

Til
Sundhedsstyrelsen

Dokumenttype
Rapport

Dato
Januar 2020

KORTLÆGNING AF VIDEN OM GRUPPER AF UDSATTE ÆLDRE BORGERE MED SÆRLIGE BEHOV



KORTLÆGNING AF VIDEN OM GRUPPER AF UDSATTE ÆLDRE BORGERE MED SÆRLIGE BEHOV

Projekt navn **Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov**
Modtager **Sundhedsstyrelsen**
Dokumenttype **Rapport**
Dato **Januar 2020**
Udarbejdet af **Rambøll Management Consulting**

Rambøll
Hannemanns Allé 53
DK-2300 København S

T +45 5161 1000
F +45 5161 1001
<https://dk.ramboll.com>

INDHOLD

1.	Introduktion	2
1.1	Om kortlægningen	2
1.2	Baggrund	2
1.3	Målgruppedefinition	2
1.4	Fakta om udsatte ældre borgere	4
1.5	Kortlægningens metoder	5
1.6	Læsevejledning	7
2.	Resumé	9
3.	Litteraturgennemgang	11
3.1	Identificerede behov i litteraturen	11
3.2	Hovedpointer	16
4.	Breddekortlægningen: Socialt udsatte ældre borgeres behov	17
4.1	Resultater fra breddekortlægningen	17
4.2	Kommunernes indsatser til udsatte ældre	20
4.3	Hovedpointer	22
5.	Dybdekortlægningen: Udvalgte kommuners indsatser til socialt udsatte ældre borgere	23
5.1	Fire typer af indsatser til udsatte ældre	23
5.2	Hovedpointer	29
6.	Litteratur	30
7.	Bilag 1: Metodebeskrivelse	31
7.1	Målgruppedefinition	31
7.2	Litteraturgennemgang	31
7.3	Litteraturliste over inkluderet litteratur	33
7.4	Spørgeskema til kommuner	33
7.5	Telefoninterviews	34
7.6	Dybdekortlægning	35
7.7	Inddragelse af eksperter	36
8.	Bilag 2: Resultater fra spørgeskema-undersøgelse i kortlægning af viden om grupper af socialt udsatte ældre med særlige behov	37

1. INTRODUKTION

1.1 Om kortlægningen

Der findes begrænset viden om, hvilke behov socialt udsatte ældre borgere har, og samtidig er denne gruppe voksende ligesom den øvrige ældregruppe. Denne kortlægning har til formål at afdekke, hvilke pleje- og omsorgsmæssige behov udsatte ældre har, samt præsentere eksempler på inspirerende indsatser i 10 udvalgte kommuner.

Flere undersøgelser har vist, at socialt udsatte ældre har en markant højere sygelighed og dødelighed end resten af den danske befolkning¹. Dette skyldes ofte en kombination af flere forskellige faktorer såsom dårligere mental og fysisk sundhed, manglende trivsel, ensomhed, dårlige boligforhold, hjemløshed mv. Årsrapporten fra Rådet for Socialt Udsatte² understreger, at der i de fleste kommuner er et væsentligt potentiale for at igangsætte tiltag, der kan forbedre socialt udsattes vilkår, hvilket formodes også at gælde indsatser til socialt udsatte ældre borgeres vilkår.

I satspuljeaftalen for 2019-2022 blev der afsat midler til "Det gode ældreliv". En af de centrale tematikker under dette indsatsområde er en målrettet indsats for de svageste ældre. Et initiativ herunder er denne undersøgelse, som omfatter en kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre med særlige pleje- og omsorgsmæssige behov.

1.2 Baggrund

Der eksisterer ikke nogen entydig eller simpel forklaring på, hvad der definerer og karakteriserer socialt udsatte ældre. Social udsathed er et flydende begreb, der dækker over mange forskellige livssituationer og typer af sociale problemer³. Social udsathed involverer ofte en kombination af en specifik individuel sårbarhed såsom et stof- eller alkoholmisbrug, hjemløshed eller en sindslidelse og en strukturel sårbarhed, der hænger sammen med ens placering i samfundets sociale, kulturelle og økonomiske hierarkier⁴.

Ifølge Rådet for Socialt Udsatte kan social udsathed karakteriseres som en ophobning af dårlige levevilkår og mangel på deltagelse i centrale områder i samfundet som fx sociale fællesskaber. Dét at blive socialt ekskluderet, finder derfor sjældent sted fra den ene dag til den anden, men udvikler sig ofte over et livsforløb⁵. Betegnelsen social udsathed rummer dermed forskellige grader af social eksklusion og marginalisering; fra mennesker, der er i risiko for at blive ekskluderet fra fællesskabet, til personer, som vedvarende befinder sig i samfundets margin.

1.3 Målgruppedefinition

Målgruppen for denne kortlægning er *udsatte ældre med særlige behov*.

Udsathed afgrænses ved:

Personer, som lever med eller er i én eller flere af følgende forhold:

- Alkoholmisbrug
- Stofmisbrug
- Hjemløshed
- Sindslidelse(r)

¹ Rådet for Socialt Udsatte, 2019

² Rådet for Socialt Udsatte, 2019

³ Ahlmark et. al. 2018

⁴ Pedersen 2018

⁵ Christensen og Larsen, 2012 og Swane og Andersen, 2017.

Udsatte ældre med komplekse og sammensatte problemer, der er medtaget som kategori i spørgeskemaundersøgelsen dækker over udsatte ældre, der oplever flere af de ovenstående faktorer.

Det at være *ældre* for denne målgruppe afgrænses ved:

Personer, der – ofte allerede fra 50-års alderen – oplever aldersvækkelser, som ikke-udsatte typisk først udvikler senere i livet. Det vil sige, at der er ikke nogen afgrænsning ift. kronologisk alder, men det handler om borgerens oplevede alderssvækkelse. I spørgeskemaundersøgelsen i denne rapport er der lavet en aldersafgrænsning på 50 år.

De *særlige behov* afgrænses her ved:

Pleje- og omsorgsmæssige behov: Somatisk pleje, personlig pleje, praktisk hjælp, hjælp og støtte til mad og måltider, omsorg fra kommunen, omsorg fra civilsamfundet, efterværn af kommunen, støtte og udvikling af sociale færdigheder, støtte og udvikling af praktiske færdigheder, rådgivning af kommunen, behandling af kommunen, behandling af regionen, understøttelse i at indgå i tandbehandling, akuttilbud og støtte i overgangen fra hospital, tilbud om overnatning, hjælp til anskaffelse af bolig. De særlige behov er udvalgt med udgangspunkt i viden fra de inkluderede eksperter samt litteraturgennemgangen.

De særlige behov kan både skyldes, at borgerne et helt liv har levet i social udsathed, samt at borgerne først senere i voksenlivet har mistet fodfæstet på grund af fx skilsmisse, tab og/eller arbejdsløshed⁶.

⁶ Målgruppedefinition tager afsæt i SUSY UDSAT-sundhedsprofiler, som anvendes af Rådet for Socialt Udsatte (2017).

1.4 Fakta om udsatte ældre borgere

FAKTABOKS: UDSATTE ÆLDRE BORGERE I TAL

Der findes begrænset kvantitativ data på, hvor mange ældre borgere, der lever med/i alkoholmisbrug, stofmisbrug, hjemløshed og sindslidelser.

VIVEs kortlægning "Hjemløshed i Danmark 2019" viser, at der i 2019 findes 1.545 personer på 50 år eller derover, som lever i hjemløshed. Dette tal har været stigende siden 2009, hvor antallet var 979 personer.⁷

Herudover viser samme kortlægning, at 44,4 pct. af hjemløse mænd på 50 år eller derover har en psykisk sygdom, mens det samme gør sig gældende for 59,8 pct. af hjemløse kvinder i samme aldersgruppe. 66,1 pct. af hjemløse mænd på 50 år eller derover har et misbrug af rusmidler, mens tallet er 49,8 pct. for kvinderne.^{7,8}

Hvad angår de øvrige forhold, som denne rapport har afgrænset socialt udsathed ved (sindslidelser, alkohol- og stofmisbrug) findes der ikke nogle nyere optællinger. Data fra spørgeskemaundersøgelser, samt registerdata på sygehuskontakter og misbrugsbehandling kan give en indikation af, hvor mange ældre borgere, der lever med disse problematikker.

I nedenstående gennemgås udvalgte data relateret til disse forhold. Dataen er undersøgt isoleret for det enkelte forhold og er dermed ikke i sig selv et udtryk for det komplekse samspil mellem individuelle- og strukturelle levevilkår, der typisk fører til socialt udsathed.

Alkohol:

- I 2013 havde 27.416 personer alkoholrelateret kontakt til sygehuset, hvoraf de 40-70-årige er den aldersgruppe, der har flest alkoholrelaterede kontakter.⁹
- I 2013 var der knap 20.500 personer, der modtog medicin mod alkoholafhængighed, heraf er 68 pct. mænd. Der er flest personer i aldersgruppen 45-64 år, der modtager medicin mod alkoholafhængighed.⁹
- I 2014 udgjorde aldersgruppen 40-69 år 72 pct. af alle indskrivninger i alkoholbehandling.¹⁰

Stoffer:

- I årene 2010-2012 var der i gennemsnit årligt 4.233 somatiske indlæggelser relateret til stofmisbrug blandt personer på 55 år og derover ud af i alt 12.349 indlæggelser.¹¹
- I årene 2010-2012 var der i gennemsnit årligt 439 psykiatriske indlæggelser relateret til stofmisbrug blandt personer på 55 år og derover ud af i alt 6.428 indlæggelser.¹¹

Sindslidelser:

- I Ældreprofilen 2019 rapporterede 3,5 pct. af de mandlige svarpersoner på 65 år og derover at have en psykisk lidelse af over 6 måneders varighed, mens det samme gjorde sig gældende for 5,6 pct. af de kvindelige svarpersoner.¹²

⁷ VIVE (2019): Hjemløshed i Danmark 2019 – National kortlægning

⁸ Disse tal er beregnet på baggrund af spørgsmåle, hvortil der har været et internt bortfald i undersøgelsen, dvs. at ikke alle 1.545 personer har angivet et svar eller at der er svaret 'ved ikke'. Tallene kan derfor ikke udsige, hvad der gør sig gældende for alle hjemløse personer på 50 år eller derover i Danmark.

⁹ Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut (2015): Alkoholstatistik 2015 – Nationale data

¹⁰ Sundhedsdatastyrelsen (2016): Alkoholbehandling i Danmark

¹¹ Statens Institut for Folkesundhed (2016): Sygdomsbyrden i Danmark – Risikofaktorer

¹² Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel - Ældreprofilen 2019

1.5 Kortlægningens metoder

For at sikre en systematisk analyse af viden om socialt udsatte ældres pleje- og omsorgsmæssige behov bygger kortlægningen på et breddestudie og et dybdestudie. Hvor breddestudiet kan vise resultater på tværs af kommunerne og tværgående tendenser, kan dybdestudiet illustrere gode eksempler i særligt udvalgte kommuner. Breddestudiet består af en litteraturgennemgang af eksisterende viden på området samt en spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets kommuner. Dybdestudiet består af telefoninterviews i 24 kommuner og dybdekortlægning i 10 særligt udvalgte kommuner. De 10 kommuner udgør eksempler på god praksis til at imødekomme udsatte ældres behov. Konkret er analysen baseret på nedenstående datakilder. Se i øvrigt bilag 1 for udførlig beskrivelse af metoden.

- **Litteraturgennemgang**

Indledningsvist er der gennemført en litteraturgennemgang, som har haft til formål at afdække den eksisterende viden om pleje- og omsorgsmæssige behov blandt socialt udsatte ældre. Der er søgt i flere forskningsdatabaser samt foretaget en bredere søgning efter rapporter, evalueringer og andre udgivelser, som ikke er tilgængelige i forskningsdatabaserne. Litteraturgennemgangen blev afgrænset til litteratur fra Danmark, Norge og Sverige for at sikre overførbare til en dansk kontekst. Der blev i alt identificeret 16 relevante udgivelser om socialt udsatte ældres pleje- og omsorgsmæssige behov. Der har været en stor grad af ekspertinvolvering for at sikre den faglige kvalitet i den udvalgte litteratur¹³. I bilag 1 findes en samlet liste over den inkluderede litteratur.

- **Spørgeskema til kommuner**

Der er gennemført en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt kommunerne. Spørgeskemaet blev sendt til alle landets socialchefer med mulighed for at videresende til en kollega. Spørgeskemaet skulle indsamle viden om 1) kommunernes vurdering af, hvad der særligt kendetegner socialt udsatte ældres behov samt 2) kommunens indsatser til socialt udsatte ældre. Spørgeskemaet blev besvaret af respondenter fra 94 kommuner, hvilket giver en svarprocent på 96 pct.

- **Telefoninterviews med 24 udvalgte kommuner**

I forlængelse af den gennemførte spørgeskemaundersøgelse blev der gennemført uddybende telefoninterviews med 24 kommunale repræsentanter med særlig viden om kommunale indsatser til socialt udsatte ældre. Formålet med telefoninterviewene var at uddybe kommunernes besvarelse af spørgeskemaet samt få en yderligere viden om deres eksisterende praksis og indsatser til socialt udsatte ældre. Dette blev gjort med henblik på at kvalificere det vidensgrundlag, der blev anvendt til at udvælge de 10 kommuner til dybdestudiet samt at kvalificere viden om, hvilke indsatser der eksisterer i kommunerne til udsatte ældre.

- **Dybdestudie i 10 udvalgte kommuner**

På baggrund af de gennemførte telefoninterviews blev der udvalgt 10 kommuner, som havde gode eksempler på indsatser til at imødekomme socialt udsatte ældres pleje- og omsorgsmæssige behov. I disse 10 kommuner er der gennemført dybdestudier i form af interviews og evt. observationsstudier af indsatserne. De 10 kommuner blev udvalgt ud fra besvarelserne i spørgeskemaet og de 24 telefoninterviews. Kommunerne er udvalgt ud fra følgende kriterier:

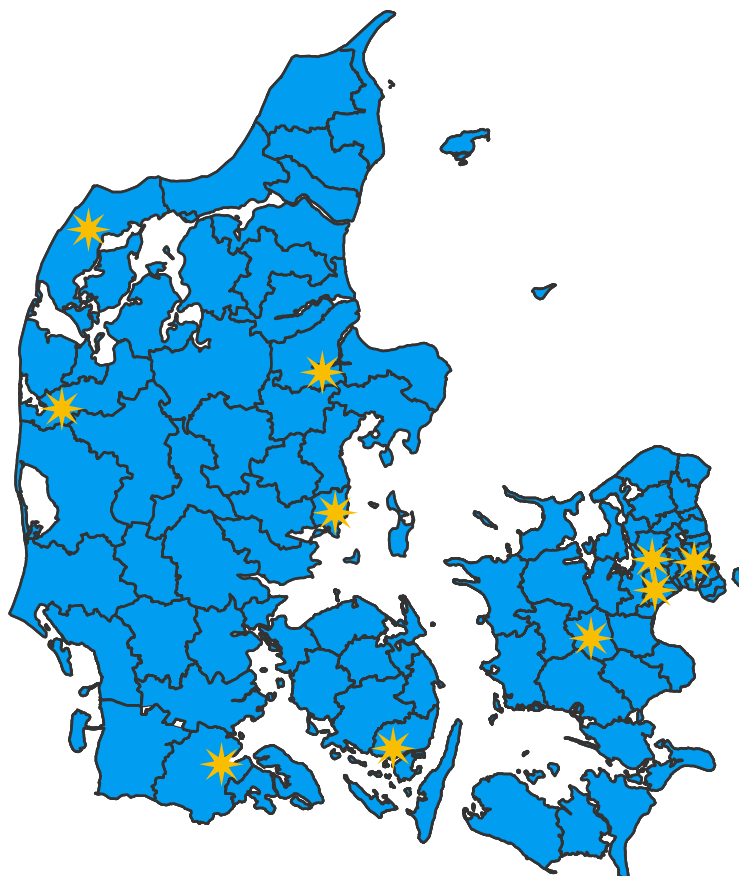
- Erfaringer med indsatser til at imødekomme målgruppens behov
- Geografisk spredning
- Variation i antal indbyggere i de udvalgte kommuner

¹³ Disse organisationer har været repræsenteret: Sundhedsstyrelsen, Fonden Ensomme Gamles Værn, Landsforeningen Arbejde Adler og Arbejde Adlers Hus, Rådet for Socialt Udsatte, Kommunernes Landsforening og Socialstyrelsen.

- Variation i målgruppen for indsatserne

De 10 udvalgte kommuner er vist i den nedenstående figur.

Figur 1: Geografisk placering af kommuner i dybdekortlægningen



De 10 kommuner i dybdekortlægningen består af både store og mindre kommuner.

