

Ankestyrelsens undersøgelse af

Forebyggende hjemmebesøg til ældre

Oktober 2010



Ankestyrelsen



Ankestyrelsen

Titel Forebyggende hjemmebesøg til ældre, september 2010
Udgiver Ankestyrelsen, Amaliegade 25, Postboks 9080, 1022 København K
Telefon 33 41 12 00, Telefax 33 41 14 00, E-post ast@ast.dk
Hjemmeside www.ast.dk
ISBN ISBN 978-87-7811-126-5

Indhold

Forord

Side Kapitel

6 1 Sammenfatning

11 DEL 1 Udvalgte resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

13 2 Organisering af hjemmebesøgene, samarbejdspartnere og uddannelsesbaggrund

19 3 Risikogrupper, fokusområder og den forebyggende samtale

25 4 Målsætninger dokumentation og erfaringer med håndbogen

28 DEL 2 Nye tendenser – kommunernes idéer og erfaringer

30 5 Organisering af de forebyggende hjemmebesøg på sundhedsområdet

37 6 Idéer til projekter med et tværfagligt perspektiv

44 7 Målrettet indsats overfor ældre med særlige behov

49 8 Kommunernes dokumentation af de forebyggende hjemmebesøg

55 9 Kommunernes opfattelse og erfaringer med håndbogen

Delkonklusion

Bilag

1 Baggrund og metode

2 Tabeloversigt

3 Spørgeskema

4 Interviewguide

5 Indkaldelsesbreve til kommuner

Forord

Socialministeriet har siden 2002 bedt Ankestyrelsen om at følge kommunernes indsats og implementering af forebyggende hjemmebesøg. I 2005 blev loven ændret, jf. lov nr. 299 af 27. april 2005 om forebyggende hjemmebesøg til ældre mv., som giver kommunerne mulighed for at undtage de borgere fra ordningen, der modtager både personlig og praktisk hjælp.

I 2007 gennemførte Ankestyrelsen en opfølgende undersøgelse som led i revisionen for at afdække i hvilket omfang, kommunerne benyttede sig af lovændringen fra 2005. Undersøgelsen viste, at syv ud af ti kommuner benyttede sig af lovændringen.

Med aftalen om udmøntning af satspuljen for 2008 blev der i henholdsvis 2008 og 2010 afsat midler til yderligere at undersøge kommunernes indsats på området.

I 2008 udgav Ankestyrelsen en håndbog med gode kommunale eksempler på fremadrettet og funktionel anvendelse af forebyggende hjemmebesøg. Herunder kommunernes prioritering af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

I nærværende rapport har Ankestyrelsen senest gennemført en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af kommunernes håndtering af forebyggende hjemmebesøg. Formålet er at følge op på en tidligere undersøgelse fra 2007 samt at afdække, i hvilket omfang de gode erfaringer fra håndbogen fra 2008 bliver anvendt i kommunerne. Der henvises desuden undervejs til vejledningen om personlig og praktisk hjælp, træning, forebyggelse mv., jf. vejledning nr. 2 til serviceloven. Foruden spørgeskemadelen har Ankestyrelsen interviewet 11 kommuner, som alle har bidraget med uddybende svar og konkrete eksempler, som kan være til inspiration for øvrige kommuner i Danmark.

Undersøgelsen sætter således også fokus på nye tendenser i de forebyggende hjemmebesøg. Herunder kommunernes organiserings- og arbejdsformer, samt en gengivelse af idéer til projekter med tværfagligt afsæt med både et forebyggende, et sundhedsfremmende og et socialt perspektiv.

Siden dataindsamlingen er gennemført, har Folketinget besluttet, at kommunerne pr. 1. juli 2010 kun er forpligtet til at tilbyde ét årligt forebyggende hjemmebesøg til ældre, der er fyldt 75 år. Den seneste lovændring berøres ikke i undersøgelsen.

Læsevejledning

Rapporten indledes med en sammenfatning af væsentlige resultater fra spørgeskemaundersøgelsen og undersøgelsens kvalitative interviews. Resultaterne fra henholdsvis spørgeskemaundersøgelsen og interviewene supplerer således hinanden.

Rapporten er opbygget tematiseret, hvilket betyder, at resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen ikke kronologisk følger spørgeskemaets opbygning, jf. bilag 3.

Samtlige resultater fra spørgeskemaundersøgelsen er medtaget, men ikke nødvendigvis afbilledet i tabeller. En samlet oversigt over spørgeskemaundersøgelsens resultater fremgår af bilag 2.

Undervejs når der henvises til vejledningen, men der vejledningen om personlig og praktisk hjælp, træning, forebyggelse mv., jf. vejledning nr. 2. til serviceloven.

Rapporten er opdelt i to overordnede dele.

Første del - Fakta om de forebyggende hjemmebesøg 2010 – viser resultaterne fra undersøgelsens spørgeskemaundersøgelse. Kommunernes besvarelse af spørgeskemaundersøgelsen danner således basis for tabeller i kapitel to til fire. I de tilfælde hvor det har været muligt og relevant er kommunernes besvarelser sammenlignet med besvarelser i undersøgelsen fra 2007.

Anden del – Nye tendenser – kommunernes idéer og erfaringer – fremgår af kapitel fem til ni. Kapitlerne tager afsæt i undersøgelsens kvalitative interviews med 11 kommuner og gengiver udvalgte konkrete projekter fra kommunerne.

Rapporten indeholder fem bilag. Bilag 1 beskriver undersøgelsens baggrund og metode. Bilag 2 er en tabeloversigt over samtlige besvarelser fra spørgeskemaundersøgelsen. Bilag 3 viser det spørgeskema, som kommunerne blev bedt om at besvare. Bilag 4 interviewguiden. Bilag 5 viser indkaldelsesbrevet til kommunerne i forbindelse med deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen.

1 Sammenfatning

Ankestyrelsen har efter anmodning fra Socialministeriet gennemført en undersøgelse af kommunernes forvaltning af ordningen om forebyggende hjemmebesøg til ældre i henhold til lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre mv.¹

I alt 98 kommuner har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, og der er foretaget interviews med ledere og medarbejdere i 11 kommuner.

Ifølge vejledningen om personlig og praktisk hjælp, træning, forebyggelse mv. har de forebyggende hjemmebesøg flere formål. For det første skal den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre opprioriteres i hjemmebesøgene ved at skabe tryghed og trivsel samt yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder. For det andet skal de ældre oplyses om hjælpeforanstaltninger, som kan forebygge eller løse eventuelle problemer i opløbet. Hjemmebesøgene skal bidrage til at støtte de ældres evne til at sørge for sig selv. Endelig skal hjemmebesøgene styrke de ældres muligheder for at øge det sociale netværk. De ældre kan på den måde få hjælp til bedre at udnytte egne ressourcer og til at bevare funktionsniveauet længst muligt.

Folketinget vedtog den 1. juli 1998, at kommunerne skal tilbyde mindst to årlige forebyggende hjemmebesøg til alle ældre, der er fyldt 75 år. I 2005 blev loven ændret således, at kommunerne kan vælge at undtage ældre fra ordningen, som får både personlig og praktisk hjælp efter § 83 i lov om social service. Kommunerne skal med virkning fra 1. juli 2010 tilbyde mindst ét forebyggende hjemmebesøg indenfor en 12 måneders periode til alle, der er fyldt 75 år.

Undersøgelsen afdækker, hvordan kommunerne udmønter lovgivningen i praksis i relation til formål, organisering og indhold af ordningen om forebyggende hjemmebesøg. Lovændringen med virkning fra den 1. juli 2010 belyses ikke i undersøgelsen grundet indsamling af spørgeskemabesvarelser i foråret 2010.

Undersøgelsens overordnede konklusion

Samlet set viser undersøgelsens kvantitative og kvalitative resultater, at kommunerne i høj grad har fokus på forebyggelse og sundhedsfremme i de forebyggende hjemmebesøg, og at dette har været en tiltagende tendens siden år 2007. Kommunerne prioriterer den

¹ Med virkning fra den 1. juli 2010 er lov om forebyggende hjemmebesøg ophævet og bestemmelserne indgår nu i § 79a i lov om social service.

forebyggende og sundhedsfremmende indsats på forskellige måder. For eksempel ved at organisere hjemmebesøgene og specialisere de forebyggende medarbejdere på sundhedsområdet. Kommunerne har iværksat mange nye initiativer for de ældre med både et forebyggende, et sundhedsfremmende og et socialt sigte og imødekommer lovgivningens overordnede formål om at skabe helhed og sammenhæng i indsatsen.

Kommunerne befinder sig i en proces med hensyn til at dokumentere de forebyggende hjemmebesøg. Kommunerne er især opmærksomme på, at dokumentere særlige behov hos målgruppen og på baggrund heraf iværksætte tværfaglige initiativer.

Rapportens kapitler om kommunernes egne bud på nye tendenser i form af idéer og konkrete erfaringer med organisering, tværfaglige- og sektorielle indsatser og dokumentation kan være til inspiration for ledere og medarbejdere i andre kommuner i forhold til at tilrettelægge ordningen, *jf. kapitel fem til otte i DEL 2*.

1.1 Organisering af hjemmebesøgene, samarbejdspartnere og uddannelsesbaggrund

Kommunernes kontakt og opfølgning

Kommunerne er særligt opmærksomme på kontakten til den ældre ved første henvendelse om besøg. Med hensyn til opfølgning på kontakten forventer langt de fleste kommuner *ikke* en aktiv reaktion fra den ældre forud for besøget.

- 68 procent af kommunerne sender brev med dato for besøget ved første henvendelse
- 72 procent af kommunerne forventer *ikke* en aktiv reaktion fra den ældre forud for besøget

Kommunernes formidling af de forebyggende hjemmebesøg

For at sikre, at den ældre har *forstået* tilbudet om forebyggende hjemmebesøg har de fleste kommuner udarbejdet en pjece, hvori kommunen orienterer om, hvad den ældre kan forvente af besøget. I knapt halvdelen af kommunerne kan pjecen også findes på biblioteket eller hos lægen. Desuden orienterer fire ud af fem kommuner i dag om ordningen på kommunens hjemmeside.

Det er endvidere vigtigt for kommunerne at sikre sig, at den ældre har *modtaget* tilbudet om forebyggende hjemmebesøg. Derfor foretager knapt hver fjerde kommune efterfølgende en telefonisk opfølgning for at sikre, at den ældre har modtaget den første henvendelse fra kommunen om tilbud om forebyggende hjemmebesøg.

- 88 procent af kommunerne udformer pjecer, som beskriver indholdet i de forebyggende hjemmebesøg
- 23 procent af kommunerne følger telefonisk op på første henvendelse om tilbud om forebyggende hjemmebesøg

Øget tværfagligt samarbejde og organisering af hjemmebesøgene på sundhedsområdet

En stor del af kommunerne har administrativt forankret de forebyggende hjemmebesøg på sundhedsområdet, for eksempel på sundhedscentre. Fokus på de forebyggende hjemmebesøg er dermed flere steder skærpet, idet forebyggelse generelt er blevet et kommunalt tilbud.

Ifølge kommunerne har den nye organisering medført en øget fagspecifik specialisering af medarbejderne, for eksempel i relation til viden om kroniske lidelser. Hermed kvalificerer medarbejderne sig i større omfang til at observere tidlige symptomer på svækkelse og sygdom. For det andet har medarbejderne flere muligheder for at koble den forebyggende og sundhedsfremmende indsats med socialfaglige tiltag ved at inddrage forskellige samarbejdspartnere i forlængelse af hjemmebesøgene.

- 50 procent af kommunerne har administrativt forankret de forebyggende hjemmebesøg på sundhedsområdet
- 91 procent af kommunerne samarbejder med demenskoordinatoren, 78 procent af kommunerne samarbejder med den praktiserende læge og 62 procent af kommunerne samarbejder med døv-blindekonsulenten
- 93 procent af kommunerne samarbejder med visitation – hjælpemidler og 86 procent med ældreplejen – personlig og praktisk hjælp

Skærpet fokus på samarbejdet med den frivillige verden

Kommunerne fortæller, at det sociale aspekt har stor betydning i de forebyggende hjemmebesøg. I samarbejde med de frivillige sociale foreninger har flere af interviewkommunerne startet nye projekter og aktiviteter op med hjælp fra den frivillige verden.

- 45 procent af kommuner oplyser, at de samarbejder med den kommunale frivillighedskonsulent

Interviewkommunerne understreger betydningen af, at de frivillige sociale foreninger på sigt overtager iværksatte projekter og aktiviteter i forlængelse af hjemmebesøgene.

Efteruddannelse og kurser har høj prioritet

Hovedparten af kommunerne oplyser, at de har ansat forebyggende medarbejdere med en sygeplejefaglig baggrund. Desuden prioriteres det højt i flertallet af kommunerne, at tilbyde medarbejderne efteruddannelse og kurser. Størstedelen af kommunerne deltager i ERFA-grupper.

- 81 procent af kommunerne oplyser, at de har ansat forebyggende medarbejdere med en sygeplejefaglig uddannelsesbaggrund
- 84 procent af kommunerne prioriterer efteruddannelse og kurser til de forebyggende medarbejdere
- 94 procent af kommunerne deltager i ERFA-grupper i forbindelse med videns- og erfaringsudvekling om, hvordan hjemmebesøgene kan tilrettelægges.

1.2 Risikogrupper, fokusområder og den forebyggende samtale

Øget fokus på forskelle i risikogrupper

Kommunerne fremhæver de forebyggende hjemmebesøgs potentiale i relation til at tage hånd om grupper af svage ældre. Dette gælder blandt andet i forhold til enker/enkemænd, udsatte ældre og demente ældre.

- 68 procent af kommunerne har særlig fokus på enker/enkemænd
- 40 procent af kommunerne har fokus på udsatte ældre, for eksempel isolerede ældre
- 27 procent af kommunerne oplyser, at de har særlig fokus på demente ældre

Knapt hver femte kommune tilbyder en særlig indsats overfor ældre med borgere med en anden etnisk baggrund end dansk.

Redskaber i samtalen med den ældre

Spørgeskemabesvarelserne viser, at den forebyggende samtale først og fremmest tager udgangspunkt i den ældres egne ønsker. Samtidig er de forebyggende medarbejdere opmærksomme på at inddrage overordnede fokusområder og specifikke samtaleemner i hjemmebesøgene, som primært handler om sociale forhold og den ældres funktionsevne og helbred. Kommunernes besvarelser understreger vigtigheden i helheden og bredden i samtalen, og at hjemmebesøgene udgør en central del i den generelle forebyggende indsats på ældreområdet.

Undersøgelsen viser, at hver femte kommune anvender en eller flere former for screeningsredskaber, for eksempel til at opdage demens eller forebygge fald hos den ældre.

- 93 procent af kommunerne har fokus på ældre med kroniske sygdomme, for eksempel diabetes og KOL
- 20 procent af kommunerne anvender forskellige former for screening af risikogrupper

1.3 Målsætninger, dokumentation og erfaringer med håndbogen

Oplysninger indsamles i stigende grad systematisk

Ifølge interviewkommunerne har de mange oplysninger, som den forebyggende medarbejder modtager, affødt et stigende behov for at udvide dokumentationen af indholdet og udførelsen af hjemmebesøgene.

Flere og flere kommuner indsamler således systematisk oplysninger om blandt andet henvisninger, den ældres funktionsevne samt sociale og personlige forhold. Oplysningerne anvendes primært til at træffe beslutninger og iværksætte nye initiativer og til at informere kommunalbestyrelsen om ordningen.

- 64 procent af kommunerne indsamler systematisk oplysninger om indholdet og udførelsen af hjemmebesøgene
- 47 procent af de kommuner, som systematisk indsamler oplysninger, anvender dem

Godt halvdelen af kommunerne har fastsat kvalitetsstandarder for ordningen, mens lidt over en fjerdedel af kommunerne har formuleret succeskriterier.

Gode erfaringer med håndbogen

Stort set alle kommuner kender Ankestyrelsens håndbog om forebyggende hjemmebesøg fra 2008. Derudover viser besvarelsene, at håndbogen har medført en forskel i nogle kommuner i relation til ændringer i både praksis og på forvaltningsniveau.

- 94 procent af kommunerne kender Ankestyrelsens håndbog om forebyggende hjemmebesøg
- 16 procent af kommunerne oplyser, at håndbogen har betydet ændringer i udførelsen af hjemmebesøgene, og 13 procent oplyser, at det har betydet ændringer på forvaltningsniveau

DEL 1 Fakta om de forebyggende hjemmebesøg 2010

Introduktion

Ankestyrelsen har i foråret 2010 indsamlet data i forbindelse med en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af kommunernes tilbud om forebyggende hjemmebesøg til ældre, der er fyldt 75 år.² Alle 98 kommuner har deltaget i undersøgelsen.

Spørgeskemaundersøgelsen skal dels følge op på resultaterne fra Ankestyrelsens rapport om forebyggende hjemmebesøg fra 2007, dels give et indblik i kommunernes opfattelse af og erfaringer med Ankestyrelsens håndbog om forebyggende hjemmebesøg fra 2008.

Spørgeskemaet tager udgangspunkt i otte temaer, som relaterer sig til organiseringen, indholdet samt udførelsen af de forebyggende hjemmebesøg. Derudover er kommunerne blevet bedt om at besvare en række spørgsmål om årlige udgifter til ordningen, og om håndbogen har betydet ændringer i praksis og i handleplaner for de forebyggende hjemmebesøg.

De otte temaer er: 1) formidling, 2) opfølgning, 3) målgruppe, 4) organisering og samarbejde, 5) forebyggelsesindsatsen, 6) personale og uddannelse, 7) samtalen og 8) målsætninger og dokumentation.

De følgende afsnit præsenterer udvalgte resultater fra spørgeskemaundersøgelsen. Hvor det har været muligt og relevant, er resultaterne sammenholdt med resultaterne fra Ankestyrelsens rapport fra 2007 for at opfange udviklingstendenser på forskellige områder. Det udsendte spørgeskema i 2010 er revideret i forhold til spørgeskemaet fra 2007. Dels for at gøre spørgeskemaet mere overskueligt, dels for at opdatere spørgeskemaet og give plads til nye og relevante temabaserede spørgsmål. Der henvises til rapportens metodeafsnit bilag 1 for en uddybende begrundelse.

² Undersøgelsen er gennemført i foråret 2010 og omfatter derfor ikke lovændringen pr. 1. juli 2010.

Opsamling på DEL 1

Samlet set indikerer kommunernes besvarelser, at der i høj grad er fokus på forebyggelse og sundhedsfremme i hjemmebesøgene, og at dette har været en tiltagende tendens siden 2007. Dette begrundes med organisering af hjemmebesøgene på sundhedsområdet, medarbejdernes sundhedsfaglige baggrund og inddragelse af forskellige sundhedsfaglige samarbejdspartnere.

Endvidere viser kommunernes besvarelser, at færre anvender redskaber, der strukturerer samtalen. Derimod tager samtalen i et stigende antal kommuner udgangspunkt i de ældres egne ønsker. Derudover sender kommunernes besvarelser om indholdet af den forebyggende samtale og screeningstiltag klare signaler om forebyggelsespotentialer i ordningen. Besvarelserne vidner også om, at kommunerne har indtænkt en stærk kobling mellem det forebyggende, det sundhedsfremmende og det sociale sigte i hjemmebesøgene.

For at dokumentere betydningen af hjemmebesøgene over for kommunalbestyrelsen og andre relevante interessenter indsamler et stigende antal kommuner systematiske oplysninger om indholdet og udførelsen af hjemmebesøgene.

2 Organisering, samarbejdspartnere og uddannelsesbaggrund

I vejledningen til serviceloven fremgår det, at kommunalbestyrelsen træffer beslutning om tilrettelæggelse og administration af ordningen, herunder udformning og gennemførelse af tilbuddene om hjemmebesøg.

Halvdelen af kommunerne svarer, at de har organiseret de forebyggende hjemmebesøg på sundhedsområdet. Desuden oplyser hovedparten af kommunerne, at medarbejderne inddrager sundhedsfaglige samarbejdspartnere i udførelsen af hjemmebesøgene, for eksempel demenskoordinatoren, den praktiserende læge og døv-blindekonsulenten.

Hver fjerde kommune koordinerer hjemmebesøgene med andre forvaltninger. Omvendt er det de færreste kommuner, som oplyser, at de forebyggende hjemmebesøg indgår i kommunens sundhedsaftale med regionen i forhold til en række specifikke indsatsområder.

Hovedparten af kommunerne svarer, at de har ansat forebyggende medarbejdere med en sygeplejefaglig baggrund. Desuden prioriteres det højt i flertallet af kommunerne, at medarbejderne tilbydes efteruddannelse og kurser.

2.1 Kommunernes kontakt og opfølgning

Tilbudet om hjemmebesøg skal gives ved direkte henvendelse til den ældre, for eksempel pr. telefon eller brev. Kommunen skal sikre sig, at den pågældende har forstået tilbudet ved for eksempel at svare på henvendelsen, uanset om den ældre ønsker hjemmebesøg eller ej.

Undersøgelsen viser, at 68 procent af kommunerne ved første henvendelse kontakter de ældre pr. brev med en dato for besøget. 22 procent af kommunerne sender brev til den ældre, hvoraf det fremgår, at den ældre selv skal kontakte kommunen og aftale et besøg, *jf. tabel 2.1*.

