

Rapport fra ÅRSKURSUS 2008 FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG



”Armen over kors, sæt dig på en stol, rejs dig op igen, sæt dig ned igen – og gentag dette 30 gange!” På årskurset for medarbejdere i forebyggende hjemmebesøg blev deltagerne i år inviteret til at afprøve nogle af de fysiske øvelser, de kan lave med de ældre, de besøger. Det er ofte få og enkle øvelser, der kan forbedre den ældres funktionsniveau betydeligt.

Temaet for årskurset i år var ”Særlige grupper og indsatser”. Det er blevet efterspurgt af de forebyggende medarbejdere selv, da de ofte er i berøring med særlige målgrupper der kunne have gavn af et mere struktureret tilbud. De forskellige oplæg og seminarer gav inden for hver deres tema indspark til, hvordan forebyggerne kan skærpe deres opmærksomhed over for særlige grupper af ældre, såsom ældre med kronisk sygdom, ældre der mister en ægtefælle og de pårørende som er omsorgsgivere til kronisk syge. Det var 10. år i træk, at der blev afholdt årskursus, og dette jubilæumsår var lige så godt besøgt som de foregående år – med små 200 deltagere fra hele landet.

Forebyggelsesstrategier og risikogrupper

Charlotte Glümer, seniorforsker, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Glostrup Hospital

Charlotte Glümer arbejder på forskningsprojektet Inter99, som handler om individorienteret højrisiko-intervention i forhold til livsstil.

Charlotte Glümers hovedpointe er, at forebyggelse kan foregå på mange strategiske niveauer - som individorienteret, befolkningsorienteret eller en miljøstrategi (strukturel forebyggelse, hvor man laver regelsæt der styrker muligheden for at borgerne kan træffe de sunde valg) – og miljøstrategien er den langt mest effektive.

Forsøgets design

I forskningsprojektet blev deltagerne delt ind i 3 grupper, A, B og C. Gruppe A var den gruppe, som blev tilbudt den mest omfattende intervention. Gruppe B blev også screenet for risiko, men blev så sendt til egen læge. Endelig blev gruppe C fulgt via registerbase. Her kunne man se hvad der sker i befolkningen iøvrigt, hvilket er vigtigt når man laver intervention over længere tid.

Gruppe A og B fik lavet en helbredsundersøgelse og screeningsundersøgelse hos analytiker.

Forsøgspersonerne fik først lavet en baseline. Derefter fik de målt deres risiko efter 1,3 og 5 år. Så kan man bedre se om man kan fastholde livsstilsændringer.

Der er på baggrund af forsøget blevet udviklet modeller til at beregne folks risiko, fx PRECARD-modellen. Non-modificerbare faktorer kan man ikke gøre noget ved – fx familiar disposition. Alder er den største risikofaktor. Men så kan man måle på blodtryk etc. Så beregner programmet hvor mange procents risiko man har for at udvikle en hjertekarsygdom inden for 10 år. Hvis man ændrer kolesteroltal, højere HDL, taber sig etc. kan risikoprocenten nedsættes. Det bliver meget visuelt for sundhedsformidleren og patienten hvordan man kan blive sundere. Programmet kan også vise hvad der er vigtigst at ændre på, fx rygning. Det er meget motiverende for at få en deltager til at finde et fokusområde. Hver gang rygning er inde i billedet, er det den stærkeste faktor for udvikling af sygdom og død. Vægt i sig selv er som enkeltstående risikofaktor ikke så stærk, men det påvirker jo blodtryk og kolesteroltal og giver øget risiko for diabetes. Men rygning overskygger alt.

Efter man havde vurderet ud fra PRECARD-modellen blev de 20 % med højest risiko i A gruppen tilbudt kost- og motionshold og rygestopkurser. De første resultater viser, at blandt de rygere, der har gennemgået en rygestopintervention, er der 18 % der angiver at de er røgfri efter 5 år. I baggrundsbefolkningen er det kun 9 %. I gruppe B er det 13 % og det er måske ikke den store forskel. Der er større sandsynlighed for at blive røgfri hvis man er mand, er erhvervsaktiv, har sen rygedebut (over 17 år), har lavt tobaksforbrug (under 15) og kender til helbredsskaden ved at ryge.

Ved fysisk aktivitet bliver mændene efter 5 år lidt mere aktive end ved baseline. For baggrundsbefolkningen bliver de markant mindre aktive (også fordi de er blevet ældre). For kvinder er der ingen signifikant effekt, dvs. ingen forskel på interventionsgruppe og baggrundsgruppe. Dem, der er inaktive ved baseline øger deres aktivitetsniveau lidt, bare det at komme op af sofaen – men blandt kvinder ingen forskel.

Ved kost indtager kvinder som udgangspunkt mere salat og grøntsager end mænd gør. Der er forskel på kvinder mellem grupperne plus at indtaget øges over tid. Det samme sker for mændene. De er også blevet bedt om at indtage mindre synligt fedt, og det gjorde begge grupper. Fisk og frugt øges efter 3 år, men stagnerer derefter igen.

Miljøstrategier skaber ikke social og sundhedsmæssig ulighed

Der er mange der er droppet ud af projektet. Men typisk ikke dem der har forstadie til diabetes eller har diabetes, for de er særligt opmærksomme og motiverede. Derimod dropper overvægtige typisk ud. Det er de veluddannede og ressourcestærke der ofte deltager. Og der er 48 % af dem der bliver tilbudt at deltage, der ikke deltager. Det er et stort problem, fordi projektet så bidrager til at øge den sociale ulighed. Dem med lavere social status ændrer ikke livsstil.