Tabel 1: Antal indbyggere i de 10 kommuner

	Antal
Københavns Kommune	626.508
Randers Kommune	98.009
Aabenraa Kommune	58.914
Holstebro Kommune	58.548
Svendborg Kommune	58.513
Thisted Kommune	43.553
Rødovre Kommune	40.478
Brøndby Kommune	35.104
Ringsted Kommune	34.735
Odder Kommune	22.783

De 10 dybdestudier har haft fokus på praksis og organisering af indsatser til at imødekomme socialt udsatte ældres behov samt borgernes oplevelser af indsatserne. Der er foretaget semistrukturerede interviews med følgende:

- 18 ledere af indsatser
 - 24 medarbejdere fra indsatserne
 - 21 borgere, der har indgået i en kommunal indsats målrettet socialt udsatte ældre
 - 10 observationer af indsatser målrettet socialt udsatte ældre
- **Inddragelse af eksperter**

I dataindsamlingen og analysen er de to følgende eksperter inddraget: direktør i Fonden Ensomme Gamles Værn, Christine Swane, og formand for Landsforeningen Arbejde Adler og Arbejde Adlers Hus, Torben Larsen. Eksperterne har stort kendskab til målgruppen af socialt udsatte ældre og indblik i de pleje- og omsorgsmæssige behov, der gør sig gældende for målgruppen samt forskning på området. Formålet med at inddrage eksperterne har været at kvalificere analysens målgruppe, litteratur til litteraturgennemgangen samt spørgerammen til kommunerne. Derudover har de givet input til den endelige analyse af resultaterne fra ovennævnte dataindsamlingsaktiviteter.

1.6 Læsevejledning

Rapporten er - udover denne introduktion (**kapitel 1**) - bygget op over følgende kapitler:

Kapitel 2 indeholder et resumé over analysens hovedkonklusioner.

Kapitel 3 indeholder en litteraturgennemgang af socialt udsatte ældre borgeres behov.

Kapitel 4 viser resultaterne fra breddekortlægningen og er baseret på resultater fra spørgeskemaundersøgelsen til kommunerne.

Kapitel 5 ser på, hvilke indsatser der er i 10 udvalgte kommuner for at imødekomme socialt udsatte ældre borgeres pleje- og omsorgsmæssige behov.

I en separat rapport er det muligt at læse en uddybende beskrivelse af de 10 kommuners indsatser til at imødekomme socialt udsatte. I **bilag 1** findes en nærmere beskrivelse af de anvendte metoder. I **bilag 2** findes en samlet oversigt over resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen.

2. RESUMÉ

Socialt udsatte ældre borgere får behov for pleje og omsorg, som skyldes funktionsnedsættelse i en tidligere alder end andre jævnaldrende borgere. Derudover har udsatte ældre borgere behov, som den øvrige ældregruppe sjældent oplever. Det gælder fx behov for misbrugsbehandling.

I litteraturgennemgangen identificeres behov, som kategoriseres under syv overordnede kategorier:

- Pleje og praktisk hjælp
- Socialt netværk og støtte
- Bolig, økonomi og arbejdsmarked
- Tværfaglige og koordinerende indsatser
- Vejledning, formidling og følgeskab
- Behandling, harm reduction og sygdomsmestring
- Personalets kompetencer og opsøgende indsatser

Breddekortlægningen viser, at over halvdelen af kommunerne vurderer, at udsatte ældre borgere i høj grad eller i meget høj grad har behov for somatisk pleje (61 pct.), rådgivning fra kommunen (60 pct.), omsorg fra civilsamfund (55 pct.) og kommune (54 pct.), understøttelse i at indgå i tandbehandling (51 pct.) samt praktisk hjælp fra kommunen (51 pct.).

Færre kommuner vurderer, at socialt udsatte ældre har behov for et tilbud om overnatning (18 pct.).

Breddekortlægningen viser også, at 74 pct. af kommunerne har indsatser, der har til formål at opspore socialt udsatte ældre til relevante indsatser. Der er en større andel af kommuner med mange indbyggere, der har indsatser til at opspore socialt udsatte ældre til relevante indsatser (83 pct.) sammenlignet med kommuner med få indbyggere (65 pct.).

Endelig viser breddekortlægningen, at ca. halvdelen af kommunerne har særlige indsatser målrettet specifikke grupper af udsatte ældre, der har særlige udfordringer med alkoholmisbrug, stofmisbrug, hjemløshed, sindslidelser og/eller komplekse og sammensatte problemer (45-58 pct.)¹⁴. Flere kommuner har indsatser til socialt udsatte ældre med komplekse og sammensatte problemer (58 pct.), mens lidt under halvdelen af kommunerne (45 pct.) har indsatser specifikt målrettet ældre, der lever i hjemløshed.

Dybdekortlægningen viser 10 udvalgte kommuners indsatser til udsatte ældre borgere, der er udvalgt i deres egenskab af at vise god praksis.

Typen af indsats inddeler vi efter indsatsens indhold:

- **Fokuserede hjemmeplejeteams:** Denne type af indsatser har fokus på at yde pleje i borgerens eget hjem i form af et specialiseret hjemmehjælpsteam.
- **Alternative boformer:** Indsats i form af alternative boformer er for ældre udsatte borgere, der pga. misbrugsproblematikker ikke kan rummes af de traditionelle plejehjemstilbud. De alternative boformer har karakter af plejehjem, hvor borgerne lever og bor.
- **Brobyggende indsatser:** Disse indsatser indebærer, at medarbejderne i indsatsen agerer bindeled til andre offentlige tilbud som fx almen praksis og sygehus.

¹⁴ Med komplekse og sammensatte problemer menes indsatser, som er målrettet flere udfordringer hos målgruppen på samme tid, fx i relation til misbrug, sindslidelse, økonomi og/eller hjemløshed.

- **Samværstilbud:** Denne type indsatser har fokus på at etablere sociale fællesskaber for borgerne. Her er der ikke fokus på traditionelle plejeopgaver, men fokus på at etablere et socialt netværk og støtte.

Fokuserede hjemmeplejeteams og **alternative boformer** er almene ældretilbud, men særligt målrettet udsatte ældre borgere. De **brobyggende indsatser** og **samværstilbuddene** er indsatser særligt til udsatte ældre borgere.

3. LITTERATURGENNEMGANG

Gennemgangen af litteraturen af, hvilke pleje- og omsorgsmæssige behov udsatte ældre har, viser, at der er en stor kompleksitet i målgruppens behov, samtidig med at deres behov umiddelbart rækker udover pleje og omsorg. De identificerede pleje- og omsorgsmæssige behov hos målgruppen er i nogle tilfælde specifikke for socialt udsatte ældre borgere, mens andre behov gør sig gældende hos en bredere gruppe af socialt udsatte voksne – ikke kun ældre borgere. Nogle af behovene knytter sig til socialt udsatte ældre borgere, som særligt har udfordringer med fx alkoholmisbrug, stofmisbrug, hjemløshed og/eller sindslidelse(r).

3.1 Identificerede behov i litteraturen

Ud fra den identificerede litteratur har vi kategoriseret behov for socialt udsatte borgere ud fra syv overordnede kategorier:

- Pleje og praktisk hjælp
- Socialt netværk og støtte
- Bolig og økonomi
- Tværfaglige og koordinerende indsatser
- Vejledning, formidling og følgeskab
- Behandling, harm reduction og sygdomsmestring
- Personalets kompetencer og opsøgende indsatser

De enkelte behovskategorier er udfoldet nedenfor.

3.1.1 Pleje og praktisk hjælp

En behovskategori handler om udsatte borgeres behov for pleje og praktisk hjælp i hjemmet. De plejemæssige behov omtales i brede termer såsom behov for hjemmepleje, behov for personlig pleje eller behov for sygepleje. Hos socialt udsatte ældre borgere kan behovet for sygepleje være relateret til en somatisk lidelse og involvere sårpleje eller hjælp til dosering af medicin. Altså behov, som den generelle ældrebefolkning også kan have. Sygeplejefaglige behov, der særligt gælder for udsatte ældre borgere, er fx at sikre borgerne får den passende medicin og ikke blot beroligende midler som fx angstdæmpende medicin eller sovepiller¹⁵. De plejemæssige behov kan indebære hjælp til personlig hygiejne pga. deres aldersrelaterede funktionsnedsættelse som hos andre ældre borgere. De kan også være relateret til borgerens helbred, hvilket indbefatter alt fra smertehåndtering, problemer med søvn, ernæring og aktivitet, fysisk rehabilitering og risiko for følgesygdomme ved misbrug (ofte i lever, nyrer og det kardiovaskulære system)¹⁶. Behovet for den praktiske hjælp er også vidtspændende og kan bl.a. bestå i hjælp til indkøb, madlavning og rengøring, som også andre ældre ofte får hjælp til. Litteraturen peger på, at det oftest er mest hensigtsmæssigt med en faglighed, der har stor forståelse og indsigt for den sociale situation, borgerne står i¹⁷. Udsatte ældres behov for pleje og praktisk hjælp adskiller sig således ikke væsentligt fra andre ældre borgeres behov.

3.1.2 Socialt netværk og støtte

Det sociale netværk eller mangel på samme er en gennemgående behovskategori i en stor del af litteraturen. Flere steder beskrives socialt udsatte ældres liv med ordene: Ensomhed, isolering, relationsproblemer, stigmatisering og marginalisering¹⁸. Behovet dækker over to sociale aspekter, som dog har et vist overlap.

¹⁵ Ege, P. 2011, Gunnarsson (2010), Larsson, K. & Berger, A. (2007), Socialstyrelsen (2013), Grøn & Andersen (2014).

¹⁶ KORFOR (2015), Pedersen, P. V. (2018), Larsson, K. & Berger, A. (2007).

¹⁷ Gunnarsson (2010), Gunnarsson (2013), Rasmussen, J. D. (2012).

¹⁸ Ege, P. 2011, KORFOR (2015), Gunnarsson (2018), Pedersen, P. V. (2018), Grøn & Andersen (2014).

Det ene aspekt omhandler socialt udsatte ældres sociale netværk, som ofte er lille og begrænset til at bestå af andre socialt udsatte, hvis de overhovedet har et netværk. Flere studier peger på, at det sociale netværk er vigtigt for at undgå ensomhed og isolering, og at det kan opbygges vha. sociale aktiviteter såsom kollektive boliger, fællesspisning, mødesteder og diverse klubber med samværs- og aktivitetsmuligheder. Dette kan give socialt udsatte ældre et fællesskab og tilhørsforhold, hvilket kan bidrage med stabilitet og social sikkerhed¹⁹.

Selvom det sociale fællesskab er vigtigt for socialt udsatte ældre borgere, eksisterer der en iboende problematik i at opbygge netværk til andre socialt udsatte borgere. Fællesskabet er ofte bygget op omkring deres egen situation, fx om livet på gaden eller om misbrug, hvorfor de formentlig vil fastholde hinanden i disse problematikker. Samtidig er den enkeltes relationer til andre socialt udsatte ældre typisk ikke baseret på tillid og kontinuitet²⁰.

Det andet aspekt handler om, at socialt udsatte ældre borgere ofte mangler relationer, som er støttende, lyttende og mere omsorgs- og tillidsfulde. De har ofte mistet kontakten til slægtninge og andre pårørende, som ellers almindeligvis ville varetage denne støttende rolle. Den sociale støtte og omsorg er derfor ofte et behov, som de fagprofessionelle er med til at udfylde. Dele af litteraturen peger på, at en tillidsfuld relation til en fagprofessionel kan bidrage til nedbrydelse af den ellers ofte oplevede diskrimination og stigmatisering, samtidig med at en vis kontinuitet i relationen kan bidrage med en positiv kontrolfunktion og forpligtelse, fx i relation til overholdelse af aftaler²¹. Desuden påpeges det, at affektive teams bestående af sygeplejersker og psykiatere kan yde støtte og omsorg, så socialt udsatte ældre, fx med sindslidelser, kan blive boende i eget hjem²².

3.1.3 Bolig og økonomi

En yderligere behovskategori omhandler behovet for bolig og støtte til at håndtere økonomi, da udsatte ældre borgere ofte ikke har en bolig eller ikke bruger den, har dårlig økonomi og er uden for arbejdsmarkedet. I forhold til udsatte ældre borgeres behov for bolig er der flere scenarier i spil: Nogle bor i eget hjem, kollektiv bolig med fællesareal, botilbud med tilsyn, plejehjem, alternative hjem for personer med misbrug eller sindslidelse, mens andre er hjemløse og benytter sig af diverse væresteder og varmestuer²³. Det mest presserende behov for bolig findes umiddelbart hos de hjemløse ældre borgere og dem, der allerede har en bolig, men ikke bruger den²⁴. Hjemløse kan inddeles i tre forskellige grupper²⁵:

- 1) *De gadehjemløse*, der sover på gaden.
- 2) *De boligløse*, der benytter herberger, pensionater eller sover hos venner og bekendte. De kan også have et værelse i kortere tid.
- 3) *De hjemløse med egen bolig*, som ofte er isolerede og ofte ældre. De har et sted at bo, men enten kan eller vil de af forskellige grunde ikke benytte sig af det.

Denne opdeling gælder for hjemløse i alle aldre, men kan bidrage til at forstå socialt udsatte ældres forskellige behov, da nogle fx har brug for en bolig, mens andre har brug for hjælp til lære at bo i den bolig, de allerede har. Andre socialt udsatte ældre er i stand til at bo i egen bolig, hvis de modtager støtte, hvilket kan bestå i alt fra praktisk hjælp til somatisk pleje. Andre socialt udsatte

¹⁹ Rasmussen, J. D. (2012).

²⁰ Gunnarsson (2010), Gunnarsson (2017), Larsson, K. & Berger, A. (2007), Rolfner Suvanto, Susanne Mellan (2014).

²¹ Gunnarsson (2010), Gunnarsson (2017), Larsson, K. & Berger, A. (2007), Rolfner Suvanto, Susanne Mellan (2014).

²² Rolfner Suvanto, Susanne Mellan (2014).

²³ Ege, P. 2011, Gunnarsson (2018), Gunnarsson (2010), Gunnarsson (2018), Larsson, K. & Berger, A. (2007), Rasmussen, J. D. (2017). Rasmussen, J. D. (2012).

²⁴ Leeson (2006)

²⁵ Leeson G.W (2006)

har brug for at bo på steder med kontinuerligt tilsyn eller i boliger, hvor der er mere 'højt til loftet', dvs. hvor der er rum til den enkeltes situation, som fx et aktivt misbrug. I kraft af de forskellige boligsituationer, som udsatte ældre borgere har, er deres behov for bolig også meget forskellige²⁶. Den seneste hjemløsetælling viser, at der i perioden 2017-2019 er sket en stigning på 7 pct. i antallet af borgere i hjemløshed i aldersgruppen 50-59 år (fra 1.057 til 1.131 borgere), mens der i aldersgruppen 60+ er sket en stigning på hele 17 pct. (347 til 414 borgere) i samme periode. I samme periode er der sket et fald i antallet af hjemløse borgere for de yngre aldersgrupper. De ældre borgere i hjemløshed er også den gruppe, hvor varigheden af hjemløshed er længst. For gruppen af hjemløse borgere på 50-59 år er der 37 pct., hvor varigheden af hjemløshed er 2 år eller mere, mens det for aldersgruppen af hjemløse borgere 60+ år er 32 pct. Til sammenligning er der 11 pct. af de hjemløse borgere i aldersgruppen 18-24 år, der er hjemløse i 2 år eller mere. Det samme gælder for 18 pct. af de hjemløse borgere i aldersgruppen 25-29 år²⁷.

Økonomisk marginalisering og manglende arbejdsmarkedstilknytning er ofte uløseligt forbundet – og er ofte også forbundet med udsathed. Fx kan et misbrug eller en sindslidelse være årsagen til manglende arbejdsmarkedstilknytning og dårlig økonomi, mens det omvendt også kan være tilfældet, at manglende arbejdsmarkedstilknytning kan føre til misbrug eller sindslidelse. Socialt udsatte ældre kan have behov for hjælp til styring af økonomi (fx ved sindslidelser) eller behov for økonomisk støtte (fx til medicin)²⁸. Desuden kan de have behov for træning og efteruddannelse, hvis dette er nødvendigt for at komme i job²⁹.

3.1.4 Tværfaglige og koordinerende indsatser

En tværfaglig og koordinerende indsats, hvor forskellige faggrupper samarbejder på tværs af sektorer er en yderligere behovskategori for udsatte ældre borgere. Behovet for en tværfaglig indsats gør sig ikke kun gældende for ældre udsatte, men også yngre udsatte. Således er tværfaglighed som en integreret og parallel tilgang til at løse borgernes udfordringer også gældende for socialt udsatte ældre, ligesom det generelt er i fokus for løsning af komplekse problemer for andre målgrupper.