Ved efterfølgende henvendelse, er det lidt færre kommuner, svarende til 45 procent, som sender brev med dato. 34 procent af kommunerne sender brev, hvor den ældre selv skal kontakte kommunen og aftale et besøg, *jf. tabel 2.1*.

Tabel 2.1 Kontakt ved tilbud om forebyggende hjemmebesøg

	Ved 1. henvendelse		Ved efterfølgende henvendelse	
	Antal kommuner	Procent	Antal kommuner	Procent
Der sendes brev med dato for besøget	67	68	44	45
Der sendes brev uden dato, hvor den ældre selv skal kontakte kommunen og aftale et besøg	22	22	33	34
Kontakt pr. telefon	1	1	8	8
Andet	8	8	13	13
Kommuner i alt	98	100	98	100

I 72 procent af kommunerne er det ikke en forudsætning, at den ældre skal reagere aktivt forud for gennemførelsen af et besøg, første gang kommunen tilbyder et forebyggende hjemmebesøg. I de tilfælde, hvor den ældre skal reagere aktivt forud for gennemførelsen af et hjemmebesøg, har den ældre enten sagt nej til det seneste besøg eller i en længere periode afvist besøg, *jf. tabel 2.2*.

Tabel 2.2 Den ældres reaktion forud for gennemførelsen af et hjemmebesøg

	Den ældre skal reagere aktivt		Den ældre skal ikke reagere aktivt	
	Antal kommuner	Procent	Antal kommuner	Procent
Ældre, der får tilbud om besøg for første gang	27	28	71	72
Ældre, der regelmæssigt har modtaget besøg	33	34	61	62
Ældre, der af og til har modtaget besøg	36	37	56	57
Ældre, der senest har sagt nej til besøg	38	39	51	52
Ældre, der i en længere periode har sagt nej til besøg	38	39	51	52

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

2.2 Kommunernes formidling af de forebyggende hjemmebesøg

Kommunerne skal sikre sig, at den ældre både har *modtaget og forstået* tilbudet om forebyggende hjemmebesøg. Det er derfor ikke tilstrækkeligt blot at oplyse generelt om tilbudet eksempelvis via annoncering i dagspressen.

Knapt hver fjerde kommune foretager efterfølgende en telefonisk opfølgning for at sikre sig, at den ældre har modtaget den første henvendelse fra kommunen om tilbud om forebyggende hjemmebesøg, *jf. tabel 1.4, bilag 2.*

For at sikre sig at den ældre forstår tilbudet om forebyggende hjemmebesøg orienterer 88 procent af kommunerne den ældre om besøget, for eksempel via en pjecce ved første henvendelse om besøg. 50 procent af kommunerne anvender et særligt udformet brev med eksempelvis større skrifttyper, *jf. tabel 1.5, bilag 2.*

Resultaterne fra undersøgelsen viser, at når kommunerne skal orientere generelt om ordningen, sker det i de fleste kommuner via brev eller på kommunens hjemmeside.

Sammenlignet med undersøgelsen fra 2007 er der et stigende antal kommuner, der anvender pjecer. Her er der sket en stigning på 11 procentpoint. Endvidere er det i dag 36 procent af kommunerne, der orienterer om ordningen i forbindelse med visitationen. I 2007 var det 14 procent af kommunerne der orienterede via visitationen, *jf. tabel 2.3.*

Tablet 2.3 Kommunens generelle orientering om ordningen med tilbud om forebyggende hjemmebesøg

	2007		2010	
	Antal kommuner	Procent	Antal kommuner	Procent
Der sendes brev	97	99	91	93
Kommunens hjemmeside	-	-	75	79
Pjecer (fx på biblioteket, hos læger)	34	35	45	46
Orientering i forbindelse med visitationen	14	14	35	36
Orientering via hjemmeplejen/hjemmehjælpen	12	12	22	22
Annoncering (fx i lokal-TV, dagspressen)	6	6	14	14
Informationsmøder	-	-	14	14
Kontakt pr. telefon	19	19	5	5
Andet	18	18	18	18
	98		98	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

2.3 Organisering af hjemmebesøgene på sundhedsområdet

Kommunerne er blevet bedt om at oplyse, hvor de forebyggende hjemmebesøg administrativt er forankret i kommunen. Godt halvdelen af kommunerne har forankret hjemmebesøgene på sundhedsområdet. I knapt en tredjedel af kommunerne er ansvaret placeret indenfor ældre- og omsorgsområdet, *jf. tabel 2.4.*

Tabel 2.4 Kommunernes administrative organisering af ordningen

	Antal kommuner	Procent
Sundhedsområdet	49	50
Ældre- og omsorgsområdet	35	36
Socialområdet	4	4
Anden organisering	7	7
Uoplyst	3	3
Kommuner i alt	98	100

2.4 Skærpet fokus på tværfagligt samarbejde

Kommunerne oplyser, at de forebyggende medarbejdere samarbejder med en lang række forskellige faggrupper. 93 procent af kommunerne oplyser, at de samarbejder med visitationsområdet, og 86 procent af kommunerne har erfaring med at samarbejde med ældreplejen i forbindelse med hjemmebesøgene.

91 procent af kommunerne samarbejder med demenskoordinatoren, og 78 procent af kommunerne inddrager den praktiserende læge som samarbejdspartner i hjemmebesøgene.

I 62 procent af kommunerne inddrager de forebyggende medarbejdere døv- blindekonsulent. 45 procent af kommunerne oplyser, at de samarbejder med den kommunale frivilligkonsulent. Hver fjerde kommune har indgået et samarbejde med hospitaler, for eksempel geriatrisk team, *jf. tabel 2.5*.

Tabel 2.5 Anvender de forebyggende medarbejdere en eller flere samarbejdspartnere

	Antal kommuner	Procent
Visitation - hjælpemidler	91	93
Demenskoordinator	89	91
Ældreplejen – personlig og praktisk hjælp	84	86
Praktiserende læge	76	78
Plejehjem – dagtilbud	61	62
Døv- blindekonsulent	61	62
Den kommunale frivillighedskonsulent	44	45
Diætister	40	41
Hospitaler fx geriatrisk team	24	24
Den kommunale integrationskonsulent	14	14
Andre	46	47
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	95	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

I godt en fjerdedel af kommunerne koordinerer de forebyggende medarbejdere den forebyggende indsats i samarbejde med andre forvaltninger, *jf. tabel 2.6.*

Tabel 2.6 Koordinerer de forebyggende medarbejdere den forebyggende indsats med andre forvaltninger?

	Antal kommuner	Procent
Ja	25	26
Nej	72	73
Uoplyst	1	1
Kommuner i alt	98	100

Kommunerne er ikke forpligtet til at indgå sundhedsaftaler i forhold til ordningen om forebyggende hjemmebesøg. Fem procent af kommunerne oplyser imidlertid, at de forebyggende hjemmebesøg indgår i kommunens sundhedsaftale med regionen, for eksempel indgår hjemmebesøgene i et tværsektorielt samarbejde på området forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, *jf. tabel 4.2 og 4.2a i bilag 2.*

2.5 Medarbejdernes uddannelsesbaggrund

Vejledningen påpeger, at for at opfylde formålet med besøgene, bør de varetages af personer, der har grundigt kendskab til såvel sociale såvel som sundhedsmæssige forhold i bred forstand. Det forudsættes derfor, at de personer, der besøger den ældre, skal kunne vurdere den ældres almene tilstand i meget bred forstand, herunder boligforhold, økonomi, sociale kontakter med videre.

Hovedparten af kommunerne, svarende til 81 procent, har ansat forebyggende medarbejdere med en sygeplejefaglig uddannelsesbaggrund. Samtidig er der en svag stigende tendens til, at kommunerne rekrutterer medarbejdere, der har en uddannelse som ergoterapeut eller fysioterapeut, *jf. tabel 2.7.*

Table 2.7 Uddannelsesbaggrund hos det forebyggende personale

	2007		2010	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Sygeplejerske	85	87	79	81
Social- og sundhedsassistent	35	36	32	33
Ergoterapeut	41	42	47	48
Fysioterapeut	19	19	24	24
Socialrådgiver	8	8	8	8
Socialformidler	4	4	2	2
Social- og sundhedshjælper	2	2	2	2
Andet	20	20	15	15
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	98		97	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

43 procent af kommunerne oplyser, at de forebyggende medarbejdere også udfører andre former for arbejdsopgaver end de forebyggende hjemmebesøg, for eksempel afholdelse af kurser og temadage, jf. tabel 6.2 og 6.3 i bilag 2.

2.6 ERFA-grupper, efteruddannelse og kurser har høj prioritet

I vejledningen pointeres det, at det i mange tilfælde kan være nødvendigt at efteruddanne det personale, der skal besøge de ældre.

Opkvalificering via efteruddannelse og kurser tilbydes i 84 procent af kommunerne. 32 procent af kommunerne tilbyder desuden målrettet uddannelse/kurser, som følge af kommunernes nye opgaver, jf. tabel 2.8.

Table 2.8 Uddannelsesinitiativer der tilbydes medarbejdere

	Antal kommuner	Procent
Opkvalificering via efteruddannelse og kurser	82	84
Målrettet uddannelse/kurser, som følge af kommunernes nye opgaver	31	32
Påtænker ikke at iværksætte særlige uddannelsesinitiativer	6	6
Ingen uddannelsesmæssige initiativer, men planlægger at iværksætte	4	4
Kommuner i alt	96	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

94 procent af kommunerne har erfaring med ERFA-grupper på forebyggelsesområdet. Kommunerne fremhæver, at ERFA-grupperne er en god mulighed for at udveksle viden og erfaringer samt deltage i undervisningstiltag, jf. tabel 6.4 i bilag 2.

3 Risikogrupper, fokusområder og den forebyggende samtale

Fire ud af fem kommuner tilbyder ikke forebyggende hjemmebesøg til ældre over 75 år, der både modtager personlig og praktisk hjælp. Til gengæld har kommunerne fokus på enker/enkemænd og udsatte ældre, der for eksempel har isoleret sig.

Besvarelsene viser, at den forebyggende samtale først og fremmest afspejler den ældres egne ønsker. De overordnede fokusområder og specifikke samtaleemner i hjemmebesøgene handler primært om sociale forhold og den ældres funktionsevne og helbred. Kommunernes besvarelser afspejler tydeligt helheden og bredden i samtalen.

Hver femte kommune anvender en eller flere former for screeningsredskaber, for eksempel i forhold til at opdage demens eller forebygge fald hos den ældre.

3.1 Flere kommuner anvender lovændringen

Undersøgelsen viser, at kommunerne i større omfang end i 2007 anvender lovændringen fra 2005, og hermed undtager ældre fra ordningen om forebyggende hjemmebesøg, der både modtager personlig og praktisk hjælp.

Der er således sket en stigning fra 2007 til 2010 på ti procentpoint, svarende til 80 procent i 2010, *jf. tabel 3.1, bilag 2.*

3.2 Fokus på forskellige risikogrupper

I undersøgelsen er kommunerne blevet bedt om at oplyse, om de har særlig fokus på risikogrupper. Det vil sige ældre borgere, som har eller er i risiko for at få fysiske, psykiske og/eller sociale problemer, som kræver en særlig indsats.

68 procent af kommunerne svarer, at de har særlig fokus på enker/enkemænd, 40 procent af kommunerne har særlig fokus på udsatte ældre, for eksempel ældre, der har isoleret sig.

27 procent af kommunerne har særlig fokus på demente. 14 procent er særlig opmærksomme på ældre borgere med livsstilssygdomme såsom diabetes, KOL, hjertesygdomme mv., *jf. tabel 3.1.*

Tabel 3.1 Kommunernes opmærksomhed på at gennemføre besøg hos følgende risikogrupper

	Antal kommuner	Procent
Enker/enkemænd	67	68
Udsatte ældre fx ældre, der har isoleret sig	39	40
Demente	26	27
Ældre med anden etnisk baggrund end dansk	12	12
Udskrevne efter hospitalsophold	17	17
Borgere med livsstilssygdomme (diabetes, KOL, hjertekarsygdomme mv.)	14	14
Andre grupper	27	28
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	83	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

Kommunerne har mindre fokus på risikogrupper under 75 år. I de kommuner, hvor der er fokus på risikogrupper under 75 år er det primært enker/enkemænd, der tilbydes forebyggende hjemmebesøg, *jf. tabel 3.2 i bilag 2.*

3.3 Tiltag for ældre med anden etnisk baggrund end dansk

18 procent af kommunerne har iværksat en særlig indsats over for ældre borgere med anden etnisk baggrund end dansk, *jf. tabel 3.2.*

Tabel 3.2 Har kommunen en særlig praksis for borgere med anden etnisk baggrund end dansk

	Antal kommuner	Procent
Ja	18	18
Nej	79	81
Uoplyst	1	1
Kommuner i alt	98	100

I 11 kommuner foregår kontakten til de ældre sammen med de ældres voksne børn, ægtefælle og de ældre selv. 10 kommuner rådgiver og vejleder om muligheden for særlig hjælp og støtte. 3 kommuner oplyser, at de har ansat tosprogede forebyggende medarbejdere, *jf. tabel 3.3.*

Tabel 3.3 Kontakten til de ældre med anden etnisk baggrund end dansk

	Antal kommuner	Procent
Kontakten foregår sammen med de ældres voksne børn, ægtefællen og den ældre selv	11	11
Kommunen rådgiver og vejleder om mulighed for hjælp og støtte, herunder om de særlige hjælpeforanstaltning kommunen kan tilbyde	10	10
Kommunen afholder fællesmøder med grupper af ældre med samme etniske baggrund	5	5
Kommunen har ansat tosprogede forebyggende medarbejdere	3	3
Kommunen har ansat tosprogede medarbejdere til at bistå forebyggende medarbejdere	4	4
Andet	12	12
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	18	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

3.4 Skærpet fokus på sociale forhold og funktionsevne

Besøget i praksis, bør ifølge vejledningen indeholde en struktureret, helhedsorienteret samtale, hvor den ældres forhold i al almindelighed bliver gennemgået, og eventuelle spørgsmål bliver drøftet.

Næsten alle kommuner gennemfører en helhedsorienteret samtale. Kommunerne har særlig fokus på sociale forhold i relation til socialt netværk, kontakt til familie og netværk, ensomhed, social isolation og selvmordstanker samt sorgbearbejdelse. Lidt færre kommuner – nemlig 71 procent – har fokus på borgerens økonomiske situation.

Det samme billede gør sig gældende i forhold til områder, som relaterer sig til borgerens funktionsevne og helbredsmæssige situation. *jf. tabel 3.4.*

Tabel 3.4 Indsatsområder, som de forebyggende hjemmebesøg har fokus på

	Sociale forhold og økonomi	
	Antal kommuner	Procent
Borgerens sociale netværk, fx kontakt til ældreklubber	96	98
Borgerens kontakt til familie og nære relationer	94	96
Ensomhed, social isolation og tanker om selvmord	94	96
Sorgbearbejdelse fx ved tab af ægtefælle	93	95
Borgerens økonomiske situation	70	71
	Funktionsevne og helbredsmæssige forhold	
	Antal kommuner	Procent
Råd og vejledning om kost fx til ældre med vægtproblemer	96	98
Råd og vejledning og fysisk aktivitet og træning til ældre	97	99
Borgere med kroniske sygdomme fx diabetes og KOL	91	93
Borgere, der er i risiko for at falde, herunder anvendelse af trætheds- og mobilitetsscore	81	83
Tidlige tegn på demens	95	97
Nedsat syn og hørelse	95	97
Psykiske lidelser, herunder evt. kombineret med misbrug	83	95
Rygeafvænnning	81	83
Andet	71	72
Kommuner	97	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

3.5 Redskaber i samtalen med den ældre

I vejledningen bliver der lagt vægt på, at indholdet af samtalen skal være koncentreret om, hvordan den ældre klarer sin tilværelse, frem for om eventuelle lidelser/sygdomme. Samtalen med den ældre kan for eksempel omhandle dagligdag, trivsel, socialt netværk, bolig, økonomi, sundhedstilstand, funktionsevne med videre. På baggrund af samtalen kan der henvises til forskellige forebyggende og aktiverende tilbud, som findes i kommunen, tilrettelagt af frivillige eller af kommunen selv. Der henvises til DEL 2, kapitel 5 og 6 for konkrete eksempler på projekter med forebyggende og aktiverende indhold.

I 84 procent af kommunerne tager samtalen udgangspunkt i den ældres egne ønsker. Sammenlignet med 2007 er der tale om en mindre stigning. Og som en kommune bemærker: *"Det er vigtigt, at vi gør samtalen motiverende og samtidig har en anerkendende tilgang til borgeren"*.

Som noget nyt er kommunerne i spørgeskemaet fra 2010 blevet spurgt, om de anvender forskellige former for screeningsredskaber i forhold til risikogrupper. Dette er tilfældet i hver femte kommune. En kommune bemærker, at de for eksempel anvender en observationsguide ved demensopsporing. En anden kommune fortæller, at de i samarbejde med borgeren udfylder et særskilt spørgeskema om borgerens mobilitet: *"I år har vi særlig fokus på faldforebyggelse, så det er et samtaleemne som får ekstra opmærksomhed. Desuden udfylder vi sammen med den ældre et spørgeskema om fald", jf. tabel 3.5.*

Tablet 3.5 Anvendelse af redskaber i forbindelse med gennemførelsen af de forebyggende hjemmebesøg

	2007		2010	
	Antal kommuner	Procent	Antal kommuner	Procent
Samtalen tager udgangspunkt i den ældres egne ønsker	76	78	82	84
Checklister, der sikrer, at det forebyggende personale "kommer rundt" om alle vigtige spørgsmål	52	53	44	45
Særlig samtale- og interviewteknik, som det forebyggende personale anvender	55	56	40	41
Faste procedurer, der indebærer, at de forebyggende hjemmebesøg gennemføres efter en ensartet metode og standard	34	35	26	27
Anvendelser af forskellige former for screening af risikogrupper samt opfølgning herpå	-	-	20	20
Andet	19	19	17	14
Kommuner i alt	98		97	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

3.6 Særlig fokus på sociale aktiviteter og aktiverende tilbud

Samtalen med den ældre handler især om sociale aktiviteter og aktiverende tilbud, sociale relationer, orientering om forebyggende tilbud samt psykisk- og fysisk funktionsevne, hvilket stort set alle kommuner prioriterer, *jf. tabel 3.6*

Tabel 3.6 Samtaleemner under det forebyggende hjemmebesøg

	Antal kommuner	Procent
At formidle viden om sociale aktiviteter og aktiverende tilbud i kommunen	96	98
Borgerens sociale relationer, herunder kontakt til familie og venner	95	97
Orientering om forebyggende tilbud, f.eks. idræt og motion	95	97
Borgerens fysiske funktionsevne	94	96
Borgerens psykiske velbefindende	94	96
At den ældre klarer sig i dagligdagen med hensyn til personlig og praktisk hjælp mv.	89	91
Orientering om handlemuligheder som følge af sygdom	86	88
Støtte borgeren med hensigtsmæssig boligindretning	83	85
Økonomiske spørgsmål	58	59
Forslag til brug for nye tiltag i kommunen	37	38
Andet	-	-
Kommuner i alt	97	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

4 Målsætninger, dokumentation og erfaringer med håndbogen

Et stigende antal kommuner indsamler systematisk oplysninger om indholdet og udførelsen af de forebyggende hjemmebesøg. Oplysningerne indeholder data om henvisninger og den ældres funktionsevne og sociale og personlige forhold. Oplysningerne anvendes blandt andet til at iværksætte nye initiativer og til at informere kommunalbestyrelsen om ordningen.

Over halvdelen af kommunerne har fastsat kvalitetsstandarder for ordningen, mens lidt over en fjerdedel af kommunerne har formuleret succeskriterier.

Stort set alle kommuner kender Ankestyrelsens håndbog om forebyggende hjemmebesøg fra 2008. Derudover viser besvarelserne, at håndbogen har gjort en forskel i et antal kommuner. I 16 procent af kommunerne har håndbogen medført ændringer i udførelsen af hjemmebesøg, og i 13 procent af kommunerne har den betydet ændringer på forvaltningsniveau.

4.1 Kvalitetsstandarder og succeskriterier

56 procent af kommunerne har i 2010 fastsat kvalitetsstandarder for de forebyggende hjemmebesøg, hvilket næsten svarer til antallet i 2007, jf. tabel 8.1 i bilag 2.

Godt en fjerdedel af kommunerne har formuleret succeskriterier for indholdet og udførelsen af hjemmebesøgene. Kommunerne bemærker, at et typisk succeskriterium er, om der er en høj tilslutningsprocent til hjemmebesøgene, jf. tabel 8.2 i bilag 2.

Godt to tredjedele af de kommuner som har formuleret succeskriterier oplyser, at kriterier er besluttet både på administrativt og politisk niveau, jf. tabel 4.1.