Hvis vi ser på hvor mange mænd og kvinder der overholder Sundhedsstyrelsens anbefalinger, er der stort set ingen når man lægger alle faktorer sammen. Så i virkeligheden skulle man have fat i hele befolkningen. Derfor er det måske bedre at lave strategier som ikke kun sætter ind over for særligt usunde livstile.

Miljøstrategi/strukturel forebyggelse er noget, der virkelig virker. Man understøtter en sund sundhedsvane i befolkningen. Det har man gjort mange år uden at tænke over det. I 17-1800 tallet var der en høj spædbarnsdødelighed på nogle øer i Island. En dansker kom derop og kiggede på de steder, børnene blev født. Han foreslog bedre hygiejne, og der skete drastisk fald i spædbørnsdødeligheden. Et andet eksempel er trafik, hvor der ved generelle tiltag, såsom hastighedsbegrænsninger, er sket markante fald i antallet af ulykker. I USA har man inden for blot ét år, set store fald i forekomst af blodpropper, når folk stopper med at ryge. Det samme i Europa. Rygestop har en effekt på ALLE sociale grupper, dvs. man skaber ikke mere ulighed i sundheden.



Højrisikoforebyggelse og individorienteret er ikke specielt evidenter, viser studiet. Så Charlotte Glümers råd er ikke at proppe det ind på sundhedscentrene. Hellere lave strukturelt baserede initiativer, især blandt børn og unge. Fx cykle til skole, have alkoholpolitik etc.

Svenske erfaringer med støtte til pårørende til kronisk syge ældre

Lennart Johansson, Socialstyrelsen, Sverige

Normalt oplevede de pårørende, at de var usynlige. Men i Sverige har det i 10 år været muligt for kommunerne at få ekstra penge til at sætte fokus på de pårørende situation og rolle som omsorgsgiver.

I takt med opmærksomheden på familien bliver de pårørende set og hørt.

Ingen kan stå uberørt, når ens forældre, mand eller børn bliver syge. Som pårørende er man præget af ambivalens. Man synes ikke man orker mere etc. men synes stadig ikke man bør føle sådan. Det får mange negative konsekvenser for nærtstående/pårørende. Det går ud over deres eget helbred. De bliver isolerede, for de vil ikke forlade den, der er afhængig af dem.

Spørgsmålet er, om man kan forstærke/forlænge den tid, hvor det fungerer godt? I Sverige er der vokset en ny funktion frem – pårørendekonsulenter. Det er en måde at organisere pårørendestøtten. Ofte virker de sammen med frivillige organisationer.

Hvad er sket i løbet af 10 år? Politikere har truffet pårørende, som har berettet om deres situation; man har haft diskussioner etc. Det er et godt grundlag for at komme videre i dialogen. Hvad findes der af pårørende, som vi bør støtte? De fleste får 12 timer, men der er også nogle der får 20 eller 30 timer gratis om måneden. Der er pårørende der får demensstøtte. Problemet er imidlertid at der ikke er udviklet et system til at dokumentere indsatsen. Der er således ingen mulighed for at afdække effekterne.

Da kommunerne fik ekstra penge valgte de blandt andet at iværksatte aktiviteter for de pårørende, såsom massage, spa, fodpleje, stavgang, ferierejser, teater. Pludselig havde man penge til alle disse ekstra ting, som man normalt ikke havde råd til.



Action var en anden type indsats, hvor man havde internetopkobling – og er i kontakt med andre pårørende og familier. Man kan også kontakte et bemandet call-center, hvor man kan stille spørgsmål, fortælle hvis man er ked af det, etc.

I Sverige har man også udviklet COAT som er et planlægningsinstrument til at støtte pårørende. Tilbudene skal skræddersys, for hver pårørende er unik. Støtten skal indebære noget positivt for både den pårørende og den plejekrævende. Generelt gælder det om at minimere stress og belastning og maksimere de positive faktorer, ressourcerne, i stedet for bare at fokusere på de syge sider.

Vi forsøger at skabe en pårørendevenlig ældreomsorg. Det er vigtigt at se pårørende som en del af omsorgen.

Hvordan gør vi i praksis

Lene Paaske og Annette Olausson, Sundheds- og forebyggelseskonsulenter, Greve kommune

I Greve Kommune er der lavet en sundhedscafe, gennemført livstilskurser og forløb for kronikere samt etableret en sundhedsbutik for kontanthjælpsmodtagere. Kommunen er ikke blevet sammenlagt, men har alligevel været igennem en omstrukturering. Før lå hjemmebesøg tæt på pleje, omsorg etc. men ligger nu i Center for Sundhed (som ikke er det samme som et sundhedscenter!). Det bliver mere sundhedsfremmende, og der er mulighed for at deltage i andre opgavetyper. Greve er også en del af et nyt projekt: Lighed i sundhed under Socialministeriet/Sundhedsministeriet. Forebyggerne kører kurser, fx Lær at leve med kronisk sygdom og har skaffet et korps af frivillige instruktører til patientuddannelsen.

Sundhedscaféen er et tilbud til alle borgere, som er forankret på Hovedbiblioteket, og der er åbent tre timer om ugen. Man kan komme anonymt, få rådgivning eller deltage i forskellige temaarrangementer fx om demens, kulturmøde i sundhedsvæsenet samt humor og helbred. Temaerne udspringer af ønsker hos pårørende som kommer til sundhedscaféen, eller temaer i avisen, eller ønsker udtrykt ved hjemmebesøgene. Alle pladser er besat. Derudover mere åbne temaeftermiddage, fx repræsentanter for diabetesforeningen. .