Litteraturen peger på, at socialt udsatte ældre borgeres behov er komplekse, hvorfor de ofte ikke kan imødekommes med monofaglige og enkelte indsatser. Derimod er et samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer ofte nødvendigt for at imødekomme kompleksiteten i behovene³⁰. Socialt udsatte ældre borgere er en heterogen gruppe, og flere steder i litteraturen indikeres et behov for mere differentiering af indsatserne, så indsatserne tager udgangspunkt i den enkeltes individuelle behov. Samtidig påpeges det, at tværfaglige indsatser, som målrettes flere behov hos socialt udsatte ældre borgere samtidig, er optimale. For eksempel vil en isoleret misbrugsbehandling typisk være ineffektiv, da den socialt udsatte ældre ofte har andre behov, der skal adresseres, før et misbrugsstop eller reduktion af misbrug er realistisk. Disse behov kunne fx omhandle ensomhed, manglende mening og indhold i livet eller en uudredt og/eller ubehandlet sindslidelse, som alle potentielt kunne have betydning for misbruget, da der ofte er tale om komplekse samspil fx mellem misbrug og sindslidelse³¹.

Der er brug for et tværgående systematisk samarbejde mellem fx misbrugsbehandlingen og ældreplejen for at kunne imødekomme socialt udsatte ældres behov³². I forlængelse heraf beskriver

²⁶ Ege, P. 2011, Gunnarsson (2018), Gunnarsson (2010), Gunnarsson (2018), Larsson, K. & Berger, A. (2007), Rasmussen, J. D. (2017). Rasmussen, J. D. (2012).

²⁷ VIVE og forfatterne (2019).

²⁸ Pedersen, P. V. (2018), KORFOR (2015).

²⁹ Rasmussen, J. D. (2012).

³⁰ Ege, P. 2011, Gunnarsson, E. (2010), Gunnarsson et al. (2018), Rolfner Suvanto, Susanne Mellan (2014), Wolstad, I (2017).

³¹ Rasmussen, J.D. (2017).

³² Ege, P. 2011, Gunnarsson, E (2010), Gunnarsson et al. (2018), Grøn & Andersen (2014), Rasmussen, J.D. (2017).

undersøgelser, at der generelt er brug for koordinering og bedre sammenhæng i hjælpen til socialt udsatte ældre, hvor etablering af tværfaglige teams anbefales flere steder. For eksempel påpeges et behov for koordinerede indsatser mellem hjemmeplejen, geriatri og psykiatri til socialt udsatte ældre med sindslidelser. Flere steder i litteraturen sættes der fokus på afklaring af ansvarsområder, bl.a. gennem bedre dialog og erfaringsudveksling mellem de forskellige aktører, da meget information går tabt, idet borgeren ofte ikke er i stand til at videregive den³³.

3.1.5 Vejledning, formidling og følgeskab

En behovskategori, som også identificeres i litteraturen om socialt udsatte ældre borgeres behov, omhandler vejledning, formidling og følgeskab. Generelt gælder det, at socialt udsatte ældre borgere har vanskeligt ved at navigere i det sociale system og sundhedsvæsenet, samtidig med at de kan have svært ved at kommunikere med fagprofessionelle og at overholde aftaler³⁴. Afhængigt af den enkelte borgers situation er behovet for hjælp til at håndtere disse vanskeligheder forskelligt. For eksempel kan der blot være behov for vejledning i form af, hvem borgeren skal kontakte ved forskellige behov (fx lægen ved medicin), samt hvordan dette gøres (fx telefonisk). Eller det kan være et behov for hjælp til kontaktskabelse og kommunikation med fagprofessionelle, hvilket kan skyldes kognitive og/eller sproglige vanskeligheder³⁵. Sprogvanskeligheder kan her forstås på to måder, enten i form af en direkte sprogbarriere, hvis borgeren ikke taler dansk, eller at borgeren ikke forstår de kulturelle koder og det fagprofessionelle sprog^{36 37}.

Socialt udsatte ældre borgere kan også have behov for følgeskab, fx en sygeplejerske eller ergoterapeut, som indtager en ledsager- og bisidderrolle, når borgeren er i kontakt med sundhedsvæsenet. Følgeskabet er med til at sikre en overlevering af relevant information vedrørende helbred og eventuel behandling og kan bidrage med at sammenstykke og formidle borgerens livsfortælling. Derudover kan følgeskabet bidrage til at arrangere aftaler samt formidle relevant information mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet og på den måde indtage en koordinerende rolle (tovholderfunktion). Følgeskabet kan desuden være med til at reducere borgerens oplevelse af stigmatisering og diskrimination i mødet med fagprofessionelle. Litteraturen angiver, at der ikke umiddelbart foregår en systematisk, intentionel diskrimination og stigmatisering af socialt udsatte i sundhedsvæsenet, men at der alligevel ses en række konkrete eksempler på både stigmatisering, stereotypificering, diskrimination og stigmatisering af socialt udsatte i deres møde med praktiserende læger, det somatiske sygehusvæsen og psykiatrien³⁸.

3.1.6 Behandling, harm reduction og sygdomsmestring

Behandling, harm reduction og sygdomsmestring er behov, som størstedelen af den identificerede litteratur berører. Begrebet behandling dækker både over misbrugsbehandling samt over behandling af sindslidelser og somatisk sygdom (fx diabetes og KOL), mens begrebet sygdomsmestring og harm reduction mere løst dækker over udvikling af egne kompetencer og mestring hos socialt udsatte ældre.

Behovet for misbrugsbehandling beskrives både i relation til alkohol og stoffer, hvor førstnævnte fylder mest i den identificerede litteratur. Litteraturen fremhæver en række udfordringer, som er forbundet med misbrugsbehandling af socialt udsatte ældre. For det første er nogle så afhængige,

³³ Socialstyrelsen (2013), Wolstad, I (2017), Ege, P. 2011, Rambøll (2008).

³⁴ Larsson, K. & Berger, A. (2007), Pedersen, P. V. (2018), Rambøll (2008), Socialstyrelsen (2013).

³⁵ Larsson, K. & Berger, A. (2007),

³⁶ Def. af sundhedskapital: Kulturel sundhedskapital defineres som et sæt af kulturelle færdigheder, verbale og nonverbale kompetencer samt en indstilling, væremåde og kommunikativ stil, som mobiliseres af både patienter og sundhedspersonalet i sundhedsvæsenet, og som kan påvirke interaktionen positivt eller negativt. Begrebet kan hjælpe med at nuancere forståelsen af, hvorfor mødet mellem den socialt udsatte patient og personalet i sundhedsvæsenet nogle gange ender som en negativ oplevelse.

³⁷ Pedersen, P. V. (2018).

³⁸ Rambøll (2008), Pedersen, P. V. (2018).

at et mål om at komme ud af misbruget umiddelbart er urealistisk. Derfor anvender man i stedet substitutionsbehandling³⁹, som har vist sig at reducere dødeligheden, sygeligheden samt øge livskvaliteten blandt personer, der modtager behandlingen. Her arbejdes der ud fra princippet om *harm reduction*, som indebærer mere pragmatiske mål som at undgå død og begrænse skader⁴⁰. For det andet har socialt udsatte ældre borgere typisk ikke et ønske eller et mål om at blive stof- eller alkoholfri, samtidig med at misbruget kan være skjult for omgivelserne⁴¹. For det tredje kan misbruget være et udtryk for selvmedicinering, fx hvis borgeren har en ikke-udredt sindslidelse⁴².

I relation til behandling af sindslidelser peger en undersøgelse på, at ældre sindslidende generelt er dårligere stillet, idet de ikke i samme omfang som yngre har adgang til passende og evidensbaseret psykiatrisk pleje. Det påpeges, at der er behov for øget viden om ældrepsykiatri i specialpsykiatrien, samt at der er behov for, at specialpsykiatrien fungerer som vidensformidler i relation til primærpleje og specialiserede somatiske klinikker⁴³.

De behandlingsmæssige behov, som udsatte ældre borgere har, imødekommes ikke altid, og meget af litteraturen påpeger en tendens til diskriminering, dels relateret til alder, dels til udsathed. Et eksempel er, at ældre borgere med sociale problemer generelt set ikke tages alvorligt på lige fod med yngre aldersgrupper, der også har sociale problemer. Derudover er ældre udsatte borgere ikke repræsenteret i behandlingstilbud i samme udstrækning som yngre aldersgrupper. I tråd hermed angives det, at ældre sindslidende borgere er underrepræsenterede i psykiatrien. Samlet set indikerer dette, at socialt udsatte ældre ikke modtager tilstrækkelig hjælp, når det handler om behovet for behandling⁴⁴.

Sygdomsmestring i forhold til somatisk og psykisk sygdom og udvikling af egne kompetencer hos socialt udsatte ældre borgere spænder vidt og kan indbefatte alt fra kognitiv træning og danskundervisning til træning i at gebærde sig i det offentlige rum, fx at kunne anvende offentlig transport. Socialt udsatte ældre befinder sig ofte i et identitetsmæssigt og socialt tomrum, præget af meningsløshed i nutiden og uvished i relation til fremtiden. Flere steder i litteraturen påpeges det derfor, at det i arbejdet med socialt udsatte ældre er vigtigt at have fokus på dagens små spørgsmål og konkrete gøremål, da dette ofte er deres eget primære fokus og dermed aktuelle behov⁴⁵.

3.1.7 Personalets kompetencer og opsøgende indsatser

Personalets kompetencer og opsøgende indsatser er også en behovskategori, som fremkommer flere steder i litteraturen. Fokus er primært rettet mod behov for øget specialisering, idet ældreplejen ofte mangler kompetencer til at håndtere problematikker i relation til fx alkoholmisbrug eller sindslidelser, da disse problematikker umiddelbart ligger uden for ældreplejens normale arbejdsområde⁴⁶. Flere steder i litteraturen påpeges især et behov for uddannelse af personalet til at varetage socialt udsatte ældre med alkoholproblemer⁴⁷. Desuden angiver litteraturen, at der generelt mangler viden om ældre med et skadeligt alkoholforbrug/misbrug samt kurser og efteruddannelse af medarbejdere, der arbejder med udsatte ældre borgere⁴⁸.

³⁹ *Fx gives metadon ved heroinmisbrug, da det mindsker dødeligheden og sygeligheden. Formålet er at forene den læge- og socialfaglige indsats ift. borgeren med henblik på at bringe et illegalt stofmisbrug til ophør eller få kontrol over misbruget - herunder at forsøge at mindske de såvel fysiske som psykiske og sociale skader.*

⁴⁰ Ege, P. 2011, Gunnarsson, E. (2010), KORFOR (2015), Rolfner Suvanto, Susanne Mellan (2014)

⁴¹ Gunnarsson (2017).

⁴² Socialstyrelsen (2013).

⁴³ Socialstyrelsen (2013).

⁴⁴ Gunnarsson, E. (2013), Gunnarsson et al. (2017), Gunnarsson et al. (2018), Rambøll (2008), Socialstyrelsen (2013)

⁴⁵ Larsson, K. & Berger, A. (2007), Rasmussen (2012), Leeson, G.W. (2006).

⁴⁶ Gunnarsson (2018), Gunnarsson (2013), Gunnarsson (2010), Wolstad, I (2017).

⁴⁷ Gunnarsson (2018), Gunnarsson (2013), Gunnarsson (2017).

⁴⁸ Gunnarsson (2010), KORFOR (2015).

En stor del af litteraturen påpeger samtidig et behov for, at personalet er mere opsøgende. I forlængelse af det peger litteraturen på et behov for flere opsporende indsats, herunder udvikling af strategier og metoder til at identificere alkoholproblemer og sindslidelser. Hjemmeplejen er et område, hvor en opsøgende indsats er særlig aktuel, da personalet allerede er tæt på borgeren og ofte kommer i den ældres hjem. I forbindelse med det foreslås fælles hjemmebesøg i borgerens hjem, hvor plejepersonalet fx medbringer en medarbejder fra misbrugsbrugscenteret eller fra psykiatrien⁴⁹.

For mange socialt udsatte ældre borgere gælder det, at der ofte er behov for en opsporende, afklarende og ikke mindst koordinerende indsats, hvor nøglepersoner varetager en koordinerende funktion i relation til andre aktører. Generelt er der behov for en tålmodig og tilpasningsdygtig indsats, der tager udgangspunkt i den enkeltes situation og problematikker⁵⁰.

3.2 Hovedpointer

Litteraturgennemgangen peger på, at udsatte ældre har behov, der rækker udover pleje og omsorg.

De identificerede behovskategorier hos målgruppen er i nogle tilfælde specifikke for socialt udsatte ældre, mens andre behov gør sig gældende hos en bredere gruppe af socialt udsatte voksne – ikke kun ældre.

Vi har identificeret syv overordnede behovskategorier: 1) Pleje og praktisk hjælp, 2) Socialt netværk og støtte, 3) Bolig og økonomi 4) Tværfaglige og koordinerende indsatser, 5) Vejledning, formidling og følgeskab, 6) Behandling, harm reduction og sygdomsmestring og 7) Personalets kompetencer og opsøgende indsatser.

⁴⁹ Pedersen, P. V. (2018), Gunnarsson (2018), Gunnarsson (2013), KORFOR (2015), Socialstyrelsen (2013), Rambøll (2008).

⁵⁰ Pedersen, P. V. (2018).

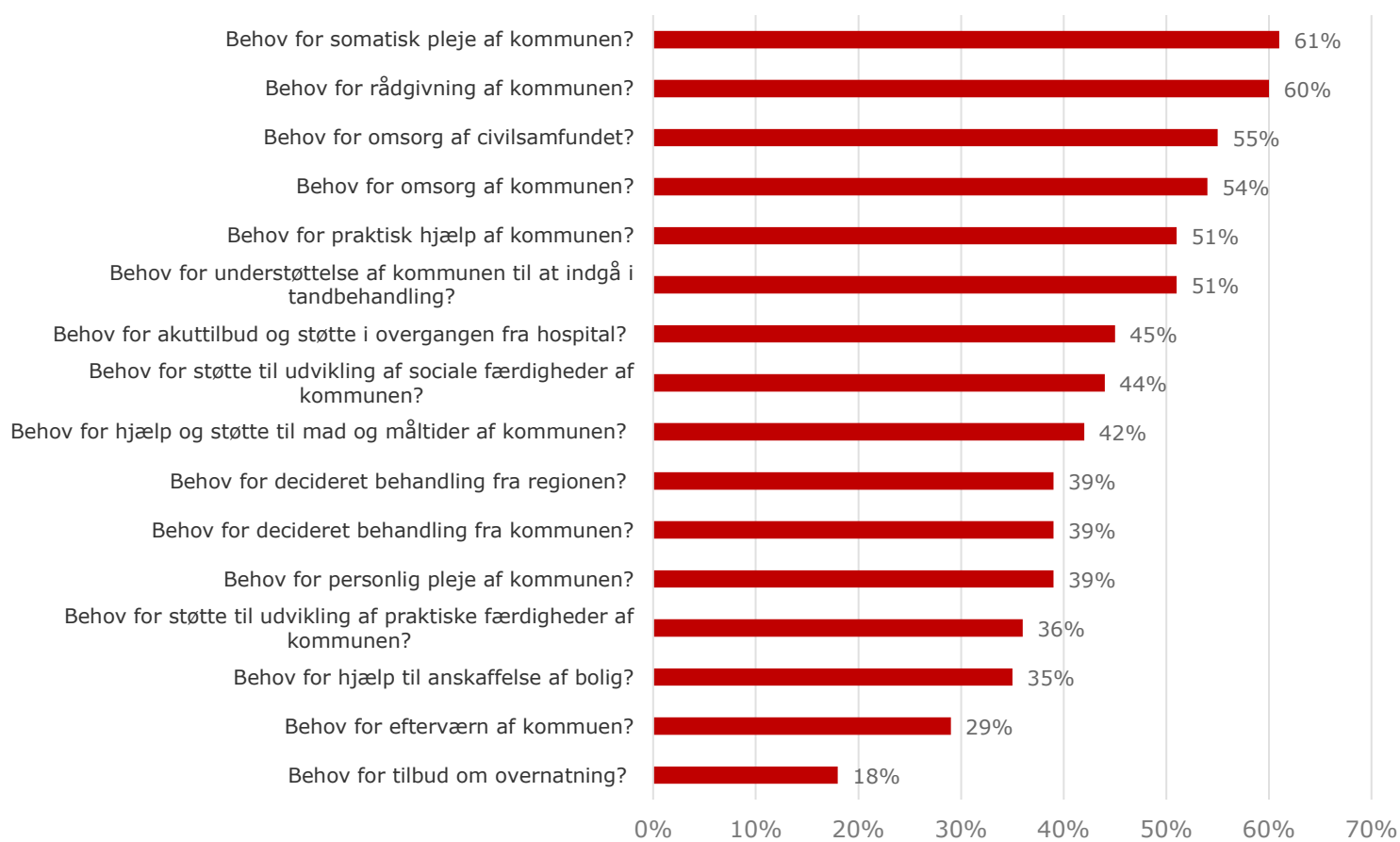
4. BREDEKORTLÆGNINGEN: SOCIALT UDSATTE ÆLDRE BORGERS BEHOV

Dette kapitel viser resultaterne fra breddekortlægningen og fremstiller resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor 94 kommuner har svaret. I bilag 2 er en tabelvisning af alle spørgsmål og svar i spørgeskemaundersøgelsen.

