derfor skal have en hånd i ryggen til at mestre et rolleskifte og til en anden måde at føre hverdagen på. Ulla Bruselius mener, at der kan være flere, som har det svært i denne situation end tidligere grundet de kortere indlæggelsestider.

Ulla Bruselius forklarer, hvorfor opgaven ikke var så ligetil, som først antaget: "Da vi startede, troede vi, at vi kunne blive adviseret, når der var en udskrivning. Men det er ikke muligt, da vi ikke laver pleje. De oplysninger må simpelthen ikke blive videregivet – her skal der tages hensyn til patientens retsstilling".

Svært at etablere kontakt

Fremgangsmåden blev i stedet at udarbejde en pjece med information om tilbuddet og kontaktoplysninger. Arbejdsgruppen kontaktede og distribuerede

de pjecen til forskellige sygehusafdelinger, hvor tilbuddet blev godt modtaget - flere sygeplejersker gav udtryk for, at det var lige dét, de manglede. Andre relevante parter i deres netværk har også fået pjecen til videreuddeling, f.eks. praktiserende lægers sekretærer. En seminardeltager spørger til, hvilke afdelinger arbejdsgruppen tog kontakt til? Ulla Bruselius svarer, at det var de medicinske, ortopædiske, urologiske afdelinger samt hjerteafdelingen. Desuden indrykkede arbejdsgruppen en annonce i kommunens velfærdsmagasin.

Det er vigtigt at tænke kreativt for at gøre opmærksom på denne type hjemmebesøg, der findes mange små veje, men det tager tid. Ulla Bruselius understreger, at arbejdet med at gøre opmærksom på tilbuddet aldrig slutter, gryden skal holdes i kog, og det er arbejdsgruppens ansvar. De, som tager kontakt til de forebyggende hjemmebesøg i forbindelse med en udskrivning, er dog hovedsagligt borgere, som kender de forebyggende hjemmebesøg i forvejen. Når en borger tager kontakt til de forebyggende hjemmebesøg i forbindelse med udskrivning, skal der træffes aftale, og besøget skal afvikles inden fem hverdage. Arbejdsgruppen har udviklet en tilpasset samtaleguide, som særligt belyser emner, som er relevante for ny-udskrevne. Om der skal være opfølgingsbesøg bliver individuelt vurderet i den enkelte situation.

Ulla Bruselius fortæller, at tilbuddet har været en succes: Antalsmæssigt har der været 50 – 60 stykker som årligt har henvendt sig. Ofte er der tale om borgere, som er kommet hjem efter udskrivning, hvor de troede, at de kunne overkomme det, men hvor kompleksiteten er steget dem over hovedet. Et konkret mål for tilbuddets succes er, at kun tre ud af de ca. 150 borgere, som har modtaget besøgene gennem de sidste tre år, er blevet genindlagt inden for en måned. En forsker har været tilknyttet og har lavet en evalueringsrapport over de første to år. Her er syv borgere blevet interviewet, og konklusionen er, at de forebyggende hjemmebesøg har ført til en hurtig og effektiv hjælp, som bidrager til lindring af lidelse, mere handlekraft og anviser lettere vej gennem systemet.

Opsporing af ensomme, ældre borgere

Forebyggende medarbejder Britta Koppelgaard og teamleder Birgitte Helms



Eskildsen fra Viborg Kommune fortæller om det arbejde, de har lavet i forbindelse med ældre borgere, som er ensomme.

Ved at etablere og vedligeholde netværk forsøger de at opspore borgerne. Det har været vigtigt for dem, at der blev tale om partnerskaber – dvs. hvor der ikke nødvendigvis er en forventning til netværket om at finde ensomme ældre til de forebyggende hjemmebesøg, men i stedet at få idéer til, *hvor* de forebyggende medarbejdere selv kan finde dem. De forskellige interessenter i netværkerne er civilsamfundet f.eks. frivillige foreninger, samarbejdspartnere i Viborg Kommune og privatpraktiserende læger og hospital – sidstnævnte har de ikke brugt så meget krudt på, da det er en gruppe, som er svær at få i tale.

Samarbejde med civilsamfundet

Konkret har de forebyggende hjemmebesøg tilbudt foreninger, der ønsker det, at komme ud og fortælle. Desuden har de inviteret forskellige interessenter til tema-eftermiddag om emnet, hvor der var et faglig oplæg om en-

somhed og erfaringsudveksling interessenterne imellem. Efterfølgende blev der samlet op på erfaringsudvekslingen, og der blev sendt et notat til alle de medvirkende. Desuden følges op på de forskellige gode idéer, som kommer frem på møderne – kan de fungere i praksis? De har også etableret en bekymringspostkasse, så det er let at komme i kontakt. Så på samme måde som i Vejle Kommune, er det et spørgsmål om at lave flere forskellige tiltag, for at det batter. Det er en proces, som tager tid og det kræver samtidig afgivelse af kontrol, men det at få skabt mange gode relationer er guld værd. Efterfølgende er de forebyggende hjemmebesøg blevet kontaktet af flere, som vil etablere yderligere samarbejde eller søger mere viden.