Det kræver en del af deres interne koordinering som sundhedsfagligt personale at de har så mange forskellige samarbejdspartnere. Nogle samarbejdspartnere er sundhedsfaglige og det er derfor en faglig relation, men under nogle af projekterne og samarbejde med Ældreklubber etc. skal de have en anden tankegang, fordi det kun delvist er sundhedsfagligt personale. Man samarbejder også med andre dele af kommunen, fx biblioteket, daginstitutioner etc. Deres fællesnævner er, at de tager udgangspunkt i Greve Kommunes sundhedspolitik. De diskuterer og beskriver også deres sundhedspædagogiske tilgang; det er vigtigt når de møder andre samarbejdspartnere som har en anden tilgang i deres møde med borgerne.



Der er udfordringer når man både arbejder med forebyggende hjemmebesøg og andre projekter. På biblioteket kommer folk fra skolealderen fx i forbindelse med skoleopgaver om sundhed; studerende kommer også, og voksne, f.eks. Mødre som gerne vil vide hvordan man får de unge væk fra computeren, vil have argumenter for at røre sig, ideer til madpakken, unge ældre der gerne vil gøre sig klar til at blive pensionist, møde nogle andre etc. Det er udfordrende, hvilket sprog man skal bruge, for i Greve Kommune er der en del borgere med anden etnisk baggrund.

Mange samarbejdspartnere, fx jobcentre, som tænker smalt omkring sundhed, fx bare på fravær af sygdom. Det er en udfordring. Og der er også mange grupperinger at forholde sig til, hvilken status har borgeren de forskellige steder? Fx klient, kursist etc. Der ligger jo mange værdier og holdninger gemt her. Lene, Annette og de andre forebyggere taler om sundhed som både fysisk, psykisk og socialt. De fleste steder kan de ikke forstå, at der ikke kun bliver talt om den fysiske sundhed.

Mange andre steder er man kategoriseret på noget, der bygger på tvang; fx kontanthjælpsmodtagere der ikke møder op og bliver trukket i kontanthjælpen. Der er ingen sanktioner i vores møder, forklarer Lene og Annette. Det kræver noget af dem at samarbejde på en måde så borgeren ikke bliver forvirret og får noget ud af det. De holder møder med medarbejdere i fx jobcentre og AF. Mange af dem arbejder ud fra ris og ros. Vi roser ikke borgere, for det er jo deres valg i forhold til deres liv. Det skaber bekymring hos borgerne. De har prøvet at få kontanthjælpsmodtagere i gruppe 4 og 5 til – frivilligt – at komme i sundhedscafeen. Det er problematisk at gå helt af frivillighedens vej, for disse personer har ikke overskud til at gå i dialog om hvordan de har det. Det tager tid at komme ind til dem. Så derfor samarbejder de fx med sprogcentre, laver informationsaftener der hvor de fortæller om hvad sundhed er, kommer over i jobcentrets aktiveringsdel hvor de har nogle aftener hvor de fortæller om sundhed. Der er borgere hvor man skal starte helt anderledes. Mange har livsstilssygdomme, overvægt, katastrofalt højt blodtryk, for højt blodsukker.

De henter personligt borgere til svømning, får også bevilliget omsorgskørsel for fx pensionister, hvis de ikke selv er i stand til at transportere sig. Har også fokus på pårørende. Fx studiegrupper (som på biblioteket) for pårørende i forhold til omsorgsgiverrollen eller bare ældre borgere, som de tager sig af.

Centerets nærmeste udfordring er at sundhedspolitikken skal integreres i alle centrene. Der er en sundhedsportal i Greve Kommune, som er godt besøgt. Alle tilbudene står på den

Forebyggelse af mistrivsel og dårlig livskvalitet - især med fokus på ældre mænd

Elene Fleischer (Phd.), Fleischer Research & Consulting

Elene Fleischer var inviteret til at afholde et seminar om ældres mistrivsel – fx i forbindelse med tab af en ægtefælle. Elene Fleischer havde særligt fokus på mændene, og seminaret drejede sig især om, hvordan man finder ud af om ældre mænd har selvmordstanker, og hvorledes man som forebyggende medarbejder i så fald kan håndtere dem.

I dag er det næsten ikke lovligt at være gammel og føle sig træt, pointerede Elene Fleischer. Før i tiden var der en erkendelse af, at når man var omkring 65, så gik det ned ad bakke. Men i dag forventes det at man er frisk og aktiv. Men virkeligheden er en anden, for der er mange faktorer, der kan føre til mistrivsel, såsom det at miste synet, have KOL, have sygdomme i kønsorganerne: og derudover får de ældre nogle gange medicin mod deres somatiske lidelser, der som bivirkning kan få en til at udvikle depression. Endelig er tabet af en ægtefælle en af de faktorer, der ofte udløser depression.

Der er mange ældre, som når de mister en ægtefælle, mister livsgejst og bliver hjælpeløse. Når man er bange for at miste værdighed og selvhjulpethed, bliver man ynkelig. Hvis det fortsætter, udvikler det sig måske til en depression. En mands depression ser anderledes ud end kvinders. Depression har en tendens til at udvikle selvmordsadfærd.

Vi skal gå ind og arbejde lige der hvor den ældre mister, næsten samme dag eller uge hvor den ældre mand mister. Elene Fleischer spørger ud i salen, hvor mange kommuner der besøger mænd over 75, hvis de mister deres ægtefælle. Mange rækker hånden op. Elene fortæller at for 3 år siden var der stort set ingen kommuner, der tilbød et sådant ekstraordinært besøg inden 6 uger. Hun fremhævede disse besøgs vigtighed ved at henvise til Annette Erlandsen, som har påvist, at det er inden for de første 4-8 uger, at de fleste begår selvmord. Det hænger sammen med sorgprocessen, alt det kaos der sker. Især mændene scorer højt på selvmord. De vender ryggen til omverden. Vi kan ikke forebygge tabet og sorgen, men vi kan forebygge at de føler sig ynkelige og hjælpeløse.

