SUNDHEDSSTYRELSEN

2020

Vejledning om forebyggende hjemmebesøg til ældre

UDKAST – Version v.09

Vejledning om forebyggende hjemmebesøg til ældre
UDKAST – Version v.09

© Sundhedsstyrelsen, 2020.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]
Den trykte versions ISBN: [xx]
ISSN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: [xx]
Versionsdato: [x.xx.xxxx]
Format: pdf
Foto: [Tekst] – og;

Tekstbidrag til kapitel 3 og 5:
Dorit Wahl-Brink, Marseliborg Consulting

Redaktionel bearbejdning:
Lene Halmø Terkelsen, journalist

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

INDHOLDSFORTEGNELSE

Forord 5
1. Introduktion 6
1.1. Forebyggelse og det gode ældreliv 6
1.2. Formålet med forebyggende hjemmebesøg til ældre 6
1.3. Lovgivning om forebyggende hjemmebesøg til ældre 6
1.4. Forebyggelseskonsulentens kompetencer 7
1.5. Overblik over processen med forebyggende hjemmebesøg 7

2. Før besøget 9
2.1. Valg af målgrupper 9
2.2. Metoder til at finde borgere i de relevante målgrupper 10
2.3 Juridiske rammer for anvendelse og udveksling af personoplysninger 12
2.4. Synliggørelse af tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg 13
2.5. Henvendelse til borgeren 14
2.6. Udlevering af spørgeskema før eller under besøget 15
2.7. Opbyg samarbejde med relevante aktører 16
2.8. Valg af besøgsform - individuelt besøg eller kollektivt arrangement? 16

3. Under besøget 18
3.1. Tag udgangspunkt i den enkelte borger 18
3.2. Balancér rollen som rådgiver og vejleder 18
3.3. Skræddersy samtalen 18
3.4. Vurdér borgerens sundhedskompetence 19
3.5. Vurdér borgerens handlekompetence 20
3.6. Rådgivning og vejledning under et kollektivt arrangement 21

4. Temaer i det forebyggende hjemmebesøg 23
4.1. Generelt om samtalen 23
4.2. Ofte forekommende sygdomme og tilstande hos ældre 25
4.3. Mental sundhed, trivsel og ensomhed 26
4.4. Depression 27
4.5. Sorgreaktioner 27
4.6. Selvmordsrisiko 28
4.7. Fysisk formåen, herunder faldrisiko 28
4.8. Mad og måltider, herunder over- og undervægt 30
4.9. Alkohol 31
4.10. Rygning 31
4.11. Boligsituation og boligindretning 32
4.12. Hjælpemidler, IT og velfærdsteknologi 33
4.13. Økonomi 33
4.14. Afrunding af samtalen 34

5. Opfølgning og videreudvikling 35
5.1. Henvisning til tilbud i kommunen eller civilsamfundet 35
5.2. Dokumentation af besøget 37
5.3. Kvalitetsstandarden som ramme for videreudvikling 37

6. Referencer 40

Forord

Denne vejledning introducerer opgaven med at planlægge, gennemføre og følge op på forebyggende hjemmebesøg til ældre. Vejledningen er målrettet forebyggelseskonsulenter, som arbejder med området.

Formålet er at gøre det lettere for forebyggelseskonsulenterne, højne kvaliteten af besøgene samt beskrive, hvordan det forebyggende hjemmebesøg kan anvendes mere fokuseret og systematisk til at tage hånd om ældre, der viser tegn på social, psykisk og fysisk mistrivsel.

Forebyggende hjemmebesøg til ældre blev lovfastsat med virkning fra 1. juli 1996. Siden har Sundhedsstyrelsen udarbejdet flere publikationer om området, bl.a. ”Håndbog til kommunerne om forebyggelse på ældreområdet” og ”Guide til kommunerne til opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne”. Endvidere har Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) gennemført en litteraturgennemgang af evidens på området og interviews med 10 kommuner om praksiserfaringer.

Denne vejledning samler op på tidligere publikationer, teori og erfaringer og giver en række anvisninger, der bygger på den aktuelt bedste viden fra forskning og praksis.

Ved de forebyggende hjemmebesøg bør forebyggelseskonsulenten altid tage udgangspunkt i borgerens livssituation, ønsker og behov, og vejledningens forslag til fx temaer skal derfor læses som et udgangspunkt for besøget og ikke en tjekliste, der skal følges slavisk.

En referencegruppe med repræsentanter fra SUFO (Landsforeningen for ansatte i Sundhedsfremmende Forebyggende hjemmebesøg), KL, Ældre Sagen, Danske Ældreråd, og Marselisborg Consulting har bidraget med rådgivning og inspiration.

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk/hjemmebesoeg-aeldre) kan forebyggelseskonsulenter finde yderligere inspiration i guidemateriale med konkrete eksempler på tests, spørgeguides mv.

Niels Sandø
Enhedschef
Forebyggelse

Mads Biering la Cour
Enhedschef
Ældre og Demens

1. Introduktion

1.1. Forebyggelse og det gode ældreliv

Mange ældre forbinder et godt ældreliv med at kunne fortsætte med at leve det liv, som de har været vant til. For mange betyder det et liv med:

- **relationer.** At have et velfungerende socialt liv med nære relationer og mulighed for følelsesmæssig og praktisk støtte i hverdagen
- **meningsfuldhed.** At være en aktiv del af samfundet, hvor man spiller en rolle for andre mennesker, bruger sine evner og deltager i meningsfulde og sociale aktiviteter
- **autonomi.** At have indflydelse på eget liv – det vil sige at være selvhjulpen, at kunne bevæge sig rundt på egen hånd og have mulighed for at træffe egne beslutninger.

Et godt helbred kan være en grundlæggende forudsætning for at opbygge og vedligeholde sociale relationer, være en aktiv del af samfundet og bevare autonomi længst muligt (1) (2). Forebyggende og sundhedsfremmende indsatser kan påvirke sund aldring og derved være med til at sikre, at ældre kan leve det liv, som den enkelte ønsker.

Kommuner understøtter ældre borgeres visioner for godt ældreliv gennem deres ansvar for at skabe rammer for sund levevis og at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne, jf. sundhedsloven. Når ældre borgere får behov for hjælp og støtte, understøtter kommunen ligeledes visionen om godt ældreliv gennem ydelser som personlig pleje og praktisk hjælp, jf. serviceloven. Kommunernes forebyggende hjemmebesøg til ældre er et målrettet sundheds- og trivselsfremmende tilbud til borgere i en potentielt sårbar livsfase og kan understøtte, at borgerens behov for mere intensive ydelser fra kommunen mindskes.

1.2. Formålet med forebyggende hjemmebesøg til ældre

Formålet med forebyggende hjemmebesøg er overordnet at bidrage til øget tryghed, trivsel og sundhed hos borgeren ved at:

- understøtte den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre ved at yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder
- gøre borgeren opmærksom på tilbud, som vil kunne bidrage til at forebygge eller løse eventuelle problemer, inden de udvikler sig. Fx ved at informere borgeren om frivillige organisationer, kommunale tilbud og sociale netværk
- understøtte borgeren i at udnytte egne ressourcer bedst muligt og bevare eller forbedre funktionsniveauet længst muligt.

1.3. Lovgivning om forebyggende hjemmebesøg til ældre

Kommunerne skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg til ældre, jf. servicelovens § 79 a. Tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg skal ses som et supplement til den kommunale myndigheds almindelige rådgivnings- og vejledningsforpligtelse efter servicelovens § 10 (3). Det forebyggende hjemmebesøg er et opsøgende tilbud, som det er frivilligt for borgeren at tage imod.

Det står kommunerne frit for, hvordan de tilrettelægger og organiserer besøgene samt hvilke faggrupper, der varetager besøgene. Lovgivningen åbner endvidere op for, at

kommunerne som afholde kollektive arrangementer. Hvis borgere ikke ønsker at deltage i et kollektivt arrangement, skal et individuelt hjemmebesøg tilbydes.

Kommunalbestyrelsen skal mindst en gang årligt udarbejde en kvalitetsstandard for forebyggende hjemmebesøg (4). Kvalitetsstandarden skal indeholde en beskrivelse af, hvordan kommunalbestyrelsen tilrettelægger ordningen, herunder beskrive eventuelle andre former for forebyggende indsatser, der tilbydes som et alternativ til et individuelt besøg, fx et eller flere kollektive arrangementer. Kvalitetsstandarden skal indeholde serviceinformation til borgerne om formålet med og indholdet i det forebyggende hjemmebesøg eller det kollektive arrangement.

Kvalitetsstandarden skal desuden beskrive, hvordan kommunen opfylder forpligtelsen til at tilbyde forebyggende hjemmebesøg efter behov til borgere i alderen 65-81 år, som er i særlig risiko for at få nedsat social, psykisk eller fysisk funktionsevne. Det skal således fremgå, hvilke særlige risikogrupper tilbuddet er målrettet til.

1.4. Forebyggelseskonsulentens kompetencer

Det fremgår ikke af loven, hvilken uddannelsesmæssig baggrund forebyggelseskonsulenten skal have for at kunne gennemføre forebyggende hjemmebesøg, men for at sikre overordnet kvalitet i opgaveløsningen kan det være relevant, at forebyggelseskonsulenten:

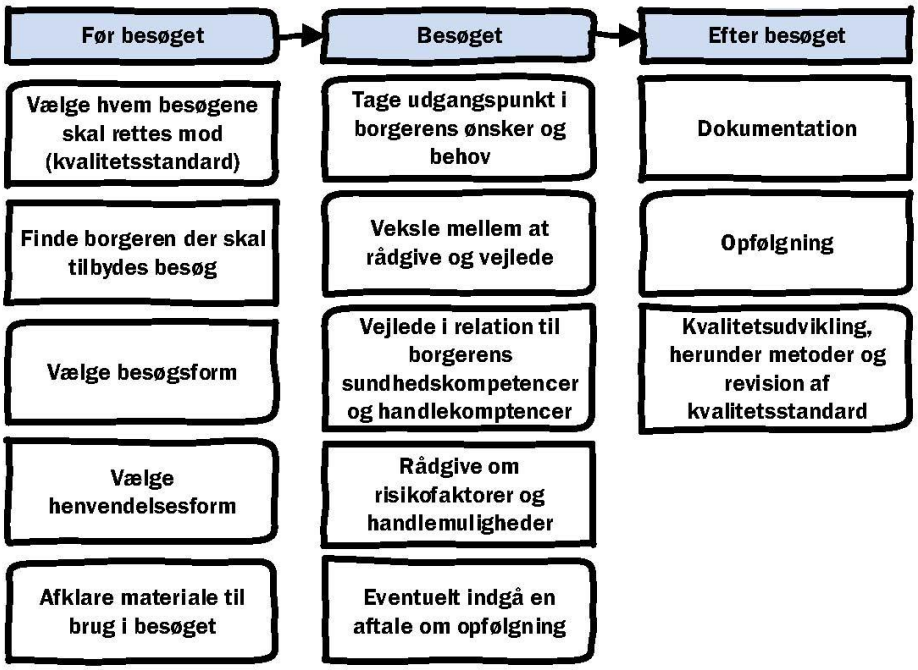
- besidder en række sundhedsfaglige, sundhedspædagogiske samt socialfaglige kompetencer
- kan veksle mellem rollen som rådgiver og vejleder. Ikke to borgere er ens, og forebyggelseskonsulenten skal kunne bruge sin faglige viden og skræddersy samtalen efter den enkelte borgers behov
- har kendskab til og samarbejder med mange aktører og kan være en indgang til kommunens og civilsamfundets tilbud
- kan skabe en god relation til borgeren og derved gøre det nemt og trygt at kontakte kommunen, hvis der opstår problemer mellem besøgene.

Forebyggelseskonsulenten har pligt til at handle på eventuelle forhold, som afdækkes under besøget, og som forebyggelseskonsulenten med sin faglighed kan se, at der som kommunal myndighed skal handles på. Det betyder, at forebyggelseskonsulenten bør gøre relevante kollegaer i kommunen opmærksom på eventuelle problematikker, som kræver reaktion fra kommunens side.

1.5. Overblik over processen med forebyggende hjemmebesøg

Nedenfor vises et overblik over forebyggelseskonsulentens opgaver med planlægning, gennemførelse, opfølgning og videreudvikling af de forebyggelse hjemmebesøg.

Figur 1.1. Planlægning, gennemførelse og opfølgning


Før besøget
Besøget
Efter besøget
Vælge hvem besøgene skal rettes mod (kvalitetsstandard)
Finde borgeren der skal tilbydes besøg
Vælge besøgsform
Vælge henvendelsesform
Afklare materiale til brug i besøget
Tage udgangspunkt i borgerens ønsker og behov
Veksle mellem at rådgive og vejlede
Vejlede i relation til borgerens sundhedskompetencer og handlekomptencer
Rådgive om risikofaktorer og handlemuligheder
Eventuelt indgå en aftale om opfølgning
Dokumentation
Opfølgning
Kvalitetsudvikling, herunder metoder og revision af kvalitetsstandard

2. Før besøget

2.1. Valg af målgrupper

Kommunerne skal, jf. servicelovens § 79 a, tilbyde forebyggende hjemmebesøg til følgende grupper med følgende faste intervaller:

- enlige ældre i det år de fylder 70 år
- alle ældre i de år de fylder 75 år og 80 år
- alle ældre årligt fra de er fyldt 82 år.

Målgruppen for hjemmebesøgene er ældre, som i høj grad klarer sig selv i hverdagen, dvs. ikke modtager øvrig kommunal hjælp eller kun i begrænset omfang har brug for hjælp og støtte efter serviceloven, og som ikke bor i plejeboliger. Det indebærer, at kommunerne kan vælge at undtage borgere, som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp efter § 83 i serviceloven, fra ordningen om forebyggende hjemmebesøg.

Målgrupper for behovsbestemte forebyggende hjemmebesøg

Ud over de aldersbestemte besøg skal kommunerne gennemføre behovsbestemte forebyggende hjemmebesøg til alle ældre i alderen 65-81 år, som er i særlig risiko for at få nedsat social, psykisk eller fysisk funktionsevne.

