

Rapport

Forebyggende hjemmebesøg til ældre – tidlig opsporing

Litteraturgennemgang og ti kommuners erfaringer



Betina Højgaard, Lea Graff, Emilie Hjermitzlev Jonsen og Martin Sandberg Buch

*Forebyggende hjemmebesøg til ældre – tidlig opsporing –
Litteraturgennemgang og ti kommuners erfaringer*

© VIVE og forfatterne, 2019

e-ISBN: 978-87-7119-684-9

Modelfoto: Ole Bo Jensen/VIVE

Projekt: 301456

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Sundhedsstyrelsen skal udarbejde en faglig vejledning til indholdet i de forebyggende hjemmebesøg. Den faglige vejledning skal fungere som inspiration for det sundheds- og socialfaglige personale, der varetager de forebyggende hjemmebesøg, samt bidrage til, at kommunerne får bedre muligheder for at arbejde kvalificeret og systematisk med indholdet i de forebyggende hjemmebesøg og behovet for eventuel opfølgning herpå. Den faglige vejledning skal bygge på eksisterende viden og erfaringer på ældreområdet.

VIVE har på opdrag af Sundhedsstyrelsen gennemført en afdækning af evidens for, erfaringer med og viden om tidlig opsporing i relation til forebyggende hjemmebesøg. Afdækningen er baseret på en systematisk litteraturgennemgang af litteratur omhandlende tidlig opsporing i relation til det forebyggende hjemmebesøg til ældre i Danmark, Norge og Sverige samt en struktureret interviewundersøgelse af ti danske kommuners erfaringer med tidlig opsporing i relation til det forebyggende hjemmebesøg. Afdækningen skal være med til at understøtte, at Sundhedsstyrelsens kommende faglige vejledning bygger på eksisterende viden og erfaringer.

VIVE vil gerne takke Sundhedsstyrelsens referencegruppe, SUFO – Landsforeningen for ansatte i sundhedsfremmende forebyggende hjemmebesøg samt ikke mindst informanterne fra de ti kommuner, som har bidraget med oplysninger og erfaringer til undersøgelsen. Fortolkning og fremstilling af det indsamlede materiale er alene VIVEs ansvar.

Pia Kürstein Kjellberg

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

2019

Indhold

Sammenfatning	5
1 Introduktion.....	9
1.1 Formål	9
1.2 Det forebyggende hjemmebesøg	10
1.3 Loven om forebyggende hjemmebesøg til ældre er løbende blevet justeret	11
1.4 Læsevejledning: Rapportens struktur	12
2 Metode	13
2.1 Systematisk litteraturgennemgang	13
2.2 Udvælgelse af litteratur	15
2.3 Struktureret interviewundersøgelse af ti kommuners erfaring	17
3 Resultater af litteraturgennemgangen.....	19
3.1 Studier om metoder til opsporing inden mødet.....	19
3.2 Studier om metoder til opsporing <i>i mødet</i>	24
3.3 Delkonklusion af litteraturgennemgangen	34
4 Kvalitativ undersøgelse i ti kommuner	38
4.1 Indledning	38
4.2 Opsporing <i>inden</i> mødet med borgeren.....	38
4.3 Det forebyggende hjemmebesøg	52
4.4 Opfølgning på det forebyggende hjemmebesøg	58
4.5 Delkonklusion af den kvalitative undersøgelse.....	59
5 Konklusion og perspektivering	60
Litteratur	63
Bilag 1 Søgeprotokol.....	67
Bilag 2 Spørgeguide.....	76
Bilag 3 Flowchart – litteraturscreeningen.....	78

Sammenfatning

Forebyggende hjemmebesøg

- Kommunerne skal jf. servicelovens § 79a tilbyde:
 - alle 70-årige, der bor alene, et forebyggende hjemmebesøg
 - alle borgere i deres fyldte 75. år og deres fyldte 80. år et forebyggende hjemmebesøg
 - årlige besøg til alle ældre, fra de er 82 år
 - behovsbestemte forebyggende hjemmebesøg til alle ældre i alderen 65 til 81 år, som er i særlig risiko for at få nedsat social, psykisk eller fysisk funktionsevne.

Formål

Sundhedsstyrelsen har bedt VIVE foretage en afdækning af evidens for, erfaringer med og viden om tidlig opsporing af, om den ældre borger viser tegn på social, psykisk eller fysisk mistrivsel. Afdækningen skal understøtte Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af en faglig vejledning for indholdet i de forebyggende hjemmebesøg til ældre.

Tidlig opsporing dækker her både over opsporingen *inden* og *i* mødet med borgeren i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg:

- Med opsporing inden mødet menes at identificere og opspore borgere fra 65 år til 81 år i risiko for nedsat funktionsevne og dermed, hvem kommunerne skal tilbyde et behovsrelateret forebyggende hjemmebesøg.
- Med opsporing i mødet menes den opsporing, der foregår i mødet med borgeren ved det forebyggende hjemmebesøg til at identificere tegn på fysisk, psykisk eller social mistrivsel og dermed, hvor det vil være relevant at sætte ind med forebyggende tiltag.

Afdækningen skal, jf. undersøgelsens opdrag:

- baseres på gennemgang af eksisterende undersøgelser fra Danmark samt evt. øvrige nordiske lande suppleret med erfaringer fra ti danske kommuner
- have særligt fokus på:
 - social isolation/ensomhed, herunder mental sundhed og trivsel
 - uhensigtsmæssigt alkoholforbrug
 - mad og måltidsvaner, herunder underernæring
 - fysisk formåen, knyttet til opretholdelse af vanligt aktivitetsniveau og funktionsevne
 - vanskeligheder med medicinbehandling (fx i forbindelse med flere kroniske sygdomme)
 - vanskeligheder i forhold til privatøkonomiske/administrative forhold (fx bolig, daglig økonomi, det digitaliserede samfund, fx e-Boks i forbindelse med indkaldelser til undersøgelser på sygehus m.m.).

Metode

VIVE har foretaget:

1. En **systematisk litteraturgennemgang**, som afdækker evidens vedrørende metoder til tidlig opsporing af, om den ældre borger viser tegn på fysisk, mental eller social mistrivsel i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg i Danmark, Norge og Sverige.
2. En **struktureret interviewundersøgelse** af ti danske kommuners erfaringer med tidlig opsporing af, om den ældre borger viser tegn på fysisk, mental eller social mistrivsel i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg.

Den strukturerede interviewundersøgelse supplerer fundene fra litteraturgennemgangen ved at belyse temaer, som er centrale for afdækningen, men hvor litteraturen er mangelfuld, samt til at belyse erfaringerne med brug af forskellige redskaber og metoder til tidlig opsporing.

Hvad viser litteraturgennemgangen?

Litteraturgennemgangen viser, at der findes få studier af opsporingselementet inden og i mødet med borgeren i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg i Danmark, Norge og Sverige, og at evidensniveauet generelt er lavt for disse publikationer, jf. Tabel 1. Kun to studier har et højt evidensniveau, hvilket vil sige, at vi har stor tiltro til, at der er dokumenteret en effekt af den givende indsats. De to studier viser, at datobrev¹ er med til at højne andelen af borgere, der tager imod tilbuddet om et forebyggende hjemmebesøg sammenlignet med borgere, der får et brev uden konkret dato for besøget eller opringning, samt at datobreve kan være med til at reducere den sociale ulighed, der normalt ses i hvem der takker ja til at modtage et forebyggende hjemmebesøg.

Tabel 1 Oversigt over inkluderet litteratur og evidensniveau

	Studie	Formål ¹	Studiedesign	Land	Evidensniveau
Opsporing inden mødet	Guide fra SST (1)	At inspirere kommunerne til, hvordan de kan arbejde med identificering og opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne	Baserer sig primært på interview med kommuner. Gennemført litteraturgennemgang, men finder meget begrænset litteratur	Danmark	Lavt
	Inspirationskatalog (2)	1) Give viden om målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg 2) Erfaringer med lovændringen i 2016 i forhold til tilrettelæggelsen af et målrettet forebyggende hjemmebesøg	Del 1 baseret på registeranalyse og interview, del 2 baseret på erfaringer fra et udviklingsprojekt i otte kommuner	Danmark	Lavt ³
	Ekmann et al. (3)	At undersøge, om henvendelsesform (datobrev eller ej) har betydning for, om borgeren takker ja til mødet	Sekundære analyser på data fra et RCT-interventionsstudie	Danmark	Højt
	Yamada et al. (4)	At undersøge, om henvendelsesform (datobrev eller ej) påvirker den sociale ulighed i, hvem der takker ja	Sekundære analyser på data fra et RCT-interventionsstudie	Danmark	Højt
Opsporing i mødet	Håndbog om forebyggelse på ældreområdet (5)	Giver anbefalinger til de fagprofessionelle, som de kan anvende i de forebyggende hjemmebesøg	Anbefalinger fra eksperter	Danmark	Lavt
	Interventionsindsats i Frederiksberg og Aarhus Kommuner (6)	At gennemføre en evaluering af en indsats, hvor der blev implementeret en mere fast struktur for hjemmebesøgene, herunder at bruge en række fastlagte screeningsredskaber	Kombination af kvantitative og kvalitative datakilder. De kvantitative data er baseret på screeningsresultater registreret på de forebyggende hjemmebesøg, mens de kvalitative data er baseret på interview med forebyggende medarbejdere, facilitatorer og projektledere	Danmark	Lavt
Gruppeindsatser ²	Interventionsindsats i Frederiksberg og Aarhus Kommuner (6)	At gennemføre en evaluering af indsatsene <i>gågrupper</i> og <i>netværksgrupper</i>	Før- og eftermåling samt interview med deltagere, forebyggende medarbejdere, facilitatorer og projektledere	Danmark	Lavt
	Seniormøder – evalueret i (7-14)	At undersøge effekten af en gruppebaseret indsats (benævnt seniormøder) sammenlignet med henholdsvis et traditionelt forebyggende hjemmebesøg og en kontrolgruppe	RCT-studie – både kvantitative og kvalitative studier	Sverige	Middel ⁴

Anm.: ¹ Nogle af undersøgelserne har flere formål, hvor ikke alle delanalyser er relevante for denne analyse. Under formål beskrives her kun de formål, der er relevante for denne analyse. ² Er også en del af opsporing i mødet. ³ I forhold til undersøgelsesspørgsmål 2, som er det centrale for nærværende analyse. ⁴ De kvantitative og kvalitative analyser er generelt af høj kvalitet, men studiet kan imidlertid ikke direkte generaliseres til en dansk kontekst, da studiet er foretaget i to kommuner med en forholdsvis høj andel af veluddannede indbyggere i sammenligning til den gennemsnitlige befolkningssammensætning. Højt evidensniveau refererer til, at studiet er baseret på et RCT-studie af høj kvalitet, og hvor der er stor tiltro til, at resultaterne er overførbare til dansk kontekst. Middel evidens refererer til RCT-studier, hvor der er mindre tiltro til resultaternes generaliserbarhed til dansk kontekst, eller kontrollerede studier af høj kvalitet. Lav evidens refererer til kontrollerede studier af lav kvalitet, før- og eftermålinger og ekspertvurderinger.

Note: SST: Sundhedsstyrelsen, RCT: Randomiseret kontrolleret studie.

¹ Fysisk brev indeholdende dato på, hvornår forebyggelseskonsulenten kommer på hjemmebesøg modsat et brev, hvor de ældre selv aktivt skal kontakte forebyggelseskonsulenten og aftale en dato for besøg.

Hvad viser den kvalitative undersøgelse i ti kommuner?

Den kvalitative gennemgang viser, at der er en hel del variation mellem kommunernes måde at organisere og gennemføre de forebyggende hjemmebesøg på, hvilket også var forventet qua de lovmæssige vide rammer for tilrettelæggelsen af besøgene. Variationen viser sig inden for alle emner, men primært i forhold til:

- hvilke grupper af borgere kommunerne har udpeget som risikogrupper
- fremgangsmåder til at opspore ældre i målgruppen for behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg
- organisering, herunder i hvilken afdeling forebyggelseskonsulenterne sidder
- graden af struktur for og anvendelse af redskaber under selve det forebyggende hjemmebesøg.

På trods af denne variation er de udfordringer relateret til det opsporende arbejde, som er fremkommet i interviewene, særdeles ens på tværs af kommunerne. Det er især udfordrende at opspore borgere i målgruppen for de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg, dvs. sig de 65-81-årige. Hensigtsmæssig ressourceanvendelse er også et udfordrende punkt – eksempelvis er det erfaringen fra samtlige kommuner, at datobreve er ressourcekrævende, men særdeles virksomme i forhold til at få opsporet og identificeret især sårbare ældre, hvilket også litteraturgennemgangen har vist.

På tværs af kommunerne er der også enighed om, at synliggørelse af forebyggelseskonsulenterne og tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg er et vigtigt, men ressourcekrævende redskab til opsporing. Forskellene mellem kommunernes anvendelse af systematiske dataudtræk og GIS-data viser ligeledes, at systematisk brug af data fra de kommunale it-systemer er en udfordring i nogle kommuner, primært på grund af usikkerhed i forhold til de juridiske rammer. Såfremt kommunerne har klare retningslinjer på området, kan der således her være et potentiale for en mere effektiv opsporing.

Kommunerne anvender i varierende grad samtaleguider og testredskaber som redskaber til opsporing under samtalen, men uagtet denne variation opleves selve samtalen og den opsporing, der ligger i samtalen, ikke som en udfordring hos de interviewede forebyggelseskonsulenter. De giver derimod udtryk for at anvende deres faglighed og erfaring som det vigtigste redskab for selve samtalen, mens diverse samtaleguider og test primært anvendes ad hoc. Der er da også enighed på tværs af interviewkommunerne om, at et forebyggende hjemmebesøg er så kompleks en indsats, at det ikke giver mening at forsøge at ensrette indsatsen fuldstændigt, eksempelvis via håndfaste krav om brug af specifikke testredskaber til alle.

Konklusion og perspektivering

Litteraturgennemgangen viser, at der er meget lidt konkret evidensbaseret viden fra Danmark, Norge og Sverige om, hvordan kommunerne skal tilrettelægge opsporingen inden og i mødet med borgeren ved det forebyggende hjemmebesøg, for at der opnås en effekt. Litteraturen på området er således stærkt begrænset, og litteraturgennemgangen har kun identificeret et lille antal studier, der evaluerer konkrete indsatser, og yderligere nogle få studier, der mere overordnet eller erfaringsbaseret forholder sig til opsporingselementet.

Det er kendetegnende for de studier, der er identificeret i litteraturgennemgangen, at de først og fremmest evaluerer på intermedieære mål, som vi i sidste ende ikke ved, hvilken betydning har for den reelle effekt. På samme vis er der i interviewene med forebyggelseskonsulenterne et fokus på at opføre succes i de anvendte opsporingsmetoder i at opnå kontakt til så mange

relevante borgere som muligt. Fokus er ikke på, om der opnås en reel sundhedsmæssig effekt ved kontakt med borgeren og den efterfølgende aktivitet/handling, som besøget afstedkommer. På den anden side viser interviewene med forebyggelseskonsulenterne, at det netop er selve opsporingen *inden* det forebyggende hjemmebesøg og det at få adgang til potentielt sårbare ældre, der er den helt store udfordring i kommunerne. Forebyggelseskonsulenterne oplever det således som mere presserende at få viden om effektive metoder til opsporing, fordi dette er udfordrende, end at skulle forholde sig til effekter af iværksatte tiltag. Samtidig fremkommer det af samtlige interview, at det ikke er selve samtalen med borgeren, der er udfordrende, og kommunerne oplever generelt heller ikke udfordringer i forhold til at henvise borgerne til relevante tilbud og indsatser.

Resultaterne fra litteraturgennemgangen afspejles i erfaringerne fra de ti kommuner, der indgår i den interviewbaserede erfaringsopsamling. Det er således et fællestræk på tværs af kommunerne, at de forebyggende enheder har erfaringer med, at fx datobreve er et effektivt redskab til at opspore sårbare ældre, at det er udfordrende at dokumentere virkningen af deres indsats, samt ikke mindst at de generelt oplever at befinde sig i et særdeles komplekst indsatsfelt med mangel på evidensbaseret viden om, hvad der virker.

Resultaterne af nærværende analyse viser, at der er et tydeligt behov for gennemførelse af evalueringer på området, så kommunerne kan få en mere evidensbaseret viden at læne sig op af. VIVE anbefaler i fremtidige studier af effekten af forebyggende hjemmebesøg, at der indrages viden fra denne litteraturgennemgang og erfaringsopsamling samt de tidligere erfaringsopsamlinger, når indholdet i indsatsen skal designes. Endvidere er det vigtigt, at fremtidige studier på området tager afsæt i en klar forandringsteori, tydeligt beskriver indsatsen og implementeringen og afrapporterer alle målte outcomes.

1 Introduktion

1.1 Formål

Sundhedsstyrelsen har bedt VIVE foretage en afdækning af evidens for, erfaringer med og viden om tidlig opsporing af, om den ældre borger viser tegn på social, psykisk eller fysisk mistrivsel. Afdækningen skal understøtte Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af en faglig vejledning for indholdet i de forebyggende hjemmebesøg til ældre.

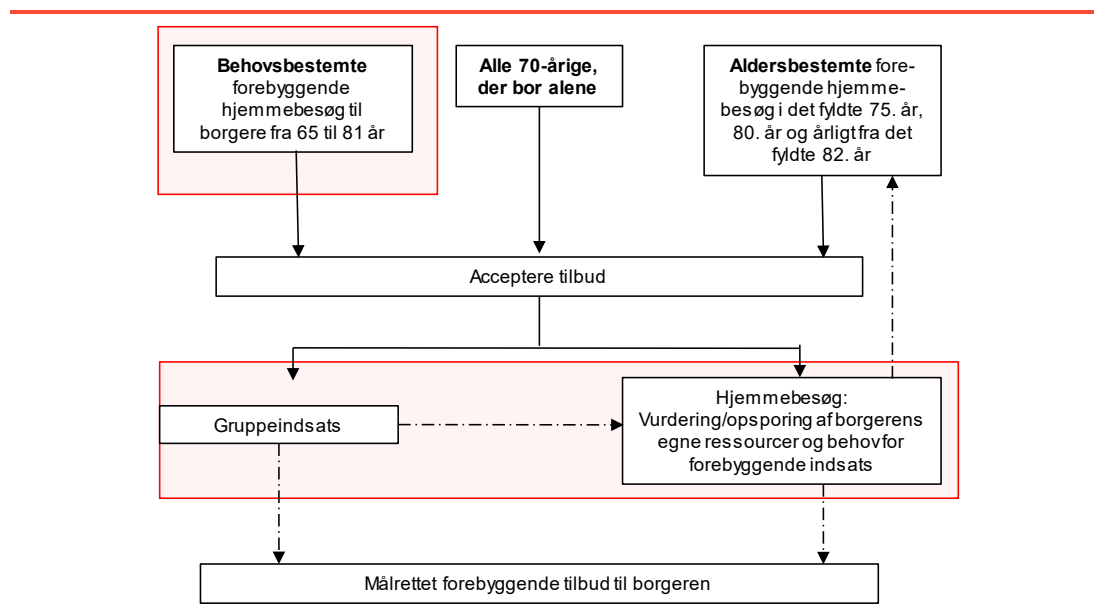
Tidlig opsporing dækker her både over opsporingen inden og i mødet med borgeren i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg:

- Med opsporing *inden mødet* menes at identificere og opspore borgere fra 65 år til 81 år i risiko for nedsat funktionsevne og dermed, hvem kommunerne skal tilbyde et behovsrelateret forebyggende hjemmebesøg.
- Med opsporing *i mødet* menes den opsporing, der foregår i mødet med borgeren ved det forebyggende hjemmebesøg, til at identificere tegn på fysisk, psykisk eller social mistrivsel og dermed, hvor det vil være relevant at sætte ind med forebyggende tiltag (se Figur 1.1).

Afdækningen skal, jf. undersøgelsens opdrag:

- baseres på gennemgang af eksisterende undersøgelser fra Danmark samt evt. øvrige nordiske lande, suppleret med erfaringer fra 10 danske kommuner
- have særligt fokus på:
 - social isolation/ensomhed, herunder mental sundhed og trivsel
 - uhensigtsmæssigt alkoholforbrug
 - mad og måltidsvaner, herunder underernæring
 - fysisk formåen, knyttet til opretholdelse af vanligt aktivitetsniveau og funktionsevne
 - vanskeligheder med medicin håndtering (fx i forbindelse med flere kroniske sygdomme)
 - vanskeligheder i forhold til privatøkonomiske/administrative forhold (fx bolig, daglig økonomi, det digitaliserede samfund, fx e-boks i forbindelse med indkaldelser til undersøgelser på sygehus m.m.).

Figur 1.1 Flowchart over de forebyggende hjemmebesøg og de enkelte delelementer før, under og efter besøget. Opsporingen *inden og i mødet* er rammet indt med rødt i figuren



Note: Fuldt optrukne linjer indikerer elementer, der altid er en fast del af de forebyggende hjemmebesøg, mens de stiplede linjer indikerer aktiviteter/handlinger, der kan blive iværksat på baggrund af selve det forebyggende hjemmebesøg.

Kilde: Inspireret af figur på side 6 i (1)

1.2 Det forebyggende hjemmebesøg

Kommunerne skal jf. servicelovens § 79a tilbyde:

- alle 70-årige, der bor alene, et forebyggende hjemmebesøg
- alle borgere i deres fyldte 75. år og deres fyldte 80. år et forebyggende hjemmebesøg
- årlige besøg til alle ældre fra de er 82 år
- behovsbestemte forebyggende hjemmebesøg til alle ældre i alderen 65 til 81 år, som er i særlig risiko for at få nedsat social, psykisk eller fysisk funktionsevne.

Det forebyggende hjemmebesøg er som udgangspunkt et forebyggende² og sundhedsfremmende³ tilbud til ældre borgere, der klarer sig uden øvrig kommunal hjælp og ikke bor på plejehjem. Det vil sige, at kommunerne kan vælge at undtage borgere, som modtager personlig pleje og praktisk hjælp efter § 83 i serviceloven, fra ordningen om forebyggende hjemmebesøg.

Det står kommunerne frit for, hvordan de tilrettelægger og organiserer hjemmebesøgene, samt hvilke faggrupper der varetager besøgene. Lovgivningen åbner endvidere op for, at kommunerne som alternativ til forebyggende hjemmebesøg kan afholde kollektive arrangementer. Det forebyggende hjemmebesøg er et opsøgende tilbud, som det er frivilligt for de ældre at tage imod.

² Definition forebyggelse: "Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psyko-sociale problemer, eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden" (s. 27 i (15))

³ Definition sundhedsfremme: "Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgers ressourcer og handlekompetence" (s. 49 i (15))

Formålet med tilbud om forebyggende hjemmebesøg til ældre er:

- At støtte de ældre til bedre at udnytte egne ressourcer og bevare funktionsniveauet længst muligt.
- At yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder med henblik på at bidrage til øget tryghed og trivsel.
- At gøre opmærksom på eksisterende hjælpeforanstaltninger og aktiverende tilbud, som vil kunne medvirke til at forebygge eller løse eventuelle problemer i opløbet. For eksempel ved at henvise til frivillige tilbud så som ældreidræt og netværksskabende aktiviteter samt at vejlede om social- eller sundhedsområdets tilbud, boligtilbud mv. ved behov.

Kilde (16)

Grundelementet i det forebyggende hjemmebesøg er en struktureret, helhedsorienteret samtale i borgerens hjem, og hvor hovedvægten i samtalen ligger på sociale forhold og på at fastholde eller forøge funktionsevnen hos den ældre borger (16). Samtalen tager udgangspunkt i borgerens livssituation og udfordringer og kan omhandle: dagligdag, trivsel, funktionsevne, socialt netværk, bolig, økonomi, sundhedstilstand osv. Jævnfør vejledningen til loven (ibid.) er det væsentligt, at besøget tilrettelægges fleksibelt, så der kan tages hensyn til de ældres individuelle forhold. Det står imidlertid kommunalbestyrelsen frit for at beslutte, at hjemmebesøget kun skal fokusere på en række udvalgte temaer så som ensomhed, faldforebyggelse, tryghed, ernæring og fysisk aktivitet osv. Besøget kan både fungere som en adgang til borgeren med henblik på at give denne relevant information samt til at styrke den ældres ressourcer og tro på egne evner til at tage vare på egen sundhed. Informationen kan bestå dels af, at borgeren får kendskab til offentlige og private aktiviteter og støtteforanstaltninger i kommunen, dels af råd og vejledning i forhold til sociale forhold og sundhedsrelaterede opmærksomhedspunkter, der er relevante for den ældre borger.

1.3 Loven om forebyggende hjemmebesøg til ældre er løbende blevet justeret

Loven om forebyggende hjemmebesøg er en rammelov, hvor det nærmere indhold og organisering frit kan bestemmes af den enkelte kommune. Qua den forholdsvis frie indholds- og organiseringsramme samt løbende justeringer af loven om forebyggende hjemmebesøg har der over tid været en stor variation i indholdet af ordningen. De væsentligste justeringer i loven om forebyggende hjemmebesøg er kort beskrevet i boksen nedenfor.

Loven om de forebyggende hjemmebesøg – væsentligste ændringer over tid

1996	Indførelse af lov om forebyggende hjemmebesøg med virkning fra 1998. Ifølge loven skal alle borgere over 75 år tilbydes to årlige besøg af deres kommune.
2005	Lovændring, som betød, at kommunerne kan vælge at undtage ældre fra ordningen, som får både personlig og praktisk hjælp efter § 83 i lov om social service
2010	Lovændring, som betød, at kommunerne fortsat skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg til alle borgere, der er fyldt 75 år, men minimumskravet ændres fra mindst to til mindst ét årligt forebyggende hjemmebesøg.

Loven om de forebyggende hjemmebesøg – væsentligste ændringer over tid

Loven giver samtidig mulighed for, at kommunen kan sammentænke de forebyggende hjemmebesøg med andre kommunale forebyggende indsatser samt tilrettelægge besøgene i forhold til de lokale behov.

- 2016** Lovændring – aldersgrænsen for tilbagevendende årlige tilbud om forebyggende hjemmebesøg hæves fra 75 år til 80 år.
Borgere på 75 år skal tilbydes et besøg.
Kommunerne skal tilbyde borgere i alderen 65-79 år, som er i risiko for at få nedsat social, psykisk eller fysisk funktionsevne, et behovsbestemt forebyggende hjemmebesøg.
Mulighed for at gennemføre mere differentieret besøg, fx i form af individuelle besøg uden for borgerens hjem samt kollektive arrangementer.
Kommunalbestyrelsen skal mindst en gang årligt udarbejde kvalitetstandards for de forebyggende hjemmebesøg.
- 2019** Lovændring – aldersgrænsen for tilbagevendende årlige tilbud om forebyggende hjemmebesøg hæves fra 80 år til 82 år.
Foruden alle borgere på 75 år skal også borgere i deres fyldte 80. år tilbydes et forebyggende hjemmebesøg.
Alle 70-årige, der bor alene, skal tilbydes et forebyggende hjemmebesøg.
Aldersgrænsen for de behovsbestemte forebyggende hjemmebesøg ændres til 65-81 år.

Kilde (17,18) og loven om social service (LBK nr. 798 af 07/08/2019) og tidligere versioner

Loven om forebyggende hjemmebesøg er med virkning fra d. 1. juli 2019 senest blevet justeret. Lovændringerne har blandt andet haft til hensigt i større omfang at målrette de forebyggende hjemmebesøg til de svageste ældre, samtidig med at den generelle forebyggende indsats opretholdes (s. 33 i (1)). Målretningen af de forebyggende hjemmebesøg til de svageste/sårbare ældre er forsøgt gjort ved at indføre behovsrelaterede besøg til ældre i særlig risiko for at få nedsat social, psykisk og fysisk funktionsevne. Endvidere er der løbende sket en forhøjelse af aldersgrænsen for det tilbagevendende årlige tilbud om forebyggende hjemmebesøg.

Indholdet og fokus for de forebyggende hjemmebesøg har således ændret sig over tid, og rammerne for den nuværende udformning adskiller sig væsentligt fra de ordninger, der i udgangspunktet lå til grund for ordningen. Loven om forebyggende hjemmebesøg havde oprindeligt sit udspring i positive erfaringer fra flere forudgående forsøg, bl.a. det såkaldte Rødovre-projekt i 1980-1983 (s. 10 i (18)). I Rødovre-projektet fik borgerne i interventionsgruppen besøg i eget hjem hver 3. måned af enten en sygeplejerske eller en praktiserende læge (19). Over tid er der sket en bevægelse fra, at modellerne for forebyggende hjemmebesøg lagde stor vægt på at afdække sygdom og hjælpebehov gennem fysiske screeninger og undersøgelser til et mere forebyggende og sundhedsfremmende fokus (20).

1.4 Læsevejledning: Rapportens struktur

Rapporten er struktureret på følgende måde:

- **I kapitel 2** beskrives afdækningens design, metode og datagrundlag.
- **I kapitel 3** beskrives og diskuteres fundene af den systematiske litteratursøgning.
- **I kapitel 4** beskrives og diskuteres undersøgelsen af ti kommuners erfaring med tidlig opsporing og forebyggende hjemmebesøg.
- **I kapitel 5** fremgår konklusionen på nærværende afdækning samt perspektivering af resultaterne.

2 Metode

VIVE har foretaget:

1. En **systematisk litteraturgennemgang**, som afdækker evidens vedrørende metoder til tidlig opsporing af, om den ældre borger viser tegn på fysisk, mental eller social mistrivsel i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg i Danmark, Norge og Sverige
2. En **struktureret interviewundersøgelse** af ti danske kommuners erfaringer med tidlig opsporing af, om den ældre borger viser tegn på fysisk, mental eller social mistrivsel i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg.

Det valgte design med brug af både systematisk litteraturgennemgang og erfaringsbaseret viden via interviewundersøgelse er valgt, fordi der forlods for undersøgelsens igangsættelse var en forventning om, at der var begrænset litteratur på området. Med andre ord, der er behov for interviewdata på de områder, der ikke belyses ved hjælp af litteraturen. Den strukturerede interviewundersøgelse skal dermed supplere fundene fra litteraturgennemgangen ved at belyse temaer, som er centrale for afdækningen, men hvor litteraturen er mangelfuld, samt belyse erfaringerne med brug af forskellige redskaber og metoder til tidlig opsporing.

Den nærmere metodetilgang for den systematiske litteraturgennemgang og den strukturerede interviewundersøgelse er beskrevet i de følgende afsnit.

2.1 Systematisk litteraturgennemgang

Sundhedsstyrelsen har ønsket en systematisk litteraturgennemgang af nordiske studier, der vedrører arbejdet med opsporing som led i de forebyggende hjemmebesøg.

Litteraturgennemgangen er opdelt i to dele:

1. En del, der undersøger metoder til at identificere/opspore ældre i målgruppen for de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg
2. En del, der undersøger metoder til at identificere/opspore tegn på fysisk, mental eller social mistrivsel under selve det forebyggende hjemmebesøg.