Tabel 4.1 Succeskriterier besluttet politisk og administrativt i kommunerne

	Politisk bestemt		Administrativt bestemt	
	Antal kommuner	Procent	Antal kommuner	Procent
Ja	16	62	17	65
Nej	9	34	3	12
Uoplyst	1	4	6	23
Kommuner	26	100	26	100

4.2 Stigende antal kommuner indsamler systematisk oplysninger

I henhold til vejledningen kan hjemmebesøgene give vigtige informationer om de ældres behov, ønsker og ressourcer og dermed være et værdifuldt redskab, når tilbuddene til ældre skal planlægges. Hjemmebesøgene kan på den måde give kommunalbestyrelsen et bedre grundlag for at tilrettelægge de forebyggende hjemmebesøg.

Kommunerne er opmærksomme på at indsamle oplysninger. Antallet af kommuner, der systematisk indsamler oplysninger, er således steget med knapt ti procentpoint fra 2007 til 2010, svarende til 55 procent i 2007 og 64 procent i 2010, *jf. tabel 4.2.*

Tabel 4.2 Kommuner, der systematisk indsamler oplysninger

	2007		2010	
	Antal kommuner	Procent	Antal kommuner	Procent
Indsamler systematisk oplysninger	54	55	63	64
Indsamler <u>ikke</u> systematisk oplysninger	41	42	34	35
Uoplyst	3	3	1	1
Kommuner i alt	98	100	98	100

4.3 Anvendelse af oplysningerne

Ifølge 40 procent af kommunerne indeholder oplysningerne viden om henvisninger til for eksempel demenskoordinator og praktiserende læge. 32 procent af kommunerne indsamler oplysninger om henholdsvis den ældres funktionsevne og sociale og personlige forhold, *jf. tabel 4.3.*

Tabel 4.3 Oplysningernes indhold

	Antal kommuner	Procent
Den ældres funktionsevne	31	32
Sociale og personlige forhold	31	32
Henvisninger	39	40
Andet	22	22
Kommuner i alt	58	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

47 procent af kommunerne anvender den indsamlede viden og erfaringer, *jf. tabel 8.4 bilag 2*. Kommunerne har svaret, at oplysningerne primært anvendes til at træffe beslutninger og iværksætte initiativer samt informere kommunalbestyrelsen om ordningen, *jf. tabel 8.4a i bilag 2*.

4.4 Håndbogen har medført ændringer af praksis og handleplaner

Til inspiration for kommunerne udarbejdede Ankestyrelsen i 2008 en håndbog om forebyggende hjemmebesøg til ældre. Næsten alle kommuner – svarende til 94 procent – kender håndbogen, *jf. tabel 10.1, bilag 2*.

I 13 procent af kommunerne har håndbogen betydet ændringer på forvaltningsniveau, for eksempel ændringer af handleplaner, *jf. tabel 10.1b i bilag 2*.

Derudover oplyser 16 procent af kommunerne, at håndbogen har givet inspiration til ændringer i udførelsen af hjemmebesøgene, *jf. tabel 10.1c i bilag 2*. En kommune bemærker blandt andet følgende: *"Håndbogen har givet anledning til faglige drøftelser og skabt en sikkerhed blandt medarbejderne i forhold til, hvor fokus skal ligge under besøgene"*.

Der henvises til DEL 2, kapitel 9, som giver en kvalitativ og uddybende beskrivelse af kommunernes opfattelse og erfaringer med håndbogen. Herunder hvad håndbogen har betydet for udførelsen af hjemmebesøgene og i forhold til at ændre handleplaner.

DEL 2 Nye tendenser – kommunernes idéer og erfaringer

Introduktion

Som led i undersøgelsen af kommunernes håndtering af de forebyggende hjemmebesøg har Ankestyrelsen besøgt 11 kommuner og gennemført interview med forebyggende medarbejdere og ledere.

Interviewene følger blandt andet op på kommunernes organisering og varetagelse af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, som Ankestyrelsen dels beskrev i rapporten fra 2007, dels i håndbogen om forebyggende hjemmebesøg fra 2008.

I de følgende kapitler fokuseres der på fire overordnede temaer:

1. Nye organiserings- og arbejdsformer – kapacitetsudvikling af ordningen
2. Idéer til projekter med tværfaglig indsats med et forebyggende og sundhedsfremmende perspektiv
3. Anvendte dokumentationsformer og vidensopsamling
4. Kommunernes opfattelse og erfaringer med Ankestyrelsens håndbog om forebyggende hjemmebesøg

Første kapitel giver en række eksempler på, hvordan interviewkommunerne har organiseret de forebyggende hjemmebesøg med henblik på at skabe nye organisatoriske rammer og udvidelse af ordningens arbejdsområder i retningen af en øget specialisering.

Andet kapitel beskriver, hvordan kommunerne rådgiver og vejleder om initiativer og aktiviteter, som kan understøtte borgerens udnyttelse af egne ressourcer og hermed fastholde en funktionsdygtig alderdom og et aktivt socialt liv.

Tredje kapitel indeholder to eksempler på, hvordan kommunerne dokumenterer de forebyggende hjemmebesøg og konkret anvender denne viden til at målrette og opkvalificere ordningen.

Fjerde kapitel sætter fokus på de indholdsmæssige og organisatoriske ændringer, som Ankestyrelsens håndbog fra 2008 har medført hos kommunerne.

Opsamling på DEL 2

Samlet set afspejler interviewene nye tendenser, herunder hvordan hjemmebesøgene opfattes og praktiseres i kommunerne både blandt forebyggende medarbejdere og ledere. Som det også fremgår af spørgeskemaundersøgelsen går tendenserne i retningen af at tydeliggøre og understrege forebyggelsespotentialet i hjemmebesøgene og hermed ordningens unikke betydning i forhold til forebyggende, sundhedsfremmende og sociale indsatser og foranstaltninger for ældre. En forebyggende medarbejder i Sønderborg Kommune forklarer dette i følgende citat:

”Vi er nødt til at gøre op med, at de forebyggende hjemmebesøg kun har fokus på det, der handler om at blive gammel. Vi skal dreje fokus og sige ja, det kan godt være, at jeres krop er den og den alder, men med afsæt i de ressourcer I har, kan I stadig gøre en masse ting selv” (Sønderborg kommune).

5 Organisering af hjemmebesøgene på sundhedsområdet

Kommunernes etablering af sundhedscentre som følge af overtagelsen af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats har mange steder skærpet fokus på de forebyggende hjemmebesøg, idet forebyggelse generelt er blevet et kommunalt tilbud.

Den nye organisering har desuden medført en øget specialisering og viden om kroniske lidelser. Her spiller de forebyggende hjemmebesøg en central rolle. For det første har medarbejderen mulighed for at observere tidlige symptomer på svækkelse og sygdom. Og for det andet kan medarbejderen på et tidligt stadie koble forebyggende og sundhedsfremmende tiltag med en socialfaglig indsats.

For mange ældre er det netop det sociale aspekt, som er vigtigt i de forebyggende hjemmebesøg. I samarbejde med de frivillige sociale foreninger har mange kommuner startet nye projekter og aktiviteter op med hjælp fra den frivillige verden. Samarbejdet med de frivillige er både karakteriseret ved fysiske aktiviteter og socialt samvær.

5.1 Organisatorisk centralisering og tværfaglig indsats

I forbindelse med Ankestyrelsens rapport om forebyggende hjemmebesøg til ældre fra 2007 gav alle interviewkommunerne udtryk for, at kommunalreformen og kommunernes overtagelse af forebyggelses- og sundhedsområdet har medført, at de forebyggende hjemmebesøg har fået en højere prioritering.

En tilsvarende udvikling spores tydeligt, når de interviewede kommuner i nærværende undersøgelse fortæller om deres erfaringer med nye organisations- og samarbejdsformer.

Der er således en klar tendens til, at interviewkommunerne har flyttet ordningen fra ældre- og omsorgsområdet til forebyggelses- og sundhedsområdet. De forebyggende hjemmebesøg kan for eksempel være organiseret i et sundhedscenter, i en særskilt sundhedsafdeling eller i en sundhedsafdeling med tilknytning til ældreforvaltningen. I enkelte kommuner har de forebyggende hjemmebesøg fortsat en mere traditionel placering sammen med visitationen.

Ifølge kommunerne har organiseringen af de forebyggende hjemmebesøg på sundhedsområdet betydet øget fokus på det forebyggende og sundhedsfremmende aspekt i ordningen, hvilket især er blevet styrket på grund af muligheden for et tættere samarbejde på tværs af forskellige sundhedsfaglige personalegrupper.

Kommunerne forklarer, at den organisatoriske ændring af de forebyggende hjemmebesøg på mange måder virker som en naturlig udvikling. Ifølge kommunerne harmonerer idéen med hjemmebesøgene og arbejdskulturen omkring hjemmebesøgene i højere grad med forebyggelses- og sundhedsområdet:

”Sundhedsafdelingen er et naturligt sted for os at være. Vores hverdag er præget af kollegaer, der ser fremad og tænker forebyggelse. Fokus er ikke kun sygdom, men muligheder og ressourcer. Der er utrolig stor forskel på, om man skal ud og afdække hvilken type hjælp en borger skal have bevilliget, og så os der hjælper borgeren med at reflektere over sit liv. Hvor det er borgeren selv, der skal bevæge sig fremad, og hvor det handler om en proces. Hjemmebesøgene bruges af mange borgere til at spørge om, hvad de kan søge. Men her vender vi spørgsmålet om og forsøger at få borgeren til at klare sig selv bedst muligt uden nødvendigvis hjælpemidler. Handler det for eksempel om at få en rollator, eller er det i stedet et spørgsmål om væskemangel eller fejlmedicinering, som gør, at borgeren går usikkert? Her kan vi være en god sparringspartner for borgeren” (Herlev kommune).

I Struer kommune er de forebyggende hjemmebesøg placeret i et sundhedscenter, hvor de forebyggende medarbejdere dagligt har kontakt med blandt andet fysioterapeuter, ernæringskonsulenter, frivillighedskonsulenter med flere, *jf. boks 1 Organisering af de forebyggende hjemmebesøg i Struer kommunes Sundhedscenter.*

Organisering af de forebyggende hjemmebesøg i Struer Kommunes Sundhedscenter

Struer kommune er et eksempel på, hvordan de forebyggende hjemmebesøg kan organiseres i et lokalt sundhedscenter. Sundhedscenteret Struer blev etableret i forbindelse med kommunalreformen fra 1. januar 2007 og udgør Struer Kommunes sundhedsafdeling. Oprindeligt var det en politisk prioritering at placere de forebyggende hjemmebesøg i et sundhedscenter for at sikre et sundhedsfagligt miljø, hvor der dagligt er rum til diskussioner på tværs af faggrupper, faglig sparring internt og kompetenceløft.

Overordnet set varetager sundhedscentret den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunen på tværs af aldersgrupper. Derudover varetager sundhedscentret blandt andet tilbud om genoptræning, høreomsorg, rygestopkurser, ernæringsrådgivning samt patientuddannelse i forhold til diabetes, KOL og hjertekarsygdomme og på tværs af diagnoser. Sundhedscentret Struer har et tæt samarbejde med ældreområdet, herunder visitationen, hjemmesygeplejen og hjemmeplejen. I sundhedscentret er der ligeledes placeret et frivillighedscenter, som varetager

opgaver i forhold til det frivillige sociale arbejde i Struer kommune, for eksempel etablering af selvhjælpsgrupper på kronikerområdet.

De forebyggende medarbejdere har alle en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse og kaldes for sundhedskonsulenter for netop at understrege betydningen af bredden i deres sundhedsfaglige kompetencer. De udfører forebyggende hjemmebesøg 30 timer ugentligt, men har også opgaver såsom rygestopkurser, aktivering af sygedagpengemodtagere, høreomsorg, kurser for overvægtige, forløbskoordinator på patientforløb, foredrag mm. Hermed er der tale om forskellige målgrupper og mere nuancerede arbejdsopgaver end tidligere. Sundhedskonsulenterne er en del af et større fagligt sundhedsfremme- og forebyggelsesteam i sundhedscentret, som arbejder sammen internt og på tværs af faggrupper.

For kommunerne har organiseringen af forskellige relevante sundhedsfaglige personalegrupper inden for samme konkrete fysiske rammer en faciliterende effekt. Dette gælder blandt andet i relation til at opstarte nye projekter med et forebyggende og sundhedsfremmende indhold og sigte. De forebyggende medarbejdere opnår hermed en øget faglig viden om forebyggelse og sundhed og kan således henvise til flere relevante aktiviteter og projekter, der kan gavne borgernes sociale og helbredsmæssige situation. Kommunerne forklarer, at de forebyggende hjemmebesøg på den måde har fået en markant større gennemslagskraft.

Alle interviewkommunerne overvejer løbende, hvordan de forebyggende hjemmebesøgs profil kan blive skarpere i relation til forebyggelse og sundhedsfremme. Et eksempel er Lejre Kommune, som har etableret et sundhedsforum, hvor alle forvaltninger er repræsenteret, herunder sundhedsafdelingen, hvor de forebyggende hjemmebesøg er organiseret. Initiativet er iværksat for at skabe en bredere tilgang til kommunens forebyggelses- og sundhedsarbejde og for at sikre indsatser for syge såvel som raske borgere. Sundhedsforumet har eksempelvis haft 'fysisk aktivitet' som tema. Således havde kommunens tekniske forvaltning fokus på hensigtsmæssig etablering af stisystemer og fritidsanlæg, mens de forebyggende medarbejdere gjorde en særlig indsats for at formidle tilbud til borgerne om at styrke funktionsevnen.

En anden væsentlig pointe som kommunerne fremhæver i relation til organiseringen af de forebyggende hjemmebesøg på sundhedsområdet er, at ordningen har fået et styrket og forbedret image:

"Vi er blevet mere synlige – både over for interne og eksterne samarbejdspartnere. Vi starter projekter op nu, som vi ikke kunne tidligere. Det er mere legitimt nu, hvor vi er samlet i et sundhedscenter"(Odsherred kommune).

5.2 Faglig specialisering og nye arbejdsopgaver

Kommunerne er særligt opmærksomme på at videreudvikle de forebyggende medarbejderes arbejdsområde inden for forebyggelse og sundhedsfremme gennem specialisering. Hensigten er, at de forebyggende medarbejdere opnår en specialviden på et bestemt område, for eksempel viden om en eller flere kroniske lidelser. Den pågældende medarbejder kan således fordybe sig i området ved løbende at opsøge viden og erfaringer. På den måde fungerer den forebyggende medarbejder som en ekspert på området, som de andre medarbejdere kan spørge om råd og vejledning og eventuelt tage med på et hjemmebesøg hos en borger.

De forebyggende medarbejdere fortæller, at der er flere fordele ved at have et forebyggelsesteam bestående af såkaldte 'eksperter'. For det første kan fordybelse i et bestemt område være et godt supplement til den bredde, som ellers kendetegner de forebyggende medarbejderes fagkyndighed og kompetenceområder. Den erhvervede specialviden kan eksempelvis også bruges i forhold til andre målgrupper end ældre på 75 år og derover. For det andet kan øget specialiseret faglighed bidrage til at kvalificere selve indholdet og resultatet af de forebyggende hjemmebesøg, idet de forebyggende medarbejdere i højere grad kan opdage symptomer på svækkelse samt kroniske sygdomme i tide. Samlet set giver den øgede faglighed og de opkvalificerede hjemmebesøg de forebyggende medarbejdere en større oplevelse af udvikling og ikke mindst succes i forhold til at yde den præcise støtte, som borgeren har behov for:

"Da jeg startede som forebyggende medarbejder, var jeg meget alene. Jeg skulle helst vide noget om det hele, men med specialiseringen mener jeg, at vi kan opnå noget nyt i hjemmebesøgene i forhold til at gøre en større forskel. Der sker ligesom noget, og det er ikke bare besøg, som skal gennemføres. Der er potentiale for en større grad af udvikling. Det tror jeg faktisk kan betyde, at vi får flere succeser på sigt" (Odsherred kommune).

Tidligere i Odense kommune skulle de forebyggende medarbejdere både bevillige hjælpemidler og udføre forebyggende hjemmebesøg. I dag ønsker kommunen, at de forebyggende medarbejdere først og fremmest udfører hjemmebesøg og i højere grad specialiserer sig inden for forebyggelse og sundhed. Dette skyldes blandt andet udviklingen på ældreområdet med hensyn til ny lovgivning og større fokus på dokumentation. Generationen af ældre er også i stærk forandring med hensyn til demografi samt ønsker, forventninger og behov i relation til udførelsen og indholdet af de forebyggende hjemmebesøg. Et eksempel på specialisering er de forebyggende medarbejdere med anden etnisk baggrund end dansk, som både varetager hjemmebesøgene og arbejder på væresteder for ældre med anden etnisk baggrund end dansk, *jf. afsnit 6.4.*

Et andet eksempel på specialisering af de forebyggende medarbejdere findes i Lejre kommune. Her har en forebyggende medarbejder specialiseret sig som rygestopinstruktør på

en såkaldt KOL skole. Det giver medarbejderen mulighed for at bruge sin viden i flere forskellige sammenhænge:

”Som forebyggende medarbejder har jeg undervist på KOL skolen. Jeg har brugt erfaringer og eksempler fra hjemmebesøgene, som viser at man sagtens kan opnå forbedret livskvalitet som KOL patient. På den måde bruger jeg min viden begge steder” (Lejre kommune).

I Odsherred kommune opfattes den øgede fokus på specialisering, som en gevinst for ordningen om forebyggende hjemmebesøg som helhed:

”Efter vi er blevet specialiseret, så har vi mere fokus på de enkelte områder. Jeg er meget opmærksom på det område, hvor jeg har opnået en specialviden og holder mine kolleger orienteret om nyt materiale. Der kom en kollega forleden og spurgte, om jeg havde en idé til noget. Omvendt spørger jeg om gigt og problemer med hjertet. På den måde oplever jeg, at vi kan gøre lidt mere for borgerne end tidligere. Så det tror jeg bliver en rigtig stor gevinst for os” (Odsherred kommune).

Kommunerne fortæller, at de forebyggende medarbejdere typisk har en sundhedsfaglig uddannelse, for eksempel sygeplejerske, ergoterapeut eller social- og sundhedsassistent. Derudover har det særlig betydning, at medarbejderne har gode kommunikations- og formidlingsevner, så medarbejderne kan nå ind til borgerne og skabe forståelse for budskaber og tilbud om forebyggelse og forbedret sundhed. Kommunerne lægger også vægt på, at de forebyggende medarbejdere har et godt kendskab til kommunen samt livserfaring:

”Når vi ansætter forebyggende medarbejdere handler det ikke blot om uddannelse, men at medarbejderen er i stand til at tænke forebyggelse hele vejen rundt. Det gør man ikke bare fordi man er sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent. Det handler også om livserfaring og personlige egenskaber” (Lejre kommune).

5.3 Hvad kan den frivillige verden byde ind med?

Ankestyrelsens håndbog om forebyggende hjemmebesøg fra 2008 giver en række eksempler på forskellige former for samarbejde mellem de forebyggende medarbejdere og faggrupper såsom den praktiserende læge, demenskonsulenter med flere. I håndbogen nævnes de frivillige sociale foreninger i relation til de forebyggende hjemmebesøg kort.

I fremtiden forventer interviewkommunerne, at der vil være behov for yderligere at udbrede og styrke samarbejdet med de frivillige sociale foreninger. Dette begrundes med, at organiseringen af de forebyggende hjemmebesøg på forebyggelses- og sundhedsområdet har affødt flere nye projekter og aktiviteter, som det vil være muligt at løfte med hjælp fra den frivillige sociale verden.

I interviewene giver kommunerne en række beskrivende eksempler på, hvordan de forebyggende medarbejdere kan samarbejde med frivillige sociale foreninger, og hvilken udslagskraft dette har for det forebyggende og sundhedsfremmende sigte i hjemmebesøgene.

Kommunerne har en lang tradition for at bruge de frivillige sociale foreninger i arbejdet med de forebyggende hjemmebesøg. De frivillige sociale foreninger understøtter i høj grad de aktiviteter, som udbydes til ældre borgere i forbindelse med hjemmebesøgene. Enkelte af kommunerne beskriver den frivillige sociale indsats som et uundværligt supplement til udførelsen af hjemmebesøgene:

”Det der har gjort indtryk på mig er, at der er nogle mennesker som virkelig brænder for en bestemt sag og involverer sig, fordi de har lyst til det. Jeg mener ikke, at de frivillige og kommunen kan undvære hinanden. Når de frivillige står og leder gymnastikholdene nede i Næstved Hallen, så er det virkelig guld værd. Men det er også der, vi står i dag. At vi skal bruge hinanden meget mere. Samtidig må vi også huske på, at give dem et klap på skulderen og sige, at det er rigtigt godt gået. Det er vigtigt, at vi her i kommunen lytter til de frivillige og deres oplevelse af at gøre en indsats” (Næstved Kommune).

De nye tendenser i samarbejdet mellem de forebyggende medarbejdere og de frivillige sociale foreninger går i retningen af, at de frivillige i større omfang involveres i nye projekter, der udbydes gennem de forebyggende hjemmebesøg. De frivillige er med fra starten i forhold til at planlægge projekterne og den efterfølgende implementering med henblik på overtagelse på sigt, jf. boks 2 Projekt walk-and-talk, Odense kommune.

Projekt walk-and-talk, Odense kommune

Brobygning mellem kommunalt visiteret motionstilbud og det frivillige arbejde

Odense kommune har stor succes med at igangsætte tilbud i frivilligt regi til borgere, som modtager forebyggende hjemmebesøg eller deltager i kommunens visiterede tilbud om genoptræning, vedligeholdende træning og /eller vedligeholdende aktiviteter.