Kommunerne kan i forbindelse med de behovsbestemte forebyggende hjemmebesøg vælge målgrupper ud fra forskellige risikofaktorer og forhold:

1) Generelle risikofaktorer og -situationer

Det kan fx være ældre (22) (23):

- som har mistet samlever/ægtefælle pga. dødsfald
- hvis samlever/ægtefælle er kommet på plejehjem
- uden børn (5)
- med fysisk, psykisk eller socialt funktionstab (6), herunder er faldet eller har sansetab
- som har hyppige indlæggelser/genindlæggelser eller mange henvendelser til praktiserende læge
- som er pårørende til alvorligt syg samlever/ægtefælle, der fx modtager intensiv hjælp, har udviklet demenssygdom eller afslutter rehabiliteringsforløb
- med skadeligt medicin- eller alkoholforbrug
- med anden etnisk baggrund end dansk, evt. særligt med ikke vestlig baggrund
- som forlader arbejdsmarkedet (7).

2) Forhold i kommunen, som gør udvalgte grupper relevante for besøgene.

Det kan fx være:

- høj andel af ældre med anden etnisk baggrund end dansk, da der i denne gruppe kan være en højere forekomst af ældre med svagere sundhedskompetencer
- høj andel af ældre, der bor i udsatte boligområder eller i boliger med særlig risiko for ensomhed
- fokus på udvalgte grupper begrundet i resultater fra nationale, regionale eller kommunale sundhedsprofiler (8)

- fokus op forebyggelse af fald
- fokus på forebyggelse af ensomhed.

Kommunen skal synliggøre og begrunde sit valg af målgrupper for de behovsbestemte besøg i sin kvalitetsstandard. Forebyggelseskonsulenten kan i forbindelse med den proces overveje, om der skal opstilles mål for videreudviklingen af hjemmebesøgene, jf. kapitel 5.

Forebyggelseskonsulenten bør i arbejdet med at foreslå målgrupper være opmærksom på etiske dilemmaer. Der kan være en risiko for, at opsporingen kan virke stigmatiserende og privatlivskrænkende eller på anden måde føre til, at borgeren føler sig forurettet (9).

2.2. Metoder til at finde borgere i de relevante målgrupper

Der er overordnet tre måder at finde borgerne på:

- dataudtræk
- samarbejdspartnere
- bekymringshenvendelser.

Dataudtræk. Det er mest ressourcebesparende for kommunerne at finde borgerne i målgrupperne gennem dataudtræk (10), dvs. ved at bruge de oplysninger, som kommunen allerede er i besiddelse af eller har let adgang til, fx via folkeregisteret, hvor der kan udtrækkes data om de forskellige aldersgruppers kontaktoplysninger, dvs. adresse og telefonnummer. Kommunerne har især gode erfaringer med at trække lister over ældre, som har forladt arbejdsmarkedet, der udskrives fra sygehus, ældre med ikke-vestlig baggrund, tilflyttere i udvalgte boligområder og borgere, som overgår fra førtidspension eller kontanthjælp til folkepension mm (10) (11). Indhentning af disse data kan foregå via internt samarbejde i kommunen eller via eksterne IT-leverandører. Almindeligvis bliver data indhentet internt i kommunen, fx via samarbejde med Borgerservice eller en anden datakyndig afdeling i forvaltningen, som har adgang til datakilder om borgerne samt kompetencer til at krydse data. Hermed bliver det muligt at indhente viden om fx alder, køn, bopæl samt bestille særlige dataudtræk fra fx Danmarks Statistik eller andre offentlige databaser og krydse dem ud fra målgruppebeskrivelsen (11).

Samarbejdspartnere. Samarbejde med interne og eksterne aktører er en vigtig metode til at nå de målgrupper, der ikke kan findes via dataudtræk. Interne eller eksterne aktører kan informere, opfordre og eventuelt henvise borgerne til et forebyggende hjemmebesøg med borgerens samtykke, ligesom samarbejdspartnere kan besidde væsentlig viden om målgruppen, der kan være relevant for forebyggelseskonsulenten. Centrale aktører kan blandt andet være:

- **kommunale aktører.** Fx medarbejdere i syge- og hjemmeplejen, demenskoordinatorer, træningsmedarbejdere, frivillighedskoordinatorer, medarbejdere i sundhedshuse, borgerservice, på biblioteker eller aktivitetscentre, sagsbehandlere på beskæftigelsesområdet og visitatorer

- **eksterne aktører.** Fx bedemænd, præster, frivillige i senior- og pensionistforeninger eller selvhjælpsgrupper, boligsociale medarbejdere, patientforeninger, ældreorganisationer, lokale medier

- **borgeren selv og pårørende.** Fx børn eller naboer, der kontakter kommunen.

Der er gode erfaringer i kommunerne med samarbejde, som kan være mere eller mindre formaliseret (10) (12):

- **organisering internt i kommunen.** Den organisatoriske placering af forebyggelseskonsulenten kan overvejes, da det kan have betydning for umiddelbare samarbejdsflader for at opspore borgere i målgruppen.
- **formelle samarbejdsaftaler** om henvisning med fx træningssektion og hjemmeplejen eller det team, der udfører rehabiliteringsforløb efter § 83 a i serviceloven.
- **samarbejde med civilsamfundet og frivillighedsområdet.** Mange kommuner fremhæver vigtigheden af at samarbejde med frivillighedsområdet som en arena for både opsporing og samarbejde omkring henvisning af ældre, der ønsker at deltage i netværk eller aktiviteter (10).
- **aftaler med sygehuse, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter** mv. om at udvalgte målgrupper henvises til de forebyggende hjemmebesøg, herunder, at henvisningen foregår efter bestemte procedurer. Da fx sygehuse samarbejder med flere kommuner, kan et samarbejde om sådanne procedurer på tværs af kommuner være en forudsætning, fx for et sygehus-optageområde, klynge-kommune-samarbejde eller regionen. Det kunne fx indgå i sundhedsaftalen mellem kommuner og region.

Bekymringshenvendelser. Uopfordrede henvendelser om bekymringer vedrørende ældre er en vej til at nå de målgrupper, som kommunen har fastlagt. Bekymringshenvendelser kan komme fra forskellige aktører og samarbejdspartnere, der vurderer, at en given borger har behov for en forebyggende indsats og henvise borgere, der har interesse i et forebyggende hjemmebesøg, til kommunen (11).

Bekymringshenvendelser kan fx være henvendelser fra:
- praktiserende læge, der henvender sig om en borger, som har haft mange besøg i almen praksis
- pårørende, der har hørt om de forebyggende hjemmebesøg i en anden sammenhæng
- terapeuter under kommunens vedligeholdende træning eller genoptræning, der har haft borgeren i et træningsforløb, og som vurderer behov for fastholdende tiltag, fx motionsaktiviteter i civilsamfundet eller en motionsven
- frivillige, der gennem foreningslivet møder ældre, fx til motionsaktiviteter, hvor de lægger mærke til ændringer i den ældres funktionsniveau.
- en nabo, der retter henvendelse pga. bekymring for, om en borger er ensom, fx pga. tab af ægtefælle.

Det er vigtigt, at forebyggelseskonsulenten i forhold til bekymringshenvendelser er opmærksom på at følge reglerne for videregivelse af personoplysninger, som kommunen anbefales at have beskrevet, jf. afsnit 2.3. om juridiske rammer for anvendelse og udveksling af personoplysninger.

Udfordringer med at finde borgere til behovsbestemte besøg
Der findes få studier om valide metoder til at identificere 65-81 årige borgere, som er i risiko for tab af funktionsevne (10) (11) (12). Mange kommuner oplever det som en udfordring at finde borgere til de behovsbestemte besøg pga. gruppens komplekse, forskelligartede behov og udfordringer.

Erfaringer fra kommunerne viser, at dataudtræk eller samarbejdspartnere er de mest velegnede metoder til at finde borgere i målgruppen (22).

2.3 Juridiske rammer for anvendelse og udveksling af personoplysninger

Når forebyggelseskonsulenten bruger personoplysninger, er kommunen dataansvarlig. Det anbefales, at den enkelte kommune kortlægger, hvilke oplysninger, der skal anvendes til bl.a. opsporing af ældre til de forebyggende hjemmebesøg, herunder hvornår det er relevant at dele, modtage eller videregive personoplysninger med andre dele af kommunens forvaltning/institutioner, andre myndigheder eller private (foreninger mv).

Der skal være et sagligt formål og en lovhjemmel for, at personoplysninger kan registreres, gemmes og anvendes i kommunen. Servicelovens § 79 a er et sådant formål, og i kommunens kvalitetsstandard vil beskrivelserne af målgruppen for behovsbestemte forebyggende hjemmebesøg til ældre i kommunen være en yderligere konkretisering af formålet, som kan begrunde dataanvendelsen.

Det kan fx være oplysninger om ældre, der:

- netop har mistet en ægtefælle
- forlader arbejdsmarkedet
- har særlige sundhedsudfordringer eller funktionsnedsættelser
- har udfordringer knyttet til boligform eller lokalområde.

Hvis kommunen arbejder med datatræk til opsporing af ældre, må oplysninger fra et datatræk kun anvendes til det formål, som datatrækket laves til, og de må kun opbevares i den relevante periode.

Dataanvendelsen skal beskrives i kommunens databehandlingsfortegnelse, hvilket kommunens databeskyttelsesrådgivning involveres i.

Reglerne om journalisering og udveksling af personoplysninger fremgår bl.a. af:

- forvaltningsloven
- offentlighedsloven
- retssikkerhedsloven
- databeskyttelsesloven
- databeskyttelsesforordningen.

Hvis der er tale om sundhedsbehandling i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg, skal regler om journalisering og udveksling af data i sundhedsloven og autorisationsloven følges.

Læs mere om juridiske rammer
KL har udarbejdet en vejledning til udveksling af personoplysninger på det kommunale sundheds- og ældreområde (13).

Ofte vil et samtykke fra borgeren være nødvendigt for, at oplysninger kan deles. Der gælder dog særlige bestemmelser om videregivelse uden indhentning af samtykke, når oplysningerne skal bruges til tilrettelæggelse af omsorgsopgaver mv. efter § 79 a i serviceloven. Kommune og sygehus kan ifølge retssikkerhedslovens § 12 c udveksle de såkaldt indlæggelses- og udskrivningsadviser uden borgerens samtykke til brug i administration af forebyggende hjemmebesøg. Kun relevante sagsbehandlere i kommunen og på sygehuset må have adgang til de udvekslede adviser, og borgeren skal modtage oplysning om udvekslingen af oplysninger.

Ved bekymringshenvendelser fra pårørende, frivillige, foreninger mv. skal forebyggelseskonsulenten være sikker på grundlaget for at registrere og behandle oplysningerne. Det bør derfor beskrives i kommunens kortlægning af oplysninger, der skal håndteres i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg. Såfremt bekymringshenvendelsen er anonym og fx handler om bekymring for en konkret psykisk, sårbar borger, der viser tegn på mistrivsel og alvorlige problemer, kan henvendelsen videregives til kommunale sagsbehandlere, der arbejder med § 12-området (jf. serviceloven).

Hvis forebyggelseskonsulenten er afhængig af oplysninger fra andre myndigheder eller civilsamfundet i identificeringen af borgere, kan det være effektivt at lave faste samarbejdsaftaler om håndtering af samtykkeerklæringer mv., så der sikres overholdelse af relevant lovgivning. Det kan fx være i relation til samarbejdet med andre forvaltninger i kommunen, med regionale aktører og med civilsamfundsaktører, fx idrætsforeninger, ældreorganisationer og boligforeninger.

Kommuner vil med fordel kunne dele erfaringer med det systematiske arbejde med at kortlægge og beskrive dataanvendelsen, så effektive fremgangsmetoder kan blive delt på tværs af kommuner (12).

2.4. Synliggørelse af tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg

Opsporingsarbejdet kan blive mere effektivt, hvis tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg, herunder formålet, synliggøres for alle relevante målgrupper, dvs. for ældre, ældres pårørende, kommunale aktører og civilsamfundet. Synliggørelse er ligeledes vigtigt i forhold til at opbygge samarbejde med centrale aktører, som kan formidle tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg til borgerne og henvise til det.

Der er gode erfaringer med at synliggøre tilbuddet via (22-24):

- **foldere og annoncer.** Fx sendt via brev og e-mail, uddelt på apoteker og i almen praksis

- **artikler** i lokale aviser og tidsskrifter med fokus på borgerens udbytte og forebyggelseskonsulentens rolle
- **personlige møder.** Forebyggelseskonsulenten møder borgerne ved fx dagligvarebutik og evt. uddeler foldere samt fortæller om indsatsen (10)
- **orienteringsmøder for borgere**. Forebyggelseskonsulenten afholder fx temadage med fokus på sundhed og forebyggelse for forskellige målgrupper over 65 år (12)
- **breve** om besøg sendt direkte målgrupperne (12)
- **besøg på centre mm.** Forebyggelseskonsulenten besøger fx sundhedscafé eller sundhedshus, ældreklubber eller relevante kommunale tilbud (24)
- **offentlige arrangementer.** Forebyggelseskonsulenten deltager i fx international KOL-/diabetesdag eller demenscafé for pårørende (14)
- **fast tilstedeværelse på kommunale aktivitetscentre**. Forebyggelseskonsulent er tilstede på kommunens aktivitetscenter, fx en gang om måneden, hvilket kan give flere relevante henvendelser fra ældre borgere med behov eller pårørende til ældre borgere (10).

Det er for alle formidlingsformer vigtigt, at indholdet er målrettet den udvalgte målgruppe.

Vær opmærksom på, at der kan være begrænsninger i forhold til, hvad der kan sendes ud til de borgere, der modtager digital post.

Borgere skal inviteres til hjemmebesøg eller kollektivt arrangement ved direkte henvendelse fx pr. telefon eller brev. Det er ikke tilstrækkeligt kun at oplyse generelt om tilbuddet gennem fx annoncering i dagspressen (3).