I den første del af litteraturgennemgangen inddrages studier, der har undersøgt forskellige metoder til at identificere/opspore ældre i målgruppen for de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg. I den anden del af litteraturgennemgangen inddrages studier, der har undersøgt metoder til at identificere/opspore tegn på fysisk, mental eller social mistrivsel i forbindelse med selve det forebyggende hjemmebesøg.

For begge delundersøgelser gælder, at der kun inddrages studier, der konkret fokuserer på tidlig opsporing i relation til det forebyggende hjemmebesøg, dvs. at kun studier, der konkret omhandler forebyggende hjemmebesøg til ældre, er inkluderet. Nærværende undersøgelse er dermed afgrænset fra at inkludere studier, der mere generelt forholder sig til tidlig identificering/opsporing af tegn på fysisk, mental eller social mistrivsel hos ældre.

2.1.1 Litteratursøgning

Der er foretaget én samlet litteratursøgning til afdækning af de to delundersøgelser. For at sikre identifikation af al relevant litteratur er der anvendt en bred søgestrategi. Det vil sige, at der er

søgt bredt på forebyggende hjemmebesøg og ikke kun på tidlig opsporing i relation til forebyggende hjemmebesøg. Den brede søgestrategi er valgt ud fra en betragtning om, at der i de enkelte studier af forebyggende hjemmebesøg kan indgå elementer af tidlig opsporing uden, at det er kerneelementet i studiet, hvorfor studiet ikke nødvendigvis vil blive identificeret ved brug af mere "snævre" søgetermer. Omdrejningspunktet for litteratursøgningen har således været forebyggende hjemmebesøg og ikke tidlig opsporing. Anvendelsen af denne brede tilgang til søgestrategien er blevet muliggjort af, at den samlede litteratur på området er forholdsvis begrænset, hvorfor det efterfølgende litteraturscreeningsarbejde har være overkommeligt. Den anvendte søgestrategi har som nævnt endvidere medført, at det har været muligt at anvende samme søgeprotokol til besvarelse af begge delspørgsmål.

Der er gennemført en systematisk litteratursøgning fra 1. januar 2005 og frem til og med maj 2019 i følgende litteraturdatabaser: Netpunkt, Forskningsdatabasen, Oria, Nora, Libris, SwePub, SweMed+, Medline, Embase Cochrane Central og Cochrane Reviews, Cinahl, Pedro og OTSeeker.

Der er taget udgangspunkt i følgende generelle søgeord: Preventive home visit, Preventive Health Service, Home visit + prevention. Endvidere er der søgt på tre facetter: 1) Health promotion, Health service, Health program, 2) Home dwelling og 3) Prevention. Populationen er afgrænset til ældre 65+-årige. Søgningen er afgrænset til studier på engelsk, dansk, svensk og norsk. Litteraturgennemgangen er afgrænset til litteratur fra 2005 og frem, da målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg var bredere før 2005, hvor borgere, som både modtager personlig og praktisk hjælp, også var inkluderet.

Endvidere er der til identifikation af ikke-indekseret litteratur foretaget supplerende manuelle søgninger på dansk, norsk og svensk på relevante hjemmesider fx de nationale sundhedsstyrelsessider og Google.

Den samlede søgeprotokol fremgår af Bilag 1.

2.1.2 Overførbarhed

Det kan være svært at overføre studieresultater af forebyggende hjemmebesøg fra lande, som adskiller sig i forhold til organiseringen, samt hvilke tilbud der tilbydes i sundhedsvæsenet, til en dansk kontekst. Overførbarheden af resultaterne af studier af forebyggende hjemmebesøg kompliceres yderligere af, at forebyggende hjemmebesøg er en kompleks og ikke-veldefineret indsats. Der kan således være stor variation i indholdet, organiseringen og målet med forebyggende hjemmebesøg lande imellem men også inden for det enkelte land. Jævnfør undersøgelsens opdrag var litteraturgennemgangen afgrænset til skandinaviske lande.

I Danmark rammesættes forståelsen af det forebyggende hjemmebesøg af lovtæksten. I Sverige og Norge, hvor de forebyggende hjemmebesøg ikke er pålagt ved lov, har man langt hen ad vejen ladet sig inspirere af den danske tilgang. Det er vurderet rimeligt også at inkludere studier fra Sverige og Norge i nærværende analyse, idet sundhedsvæsenet og det kommunale system generelt set er sammenligneligt.

Boks 2.1 Udbredelsen af forebyggende hjemmebesøg i Norge og Sverige

Kommunerne er i Sverige og Norge ikke lige som i Danmark pålagt ved lov at tilbyde forebyggende hjemmebesøg til ældre. Sundhedsministeriet (Helse- og Omsorgsdepartementet) i Norge anser imidlertid de forebyggende hjemmebesøg som en central praksis og et konkret værktøj i kommunernes forebyggende arbejde (21,22).

I Norge ses en stigende udbredelse af de forebyggende hjemmebesøg. En national kortlægning i 2003 viste, at 8 % af kommunerne havde et tilbud om forebyggende hjemmebesøg til ældre (23). En tilsvarende undersøgelse i 2013 viste, at andelen var steget til 25 %, mens at 40 % af kommunerne, som ikke havde et tilbud, planlagde opstart af et tilbud (24). Af kortlægningen fremgår det, at det er mest almindeligt med ét årligt besøg, og den mest almindelige målgruppe er indbyggere over 80 år og derefter indbyggere over 75 år, samt at der i besøget lægges højere vægt på sundhedsfremmende end sygdomsforebyggende forhold.

Forebyggende hjemmebesøg har været indført i Sverige siden slutningen af 1990'erne (22). Det står kommunerne og amterne (län) frit for, om de vil tilbyde forebyggende hjemmebesøg og i hvilken form. Besøgende tilbydes typisk til 75-årige og ældre. Indholdet og frekvensen i antallet af besøg varierer mellem kommuner/amter (ibid.).

2.2 Udvalgelse af litteratur

Litteraturgennemgangen er afgrænset til danske, svenske og norske studier. Den identificerede litteratur blev gennemgået med afsæt i de i Tabel 2.1 nævnte in- og eksklusionskriterier. I forhold til inklusionskriteriet "intervention/tiltag" er der anvendt forskellige kriterier for identificering af litteratur omhandlende henholdsvis opsporing *inden* og *i mødet* i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg, mens resten af kriterierne er ens for udvælgelsen af litteratur til besvarelse af de to undersøgelsesspørgsmål. Centralt for udvælgelsen af inkluderet litteratur er, at "opsporing" *inden* eller *i mødet* er et fokuspunkt i rapporten/studiet. Det betyder, at studier/rapporter, der på den ene eller anden måde forholder sig til opsporingen *inden* eller *i mødet* i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg er inkluderet.

Tabel 2.1 Inklusions- og eksklusionskriterier for udvælgelsen af litteratur

Population/ deltagere	Hjemmeboende personer på 65 år og ældre, som ikke modtager personlig pleje og praktisk hjælp.
Intervention/tiltag	Inden mødet: Opsporing inden det forebyggende hjemmebesøg er et fokuspunkt i studiet. Hvor det forebyggende hjemmebesøg svarer til beskrivelsen nedenfor. <i>Eller</i> I mødet: Opsporing i mødet er et fokuspunkt i studiet, hvor det forebyggende hjemmebesøg svarer til beskrivelsen nedenfor: Forebyggende hjemmebesøg, som svarer til følgende beskrivelse: Opsøgende, personen får tilbud uden selv at have taget initiativ til at modtage tjenesten Besøget udføres af sundheds- eller socialfaglige medarbejdere, eksklusive læger Besøgene er multidimensionelle (har en bred tilgang fx fokus på fysisk og mental sundhed, funktion og aktivitet, faldforebyggelse, ernæring og boforhold) og har både forebyggende og sundhedsfremmende fokus Besøget inkluderer råd og vejledninger Max to årlige besøg pr. person (her henvises til rutinemæssigt fastlagte besøg) <i>eller</i> Gruppeindsatser, som beskrives som alternativ til ét forebyggende hjemmebesøg (som beskrevet ovenfor).

Studiedesigns	Ingen krav til studiedesigns i første omgang – se tekst nedenfor for nærmere uddybning
Geografi	Studier fra Danmark, Norge og Sverige
Sprog	Engelsk, dansk, svensk og norsk
Eksklusion	Interventioner, som retter sig mod specifikke grupper med angivet risiko for en sygdom eller tilstand, fx hjertesygdom eller diabetes. Studier med målgrupper, som gennemgår en rehabiliteringsproces. Studier af opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra en hospitalsindlæggelse.

De forebyggende hjemmebesøg omtales i den efterfølgende tekst som et besøg for at lette læsbarheden, når vi overordnet omtaler forebyggende hjemmebesøg, selvom det forebyggende hjemmebesøg i princippet lige så godt kan være en gruppeindsats. Når vi specifikt beskriver en indsats, vil det fremgå, om der er tale om et besøg eller en gruppeindsats.

Gruppeindsatser er således også blevet inkluderet, hvis de er en del af et forebyggende hjemmebesøg tilbud.

I den første screening af litteraturen er der jf. Tabel 2.1 ikke stillet krav til studiedesigns. Kravene til, hvornår viden kan kaldes evidens, varierer alt efter, hvilken videnskabelig tradition man arbejder ud fra (25). Forebyggelsesområdet trækker generelt på metoder og tankegange fra mange discipliner, hvilket bevirker, at der findes andre videnskabstraditioner end dem, der rent baserer sig på evidenshierarkiet.⁴ I erkendelse af, at andre typer af studier end studier øverst i evidenshierarkiet også kan bidrage med relevant viden i forhold til undersøgelses-spørgsmålet, blev der derfor ved den første screening af litteraturen ikke stillet krav til studiedesigns. I den efterfølgende screening af litteraturen blev der imidlertid skelet til studiedesigns, således at der er blev stillet større krav til de anvendte designs i studier fra Sverige og Norge. Svenske og norske studier er kun blevet inkluderet, hvis effekten af beskrevne opsporingsmetoder er blevet evalueret ved brug af kontrolleret studier – dog er kvalitative studier inkluderet, hvis de er foretaget i relation til et kontrolleret studie. Differentieringen i kravene til inkluderet studiedesigns er gjort ud fra en betragtning om, at fx praksiserfaringer fra Danmark – set i lyset af den generelle beskedne litteratur på området – kan være af interesse, mens læringen fra lignende studier fra Sverige og Norge er af mindre relevans og derfor ikke inkluderet. Endvidere ekskluderes litteratur, som giver anbefalinger i forhold til tidlig opsporing, men hvor det ikke tydeligt fremgår på hvilken baggrund disse anbefalinger er fremkommet, fx håndbog for Ankestyrelsen (26).

For at give læseren et klart billede af, hvilken type studier der er ekskluderet, men som vil være inkluderet, hvis de var fra Danmark, er der i gennemgangen af litteraturen givet små eksempler herpå.

2.2.1 Syntese af litteraturen

Hovedfundene af litteratursøgningen er narrativt beskrevet, og der er foretaget en syntese af resultaterne fra de inkluderede studier. Beskrivelsen af studierne inkluderer en vurdering af deres metodiske kvalitet (evidens) og relevans. I vurderingen af evidens er der taget udgangspunkt i evidenshierarkiet, men også i kvaliteten i udførelsen af studiet, fx i forhold til risiko for bias i det anvendte studiedesign. Relevansen er vurderet på baggrund af indhold og kontekst i de enkelte studier. På baggrund heraf er der foretaget en vurdering af de enkelte studiers/rapporters evidensniveau ved brug af en tretrinsskala (høj, middel og lav evidens). Der er tale om

⁴ Evidenshierarkiet er meget udbredt inden for den medicinske verden til at rangere styrken af evidens på baggrund af anvendte studiedesigns. Udgangspunktet i denne videnskabsforståelse er, at de forskellige studiedesigns kan rangordnes, således at nogle er bedre – dvs. giver mere troværdige resultater – end andre. Det randomiserede kontrollerede eksperiment – RCT – er i toppen af evidenshierarkiet, hvor den højeste evidensstyrke opnås, når flere uafhængige RCT-studier har vist det samme resultat, og lidt mindre styrke, når kun enkelte RCT'er har vist resultatet.

en grov inddeling, hvor evidensniveauet refererer til, i hvor stor en grad der vurderes at være dokumenteret en effekt af den givne opsporingsmetode. Det vil sige, et højt evidensniveau refererer til, at studiet er baseret på et RCT-studie af høj kvalitet, og hvor der er stor tiltro til, at resultaterne er overførbare til dansk kontekst. Middel evidens refererer til RCT-studier, hvor der er mindre tiltro til resultaternes generaliserbarhed til dansk kontekst, eller kontrolleret studier af høj kvalitet. Lav evidens refererer til kontrollerede studier af lav kvalitet, før- og eftermålinger og ekspertvurderinger. Studier af højere kvalitet er tillagt størst betydning i den foretagne syntese.

2.3 Strukturert interviewundersøgelse af ti kommuners erfaring

2.3.1 Udvælgelse af deltagerkommuner

Udvælgelsen af kommuner til den kvalitative undersøgelse tager hensyn til en række kriterier vedrørende geografi, befolkningstæthed og rammevilkår. Udvælgelseskriterierne er valgt ud fra et ønske om, at kortlægningen så vidt muligt kan give et bredt dækkende billede af arbejdet med tidlig opsporing i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg i de danske kommuner. Samtidig er kommunerne udvalgt, således at der er geografisk spredning mellem kommunerne, og at kommuner fra alle fem regioner er repræsenteret i interviewundersøgelsen.

De deltagende kommuner er endvidere valgt ud fra en indledende vurdering af, hvilke kommuner der har forskellige praktiske og relevante erfaringer at trække på. VIVE har på grund af en kort tidsramme for projektet indhentet viden om relevante kommuner hos SUFO – Landsforeningen For Ansatte i Sundhedsfremmende Forebyggende Hjemmebesøg samt gennem tidligere undersøgelser på området. På den baggrund blev der udarbejdet en bruttoliste med 15 relevante kommuner, der blev kontaktet med henblik på at sikre deres interesse i en eventuel deltagelse. 14 kommuner gav tilsagn til at deltage i undersøgelsen. Efterfølgende blev de ti endelige deltagerkommuner udvalgt i dialog med Sundhedsstyrelsen og Sundhedsstyrelsens referencegruppe for udarbejdelsen af den faglige vejledning. Den endelige udvælgelse af de ti kommuner skete blandt andet ud fra referencegruppen og VIVEs kendskab til kommuner med innovative tiltag eller egne evalueringer af de forebyggende tiltag.

De ti deltagende kommuner er:

- Thisted Kommune (Region Nordjylland)
- Struer og Silkeborg Kommuner (Region Midtjylland)
- Sønderborg og Odense Kommuner (Region Syddanmark)
- Lolland, Vordingborg og Roskilde Kommuner (Region Sjælland)
- Høje Taastrup og Københavns Kommuner (Region Hovedstaden)

2.3.2 Interviewmetode

Der er gennemført i alt 10 strukturerede kvalitative telefoninterview med 12 forebyggelseskonsulenter⁵, en leder og en specialkonsulent i 10 danske kommuner. De interviewede forebyggelseskonsulenter er primært sygeplejersker, sekundært ergo- og fysioterapeuter. En enkelt af

⁵ De interviewede forebyggelseskonsulenter i kommunerne går under betegnelser som sundhedskonsulenter, ældrekonsulenter, forebyggelseskonsulenter, forebyggelsesygeplejersker osv. Fælles for dem alle er, at de foretager de forebyggende hjemmebesøg uagtet titel eller faggruppe. For en nemheds skyld betegnes de medarbejdere, der foretager de forebyggende hjemmebesøg, i denne rapport forebyggelseskonsulenter.

de interviewede forebyggelseskonsulenter er social- og sundhedsassistent. Det fremgår af interviewene, at denne fordeling i store træk generelt afspejler den faglige sammensætning i interviewkommunerne, hvor forebyggelseskonsulenterne oftest har en baggrund som sygeplejersker, fulgt af ergo- og fysioterapeuter. Kun en mindre del er social- og sundhedsassistenter.

Hvert interview varede 1,5-2 timer. Interviewene blev optaget og efterfølgende blev der taget fyldige referater af hvert interview.

Inden interviewene sendte hver kommune diverse skriftligt materiale om deres metoder til tidlig opsporing, herunder deres praksis i forhold til organisering og indhold af de forebyggende hjemmebesøg. Det skriftlige materiale blev anvendt til at målrette de enkelte interview.

Interviewene blev foretaget med udgangspunkt i en struktureret interviewguide (se Bilag 2), der dels var inspireret af den guide, der tidligere er anvendt til at belyse kommunernes erfaringer med opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne (1), dels med afsæt i de temaer og problemstillinger, som opdraget for denne undersøgelse har ønsket særligt belyst (se afsnit 1.1). Endvidere indeholdt interviewguiden spørgsmål relateret dels til fundene fra litteraturstudiet, dels spørgsmål relateret til de konkrete indsatser og erfaringer fra de enkelte kommuner, blandt andet som de fremgår af det tilsendte skriftlige materiale.

De overordnede temaer i interviewguiden var:

- Organiseringen af det forebyggende arbejde
- Tidlig opsporing forinden det forebyggende hjemmebesøg
 - Udvælgelse af risikogrupper
 - Opsporing og identificering af ældre i målgruppe for behovsrelaterede forebyggende indsatser
 - Samarbejde med interne og eksterne aktører
- Identificering af tegn på fysisk, psykisk og social mistrivsel under det forebyggende hjemmebesøg
 - Organisering af besøget, herunder invitation og besøgsfrekvens
 - Strukturering af samtalen
 - Brug af skemaer, test og guider
 - Gruppetilbud
- Monitorering og evaluering af de forebyggende hjemmebesøg
- Opfølgning.

2.3.3 Interviewanalyse

På baggrund af referaterne er interviewene blevet analyseret ved brug af meningskondensering, hvor informanternes udsagn er blevet samlet i en række temaer med udgangspunkt i den strukturerede interviewguide. Efterfølgende er udsagn og temaer bearbejdet i en tværgående analyse med henblik på at finde relevante ligheder og forskelle i kommunernes praksiserfaringer med metoder til tidlig opsporing forinden og under det forebyggende hjemmebesøg, og herunder at belyse fordele og ulemper ved de forskellige metoder og tilgange.

3 Resultater af litteraturgennemgangen

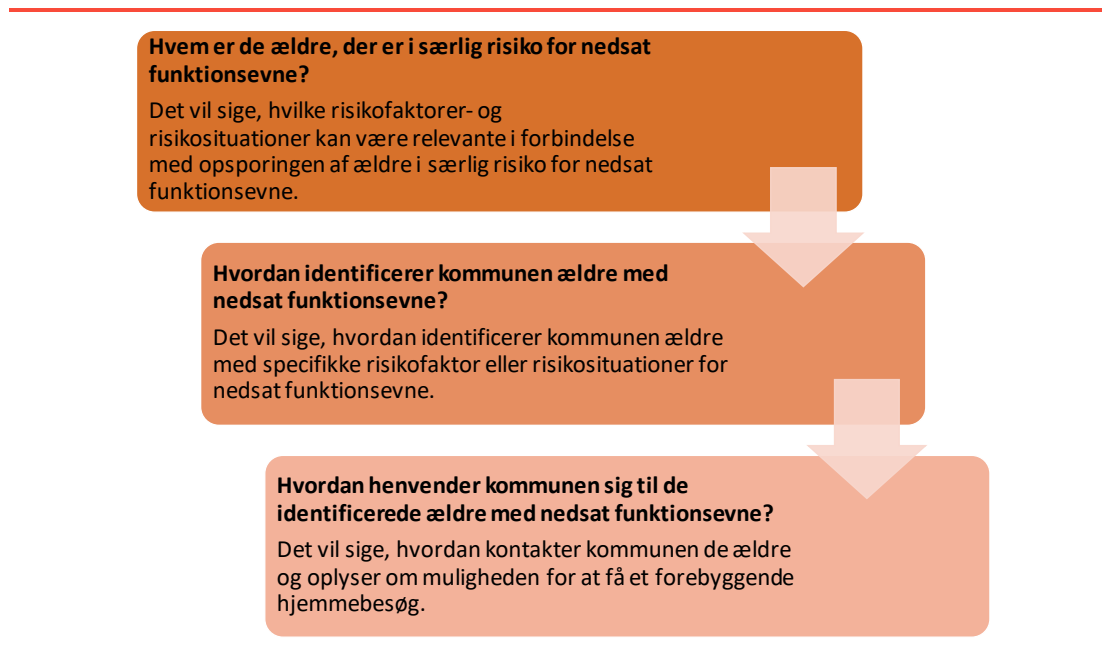
Litteraturgennemgangen identificerede fire studier (1-4) omhandlende metoder til at opspore ældre i målgruppen for de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg og 11 studier (5-14)⁶, der har undersøgt metoder til at opspore tegn på fysisk, mental eller social mistrivsel under selve det forebyggende hjemmebesøg. Flowchart for udvælgelsen af litteratur fremgår af Bilag 3.

I de følgende afsnit gives en kort beskrivelse af den identificerede litteratur og resultaterne heraf. Læseren, som blot er interesseret i at få et samlet overblik over hovedpointerne af litteraturgennemgangen uden nærmere beskrivelse af de enkelte studier, vil med fordel kunne springe direkte til læsning af konklusionen på litteraturgennemgangen, som fremgår til slut i kapitlet.

3.1 Studier om metoder til opsporing inden mødet

Opsporing af ældre i målgruppen for de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg kan opdeles i tre trin. De tre trin består i, at finde ud *hvem* det er som gruppe, der skal tilbydes de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg, *hvordan* kommunen identificerer ældre, der tilhører denne gruppe, og sidst men ikke mindst, *hvordan* kommunen etablerer kontakt til ældre, som tilhører denne gruppe, jf. Figur 3.1. Opsporingen af ældre i målgruppen for de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg handler således grundlæggende om: at kende de faktorer, der er af betydning for, om en borger er i særlig risiko for nedsat funktionsevne, kunne identificere de konkrete borgere og ikke mindst opnå kontakt og etableret et besøg.

Figur 3.1 De tre trin i opsporing af ældre i målgruppen for de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg



Kilde: Egen fremstilling

⁶ 8 af de 11 studier evaluerer den samme indsats, og en publikation omhandler både systematisk opsporing og gruppeindsats. På grund af sidstnævnte er der kun 10 referencer.

Litteraturgennemgangen identificerede to publikationer (1,2), som omhandler alle tre trin i opsporing, og to studier (3,4) omhandlende elementer i trin 3. Studierne og deres resultater er nærmere beskrevet i de følgende afsnit.

3.1.1 Sundhedsstyrelsens guide til kommunerne vedrørende opsporing

Sundhedsstyrelsen udgav i 2017 – i kølvandet på lovændringen af de forebyggende hjemmebesøg i 2016 – en guide til kommuner vedrørende forebyggende hjemmebesøg og opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne (1). Guiden havde til formål at inspirere kommunerne til, hvordan de kan arbejde med identificering og opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne.

Guidens indhold er baseret på interview med 12 kommuner om deres erfaringer med identificering og opsporing, samt litteratur udpeget af projektets ekspert- og følgegruppe. Af guiden fremgår det, at forskning om opsporing af "skrøbelige" ældre med behov for et forebyggende hjemmebesøg er meget begrænset, hvorfor guiden primært er baseret på interviewene.

I guiden peges der på en række risikosituationer og -faktorer, som kan være relevante i forbindelse med opsporingen af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne (dvs. trin 1 i Figur 3.1). Udpegningen af risikosituationer og -faktorer er dels baseret på to tidligere publikationer fra Sundhedsstyrelsen (5,27), hvori der er udpeget risikosituationer og -faktorer, dels på baggrund af drøftelser i ekspertgruppen tilknyttet udarbejdelsen af guiden. De udpegede risikosituationer og -faktorer fremgår af Figur 3.1. Af guiden fremgår det, at risikofaktorerne ikke nødvendigvis hver for sig udgør en risiko, men at det i højere grad er kombinationen af flere risikofaktorer, der kan bringe ældre i risiko for nedsat funktionsevne (1).

Boks 3.1 Risikosituationer og faktorer for ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne – udpegede af Sundhedsstyrelsen

- Ældre, der har mistet samlever/ægtefælle
- Ældre, der udskrives fra sygehus
- Ældre, der afslutter rehabiliteringsforløb
- Ældre mænd, der lever alene
- Ældre med kort uddannelse og/eller kort erhvervserfaring
- Ældre med alvorligt syg samlever/ægtefælle
- Ældre med ikke-vestlig baggrund
- Ældre med svær sygdom
- Ældre med flere samtidige sygdomme (multimorbiditet)
- Ældre med mange forskellige lægemidler på en gang (polyfarmaci)
- Ældre med forringet ernæringstilstand
- Ældre, der er ensomme eller socialt isolerede
- Ældre, der er faldet
- Ældre med sanse- eller høretab
- Ældre med medicin- eller alkoholmisbrug
- Ældre, der er på førtidspension
- Ældre med hyppig brug af egen læge
- Pårørende til ældre, der er flyttet på plejehjem.

Kilde (1)

Ifølge guiden kan begrebet skrøbelighed yderligere i samspil med ovennævnte risikofaktorer anvendes til at identificere relevante risikogrupper. Ved skrøbelighed forstås der i denne sammenhæng en tilstand med biologisk øget sårbarhed. Graden af ældres skrøbelighed kan opspores ved at afdække utilsigtet vægttab, fysisk aktivitet, medicinforbrug og tidlig tegn på uforklarlig træthed.

Guiden peger endvidere på metoder og veje til risikobaseret opsporing af ældre med nedsat funktionsevne (dvs. trin 2 i Figur 3.1). Tabel 3.1 viser en oversigt over de i guiden nævnte centrale aktører, som er i spil i opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne. Kommunen kan yderligere anvende personhenførbare data – inden for de juridiske rammer – til opsporing af ældre i særlig risiko for funktionstab.

Tabel 3.1 Oversigt over centrale aktører og arenaer i det opsporende arbejde

Centrale aktører	Beskrivelse af de konkrete aktører og arenaer
Kommunen	Interne aktører kan informere, opfordre og eventuelt henvise borgerne til et forebyggende hjemmebesøg med borgerens samtykke. Aktørerne og arenaerne kan fx være sygeplejen, hjemmeplejen, demenskoordinatorer, træningsmedarbejdere, frivillighedskoordinatorer, medarbejdere i borgerservice, sagsbehandlere på beskæftigelsesområdet, visitatorer, aktivitetscentre og biblioteker.
Ekstern aktører	Eksterne aktører kan informere, opfordre og eventuelt henvise borgerne til et forebyggende hjemmebesøg med borgerens samtykke. Aktørerne og arenaerne kan fx være almen praksis, apoteker, sygehuse, bedemænd, præster, frivillige i civilsamfundet eksempelvis senior- og pensionistforeninger, boligsociale medarbejdere, frivillige selvhjælpsgrupper, patientforeninger, Ældresagen, almennyttige boligområder og lokale medier.
Borgeren	Borgeren kan selv opsøge kommunen med henblik på rådgivning, herunder mulighed for at få et forebyggende hjemmebesøg.

Kilde: Egen fremstilling på baggrund af (1)

I guiden præsenteres ni eksempler på opsporing fra den kommunale praksis. De præsenterede eksempler er ikke evalueret, hvorfor virkningen af de enkelte opsporingsindsatser er ukendt. Med det i mente illustrerer eksemplerne jf. guiden blandt andet, at:

1. Der opnås et *styrket samarbejde med frivillige og civilsamfund* om opsporing, hvis det bygger på et ligeværdigt partnerskab, hvor begge parter hjælper hinanden med at opspore ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne
2. Det er *givent at samarbejde med de eksterne aktører*, som har hyppig kontakt med ældre – eksempelvis apotek, praktiserende læge og sygehuset, da disse aktører har gode forudsætninger for at vurdere, hvilke ældre der er i særlig risiko for nedsat funktionsevne
3. Samarbejde om opsporing *mellem de kommunale aktører styrkes*, hvis de mødes kontinuerligt og laver faste aftaler for, hvordan de samarbejder om at opspore ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne
4. Kommunen kan igennem forskellige formidlingstiltag skabe opmærksomhed om tilbuddet om et forebyggende hjemmebesøg. Tiltagene kan samtidig fungere som arena for opsporing.

Guiden konkluderer (s. 30 i *ibid.*), at følgende tre forhold især har betydning for identificering og opsporing af skrøbelige ældre:

1. Henvendelsesformen – brev med angivelse af dato for besøg af en forebyggelseskonsulent formodes generelt at øge andelen af skrøbelige ældre, der takker ja til besøget. Konklusionen er baseret på referencen Yamada et al. (4), som er nærmere beskrevet i afsnit 3.1.3.
2. De faglige kvalifikationer og menneskelige egenskaber, som er nødvendige hos forebyggelseskonsulenterne for at skærpe deres blik for opsporing – følgende tre kompetencer anses her især som centrale i mødet med borgeren:
 - a. Gode kommunikationsevner
 - b. Professionalisme
 - c. Viden om, hvornår man skal handle i praksis. Konklusionen er baseret på Yamada et al. (28)⁷.
3. Ethiske overvejelser i forbindelse med opsporing – etiske dilemmaer opstår fx, når der er uoverensstemmelse mellem borgerens behov for støtte og den støtte, kommunen kan tilbyde.

Guiden baserer sig primært på interview med kommuner om deres erfaringer med identificering og opsporing, da den i guiden gennemførte litteraturgennemgang viser, at viden om identificering og opsporing af ældre er begrænset. Guiden er således ikke baseret på deciderede evalueringer af forskellige tiltag med undtagelse af studiet af Yamada et al. (4), som er nærmere beskrevet i afsnit 3.1.3. Det er således generelt ikke muligt på baggrund af guiden at vurdere, om der er en effekt af de foreslåede tiltag og strategier til identificering og opsporing af ældre, som det vil være relevant at tilbyde et behovsrelateret forebyggende hjemmebesøg.

3.1.2 Inspirationskatalog om erfaringer med lovsændringen i 2016

Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence & Viden udgav i 2017 et inspirationskatalog (2). Inspirationskataloget samler op på de første erfaringer med målretningen af de forebyggende hjemmebesøg, som følge af lovændringen i 2016, samt giver bud på, hvilken betydning målretningen fremadrettet kan få, og hvordan kommunerne i praksis kan få størst glæde af at målrette de forebyggende hjemmebesøg. Inspirationskataloget består af to dele 1) viden om målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg samt 2) erfaringer med lovændringen i 2016 i forhold til tilrettelæggelsen af et målrettet forebyggende hjemmebesøg (individuel såvel som kollektiv indsats). Del 1 er baseret på registeranalyse af, hvad der øger sandsynligheden for at tage imod et forebyggende hjemmebesøg, telefoninterview med borgere, der har takket nej til et forebyggende hjemmebesøg og dybdegående interview med borgere, der havde takket henholdsvis ja og nej til besøg. Del 2 i inspirationskataloget er baseret på erfaringerne fra et større udviklingsprojekt med deltagelse af otte kommuner⁸.