Formålet er at hjælpe ældre, som ikke formår at vedligeholde deres fysiske funktionsniveau, men som vil kunne dette, hvis de fik støtte i en periode til at komme i gang med fx at fastholde fysisk aktivitet sammen med en motionsguide eller i en frivillig træningsgruppe.

”Projektet henvender sig til borgere som faktisk kan klare en masse selv, hvis de bare får lidt støtte i starten. Det er altså brobygning mellem de visiterede tilbud og frivillige foreninger, som vi vil sætte i gang. Det er f.eks. selvtræningsgrupper herunder gågrupper, walk and talk, som både er fysiske og sociale grupper. Det kan også være

spisegrupper og andet, som giver mening for de ældre. Her kan de forebyggende medarbejdere være brobyggere til at løbe de ældre i gang. De ved, hvad den ældre har brug for” (Odense kommune).

I Odsherred kommune har de forebyggende medarbejdere inviteret 20 frivillige sociale foreninger til et møde i sundhedscentret for at opstarte et motionsprojekt for personer, som ikke er motionsvante, herunder blandt andet ældre på 75 år, der er fyldt. Hensigten er, at de frivillige skal være med til at opsøge personer, som kunne have gavn af projektet og motivere dem til at gå ture i naturen. De forebyggende medarbejdere i Odsherred kommune fortæller, at det har været nemt at rekruttere og samarbejde med de frivillige. Derudover har det været en fordel, at de frivillige sociale foreninger generelt har et veletableret netværk og arbejder på tværs og tæt sammen i forhold til at løfte projekter. For at støtte de frivillige sociale foreninger har Odsherred kommune stillet et lokale til rådighed på Sundhedscentret, *jf. boks 3 Samarbejde på tværs mellem de frivillige foreninger og kommunen, Odsherred kommune.*

Samarbejde på tværs mellem de frivillige foreninger og kommunen, Odsherred kommune

Odsherred sætter aktiviteter i gang i de frivillige foreninger

Odsherred kommune har stor succes med at samarbejde med de frivillige foreninger. Stadig flere tilbud tilrettelægges i samarbejde med foreningerne med den hensigt, at foreningerne på sigt viderefører initiativerne.

Konkret nævner kommunen vandreturs-projekter, hvor de frivillige er med til at planlægge turene, som henvender sig til:

- Ældre, som ikke er motionsvante
- Ældre, som ikke kommer ud, men har isoleret sig
- Ældre som ikke får den fysiske udfordring, de har brug for

I sådan en situation er det en fordel at samarbejde med de frivillige foreninger, som kan overtage projektet og sikre den kontinuitet, der er en forudsætning for at få fat om de ældre, der ikke af egen vej dyrker motion. I samarbejde med de frivillige foreninger er det således lykkedes kommunen, at få flere ældre til at opfylde Sundhedsstyrelsens anbefalinger om 30 minutter om dagen.

”Vi bruger de frivillige rigtigt meget – og det har vi altid gjort. Men det er lidt på en anden måde nu. Nu involverer vi dem på en måde, så de bliver mere aktive sammen med os. Tidligere brugte vi mest deres ydelser. Eksempelvis har vi opstartet et vandretur-projekt for ældre, som ikke er vant til at dyrke motion. Her har de frivillige været med til at planlægge projektet lige fra starten og de skal på sigt drive projektet videre” (Odsherred kommune).

6 Idéer til projekter med et tværfagligt perspektiv

Kommunernes overtagelse af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats har i mange kommuner medført en stigende opmærksomhed på borgerens ressourcer frem for begrænsninger.

Fokus på den ældres ressourcer og fastholdelse af funktionsevne forudsætter først og fremmest, at den forebyggende medarbejder evner at få borgeren til at reflektere over sit eget liv. Refleksion gennem samtalen er vigtig, hvis det for eksempel helt konkret skal lykkedes at få borgeren til at integrere motion i hverdagen for dermed at bevare og styrke funktionsniveauet.

Et andet væsentligt aspekt er de forebyggende hjemmebesøgs mulighed for at tage hånd om grupper af svage ældre, herunder demente, isolerede og ældre med anden etnisk baggrund end dansk, for hvem mødet med de forebyggende medarbejdere for mange er den første personlige kontakt til det kommunale system.

6.1 Fokus på ressourcer frem for begrænsninger

Fokus på ressourcer frem for begrænsninger hos den ældre er kendetegnende for de adspurgte kommuner, som alle fremhæver, at det kan betale sig at støtte borgeren i at fastholde en funktionsdygtig alderdom. Forebyggelse og sundhedsfremme er derfor centrale begreber, når det drejer sig om at sikre ældre mennesker et godt liv uden sygdom, tab af funktionsevne eller behov for pleje og praktisk hjælp.

Gruppen af ældre, som modtager forebyggende hjemmebesøg er bredt funderet og vedrører både ældre, der er fysisk aktive og ikke har anden kontakt til kommunen, og svage ældre der for eksempel har gennemført træningsforløb i kommunen og fortsat har behov for tilbud om vedligeholdelsestræning eller deltagelse i sociale aktiviteter.

Det stiller krav til den forebyggende medarbejder, som både skal være opmærksom på, hvad den ældre selv ønsker at tale om, og samtidig kunne se, hvilke problemer og evner den ældre har:

”Lige fra jeg ringer på dørklokken, ser jeg, hvordan den ældre har det. Hvordan bliver jeg taget imod? Hvordan ser her ud i forhold til sidst jeg var her, er haven ordnet? På den måde kan jeg hurtigt fornemme, hvordan den ældre har det”(Sønderborg kommune).

”Jeg siger altid ja tak til kaffe, for så kan jeg se, hvordan de laver kaffe. Det er en god måde at observere på i forhold til funktionsniveau. Jeg registrerer også, hvor lang tid det tager, og om de kan huske, hvor kaffen står. På den måde kan jeg spore, om der er tidlig demens på vej. Vi kan også gå en tur i haven, så kan jeg som en naturlig del af samtalen se, hvordan de klarer sig rent fysisk. I snakken kan vi gøre mange ting – det at observere er en naturlig del af vores arbejde. Hvis det er et ægtepar, er det også vigtigt at se på, hvem der har ressourcerne og klarer de dagligdagsting, der er”(Lejre kommune).

6.2 Øget refleksion gennem samtalen

Blandt interviewkommunerne er der enighed om, at de forebyggende hjemmebesøg først og fremmest handler om, at få borgeren til at reflektere over eget liv. Ændring af vaner skal ikke trækkes ned over hovedet på den ældre, men være en selvstændig beslutning. De forebyggende medarbejdere understreger selv, at det er vigtigt, at de ikke fortæller hvad der er bedst for borgeren, men i stedet opstiller de muligheder, der er, som de ældre kan tage med i deres overvejelser. Den forebyggende medarbejder skal have for øje, at den ældre selv definerer den gode alderdom:

”Det er vigtigt, at det ikke er mig, der kommer og pådutter dem noget, men at jeg gennem dialog og motivation, får den ældre til at se forskellige aspekter. Min opgave er at bære erfaringer videre og få den ældre til at reflektere over sit eget liv. Nogle gange tager det lang tid – det er ikke bare gennem den ene samtale. Borgeren skal have tid. Ofte vender de selv tilbage ved næste samtale og siger, at det kunne de godt tænke sig”(Lejre kommune).

”Kunsten er at kommunikere, så borgeren selv efterspørger tiltag der kan forbedre deres liv, uden at det er os, der kommer med løftede pegefingre”(Lejre kommune).

6.3 Motion bør være en integreret del af hverdagen

Ifølge de forebyggende medarbejdere er det ikke blot et spørgsmål om at henvise ældre borgere til eksterne tilbud om motion og træning, når det handler om at styrke den ældres funktionsevne. Det drejer sig i lige så høj grad om, at fysisk aktivitet skal være en integreret del af hverdagen, således at den ældre borgers evne til at klare praktiske gøremål i og uden

for hjemmet opretholdes. Eksempelvis nævner de forebyggende medarbejdere, at det har stor betydning for mange ældre, at de fortsat kan klare den daglige gåtur ned til Brugsen:

”Det sidste folk vil miste er deres førlighed, så vi taler meget om, hvor vigtigt det er at bevæge sig i hverdagen.” (Herlev kommune).

Tilbud om motion og træning kan på forskellig vis være en naturlig del af hverdagen alt afhængig af den ældres funktionsniveau. Svage ældre, som for eksempel lige er blevet udskrevet fra et hospitalsophold vil ofte have behov for træningstilbud, som i første omgang foregår i hjemmet:

”Fordelen ved at starte træningen op i hjemmet er først og fremmest transportvanskeligheder som følge af dårlig mobilitet. Hvis borgeren starter træningen op i eget hjem sammen med en fysioterapeut, kan man forbedre funktionsevnen, og på sigt henvise den ældre til tilbud i lokalområdet – fx stolegymnastik” (Tønder kommune).

I andre tilfælde opsøger de forebyggende medarbejdere ældre på tennisbanen og tilbyder sundhedstjek. Her handler det også om forebyggelse, selvom de ældre er aktive og kan betegnes som ressourcestærke. De forebyggende medarbejdere understreger således vigtigheden af, at få de ældre til at reflektere over eget liv uanset funktionsniveau:

”Vi stillede op med blodtryksmåler og vægt. I de tilfælde, hvor der var behov for det, henviste vi til egen læge, men vi sagde samtidig til os selv, at det er friske aktive ældre, så hvis vi har været gode til at formidle budskabet, må de også være friske nok til at gøre noget ved det. Så er det ikke os, som skal handle på det. De raske og friske ældre, de skal handle på det selv. De skal selv tage ansvar for deres liv, så længe de kan” (Næstved kommune).

6.4 Eksempler på projekter med et forebyggende, et sundhedsfremmende og et socialt perspektiv

Nedenfor beskrives en række kommunale projekter, som går på tværs af et forebyggende, et sundhedsfremmende og et socialt perspektiv i forlængelse af de forebyggende hjemmebesøg, jf. boks 4 *Faldforebyggelsesprojekt, Sønderborg kommune*, boks 5 *Kortlægning af de ældres motionsvaner, Odsherred kommune*, boks 6 *Projekt Sund Livsstil, Odense kommune*, boks 7 *Længst muligt i eget liv, Fredericia kommune* og boks 8 *Mænd er som biler og kvinder er som blomster, Herlev kommune*.

Faldforebyggelsesprojekt, Sønderborg kommune

Fald kan forebygges blandt ældre med hjælp af en simpel test:

Ældre mennesker, der holder sig fysisk aktive, udskyder det tidspunkt i livet, hvor alderen giver problemer med fx bevægelserne og balancen. Sønderborg kommune har derfor valgt at have særligt fokus på forebyggelse af fald og tilbud, som skal være med til at sikre, at de ikke falder.

De forebyggende medarbejdere har i samarbejde med DGI udarbejdet pjecer med forskellige balancetest og øvelser til at fremme balancen. Under besøget screenes den ældre for faldrisiko, og der vejledes i balancetest samt øvelser.

De ældre kan selv udføre følgende balancetest:

- Stå med lukkede øjne
- Stå på gulvet på et ben
- Stå på gulvet på skiftevis det ene og det andet ben

Oplever den ældre, at balancen er dårlig, så kan han/hun bruge pjecen "Bevæg og bevar dig" til lave forskellige øvelser og styrke balancen.

De forebyggende medarbejdere er desuden særligt opmærksomme på følgende:

- Forstyrres balancen af dårlig nattesøvn, sovemedicin eller forkert kost?
- Er hjemmet indrettet uhensigtsmæssigt?

"Vi har skærpet opmærksomheden på fald, og hvis vi finder det relevant, foretager vi en balancetest. Hvis borgeren er faldet, så henviser vi til en faldkonsulent med henblik på at lave en handleplan for den enkelte ældre" (Sønderborg kommune).

"Projektet har vi siden udvidet til et samarbejde med de praktiserende læger og det kommunale senierråd, så vi i dag også har fokus på de ældre borgeres indtagelse af medicin i forhold til faldforebyggelse. Konkret har det betydet temadage i samarbejde med senierrådene, hvor de praktiserende læger bød ind med måder at reducere indtagelsen af sovemedicin på. De forebyggende medarbejdere bidrog med deres viden og erfaring fra hjemmebesøgene i relation til faldforebyggelse og viden om en god nats søvn uden sovemedicin" (Sønderborg kommune).

Kortlægning af de ældres motionsvaner, Odsherred kommune

Motionsvaner og fysisk aktivitet kan afdækkes ved en test og et simpelt spørgeskema:

Odsherred kommune er i gang med at afdække de ældres motionsvaner og fysiske aktivitet ved hjælp af et spørgeskema. Suppleret med en simpel balancetest, er kommunens fokus samtidig en øjenåbner for mange borgere.

Resultaterne fra skemaet vil kommunen bruge til at tilrettelægge tilbud for eksempel gymnastikhold eller gåture. Skemaet giver desuden en række svar på, hvorfor nogle ældre ikke kommer ud at gå. Det er planen, at det helt konkret skal medføre samarbejde på tværs af forvaltningerne. For eksempel ved opsætning af bænke, infrastruktur etc.

"Nogle af spørgsmålene går på, om man går tur, og hvor længe de kan gå. Og om de dyrker anden form for fysisk aktivitet. De der svarer nej til det hele, har helt klart meget store balanceproblemer. Mens de der dyrker fysisk aktivitet en halv time om dagen, kan stå på et ben i flere sekunder. Resultaterne viser, at balancen helt klart hænger sammen med, hvor meget fysisk aktivitet man dyrker." (Odsherred kommune)

Projekt sund Livsstil, Odense kommune

Sygdomslære og kostvejledning skal ændre borgerens livsstil varigt:

Odense kommune har iværksat "Projekt sund Livsstil", som et patientrettet projekt, der har fokus på borgere med diagnosen en kronisk sygdom. Gennem sygdomslære og kostvejledning skal borgeren støttes til at leve det sunde liv, de hver især måtte ønske. Målet er således at initiere en varig ændring af borgernes livsstil.

Forudsætningen for at deltage i projektet er, at borgerne er visiteret til kommunens træningstilbud og indstillet på at ændre deres liv varigt. Eksisterende tilbud tilføres således to yderligere dimensioner i form af sygdomslære og kostvejledning.

Målgruppen er fastsat i henhold til sundhedsaftalen med regionen:

- KOL-patienter
- Type2 diabetes
- Hjertekarsygdomme

"Vi har netop igangsat "Projekt sund livsstil", som er et patientrettet projekt, hvor vi har fokus på KOL, diabetes og hjertekarsygdomme. Desuden vil vi som led i "Projekt sund livsstil" arbejde med et redskab for tidlig opsporing – og her kommer de forebyggende medarbejdere ind. Vi vil meget gerne have at de forebyggende medarbejdere som møder de +75 årige, får et screeningsværktøj, så vi tidligt kan få fat i de borgere, der typisk har de sygdomme eller symptomer på dem" (Odense kommune).

Længst muligt i eget liv, Fredericia kommune

Længst muligt i eget liv – et liv med høj egenomsorg så længe som muligt:

Udsigten til et stigende antal ældre har i Fredericia kommune medført vedtagelsen af projektet "Længst muligt i eget liv". Projektet skal udvikle den kompenserende og plejende hjælp til en rehabiliterende og forebyggende indsats med fokus på, at den ældre borger styrkes i at leve sit eget liv med høj egenomsorg så længe som muligt. Den kommunale pleje skal således udvikles efter følgende principper:

- Fra kompensation til rehabilitering
- Fra pleje til forebyggelse
- Fra behandling til tidlig opsporing
- Fra sen til tidlig indsats

Er den ældre borger sund og rask med en høj funktionsevne kan mødet med den forebyggende medarbejder handle om, hvordan den aldersbetingede svækkelse kan udskydes. Indledningsvist kan dette ske ved at gennemføre en screeningstest af borgeren ("Avlunds træthedstest", "2,45 m up and go" og "rejse-sætte sig"). De to sidstnævnte test fortæller noget om borgerens risiko for at være i risiko/høj risiko for funktionsnedsættelser.

"Vores forebyggende hjemmebesøg ligger i rehabiliteringsafdelingen. Det har stor betydning for hele den måde, vi anskuer besøgene på. Vi vil gerne have fat i de ældre tidligt, for vores fokus er ressourceorienteret. Vi ser på, hvad borgeren selv kan. Vores tankegang er rehabiliterende med det formål at støtte borgeren længst muligt i eget liv" (Fredericia kommune).

Mænd er som biler, og kvinder er som blomster, Herlev kommune

Mænd er som biler:

En bil skal have mange hestekræfter
Måske er det også sådan for dig?
Vær opmærksom på at styrke dine muskler
Få frisk luft og motion mindst 1 time hver dag

En bil skal til regelmæssige serviceeftersyn
Måske er det også sådan for dig?
Vær opmærksom på, hvordan din hverdag fungerer
Få råd og vejledning i Sundhedscenter Herlev

Kvinder er som blomster:

En blomst der hænger, bliver svagelig
Måske er det også sådan for dig?
Vær opmærksom på at styrke dine muskler
Få frisk luft og motion mindst 1 time hver dag

En blomst skal tilses regelmæssigt
Måske er det også sådan for dig?
Vær opmærksom på, hvordan din hverdag fungerer
Få regelmæssigt et forebyggende hjemmebesøg

7 Målrettet indsats overfor ældre med særlige behov

I forbindelse med interviewene nævner kommunerne en række initiativer målrettet gruppen af svage ældre, herunder demente, isolerede og eneboere, ældre i sorg, udskrevne fra hospitalsophold, ældre med anden etnisk baggrund end dansk og enlige mænd.

Ifølge kommunerne stiller disse ældre særlige krav til de forebyggende medarbejders faglighed og menneskelige egenskaber samt til, hvordan hjemmebesøgene udføres.

7.1 Tidlig kontakt til demenskoordinatoren og den praktiserende læge

For mange ældre er besøget af en forebyggende medarbejder den første personlige kontakt til kommunen. Det betyder i visse tilfælde, at medarbejderen som den første, har mulighed for at foretage en demensopsporing/screening i form af simple observationer af den ældre i hjemmet.

Hvis der er mistanke om demens, kan det ifølge kommunerne være nødvendigt med flere sammenhængende hjemmebesøg. Frem for alt er det vigtigt, at den forebyggende medarbejder på et tidligt stadie kontakter den praktiserende læge og demenskoordinatoren med henblik på en grundig demensudredning af den ældre:

”Jeg kan finde på at spørge borgeren, om det er i orden, at jeg ringer til lægen, hvis jeg opdager tidlig demens, eller hvis jeg oplever funktionstab, og borgeren ikke selv taler med sin læge. Kontakten til den praktiserende læge er vigtig, hvis borgeren skal tilbydes den optimale behandling. Jeg ser jo ting, som lægen ikke observerer.” (Lejre kommune).

Læs mere om kommunernes gode erfaringer fra arbejdet med demente i Ankestyrelsens håndbog ”Forebyggende hjemmebesøg til ældre” fra 2008.

7.2 Rum til isolerede og eneboere i hjemmebesøgene

For de forebyggende medarbejdere udgør isolerede ældre og eneboere en særlig målgruppe i hjemmebesøgene. Det er typisk borgere, som ikke har kontakt til pårørende og naboer. Ifølge medarbejderne egner hjemmebesøgene sig til at komme tæt ind på livet af de isolerede ældre. Det forudsætter, at den forebyggende medarbejder har tid og rum til at skabe fortrolighed og hermed åbne op for hjemmehjælpen eller hjemmesygeplejersken.

De forebyggende medarbejdere har gode erfaringer med at følge de isolerede ældre tæt gennem flere kontinuerlige hjemmebesøg. Derudover pointerer medarbejderne, at der ofte er behov for en akut indsats for at afværge problemer eller for at undgå, at situationen bliver forværret:

"Vi hjælper dem med alt – til at gå i banken, komme til tandlæge, komme til kirkens korshær og hente tøj og møbler, få hunden til dyrlæge eller få den passet, hvis ejeren skal på hospitalet. Det handler om at være i stand til at gå ind i de problematikker, der er og få dem løst på tværs af regler og faggrupper. Her er de forebyggende medarbejdere koordinator, så der sker en samlet indsats. Det handler om ældre, der har meldt sig ud af samfundet og lever efter egne værdier og normer. Men så snart funktionsevnen svigter, så får de brug for hjælp" (Sønderborg kommune).

"Du skal kunne rumme, at tingene ikke bare er firkantede eller ottekantede – der er bare ingen kanter overheadet. Spindelvævene er over alt og kaffekoppen – det er ved hanken man skal drikke, for det er det eneste sted, der er nogenlunde rent. Og musene og rotterne løber rundt. Det skal du kunne rumme – alle de skæve situationer! Det kræver, at du kan tænke og handle alsidigt" (Sønderborg kommune).

7.3 Besøg hos efterladte sat i system

Flere af de interviewede kommuner har med fordel sat besøg hos efterladte i system. Det vil sige, at når de forebyggende medarbejdere registrerer et dødsfald, så tilbydes den efterladte et forebyggende hjemmebesøg – også selvom de er under 75 år.