4.1 Resultater fra breddekortlægningen

Figur 2 viser en samlet oversigt over, hvilke behov kommunerne vurderer, i høj eller meget høj grad gør sig gældende for gruppen af socialt udsatte ældre i deres kommune.

Figur 2: I hvor høj grad oplever I, at følgende behov i høj eller meget høj grad gør sig gældende for gruppen af udsatte ældre i jeres kommune (N=94)



Kilde: Spørgeskemadata fra kommuner

92 ud af de 94 kommuner, der har besvaret spørgeskemaet, angiver, at de oplever, at ovenstående behov gør sig gældende.

Over halvdelen af kommunerne vurderer i høj grad eller i meget høj grad, at udsatte ældre har behov for:

- Somatisk pleje
- Rådgivning fra kommunen

- Omsorg fra civilsamfund og kommune
- Understøttelse til at indgå i tandbehandling
- Praktisk hjælp fra kommunen

I det følgende ser vi nærmere på disse behov.

Somatisk pleje udgør det væsentligste behov for udsatte ældre borgere. 61 pct. af kommunerne vurderer, at socialt udsatte ældre i meget høj eller høj grad har behov for somatisk pleje (fx sårpleje, behandling af diabetes, medicinadministration mv.) i deres kommune. Spørgeskemaundersøgelsen viser også, at 60 pct. af kommunerne angiver, at borgergruppen i meget høj eller høj grad har behov for rådgivning af kommunen (fx i forhold til at tage kontakt til myndigheder, administration af økonomi mv.).

Derudover peger over halvdelen af kommunerne, der indgår i spørgeskemaundersøgelsen, på, at socialt udsatte ældre i meget høj eller høj grad har behov for omsorg af enten civilsamfundet (55 pct.) eller kommunen (54 pct.). Omsorg fra civilsamfundet og kommunen skal her forstås som behov for mellemmenneskelig og social kontakt, som fx at indgå i et netværk eller andre sociale relationer med andre.

Ca. halvdelen af kommunerne peger på, at udsatte ældre borgere har behov for understøttelse til at indgå i tandbehandling (51 pct.), og 51 pct. af kommunerne peger på, at borgergruppen i meget høj grad eller høj grad har behov for praktisk hjælp af kommunen (hjælp til rengøring, tøjvask, indkøb mv.).

Denne undersøgelse kortlægger ikke, hvilke behov ikke-udsatte ældre har og kan derfor ikke anvendes til at vurdere, om de anførte behov er mere udtalte for udsatte ældre sammenlignet med andre ældre. Nogle af de ovenstående behov må formodes også at gøre sig gældende for andre ældre og ikke kun udsatte ældre, fx behov for somatisk pleje og praktisk hjælp fra kommunen, mens fx behovene for rådgivning fra kommunen og understøttelse i at indgå i tandbehandling kan være særligt gældende for udsatte ældre.

4.1.1 Behov afhænger af type af den enkelte ældre borgers problemstilling

Som beskrevet tidligere lever socialt udsatte ældre ofte med en eller flere af følgende forhold: Alkoholmisbrug, stofmisbrug, hjemløshed og/eller sindslidelser. Spørgeskemaundersøgelsen peger på, at udsatte ældres pleje- og omsorgsmæssige behov kan variere, alt efter hvilken problemstilling de lever med.

Flere kommuner uddyber kvalitativt i spørgeskemaundersøgelsen⁵¹, at socialt udsatte ældre, som har særlige udfordringer med enten *alkohol- og/eller stofmisbrug*, ofte har behov for somatisk pleje fra kommunerne (fx sårbehandling og medicinadministration) samt praktisk hjælp (fx hjælp til rengøring, tøjvask og indkøb). De har ligeledes behov for støtte til at håndtere og administrere deres økonomi. Derudover angiver kommunerne, at disse borgere tit oplever ensomhedsproblematikker grundet misbrugets omfang og varighed. De har derfor også ofte behov for støtte til dels at udvikle sociale færdigheder og kompetencer, dels til at indgå i nye sociale fællesskaber og/eller aktiviteter.

Nogle kommuner beskriver yderligere, at socialt udsatte ældre, der har særlige udfordringer med *sindslidelser*, ofte har behov for støtte til at indgå i et fællesskab. Kommunerne angiver i de kvalitative kommentarfelder, at disse borgere har tendens til at isolere sig i eget hjem og derfor i særlig grad har behov for samværstilbud. Kommunerne oplever desuden, at socialt udsatte ældre,

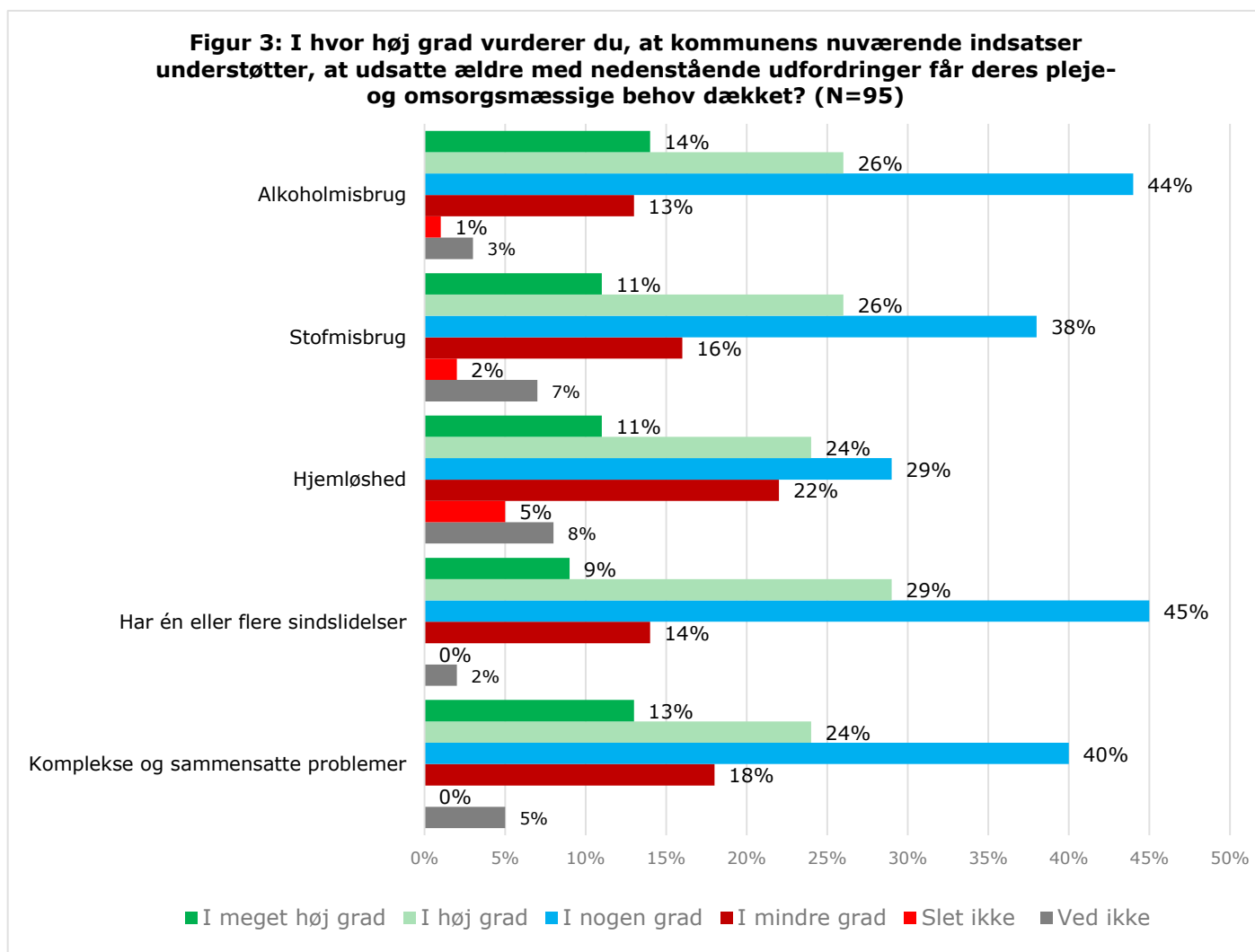
⁵¹ 79 kommuner har angivet en kommentar i ét eller flere af de åbne kommentarfelder.

der har særlige udfordringer med sindslidelser, ofte har brug for regional psykiatrisk behandling samt opfølgning/efterværn på den psykiatriske indsats (herunder støtte til medicinadministration). I relation hertil har borgerne i særlig grad behov for støtte i overgangen fra en indlæggelse på sygehuset til eget hjem. Fx har flere socialt udsatte ældre med sindslidelser behov for koordination og sikring af forskellige tiltag ved udskrivelse. Det nævnes desuden, at målgruppen i særlig grad har behov for plejehjem, hvor personalet har en psykiatrisk faglighed.

Nogle kommuner angiver yderligere kvalitativt i spørgeskemaundersøgelsen, at socialt udsatte ældre, der lever i *hjemløshed*, ofte har behov for en bolig og/eller et sted at sove (fx et plejehjem eller en midlertidig bolig). De samme kommuner vurderer i den forbindelse, at borgernes behov for et sted at bo er særligt udtalt, når borgerne udskrives fra sygehuset og har brug for at komme sig. Andre kommuner understreger, at socialt udsatte ældre, der lever i hjemløshed, ofte har behov for hjælp til de problemer, der har forårsaget hjemløsheden. Det kan fx være støtte til at opholde sig i egen bolig (fx administration af økonomi og træning i praktiske færdigheder som tøjvask og indkøb) samt behandling af psykiatriske lidelser.

4.1.2 Understøttelse af behov i nuværende indsatser

Figuren nedenfor illustrerer, i hvor høj grad kommunerne vurderer, at deres nuværende indsatser understøtter socialt udsatte ældres pleje- og omsorgsmæssige behov. Af figuren fremgår det, at størstedelen af kommunerne vurderer, at deres nuværende indsatser i mindre eller nogen grad sikrer, at de forskellige grupper af socialt udsatte ældre får dækket deres pleje- og omsorgsmæssige behov (52-60 pct.). Derudover fremgår det, at cirka 40 pct. af kommunerne tilkendegiver, at deres nuværende indsatser enten i meget høj eller høj grad understøtter socialt udsatte ældres behov. Kun få kommuner vurderer, at deres indsatser slet ikke understøtter, at socialt udsatte ældre får dækket deres pleje- og omsorgsmæssige behov (1-5 pct.). Der er mindre variationer mellem de forskellige typer af udsathed og kommunernes vurdering af, om de har understøttede indsatser.



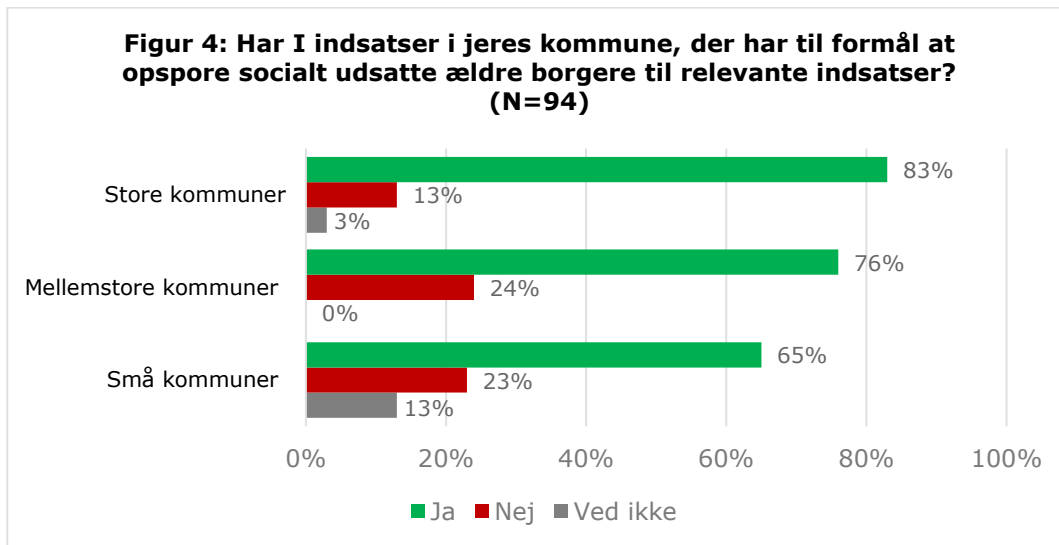
Kilde: Spørgeskemadata fra kommuner

Flere af de kommuner, der angiver, at deres indsatser i mindre eller nogen grad imødekommer socialt udsatte ældres pleje- og omsorgsmæssige behov, uddyber kvalitativt, at de ikke har specialiserede indsatser målrettet socialt udsatte ældre. I stedet forsøger de at understøtte socialt udsatte ældres behov ved at henvise borgerne til et alment pleje- og behandlingstilbud eller en specialiseret indsats i en anden kommune. I det efterfølgende uddybes hvilke indsatser kommunerne har til udsatte ældre borgere.

4.2 Kommunernes indsatser til udsatte ældre

Kortlægningen af kommunernes indsatser til udsatte ældre viser, at 74 pct. har indsatser, der har til formål at opspore socialt udsatte ældre borgere til relevante indsatser.

Figur 4 viser, om en kommune har indsatser til at opspore socialt udsatte ældre fordelt på kommunens størrelse. Det fremgår af figuren, at store kommuner med flere indbyggere i højere grad har indsatser til at opspore udsatte ældre (83 pct.) sammenlignet med små kommuner med færre indbyggere (65 pct.).



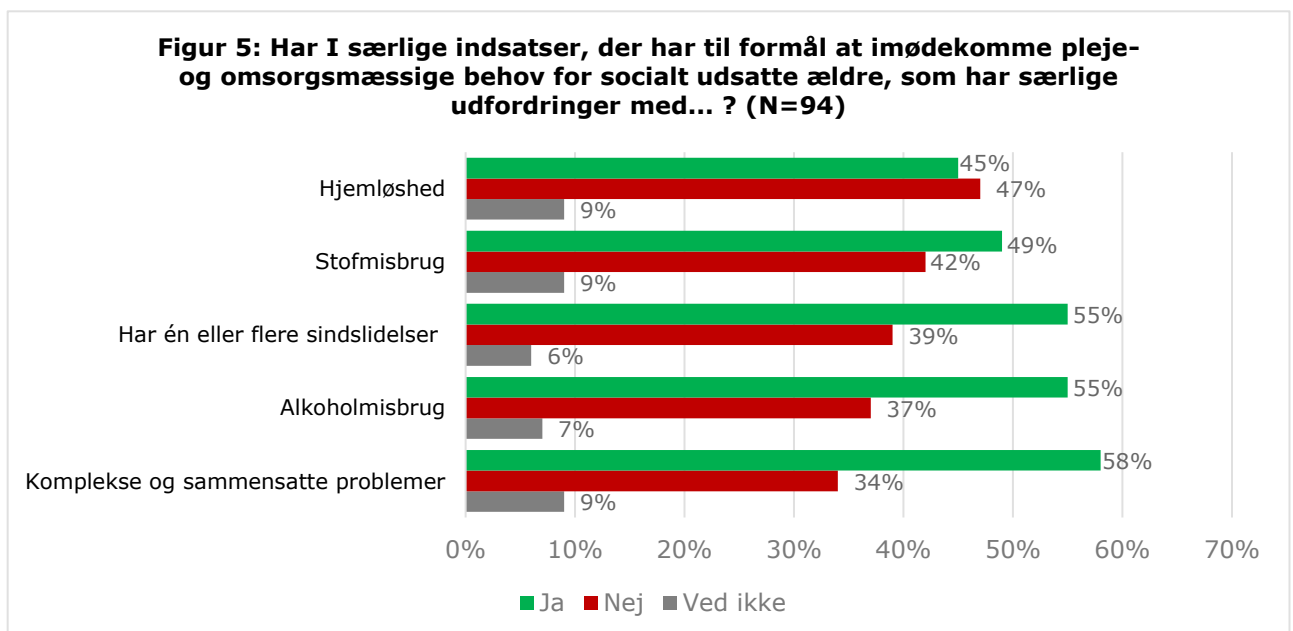
Kilde: Spørgeskemadata fra kommuner

*Store kommuner = 55.857-623.404 indbyggere

*Mellemstore kommuner = 37.587-55.790 indbyggere

*Små kommuner = 1.806-37.121 indbyggere

Kortlægningen viser også, at ca. halvdelen af kommunerne har særlige indsatser målrettet specifikke grupper af udsatte ældre, der har særlige udfordringer med alkoholmisbrug, stofmisbrug, hjemløshed, sindslidelser og/eller komplekse og sammensatte problemer (45-58 pct.)⁵² (Figur 5). Flere kommuner har indsatser til socialt udsatte ældre med komplekse og sammensatte problemer (58 pct.), mens lidt under halvdelen af kommunerne (45 pct.) har indsatser specifikt målrettet ældre, der lever i hjemløshed.