Andre kommunale medarbejdere som samarbejdspartnere?

I kommunens sundhedscenter er der også blevet dannet netværk: Medarbejdernes kendskab til hinandens arbejdsopgaver stak tidligere ikke særligt dybt, og de forebyggende hjemmebesøg forekom lidt fluffy for mange af sundhedscentrets øvrige medarbejdere. Derfor er der nu indført frokost-vidensdeling i én time hver anden måned. Her udveksler medarbejderne viden om, hvad de andre funktioner kan, og hvad man kan bruge hinanden til – f.eks. med hjælp til opsporing. Én gang årligt er der desuden en markedsdag for kommunens medarbejdere om de kommunale tilbud. Det er et fint arrangement, som både kan give mere viden men også danne basis for relationer og netværk. Et konkret resultat er, at akutfunktionen gerne vil have et tættere samarbejde med de forebyggende hjemmebesøg. Som Birgitte Helms Eskildsen siger: *"Vi begynder at få øje på hinanden – og det er guld værd!"*

Orienteringer

Anette Thorsmark fra Sundhedsstyrelsen orienterer herefter kort om styrelsens arbejde med at udarbejde en guide til opsporing af sårbare, ældre borgere. Det overordnede formål er at opspore sårbare ældre borgere mellem 65 og 79 år. Anette Thorsmark opfordrer de forebyggende medarbejdere til at rette henvendelse til Sundhedsstyrelsen, hvis de har gode erfaringer med opsporing af sårbare ældre borgere. Det er kommunernes mulighed for at være med til at præge den kommende guide. Guiden forventes at være færdig til august. Anette Thorsmark kan kontaktes på athk@sst.dk.

Til slut fortæller Tina Hosbond, Sundhedsstyrelsen, om den videreuddannelse af forebyggende medarbejdere, som styrelsen er ved at sætte i søen i samarbejde med Danske Professionshøjskoler og en nedsat ekspertgruppe, hvori bl.a. SUFO er deltager. Videreuddannelsen vil have fokus på ændringerne i lovgivningen om de forebyggende hjemmebesøg. Et typisk forløb vil strække sig over 10-12 uger, og modulet vil vægte 10 ECTS. Der vil være ca. 130 uddannelsespladser til rådighed. De første forløb starter i september måned – en invitation vil blive sent ud i maj måned. De 130 forløb er gratis, kommunerne skal lægge medarbejdertimer til. Deltagerne skal bidrage til en evaluering af videreuddannelsesforløbet, før under og efter videreuddannelsens gennemførelse – det gælder såvel medarbejdere og ledere. Tanken er, at uddannelsen på sigt bliver fast forankret i det formelle videreuddannelsessystem.

Årets SUFO 2016

Gunhild Olesen, ældrerådgiver i Jammerbugt kommune blev kåret som "Årets SUFO 2016".

Prisoverrækkelsen fandt sted på Hotel Nyborg Strand d. 6 marts, hvor Gunhild blev hyldet af flere end 300 deltagere.

[Læs mere om kåringen her.](#)



Kollektive arrangementer - hvordan griber vi dem an?

Seminar ved Mia Saskia Olesen (seminarets facilitator), konsulent, Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune

Inger Ladekjær, forebyggelsesmedarbejder, Holstebro Kommune

Ida Merete Hovgaard, forebyggelseskonsulent, Aarhus Kommune

Som noget nyt kan kommunerne vælge at tilbyde kollektive arrangementer som alternativ til de forebyggende hjemmebesøg. Håbet er, at få nogle af de borgere i tale, som i dag siger nej til et hjemmebesøg. Hvorledes kan vi bedst udvikle, arrangere og afholde et arrangement med sigte på sundhedsfremme og forebyggelse? Hvordan kan arrangementet 'sælges'? Hvad kan indgå i en evaluering heraf, og hvordan bruger vi viden fra evaluering som basis for kommende arrangementer? Seminaret vil bestå af praksiseksempler på kollektive arrangementer samt et lille oplæg om greb og overvejelser i forhold til evaluering. Seminaret giver ingen færdige løsninger, men idéer og input til overvejelser som er gode at gøre sig. Der vil være tid til drøftelser og erfaringsudveksling mellem seminardeltagerne.



Mia Saskia Olesen, som faciliterer seminaret, byder velkommen og forklarer, at seminaret vil indeholde forskellige eksempler på kollektive arrangementer – hvordan de kan arrangeres, 'sælges' og afholdes. Dertil vil der blive lagt op til diskussion af, hvordan de bedst kan evalueres, og hvordan viden fra evalueringen kan bruges.