Undersøgelsen af borgere i målgruppen for forebyggende hjemmebesøg (trin 1 i opsporingen) peger på, at 1) målgruppen er kompleks, dvs. der kan ikke med objektive karakteristika identificeres én målgruppe, som er særlig sårbar, og 2) borgerens væsentligste argumenter for ikke at tage imod et forebyggende hjemmebesøg er dels, at de ikke forventer, at deres helbredssituation kan ændres, dels at de ikke vurderer, at de har behov for en forebyggende indsats. På baggrund heraf konkluderes det, at man ved at målrette besøgenes formidling, form og indhold vil kunne tydeliggøre relevansen for de enkelte målgrupper.

⁷ Studiet af Yamada et al. er ikke inkluderet i vores litteraturgennemgang, da studiet er baseret på data fra Japan og derfor ikke opfylder inklusionskriterierne for nærværende studie.

⁸ De otte kommuner er Struer, Fredericia, Aabenraa Nordfyn, Lolland, Herlev, Rudersdal og Dragør.

Erfaringerne fra de otte kommuner fra udviklingsprojektet viser, at den nye lovgivning især skaber behov for udvikling inden for fire områder i arbejdet med at målrette den forebyggende indsats (s. 33 i *ibid.*). De fire områder er:

1) Tilrettelæggelsen af opsporingsindsatsen skal målrettes (trin 1 og 2 i opsporingen).

De væsentlige temaer er fastlæggelse af målgruppen (så indsatsen kan fokuseres og målrettes), anvendelse af tilgængeligt data fra offentlige og private organisationer til opsporingsarbejdet samt sidst men ikke mindst opsporing gennem samarbejde.

Det anføres i inspirationskataloget, at tilgængeligheden af data omkring borgerne kan være en stor udfordring for målretning af den forebyggende indsats (s. 38 i *ibid.*). Ofte har forebyggelsesteamet kun adgang til oplysninger om borgerens køn, alder og bopæl gennem de omsorgssystemer, som de kan tilgå i hverdagen. Andre offentlige instanser og private organisationer er imidlertid i besiddelse af værdifuld viden om borgerne i målgruppen, som forebyggelseskonsulenter kan anvende i opsporingsarbejdet, hvis der kan opnås samarbejde herom.

2) Formidlingen til målgruppen skal målrettes (trin 3 i opsporingen), så borgeren kan se relevans af besøget og derigennem blive motiveret til et besøg. Erfaringerne viser, at det kan være hensigtsmæssigt at benytte specifikke formuleringer omkring besøgets indhold frem for brede formuleringer, som "vi kan komme forbi mange emner, som du ser som relevant". Mange ældre ser deres helbreds-mæssige udfordringer som primært aldersbetinget og dermed ikke noget, der kan ændres ved. Formidlingen omkring besøgene skal således udfordre målgruppens helbredsforståelse og have modtageren for øje.

Undersøgelsen af målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg viser, at der er uklarhed omkring formålet med besøget, både blandt borgere, som tager imod tilbuddet om de forebyggende hjemmebesøg, og de, der ikke gør (s. 28. *ibid.*). Dette understreger behovet for en klar og tydelig angivelse af formålet med besøget i informationsmaterialet, såvel som i selve mødet.

3) Besøgets karakter skal tilpasses både i forhold til indhold og form. Besøgets indhold skal tilpasses den enkelte borger for at sikre relevans af forebyggelsesindsatsen. Ligeledes afhænger borgerens oplevelse af besøget som meningsfuldt af dets form. Her åbner lovgivningen op for muligheden for at gennemføre besøg med mere gruppebaserede aktiviteter, som fx samskabende workshops med borgere.

4) Konsistent fokus på at videreudvikle indsatsen, så de indhøstede erfaringer, fx i form af løbende monitorering af egne data og feedback fra borgere og samarbejdspartnere, kan bringes godt i spil fremadrettet.

Inspirationskataloget giver yderligere eksempler på værktøjer og redskaber til kommunerne, som de kan tilpasse og anvende i målretningen af de forebyggende indsatser i forhold til de fire ovenstående indsatsdele.

Det er væsentligt at være opmærksom på, at inspirationskataloget er baseret på registeranalyser, interview med borgere, erfaringer og eksempler fra kommuner men ikke deciderede evalueringer af konkrete tiltag. Det betyder, at effekten af de foreslåede tiltag er ukendt. Inspirationskataloget kan dermed ikke i sig selv sige noget konkret om, hvordan kommunerne skal designe de forebyggende hjemmebesøg for at opnå effekt. Inspirationskataloget kan imidlertid, som titlen også antyder, give inspiration til, hvordan kommunerne kan forsøge at målrette de forebyggende hjemmebesøg.

3.1.3 Henvendelsesform har betydning for, om borgeren takker ja til mødet

Et dansk studie (3) baseret på data fra 1998 til 2002⁹ viser, at valg af metode, ved tilbud om forebyggende hjemmebesøg, påvirker sandsynligheden for, at borgeren siger ja til at modtage et forebyggende hjemmebesøg (trin tre i opsporingen). Analyser viser konkret, at et datobrev, hvor der allerede i invitationen til det forebyggende hjemmebesøg er angivet en dato for besøg, er med til at højne andelen af borgere, der tager imod tilbuddet om et forebyggende hjemmebesøg, sammenlignet med borgere, der får et brev uden en konkret dato for besøget eller op-ringning.

Et andet studie (4), baseret på de samme data, viser endvidere, at datobrev kan være med til at reducere den sociale ulighed, der normalt ses i, hvem der takker ja til at modtage et forebyggende hjemmebesøg (høj socioøkonomisk status er normalt forbundet med en højere grad af accept for forebyggende hjemmebesøg).

Begge studier er baseret på sekundære analyser på data fra et danske interventionsstudie om forebyggende hjemmebesøg til ældre i 34 kommuner. Sekundær analyse betyder, at undersøgelsesspørgsmål i denne artikel om betydningen af invitationsmetoden ikke var det primære undersøgelsesspørgsmål for studiet¹⁰. Dette betyder, at selvom studiet var designet som et prospektivt kontrolleret followup-studie med randomisering på kommuneniveau, er der ikke foretaget randomisering i forhold til invitationsmetode. Det har været kommunernes egen praksis, der har dannet afsæt for den anvendte invitationsmetode, som ikke varierer internt i kommunen. Den anvendte invitationsmetode i de enkelte kommuner er retrospektivt blevet kortlagt.

Kvaliteten og genrealiserbarheden af de to studier vurderes som værende høj trods den manglende randomisering af invitationsmetode. Analyserne er således baseret på store datasæt (n= 2.399 og n=1.023), repræsentation af kommuner fordelt i Danmark og med forskellig organisering af det forebyggende hjemmebesøg. Det sekundære analysedesign, som betyder, at dataindsamlingen ikke var indrettet i forhold til nærværende studie, kan have medført en bias i data. Den eventuelle bias i data betyder imidlertid blot, at resultaterne er underestimeret.

3.2 Studier om metoder til opsporing *i mødet*

Litteraturgennemgangen identificerer kun et studie (6), som direkte har undersøgt opsporings-elementet i relation til mødet mellem forebyggelseskonsulenter og borger. Herudover er der blevet identificeret en publikation fra Sundhedsstyrelsen (5), der giver anbefalinger til opsporingsredskaber, som kan anvendes i mødet, samt ni studier (6-14) omhandlende opsporing i forbindelse med gruppeindsatser. Et af sidstnævnte ni studier er en genganger, da studiet også er inkluderet under opsporingselementet i relation til mødet mellem forebyggelseskonsulenter og borger.

3.2.1 Opsporingsredskaber anbefalet af Sundhedsstyrelsen

I Sundhedsstyrelsens håndbog om forebyggelse på ældreområdet til kommunerne (5) gives der anbefalinger til redskaber, som de fagprofessionelle kan anvende i de forebyggende hjem-

⁹ Studiet er inkluderet trods data stammer fra 1998-2002, da det er publiceret i 2010

¹⁰ Studiets primære formål var at undersøge, om en intervention med undervisning af medarbejdere, der gennemfører forebyggende hjemmebesøg og kortere kurser for praktiserende læger, havde effekt på 75- og 80-årige hjemmeboendes funktionsevne og antallet af leveår, samt at undersøge, om interventionen havde effekt på antallet af indflytninger på plejehjem, dødelighed, og om antallet af forebyggende hjemmebesøg og besøgenes regelmæssighed havde en positiv effekt (29)

mebesøg til opsporing og identifikation af ældre, der kan have gavn af en forebyggende indsats. Tabel 3.2 viser en oversigt over de anbefalede redskaber. Redskaberne er udvalgt, fordi de vurderes at kunne styrke det forebyggende arbejde i kommunerne, og fordi de er valide, oversat til dansk og lette at anvende. Foruden opsporing kan redskaberne anvendes til måling og dokumentation af effekten af iværksatte forebyggende indsatser (s. 38 i (5)). Yderligere beskrivelse af redskaberne og deres anvendelse kan findes i (5,30).

Tabel 3.2 Redskaber, som Sundhedsstyrelsen anbefaler, at fagprofessionelle kan anvende i de forebyggende hjemmebesøg til opsporing og identifikation af ældre, der kan have gavn af en forebyggende indsats

Redskab	Måler	Beskrivelse
Rejse-sætte-sig-test	Fysisk funktionsevne	Sundhedsstyrelsen anbefaler at rejse-sætte-sig-testen anvendes som det primære målingsredskab til vurdering af fysisk funktionsniveau (s. 6 i (31)). Testen måler styrken i underkroppen ved at undersøge, hvor mange gange personen kan rejse sig fra og sætte sig på en stol i løbet af 30 sekunder.
Ganghastighedstest	Fysisk funktionsevne	Sundhedsstyrelsen anbefaler, at gangtesten anvendes som supplerende screeningsværktøj til vurdering af nedsat funktionsniveau, hvis borgeren i stotestesten ikke kan udføre ni oprejsninger på 30 sekunder, men godt kan udføre mere end fem eller flere (s. 14 i (30)). Testen måler, hvor lang tid borgeren er om at gå fire meter.
Euro Quality of Life – 5 Dimensions (EQ-5D)	Helbredsrelateret livskvalitet	Sundhedsstyrelsen anfører i deres håndbog (s. 39 i (5)), at EQ-5D kan bidrage til opsporing, men at der indledningsvist tages udgangspunkt i andre redskaber for at opspore og identificere ældre, der kan have gavn af en forebyggende indsats. EQ-5D er et screeningsværktøj, som består af fem spørgsmål. Det kan anvendes til scoring af selvrapporteret helbredsrelateret livskvalitet (s. 12 i (30)).
Geriatrisk depressionsskala – 15 punkter (GDS-15)*	Depression	GDS-15 kan anvendes til at identificere depressionssymptomer blandt ældre (s. 51 i (5)).

Note: *Der findes også en version bestående af fem spørgsmål.

Kilde: Egen produktion på baggrund af (5,30,31),

Rejse-sætte-sig-testen og GDS-15 er afprøvet i forbindelse med et studie af en screeningsmetode til systematisk opsporing af borgere med fysisk, psykisk eller socialt funktionsevnetab i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg. For nærmere beskrivelse heraf se afsnit 3.2.2. Litteraturgennemgangen har ikke identificeret yderligere studier, hvor de anbefalede redskaber er blevet evalueret i sammenhæng med det forebyggende hjemmebesøg, men nogle af redskaberne er anvendt til måling og dokumentation af effekt i nogle af studierne.

3.2.2 Screeningsmetode til systematisk opsporing af borgere med fysisk, psykisk eller socialt funktionsevnetab

Sundhedsstyrelsen gennemførte i 2014 til 2016 et projekt, hvor man afprøvede en screeningsmetode til systematisk opsporing af borgere med fysisk, psykisk eller socialt funktionsevnetab. Screeningsmetoden blev afprøvet i Frederiksberg og Aarhus Kommuner i forbindelse med følgende tre typer af forebyggende hjemmebesøg:

- Det lovpligtige årlige forebyggende hjemmebesøg, der tilbydes til borgere over 75 år¹¹

¹¹ Lovgivningen ved projektets opstart. Blev jf. afsnit 1.3 ændret pr. 1. januar 2016.

- Det særlige forebyggende hjemmebesøg (enke- og enkemandsbesøg), der tilbydes borgere over 65 år, der har mistet en ægtefælle
- Det opfølgende forebyggende hjemmebesøg, der tilbydes til borgere, hvor det ved det lovpålagte besøg vurderes gavnligt.

Projektindsatsen bestod i at implementere en mere fast struktur for hjemmebesøgene, herunder at bruge en række fastlagte screeningsredskaber. Se Tabel 3.3 for nærmere beskrivelse af elementerne, der blev anvendt i screeningen til at afdække borgerens forebyggelsesbehov og -potentiale. Formålet med screeningsredskaberne var at kortlægge borgernes situation for herefter at blive i stand til at henvise vedkommende til en passende indsats i de tilfælde, hvor det blev vurderet som gavnligt for borgeren. Forud for projektet var der ikke en fast struktur for besøgene, i stedet var borgerens situation rammesættende for besøget.

Tabel 3.3 Elementer anvendt i screeningen*

Elementer	Anvendt screeningsinstrument	Beskrivelse af screeningsinstrumentet
Baggrundsspørgsmål		
Spørgsmål om fysisk funktionsevne	Rejse-sætte-sig-testen	Anvendes til at afdække borgerens fysiske tilstand. Borgerens fysiske styrke vurderes ud fra, hvor mange gange borgeren kan rejse sig fra og sætte sig på en stol på 30 sekunder. Valideret instrument.
Spørgsmål om psykosocial trivsel*	Geriatric Depression Scale – GDS-15	Anvendes til at identificere depressionssymptomer blandt ældre. Borgeren bliver stillet 15 ja/nej-spørgsmål, der er specielt udarbejdet til at screene for depression. Borgerens totale score indikerer, om og i hvilken grad borgeren er risiko for at få, eller allerede har, en depression. Valideret instrument.
Spørgsmål om selvmordsadfærd eller tanker her om	Borgeren stilles to spørgsmål, som lyder: "Har du inden for de sidste tre måneder haft svært ved at finde mening med livet?" "Har du inden for de sidste tre måneder haft selvmordstanker eller forsøgt selvmord?"	De to spørgsmål blev formuleret af Sundhedsstyrelsen, som en del af projektet. Det primære formål med spørgsmålene er at give de forebyggende medarbejdere et redskab til at håndtere et tabuiseret emne.

Note: *Quality of life in Alzheimer's disease – QOL-AD, var tiltænkt til at opspore demente. Redskabet består af 13 spørgsmål, der har til formål at afdække livskvalitet ud fra borgerens og den pårørendes perspektiv. I Frederiksberg Kommune stoppede de opsporing af borgere med demens, bl.a. på grund af, at det blev vurderet uetisk at screene borgernes livskvalitet, da gruppetilbuddene, som var en del af projektet, ikke blev set som en efterfølgende løsning på evt. lav livskvalitet (gruppetilbuddene beskrives nærmere i afsnit 3.2.4). I Aarhus Kommune var praksis i forhold til screeningerne ikke ensartet. QOL-AD indgår ikke i den gennemførte evaluering af projektet, da der i begge kommuner er foretaget langt færre screeninger af personer med demens end forventet, og der dermed mangler data (s. 47 i (6)).

Kilde: Egen fremstilling på baggrund af (6)

Projektet er blevet evalueret af SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (nu VIVE). Opsporingsdelen i projektet er blevet evalueret ved at afdække, hvilke borgegrupper det er lykkedes de to kommuner at opspore. Evalueringen er baseret på de i alt ca. 4.500 screeninger, der blev foretaget i de to kommuner i løbet af projektperioden. Evalueringen (6) peger bl.a. på:

- **at det med hjemmebesøgene i nogen grad lykkes at opspore borgere**, der er i risiko for at mistrives:
 - Blandt de ældre mænd, der fik hjemmebesøg, er der en overrepræsentation af mænd, der bor alene. Forskning viser, at mænd, der bor alene, oftere mistrives end mænd, der er samboende eller gift.

- Omkring 20 % af borgerne i undersøgelsen viste i større eller mindre omfang tegn på en depression.
- Borgere, der modtog et opfølgende, forebyggende hjemmebesøg, viste i højere grad end dem, der modtog et lovpligtigt forebyggende hjemmebesøg, tegn på depression. Hvilket, ifølge forfatterne til evalueringen, indikerer, at de to kommuner i det lovpligtige hjemmebesøg har været i stand til at opspore borgere, der mistrives psykisk og/eller socialt, og tilbyde dem et opfølgende besøg.
- De opsporede borgere i begge kommuner ligger inden for normalområdet i forhold til fysisk funktionsevne.
- **at medarbejderne i de to kommuner vurderer, at screeningsmetoden er brugbar og nyttig i arbejdet med at opspore ældre med forebyggelsesbehov:**
 - Medarbejderne vurderer, at det giver et nuanceret billede af borgerens situation, som de ikke på samme måde ville have fået uden redskabet.
 - Nogle medarbejdere fremhæver, at resultaterne af screeningen undertiden er overraskende, og at de dermed får opsporet og henvist borgere, som de ikke nødvendigvis ville have opsporet uden redskabet.
 - Man undgår at stigmatisere den enkelte borger ved, at alle borgere screenes.
- **at screeningsredskabet fylder meget på besøget:**
 - Den mere fastlagte struktur for afviklingen af mødet gør det vanskeligt at lade borgerens situation være definerende for besøget.
- **at den systematiske screening er ressourcekrævende:**
 - Det kræver en faglig opkvalificering af personalet at opspore borgere, som det blev gjort i projektet.
 - Screening kræver, at der er opbygget et vist kendskab og en tillidsrelation mellem borgeren og den forebyggende medarbejder. Derfor var det ikke altid muligt at gennemføre screeningen på ét besøg.
 - Et forebyggende hjemmebesøg, som det blev foretaget i de to projektkommuner, tog i gennemsnit 120 min. inklusive transport og eventuel opfølgende telefonopringning.

I forhold til de enkelte screeningsredskaber anføres det, at de validerede redskaber fungerer godt. Screeningsredskabet GDS-15, der indikerer tegn på depression, bliver generelt fundet anvendeligt og relevant af de forebyggende medarbejdere. I begge kommuner påpeges der dog problemer med ét af de 15 spørgsmål ("Er du lykkelig ved livet lige nu?"), da de synes, at ordlyden er dårlig, og at spørgsmålet ikke fungerer. Hvis de forebyggende medarbejdere kunne, ville de derfor vælge, at undlade at stille dette spørgsmål (s.43-44 i *ibid.*). De to spørgsmål vedrørende selvmord vurderes meget anvendelige, og det fremhæves, at de åbner op for en god snak med borgeren (s. 44 i *ibid.*). De forebyggende medarbejdere i begge kommuner fremhæver alkoholproblemer som et emne, der er tabuiseret og svært at håndtere. Endvidere føler de sjældent, at de er i stand til at hjælpe borgeren i forhold til alkoholproblemer (*ibid.*).

Det er ikke muligt på baggrund af evalueringen at vurdere, hvorvidt det er en god ide at screene alle borgere systematisk. På det ene side er systematisk screening en fordel i forhold til, at man undgår at stigmatisere borgere, og at det tyder på, at det for den enkelte forebyggende medarbejder kan være svært at vurdere, hvornår det er gavnligt at screene en borger. På den anden side kræver den systematiske screening flere ressourcer, samt det gør det vanskeligere at lade borgerens situation være definerende for besøget. Det er imidlertid gennemgående for medarbejderne i de to kommuner, at de fremadrettet ikke ønskede at fortsætte med at screene alle borgere, der modtager et forebyggende hjemmebesøg (s. 40-42 i *ibid.*).

Fraværet af en kontrolgruppe betyder, at det ikke er muligt at vurdere effekten af at screene alle borgere systematisk. Endvidere skal ovenstående resultater fortolkes med en hvis forsigtighed, idet der ikke kan udelukkes at være skævheder i de anvendte screeningsdata som følge af, at ikke alle besøg er blevet registreret, hvilket ellers var hensigten. Årsagen til den manglende registrering er ukendt, og dermed er det uvist, om der er systematik i, hvilke besøg der ikke er registreret (s. 15 i *ibid.*).

Afslutningsvist skal det nævnes, at opsporingen blev tilrettelagt forskelligt i de to kommuner. I Frederiksberg Kommune blev alle borgere i deres fyldte 75. år og herefter hvert femte år tilbudt et lovpligtigt forebyggende hjemmebesøg, hvor de ikke aktivt skulle gøre noget for at modtage besøget. I Aarhus Kommune skulle borgeren selv aktivt gøre en indsats for at modtage besøget. Dette kan ifølge forfatterne være en forklaring på, at der blev foretaget flere lovpligtige besøg i Frederiksberg Kommune, mens man i Aarhus Kommune fortog en markant større andel både særligt forebyggende hjemmebesøg og opfølgende hjemmebesøg (s. 58 i *ibid.*). De to forskellige tilgange giver forskelle i opsporingen af borgere, der mistrives socialt eller psykisk, mens der ses en større andel af kvinder, der har nedsat fysisk funktionsevne i Aarhus Kommune (s. 63-70 i *ibid.*).

Der er ikke identificeret yderligere studier omhandlende screeningsmetode til systematisk opsporing af borgere med fysisk, psykisk eller socialt funktionsevetab. Dog skal det nævnes, at litteratursøgningen identificerede en evaluering af det norske projekt "sundhedsteam for ældre" (32), hvor der er anvendt et struktureret kortlægningsværktøj til risikovurdering af de ældre i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg med henblik på i mødet med de ældre at udpege ældre, som er i risiko for sygdomsudvikling og funktionsfald. Studiet er ikke inkluderet, da den samlede indsat vurderes at være noget mere omfangsrig¹², end hvad der er praksis for et forebyggende hjemmebesøg i Danmark. Endvidere er der ikke inkluderet en kontrolgruppe i evalueringen af studiet.

3.2.3 Alkohol, medicin, ernæring og privatøkonomiske forhold

Litteraturgennemgangen har ikke identificeret studier, der har undersøgt virkningen af forskellige metoder til opsporing af alkohol-, ernæring- og medicinbehandlingsproblematikker samt vanskeligheder i forhold til privatøkonomiske/administrative forhold.

Der er imidlertid identificeret to publikationer, der perifert omhandler henholdsvis alkohol og medicinbehandling i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg. Publikationerne er for perifere til, at de kan tælles med i opgørelsen af publikationer, som har besvaret undersøgelsesspørgsmålet, men i mangel af anden relevant litteratur, er de kort nævnt nedenfor.

I Sundhedsstyrelsens håndbog til kommunerne om forebyggelse på ældreområdet anføres det, at medarbejdere, der gennemfører forebyggende hjemmebesøg, har en unik mulighed for at bidrage til opsporing af ældre med alkoholproblematikker, hvis alkohol gøres til et fast tema i samtalen på lige fod med fx kost og rygning (s. 157 i (5)).

Et svensk eksplorativt studie (33) har undersøgt faktorer relateret til usikker medicinbehandling blandt 75-årige (n=131) i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg, samt beskrevet de indgreb sygeplejersken har iværksat i forbindelse med besøget. Under besøget anvendte sygeplejersken værktøjet *Safe Medication Assessment tool* (SMA) til at vurdere den ældres medi-

¹² Teamet omkring indsatsen omfatter et tværfagligt team bestående af geriater, praktiserende læge, farmaceut, fysioterapeut, geriatrisk sygeplejerske og sygeplejersker.

cinhåndtering. SMA består af 20 punkter, der vurderer en patients medicinhandling og identificerer potentielle problemer. I mere end 80 % af besøgene blev en eller flere faktorer relateret til usikker medicinhandling identificeret. Sygeplejersken iværksatte som følge heraf i to tredjedel af besøgene forskellige interventioner for at sikre en sikker medicinhandling. Interventionerne bestod blandt andet af information/uddannelse af den ældre i forhold til medicinhandling og koordinering af kontakt til læge med henblik på medicingennemgang. I artiklen konkluderes det at forebyggende hjemmebesøg giver en unik mulighed for at fremme sikker medicinhandling, og at SMA-værktøjet er et nyttigt værktøj i forhold hertil. Den manglende effektvurdering gør det imidlertid svært at vurdere, hvor godt et værktøj SMA er, og forfatter understreger selv, at der er behov for randomiseret kontrollerede studier heraf.

3.2.4 Gruppeindsatser

Litteraturgennemgangen identificerede fire gruppeindsatser, som delvist afdækker opsporings-elementet i forbindelse med gruppeindsatser. De første to gruppeindsatser omhandler to konkrete indsatser implementeret i det førnævnte projekt i Frederiksberg og Aarhus Kommuner, mens de sidste to indsatser er svenske og med mindre justeringer baseret på den samme indsatsmodel. Studierne er nærmere beskrevet nedenfor.

Det kan diskuteres, om de to gruppeindsatser i projektet i Frederiksberg og Aarhus Kommuner reelt opfylder vores inklusionskriterie om, at gruppeindsatsen skal være et alternativ til et forebyggende hjemmebesøg. Indsatserne har således mere karakter af indsatser, som de forebyggende medarbejdere kan henvise til på baggrund af vurdering af den ældres status ved det forebyggende hjemmebesøg. Indsatserne er imidlertid inkluderet som følge af, at litteraturen på området er meget begrænset og med afsæt i følgende vurdering:

1. Der er ikke kun tale om en indsats, som borgeren henvises til i kølvandet på et forebyggende hjemmebesøg, borgeren kan også selv tage initiativ til at deltage i indsatsen
2. Der synes at være nogle generelle erfaringer fra indsatserne, der har snitflader til opsporingselementet, fx i forhold til erfaringer med rekruttering af den tiltænkte målgruppe og gruppedynamiske forhold.

Projekt i Frederiksberg og Aarhus Kommuner

Foruden afprøvning af en screeningsmetode til systematisk opsporing af borgere med fysisk, psykisk eller socialt funktionsevnetab, som er nærmere beskrevet i afsnit 3.2.2, indeholdte Sundhedsstyrelsens projekt i Frederiksberg og Aarhus Kommuner også implementering af to konkrete indsatser. De to indsatser var gågrupper og netværksgrupper. Indsatserne er kort beskrevet i Boks 3.2 nedenfor. Rekrutteringen til de to indsatser skete dels via de forebyggende hjemmebesøg, hvor de forebyggende medarbejdere fortalte og henviste borgeren til indsatsen, hvis indsatsen blev vurderet relevant for borgeren på baggrund af screeningen, deres indtryk af borgeren samt samtale med borgeren, dels gennem opslag i lokalaviser og på internettet (s. 49-50 i (6)).

Boks 3.2 Beskrivelse af indsatserne: gågrupper og netværksgrupper

Gågrupper:

De ældre mødes minimum en gang om ugen i 12 uger for at gå en tur sammen med gruppens facilitator. I Frederiksberg Kommune var det de forebyggende medarbejdere, der var facilitatorer, mens det i Aarhus var frivillige.

Primært formål: Øge de ældres fysiske aktivitetsniveau for der igennem at forebygge tab af fysisk funktionsevne.

Sekundært formål: Forebygge psykosocial mistrivsel blandt de ældre.

Netværksgrupper:

De ældre mødes ugentligt i minimum to timer i 12 uger til forskellige aktiviteter som madlavning, spisning og fortællinger. I Frederiksberg Kommune faciliterede de forebyggende medarbejdere nogle netværksgrupper, men hovedparten blev faciliteret af udenforstående. I Aarhus Kommune blev netværksgrupperne udelukkende faciliteret af frivillige.

Primært formål: Forebygge ensomhed og social isolation.

Kilde: (s. 22-23 i (6)).

Indsatserne er blevet evalueret ved brug af før- og eftermålinger. Før- og eftermålingen er både baseret på kvantitative og kvalitative data fra deltagere, projektledere og facilitatorer af indsatsen. Før- og eftermålinger kan benyttes til at udtale sig om, hvorvidt der har været en udvikling eller ej i forhold til et givende mål, men kan på grund af manglen af en kontrolgruppe ikke benyttes til at udtale sig om, hvorvidt, der har været en effekt eller ej af indsatsen. Resultaterne kan ej generaliseres til den relevante befolkningsgruppe eller andre lignende indsatser. Det skyldes et lavt antal deltagere i målingerne (ca. 100 førmålinger og 100 eftermålinger i begge indsatser), ikke-tilfældige omstændigheder for rekruttering til indsatserne samt fravær af en kontrolgruppe. Evalueringen kan imidlertid bruges til at afdække generelle erfaringer med indsatser over for målgruppen fx i forhold til rekruttering, som vil kunne være relevant for andre kommuner (s. 32-33 i *ibid.*). Centrale generelle såvel som indsatsspecifikke erfaringer fra indsatsen er kort opsummeret nedenfor.

Generelle erfaringer fra de to indsatser:

- Gruppeindsatserne var meget ressourcekrævende at organisere, selv om de faciliteres af frivillige. Det var endvidere en udfordring at finde frivillige (s. 55 i *ibid.*).
- De sociale aktiviteter i gruppeindsatserne var afgørende og blev beskrevet som en motiverende faktor for deltagelse (s. 55 i *ibid.*).
- Muligheden for transport og følgeordninger til og fra gruppeindsatser synes vigtig. Især afgørende i forhold til inkludering af den mest sårbare gruppe af ældre. Det tyder således på, at det kræver øget fokus og yderligere indsats at rekruttere og fastholde de borgere, der har det største behov for forebyggelse, dvs. dem med dårlig fysisk, psykisk og social funktionsevne (s. 14, 54-55 i *ibid.*).
- Ingen af indsatserne formåede i tilstrækkelig grad at tiltrække den tiltænkte målgruppe, dvs. henholdsvis mindre funktionsdygtige ældre samt borgere med et forebyggelsesbehov i forhold til psykisk og social mistrivsel (s. 12 i *ibid.*).
- Både deltagerne i gå- og netværksgrupperne var meget begejstrede for indsatsen og følte selv, at de har fået stort udbytte af at deltage (s. 14 i *ibid.*).

Centrale erfaringer fra gågrupperne:

- Screeningerne viste, at der var en positiv udvikling i deltagernes opfattelse af deres fysiske helbred samt i deres fysiske funktionsevne. Endvidere følte deltagerne, at deres psykiske helbred var blevet forbedret, og de havde fået mere energi (s. 99-100 i *ibid.*).
- Rekrutteringen af mindre funktionsdygtige ældre, som netop har behov for forebyggelse af yderligere funktionsevnedssættelse, lykkedes ikke i tilstrækkelig grad (s. 100 i *ibid.*).
- En del af de deltagere, der havde svært ved at følge med resten af gruppen, faldt fra i løbet af indsatsen. Fastholdelse af borgere med lavere fysisk funktionsevne, som netop er målgruppen, er dermed et centralt element for udformningen af fremtidige gågrupper.