Kolde facts fortæller, at der i 2005 var 628 selvmord i hele den danske befolkning, hvoraf ca. de 200 er ældre over 65 år. Der er ca. 3 mænd for hver kvinde der begår selvmord. I 2006 begik 643 selvmord, heraf 178 kvinder. Kvinderne får det relativt hurtigt bedre igen efter at have mistet en ægtefælle. Men mændene begår i større grad selvmord, hvorfor man skal besøge dem højst 6 uger efter dødsfaldet. Elene Fleischer råder forebyggerne til, at de ikke siger ”Du kan bare ringe”. Man skal sige at man kommer! Men hvad skal man så stille op, når man ankommer? Man skal tage fat på samtalen – hvor tung den end kan synes og hvor vanskeligt den end kan køre.

Den vanskelige samtale

Den vanskelige samtale er når to kan gå skævt af hinanden. Når jeg giver dig ordet og du ikke tager det, eller hvis jeg taler ned til dig, eller hvis jeg tror jeg ved, hvad du har brug for, eller fordi du er gråhåret at jeg tror jeg skal tale HØJT og t-y-d-e-l-i-g-t. Det værste er at blive mødt med tavshed. For mange af de ældre er vant til fra deres opvækst, at når de blev mødt med tavshed, så kommer der sanktioner. Så når den gamle møder dig med tavshed, tænker du så, at han tænker sig om, eller at han afviser? Den første tanke vi får, som vi fik indpodet da vi var 3-4 år, er automatisk, at han afviser. Vi er ikke så professionelle, at vi ikke er personer. Hvis man kan lide hinanden, får man en god samtale. Hvis man ikke kan fordrage hinanden, får man en vanskelig samtale. Vi møder i første omgang vedkommende med os selv, når vi er et kommunikationsredskab.

Den tunge samtale

Den tunge samtale er at tale om døden, at huske på og tænke over, hvad den gamle mand ikke fik sagt mens hans kone var i live, hvor ensom han føler sig etc. De følelser der opstår kan gøre samtalen tung. Temaet kan være tungt. Der er altid nogle temaer, hvor vi føler os inkompetente. Hvis vi kan genkende den anden, bliver det også en tung samtale. Man ser både den anden og sig selv. Fx hvis man selv har været i samme situation. Også tungt at skulle være til stede uden at sige noget. Kvinder har nogle gange glemt at de skal lytte dobbelt så meget som de

taler. Men vi vil gerne gøre noget, hvis vi synes tingene er svære. Vi skynder os at komme med en masse tolkninger og råd. Vi kan ikke holde ud ikke at gøre noget. Vi behøver ikke at sige, at når du har mistet din kone, er du i krise og sorg. Det ved han sgu da godt!!! Når der opstår tavshed, forsøger vi kvinder at tale tavsheden væk. Vi kan ikke lide når der går engle gennem stuen.

Vi er i hverdags sproget, og det er svært at forstå krisesproget, hvis vi ikke selv har oplevet døden. Vi skal give plads til at den anden taler og ikke kun give os selv plads.

Eksistentiel ensomhed

Det betyder meget for manden at have sin autonomi og være selvhjulpent. Derfor kan det være lige så hårdt at miste sit kørekort som at miste sin kone. Kvinder forstår ikke altid begrebet den eksistentielle ensomhed, den tankemæssige ensomhed, hvor man begynder at reflektere over meningen med liv og død: Hvis der er en Gud, hvor er han så henne i det her, hvordan hænger tingene sammen? Kvinder er ikke lige så gode til at mærke den tankemæssige ensomhed, mens mænd går og tænker meget, men måske ikke er så gode til at komme ord på deres tanker. Vi har jo kun hverdags sproget til at udtrykke os med. Det er først når vi kommer ud i krisesituationen at vi skal tænke over hvilke ord vi skal bruge; så skal vi til at sætte billeder på. Fx en ældre kvinde der fortæller at hun føler sig som en 5-årig pige der ikke kan finde sin mor (det er emotionel ensomhed og ikke eksistentiel ensomhed).

Man kan sørge, og så kommer familien og siger at man ikke længere skal sidde og ruge over sin sorg. De tager en med til fest, men man kan føle sig endnu mere ensom med alle de mennesker end hvis man sad derhjemme. Omverden vil presse en til at være sammen med andre mennesker, hvis de ikke forstår disse ensomheder. Ældre mennesker isolerer sig og bliver socialt ensomme, hvis de ikke kan sætte ord på deres sorg og ensomhed.

Hvis vi i hverdagen spørger om en person er ensom, tror vi altid de spørger til om vi er socialt ensomme. Og der har vi ikke lyst til at svare ja, for så er vi socialt inkompetente. Derimod hvis vi har mistet en nær, kan folk godt spørge om vi er ensomme, og vi kan svare ja, for det er en anden slags ensomhed.

Find ud af hvilken slags tavshed du sidder over for!

Bagved alle de forskellige former for tavshed ligger der nogle følelser bag. Introverte følelser, som skam, skyld, utilstrækkelighed ligger bag, må, tør, bør ikke. "Vil ikke" er udadrettet, afvisning, hævn, sanktion. "Kan ikke" kan være et spørgsmål om ikke at kunne finde ordene, eller afasi, manglende sproglig evne.

Vigtigt med den gamle mand at finde ud af hvilken slags tavshed man har med at gøre. Man vil altid i første omgang tolke den andens tavshed som den måde du normalt selv bruger tavshed, uanset om det er bevidst eller ej. Vi er gode til at tolke det som "vil ikke". Men vi kommer ingen vegne ved at sige: Tal nu til mig, jeg kan ikke lide at du sidder der helt tavs.

Hvordan får vi den gamle tavse mand til at tale? Mange af de gamle er lige så indskrænkede i deres følelser som teenagere, så det hjælper ikke at vi spørger til deres følelser.