2.5. Henvendelse til borgeren

Undersøgelser viser, at tre ud af fire borgere ikke vurderer, at de har behov for et forebyggende hjemmebesøg, fordi de ser nedsat funktionsniveau, forringet helbred og sygdom som en uundgåelig del af det at blive ældre (11).

Det er derfor afgørende, at kommunen i invitationen til borgeren fremhæver formålet med og udbyttet af et besøg og understreger, at tilbuddet er let at benytte samt målretter henvendelsen, så den opleves som relevant for borgeren.

Invitationen kan fx målrettes på følgende måder (10):

- gør opmærksom på, at det er muligt at gøre noget ved det, som borgeren finder svært, eller som han eller hun antager er en naturlig del af at blive gammel. Præsentér evt. temaer for det forebyggende hjemmebesøg, som fx søvn, funktionsniveau, mulighed for at udføre forskellige aktiviteter, inkontinens, humør- og energiniveau (15) (16)
- beskriv, hvad borgeren kan anvende forebyggelseskonsulenten til: Støtte, rådgivning og viden
- gør opmærksom på, at forebyggelseskonsulenten også kan bruges til at få afklaret spørgsmål, der dukker op efter besøget

- gør opmærksom på, at borgeren kan takke nej til tilbuddet, og at det, på trods af afslaget, er muligt at modtage et besøg på et senere tidspunkt. Gør den efterfølgende kontakt let ved at angive tydelige kontaktoplysninger til forebyggelseskonsulenten
- vær bevidst om modtageren, og brug et sprog, som borgeren kender og let forstår
- vedlæg evt. en folder om det forebyggende hjemmebesøg
- Indføj evt. et billede af forebyggelseskonsulenten (hvis der er givet samtykke hertil) for at sætte ansigt på borgerens kontaktperson i kommunen
- informer om, at tilbuddet ikke vedrører tildelingen af sociale ydelser
- informer om reglerne for tavshedspligt og notat-/dokumentationspligt.

Fastsæt en dato – og få flere med
Undersøgelser viser, at den sociale ulighed kan mindskes, hvis kommunerne henvender sig til borgeren med et brev med en på forhånd angivet dato for et forebyggende besøg – et såkaldt datobrev. Flere ældre takker ja, når de får et brev med en bestemt dato for et besøg, end hvis de modtager et uforpligtende tilbud uden en fastsat dato (12). Kommunen kan således potentielt opspore flere udsatte ældre ved at anvende denne form (10).

2.6. Udlevering af spørgeskema før eller under besøget

Sammen med invitationen kan kommunen vælge at sende et spørgeskema, som borgeren kan udfylde inden besøget. Spørgeskemaet kan bl.a.:

- belyse tilfredshed med forskellige aspekter af livet (fx humør, syn, sundhedsvaner mm. (16))
- sætte fokus på det, som borgeren anser for vigtigt i livet
- sætte fokus på temaer, der kan være svære at tale om, fx ufrivillig ensomhed og alkoholvaner
- anvendes som udgangspunkt for samtalen.

Der er både gode og mindre gode erfaringer med at anvende spørgeskemaer før og under det forbyggende hjemmebesøg. Spørgeskemaet kan give et godt afsæt for samtalen og et bredt billede af, hvordan borgeren trives, og hvilke udfordringer der kan være i forhold til en række parametre/risikofaktorer. Samtidig giver det borgeren mulighed for at reflektere inden besøget, og forebyggelseskonsulenten kan yde råd og vejledning ud fra borgerens behov og forberede forslag til indsatser[1].

Men et spørgeskema kan også lukke af for vigtige emner, der ikke indgår i skemaet. Formålet med brug af skemaet skal derfor overvejes. Fx kan det give god mening at anvende et skema i en periode, hvor kommunen har særligt fokus på at forebygge fx fald eller uhensigtsmæssige alkoholvaner.

[1] . De forskellige spørgeskemaer kan rekvireres ved at kontakte fx Syddjurs, Ballerup eller Aarhus Kommune. Se evt. også guidemateriale på www.sst.dk/forebyggendehjemmebesøg

Der er gode erfaringer med at anvende en systematisk interviewguide til at screene borgeren for en bred vifte af risikofaktorer indenfor fysisk og mental sundhed med henblik på at udvælge borgere, som skal have tilbudt et hjemmebesøg.

2.7. Opbyg samarbejde med relevante aktører

For at kunne henvise til og hjælpe borgeren med at skabe kontakt til relevante tilbud og aktører før, under og som opfølgning på det forebyggende hjemmebesøg, er det hensigtsmæssigt, at forebyggelseskonsulenten opbygger et godt samarbejde med udvalgte aktører.

Samarbejdet kan organiseres uformelt, hvor forebyggelseskonsulenten inviterer sig selv til møder relevante steder, eller mere formaliseret gennem faste aftaler om tilbagevendende møder med udvalgte aktører, som har hyppig kontakt med ældre, fx genoptræningsafdelingen, visitationen, aktivitetscentre, hjemmepleje, praktiserende læge, sundhedshus, ældreorganisationer, frivillige foreninger mv.

Møderne kan have fokus på at synliggøre de forebyggende hjemmebesøg samt indeholde gensidig orientering om de forskellige tilbud. Fx ved at forebyggelseskonsulenten får kendskab til, hvilke kriterier tilbuddene har for deltagelse.

2.8. Valg af besøgsform - individuelt besøg eller kollektivt arrangement?

Kommunen kan vælge at tilrettelægge nogle af hjemmebesøgene som kollektive arrangementer. Formålet med de kollektive arrangementer er at sætte fokus på forebyggende og sundhedsfremmende tiltag gennem formidling af viden om relevante temaer, aktiviteter og tilbud. De kollektive arrangementer kan variere i antal, målgrupper og indhold afhængig af kommunens mål og fokus for arrangementet. Et kollektivt arrangement kan fx målrettes borgere, som skal introduceres til kommunens tilbud om forebyggende hjemmebesøg til ældre, fx. borgere i alderen 70 eller 75 år.

Det kan være en fordel med en struktureret tilgang til arbejdet med de kollektive arrangementer. Fx ved at tilrettelægge en temarække eller informationsmøder om den tredje alder eller ”Sundt Seniorliv”.

Fordelen ved kollektive arrangementer er, at det:

- bliver muligt at skabe kontakt med borgere, der normalt vil takke nej til tilbuddet om et forebyggende hjemmebesøg
- efter den indledende kontakt kan opleves som nemmere for borgeren at tage kontakt til kommunen, såfremt behov skulle opstå på et senere tidspunkt
- kan være et redskab til at opspore potentielt sårbare ældre (10).

Selvom det ikke er muligt at gennemføre individuelt tilpasset rådgivning ved kollektive arrangementer, kan det være relevant at lade sig inspirere af både metodikken til skræddersyning og principperne om handlekompetence og sundhedskompetence, jf. afsnit 3.4. og 3.5.

Kollektive arrangementer kan fx holdes i samarbejde med udvalgte frivillige foreninger forskellige steder i lokalsamfundet. På møderne kan ressourcestærke ældre opfordres til at

informere om tilbuddet i eget netværk samt støtte andre i at tage kontakt til kommunen (10).

Ved kollektive arrangementer kan det være relevant med deltagelse af repræsentanter fra fx:

- aktivitetscentre
- sundhedshus
- visitation
- afdelingen for hjælpemidler
- civilsamfundet, fx ældreorganisationer eller frivillige.

Forebyggelseskonsulenten kan evt. etablere gruppetilbud som opfølgning på de kollektive arrangementer, fx om overgangen fra arbejdsliv til pensionisttilværelse, gå-grupper og andre netværksskabende aktiviteter (10).

Hvis en borger ikke ønsker at deltage i et kollektivt arrangement, skal borgeren i stedet tilbydes et individuelt besøg i hjemmet, som borgeres også har mulighed for at afslå. Kommunens eventuelle valg af alternativer til hjemmebesøg skal beskrives i kvalitetsstandarden.

Det er hensigtsmæssigt at registre de inviterede borgere, der deltager i de kollektive arrangementer. Dermed bliver det muligt at invitere til et individuelt besøg for de borgere, der ikke reagerer på henvendelsen om det kollektive arrangement (10).

Evaluering af de kollektive arrangementer viser:

- generel tilfredshed med møderne
- at det kan være ressourcekrævende at arrangere, og at det kan være svært at opnå det ønskede fremmøde (9)
- at det primært er ressourcestærke ældre, som ikke mener at have behov for et individuelt besøg, der møder op til de kollektive arrangementer.

3. Under besøget

3.1. Tag udgangspunkt i den enkelte borger

En væsentlig del af forebyggelseskonsulentens opgave er at sikre, at samtalen giver en målrettet vejledning til borgeren, så den enkelte kan identificere og vælge relevante områder at arbejde videre med. Det er afgørende, at dette valg sker med udgangspunkt i borgerens ønsker, erfaringer og behov, da det er herfra, at motivationen og viljen til eventuel forandring skal komme (14).

Fokus på borgerens sundheds- og handlekompetence kan hjælpe forebyggelseskonsulenten med i praksis at tilpasse samtalens indhold efter borgerens individuelle behov. Disse to begreber gennemgås i afsnit 3.4. og 3.5.

3.2. Balancér rollen som rådgiver og vejleder

Forebyggelseskonsulenten skal kunne gennemføre en sundhedsfremmende og forebyggende samtale i en tilpas vægtning mellem på ene side en vidensbaseret rådgivning og på den anden side en vejledning, der skal inspirere til og facilitere beslutninger hos borgeren omkring eventuelle forebyggende og sundhedsfremmende tiltag.

- **opgaven som rådgiver indebærer** at kunne give målrettet viden omkring de social- og sundhedsfaglige områder, som måtte være relevant for borgeren.
- **opgaven som vejleder indebærer** at kunne understøtte borgerens beslutningsproces. En mulig metode hertil, som anvendes bredt, er ”den motiverende samtale” (17). Dermed kan forebyggelseskonsulenten arbejde systematisk med at frembringe borgerens egne argumenter og gode grunde til at lave en ønsket forandring. I den motiverende samtale lytter forebyggelseskonsulenten efter forandringsudsagn fra borgeren og bruger sin kommunikation til at motivere til forandring.

Det er afgørende, at viden og rådgivning tilpasses den enkelte borgers oplevelser og opfattelser, da sundhedsbudskaber forstås bedre, hvis de aktiverer eksisterende erfaringer og viden hos den, man er i dialog med (18), herunder at forebyggelseskonsulenten får indsigt i de forandringsstrategier, som borgeren tidligere har benyttet sig af.

3.3. Skræddersy samtalen

”Tailoring” (skræddersyning) er en metode til at målrette sin rådgivning og vejledning. Metoden er baseret på individuel identifikation af behov og ønsker for at tilpasse viden til den unikke modtager og de mål, som vedkommende har sat sig (19). Forebyggelseskonsulenten kan, ved at afdække borgerens behov og inddrage borgeren i samtalen, skræddersy den viden, som borgeren modtager, og samtidigt benytte metoden til at undersøge, hvad borgeren tager med fra samtalen.

Skræddersyningen kan med fordel gennemføres i fire trin:

1) **Inddrag borgerens egne ressourcer i samtalen** (20) (21). Forebyggelseskonsulenten kan tydeliggøre over for borgeren, at deltagelse i og udbytte af samtalen alene baserer sig på borgerens valg, og at det er afgørende for borgerens efterfølgende sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

2) **Etablér en fælles forståelse af evt. problemstillinger**. Borgeren kan være påvirket af fx sygdomshistorik, socioøkonomiske forhold eller pårørendes perspektiv. Forebyggelseskonsulenten kan supplere med sine umiddelbare sanseindtryk fra den ældre borger og hjemmet (fx lugte, synsindtryk, temperatur, bevægelser).
For at afdække de relevante problemstillinger kommer forebyggelseskonsulenten bredt omkring de forhold, som kan være relevante for borgeren, jf. kapitel 4. Forebyggelseskonsulenten er drevet af åbenhed, nysgerrighed og aktiv lytning (verbal og non-verbal). Feedback er fundamental for at nå frem til fælles forståelse og evt. behov for forandring (11) (22).
Forebyggelseskonsulenten kan drage nytte af spørgsmål fra den motiverende samtale, herunder især bevidstheden om åbne og lukkede spørgsmål, samt andre spørgsmålstyper som fx lineære og cirkulære spørgsmål samt såvel orienterende som påvirkende spørgsmål (23). Forebyggelseskonsulenten har også fokus på borgerens italesættelse af sundhedskompetence og handlekompetencer, jf. nedenfor.

3) **Kommunikér den efterspurgte og relevante viden.** Det kan være faktuel viden om fx aldringsprocesser, servicelovens paragraffer eller kommunens og civilsamfundets tilbud eller viden om, hvordan den faktuelle viden reelt kan omsættes til at være meningsfuld og anvendelig for borgeren, jf. sundhedskompetencebegrebet.
Forebyggelseskonsulenten kan spørge til borgerens oplevelse af den efterspurgte viden for at være opmærksom på, om borgeren kan genkende handlinger ift. tidligere handleerfaringer, og i hvilken grad borgeren inddrager den givne viden til at styrke sit vidensgrundlag.

4) **Efterprøv borgerens forståelse af vejledningen og det fortsatte forløb**. Besøget kan rundes af ved at efterprøve, om der er en fælles forståelse af det, som blev drøftet og besluttet. Forebyggelseskonsulenten kan anvende flere strategier, fx kan et direkte spørgsmål om, hvad borgeren tager med fra samtalen give ejerskab og tydeliggøre motivation til handling. En anden strategi kan være, at forebyggelseskonsulenten resumerer og giver mulighed for at respondere. Feedbackstrategierne inviterer til deltagelse som forudsætning for ejerskab og dermed forandring, samtidig med at forebyggelseskonsulenten undersøger borgerens sundhedskompetence. Opsummeringen giver også forebyggelseskonsulenten mulighed for at vurdere, om der er behov for opfølgning og i givet fald hvilken, jf. kapitel 4 og 5.