Centrale erfaringer fra netværksgrupper

- I modsætning til gågrupperne tog kun ganske få selv initiativ til at deltage i indsatsen, hvilket kan være en indikation af, at personer, der har behov for at deltage i en netværksgruppe, har svært ved selv at tage initiativ til dette (s. 123 i *ibid.*).
- Det lykkedes ikke i tilstrækkelig grad at rekruttere deltagere, der havde et forebyggende behov i forhold til psykisk og social mistrivsel. Man kom dog i et vist omfang i kontakt med den ønskede målgruppe, idet andelen af personer i netværksgrupperne, der havde svært ved at finde mening med livet, var væsentligt højere end hos de, der modtog et hjemmebesøg (s. 123-124 i *ibid.*).
- Screeningerne viste, at der ikke var sket en entydig udvikling i forhold til deltagernes følelsesmæssige helbred, hvilket kan skyldes, at deltagerne generelt havde et godt følelsesmæssigt helbred fra begyndelsen. For nogle deltagere synes indsatsen dog at have haft en positiv effekt på det følelsesmæssige helbred (s. 124 i *ibid.*).

De to indsatser kan ikke, som indledningsvist beskrevet, direkte sidestilles med et forebyggende hjemmebesøg. Det betyder, at der i indsatsen ikke direkte indgår et opsporingselement. Borgeren er allerede opsporet af den forebyggende medarbejder via det forebyggende hjemmebesøg, eller har selv taget initiativ til deltagelse, dvs. en form for "egen-opsporing". Evalueringen bidrager imidlertid med følgende pointer, som kan have generelt betydning i forhold til opsporingsudfordringer i forbindelse med gruppeindsatser, og som vil kunne være relevante at fokusere på ved fremtidige undersøgelser af gruppebaseret indsats:

- Hvilke borgere er det, som generelt rekrutteres til gruppeindsatser, og er det muligt at rekruttere borgere, der især har et forebyggende behov? Med andre ord, hvor stort er opsporingspotentialet hos de, der deltager i gruppeindsatser?
- Hvordan sikrer man en god gruppedynamik og dermed et godt afsæt for opsporing i gruppen, hvor evt. mere ressourcestærke borgere bliver løftestang for andre borgere og forebygger stigmatisering af deltagere med et stort forebyggelsesbehov?

Seniormøde – svensk studie

Det svenske randomiseret kontrollerede studie *Ældre i risikozonen* har undersøgt effekten af en gruppebaseret indsats (benævnt seniormøder) sammenlignet med henholdsvis et traditionelt forebyggende hjemmebesøg og en kontrolgruppe. Begge indsatser var designet til at fremme sundhed og håndteringen af virkningerne af aldringsprocessen (34). En hovedkomponent i begge interventioner var således at tilskynde og diskutere, hvordan de ældre kan holde sig aktive, og informere, om tilgængelige aktiviteter i kommunen, samt at diskutere mulige hindringer for at være fysisk og socialt aktive, og hvordan man kan overvinde disse hindringer (7). Indsatsen seniormøder bestod foruden af gruppemøderne af et opfølgende forebyggende

hjemmebesøg. Indsatsen er dermed mere intensiv end indsatsen forebyggende hjemmebesøg. Studiet er nærmere beskrevet i boks Boks 3.3.

Boks 3.3 Beskrivelse af den svenske studie *Ældre i risikozonen*

Studiedesign: Randomiseret tre-armed enkeltblindet kontrolleret studie, med 3 måneder, et- og toårs opfølgningsmålinger.

Studiepopulation: Borgere på 80 år og ældre, som bor i eget hjem og ikke modtager kommunal hjemmehjælp og pleje. Endvidere uafhængige af hjælp fra en anden person i dagligdagsaktiviteter (ADL) samt kognitive intakte, vurderet med den korte mental-status-test *Mini-Mental State Examination* (MMSE) i form af at have en score på 25 eller højere.

Intervention: To interventioner og en kontrolgruppe.

Seniormøder og et opfølgende hjemmebesøg (n=171): De ældre i denne gruppe blev tilbudt at deltage i fire ugentlige multidimensionale og multifaglige uddannelsesmæssige seniormøder af to timers varighed med maksimalt seks deltagere i hver gruppe, samt modtage ét opfølgende forebyggende hjemmebesøg (to til tre uger efter det sidste gruppemøde).

Hovedformålet med indsatsen var at fokusere på områderne: 1) information om aldringsprocessen og dens konsekvenser og 2) give værktøjer og strategier til løsning af de forskellige problemer, der kan opstå i hjemmet.

En ergoterapeut, en sygeplejerske, en fysioterapeut og en kvalificeret socialarbejder var ansvarlig for hvert møde. I forhold til indhold på mødet var sygeplejersken ansvarlig for emnet selvpleje og brugen af medicin, ergoterapeuten var ansvarlig for aktiviteter i dagligdagen og hverdagsteknologi, fysioterapeutens emne var information om aldringsprocesser, fysisk aktivitet og ernæring, mens socialarbejderen var ansvarlig for emnet livskvalitet i alderdom og for at give information om hjælp, støtte, aktiviteter og mødesteder, der tilbydes af kommunen. En fra teamet fungerede endvidere som gruppeleder ved at deltage i alle fire møder.

En pjece specielt designet til indsatsen blev brugt som basis for møderne. Pjecen indeholdte eksempelvis information om de emner, som blev diskuteret på møderne, samt strategier for egenomsorg.

I modsætning til traditionel uddannelse var de forskellige fagpersoners rolle at opmuntre og vejlede deltagerne i deres læringsproces med fokus på helbredsfræmmende adfærd og på deltageres egne oplevelser. De professionelle fungerede som katalysatorer, mens deltagerne blev set som eksperter. Gruppedynamikken blev således brugt som et værktøj til at skabe en arena for vidensudveksling.

Forebyggende hjemmebesøg (n=174): De ældre i denne gruppe blev tilbudt at modtage ét hjemmebesøg. Besøget blev varetaget af en ergoterapeut, sygeplejerske, fysioterapeut eller kvalificeret socialarbejder. Under besøget modtog de ældre mundtlige og skriftlige information og råd om tilbud i kommunen i form af lokale mødesteder, aktiviteter ledet af lokale foreninger, fysisk træning for ældre, gågrupper osv. De ældre blev også informeret om hjælp og støtte tilbudt af frivillige såvel som af kommunen, herunder information om hjælpemidler og tilpasning af bolig. Yderligere blev faldrisici identificeret samt givet råd om, hvordan man forhindrer fald. De ældre modtog endvidere information om, hvem de kunne kontakte ved forskellige problemer. Medarbejderne anvendte en protokol til styring af besøget.

Kontrolgruppen (n=114): De ældre i denne gruppe havde adgang til den vifte af kommunale plejeydelser, som ældre i kommunen almindeligvis tilbydes (standardtilbud).

Interventionsperiode: 2008

Interventionssted: To kommuner i Göteborg

Kilde: (35,36)

Indsatserne i *Ældre i risikozonen* er blevet evalueret både kvantitativt og kvalitativt. De kvantitative studier af effekten af *Ældre i risikozonen* viser, at begge interventioner har positiv effekt på de ældres fysiske formåen, selv vurderet helbred, subjektiv skrøbelighed og livstilfredshed sammenlignet med kontrolgruppen (7-11).¹³ Endvidere er det undersøgt, hvem der har effekt af indsatsen. Undersøgelsen viser, at det at bo alene, være yngre og udføre hverdagsaktiviteter uden at blive træt (indikation for subjektiv skrøbelighed) ved baseline prædikerer en positiv effekt på uafhængighed i ADL efter et og to år (12). Denne viden kan være relevant for målretning af indsatsen i forhold til, hvem den skal tilbydes. I denne sammenhæng er det vigtigt at være opmærksom på, at det at være yngre her skal ses i sammenhæng med, at de ældre, som modtog indsatsen, som minimum var 80 år.

Opsporingselementet i seniormøderne er rammesat ved de tematikker, som de enkelte mødeledere er ansvarlig for, og som er nærmere beskrevet i boks Boks 3.3. Selve opsporingen synes imidlertid at være drevet af gruppedynamikken og i sidste ende er det den enkelte deltager, som er den centrale aktør i forhold til at opspore, hvilke forebyggelsesbehov der er relevante for ham eller hende. Evalueringerne af seniormøderne fokuserer ikke direkte på opsporingselementet, men den kvalitative evaluering viser, at deltagerne opfatter seniormøderne, som en "nøgle til handling" (13). Det er i denne sammenhæng vigtigt at understrege, at der er forskel på, at de ældre ser møderne som en nøgle til handling, og at møderne resulterer i en handling (ibid.). Den positive dokumenterede effekt af indsatsen kan dog tyde på, at seniormøderne har igangsat en eller anden form for handling hos de ældre, og de ældre med andre ord via indsatsen er blevet i stand til at opspore, hvor det er relevant at sætte ind.

Den kvalitative analyse viser, at deltagerne generelt lever i nuet, og at de finder det svært at tilegne sig informationer, som ikke anses for at være af umiddelbar interesse, hvilket er i tråd med fund fra tidligere studier (ibid.). Ældre, der er uafhængige, ligesom deltagerne i seniormøderne, kan derfor generelt have svært ved at modtage oplysninger om forebyggelse af sundhedsrisici. Resultaterne af den kvalitative analyse tyder imidlertid på, at den foretagede gruppeindsats med en tværfaglig tilgang i seniormøderne kan være en succesrig model til skabe handling hos de ældre, og at gruppemodellen fungerer som en metode til at bemægtige (empower) deltagerne, give dem rollemodeller og dermed mulighed for at lære af hinanden (ibid.). Endvidere peger analysen på, at deltagerne via den aktive vidensdelingstilgang kan opleve indsatsen som støttende frem for kommanderende, som det ellers let kan blive ved mere traditionel vidensoverførsel ved fx en fagprofessionel holder oplæg og giver information (ibid.).

Evalueringen af *Ældre i risikozonen* finder ikke evidens for, at en af de to indsatstyper er bedre end den anden. Valg af indsatstype (seniormøder versus forebyggende hjemmebesøg) prædikerer således ikke effekten (12). Forfatterne konkluderer som følge heraf, at det må være de ældres eget behov og præferencer, som dikterer valget af format for indsatsen (ibid.). Det skal i denne sammenhæng pointeres, at seniormøderne også indeholder et individuelt element. En umiddelbar udfordring ved gruppeindsatsen i forhold til et individuelt besøg er ellers, at det kan

¹³ Begge interventioner udsætter forværring i selv vurderet helbred på kort sigt (tre måneder) (37). Seniormøderne udskyder forværring i dagligdagsaktiviteter (ADL – Activities of Daily Living) på kort sigt (37), og begge indsatser udskyder forværring i ADL på lang sigt (efter et og to år), seniormøderne er imidlertid mere effektive end forebyggende hjemmebesøg med hensyn til ADL efter to år (38). De to interventioner udskyder en progression i subjektiv skrøbelighed målt som træthed i daglige aktiviteter i op til et år, mens der ikke kan påvises forskel i objektiv skrøbelighed målt ved forskellige skrøbelighedsindikatorer (36). Begge interventioner har positiv effekt på fysisk funktion, faldefektivitet og fysisk aktivitet på langt sigt, mens der ikke ses signifikante forskelle mellem interventionerne og kontrolgruppen i fysiske mål efter tre måneder (7). Endvidere ses der en positiv effekt i forhold til livstilfredshed på lang sigt for de to interventioner sammenlignet med kontrolgruppen (39).

være svært at give individuel opmærksomhed og dermed målrette opsporingselementet i forhold til individuelle risici, hvilket der via det opfølgende hjemmebesøg to til tre uger efter afslutningen af gruppemøderne har været mulighed for i denne indsats.

Ældre I Risikozonen er baseret på et RCT-design og de kvantitative og kvalitative evalueringer er generelt af høj kvalitet. Resultaterne af Ældre i risikozonen kan imidlertid ikke direkte generaliseres til en dansk kontekst. De to kommuner, som studiet er gennemført i, har således en forholdsvis høj andel af veluddannede indbyggere i sammenligning med den gennemsnitlige befolkningssammensætning. Det betyder, at det ikke kan udelukkes, at resultatet vil være anderledes, hvis deltagerne blev rekrutteret andet steds (7).

Indsatsen seniormøder er efterfølgende – med mindre tilpasninger¹⁴ – blevet anvendt i studiet Promoting Aging Migrants' Capabilities (PAMC) (40). Inklusionskriterierne for PAMC-studiet er anderledes end målgruppen for Ældre i risikozonen. Aldersgrænsen var lavere (70 år og ældre versus 80 år og ældre), kun inklusion af borgere, som var født i Finland eller vestlige Balkan, da det overordnede studie omhandler migranter. Endvidere kom deltagerne fra et socioøkonomisk dårligt stillet område. En analyse (14) med brug af baseline- og etårsopfølgningsdata fra begge studier viser, at 1) seniormøder havde en mindre positiv effekt på social støtte i betydningen af "at have nogen at henvende sig til, når der er behov for rådgivning og opbakning" og 2) ingen interventionseffekt for andre aspekter af social støtte og ensomhed. På baggrund heraf konkluderes det i studiet, at indsatsen kan have gavn af en revision for at styrke indhold, der fokuserer på ensomhed, socialt netværk og social støtte. Samtidig påpeges det, at den beskudte virkning også kan skyldes manglen på tilgængelige sociale ressourcer til at imødekomme deltagernes identificerede behov, og dermed være en hindring for, at personen kan iværksætte en handling (ibid.).

3.3 Delkonklusion af litteraturgennemgangen

Der findes få studier af opsporingselementet inden og i mødet med borgeren i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg, som lever op til inklusionskriterierne for denne litteraturgennemgang, og evidensniveauet er generelt lavt for disse publikationer, jf. Tabel 3.4.

¹⁴ Tilpasninger i forhold til indsatsen Ældre i risikozonen: 1) Mulighed for at få det skriftlige materiale på svensk eller modersmålet, 2) Der blev tilføjet et afsnit vedrørende håndtering af posttraumatisk stres i hverdagslivet, 3) I revisionen af pjecen blev mindre afsnit, som blev vurderet overflødige, slettet for at reducere den samlede tekstmængde og 4) For yderligere at klarlægge og konsolidere den personcentrede tilgang blev seminarer baseret på videnskabelig litteratur og dialog afholdt i samarbejde med den operative gruppe og forskningsgruppen (40).

Tabel 3.4 Oversigt over inkluderet litteratur og evidensniveau

	Studie	Formål ¹	Studiedesign	Land	Evidensniveau
Opsporing inden mødet	Guide fra SST (1)	At inspirere kommunerne til, hvordan de kan arbejde med identificering og opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne.	Baserer sig primært på interview med kommuner. Gennemført litteraturgennemgang men finder meget begrænset litteratur.	Danmark	Lavt
	Inspirationskatalog (2)	1) Give viden om målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg 2) Erfaringer med lovændringen i 2016 i forhold til tilrettelæggelsen af et målrettet forebyggende hjemmebesøg.	Del 1 baseret på registeranalyse og interview, del 2 baseret på erfaringer fra et udviklingsprojekt i otte kommuner	Danmark	Lavt ³
	Ekman et al. (3)	At undersøge om henvendelsesform (datobrev eller ej) har betydning for, om borgeren takker ja til mødet.	Sekundære analyser på data fra et RCT-interventionsstudie	Danmark	Højt
	Yamada et al. (4)	At undersøge, om henvendelsesform (datobrev eller ej) påvirker den sociale ulighed i, hvem der takker ja.	Sekundære analyser på data fra et RCT-interventionsstudie	Danmark	Højt
Opsporing i mødet	Håndbog om forebyggelse på ældreområdet (5)	Giver anbefalinger til de fagprofessionelle, som de kan anvende i de forebyggende hjemmebesøg.	Anbefalinger fra eksperter	Danmark	Lavt
	Interventionsindsats i Frederiksberg og Aarhus Kommuner (6)	At gennemføre en evaluering af en indsats, hvor der blev implementeret en mere fast struktur for hjemmebesøgene, herunder at bruge en række fastlagte screeningsredskaber.	Kombination af kvantitative og kvalitative datakilder. De kvantitative data er baseret på screeningsresultater registreret på de forebyggende hjemmebesøg, mens de kvalitative data er baseret på interview med forebyggende medarbejdere, facilitatorer og projektledere.	Danmark	Lavt
Gruppeindsatser ²	Interventionsindsats i Frederiksberg og Aarhus Kommuner (6)	At gennemføre en evaluering af indsatserne <i>gågrupper</i> og <i>netværksgrupper</i> .	Før- og eftermåling samt interview med deltagere, forebyggende medarbejdere, facilitatorer og projektledere.	Danmark	Lavt
	Seniormøder – evalueret i (7-14)	At undersøge effekten af en gruppebaseret indsats (benævnt seniormøder) sammenlignet med henholdsvis et traditionelt forebyggende hjemmebesøg og en kontrolgruppe.	RCT-studie – både kvantitative og kvalitative studier	Sverige	Middel ⁴

Anm.: ¹Nogle af undersøgelserne har flere formål, hvor ikke alle delanalyser er relevante for nærværende analyse. Under formål beskrives her kun de formål, der er af relevans for nærværende analyse. ²Er også en del af opsporing i mødet ³I forhold til undersøgelsesspørgsmål 2, som er det centrale for nærværende analyse, ⁴De kvantitative og kvalitative analyser er generelt af høj kvalitet, men studiet kan imidlertid ikke direkte generaliseres til en dansk kontekst, da studiet er foretaget i to kommuner med en forholdsvis høj andel af veluddannede indbyggere i sammenligning med den generelle befolkningssammensætning.

Højt evidensniveau refererer til, at studiet er baseret på et RCT-studie af høj kvalitet, og hvor der er stor tiltro til, at resultaterne er overførbare til dansk kontekst. Middel evidens refererer til RCT-studier, hvor der er mindre tiltro til resultaternes generaliserbarhed til dansk kontekst, eller kontrollerede studier af høj kvalitet. Lav evidens refererer til kontrollerede studier af lav kvalitet, før- og eftermålinger og ekspertvurderinger.

Note: SST: Sundhedsstyrelsen, RCT: Randomiseret kontrolleret studie

Opsporing inden mødet

Litteraturgennemgangen har identificeret fire publikationer (1-4) omhandlende metoder til at opspore ældre i målgruppen for de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg. Alle fire publikationer er danske.

To af publikationerne er henholdsvis en guide fra Sundhedsstyrelsen til kommuner vedrørende forebyggende hjemmebesøg og opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne (1) og et inspirationskatalog (2), som samler op på de første erfaringer med målretningen af de forebyggende hjemmebesøg, som følge af lovændringen i 2016. De to publikationer berører alle tre trin i opsporingen af ældre i målgruppen for de behovsrelaterede hjemmebesøg, dvs. *hvem* det er som gruppe, der skal tilbydes de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg, *hvor*-*dan* kommunen identificerer ældre der tilhører denne gruppe, og sidst men ikke mindst, *hvor*-*dan* kommunen etablerer kontakt til ældre, som tilhører denne gruppe.

Hverken guiden fra Sundhedsstyrelsen (1) eller inspirationskataloget (2) er baseret på deciderede evalueringer af konkrete opsporingstiltag med undtagelse af ét inkluderet studie (4) i guiden, som også er inkluderet i nærværende litteraturgennemgang. I Sundhedsstyrelsens guide blev der foretaget en litteratursøgning, men grundet den meget begrænsede forskning om opsporing af "skrøbelige" ældre med behov for et forebyggende hjemmebesøg, blev guiden primært baseret på interview. Den manglende dokumentation af effekten, for at de foreslåede tiltag og strategier til identificering og opsporing af ældre, som det vil være relevant at tilbyde et behovsrelateret forebyggende hjemmebesøg, gør, at vi ikke på baggrund af de to publikationer kan komme med bud på, hvordan kommunerne skal designe de forebyggende hjemmebesøg, så der opnås effekt.

De sidste to publikationer (3,4) omhandler den anvendte invitationsmetode (dvs. trin 3 i opsporingen) og er baseret på data fra det samme studie. Det ene studie (3) viser, at et datobrev er med til at højne andelen af borgere, der tager imod tilbuddet om et forebyggende hjemmebesøg, sammenlignet med borgere, der får et brev uden en konkret dato for besøget eller opringing. Et datobrev betyder, at der i invitationsbrevet til det forebyggende hjemmebesøg, som borgeren modtager, er anført dato og tidspunkt for det forebyggende hjemmebesøg. Borgeren skal således ikke gøre noget aktivt for at modtage besøget men i stedet være aktiv, hvis han eller hun ikke ønsker besøg. Det andet studie (4) viser, at datobrev kan være med til at reducere den sociale ulighed, der normalt ses i, hvem der takker ja til at modtage et forebyggende hjemmebesøg (høj socioøkonomisk status er normalt forbundet med en højere grad af accept for forebyggende hjemmebesøg). Kvaliteten og generealiserbarheden af de to studier vurderes som værende høj. Datobrev er relevant for såvel de behovsrelaterede hjemmebesøg som de aldersrelaterede hjemmebesøg.

Litteraturgennemgangen indikerer, at der i den grad mangler studier og dermed viden om, hvad der virker og ikke virker i forhold til opsporing af ældre i målgruppen for de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg. Der er således behov for, at der bliver foretaget deciderede evalueringer af, hvad der virker og ikke virker i forhold til opsporingen inden mødet, hvis vi fremadrettet skal sikre, at de behovsrelaterede forebyggende indsatser har en effekt. Viden fra Sundhedsstyrelsens guide og inspirationskataloget vil i den sammenhæng være relevante at inddrage til at kvalificere designet af de indsatser, som ønskes evalueret.

Opsporing i mødet

Litteraturgennemgangen har kun identificeret et studie (6), som direkte har undersøgt opsporingselementet i relation til mødet mellem forebyggelseskonsulenter og borgere. Studiet evaluerer et projekt i Aarhus og Frederiksberg Kommuner, der handlede om at implementere en mere fast struktur for de forebyggende hjemmebesøg, herunder brug af en række fastlagte screeningsredskaber til at afdække borgerens forebyggelsesbehov og potentiale. Screeningsredskaberne bestod af rejse-sætte-sig-testen, GDS-15 og to spørgsmål om selvmordsadfærd eller tanker herom, specielt udviklet til projektet. Evalueringen viste, at borgere, der modtog et

opfølgende, forebyggende hjemmebesøg i højere grad udviste tegn på depression end dem, der modtog et lovpligtigt forebyggende hjemmebesøg, hvilket kan være en indikation for, at to kommuner i det lovpligtige hjemmebesøg har været i stand til at opspore, at borgeren mistrives psykisk og/eller socialt, og tilbyde denne gruppe et opfølgende besøg. Fraværet af en kontrolgruppe i studiet gør, at det ikke er muligt at vurdere, hvorvidt det er en god ide at screene alle borgere systematisk. Resultaterne af studiet skal endvidere fortolkes med en vis forsigtighed på grund af potentiel skævhed i de anvendte screeningsdata som følge af, at ikke alle besøg er blevet registreret.

Der er yderligere identificeret en publikation fra Sundhedsstyrelsen (5), som giver anbefalinger til opsporingsredskaber (rejse-sætte-sig-test, ganghastighedstest, EQ-5D og GDS-15), som kan anvendes i mødet. Redskaberne er udvalgt af Sundhedsstyrelsen ud fra en vurdering af, at de kan styrke det forebyggende arbejde i kommunerne, og fordi de er valide, oversat til dansk og lette at anvende, og ikke som følge af en konkret evaluering af redskaberne anvendelse i et forebyggende hjemmebesøg.

Herudover er der identificeret et par studier omhandlende opsporing i forbindelse med gruppeindsatser. To af gruppeindsatserne er del af det ovenstående nævnte projekt i Aarhus og Frederiksberg Kommuner. De to indsatser er gågrupper og netværksgrupper. Indsatserne er stærkt på kanten af at opfylde vores inklusionskriterie om, at gruppeindsatsen skal være et alternativ til et forebyggende hjemmebesøg, og har snarere karakter af en indsats, som borgeren kan henvises til på baggrund af foretaget screening i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg – hvilket også er en af måderne, at borgerne i projektet rekrutteres til indsatsen på. Indsatserne er imidlertid inkluderet som følge af: 1) at litteraturen på området er så begrænset, som den er, 2) borgeren kan selv aktivt tage initiativ til at deltage i indsatsen samt 3) der synes at være nogle generelle erfaringer fra indsatserne, der har snitflader til opsporingselement. Et centralt fund i den forbindelse er, at det kan være svært at rekruttere de borgere til indsatsen, som umiddelbart synes at have mest brug for indsatsen. De sidste to indsatser er svenske og med mindre justeringer baseret på den samme indsatsmodel 'seniormøder', som består af fire ugentlige multidimensionale og multifaglige seniormøder, hvor der er en stor grad af aktiv involvering af de ældre og deres egne erfaringer, samt ét opfølgende hjemmebesøg (indsatsen er således noget mere omfangsrig end et traditionelt forebyggende hjemmebesøg i Danmark). Der er i et RCT-studie dokumenteret effekt af seniormøderne, og kvalitative studier indikerer, at seniormøder kan være en succesrig model til at skabe handling hos de ældre (7-14). Resultatet kan ikke direkte generaliseres til en dansk kontekst, da det er gennemført i en gruppe med en forholdsvis høj andel af veluddannede indbygger i forhold til den normale befolkningssammensætning.

Afslutningsvist kan det nævnes, at litteraturgennemgangen kun har identificeret studier, der har undersøgt opsporing af tegn på fysisk, mental eller social mistrivsel. Der er ikke identificeret studier, der har undersøgt virkningen af forskellige metoder til opsporing af alkohol-, ernæring- og medicinbehandlingsproblematikker samt vanskeligheder i forhold til privatøkonomiske/administrative forhold, som ellers også var særlige fokuspunkter for litteraturgennemgangen

4 Kvalitativ undersøgelse i ti kommuner

4.1 Indledning

VIVE har foretaget en interviewundersøgelse i ti kommuner med henblik på at belyse centrale temaer, hvor litteraturen er mangelfuld, samt at frembringe viden om kommunernes erfaring med de forebyggende hjemmebesøg og brug af forskellige redskaber til tidlig opsporing af borgere i risiko for nedsat funktionsevne. I dette kapitel afrapporteres fundene fra den kvalitative erfaringsindsamling.

Som det fremgår af kapitel 3 har den systematiske litteraturgennemgang kun resulteret i ganske få studier af relevans for denne afdækning. Den kvalitative undersøgelse har derfor fokuseret på at afdække de kommunale erfaringer i et meget bredere perspektiv end blot i relation til fundene fra litteraturstudiet, eksempelvis ved også at spørge ind til kommunernes erfaringer med tidlig opsporing af borgere i målgruppen for de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg. Samtidig er den kvalitative undersøgelse anvendt til at belyse kommunernes erfaring med opsporing inden for områder, som litteraturgennemgangen ikke har kunnet bidrage med viden om, eksempelvis alkoholforbrug og ernæring.

De studier, der er fundet af relevans i litteraturstudiet, er inddraget i interviewundersøgelsen, ved at der er spurgt specifikt ind til kommunernes erfaring med studierne resultater. Dette eksempelvis i forhold til brugen af datobreve samt målretning af kommunikationen til borgerne om de forebyggende hjemmebesøg.

I kapitlet præsenteres først kommunernes erfaring med opsporing af ældre i målgruppen for de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg – primært de 65-81-årige, hvorefter kommunernes erfaringer med selve de forebyggende hjemmebesøg belyses.

4.2 Opsporing *inden* mødet med borgeren

Som beskrevet i afsnit 3.1. kan opsporing af ældre i målgruppen for de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg opdeles i tre trin: udpegning af, *hvilke* grupper af ældre der skal tilbydes de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg, *hvordan* de ældre i gruppen identificeres, og *hvordan* der etableres kontakt til disse ældre. De tre trin er også synlige i de udvalgte kommuner og de følgende afsnit redegør for kommunernes konkrete fremgangsmåder og erfaringer med opsporingen inden de forebyggende hjemmebesøg.

4.2.1 Trin 1: udpegning af grupper i risiko for nedsat funktionsevne

På baggrund af den tidligere lovgivning om forebyggende hjemmebesøg har kommunerne hver især udpeget en række særlige risikogrupper af ældre i alderen 65-81 år, der skal tilbydes behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg, alternativt et gruppetilbud (se afsnit 4.2.3.1). Der er en del variation mellem kommunerne i forhold til, *hvor mange* særlige risikogrupper kommunen på forhånd har udvalgt, og der er ligeledes variation i, *hvilke* risikogrupper kommunerne har udvalgt. For eksempel er enkeblevne eller efterladte samlevende over 65 år udpeget som særlige risikogrupper i alle ti kommuner, mens kun enkelte kommuner har udpeget ældre født uden for Danmark som en særlig risikogruppe. De mest typiske grupper, som kommunerne har udpeget som særlige risikogrupper, er: borgere udskrevet fra sygehus, borgere, hvis ægtefælle eller samlever er flyttet i plejebolig, borgere, der føler sig ensomme, samt enlige, der

(evt. tidligt) har forladt arbejdsmarkedet. Tabel 4.1. herunder viser nogle af de risikogrupper, som hver af de interviewede kommuner har særligt fokus på.

Som det fremgår af Tabel 4.1. er de særlige risikogrupper, som deltagerkommunerne har udpeget, med enkelte undtagelser identiske med de risikofaktorer og -grupper, Sundhedsstyrelsen har udpeget i deres guide til kommunerne vedrørende opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne (Figur 3.1).