Man kan sige: "Nogle mennesker er tavse fordi de ikke tør sige noget, vil sige noget eller kan sige noget". Så har man lagt det uden for en selv. Man skal ikke kigge på dem. Læg tavsheden ud som et fænomen, som I fælles begynder at undersøge.

Når man kommer i krise, regredierer man tilbage til den måde at tale på man havde da man var yngre. Hvis den ældre siger, han savner, kan I sige: "Hvad er det at savne? Er det at have en at tale med, en at føle med, en at opleve med?".

At rase, tale, græde hjælper kun for kvinder. Men selv for kvinder hjælper det ikke altid. Vi sørger på forskellig vis. Enten tænker vi os hovedsageligt ud af vores eksistentielle meningsløshed; ellers taler vi os hovedsageligt ud af vores følelser.

Præsterne bliver tit inviteret med/kontaktet af forebyggende medarbejdere. Men de kan godt være lidt blufærdige og ydmyge. Så hvis man vil have et samarbejde, skal man lave et arrangement hvor man kan invitere dem ind. Man skal se hinanden så man er tryk ved hinanden.

Vi kvinder lider af frelsenitis!

I sundhedsstyrelsens vejledning til sygehuspersonale står de grundlæggende elementer i den selvmordsforebyggende samtale. Det er fine ord, men hvordan gør man det? Elene har et bud: Fx være til stede uden nødvendigvis at tale, og ikke undgå døden som samtalemne. Faktisk kan mange af de ældre godt tale om døden. Man skal ikke acceptere, at man siger ”jeg forstår godt du har det skidt og har lyst til at tage dit eget liv”. Man kan forstå sig selv ihjel. Hvis man forstår for godt, bliver man handlingslammet. Hvis man forstår den anden så godt, at selvmord synes som den bedste løsning, kan man ikke komme med alternative løsningsforslag. Vi kvinder lider af frelsenitis, af Tarzan eller Jane-syndrom. Vi er ikke Vor Herre, vi kan ikke hjælpe alle. Det kan være krænkende hvis vi ved alt for godt hvordan vi skal hjælpe den ældre mand. Han kan godt lide at hjælpe sig selv, så det er et brud på hans mandighed hvis han bliver omklamret af vores omsorgsgen.



Elene spørger ALDRIG direkte ind til selvmordstanker hos ældre. Hun går den langsomme og tunge vej. Hun kan til gengæld sige: Det er helt naturligt når vi har vores alder, at vi tænker på døden. Tænker du på døden? Vi tror vi forstår døden på samme måde, men det gør vi ikke. Vi har mange forskellige måder at tænke døden på. Nogle tror de kommer i Himlen og Paradis. Andre tænker at de dør som planter og kommer ned i jorden. Andre tænker at kroppen dør, men sjælen genfødes. Når man er eksistentielt ensom er det godt at få lov at reflektere over, hvad døden er for mig. Man kan aldrig stille disse spørgsmål, hvis man ikke har etableret en vi-relation, hvor det føles som om man vil lytte og lytte og lytte. En ligeværdig kommunikation.

Det er godt at få en fornemmelse af hvor de selvmordstruede ligger på en skala fra 1 til 10. Så kan man også fornemme om det passer med ens egen vurdering. Gamle mennesker reagerer lige så stærkt som unge, men det ligger bag en maskering. De er gode til pokerfjæs. Når man spørger hvem der ikke skal finde dem døde, svarer de næsten altid den som er den mest betydningsfulde for dem, som skal være med til at holde dem i live. Ved den akutte indsats er spejlingen hvis man fx siger: hvordan ville du have det hvis dit barnebarn blev rigtig ked af dit selvmord og også fik lyst til selv at begå selvmord? Hvad ville du synes om at dit barnebarn begik selvmord. Få dem til at spejle.

Man skal – for sin egen skyld – forhindre selvmord hvis man kan. Man kan ikke forhindre alle gamle mennesker i at tage deres eget liv, men for ens egen skyld skal man forsøge. Man må ikke give slip på den selvmordstruede før en anden fagperson har taget over. For at beskytte sig selv skal man tale med andre, sine kolleger, om det.

Der er meget ukendt når vi er ude hos de ældre mænd, og de lukker os ikke bare ind (andet end i deres hjem). Gamle mænd er sjældent intime med fremmede – ja ikke engang med deres koner – mens gamle kvinder godt kan tale intimt. Det skal man huske som fagfolk.

Man skal lukke en samtale ordentligt ned, ellers skal man overhovedet ikke starte med at tale om emnet. Og det tager meget længere tid at lukke emnet ned, end at åbne for det.

Elene opfordrer til, at man går ind på www.geronet.dk og udfylder spørgeskema om kendskab og holdninger til ældres selvmord, som er et forskningsprojekt. Elene skal præsentere de første resultater på en konference i august måned.

Kan forebyggende hjemmebesøg øge den fysiske aktivitet?

Kirsten Avlund, lektor, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Man vidste, da loven blev skrevet, ikke om hjemmebesøg gjorde en forskel, mens forskningsforsøg viste en effekt. Kirsten Avlund har lavet et forsøg med undervisning af forebyggere og læger og fundet ud af, at det er udgiftsneutralt at gennemføre et undervisningsprogram, for de ældre har fået bedre funktionsevne, så det kan godt betale sig at forebygge. Det er der lavet en sundhedsøkonomisk beregning på.

Kirsten Avlund har identificeret to overordnede måder at gribe forebyggende hjemmebesøg an på i kommunerne. Det er svært at sige om det gør nogen forskel for effekten. I første omgang så det ud som om det var de rammestyrede der havde bedst effekt på funktionsevnen. Ligeledes kan det betyde noget for arbejdet, at man selv kan planlægge det, måske bedre trivsel i hverdagen.