Med udgangspunkt i disse trin bliver det muligt at veksle mellem på den ene side rådgiverrollen og på den anden side rollen som vejleder, der understøtter beslutningsprocessen.

3.4. Vurdér borgerens sundhedskompetence

Det er afgørende, at borgeren forstår, kan vurdere og handle på den viden, som borgeren får i mødet med forebyggelseskonsulenten. Det er derfor vigtigt, at forebyggelseskonsulenten kan vurdere og tilpasse kommunikation, støtte og tilbud efter borgerens såkaldte sundhedskompetence.

WHO definerer sundhedskompetence som de kognitive og sociale kompetencer, der bestemmer motivation og den enkeltes mulighed for at få adgang til, forstå og bruge oplysninger på en måde, der kan fremme og opretholde et godt helbred (24) (25). Forstår borgeren sundhedsbudskaberne? Ved borgeren, hvad der er hensigtsmæssig sundhedsadfærd? Kan borgeren spotte relevante symptomer og ved, hvornår det fx er

nødvendigt at søge læge? Kender borgeren de relevante tilbud i sundhedsvæsenet?

Ved det forebyggende hjemmebesøg er det vigtigt, at forebyggelseskonsulenten er opmærksom på og gennem spørgsmål afdækker borgerens sundhedskompetence med henblik på at give den rette vejledning og rådgivning. Sundhedskompetencer hænger sammen med sociodemografiske faktorer som alder, køn, uddannelse, social status og kan bidrage til sociale forskelle i sundhed (25).

Forebyggelseskonsulenten kan være opmærksom på kønsforskellene i forhold til at tage imod og handle på sundheds- og socialfaglig vejledning og rådgivning. Levealderen generelt er stigende, men der er stadig forskel på kvinders og mænds levealder. Mangelfulde eller begrænsede sundhedskompetencer kan være en del af forklaringen på, at mænd oftere dør af sygdomme, som kunne være forebygget, da mænd sjældnere søger behandling i tide og tager imod sundhedstilbud. Forklaringen kan være, at mænd generelt ved mindre om symptomer på dårligt helbred og dermed opfatter sig som mindre udsatte, og at tilbud og information om sundhed ofte er tilrettelagt ud fra forudsætninger, som ikke appellerer til mænd (26).

Forebyggelseskonsulenten kan også være opmærksom på sundhedskompetencer hos ældre med anden etnisk baggrund end dansk. Forskning viser, at nogle i denne gruppe har manglende kendskab til det danske sundhedssystem, sund kost, kroppens funktioner og til at holde sig i form, hvilket stiller dem markant dårligere i forhold til at opsøge og få hjælp og viden fra sundhedsvæsenet (26) (27).

Udsatte grupper med højere sygelighed og dødelighed kan ligeledes have begrænsede sundhedskompetencer (28), ligesom der er sammenhæng mellem lav sundhedskompetence og lavt selvvurderet helbred og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Det gælder uanset sociodemografiske faktorer.

3.5. Vurdér borgerens handlekompetence

Handlekompetence er evnen til at forstå problemer, se handlemuligheder og vælge informeret, reflekteret og ansvarligt i forhold til den konkrete situation (29) (30). Handlekompetence forandres gennem livet i samspillet mellem den enkelte og omgivelserne (31). Handlekompetence består overordnet af fem komponenter:

1. Viden og indsigt: Bred, positiv og handlingsrettet forståelse af sundhed, herunder indsigt i forandringsstrategier.
Hvordan fremmer forebyggelseskonsulenten viden og indsigt hos borgeren?
At forebyggelseskonsulenten overfører social- og sundhedsfaglig viden til borgeren og evt. dennes pårørende kan være relevant og nødvendigt, men fører ikke i sig selv til øget handlekompetence hos borgeren. Derimod er det afgørende, at viden skræddersys borgerens egne oplevelser og vurderinger. Under det forebyggende hjemmebesøg er det derfor væsentligt at lytte til borgerens udsagn om adgang til viden samt indsigt i egne handlemuligheder.

2. Engagement: Lyst og motivation til at involvere sig i forandringsprocesser.
Hvordan fremmer forebyggelseskonsulenten engagement hos borgeren?
Under besøget er det væsentligt at undersøge og observere, hvorvidt borgeren udviser engagement i forhold til de emner, der drøftes af såvel forebyggende som sundhedsfremmende karakter. Engagementet kan udvikles, når borgerens egne ideer er i fokus og videreudvikles og realitetstestes i samspillet med forebyggelseskonsulenten og evt. pårørende. Realitetstesten kan dels handle om borgerens reelle muligheder fysisk,

mentalt, socialt og økonomisk, dels hvilke aktivitetstilbud der reelt er tilgængelige. Ved at være opmærksom på engagementet styrkes også ejerskabet til de beslutninger, der træffes.

3. Visioner: Evnen til at tænke kreativt og visionært.
Hvordan fremmer forebyggelseskonsulenten visioner hos borgeren?
Forebyggelseskonsulenten kan spørge til borgerens visioner eller håb for alderdommen og de udfordringer, alderdommen kan give (fx reduceret fysisk og mental formåen, risiko for ensomhed, begrænset økonomi), og som måske ikke giver plads til, at alle ønsker og behov kan indfries. Ved at spørge til visioner og udfordringer etableres forestillingen om den nærmeste fremtid som et udgangspunkt for at skabe forandringer. Visioner handler i bund og grund alene om, hvilke forestillinger den enkelte gør sig om fremtiden, og hvad der skal til for at komme derhen. Det kan fx dreje sig om at få nye vaner i forhold til at fremme sundhed eller forebygge funktionstab. Samtaler, der indeholder et visions- eller håbsperspektiv stimulerer kreativiteten og stiller samtidig krav om, at borgeren ser bag om det, der ligger lige for, fx ensomhed efter ægtefælles død, reduceret mobilitet eller andet med henblik på at finde frem til det, der er muligt og ønskeligt at ændre. Undersøgelse af ældres visioner kan desuden bidrage til at styrke livsmodet og giver ejerskab til det, der besluttes. Metoden ”den motiverende samtale” indeholder en række redskaber til at spørge, som med fordel kan anvendes til at få borgeren til at italesætte visioner (30).

4. Handleerfaringer: Erfaringer med at skabe forandringer og overvinde barrierer – alene eller sammen med andre.
Hvordan fremmer forebyggelseskonsulenten handleerfaringer hos borgeren?
Med udgangspunkt i de visioner, som borgeren har delt med forebyggelseskonsulenten, kan der udvikles forslag til konkrete handlinger, der bringer borgeren nærmere visionen. De konkrete handlinger tager udgangspunkt i borgerens erfaringer med at ”gøre noget” tidligere i livet. At tale med respekt om tidligere handleerfaringer kan understøtte fremtidig handlen (26). Handleerfaringer kan opnås i samspil med andre, hvad enten det er sundhedsprofessionelle, frivillige organisationer eller pårørende.

5. Kritisk sans: Evne til at forholde sig kritisk, drage egne konklusioner og tage beslutninger.
Hvordan fremmer forebyggelseskonsulenten borgerens kritiske sans?
I besøget må forebyggelseskonsulenten stimulere borgerens kritiske sans og udforske vedkommendes evne til at gå bag om de problemer, der drøftes, og stimulere borgeren til selv at træffe beslutninger på baggrund af det drøftede og de muligheder, der reelt er til stede hos borgeren og i kommunen. Den kritiske sans kan med fordel bringes i spil i undersøgelse af visioner og i efterprøvningen af samtalen (feedback) i form af spørgsmål, der sikrer, at borgerens perspektiv og sundhedskompetence er inddraget i de mål, der sættes ved afslutningen af besøget (30).

3.6. Rådgivning og vejledning under et kollektivt arrangement

Selvom det ikke er muligt at gennemføre individuelt tilpasset rådgivning ved kollektive arrangementer, kan det være relevant at lade sig inspirere af både metodikken til skræddersyning og principperne om handlekompetence og sundhedskompetence, jf. afsnit 3.4. og 3.5.

Det er afgørende, at borgeren har en aktiv deltagelse i drøftelsen og selv formulerer, hvad den enkelte ser som problemer og emner at arbejde med.

Ved kollektive arrangementer (10) er det vigtigt, at:

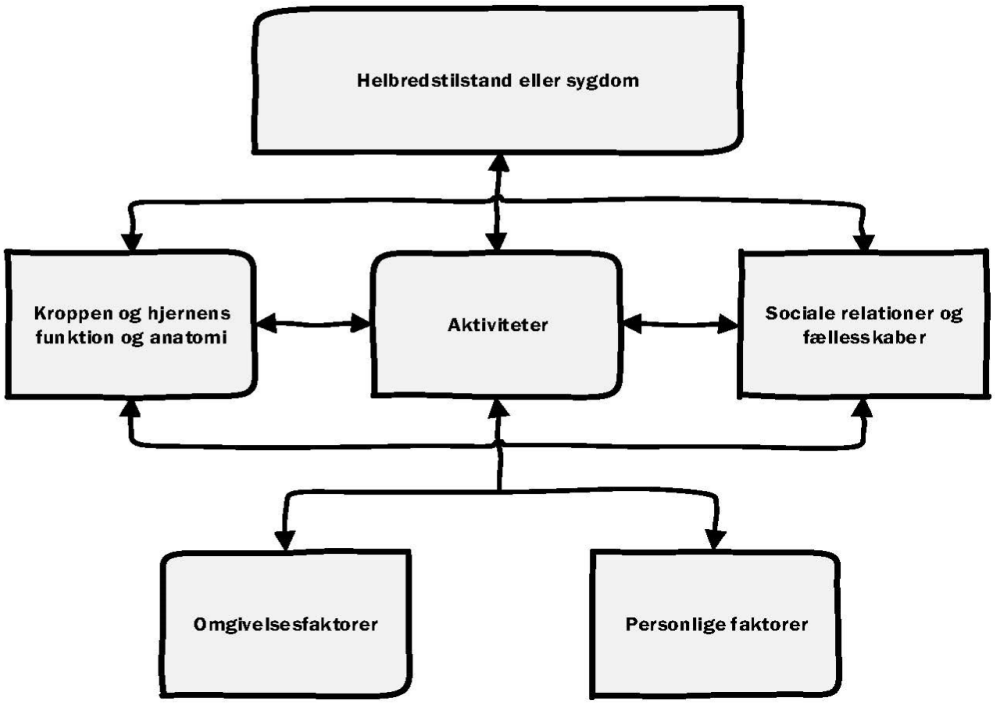
- tydeliggøre, at udgangspunktet for arrangementet er, at den enkelte borger deltager aktivt og på egne præmisser, og at de forandringer, det evt. kan give anledning til, sker alene ud fra borgerens egne handlinger og ressourcer
- arbejde inddragende med at få borgerne til at definere, hvad hver enkelt selv ser som udfordringer. Det er relevant at inddrage de typiske problemstillinger forebyggelseskonsulenten oplever i sit arbejde
- formidling af viden undervejs kan tilpasses de konkrete spørgsmål og emner, som optager borgerne
- give mulighed for undervejs i arrangementet, at deltagerne med egne ord kan formulere, hvad de ser som de væsentligste elementer af informationen, som de vil tage med videre. Det kan være i form af en ”huskeseddel” til dem selv, eller ved at de ved afslutningen af arrangementet fx formulerer ønsker på et postkort til sig selv, som forebyggelseskonsulenten sender to uger efter arrangementet for at minde borgeren om vejledningen.

4. Temaer i det forebyggende hjemmebesøg

4.1. Generelt om samtalen

Borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsevne og trivsel afhænger af en række faktorer, som er gensidigt afhængige, jf. figur 4.1. Det er derfor afgørende, at forebyggelseskonsulenten indledningsvis anlægger et bredt perspektiv og evner at tilpasse samtalen efter den enkelte borgers livssituation samt muligheder og begrænsninger i hverdagen (29) (32).

Figur 4.1. ICF-modellen (International Classification of Functioning, Disability and Health)



ICF-modellen beskriver funktionsevnen med fokus på krop, aktivitet og deltagelse samt de helbredsmæssige og personlige og omgivelsesmæssige faktorer, der påvirker funktionsevnen.

Det kan være relevant at tage udgangspunkt i et spørgeskema, en samtaleguide, et samtalehjul el. værktøj, der på struktureret vis kan medvirke til, at der især indledningsvist bliver talt rundt om alle relevante temaer, herunder temaer der kan være svære at

tale om (33) (34).

Herefter kan der efter aftale med borgeren udvælges specifikke temaer, som kan uddybes. Se eksempler på disse i afsnit 4.2.-4.12. Temaerne er udvalgt på baggrund af anbefalinger og viden på området.

Forebyggelseskonsulenten kan under besøget, hvor det er relevant, anvende tests, og der kan også henvises til kommunens tilbud om udredning og afklaring og/eller til civilsamfundets tilbud og aktiviteter.

Forebyggelseskonsulenten skal ikke blot lytte, men også bruge sine sanser til at observere og have fokus på borgerens adfærd, funktionsevne samt omgivelserne under besøget til at understøtte opfattelsen af borgerens situation og trivsel.

Eksempler på spørgsmål i samtalen:

- Hvordan har du det? Trives du, og er du tilfreds med din hverdag?
- Hvordan er humøret og livsglæden? Oplever du at have energi i hverdagen og lyst til at gøre ting?
- Er der sket noget i dit liv for nylig, der har forandret din hverdag?
- Har du kontakt med andre mennesker? Familie, venner, naboer? Eller savner du nogen at være sammen med?
- Hvordan er dit helbred? Har du smerter?
- Får du medicin? Hvornår har du sidst fået gennemgået din medicin af lægen?
- Hvordan er din dagligdag? Prøv at beskrive en typisk hverdag.
- Er du tilfreds med din boligsituation og din økonomi?
- Hvor meget får du bevæget dig i løbet af en dag? Går du til noget motion? Hvordan transporterer du dig selv rundt?
- Kan du beskrive dine vaner i forhold til mad og måltider?
- Hvor mange genstande drikker du om ugen?