Tabel 4.1 Eksempler på risikogrupper, som de ti kommuner har fokus på i forhold til de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg

Kommune	Risikogrupper
Høje Taastrup	Borgere, som er ensomme Borgere, som har livsstilssygdomme Enkeblevne Borgere, som oplever svær sygdom i familien
København	Borgere, hvis ægtefælle lige er flyttet på plejehjem Borgere, der er født uden for Danmark Nytilflyttere fra andre kommuner Nytilflyttere fra andre lokalområder i København Enkeblevne Borgere, som overgår fra førtidspension eller kontanthjælp til folkepension Bekymringshenvendelser (dvs. henvendelser fra naboer, pårørende, hjemmeplejen eller andre samarbejdspartnere)
Lolland	Borgere med alvorlig sygdom/kronisk sygdom Borgere udskrevet fra hospital Borgere, der føler sig ensomme Borgere, der mister ægtefælle eller nærtstående Borgere, der mister netværk Borgere, der oplever manglende trivsel
Odense	Borgere, der mister en ægtefælle/samlever Døve eller blinde Borgere med ikke-vestlig baggrund Borgere med intet eller begrænset netværk Enlige og barnløse borgere, der tidligt har forlagt arbejdsmarkedet Borgere, som omgivelserne er bekymrede for
Roskilde	Borgere, som for nylig har mistet sin ægtefælle/samlever Ægtefælle/samlever til alvorligt syge, som modtager hjemmepleje Ægtefælle/samlever til nyindflyttede på plejecentre Borgere med behov for genoptræning efter et sygehusophold eller langvarigt tab af funktioner i øvrigt Borgere, der er kommet hjem efter kommunalt døgnrehabiliteringsophold Borgere, der har afsluttet et forløb med praktisk hjælp og personlig pleje eller sygepleje Borgere, der er flyttet til en ny bolig, nyligt tilflyttet Roskilde Kommune, eller internt til en anden bolig i kommunen
Silkeborg	Borgere i særlig situation, hvor livsgrundlaget har ændret sig, fx ved alvorlig sygdom eller indlæggelse på sygehus Borgere, som er særlig sårbare, fx ved ensomhed eller ved tilflytning til kommunen
Struer	Borgere i en vanskelig livssituation såsom ægtefælle/samlevers dødsfald
Sønderborg	Borgere, der er udskrevet fra sygehus Borgere, der har mistet en ægtefælle/samlever Enlige
Thisted	Borgere, der mister en ægtefælle/samlever Borgere, der er i særlig risiko for ensomhed Borgere, der afslutter et forløb hos Trænings- og rehabiliteringsafdelingen Borgere, der er tilknyttet Handicap og Psykiatri Borgere, der tager kontakt til visitationen, og som ikke er berettiget til praktisk hjælp
Vordingborg	Borgere, der mister en ægtefælle/samlever Borgere, hvis ægtefælle flytter i plejebolig Borgere, som overgår fra arbejdsliv til seniorliv

Kilde: Tabel udarbejdet på baggrund af interview med forebyggelseskonsulenter samt skriftligt materiale udleveret af kommunerne

Note: Der kan være yderligere risikogrupper i de enkelte kommuner, som ikke er blevet oplyst under dataindsamlingen

Kommunerne har udvalgt risikogrupperne på baggrund af en række forskellige overvejelser og kriterier, herunder ikke mindst overvejelser omkring, hvad der foreligger af viden på området. For eksempel har Sønderborg Kommune udvalgt de særlige risikogrupper ud fra Sundhedsstyrelsens forebyggelseshåndbog fra 2015 (5) og med hensynstagen til lokale forhold, dvs. områder, der giver mening i netop den kommune. På den baggrund har de udvalgt enkeblevne, enlige, samt ældre, der udskrives fra sygehus. I Københavns Kommune forsøgte man initialt at udvælge risikogrupper på baggrund af evidens på området. På grund af manglen på evidens tog kommunen udgangspunkt i eksisterende undersøgelser samt lovgivningen om forebyggende hjemmebesøg. I kommunen har man valgt at fokusere på dels social ulighed, dels livsændrende hændelser, og definerede på den baggrund seks særlige risikogrupper (se Tabel 4.1 herover) samt borgere, kommunen modtager en bekymringshenvendelse på. De seks særlige risikogrupper er endvidere grupper, der kan fremfindes via systematiske dataudtræk (se afsnit 4.2.2.2).

Flere kommuner, herunder Vordingborg og Odense Kommuner, har blandt andet udpeget borgere, der forlader arbejdslivet, som en særlig risikogruppe. I Vordingborg Kommune valgte man at fokusere på først mænd, senere også kvinder, der forlader arbejdsmarkedet, på baggrund af undersøgelser, der viste, at overgangen fra arbejdsliv til pensionisttilværelse kan være vanskelig. I Odense Kommune begyndte man at fokusere på enlige, der har forladt arbejdsmarkedet, på baggrund af tildeling af puljemidler i et samarbejde med Syddansk Universitet. Begge kommuner har nu i en årrække bevaret fokus på denne særlige risikogruppe på baggrund af de gode erfaringer med at tilbyde denne målgruppe behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg eller, som i Vordingborg Kommune, gruppetilbud.

4.2.2 Trin 2: identificering og opsporing af ældre i risiko for nedsat funktionsevne

Kommunerne anvender forskellige metoder og strategier til at identificere og opspore ældre på 65-81 år, som er i risiko for nedsat funktionsevne. De anvendte metoder er fx systematiske dataudtræk i kommunale omsorgssystemer, samarbejde med andre aktører, fx frivillige organisationer, de praktiserende læger og sygehusene, samt bekymringshenvendelser. Uagtet metoder og fremgangsmåder er der klar enighed blandt de interviewede forebyggelseskonsulenter om, at det er en stor udfordring at opspore de yngre ældre, dvs. de 65-81-årige, der bør tilbydes et behovsrelateret forebyggende hjemmebesøg eller et gruppetilbud.

Som de følgende afsnit vil vise, forsøger forebyggelseskonsulenterne med visse undtagelser at opspore de udpegede risikogrupper under ét. Det vil sige, at fx synliggørelse og databreve er opsporingsredskaber, der "rammer" flere risikogrupper, eksempelvis både ensomme ældre og mænd, der har forladt arbejdsmarkedet. Der er således ikke et specifikt opsporingsredskab målrettet opsporing af fx ensomme ældre. Andre opsporingsredskaber, ikke mindst systematiske dataudtræk, indebærer en mere målrettet opsporing af eksempelvis ældre, der har mistet en ægtefælle eller udskrives fra sygehus.

Hvordan forebyggelseskonsulenterne er organisatorisk placeret i kommunen, har betydning for deres samarbejdsflader og ikke mindst i forhold til at identificere og opspore ældre via samarbejdspartnere. I interviewene er forebyggelseskonsulenterne derfor blevet spurgt til organiseringen af deres afdeling og arbejde, herunder hvilke afdelinger de hører under, og hvor de fysisk har kontor. Nedenstående afsnit redegør derfor først for organiserings betydning, hvorefter erfaringer og overvejelser om konkrete metoder gennemgås.

4.2.2.1 Organisering

Generelt er der – som på alle andre områder i kommunerne – mange forskellige måder at organisere forebyggelseskonsulenternes arbejde på, men der viser sig nogle forhold på tværs af interviewkommunerne, som har betydning for mulighederne for at opspore borgere i målgruppen for behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg. Disse faktorer er primært relateret til samarbejdet mellem kommunale aktører.

Flertallet af de interviewede forebyggelseskonsulenter er organiseret som en del af kommunens sundhedsområde, og i flere kommuner sidder forebyggelseskonsulenterne i kommunens sundhedscentre. De forebyggelseskonsulenter, der har kontor i sundhedscentrene, peger på en række fordele ved dette i forhold til det opsporende arbejde. Placeringen i sundhedscentre sammen med kommunale terapeuter og sygeplejersker beskæftiget med træning og sygdomsforebyggelse giver et tæt samarbejde og et godt kendskab til hinanden på tværs af sundheds-, trænings- og forebyggelsesområdet. De interviewede forebyggelseskonsulenter nævner, at fx terapeuterne er mere opmærksomme på at henvise relevante borgere til forebyggelseskonsulenterne, ligesom det giver et øget samarbejde på tværs og mere sparring mellem faggrupperne om relevante borgere og tiltag, når de er placeret sammen. Samarbejdet går begge veje: forebyggelseskonsulenterne er opmærksomme på at henvise relevante borgere til fx træning, og terapeuterne bliver mere opmærksomme på at henvise borgere til forebyggelseskonsulenterne, fx ved bekymring for en borger, hvis træningsforløb afsluttes.

Enkelte af de interviewede forebyggelseskonsulenter har også opgaver i forhold til borgere med kroniske sygdomme, fx i forhold til at varetage patientundervisning. Dette ser de som endnu et redskab til tidlig opsporing af borgere i risiko for nedsat funktionsevne, fx når de igennem patientundervisningen får kendskab til en borger i målgruppen for et forebyggende hjemmebesøg. På samme måde kan de henvise relevante borgere til fx patientundervisning, hvis de under et forebyggende hjemmebesøg oplever det som et relevant forebyggende tiltag.

For de øvrige kommuner ses en vis variation i deres organisatoriske placering. I Vordingborg Kommune sidder forebyggelseskonsulenter fx sammen med visitation, demenskonsulenter og hjælpemiddelspecialister, men har derudover et velfungerende formaliseret tværfagligt samarbejde med sundhedsafdelingen, hvor de fx benytter fælles møder som et redskab til at synliggøre deres indsatser og målgrupper.

I Københavns Kommune var forebyggelseskonsulenterne førhen centralt placeret sammen med sagsbehandlerne fra visitation og hjælpemiddelområdet, men nu er de placeret i hver af de fem hjemmeplejedistrikter og organiseret under den kommunale sygepleje. Flere af de øvrige interviewkommuner har også tidligere været organiseret sammen med visitationen. Fordele ved denne organisering er ifølge de interviewede forebyggelseskonsulenter, at det giver et nemmere samarbejde med fx visitationen, når man er placeret fysisk sammen, men at det ikke har nogen indholdsmæssig betydning for det forebyggende arbejde. Flere af de interviewede forebyggelseskonsulenter understreger også vigtigheden af at adskille visitationsopgaver og den forebyggende indsats, fordi det kan "forstyrre" sigtet med det forebyggende hjemmebesøg, når der er mulighed for at diskutere eventuelle bevillinger også. Den ressource- og kompetencemæssige tilgang til borgeren, der er en stor del af de forebyggende hjemmebesøg, kan således blive forstyrret af, at en borger tror sig nødsaget til at angive at have et lavere funktionsniveau end det observerede for at få bevilget en given ydelse.

Som de ovenstående eksempler viser, så er organisering og fysisk placering primært af betydning for 1) hvor "nemt" et samarbejde forebyggelseskonsulenterne har med kommunens øvrige

medarbejdere og 2) mulighederne for tidlig opsporing af borgere i risiko for nedsat funktions-
evne, fx på grund af den fysiske tilstedeværelse i kommunale sundhedscentre, hvor borgerne
dels selv kommer, og dels bliver henvist til fra fx de kommunale træningsterapeuter.

Indholdsmæssigt – i forhold til både den tidlige opsporing og indholdet i de forebyggende hjem-
mebesøg – tillægges den organisatoriske placering ikke nogen betydning af de interviewede
forebyggelseskonsulenter; det betydningsfulde er *samarbejdet om og adgangen til* borgerne.
Interviewpersonerne peger på, at samarbejdet ”glider nemmere”, når man er fysisk tæt på
hinanden, men at der så i stedet for samarbejdes med de øvrige kommunale instanser, som
de ikke sidder fysisk sammen med, på andre måder. I de interviewede kommuner indgår der
både uformelle (fx når forebyggelseskonsulenter inviterer sig selv til et møde i hjemmepleje-
grupperne) og mere formelle samarbejdsaftaler med de øvrige relevante kommunale samar-
bejdspartnere, fx en fast og nedskreven frekvens for samarbejds møder med visitationen.

Organiseringen af forebyggelseskonsulenter giver nogle forskellige samarbejdsflader, der
samtidig fungerer som arena for opsporing. Dette er en usystematisk metode til opsporing, dog
lidt mindre usystematisk i de tilfælde, hvor der foreligger mere eller mindre formaliserede sam-
arbejdsaftaler. Samtidig er disse arenaer for opsporing baseret på grupper af borgere, der al-
lerede modtager et tilbud, og dermed også på en afgrænset gruppe af ældre.

Men som de følgende afsnit beskriver, er netop forebyggelseskonsulenternes synlighed over
for både interne kommunale og eksterne samarbejdspartnere samt borgerne et af de redska-
ber, de finder vigtigst i deres opsporende arbejde. Kommunerne har samtidig adgang til en
mere systematisk opsporing af ældre i risikogrupper via systematiske dataudtræk i de kommu-
nale it-systemer, hvilket beskrives i det næste afsnit.

4.2.2.2 Systematiske dataudtræk

Der er enighed på tværs af interviewkommunerne om, at systematiske dataudtræk er en sær-
deles effektiv og ressourcebesparende måde at opspore ældre i målgruppen for forebyggende
hjemmebesøg. Alligevel er der en del variation i forhold til, hvor meget og hvilke data kommu-
nerne trækker på til brug for at opspore ældre i målgruppen for de behovsrelaterede forebyg-
gende hjemmebesøg. Ifølge de interviewede forebyggelseskonsulenter skyldes denne varia-
tion usikkerhed i de enkelte kommuner i forhold til, hvorvidt opsporingen af borgere via udtræk
i kommunale data er i overensstemmelse med persondatareglerne. De interviewede forebyg-
gelseskonsulenter efterspørger derfor klare retningslinjer for den digitale opsporing. Der synes,
både på baggrund af interviewene og på baggrund af tidligere udgivelser på området (1,43),
stadig at være en del uklarheder i forhold til de juridiske rammer for den digitale opsporing,
samt ikke mindst at være et stort potentiale for mere effektiv opsporing i kommunerne, såfremt
kommunerne via klare retningslinjer ”tør” udvide brugen af systematiske dataudtræk.

Udtræk fra de kommunale it-systemer: De grupper af borgere, der ifølge de interviewede
forebyggelseskonsulenter er nemmest at opspore, er dem, det er muligt at identificere via sy-
stematiske dataudtræk i de kommunale it-systemer, fx via folkeregisteret samt de elektroniske
omsorgssystemer. Dette kan eksempelvis ske ved, at forebyggelseskonsulenterne får besked
via folkeregistret, når en ægtefælle eller samlever dør.

Samtlige ti kommuner får automatisk besked om enkeblevne og efterladte samlevende via da-
taudtræk. I flere af kommunerne får forebyggelseskonsulenterne også lister eller besked fra
anden kommunal instans, når en ægtefælle eller samlever flytter i plejebolig, ligesom at nogle
kommuner får lister over borgere, der udskrives fra sygehus.

Kommunerne anvender også de elektroniske omsorgssystemer til at frasortere ældre, der ikke er i målgruppe for forebyggende hjemmebesøg, fordi de fx modtager personlig pleje og praktisk hjælp, men derudover er der en del variation i, hvor mange og hvilken type systematiske dataudtræk de ti kommuner benytter.

I Københavns Kommune anvendes der flest typer dataudtræk for at finde frem til borgere i risiko for nedsat funktionsevne. De seks¹⁵ særlige risikogrupper (se Tabel 4.1 herover), som kommunen har udpeget, er alle grupper, der kan findes via dataudtræk i de kommunale it-systemer. I modsætning hertil er der andre kommuner, hvor de ud over lister over efterladte kun får systematiske oplysninger via de kommunale it-systemer om data på tilflyttere over 75 år samt på borgere over 80 år.

I Vordingborg Kommune trækker man folkeregisterdata på alle borgere på 65 år og har dermed en ret bred tilgang til opsporingen. Ligesom Københavns Kommune trækker Odense Kommune data på ældre borgere med anden etnisk baggrund end dansk, og kommunen laver også systematiske dataudtræk for at finde frem til borgere, der er 65+ år og har forladt arbejdsmarkedet tidligt.

GIS-data: Tre kommuner er for nyligt begyndt at anvende GIS (geografisk informationssystem) -data til at opspore borgere i risiko for nedsat funktionsevne. De kommunale teknik- og miljøafdelinger i de tre kommuner genererer på baggrund af GIS-data over kommunen lister over områder i kommunen, hvor der eksempelvis bor et stort antal enlige 70-årige eller socialt udsatte ældre. Disse lister er ikke på cpr-nummerniveau, men de giver forebyggelseskonsulenterne et indblik i geografiske områder, hvor det kan være relevant at fokusere det opsporende og forebyggende arbejde. De tre kommuner påpeger, at der er et stort potentiale i dette redskab til opsporing.

I en af disse kommuner er denne fremgangsmåde i sin opstart, men forebyggelseskonsulenterne ser potentialet i at kunne tilbyde indsatsen mere lokalt, hvor der er behov for den:

Tanken er, at vi systematiserer indsatsen, så vi lægger indsatsen tættere på, hvor borgeren bor, fordi det giver noget, at man ikke skal transportere sig selv gennem kommunen. Så vi vil forsøge at lave noget sundhedsfremme i de områder, fx temamøder. Det giver god mening at finde ud af, hvor borgeren bor, så vi kan lægge indsatserne der. (Forebyggelseskonsulent)

4.2.3 Trin 3: etablering af kontakt med relevante borgere

Samtlige interviewede forebyggelseskonsulenter understreger, at *synlighed* er et af de vigtigste, men samtidig mest udfordrende redskaber i forhold til at etablere kontakt med og identificere borgere i risiko for nedsat funktionsevne. De oplever, at de på trods af store anstrengelser for at synliggøre deres tilbud stadig oplever et mangelfuldt kendskab til forebyggende hjemmebesøg, både blandt målgruppen, men også blandt diverse både interne og eksterne samarbejdspartnere. Kendskabet til muligheden for forebyggende hjemmebesøg er i sig selv et redskab til at skabe kontakt med borgere i risiko for nedsat funktionsevne, idet hverken borgeren eller andre relevante aktører henvender sig til forebyggelseskonsulenterne, hvis de ikke kender til muligheden. Forebyggelseskonsulenterne bruger derfor mange ressourcer på at synliggøre sig i lokalsamfundene. I dette afsnit gives eksempler på nogle af de mange og kreative måder,

¹⁵ Den syvende risikogruppe i Københavns Kommune er borgere, der modtages bekymringshenvendelser på, og som dermed ikke opspores via systematiske dataudtræk som de øvrige risikogrupper

hvorpå forebyggelseskonsulenterne forsøger at synliggøre tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg på.

Foldere og annoncer

De fleste kommuner har udarbejdet foldere, der beskriver tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg. Forebyggelseskonsulenterne deler folderne ud til deres samarbejdspartnere, fx frivillige tilbud, visitatorer, lægger dem på biblioteker, hos de praktiserende læger og apoteker osv.

I Vordingborg Kommune er man gået skridtet videre og har lagt deres folder om forebyggende hjemmebesøg hos den lokale pølsemand. Dette er gjort ud fra en formodning om, at især den mandlige del af målgruppen for de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg vil få øje på den her. Samtidig udsender kommunen et informationsbrev om muligheden for forebyggende hjemmebesøg samt om kommunens gruppetilbud for borgere, der går "fra arbejdsliv til seniorliv", til alle 65+-årige (identificeret via systematiske dataudtræk). På samme måde samarbejder forebyggelseskonsulenterne i både Vordingborg og Thisted med de lokale bedemænd, som kan uddele deres folder om enkebesøg samt opfordre borgeren til at kontakte forebyggelseskonsulenterne ved behov. I Vordingborg Kommune har de endvidere god erfaring med at annoncere om de forebyggende hjemmebesøg og tilbud i den lokale gratisavis, der omdeles til alle husstande. Oplevelsen er således, at dette resulterer i en del henvendelser fra borgere. Den interviewede forebyggelseskonsulent fra kommunen opsummerer vigtigheden af deres tiltag for at synliggøre deres tilbud på følgende måde: *"Synlighed, tror jeg, er en meget vigtig del af det. Hvis vi bliver synlige, så er der nogle borgere, som siger, 'jeg har en veninde, hun har det ikke så godt, hun vil gerne have besøg af sådan en som jer'. Den der mund til mund metode virker. Og det kommer kun, hvis man er ude og være synlig."* (Forebyggelseskonsulent)

Et eksempel på en mere tværgående strategi for synliggørelse er Lolland Kommune, som i samarbejde med tre nabokommuner har udarbejdet en speciel folder til det lokale sygehus for at synliggøre de forebyggende hjemmebesøg for læger og sygeplejersker, da det er kommunernes erfaring, at kendskabet til forebyggende hjemmebesøg er mangelfuldt på det område. De fire kommuner har valgt at supplere folderen med et kommende besøg på relevante afdelinger på sygehuset med henblik på tidlig opsporing af fx ældre, der hyppigt indlægges pga. fx dehydrering. Dette er en ressourcekrævende fremgangsmåde til opsporing, hvilket er baggrunden for, at de fire kommuner samarbejder om indsatsen.

At stå ved Brugsen

De interviewede kommuner bruger en del ressourcer på at gøre sig synlige relevante steder i lokalsamfundet med henblik på at møde borgere, der kan være i målgruppen for de behovsbestemte forebyggende hjemmebesøg. I flere kommuner har forebyggelseskonsulenterne forsøgt sig med at stille sig ved en lokal brugs. En forebyggelseskonsulent begrundet dette således:

Opsporing er svært. De her borgere er svære at finde, det er ikke dem, der kommer på biblioteket, apoteket eller læser lokalavisen. Eller også ser de det men registrerer det ikke. Så det, der virkelig batter, er at tage derud, hvor de er. Jeg kommer i et lille område med mange små landsbyer og et supermarked, hvor de borgere, vi gerne vil have fat i, kommer. Dem, der ryger og drikker for meget, og måske er lidt isolerede. Så der stillede jeg mig med en roll-up og gav mit visitkort til dem, der så ud til at være 65+-årige. Det gav noget! Så fik de øje på, at man var et menneske, og mange ville gerne tale videre. (Forebyggelseskonsulent)

I en anden kommune fik forebyggelseskonsulenterne gode resultater ved at stå ved en lokal købmand i et område af kommunen, hvor mange mænd takkede nej til de forebyggende hjemmebesøg. Formålet var dels at synliggøre tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg til enlige mænd over 65 år, dels at få målgruppens input til, hvordan kommunen fremadrettet burde målrette deres kommunikation og tilbud til denne specifikke gruppe, der erfaringsmæssigt kan være svært at rekruttere til de forebyggende hjemmebesøg. Forebyggelseskonsulenterne udleverede en flyer til mænd i målgruppen (se (2)), og inviterede de interesserede til et gruppemøde, hvor de blandt andet drøftede, hvordan kommunikationen med denne målgruppe blev bedst målrettet, og hvilke tanker målgruppen gjorde sig om fx det gode ældreliv og mænds sundhed. Denne tilgang har bidraget til øget viden hos forebyggelseskonsulenterne om denne specifikke målgruppe, og det er blevet muligt at målrette både kommunikation og tilbuddet til gruppen. Figur 4.1. herunder viser nogle af de udsagn, der fremkom på gruppemødet, og som forebyggelseskonsulenterne efterfølgende anvendte til at målrette kommunikationen med målgruppen og de efterfølgende gruppemøder.

Figur 4.1 Udsagn fra deltagerne i gruppemødet for enlige mænd over 65 år

Udsagn fra Thyholm	
<u>Hvordan er det at blive ældre?</u> -uden computer ville dagen være lang -Jeg har aldrig haft så travlt som efter, jeg er gået på pension. -Jeg har travlt, men ikke mere end jeg ønsker. -Jeg tager mig sammen til at tage af sted (til aktiviteter), jeg ønsker ikke at sidde alene hjemme. -Jeg ordner haver for andre. -Det betyder meget at have en kone. -Det er træls at leve alene. -Kørekort betyder alt for os. -Mit helbred kan hæmme mig i at gøre det, jeg gerne vil. <u>Hvad er et godt ældre liv?</u> -Familien betyder meget. -At kunne lægge kabale på computeren. -At lave motion, det skal være skemalagt. -At holde sig i gang, for ikke at ruste. -At holde både hoved og krop i gang -At være positiv, at sige til sig selv, at der ikke er noget at være trist over. -Det at være til gavn, at kunne hjælpe sine børn og naboer. <u>Sundhed</u> -At man kan springe ud af senge om morgenen. -At man trives. -At man har kontakt med andre mennesker (netværk). -At man kan klare sig selv uden hjælp fra andre/ kommunen.	<u>Forskel på mænd og kvinder</u> -Kvinderne har mænd at passe på! <u>Indflydelse på kommunen:</u> -At jeg ved, hvor jeg skal henvende mig, og at kommunen ved hvem, som kan hjælpe mig. <u>Hvordan var det at blive kontaktet hos købmanden?</u> -Det virker! - Jeg ville ikke have reageret på et brev og slet ikke på en annonce i avisen. - Næste gang må I godt kontakte mig pr. brev og invitere mig til et nyt møde. <u>Hvad skal der ske nu?</u> -Jeg vil gerne inviteres til et årligt møde, hvor mænd inviteres. - At være opmærksom på dem som er sårbare, - vi kan alle sammen tage andre mænd med. -Afholde mødet et sted hvor der er teleslynge og andre hørhjælpemidler. <u>Hvad skal indholdet i sådan et møde være?</u> -Det skal kun være for mænd -at man kan tale med hinanden -Få eksempler på hvordan et forebyggende hjemmebesøg kunne være. Praxis eksempel evt. fortalt af en mand som har haft besøg. Forskellige eksempler. -En mand som kan fortælle om, hvordan det er at være en ældre mand. -Emne: hvordan bliver jeg ved med at være positiv

Kilde: Skriftligt materiale udleveret af kommunen

Samarbejde med andre aktører

Forebyggelseskonsulenter anvender derudover i høj grad samarbejdet med andre aktører for at synliggøre de forebyggende tilbud. Disse samarbejdspartnere er både interne kommunale og eksterne samarbejdspartnere, ikke mindst frivillighedsområdet, som alle de interviewede forebyggelseskonsulenter nævner som en vigtig arena for både opsporing og samarbejde omkring henvisning til konkrete frivillige tilbud til borgerne. Nedenstående fire eksempler illustrerer nogle af de typiske tilgange og erfaringer med denne strategi:

Formelle samarbejdsaftaler: I Roskilde Kommune har de et godt og formaliseret samarbejde med både interne og eksterne samarbejdspartnere. Internt i kommunen har de systematiske samarbejdsaftaler med fx træningssektionen og hjemmeplejen, hvilket har medført at de opsporer en del borgere i målgruppe for de forebyggende hjemmebesøg via henvendelser derfra. Eksempelvis giver Hjælp til Selvhjælps teamet, der udfører rehabiliteringsforløb efter § 83a i serviceloven, besked til forebyggelseskonsulenterne, hvis en borger scorer højt på UCLA ensomhedsskalaen. Derudover har kommunen fokus på ensomhed i forhold til grupper af ældre i risiko for nedsat funktionsevne, hvilket har ført til et styrket og formaliseret samarbejde med både organiserede og uorganiserede frivillige i forhold til at få oprettet tilbud til disse grupper.

Borgernetværk i samarbejde med frivillighedsområdet: Silkeborg har gode erfaringer med at samarbejde med frivillighedsområdet, både som arena til opsporing og i forhold til at samarbejde med de frivillige tilbud. Forebyggelseskonsulenterne har etableret et 'borgernetværk i fællesskab mod ensomhed blandt ældre', bestående af frivillige tilbud, seniorråd, præster og mange andre. Der afholdes halvårslige møder i netværket med 40-50 deltagere hver gang, og det er forebyggelseskonsulenternes erfaring, at netværket er en god arena for opsporing af borgere i risiko for nedsat funktionsevne, fordi bekymringer for konkrete borgere sendes videre til forebyggelseskonsulenterne, som derefter tager kontakt til borgeren.

Fast tilstedeværelse på kommunale aktivitetscentre: Silkeborg Kommune har også gode erfaringer med at have en forebyggelseskonsulent siddende fysisk på kommunens aktivitetscentre en gang om måneden. Det står på tavlen på centret, hvornår forebyggelseskonsulenten er til stede. Det at være synlig i huset gør ifølge den interviewede forebyggelseskonsulent, at der kommer flere relevante henvendelser fra borgerne. Dette er en fremgangsmåde, som også Struer Kommune er ved at iværksætte. Her vil en forebyggelseskonsulent tilbyde Seniorrådgivning en gang om måneden på et kommunalt aktivitetscenter. Ideen er at tilbyde et forebyggende hjemmebesøg uden for hjemmet til borgere, der af en eller anden grund, fx pga. en urolig ægtefælle, foretrækker en samtale 'på neutral grund'. Tilstedeværelsen på aktivitetscentret er endvidere valgt, fordi målgruppen for forebyggende hjemmebesøg i forvejen kommer på stedet for at deltage i forskellige aktiviteter.

Informationsdage på uddannelsesinstitutioner: I Vordingborg Kommune har forebyggelseskonsulenterne igennem flere år holdt informationsdage for alle SOSU-elever og sygeplejestuderende i kommunen. Formålet er at informere de studerende om de forebyggende hjemmebesøg og øge deres kompetencer til at opspore sårbare borgere, der kan have gavn af et forebyggende hjemmebesøg. Kommunen har gode erfaringer med denne fremgangsmåde og oplever, at eleverne efterfølgende henvender sig for at få en forebyggelseskonsulent ud til en borger.

4.2.3.1 Gruppetilbud/kollektive arrangementer

Ændringen af loven om forebyggende hjemmebesøg i 2016 åbnede op for at kommunerne anvender diverse former for kollektive arrangementer som supplement til de forebyggende hjemmebesøg. I interviewene er forebyggelseskonsulenterne derfor blevet spurgt til deres praksis og erfaring på området, og herunder hvorledes de kollektive arrangementer fungerer som arenaer for tidlig opsporing. Alle kommunerne har gjort sig erfaringer med de kollektive arrangementer, men det fremgår også, at der er en del variation både i brug af, målgrupper for og erfaringer med de kollektive arrangementer.

Eksempler på kollektive arrangementer

I de fleste af de interviewede kommuner afholdes kollektive arrangementer for borgere, der er fyldt 75 år, som supplement til de forebyggende hjemmebesøg. Borgere, der ikke ønsker at deltage i et kollektivt arrangement, tilbydes efterfølgende et almindeligt forebyggende hjemmebesøg. Ved de kollektive arrangementer er der ofte oplæg om sundhedsrelaterede emner, fx om vigtigheden af at styrke knogler og balance, fysisk aktivitet og lignende, ligesom at deltagerne oplyses om de forskellige kommunale og frivillige muligheder i kommunen. Der deltager ofte også repræsentanter fra andre afdelinger, eksempelvis aktivitetscentre, visitation eller afdelinger for hjælpemidler og velfærdsteknologi. Disse kollektive arrangementer har et klart forebyggende og aktiverende sigte, hvor deltagerne får viden om, hvor de selv kan henvende sig ved behov for eksempelvis sociale aktiviteter. Nedenfor beskrives tre illustrative eksempler på, hvordan kommunerne har valgt at udmønte tilbuddet om kollektive arrangementer, samt de erfaringer kommunerne hver især har gjort sig:

Struktureret tilgang i Høje Taastrup Kommune: I Høje Taastrup har forebyggelseskonsulenterne udviklet en struktureret tilgang til det, de kalder 'Informationsmøde om den tredje alder'. Borgere, der er fyldt 75 år, får en personlig invitation til mødet via det kommunale omsorgssystem, og de skal aktivt melde afbud, hvis de ikke kan eller ønsker at deltage. Deltagerne i mødet registreres og efterfølgende kontakter forebyggelseskonsulenterne enlige, der ikke har reageret på henvendelsen. Disse borgere tilbydes et forebyggende hjemmebesøg med datobrev, og fremgangsmåden fungerer således som et redskab til tidlig opsporing. Det er samtidig forebyggelseskonsulenternes erfaring, at det kollektive arrangement i kommunalt regi også er et godt redskab til opsporing af potentielt sårbare ældre, der i udgangspunktet ikke ønsker et besøg af kommunen, fordi disse borgere kan møde forebyggelseskonsulenterne uden for hjemmet til det kollektive arrangement. Dette er ikke det generelle billede i de øvrige interview, hvor det fremgår, at de kollektive arrangementer overvejende tiltrækker de mere ressourcestærke ældre. Indsatsen bliver løbende evalueret via et borgerudfyldt evalueringsskema udarbejdet af kommunens udviklingsafdeling. Kommunen oplever stor tilfredshed med informationsmødet og har erfaret, at de med denne tilgang får opsporet flere sårbare ældre.