Kilde: Spørgeskemadata fra kommuner

⁵² Med komplekse og sammensatte problemer menes indsatser, som er målrettet flere udfordringer hos målgruppen på samme tid, fx i relation til misbrug, sindslidelse, økonomi og/eller hjemløshed.

Nedenstående tabel viser, hvor stor en andel af kommunerne, der har indsatser til flere af de ovenstående delmålgrupper af socialt udsatte ældre. Her fremgår det, at 47 pct. af kommunerne har indsatser til fire eller fem af de ovennævnte delmålgrupper, mens 33 pct. af kommunerne svarer, at de ingen specifikke indsatser har til de nævnte delmålgrupper. Det er dermed primært de samme kommuner, som svarer 'Ja' til at have indsatser til flere af delmålgrupperne på samme tid. Som tidligere beskrevet angiver de kommuner, der ikke har indsatser til målgrupperne, at de i stedet forsøger at understøtte socialt udsatte ældres behov ved at indlejre borgerne til et alment pleje- og behandlingstilbud eller henvise til en specialiseret indsats i en anden kommune.

Tabel 2: Andel af kommuner, som har indsatser, der imødekommer behov i flere målgrupper (N=94)

	Procent
Har ikke indsatser til målgrupperne	33 pct.
Har indsatser til én delmålgruppe	3 pct.
Har indsatser til to delmålgrupper	10 pct.
Har indsatser til tre delmålgrupper	7 pct.
Har indsatser til fire delmålgrupper	12 pct.
Har indsatser til alle delmålgrupper	35 pct.

*De kommuner, som har svaret 'Ved ikke', indgår som 'Nej' i opgørelsen.

*Kilde: Spørgeskemadata fra kommuner

4.3 Hovedpointer

Dette kapitel har præsenteret, hvilke behov udsatte ældre har, belyst ud fra breddekortlægningen ved besvarelse af spørgeskema i 94 kommuner. Overordnet tegner der sig et billede af, at udsatte ældre borgere har behov, der både relaterer sig til det, at de er socialt udsatte og har behov, der er aldersrelateret.

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen peger på behov hos udsatte ældre, der fokuserer på sundhedsmæssige behov, som fx behov for somatisk pleje og understøttelse i at gå til tandbehandling samt behov relateret til deres sociale situation, som fx rådgivning fra kommunen, omsorg fra civilsamfundet og omsorg fra kommunen og praktisk hjælp fra kommunen.

Spørgeskemaundersøgelsen viser også, at størstedelen af kommunerne oplever, at deres nuværende indsatser i mindre eller i nogen grad sikrer, at udsatte ældre borgeres pleje- og omsorgsmæssige behov bliver dækket (52-60 pct. afhængig af undergruppen af udsatte ældre borgere).

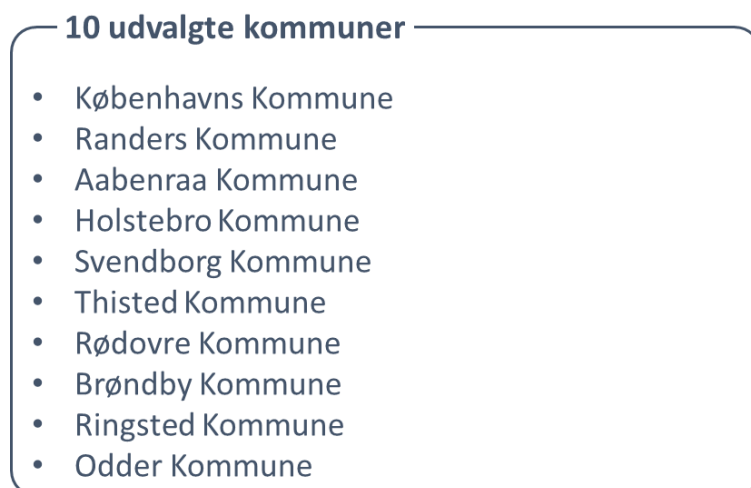
74 pct. af kommunerne har indsatser, der har til formål at opspore socialt udsatte ældre borgere til relevante indsatser. Spørgeskemaundersøgelsen peger også på, at der er forskel på, hvor mange af undermålgrupperne som de enkelte kommuner har indsatser til. Derudover er der flere kommuner med mange indbyggere, der har indsatser til at opspore socialt udsatte ældre borgere, end kommuner med få indbyggere.

5. DYBDEKORTLÆGNINGEN: UDVALGTE KOMMUNERS INDSATSER TIL SOCIALT UDSATTE ÆLDRE BORGERE

I dette kapitel ser vi på, hvilke indsatser udvalgte kommuner har for at imødekomme socialt udsatte ældres behov. Hvor forrige afsnit beskrev tendenser på tværs af kommuner, går dette afsnit i dybden og beskriver praksis i udvalgte kommuner. Kapitlet bygger på indsigter i dybdekortlægning i de 10 udvalgte kommuner. De 10 kommuner er udvalgt, fordi de har arbejdet med at udvikle særlige målrettede indsatser til udsatte ældre borgere for at imødekomme borgergruppens behov, som vil kunne inspirere andre kommuner. Resultaterne i dybdekortlægningen er derfor ikke udtryk for generelle tendenser gældende for alle landets kommuner.

De 10 kommuner, der indgår i dybdekortlægningen, er angivet i Figur 6.

Figur 6: 10 udvalgte kommuner

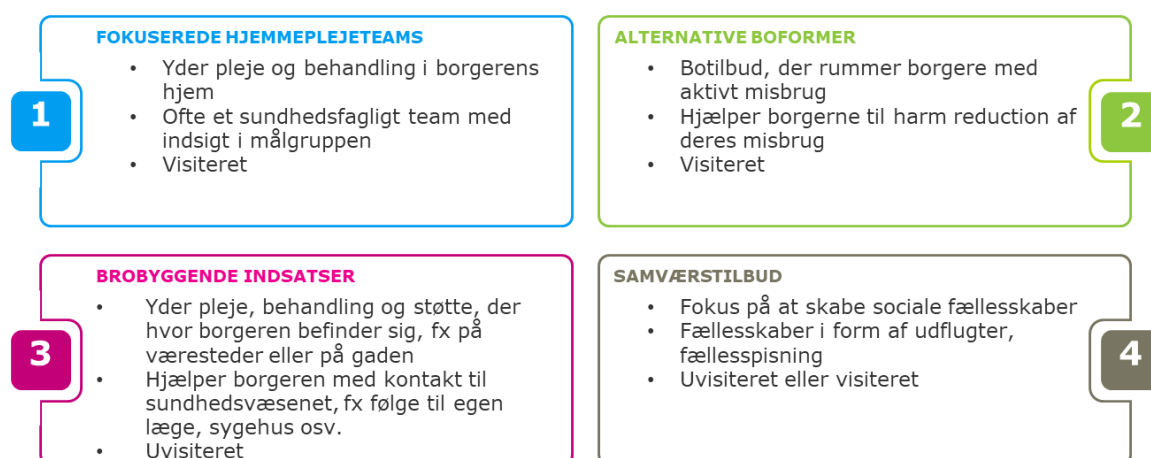


5.1 Fire typer af indsatser til udsatte ældre

I det følgende afsnit præsenterer vi en samlet tværgående analyse af indsigter fra de 10 kommuner i dybdekortlægningen, der udgør eksempler på, hvordan udvalgte kommuner har iværksat indsatser til udsatte ældre. Afsnittet fokuserer på, hvilke hovedtyper af indsatser disse kommuner har, samt hvad den oplevede værdi for borgergruppen er.

Dybdestudiet viser, at karakteren og indholdet i indsatserne til udsatte ældre varierer. På baggrund af indsigter fra dybdekortlægningen i de 10 udvalgte kommuner inddeler vi typen af indsatser i fire kategorier efter deres karakter og indhold. Figur 7 illustrerer de fire typer.

Figur 7: Typer af indsatser i kommuner målrettet udsatte ældre



Kilde: Rambøll 2019

Fokuserede hjemmeplejeteams og alternative boformer minder i deres indhold og karakter om generelle tilbud til ældre borgere, dog er de målrettet udsatte ældre borgere. Brobyggende indsatser og samværstilbud er indsatser, der i deres indhold og karakter kun er målrettet udsatte ældre borgere.

I det efterfølgende præsenterer vi de 10 udvalgte kommuners indsatser efter typen af indsatsen. Under hver type af indsats beskriver vi målgruppe, kerneelementer og oplevede virkning af indsatstypen.

5.1.1 Fokuserede hjemmeplejeteams

Målgruppen for indsatser af typen fokuserede hjemmeplejeteams er de borgere med en psykisk sygdom og eventuelt et misbrug. Ledere og medarbejdere beskriver, at de eksisterende traditionelle tilbud i hjemmeplejeregionerne ikke kan rumme disse borgere, og derfor bliver de visiteret til et fokuseret hjemmeplejeteam. Borgernes situation kræver oftest, at der er afsat ekstra ressourcer og tid til at håndtere deres udfordringer.

Kerneelementer i indsatsen – hvad kræver det at levere den type af indsats?

Fokuserede hjemmeplejeteams har fokus på at yde pleje og praktisk hjælp i borgerens eget hjem i form af et specialiseret hjemmehjælpsteam, der har kompetencer og lysten til samt erfaring med at arbejde med udsatte ældre borgere. Ledere og medarbejdere beskriver, at det er væsentligt, at medarbejderne udover deres sundhedsfaglige kompetencer, der gør dem i stand til at varetage traditionelle pleje- og omsorgsopgaver, også har indsigt i målgruppen af udsatte ældre borgere. Et kerneelement i de fokuserede hjemmeplejeteams er kontinuitet i medarbejdergruppen. Ledere og medarbejdere forklarer, at kontinuiteten betyder, at der skabes genkendelighed og tryghed for borgerne, hvilket er afgørende for at kunne hjælpe borgeren. Det betyder også, at en medarbejder kan blive udskiftet, hvis relationen mellem vedkommende og borgeren er dårlig. Et andet kerneelement er, at ledelsen viser forståelse for den ekstra tid, som denne målgruppe kræver. Medarbejderne fortæller fx, at det er centralt, at ledelsen udviser forståelse for, at det tager tid at opbygge relationer, og at de derfor nødvendigvis ikke altid efterlever kørelistens indhold.

Virkning af indsatsen for udsatte ældre borgere

Udover at imødekomme plejebenhov hjælper de fokuserede hjemmeplejeteams borgerne til at skabe mere stabilitet og struktur i borgernes hverdag. Derudover har de fokuserede hjemmeplejeteams et stort fokus på, at borgerne er trygge ved at tage imod hjælpen og har tillid til personalet.

En leder af et fokuseret hjemmeplejeteam beskriver vigtigheden af en tålmodig tilgang til udsatte ældre borgere

"Vi har altid haft de borgere, vi ikke har kunnet trænge ind til, som medarbejdere og kommunen ikke har været gearret til. Det er de borgere, som ikke får plejet deres behov. Hvis man ringer på, og de ikke åbner, så bliver besøget aflyst, fordi så forstår man det, som om de ikke vil det. Måske man kommer forbi senere, men der kan det være, de heller ikke åbner. Det har været anledningen til at åbne vores team. Vi bliver ved med at komme."

Kommuner af typen **fokuserede hjemmeplejeteams**: Brøndby og Rødovre.

5.1.2 Alternative boformer

Alternative boformer er en anden indsatsstype for ældre udsatte borgere. I kommunerne i dybde-kortlægningen er der to varianter. Den ene variant har karakter af plejehjem, hvor borgerne lever og bor. Dog er der et større fokus på at håndtere misbrugsproblematikker og mindre fokus på plejebenhov. Udsatte ældre borgere her kan pga. aktive misbrugsproblematikker (alkohol- og/eller stofmisbrug) ikke rummes af traditionelle plejehjemstilbud. Ledere og medarbejdere fortæller, at når en borger bliver visiteret til en alternativ boform, er muligheden for misbrugsbehandling udtømt, og borgeren er ikke længere i stand til at bo i eget hjem. Den anden variant er midlertidige ophold, hvor borgere kan bo i en kortere periode.

Kerneelementer i indsatsen – hvad kræver det at levere den type af indsats?

Et kerneelement i denne indsatsstype er, at medarbejderne arbejder ud fra en tilgang om at reducere og stabilisere borgernes misbrug. Medarbejderne fortæller, at målet ikke er, at borgerne skal afslutte deres misbrug, men derimod at de kan leve med deres misbrug på en værdig måde og under kontrollerede forhold. Medarbejderne har erfaret, at beboerne ofte stabiliserer deres misbrug af sig selv, når de flytter ind på plejehjemmene, hvor der er rolige rammer, og deres basale behov såsom søvn og ernæring opfyldes. Andre borgere indgår aftale med medarbejderne om udlevering af alkohol, sådan at borgere fx dagligt får udleveret et ønsket antal øl, som de kan rationere til dagen.

Et andet kerneelement er, at den alternative boform kan give ro for borgerne. På de alternative plejehjem i Thisted, Holstebro og Randers har beboerne som oftest levet et hårdt liv med et langvarigt misbrug og har derfor behov for ro og stabilitet. Derfor er deres behov for aktiviteter og nye sociale relationer som oftest begrænset. Desuden kan deres dagsform svinge, og deres lyst til at være en del af et fællesskab kan variere. Medarbejdernes erfaring er derfor, at sociale aktiviteter skal arrangeres spontant, så snart beboernes lyst til fx en fælles udflugt til stranden melder sig. Det er på begge plejehjem vigtigt for borgerne, at der er mulighed for at tage kontakt til medarbejderne, hvis borgerne oplever behov for støtte. Således er beboernes behov for socialt samvær begrænset, men mange af borgerne sætter pris på, at muligheden eksisterer. En barriere for ro er en beboersammensætning, der har forskellige typer af misbrug. Medarbejderne beskriver, at der kan opstå konflikter borgerne imellem – særligt mellem personer med et alkoholmisbrug og personer med et stofmisbrug.

Virkning af indsatsen for udsatte ældre borgere

De alternative boformer hjælper udsatte ældre borgere ved dels at give dem et sted at bo, dels ved at give dem ro og stabilitet. Medarbejderne beskriver, at de alternative boformer er med til at give udsatte ældre borgere en værdig afslutning på deres liv.

En borger beskriver, at det giver ham ro at bo på et alternativt plejehjem

"Det har givet mig mere ro, og det er sjældent, jeg er trist. Det er rart, at jeg ikke skal spekulere på mad. Jeg regner med at blive boende her, til jeg dør. Jeg har prøvet det, jeg skal. Der er ingen grund til at forhaste sig ud i samfundet."

Kommuner af typen **alternative boformer**: Thisted, Randers og Holstebro.

5.1.3 Brobyggende indsatser

Målgruppen for denne type af indsatser er – udover at være udsat og ældre – karakteriseret ved at have begrænset kontakt til det etablerede sundhedssystem. Udsatte ældre i denne type af indsats har oftest levet i udsathed i størstedelen af deres liv og har typisk derudover et langvarigt alkoholmisbrug bag sig. Desuden er der flere, der er hjemløse.

Kerneelementer i indsatsen – hvad kræver det at levere den type af indsats?

I denne type af indsats agerer medarbejderne som tovholder og bindeled til sundhedsvæsenet som fx almen praksis, tandpleje og sygehus. På denne måde skal borgeren ikke selv finde vej gennem systemet, som for mange af borgerne kan opleves uoverskueligt. Medarbejderne fortæller, at de konkret støtter borgerne i at møde op til deres aftaler med deres praktiserende læge og ambulante kontroller på sygehus. Støtten kan både komme til udtryk som en påmindelse eller som egentligt følgeskab. Borgernes behov kan både skyldes, at de har et begrænset kendskab til, hvad man som borger kan få hjælp til, og at de ikke har kendskab til fremgangsmåden for at op-søge offentlig hjælp og støtte eller er utrygge ved at op-søge og navigere i det offentlige system.

Et kerneelement for brobyggende indsatser er en opsporende funktion, som sker primært på gaden, væresteder, herberger og lignende steder. Medarbejderne fortæller, at det afgørende for indsatsen er, at medarbejderne er op-søgende, da denne borgergruppe ikke selv op-søger en sådan indsats.

En leders beskrivelse af vigtigheden af at være tilstede dér, hvor borgerne er.

"Jeg har flere gange prøvet, at nogen har ringet og sagt: "Vi kan aldrig få fat på jer, når vi ringer på døren". Og dér må jeg bare understrege, at det skal man heller ikke kunne – vi skal passe vores arbejde, og det er på gaden."