Få mere inspiration
Sundhedsstyrelsen har guidemateriale om forebyggende hjemmebesøg med konkrete eksempler på spørgeguide, tests mv. til inspiration for forebyggelseskonsulenter. Guidematerialet ligger på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk/hjemmebesoeg-aeldre

4.2. Ofte forekommende sygdomme og tilstande hos ældre

Kroniske sygdomme og multisygdomme forekommer hyppigere med stigende alder. De hyppigst forekommende sygdomme hos ældre er:

- slidgigt
- forhøjet blodtryk
- tinnitus
- diskusprolaps og andre rygsygdomme
- knogleskørhed
- grå stær
- allergi
- diabetes
- leddegigt
- kronisk bronkitis
- lungesygdomme, fx kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (35).

Forebyggelseskonsulenten skal være opmærksom på kommunens forebyggende tilbud til borgere med kroniske sygdomme og i relevante tilfælde henvise hertil.

Sansetab, dvs. nedsat syn og hørelse kan bl.a. medvirke til øget risiko for fald og nedsat funktionsevne (6). Forebyggelseskonsulenten skal være opmærksom på tegn på sansetab og henvise til tilbud, hvor borgeren kan få rådgivning om briller og høreapparater.

Kognitive udfordringer kan være symptomer på demenssygdom. Hjemmeboende ældre, der har kognitive udfordringer, er en risikogruppe, som kan have behov for tidlig indsats og opfølgning. Det er vigtigt at vide, hvem der kan henvises til for en nærmere udredning samt mulige hjælpetiltag. Forebyggelseskonsulenten kan under besøget observere, om borgeren virker forvirret og glemsom. Der kan spørges ind til, hvilke ændringer der opleves (36). Forebyggelseskonsulenten kan henvise til kommunens eventuelle tilbud om demensudredning eller den praktiserende læge.

Anvendelse af flere samtidige lægemidler. Mange ældre får medicin, og forebyggelseskonsulenten skal være opmærksom på bivirkninger, interaktioner mellem de enkelte lægemidler og manglende overholdelse af behandlingsinstrukserne. Bivirkninger udløst af medicin kan forveksles med somatisk sygdom eller forårsage forvirring, fald og inkontinens, som kan føre til yderligere medicinering. Det er den ordinerende læges ansvar at følge borgerens forbrug af lægemidler. Hvis forebyggelseskonsulenten under hjemmebesøget bliver opmærksom på bivirkninger, eller at borgeren ikke tager medicinen som foreskrevet, tages kontakt til borgerens praktiserende læge.

Tand- og mundsygdomme er hyppigt forekommende hos ældre, der lider af kroniske lidelser og har nedsat livskvalitet (37). Et velfungerende tandsæt er en vigtig faktor for ældres fysiske og psykiske velbefindende og påvirker vigtige livsfunktioner, fx at kunne spise, selvrespekt og social kontakt. Det kan være relevant for forebyggelseskonsulenten at orientere borgeren om betydningen af et velfungerende tandsæt og evt. henvise til tandlæge eller omsorgstandpleje.

Infektionssygdomme er en stor belastning for den enkelte borger. Særligt for borgere, der i forvejen er syge og svækkede, kan smittespredning med fx resistente bakterier

have alvorlige konsekvenser. Urinvejsinfektioner er en af de hyppigste bakterielle infektioner hos ældre (38). Overdødeligheden på grund af sæsoninfluenza forekommer overvejende hos borgere over 65 år (39). Forebyggelseskonsulenten kan informere om gratis influenzavaccination og om betydningen af god hygiejne.

4.3. Mental sundhed, trivsel og ensomhed

De fleste ældre har god mental sundhed, men der er en gruppe af ældre, som ikke trives, og som fx oplever ensomhed (35). Ensomhed og social isolation kan føre til mindsket livskvalitet. Forebyggende indsatser er derfor vigtige for at undgå, at ensomhed bliver en vedvarende følelse, der påvirker den enkelte ældres sociale, psykiske og fysiske helbred i negativ retning.

Mental sundhed handler om at trives, udfolde sine evner, at kunne håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker (40). Forskning viser, at mental sundhed fremmes gennem deltagelse i aktiviteter og sociale fællesskaber, fordi det ofte er her, mennesker blandt andet kan hente både følelsesmæssig og praktisk støtte i hverdagen (41). Ældre, der gør noget aktivt og meningsfuldt sammen med andre, har op til fire gange så høj sandsynlighed for at have høj mental sundhed (42). Fysiske berøringer, nærhed, ømhed og intimitet kan ligeledes have betydning for mental sundhed, og mangel på fysisk kontakt, såkaldt hudsult, kan være et væsentligt problem for ældre (43).

Mental sundhed er ofte uafhængig af sygdom. Derfor er det relevant at have fokus på at fremme mental sundhed hos både raske og syge. Der kan være en sammenhæng mellem dårlig mental sundhed og udvikling af psykisk sygdom, fx i forhold til angst og depression. Borgere, der har langvarig sygdom, oplever funktionstab, tab af sociale relationer eller tager sig af syge eller svækkede pårørende har risiko for at mistrives og have dårlig mental sundhed (7) (40) (44). Borgere med langvarig dårlig mental sundhed har en højere risiko for udvikling af sygdom, især hjerte-kar-sygdom, depression og angst og for at dø tidligere end borgere med høj grad af mental sundhed (40).

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten opspore dårlig mental sundhed?
Forebyggelseskonsulenten kan drøfte mental sundhed under besøget for at få borgeren til at reflektere over egen mental sundhed og eventuelt afdække behov for hjælp. Det er vigtigt at opfange signaler på mistrivsel og dårlig mental sundhed hos borgeren, hvilket kan vise sig i adfærd, tanker eller følelser.

Forebyggelseskonsulenten kan:

- finde anledninger til at tale om ensomhed. Fx med udgangspunkt i et familiefoto eller et postkort
- spørge til, hvilke aktiviteter borgeren deltager i. Et signal kan fx være, at borgeren er stoppet med at deltage i aktiviteter, der tidligere har gjort den pågældende glad og engageret
- være opmærksom på, om borgeren virker trist og nedtrykt og fx giver udtryk for håbløshed og at være ensom uden positive forestillinger om, hvad fremtiden kan bringe.

Der findes forskellige opsporingsredskaber til at vurdere graden af ensomhed og trivsel, fx UCLA 3 (6) og WHO-5 trivselsindeks (45). Resultater kan bruges til at vurdere, om borgeren kan have gavn af kommunale aktiviteter eller andre opfølgende initiativer.

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?
Forebyggelseskonsulenten kan henvise borgeren til kommunale eller frivillige organisationers tilbud, der kan fremme trivsel og god mental sundhed, herunder mindske uønsket ensomhed. Det kan fx være:

- besøgs- eller motionsven
- fællesspisning
- aktivitetstilbud i kommunen eller frivillige organisationer (46).

For nogle borgere kan det være en barriere selv at skulle tage kontakt, og forebyggelseskonsulenten kan derfor tilbyde at hjælpe.

4.4. Depression

Depression er en psykisk sygdom. Symptomerne er vedvarende nedtrykthed, nedsat lyst, energi og interesse og mere træthed end normalt (47). Depression (let, moderat eller svær) antages at ramme omkring 10 procent af alle ældre over 65 år (48).

Mange ældre lever med en uopdaget og ubehandlet depression (6), og forebyggelseskonsulenten kan i samarbejde med relevante aktører derfor gøre en væsentlig forskel, når det gælder opsporing af ældre med depression (48).

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten opspore depression?
Forebyggelseskonsulenten kan ved indikation anvende redskabet GDS-15, der er specielt konstrueret til at hjælpe med at identificere depressionssymptomer blandt ældre (6) (48).

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?
Forebyggelseskonsulenten kan henvise borgeren til egen læge eller DepressionsLinien, der er et tilbud til patienter og pårørende, som ønsker at tale med frivillige, der har stor forståelse for, hvad det vil sige at have depression, bipolar lidelse eller være pårørende. Forebyggelseskonsulenterne kan endvidere henvise til lokale tilbud i kommunen eller civilsamfundet, der tilbyder fx fællesspisning, udflugter eller netværksgrupper.

Find inspiration: Ældre og depression
Som inspiration til arbejdet med at forebygge depression blandt ældre kan forebyggelseskonsulenten tage udgangspunkt i erfaringerne fra projekt ”Sikkert Seniorliv”, hvis mål var at forbedre ældres mentale sundhed og livskvalitet ved at finde nye veje til at opspore og forebygge aldersdepression.
www.patientsikkerhed.dk/projekter/sikkertseniorliv/

4.5. Sorgreaktioner

Sorgforløb veksler fra borger til borger. Det Nationale Sorgcenter skelner mellem hhv. naturlig og kompliceret sorg (49). I et normalt sorgforløb er intensiteten af reaktionerne aftaget seks måneder efter tabet. Hos en person, som har en kompliceret sorgreaktion, er intensiteten af sorgreaktionerne lige så intense seks måneder efter tabet (50) (51).

Komplicerede sorgreaktioner øger risikoen for både fysiske og psykiske lidelser og kan være forbundet med en øget forekomst af kræft, hjerteproblemer, forhøjet blodtryk, angst, depression og posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Mennesker med vedvarende sorglidelse har dårligere sociale relationer (52), og de er i langt højere grad selvmordstruede (53) (54).

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten opspore sorgreaktioner?
Forebyggelseskonsulenten kan være opmærksom på, om borgeren har:

- følelsesmæssige reaktioner, fx længsel, tomhed, vrede, hjælpeløshed
- fysiske reaktioner, fx søvnproblemer, hovedpine, manglende energi, kvalme, mavepine, hjertebanken, åndenød
- adfærdsmæssige reaktioner, fx social isolation, gråd, irritabilitet, sårbarhed, afhængighed, opfarenhed
- kognitive reaktioner, fx nedsat koncentration, manglende beslutningsevne, tab af fremtidsperspektiv, undgåelse af minder, forstyrrelser af perception
- eksistentielle reaktioner, fx meningsløshed, identitetstab, isolation, oplevelse af uretfærdighed.

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?
Forebyggelseskonsulenten kan henvise til lokale tilbud i civilsamfundet (fx fra www.sorgvejviser.dk. Hvis forebyggelseskonsulenten observerer tegn på komplicerede sorgreaktioner, henvises der til borgerens egen læge.

4.6. Selvmordsrisiko

For en mindre gruppe ældre fører en livskrise eller depression til selvmordstanker og i værste fald til selvmordsforsøg og selvmord (55). Det skønnes, at halvdelen af selvmord bliver begået af personer med en depression. Selvmordstanker optræder ofte og formentlig i over halvdelen af depressionstilfælde (56).

Selvmordshyppigheden er højest hos ældre, og ca. en tredjedel af alle selvmord begås af ældre over 65 år (57). Selvmord optræder hyppigst hos mænd.

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten opspore tegn på selvmordsrisiko?
Forebyggelseskonsulenten kan observere, om borgeren i løbet af samtalen viser tegn på, at livet opleves som svært, fx gennem udsagn som:

- Jeg har ikke lyst til at være her mere.
- Nogle gange tænker jeg, at det er ligegyldigt, om jeg er her eller ej.
- Der er ikke noget, der kan hjælpe mig med mine problemer.

Forebyggelseskonsulenten kan også stille følgende spørgsmål:

- Jeg har lagt mærke til, at du virker trist. Er der noget, du er ked af?
- Hvad tænker du, at du kan have brug for hjælp til?

Hvem kan forebyggelseskonsulenten henvise til?
Hvis forebyggelseskonsulenten observerer tegn på selvmordstanker, skal der henvises til borgerens egen læge.

4.7. Fysisk formåen, herunder faldrisiko

Fysisk inaktivitet er en af de væsentlige årsager til, at funktionsevnen hos en del ældre mennesker mindskes i en sådan grad, at det bliver svært for den ældre at udføre dagligdags gøremål. Ældre er mere udsatte for tab af fysisk funktionsevne, da muskelmassen reduceres med ca. én procent årligt fra 50-årsalderen (6) (58). Mange ældre bevæger sig for lidt i forhold til de gældende anbefalinger (58). Fysiske øvelser, der vedligeholder eller øger kroppens smidighed og balanceevne samt øger muskelstyrken, opretholder evnen til at klare dagligdagsfunktioner og reducerer risikoen for fald eller andre skader i hverdagen (6) (58) (59).
Fald er den mest almindelige form for ulykke blandt ældre. Hoftebrud skyldes fx i 95 procent af alle tilfælde et fald, og halvdelen af dem, der pådrager sig et hoftebrud, kommer aldrig til at gå igen (60).

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten afdække borgerens fysisk formåen?
Ved hjemmebesøget kan forebyggelseskonsulenten observere, hvordan borgeren klarer sig fysisk under selve besøget. Er der fx gang- eller balanceproblemer, når borgeren bevæger sig rundt i hjemmet? Det kan ligeledes være relevant at gennemføre en rejse-sætte-sig-test (60) eller en SPPB-test (rejse-sætte-sig, gang, balance) (61). Giver besøget indtryk af, at borgeren har fysiske udfordringer, kan forebyggelseskonsulenten tage en generel snak om fysisk formåen og fysisk aktivitet, fx ud fra følgende spørgsmål:

- Hvordan forløber din hverdag? Handler du selv? Passer du selv dit hjem?
- Hvordan transporterer du dig selv rundt? Tager du bussen, eller cykler du?
- Er der nogle aktiviteter, som du ikke kan klare længere, eller som du har problemer med at udføre?
- Hvad er hverdagsaktiviteter for dig?
- Hvordan oplever du selv, at din fysiske form er?
- Hvilke fysiske aktiviteter kan du lide, eller har du tidligere kunnet lide?
- Hvad tænker du er vigtigt for at opretholde god fysisk form?
- Hvad tænker du om at bevæge dig 30 minutter hver dag?
- Går du til noget motion?

Forebyggelseskonsulenten skal desuden være opmærksom på, om der er konkrete forhold i hjemmet, der kan øge risikoen for fald.