Kollektive arrangementer som redskab til at opspore mænd med risiko for nedsat funktionsevne: I Struer Kommune har man i stedet valgt at fokusere på kollektive arrangementer som et redskab til tidlig opsporing af især mænd i risiko for nedsat funktionsevne. Derfor har de rykket deres gruppetilbud ud i de frivillige foreninger og med stor succes. Forebyggelseskonsulenterne i Struer Kommune samarbejder med udvalgte frivillige foreninger i dele af lokalsamfundet, hvor der erfaringsmæssigt er mange, især mænd, i særlige risikogrupper, der typisk ikke tager imod tilbuddet om et forebyggende hjemmebesøg. I praksis har forebyggelseskonsulenterne inviteret sig selv ud i udvalgte foreninger og fortalt om de forebyggende hjemmebesøg samt om vigtigheden af at holde sig i gang og samtidig tilbudt deltagerne et minisundhedstjek. Denne fremgangsmåde til opsporing af ældre i risikogrupper har vist sig både virksom og efterspurgt, og flere af de besøgte foreninger har bedt om opfølgende besøg i foreningen.

Seniormøder og studiekredse: I Vordingborg Kommune anvender de både de kollektive arrangementer som supplement til de forebyggende hjemmebesøg for de 75-årige og mere målrettede gruppetilbud som redskab til tidlig opsporing. Kommunen indbyder de 75-årige til informationsmøder om 'Sundt Seniorliv'. På møderne får borgerne orientering om, hvilke muligheder for samvær og aktiviteter der er i kommunen, samt orientering om vigtigheden af at holde sig aktiv og have et sundt seniorliv. Kommunen har endvidere i en årrække haft gruppetilbud eller studiekredse kaldet 'Fra arbejdsliv til seniorliv'. Studiekredsene blev indført som følge af

undersøgelser, der viste, at overgangen fra arbejdsliv til pensionisttilværelse kan skabe mistriksel for især mænd. Studiekredsene mødes løbende gennem seks måneder, hvor deltagerne taler om sundhedsfremmende emner, besøger frivillige foreninger og motionstilbud osv. Tilbuddet fungerer således både forebyggende og aktiverende, fx ved at deltagerne får viden om deres muligheder i kommunen, og som en arena for tidlig opsporing, ved at forebyggelseskonsulenterne får kendskab til deltagerne. Flere af studiekredsene har samtidig vist sig at være netværksskabende, idet holdene er fortsat på frivillig basis efter det halve år, som tilbuddet forløbet.

Tværgående erfaringer

Der er enighed blandt de interviewede forebyggelseskonsulenter om, at de kollektive arrangementer ikke kan erstatte tilbuddet om individuelle forebyggende hjemmebesøg hos de sårbare ældre. I alle de interviewede kommuner tilbydes ældre, der ikke ønsker at deltage i et kollektivt arrangement, derfor et forebyggende hjemmebesøg i stedet for. Det fremgår også som en tværgående pointe, at de kollektive arrangementer er meget ressourcekrævende at planlægge, samt at det kan være svært at opnå det ønskede fremmøde. To kommuner har på den baggrund valgt ikke længere at tilbyde kollektive arrangementer, ud fra en vurdering af, at de resourcer, indsatsen krævede, ikke stod mål med udbyttet.

Et andet tværgående opmærksomhedspunkt handler om, at det primært er ressourcestærke borgere, der deltager i de kollektive arrangementer. Dette understreger dels oplevelsen af, at der fortsat er brug for de individuelle tilbud, dels er der også eksempler på, at forebyggelseskonsulenterne søger at anvende de ressourcestærke ældre som redskab til opsporing af ældre i risiko for nedsat funktionsevne. Eksempelvis ved at opfordre de ressourcestærke deltagere til at fortælle bekendte og venner om de forebyggende tilbud og muligheden for forebyggende hjemmebesøg, eller ved at bede dem hjælpe en sårbar ældre med at tage kontakt til forebyggelseskonsulenterne. En forebyggelseskonsulent forklarer det således:

Vi ved godt, at det er de ressourcestærke, der kommer til arrangementet for 75-årige. Men vi opfordrer dem så til, at de er opmærksomme i deres nærmiljø, at de kan fortælle en nabo, at vi er der eller give vores visitkort videre. Det får vi henvendelser på! (Forebyggelseskonsulent)

4.2.3.2 Telefonscreening og ansættelse af tosprogede forebyggelseskonsulenter

Telefonscreening: I Sønderborg Kommune anvender forebyggelseskonsulenterne telefonscreening til identificering og opsporing af potentielt sårbare ældre. Kommunen har udvalgt en række særlige risikogrupper, eksempelvis ældre, der er udskrevet fra sygehus, samt enlige mænd (se Tabel 4.1). Forebyggelseskonsulenterne får blandt andet oplysninger om borgere i de udvalgte grupper via systematiske dataudtræk. Disse borgere tilsendes altid et brev med dato for et kommende forebyggende hjemmebesøg (se afsnit 4.2.3.3). Denne strategi er valgt, fordi målgruppen erfaringsmæssigt kan være svær at rekruttere til et forebyggende hjemmebesøg, og borgeren skal med datobrevet aktivt afmelde besøget telefonisk eller via e-mail.

Under telefonsamtalen med borgeren angående en eventuel aflysning af det forebyggende hjemmebesøg screener forebyggelseskonsulenten borgeren ud fra et samtalebaseret skema vedrørende fysiske, psykiske og sociale forhold. Skemaet tager blandt andet udgangspunkt i UCLA Loneliness Scale og GDS-15. På baggrund af samtalen vurderer forebyggelseskonsu-

lenten behovet for et besøg eller anden opfølgning. Ved bekymring kan forebyggelseskonsulenten forsøge at motivere borgeren til alligevel at modtage et forebyggende besøg eller vælge at ringe igen eller sende et nyt brev inden for en given periode.

Tosprogede forebyggelseskonsulenter: Odense Kommune har ældre med anden etnisk baggrund end dansk som en af dens særlige risikogrupper, fordi det er kommunens erfaring, at denne målgruppe har helt særlige udfordringer og behov, herunder at kunne navigere i fx sundhedssystemet. Kommunen har derfor ansat tosprogede forebyggelseskonsulenter med en sundhedsfaglig uddannelse specifikt til opsporing af og indsatser til målgruppen. De tosprogede forebyggelseskonsulenter er endvidere også ansat i et værested for ældre med anden etnisk baggrund end dansk. Forebyggelseskonsulenterne kan både anvende værestedet som en arena til tidlig opsporing af ældre i risiko for nedsat funktionsevne, samtidig med at de kan henvise til aktivitetstilbud i værestedet, når de fx møder ensomme ældre.¹⁶

4.2.3.3 Datobreve – effektivt men ressourcetungt

Ifølge de interviewede forebyggelseskonsulenter er en af de mest virksomme redskaber til opsporing og rekruttering af sårbare ældre til forebyggende hjemmebesøg brugen af såkaldte datobreve ved henvendelse til borgeren. Dette er i overensstemmelse med fundene fra litteraturgennemgangen (se afsnit 3.1.3).

Kommunerne skelner mellem to typer af breve: henholdsvis åbne breve og datobreve. Datobreve indeholder et konkret tidspunkt for et forebyggende hjemmebesøg, som forpligter borger til at respondere på brevet, såfremt tidspunktet ikke passer, eller borgeren ikke ønsker at modtage tilbuddet om et forebyggende hjemmebesøg. Åbne breve adskiller sig fra datobreve ved ikke at inkludere en dato i brevet men har en opfordring til borgeren om at tage kontakt til forebyggelsesenheden, såfremt den ældre ønsker et forebyggende hjemmebesøg.

Der er fuld enighed blandt samtlige interviewede forebyggelseskonsulenter om, at de ved brug af datobreve kommer i kontakt med sårbare borgere, som de ellers ikke ville komme i kontakt med, såfremt de havde brugt åbne breve. Samtidig er kontakten fra borgerne til forebyggelseskonsulenterne ved en eventuel aflysning af et forebyggende hjemmebesøg værdifuld for forebyggelseskonsulenterne, da de får mulighed for at etablere en relation til borgeren, og herunder oplyse nærmere om tilbuddet om de forebyggende hjemmebesøg, eller som i Sønderborg Kommune at anvende samtalen til en indledende screening af borgeren. Brugen af datobreve har endvidere den fordel, at det "gør det nemmere" at komme inden for hos de sårbare borgere, der ikke får reageret på brevet. Flere af forebyggelseskonsulenterne fortæller således, at det er deres erfaring, at de fleste borgere gerne vil tale med dem, selvom de ikke har reageret aktivt på datobrevet. Som en forebyggelseskonsulent siger: *"Så står vi der foran døren, og så kan vi jo ligeså godt komme ind".*

En ulempe ved brug af datobreve er ifølge de interviewede forebyggelseskonsulenter risikoen for at gå forgæves, hvilket er ressourcekrævende i sig selv. Men kommunerne har erfaring med, at de i praksis ikke har så mange forgæves besøg. I flere kommuner bruger forebyggelseskonsulenterne endvidere at tage telefonisk kontakt inden besøget i de tilfælde, hvor man har erfaring med eller en fornemmelse af, at besøget kan blive forgæves.

¹⁶ Odense Kommunes tilgang til opsporing af sårbare ældre med anden etnisk baggrund end dansk er grundigt beskrevet i Sundhedsstyrelsen 2017 (1)

Der ses en del variation mellem de interviewede kommuner i forhold til, hvilke mål- og risikogrupper kommunerne sender datobreve til. Eksempelvis anvender nogle kommuner udelukkende datobreve men med den variation, at borgere i Roskilde Kommune, der har afvist tilbuddet om et forebyggende hjemmebesøg to gange, efterfølgende sendes åbne breve. Også i andre kommuner anvendes datobreve i vid udstrækning, og åbne breve anvendes således kun i særlige tilfælde. Eksempelvis sender Silkeborg Kommune ikke datobreve til enkeblevne, der i stedet opfordres til at tage kontakt ved behov, samt til ægtepar i forbindelse med invitation til gruppetilbud til 75-årige, grundet forebyggelseskonsulenternes erfaring med, at ægtepar/samlevende oftest afslår tilbuddet alligevel.

I de øvrige kommuner er anvendelsen af datobreve mindre udbredt. På tværs af disse kommuner fortæller de interviewede forebyggelseskonsulenter, at årsagen er, at det administrativt er en meget krævende opgave set i forhold til, hvor mange ressourcer kommunen har til at løse opgaven med forebyggende hjemmebesøg. De fem kommuner anerkender, at datobreve er langt det mest effektive, men at de ikke har nok ressourcer til at løse opgaven, hvis alle tilsendes datobrev. Som en af forebyggelseskonsulenterne begrundet det:

Grunden til, at vi ikke bruger datobreve til alle, er, at det kræver for meget administrativt. Vi har 10 æbler men 100, som skal dele dem. Det handler om prioritering, og vores fokus er at målrette ressourcerne til dem, som har allermest brug for dem. Det er derfor en strategi, at det er de sårbare, som modtager datobreve, for så bliver de nødt til at kommunikere med os. (Forebyggelseskonsulent)

Nogle kommuner er derfor af ressourcehensyn blevet nødsaget til at begrænse brugen af datobreve. I en af de interviewede kommuner modtager fx ældre borgere med samlevende derfor ikke længere datobreve men udelukkende åbne breve, baseret på erfaring med, at det ofte var ægtepar, der afviste tilbuddet om et forebyggende hjemmebesøg. Også andre kommuner har mindsket brugen af datobreve af ressourcehensyn – og disse kommuner understreger, at omlægningen fra datobreve til åbne breve betyder, at der er nogle sårbare ældre, de ikke får fat på.

I Thisted Kommune er det også erfaringen, at datobreve dels er administrativt krævende, dels gør planlægning sværere. Derfor sender de kun datobreve til borgere, der fylder 75 år, og ringer i stedet til de 80-årige borgere og tilbyder dem et forebyggende hjemmebesøg:

Vi har mange borgere, og så kan vi ringe dem op og høre, hvordan de har det og få en fornemmelse af, om der er nogle ting, man skal tage hånd om. Og så aftaler vi en dato for et besøg. Det er en god ordning, og det har vi gjort i længere tid. (Forebyggelseskonsulent)

Alle interviewede forebyggelseskonsulenter er enige om, at datobreve øger muligheden for, at de kommer i kontakt med borgere, som ellers ikke vil tale med kommunen, hvis de havde modtaget et åbent brev:

Datobreve gør, at opsporingen bliver bedre og større, og at vi kommer ud til mange, mange flere og specielt dem, som er rigtig sårbare, dem som ellers ville sige nej tak eller aldrig ville ringe til os. Dem kommer vi ud til, når vi bruger datobreve. Erfaringen med det er rigtig god. (Forebyggelseskonsulent)

4.2.3.4 Invitation til det forebyggende hjemmebesøg

Som beskrevet i afsnit 4.2.3.3 herover har borgeren oftest modtaget besked om det forebyggende hjemmebesøg ved enten et datobrev eller åbent brev. Herudover er der et mindre antal borgere, hvor besøget aftales med afsæt i en telefonisk opfølgning på fx en hospitalsindlæggelse, eller fordi kommunen har modtaget en bekymringshenvendelse.

Som litteraturgennemgangen viser, så identificerer tidligere erfaringer fra kommunerne et behov for at målrette formidlingen om formålet med de forebyggende hjemmebesøg. Kommunerne har da også mange overvejelser om indholdet i de breve, der sendes til borgerne, samt hvordan brevene kan målrettes med henblik på at give det bedst mulige afsæt for mødet mellem forebyggelseskonsulenter og borgere. Erfaringer og overvejelser gennemgås nedenfor, og som det fremgår, er der en del variation mellem kommunerne i forhold til indholdet af brevet til borgeren, samt hvorvidt foldere eller andet vedlægges.

De fleste kommuner præsenterer i brevet eventuelle temaer for det forebyggende hjemmebesøg, samt hvad borgeren kan bruge forebyggelseskonsulenten til. Det kan være emner som: it, søvn, funktionsniveau, aktiviteter, inkontinens, humør og energi, hvad der opleves svært osv.

I Lolland Kommune er de i gang med at udarbejde forskellige breve til de forskellige målgrupper. Blandt andet vil der i de nye breve være et billede af forebyggelseskonsulenten. Billedet forventes at bidrage til kortere afstand mellem forebyggelseskonsulenter og borgere. Foruden billedet forsøger kommunen sig med en særlig tekst i brevet til de 70-årige enlige: "Kan du nikke genkendende til...". Ideen bag dette er, at de borgere, som kan genkende sig selv, opfanger behovet for et besøg, og derved tager kontakt til forebyggelseskonsulenterne med et ønske om et forebyggende hjemmebesøg.

Flere kommuner vedlægger en folder med brevet om det forebyggende hjemmebesøg. I Silkeborg Kommune vedlægges fx et skema, som kommunen har fra Holbæk Kommune. Skemaet indeholder en række emner, fx syn, humør og alkoholforbrug, som borgeren skal vurdere sin tilfredshed med. Dette bidrager ifølge de interviewede forebyggelseskonsulenter til, at borgerne blandt andet får tænkt over, om de har brug for det forebyggende besøg. Skemaet har ifølge forebyggelseskonsulenten den fordel, at nogle borgere ringer ind og fortæller, at de har udfyldt skemaet og kan se, at de jo er tilfredse med det hele og derfor ikke behøver et besøg. Den generelle opfattelse blandt forebyggelseskonsulenterne i kommunen er, at borgerne er glade for skemaet, men det er ikke en forudsætning for samtalen, at borgerne inden besøget har udfyldt skemaet.

For de borgere, der enten selv – eller med hjælp fra pårørende – udfylder skemaet, oplever forebyggelseskonsulenterne, at borgeren forinden besøget får tænkt over sin egen livssituation, som et element, der kvalificerer udgangspunktet for samtalen. Det gælder generelt, men også i forhold til specifikke emner omkring fx alkohol, som ellers kan være svære at tage hul på:

Da vi begyndte at skrive alkohol på skemaet – ved at det stod der, så blev det lettere at spørge ind til. (Forebyggelseskonsulent)

At gøre fx alkohol til et fast tema er i tråd med anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsens håndbog til kommunerne om forebyggelse på ældreområdet (se afsnit 3.2.3). Andre forebyggelseskonsulenter har ligeledes erfaring med, at det at skrive potentielt følsomme temaer ned i brevet eller på et samtalskema gør det nemmere at tale om:

Det, at vi har et spørgsmål om ufrivillig ensomhed, gør det ok, at vi snakker om det. Det er en god måde at komme omkring farlige og ikke-farlige emner på. (Forebyggelseskonsulent)

I Odense Kommune vedlægges foruden en folder også et postkort, som fortæller hvem forebyggelseskonsulenten er samt vedkommendes kontaktoplysninger. Dette skyldes en forventning om, at postkortet er nemmere at have hængende fremme på køleskabet end folderen eller brevet:

En af de forebyggende medarbejdere kom hos en borger, hvor postkortet hang på køleskabet, og der over det var skrevet "Hvis lokummet brænder". Det er en slags livline for borgerne. (Forebyggelseskonsulent)

Postkortet er en lille indsats, men forebyggelseskonsulenternes erfaring er, at det har en god virkning, da det for borgeren bliver nemmere at kontakte forebyggelsesenheden.

4.3 Det forebyggende hjemmebesøg

Som litteraturgennemgangen i kapitel 3 viser, så er der kun identificeret ét studie vedrørende opsporingselementet i selve mødet med borgeren samt Sundhedsstyrelsens håndbog om forebyggelse på ældreområdet (2015), der indeholder en række anbefalede redskaber til opsporing og identifikation af ældre, der kan have gavn af en forebyggende indsats. I interviewene med forebyggelseskonsulenterne er der derfor blevet spurgt til: 1) deres erfaring med forskellige redskaber til opsporing og identifikation af ældre i risiko for nedsat funktionsevne, 2) deres erfaringer med at strukturere den forebyggende samtale, herunder brug af samtaleguider, spørgeskemaer og lignende og 3) deres erfaring med opfølgning på besøget med mere. Litteraturgennemgangen har ligeledes identificeret et enkelt studie vedrørende gruppeindsatser – et emne, der er behandlet herover.

4.3.1 Den motiverende samtale som et grundlæggende princip

Den motiverende samtale nævnes i næsten samtlige interview som en fælles tilgang til at strukturere mødet mellem borger og forebyggelseskonsulent. Flere kommuner påpeger, at forebyggelseskonsulenter op til flere gange har været på uddannelse i metoden. Kommunerne har positive erfaringer med den motiverende samtale som metode, hvor udgangspunktet bliver borgerens situation, og som en forebyggelseskonsulent udtaler:

Det er en måde at få borgeren til at se sin egen situation på, så det ikke kun er sygeplejersken, som dikterer noget. Borgerne gør derfor blot ikke noget, fordi de skal – det bidrager til ejerskab. (Forebyggelseskonsulent)

Flere af kommunerne har en lang tradition med den motiverende samtale som redskab i samtalen med borgerne, som derfor vurderes som et slags indgroet redskab, der ligger på rygraden af forebyggelseskonsulenterne.

4.3.2 Målretning og understøttelse af samtalens struktur

Selvom tilgangen til mødet med borgerne i udgangspunktet er ens, er der forskel på hvordan samtalerne er opbygget, samt i hvor høj grad strukturen er fastlagt på forhånd. Nogle kommu-

ner har en struktureret tilgang til samtalen under det forebyggende hjemmebesøg, hvor forebyggelseskonsulenter følger en fast samtaleguide. Andre kommuner følger ikke en fastlagt struktur for samtalen, men lader i stedet indholdet af samtalen bestemmes af borgerens situation og ønsker. De interviewedes begrundelser for henholdsvis den mere styrede og den mere åbne tilgang til at strukturere samtalsforløb og fokus er sammenfattet nedenfor.

I Odense Kommune har de som udgangspunkt en fast struktur for samtalerne, bestående af et ICF-baseret samtalskema og diverse test af funktionsevne (se afsnit 4.3.2.1 herunder). Denne strukturering af samtalen anvendes af 1/3 af forebyggelseskonsulenterne som led i kommunens involvering i et forskningsprojekt omkring tidlig opsporing af sårbare ældre. Samtidig understreger den interviewede forebyggelseskonsulent, at brugen af skemaet er en faglig afvejning, som forebyggelseskonsulenterne må foretage i det konkrete besøg, hvor borgerens tilstand kan gøre, at det ikke vil være relevant eller hensigtsmæssigt at benytte skemaet.

I Københavns Kommune er samtalen under det forebyggende hjemmebesøg også struktureret med afsæt i et af kommunen udarbejdede mestringsevne-vurderingsskema. Skemaet kan være, men er ikke nødvendigvis fremme, under samtalen. Når skemaet ikke er fremme under samtalen, virker det i stedet som en emnemæssig guide. Uagtet om skemaet er fremme eller ej, anvendes det til dokumentation efterfølgende:

For os er det vigtigt at have nogle faste punkter, også for at holde borgeren fast i, at det her handler om, at vi har noget at holde fast i og følge op på til næste besøg. Hvordan er det gået i forhold til sidste år? Så det ikke kun er borgerens dagsorden. Det er borgerens hjem, og samtalen tager udgangspunkt i borgerens situation, men dette handler ikke kun om en times fodboldsnak, men om at vores faglighed skal med. For os er det vigtigt at have noget faglighed med i det, og at borgeren samtidig føler sig set og hørt. (Forebyggelseskonsulent)

København og Odense Kommuner benytter således relativt faste strukturer for samtalen med udgangspunkt i hver deres samtaleguide med faste temaer. De to kommuner arbejder struktureret i forhold til samtaleguiden men åbner også op for et fagligt skøn under besøgene. I begge kommuner er de meget opmærksomme på, at det også kræver en vis erfaring og kompetence ved anvendelse af samtaleguiden, herunder i forhold til at kunne foretage en vægtning mellem spørgsmålene og samtals individuelle præg. At anvende en samtaleguide kan således indeholde et dilemma: "Og det er det, der er udfordringen med den systematiske tilgang, at få plads til det individuelle." (Forebyggelseskonsulent). I Odense Kommune er det samtidig erfaringen, at det at bruge en fast samtaleguide bidrager til systematik i den information, som forebyggelseskonsulenterne får. Denne systematiske viden bidrager derefter til, at de kan formulere en hensigtsmæssig feedback fra det forebyggende arbejde til det politiske niveau. Dette svarer til anbefalingerne fra fx Inspirationskataloget fra Marselisborg – Center Udvikling, Kompetence og Viden (2), der viser, at der er potentiale i, at kommunerne får et mere konsistent fokus på at monitorere indsatsen (se afsnit 3.1.2).

Også i Københavns Kommune har anvendelsen af en struktureret samtaletilgang flere formål, herunder at sikre en højere ensretning og kvalitet angående samtalerne indhold under de forebyggende hjemmebesøg.

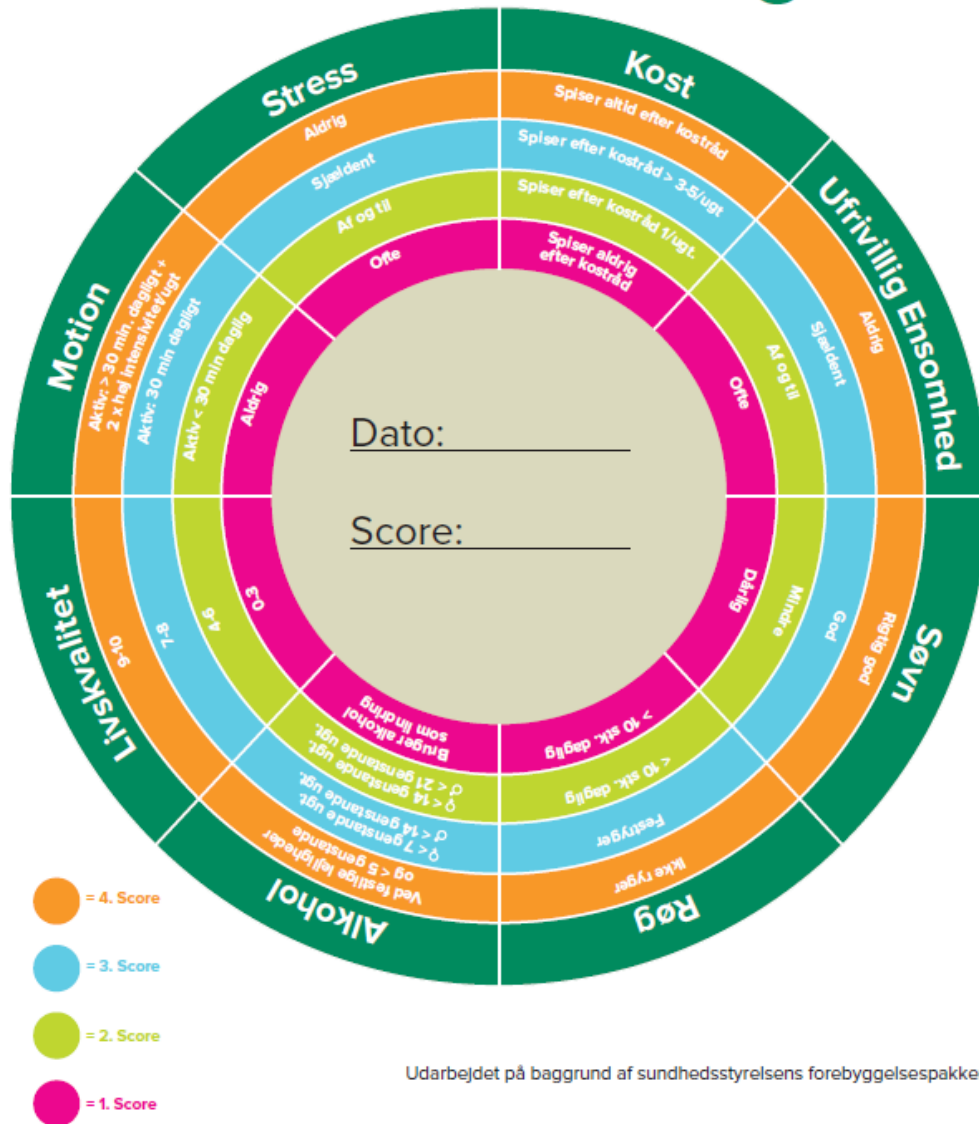
Den mere eller mindre formaliserede struktur for samtalsforløb er også afspejlet i, at de redskaber, kommunerne anvender til at understøtte og målrette samtalen, kan være konstrueret forskelligt.

Samtaleguiden i Københavns Kommune er udarbejdet som et mestringsevne-vurderingskema, der tager udgangspunkt i validerede test. Skemaet skal bidrage til, at borgerne henvises til relevante forebyggende tilbud og indsatser, baseret på samtalen og deres scoring på træthedsskalaen. Ydermere er vurderingen afgørende for, hvilke forebyggende tilbud, i form af enten forebyggende hjemmebesøg eller et kollektivt arrangement, borgeren skal tilbydes det kommende år. Mestringsevne-vurderingen indeholder en konkret vurdering af, hvorvidt borgernes hverdagsliv udfordres af problemstillinger relateret til bl.a. ensomhed og social isolation, risiko for (selv)skadelig adfærd, misbrug, fysisk inaktivitet og faldrisiko samt ernæringsproblemer.

Høje Taastrup Kommune har, som Københavns Kommune, udviklet deres samtaleguide som et scoringsredskab. Samtaleguiden indeholder ikke direkte spørgsmål men er i højere grad et struktureret visuelt redskab, som det ses af Figur 4.2. Scoringsredskabet, kaldet *Sundhedshjulet*, er udviklet af to forebyggelseskonsulenter i kommunen. Sundhedshjulet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker og omhandler otte temaer: Kost, ufrivillig ensomhed, søvn, rygning, alkohol, livskvalitet, motion og stress. Det er ikke altid, at forebyggelseskonsulenterne når at komme omkring alle emner under de forebyggende besøg, men sundhedshjulet bidrager ifølge den interviewede forebyggelseskonsulent til, at de alligevel kommer vidt omkring under samtalen. Borgeren scorer inden for de forskellige emner og slutteligt udregnes en samlet score. Borgeren beholder sundhedshjulet, og sommetider scorer borgeren på ny ved næste forebyggende hjemmebesøg. Det er ikke altid, at forebyggelseskonsulenterne tager sundhedshjulet frem under samtalen, da det er en faglig vurdering i den enkelte situation, hvorvidt de bruger det eller ej.

Figur 4.2 Sundhedshjulet, Høje Taastrup Kommune

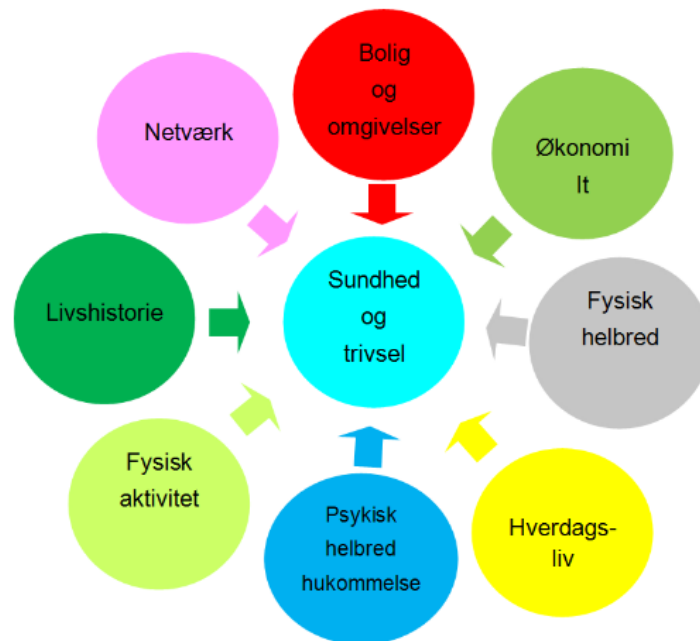
Sundhedshjul



Kilde: Materiale udleveret af Høje Taastrup Kommune

I Lolland Kommune har forebyggelseskonsulenterne gode erfaringer med at lade samtalen struktureres af deres *Samtaleblomst*, se Figur 4.3, hvor omdrejningspunktet er sundhed og trivsel. De otte bobler som omringer midten, relaterer sig til netop sundhed og trivsel, og det er ifølge den interviewede forebyggelseskonsulent forskelligt, hvilke emner de kommer omkring under besøgene hos de ældre. Samtalearket er fremme under de forebyggende hjemmebesøg, så de ældre kan kigge med. Forebyggelseskonsulenterne går ikke nødvendigvis struktureret gennem alle emnerne men forsøger at komme så langt omkring, som samtalen tillader det.

Figur 4.3 Samtaleblomst, Lolland Kommune



Kilde: Materiale udleveret af Lolland Kommune

I Silkeborg kommune har forebyggelseskonsulenterne ikke en decideret samtaleguide men anvender det spørgeskema, de sender ud med invitation til det forebyggende hjemmebesøg, som omdrejningspunkt for samtalen. Skemaet kan virke som en guide for samtalen, men qua forebyggelseskonsulenternes erfaring har de ikke behov for at følge skemaet eller dets formuleringer slavisk. De samme erfaringer har flere andre kommuner også gjort sig: at deres samtaleguider "sidder på rygraden" og derfor ikke er et redskab, der er nødvendigt at have fremme under mødet med borgeren.