Effekten var højest når man havde undervist både de forebyggende medarbejdere OG lægerne. Der viste sig effekt både hos mænd og kvinder hos de 80-årige, men kun hos kvinderne ved de 75-årige. Kvinderne bliver hurtigere svækket. Mændene har bedre funktionsevne, men bliver ikke lige så gamle. Kvinder får flere kroniske sygdomme, depressioner, gigtsygdomme etc. Ændringerne sker også hurtigere hos kvinderne. Mændenes muskelstyrke osv. svækkes også, men det går hurtigere hos kvinderne. Så det er endnu vigtigere, at kvinderne træner. Det er nok den største årsag til at man primært ser det hos de 80-årige mænd, for som yngre er de for "friske" til at man kan se nogen effekt.

Der viste sig størst effekt hos den gruppe, som har en progressivt faldende funktionsevne. Det er måske der man bedst kan forebygge. For forebyggende hjemmebesøg kan ikke gøre den store forskel, hvis folk har apopleksi. Så er det rehabilitering, der skal til. Det er der, hvor der er lettere funktionsevnetab, man kan hjælpe med sin forebyggelse.

Det ser ud som om dosis af undervisning giver en effekt. Men for lægerne holdes effekten af den ene undervisningsgang ikke, mens effekten af undervisning til de forebyggende medarbejdere holder sig længere. Så det viser, at undervisning er rigtig godt, og at det skal holdes ved lige hvis man skal blive ved at have effekt.



Af dem der ikke får forebyggende hjemmebesøg er der 2,5 gange så mange som bliver mindre aktive. Der er ingen tvivl om, at forebyggende hjemmebesøg har en effekt hos aktive gamle kvinder. Ved de kvinder, der var lidt fysisk aktive, var der 4,5 gange så mange der blev mere fysisk aktive. Hos de aktive gamle kvinder blev de kvinder som havde fået mere end 4 forebyggende ved med at være fysisk aktive. Det kunne tyde på at I i jeres forebyggende hjemmebesøg har fokus på fysisk aktivitet! sagde Kirsten Avlund. De kvinder der er fysisk aktive, ved godt hvor godt det er og de lytter til jeres råd.

Noget tyder på, at det er de svage mænd og de stærke kvinder, der tager imod forebyggende hjemmebesøg. Så måske kan det forklare hvorfor der er større effekt på kvinderne, fordi det er dem der er vant til at lytte til råd, tage imod rådgivning etc.

Praktiske anbefalinger om fysisk aktivitet og kronisk sygdom

Nina Beyer, seniorforsker, Institut for idrætsmedicin, Bispebjerg Hospital

Der er fuldstændig de samme anbefalinger til ældre som til andre vedrørende fysisk aktivitet. Der har været for meget tendens til at skåne ældre. Det er hele tiden en balance mellem hvad man kan bede den ældre om uden at man får dem til at føle sig fuldstændig håbløse. Men for mange, hvis de er i stand til at gøre disse ting, får de pludselig også troen på sig selv og at de kan ændre deres livssituation.

Fysisk inaktiv defineres som: mindre end 2,5 timers motion/aktivitet om ugen. Man kan ikke træne på forskud. Man skal være vedvarende fysisk aktiv for at det har en effekt. Nina Beyer tager udgangspunkt i hvornår folk føler sig anstrengt. En svækket ældre kan føle sig fysisk aktiv når hun går rundt i lejligheden eller op ad trapper, mens vi andre blot ser det som del af dagligt liv. Så det er meget forskelligt hvornår vi føler os aktive.

Hvis man er fysisk aktiv daler ens muskelstyrke etc. på et højere niveau end hvis man ikke er aktiv. Det alle frygter, er tærsklen for hvornår man er uafhængig. Ved kvinderne er det maksimal belastning at gå på trapper. Ved et kondital under 18 er der meget stor risiko for at man føler at dagligdags aktiviteter er meget anstrengende. Er det under 11 er der stor sandsynlighed for at man har brug for plejehjemsplads eller meget hjælp. Kvinder daler på et lavere niveau end mænd på deres kondital, men det ser ikke ud til at de daler hurtigere på dynamisk knæ-strække-kraft.

Før i tiden var der meget fokus på konditionstræning, men nu er man også begyndt at måle på muskelstyrke hos folk med kronisk sygdom. Den er ofte lav, både pga. sygdommen men især pga. fysisk inaktivitet, for folk med kronisk sygdom er meget mindre aktive. Hvis I på forebyggende hjemmebesøg beder folk om at hoppe på stedet, tror de at de sagtens kan, for det har de altid kunnet. Men det kan mange ikke pga. lav muskelstyrke, forklarer Nina Beyer. Det tager længere for gamle at komme op til maksimal muskelstyrke. Fx ved fald nytter det ikke at man først har opnået maksimal muskelstyrke, når man ligger på gulvet. Det er derfor væsentligt at ældre mennesker laver noget der træner deres muskelstyrke. Der er sammenhæng mellem hvor stærk man er og hvor god man er til funktion. Alene styrketræning kan give funktionsforbedring uden at man træner funktion.

Mændene ville ikke være med til Nina Beyers studie, fordi de skulle lave gymnastik med gamle kvinder. Så da de skulle lave projektet, skulle mændene løfte jern og lave kampøvelser. Forsøget viste at de blev meget stærkere meget hurtigt. Fremgang i muskelstyrke og power fulgtes ad med fremgang i funktion. Man skal ikke bilde folk ind at de får færre symptomer. Der er mange der får det bedre, men der er også mange der IKKE får det bedre. Så man skal sige til dem at det ikke er sikkert de fysisk får det bedre og får færre smerter, men sige at de kommer til at fungere bedre.