Et andet kerneelement i denne type af indsatser er relationsarbejdet. De brobyggende indsatser er uvisiterede indsatser, og derfor skal borgere identificeres og op-søges. Ledere og medarbejdere fortæller, at de anvender en betydelig mængde tid på at danne tillidsfulde relationer til borgergruppen for at få adgang til at hjælpe og støtte borgeren.

Fleksibilitet i medarbejdernes opgavetilrettelæggelse er et tredje kerneelement for denne indsats-type. Medarbejderne beskriver, at fleksibiliteten både består af, at medarbejderne arbejder efter en åben kalender med få skemafastlagte aftaler for at kunne iværksætte et møde med en borger, når der er et aktuelt behov, og at medarbejderne kan være til rådighed uden for normal arbejdstid i de tilfælde, hvor det kræves, fx hvis en borger skal følges til kontakt på sygehuset.

Virkning af indsatsen for udsatte ældre borgere

Denne type af indsats hjælper udsatte ældre ved enten at etablere kontakt til sundhedssystemet, så borgeren kan få behandling dér, eller ved at medarbejderne i indsatsen selv behandler borgeren. Behandlingen kan både bestå i behandling af mindre skavanker som indgroede tånegle til behandling af skrumpeliver, forhøjet blodtryk og hepatitis C. Ifølge medarbejderne består virkningen for borgerne udover selve behandlingen også i mere kvalitative virkninger som det at opleve sig set og hørt, samt en forbedret livskvalitet.

En borger beskriver, hvilken hjælp han modtager, og hvilken betydning hjælpen har for ham

"Jeg drak meget, da jeg lærte Hanne at kende. Der sad vi og snakkede sammen. Og så fandt jeg ud af, at det der druk, det gad jeg ikke mere. Og så fik jeg en blodprop i hjertet. Hanne har kørt mig på sygehuset og hun har også kørt mig til kontrol for skrumpeliver. Så har hun ventet på mig, indtil jeg var færdig. Det betyder meget. Det har gjort mig mere rolig. Nogle gange går hun med ind til selve undersøgelsen. Og det hjælper mig – jeg er mere rolig, når hun er med. Hun hjælper også med at lytte efter, når de siger noget."

Kommuner af typen **brobyggende indsats**: Odder, Svendborg og København.

5.1.4 Samværstilbud

Målgruppen for samværstilbud er psykisk sårbare og personer med et tidligere misbrug. Nogle psykisk sårbare borgere har som en konsekvens af deres psykiske problemstillinger intet eller et meget begrænset netværk, mens personer med et tidligere misbrug har et netværk i misbrugsmiljøet, som de ikke længere er en del af.

Kerneelementer i indsatsen – hvad kræver det at levere den type af indsats?

Et kernelement i denne type af indsats er at etablere sociale fællesskaber for udsatte ældre. Her er der ikke fokus på traditionelle plejeopgaver, men fokus på at etablere et socialt netværk via aktiviteter sammen med andre. Samværstilbuddene kan både alene have et formål om at etablere et socialt fællesskab og fungere som en slags efterværn for de borgere, der har afsluttet deres misbrug og på den måde reducere tilbagefald. Eksempler på aktiviteter er udflugter og fællesspisning.

De ældre borgere ønsker ofte at stabilisere eller afslutte deres misbrug og har behov for hjælp og støtte til, hvordan de kan indgå i nye fællesskaber, der ikke er relateret til deres misbrug.

Virkning af indsatsen for udsatte ældre borgere

Både ledere, medarbejdere og borgere beskriver, at den primære virkning for borgerne er, at de oplever at være en del af et socialt fællesskab. Herudover hjælper samværstilbuddene borgerne med at reducere tilbagefald ved netop at få et nyt indhold i deres tilværelse.

To borgere beskriver, hvad de får ud at komme på samværstilbuddet

"Når jeg kommer, så laver jeg pjat, og så griner vi alle. Jeg kan mærke, at jeg er velkommen, jeg kan mærke, at de kan lide mig, og jeg kan lide dem."

"Ensomheden bliver brudt, de fleste isolerer sig jo med et misbrug, så der åbner sig en ny verden med nye venner og aktiviteter."

Kommuner af typen **samværstilbud**: Aabenraa og Ringsted.

På tværs af de fire typer af indsatser beskriver ledere og medarbejdere i kommunerne i dybdekortlægningen, at tidspunktet for, hvornår pleje- og omsorgsmæssige behov indtræffer og tilgangen til, hvordan behovene skal imødekommes anderledes for udsatte ældre borgere sammenlignet med ældre borgere generelt. Udsatte ældre borgere har som følge af fx deres misbrug ikke de samme kompetencer til at tilgå sundhedsvæsenets ydelser. Tilgangen kan variere, men en fællesnævner, som alle kommuner italesætter som afgørende, er, at en tværfaglig tilgang er nødvendigt for at indsatsen lykkes. Derudover er det vigtigt, at medarbejderne i indsatsen har stærke relationelle kompetencer. De to tilgange er afgørende for at nå udsatte ældre borgere og uddybes i det to efterfølgende afsnit.

5.1.5 En tværfaglig tilgang

I alle de 10 kommunale indsatser, som indgår i dybdekortlægningen, er tværfaglighed et kerneelement. Det kommer både til udtryk på ledelsesmæssigt plan og blandt medarbejderne, hvor der er et stort fokus på at sikre tværfaglighed. Borgernes behov bunder ofte i komplekse problemstillinger, hvorfor der er behov for indsatser, som går på tværs af fagligheder og ofte også sektorer. Fx peger flere kommuner på, at det fungerer særligt godt, når både et sundhedsfagligt og et socialpædagogisk perspektiv er tilstede i indsatsen. Dette sikrer, at både den sundhedsfaglige del og den sociale del af en borgers problemstilling kan imødekommes.

Ledere og medarbejdere i kommunerne peger på, at det er centralt, at der på tværs af fagligheder og sektorer er respekt og forståelse for hinandens kompetencer og perspektiver, idet det fremmer det gode tværfaglige samarbejde. En medarbejdergruppe fortæller, at en forudsætning for at opnå forståelse for hinandens faglighed er, at man som medarbejder er god til at sætte ord på egne kompetencer, og at man fagligt kan argumentere for ens synspunkter og tiltag ift. borgerne. Flere af kommunerne vurderer, at en af grundene til, at de lykkes med deres indsats til målgruppen, er, at de arbejder tværfagligt.

5.1.6 Personalets kompetencer

På tværs af alle de kommunale indsatser peger ledere, medarbejdere og borgere også på, at kompetente, erfarne og engagerede medarbejdere er afgørende for, at indsatserne lykkes. I arbejdet med målgruppen er det afgørende, at medarbejderne kan danne tillidsfulde relationer, og at de kan udvise rummelighed og accept, samt at de tager udgangspunkt i den enkelte borger og ser mennesket bag udsathed. Disse kompetencer er afgørende for, at medarbejderne kan hjælpe og støtte borgerne, uanset hvilke behov de har.

5.2 Hovedpointer

Dette kapitel har illustreret, hvilke indsatser 10 udvalgte kommuner har for at imødekomme udsatte ældre borgeres behov. De 10 kommuner er udvalgt i kraft af, at deres indsats er et eksempel på god praksis i forhold til at imødekomme disse behov.

Vi inddeler indsatserne i fire hovedtyper afhængigt af deres indhold: 1) Fokuserede hjemmeplejeteams, 2) Alternative boformer, 3) Brobyggende indsatser og 4) Samværstilbud. Fokuserede hjemmeplejeteams har fokus på at levere pleje- og omsorgsydelser i borgerens eget hjem, mens de brobyggende indsatser enten leverer pleje- og omsorgsydelser, dér hvor udsatte ældre borgere opholder sig, fx på gaden, herberger og væresteder eller støtter borgerne til at få hjælp et andet sted i sundhedsvæsenet. De alternative boformer er særlige plejehjem, hvor ældre personer med aktivt misbrug kan bo på trods af deres misbrug. Samværstilbuddene har fokus på at etablere sociale fællesskaber for udsatte ældre borgere.

Fælles for alle fire typer af indsatser er, at en tværfaglig tilgang er nødvendig for at lykkes med indsatsen, og at medarbejderne, der udfører indsatsen, skal have indsigt i målgruppen og en stor tålmodighed.

6. LITTERATUR

- 1) Ahlmark, N., Sørensen, I., Davidsen, M. og Ekholm, O. (2018). SUSY UDSAT 2017. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- 2) Christensen, U. og Larsen, J. E. (2012). Social udsathed og helbred. I Lund, R., Christensen, U. og Iversen, L. (red.) Medicinsk Sociologi. Sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. 2. udgave.
- 3) Ege, P. (2011). De ældre stofmisbrugere. Gerontologi.
- 4) Grøn, L. og Andersen, C. R. (2014). Sårbarhed og handlekraft i alderdommen. KORA
- 5) Gunnarsson, E. (2010). Vi får klara oss själva – Om hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem. Arbets rapport Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet.
- 6) Gunnarsson, E. (2013). Alkoholmissbruk och självbestämmande – en kartläggning av den svenska hemtjänstens förutsättningar att arbeta med äldre personer med alkoholproblem. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 30(3), 227–242.
- 7) Gunnarsson, E., & Karlsson, Lis Bodil. (2018). "Vi möter de ofrivilliga". Socialsekreterare om äldre personer med missbruksproblem. Socialvetenskaplig Tidskrift, 25(2), 141-157.
- 8) Gunnarsson, E., & Karlsson, L.-B. (2017). Äldre, alkohol och omsorgsbehov: Biståndshandläggare om arbetet med äldre personer med missbruksproblem. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 34(1).
- 9) KORFOR (2015). Eldres rusmiddelbruk. Alkoholbruk og alkoholrelaterede helsemessige og sociale problemer blant eldre og Helsemessige og sociale problemer blant eldre i LAR.
- 10) Larsson, K. & Berger, A. (2007). En osynlig grupp - boendestöd för äldre med psykiska funktionshinder. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- 11) Leeson, G. W. (2006). Et af ensomhedens ansigter - gammel, hjemløs og glemt: Et studie blandt gamle hjemløse i Danmark. København: Kirkens Korshær & EGV.
- 12) Pedersen, P. V. (2018). Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet. Rådet for Socialt Udsatte.
- 13) Rambøll (2008). Evaluering af opfølgningen på Hvidbogen om socialt udsatte grønlandere i Danmark. Servicestyrelsen.
- 14) Rasmussen, J. D. (2012). Steder at være for socialt udsatte ældre: Antropologisk studie af multihuset på Nørrebro. Ensomme Gamles Værn.
- 15) Rasmussen, J. D. (2017). En upåagtet verden af bevægelse. Et etnografisk studie af hverdagsliv blandt usædvanlige ældre mennesker i storbyen. AAU.
- 16) Rolfner Suvanto, Susanne (2012). Mellan äldreomsorg och psykiatri – om vård och bemötande av äldre med psykiska ohälsa. Stockholm: Gothia.
- 17) Rådet for Socialt Udsatte (2019). Socialt udsattes situation. Årsrapport 2019.
- 18) Socialstyrelsen (2013). Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd.
- 19) Statens Institut for Folkesundhed (2016): Sygdomsbyrden i Danmark – Risikofaktorer
- 20) Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut (2015): Alkoholstatistik 2015 – Nationale data
- 21) Sundhedsdatastyrelsen (2016): Alkoholbehandling i Danmark
- 22) Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel - Ældreprofilen 2019
- 23) Swane, Christine E. og Dorte S. Andersen (2017): Når socialt udsatte bliver gamle.
- 24) VIVE: Det nationale forsknings- og analysecenter for adfærd (2019). Hjemløshed i Danmark 2019, National kortlægning.
- 25) Woldstad, I. (2017). Aldring og skadelige rusmiddelvaner – muligheter og utfordringer. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 34(1), 97–102.

7. BILAG 1: METODEBESKRIVELSE

I dette kapitel udfoldes de metoder og datakilder, der er anvendt i kortlægningen.

7.1 Målgruppedefinition

Målgruppedefinitionen i dette projekt har taget sit afsæt i den definition af social udsathed, som anvendes af Rådet for Socialt Udsatte i SUSY UDSAT-sundhedsprofilerne (2017). I samarbejde med Sundhedsstyrelsen og to eksperter, direktør i Fonden Ensomme Gamles Værn, Christine Swane, og formand for Landsforeningen Arbejde Adler og Arbejde Adlers Hus, Torben Larsen, blev målgruppen forud for projektet afgrænset til at bestå af ældre over 50 år, som lever i social udsathed, karakteriseret ved, at de lever med/i en eller flere af fire følgende forhold:

- Alkoholmisbrug
- Stofmisbrug
- Hjemløshed
- Sindslidelse(r)

I løbet af projektperioden er det besluttet, at forholdet *langvarig fattigdom* ikke er medtaget som selvstændig faktor. Fattigdom som selvstændigt karakteristika er ikke medtaget, fordi nogle pensionister vil indgå i denne definition. Det er ikke denne kortlægnings formål at beskrive behov for denne målgruppe. Langvarig fattigdom vil dog være en problematik, som langt de fleste af de inkluderede i denne undersøgelse vil opleve.

Udsatte ældre med komplekse og sammensatte problemer, der er medtaget som kategori i spørgeskemaundersøgelsen dækker over udsatte ældre, der oplever flere af de ovenstående faktorer.

7.2 Litteraturgennemgang

Indledningsvist har vi foretaget en litteraturgennemgang for bredt af afdække de pleje- og omsorgsmæssige behov, der ifølge den eksisterende litteratur i Danmark, Sverige og Norge eksisterer hos socialt udsatte ældre.

Den primære søgestrategi har været 'snowballing', hvor der er taget afsæt i litteraturlister i identificerede materialer for at identificere yderligere relevant litteratur. En væsentlig kilde for den danske litteratursøgning har været Jon Dag Rasmussens Ph.d.: "*En upåagtet verden af bevægelse. Et etnografisk studie af hverdagsliv blandt usædvanlige ældre mennesker i storbyen*" fra 2017, som gennemgår eksisterende dansk forskning på området. Gennem snowballing-metoden har vi identificeret relevante aktører, tidsskrifter, forskere og forskningsenheder, som manuelt er blevet gennemgået for relevante rapporter og forskningsartikler. Dette er efterfølgende blevet suppleret med en systematisk søgning i udvalgte databaser. Dette er yderligere suppleret med interviews med de to tilknyttede eksperter, der har bidraget til identificeringen af yderligere relevant litteratur på området og sikret, at der i den systematiske søgning ikke er overset relevant litteratur om emnet.

Tabel 3: Litteraturgennemgang

Manuel gennemgang af rapporter og forskning omhandlende ældre og/eller socialt udsatte opført på hjemmesider fra følgende organisationer:

- Rådet for Socialt Udsatte
- Ældre Sagen
- VIVE
- Fonden Ensomme Gamles Værn
- Socialstyrelsen
- Aktivtældreliv.dk

- Center for Sund Aldring, Københavns Universitet
- Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab, Syddansk Universitet
- VIA Aldring & Demens, Center for forskning
- Nordens Vælfærdscenter
- Socialstyrelsen.se (svensk)
- Äldrecentrum, forskning og utveckling (svensk)
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (norsk)
- Nettverk eldre og rusbruk i Oslo (norsk)
- Velferdsforskningsinstituttet NOVA (norsk)

Derudover søgning i følgende databaser og tidsskrifter:

- Det Kongelige Bibliotek REX
- Google
- Google Scholar
- Sage
- Social Care online
- UC Viden
- Socialpædagogernes vidensbank
- Tidsskrift for Gerontologi
- Tidsskriftet STOF
- Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund
- Sygeplejersken
- Socialrådgiveren
- Nordic Studies on Alcohol and Drugs

Gennemgået udvalgte publikationer af følgende forskere:

- Jon Dag Rasmussen
- Christine E. Swane
- Karen Pallesgaard Munk
- Lone Grøn
- Pia Vivian Pedersen
- Anika Liversage
- Susanne Rolfner Suvanto
- Evy Gunnarsson

Følgende søgeord er anvendt:

- Socialt udsatte ældre
- Socialt sårbare ældre
- Psykisk sårbare ældre
- Posefolk
- Hjemløshed ældre
- Funktionel hjemløshed ældre
- Ældre minoriteter
- Socialt utsatta äldre
- Hemlöshet äldre
- Sosialt sårbare eldre
- Bostedsløs eldre
- Homelessness Older adults/Elderly
- Social Isolation Older adults/Elderly
- (social) Marginalization Older adults/Elderly
- Socially excluded Older adults/Elderly
- Socially vulnerable Older adults/Elderly
- Socially deprived Older adults/Elderly

I litteraturgennemgangen har vi identificeret 16 relevante tekster, hvor hovedvægten af den identificerede litteratur er af kvalitativ karakter, primært feltstudier, observationsstudier, interviews og lignende, hvor livet som socialt udsat ældre og de dertilhørende udfordringer og behov adresseres.