En vifte af arrangementer

Ida Merete Hougard, forebyggelseskonsulent fra Aarhus kommune, har

bred erfaring med at arrangere forskellige typer af kollektive arrangementer. Hun arbejder som forebyggelseskonsulent i Aarhus, område vest, hvor der er otte lokalcentre. Ved alle arrangementerne byder hun selv velkommen og orienterer om, at det er en del af det forebyggende arbejde – så får deltagerne ansigt på. Hun startede i sin tid med at arrangere nogle temaforløb for borgerne om f.eks. aldersforandringer i samarbejde med en sygeplejerske, kost i samarbejde med en diætist, motion i samarbejde med fysioterapeut, Nem ID i samarbejde med et lokalcenter. Der kom mellem 20 til 60 personer til hvert arrangement. Efterhånden har emnerne ændret sig ud fra, hvad borgerne har efterspurgt, f.eks. har Ida Hovgaard afholdt temaeftermiddage med en advokat og en anden med en bankmedarbejder – der er rigtig mange ældre borgere, som har en masse spørgsmål til dem. Andre typer af arrangementer er:

- 90' er-træf for de borgere, der er fyldt 90 år og derover, som var et hyggearrangement med hjemmebag – her var der desuden tilbud om gratis transport til og fra arrangementet, hvilket er en afgørende faktor for mange ældre i forhold til at takke ja. Her mødte mange borgere op som Ida Hovgaard ikke kendte i forvejen, og der blev skabt gode kontakter.
- Suppeaften på lokalcentrene med en lille brugerbetaling men åben for alle.
- Foredrag ved forfatter og filosof John Engelbrecht.
- En eftermiddag med fokus på mænds helbred med mulighed for at få målt blodtryk mv. – et arrangement kun for mænd.

Desuden har borgerne mulighed for en snak med Ida Hougard på et af

lokalcentrene i det område, hun er forebyggelseskonsulent i – dén snak kan muligvis føre til, at der bliver truffet aftale om et forebyggende hjemmebesøg. På spørgsmålet om, hvor mange der møder op, svarer hun, at mellem syv og 20 møder op sådan en eftermiddag.

Praktiske overvejelser

For Ida Hovgaard er det vigtigt at understrege, at kollektive arrangementer er en måde at komme i kontakt med borgere, som man ellers ikke ville komme i kontakt med, men at det ikke udgør en erstatning for borgere, som har brug for en fortrolig, dyb samtale. Det er to vidt forskellige ting.

Ida Hovgaard ridser nogle forskellige praktiske overvejelser op, som er gode at gøre sig på forhånd, f.eks. hvordan med økonomi – kan kommunen dække noget? Er der en fond at søge? Er der evt. mulighed for at låne nogle lokaler gratis? Og hvordan ligger de placeret i forhold til de borgere, man ønsker kontakt med? Hvor og hvordan skal der annonceres? Skal der være tilmelding eller ej? Ida Hovgaard har valgt, at der ikke skal være tilmelding til de fleste af arrangementerne – på den måde er der flere, der får gavn af det. Det giver nogle ulemper i forhold til forplejning og i forhold til, at det ikke kan registreres, hvem der har deltaget. En deltager spørger, hvordan Ida Hovgaard får tid til at lave disse arrangementer ved siden af de forebyggende hjemmebesøg. Hun siger, at blev praksis lagt om for nogle år siden i Aarhus Kommune, hvor de breve der blev sendt ud med tilbud om forebyggende hjemmebesøg gik fra at være med dato til uden dato. Det frigjorde nogle ressourcer til at lave opsøgende arbejde.

Selvstændigt Seniorliv

Inger Ladekjær, forebyggelsesmedarbejder i Holstebro Kommune, fortæller om hendes erfaringer med kollektive arrangementer. I 2008 arrangerede hun for første gang kurset "Selvstændigt Seniorliv", hvor borgerne blev inviteret via opslag og annoncering i aviser til café-debat. Kurserne afholdes stadig i Holstebro by årligt og i Vinderup og Ulfborg hvert 4. år, og forløber over fire kursus-eftermiddage. Alle i kommunen, som er fyldt 75 år, får en personlig invitation. Ca. 25% tager imod tilbuddet. Der er fleksibilitet i tilbuddet, så borgerne må gerne tage en med – det er gratis med brugerbetaling på kaffe og brød. Emnerne er efter borgernes ønsker, f.eks. naturlig aldring ved en praktiserende læge, motion – vejen til en stærk alderdom ved en ergo- eller fysioterapeut, god mad i hverdagen ved en diætist samt nyttige

informationer om henvendelses- og aktivitetsmuligheder i kommunen. Inger Ladekjær fortæller, at ønskerne har ændret sig over tid – nu er der f.eks. forslag om robotteknologi/velfærdsteknologi, digital post men også mere eksistentielle emner efterspørges som ensomhed, sorg og livsmod. Kurserne bliver både efterspurgt og rost. Der bliver altid lavet evalueringer af arrangementerne – evalueringer som giver et godt fingerpeg om, hvordan de kan forbedres.