Mange er ikke klar over hvor hurtigt det går ned ad bakke når man ikke laver noget. Blot efter 3 uger i sengen kan man tabe 22 % af maksimal iltoptagelse. 3 uger i sengen giver det samme tab i kondition som 30 års aldring.



Det er væsentligt at man ikke laver noget med folk som de får tiltagende smerter af – fx hvis de har problemer med knæene. Hvis man træner i maskiner kan man justere hvor meget bevægelse og belastning der skal være, så det kan være en god ide.

Det er vigtigt man laver øvelserne et sted hvor man er sikker – fx i et hjørne hvor man ikke kan falde. Spadsereture er godt at motivere til. Det er vigtigt at fortælle folk at de skal være fysisk aktive med daglige gøremål hos folk med apopleksi. De skal gøre meget mere end andre, for det føles hurtigere anstrengende. Ved artrose ved man at alt virker. Brusken kan ikke tåle ikke at blive brugt, men til gengæld skal man heller ikke lave noget alt for hårdt, så noget midt imellem er godt. Cykling er godt, fordi det smører ledene og kan give smertelindring. Varmtvandsbassin kan give forbipasserende smertelindring men kan ikke stå alene.

Det er vigtigt at fange Parkinson-patienter på et tidligt tidspunkt, for man kan lære at lave signaler/bruge teknikker, og muligheden for at bruge disse er større jo tidligere det opdages. Hvis man er fysisk aktiv virker medicinen bedre og udviklingen af sygdommen går langsommere.

Det de ældre synes er sjovt at lave er den bedste fysiske aktivitet. For ellers bliver det ikke til noget. Fejler patienten noget i ét sted i kroppen, er det vigtigt at træne hele resten af kroppen og kun holde det i ro som skal holdes i ro. Resten af kroppen skal holdes ved lige.

Nina Beyer påpeger, at forebyggerne har mulighed for at vise folk hvordan de kan måle sig selv. En god test til at fange folk før det går helt galt er Senior Fitness Test. Hvis man laver den regelmæssigt, kan man fange hvis den ældre pludselig bliver væsentligt dårligere. Testen kan findes på www.agingblueprint.org



Sundhedsfremme for sårbare ældre

Bente Høy, MPH, Ph.d., JCVU

Bente Høy har som forsker været optaget af hvad sundhed og sundhedsfremme egentlig er. Nu hvor kommunerne skal tage sig mere af det, er det et godt spørgsmål også for forebyggende medarbejdere at reflektere over. Hvordan finder sårbare ældre veje til sundhed og hvordan kan vi støtte dem i det? Spørger Bente Høy. Hun fortæller om et delprojekt som sætter fokus på værdighed som en sundhedsværdi.

Bente Høy er mest optaget af det der ikke er sprogliggjort, det der ikke er let at sætte ord på. I arbejdet med de ældre er der så meget vi ikke kan sætte ord på hvad er, men som vi ved alligevel betyder så meget. Hendes forskning har taget udgangspunkt i erfaringer gjort i medicinske afdelinger, som ikke er forebyggernes praksis, men hvor der nok alligevel er paralleller.

I den generelle forståelse af patienten er der ikke meget med sundhed og sundhedsfremme. I den forskning der er gjort omkring sundhed og sundhedsfremme i hospitalsregi kan man se, at sundhedsfremme faktisk foregår på hospitalerne, men det er ikke særlig tydeligt sprogliggjort, og hvor det er, er det der hvor man har en mere holistisk tilgang til det man går og gør end når man er opdelt i funktioner. Ellers er det mest sygdomsforebyggelse. Sundhedsfremme til ældre på hospitalet findes der kun få artikler om og det er mest et spørgsmål om at bekæmpe funktionsnedsættelse. Der er et potentiale i sygeplejen som ikke bliver brugt og det er en skam.

Sundhedsfremme er tavst til stede i sygeplejen på hospitaler. Hvilken mening giver de til arbejdet med de ældre patienter? Undersøgelsen gik ud på at få erfarne sygeplejerske til at fortælle om deres praksis. Sygeplejerskerne laver ikke tilfældige handlinger. Der er en mening bag, og der er nogle strukturer bag som kan forklare deres måde at handle på.

Sygeplejerskerne havde forskellige sundhedsfremmende bevægelser, fx at give kompetencen til at have egenomsorg tilbage til dem, også at få dem til at se respektable ud, at bekræfte vedkommendes behov, også bevægelse ud af sengen for det er symbolsk at man som patient ligger i sengen, til sidst at man bliver ved at være person selvom man er patient, dvs. bevægelse mod at være den person som man er.



En helt central sundhedsværdi er at bevare patientens værdighed, har Bente Høy fundet ud af. Værdighed går igen i alle historierne som forklaring på hvornår sygeplejen går ind og hvornår den holder op. **Værdighed som identitet** var det der optog sygeplejerskerne allermest, fx det at patienten var truet ved ikke at se respektabel ud. Når man ser anderledes ud end man plejer, vil føle behandle en på en anden måde. De gamle bliver næsten usynlige når de kommer i patienttøj, med gråt hår og dynen trukket op. Det truer muligheden for at blive set og mødt som en person.

Værdighed som autonomi kan indeholde nogle dilemmaer, hvis patienten forventer service og hjælp og sygeplejerskerne ønsker at fremme autonomien. Det at give service truer deres sundhed, det handler om at de skal gøre det selv. Autonomi handler om hele tiden at give patienten fornemmelse af at have kontrol og kunne handle hvis han vil.

Værdighed som menneskeværd er at kunne bevare sine værdier og holdninger og blive respekteret for dem. Kunne træde frem som den person man er. Hvis man er god til noget, men det ikke bliver værdsat, er man også truet.