Enkelte kommuner har valgt ikke at have en decideret samtaleguide, men de har, som de øvrige kommuner, temaer de oftest kommer omkring i samtalen med borgeren. For eksempel spørger de som oftest indtil fysisk formåen, helbred, kost og medicin og befording og forskellige aktiviteter – hvad kan borgeren lide at lave, hvad har de af sygdomsmæssige begrænsninger, og hvordan kan de få det så godt som muligt.

Der ses altså en del variation på tværs af interviewkommunerne i forhold til brug og indhold af eventuelle samtaleredskaber, og der ses også en del variation i holdningen til, hvorvidt samtalskemaer skal være en del af alle forebyggende hjemmebesøg. I enkelte kommuner anvendes samtalskemaer konsekvent mens andre kommuner slet ikke anvender dem. Generelt fremgår det dog af interviewene, at samtalerne under de forebyggende hjemmebesøg, alt efter borgers behov og udfordringer, relaterer sig til de samme temaer, nemlig fysisk, psykisk og social funktionsevne samt eventuelle udfordringer relateret til hverdagslivet, fx økonomi eller it. Langt de fleste af de interviewede forebyggelseskonsulenter mener, at samtalskemaer kan være meget hensigtsmæssige at anvende, men at brugen af dem bør afhænge af en faglig vurdering under besøget.

4.3.2.1 Test

Kommunerne anvender en række testredskaber under det forebyggende hjemmebesøg med henblik på at opspore og identificere, hvorvidt en ældre kan have gavn af en forebyggende

indsats. Flere af disse redskaber kan endvidere bruges til at måle og dokumentere effekten af de forebyggende indsatser, både over for borgeren som en måde at tydeliggøre fx fremgang i fysisk funktionsevne, samt over for fx det politiske niveau i kommunen. De redskaber, som kommunerne typisk bruger, er også dem, som Sundhedsstyrelsen anbefaler i deres håndbog på forebyggelsesområdet (5). Disse redskaber er rejse-sætte-sig-test, ganghastighedstest, Avlunds Mobilitet-træthed-skala, EQ-5D, WHO-5, GDS-15 samt UCLA 20.

Der er en vis variation kommunerne imellem i forhold til brugen af test. Et fællestræk på tværs af stort set alle kommunerne er imidlertid, at anvendelsen af konkrete testskemaer og lignende er baseret på en faglig vurdering i relation til samtalen med borgeren. Til gengæld varierer det, hvilke redskaber den enkelte forebyggelseskonsulent typisk anvender, hvorfor det, med enkelte undtagelser, ikke er konsekvent, at et givent redskab anvendes ved hvert forebyggende hjemmebesøg. I stedet anvendes forskellige redskaber alt efter, hvilke behov forebyggelseskonsulentene ser i den enkelte samtale. Den test, der syntes mest udbredt, er rejse-sætte-sig-testen som ifølge forebyggelseskonsulenterne giver et godt billede af borgerens fysiske funktionsevne, samtidig med at testen opleves som et element, der er meget motiverende for borgerne, fordi resultatet er så synligt. I Sønderborg Kommune opfordrer de derfor borgerne til selv at bruge testen, så de løbende kan følge med i, hvordan deres funktionsniveau udvikler sig over tid.

De øvrige test anvendes lidt mere sporadisk på tværs af kommunerne, men det er ikke alle testredskaberne, der opleves som lige anvendelige. Dette gælder eksempelvis Avlunds Mobilitet-træthed-skala, der opleves som for abstrakt for nogle borgere. I de tilfælde, hvor et redskab vurderes at være for abstrakt eller svært at udføre for borgeren, sørger forebyggelseskonsulenterne for på anden vis at få afdækket temaet i samtalen, fx ved at spørge ind til træthed eller ensomhed uden at bruge et konkret redskab, eller ved at inkorporere dele af et spørgeredskab i samtalen.

Odense Kommune er, blandt andet qua deres deltagelse i et forskningsprojekt, en af de kommuner, der anvender flest redskaber og mest konsekvent. I Odense er SPPB (Short Physical Performance Battery) en integreret del af samtaleskemaet. SPPB består af tre fysiske funktionstest: en balancetest, en gangtest og rejse-sætte-sig-testen. Forebyggelseskonsulenterne anvender derudover også EQ-5D, men denne test er endnu ikke integreret i selve samtaleskemaet. Kommunen har gode erfaringer med at anvende disse redskaber, og især SPPB fremhæves af den interviewede leder som virkningsfuld, med henvisning til, at den dels er enkelt, dels kan være en prædiktor for et funktionstab, som borgeren ikke selv er bevidst om. Endvidere fremhæves det, at udførelsen af SPPB kan være et godt udgangspunkt for samtalen:

SPPB: den er simpel, og den er fysisk – du skal gøre noget! Det er fint bare med en samtale, men det med at gøre noget, fx op og ned af en stol, det kan give en aha oplevelse for borgeren. Det at kunne give feedback med det samme: ”Du ligger uden for normalområdet, hvorfor tror du det?”. Og samtalen kan tage afsæt i det: ”Sidst scorede du sådan, nu scorer du det, hvorfor tror du det?” (Forebyggelseskonsulent)

Redskabet anvendes således både til at opspore eventuelle fysiske udfordringer som afsæt for samtalen og som en måde, hvorpå borger og forebyggelseskonsulent kan vurdere udviklingen siden sidste besøg. Samtidig har forebyggelseskonsulenten dog også øjne for, at det ikke altid er muligt at gennemføre skema og test, fx pga. sygdom, eller fordi en borger er ked af det.

Enkelte interviewede forebyggelseskonsulenter efterspørger flere testredskaber eller en mere konsekvent anvendelse af disse, vel vidende at der ikke er enighed blandt kollegerne om dette, og at der altid må pågå en afvejning af, hvor meget den 'frie' samtale skal fylde i forhold til samtalskemaer og redskaber i den konkrete samtale. Fordelene ved anvendelsen af denne form for test eller redskaber er som førnævnt, at redskaberne kan give feedback til både borgere og fx politisk niveau i kommunen, og at de kan være et vigtigt redskab for at motivere borgere med funktionstab:

Det bliver konkret for borgeren – er der forbedringer fra gang til gang? Der er meget modstand mod krav om test. De fleste synes, at samtalen er det vigtigste. Og det synes jeg absolut også den er. Men man kan også få nogle flere aspekter med i samtalen ved at have flere test. Jeg tror, at det ville gøre os mere professionelle i borgerens øjne, at vi kan komme og sige "Jeg kan se, at du sidste gang scorede sådan og sådan". Men også for at gøre vores indsats mere synlig! Hvis vi skal dokumentere helt konkret, hvad de forebyggende hjemmebesøg gør, så skal vi have noget, vi kan måle på. Og det er svært at måle på de bløde værdier. (Forebyggelseskonsulent).

På tværs af kommunerne er der dog generelt enighed om, at de forskellige redskaber er særdeles anvendelige til at afdække behov, men at de ikke skal bruges konsekvent ved hvert besøg. I stedet anvender forebyggelseskonsulenterne redskaberne ved behov, de inddrager dele af redskaber i samtalen med borgeren, eller de lader sig inspirere af redskaberne i forhold til emner og formuleringer, der kan anvendes i samtalen.

4.4 Opfølgning på det forebyggende hjemmebesøg

Strategien for opfølgning på gennemførte forebyggende hjemmebesøg hos borgerne er nogenlunde ens på tværs af interviewkommunerne. Som udgangspunkt er det kun ved besøg hos enkeblevne, at de fleste kommuner har en fast rutine med at planlægge opfølgningsbesøg to til otte måneder efter første besøg. For andre risikogrupper samt aldersgrupper opererer kommunerne ikke med faste opfølgningsfrekvenser ud over de lovpligtige. I stedet har forebyggelseskonsulenterne i kommunerne mulighed for at planlægge et opfølgende besøg, såfremt deres faglige skøn tilsiger det. Denne opfølgning kan både være i form af ekstra besøg, e-mail eller telefoniske henvendelser.

Det er ikke altid, at forebyggelseskonsulenterne under et forebyggende besøg når omkring alle relevante temaer, men i de tilfælde, hvor forebyggelseskonsulenterne vurderer et behov, har de mulighed for at planlægge et nyt besøg.

Flere forebyggelseskonsulenter pointerer, at der er borgere i kommunerne, som ønsker at forebyggelseskonsulenterne kommer hyppigt, hvorfor det blandt forebyggelseskonsulenterne er en balancegang, hvorvidt og hvor ofte de skal besøge borgerne igen. Forebyggelseskonsulenter vil gerne tilbyde ekstra besøg, men det skal ikke tage overhånd. Som en forebyggelseskonsulent siger:

Vi styrer selv tiden, så hvis vi kan få det til at passe ind, så er det fint. Det skal ikke gå ud over andre borgere, og det skal ikke være sådan, at vi skal sende åbne breve, fordi vi ikke har tid til dem. Men der kan være borgere i risikogrupper, som har behov for, at vi kommer igen en måned eller tre måneder senere – og det er super fint. (Forebyggelseskonsulent)

Omvendt er der også tilfælde, hvor forebyggelseskonsulenterne er bekymrede for borgere, uden at borgerne selv måske opfatter, at de har et behov. Disse borgere kan være svære at motivere i forhold til at tage imod opfølgning, og det sker også, at denne gruppe af borgere aflyser aftalte besøg. I disse tilfælde forsøger forebyggelseskonsulenten typisk at motivere borgeren til at lave en ny aftale, eller forebyggelseskonsulenten laver en telefonisk opfølgning efter en periode. At forsøge at motivere borgere, der umiddelbart ikke ønsker at modtage et tilbud, indeholder et potentielt dilemma mellem forebyggelseskonsulentens bekymring og ønske om at følge op og borgerens ret til at afvise et tilbud. Det fremgår imidlertid ikke af interviewene, at dette er en udfordring i det daglige arbejde.

Forebyggelseskonsulenterne ser muligheden for individuelt og på baggrund af en faglig vurdering at planlægge ekstra besøg ved behov som noget yderst essentielt og vigtigt i det forebyggende arbejde. Flere forebyggelseskonsulenter understreger således, at de har brug for en vis frihed i gennemførelsen af de forebyggende hjemmebesøg, for at besøgene skal give mening. Forebyggelseskonsulenterne oplever generelt at have stor frihed til at arrangere besøg efter deres faglige vurdering.

4.5 Delkonklusion af den kvalitative undersøgelse

Den kvalitative gennemgang viser, at der er en hel del variation mellem kommunernes måde at organisere og gennemføre de forebyggende hjemmebesøg på – hvilket også var forventet qua de lovmæssige rammer for tilrettelæggelsen af besøgene. Variationen viser sig inden for alle emner men primært i forhold til, hvilke grupper af borgere kommunerne har udpeget som risikogrupper, fremgangsmåder til at opspore ældre i målgruppen for behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg, organisering, herunder i hvilken afdeling forebyggelseskonsulenterne sidder samt graden af struktur for og anvendelse af redskaber under selve det forebyggende hjemmebesøg.

På trods af denne variation er de udfordringer relateret til det opsporende arbejde, som er fremkommet i interviewene, særdeles ens på tværs af kommunerne. Det er især udfordrende at opspore borgere i målgruppen for de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg, det vil sige de 65-81-årige. Mest hensigtsmæssig ressourceanvendelse er også et udfordrende punkt – eksempelvis er det erfaringen fra samtlige kommuner, at datobreve er ressourcekrævende, men særdeles virksomme i forhold til at få opsporet og identificeret især sårbare ældre.

På tværs af kommunerne er der også enighed om, at synliggørelse af forebyggelseskonsulenterne og tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg er et vigtigt redskab til opsporing, men at det dels er meget ressourcekrævende, dels ikke altid er den rigtige målgruppe man får synliggjort sig overfor. Forskellene mellem kommunernes anvendelse af systematiske dataudtræk og GIS-data viser ligeledes, at dette er en udfordring i nogle kommuner og ikke mindst, at der her er et potentiale i forhold til mere effektiv opsporing, såfremt kommunerne oplever at have klare retningslinjer på området.

Kommunerne anvender i varierende grad samtaleguider og testredskaber som redskaber til opsporing under samtalen, men uagtet denne variation opleves selve samtalen, og den opsporing, der ligger i samtalen, ikke som en udfordring hos de interviewede forebyggelseskonsulenter. De giver derimod udtryk for at anvende deres fagligheder og erfaring som det vigtigste redskab for selve samtalen, mens diverse samtaleguider og test primært anvendes ad hoc. Der er da også enighed om på tværs af interviewkommunerne, at et forebyggende hjemmebesøg er så kompleks en intervention, at det ikke giver mening at forsøge at ensrette indsatsen fuldstændig, eksempelvis via håndfaste krav om brug af specifikke testredskaber.

5 Konklusion og perspektivering

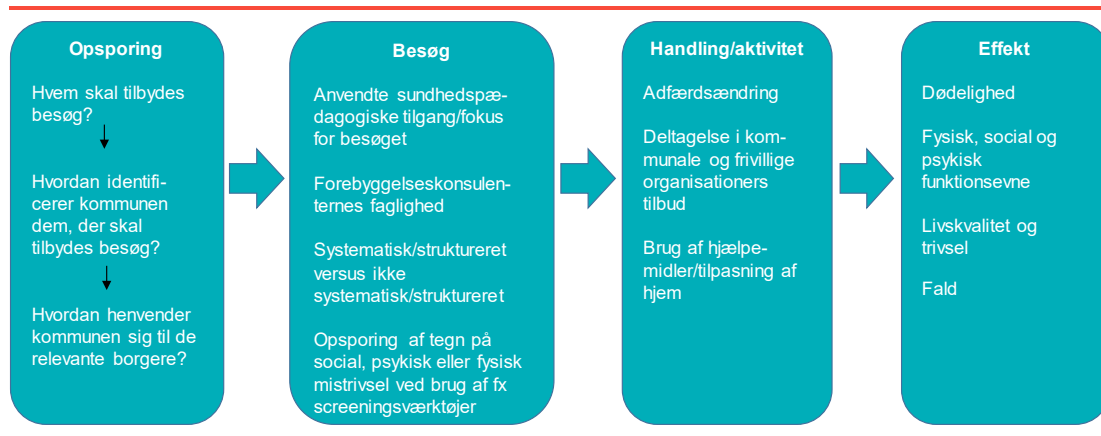
Litteraturgennemgangen viser, at der er meget lidt konkret evidensbaseret viden om, hvordan kommunerne skal tilrettelægge opsporingen *inden* og *i mødet* med borgeren ved det forebyggende hjemmebesøg, for at der opnås en effekt. Litteraturen fra de nordiske lande er stærkt begrænset, og litteraturgennemgangen har kun identificeret et lille antal studier, der evaluerer konkrete indsatser, og yderligere nogle få studier, der mere overordnet eller erfaringsbaseret forholder sig til opsporingselementet.

Forebyggende hjemmebesøg er en kompleks indsats. Kompleksiteten er i simpel form forsøgt skitseret i Figur 5.1. Jævnfør figuren kan det forebyggende besøg ses som en dynamisk proces, der kan opdeles i fire overordnede procestrin:

1. Opsporing af, hvem der skal tilbydes et besøg, og hvordan disse kontaktes
2. Selve det forebyggende hjemmebesøg eller gruppeindsats hvor der også foregår en opsporing i forhold til at finde ud af, om der skal igangsættes efterfølgende aktivitet
3. Aktiviteten/handlingen, som besøget evt. afstedkommer hos den ældre
4. Den eventuelt opnåede effekt.

Inden for hver af de fire procestrin kan der skrues på et utal af elementer, som vil have indflydelse på de andre trin. For eksempel vil de anvendte screeningsværktøjer afhænge af, hvilken risikogruppe der er fokus på. Ligeledes vil effekten afhænge af, hvilke indsatser og tilbud kommunen kan tilbyde i forlængelse af opsporingen osv. Den indledende opsporing og selve det forebyggende hjemmebesøg er således kun første trin i en række af aktiviteter, som tilsammen skal generere en eventuel effekt. Det er her vigtigt at pointere, at mødet mellem forebyggelseskonsulent og borger ikke i sig selv vil generere en effekt. Det er den handling eller aktivitet, som mødet eventuelt afstedkommer, der kan have en gavnlig effekt på borgerens liv, fx ved at borgeren motiveres til at påbegynde fysisk træning, tager kontakt til relevante aktører i kommunen ved behov for hjælp mv.

Figur 5.1 De fire overordnede procestrin i det forebyggende hjemmebesøg



Kilde: Egen fremstilling

Det er kendetegnende for de studier, der er identificeret i litteraturgennemgangen, at de først og fremmest evaluerer på delelementer relateret til opsporing og selve det forebyggende hjemmebesøg, mens der i langt mindre grad er fokus på de afledte handlinger og den endelige effekt, fx studierne omhandlende anvendelsen af databrev og screeningsmetode til systematisk opsporing. I begge tilfælde evalueres effekten af opsporingen ved at afdække, hvem det

er lykkedes at gennemføre besøg hos, og ikke på den samlede effekt af det forebyggende hjemmebesøg. Evalueringerne baserer sig således på intermediære mål, som vi i sidste ende ikke ved, hvilken betydning har for den reelle effekt. Eller sagt på en anden måde, det kan være lige meget, at det kan dokumenteres, at den anvendte opsporingsmetode er god til at opspore ældre fysisk passive mænd, hvis ikke det via besøget og efterfølgende aktiviteter lykkedes at ændre mændenes fysiske aktivitetsniveau.

På samme vis synes der i interviewene med forebyggelseskonsulenterne at være et fokus på at opgøre succes i de anvendte opsporingsmetoder i at opnå kontakt til så mange relevante borgere som muligt, og ikke på, om der opnås en reel sundhedsmæssig effekt ved at have opnået kontakten med borgeren og den efterfølgende aktivitet/handling, som besøget afstedkommer. På den anden side viser interviewene med forebyggelseskonsulenterne, at det netop er selve opsporingen *inden* det forebyggende hjemmebesøg og det at få adgang til potentielt sårbare ældre, der er den helt store udfordring i kommunerne. For forebyggelseskonsulenterne kan det således opleves som mere presserende at få viden om effektive metoder til opsporing, fordi dette er så udfordrende, end at skulle forholde sig til effekter af iværksatte tiltag. Samtidig fremkommer det af samtlige interview, at det ikke er selve samtalen med borgeren, der er udfordrende, og kommunerne oplever generelt heller ikke udfordringer i forhold til at henvise borgerne til relevante tilbud og indsatser. Fokus for interviewene har således – og understøttet af undersøgelsesopdragets fokus – i højere grad været på opsporing end på effekter af iværksatte tiltag.

Den manglende italesættelse i interviewene af de to sidste trin i processen i Figur 5.1 er på mange måder forståelig. Antallet af borgere, der er opnået kontakt til, er let at opgøre i den enkelte kommune, mens det er langt vanskeligere at dokumentere, hvilken handling besøget har afstedkommet og ikke mindst effekten deraf. Flere forebyggelseskonsulenter nævner netop også udfordringerne med at måle effekten af de forebyggende hjemmebesøg og efterspørger redskaber dertil.

Det er generelt udfordrende/krævende at opgøre effekten af multifaceterede og komplekse indsatser, som fx de forebyggende hjemmebesøg. Det skyldes, at effekten af de forebyggende hjemmebesøg oftest først vil realiseres efter en årrække, og mange forhold kan her potentielt have betydning for borgerens funktionsevne mv. Forebyggende hjemmebesøg kan endvidere designes på et utal af måder i forhold til målgruppe, indhold, organisering mv., og det gælder for alle disse parametre, at de må formodes at have betydning for, hvilken effekt der opnås af forebyggelsesindsatsen. Der er igennem de sidste 20 år publiceret mange systematiske reviews og meta-analyser (eksempelvis (44-51) med henblik på at afdække effekten af forebyggende hjemmebesøg. Nogle af de gennemførte reviews viser, at de forebyggende hjemmebesøg reducerer hospitalsindlæggelser (45,47,52), udskyder mortality (45,48), forbedrer den fysiske funktion (47,48,52). Andre reviews konkluderer modsat, at der ikke er en klar effekt af forebyggende hjemmebesøg (44,49,50). Effekten af de forebyggende hjemmebesøg er således overordnet også til debat, og der savnes i litteraturen generelt klarhed om, hvad det konkret er, der genererer den fundne effekt, som følge af manglende beskrivelser af programteorien, indsatsen og dens implementering. Vigtigheden af, at fremtidige studier på området tager afsæt i en klar forandringsteori, tydeligt beskriver indsatsen og implementeringen og af-rapporterer alle målte outcomes, betones i flere studier (44).

Resultaterne fra litteraturgennemgangen afspejles i erfaringerne fra de ti kommuner, der indgår i den interviewbaserede erfaringsopsamling. Det er således et fællestræk på tværs af kommuner, at de forebyggende enheder har erfaringer med, at fx datobreve er et effektivt redskab til at opspore sårbare ældre, at det er udfordrende at dokumentere virkningen af deres indsats,

samt ikke mindst at de generelt oplever at befinde sig i et særdeles komplekst indsatsfelt med mangel på evidensbaseret viden om, hvad der virker.

Den kvalitative undersøgelse viser, at der er stor variation i relation til valget af organisering, konkrete strategier for opsporing og tilgangen til at strukturere de konkrete møder med borgerne. En del af variationen skyldes kommunernes frihed til at organisere det forebyggende arbejde, men en del af variationen kan formentlig også tilskrives, at kommunerne ikke har et evidensbaseret grundlag at støtte sig til. Den manglende evidens på området betyder, at kommunerne i vidt omfang er nødsaget til på egen hånd at fastlægge organisering, opsporing og afholdelsen af de forebyggende hjemmebesøg på baggrund af egne erfaringer, guider fra Sundhedsstyrelsen og idekataloger mv., fremfor evidensbaserede anbefalinger.

Et fællestræk i de undersøgte kommuner knytter sig til, at der opleves store udfordringer med at skabe synlighed omkring det forebyggende arbejde, samt at det er svært at opnå kontakt til borgere i målgruppen. Dette gælder generelt, men i særdeleshed i forhold til målsætningen om at opspore forskellige grupper af borgere med særlig risiko for tab af funktionsevne, dvs. borgere mellem 65 og 81 år. Strategierne for opsporing afspejler også dette, og de spænder vidt fra datatræk i kommunale it-systemer, der frembringer lister over borgere, der skal kontaktes, opfølgende arbejde i borgernes nærmiljø og udsendelse af datobreve, der indeholder en specifik dato for besøg, som gennemføres, med mindre borgeren selv aktivt melder fra.

På trods af de her nævnte udfordringer relateret til manglen på evidens samt evidensbaserede anbefalinger osv. er det et fælles træk blandt de interviewede, at de forebyggende hjemmebesøg ses som så kompleks en intervention, at det ikke i forebyggelseskonsulenternes øjne giver mening at forsøge at ensrette indsatsen fuldt ud, fx ved at opstille krav om brug af bestemte skemaer eller testredskaber.

Den manglende evidens på området giver et etisk problem med opsporingen i forhold til de behovsrelaterede forebyggende hjemmebesøg, fordi opsporing på den ene side kan være sundhedsgavnlig og kan opleves som omsorg af de berørte, men på den anden side kan betegnes som grænseoverskridende og i værste tilfælde have skadelig effekt for den enkelte borger. Et eksempel kan være, når en borger ikke har reageret på et datobrev, og forebyggelseskonsulenten pludselig står ved hjemmet. En nylig publikation fra Det Ethiske Råd (53) problematiserer netop udfordringen ved forebyggende indsatser, som har til formål så tidligt som muligt at identificere personer med risiko for at udvikle et væsentligt sundhedsproblem (hvilket fx er tilfældet ved behovsbestemte forebyggende hjemmebesøg). Etisk Råd opfordrer derfor til, at der fremover er større opmærksomhed på evidensproblematikken i forbindelse med tidlig opsporing. Ligeledes anfører de, at man, inden man igangsætter et opsporingstiltag, skal være opmærksom på, om der er tilstrækkelig evidens for nytten af opsporingen og den efterfølgende indsats. Hvis ikke der er tilstrækkelig evidens for mulig nytte og skade ved opsporingen, skal opsporingen ifølge Det Ethiske Råd gennemføres som et videnskabeligt forsøg, hvor virkningen afklares.

Resultaterne af nærværende analyse viser, at der er et tydeligt behov for foretagelse af evalueringer på området, så kommunerne kan få en mere evidensbaseret viden at læne sig op af. VIVE anbefaler i forhold til fremtidige studier af effekten af forebyggende hjemmebesøg, at der i designet af indholdet i indsatsen inddrages viden fra denne litteraturgennemgang og erfaringsopsamling samt de tidligere erfaringsopsamlinger, når indholdet i indsatsen skal designes. Endvidere er det vigtigt, at fremtidige studier på området tager afsæt i en klar forandringsteori, tydeligt beskriver indsatsen og implementeringen og afrapporterer alle målte outcomes.

Litteratur

- (1) Sundhedsstyrelsen. Opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne: en guide til kommuner vedrørende forebyggende hjemmebesøg. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
- (2) Broager JD, Jørgensen NKP, Wal-Brink D. Inspirationskatalog: Måltretning af de forebyggende hjemmebesøg - Viden, redskaber og erfaring til udvikling af praksis. København: Marselisborg - Center for Udvikling, Kompetence & Viden; 2017.
- (3) Ekmann A, Vass M, Avlund K. Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? *Health & social care in the community* 2010;18(6):563-571.
- (4) Yamada Y., Ekmann A., Nilsson C.J., Vass M., Avlund K. Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?: a cross sectional study in Denmark. *BMC Public Health* 2012;12(1):396.
- (5) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse på ældreområdet - Håndbog til kommunerne. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
- (6) Siren A, SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Forebyggelse på ældreområdet: evaluering af forebyggelse af fysisk, social og psykisk mistrivsel blandt ældre borgere. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2016.
- (7) Ziden L., Hagglom-Kronlof G., Gustafsson S., Lundin-Olsson L., Dahlin-Ivanoff S. Physical function and fear of falling 2 years after the health-promoting randomized controlled trial: elderly persons in the risk zone. *The Gerontologist* 2014;54(3):387-397.
- (8) Behm L, Eklund K, Wilhelmson K, Zidén L, Gustafsson S, Falk K, et al. Health Promotion Can Postpone Frailty: Results from the RCT Elderly Persons in the Risk Zone. *Public Health Nursing* 2016;33(4):303-315.
- (9) Gustafsson S., Eklund K., Wilhelmson K., Edberg A.K., Johansson B., Kronlof G.H., et al. Long-term outcome for ADL following the health-promoting RCT--elderly persons in the risk zone. *The Gerontologist* 2013;53(4):654-663.
- (10) Gustafsson S, Wilhelmson K, Eklund K, Gosman-Hedstrom G, Ziden L, Kronlof GH, et al. Health-Promoting Interventions for Persons Aged 80 and Older Are Successful in the Short Term - Results from the Randomized and Three-Armed Elderly Persons in the Risk Zone Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012;60(3):447-454.
- (11) Wilhelmson K, Eklund K. Positive Effects on Life Satisfaction Following Health-Promoting Interventions for Frail Older Adults: A Randomized Controlled Study. *Health Psychology Research* 2013;1(1):e12.
- (12) Dahlin-Ivanoff S., Eklund K., Wilhelmson K., Behm L., Hagglom-Kronlof G., Ziden L., et al. For whom is a health-promoting intervention effective? Predictive factors for performing activities of daily living independently. *BMC Geriatrics* 2016;16(1):171.
- (13) Behm L., Ziden L., Duner A., Falk K., Dahlin-Ivanoff S. Multi-professional and multi-dimensional group education - a key to action in elderly persons. *Disability and Rehabilitation* 2013;35(5):427-435.

- (14) Gustafsson S., Berglund H., Faronbi J., Barenfeld E., Hammar I. Minor positive effects of health-promoting senior meetings for older community-dwelling persons on loneliness, social network, and social support. *Clinical Interventions in Aging* 2017;12:1867-1877.
- (15) Sundhedsstyrelsen. Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. København: Sundhedsstyrelsen; juni 2005.
- (16) Børne- og Socialministeriet. Kapitel 2: Tilbud om forebyggende hjemmebesøg til ældre i Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven (Vejledning nr. 2 til serviceloven). Børne- og socialministeriets vejledning nr. 9341 af 8/5 2015. København: Børne- og Socialministeriet; 2015.
- (17) Ankestyrelsen. Ankestyrelsens undersøgelse af forebyggende hjemmebesøg til ældre. København: Ankestyrelsen; 2007.
- (18) Vass M, Avlund K, Hendriksen C, ÆldreForum. Ældre & forebyggende hjemmebesøg. København: ÆldreForum; 2005.
- (19) Hendriksen C, Lund E, Strømgård E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *British Medical Journal* 1984;289(6457):1522-1524.
- (20) Ankestyrelsen. Ankestyrelsens undersøgelse af forebyggende hjemmebesøg til ældre. København: Ankestyrelsen; 2010.
- (21) Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. Rundskriv. Om forebyggende hjemmebesøg i kommunene. Nr. I-2/2016- Vår rf 16/1850 KTA KJSA. Dato 06.06.2016. Oslo: Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement; 2016.
- (22) Socialstyrelsen. Förebyggande hembesök hos äldre. 6. maj 2019; Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/forebyggande-hembesok-hos-aldre/>. Accessed 6. aug, 2019.
- (23) Wyller TB, Pettersen AM, Sosial- og omsorgsdepartementet. Forebyggende hjemmebesøk til eldre: Norge - med blikk mot Sverige og Danmark: en kartleggingsundersøkelse. Tønsberg: Forlaget aldring og helse; 2005.
- (24) Førland O. Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge: resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse. Bergen: Senter for omsorgsforskning Vest; 2014.
- (25) KL. Brug af evidens i det kommunale forebyggelsesarbejde. København: KL; 2008.
- (26) Ankestyrelsen. Forebyggende hjemmebesøg til ældre: håndbog 2008. København: Ankestyrelsen; 2008.
- (27) Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for den ældre medicinske patient - National handlingsplan 2016. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
- (28) Yamada Y, Vass M, Hvas L, Igarashi A, Hendriksen C, Avlund K. Collaborative relationship in preventive home visits to older people. *International Journal of Older People Nursing* 2011;6(1):33-40.
- (29) Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Andersen CK, Keiding N. Preventive home visits to older people in Denmark: Methodology of a randomized controlled study. *Aging - Clinical and Experimental Research* 2002;14:509-515.