Særligt om fald:

- Er du faldet inden for det sidste år?
- Hvordan oplever du din balance og styrke i benene?
- Kan du rejse dig fra en stol uden at bruge armene?
- Føler du dig tryg, når du er ude?
- Hvad gør du for at undgå at falde?
- Hvordan tænker du, at din bolig kan tilpasses for at undgå at falde?
- Hvad ved du om forebyggelse af fald? Ønsker du mere information om at undgå at falde?
- Der findes enkle øvelser, som kan forebygge, at du falder. Er du interesseret i et program med dem?

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?
I samtalen kan forebyggelseskonsulenten formidle viden om den fysiske aktivitets gavnlige effekter, hvis det vurderes relevant. Forebyggelseskonsulenten tager udgangspunkt i borgerens erfaringer med at være fysisk aktiv og motiverer eller støtter på

den baggrund borgeren i at få en mere aktiv hverdag ud fra de forestillinger og evt. ønsker, som vedkommende har.
Det kan være relevant at vise små øvelser, der kan forebygge fald og øge pulsen. Der kan henvises til gangprogram, øvelser mv. i apps til mobiltelefonen og på hjemmesider, som indeholder inspiration til at være fysisk aktiv. Der kan orienteres om idræts- og motionstilbud hos kommunen eller i civilsamfundet.

4.8. Mad og måltider, herunder over- og undervægt

Mad og måltider har stor betydning for livskvaliteten, og næringsstofferne i maden har betydning for bevarelsen af et godt helbred og evnen til at udføre dagligdags aktiviteter (62). Behovet for energi falder med alderen pga. fald i muskelmasse og mindre fysisk aktivitet, og hvis maden ikke tilpasses, er der større risiko for at blive overvægtig. 84 procent af mænd og 65 procent af kvinder over 65 år er overvægtige eller svært overvægtige (35). Blandt hjemmeboende ældre er overvægt en langt større sundhedsmæssig udfordring end undervægt. Forebyggelseskonsulenten kan også være opmærksom på underernæring og ikke planlagt vægttab, herunder dysfagi (synkebesvær). Ældre over 70 år anbefales at spise mere proteinrigt og tage dagligt tilskud af D-vitamin og calcium (63) (64).

Måltidsoplevelsen spiller også en rolle for ældre. Mange vil gerne spise sammen med nogen, de kender eller er trygge ved (65). Når ældre spiser alene, oplever nogle en forringet livskvalitet. Madfællesskaber kan spille en positiv rolle for at udvikle madglæde og indgå i meningsfulde fællesskaber (66), fx for borgere, som har mistet en samlever eller ægtefælle (65).

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten opspore uhensigtsmæssige mad- og måltidsvaner?

Generelt oplever borgere over 65 år ikke, at de har behov for information om kost. De har stor tillid til eget vidensniveau; om end de færreste er bekendt med, at kostbehovet ændrer sig med alderen (64).

Forebyggelseskonsulenten kan udover at observere borgeren stille spørgsmål om mad og måltider, fx (36):

- Hvad er et godt måltid for dig?
- Kan du sige lidt om dine måltider? Hvor mange måltider har du om dagen?
- Hvordan er din lyst til mad?
- Er du tilfreds med din kost?
- Plejer du at drikke til måltiderne, og når du er tørstig?
- Oplever du, at dit tøj er blevet for stort eller for småt på det seneste?
- Er du tilfreds med din vægt?
- Hvor ofte vejer du dig?
- Kan du lide at lave mad?
- Spiser du nogle gange sammen med andre?
- Har du lyst til at vise mig, hvad du har i dit køleskab?
- Hvem køber ind hos dig/jer?

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?

Det er generelt hensigtsmæssigt at sætte fokus på at rådgive og vejlede om sunde mad-, måltids- og drikkevaner samt borgerens ernæringstilstand eventuelt også i forhold til pårørende - afhængigt af behov og udfordringer.

Der kan ved behov henvises til:

- kommunens forebyggende tilbud om kost og ernæring
- kommunens madservice og fritvalgsordning
- rådgivning i sundhedscenter
- relevante tilbud i civilsamfundet
- udredning på sygehus eller i almen praksis
- tilbud om fællesspisning, fælles madlavning, madklubber mv (64) (67)

Ved identificering af overvægt og ikke planlagt vægttab er det hensigtsmæssigt at tilpasse rådgivning og vejledning ud fra en samtidig vurdering af borgerens funktionsevne (68).

4.9. Alkohol

Med stigende alder reduceres kroppens tolerance over for alkohol. Følgevirkningerne kan derfor være sværere og opstår typisk ved et relativt mindre alkoholforbrug (69). Ældre får generelt en højere alkoholpromille, da andelen af vand i kroppen sænkes med alderen. Ældre har oftere sygdomme eller tilstande, som kan forværres af alkohol. Virkningen af medicin kan forstærkes eller mindskes, når der indtages alkohol. Faldtendensen er desuden meget hyppigere hos ældre, der indtager alkohol (6).

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten opspore uhensigtsmæssigt alkoholforbrug?

Forebyggelseskonsulenten kan observere, om borgeren viser tegn på at drikke for meget og spørge ind til alkoholvaner og -forbrug. Der kan orienteres om anbefalinger vedrørende alkohol (risici ved lav- og højrisikogrænser) og om særlige risikogrupper (storforbrug, skadeligt forbrug af alkohol, alkoholafhængighed).

Alkoholforbrug kan ændre sig hos ældre mennesker i særligt sårbare situationer, fx ved ægtefælles død, skilsmisse, sygdom, tab af funktionsevne, og i forbindelse med skift i livsfaser (fra arbejdsliv til pensionering).
Forebyggelseskonsulenten kan fx spørge til (70):

- Hvor ofte drikker du alkohol?
- Hvor mange genstande drikker du om ugen og på de dage, hvor du drikker?
- Hvilket evt. samtidigt medicinforbrug har du?

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?

Forebyggelseskonsulenten kan i relevante situationer vejlede og rådgive om forebyggelsesmuligheder i kommunen og alkoholbehandlingstilbud. Derudover kan henvises til egen læge.

4.10. Rygning

Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme, særligt lungekræft, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjerte-kar-sygdom (71). Uanset hvor meget borgeren ryger, er rygning relateret til øget risiko for sygdom. Et rygestop medfører sundhedsmæssige fordele, også selvom personen først stopper med at ryge efter

mange år (72). Det kan være en fordel at kunne mestre teknikker til rygebegrænsning, så rygning ikke sætter begrænsninger for deltagelse i fx socialt samvær med andre, som ikke ønsker, at der ryges indendørs.

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten opspore rygning?
Forebyggelseskonsulenten kan spørge, observere og bruge sin lugtesans, hvilket kan være udgangspunktet for en snak om rygevaner og risikoen ved rygning. Der kan fx spørges til, om borgeren oplever situationer, hvor det er svært at lade være med at ryge.

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?
Hvis en borger overvejer rygestop eller rygebegrænsning, kan forebyggelseskonsulenten hjælpe med henvisning eller tilmelding til rygestoptilbud (71). Der kan orienteres om, at rygestoptilbud ikke kun handler om totalt rygestop, men også indeholder teknikker til at lette situationer, hvor man ikke må eller bør ryge. Borgeren kan tilbydes opringning af rygestoprådgiver. Forebyggelseskonsulenten kan orientere om, at der er fem gange større chance for at blive røgfri ved hjælp af rådgivning og rygestopmedicin end ved at forsøge med at stoppe på egen hånd (73).

4.11. Boligsituation og boligindretning

Fysiske omgivelser, herunder boligform, kan have stor betydning for den ældres daglige aktiviteter og mulighed for at leve et selvhjulpent liv. Ændringer i boligforhold kan derfor påvirke den enkeltes funktionsevne, handlemuligheder og trivsel (74).

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten opspore uhensigtsmæssig boligsituation?
Forebyggelseskonsulenten kan iagttage, om borgeren fungerer godt og trives i sin nuværende bolig, eller om der er forhold, som gør det relevant at drøfte boligsituationen. Har borgeren fx svært ved at bevæge sig rundt i boligen og varetage de daglige gøremål med at passe og vedligeholde boligen? Føler borgeren sig isoleret, fordi boligen er blevet for stor, fx efter tab af ægtefælle, eller fordi det kan være svært at komme til og fra aktiviteter pga. nedsat fysisk funktionsevne?

En snak om boligsituation kan skabe refleksion hos borgeren omkring fremtidige ønsker og muligheder, så borgeren kan bo og leve selvstændigt så lang tid som muligt. Samtalen kan med fordel tage afsæt i et fordele/ulempe-skema.

Fordele ved nuværende bolig	Ulemper ved nuværende bolig
Fordele ved at flytte	Ulemper ved at flytte

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?
Forebyggelseskonsulenten kan vejlede og rådgive om muligheder for tilpasninger af boligen, der kan gøre det lettere for den ældre at bevæge sig rundt.
Det kan fx være:

- etablering af god belysning
- bortskaffelse af løse tæpper/ledninger
- brug af skridsikker bademåtte
- opsætning af greb/gelænder i fx brusebadsområdet
- etablering af lave dørtrin (6).

Forebyggelseskonsulenten kan også rådgive om andre boformer i kommunen, fx muligheden for at bytte til en mindre bolig, flytte i seniorbofællesskab eller i ældre- eller plejebolig.

4.12. Hjælpemidler, IT og velfærdsteknologi

Hjælpemidler og velfærdsteknologi kan gøre borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne mere selvhjulpne i hverdagen, så de opnår større selvstændighed, sikkerhed, tryghed, bedre livskvalitet samt mulighed for at deltage i samfundet (75). Der findes mange forskellige hjælpemidler og velfærdsteknologier, fx robotstøvsuger, gribetænger, støttestrømper, rollator, badestol, vasketoilet og trappelift, og området er i hastig udvikling (75).

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten afdække, om der er behov for hjælpemidler, IT eller velfærdsteknologi?

Forebyggelseskonsulenten kan spørge til erfaringer med teknologi og hjælpemidler for at afsøge borgerens kompetencer på området, hvilket er relevant for kunne vejlede borgeren om fx kurser eller undtagelse fra digital post.

Forebyggelseskonsulenten kan fx spørge til:

- Bruger du hjælpemidler og teknologi i hverdagen?
- Bruger du funktioner på mobil, pc og internet?
- Er nogen af de hjælpemidler eller teknologier, du bruger, blevet sværere at bruge på det seneste?
- Hvilke dagligdags gøremål er udfordrende for dig, og tror du, at hjælpemidler eller teknologi ville kunne hjælpe dig? Fx elektronisk kalender, huske medicin til rette tid, pille-dispenser.
- Hvad kender du til konkrete velfærdsteknologiske løsninger? Fx tryghedsalarm, GPS, sensorer.

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?

Forebyggelseskonsulenten kan informere om relevante hjælpemiddelkataloger samt muligheden for at blive henvist til visitationen, som kan udrede og vurdere behovet for hjælpemidler og velfærdsteknologi og derefter evt. bevillige det rette produkt. Der kan orienteres om, at der kan være egenbetaling fra borgere til nogle hjælpemidler.
Ved mistanke om mere omfattende behov for personlig hjælp og pleje mv. kan forebyggelseskonsulenten ligeledes henvise borgeren til kommunens visitation, der vil vurdere den enkeltes behov og evt. igangsætte indsatser, fx indenfor servicelovens § 83 og § 83 a (rehabiliteringsforløb) (76).

Forebyggelseskonsulenten kan informere borgeren om relevante tilbud i kommunen eller i civilsamfundet, fx gratis IT-kurser.

4.13. Økonomi

Ældre har vidt forskellige økonomiske forhold afhængig af fx uddannelse, arbejdsliv og pensionsopsparing. De økonomiske forhold kan ændre sig ved overgangen til pension, hvis ægtefællen dør eller flytter på plejecenter, hvilket medfører øgede udgifter til plejebolig.

Ved kognitive svækkelser kan ældre foretage ingen eller uønskede økonomiske dispositioner, og der kan være behov for hjælp fra andre. En fremtidsfuldmagt kan være en forberedelse på en sådan situation.

Hvordan kan forebyggelseskonsulenten afdække økonomiske forhold?
I løbet af samtalen kan forebyggelseskonsulenten spørge til, hvorvidt økonomiske forhold er en hindring for deltagelse i aktiviteter, eller om økonomiske forhold bekymrer borgeren, så det bliver en barriere for trivsel og sundhed.

Hvad kan forebyggelseskonsulenten henvise til?
Hvis borgeren har brug for vejledning om økonomiske forhold, kan forebyggelseskonsulenten henvise til kommunale tilbud, fx en pårørendevejleder, socialrådgiver ift. støttemuligheder eller til ældreorganisationer i civilsamfundet, som tilbyder gratis juridisk rådgivning.

Forebyggelseskonsulenten kan desuden oplyse borgeren om ældrecheck og muligheder for at søge tilskud til fx medicin, briller, fodterapi og varme samt om muligheder og vilkår for gratis transport til læge og sygehus.

4.14. Afrunding af samtalen
Forebyggelseskonsulenten skal være opmærksom på at afrunde samtalen, så det er klart for begge parter, hvordan og hvem der følger op på eventuelle aftaler, der er indgået undervejs i samtalen, jf. kapitel 5.

Hvis en borger åbner op for svære livsomstændigheder under samtalen, skal der på en professionel og etisk måde rundes af, når besøget er slut.

I afslutningen af samtalen kan forebyggelseskonsulenten spørge til:

- Er der noget fra vores samtale, som du gerne vil følge op på?
- Vi har aftalt, at jeg følger op på [opsummér konkrete aktører, konkrete tilbud i kommunen, fremsendelse af information eller lignende].
- Du bliver tilbudt et forebyggende hjemmebesøg igen om et år, hvor vi sammen følger op på det, vi har talt om i dag [opsummér gerne de konkrete aftaler].

Forebyggelseskonsulenten kan aftale forskellige tidsintervaller for et forebyggende hjemmebesøg efter aftale med den enkelte borger. Behovet for besøg kan imidlertid ændre sig pga. forandringer i borgerens liv. Forebyggelseskonsulenten skal derfor være opmærksom på forandringerne og tilpasse hjælpen (14).