Sundhed handler om at værne om de tre værdier som udgør værdighed. Sundhedsfremme handler om at støtte til myndighed og kompetence. Sundhedsfremme som empowerment er at give patienten støtte til styrke og myndighed.

Robotteknologi - i fremtidens ældreliv

Søren Tranberg Hansen, Robotcentret, Teknologisk institut

De store aktører mener blot det er et spørgsmål om tid før robotterne kommer. Man forventer en anden type ældre, der bliver stillet højere krav til at de kan hjælpe sig selv. Men vi er stadig mest i "vaskemaskine-tiden", og det kommer vi til at være de næste 40-50 år. Vi har værktøjer som er i stil med vaskemaskiner etc., dog lidt mere avancerede. Men vi vil gerne over mod de mere selvstyrede. Søren Tranberg viste en række eksempler på bl.a. japanske robotter, der sikrer at bleen automatisk bliver tømt.



Visioner for anvendelse af de teknologiske muligheder i forhold til forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre

Karen Logo-Kofoed, Centerchef, Høje Taastrup Kommune

Karen Logo-Kofoed har en ambition om at bringe meget mere teknologi ind i ældreplejen. Hun pointerer, at de forebyggende medarbejdere møder ressourcerstærke ældre, som kan være med til at formidle det nye. Nu er finansloven indgået, og der bliver afsat penge til robotteknologi.

I vil måske få nogle nye opgaver, påpeger Karen Logo-Kofoed. I yderområderne bruges der eksempelvis telemedicin. Teknikken findes og det kan afhjælpe at folk er bekymrede for om sygeplejersken nu dukker op etc.

Så kan de forebyggende medarbejdere kigge med over skulderen, være med til at vejlede og rådgive omkring behandling og spare den ældre for sygehusbesøg, give mulighed for god og hurtig fortolkning og rådgivning på stedet. Især hvis man sørger for at lægge samtale lige omtrent samtidig med at de skal have deres næste kontrol. Brugen af teknologi indeholder et dilemma mellem, hvornår vi taler om varme hjerter og om kolde chips. Hvornår er det for vidtgående? Vi kan jo sidde hjemme hele tiden og så kommer der kun nogen når noget ikke bipper rigtigt. Hvornår bliver man så optaget af det, så det styrer én? Og hvornår er det en hjælp til at man kan styre sit eget liv? Disse spørgsmål er vigtige at få drøftet.

I kommunerne er der modstand mod forandring, fx mod PDA'erne. Den nye generation har ikke barrierer i forhold til PDA'en, mens det skaber usikkerhed for ældre generationer. Der er meget der giver grund til at sige, at vi venter og ser eller lader andre gøre erfaringer for os.

Økonomi er en af de grundlæggende årsager til, at vi ikke alle steder har kastet os ud i at afprøve støvsugerrobotterne. De er endda forholdsvis billige, men konservatisme præger økonomitænkningen i mange kommuner. Forebyggelseskonsulenterne er ambassadører for at gå denne vej!!

Karen Logo-Kofoed spørger hvor mange der selv har teknikken. Ingen har støvsuger eller andet. Hun mener vi selv skal lære den bedre at kende, fx ved at få nogen ud og fortælle om hvordan det fungerer. Man kan starte i det små – fx med rengøringsrobotter. Sig til de ældre at de skal ønske sig det. Så kan de også prøve det selv, og det giver hjemmehjælpen mulighed for at gøre det, som de ikke selv har mulighed for at gøre. Så bliver det ikke et enten-eller men et både-og. De kan købes mange steder, fx på byggemarkeder og på nettet kan man finde forhandlere.

Karen Logo-Kofoed tror der bliver skåret på den praktiske hjælp fordi vi ikke kan skaffe hænder. Og så er det vigtigt at vi har noget andet at kompensere med. Og hvis det er den eneste hjælp du får, kan folk blive bedre til at komme steder hvor der er socialt samvær.

Karen Logo-Kofoed kan godt forestille sig, at rengøringsrobotten bliver bevilliget som hjælpemiddel. Hun har selv advokeret for at det bliver en mellemstation, ligesom man har kunnet få computer eller vaskemaskine nogle år. Indtil det bliver regnet for et velfærdsgode. Alternativet er at vi ikke har hænder til plejen og så er det da langt bedre at kunne få rent og hjælpe sig selv frem for at man skal undvære begge dele.



Karen Logo-Kofoed giver de forebyggende medarbejdere en række råd:

- I skal presse på derhjemme for at tænke mere innovativt og eksperimentere. For det kan godt være at den første støvsuger I køber hjem ikke er god nok, men en risikovillighed er nødvendig både fra jeres leders og politikeres side, og I kan være med til at være øjenåbnere for hvad der findes af muligheder.

- Hav øje for de ting I hører, fx når ældre siger det kunne være så godt hvis der fandtes et eller andet. Så skal det bæres videre til leverandører, og så tager deres fantasi og snilde og teknologi over.

Karen Logo-Kofoed håber forebyggerne vil være med til at sætte gang i det, for ellers får vi endnu større problemer end vi allerede har. Man skal forberede sig i tide, så man kan håndtere det når man bliver svagere. Men man skal heller ikke hjælpe folk med noget de godt selv kan. Dovenskaben kan jo vinde indpas!!

Her på bagsiden skal det lige nævnes, at

Navnene på de valgte til bestyrelsen i SUFO er:

Tove Madsen; Frederiksberg (forkvinde)

Dorte Simonsen, Holbæk

Vibeke Reiter, Løjre

Inga Benzon, Tønder

Anne Marie Olsen, Silkeborg

Helle Phillipsen, Sønderborg

John Svendsen, Assens

Suppleanter:

Kirsten Voss Andersen, København

Inger Marie Ditlevsen, Esbjerg