De forebyggende medarbejdere fortæller, at hjemmebesøgene opleves af borgerne som en stor støtte og trøst i en svær tid, men de efterladte har også en del uafklarede spørgsmål af både praktisk og økonomisk karakter. I flere tilfælde oplever medarbejderne, at de efterladte er deprimerede, hvilket kan afhjælpes ved at den ældre gennem en række samtaler får klarhed over sin situation og overblik over, hvor der er hjælp at hente:

"Det første besøg handler meget om bare at snakke, og sætte sig ned, lytte og iagttage. Er det her en borger, som bare skal have lidt tid til at komme i gang, eller er det en borger, hvor man lige skal have i baghovedet, at det godt kunne være, at man skal finde ud af noget, måske

et tilbud af en eller anden art. Så det første besøg er oftest bare meget med at lytte. Også hvis jeg synes, at det er en borger, som jeg godt ved ville ringe til enhver tid, så er det måske der, vi er. Eller hun er faktisk på vej nedad, hun har det rimelig godt i dag, men det kan godt være jeg skal tilbyde et besøg om 2-3 uger igen, og er måske ude i at i en periode at skulle have noget medicin. Men oftest først når der er gået et par måneder”(Odsherred kommune).

For en nærmere beskrivelse af indsatsen, som den forebyggende medarbejder kan tilbyde efterladte i sorg, henvises til Ankestyrelsens håndbog ”Forebyggende hjemmebesøg til ældre” fra 2008.

7.4 Støtte til udskrevne fra hospitalsophold

Flere kommuner har gode erfaringer med at tilbyde udskrevne fra hospitalsophold forebyggende hjemmebesøg. De såkaldte udskrivningsbesøg giver borgeren mulighed for at fortælle om baggrunden for hospitalsopholdet, og hvordan opholdet på hospitalet har været. I løbet af samtalen kan den forebyggende medarbejder afdække, om der er behov for tilbud om fysisk træning, vejledning om medicinforbrug eller andre tiltag, der kan hjælpe borgeren videre på egen hånd.

Flere kommuner nævner, at de har fundet ressourcer til at tilbyde hjemmebesøg umiddelbart efter en udskrivning, fordi der er andre ressourcestærke ældre, som takker nej til hjemmebesøgene, *jf. boks 9 Udskrevne fra hospitalsophold, Tønder kommune.*

Udskrevne fra hospitalsophold, Tønder kommune

Få en bedre hverdag efter sygehusophold:

Der kan være mange spørgsmål, som trænger sig på, når man er udskrevet fra sygehuset. Borgere i Tønder kommune som ikke har kontakt til hjemmeplejen tilbydes derfor et besøg i hjemmet af en forebyggende medarbejder umiddelbart efter udskrivning.

De forebyggende medarbejdere kan hjælpe med at besvare en lang række spørgsmål:

- Hvordan skal jeg tage min medicin?
- Hvordan holder jeg fast i mine genoptræningsøvelser?
- Er der foreninger og aktivitetstilbud, som jeg kan tilmelde mig?
- Hvad betyder en sund kost i hverdagen?
- Hvilken myndighed skal jeg henvende mig til?

”Sidegevinsten er at undgå hjemmehjælp. Vi kan se, om der er barrierer i dagligdagen, som borgeren skal have hjælp til at løse, og vi kan støtte dem med at komme i gang igen rent socialt. Vi støtter socialt, holder modet oppe og

hjælper med praktiske ting, så hverdagen synes mere overskuelig, og dermed kan vi være med til at minimere genindlæggelser.” (Tønder kommune)

7.5 Tosprogede medarbejdere til ældre med anden etnisk baggrund end dansk

For at målrette og opkvalificere indsatsen over for ældre med anden etnisk baggrund end dansk har Odense kommune ansat tosprogede medarbejdere med en sundhedsfaglig baggrund. Erfaringer viser, at ældre med ikke-vestlig baggrund ældes ca. ti år tidligere end etniske danskere. Ofte oplever ældre med anden etnisk baggrund barrierer i forhold til at kontakte kommunen i forbindelse med at modtage ydelser.

Odense kommune har haft succes med at ansætte forebyggende medarbejdere med anden etnisk baggrund end dansk. Udover sproglige kompetencer har medarbejderne et bredt netværk og et godt kendskab til relevante aktiviteter. Odense kommune har også etableret særlige væresteder for ældre med anden etnisk baggrund, hvor de to forebyggende medarbejdere er tilknyttet, *jf. boks 10 Tosprogede medarbejdere dæmmer op for ensomhed, Odense kommune.*

Tosprogede medarbejdere dæmmer op for ensomhed, Odense kommune

Tosprogede medarbejdere informerer om sundhedsfremme og kommunale tilbud:

I Odense kommune er der ansat forebyggende medarbejdere, som er tosprogede. Det har medført, at 85 procent af de ældre med anden etnisk baggrund tager imod forebyggende hjemmebesøg. Medarbejderne er brobyggere mellem de ældre og kommunen og ser et stort behov for information om sundhedsfremme, egenomsorg og kommunale tilbud.

Ensomhed og isolation erstattes på den måde med direkte kontakt til andre ældre og kommunale medarbejdere, der taler samme sprog.

”De ældre ønsker kun besøg, hvis det gennemføres med en af deres egne. Så det har en enorm betydning, at vi har ansat tosprogede medarbejdere. Konsulenterne har et bredt netværk, og når ud til de ældre, hvor af mange af dem er ensomme” (Odense kommune)

Værested på tværs af kulturel baggrund:

Foruden tilbud om forebyggende hjemmebesøg har Odense kommune også etableret et værested, hvor (ensomme) ældre med anden etnisk baggrund end dansk kan komme og møde andre.

De ældre ved kun lidt om de muligheder for hjælp eller aktivitet, som kommunen tilbyder. De fleste har ikke hørt om et dagscenter eller hjemmehjælp. På værestedet er de tosprogede medarbejdere tilknyttet, hvilket skaber en trykthed hos de ældre, som kan komme og få hjælp til for eksempel at få læst breve op.

”Vi har etableret særlige væresteder på tværs af kulturel baggrund. De forebyggende medarbejdere med anden etnisk baggrund end dansk arbejder også på værestederne, så når en ensom bosnisk dame bliver tilbudt at komme på værestedet, så ved hun også, at ældrekonsulenten er der – og det gør hende mere tryk – så kommer hun. Vi har prøvet at invitere de ældre på et almindeligt dagscenter, men det fungerer overhovedet ikke. De bliver isoleret, fordi de ikke taler dansk, men der er også en kulturel barriere for at forstå de ældre.” (Odense kommune)

7.6 Er mænd en særlig gruppe?

Blandt interviewkommunerne er der ikke tvivl om, at den mandlige del af målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg kan være vanskelig at få kontakt til gennem de forebyggende hjemmebesøg. Kommunerne forklarer, at mændene generelt siger nej til hjemmebesøg. Alligevel oplever de forebyggende medarbejdere, at mændene udgør en særlig gruppe. Det skyldes blandt andet, at mændene kan have svært ved at håndtere pensionstilværelsen og føler sig isolerede og ensomme, fordi de savner tilknytningen til arbejdsmarkedet. Kommuner fortæller, at dette især er udbredt blandt enlige mænd.

Struer kommune har iværksat en lokal kampagne, som har til hensigt at afhjælpe enlige mænds berøringsangst med hjemmebesøgene. Det gælder især den gruppe af mænd, som også er kendetegnet ved et dårligt selvvurderet helbred. Gennem foredrag om den gode alderdom og hvad de forebyggende hjemmebesøg kan bruges til, har de forebyggende medarbejdere haft succes med at nå ud til mændene:

”Vi har gjort os mange overvejelser om at lokke især mændene til at komme til foredragene ved for eksempel, om vi skulle tilbyde snaps og smøbrød eller noget andet, som måske kunne vække deres interesse og nysgerrighed. Desuden virker et foredrag også mere uforpligtende end et besøg i eget hjem, så det kunne være et oplagt sted at starte i forhold til at afmystificere hjemmebesøgene og gøre dem mere relevante” (Struer kommune).

8 Kommunale bud på dokumentation af hjemmebesøgene

Styrken i de forebyggende hjemmebesøg er i høj grad den fortrolighed, der er forbundet med samtalen mellem medarbejderen og den ældre. Alle de oplysninger, der kommer frem under samtalen, er underlagt tavshedspligt.

De mange oplysninger, som den forebyggende medarbejder modtager, betyder samtidig, at der i kommunerne er et stigende behov for anonymiseret dokumentation af de forebyggende hjemmebesøg. De forebyggende medarbejdere ligger inde med oplysninger, som i mange tilfælde kan tegne et grundigt og nuanceret billede af, hvor der er behov for en særlig indsats, og således bruge oplysningerne strategisk og fremadrettet.

Interviewene har givet anledning til at belyse kommunernes konkrete erfaringer med at dokumentere de forebyggende hjemmebesøg, for eksempel ved at gennemføre både beskrivende og mere analyserende undersøgelser baseret på spørgeskemaer og kvalitative data.

8.1 Kommunerne efterspørger mere dokumentation

Blandt interviewkommunerne er der både en interesse og en parathed til i højere grad at dokumentere de forebyggende hjemmebesøg. Men med de eksisterende omsorgssystemer kan dette være en udfordring.

Interviewkommunerne anvender eksempelvis Rambøll Care eller CSC omsorgssystem til at dokumentere besøgene. Dokumentationen er typisk baseret på registreringer af de ældre borgers situation i relation til en række fysiske, psykiske og sociale parametre. Omsorgssystemerne anvendes også til at sende breve forud for hjemmebesøgene og planlægge besøgene fra gang til gang.

Flere af de interviewede kommuner efterspørger muligheden for at lave statistiske udtræk på hjemmebesøgene udført hos den enkelte borger og på tværs af borgerne i den pågældende

kommune. Ifølge kommunerne er dette ikke muligt med de eksisterende journaliserings- og registreringssystemer. Derfor foreslår interviewkommunerne, at der på landsplan afsættes ressourcer til at udvikle et særligt system.

Ønsket om at lave statistiske udtræk hænger sammen med, at hjemmebesøgenes profil med hensyn til forebyggende og sundhedsfremmende indsatsområder siden kommunalreformen har ændret sig væsentligt. Fra kommunernes side er der især et ønske om at følge udviklingen i hjemmebesøgene og bruge oplysningerne mere strategisk og fremadrettet. Tidligere var det tilstrækkeligt at registrere antallet af ja-sigere og gennemførte hjemmebesøg. Men i dag har hjemmebesøgene opnået en markant bredde i tilbud og aktiviteter og omfatter således mange forskellige former for overvejelser i forbindelse med samtalen, observationer og registrering af borgerens funktionsevne, indgåede aftaler, henvisninger og iværksatte foranstaltninger og aktiviteter, hvilket til sammen stiller nye krav til, hvordan hjemmebesøgene metodisk og designmæssigt kan dokumenteres:

"Vi kan ikke trække statistik. Det kræver udvikling af et særligt system og det koster! Men forhåbentligt er tiden snart moden til, at flere kommuner har samme ønske, og så kan det forhåbentligt gøres billigere"(Odense kommune).

"Jeg mener helt sikkert, at kommunerne har flyttet sig og i højere grad er interesseret i at følge med i udviklingen i besøgene på det strategiske plan. Det skyldes primært, at de forebyggende medarbejdere har en kæmpe viden, fordi de har været i borgerens hjem de sidste mange år, og den viden er vi nødt til at få i spil i forhold til det øvrige forebyggende arbejde i kommunen"(Odense kommune).

Kommunerne ønsker at højne dokumentationsniveauet, men er samtidig bevidste om de forskningsmæssige udfordringer, der er forbundet med at gennemføre eksempelvis eksperimentelle undersøgelser eller cost-benefit analyser og hermed opnå valid dokumentation om de forebyggende hjemmebesøg:

"Når man skal se på, om det virker eller ikke virker, så kan vi kun lave antagelser. På den måde er det lidt op af bakke. Det kunne derfor være rart at finde frem til brugbare metoder til at dokumentere"(Odsherred Kommune).

8.2 Kommunale eksempler på dokumentation af hjemmebesøgene

Flere af de interviewede kommuner anvender både kvantitative og kvalitative metoder til at dokumentere de forebyggende hjemmebesøg, herunder primært deskriptiv statistik, interview, observationsstudier med mere.

De følgende to afsnit viser, hvordan henholdsvis Struer kommune og Aalborg kommune arbejder med dokumentation. Begge kommuner arbejder ud fra databaserede oplysninger om de ældre borgere og indholdet af hjemmebesøgene. Aalborg kommune laver deskriptive statistiske udtræk for at opfange forskellige tendenser i relation til risiko- og indsatsområder. De statistiske oplysninger kombineres med kvalitative interview med ældre borgere og forebyggende medarbejdere. Struer kommune har gennemført en større kvantitativ undersøgelse baseret på både et deskriptivt og analytisk statistisk design.

Begge eksempler fra kommunerne er illustrative, idet de kobler forskellige metodiske retninger og design i forhold til at dokumentere de forebyggende hjemmebesøg både i bredden og i dybden.

De to kommuner fremhæver en meget væsentlig pointe i forbindelse med gennemførelsen af undersøgelserne. I begge kommuner har undersøgelsesresultaterne nemlig givet anledningen til at revurdere og omlægge ordningen om forebyggende hjemmebesøg på baggrund af ny viden om målgruppens sociale og helbredsmæssige situation samt ønsker og behov for støtte i hverdagen og i fremtiden.

8.2.1 Sundhedsvidenskabeligt studie i Struer kommune

Sundhedscentret i Struer kommune har i 2009 gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt ældre over 75 år. Undersøgelsen er designet som et epidemiologisk studie primært af deskriptiv karakter. Derudover er der foretaget analyser af undersøgelsesresultaterne med henblik på at afprøve en række hypoteser, for eksempel om der er social ulighed i helbred og funktionsniveau hos målgruppen.

Valget af et epidemiologisk studie skal ses i lyset af undersøgelsens formål, som netop sigter mod at afdække om der er befolkningsgrupper i Struer kommune, som har et dårligere helbred og funktionsniveau end andre, eller om der er særlige grupper, som i højere grad benytter sig af tilbudet om forebyggende hjemmebesøg. Undersøgelsesdesignet giver også mulighed for at følge samme population i en follow-up undersøgelse.

I Struer kommune har der ligeledes været et ønske om at kvalitetssikre og kvalitetsudvikle hjemmebesøgene. Dels i relation til at øge andelen af hjemmebesøg hos borgere, der reelt har et behov, dels for at opkvalificere medarbejdernes fagprofessionelle kompetencer.

Undersøgelsesresultater anvendt til at ændre praksis i hjemmebesøgene

Følgende tre eksempler viser, hvordan Struer kommune konkret har anvendt resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen til at identificere og afgrænse særlige problemstillinger i relation til målgruppen, og hvordan de forebyggende hjemmebesøg udføres. På baggrund af problemstillingerne har Struer kommune ændret praksis i hjemmebesøgene på en række områder.

Øget fokus på ældre, der bor alene:

- Halvdelen af målgruppen bor alene. Dette har skærpet de forebyggende medarbejders fokus på betydningen af at bo alene, og hvordan ældre, der bor alene, kan støttes bedst muligt.

Revidering af pjecce om forebyggende hjemmebesøg:

- 55 procent af målgruppen har alene gået i folkeskole, og fire procent har en lang videregående uddannelse. Desuden oplyser seks procent af målgruppen, at de ikke vidste hvad de forebyggende hjemmebesøg var. Disse resultater har medført en ændring af Struer kommunes formidlings- og informationsstrategi, og at pjecen om forebyggende hjemmebesøg er blevet revideret.

Hjemmebesøg modtages af ældre med størst behov:

- Undersøgelsen viser, at ældre borgere, der tager imod et hjemmebesøg, har et signifikant dårligere helbred end borgere, der afviser et hjemmebesøg. Ordningen med forebyggende hjemmebesøg rammer således den målgruppe, der reelt har et behov. Struer Kommune vurderer på denne baggrund, at indsatsen har været målrettet og chancerne for at opnå en forebyggende effekt har været til stede.

Øvrige konsekvenser efter undersøgelsens afslutning:

- En markant stigning i antallet af ja-sigere
- Præcisering og udvidelse af samtaleguide
- Opkvalificering af kvalitetsstandarder
- Organisering af tværfaglige samarbejdspartnere
- Udarbejdelse af fremtidig strategi for ordningen

8.2.2 Dokumentation skal vise hjemmebesøgenes værd – erfaringer fra Aalborg kommune

Aalborg Kommune har de sidste to til tre år gjort en ekstra indsats for at opkvalificere de forebyggende hjemmebesøg. En udvikling der dels er tilskyndet af et ønske i Ældre- og Handicapforvaltningen om i højere grad at synliggøre forebyggelsespotentialet i

hjemmebesøgene. Dels et resultat af, at der fra den politiske side har været udmeldinger om besparelser og et ønske om fælles retningslinjer i ydelserne på ældreområdet:

"Da jeg startede som leder for de forebyggende hjemmebesøg, så var der en del fokus på besparelser og et øget behov for fælles retningslinjer. Vores vigtigste opgave har været, at synliggøre indholdet af vores arbejde, værdien af den og hvor vi er på vej hen. Med andre ord, viser rapporten fra 2009, hvad vi kan! Men det var ligeså meget for at få både potentielle samarbejdspartnere på banen og ikke mindst politikerne" (Aalborg kommune).

De seneste års omlægning af de forebyggende hjemmebesøg i Aalborg kommune har for det første betydet en organisatorisk centralisering af fem lokalområder og hermed en samling af de i alt 14 forebyggende medarbejdere i én enhed. For det andet er udførelsen af hjemmebesøgene blevet mere målrettet ved at ensarte de forebyggende medarbejders faglige kompetencer, skærpe fokus på en række relevante temaområder, ensrette procedurer ved udsendelse af breve med mere.

Et væsentligt udviklingsområde har været en fælles spørgeguide, som anvendes i forbindelse med de enkelte hjemmebesøg. Spørgeguiden indeholder en række generelle spørgsmål og nogle faste fokusområder. På baggrund af spørgeguiden indsamles oplysninger om de ældre borgere i en database, hvorfra det er muligt at lave statistiske udtræk. Databasen sikrer en systematisk vidensopsamling, for eksempel om borgernes selvoplevet ernæringstilstand, selvoplevet sundhed og trætheds- og mobilitetsscore. Oplysningerne indikerer, hvor der eventuelt er behov for at gøre en ekstra forebyggende indsats. Databasen giver endvidere et generelt kvantitativt overblik over antallet af borgere, der henholdsvis siger ja og nej til hjemmebesøg samt antallet af udførte hjemmebesøg pr. uge pr. medarbejder.

Samlet set har omlægningen været en succes, og i 2009 udgav Aalborg kommune en årsrapport, der tilstræber at give en statusopgørelse over de forebyggende hjemmebesøg. Rapporten tager udgangspunkt i statistiske udtræk, men giver ligeledes et kvalitativt billede af hjemmebesøgene set fra et medarbejder- og borgerperspektiv. Rapporten kan bruges til at tydeliggøre særlige risiko- og indsatsområder, men også til at facilitere samarbejdsrelationer med for eksempel sygehuset ved at udveksle oplysninger om funktionsevne mm., når ældre borgere indlægges. Rapporten er ligeledes et slags manifest over for de kommunale politikere, der skal signalere, at de forebyggende hjemmebesøg de sidste to til tre år har opnået større gennemslagskraft:

"Der har været en stærk forventning fra politikernes side om, at hjemmebesøgene skulle være mere målrettet, struktureret og synlige. De havde ikke føling med, hvad vi lavede. Men med den udvikling, som vi er i gang med for tiden, så oplever vi selv, at indsatsen er blevet mere

sammenhængende, og der er kommet mere værdi i hjemmebesøgene. Og det er super vigtigt at få formidlet ud. Det er også det, som politikerne roser os for i dag” (Aalborg kommune).

9 Kommunernes opfattelse og erfaringer med håndbogen

I forbindelse med interviewene er kommunerne blevet bedt om at fortælle om deres opfattelse af og erfaringer med Ankestyrelsens håndbog om forebyggende hjemmebesøg fra december 2008, herunder om håndbogen har haft indflydelse på, hvordan hjemmebesøgene udføres i praksis og på forvaltningsniveau.

Alle interviewkommunerne kender håndbogen og kan fortælle om konkrete ændringer i praksis og på forvaltningsniveau som resultat af håndbogen. Samlet set er kommunerne begejstret for håndbogen, men har også forslag til nye fokusområder, som det kunne være relevant at afdække.

9.1 "Det er aldrig for sent at danse – et forebyggende hjemmebesøg kan være med til at skabe nyt indhold i livet for de ældre"

Overskriften stammer fra en artikel om håndbogen fra den 19. december 2008 i Morgenavisen Jyllands-Posten. Forfatteren var den daværende Velfærdsminister Karen Jespersen, som i artiklen omtaler håndbogen og fremhæver betydningen af de forebyggende hjemmebesøg i relation til den kommunale indsats på ældreområdet, og det ansvar der ligger hos den enkelte ældre:

"Håndbogen om forebyggende hjemmebesøg til ældre er et godt afsæt for en opmærksomhed rettet mod ældre, men giver også anledning til refleksion over den opmærksomhed, vi alle bør rette mod vores medmennesker. Husk: Det er aldrig for sent at danse!" (Tidligere Velfærdsminister Karen Jespersen, Morgenavisen Jyllands-Posten, 2008).