En udfordring at få fat i alle

Inger Ladekjær er enig med Ida Hovgaard i, at de kollektive arrangementer ikke kan erstatte et personligt besøg, men de kan fungere som en måde at få kontakt og være med til at gøre de forebyggende hjemmebesøg mere synlige for borgerne. Inger Ladekjær påpeger, at der er en udfordring i, at det især er de ressourcestærke ældre borgere, som møder op til arrangementerne: *"Hvordan får vi fat i resten?"* Hun mener, at der er mange veje, f.eks. gennem samarbejde med visitator og demenskoordinator, men også mere utraditionelle måder, hvor man skal være tilgængelig på varmestuer og etablere kontakt til bydelsmødre, for på den måde at opspore.



En seminardeltager spørger, hvordan man på et fællesmøde kan afklare, om en borger er i risikogruppe eller ej. Inger Ladekjær svarer, at det heller ikke er sikkert, man kan til et sådant arrangement. Det er altid op til borgeren, om denne vil møde op, men hvis det vurderes, at der er en, som virker lidt skrøbelig, kan man evt. prøve at sende et ekstra brev eller på en anden måde motivere, så der kan etableres en kontakt.

En anden deltager fortæller om egen kommune, hvor der afholdes syv sundhedscaféer årligt – for nylig bestod dagen af en test-dag, hvor 84 borgere mødte op og havde mulighed for at prøve mange forskellige sundhedstests. Det er de frivillige i kommunen, som står for det, så de søger §18 midler til caféerne.

Overvejelser om evaluering

Mia Saskia Olesen, konsulent fra Aarhus Kommune, fortæller om, hvilke evalueringsgreb der kan bruges i forbindelse med kollektive arrangementer. Som udgangspunkt er der forskellige forudsætninger og rammer fra kommune til kommune. Det er vigtigt, at evalueringen er tilpasset lige netop det enkelte arrangement, og derfor er det heller ikke muligt at lave en standard-evaluering til alle. Mia Saskia Olesen mener, at det er meget vigtigt at overveje følgende, når man skal vælge og udvikle sin evaluering: Hvordan skal undersøgelsen bruges? Hvem skal have gavn af undersøgelsen? Er det en evaluering de forebyggende hjemmebesøg selv skal lære af og udvikle arrangementerne på baggrund af? Eller skal politikerne fodres med nogle tal?

Hvis evalueringen måler deltagernes *tilfredshed* kan baggrunden være, at man skal forsvare, at have brugt penge på en oplægsholder, og derfor gerne vil vise, at borgerne er tilfredse. Det kan gøres ved simpel handsoprækning. Hvis man ønsker at måle deltagernes *udbytte*, skal man undersøge,



om de har fået mere viden, om de har lyst til at gøre noget anderledes, eller om de har dannet nye netværk. Hvis arrangementet f.eks. handler om et aktivitetscenters tilbud, kan man give en kaffebillet til caféen i aktivitetscentret og tælle de indkomne billetter. Et tredje mål er at *øge kendskabet til de forebyggende hjemmebesøg*. Det kan undersøges med spørgeskemaer uddelt ved arrangementets afslutning eller på hjemmebesøg, hvor man spørger den ældre borger, om hvorfra vedkommende har hørt om tilbuddet. Målet kan være *at udvikle nye tilbud*. Det kan gøres med et papirsskema, en fokusgruppe i slutningen af et arrangement *"er der fem af jer, som har mulighed for at blive*

lidt længere?" eller med en idépostkasse. Hvis målet er *at nå bredt ud* kan man dokumentere, hvor mange der benytter tilbuddet ved at registrere, hvor mange invitationen er sendt ud til, og hvor mange der rent faktisk deltager. Hvis det handler om *at nå ud til nogle bestemte*, f.eks. de borgere, som ellers ville takke nej til et hjemmebesøg, råder Mia Saskia Olesen til, at opnå kontakt gennem samarbejdspartnere.

Deltagerne diskuterer brugen af begrebet 'sårbare ældre' – en deltager siger *"vi skal være forsigtige med at putte folk i kasser på den måde"*. Mia Saskia Olesen anbefaler, at bruge betegnelsen fra håndbogen om forebyggelse: At det handler om at 'identificere ældre, som har et særlig behov for en forebyggende indsats' og ikke at 'finde sårbare ældre'.

SÆT KRYDS I KALENDEREN!

SUFO Årskursus 2017 afholdes på Hotel Nyborg Strand
søndag d. 5. og mandag d. 6. marts.