7.3 Litteraturliste over inkluderet litteratur

Tabel 4: Litteraturliste over inkluderet litteratur i litteraturgennemgangen

1. Ege, P. (2011). De ældre stofmisbrugere. Gerontologi.
2. Grøn, L. og Andersen, C. R. (2014). Sårbarhed og handlekraft i alderdommen. KORA
3. Gunnarsson, E. (2010). Vi får klara oss själva – Om hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem. Arbets rapport Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet.
4. Gunnarsson, E. (2013). Alkoholmissbruk och självbestämmande – en kartläggning av den svenska hemtjänstens förutsättningar att arbeta med äldre personer med alkoholproblem. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 30(3), 227–242.
5. Gunnarsson, E., & Karlsson, Lis Bodil. (2018). "Vi möter de ofrivilliga". Socialsekreterare om äldre personer med missbruksproblem. Socialvetenskaplig Tidskrift, 25(2), 141-157.
6. Gunnarsson, E., & Karlsson, L.-B. (2017). Äldre, alkohol och omsorgsbehov: Biståndshandläggare om arbetet med äldre personer med missbruksproblem. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 34(1).
7. KORFOR (2015). Eldres rusmiddelbruk. Alkoholbruk og alkoholrelaterede helsemessige og sosiale problemer blant eldre og Helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR.
8. Larsson, K. & Berger, A. (2007). En osynlig grupp - boendestöd för äldre med psykiska funktionshinder. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
9. Leeson, G. W. (2006). Et af ensomhedens ansigter - gammel, hjemløs og glemt: Et studie blandt gamle hjemløse i Danmark. København: Kirkens Korshær & EGV.
10. Pedersen, P. V. (2018). Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet. Rådet for Socialt Udsatte.
11. Rambøll (2008). Evaluering af opfølgningen på Hvidbogen om socialt udsatte grønlandere i Danmark. Servicestyrelsen.
12. Rasmussen, J. D. (2012). Steder at være for socialt udsatte ældre: Antropologisk studie af multihuset på Nørrebro. Ensomme Gamles Værn.
13. Rasmussen, J. D. (2017). En upåagtet verden af bevægelse. Et etnografisk studie af hverdagsliv blandt usædvanlige ældre mennesker i storbyen. AAU.
14. Rolfner Suvanto, Susanne (2012). Mellan äldreomsorg och psykiatri – om vård och bemötande av äldre med psykiska ohälsa. Stockholm: Gothia.
15. Socialstyrelsen (2013). Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd.
16. Woldstad, I. (2017). Aldring og skadelige rusmiddelvaner – muligheter og utfordringer. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 34(1), 97–102.

7.4 Spørgeskema til kommuner

Distribution af spørgeskema

Da flere forvaltninger (fx sundheds-, ældre-, beskæftigelses- og socialforvaltningen) potentielt var relevante modtagere af spørgeskemaet, blev den bedste indgang til kommunerne afdækket endeligt som led i pilottesten. På anbefaling fra eksperter og de kommuner, vi indledningsvist havde drøftet kortlægningen med, blev det besluttet, at kommunernes socialforvaltninger, og dermed socialchefer, skulle benyttes som indgang til kommunerne i forbindelse med spørgeskemaet. Dette blev begrundet med, at socialcheferne har en dyb indsigt i målgruppen og kan svare i forhold til de forskellige typer af mulige behov og har kendskab til indsatser på tværs af kommunen.

Spørgeskemaets indhold

Udarbejdelsen af spørgeskemaet foregik i en samarbejdsproces med tæt dialog med eksperterne og Sundhedsstyrelsen, hvor det i samråd blev besluttet, at hovedparten af spørgeskemaets spørgsmål skulle omhandle målgruppens pleje- og omsorgsmæssige behov, mens spørgsmål til identifikation af relevante indsatser skulle fylde tilsvarende mindre. Indledningsvist udarbejdede Rambøll Management Consulting et spørgeskemaudkast. Efterfølgende blev spørgeskemaudkastet kvalificeret gennem sparring med undersøgelsens to eksperter og på en valideringsworkshop, hvor Sundhedsstyrelsen, de to eksperter samt repræsentanter fra Rådet for Socialt Udsatte, Kommunernes Landsforening og Socialstyrelsen deltog.

Et særligt opmærksomhedspunkt indebar at opnå en bred afdækning af kommunernes vurdering af målgruppens oplevede pleje- og omsorgsmæssige behov, hvorfor en høj svarprocent var et afgørende succeskriterie, hvilket samtidig fordrede, at spørgerammen var kort og præcis. Udover udformningen af spørgerammen har vi for at højne svarprocenten udsendt to påmindelser til socialcheferne i kommunerne. De kommuner, der ikke havde svaret på spørgeskemaet inden den annoncerede frist, blev efterfølgende kontaktede telefonisk.

Spørgeskemaet er begrænset til at give svar på, hvilke behov udsatte ældre har i forhold til de prædefinerede behov, som spørgeskemaet indeholder. Herudover beskrives de oplevede behov af kommunerne og ikke borgergruppen selv. Desuden viser resultaterne fra spørgeskemaet udelukkende omfanget af behov og indsatser, men resultaterne kan ikke udsige noget om, hvor mange udsatte ældre borgere, der anvender indsatserne eller hvor mange, der har et behov.

7.5 Telefoninterviews

Der blev gennemført opfølgende kvalitative telefoninterviews med i alt 24 kommuner, hvoraf 10 af disse kommuner senere blev udvalgt til at indgå som kommune i dybdekortlægningen. Udvælgelsen til telefoninterviews skete dels på baggrund af de kommuner, der havde svaret ja til, at de havde inspirerende indsatser til udsatte ældre, dels på baggrund af en opsamlende analyse af spørgeskemabesvarelsenerne, der tog afsæt i en række systematiske og pragmatiske kriterier, som er beskrevet nedenfor. Anvendelsen af disse kriterier har sikret, at de udvalgte indsatser er eksempler på gode indsatser, der bidrager til, at forskellige delmålgrupper af socialt udsatte ældre oplever, at deres behov imødekommes. Indsatserne er udvalgt med udgangspunkt i metoden for lovende praksis⁵³. Derudover blev telefoninterviews anvendt til at få en kvalitativ uddybning af de relevante ledere eller faglige medarbejders vurdering af, hvorvidt målgruppens behov imødekommes via de eksisterende indsatser. Heri lå et fokuspunkt i telefoninterviewene på at få en forståelse for den samlede kommunale indsats på området til målgruppen af socialt udsatte ældre, herunder den overordnede strategi, indsatsvifte, forankring og implementering af indsatser på området.

Systematiske kriterier:

- **Overførbarehed:** Indsatserne skal så vidt muligt have en høj grad af overførbarehed til andre kommuner.
- **Virkning:** Indsatserne skal være virkningsfulde og imødekomme borgernes pleje- og omsorgsmæssige behov. Indsatserne skal så vidt muligt have en effekt eller oplevet positiv virkning for borgerne, som er dokumenteret i undersøgelser eller lignende.
- **Mål:** Det bedømmes positivt, hvis indsatserne indeholder klare og relevante mål for de deltagende borgeres udvikling og livskvalitet.
- **Beskrivelse:** Indsatserne skal gerne være systematisk beskrevet – fx ift. målgruppe, vissionsgrundlag, aktiviteter og formål.

Pragmatiske kriterier:

- **Variation:** De kommuner og indsatser, som udvælgendes til telefoninterviews og dybdekortlægning, skal så vidt muligt afspejle en bred variation af forskellige typer af indsatser.
- **Delmålgrupper:** Indsatserne skal så vidt muligt være målrettet forskellige typer af delmålgrupper (de fem kategorier) af udsatte ældre.
- **Geografi:** Der skal så vidt muligt sikres en geografisk spredning.
- **Kommunestørrelse:** Der skal så vidt muligt sikres en spredning ift. kommunestørrelse.

⁵³ Metoden lovende praksis anvendes til at vurdere indsatsers effekt ud fra 11 kriterier.

7.6 Dybdekortlægning

Formålet med dybdekortlægningen hos kommunerne med gode indsatser var at udarbejde materiale, som kan inspirere øvrige kommuner til at iværksætte lignende indsatser og at give dem viden om, hvilke elementer i indsatserne, der er særligt virksomme i forhold til at imødekomme udsatte ældres behov. Dybdekortlægningen er derfor ikke et repræsentativt indblik i, hvilke indsatser kommunerne har for at imødekomme socialt udsatte ældres behov.

På baggrund af de kvantitative og kvalitative resultater fra spørgeskemaet og den mere uddybende afdækning i telefoninterviewene blev der udvalgt 10 særligt gode indsatser i 10 forskellige kommuner.

Dybdekortlægningen i kommunerne bidrog med et kvalitativt perspektiv og mere dybdegående viden om pleje- og omsorgsbehov blandt socialt udsatte ældre, samt hvilke elementer i og erfaringer fra indsatserne der har haft særlig betydning for, hvordan indsatserne imødekommer udsatte ældres behov. Dybdekortlægningen bidrog også med perspektiver på, hvordan indsatsen er organiseret, og hvilke barrierer og udfordringer der har været i at imødekomme borgernes behov samt om opsporingen af målgruppen for indsatsen. Dybdekortlægningen blev gennemført i sidste halvdel af september og første halvdel af oktober 2019. Hver dybdekortlægning i den enkelte kommune bestod af en række kvalitative interviews med henholdsvis ledere og nøglemedarbejdere fra de 10 udvalgte indsatser samt med én til fire socialt udsatte ældre borgere, der benyttede indsatserne. Disse interviews blev gennemført med udgangspunkt i semistrukturerede interviewguides og efter indhentning af samtykke. Interviewene blev livetransskriberet af en referent.

Dybdekortlægningen bestod konkret af følgende aktiviteter:

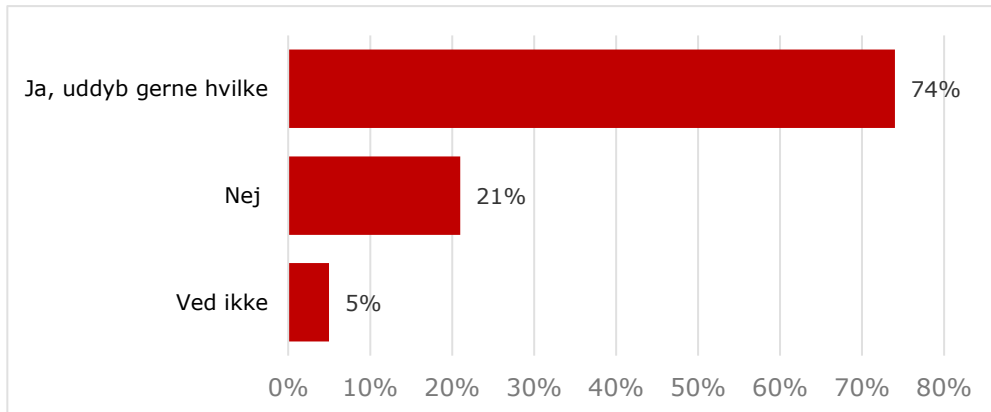
Aktiviteter	Antal informanter
<p><i>Interview med leder af indsatsen samt eventuelt en leder fra den kommunale forvaltning på socialområdet.</i></p> <p>Fokus for interviewene var indsatslederens oplevelse af arbejdet med socialt udsatte ældres pleje- og omsorgsbehov, herunder ledernes erfaringer med organisering, samarbejde og kompetenceudvikling samt strategien for og resultaterne af indsatsen.</p>	<p>Ledere: 18</p>
<p><i>Fokusgruppeinterviews med medarbejdere i indsatsen.</i></p> <p>Fokus for interviewene var medarbejdernes oplevelse af og erfaring med arbejdet med målgruppen samt deres pleje- og omsorgsbehov, herunder afdækning af arbejdsgange og borgernes forløb i indsatsen samt organisering, samarbejdspartnere og afdækning af nødvendige kompetencer blandt medarbejdere.</p>	<p>Medarbejdere: 24</p>
<p><i>Enkeltpersoninterviews med borgere tilknyttet indsatsen</i></p> <p>Fokus for interviewene var den socialt udsatte borgers forløb og eventuelle afslutning af indsatsen og den socialt udsatte borgers udbytte af indsatsen, herunder hvordan dette stemte overens med borgers egen opfattelse af behov for pleje- og omsorg.</p>	<p>Borgere: 21</p>
<p><i>Observation af indsatsen.</i></p> <p>Hvor det var organisatorisk muligt, gennemførte vi også en deltagende observation af indsatsen. Formålet med den observation var at beskrive aktiviteter, væsentlige genstande og aktører for indsatsen samt deres brug og adfærd.</p>	<p>Observationer: 10</p>

7.7 Inddragelse af eksperter

I undersøgelsen er direktør i Fonden Ensomme Gamles Værn, Christine Swane, og formand for Landsforeningen Arbejde Adler og Arbejde Adlers Hus, Torben Larsen, blevet inddraget som eksperter. Begge eksperter har deltaget i valideringsworkshoppen og analyseworkshoppen og bidraget med sparring og input til indholdet i spørgeskemaet samt kvalificering af analytiske pointer.

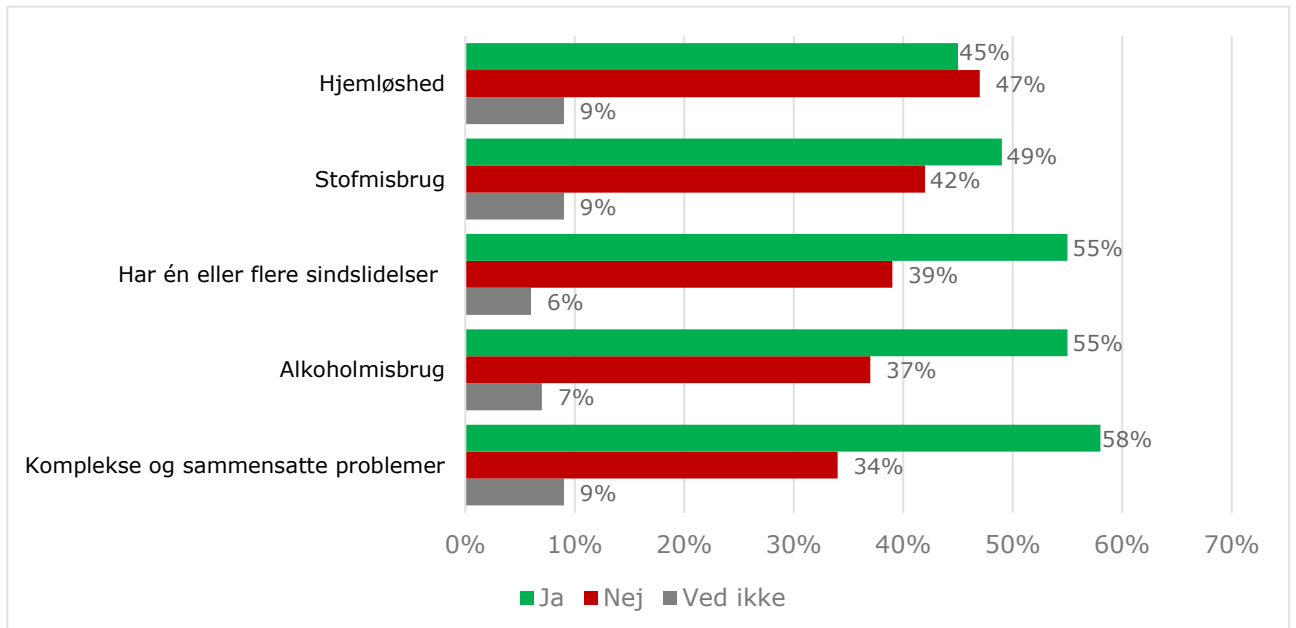
8. BILAG 2: RESULTATER FRA SPØRGESKEMA-UNDERSØGELSE I KORTLÆGNING AF VIDEN OM GRUPPER AF SOCIALT UDSATTE ÆLDRE MED SÆRLIGE BEHOV

Figur 8: Har I indsatser i jeres kommune, der har til formål at opspore socialt udsatte ældre borgere til relevante indsatser?