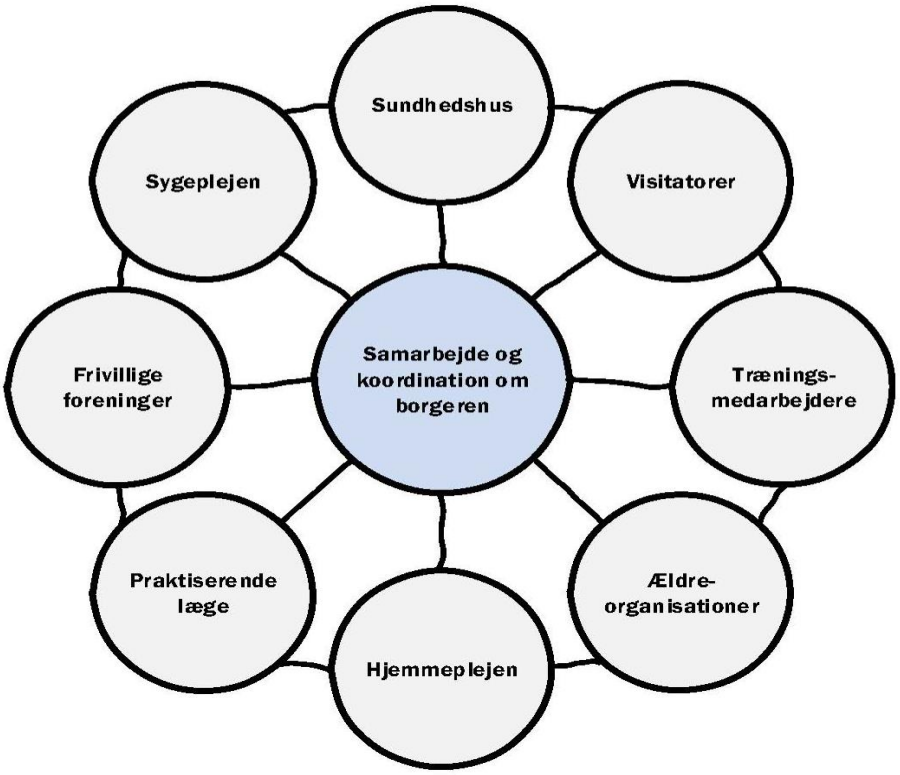
Borgeren eller pårørende kan have behov for at kontakte forebyggelseskonsulenten efter besøget. Det er i den forbindelse en fordel, at der er faste tidsrum på dagen, hvor den ældre kan få direkte kontakt til forebyggelseskonsulenten (14).

5. Opfølgning og videreudvikling

5.1. Henvisning til tilbud i kommunen eller civilsamfundet

Forebyggelseskonsulenten skal efter det forebyggende hjemmebesøg følge op på aftalerne med borgeren og evt. henvise til relevante tilbud i kommunalt eller frivilligt regi. Det indebærer et godt kendskab til aktører og tilbud, så det er muligt at henvise til relevante tilbud. Figuren nedenfor giver et overblik over de mest centrale aktører i det opfølgende arbejde

Figur 5.1. Aktører i det opfølgende arbejde



Tilbud i kommunen

Forebyggelseskonsulenten kan efter behov gøre borgeren opmærksom på mulighederne for visitering til en række af kommunens ydelser. Det gælder fx visitering efter servicelovens § 83 om personlig pleje og praktisk hjælp, § 83 a om rehabiliterende forløb, § 84, stk. 1 om aflastning af fx ægtefælle, § 85 om hjælp, omsorg og støtte, § 86 om optræning og vedligeholdelsestræning, §112 om hjælpemidler og sundhedslovens § 140 om genoptræning. Alle ydelser tildeles på baggrund af en behovsvurdering, eller når konkrete betingelser er opfyldt.

Der kan også gøres opmærksom på mulighederne for visitering til demenskoordinator eller til indsatser under servicelovens § 79 om generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte, sundhedslovens § 141 om alkoholbehandling, sundhedslovens § 119 om forebyggelse og sundhedsfremme. Sidstnævnte kan være indsatser, der er etableret på baggrund af anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker til kommunerne, fx organiseret i regi af sundhedshuse. Her er nogle tilbud åbne for alle, fx rygestoptilbud, mens andre kræver henvisning fra egen læge, fx tilbud under forløbsprogrammerne, hvor borgere med kronisk sygdom kan henvises til patientundervisning, motion mv.

Forebyggelseskonsulenten skal være opmærksom på, hvilke procedurer for henvisning til konkrete tilbud, der gælder i den enkelte kommune.

Der er stor variation i kommunerne i forhold til, om forebyggelseskonsulenten selv tilrettelægger og afholder opfølgende aktiviteter for målgruppen, eller om der henvises til tilbud i civilsamfundet. Det kan fx være madfællesskaber, gågrupper mv.

Livshistoriegrupper
Flere kommuner har gode erfaringer med projektet ”Fortæl for Livet” (77), som er livshistoriegrupper for ældre. Forebyggelseskonsulenten eller civilsamfundet kan fungere som initiativtager til eller gruppeleder for livshistoriegrupper.

Tilbud i civilsamfund
Forebyggelseskonsulenten følger op på eventuelle aftaler med borgeren om at understøtte borgerens deltagelse i tilbud og aktiviteter tilrettelagt af civilsamfundets aktører, fx motionstilbud, netværksgrupper i nærmiljøet, frivillige foreninger, aktive medborgere i boligområder mm (78). Det kan fx være tilbud:

- om hjælp, støtte og rådgivning til forskellige målgrupper, fx til borgere med kronisk sygdom og deres pårørende
- for ældre om at deltage i fx kulturarrangementer, foredrag, fællesspisning, motions- og netværksaktiviteter, udflugter og andre aktiviteter med fokus på socialt samvær
- til borgere, der har svært ved at forlade eget hjem, om en besøgs- eller motionsven.

Forebyggelseskonsulenten kan også gøre opmærksom på borgerens egne ressourcer i forhold til at hjælpe andre og muligheden for selv at blive frivillig (79) (80) (81).

Ofte kan det lokale frivillighedscenter eller kulturforvaltningen være behjælpelig med at give overblik over de eksisterende foreninger i kommunen (82). Vær opmærksom på, at foreningerne ofte kræver indmeldelse for at få adgang til aktiviteter.

Mange boligområder har desuden boligsociale medarbejdere ansat af boligforeningerne, der har fokus på det sociale liv og lokal trivsel i afdelingerne. Nogle er ansat i samarbejde med kommunen eller andre aktører. Boligsociale medarbejdere tilrettelægger og tilbyder aktiviteter til borgere i området, fx i samarbejde med lokale frivillige foreninger, det lokale handelsliv eller forskellige typer af netværk.

Det kan være hensigtsmæssigt at have adgang til oversigter over tilbud målrettet ældre, fx pjecer, bøger og inspirationskataloger. Flere kommuner udarbejder og opdaterer

sådanne oversigter, der fx kan være forankret i kultur-, fritids-, social- og/eller sundhedsforvaltningen (visitation, sundhedshus) eller i det lokale aktivitets- eller frivillighedscenter.

5.2. Dokumentation af besøget

Forebyggelseskonsulenten følger op på det forebyggende hjemmebesøg ved at dokumentere, hvad der bliver aftalt under besøget i forhold til borgerens ønsker, fx om at deltage i aktiviteter i kommunen eller civilsamfundet.

Det er forskelligt, hvilke muligheder, forebyggelseskonsulenten har, for at dokumentere i kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ).

Det er vigtigt at være opmærksom på de juridiske rammer for at anvende personoplysninger. Læs mere i afsnit 2.3. om juridiske rammer for anvendelse og udveksling af personoplysninger.

For at kvalificere opfølgningen på besøget kan forebyggelseskonsulenten udarbejde en handleplan for den enkelte borger, som kan indskrives i borgerens journal.

Handleplanen kan fx registrere:

- aftaler om at deltage i frivillige foreningers tilbud
- udlevering af folder om relevante tilbud i kommunalt eller frivilligt regi
- henvisning til relevante tilbud og kontakt til relevante fagprofessionelle
- aftaler om, at borger eller forebyggelseskonsulenten henvender sig til visitationen for at ansøge om hjælpemidler, ældrebolig, hjælp til rengøring, pleje eller madservice, så andre kommunale medarbejdere, der også er i kontakt med borgeren, fx i forbindelse med indlæggelse, kan se indsatsen
- testresultater fra fx rejse-sætte-sig-testen, vægtmåling, UCLA eller screening for depression, som andre faggrupper kan følge op på. Det er vigtigt at være opmærksom på, at en visitation til kommunale ydelser ikke sker under det forebyggende hjemmebesøg, men i en efterfølgende proces
- eventuelle aftaler inden næste besøg, om fx telefonisk opfølgning, der ikke nødvendigvis skal deles med andre parter.

5.3. Kvalitetsstandarden som ramme for videreudvikling

Kommunens kvalitetsstandard for forebyggende hjemmebesøg kan danne udgangspunkt for videreudvikling af de forebyggende hjemmebesøg. Ud fra drøftelser af standarden kan man fx overveje, om det fortsat er de relevante målgrupper, som tilbydes et besøg, og om udbuddet af tilbud stadig er de rigtige.

Videreudviklingsarbejdet kan foregå på to sideløbende niveauer:

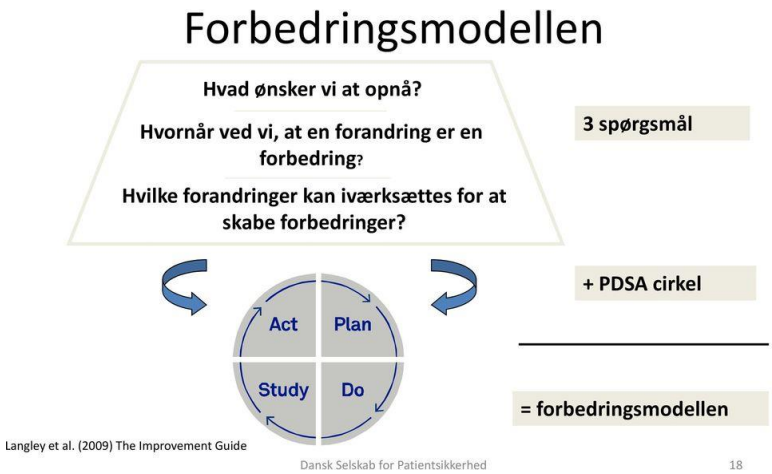
- **systematisk fokus på forbedringer i hverdagens praksis** for at opnå de opstillede mål. Der kan være flere metoder til dette løbende forbedringsarbejde. En af metoderne er forbedringsmodellen, som introduceres nedenfor.
- **årlig status og opfølgning på målsætningerne**, som danner grundlag for at fastlægge det kommende års målsætninger og målemetoder, som en del af kommunalbestyrelsens arbejde med at vedtage kvalitetsstandarden.

Forbedringsmodellen
Forbedringsmodellen (”model of improvement” – også benævnt PDSA-modellen, hvilket er en forkortelse for Plan-Do-Study-Act) er en metode, der har vist sig velegnet til systematisk at udvikle, afprøve og tilpasse ændringer i det daglige arbejde, der medfører bedre kvalitet for borgeren (83). Metoden har været anvendt i sundhedsvæsenet til at sikre datadrevne forbedringer (84).

Forbedringsmodellen indeholder både spørgsmål, metode og et grundigt fokus på generering af data og kan derfor virke omfattende. I denne sammenhæng er metoden derfor alene præsenteret til inspiration til systematisk tilrettelæggelse af den løbende kvalitetsudvikling.

Forbedringsmodellen handler om, hvordan man opnår den ønskede kvalitet ved løbende at arbejde med forbedringer ved systematisk at afprøve og følge op på ændringer i praksis. Kun ved at ændringer gennemføres systematisk og i første omgang i mindre skala kan det sikres, at der sker en relevant kvalitetsudvikling.

Figur 5.2. Forbedringsmodellen



Modellen består af to dele: Tre spørgsmål og en metode til afprøvning og læring. Metoden kan anvendes til at omsætte ideer til konkrete handlinger. PDSA-modellen skaber læring og anvendes til at opbygge viden og afprøve og indføre forandringer. Modellen har fire trin.

- **trin 1.** Sæt mål. Ud fra spørgsmål 1 defineres et mål for den ønskede forandring
- **Trin 2.** Etabler måling. Formuler et antal indikatorer (både proces- og resultatindikatorer), som kan hjælpe med at vise, at de ønskede forbedringer sker, og at målet er nået
- **trin 3.** Vælg ændringer. Forslag til en ændring af praksis, som man forestiller sig vil medvirke til, at man når det mål, der er formuleret som svar på det første spørgsmål
- **trin 4.** Afprøv ændringen. Brug PDSA-modellen:

- Plan: formulér en hypotese og planlæg, hvad der skal gøres anderledes – hvem, hvad, hvor og hvornår?
- Do: Gennemfør afprøvningen, og foretag indsamling af data
- Study: Sammenlign data med hypotesen
- Act: Bekræft, forkast eller juster hypotesen efter resultatet, og planlæg næste afprøvning.

Der kan være flere måder at indsamle relevante data på, fx:

- **udtræk af omsorgssystemet**, som fx kan belyse, hvor mange fra hver mål-gruppe, der tager imod tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg
- **gennemførelse af telefonisk survey** for samtlige besøg afholdt i en periode på fx 14 dage
- **registrering af deltagerantal ved kollektive arrangementer** og evt. omfang af udleveret materiale
- **registreringer af kernehændelser i samtlige besøg i en afgrænset periode, fx 1 måned,** som fx hvor mange gange forebyggelseskonsulenten har italesat emner, som er prioriteret i kvalitetsstandarden
- **registrering af borgere, der selv henvender sig til forebyggelseskonsulen-ten** - som indikator på synligheden af tilbuddet eller muligheden for opfølgning
- **registrering af henvendelser fra samarbejdspartnere** som indikation på, hvor udbredt kendskabet til muligheden for bekymringshenvendelser er.