Håndbogen indeholder i alt 13 kapitler om hvordan de forebyggende hjemmebesøg kan organiseres, fokusområder i samtalen, indsatsen over for særlige målgrupper, uddannelsesinitiativer samt opfølgning og dokumentation af hjemmebesøgene.

Formålet med håndbogen var dels at samle op på kommunernes erfaringer med forebyggende hjemmebesøg i form af et øjebliksbillede, dels at give inspiration til såvel ledere som medarbejdere, der i det daglige møder ældre borgere og ønsker størst mulig udbytte af besøgene.

9.2 Håndbogens betydning for hjemmebesøgene i kommunerne

- [Håndbogen er identitetsskabende og et skulderklap til medarbejderne](#)

Ifølge kommunerne tegner håndbogen et bredspektret og grundigt billede af de forebyggende medarbejdere og deres arbejdsområde, og har på den måde være identitetsskabende for faggruppen som helhed. Derudover medvirker håndbogen til at berettigg hjemmebesøgene og medarbejdernes indsats:

”Da håndbogen kom ud, var vi i gang med at revidere hjemmebesøgene og finde ud af, hvad det er for en størrelse, som vi har med at gøre. Jeg kom som erfaren sygeplejerske og skulle have fokus på at arbejde med konkret forebyggelse, der var håndbogen en påmindelse om, at jeg hverken var hjemmesygeplejerske eller hjælpemiddeltherapeut, men jeg var noget helt andet – nemlig forebygger” (Sønderborg kommune).

”Håndbogen har vist os, hvordan hjemmebesøgene kan gennemføres på en ny og bedre måde. Både i forhold til at få kontakt med borgerne og selve indholdet af samtalen, og hvordan besøget ellers foregår. Den har også været god i forhold til at vise politikerne, hvordan vi tilrettelægger hjemmebesøgene. På den måde har den været en bekræftelse og ikke mindst et skulderklap til de forebyggende medarbejdere” (Struer kommune).

- [De 13 bud på ældreområdet og kvalitetssikring af hjemmebesøgene](#)

Kommunerne beskriver håndbogen som et slags opslagsværk, som kan bruges til at tjekke om hjemmebesøgene, og samtalen indholdsmæssigt er dækkende i relation til at favne hele den ældre borgers livssituation og de mulige aktiviteter, samarbejdsformer og henvisninger, som kan være forbundet med hjemmebesøgene. I Sønderborg kommune betragtes håndbogen sågar som en slags ’bibel’ på ældreområdet. Og så er den både læsevenlig og nem at slå op i. Kommunerne pointerer især, at håndbogen kan bruges til at kvalitetssikre udførelsen af hjemmebesøgene:

"Vi har brugt den i forbindelse med budgetlægning, som ofte udløser en lavine af spørgsmål i forhold til kvaliteten, og hvad vi får for pengene. Der har vi henvist til håndbogen, og har sagt at samlet set er håndbogen et billede af, hvordan funktionen ser ud på landsplan, og hvordan vi står i forhold til den. Vi kan bedre vise, om vores tilbud om hjemmebesøg er tilfredsstillende, og om kvaliteten er god" (Aalborg kommune).

"Man kan følge den slavisk og blive klogere på hjemmebesøgene, så på den måde kan den også bruges til at udvikle hjemmebesøgene. Håndbogen har været en bibel for os. Det har været de ti bud på hvordan de forebyggende hjemmebesøg bør være – eller rettere sagt – de 13 bud hvis man følger alle kapitlerne i håndbogen" (Sønderborg kommune).

- **Læringsredskab og inspiration til nye tiltag**

For flere af interviewkommunerne har håndbogen medført ændringer i, hvordan hjemmebesøgene udføres i praksis. For eksempel har Struer kommune hentet inspiration i håndbogen til at måle de ældre borgers funktionsevne ved hjælp af en mobilitets- og træthedsscore. Scoren anvendes til at screene borgerne og forebygge faldulykker. Generelt anvender kommunerne håndbogen som undervisnings- og inspirationsmateriale for blandt andet politikere og nye medarbejdere:

"Det var især interessant at læse om, hvordan borgernes funktionsevne kan måles. Vi bruger vores øjne og øre, men det kunne være en god idé at bruge mobilitets- og træthedsscoren som et redskab til at få konkret viden om borgernes funktionsevne" (Struer kommune).

"Mange af os er gamle i gårde, men jeg tror helt sikkert, at håndbogen vil finde anvendelse hos den næste generation af forebyggende medarbejdere. De kan bruge håndbogen til at orientere sig i, og få et overblik over, hvad et hjemmebesøg skal indeholde. De har brug for en guide, så de undgår at famle sig frem, som vi har gjort det gennem årene" (Herlev kommune).

"Men den har været en inspiration til noget af det vi gør anderledes, såsom når vi skal ud og have en samtale i gang. Før jeg kom til havde vi ikke en fælles spørgeguide. Det har vi nu. Og det har været med til at gøre det mere synligt for politikerne" (Aalborg).

- **Input til handlingsplaner og årsrapporter**

På forvaltningsniveau fortæller kommunerne, at håndbogens omfattende afdækning af indholdet af hjemmebesøgene, og hvordan ordningen i øvrigt kan organiseres, har givet input til at udarbejde årsrapporter og revidere handlingsplaner for de forebyggende hjemmebesøg:

”Vi har kigget den igennem og har fået gode ideer til at lave vores årlige arbejdsrapport. Jeg har også brugt den til at få ideer til at gøre arbejdet med hjemmebesøgene mere spændende” (Aalborg kommune).

”Som leder giver det også mig en pejling i forhold til, hvor vi vil hen, og om vi dækker de forskellige områder på en tilstrækkelig måde. Hvad tænker de andre, og er vi på rette kurs, eller mangler vi noget. Vi har ikke brugt den til at udarbejde handlingsplaner, men det vil vi helt sikkert gøre, når vi går ind i det næste år. Eksempelvis hvordan laver vi vores interviewguide” (Sønderborg kommune).

9.3 Kommunernes forslag til nye fokusområder i håndbogen

Kommunernes interesse for håndbogen kommer også til udtryk i en række anbefalinger til nye fokusområder, som kunne være relevante at belyse. Fokusområderne remses op i de følgende punkter:

- Erfaringer med at arbejde med kvalitetsstandarder
- Betydningen af kønsroller i hjemmebesøgene, herunder henholdsvis mænd og kvinders særlige ønsker og behov
- Ældres seksualitet
- En skildring af forskelle i ældregenerationer
- Erfaringer med at arbejde med data i omsorgssystemet, herunder dokumentation i form af effektmålinger og cost-benefit analyser
- Erfaringer med at arbejde med sundhedspædagogik, herunder mestringsbegrebet
- Ældres mentale sundhed, herunder depression og selvmord
- Ældres tænder
- Ældre med hørehandicap
- Betydningen af den frivillige verden i hjemmebesøgene

Bilag 1

Baggrund og metode

1.1 Baggrund

Socialministeriet har siden 2002 løbende bedt Ankestyrelsen om at følge kommunernes indsats og implementering af forebyggende hjemmebesøg. Undervejs har resultaterne medvirket til en lovændring i 2005, jf. lov nr. 299 af 27. april 2005 om forebyggende hjemmebesøg til ældre mv., som giver kommunerne mulighed for at undtage de borgere fra ordningen, der allerede modtager både personlig og praktisk hjælp.

Lovændringen gav kommunerne større mulighed for at målrette den forebyggende indsats til den gruppe af ældre, hvor effekten erfaringsmæssigt er størst. Derudover skal lovændringen medvirke til at målrette den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunen, så indsatsen bedre kan tilrettelægges efter lokale behov og øvrige tiltag på forebyggelsesområdet.

I 2007 gennemførte Ankestyrelsen en opfølgende undersøgelse som led i revisionen for at afdække i hvilket omfang kommunerne benyttede sig af lovændringen fra 2005. Undersøgelsens hovedresultat viste, at knapt syv ud af ti kommuner, som følge af lovændringen, ikke længere tilbød forebyggende hjemmebesøg til ældre, som både modtog personlig og praktisk hjælp.

Med aftalen om udmøntning af satspuljen for 2008 blev der i henholdsvis 2008 og 2010 afsat midler til yderligere at undersøge kommunernes indsats på området.

I 2008 udgav Ankestyrelsen derfor en håndbog med gode kommunale eksempler på fremadrettet og funktionel anvendelse af forebyggende hjemmebesøg. Herunder kommunernes prioritering af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

I december 2009 påbegyndte Ankestyrelsen undersøgelsen om de forebyggende hjemmebesøg. Den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af kommunernes håndtering af forebyggende hjemmebesøg blev gennemført i foråret 2010. Undersøgelsen havde til hensigt at følge op på

en tidligere undersøgelse fra 2007 samt at afdække i hvilket omfang de gode erfaringer fra håndbogen fra 2008 bliver anvendt i kommunerne³.

1.2 Metode

Undersøgelsen er gennemført som en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse og er suppleret med kvalitative interview med forebyggende medarbejdere og kommunale ledere i 11 kommuner.

Spørgeskemaundersøgelsen

Ankestyrelsen har i foråret 2010 indsamlet data i forbindelse med en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af kommunernes tilbud om forebyggende hjemmebesøg til ældre, der er fyldt 75 år. Samtlige 98 kommuner besvarede spørgeskemaet og besvarelsesprocenten er således 100.

Spørgeskemaet afspejler først og fremmest forskellige temaområder i relation til formålet og indholdet af den eksisterende lovgivning og vejledning til ordningen om forebyggende hjemmebesøg. Således sigter spørgeskemaundersøgelsen mod at afdække i hvilket omfang kommunerne på forvaltningsniveau imødekommer de lovmæssige krav til ordningen om forebyggende hjemmebesøg.

Spørgeskemaet er udarbejdet med afsæt i skemaet fra undersøgelsen i 2007, men revideret på en række punkter. Revisionen af spørgeskemaet er foretaget, dels for at gøre spørgeskemaet mere overskueligt, dels for at opdatere spørgeskemaet og give plads til nye og relevante temabaserede spørgsmål. Hvor det har været muligt og relevant, er resultaterne sammenholdt med resultaterne fra Ankestyrelsens rapport om forebyggende hjemmebesøg 2007 for at vise udviklingstendenser på de forskellige områder.

Ikke alle kommunebesvarelser fra spørgeskemaet fremgår i rapporten. Der henvises derfor til bilag 2, som indeholder samtlige resultater fra spørgeskemaundersøgelsen. De resultater, der er taget med i afsnittene er udvalgt, hvis de har været centrale og udslagsgivende i forhold til at give et aktuelt billede af kommunernes forvaltning af ordningen. Resultaterne supplerer desuden rapportens kvalitative del.

Samtlige af landets 98 kommuner har deltaget i undersøgelsen. Det vil sige en svarprocent på 100. Svarprocenten i de enkelte tabeller er således beregnet på den baggrund. Dette gælder også i de tilfælde, hvor et mindre antal kommuner har afgivet svar på et spørgsmål.

³ Dataindsamlingen er foretaget forud for vedtagelsen om, at kommunerne kun er forpligtet til at tilbyde ét årligt besøg. Den seneste lovændring berøres derfor ikke i rapporten.

Det er imidlertid ikke alle kommuner, der har svaret på samtlige spørgsmål. Derfor kan antallet af svarkommuner variere tabellerne imellem og være forskelligt fra antallet af kommuner i undersøgelsen. Antallet af besvarelser kan aflæses i de enkelte tabeller.

I nogle af rapportens tabeller har decimalafrundinger medført, at procenten ikke summer til 100. For anskuelighedens skyld er det alligevel valgt at anføre 100 som procentsum.

I forhold til spørgeskemaets spørgsmål 3.5 og 3.6 er der ikke indkommet tilstrækkelige besvarelser til, at der kan foretages en analyse, som kan give et validt billede af, hvor mange procent af kommunernes borgere over 75 år, der har modtaget henholdsvis ét, to eller flere besøg i 2009.

Spørgeskemaets spørgsmål 9.1 omhandler kommunernes udgifter til forebyggende hjemmebesøg i perioden 2007 til 2010. Nogle kommuner har imidlertid ikke indsendt de ønskede økonomioplysninger. Der er overvejende tale om manglende regnskabsoplysninger for 2007 og 2008.

For at få et fuldt dækkende billede af udgiftsudviklingen, har Ankestyrelsen indhentet oplysninger fra budget- og regnskabssystemet via Statistikbanken i Danmarks Statistik. De supplerende oplysninger om regnskab for 2007 og 2008 er hentet fra konto 5.33.001 og for budget 2009 fra konto 5.32.05.

Endelig skal det understreges, at undersøgelsen ikke afdækker lovændringen, som trådte i kraft den 1. juli 2010 og som pålægger kommunerne at tilbyde mindst ét forebyggende hjemmebesøg indenfor en 12 måneders periode til alle, der er fyldt 75 år. Resultatet skal ses i lyset af, at kommunerne på tidspunktet for besvarelsen af spørgeskemaet fortsat var lovmæssigt forpligtet til at tilbyde mindst to forebyggende hjemmebesøg.

Kvalitative interview

Ankestyrelsen har gennemført interview i 11 kommuner med forebyggende medarbejdere og ledere. Kommunerne er udvalgt på baggrund af geografiske kriterier. Der er desuden gennemført præinterview med de deltagende kommuner for at afdække, hvorvidt kommunen har særlig fokus på de forebyggende hjemmebesøg. I denne sammenhæng har det haft betydning, hvis kommunen kunne bidrage med gode eksempler på nye tendenser, der tegner billedet af de forebyggende hjemmebesøg i relation til en forebyggende og sundhedsfremmende indsats koblet med et socialt perspektiv.

Interviewene udmærker sig hver især ved at fremhæve nye organiserings- og arbejdsformer, idéer til projekter med en tværfaglig indsats samt anvendelsen af dokumentation i det forebyggende arbejde. Interviewkommunerne er derfor ikke anonyme, idet et af formålene

med undersøgelsen er at give inspiration til andre kommuner, som på eget initiativ vil kunne rette henvendelse til interviewkommunerne.

Interviewkommunerne udgjorde følgende: Tønder, Sønderborg, Struer, Fredericia, Aarhus, Aalborg, Odense, Næstved, Lejre, Odsherred og Herlev.

Selve interviewene er gennemført som semistrukturerede kvalitative interview. Den metodiske tilgang er valgt for at lade kommunerne komme til orde i forhold til et af følgende spørgsmål fra interviewguiden, som kommunen har fundet særlig relevant, *jf. bilag 4*:

- Styrkelse af forebyggelsesperspektivet
- Effekt og dokumentation
- Håndbogen om forebyggende hjemmebesøg

Begrundelsen for at interviewe 11 kommuner har primært været af metodiske hensyn i relation til formålet med undersøgelsen. Med undersøgelsens resultater er det tilstræbt, at opfange dybden og bredden i de problemstillinger, der kan være aktuelle og relevante for andre kommuner. Dette er blandt andet gjort ved en grundig bearbejdning og efterfølgende analyse af samtlige 11 interview. Undersøgelsens resultater vurderes således at have en almen udsigelseskraft.

Interviewene blev gennemført med både forebyggende medarbejdere og ledere. Formålet var at få et nuanceret billede af kommunens indsats set fra en forebyggende medarbejder, som i det daglige møder den ældre, og ledelsen, som har føling med den konkrete udvikling af området i form af projekter og politisk interesse.

Interviewene er optaget digitalt og efterfølgende transskriberet i deres fulde længde. Transskriberingerne danner grundlag for resultaterne i afsnittene og er i nogle tilfælde direkte citater, som enten er typiske eller meget sigende. Derudover er der foretaget en litteraturgennemgang af kommunernes indsatser i de forebyggende hjemmebesøg. Analysen af interviewenes enkelte temadele er således foretaget i relation til en større kontekst – nemlig kommunernes øvrige måder at organisere og udføre de forebyggende hjemmebesøg på.

Bilag 2 Data fra undersøgelsens kvantitative del

1.1 Samtlige tabeller i henhold til undersøgelsens spørgeskema

Samtlige tabeller nedenfor er nummereret i overensstemmelse med nummereringen af spørgsmålene i spørgeskemaet.

1.1.1 Formidling

Tablet 1.1 Med hvilket interval kontaktes de ældre med tilbud om forebyggende hjemmebesøg?

	Antal kommuner	Procent
2 gange årligt – forud for hvert besøg	43	44
1 gang årligt med tilbud om 2 besøg	48	49
Besøg aftales gang til gang	6	6
Uoplyst	1	1
Kommuner i alt	98	100

Tablet 1.2 Hvordan kontaktes de ældre ved 1. henvendelse med tilbud om 2 årlige hjemmebesøg?

	Antal kommuner	Procent
Der sendes brev med dato for besøget	67	68
Der sendes brev uden dato, hvor den ældre selv skal kontakte kommunen og aftale et besøg	22	22
Kontakt pr. telefon	1	1
Andet	8	8
Kommuner i alt	98	100

Tabel 1.3 Hvordan kontaktes de ældre **ved efterfølgende** henvendelse med tilbud om 2 årlige hjemmebesøg?

	Antal kommuner	Procent
Der sendes brev med dato for besøget	44	45
Der sendes brev uden dato, hvor den ældre selv skal kontakte kommunen og aftale et besøg	33	34
Kontakt pr. telefon	8	8
Andet	13	13
Kommuner i alt	98	100

Tabel 1.4 Gør kommunen noget særligt for at sikre sig, at de ældre har modtaget tilbud om forebyggende hjemmebesøg?

	Ved 1. henvendelse om besøg		Ved efterfølgende henvendelse om besøg	
	Antal kommuner	Procent	Antal kommuner	Procent
Der sendes et nyt brev med dato	20	20	25	26
Der sendes et nyt brev uden dato	8	8	14	14
Telefonisk opfølgning	23	23	17	17
Kontakt til pårørende (til f.eks. svage ældre)	3	3	3	3
Kommunen gør ikke noget særligt	38	39	31	32
Andet	12	12	11	11
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	93		85	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

Tabel 1.5 Gør kommunen noget særligt for at sikre sig, at de ældre kan forstå tilbud om forebyggende hjemmebesøg?

	Ved 1. henvendelse om besøg		Ved efterfølgende henvendelse om besøg	
	Antal kommuner	Procent	Antal kommuner	Procent
Kommunen orienterer om, hvad den ældre kan forvente af besøget (pjece el. lign.)	86	88	51	52
Anvender særligt udformet brev med eksempelvis større skrifttyper	49	50	46	47
Henvendelser på borgerens modersmål	8	8	5	5
Kommunen gør ikke noget særligt	2	2	5	5
Andet	10	10	15	15
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	97		83	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

Tablet 1.6 Hvordan orienterer kommunen generelt om ordningen med tilbud om 2 årlige forebyggende hjemmebesøg efter det fyldte 75. år?

	Antal kommuner	Procent
Der sendes brev	91	93
Kontakt pr. telefon	5	5
Kommunens hjemmeside	75	79
Informationsmøder	14	14
Annoncering (f.eks. i lokal TV, dagspressen)	14	14
Pjecer (f.eks. på biblioteket, hos læger)	45	46
Orientering i forbindelse med visitation	35	36
Orientering via hjemmeplejen/hjemmehjælpen	22	22
Andet	18	18
Kommuner i alt	98	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

1.1.2 Opfølgning

Tablet 2.1 Hvordan skal den ældre reagere for hjemmebesøget gennemføres?

	Den ældre skal reagere aktivt		Den ældre skal ikke reagere aktivt	
	Antal kommuner	Procent	Antal kommuner	Procent
Ældre, der får tilbud om besøg for første gang	27	28	71	72
Ældre, der regelmæssigt har modtaget besøg	33	34	61	62
Ældre, der af og til har modtaget besøg	36	37	56	57
Ældre, der senest har sagt nej til besøg	38	39	51	52
Ældre, der i en længere periode har sagt nej til besøg	38	39	51	52

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

Table 2.2 Hvad er kommunens praksis, hvis den ældre takker nej til besøg?

	Ved 1. henvendelse om besøg		Ved efterfølgende henvendelse om besøg	
	Antal kommuner	Procent	Antal kommuner	Procent
Kommunen foretager sig ikke yderligere, men afventer, at den ældre selv giver besked	16	16	18	18
Der aftales nyt besøg med det samme	5	5	8	8
Den ældre får tilbuddet et halvt år efter	35	33	38	39
Andet	52	53	41	42
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	91		83	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

Table 2.3 Hvad er kommunernes praksis, hvis den ældre takker nej til besøg og selv ønsker at give besked, når der bliver behov for besøg?

	Antal kommuner	Procent
Den ældre får tilbuddet halvårligt	13	13
Den ældre får tilbuddet et år efter	51	52
Den ældre kontaktes igen når han/hun fylder 80 år	9	9
Kommunen foretager sig ikke yderligere, men afventer, at den ældre giver besked, når der ønskes besøg	18	18
Andet	18	18
Kommuner i alt	98	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

1.1.3 Målgruppe

Table 3.1 Tilbyder kommunen 2 årlige forebyggende hjemmebesøg til ældre over 75 år, som både modtager personlig og praktisk hjælp?

	Antal kommuner	Procent
Ja	18	18
Nej	80	82
Kommuner i alt	98	100

Table 3.2 Er kommunen særlig opmærksom på at gennemføre besøg hos følgende risikogrupper?

	Antal kommuner	Procent
Enker/enkemænd	67	68
Ældre med anden etnisk baggrund end dansk	12	12
Borgere med livsstilssygdomme (diabetes, KOL, hjertekarsygdomme mv.)	14	
Demente	26	27
Udskrevne efter hospitalsophold	17	17
Udsatte ældre fx ældre, der har isoleret sig	39	40
Andre grupper	27	28
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	83	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

Table 3.2a Fra hvilken alder tilbydes risikogrupper besøg?

	50 år	55 år	60 år	65 år	70 år	75 år	Kommuner i alt
Enker/enkemænd	-	-	2	8	6	63	79
Ældre med anden etnisk baggrund end dansk	-	-	1	2	1	55	59
Borgere med livsstilssygdomme (diabetes, KOL, hjertekarsygdomme mv.)	1	-	-	-	-	57	58
Demente	2	-	-	1	1	55	59
Udskrevne efter hospitalsophold	1	-	-	1	-	55	57
Udsatte ældre fx ældre, der har isoleret sig	1	-	-	-	2	60	63
Andre grupper	-	-	-	-	-	51	51

Table 3.3 Gør kommunen noget særligt over for ældre borgere med anden etnisk baggrund end dansk?

	Antal kommuner	Procent
Ja	18	18
Nej	79	81
Uoplyst	1	1
Kommuner i alt	98	100

Tabel 3.4 Hvordan foregår kontakten til de ældre med anden etnisk baggrund end dansk?

	Antal kommuner	Procent
Kontakten foregår sammen med de ældres voksne børn, ægtefællen og den ældre selv	11	11
Kommunen rådgiver og vejleder om mulighed for hjælp og støtte, herunder om de særlige hjælpeforanstaltning kommunen kan tilbyde	10	10
Kommunen afholder fællesmøder med grupper af ældre med samme etniske baggrund	5	5
Kommunen har ansat tosprogede forebyggende medarbejdere	3	3
Kommunen har ansat tosprogede medarbejdere til at bistå forebyggende medarbejdere	4	4
Andet	12	12
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	18	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

1.1.4 Organisering og samarbejde

Tabel 4.1 Hvor er ordningen administrativt forankret i kommunen?

	Antal kommuner	Procent
Ældre- og omsorgsområdet	35	36
Sundhedsområdet	49	50
Socialområdet	4	4
Anden organisering	7	7
Uoplyst	3	3
Kommuner i alt	98	100

Tabel 4.2 Indgår de forebyggende hjemmebesøg i kommunens sundhedsaftale med regionen?

	Antal kommuner	Procent
Ja	5	5
Nej	88	90
Uoplyst	5	5
Kommuner i alt	98	100

Table 4.2a Indgår de forebyggende hjemmebesøg i den samlede tværsektorielle indsats i forhold til følgende områder?

	Antal kommuner	Procent
Indlæggelses- og udskrivningsforløb	1	1
Træningsområdet	2	2
Behandlingsredskaber og hjælpemidler	1	1
Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse	4	4
Indsatsen for mennesker med sindslidelser	1	1
Andet	1	1
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	5	

Note: 4 kommunerne har besvaret spørgsmålet, derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

Table 4.3 Inddrager de forebyggende medarbejdere en eller flere af følgende samarbejdspartnere i den forebyggende indsats?

	Antal kommuner	Procent
Visitation - hjælpemidler	91	93
Ældreplejen – personlig og praktisk hjælp	84	86
Plejehjem – dagtilbud	61	62
Demenskoordinator	89	91
Diætister	40	41
Døv- blindekonsulent	61	62
Den kommunale frivillighedskonsulent	44	45
Den kommunale integrationskonsulent	14	14
Praktiserende læge	76	78
Hospitaler fx geriatrisk team	24	24
Andre	46	47
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	95	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

Table 4.4 Koordinerer de forebyggende hjemmebesøg den forebyggende indsats med andre forvaltninger i kommunen?

	Antal kommuner	Procent
Ja	25	26
Nej	72	73
Uoplyst	1	1
Kommuner i alt	98	100

1.1.5 Forebyggelsesindsatsen

Tablet 5.1 Hvilke af følgende indsatsområder har de forebyggende hjemmebesøg fokus på?

	Sociale forhold og økonomi	
	Antal kommuner	Procent
Borgerens sociale netværk, fx kontakt til ældreklubber	96	98
Borgerens kontakt til familie og nære relationer	94	96
Ensomhed, social isolation og tanker om selvmord	94	96
Sorgbearbejdelse fx ved tab af ægtefælle	93	95
Borgerens økonomiske situation	70	71
	Funktionsevne og helbredsmæssige forhold	
	Antal kommuner	Procent
Råd og vejledning om kost fx til ældre med vægtproblemer	96	98
Råd og vejledning og fysisk aktivitet og træning til ældre	97	99
Borgere med kroniske sygdomme fx diabetes og KOL	91	93
Borgere, der er i risiko for at falde, herunder anvendelse af trætheds- og mobilitetsscore	81	83
Tidlige tegn på demens	95	97
Nedsat syn og hørelse	95	97
Psykelige lidelser, herunder evt. kombineret med misbrug	83	95
Rygeafvænning	81	83
Andet	71	72
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	97	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

1.1.6 Personale og uddannelse

Tablet 6.1 Hvilken uddannelsesbaggrund har det forebyggende personale?

	Antal kommuner	Procent
Social- og sundhedshjælper	2	2
Social- og sundhedsassistent	32	33
Sygeplejerske	79	81
Socialrådgiver	8	8
Socialformidler	2	2
Fysioterapeut	24	24
Ergoterapeut	47	48
Andet	15	15

Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	97
---	----

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

Tabel 6.2 Udfører personalet alene forebyggende hjemmebesøg?

	Antal kommuner	Procent
Ja	55	56
Nej	42	43
Uoplyst	1	1
Kommuner i alt	98	100

Tabel 6.2a Øvrige arbejdsområder

	Antal kommuner	Procent
Sagsbehandling og visitation af hjælpemidler	5	5
Tilknyttet væresteder og sociale tilbud	2	24
Afholdelse af kurser og temadage	10	12
Andet	19	45
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	27	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

Tabel 6.3 Hvilke uddannelsesinitiativer tilbydes medarbejdere til den forebyggende indsats?

	Antal kommuner	Procent
Målrettet uddannelse/kurser, som følge af kommunernes nye opgaver	31	32
Opkvalificering via efteruddannelse og kurser	82	84
Ingen uddannelsesmæssige initiativer, men har planlagt at iværksætte disse	4	4
Påtænker ikke at iværksætte særlige uddannelsesinitiativer	6	6
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	96	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

Tabel 6.4 har I erfaring med ERFA- grupper på forebyggelsesområdet, for eksempel sammen med andre kommuner eller relevante interessenter?

	Antal kommuner	Procent
Ja	92	94
Nej	5	5
uoplyst	1	1
Kommuner i alt	98	100

1.1.7 Samtalen

Tabel 7.1 Hvilke redskaber anvender personalet i forbindelse med gennemførelsen af de forebyggende hjemmebesøg?

	Antal kommuner	Procent
Checklister, der sikre, at det forebyggende personale "kommer rundt" om alle vigtige spørgsmål	44	45
Faste procedurer, der indebærer, at de forebyggende hjemmebesøg gennemføres efter en ensartet metode og standard	26	27
Anvendelser af forskellige former for screening af risikogrupper samt opfølgning herpå	20	20
Særlig samtale- og interviewteknik, som det forebyggende personale anvender	40	41
Samtalen tager udgangspunkt i den ældres egne ønsker	82	84
Andet	17	14
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	97	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

Tabel 7.2 Hvad prioriteres i samtalen under det forebyggende hjemmebesøg?

	Antal kommuner	Procent
At den ældre klarer sig i dagligdagen med hensyn til personlig og praktisk hjælp mv.	89	91
At formidle viden om sociale aktiviteter og aktiverende tilbud i kommunen	96	98
Borgerens fysiske funktionsevne	94	96
Borgerens psykiske velbefindende	94	96
Borgerens sociale relationer, herunder kontakt til familie og venner	95	97
Orientering om forebyggende tilbud, f.eks. idræt og motion	95	97
Orientering om handlemuligheder som følge af sygdom	86	88
Støtte borgeren med hensigtsmæssig boligindretning	83	85
Økonomiske spørgsmål	58	59
Forslag til brug for nye tiltag i kommunen	37	38
Andet	-	-
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	97	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

1.1.8 Målsætninger og dokumentation

Table 8.1 Har kommunen fastsat kvalitetsstandarder eller lignende for de forebyggende hjemmebesøg?

	Antal kommuner	Procent
Ja	55	56
Nej	40	41
Uoplyst	3	3
Kommuner i alt	98	100

Table 8.2 Har kommunen formuleret succeskriterier for forebyggende hjemmebesøg?

	Antal kommuner	Procent
Ja	26	27
Nej	70	71
Uoplyst	2	2
Kommuner i alt	98	100

Table 8.2a Er de politisk/administrativt besluttet?

	Politisk bestemt		Administrativt bestemt	
	Antal kommuner	Procent	Antal kommuner	Procent
Ja	16	62	17	65
Nej	9	34	3	12
Uoplyst	1	4	6	23
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	26	100	26	100

Table 8.3 Indsamler kommunen systematisk oplysninger i forbindelse med at dokumentere de forebyggende hjemmebesøg?

	Antal kommuner	Procent
Ja	63	64
Nej	34	35
Uoplyst	1	1
Kommuner i alt	98	100

Tablet 8.3a Hvad indeholder oplysningerne?

	Antal kommuner	Procent
Den ældres funktionsevne	31	32
Sociale og personlige forhold	31	32
Henvisninger	39	40
Andet	22	22
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	58	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

Tablet 8.4 Anvender kommunen den indsamlede viden og erfaringer?

	Antal kommuner	Procent
Ja	46	47
Nej	15	15
Uoplyst	37	38
Kommuner i alt	98	100

Tablet 8.4a Hvad anvendes oplysningerne til?

	Antal kommuner	Procent
Opfølgning på kvalitetsstandarderne	16	16
Information til kommunalbestyrelsen	32	33
Iværksættelse af nye initiativer/beslutninger (f.eks. om samspillet mellem frivillige)	35	36
Andet	12	12
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	45	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

Tablet 8.5 Dokumenterer kommunen effekterne af forebyggende hjemmebesøg?

	Antal kommuner	Procent
Ja	13	13
Nej	33	34
Uoplyst	42	43
Kommuner i alt	98	100

1.1.9 Udgifter 2007-2010

Se afsnit 1.2 i dette bilag.

1.1.10 Håndbog om forebyggende hjemmebesøg

Tablet 10.1 Er kommunen bekendt med Ankestyrelsens håndbog om forebyggende hjemmebesøg fra 2008?

	Antal kommuner	Procent
Ja	92	94
Nej	6	6
Kommuner i alt	98	100

Tablet 10.1a Hvordan har kommunerne fået kendskab til håndbogen?

	Antal kommuner	Procent
Håndbogen blev tilsendt	63	68
Ankestyrelsens hjemmeside	21	23
Foreningen Sundhedsfremmende Forebyggende hjemmebesøg (SUFO) har gjort opmærksomhed på den	45	49
Andet	12	13
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	88	

Note: Kommunerne har haft mulighed for at afkrydse flere svarmuligheder. Derfor summer tabellen ikke til 100 procent.

Tablet 10.1b Har håndbogen betydet ændringer på policy-niveau fx, ændringer i handlingsplaner?

	Antal kommuner	Procent
Ja	12	13
Nej	78	85
Uoplyst	2	2
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	92	100

Tablet 10.1c Har håndbogen betydet ændringer i udførelsen af hjemmebesøg?

	Antal kommuner	Procent
Ja	15	16
Nej	74	80
Uoplyst	3	3
Kommuner i alt, der har svaret på spørgsmålet	92	100

1.2 Udgifter til forebyggende hjemmebesøg i 2007 - 2009

Undersøgelsen viser, at kommunernes udgifter til forebyggende hjemmebesøg på landsplan har været stigende i perioden 2007 til 2009, *jf. tabel 9.1*.

Tabel 9.1 Oplys kommunens udgifter til forebyggende hjemmebesøg 2007-2010?

	Regnskab 2007	Regnskab 2008	Budget 2009
Udgifter til forebyggende hjemmebesøg i mio. kr.	125,1	132,0	145,8
Procentdel af alle kommuner	88	93	94

Note: Ankestyrelsens undersøgelse om forebyggende hjemmebesøg og Danmarks Statistik, Statistikbanken, kommunernes regnskaber i 2007-08, konto: 5.33.001 og kommunernes budgetter i 2009, konto: 5.32.05.

Det er ikke alle kommuner, der har indsendt oplysninger om udgifterne til forebyggende hjemmebesøg. Der er især tale om manglende regnskabsoplysninger for 2007 og 2008. Ankestyrelsen har suppleret de manglende indberettede oplysninger om udgifter til forebyggende hjemmebesøg med oplysninger fra budget og regnskabsystemet i de tilfælde, hvor det har været muligt.

De supplerende oplysninger om udgifterne i de enkelte kommuner er hentet fra Statistikbanken i Danmarks Statistik. For regnskab 2007 og 2008 er de supplerende oplysninger hentet fra konto 5.33.001. For budget 2009 er oplysningerne hentet fra konto 5.32.05.

1.2.1 Forskelle mellem kommunerne

Forskelle i prioritering og tilrettelæggelse af de forebyggende hjemmebesøg kan have betydning for den enkelte kommunes udgiftsniveau. Det samme gælder andelen af kommunens ældre over 75 år, der modtager både personlig og praktisk hjælp, og derfor kan være undtaget fra ordningen.

Endelig kan andelen af ældre, der takker nej være forskellig i kommunernes. Dette har således også betydning for udgiftsniveauet i den enkelte kommune.






Sammenholdes kommunernes budgetterede udgifter i 2009 med det samlede antal ældre på 75 år og derover fremgår det, at der er forskel på kommunernes udgifter, *jf. kort 1*.

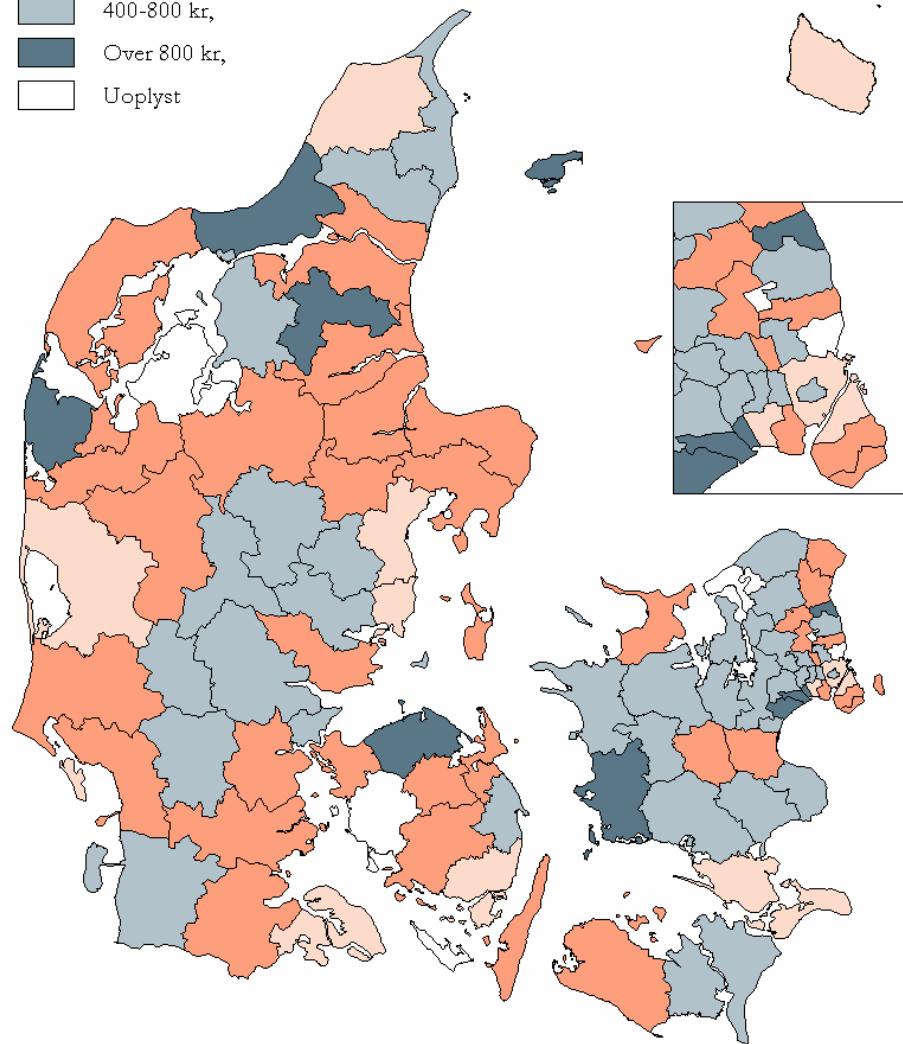
Kommunerne i Region Sjælland og Region Nordjylland har de højeste gennemsnitlige udgifter til forebyggende hjemmebesøg på henholdsvis 499 kr. og 427 kr. pr. 75+ årige. Omvendt har kommunerne i Region Hovedstaden de laveste gennemsnitlige udgifter til

forebyggende hjemmebesøg, nemlig 334 kr. På landsplan er gennemsnitsudgiften til hjemmebesøgene på 379 kr. pr. 75+ årige.

Kort 1 Udgifter til forebyggende hjemmebesøg til ældre i 2009 pr. ældre på 75 år og derover. B2009

Udgifter pr 75 årige +

-  Under 200 kr,
-  200-400 kr,
-  400-800 kr,
-  Over 800 kr,
-  Uoplyst





Spørgeskema til undersøgelse af kommunernes tilbud om forebyggende hjemmebesøg til ældre

Spørgsmål vedrørende skemaerne kan rettes til:

Mette de Bang, tlf.: 33 41 16 18, e-mail: mdb@ast.dk
eller
Samuel Nielsen, tlf.: 33 41 16 30, e-mail: ssn@ast.dk

Identifikation

Kommune:

Kontaktperson:

Telefonnummer:

E-mail:

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



1. Formidling

1.1 Med hvilket interval kontaktes de ældre med tilbud om forebyggende hjemmebesøg?

- 1. 2 gange årligt - forud for hvert besøg
- 2. 1 gang årligt med tilbud om 2 besøg
- 3. Besøg aftales fra gang til gang
- 4. Uoplyst

1.2 Hvordan kontaktes de ældre **ved 1. henvendelse** med tilbud om 2 årlige hjemmebesøg?

- 1. Der sendes et brev med dato for besøget
- 2. Der sendes brev uden dato, hvor den ældre selv skal kontakte kommunen og aftale et besøg
- 3. Kontakt pr telefon
- 4. Andet

1.3 Hvordan kontaktes de ældre **ved efterfølgende henvendelse** med tilbud om 2 årlige hjemmebesøg?

- 1. Der sendes et brev med dato for besøget
- 2. Der sendes brev uden dato, hvor den ældre selv skal kontakte kommunen og aftale et besøg
- 3. Kontakt pr telefon
- 4. Andet

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



1. Formidling

1.4 Gør kommunen noget særligt for at sikre sig, at de ældre har modtaget tilbud om forebyggende hjemmebesøg?

	Ved 1. henvendelse	Ved efterfølgende henvendelse
1. Der sendes et nyt brev med dato	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
2. Der sendes et nyt brev uden dato	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
3. Telefonisk opfølgning	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
4. Kontakt til pårørende (til fx svage ældre)	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
5. Kommunen gør ikke noget særligt	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
6. Andet	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



1. Formidling

1.5 Gør kommunen noget særligt for at sikre sig, at de ældre kan forstå tilbud om forebyggende hjemmebesøg?

	Ved 1. henvendelse	Ved efterfølgende henvendelse
1. Kommunen orienterer om, hvad den ældre kan forvente af besøget (pjece eller lignende)	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
2. Anvender særligt udformet brev med eksempelvis større skriftstyper	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
3. Henvendelser på borgerens modersmål	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
4. Kommunen gør ikke noget særligt	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
5. Andet	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
-Hvis andet, angiv hvad	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



1. Formidling

1.6 Hvordan orienterer kommunen generelt om ordningen med tilbud om 2 årlige forebyggende hjemmebesøg efter det fyldte 75. år?

- 1. Der sendes et brev
- 2. Kontakt pr. telefon
- 3. Kommunens hjemmeside
- 4. Informationsmøder
- 5. Annoncering (fx i lokal TV, dagspressen)
- 6. Pjecer (fx på biblioteket, hos læger)
- 7. Orientering i forbindelse med visitationen
- 8. Orientering via hjemmeplejen/hjemmehjælpen
- 9. Andet - angiv hvordan:

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



2. Opfølgning

2.1 Hvordan skal den ældre reagere for at hjemmebesøget gennemføres?

	Den ældre skal reagere aktivt	Den ældre skal ikke reagere aktivt
1. Ældre, der får tilbud om besøg for første gang	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
2. Ældre, der regelmæssigt har modtaget besøg	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
3. Ældre, der af og til har modtaget besøg	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
4. Ældre, der senest har sagt nej til besøg	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
5. Ældre, der i en længere periode har sagt nej til besøg	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



2. Opfølgning

2.2 Hvad er kommunens praksis, hvis den ældre takker nej til besøg?

	Ved 1. henvendelse	Ved efterfølgende henvendelse
1. Kommunen foretager sig ikke yderligere, men afventer, at den ældre selv giver besked	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
2. Der aftales nyt besøg med det samme	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
3. Den ældre får tilbuddet et halvt år efter	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
4. Andet	<input type="checkbox"/> Marker	<input type="checkbox"/> Marker
-Hvis andet, angiv interval	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



2. Opfølgning

2.3 Hvad er kommunens praksis, hvis den ældre takker nej til besøg og selv ønsker at give besked, når der bliver behov for besøg?

- 1. Den ældre får tilbuddet halvårligt
- 2. Den ældre får tilbuddet et år efter
- 3. Den ældre kontaktes igen når han/hun fylder 80 år
- 4. Kommunen foretager sig ikke yderligere, men afventer, at den ældre giver besked, når der ønskes besøg
- 5. Andet

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



3. Målgruppe

3.1 Tilbyder kommunen 2 årlige forebyggende hjemmebesøg til ældre over 75 år, som både modtager personlig og praktisk hjælp? 1. Ja 2. Nej

3.2 Er kommunen særlig opmærksom på at gennemføre besøg hos følgende risikogrupper¹

- 1. Enker/enkemænd
- 2. Ældre med anden etnisk baggrund end dansk
- 3. Borgere med livstilssygdomme (diabetes, KOL, hjertekarsygdomme mv.)
- 4. Demente
- 5. Udskrevne efter hospitalsophold
- 6. Udsatte ældre, for eksempel ældre, der har isoleret sig
- 7. Andre - angiv hvilke:

3.2a Fra hvilken alder tilbydes risikogrupper besøg?

- | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Enker/enkemænd | <input type="radio"/> 50 år | <input type="radio"/> 55 år | <input type="radio"/> 60 år | <input type="radio"/> 65 år | <input type="radio"/> 70 år | <input type="radio"/> 75 år |
| 2. Ældre med anden etnisk baggrund end dansk | <input type="radio"/> 50 år | <input type="radio"/> 55 år | <input type="radio"/> 60 år | <input type="radio"/> 65 år | <input type="radio"/> 70 år | <input type="radio"/> 75 år |
| 3. Borgere med livsstilsygdomme (diabetes, KOL, hjertekarsygdomme mv.) | <input type="radio"/> 50 år | <input type="radio"/> 55 år | <input type="radio"/> 60 år | <input type="radio"/> 65 år | <input type="radio"/> 70 år | <input type="radio"/> 75 år |
| 4. Demente | <input type="radio"/> 50 år | <input type="radio"/> 55 år | <input type="radio"/> 60 år | <input type="radio"/> 65 år | <input type="radio"/> 70 år | <input type="radio"/> 75 år |
| 5. Udskrevne fra hospitalsophold | <input type="radio"/> 50 år | <input type="radio"/> 55 år | <input type="radio"/> 60 år | <input type="radio"/> 65 år | <input type="radio"/> 70 år | <input type="radio"/> 75 år |
| 6. Udsatte ældre | <input type="radio"/> 50 år | <input type="radio"/> 55 år | <input type="radio"/> 60 år | <input type="radio"/> 65 år | <input type="radio"/> 70 år | <input type="radio"/> 75 år |
| 7. Andre grupper | <input type="radio"/> 50 år | <input type="radio"/> 55 år | <input type="radio"/> 60 år | <input type="radio"/> 65 år | <input type="radio"/> 70 år | <input type="radio"/> 75 år |

¹ Med risikogrupper forstås borgere, som har eller er i risiko for at få fysiske, psykiske og/eller sociale problemer, som kræver en særlig indsats.

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



3. Målgruppe

3.3 Gør kommunen noget særligt over for ældre borgere med anden etnisk baggrund end dansk?

- 1. Ja
- 2. Nej - springer til spm. 3.5

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



3. Målgruppe

3.4 Hvordan foregår kontakten til de ældre med anden etnisk baggrund end dansk?

- 1. Kommunen har ansat tosprogede forebyggende medarbejdere
- 2. Kommunen har ansat tosprogede medarbejdere til at bistå forebyggende medarbejdere
- 3. Kontakten foregår sammen med de ældres voksne børn, ægtefællen og de ældre selv
- 4. Kommunen rådgiver og vejleder om mulighed for hjælp og støtte, herunder de særlige hjælpeforanstaltninger kommunen kan tilbyde
- 5. Kommunen afholder fællesmøder med grupper af ældre med samme etniske baggrund
- 6. Andet

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



3. Målgruppe

3.5 Hvor mange ældre i kommunen var ved udgangen af 2009 fyldt 75 år?

3.6 Hvor mange ældre, der fyldte 75 år, fik besøg i 2009¹

3.6.1 Et besøg: Angiv antal personer

3.6.2 To besøg: Angiv antal personer

3.6.3 Flere end to besøg: Angiv antal personer

¹ I spørgsmålet skelnes der mellem tilbud om forebyggende hjemmebesøg og antallet af hjemmebesøg, der reelt er gennemført hos den enkelte borger.

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



4. Organisering og samarbejde

4.1 Hvor er ordningen administrativt forankret i kommunen?

- 1. Ældre- og omsorgsområdet
- 2. Sundhedsområdet
- 3. Socialområdet
- 4. Anden organisering

Hvis anden organisering, angiv hvor

4.2 Indgår de forebyggende hjemmebesøg i kommunens sundhedsaftale med regionen?

- 1. Ja
- 2. Nej

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



4. Organisering og samarbejde

4.2a Indgår de forebyggende hjemmebesøg i den samlede tværsektorielle indsats i forhold til følgende områder?

- 1. Indlæggelse- og udskrivningsforløb
 - 2. Træningsområdet
 - 3. Behandlingsredskaber og hjælpemidler
 - 4. Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
 - 5. Indsatsen for mennesker med sindslidelser
 - 6. Andet
-

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



4. Organisering og samarbejde

4.3 Inddrager de forebyggende medarbejdere en eller flere af følgende samarbejdsparter i den forebyggende indsats?

- 1. Visitationen - hjælpemidler
- 2. Ældreplejen - personlig og praktisk hjælp
- 3. Plejehjem - dagtilbud
- 4. Demenskoordinator
- 5. Diætister
- 6. Døv-blindekonsulent
- 7. Den kommunale frivillighedskonsulent
- 8. Den kommunale integrationskonsulent
- 9. Praktiserende læge
- 10. Hospitaler fx geriatrisk team
- 11. Andre

4.4 Koordinerer de forebyggende hjemmebesøg den forebyggende indsats med andre forvaltninger i kommunen?

- 1. Ja
- 2. Nej

Hvis ja, angiv hvilke

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



5. Forebyggelsesindsatsen

5.1 Hvilke af følgende indsatsområder har de forebyggende hjemmebesøg fokus på?

Sociale forhold og økonomi

- 1. Borgerens sociale netværk fx kontakt til ældreklubber
- 2. Borgerens kontakt til familie og nære relationer
- 3. Ensomhed, social isolation og tanker om selvmord
- 4. Sorgbearbejdelse fx ved tab af ægtefælle
- 5. Borgerens økonomiske situation

Funktionsevne og helbredsmæssige forhold

- 1. Råd og vejledning om kost fx til ældre med vægtproblemer
- 2. Råd og vejledning om fysiske aktivitet og træning til ældre
- 3. Borgere med kroniske sygdomme fx diabetes og KOL
- 4. Borgere, der er i risiko for at falde, herunder anvendelse af en trætheds- og mobilitetsscore
- 5. Tidlige tegn på demens
- 6. Nedsat syn og hørelse
- 7. Psykiske lidelser
- 8. Misbrugsproblemer
- 9. Rygeafvænning

5.2 Hvilke øvrige forebyggende tiltag har kommunen iværksat i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg?

Giv venligst gode eksempler på dette i bemærkningsfeltet.

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



6. Personale og uddannelse

6.1 Hvilken uddannelsesbaggrund har det forebyggende personale?

- 1. Social- og sundhedshjælper
- 2. Social- og sundhedsassistent
- 3. Sygeplejerske
- 4. Socialrådgiver
- 5. Socialformidler
- 6. Fysioterapeut
- 7. Ergoterapeut
- 8. Andet - angiv hvilke

6.2 Udfører personalet alene forebyggende hjemmebesøg?

- 1. Ja
- 2. Nej

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



6. Personale og uddannelse

6.2a Øvrige arbejdsområder

- 1. Sagsbehandling og visitation af hjælpemidler
- 2. Tilknyttet væresteder og sociale tilbud
- 3. Afholdelse af kurser og temadage
- 4. Andet - angiv hvad

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



6. Personale og uddannelse

6.3 Hvilke uddannelsesinitiativer tilbydes medarbejdere til den forebyggende indsats?

- 1. Målrettet uddannelse/kurser, som følge af kommunernes nye opgaver
- 2. Opkvalificering via efteruddannelse og kurser
- 3. Ingen uddannelsesmæssige initiativer, men planer om at iværksætte disse
- 4. Kommunen påtænker ikke at iværksætte særlige uddannelsesinitiativer

6.4 Har I erfaring med ERFA-grupper på forebyggelsesområdet, fx sammen med andre kommuner eller andre relevante interessenter?

- 1. Ja
- 2. Nej

Hvis Ja, giv venligst gode eksempler på dette.

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



7. Samtalen

7.1 Hvilke redskaber anvender personalet i forbindelse med gennemførelsen af forebyggende hjemmebesøg?

- 1. Checklister, der sikrer, at det forebyggende personale "kommer rundt" om alle vigtige spørgsmål
- 2. Faste procedurer, der indebærer, at de forebyggende hjemmebesøg gennemføres efter en ensartet metode og standard
- 3. Anvendelse af forskellige former for screening af risikogrupper samt opfølgning herpå
- 4. Særlig samtale- eller interviewteknik, som det forebyggende personale anvender
- 5. Samtalen tager udgangspunkt i den ældres egne ønsker
- 6. Andet - angiv hvilket

7.2 Hvad prioriteres i samtalen under det forebyggende hjemmebesøg?

- 1. At den ældre klarer sig i dagligdagen med hensyn til personlig og praktisk hjælp mv.
- 2. At formidle viden om sociale aktiviteter og aktiverende tilbud i kommunen
- 3. Borgerens fysiske funktionsevne
- 4. Borgerens psykiske velbefindende
- 5. Borgerens sociale relationer, herunder kontakt til familie og venner
- 6. Orientering om forebyggende tilbud, fx idræt og motion
- 7. Orientering om handlemuligheder som følge af sygdom
- 8. Støtte til borgeren med hensigtsmæssig boligindretning
- 9. Økonomiske spørgsmål
- 10. Andet

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



8. Målsætninger og dokumentation

8.1 Har kommunen fastsat kvalitetsstandarder eller lignende for forebyggende hjemmebesøg?

1. Ja
 2. Nej

Hvis ja , angiv kort indholdet

8.2 Har kommunen formuleret succeskriterier for forebyggende hjemmebesøg?

1. Ja
 2. Nej

Hvis Ja, angiv kort indholdet:

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



8. Målsætninger og dokumentation

8.2a.1 Er de politisk besluttet?

1. Ja
 2. Nej

8.2a.2 Er de administrativt besluttet?

1. Ja
 2. Nej

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



8. Målsætninger og dokumentation

8.3 Indsamler kommunen systematisk oplysninger i forbindelse med at dokumentere de forebyggende hjemmebesøg?

1. Ja
 2. Nej

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



8. Målsætninger og dokumentation

8.3a Hvad indeholder oplysningerne?

- 1. Den ældres funktionsevne
- 2. Sociale og personlige forhold
- 3. Henvisninger
- 4. Andet - angiv hvad:

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



8. Målsætninger og dokumentation

8.4 Anvender kommunen den indsamlede viden og erfaringer?

1. Ja
 2. Nej

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



8. Målsætninger og dokumentation

8.4a Hvad anvendes oplysningerne til?

- 1. Opfølgning på kvalitetsstandarderne
- 2. Information til kommunebestyrelsen
- 3. Iværksættelse af nye initiativer/beslutninger (fx om samspillet med frivillige)
- 4. Andet - angiv hvad:

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



8. Målsætninger og dokumentation

8.5 Dokumenterer kommunen effekterne af forebyggende hjemmebesøg?

1. Ja
 2. Nej

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



9. Udgifter 2007 - 2010

9.1 Oplys kommunens udgifter til forebyggende hjemmebesøg 2007 - 2010

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. Regnskab 2007 | <input type="text"/> |
| 2. Regnskab 2008 | <input type="text"/> |
| 3. Budget 2009 | <input type="text"/> |
| 4. Budget 2010 | <input type="text"/> |

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



10. Håndbog om forebyggende hjemmebesøg

10.1 Er kommunen bekendt ned Ankestyrelsens håndbog om forebyggende hjemmebesøg fra 2008?

1. Ja
 2. Nej

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK



10. Håndbog om forebyggende hjemmebesøg

10.1a Hvordan har kommunen fået kendskab til håndbogen?

- 1. Håndbogen blev tilsendt
- 2. Ankestyrelsens hjemmeside
- 3. Foreningen Sundhedsfremmende Forebyggende hjemmebesøg (SUFO) har gjort os opmærksom på den
- 4. Andet - angiv hvordan

10.1b Har håndbogen betydet ændringer på policy-niveau f.eks ændringer i handlingsplaner?

- 1. Ja
- 2. Nej

Hvis Ja, Beskriv hvordan

10.1c Har håndbogen betydet ændringer i udførelsen af hjemmebesøg?

- 1. Ja
- 2. Nej

Hvis Ja, Beskriv hvordan

Tryk på "ok", for at fortsætte.

OK

This request took 9.53 seconds of real time (v8.2 build 1391).



Interviewguide til undersøgelse om forebyggende hjemmebesøg til ældre 2009

Fokusområder:

1. Styrkelse af forebyggelsesaspektet
2. Effekt og dokumentation
3. Håndbogen om forebyggende hjemmebesøg

1. Styrkelse af forebyggelsesaspektet i de forebyggende hjemmebesøg

Organisering og forebyggende tiltag

- Hvor er ordningen administrativt forankret i kommunen, fx ældre- og omsorgsområdet, sundhedsområder, socialområdet? Fordele/ulemper?
- Eksisterende forebyggende indsatser sigter primært mod korttidsvirkninger ved at opretholde de ældres funktionsevne, dvs. evne til at udføre almindelige aktiviteter af fysisk, psykisk og social karakter, og ved oprettelse af livsomsstændigheder, som har betydning for de ældres livskvalitet.

Skelner I mellem primære, sekundære og tertiære forebyggende tiltag i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg¹? Har I gode erfaringsmæssige eksempler på de forskellige tiltag?

Tværfaglig og tværsektorielle indsat

- Er de forebyggende hjemmebesøg samordnet med den øvrige forebyggelse og sundhedsfremmende indsat i kommunen, fx indskrevet i kommunens sundhedsaftale med regionen?
- Er der særlige områder i kommunens sundhedsaftale med regionen, som de forebyggende hjemmebesøg er samordnet med? (Indlæggelses- og udskrivningsforløb, træningsområdet, behandlingsredskaber og hjælpemidler, forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, indsatsen for mennesker med sindslidelser, andet)
- Er der særlige samarbejdsparter, som inddrages i udførelsen af de forebyggende hjemmebesøg fx geriatrik team på sygehuse, praktiserende læge?
- Har I eksempler på hvordan de forebyggende hjemmebesøg er koordineret med andre forvaltninger i kommunen?

Samtale om forebyggelse

- Forebyggelse er ikke en adskilt adfærd fra den praktiske hverdag, men at man skal tænke i forebyggelse ved hver kontakt med ældre borgere, herunder at man både tænker fremad og løser her og nu problemer.

Hvordan gør I de ældre borgere bevidst om betydningen af forebyggelse i alderdommen, herunder en funktionsdygtig alderdom?

¹ Primær forebyggelse er defineret som en indsat, der tilstræber at undgå svækkelse, sekundær forebyggelse er at påvise tidlige tegn på svækkelse og tertiær forebyggelse tilsigter at undgå yderligere svækkelse, hvis et funktionstab er uopretteligt.

- Anvender I begrebet mestring eller andre teorier i forbindelse med at formidle budskabet om forebyggelse og sundhedsfremme i hjemmebesøget?

Særlige målgrupper

- Har I forebyggende initiativer for risikogrupper, fx enker/enkemænd, ældre med anden etnisk baggrund end dansk, ældre med livsstilssygdomme, demente, udskrevne efter hospitalsophold, udsatte og isolerede ældre?
- Har I initiativer for ældre borgere under 75 år?

Personale og uddannelse

- Er forebyggelsesaspektet tænkt med i forbindelse med valg af personale, der udfører de forebyggende hjemmebesøg?
- Varetager de forebyggende medarbejdere andre relevante arbejdsområder ud over forebyggende hjemmebesøg?
- Er der iværksat uddannelsesforløb for at styrke medarbejdernes viden og faglige evner inden for forebyggelse og sundhedsfremme?
- Har I erfaring med ERFA-grupper på forebyggelsesområdet, fx sammen med andre kommuner eller andre relevante interessenter?

2. Effekter og dokumentation i forbindelse med hjemmebesøgene

- Hvordan dokumenterer I hjemmebesøgene?
- Hvad indeholder dokumentationen, fx oplysninger om den ældres funktionsevne, sociale og personlige forhold, henvisninger m.v.?
- Hvad bruger I dokumentationen til?
- Arbejder I med evidensbaseret analyser² i forbindelse med hjemmebesøgene, fx måling af effekten af hjemmebesøgene på den ældres funktionsevne?
- Gennemfører I Cost-benefit analyser³ i forbindelse med hjemmebesøgene?
- Har I erfaringer med udfordringer i forhold til at dokumentere hjemmebesøgene, fx med tavshedspligt, den ældre borgers retssikkerhed m.v.?

3. Holdning og erfaringer med Ankestyrelsens håndbog om forebyggende hjemmebesøg fra 2008

- Hvordan blev I bekendt med Ankestyrelsens håndbog om forebyggende hjemmebesøg fra 2008?
- Har håndbogen betyder ændringer i hvordan hjemmebesøgene udføres i praksis og på policy-niveau?
- Har I idéer til andre fokusområder, som håndbogen kan indeholde?

Tak for jeres deltagelse i interviewet.

² En evidensbaserede analyse kan fx være en registrering af iværksatte foranstaltninger med henblik på at måle en effekt, det vil sige, en før og efter måling af foranstaltningen.

³ En Cost-benefit analyse kan fx opgøre omkostninger og fordele i forbindelse med at gennemføre hjemmebesøgene med henblik på at nå frem til en samlet økonomisk vurdering af ordningen.



XX Kommune

Til den ansvarlige chef for forebyggende hjemmebesøg

Deltagelse i Ankestyrelsens undersøgelse om forebyggende hjemmebesøg til ældre

Indenrigs- og Socialministeriet har bedt Ankestyrelsen om at gennemføre en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, der kortlægger kommunernes brug af ordningen om forebyggende hjemmebesøg til ældre.

Formålet med undersøgelsen er at følge op på resultaterne fra en tilsvarende undersøgelse fra 2007. Derudover skal undersøgelsen afdække i hvilket omfang de gode erfaringer fra håndbogen fra 2008 bliver anvendt i kommunerne.

Som led i opfølgningen vil undersøgelsen blandt andet have fokus:

- Forebyggelse, herunder kommunernes varetagelse af træning, genoptræning og rehabilitering
- Effekter og dokumentation
- Målgrupper, herunder risikogrupper

Kommunens besvarelse af spørgeskema

Kommunerne anmodes om at besvare spørgeskemaet via internettet senest:

Onsdag den 3. marts 2010

Skemaet er tilgængelige fra onsdag den 10. februar 2010 på adressen www.ast.dk til højre på siden under "Tast indberetning".

Herefter vælges det skema, der hedder "Undersøgelse om forebyggende hjemmebesøg 2009".

Ved besvarelse af spørgeskemaet skal kommunen indtaste brugernavn og adgangskode, som er følgende:

Kommunens brugernavn: xx

Kommunens adgangskode: xx

Februar 2010

J.nr. 0000467 - 09

Ankestyrelsen

Amaliegade 25

Postboks 9080

1022 København K

Tel +45 3341 1200

Fax +45 3341 1400

ast@ast.dk

www.ast.dk

Eksp.tid:

man-fre kl. 9.00-15.00

Eventuelle spørgsmål til undersøgelsen kan rettes til fuldmægtig Samuel Nielsen på tlf. 33 41 16 30/ssn@ast.dk eller til fuldmægtig Mette de Bang på tlf. 33 41 16 18/mdb@ast.dk.

Med venlig hilsen

Samuel Nielsen og Mette de Bang