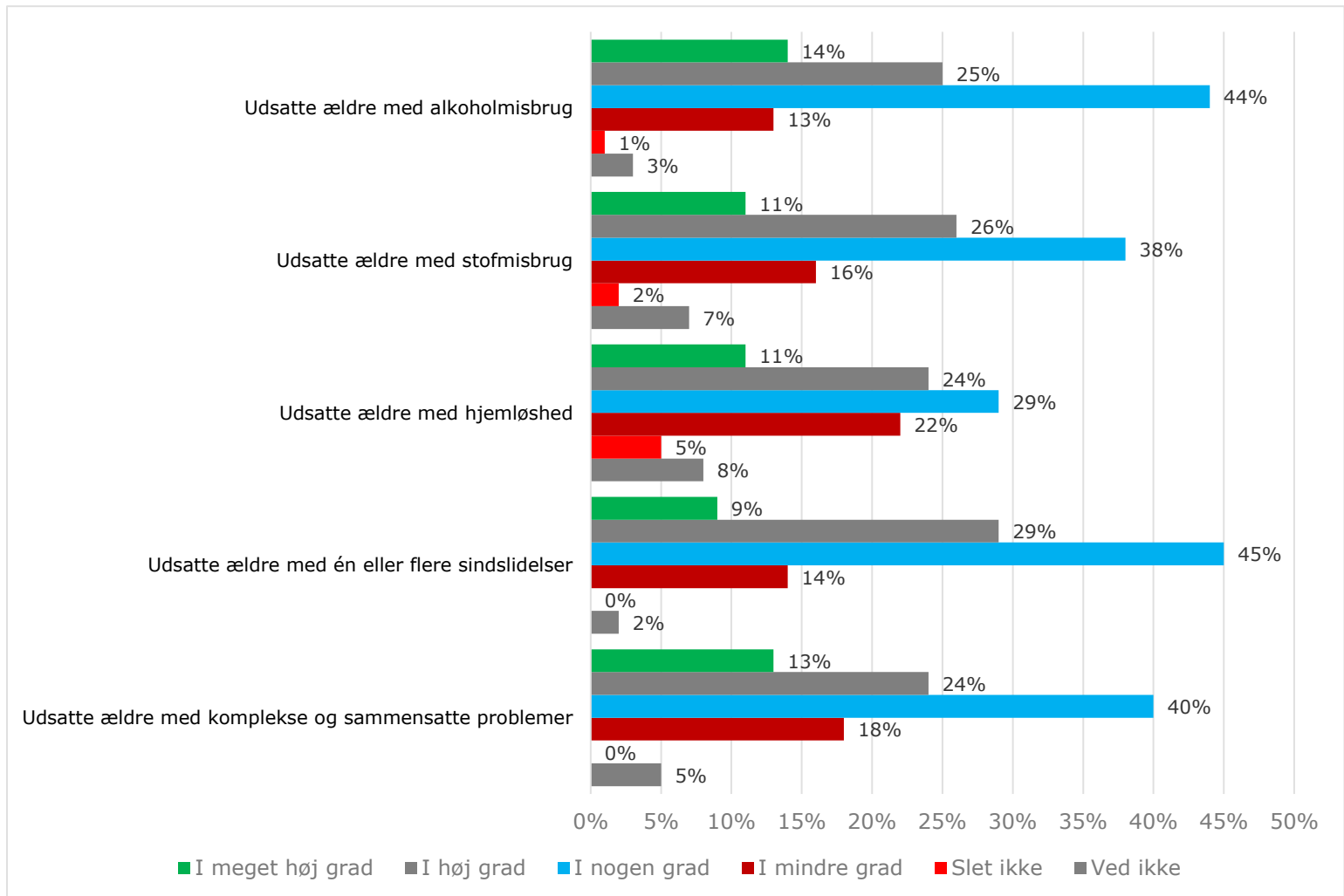
Kilde: Spørgeskemadata fra kommuner
N = 96 kommuner

Figur 9 (svarende til figur 5, s. 21): Har I særlige indsatser, der har til formål at imødekomme pleje- og omsorgsmæssige behov for socialt udsatte ældre, som har særlige udfordringer med... ? (N=94)



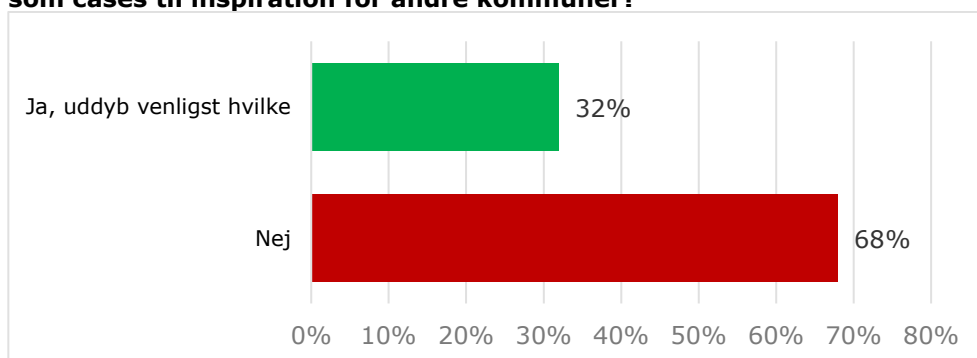
Kilde: Spørgeskemadata fra kommuner
N = 94 kommuner

Figur 10 (svarende til figur 3, s. 20): I hvor høj grad vurderer du, at kommunens nuværende indsatser understøtter, at udsatte ældre med nedenstående udfordringer får deres pleje- og omsorgsbehov dækket?



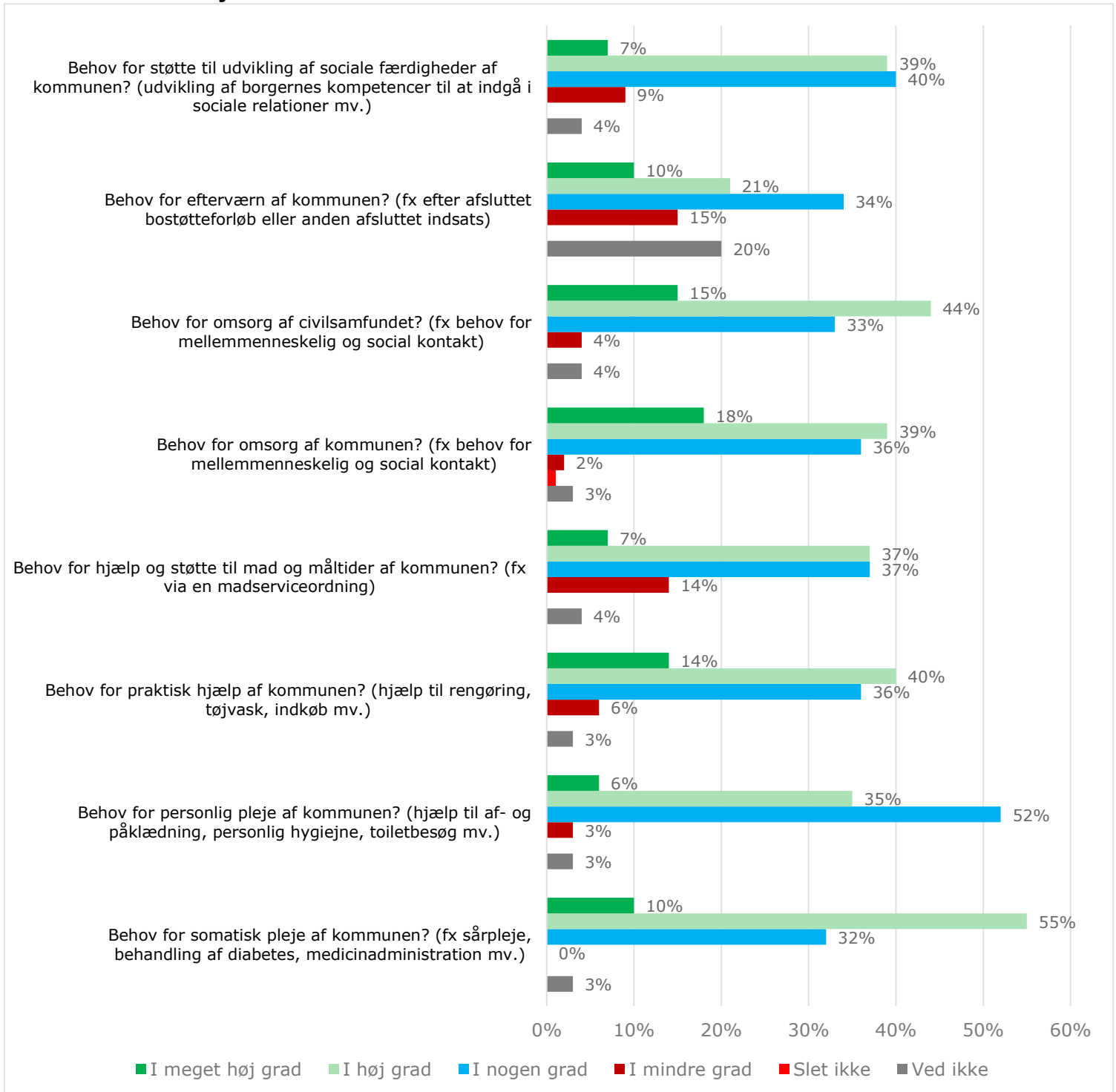
Kilde: Spørgeskemadata fra kommuner
N = 95 kommuner

Figur 11: Vurderer du, at I har indsatser i kommunen, som kan være relevante at bruge som cases til inspiration for andre kommuner?



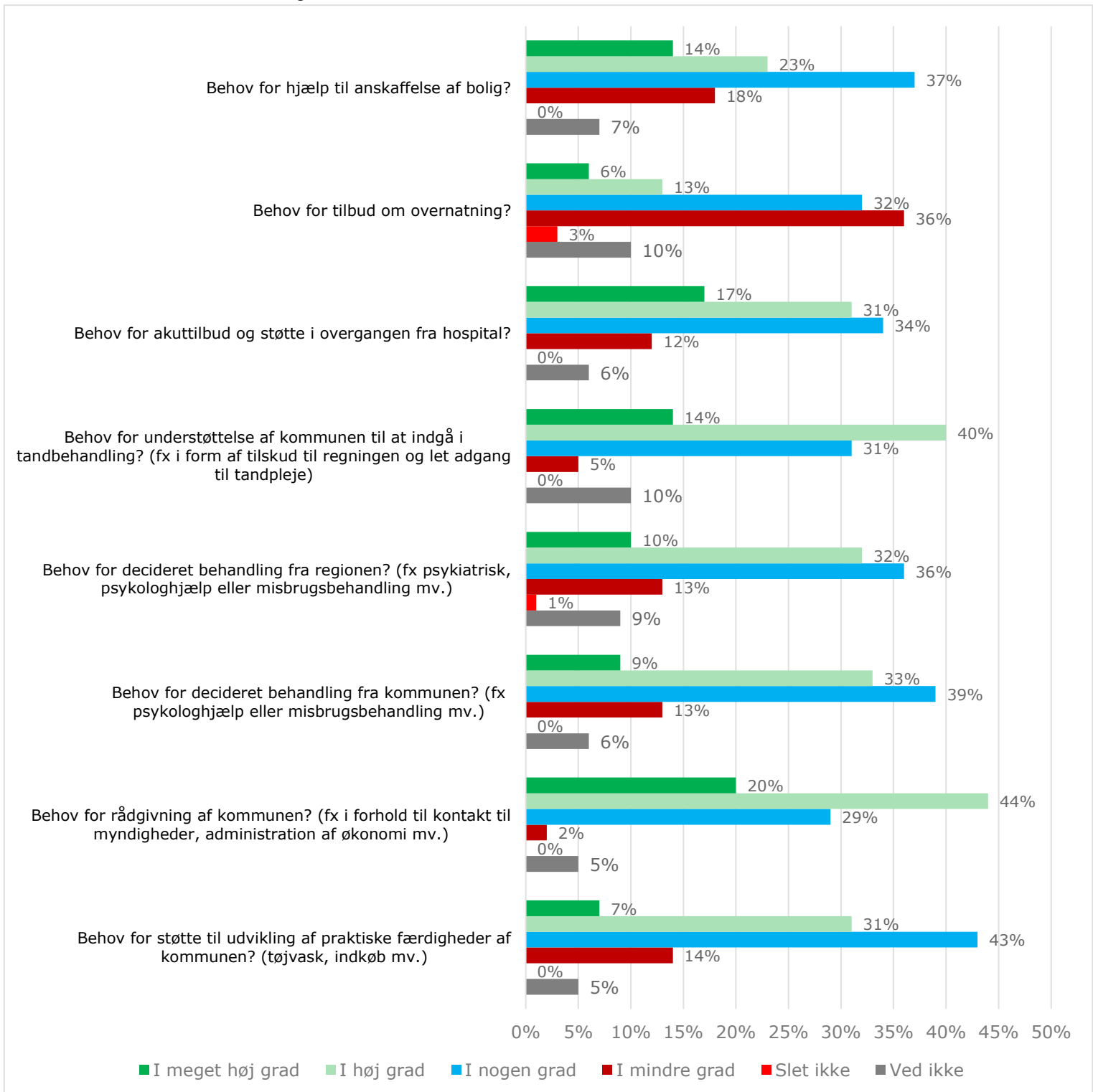
Kilde: Spørgeskema til alle kommuner
N = 91 kommuner

Figur 12-1: Gruppen af udsatte ældre har ofte komplekse og sammensatte problemer. De lever ofte med en eller flere af følgende forhold: Alkoholmisbrug, stofmisbrug, hjemløshed eller sindslidelse(r). I dette spørgsmål bedes du svare for denne gruppe samlet. I hvor høj grad oplever I, at følgende behov gør sig gældende for gruppen af udsatte ældre i jeres kommune?



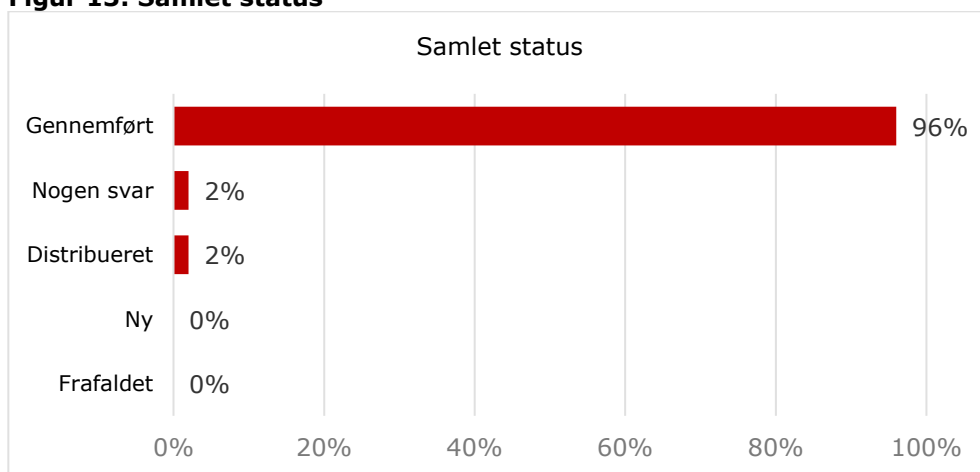
Kilde: Spørgeskema til alle kommuner
N = 94 kommuner

Figur 12-2: Gruppen af udsatte ældre har ofte komplekse og sammensatte problemer. De lever ofte med en eller flere af følgende forhold: Alkoholmisbrug, stofmisbrug, hjemløshed eller sindslidelse(r). I dette spørgsmål bedes du svare for denne gruppe samlet. I hvor høj grad oplever I, at følgende behov gør sig gældende for gruppen af udsatte ældre i jeres kommune?



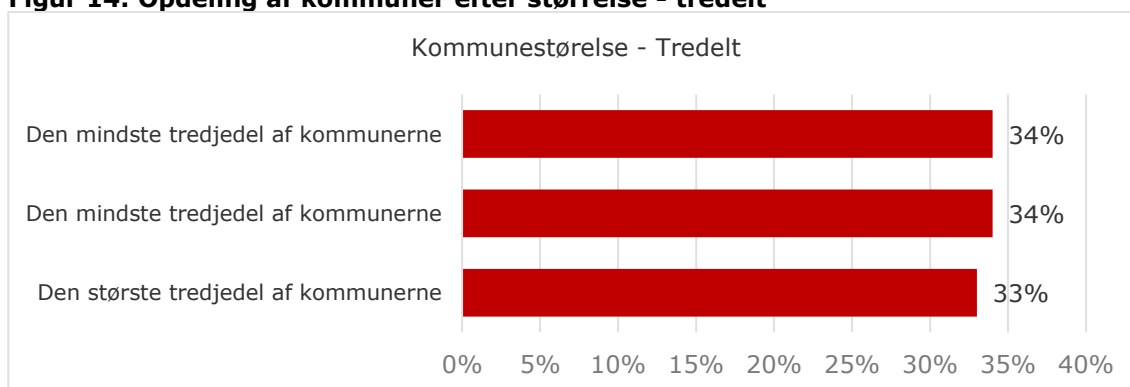
Kilde: Spørgeskema til alle kommuner
N = 94 kommuner

Figur 13: Samlet status



Kilde: Spørgeskema til alle kommuner
N = 98 kommuner

Figur 14: Opdeling af kommuner efter størrelse - tredelt



Kilde: Spørgeskema til alle kommuner
N = 98 kommuner