Husk!

- Dataindsamling og -bearbejdning skal være relevant og realistisk i forhold til hverdagens arbejde.
- Det anbefales at skelne mellem hhv. procesindikatorer (er delprocesserne nået?) og resultatindikatorer (er målet nået?).

6. Referencer

1. **World Health Organization.** *World report on ageing and health.* Genève : World Health Organization, 2015.

2. **Center for Sund Aldring.** *Hvad er det gode seniorliv? - En kvalitativ undersøgelse af ældre borgeres oplevelse af livskvalitet i Thisted, Faaborg-Midtfyn og Horsens Kommune.* København : Københavns Universitet, 2017.

3. **Retsinformation.** Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven (Vejledning nr. 2 til serviceloven). [Online] https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=170634.

4. —. BEK nr 716 af 07/07/2019 om Bekendtgørelse om tilrettelæggelse af samt kvalitetsstandarder for de forebyggende hjemmebesøg efter servicelovens § 79 a. [Online] https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=209791.

5. **VIVE.** *Barnløshed og familieform i det sene voksenliv .* s.l. : Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.

6. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelse på ældreområdet – Håndbog til kommunerne.* København : Sundhedsstyrelsen, 2015.

7. **PWC.** *Analyse af overgangen fra arbejdsliv til pensionistliv.* s.l. : PWC, 2019.

8. **Sundhedsstyrelsen.** *Danskernes sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2017.* København : Sundhedsstyrelsen, 2018.

9. **Det Etiske Råd.** *Baggrundspapir om tidlig opsporing af sygdom.* 2019.

10. **VIVE.** *Forebyggende hjemmebesøg til ældre – tidlig opsporing.* s.l. : Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd, 2020.

11. **Marselisborg.** *Inspirationskatalog: Målretning af de forebyggende hjemmebesøg. Viden, redskaber og erfaringer til udvikling af praksis.* 2017.

12. **Sundhedsstyrelsen.** *Opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne – En guide til kommuner vedrørende forebyggende hjemmebesøg.* København : Sundhedsstyrelsen, 2017.

13. **Kommunernes Landsforening.** *Udveksling af personoplysninger inden for sundheds- og ældreområdet – Juridisk vejledning v. 1.0.* 2019.

14. **Ankestyrelsen.** *Forebyggende hjemmebesøg til ældre.* s.l. : Ankestyrelsen, 2010.

15. **Sundhedsstyrelsen.** *Godt helbred på egne præmisser.* København : Sundhedsstyrelsen, 2020.

16. —. Forebyggelsespakker til kommunerne. [Online] 2019. https://www.sst.dk/da/viden/forebyggelse/forebyggelsespakker-til-kommunerne.

17. **Rosdahl, Gregers.** *Den motiverende samtale i teori og praksis.* København : Munksgaard, 2013.

18. **Bartholomoew , LK et al.** *Planning health Promotion programs. An Intervention Mapping Approach.* 3. ed . San Francisco : Josey-Bass, 2011.

19. **Kreuter MW, Wray R.** Tailored and targeted health Communications:

strategies for Enhancing Information Relevance. *Am J Health Behaviour.* 2003.

20. **Wackerhausen, S.** Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme. *Sundhedsbegreber filosofi og praksis.* Århus : Forlaget Philosophia, 2000.

21. **Simovska V, Jensen JM.** *Sundhedspædagogik i sundhedsfremme.* København : Gads Forlag, 2012.

22. **Jørgensen, K.** Kommunikation for sundhedsprofessionelle. *Kommunikation i sundhedsvæsenet.* København : Gads Forlag, 2014.

23. **Tomm, K.** Interventive interviewing: Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive questions? *Family Process.* 1988, 27.

24. **Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD.** *Health literacy, the solid facts.* Genève : WHO, 2013.

25. **Aaby A et al.** *GPS – God praksis i folkesundhed. Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv – en vej til lighed i sundhed?* s.l. : Dansk Selskab for Folkesundhed, 2019.

26. **Madsen , SV.** *Mænds sundhed og sygdomme.* København : Forlaget Samfundslitteratur, 2014.

27. **Egeblad, Charlotte and Amstrup, Kirsten.** Migration, etnicitet og aldring. *Gerontologi. Livet som gammel.* København : Munksgaard, 2011.

28. **ÆldreForum.** *Ældre med anden etnisk bagrund – viden og inspiration til indsats.* 2013.

29. **Jensen, BB.** Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden. *Læring i sundhedsvæsenet.* København : Gyldendal Uddannelse, 2000.

30. **Grønbæk , M, Rewentlow, S. and Jensen , B B.** *Forebyggende sundhedsarbejde.* København : Munksgaard, 2016.

31. **Houborg, U.** Den sundhedspædagogiske samtale med forældre og børn. [book auth.] K Jørgen. *Kommunikation - for sundhedsprofessionelle .* København : Gads Forlag, 2014.

32. **Sundhedsstyrelsen.** *International klassifikation af funktionsevnen, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand.* København : Munksgaard, 2003.

33. **Rudersdal Kommune .** *Frivillighedsguide - En brugsguide til samarbejdet mellem frivillige og kommunen.* s.l. : Rudersdal Kommune , 2016.

34. **Nationalt Videnscenter for Demens.** *Samtalehjulet.* København : Nationalt Videnscenter for Demens, 2019.

35. **Sundhedsstyrelsen.** *Ældres sundhed og trivsel - Ældreprofilen 2019.* København : Sundhedsstyrelsen, 2019.

36. **Helsedirektoratet.** Gjennomføre forebyggende hjemmebesøk i kommunen. [Online] 2019. https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/gjennomfore-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen/invitasjon.

37. **Hede, Børge.** Ældre på plejehjem - konsekvenser for den gennemførte tandpleje. *Aktuel nordisk odontologi.* 41, 2016.

38. **Fritmodt-Møller, Niels.** Hyppigheden af både urinvejsinfektion og asymptomatisk bakteriuri stiger med alderen. *Ugeskr Læger.* 2013, 47.

39. **Gerstoft , J and Helleberg, M.** Evidens og retningslinjer for influenza- og pneumokokvaccination af ældre. *Ugeskrift for Læger.* 2013, 47.

40. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelses-pakke - Mental sundhed.* København : Sundhedsstyrelsen, 2018.

41. **Koushede, V.** *For mental sundhed - et nyt perspektiv .* København : Statens Institut for Folkesundhed, 2015.

42. **Line Nielsen, Carsten Hinrichsen, Ziggi Ivan Santini, Vibeke Koushede.** *Måling af mental sundhed.* København : SIF, SDU, 2017. 978-87-7899-370-0.

43. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke - Seksuel sundhed.* København : Sundhedsstyrelsen , 2018. 978-87-7104-981-7.

44. **Marselisborg.** *Ensomhed blandt ældre - hvem, hvorfor og hvad gør vi?* s.l. : Marselisborg - Center for Udvikling, Kompetence & Viden, 2012.

45. **Organization, World Health.** *Use of well-being measures in primary health care - The DepCare project health for all. Target 12.* Geneva : WHO, 1998. E60246.

46. **Consulting, Rambøll Management.** *Erfaringsindsamling. Eksempler på god praksis i kommunale indsatser til.* København : Sundhedsstyrelsen, 2020. CVR NR. 35128417.

47. **Sundhed.dk.** Depression. [Online] 2018. https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/depression/depression-en-oversigt/.

48. **Dansk Selskab for Patientsikkerhed.** Sikkert seniorliv. [Online] 2019. https://patientsikkerhed.dk/projekter/sikkert seniorliv/.

49. **Det Nationale Sorgcenter.** Om sorg . [Online] 2019. https://sorgcenter.dk/om-sorg/.

50. **Det Nationale Sorgcenter .** Naturlig sorg. [Online] 2019. https://sorgcenter.dk/naturlig-sorg/.

51. **Mogensen, Preben Engelbrekt og Jesper Roesgaard.** *At forstå sorg - teoretiske og praktiske perspektiver .* København : Samfundslitteratur, 2013. 9788759316856.

52. **Prigerson, Holly G., Vanderwerker, Lauren C., Maciejewski, Paul K.** A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. [book auth.] Margaret S., Hansson, Robert O., Schut, Henk, Stroebe, Wolfgang Stroebe. *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention.* Washington, DC, US : American Psychological Association, 2008.

53. **Katherine P. Supiano, Marilyn Luptak.** *Complicated grief in older adults: a randomized controlled trial of complicated grief group therapy .* Oxford :

The Gerontologist , 2013. https://doi.org/10.1093/geront/gnt076.

54. **al., Wittouck et.** *The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis.* 2011. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005.

55. **Livslinien.** Fakta om selvmord. [Online] 2019. https://www.livslinien.dk/viden-om-selvmord/fakta-om-selvmord.

56. **Depressionsforeningen .** Hver dag begår to personer selvmord - den ene har en depression. [Online] 2017. https://depressionsforeningen.dk/hver-dag-begaar-to-personer-selvmord-selvmordsforsoeg-i-danmark/.

57. **Sundhedsdatastyrelsen.** Dødsårsagsregistret. [Online] 2019. https://sundhedsdatastyrelsen.dk/dar.

58. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke - Fysisk aktivitet.* København : Sundhedsstyrelsen, 2018.

59. **Københavns Universitet .** *Fysisk aktivitet og aldring - en konsensuskonference.* København : Institut for idræt og ernæring, 2018.

60. **Gillespie , LD, et al.** Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012, 9.

61. **Bergland, Astrid and Heine Strand, Bjørn.** Norwegian reference values for the Short Physical Performance Battery (SppB): the Tromsø Study. *BMC Geriatrics.* 2019, 216.

62. **World Health Organization.** *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation.* Geneva : WHO, 2003.

63. **Miljø- og fødevareministeriet.** Alt om kost - Mad, måltider og motion. [Online] https://altomkost.dk/.

64. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke - Mad og måltider.* København : Sundhedsstyrelsen, 2018.

65. **Aarhus Universitet.** *Effekten af visiteret ernæring, mad og måltider til ældre i eget hjem på livskvalitet, herunder spiseglæde og funktionsevne.* Aarhus : Aarhus Universitet, 2016.

66. **Sundhedsstyrelsen.** Bedre måltider til ældre. [Online] https://www.sst.dk/da/bedremaaltider.

67. —. *Forebyggelsespakke - Overvægt.* København : Sundhedsstyrelsen, 2018.

68. —. *Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger.* København : Sundhedsstyrelsen, 2014.

69. **Wieben, Emilie Sylvest, et al.** *Ældres alkoholvaner kræver behandling.* 2014.

70. **Sundhedsstyrelsen.** *Guide til implementering af to anbefalinger om tidlig indsats fra forebyggelsespakken om alkohol.* København : Sundhedsstyrelsen, 2013.

71. **Stoplinien.** Stoplinien.dk. [Online] Sundhedsstyrelsen. https://stoplinien.dk/.

72. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke - Tobak.* København : SST, 2018. 978-87-7104-984-8.

73. —. Very Brief Advice (VBA). [Online] https://www.sst.dk/-/media/Viden/Tobak/Rygestop/Inspirationsark-til-kommuner/Very-Brief-Advice-_VBA_.ashx.

74. **VIVE.** *Ældres boligsituation og fremtidige boligønsker.* København : Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd , 2019.

75. **Socialstyrelsen.** Om velfærdsteknologi på det sociale område. [Online] 2020. https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/hjaelpemidler-og-velfaerdsteknologi/om-velfaerdsteknologi.

76. —. *Rehabilitering på ældreområdet - Inspiration til kommunal praksis.* Odense : Socialstyrelsen, 2014.

77. **Fonden Ensomme Gamles Værn.** Fortæl for livet. [Online] https://www.egv.dk/fortael-for-livet.

78. **Social- og indenrigsministeriet .** *National civilsamfunds strategi - en styrket inddragelse af civilsamfundet og frivillige organisationer i den sociale indsats.* København : Social- og indenrigsministeriet , 2010.

79. **Sundhed.dk.** Patientforeninger. [Online] 2019. https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedsvaesenet/andre-sundhedsaktoerer/patientforeninger/.

80. **Center for Frivilligt Socialt Arbejde.** Foreningsportalen. [Online] https://frivillighed.dk/foreningsportalen.

81. **DGI.** Find en forening . [Online] https://www.dgi.dk/foreninger.

82. **Frivillighjælp og Selvhjælp Danmark .** Frivilligcentre. [Online] https://www.frise.dk/frivilligcentre.

83. **Sundhedsstyrelsen.** Implementeringshåndbog - Gennemfør planen . [Online] 2019. https://www.sst.dk/da/Opgaver/Patientforloeb-og-kvalitet/Nationale-kliniske-retningslinjer-NKR/Implementeringshaandbog/Hjaelpeaerktoejer/Gennemfoer-planen.

84. **Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Konferenceoplæg. *https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2016/11/primaer16_forbedringsworkshop-1.pdf.* [Online] 2016.**

85. Maindal , HT and Vinther-Jensen, K. Sundhedskompetence (Health literacy) – teori, forskning og praksis. *Klinisk Sygepleje - Idunn.* 1, 2016.

86. Retsinformation. Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven: VEJ nr 9341 af 08/05/2015 (Gældende) . [Online] 2015.

87. Rambøll. *Evaluering af projekter i puljen Styrket indsats mod ensomhed blandt ældre mennesker, der modtager meget hjemmehjælp.* København : Rambøll, 2019.

88. PWC. *Analyse af overgangen fra arbejdsliv til pensionistliv –*

Afrapportering. **København : PWC, 2019.**

89. Dansk Selskab for Folkesundhed. *GPS for Folkesundhed - Ensomhed .* s.l. : Dansk Selskab for Folkesundhed, 2018.

90. Eriksen , L, et al. *Sygdomsbyrden i Danmark - Risikofaktorer.* s.l. : Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen, 2016.

91. Udviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Videreutvikle modell for forebyggende helsearbeid til eldre. [Online] 2016. https://www.utviklingssenter.no/videreutvikle-modell-for-forebyggende-helsearbeid-til-eldre.5754455-179670.html.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle