

4. december 2014

11/030104

LPED

Høringsskema – Håndbog om forebyggelse på ældreområdet

Når du kommenterer på håndbogen vil vi bede dig være særligt opmærksom på følgende spørgsmål – i relation til det fagområde eller den organisation, myndighed eller forening, som du repræsenterer:

- Er omtale af fagpersoner, andre aktører og samarbejdsrelationer i orden?
- Er der faktuelle fejl og mangler?
- Er der andre forhold, som du mener, vi bør være opmærksomme på?
- I hvilken grad vurderer du, at håndbogen er anvendelig i kommunerne?

Generelle kommentarer til håndbogen:

Generelt en meget anvendelig og veldokumenteret håndbog som inspirerer til nye tiltag og måder at gribe problemstillinger an.

Selve grundopbygningen der er fælles i de specifikke indsatsområder, giver mening i forhold til implementering, dokumentation, opfølgning, evaluering og kompetenceløft.

Godt med solide kilde-henvisninger og gode link-forslag.

Godt med eksempler fra forskellige kommuner.

Selvom viden om strategi, implementering, dokumentation og resultatopfølgning er kendte af aktørerne inden for det kommunale område, gøres det meget forskelligt. Hermed er der bestemt mulighed for nemt tilgængelige redskaber, der er veldokumenteret og valide og kan være med til at give et sammenlignings grundlag, kommunerne imellem.

Forhåbentligt danne grundlag for at se effekt af forebyggende tiltag og til udvikling.

Det kunne dog anbefales, for at flest mulige får håndbogen anvendt i "*den virkelige dagligdag*", at lave en Pixi-udgave – en appetiser, der giver lyst til fordybelsen.

Mangler/ og opmærksomheds forhold

Der mangler generelt i alle afsnit det sundhedspædagogiske perspektiv, når der tages udgangspunkt i håndbogens formål og at der stadigvæk er et stort potentiale i forebyggende indsatser i befolkningen, herunder ældre borgere.

Dette berøres kun meget sporadisk. Viden om -og at kunne benytte sundhedspædagogiske principper er vigtige kundskaber, hvis den tidlige opsporing og de forebyggende indsatser skal lykkes og dermed have effekt.

Som f.eks.:

S2. under mestring lægges vægt på at den forebyggende indsats også afhænger af den ældres ressourcer og mestringsstrategier. (Her kan en sundhedspædagogisk tilgang være med til at få den ældres ressourcer og mestringsstrategier i spil)

I et andet eksempel fra afsnittet om fald under indsatser s. 13 - Helhedsorienteret vejledning og rådgivning om sundhed. Her beskrives at viden er en basal forudsætning for at den enkelte kan foretage rationelle valg i forhold til mere sundhedsfremmende livsstil.

Der kunne med fordel inddrages principper og metoder fra "De fem kernebegreber i et sundhedspædagogisk perspektiv" der ligger til grund for patientuddannelserne. Der henvises til litteratur af Centerchef og professor Bjarne Bruun Jensen.

Fremadrettet er det vigtigt at håndbogen holdes ajour med lovgivning og relevant evidensbaseret viden.

SUFO (foreningen for sundhedsfremmende og forebyggende hjemmebesøg) ser frem til offentliggørelsen af håndbogen, da den vurderes som et væsentligt og brugbart værktøj i de forebyggende hjemmesøg.

På vegne af SUFO

Vibeke Reiter

Kommentarer: Tværgående kapitel – Om håndbogen

Det giver god mening at få forklaret de forskellige termer/ centrale begreber der bruges og dermed få italesat en fælles forståelse af de centrale begreber.

Der bør ligeledes forklares de sundhedspædagogiske principper.

S. 5 Omgivelsesfaktorer: hvad med det miljømæssige? eller går det under det fysiske?

S.5 Personlige faktorer: Er den enkeltes personlige socialkapital indtænkt? Og hvad med Habitus? Det er vel ikke kun alder, køn, religiøs opfattelse, social status og økonomisk formåen?

Målgrupper for forebyggende indsatser

Målgrupper for forebyggende indsatser til opsporing af borgere der ikke opsøger kommunale tilbud og der f.eks. ikke får tilbud om det lovpligtige forebyggende hjemmebesøg er rigtig godt at der er fokus på.

Her bør der især være fokus på gruppen af ældre fra 65 årige og op til 75 årige, da der fra +75 årige sker en systematisk henvendelse via lovgivningen med de forebyggende hjemmebesøg.

Primære kommunale aktører og arenaer:

S.11 Kunne der med fordel indskrives andre kommunale medarbejdere som f.eks. socialrådgivere, socialpædagoger i socialpsykiatrien. Idet der her er nogle kommunale samarbejdspartnere som også er i berøring med ældre. F.eks. Socialrådgiveren i forbindelse med pension.

s. 12 fint afsnit om forebyggende hjemmebesøg som en central arena for opsporing.

Obs. Fakta boxen om Serviceloven / forebyggende hjemmebesøg bliver justeret, når ny lovgivning bliver vedtaget.

S.15 under eksterne aktører/samarbejdspartnere – samarbejdspartnere i lokalsamfundet. Er boligsociale medarbejdere også viceværter? ellers vil det være en samarbejdspartner der bør nævnes, da det ikke er alle boligområder der har boligsociale medarbejder. Det kunne også føjes til s. 19.

Vedr. afsnit om dokumentation og resultatopfølgning.

Godt, at der er fokus på parametrene "indikatorer og resultatopfølgning", men HVEM skal gøre det?

Hvem skal fx lave de spørgsmål, der på valid vis kan sige noget om "nøglepersonens vurdering af indsatsen" ("Selvmordsadfærd", s. 23), så det ikke bliver til, hvad den enkelte synes, fornemmer og føler?

S. 25 I SUFO ved vi, at medlemmerne efterspørger mere viden om netop dette emne, og det vil være formålstjenligt at få det beskrevet meget mere tilbundsående. Hvad gælder af dokumentationspligt for forebyggende hjemmebesøg? Hvad skal dokumenteres – og hvad kan dokumenteres? Hvem skal have adgang til dokumentationen – skal det f.eks. alle ansatte i kommunen, skal det kun være ansatte i de forebyggende hjemmebesøg eller alle i samme forvaltning?

Kommentarer: Tværgående kapitel – Redskaber

De enkelte test er godt beskrevet og enkelt at gå til, men for unuanceret at anvende i et "professionelt menneskearbejde".

Det er problematisk at der under flere af "redskaberne" står, at de kan gennemføres af de fleste personalegrupper og uden særlig oplæring.

Der bør beskrives, at det kræver indsigt, viden og oplæring i hvordan, hvornår og med hvilket formål, redskaberne bruges i en helhedsvurdering af den ældres situation. Ligeledes at være bekendt med hvilke konsekvenser det kan medføre for den enkelte ældre.

Udfaldet af en test kan ikke bare tolkes ude af sammenhæng, men skal ses som retningsgivende. Fx kan en score på 5-6 i en GDS-15 test godt hænge sammen med, at borgeren fx er ny opereret – og derfor ikke KAN de samme ting, som før. Denne indvending er væsentlig, hvis testen bruges ved alle borgere. Hvis den kun anvendes, hvor man som professionel har mistanke om depression, kan tolkningen være mere specifik.

GDS-15 er IKKE et diagnoseredskab, og bør IKKE bruges uden oplæring!! ("Redskab", side 14).

Jævnfør i øvrigt under "Selvmordsadfærd", side 20, hvor der står, at det er:

"...afgørende, at medarbejderne er trænet i at anvende screeningsredskabet GDS-15 samt tage den svære eksistentielle samtale".

Det bør overvejes at give en forklaring på, at der i de enkelte afsnit vil blive præsenteret relevante redskaber og værktøjer som er målrettet den specifikke indsats. f.eks. samtale værktøj til at, spørge ind til alkohol. Den motiverende samtale som der refereres til i flere afsnit.

Kommentarer: Kapitel om alkohol

Dette afsnit giver bestemt stof til eftertanke og potentiale for udvikling.

Et fokus område der bør tydeliggøres:

Hvordan kan en målrettet tidlig opsporende indsats iværksættes til aldersgruppen 65-74 årige?

Når gruppen af ældre i alderen 65-74 år, ifølge Sundhedsprofilen 2013, er den gruppe af ældre borgere der drikker mest over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse. Ligeledes gældende for de 65 årige velstillede ældre med lang videregående uddannelse.

Forbruget er fortsat for højt i aldersgruppen fra 75 år. Men her vil der være et godt potentiale i fokus på indsatsen, ved det årlige tilbud om forebyggende hjemmebesøg.

Kommentarer: Kapitel om ensomhed og social isolation

Fint, at der **skelnes** mellem ensomhed og social isolation.

Imødekommelse af ensomhed og social isolation må ikke reduceres til kun at være et spørgsmål om at deltage i en aktivitet!

Det er, som det nævnes, mere væsentligt at der er nærvær i relationerne. Dette kan med fordel fremhæves yderligere – og prioriteres som kompetence for personale/frivillige, der er med i processen.

Kommentarer: Kapitel om ernæring

Fagpersoner bør ændres til kostfaglig person, da der er flere professioner udover diætister der i kommunerne arbejder inden for ernæring f.eks. professionsbachelor i ernæring og sundhed.

1. Det undrer mig at der ikke er nævnt hvad det optimale BMI er for ældre, da der jo nævnes BMI både i definitionen af undervægt og definitionen af svær overvægt. Der er jo både nævnt de officielle kostråd samt de generelle anbefalinger for indtag af D-vitamin, calcium og protein.

2. På s. 14 afsnit syv kunne et eksempel være kost til ældre med dårlig tandstatus.

3. Der er umiddelbart en selvmodsigelse på s. 3 i afsnit 6:

”Undervægt er ikke en risikofaktor i sig selv i forhold til tab af funktionsevne”(starten af afsnittet”

”Undervægtige ældre har dermed relativt mindre muskelmasse og dermed øget risiko for tab af funktionsevne, og mindre modstandskraft, hvis sygdom eller uheld indtræffer” (slutningen af afsnittet.)

Ligeledes nævnes der på side 7 afsnit 7 ”.idet vægt og funktionsevne ofte følges tæt ad hos ældre”

4. På side 18 nævnes indsatsen "spiseeven i hjemmet". Kunne dette tiltag ikke også være til forebyggelse af svært overvægtige? En frivillig der kunne komme i hjemmet og tilberede et sundt og velsmagende måltid sammen med den ældre hvorved både det sociale aspekt kombineres med at indføre/bidrage til gode vaner.

5. På side 20. nævnes der at EQ-5D kan anvendes som redskab til måling af om indsatsen har effekt. Kan man godt tillade sig at antage at det netop er denne indsats der har evt forhøjet livskvaliteten? Der kan vel være bias i denne forbindelse.

Kommentarer: Kapitel om fald

Begrundelserne for "Hvorfor forebygge"? Er velbeskrevet – godt at der er fremhævet kompleksiteten i forebyggelse af fald.

Opsporing og motivation

Godt at fremhæve alle de faktorer der har indflydelse på fald.

S.5 Her kan indskrives viden om den sundhedspædagogisk tilgang som metode til at få italesat positive gevinster ved faldforebyggelse.

Den ældres opfattelse af fald er en vigtig dimension i forståelsen af faldforebyggelse og hvordan den ældre persons opfatter gevinsten ved faldforebyggelse.

Her kan henvises til en artikel af sygeplejerske, cand.mag. i pædagogik og ph.d.- studerende Lotte Evron, der forsker i faldforebyggelse i alderdommen. Artikel i Nordisk Sygeplejeforskning, udgivet 15. jan. 2015 " faldtypologier som forståelse af faldforebyggelse i alderdommen".

S. 7 Omgivelser – Kunne uddybes med at ændring i bolig indretning (f.eks. fjernelse af løse tæpper) nødvendigvis ikke fjerner grundproblemet, der f.eks. kan være manglende muskelstyrke, træthed, brug af sovemedicin m.m.

s. 8 – 9 Motivation til deltagelse i faldforebyggende indsatser- Her vil den sundhedspædagogiske tilgang under bygge afsnittet og styrke den faldforebyggende indsats.

Balance- og styrketræning

S. 17 – balance- og styrketræning i hjemmet kunne nævnes, at velfærdsteknologi kan benyttes i form af virtuel træning på computer. (Anvendes bl.a. i Lejre Kommune).

S. 18 afsnittet Implementering er der noget sprogligt i 3. afsnit

S.18 - Organisering: Det bør overvejes at tilføje, at der med fordel kan benyttes faldforebyggende specialister med en uddannelse svarende til ergo-/ fysioterapeuter- og sygeplejersker, idet der er flere kommuner som har faldteams bestående af flere benævnte faggrupper. Dette underbygges i at faldforebyggende indsats er kompleks.

Sidst i dette afsnit er der beskrevet, at en udfordring i indsatsen er fastholdelse og opretholdelse af motivation. Her kan igen bruges den sundhedspædagogiske tilgang som redskab.

Kommentarer: Kapitel om fysisk aktivitet

Indsatser

s. 11 – Under individuelle indsatser, kunne nævnes hjemmetræning via velfærdsteknologi f.eks. virtuel træning, der foregår ved et individuelt tilpasset træningsprogram er indkodet på en lille computer der kobles på den ældre persons TV. Den ældre kan så selv bestemme hvornår træningen skal foregå. Computeren gemmer træningsresultater, hvorefter en træningsterapeut kan følge op sammen med den ældre. (implementeres i øjeblikket i Lejre Kommune).

Kommentarer: Kapitel om selvmordsadfærd

Godt med formidlingen af, at selvmordsraten er nedadgående!

Igen vigtigt at pointere, at GDS-15 ikke er et diagnoseredskab.

Der er mange vinkler at opspore fra, jf. side 11. Når der vælges en indsats som "Uddannelse af nøglepersoner" vil det være relevant, at en sådan person også forestod formidling omkring opmærksomhedspunkter ved selvmordsadfærd. Fx kunne man undervise om selvmordsadfærd i en boligforening.