- (30) Sundhedsstyrelsen. Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat funktionsniveau og underernæring - sammenfatning af anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen; 2013.
- (31) Sundhedsstyrelsen. Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktions-
evne hos ældre mennesker. Anbefalinger til arbejdsgange og anvendelse af redskaber. Kø-
benhavn: Sundhedsstyrelsen; 2017.
- (32) Vae KJ, Kvinge LM, Rønnevik D. Evaluering av "Helseteam for eldre". Haugesund: Hel-
setorgmodellen; 2012.
- (33) Lagerin A., Carlsson A.C., Nilsson G., Westman J., Tornkvist L. District nurses' preven-
tive home visits to 75-year-olds: an opportunity to identify factors related to unsafe medication
management. *Scandinavian Journal of Public Health* 2014;42(8):786-794.
- (34) Dahlin-Ivanoff S., Gosman-Hedstrom G., Edberg A.K., Wilhelmson K., Eklund K., Duner
A., et al. Elderly persons in the risk zone. Design of a multidimensional, health-promoting,
randomised three-armed controlled trial for "prefrail" people of 80+ years living at home. *BMC
Geriatrics* 2010;10(1):27.
- (35) Dahlin-Ivanoff S, Gosman-Hedström G, Edberg A, Wilhelmson K, Eklund K, Duner A, et
al. Elderly persons in the risk zone: Design of a multidimensional, health-promoting, random-
ised three-armed controlled trial for "prefrail" people of 80+ years living at home. *BMC Geriat-
rics* 2010;10(1):27.
- (36) Behm L, Eklund K, Wilhelmson K, Zidén L, Gustafsson S, Falk K, et al. Health Promotion
Can Postpone Frailty: Results from the RCT Elderly Persons in the Risk Zone. *Public Health
Nursing* 2016;33(4):303-315.
- (37) Gustafsson S, Wilhelmson K, Eklund K, Gosman-Hedström G, Zidén L, Kronlöf G,H., et
al. Health-Promoting Interventions for Persons 80 Years and Over are Successful in the
Short Term – Results from the Randomized and Three-Armed Study Elderly Persons in the
Risk Zone. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012;60(3):447-454.
- (38) Gustafsson S, Eklund K, Wilhelmson K, Edberg A, Johansson B, Häggblom Kronlöf G, et
al. Long-Term Outcome for ADL Following the Health-Promoting RCT - Elderly Persons in
the Risk Zone. *The Gerontologist* 2013;53(4):654-663.
- (39) Wilhelmson K, Eklund K. Positive effects on life satisfaction following health-promoting
interventions for frail older adults: a randomized controlled study. *Health Psychology Re-
search* 2013;1(1):44-50.
- (40) Gustafsson S., Lood Q., Wilhelmson K., Haggblom-Kronlof G., Landahl S., Dahlin-
Ivanoff S. A person-centred approach to health promotion for persons 70+ who have mi-
grated to Sweden: promoting aging migrants' capabilities implementation and RCT study pro-
tocol. *BMC Geriatrics* 2015;15(1):1-13.
- (41) SUFO. Personhenførbare data til opsporing - To fortolkninger af de juridiske rammer for
anvendelse. Available at: [http://www.sufo.dk/wp-content/uploads/2018/03/Person-
henf%C3%B8rbare-data-til-opsporing-fortolkning-af-kap.-4.pdf](http://www.sufo.dk/wp-content/uploads/2018/03/Person-henf%C3%B8rbare-data-til-opsporing-fortolkning-af-kap.-4.pdf). Accessed 08/16, 2019.
- (42) Mayo-Wilson E, Grant S, Burton J, Parsons A, Underhill K, Montgomery P. Preventive
Home Visits for Mortality, Morbidity, and Institutionalization in Older Adults: A Systematic Re-
view and Meta-Analysis. *PloS one* 2014;9(3):1-13.

- (43) Kendrick RE, D., Hewitt MD, M., Blair JR, M., Brummell DWaK. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001;323(7315):1-9.
- (44) Fagerström L, Wikblad A, Nilsson J. An integrative research review of preventive home visits among older people - is an individual health resource perspective a vision or a reality? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009;23(3):558-568.
- (45) Huss A, Stuck AE, Rubenstien LZ, Egger M. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 2008;63A(3):298-307.
- (46) Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. Systematic Review and Meta-regression Analysis. *JAMA* 2002;287(8):1022-1028.
- (47) van Haastregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HFJM. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ* 2000;320(7237):754-758.
- (48) Bouman A, van Rossum E, Ambergen T, Kempen G. Effects of a home visiting program for older people with poor health status: a randomized, clinical trial in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society* 2008;56(3):397-404.
- (49) Lagerin A, Tornkvist L, Hylander I, Törnkvist L. District nurses' experiences of preventive home visits to 75-year-olds in Stockholm: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development* 2016;17(5):464-478.
- (50) Fagerstrom L., Wikblad A., Nilsson J. An integrative research review of preventive home visits among older people - Is an individual health resource perspective a vision or a reality? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009;23(3):558-568.
- (51) Det Etske Råd. Det Etske Råds udtalelse om tidlig opsporing af sygdom. Kolding: Det Etske Råd; 2019.

Bilag 1 Søgeprotokol

DATABASER:	Adgang	Fund inden dubletsortering	Søgedato
Netpunkt	Internet	59	29.05.2019
Forskningsdatabasen	Internet	64	29.05.2019
Oria	Internet	54	30.05.2019
Nora	Internet	19	30.05.2019
Libris	Internet	49	30.05.2019
SwePub	Internet	74	30.05.2019
SweMed+	Internet	186	30.05.2019
Medline	OVID	416	29.05.2019
Embase	OVID	539	29.05.2019
Cochrane Central og Cochrane Reviews	Internet	97	29.05.2019
Cinahl	EBSCO	308	29.05.2019
Pedro	Internet	22	29.05.2019
OTSeeker	Internet	17	29.05.2019

SØGEKRITERIER	
Population:	/Ældre 65+
Sprog:	Engelsk, dansk, svensk, norsk
Geografisk område:	Danmark, Norge, Sverige
Periode:	2005-2019
Publikationstyper:	Alle publikationstyper

Søgestrategi:

Medline

300 fund

Database(s): **Ovid MEDLINE(R) ALL** 1946 to May 28, 2019

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	preventive home visit*.ti,ab,kw.	137
2	exp health promotion/	72.197
3	exp "health services for the aged"/	17.137
4	exp program evaluation/ and health.ti,ab,kw,kf,sh.	28.174
5	health-promoting.ti,ab,kw.	6.896
6	exp preventive health service/	565.242
7	((Health or communit*) adj3 (promoting or promotion or service* or program*)).ti,ab,kw.	224.155
8	exp house calls/	3.304
9	exp home visits/	3.304
10	((home or residential or domestic* or house or domicillary or health-promoting or health promoting) adj6 (dwell* or visit* or revisit* or call* or care or service* or intervention*)).ti,ab,kw.	60.753

#	Searches	Results
11	or/2-10	820.883
12	exp home visit/	3.304
13	exp house calls/	3.304
14	((home or residential or domestic* or house or domicillary or health-promoting or health promoting) adj3 (visit* or revisit* or call*)).ti,ab,kw.	10.640
15	(community dwelling or community-dwelling or community dweller* or community-dweller* or community-living or community living or home-dwelling or home dwelling or home-dweller* or home dweller* or home-living or home living).ti,ab,kw.	24.023
16	exp independent living/	4.275
17	(Independent* adj3 living).ti,ab,kw.	4.348
18	((live* or living or life) adj1 ("on his own" or "on her own" or "on their own" or "at home" or community or alone)).ti,ab,kw.	11.103
19	(residential adj1 (life or lives or living)).ti,ab,kw.	98
20	or/12-19	48.965
21	exp Primary prevention/	144.383
22	(preventive or prevention).ti,ab,kw.	599.525
23	pc.fs.	1.226.894
24	(support* or capabilit*).ti,ab,kw,sh.	1.549.123
25	or/21-24	3.094.568
26	11 and 20 and 25	7.438
27	1 or 26	7.438
28	exp Scandinavia/	191.538
29	(denmark or danish or sweden or swedish or norway or norwegian or scandinavia* or nordic countries).ti,ab,kw,in.	636.502
30	or/28-29	719.291
31	27 and 30	513
32	limit 31 to "all aged (65 and over)"	292
33	exp senescence/	235.391
34	exp aged/	2.945.154
35	exp aging/	235.391
36	(elderly or elder or old or older or oldest or frail or fragile or seniors).ti,ab,kw.	1.526.987
37	or/33-36	4.117.932
38	31 and 37	357
39	32 or 38	357
40	limit 39 to (yr="2005-2019" and (english or danish or swedish or norwegian))	300

Embase

539 fund

Database(s): Embase 1974 to 2019 May 28

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	preventive home visit*.ti,ab,kw.	143
2	exp health promotion/	93.559
3	exp health service/	5.046.373

#	Searches	Results
4	exp community care/	110.233
5	exp health program/	123.830
6	health-promoting.ti,ab,kw.	8.160
7	exp preventive health service/	26.146
8	((Health or communit*) adj3 (promoting or promotion or service* or program*)).ti,ab,kw.	278.020
9	exp house calls/	2.033
10	exp home visit/	2.033
11	((home or residential or domestic* or house or domicillary or health-promoting or health promoting) adj3 (dwell* or visit* or revisit* or call* or care or service* or intervention*)).ti,ab,kw.	73.150
12	or/2-11	5.235.163
13	exp home visit/	2.033
14	exp house calls/	2.033
15	((home or residential or domestic* or house or domicillary or health-promoting or health promoting) adj3 (visit* or revisit* or call*)).ti,ab,kw.	14.098
16	exp Community living/	4.582
17	(community dwelling or community-dwelling or community dweller* or community-dweller* or community-living or community living or home-dwelling or home dwelling or home-dweller* or home dweller* or home-living or home living).ti,ab,kw.	30.785
18	exp independent living/	3.583
19	(Independent* adj3 living).ti,ab,kw.	5.986
20	((live* or living or life) adj1 ("on his own" or "on her own" or "on their own" or "at home" or community or alone)).ti,ab,kw.	15.074
21	(residential adj1 (life or lives or living)).ti,ab,kw.	120
22	or/13-21	63.841
23	exp "Prevention and Control"/	1.913.491
24	(preventive or prevention).ti,ab,kw.	789.205
25	pc.fs.	1.083.511
26	(support* or capabilit*).ti,ab,kw,sh.	1.963.838
27	or/23-26	4.739.774
28	12 and 22 and 27	14.947
29	1 or 28	14.947
30	exp Scandinavia/	191.448
31	(denmark or danish or sweden or swedish or norway or norwegian or scandinavia* or nordic countries).ti,ab,kw,in.	994.994
32	or/30-31	1.063.748
33	29 and 32	980
34	limit 33 to aged <65+ years>	556
35	exp senescence/	32.282
36	exp aged/	2.776.766
37	exp aging/	246.216
38	(elderly or elder or old or older or oldest or frail or fragile or seniors).ti,ab,kw.	2.119.438
39	or/35-38	4.411.573
40	33 and 39	658
41	34 or 40	658
42	limit 41 to (yr="2005-2019" and (english or danish or swedish or norwegian))	539

Cinahl

308 fund

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S35	S33 OR S34	Limiters - Published Date: 20050101-20190531; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	308
S34	S28	Limiters - Age Groups: Aged: 65+ years	275
S33	S28 AND S32		348
S32	S29 OR S30 OR S31		885.439
S31	elderly or elder or old or older or oldest or frail or fragile or seniors		341.400
S30	(MH "Aging+")		46.376
S29	(MH "Aged+")		716.888
S28	S23 AND S27		499
S27	S24 OR S25 OR S26		149.646
S26	AF (denmark or danish or sweden or swedish or norway or norwegian or scandinavia* or nordic countries)		119.578
S25	denmark or danish or sweden or swedish or norway or norwegian or scandinavia* or nordic countries		64.287
S24	MH Scandinavia+		63.142
S23	S1 OR S22		8.951
S22	S10 AND S17 AND S21		8.946
S21	S18 OR S19 OR S20		999.459
S20	support* or capabilit*		450.025
S19	preventive or prevention		600.904
S18	MW (preventive or prevention)		512.115
S17	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16		50.201
S16	((residential or independent) N1 (life or lives or living))		2.868
S15	((live* or living or life) N1 ("on his own" or "on her own" or "on their own" or "at home" or community or alone))		21.449
S14	(MH "Community Living+")		16.696
S13	(community dwelling or community-dwelling or community dweller* or community-dweller* or community-living or community living or home-dwelling or home dwelling or home-dweller* or home dweller* or home-living or home living)		29.935
S12	((home or residential or domestic* or house or domicillary or health-promoting or health promoting) N3 (visit* or revisit* or call*))		10.488
S11	MH Home visits		5.469
S10	S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9		623.183
S9	((home or residential or domestic* or house or domicillary or health-promoting or health promoting) N6 (dwell* or visit* or revisit* or call* or care or service* or intervention*))		73.186
S8	MH Home visits		5.469

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S7	((Health or communit*) N3 (promoting or promotion or service* or program*))		379.741
S6	MH "Preventive Health Care+"		228.810
S5	health-promoting or health-promotion		65.394
S4	MH "Program evaluation+" AND health		22.027
S3	(MH "Health Services for the Aged+")		5.962
S2	(MH "Health Promotion") OR (MH "Mental Health Promotion (Saba CCC)") OR (MH "Health Promotion (Saba CCC)") OR (MH "Royal Society for the Promotion of Health") OR (MH "Pender Health Promotion Model") OR (MH "Oral Health Promotion (Iowa NIC)")		56.180
S1	preventive home visit*		106

Cochrane Library – CDRD og Central

97 fund

Search Name: Hjemmebesoeg

Date Run: 29/05/2019 15:28:42

Comment:

#	Searches	Results
1	(preventive home visit*):ti,ab,kw	306
2	MeSH descriptor: [Health Promotion] explode all trees	5.721
3	MeSH descriptor: [Health Services for the Aged] explode all trees	437
4	MeSH descriptor: [Program Evaluation] explode all trees	5.718
5	health:ti,ab,kw	189.166
6	#4 AND #5	4.393
7	health-promoting:ti,ab,kw	627
8	MeSH descriptor: [Preventive Health Services] explode all trees	29.041
9	((Health or communit*) NEAR/3 (promoting or promotion or service* or program*)):ti,ab,kw	34.649
10	MeSH descriptor: [House Calls] explode all trees	467
11	((home or residential or domestic* or house or domicillary or health-promoting or health promoting) NEAR/6 (dwell* or visit* or revisit* or call* or care or service* or intervention*)):ti,ab,kw	87.045
12	#2 or #3 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11	112.561
13	MeSH descriptor: [House Calls] explode all trees	467
14	((home or residential or domestic* or house or domicillary or health-promoting or health promoting) NEAR/3 (visit* or revisit* or call*)):ti,ab,kw	5.086
15	(community dwelling or community-dwelling or community dweller* or community-dweller* or community-living or community living or home-dwelling or home dwelling or home-dweller* or home dweller* or home-living or home living):ti,ab,kw	9.758
16	MeSH descriptor: [Independent Living] explode all trees	315
17	((residential or independent) NEAR/1 (life or lives or living)):ti,ab,kw	755
18	#13 or #14 or #15 or #16 or #17	14.497
19	MeSH descriptor: [Preventive Health Services] explode all trees	29.041
20	MeSH descriptor: [Primary Prevention] explode all trees	3.836
21	(preventive or prevention):ti,ab,kw	168.615
22	(support* or capabilit*):ti,ab,kw	110.899

#	Searches	Results
23	#19 or #20 or #21 or #22	274.467
24	#12 and #18 and #23	4.959
25	#1 or #24	5.013
26	MeSH descriptor: [Scandinavian and Nordic Countries] explode all trees	5.490
27	(denmark or danish or sweden or swedish or norway or norwegian or scandinavia* or nordic countries):ti,ab,kw	16.906
28	#26 or #27	17.927
29	#25 and #28	196
30	MeSH descriptor: [Aging] explode all trees	3.562
31	MeSH descriptor: [Aged] explode all trees	1.197
32	(elderly or elder or old or older or oldest or frail or fragile or seniors):ti,ab,kw	125.789
33	#30 or #31 or #32	127.146
34	#29 and #33 with Cochrane Library publication date Between Jan 2005 and May 2019, in Cochrane Reviews, Cochrane Protocols, Trials, Clinical Answers, Special collections	97

SweMed+

186 fund

Nr	Söksträng	Antal träffar
1	<u>exp:"Health Promotion"</u>	1.644
2	<u>exp:"Aged"</u>	17.357
4	<u>exp:"Preventive Health Services"</u>	8.359
5	<u>exp:"house calls"</u>	127
6	<u>#1 OR #5</u>	1.753
7	<u>#2 AND #4 AND #6</u>	186

Netpunkt (Danbib + Artikelbasen)

59 fund

1.søgning

forebyggende hjemmebesøg

År>2004

2.søgning

((sundhedsfremme? eller ældrepleje? eller ældreomsorg? eller hjemmepleje? eller kommunal pleje? eller sundhedspleje? eller sundhedsindsats eller sundhedsprogram? eller sundhedsbe-
fordrende eller hjemmesygepleje? eller hjemmebesøg? eller "besøg i hjemmet" eller (besøg?
og hjemme?))

og

(hjemmebesøg? eller "besøg i hjemmet" eller (besøg? og hjemme?) eller egen bolig eller eget hjem eller eget bosted eller aleneboende eller selvstændig bolig eller ældrebolig eller "bo for sig selv" eller "bor for sig selv" eller selvstændigt liv)

og

(forebygge? eller præventiv?)

og

em=ældre?

og

År>2004

Forskningsdatabasen

64 fund

1.søgning

forebyggende hjemmebesøg

2.søgning

(sundhedsfremme OR ældrepleje OR ældreomsorg OR hjemmepleje OR kommunal pleje OR sundhedspleje OR sundhedsindsats OR sundhedsprogram OR sundhedsbefordrende OR hjemmesygepleje OR hjemmebesøg OR "besøg i hjemmet" OR (besøg AND hjemme)) AND (hjemmebesøg OR "besøg i hjemmet" OR (besøg AND hjemme) OR egen bolig OR eget hjem OR eget bosted OR aleneboende OR selvstændig bolig OR ældrebolig OR "bo for sig selv" OR "bor for sig selv" OR selvstændigt liv) AND (forebygge OR præventiv)) AND ældre

3. søgning

Preventive home visit OR (((Health OR communit) AND (promoting OR promotion OR service OR program)) OR ((home OR residential OR domestic OR house OR domicillary OR health-promoting OR health promoting) AND (dwell OR visit OR revisit OR re-visit OR call OR care OR service OR intervention))) AND (((home OR residential OR domestic OR house OR domicillary OR health-promoting OR health promoting) AND (visit OR revisit re-visit OR call)) OR (community dwelling OR community-dwelling OR community dweller OR community-dweller OR community-living OR community living OR home-dwelling OR home dwelling OR home-dweller OR home dweller OR home-living OR home living OR independent living OR residential living)) AND (elderly OR elder OR old OR older OR oldest OR frail OR fragile OR seniors)

Libris (Svenske biblioteksbase)

49 fund

(Hälsofrämja* OR hälsosamtal* OR äldrevård* OR hemvård OR hälsovård* OR hälsoprogram* OR hembesök* OR "besök i hemmet" OR "besök hemma" OR "samtal i hemmet") AND (Hem* OR "egen bostad" OR ensamboende OR "självständig bostad" OR seniorbostad* OR "självständigt liv") AND (Förebygga* OR präventiv*) AND äldre* AND (ÅR:2005 OR ÅR:2006 OR

ÅR:2007 OR ÅR:2008 OR ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019)

("health promoting" OR "health promotion" OR "health-promoting" OR "health-promotion" OR "health program" OR "health programs" OR "home visit" OR "home visits" OR "visit at home") AND (home* OR residential OR domestic OR house OR domicillary OR community dwelling OR community-dwelling OR community dweller OR community-dweller OR community-living OR community living OR home-dwelling OR home dwelling OR home-dweller OR home dweller OR home-living OR home living OR independent living OR residential living) AND (preventive OR prevention) AND (elderly OR elder OR old OR older OR oldest OR frail OR fragile OR seniors) AND (ÅR:2005 OR ÅR:2006 OR ÅR:2007 OR ÅR:2008 OR ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019)

SwePub (Svenske forskningsdatabase)

74 poster

(Hälsofrämja* OR hälsosamtal* OR äldrevård* OR hemvård OR hälsovård* OR hälsoprogram* OR hembesök* OR "besök i hemmet" OR "besök hemma" OR "samtal i hemmet") AND (Hem* OR "egen bostad" OR ensamboende OR "självständig bostad" OR seniorbostad* OR "självständigt liv") AND ((Förebygga* OR präventiv*) AND (äldre* OR senior*)) AND (ÅR:2005 OR ÅR:2006 OR ÅR:2007 OR ÅR:2008 OR ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019)

("health promoting" OR "health promotion" OR "health-promoting" OR "health-promotion" OR "health program" OR "health programs" OR "home visit" OR "home visits" OR "visit at home") AND (home* OR residential OR domestic OR house OR domicillary OR community dwelling OR community-dwelling OR community dweller OR community-dweller OR community-living OR community living OR home-dwelling OR home dwelling OR home-dweller OR home dweller OR home-living OR home living OR independent living OR residential living) AND (preventive OR prevention) AND (elderly OR elder OR old OR older OR oldest OR frail OR fragile OR seniors) AND (ÅR:2005 OR ÅR:2006 OR ÅR:2007 OR ÅR:2008 OR ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019)

ORIA (Norske biblioteksbase)

54 fund

(Helsefremme* OR helsesamtal* OR eldreomsorg OR helseprogram* OR hjemmebesøk OR "besøk i hjemmet" OR "besøk hjemme" OR "samtale i hjemmet") AND (hjem* OR "egen bolig" OR aleneboende OR "selvstendig bolig" OR eldrebolig OR "selvstændigt liv") AND (forebygge* OR preventiv OR preventivt) AND (eldre* OR seniorer) Avgrens til 2005-2019 – Engelsk-, norsksproget

("health promoting" OR "health promotion" OR "health-promoting" OR "health-promotion" OR "health program" OR "health programs" OR "home visit" OR "home visits" OR "visit at home") AND (home* OR residential OR domestic OR house OR domicillary OR "community dwelling"

OR community-dwelling OR "community dweller*" OR community-dweller* OR community-living OR "community living" OR home-dwelling OR "home dwelling" OR home-dweller* OR "home dweller*" OR "home-living" OR "home living" OR "independent living" OR "residential living") AND (preventive OR prevention) AND (elderly OR elder OR old OR older OR oldest OR frail OR fragile OR seniors) Avgrens til 2005-2019

NORA (Norsk forskningsdatabase)

19 fund

(Helsefremme* OR helsesamtal* OR eldreomsorg OR helseprogram* OR hjemmebesøk OR "besøk i hjemmet" OR "besøk hjemme" OR "samtale i hjemmet") AND (hjem* OR "egen bolig" OR aleneboende OR "selvstendig bolig" OR eldrebolig OR "selvstendigt liv") AND (eldre* OR seniorer)

Afgrænset til 2005-2019

("health promoting" OR "health promotion" OR "health-promoting" OR "health-promotion" OR "health program" OR "health programs" OR "home visit" OR "home visits" OR "visit at home") AND (home* OR residential OR domestic OR house OR domicillary OR "community dwelling" OR community-dwelling OR "community dweller*" OR community-dweller* OR community-living OR "community living" OR home-dwelling OR "home dwelling" OR home-dweller* OR "home dweller*" OR "home-living" OR "home living" OR "independent living" OR "residential living") AND (preventive OR prevention) AND (elderly OR elder OR old OR older OR oldest OR frail OR fragile OR seniors)

Afgrænset til 2005-2019

Søgning gråliteratur:

Søgt på følgende hjemmesider:

- SUFO - Landsforeningen for ansatte i SUNDhedsfremmende FOREbyggende hjemmebesøg
- MARSELISBORG Consulting
- Sundhedsstyrelsen (DK)
- KL (DK)
- Socialstyrelsen (DK)
- Socialstyrelsen (SE)
- SBU (SE)
- Helsedirektoratet
- Folkehelseinstituttet

Foretaget googlesøgning:

- Forebyggende hjemmebesøg
- Tidligopsporing forebyggende hjemmebesøg

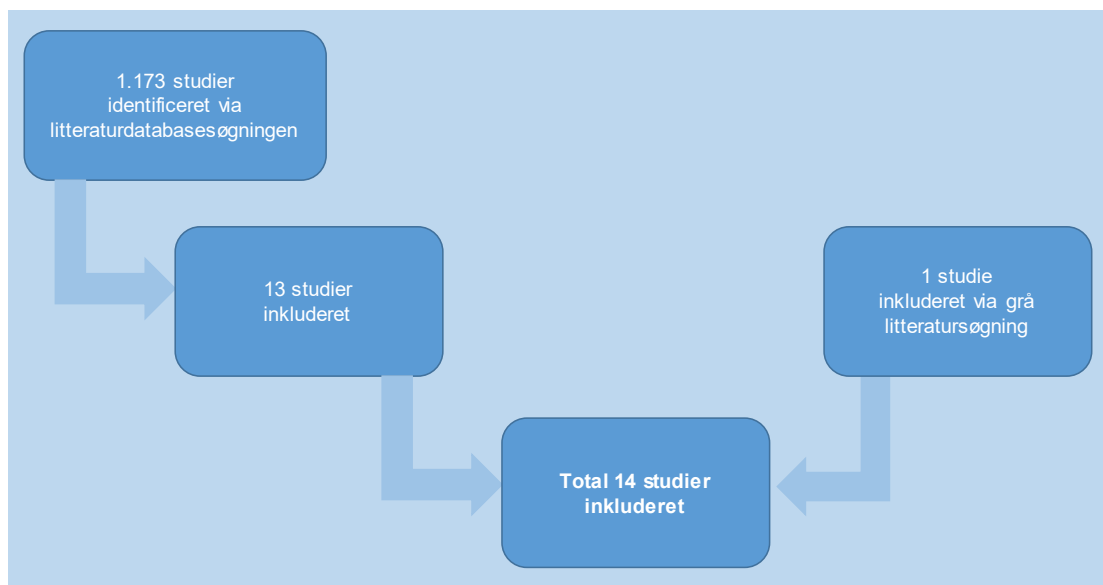
Bilag 2 Spørgeguide

SPØRGEGUIDE TIDLIG OPSPORING I FORHOLD TIL FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG	
SPØRGSMÅL	SUPPLERENDE SPØRGSMÅL
Hvad er din titel, uddannelsesbaggrund og erfaring som forebyggelseskonsulent?	
Hvordan er I organiseret i kommunen?	Hvor hører afdelingen til, fx visitationen? Fordele og ulemper Hvor mange forebyggelseskonsulenter er I i kommunen/din afdeling, og hvad er jeres faglige baggrunde? Har du andre funktioner i organisationen end at være forebyggelseskonsulent?
TEMA: TIDLIG OPSPORING <i>INDEN</i> DET FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG (69-81 år især)	
Hvordan har kommunen tilrettelagt det opsøgende arbejde forud for de forebyggende hjemmebesøg?	Hvorfor har I valgt at tilrettelægge det på den måde/de måder?
Hvad gør I helt konkret for at opspore borgere i særlig risiko for nedsat funktionsevne eller i særlige risikogrupper?	Bruger I systematiske dataudtræk til at opspore ældre i risikogrupper? Hvis ja, hvilke og hvorfor? Hvilke udfordringer oplever I ved dette? Fx anonyme henvendelser? Hvis nej, hvorfor ikke? Hvordan kommer I i kontakt med relevante borgere? Hvilke styrker og svagheder er der ved jeres tilgang?
Gør I noget for at afdække og adressere den enkelte borgers risikofaktorer i den tidlige opsporing, dvs. inden et besøg?	Hvilke risikogrupper har I særligt fokus på? Hvilke indikatorer kigger I på i forhold til udpegningsrisikogrupper?
Har I forskellige henvendelsesformer og tilbud alt efter risikogruppe?	
Samarbejder I med interne og eksterne aktører i forbindelse med den tidlige opsporing?	Hvilke aktører? Hvorfor disse? Er samarbejdet formaliseret? Procedurer, arbejdsgange, aftaler for samarbejde?
Hvad fungerer godt/mindre godt ved jeres måde til at opspore ældre i risiko for nedsat funktionsevne?	
Hvordan følger I op på den indledende opsporing?	Procedurer, arbejdsgange, praksis, gode erfaringer
TEMA: IDENTIFICERING AF TEGN PÅ FYSISK, MENTAL OG SOCIAL MISTRIVSEL UNDER DET FOREBYGGENDE BESØG	
Hvordan organiseres det forebyggende hjemmebesøg?	Hvordan inviteres borgeren? Erfaringer med denne form/fordele og ulemper? Hvor ofte kommer I på besøg? Bruger I datobreve? Peger I i henvendelsesformen, fx brevet, på forskellige temaer for samtalen, eller er det mere åbent i forhold til, hvad borgeren ønsker at tale om?
Hvordan struktureres besøget?	Redskaber? Skemaer? Specifikke sundhedspædagogiske tilgange?
Hvordan søger I at afdække og adressere den enkelte borgers risikofaktorer i besøget?	Social isolation og ensomhed, herunder mental sundhed og trivsel? Uhensigtsmæssigt alkoholforbrug? Mad og måltidsvaner, herunder underernæring? Fysisk formåen i forhold til opretholdelse af det vanlige aktivitetsniveau og funktionsevne?

SPØRGEGUIDE TIDLIG OPSPORING I FORHOLD TIL FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG	
	Vanskeligheder i forhold til medicinbehandling? Vanskeligheder i forhold til privatøkonomiske/administrative forhold, fx daglig økonomi, e-boks, indkaldelse til læge osv.?
Bruger I specifikke redskaber, test, skemaer eller andet i mødet med borgeren?	Hvilke og hvorfor? Hvad virker godt/mindre godt?
Gør I noget for at evaluere eller monitorere de forebyggende hjemmebesøg?	Hvis ja – hvordan og hvad bruges viden til?
Har I gruppebaserede tilbud?	Hvis ja, hvorfor? Hvem får gruppebaserede tilbud, hvem gør ikke? Hvad består tilbuddet/tilbuddene af? Hvis nej, hvorfor?
TEMA: OPFØLGNING	
Hvordan følger I op på selve det forebyggende hjemmebesøg?	Procedurer, arbejdsgange, praksis, gode erfaringer
Har I konkrete tilbud at henvise til, når I opsporer en borger i risiko for et eller andet?	Hvilke? Hvis nej, hvad oplever I at mangle af tilbud og til hvilke grupper?
Frekvens for besøg – hvad er jeres besøgsfrekvens for forskellige grupper?	
TEMA: SUNDHEDSSTYRELSENS KOMMENDE FAGLIGE VEJLEDNING FOR INDHOLDET I DE FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG	
Hvilke erfaringer og anbefalinger, synes du, skal videregives til andre kommuner i forhold til tidlig opsporing både inden og i selve mødet med borgeren?	
Hvad, tænker du, er vigtige temaer at få med i den kommende vejledning fra Sundhedsstyrelsen?	

Bilag 3 Flowchart – litteraturscreeningen

Der blev ved litteratursøgningen i litteraturdatabaser fundet 1.173 artikler, som videregik til screening. 13 af de 1.173 artikler opfyldte inklusionskriterierne og blev inkluderet. Via grå litteratursøgning blev der yderligere identificeret et studie. Det betyder, at der i alt er 14 studier inkluderet i litteraturgennemgangen. Det samlede flowchart for udvælgelsen af studier til litteraturgennemgangen fremgår nedenfor.





DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD