



Odense Kommunale Ældrepleje



Forebyggende hjemmebesøg i Odense Kommune

- med særligt FOKUS på;

- Træthed og mobilitet
- Risiko for fald
- Natlige toiletbesøg
- Ensomhed



ODENSE KOMMUNE

Rapporten er udarbejdet af:

Laila Ravnkilde Marlet og Tove Bruun Kristensen

Aktivitet & Træning. Odense Kommunale Ældrepleje, august 2007

Respekt for borgeren i en tillidsfuld atmosfære:

”Besøgene har to dimensioner: De konkrete handlinger under og efter besøgene og den atmosfære besøgene gennemføres i.

De to dimensioner er tæt forbundet, først og fremmest gennem samtalen, baseret på tillid og tryghed. De konkrete handlinger kan sikres gennem opstilling af målbare kvalitetsindikatorer.

Respekten for borgeren kan imidlertid ikke måles og vejes, men må baseres på tillid til kompetente medarbejdere.”¹

Indhold:

1. INDLEDNING	5
2. BAGGRUND	5
3. KONKLUSION OG SAMMENFATNING	6
4. ANBEFALINGER	8
5. HANDLEPLAN	8
5.1 TRÆTHEDSSCORE	9
5.2 SPØRREGUIDEN	9
5.3 ERFORINGSUDVEKSLING	9
5.4 ÆLDREKONSULENTERNE INDGÅR I KOSTPROJEKTET, UD FRA FØLGENDE RAMMER:	9
5.5 FALDFOREBYGGELSE.....	10
6. METODE	11
7. SVARPROCENT	12
7.1 FRAFALD	12
7.2 REPRÆSENTATIVITET	13
8. FOKUSOMRÅDER – RESULTATER	13
8.1 HELBRED.....	13
8.2 SELVVURDERET HELBRED	13
9. MOBILITET OG TRÆTHED	15
9.2 RESULTATER AF MOBILITETS- OG TRÆTHEDSSKALA I DELTAGERGRUPPEN.....	17
9.3 INDSATS VED LAV TRÆTHEDSSCORE.....	18
9.4 BESVARELSER VEDR. INDSATS VED LAV MOBILITETS OG TRÆTHEDSSCORE. (SVARPROCENT 81 %):	18
9.5 OPSAMLING OG ANBEFALING	18
10. FALD	19
10.1 FALDRISIKO OG FALDUDREDNING	19
10.2 RESULTATER AF SCREENING FOR ØGET FALDRISIKO	20
10.3 INDSATS VED ØGET FALDRISIKO	21
10.4 KONKLUSION OG ANBEFALING	22
11. NATLIGE TOILETBESØG	23
11.1 SPØRGSMAÅL OM NATLIGE TOILETBESØG STILLET I UNDERSØGELSEN.....	25
11.2 RESULTATER, NATLIGE TOILETBESØG	26
11.3 KONKLUSION OG ANBEFALING	28

¹ Mikkel Vass, Kirsten Avlund og Carsten Hendriksen, Forebyggende hjemmebesøg til ældre mennesker – hvordan gøres det bedst muligt? 1. januar 2007

12. SOCIAL DELTAGELSE	29
12.1 BAGGRUND FOR FOKUSEMNET	29
12.2 SOCIAL DELTAGELSE	30
12.3 ENSOMHED	31
12.4 SAVNER DE ÆLDRE FLERE AKTIVITETER UDEN FOR HJEMMET?.....	31
12.5 HVILKE AKTIVITETER ØNSKER DE ÆLDRE?	32
12.6 KONKLUSION OG ANBEFALING	32
13. ODENSE KOMMUNES SUNDHEDSPOLITIK	33
BILAG 1: NYE MÅLGRUPPER 2006.....	35
BILAG 2: SPØRGESKEMA: FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG	36
BILAG 3: DELTAGELSE OG FRAFALD	40
BILAG 4: REPRÆSENTATIVITET	42
BILAG 5: SAMMENHÆNG MELLEM SELVVURDERET HELBRED OG TRÆTHED VED MOBILITET ..	45
BILAG 6: FALDRISIKO	46
BILAG 7: NATLIGE TOILETBESØG	48
BILAG 8: SOCIAL DELTAGELSE	50
BILAG 9: SUNDHEDSPOLITISKE INDSATSOMRÅDER	52
BILAG 10: SAMTALEGUIDE.....	56
BILAG 11: FALDUDREDNING HOS LÆGEN	59
BILAG 12: INFORMATION OM FALDKLINIK	60

1. Indledning

Hvert år får en stor del af de 75+årige i Odense Kommune et eller to forebyggende hjemmebesøg. I 2006 tog mere end halvdelen af de 75+årige imod tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg. Fordi så mange ældre er med i ordningen, er hjemmebesøgene en værdifuld kilde til oplysninger om de ældres behov, ønsker og ressourcer. Disse oplysninger kan danne grundlag for at sikre, at kommunens tilbud til de ældre så vidt muligt er aktiverende og forebyggende. På denne måde kan Odense Kommune gøre sit yderste for, at flest mulige borgere bevarer selvstændighed og funktionsevne længst muligt.

Det er andet år i træk, at Odense Kommune systematisk beskriver særlige indsatsområder for de ældre, der modtager forebyggende hjemmebesøg, dokumenterer, hvilken indsats ældrekonsulenterne tilbyder inden for udvalgte områder, og iværksætter en udvikling af de forebyggende hjemmebesøg, så besøgene målrettes i forhold til den nyeste viden inden for området.

Rapporten her er tænkt som et arbejdsredskab for ledere og medarbejdere med ansvar for de forebyggende hjemmebesøg. Resultaterne kan ligeledes bruges i forbindelse med udmøntningen af seniorlivs- og sundhedspolitikken i Odense Kommune. Formålet med den dokumentation, der foreligger, er desuden at få et grundlag for at kunne målrette de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg i Odense Kommune, ligesom den er et led i kvalitetsudviklingen af de forebyggende hjemmebesøg.

2. Baggrund

De forebyggende hjemmebesøg i Odense Kommune har de seneste år målrettet været genstand for målrettet dokumentation og kvalitetsudvikling. På baggrund af dokumentationen og resultaterne af de forebyggende hjemmebesøg i 2005 og den nyeste viden inden for området, foretog Odense Kommune en række ændringer i forhold til de forebyggende hjemmebesøg i 2006:

1. Målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg blev ændret. Begrundelsen for ændringen var et ønske om at udnytte ældrekonsulenternes ressourcer hos den gruppe af ældre, hvor besøgene har størst effekt, se bilag 1.

Målgruppen rummer nu:

- 75+årige, der ikke får pleje i væsentligt omfang
 - 80-årige, der tidligere har fravalgt ordningen
 - 75+årige, der netop har fået bevilget praktisk bistand
 - 65+årige, der er blevet enke/enkemand
2. Der blev udarbejdet en ny samtaleguide, der skulle sikre; 1) at vi opfanger risikosituationer², og risikopersoner³, og 2) at vi inddrager ny viden om ældre og anbefalinger til indholdet i forebyggende hjemmebesøg i praksis.

De områder, samtaleguiden og spørgeskemaet har fokus på, er valgt på baggrund af, at forskning har vist, at tidlig/forebyggende indsats har stor betydning for de ældres sundhedstilstand og dermed for ældres mulighed for at kunne blive ved at klare sig selv.

3. Konklusion og sammenfatning

Undersøgelsen rummer data fra de forebyggende hjemmebesøg⁴, der er foretaget i perioden 1. maj 2006 - 31. juli 2006. 84 % af de ældre borgere, der har modtaget et forebyggende hjemmebesøg i denne periode, er med i undersøgelsen. Det svarer til 15 % af samtlige 75+årige i Odense.

² Risikosituationer: udskrivelse fra sygehus, tab af ægtefælle, flytning

³ Risikoperson: dårlig selvoplevet helbred, lav eller faldende funktionsevne, mentale problemer, fald, polyfarmaci, ægtefælle til kronisk syg. Begreberne risikosituation og risikoperson er opstået på baggrund af forskning indenfor forebyggende hjemmebesøg, foretaget bl.a. af praktiserende læge Mikkel Vass, Institut for Folkesundhed. www.aeldreviden.dk

⁴ I Vollsmose er der kørt et særskilt projekt vedr. forebyggende hjemmebesøg for 65+ årige somaliske, arabiske, vietnamesiske, tyrkiske, bosniske ældre, hvor to-sprogede ældrekonsulenter har besøgt denne gruppe. Denne gruppe af ældre er ikke med i nærværende undersøgelse.

De forebyggende hjemmebesøg i Odense Kommune bliver løbende dokumenteret og kvalitetsudviklet. I 2006 har vi haft særlig fokus på mobilitet og træthed, selvoplevet helbred, faldrisiko, natlige toiletbesøg og ensomhed. Emnerne er dels valgt på baggrund af resultaterne af dokumentationen i 2005, dels på baggrund af den nyeste viden på området, der viser, at bl.a. disse faktorer kan have betydning for de ældres selvstændighed.

Overordnet kan vi konkludere, at alle fokusområder; selvoplevet helbred, træthed og mobilitet, fald, natlige toiletbesøg og social deltagelse er relevante i forhold til de ældre, som indgår i ordningen om forebyggende hjemmebesøg. Dog må vi konstatere, at det er få af de ældre, der er ensomme og ønsker nye aktiviteter i det daglige.

I undersøgelsen har der været fokus på, hvad der kan iværksættes, hvis en borger har problemer på et af områderne. Indsatserne er mangeartede og individuelle alt efter borgerens behov – de omfatter alt fra rådgivning, vejledning, motivation til indmeldelse i klubber, kontakt til sygehuset m.m. Undersøgelsen viser dog, at der er forskel på, hvordan ældrekonsulenterne handler, når de opfanger problemer. Årsagen hertil kan være, at ældrekonsulenterne har forskellige kompetencer og forskellige holdninger til indholdet i de forebyggende hjemmebesøg.

De ældre i undersøgelsen er ikke en homogen gruppe, de har vidt forskellige problemstillinger og forskellige behov. Der er dog mange risikofaktorer, der især kendetegner de 80+årige. Ældrekonsulenterne må have en bred viden om de mange risikofaktorer og indsatsmuligheder og om, hvornår hvilken indsats er nødvendig, så borgeren får en målrettet og dækkende rådgivning i forhold til vedkommendes ressourcer og behov for støtte.

Til dette anbefaler vi, at ældrekonsulenterne benytter en række screenings spørgsmål, som hurtigt kan afdække, om den enkelte ældre har problemer af forskellig art. Her kigger vi på emner, som ifølge forskningen på området har betydning for, at de ældre kan bevare deres funktionsniveau længst muligt. Opfanges problemer, vil ældrekonsulenten kunne spørge uddybende for at vurdere, hvordan den ældre skal rådgives og hjælpes videre. Skal man fx vurdere risikoen for fald, kan man stille de fire spørgsmål vedrørende fald, som Sundhedsstyrelsen anbefaler.

Det er vigtigt at spørge til selvoplevet helbred for at opfange begyndende sygdom eller funktionsnedsættelse, eller at spørge til træthed og natlige toiletbesøg for at opfange vandladningsproblemer og faldrisiko.

I forbindelse med at Odense Kommune har vedtaget en sundhedspolitik, vil det være relevant at inddrage indsatserne fra denne politik i de forebyggende hjemmebesøg. Ældre konsulenterne er en stor ressource i forhold til at kunne målrette de forebyggende og sundhedsfremmende tiltag i forhold til Kommunens overordnede visioner. Deres besøg kan gøre en forskel – de har kontakt med en stor del de 75+årige i Odense Kommune.

4. anbefalinger

For fortsat at sikre ensartet og høj kvalitet og udvikling i de forebyggende hjemmebesøg anbefales:

- intern debat om opgørelserne og udviklingsmulighederne
- at inddrage visionerne i Odense Kommunes sundhedspolitik i de forebyggende hjemmebesøg
- undervisning og erfaringsudveksling om handlemuligheder inden for indsatsområderne
- at relevant ny forskning på området inddrages i praksis
- systematisk kompetenceudvikling, herunder uddannelse i ”den motiverende samtale”
- planlægning af særlige fokusområder hvert år: fx kost, medicin, brandforebyggelse etc.
- integrerer de områder, der har været fokus på i den daglige praksis / spørgeguiden, i det omfang, de har vist sig relevante
- en revision af spørgeguiden mindst én gang om året
- ved fremtidige undersøgelser skal alle ældre, der modtager besøg, spørges, om de vil deltage i undersøgelsen

5. Handleplan

Styregruppen for de forebyggende hjemmebesøg har den 24. august 2007 besluttet følgende i forhold til handleplan/fokusområder for år 2008:

5.1 Træthedsscore

Ved alle hjemmebesøg skal der udarbejdes træthedsscore.

Træthedsscoren registreres i Rambøll under journalen, hvor der lægges skema til registrering.

Skemaet registreres som kladde.

Der laves papirudgave af skemaet, der lægges i dokumentmappen i Rambøll, så det kan udskrives, og er til at medtage på besøgene. Skemaet skal evalueres i august 2008.

5.2 Spørgeguiden

Spørgeguiden er revideret af styregruppen, og lægges i journalen med fortrykte overskrifter til udfyldelse, se bilag 10.

Der er 8 faste punkter og 1 opsummeringspunkt.

Guiden laves samtidig som A-4 ark, der lamineres, og kan medbringes ved samtalerne.

Spørgeguiden anvendes som støttemateriale under samtalerne.

Spørgeguiden i journalen skal ligge som kladde, og anvendes til dokumentation.

Ældrekonsulenterne udfylder de 8 punkter i guiden, ved at skrive dato og hvilke optegnelser der findes relevante fra det enkelte besøg. Der skrives fortløbende i samme notat.

Opsummeringspunktet skal udfyldes efter hvert besøg.

5.3 Erfaringsudveksling

Der afvikles temadage med intern debat om opgørelserne vedr. træthedsscore og spørgeguiden samt udviklingsmulighederne af disse.

Derved sikres systematisk erfaringsudveksling i brugen af spørgeguiden.

Ovenstående 3 tiltag sker, for at sikre fortsat udviklingen af brugen af mobilitets og træthedsscoren og for at give ældrekonsulenterne mulighed for erfaringsudveksling om, hvordan træthedsscoren bruges, og hvordan de ved hvert enkelt besøg skelner mellem, hvornår det er dækkende med motivation, rådgivning og vejledning og hvornår, der er behov en anden indsats.

5.4 Ældrekonsulenterne indgår i Kostprojektet, ud fra følgende rammer:

- Ældrekonsulenterne screener ud fra givne spørgsmål udarbejdet af projektet.
- Ældrekonsulenterne uddannes til screening, at foretage vejning og udregne BMI (Body Mass Index).

- Ældrekonsulenterne reagerer på fund, ved at opfange personer med ernæringsproblemer mhp. at henvise til relevante instanser.
- Ældrekonsulenterne deltager i temadage med oplæg om kost.

Efter denne handleplan er besluttet, viser det sig, at kostprojektet er udsat og ovenstående punkt udsættes, ind til kostprojektet iværksættes.

5.5 Faldforebyggelse

Ældrekonsulenterne indgår i faldforebyggelse. Som en metode til at finde de borgere, der kan have øget faldrisiko, fortsætter ældrekonsulenterne med at bruge de spørgsmål, der er anbefalet af Sundhedsstyrelsen. Derudover spørges også om bekymring for at falde, da bekymringen for at falde, kan have betydning for borgerens aktivitetsniveau. Spørgsmålene integreres i ældrekonsulenternes spørgeguide, og ældrekonsulenterne får undervisning i faldudredning og handlemuligheder.

Der indledes et samarbejde med de praktiserende læger og faldklinikken afdeling G, OUH.

Der udarbejdes en vejledning for, hvordan man som ældrekonsulent skal handle, når det vurderes, at borgeren har øget faldrisiko. Vejledningen skal følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger om lægelig udredning.

De følgende afsnit er en gennemgang af resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen.

6. Metode

Undersøgelsen er gennemført som en spørgeskemaundersøgelse blandt de 2286 +75årige, der har modtaget forebyggende hjemmebesøg i perioden 1. maj 2006 – 31. juli 2006. Deltagelse i undersøgelsen har været anonym og frivillig. Ældre konsulenterne har desuden – på borgernes vegne – kunnet fravælge spørgeskemaet. Det har vist sig, at hos 10 % har ældre konsulenterne vurderet, at borgerne ikke skulle spørges, hvilket kan have givet en skævvridning i resultaterne. Dette uddybes senere.

Spørgsmålene er udvalgt, så de belyser udvalgte fokusområder for de 75+årige i Odense Kommune.

Til spørgeskemaet i bilag 2 er der udvalgt 4 områder, som man i 2006 ønsker at dokumentere:

- a. Træthed ved mobilitet
- b. Risiko for fald
- c. Natlige toiletbesøg
- d. Social deltagelse, social isolation og netværksdannelse

Ved hvert område registreres det:

- I. hvor stor en del af de ældre, der har problemer inden for de valgte områder
- II. hvad den ældre tilbydes, hvis de har problemer og ønsker hjælp

I 2006 er der kun registreret på de udvalgte områder og ikke på andre indsats, som ældre konsulenterne iværksætter, dette er dokumenteret i 2005.

Spørgeskemaet er udarbejdet af Aktivitet og Træning, Ældre og Handicapforvaltningen i Odense Kommune. For at kunne sammenholde oplysninger fra denne undersøgelse med andre nationale undersøgelser, er der benyttet en række spørgsmål, som bruges i de nationale undersøgelser.

Spørgsmålene er fra SF36, Glostrup undersøgelsen, Avlunds træthedsscore, ”Faldpatienten i den Kliniske hverdag.”⁵ Endelig er der inden for hvert fokusområde en række spørgsmål om, hvad den ældre og ældre konsulent iværksætter.

⁵ Sundhedsstyrelsen, 2005, Faldpatienter i den kliniske hverdag, anbefalinger om identifikation, udredning og intervention

Ældrekonsulenterne er inden undersøgelsen gik i gang blevet introduceret til spørgeskemaet og undervist i de udvalgte fokusområder.

7. Svarprocent

84 % (1919) har sagt ja til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen.

10 % (232) er ikke blevet spurgt om de vil deltage.

6 % (135) ønskede ikke at deltage.

7.1 Frafald

Ved 10 % vurderer ældrekonsulenterne, at borgeren ikke skal spørges om deltagelse og 6 % ønsker ikke at være med i undersøgelsen. Disse grupper indgår således ikke i resultatopgørelsen. I frafaldsgruppen ses ikke forskel i køn og alder i forhold til hele undersøgelsesgruppen, men der ses en geografisk forskel, se bilag 3.

Fælles for de tre områder ses, at ældrekonsulenterne undlader at spørge borgeren om at deltage på baggrund af en faglig vurdering, når det drejer sig om:

- at borgeren er dement
- at den ældre ikke længere er i målgruppen for forebyggende
- hjemmebesøg, pga. pleje i væsentligt omfang
- at borgeren eller pårørende er alvorlig syg, eller er lige kommet hjem fra sygehuset
- sprogvanskeligheder
- andre problemer trængte sig på

Ældrekonsulenterne har ved hvert besøg foretaget en faglig og etisk vurdering af, om borgeren skulle spørges om deltagelse i spørgeskemaet, vurderingen er foretaget ud fra borgerens aktuelle tilstand og for at beskytte borgeren, omvendt betyder det at borgeren ikke selv har haft mulighed for at træffe et valg, om de ønsker at deltage eller ej.

7.2 Repræsentativitet

Undersøgelsen vurderes at være repræsentativ for populationsgruppen set i forhold til køn, alder og boform (bilag 4).

Deltagere i undersøgelsen

Antal	1919 (100 %)
Kvinder	1266 (66 %)
Mænd	641 (34 %)
Gennemsnitsalder	81år (yngste 75 år, ældste 98 år)
Boform	76 % af kvinderne og 37 % af mændene bor alene

8. Fokusområder – resultater

Den følgende resultatopgørelse tager udgangspunkt i de 84 % af de besøgte i perioden (1919), der har besvaret spørgeskemaet og hvert fokusområde gennemgås hver for sig.

8.1 Helbred

Afsnittet om helbred beskriver årsag til valg af emnerne og borgernes besvarelser vedr. selvvurderet helbred og træthed ved mobilitet, samt hvilken indsats der er iværksat i forhold til mobilitets- og træthedsscoren.

8.2 Selvvurderet helbred

Det er i adskillige undersøgelser vist, at jo dårligere en person vurderer eget helbred, desto større er risikoen for død og for sygelighed i en given opfølgingsperiode, dvs. selvvurderet helbred er en prædikator for sygdom og dødelighed.

På baggrund af ovenstående viden, bruger ældrekonsulenterne spørgsmålet om selvvurderet helbred på de forebyggende hjemmebesøg. Hvis den ældre rapporterer om dårligt selvvurderet helbred eller ændre deres vurdering af det selvvurderede helbred, er tanken at ældrekonsulenten i deres samtale spørger dybere ind til årsagen med henblik på tidligt at opfange begyndende problemer og at iværksætte rådgivning, udredning og evt. henvisning til relevant indsats/ andre samarbejdspartnere.

FAKTABOKS 1

Selvurderet helbred.

Spørgsmålet om selvvurderet helbred lyder:

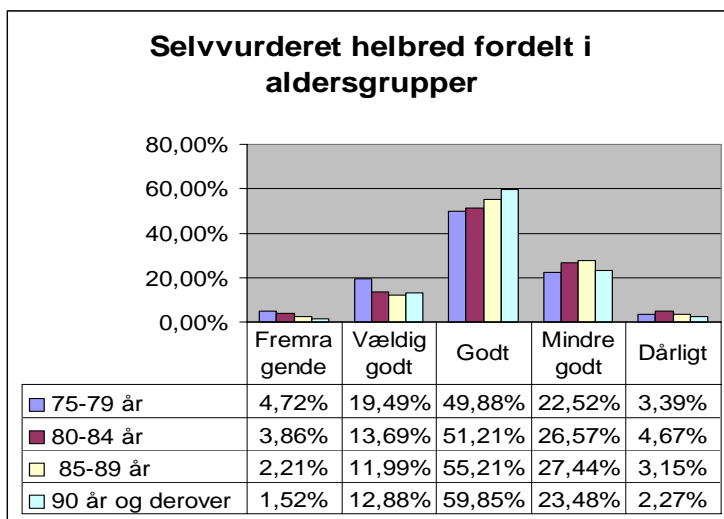
Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?

1. Fremragende 2. Vældig godt 3. Godt 4. Mindre godt 5. Dårligt

Spørgsmålet stammer fra SF 36⁶. Der er et spørgeskema om helbredsstatus. Spørgsmålet om selvvurderet helbred er brugt i mange internationale og nationale befolkningsundersøgelser.

99,7 % (1914) har besvaret spørgsmålet om selvvurderet helbred.

Figur 8.1: Ældres selvvurderede helbred i Odense Kommune



Det ses af figur 8.1, at besvarelsen vedr. selvvurderet helbred ændrer sig med alderen. Jo ældre man er, jo flere oplever deres helbred som *godt* frem for *fremragende* og *vældig godt*.

I nedenstående tabel 8.1 ses besvarelsene sammenholdt med, hvad fynboer har besvaret.⁷ I de befolkningsundersøgelser hvor spørgsmålet er brugt, er det generelle billede, at jo ældre man er, des dårligere vurderer man sit helbred.⁸⁺⁹ Denne undersøgelse viser samme tendens.

⁶ Dansk Manual til SF-36. Et spørgeskema om helbredsstatus. Lif 1997

⁷ Jens Gundgård et al Nov. 2002, Evaluering af Fyns Amts forebyggelsesstrategi: Baseline survey om sundhedstilstand og velfærd

⁸ Seniorforsker Tage Søndergård Kristensen, Arbejdsmiljø Institut, Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø Sept. 1998

⁹ Statens Institut for Folkesundhed, SUSY Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

Tabel 8.1: Ældres selv vurderede helbred på Fyn

Selv vurderet helbred	3420 fynboer mellem 16 og 80 år	400 fynboer mellem 67 og 80 år	Denne undersøgelse af 1896 odenseanere 75+årige
Fremragende	16 %	8 %	4 %
Vældigt godt	34 %	19 %	16 %
Godt	39 %	48 %	52 %
Mindre godt	9 %	20 %	25 %
Dårligt	2 %	5 %	3 %
I alt	100 %	100 %	100 %

8.3 Konklusion på spørgsmål om selvoplevet helbred

De ældre i denne undersøgelse svarer nogenlunde til befolkningen i samme aldersgruppe mht. hvor godt de selv vurderer deres helbred. Jo ældre man er, jo dårligere vurderer man sit eget helbred.

Ældre konsulenterne skal være specielt opmærksomme på den knap tredjedel af de ældre, som oplever deres helbred som *mindre godt* eller *dårligt*, og på de ældre der får en forværring af det selv vurderede helbred.

9. Mobilitet og træthed

9.1 Baggrunden for at spørge om træthed

Avlund¹⁰ har i flere studier vist sammenhæng mellem følelse af træthed ved mobilitet og senere afhængighed af andres hjælp.

I en undersøgelse¹¹ fra 2003 af 75 og 80-årige viser det sig, at de, der rapporterede følelse af træthed ved starten af undersøgelsen, havde højere risiko for nedsat mobilitet efter 1½ år. Derfor konkluderer undersøgelsen, at begyndende træthed skal tages alvorligt og undersøges og konklusionen viser, at årsagerne til træthed i daglige aktiviteter relaterer sig til:

¹⁰ Avlund, K. Måling af funktionsevne fra 70 – til 75- årsalderen. En opfølgingsundersøgelse af 1914-populationen i Glostrup fra 1984 til 1989, København: FADL's Forlag 1995

¹¹ Avlund Kirsten, Mikkel Vaas, Carsten Hendriksen , Onset of mobility disability among community-dwelling old men and women. The role of tiredness in daily activities. Age and Ageing 2003; 32: 579-584

1. fysiske faktorer eks. kroniske sygdomme, spirende sygdomme, forhøjet blodtryk, lav muskelstyrke, dårlig kondition, dårlig balance og funktionsbegrænsninger
2. psykiske faktorer eks. kognitiv funktion, depression og dårligt selv vurderet helbred
3. social position, svage sociale relationer, ensomhed og isolation
4. livsstilsfaktorer som manglende fysisk aktivitet og ernæring
5. forkert medicinering

I undersøgelsen anbefales det, at ovenstående forhold bør undersøges yderligere, når en person rapporterer om træthed i daglige aktiviteter, for derved at undgå afhængighed af hjælp og funktionsnedsættelse.

Hensigten med at bruge træthedsscoren i Odense Kommune er, at ældre konsulenterne sammen med borgeren har et objektivt redskab til, at vurdere risiko for senere funktionsnedsættelse. Rapporterer den ældre om træthed bare ved én af de spurgte funktioner, skal det undersøges, hvorfor der rapporteres om træthed – så eventuel indsats kan iværksættes hurtigt. Det er hensigten, at træthedsskalaen udføres ved hvert forebyggende hjemmebesøg, dels for iværksættelse af hurtig indsats, hvis det vurderes at være aktuelt, og for at følge evt. ændringer fra besøg til besøg.

FAKTABOKS 2

Mobilitets- og Træthedsskala.

Skalaen er udviklet af Kirsten Avlund, Mikel Vass et.al. og har været benyttet i nationale og internationale befolkningsundersøgelser.

Mobilitets og træthedsskalaen viser, om en person kan færdes ude og inde under forskellige forhold, og om man bliver træt ved udførelsen.

Der spørges om følelse af træthed eller behov for hjælp ved daglig færden, som fx ved:

- at rejse sig fra stol,
- komme udendørs,
- gå omkring inde i sin bolig,
- gå udendørs i godt vejr en halv time,
- gå udendørs i dårligt vejr en halv time,
- gå på trapper til 2.sal.

9.2 Resultater af mobilitets- og træthedsskala i deltagergruppen

1905 (99,6 %) har besvaret spørgsmålene vedr. mobilitet og træthed.

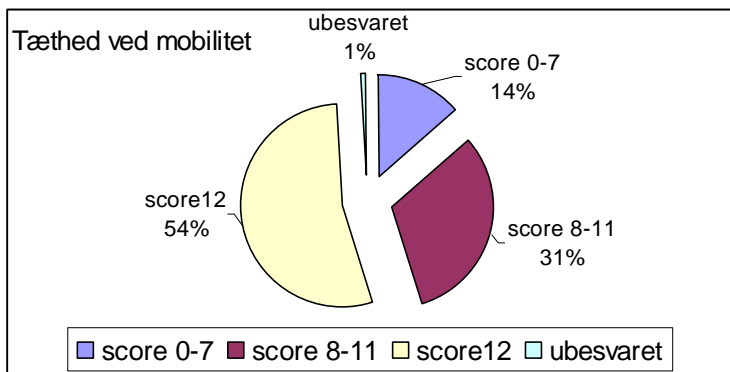
FAKTABOKS 3

Scoring ved mobilitets og træthedsskala
Der kan scores mellem 12 og 0
Max score: 12 = ingen træthed ved mobilitet
Min. score er 0 = funktionerne kan ikke udføres
Scorer borgeren ikke max point skal det undersøges, hvorfor borgeren rapporterer træthed, og der skal handles på årsagen.

Figur 9.1 nedenfor viser deltagerens svar på træthed ved mobilitet. Besvarelsene er inddelt i grupper:

1. Gruppen der scorer 0-7
2. Gruppen der scorer 8-11
3. Gruppen der scorer 12 og altså ikke rapporterer om træthed ved mobilitet

Figur 9.1: Deltagergruppens svar på følelse af træthed ved mobilitet



Figur 9.1 viser, at knap hver anden rapporterer om træthed ved en eller flere af de adspurgte parametre.

- 14 % (260) af de adspurgte har en score på 7 eller derunder samt en lav funktions-evne i forhold til mobilitet.

- 31 % (604) scorer mellem 8 og 11, dvs. at de føler træthed ved nogle af de adspurgte parametre.
- 54 % (1040) har max score (12) og har en god funktionsevne i forhold til de adspurgte parametre om mobilitet og træthed.

9.3 Indsats ved lav træthedsscore

Ældrekonsulenterne har svaret på, hvad der iværksættes, hvis borgeren scorer under 12 i trætheds-skalaen og derved rapporterer om træthed ved mobilitet.

Hos 19 % (163) med en træthedsscore under 12 er der ikke beskrevet, hvad eller om der er iværksat noget.

Hos 81 % (701) af de der har lavere score end 12, er der en beskrivelse af indsatsen eller en forklaring på, hvorfor der ikke er iværksat noget.

15 % (105) af ovenstående ønsker ikke at få noget iværksat.

9.4 Besvarelser vedr. indsats ved lav mobilitets og træthedsscore. (svarprocent 81 %):

Spørgsmålet vedr. indsats er et åbent spørgsmål. Selv om der i spørgeskemaet ikke er spurgt om det, fortæller mange om årsagen til trætheden. Mange angiver, at årsagen skyldes kronisk sygdom: især kredsløbsproblemer, slidgigt og dermed smerter ved bevægelse, KOL (kroniske obstruktiv lunge-sygdom) og osteoporose. Derudover rapporterer mange om at årsagen til nedsat score er pga. af et fald. I besvarelsen om indsats ses, at ældrekonsulenterne har fokus på den fysiske aktivitet og den lægelige udredning. Begge disse tiltag er væsentlige faktorer og er elementer i alle nye standarder for livsstilssygdomme. Man kan af besvarelsene ikke se, om der tages højde for andre faktorer, der ifølge Avlunds undersøgelser kan have betydning for træthed ved mobilitet, fx psykiske faktorer, sociale forhold, ernæringstilstand og medicinforbrug.

9.5 Opsamling og anbefaling

Resultaterne i denne undersøgelse viser, at selv om borgeren angiver, at deres helbred er fremragende, virkelig godt eller godt, så oplever mange alligevel træthed ved mobilitet – og er således i risiko for at få behov for hjælp inden for kortere tid, se bilag 5. Tanken er, at mobilitets- og træthedscoren skal bruges aktivt for at sikre en tidlig indsats. Det ses af resultaterne, at mange af ældrekonsulenterne rådgiver den ældre om, hvad denne kan gøre for at modvirke en udvikling mod funktionsnedsættelse og afhængighed. Brugen af denne score kan være med til tidligt at opfange et

problem, så en indsats kan iværksættes, og derved være medvirkende til at hindre unødvendig funktionsnedsættelse og afhængighed af andre.

Det anbefales, at fortsætte udviklingen af brugen af mobilitets og træthedsscoren og give ældre konsulenterne mulighed for erfaringsudveksling om, hvordan træthedsscoren bruges. Ældre konsulenterne kan få nyttig viden om, hvordan de ved hvert enkelt besøg skelner mellem, hvornår det er dækkende med motivation, rådgivning og vejledning ved ældre konsulenten, og hvornår der er behov en anden indsats, eks. henvisning til lægen, hjemmehjælp, træning mv. for at borgeren kan bevare funktionsniveauet længst muligt.

Det anbefales desuden, at ældre konsulenterne fortsat er opmærksomme på, at spørge ind til de ældres selvoplevede helbred, særligt ved maks. eller næsten maks. score i mobilitets- og træthedstesten mhp. at opfange begyndende funktionsnedsættelse. Denne undersøgelse viser nemlig, at disse to tests ikke er helt overensstemmende, men supplerer hinanden.

10. Fald

10.1 Faldrisiko og faldudredning

Årsagerne til fald er mangeartede. Der er evidens for, at en indsats med fokus på forebyggelse af fald og fysisk træning har effekt.¹²⁺¹³

Da fald blandt ældre er et omfattende problem med betydelige samfundsmæssige og menneskelige omkostninger til følge, er det væsentligt at have fokus på og sørge for udredning for dem, der er i risiko for eller *er* faldet.

Fald hos ældre er hyppige. I alt var ca. 21.000 ældre var i kontakt med en af skadestuerne i Fyns Amt i perioden 1999-2003. En opgørelse for en kortere periode i 2004, har vist, at ca. halvdelen af de ældre, der fik et knoglebrud ved faldet, tidligere en eller flere gange, har henvendt sig til skadestuen pga. fald. Et lårbensbrud koster i alt 100.000 til 150.000 kroner, hvoraf de 40.000 kroner er til hospitalsomkostninger, resten er til udgifter til omsorgs- og plejeforanstaltninger i primær sundhedstjeneste

(www.sund-bynetværk.dk).

¹² Skelton D.A., Beyer N. Exercise and injury prevention in older people. Scand. J. Med. Sci Sports 2003; 13: 77-85

¹³ Beyer, Nina, Physical training reduces risk factors for disability and falls in elderly women. PhD thesis. University of Copenhagen, 2001

På de forebyggende hjemmebesøg har ældrekonsulenterne fokus på forebyggelse af faldulykker.

De screeningsspørgsmål som Sundhedsstyrelsen anbefaler, er benyttet som redskab i forbindelse med indsatsen vedr. faldforebyggelse.¹⁴ Der spørges om:

1. borgeren er faldet mere end én gang indenfor det sidste år
2. der var bevidsthedstab ved faldet
3. man er generet af svimmelhed
4. man har daglige gang- eller balanceproblemer

Ifølge anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, bør der ske en basal faldudredning, såfremt borgeren svarer *ja* til mindst ét af spørgsmålene.

Den basale faldudredning fremgår af faktaboks 4. Interventionen efter basal faldudredning findes i bilag 6.

FAKTA BOKS 4

Sundhedsstyrelsen har i 2005 udgivet

”Faldpatienter i den kliniske hverdag, anbefalinger om identifikation, udredning og intervention”
til brug i skadestuen, når en ældre henvender sig der efter et fald.

Anbefalingerne går bl.a. på, at der bør ske en basal faldudredning, hvis der er øget risiko for fald. For mange borgere vil denne basale faldudredning kunne foregå hos egen læge og ved sundhedspersonalet i kommunen.

Basal faldudredning*

- Oplysninger om omstændigheder omkring faldet
- Identifikation af risikofaktorer for fald
- Afdækning af eventuelle andre medicinske lidelser (co-mobiditet)
- Vurdering af funktionsstatus

*”Faldpatienten i den kliniske hverdag” s. 29

Udover spørgsmålene anbefalet af Sundhedsstyrelsen, spørges om, om man er generet af natlige toiletbesøg, og om antal af natlige toiletbesøg, da natlige toiletbesøg kan have sammenhæng med øget faldrisiko, se side 23.

10.2 Resultater af screening for øget faldrisiko

1880 ældre har besvaret spørgsmålene om fald, svarprocenten er 94 %.

¹⁴ Sundhedsstyrelsen, 2005, Faldpatienter i den kliniske hverdag, anbefalinger om identifikation, udredning og intervention

Undersøgelsen viser, at 798 personer, 42 % af deltagerne, svarer *ja* til ét eller flere af spørgsmålene omkring fald. Især rapporterer mange - henholdsvis 20 og 29 % - at de er generet af svimmelhed og/eller har gang/balanceproblemer, mens 14 %, ca. hver 7. er faldet en eller flere gange inden for det sidste år. Der ses en sammenhæng mellem faldrisiko og alder, idet flere 80+årige svarer *ja* til et eller flere af de fire spørgsmål end de 75-79årige se, bilag 6.

Tabel 10.1: Fordeling af ja-svar inden for spørgsmål om faldrisiko (n = 798)

Faldet mere end én gang inden for det sidste år	68
Generet af svimmelhed	117
Generet af gang eller balance problemer	212
Faldet mere end én gang inden for det sidste år og er generet af svimmelhed	16
Fald mere end én gang inden for det sidste år og er generet af gang eller balanceproblemer	68
Generet af svimmelhed og af gang eller balanceproblemer	140
Faldet mere end én gang inden for det sidste år, generet af svimmelhed samt af gang eller balanceproblemer	77

10.3 Indsats ved øget faldrisiko

I undersøgelsen er der spurgt om, hvad der iværksættes, hvis borgeren har øget faldrisiko.

Tabel 10.2: Handlinger iværksat hos borgere med øget faldrisiko:

Henvi sning til egen læge	112
Henvi sning til genoptræning	75
Henvi sning til bevillingskontor mhp. personlig eller praktisk bistand	28
Henvi sning til boligændring/hjælpemidler	62
Rådgivning ved ældrekonsulent	226
Er tværfagligt udredt, udredningen viser, at der ikke kan gøres mere	183
Borgeren ønsker ikke noget iværksat	193
Andet	361

Af datamaterialet ses, at rådgivningen som ældrekonsulenterne giver, ofte er kombineret med henvisninger til læge, genoptræning, hjælpemidler m.m.

Af de 193 borgere, der ikke ønsker noget iværksat, fremgår det af materialet, at ældrekonsulenterne hos mange informerer om faldforebyggelse og/eller forsøger at motiverer borgeren til at søge læge el. lign. Der er ikke i denne undersøgelse spurgt direkte om, hvilken rådgivning der er givet.

Er der svaret ”andet”, spørges der om *hvilket*. Ældre konsulenterne beskriver under dette punkt især:

- 90 borgere er allerede i gang med en udredning/behandling hos læge eller sygehus
- 67 borgere går allerede til genoptræning eller vedligeholdende træning
- 16 borgere er svagtseende, derfor er der balanceproblemer

Derudover ses det, at der er drøftet indsats med plejepersonale/træningspersonale, at der er søgt om en anden bolig, eller at der er drøftet drikkevaner.

46 rapporterer om bevidsthedstab i forbindelse med faldet, 19 af disse er i gang med udredning, 12 henvises til at kontakte egen læge, 10 er udredt, og resten ønsker ikke noget iværksat.

10.4 Konklusion og anbefaling

Undersøgelser viser, at er man som ældre først faldet én gang, er risikoen for at falde igen meget stor, hvis der ikke handles på årsagen i forhold til det første fald.

Ældre konsulenterne besøger ca. 50 % af alle 75+årige i kommunen minimum en gang om året. Ældre konsulenterne har derfor en stor mulighed for, at kunne medvirke til en tidlig opsporing og indsats for at forebygge faldulykker.

Resultaterne af undersøgelsen viser, at næsten halvdelen, af de der besøges, svarer ja til et eller flere af spørgsmålene vedr. fald og derved kan have øget faldrisiko. Især rapporteres der om svimmelhed og gang- eller balanceproblemer. Det ser ud til, at faldrisikoen øges med alderen.

For at medvirke til en tidlig opsporing og indsats for at forebygge faldulykker, anbefales det:

- at ældre konsulenterne fortsætter med at spørge om fald og derudover også spørger om bekymring for at falde, da bekymringen for at falde kan have betydning for borgerens aktivitetsniveau. Spørgsmålene kan integreres i ældre konsulenternes spørgeguide
- at der sker en stadig kompetenceudvikling af ældre konsulenterne vedr. identificering af borgere med øget faldrisiko
- at ældre konsulenterne får undervisning i faldudredning og handlemuligheder
- at indlede et samarbejde med de praktiserende læger samt faldklinikken afdeling G, OUH
- at der udarbejdes en vejledning for, hvordan man som ældre konsulent skal handle, når det vurderes, at borgeren har øget faldrisiko

Denne vejledning kan bl.a. indeholde:

- At ældrekonsulenten, efter borgerens samtykke, sender et standard brev til egen læge med oplysninger vedr. faldrisikoen. Et forslag til dette, se bilag 11
- At der i brevet er vedlagt informationsfolder vedr. specialiseret faldudredning på faldklinikken på geriatrisk afdeling, se bilag 12
- At borgeren opfordres til at bestille tid hos egen læge mhp. faldudredning
- At borgere der modtager andre ydelser fra kommunen og er i øget faldrisiko, noteres, i borgers sag, efter samtykke, fra borgeren. Således at visitator eller andre der kommer i hjemmet, har mulighed for at følge op

11. Natlige toiletbesøg

Aktivitets- & Træningsfunktionens undersøgelse af de forebyggende hjemmebesøg fra 2005 viste, at 42 % af de ældre havde vandladningsproblemer, ”fx natlige toiletbesøg, hyppige vandladninger, utæthed i forbindelse med nys, host eller fysisk aktivitet, utæthed i forbindelse med kraftig trang til at skulle på toilet”. 27 % af de ældre, der havde vandladningsproblemer, var faldet inden for de sidste 6 måneder og 40 % var bange for at falde.

Vi har i 2006 valgt at sætte fokus på natlige toiletbesøg (nocturi), og har i den forbindelse taget udgangspunkt i The International Continence Society’s definition af nocturi, som er: ”enhver gene ved at vågne om natten for at lade vandet”.¹⁵ Forskning viser nemlig, at der er øget risiko for nedsat livskvalitet, hvis man er oppe på toilettet om natten, og at inkontinens og natlige toiletbesøg hos ældre er forbundet med øget risiko for faldulykker og knoglebrud efter fald^{16,17,18}.

Mette Bings undersøgelse fra 2006 viser, at nocturi er et udbredt problem hos de ældre, og at det er forbundet med store negative omkostninger for den enkelte, se faktaboks 6.

¹⁵ Abrahams, P et al (2002), The standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function – Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics* 21:167-173.

¹⁶ Brown, J S et al (2000), Urinary Incontinence: Does it Increase Risk for Falls and Fractures?, *JAGS* July, 48:721-725

¹⁷ Kutner, N G et al (1994), Older adults’ perception of their health and functioning in relation to sleep disturbance, falling and urinary incontinence, *Journal of the American Geriatrics Society*; 42(7):757-62 (27 ref).

¹⁸ Tromp, A M et al (2001), Fall-risk screening test: A prospective study on predictors for falls in community-dwelling elderly, *Journ of Clin Epimed* 54:837-844.

FAKTABOKS 6

Nocturi hos 60 – 80 årige kvinder og mænd

- Forekomsten er 77 %
- Nocturi er den hyppigste årsag til at man vågner om natten
- Nocturi er forbundet med øget risiko for sygdom og død
- Livskvalitetspåvirkningen øges med stigende grad af nocturi

Kilde; Mette Bing 2006

Årsagerne til at ældre mennesker skal op på toilettet om natten er, at de danner en større del af deres urin om natten og at blæremusklen er mindre elastisk, så den ikke kan indeholde så megen urin, som da de var yngre, se faktaboks 7. Det er den almindelige opfattelse, at det er normalt, at de ældre er oppe på toilettet 1-2 gange om natten.

FAKTABOKS 7

Årsager til nocturi hos ældre mænd og kvinder, 60 – 80 år

- Natlig polyuri – øget urinproduktion om natten (32 %)
- Overaktiv blære (17 %)
- Kombination af polyuri og overaktiv blære (25 %)
- Polyuri (øget urinproduktion) alene, og i kombination med overaktiv blære eller natlig poliuri (21 %)

Kilde; Mette Bing 2006

Trods dette har det vist sig, at bækkenbundstræning og blæretæning kan være med til at nedsætte antallet af natlige toiletbesøg hos ældre kvinder.¹⁹ Der er ikke lavet undersøgelser i forhold til mænd. Andre undersøgelser viser, at 60-70 % af dem, som har inkontinensproblemer i bred forstand, kan hjælpes med få og enkle midler²⁰ - fx bækkenbundstræning, medicin og blæretæning - hvilket står i

¹⁹ Marlet, LR, 2004, Bækkenbundstræning i et sundhedsøkonomisk perspektiv – livskvalitet og økonomi, Masterafhandling i Rehabilitering, Syddansk Universitet, www. ffy.dk

²⁰ Fonda 1995, Siem 1996, Holtendahl 1998

slående kontrast til, at kun 5 % bliver undersøgt for deres vandladningsproblemer²¹ og kun 25-30 % søger hjælp hos deres læge.²²

Ud over konsekvenser for livskvaliteten og for risiko for faldulykker er inkontinens et stort sundhedsøkonomisk problem. Det vurderes, at der i Danmark bruges min. 1,25 milliarder kroner til håndtering af inkontinens. Heraf går 93 % til kompenserende foranstaltninger – fordelt på 56 % til hjemmehjælp og 37 % til inkontinenshjælpemidler, 3 % går til operationer og 4 % til lægemidler.²³

I Odense Kommune bruges der ca. 16 millioner årligt på inkontinenshjælpemidler, og forbruget er steget med ca. en million pr. år inden for de sidste år. Hvis vi overfører de økonomiske beregninger fra Sverige til Danmark bruger Odense Kommune min. 24 millioner kroner årligt på hjemmehjælp til personer med inkontinens, fx til tøjvask, skift af ble, hjælp til toiletbesøg samt behandling af blærebetændelse. (Sverige – dk??)

Ved at sætte fokus på nocturi og antal natlige toiletbesøg ønsker man at opfange de ældre, der har problemer med nocturi og inkontinens mhp. at forebygge negativ påvirkning af de ældres livskvalitet, nedsat funktionsniveau, samt at forebygge faldulykker. Natlige toiletbesøg kan fungere som indgangsspørgsmål til at tale om inkontinens.

11.1 Spørgsmål om natlige toiletbesøg stillet i undersøgelsen

Det har været tanken, at ældrekonsulenterne ved besøgene skulle opfange de ældre, som føler sig generet af nocturi og/eller dem, som er oppe på toilettet om natten mere end 2 gange mhp. at motivere dem til at søge hjælp for at løse problemerne.

I undersøgelsen spørges de ældre:

1. om de er generet af natlige toiletbesøg,
2. om, hvor mange gange de som regel, skal op på toilettet om natten,
3. om, hvad ældrekonsulenterne kan iværksætte, hvis borgene føler sin generet af natlige toiletbesøg og / eller skal op på toilettet om natten.

²¹ www.sbu.se, rapport nr. 96, 2000.

²² Abrams et al, 1998, Incontinence, 1st International Consultation on Incontinence – June 28 – 1st July, Monaco

²³ www.sbu.se, rapport nr. 96,2000

Man har valgt, at ældrekonsulenterne i denne undersøgelse skulle være specielt opmærksomme på de borgere, som er generet af natlige toiletbesøg og/eller skal op på toilettet mere end 2 gange, da dette er forstyrrende for ordentlig nattesøvn, giver træthed om dagen og øger risikoen for faldulykker.

11.2 Resultater, natlige toiletbesøg

- 1865 (97 %) har besvaret spørgsmålet om *gener ved natlige toiletbesøg*
- 1828 (95 %) har besvaret spørgsmålet vedr. *antal natlige toiletbesøg*

Tabel 11.1: Gener ved natlige toiletbesøg

	Antal	%
Ja	258	13 %
Nej	1607	84 %
Ubesvaret	54	3 %
I alt	1919	100 %

Tabel 11.1 viser at:

- 13 % (258) *er generet* af, at skulle op på toilettet om natten
- 84 % (1607) *er ikke generet* af, at skulle op på toilettet om natten

Kvinderne og mændene føler sig lige generet af, at skulle op på toilettet om natten, se bilag 7.

Tabel 11.2: Antal gange de ældre mænd og kvinder er oppe på toilettet om natten

Antal natlige toiletbesøg	Antal	Procent
0 gange	272	15 %
1-2 gange	1268	69 %
3-5 gange	270	15 %
Over 5 gange	18	1 %
Hovedtotal	1828	100 %

Tabel 11.2 viser at:

- 15 % (272) ikke skal op på toilettet om natten
- 85 % (1556) skal op på toilettet om natten *én eller flere gange*
- 16 % (288) skal på toilettet *mere end to gange* hver nat

Der ses ingen forskel på mænd og kvinder mht. hvor ofte de er oppe på toilettet om natten (bilag 7).

Sammenhæng mellem gener ved natlige toiletbesøg og antal toiletbesøg om natten:

- 85 (6 %) af dem, der skal op 2 eller færre gange er generet af at skulle op
- 161 (56 %) af de, der skal op mere end 2 gange er generet af at skulle op

Her belyses indsatser, som iværksættes i forbindelse med spørgsmål om natlige toiletbesøg og/eller antal af natlige toiletbesøg.

Følgende er en oversigt over, hvad ældrekonsulenterne har iværksat.

Tablet 11.2: Hvad iværksættes i forhold til spørgsmål om natlige toiletbesøg?

	Antal
Henvisning til egen læge	88
Henvisning til sygeplejerske	15
Henvisning til kontinensfysioterapeut / bækkenbundstræning	43
Rådgivning ved ældrekonsulent	274
Andet	126

For 58 af de ældre vurderer ældrekonsulenterne, at de er tværfagligt udredt for deres problemer med natlige toiletbesøg, og at der ikke kan gøres mere. 167 af de ældre ønsker intet iværksat, hvoraf de 167 er oppe 1 til 2 gange om natten.

For de 167 borgere der ikke ønsker noget iværksat, viser det sig, at ældrekonsulenterne har rådgivet en stor del af disse. Der er i undersøgelsen ikke spurgt direkte til, hvilken form for rådgivning, der er givet.

For 126 borgere har ældrekonsulenterne udfyldt kommentarer under punktet "Andet". De angiver her, hvad årsagen er til, at intet iværksættes og/eller nævnt, at borgerne allerede er i gang med undersøgelse eller behandling eller de er blevet opfordret til at kontakte fagfolk. Enkelte har fået udleveret pjecer om inkontinens og bækkenbundstræning.

Data viser endvidere, at rådgivningen ved ældrekonsulenterne ofte bliver givet i kombination med henvisning til læge, sygeplejerske, fysioterapeut/bækkenbundstræning m.m.

11.3 Konklusion og anbefaling

Størstedelen af de ældre (85 %) er oppe på toilettet om natten, 13 % føler sig generet heraf. Jo flere gange de er oppe på toilettet, jo mere føler de sig generet af det. Det er ens for både mænd og kvinder, hvor ofte de er oppe på toilettet om natten, og i hvor høj grad de er generet af det.

Der iværksættes en bred vifte af tiltag, hvis de ældre har problemer med natlige toiletbesøg. Primært rådgiver ældrekonsulenterne selv, men der henvises også til udredning og behandling hos fagfolk; læge, sygeplejerske og kontinensfysioterapeut.

Det anbefales, at ældrekonsulenterne fortsat er opmærksomme på borgere, der er oppe på toilettet om natten og at spørgsmål herom kan være med til at åbne op for også at tale om inkontinens og nocturi. Målet er, at oplyse borgerne om muligheder for at forebygge problemer og hermed opfordrer dem til at søge hjælp, men også at ældrekonsulenterne er opmærksomme på andre faktorer, som kan have betydning for, at de skal op på toilettet om natten fx hjerte- / karsygdomme, medicinindtagelse, og at de er opmærksomme på andre forebyggende tiltag, fx gode lysforhold og hensigtsmæssig indretning af boligen.

Natlige toiletbesøg kan være med til at nedsætte livskvaliteten og overskuddet hos den enkelte, og kan være forbundet med risiko for faldulykker, hvorfor det anbefales, at spørgsmål om inkontinens og natlige toiletbesøg fortsat indgår i den spørgeguide, som ældrekonsulenterne arbejder ud fra dette som kvalitetssikring af de forebyggende hjemmebesøg.

Kun et enkelt natligt toiletbesøg kan være forbundet med risiko for faldulykker, hvorfor det anbefales, at ældrekonsulenterne fremover er opmærksomme på de mange ældre (1260 i denne undersøgelse), som er oppe 1-2 gange om natten.

Ældrekonsulenterne skal på det overordnede plan være orienteret i den nyeste viden på inkontinensområdet, så besøgene kan tage udgangspunkt i evident viden på området, dette kræver regelmæssig undervisning i emnet.

Spørgsmålene vedr. inkontinens og natlige toiletbesøg bør integreres i ældrekonsulenternes spørgeguide.

12. Social deltagelse

12.1 Baggrund for fokusemnet

Vi har valgt at spørge om social deltagelse, dels for at afdække om ensomhed er et problem for de borgere, der får forebyggende hjemmebesøg, dels for at ældrekonsulenterne kan være med til at opfange borgere med risiko for social isolation og for at styrke mulighederne for at etablere og fastholde sociale netværk for de borgere, som har behov for det.

Vi har valgt at bruge de samme spørgsmål til social deltagelse, som er brugt i Bjørn Holsteins, Kirsten Avlunds og Mikkel Wass' undersøgelser og har de samme spørgsmål til ensomhed, som er brugt i den landsdækkende SUSY-undersøgelsen fra 2005, for at kunne sammenligne vores resultater hermed.

Desuden spørges der til, om de ældre savner flere aktiviteter uden for hjemmet og i så fald hvilke? Og det registreres, hvad ældrekonsulenterne iværksætter i forbindelse med spørgsmålene om ensomhed og social deltagelse, se faktaboks 8.

Studier peger på, at social deltagelse har betydning for helbredet, og at social isolation forstærker risikoen for funktionsnedsættelse og afhængighed af hjælp fra andre 5 år efter.²⁴ Man har valgt i disse studier, at definerer *høj social deltagelse* som personer, som svarer "ja, flere gange" på min 2 af spørgsmålene: om de har været på besøg, haft besøg inden for den sidste måned eller har deltaget i fritidsaktiviteter uden for hjemmet.

Ældre med *lav social deltagelse defineres*, som de personer, som svarer *nej* til to eller flere af følgende spørgsmål: om de er på besøg, får besøg eller deltager i fritidsaktiviteter uden for hjemmet en eller flere gange om måneden.

²⁴ Stuck, Andreas E., Risk factors for functional status decline in communityliving elderly people: A systematic literature review, *Social Science –Medicine-0277-9536/98* (48:445-469)

FAKTABOKS 8

Der er i undersøgelsen spurgt om:

- Borgene har haft besøg indenfor den sidste måned?
- Borgerne har været på besøg indenfor den sidste måned?
- Hvor ofte borgene deltager i fritidsaktiviteter udenfor hjemmet?
- Hvor ofte de føler sig uønsket alene?
- Borgerne savner flere aktiviteter udenfor hjemmet?
- Hvis ”ja”, hvilke aktiviteter borgerne savner?
- Hvad der iværksættes?

1901 (99 %) ældre har svaret på spørgsmålene om social deltagelse, og 1889 (98,4 %) har besvaret spørgsmålet om at være uønsket alene.

12.2 Social deltagelse

I det følgende ses på de 3 spørgsmål vedr. social deltagelse: besøg ude og i hjemmet *inden for den sidste måned* samt deltagelse i fritidsaktiviteter uden for hjemmet.

- 4 % (70) har ikke haft besøg inden for den sidste måned
- 9 % (178) har ikke været på besøg inden for den sidste måned
- 41 % (792) deltager i aktiviteter uden for hjemme 1-2 eller færre gange om måneden

Hvis man sammenholder svarene på de 3 spørgsmål, viser det sig, at 77 % (1484) har høj social deltagelse, idet de svarer ”*ja, flere gange*” på min 2 af de 3 spørgsmål. Omvendt har 23 % (435) af de ældre lav social deltagelse, idet de svarer ”*sjældnere end én gang om måneden*” på 2 eller alle 3 spørgsmål.

Ser vi nærmere på de 435 personer, som har lav social deltagelse, så viser det sig at;

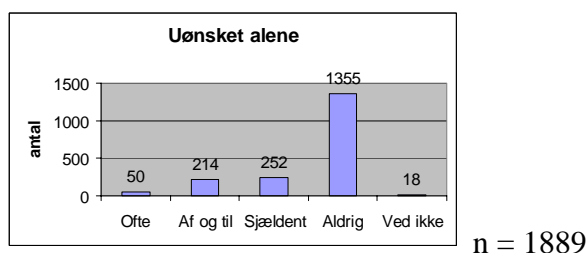
- 6 % (24) er specielt udsatte, da de er ”*ofte*” uønsket alene. Disse udgør 1 % af samtlige 1919, som har udfyldt spørgeskemaet
- 16 % (68) føler sig uønsket alene ”*af og til*”
- 79 % (343) ønsker *ikke* nye aktiviteter uden for hjemmet
- 14 % (62) har ønske om nye aktiviteter uden for hjemmet

Ovennævnte tal tyder på, at der ikke er nogen sammenhæng mellem de ældres sociale deltagelse, om de føler sig ensomme eller om de ønsker nye aktiviteter uden for hjemmet. Det betyder, at ældrekonsulenterne må være opmærksomme på at spørge ind til alle 3 emner mhp. at kunne opfange dem, som er i risiko for at få funktionsnedsættelse, blive afhængige af hjælp fra andre og/eller blive socialt isolerede.

12.3 Ensomhed

Resultaterne viser, at 85 % aldrig eller sjældent føler sig uønsket alene, 11 % føler sig af og til uønsket alene og at kun 3 % af de ældre, føler sig 'ofte' alene, selvom de havde mest lyst til at være sammen med andre, se figur 12.1.

Figur 12.1: Ældre der er alene, selvom de havde mest lyst til at være sammen med andre



Den andel, der ofte føler sig alene, er markant mindre end for den generelle befolkning i samme aldersgruppe, se bilag 10. SUSY's befolkningsundersøgelse fra 2005 viser endvidere, at kvinderne generelt føler sig mere ensomme end mændene, hvilket denne undersøgelse bekræfter. Desuden ses en positiv udvikling i befolkningens netværk generelt set, idet færre er uønsket alene, og at flere kan forvente hjælp fra andre i tilfælde af sygdom (SUSY 2005).²⁵

12.4 Savner de ældre flere aktiviteter uden for hjemmet?

- 10 % (186) af alle der har besvaret spørgsmålet, savner flere aktiviteter uden for hjemmet
- 85 % (1631) savner ikke flere aktiviteter
- 2,5 % (49) svarer 'ved ikke'
- 2,5 % (53) har ikke besvaret spørgsmålet
- 84 % af de ældre, som deltager 'sjældent' eller 'aldrig' i aktiviteter uden for hjemmet, ønsker ikke flere aktiviteter, 11 % ønsker flere aktiviteter, 2 % er ubesvaret

²⁵ Statens Institut for Folkesundheds, 2007, Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987

Tallene viser, at en tiendedel af de ældre ønsker flere aktiviteter uden for hjemmet.

12.5 Hvilke aktiviteter ønsker de ældre?

De ældre efterspørger en bred vifte af aktiviteter;

- **Kulturelle aktiviteter**; fx folkeuniversitetet, højskole, foredrag, film, koncerter, teater, kirkegang, bibliotek, højtlesning, litteraturkreds, skak, EDB, firmærkesamling, bridge, udflugter
- **Motion**; fx stavgang, golf, tennis, gymnastik, roning, natur, udflugter, fodbold, petanque, styrketræning, svømning, bowling, aktiviteter på stadion og gåture
- **Sociale aktiviteter**; fx snak med andre, besøgsven, aktiviteter i weekenden, sangkor, spiseklub, besøgsven, aktiviteter for svagtseende, byture, lystfiskeri, kolonihave
- **Håndarbejdsaktiviteter**; fx blomsterbinding, håndværk, træværksted, porcelænsmaling, stenslibning, vævning

Ældrekonsulenterne informerer om meget forskellige aktiviteter, hvilket formodes at have relation til det, som de ældre efterspørger. Ældrekonsulenterne må have en bred viden om både lokale og byens aktivitetstilbud for, at kunne vejlede de ældre. Den største del af aktiviteterne er nogle som allerede findes forskellige steder i Odense Kommune, således at ældrekonsulenterne kan henvise de ældre hertil.

12.6 Konklusion og anbefaling

Man kan konkludere, at $\frac{3}{4}$ af de ældre i undersøgelsesgruppen har høj social deltagelse, idet de enten jævnligt har gæster i hjemmet, selv er på besøg hos andre og/eller deltager i fritidsaktiviteter uden for hjemmet. Næsten halvdelen af de ældre deltager ikke i aktiviteter uden for hjemmet flere gange om måneden, de færreste ønsker flere aktiviteter.

En fjerdedel af de ældre har lav social deltagelse, og er derfor i risiko for at få funktionsnedsættelse og blive afhængige af hjælp fra andre mennesker. Ældrekonsulenterne bør være særligt opmærksomme på denne gruppe.

Der ses ingen sammenhæng mellem social isolation, ensomhed og behov hos de ældre for at deltage i flere aktiviteter uden for hjemmet, hvorfor ældrekonsulenterne er nødt til at spørge ind til alle emnerne hver for sig.

Kun en tiendedel af samtlige ønsker flere aktiviteter uden for hjemmet, og de ældre som ønsker flere aktiviteter, får information af ældrekonsulenterne om en bred vifte af aktivitetstilbud i Odense. Ensomhed blandt de ældre som modtager forebyggende hjemmebesøg i Odense Kommune, er et kvantitativt lille problem, og er mindre end for den generelle befolkning i samme alder. Det betyder dog ikke, at problemet ikke skal tages alvorligt for de borgere, hvor det er et problem.

Det anbefales, at ældrekonsulenterne fortsat er opmærksomme på at spørge ind til de 3 spørgsmål vedr. sociale deltagelse, som indgår i denne undersøgelse. Disse spørgsmål anbefales, at indgå i den spørgeguide som ældrekonsulenterne anvender ved de forebyggende hjemmebesøg.

Da man ved, at det har betydning for funktionsniveau og afhængighed af hjælp fra andre, hvor ofte man har gæster i hjemmet, selv kommer på besøg og hvor ofte man deltage i fritidsaktiviteter uden for hjemmet.

Ældrekonsulenterne har en stor opgave i, at motivere til og støtte de ældre i at deltage i aktiviteter både i hjemmet og uden for hjemmet, som den enkelte synes er værdifulde for dem.

Det skønnes også vigtigt at være opmærksom på de få ældre, som føler sig ensomme mhp. at finde ud af i samarbejde med den ældre, hvad der kan gøres ved problemet, og hvordan ældrekonsulenten bedst støtter den ældre.

13. Odense Kommunes Sundhedspolitik

En af følgerne af kommunalreformen er, at Odense Kommune fra den 1. januar 2007 overtager en del af sundhedsopgaverne, der tidligere har ligget i Amtet. Kommunen har nu alene ansvar for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde for borgerne. Odense Kommune ønsker, at målrette de forebyggende indsatser – dette er formuleret i en sundhedspolitik, der vedtages i foråret 2007.

Sundhedspolitikens vision er, at:

”Sundhed er mere og andet end fravær af sygdom. Sundhed handler om livskvalitet og udfoldelsesmuligheder. Gennem forebyggelse skal sundhed bevares, og sygdom undgås; men hvis man er ble-

vet syg – kortvarigt eller langvarigt – skal forebyggelse bidrage til at gøre rask hurtigst muligt, eller til at formindske følgerne af sygdommen”.²⁶

Ældrekonsulenterne har en væsentlig rolle i at være med til at løfte opgaven omkring Sundhedspolitikken for kommunens 75+årige borgere både i forhold til den borgerrettede forebyggelse og i forhold til den patientrettede forebyggelse.

”Den borgerrettede forebyggelse har til formål at forebygge, at sygdom og ulykker opstår og holde raske borgere sunde.” og ”Den patientrettede forebyggelse har til formål at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og begrænse komplikationer og tilbagefald.

Den patientrettede forebyggelse omfatter indsatser, som optimerer behandlingen og sætter den enkelte patient i stand til at tage bedst mulig vare på sig selv. En væsentlig del af den patientrettede forebyggelse handler om rehabilitering. Formålet med rehabilitering er, at borgeren opnår et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt trods fysiske, psykiske eller sociale begrænsninger.”.²⁷

Odense Kommune har i deres sundhedspolitik valgt flere indsatsområder, blandt andet forebyggelse af fald hos ældre og skabelse af sociale netværk, se bilag 9. Disse indsatsområder er ældrekonsulenterne i 2005 og 2006 begyndt systematisk at have fokus på i forhold til de ca. 6000 75+årige borgere, der er med i ordningen om forebyggende hjemmebesøg.

Det vil være helt naturligt at ældrekonsulenterne i deres forebyggende hjemmebesøg fremover har fokus, og er med til at udvikle på de områder, som kommunen har udvalgt til at være særlige indsatsområder i forhold til sundhed.

²⁶ Odense Kommunes sundhedspolitik – baggrunden for sundhedspolitikken 2007

²⁷ Odense Kommunes sundhedspolitik, maj 2007

Bilag 1: Nye målgrupper 2006

I maj 2005 kom en ændring af loven om forebyggende hjemmebesøg for 75 +årige. Lovændringen har givet mulighed for justering af målgruppen. På baggrund af lovændringen er det i Odense Kommune besluttet at ophøre med at besøge den gruppe af borgere, der er visiteret til praktisk bistand og personlig pleje i væsentligt omfang.

Det vil typisk sige, at der er plejepersonale hos borgeren i mere end 5 timer om ugen.

Begrundelsen for ændringen er et ønske om at udnytte ældrekonsulenternes ressourcer hos den gruppe af ældre, hvor der er størst effekt af besøgene.

Målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg er i 2006 udvidet til også at omfatte:

- borgere, der ikke er med i ordningen, når de fylder 80 år. Nyere dansk forskning peger på, at især 80+årige har gavn af strukturerede forebyggende hjemmebesøg, og at særlig kvinderne har gavn af besøgene. For de 80årige har besøgene betydning for, at man kan blive ved med at klare sig selv.²⁸
- 75+årige borgere, der netop har fået bevilget praktisk bistand, og som tidligere har sagt nej tak til forebyggende hjemmebesøg, tilbydes en forebyggende indsats for at undgå yderligere forringet funktionsevne. Disse borgere har ikke massiv hjælp, men idet de får bevilget rengøringshjælp, har de haft et funktionstab og er i risiko for at blive mere afhængige af hjælp – en forebyggende indsats anses derfor for vigtig for denne gruppe for at undgå yderligere funktionstab.
- 65+årige, der bliver enke/enkemænd, tilbydes 1-2 besøg. Odense Kommune tilbød indtil 2003 forebyggende besøg til 65+årige, der blev enker/enkemænd. Ordningen ophørte pga. besparelser. Formålet er at forebygge social isolation og inaktivitet og derved risiko for funktionsnedsættelse og afhængighed af hjælp.

²⁸ Mikkel Vass, Forskningsprojekt fra Københavns Universitet: Konference om dokumentation af de forebyggende hjemmebesøg, Egtved Pakhus den 2. nov. 2005

Bilag 2: Spørgeskema: Forebyggende hjemmebesøg

Odense Kommunale Ældrepleje Aktivitet & Træning, 4. maj 2006

Spørgeskemaet udfyldes i forbindelse med **alle** forebyggende hjemmebesøg aflagt i perioden 1. april - 31. december 2006.

Den enkelte borger skal kun udfylde spørgeskemaet én gang. Ældrekonsulenterne har fokus på forskellige områder, som man ved, har stor betydning for ældre menneskers livssituation og deres mulighed for at kunne klare sig selv.

Fokusområderne er: Træthed, risiko for fald, vandladningsproblemer forbundet med natlige toiletbesøg; alle områder, hvor man ved, at en tidlig indsats kan nytte noget.

Odense Kommune ønsker også at opfange, hvor mange og hvem af de ældre, der føler sig socialt isolerede, og om de ønsker hjælp til at få flere aktiviteter.

At deltage i social aktivitet ved man, har betydning for, hvordan man klarer sig i dagligdagen.

Resultaterne af spørgeskemaet behandles anonymt, og vil ikke have indflydelse på den hjælp, du måtte få fra Odense Kommune.

Resultaterne kan bruges som værdifuld information til Ældreråd og politikere.

Skemaet er udfyldt af ældrekonsulent: _____

Navn _____

1. Dato for besøg: _____ **2006** **2. Fødselsår:** _____

3. Køn: 1 Mand 2 Kvinde

4. Bor du alene?

0 Nej 1 Ja

5. Ønsker du at udfylde spørgeskemaet:

0 Nej 1 Ja

2 Ældre konsulent vurderer, at borger ikke kan medvirke ved udfyldelse, årsag angives:

6. Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?

1 Fremragende

2 Vældig godt

3 Godt

4 Mindre godt

5 Dårligt

7. Resultat af score på træthedsskala: _____

8. Ved score under 12 i træthedsskalaen, hvad iværksættes?

9. Er du faldet mere end én gang indenfor det sidste år?

0 Nej 1 Ja 2 Ved ikke

10. Hvis "ja" havde du bevidsthedstab, da du faldt?

0 Nej 1 Ja 2 Ved ikke

11. Er du generet af svimmelhed?

0 Nej 1 Ja 2 Ved ikke

12. Har du daglige gang- eller balanceproblemer?

0 Nej 1 Ja 2 Ved ikke

13. Hvis 'ja' til ét af spørgsmålene spørgsmål 9 - 12, hvad iværksættes?

1 Henvisning egen læge mhp. faldudredning

2 Henvisning til genoptræning

3 Henvisning til bevilling af personlig el. praktisk bistand

4 Henvisning til bevilling af hjælpemidler / boligændringer

5 Rådgivning ved ældrekonsulent

6 Andet, hvilket _____

7 Er tværfagligt udredt, denne udredning viser, at der ikke kan gøres mere

8 Borger ønsker intet iværksat

14. Er du generet af at skulle op på toilettet om natten?

0 Nej

1 Ja

15. Hvor mange gange skal du som regel op på toilettet om natten? _____

16. Hvis "ja" i spørgsmål 14 eller ved antal over "2 gange" i spørgsmål 15, hvad iværksættes?

1 Henvisning til egen læge

2 Henvisning til sygeplejerske

3 Henvisning til kontinensfysioterapeut / bækkenbundstræning

4 Rådgivning ved ældrekonsulent

5 Andet, hvilket _____

6 Er tværfagligt udredt, denne udredning viser, at der ikke kan gøres mere

7 Borger ønsker intet iværksat

17. Har du haft besøg her hos dig indenfor den sidste måned?

0 Nej

1 Ja, en enkelt gang eller to

2 Ja, flere gange

18. Har du selv været på besøg inden for den sidste måned?

0 Nej

1 Ja, en enkelt gang eller to

2 Ja, flere gange

19. Hvor ofte deltager du i fritidsaktiviteter udenfor dit hjem (fx. undervisning, foredrag, foreningsliv, klub, kirke, biograf, teater, koncerter, museum, gymnastik, dans, idræt)?

1 Aldrig

2 Sjældent - ikke hver måned

3 Én eller to gange om måneden

4 Flere gange om måneden

5 Flere gange om ugen

20. Sker det nogensinde, at du er alene, selv om du egentlig har mest lyst til at være sammen med andre?

1 Ofte 2 Af og til 3 Sjældent 4 Aldrig 5 Ved ikke

21. Savner du flere aktiviteter udenfor dit hjem?

0 Nej 1 Ja 2 Ved ikke

22. Hvis "ja" til spørgsmål 21, hvilke aktiviteter? _____

23. Hvis "ja" til spørgsmål 21, hvad iværksættes? _____

Bilag 3: Deltagelse og frafald

Metode

Spørgeskemaerne er udfyldt i perioden 24.april 2006 til 31.oktober 2006. Den 1. april til den 24. april 2006 var en prøveperiode. Herefter blev der afholdt fællesmøde for alle ældrekonsulenter, hvor spørgeskemaet og mulige handlekanaler inden for fokusemnerne blev gennemgået. Uklarheder blev drøftet, hvorefter spørgeskemaet blev rettet til.

Repræsentativitet

Tabel B 3.1: Ældre der ønsker at deltage, inddelt efter køn

Ønsker at deltage	Ja	Kan ikke	Nej	Hovedtotal
Kvinder	84,91 %	9,79 %	5,30 %	100,00 %
Mænd	83,36 %	10,14 %	6,50 %	100,00 %
I alt	84,38 %	9,91 %	5,71 %	100,00 %

Tabel B 3.2: Ældre der ønsker at deltage, inddelt efter alder

Ønsker at deltage	75-79 år	80-84 år	85-89 år	90+ år	Ubesvaret	I alt
Ja	86,00 % (829)	85,23 % (623)	79,65 % (317)	79,04 % (132)	51,72 % (15)	83,43 %
Kan ikke	8,30 % (80)	8,89 % (65)	12,06 % (48)	13,77 % (23)	31,03 % (9)	10,09 %
Nej	5,39 % (52)	5,06 % (37)	7,79 % (31)	6,59 % (11)	13,79 % (4)	5,87 %
Ubesvaret	0,31 % (3)	0,82 % (6)	0,50 % (2)	0,60 % (1)	3,45 % (1)	0,61 %
I alt	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

n= 1919

Tabel B 3.3: Ældre der ønsker at deltage, inddelt efter område

	Ja	Kan ikke	Nej	I alt
Område 1	89,10 %	6,52 %	4,38 %	100,00 %
Område 2	76,05 %	16,67 %	7,28 %	100,00 %
Område 3	87,01 %	6,67 %	6,32 %	100,00 %
I alt	83,95 %	10,15 %	5,91 %	100,00 %

n= 1919

Tabel B 3.4: Svarprocent pr. aktivitetsområde

	Område 1	Område 2	Område 3	I alt
Andel af borgere der har sagt ja til at besvare spørgsmålene	89 %	76 %	87 %	84 %
Andel hvor ældrekonsulenten vurderer, at borgeren ikke kan medvirke	7 %	17 %	7 %	10 %
Andel hvor borgeren ikke ønsker at besvare spørgsmålene	4 %	7 %	6 %	6 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %

n= 2286.

Af tabel B 3.4 ses, at der er forskel i deltagelsen fra område til område. I område 1 er 89 % med i undersøgelsen, mens der er 76 % med fra område 2. Forskellen skyldes især, at ældrekonsulenterne i område 2 hos 17 % af de besøgte, har vurderet, at borgeren ikke kunne medvirke ved udfyldelsen af spørgeskemaet.

Tabel B 3.5: Viser frafaldsgruppen fordelt på de tre områder

Frafaldsgruppen	Ældrekonsulenten vurderer, at borgeren ikke kan deltage	Ønsker ikke at deltage	Frafald
Område 1	25 % (58)	29 % (39)	26 % (97)
Område 2	58 % (135)	44 % (59)	53 % (194)
Område 3	17 % (39)	27 % (76)	21 % (76)
I alt	100 % (232)	100 % (135)	100 % (367)

n= 367

Bilag 4: Repræsentativitet

Repræsentativiteten er beregnet i forhold til den gruppe, der har sagt ja til at besvare spørgeskemaet i alt 1919 personer.

Køn

Kønsfordelingen for de 75+årige, der er med i undersøgelsen fremgår af **tabel 4.1** og er sammenholdt med fordelingen for alle 75+årige i Odense Kommune.²⁹ Det ses, at undersøgelsesgruppen er repræsentativ set i forhold til køn.

Tabel B 4.1: Fordeling af køn for 75+årige i Odense Kommune og de 75+årige der er med i undersøgelsen.

	75+årige i Odense Kommune (n= 12 734)	75+årige i undersøgelsen (n=1907 ³⁰)
Kvinde	65 % (8267)	66 % (1266)
Mand	35 % (4477)	34 % (641)

Alder

Gennemsnitsalderen for den deltagende gruppe er 81,2 år, fra 75 år til 98 år.

Aldersfordelingen af de 75+årige der er med i undersøgelsen, er i tabel 4.2 sammenholdt med populationen af alle 75+årige i Odense Kommune, opdelt i aldersgrupper.³¹ Det ses, at undersøgelsesgruppen er repræsentativ set i forhold til aldersgrupperne.

²⁹ Odense Kommunes statistikfunktion, Data om den generelle befolkning

³⁰ 1919 har sagt ja til at deltage, men for 12 borgere der deltager i undersøgelsen er der ikke angivet "køn", hvorfor repræsentativiteten kun er beregnet på 1907

³¹ Odense Kommunes statistikfunktion, Data om den generelle befolkning

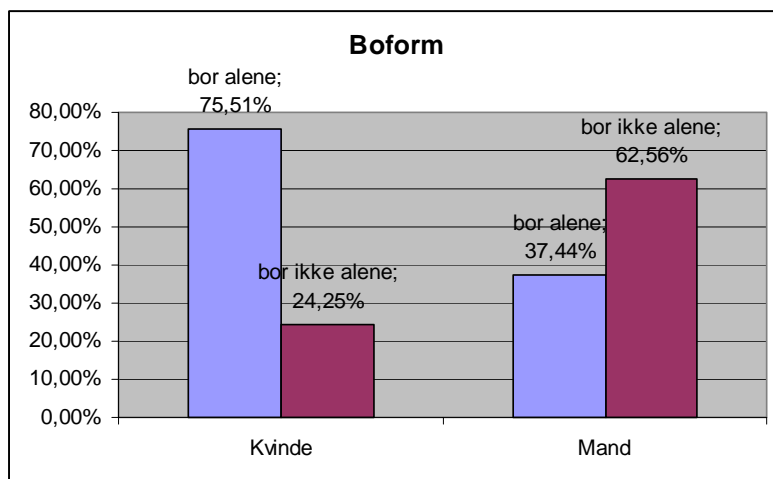
Tabel B 4.2: Aldersfordelingen for alle 75+årige i Odense Kommune og de 75+årige der er med i undersøgelsen

Alder	75+årige i Odense Kommune (n= 12.734)	75+årige i undersøgelsen (n=1901 ³²)
75-79 år	41 % (5257)	43 % (829)
80-84 år	31 % (3953)	33 % (623)
85-89 år	18 % (2291)	17 % (317)
90+ år	10 % (1233)	7 % (132)

Biform

Der er spurgt, om man bor alene. 76 % kvinderne bor alene og kun 37 % af mændene bor alene, hvilket svarer til alle 75+årige i Odense Kommune.³³ Jo ældre man bliver, des flere bor alene, i gruppen 85 til 89årige bor 84 % af kvinderne og 40 % af mændene alene, se bilag 2.

Figur B 4.1: Viser om deltageren bor alene



n= 1904

³² For 18 borgere er der ikke angivet alder, hvorfor de er udeladt i denne tabel, selvom de deltager i hele undersøgelsen

³³ For 75+årige i Odense Kommune er 78 % af kvinderne ugift, enker eller fraskilt og 38 % af mændene er ugift, enkemænd eller fraskilt. Igen er der kun en lille forskel mellem populationen og deltagergruppen. Forskellen kan skyldes anderledes opgørelsesmetoder. I statistik for Odense Kommune er opgjort civilstand – om man er enke, skilt eller ugift, og i denne undersøgelse, er der spurgt, om man bor alene eller sammen med andre

Tabel B 4.3: Antal ældre der bor alene/ikke bor alene i forhold til alder og køn i procent

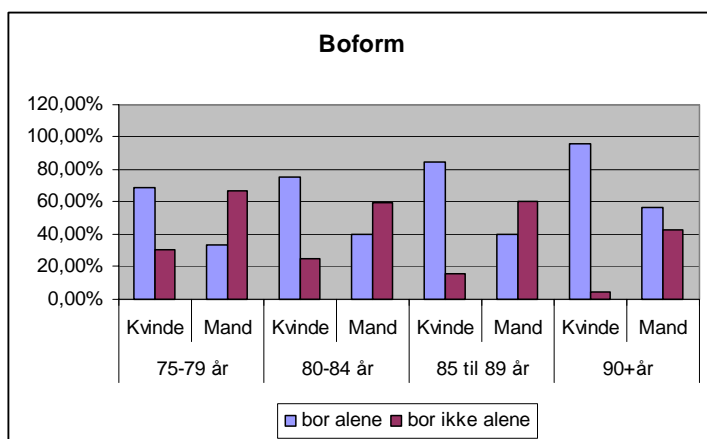
	75-79 år		80-84 år		85 - 89 år		90+år		Hovedtotal
	Kvinde	Mand	Kvinde	Mand	Kvinde	Mand	Kvinde	Mand	
Bor alene	69,11 %	33,12 %	74,94 %	40,00 %	84,47 %	39,78 %	95,74 %	57,14 %	62,88 %
Bor ikke alene	30,89 %	66,88 %	25,06 %	60,00 %	15,53 %	60,22 %	4,26 %	42,86 %	37,12 %
Hovedtotal	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

n= 1886

Tabel B 4.4: Antal ældre der bor alene/ikke bor alene i forhold til alder og køn

	75-79 år		80-84 år		85 - 89 år		90+år		Hovedtotal
Bor alene	Kvinde	Mand	Kvinde	Mand	Kvinde	Mand	Kvinde	Mand	
Ja	358	102	314	80	185	37	90	20	1186
Nej	160	206	105	120	34	56	4	15	700
Hovedtotal	518	308	419	200	219	93	94	35	1886

n = 1886



n=1886

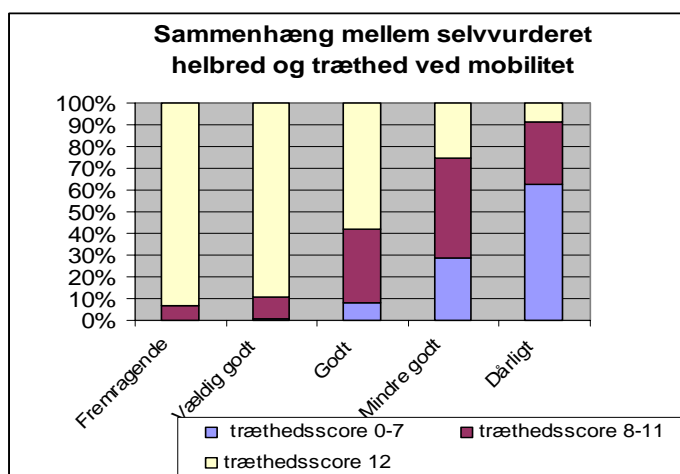
Bilag 5: Sammenhæng mellem selv vurderet helbred og træthed ved mobilitet

Tabel B 5.1 Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?

Helbred	0-7	8-11	12	I alt
Dårligt	62,86 %	28,57 %	8,57 %	100 %
Fremragende	0,00 %	6,76 %	93,24 %	100 %
Godt	7,93 %	33,77 %	58,29 %	100 %
Mindre godt	28,45 %	46,07 %	25,48 %	100 %
Vældig godt	0,99 %	9,57 %	89,44 %	100 %
Ubesvaret	33,33 %	33,33 %	33,33 %	100 %
I alt	13,66 %	31,72 %	54,62 %	100 %

Helbred	0-7	8-11	12	I alt
Dårligt	44	20	6	70
Fremragende		5	69	74
Godt	78	332	573	983
Mindre godt	134	217	120	471
Vældig godt	3	29	271	303
Ubesvaret	1	1	1	3
I alt	260	604	1040	1904

Tabel B 5.2: Sammenhæng mellem selv vurderet helbred og træthed ved mobilitet



Bilag 6: Faldrisiko

Tabel B 6.1: Viser svarfordelingen blandt de 1919 der er med i undersøgelsen

	Faldet mere end en gang inden for det sidste år	Havde bevidsthedstab	Svimmelhed	Gang og balance problemer
Ja	261	46	372	526
Nej	1637	335	1474	1319
Ved ikke	4	13	34	35
Ubesvaret	17	1525	39	39
I alt	1919	1919	1919	1919

Tabel B 6.2: Øget faldrisiko

	Faldet mere end en gang (n=1898)	Bevidsthedstab (n=381)	Svimmelhed (n=1836)	Gang og balanceproblemer (n=1845)
Ja	14 %	12 %	20 %	29 %
Nej	86 %	88 %	80 %	71 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabellen viser, at ca. hver 3 i undersøgelsesgruppen har gang eller balanceproblemer, og hver 4 lider af svimmelhed, og hver at 7 er faldet inden for det sidste år.

Tabel B 6.3: Fald-risiko i forhold til aldersgrupper

Antal	Fald mere end en gang inden for det sidste år		
	Ja	Nej	I alt
Aldersgrupper			
75-79 år	11,26 %	88,74 %	100,00 %
80-84 år	13,45 %	86,55 %	100,00 %
85-89 år	19,11 %	80,89 %	100,00 %
90 år eller derover	18,18 %	81,82 %	100,00 %
I alt	13,78 %	86,22 %	100,00 %

Tabel B. 6.4: Bevidsthedstab ved fald

Aldersgrupper	Bevidsthedstab ved fald		
	Ja	Nej	I alt
75-79 år	12,26 %	87,74 %	100,00 %
80-84 år	8,00 %	92,00 %	100,00 %
85-89 år	17,65 %	82,35 %	100,00 %
90 år eller derover	14,29 %	85,71 %	100,00 %
I alt	11,97 %	88,03 %	100,00 %

Tabel B. 6.5: Gang og balanceproblemer

Aldersgrupper	Gang eller balanceproblemer		
	Ja	Nej	I alt
75-79 år	22,61 %	77,39 %	100,00 %
80-84 år	28,71 %	71,29 %	100,00 %
85-89 år	36,48 %	63,52 %	100,00 %
90 år eller derover	45,24 %	54,76 %	100,00 %
I alt	28,50 %	71,50 %	100,00 %

FAKTABOKS 5**Intervention efter basal faldudredning**

Elementer i interventionen efter den basale faldudredning bør ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger, være:

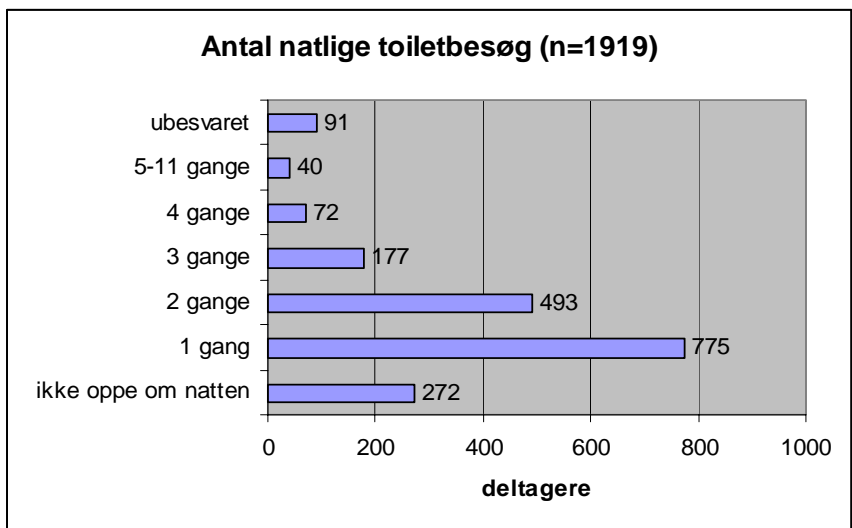
- Behandling af relevante medicinske problemer
- Medicinoptimering
- Fysisk træning (balance-, styrke- og gangtræning)
- Vitamintilskud
- Hoftebeskyttere
- Boligændringer (gentagne fald)
- Patientinddragelse
- Kontinuitet i behandlingen
- Multifaktoriel individuelt tilpasset intervention.

Bilag 7: Natlige toiletbesøg

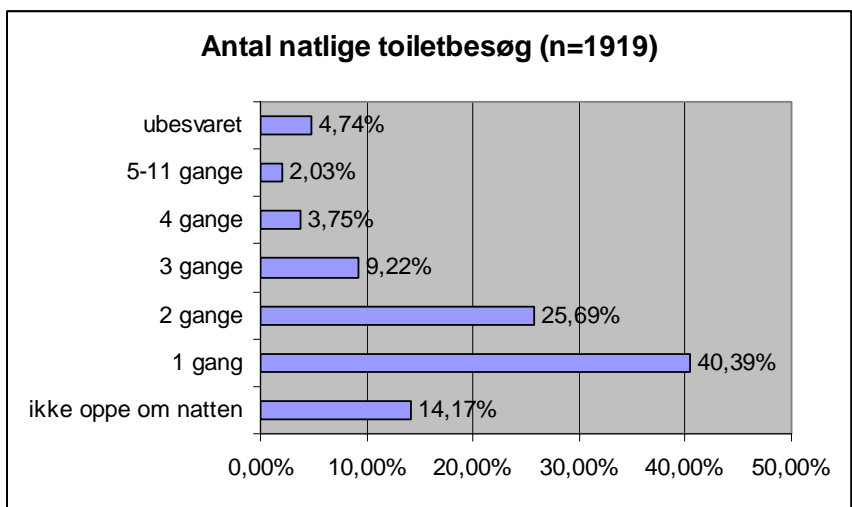
Tabel B.7.1: Gener ved natlige toiletbesøg ift. antal toiletbesøg om natten

Antal toiletbesøg nat(hele tal)	Gener ved natlige toiletbesøg		
	Ja	Nej	I alt
0-1 gang	2,04 %	97,96 %	100,00 %
2 gange	13,51 %	86,49 %	100,00 %
3+ gange	58,12 %	41,88 %	100,00 %
I alt	13,81 %	86,19 %	100,00 %

Tabel B.7.2: Hyppighed af natlige toiletbesøg



Tabel B.7.3: Hyppighed af natlige toiletbesøg i procent



Tabel B.7.4: Kønsfordeling mht. hvor meget de ældre føler sig generet af natlige toilet

	Kvinde	Mand	Kvinde	Mand
Ja	178	80	14 %	13 %
Nej	1055	540	83 %	84 %
Ubesvaret	33	21	3 %	3 %
I alt	1266	641	100 %	100 %

Tabel B.7.5: Fordelingen mellem kvinder og mænd i forhold til, hvor mange gange de er oppe på toilettet om natten

Antal natlige toiletbesøg	Kvinde	Mand	Kvinde	Mand
0 gange	192	78	16 %	13 %
1-2 gange	838	422	69 %	69 %
3-5 gange	168	101	14 %	17 %
Over 5 gange	11	7	1 %	1 %
Hovedtotal	1209	608	100 %	100 %

Bilag 8: Social deltagelse

Tabel B.8.1: Har du haft besøg inden for den sidste måned?

Besøg i hjemmet?	Antal	Procent
Ja, en enkelt gang eller to	266	14 %
Ja, flere gange	1565	81 %
Nej	70	4 %
Ubesvaret	18	1 %
I alt	1919	100 %

Tabel B.8.2: Har du selv været på besøg inden for den sidste måned?

Besøg ude?	Antal	Procent
Ja, en enkelt gang eller to	383	20 %
Ja, flere gange	1341	70 %
Nej	178	9 %
Ubesvaret	17	1 %
I alt	1919	100 %

Tabel B.8.3: antal aktiviteter uden for hjemmet

Aktiviteter uden for hjemmet?	Antal	Procent
Aldrig	494	26 %
Sjældent - ikke hver måned	178	9 %
Én eller to gang om måneden	120	6 %
Flere gange om måneden	430	23 %
Flere gange om ugen	669	35 %
Ubesvaret	28	1 %
I alt	1919	100 %

**Tabel B.8.4: Andel der ofte er alene, selvom de havde mest lyst til at være sammen med andre
– SUSY 2007**

	Kvinder	Mænd
65-79 år	5,5 %	3,2 %
80+ år	9,2 %	5,4 %

**Tabel B.8.5: Andel der ofte er alene, selvom de havde mest lyst til at være sammen med andre
– 75+ i Odense Kommune**

	Kvinder	Mænd
75-79 år	3,3 %	1,0 %
80+ år	3,5 %	1,6 %

Tabel B.8.6: Hvor ofte de ældre føler sig alene, selvom de havde mest lyst til at være sammen med andre?

Uønsket alene	Antal	Procent
Af og til	214	11 %
Aldrig	1355	71 %
Ofte	50	3 %
Sjældent	252	13 %
Ved ikke	18	0,5 %
Ubesvaret	30	1,5 %
I alt	1919	100 %

Bilag 9: Sundhedspolitiske indsatsområder

To af Odense Kommunes indsatsområder i forhold til sundhedspolitikken er sociale netværk og ulykker.

I sundhedspolitikken fremgår det at:

Sociale netværk

”Sociale netværk har betydning for helbredet. Personer med stærke sociale relationer har lavere dødelighed end personer med svage sociale relationer”.

”Sundhedsprofilen for Odense Kommune viser, at 10 % af de adspurgte sjældent eller aldrig ser deres venner eller bekendte. 8 % ser sjældent eller aldrig deres familie. Denne andel stiger med alderen.”

*”En større andel af de adspurgte, der ofte ser venner eller bekendte, har et godt selv vurderet helbred i forhold til personer, der aldrig eller sjældent ser venner eller bekendte”.*³⁴

Odense Kommunes mål vedrørende sociale netværk

Målet for Odense Kommune:

- Styrke borgernes muligheder for at etablerer og fastholde sociale netværk, fx i forhold til familie, omgangskreds, foreningslivet mv.

Odense Kommune vil:

- Styrke de fysiske rammer, der stimulerer gode sociale relationer, lokale netværk aktivitet
- Fastholde og øge tilbud inden for kultur- og naturområdet og udvikle samarbejdet de frivillige sociale organisationer, værestederne, uddannelsesinstitutioner mv.
- Kvalificere kommunens medarbejdere til tidligt at opdage, opsøge og yde hjælp borgere, der har sparsomt eller intet netværk

Ulykker

Størstedelen af hjemme- og fritidsulykker sker i hjemmet, i daginstitutionen og skolen samt i forbindelse med idræts- og fritidsaktiviteter.

³⁴ Odense Kommunes Sundhedspolitik, maj 2007

Mænd, der dør ved en hjemme- og fritidsulykke, dør 18 år for tidligt, mens kvinderne dør ti år for tidligt.

Trafikulykker er en meget hyppig dødsårsag for børn og unge, og er årsag til cirka 10 % af skadestuebesøg som følge af ulykker.

Brug af sikkerhedsseler og cykelhjelme begrænser skadernes alvorlighed.

Skolebørnsundersøgelsen for 7-9klasse viser, at cirka 20 % af de 12-13årige børn, der cykler til skole, bruger cykelhjelme. Brug af cykelhjelme falder markant for de 14-16årige.

Sundhedsprofilen for Odense Kommune viser, at knap 12 % af de adspurgte har været udsat for en ulykke inden for det sidste år.

I Odense Kommune skønnes hjemme-/fritidsulykker årligt at være relateret til cirka*:

- 100.000 ekstra fraværdsdage fra arbejdet
- 1100 sygehusindlæggelser
- 15.000 skadestuebesøg

* Tallene er opgjort på landsplan og omregnet svarende til befolkningsunderlaget i Odense Kommune

Målet for Odense Kommune:

- Antallet af hjemme- og fritidsulykker samt trafikulykker skal reduceres

Odense Kommune vil:

- Skabe øget sikkerhed i trafikken for alle borgere

Opkvalificere kommunens medarbejdere til at forebygge ulykker i hjemmet, herunder faldforebyggelse blandt ældre

- Forebygge idrætsskader blandt børn og unge
- Kvalitetssikre vejledninger vedr. ulykkesforebyggelse til småbørnsfamilier, daginstitutioner og skoler
- Forebygge ulykker forårsaget af brand

Samarbejde

Samarbejde med borgeren, samarbejde mellem faggrupper og samarbejde på tværs af sektorer er meget vigtige forudsætninger for, at Odense Kommunes sundhedspolitik kan føres ud i livet.

Sundhedsloven fokuserer på et samarbejde mellem kommunen, regionen, sygehuse og praktiserende læger, men samarbejdet skal også omfatte uddannelses- og forskningsmiljøer.

Hertil kommer koordinering og udvikling af samarbejdet med aktører i lokalområdet, fx foreninger, forbund, virksomheder mfl.

Samarbejde med Region Syddanmark og de praktiserende læger

Odense Kommune vil arbejde for, at sikre sammenhæng i sundhedsindsatserne på tværs af sektorer og kommunegrænser, og vil derfor udbygge og udvikle samarbejdet med sygehuse og praktiserende læger samt de øvrige kommuner i regionen.

Sygehuse og de praktiserende læger er Odense Kommunes vigtigste samarbejdspartnere i forbindelse med indgåelse og udmøntning af de kommende sundhedsaftaler. Ifølge sundhedsloven skal der indgås sundhedsaftaler mellem Region Syddanmark og Odense Kommune om udskrivninger, indlæggelser, genoptræning, hjælpemidler, indsatser for mennesker med sindslidelser og forebyggelse og sundhedsfremme.

De praktiserende læger har regelmæssig kontakt til borgere, som kommunen ikke har særlig kontakt med, og de praktiserende læger henviser til sygehuse, speciallæger, kommunale sundhedstilbud mv. De praktiserende læger spiller derfor en helt central rolle i forhold til borgernes sundhed, sygdom og forbrug af sundhedsydelser.

Kompetenceudvikling

Odense Kommunes medarbejdere er den vigtigste ressource i arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme.

De er hver dag i kontakt med mange af kommunens borgere og kan medvirke til tidlig identifikation af sundhedsproblemer, give information om forebyggelse og sundhedsfremme samt henvise og motivere til sundhedstilbud. Mange af kommunens medarbejdere arbejder desuden med de nye kommunale sundhedsopgaver.

Det er derfor afgørende, at medarbejderne har de rette faglige kompetencer. Det indebærer øget viden, og i nogle tilfælde faglig specialisering, i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme.

Endvidere skal medarbejderne være uddannede til at tale med borgerne om sundhedsproblemer på en måde, så borgeren oplever det som hjælp til selvhjælp og motivation til handling.

Bilag 10: Samtaleguide

Baggrund, socialt netværk, boligforhold

Civilstand, uddannelse / arbejdsliv, kontakt til: familie, naboer, venner, bekendte, boform / boligforhold: trapper, belysning, indretning, toiletforhold, vaskemuligheder, forebygge brand; *røgalarmer der virker, rygning, elektriske apparater. frie flugtveje mv.*

Trætheds- og mobilitetsscore

Resultatet skrives i Rambøll.

Daglige gøremål

ADL-funktioner: fx påklædning, bad, personlig hygiejne, mobilitet inden døre
Opgaver i hus og have
Indkøb, frisør, bank, fodpleje
Transport udenfor hjemmet: gåture, cykle, bil, bus, tog mm.

Fritidsinteresser / social deltagelse

Fritidsinteresser. Ønsker om flere aktiviteter.
Hvor ofte er du sammen med andre? Ønsker om mere samvær med andre.

Tilfredshed med dagligdagen / mestringsevne/ressourcer

Er din hverdag meningsfuld? Hvordan fungerer hverdagen? Finder udvej når der er problemer?
Hvad betyder noget for dig i hverdagen?
Har du et ønske om at noget skal være anderledes?

Helbredsforhold

Selvoplevet helbred. *Hvordan synes du dit helbred er alt i alt? Svarmuligheder: Fremragende, vældig godt, godt, mindre godt, dårligt.*

Sygdomme: Kroniske sygdomme og livsstilssygdomme. Obs på om ændring af livsstil kan ændre på sygdommen (**K**ost, **R**ygning, **A**lkohol og **M**otion)

Hukommelse.

Humør.

Medicin. Det anbefales, at man får tjekket sin medicin min hvert ½ år, hvis man får mere end 4 slags medicin på recept og/eller sovemedicin gennem lang tid > 3 uger. (www.medicinkombination.dk)

Fald. Er du bange for at falde? *Er du faldet mere end én gang indenfor det sidste år? Er du generet af svimmelhed? Har du daglige gang- eller balanceproblemer?*

Inkontinens / natlige toiletbesøg. *Har du problemer med at holde på vandet, luft, afføring? Er du generet af hyppige vandladninger? Hvor mange gange skal du som regel på toilettet om natten?*

Syn. *Har du synsnedsettelse, der giver dig problemer i hverdagen? Hvornår har du sidst fået tjekket dit syn?*

Hørelse. *Har du hørenedssettelse, der giver dig problemer i hverdagen? Hvornår har du sidst fået tjekket din hørelse?*

Appetit

Vægt. Vægttab?

Søvn

Motion / fysisk aktivitet

Betydningen af at bevæge sig dagligt - ½ times motion dagligt anbefales.

Hvilken form for motion får du dagligt?

Hvordan er du glad for at bevæge dig?

Lyst til / behov for at dyrke mere motion?

Kommer du udenfor døren hver dag?

Risikopersoner og risikosituationer

Dårligt selvoplevet helbred.

Lav eller faldende funktionsevne

Ofte uønsket alene / ensomhed. *a. Sker det nogensinde at du er alene, hvor du egentlig mest har lyst til at sammen med andre? Svarmuligheder: ofte, sjældent, aldrig, ved ikke. b. Har du en fortrolig at snakke med om personlige problemer?*

Flytning

Tab af nærtstående

Ægtefælle til kronisk syg

Udskrivelse fra sygehus

Mentale problemer

Mere end 4 receptpligtige former for medicin. *Hvornår har du sidst fået tjekket din medicin hos lægen? (Det anbefales hver ½ år) (www.medicinkombination.dk)*

Dato og opsummering af besøget

Samtalen opsummeres

Er der sket nogle ændringer siden sidste besøg?

Hvilke aftaler er der lavet i forbindelse med besøget?
Aftaler vedrørende næste besøg

mech, tbkr, Irma 9.10.2007

Bilag 11: Faldudredning hos lægen

Til Læge

Odense kommunes brevpapir

For

cpr:

Generel orientering til egen læge

For alle borgere, der er med i ordningen om forebyggende hjemmebesøg³² i Odense Kommune foretages en vurdering af risiko for fald. I vurderingen benyttes bl.a. de spørgsmål, som Sundhedsstyrelsen anbefaler³³, til vurdering af om der bør ske en egentlig faldudredning. Såfremt borgeren svarer ja til mindst et af spørgsmålene, anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der sker en egentlig faldudredning.

Ovennævnte borger har d haft et forebyggende hjemmebesøg, af en ældrekonsulent og det er vurderet at _____ har øget faldrisiko.

Følgende er oplyst af borgeren:

Er faldet mere end en gang indenfor det sidste år.	Ja	Nej
Havde bevidsthedstab i forbindelse med faldet.	Ja	Nej
Er generet af svimmelhed?	Ja	Nej
Har daglige gang – eller balanceproblemer	Ja	Nej

Vi har opfordret borgeren til at opsøge egen læge mhp. en vurdering af om borgeren fejler noget, som kunne behandles. Således, at årsagerne til øget faldrisiko vurderes.

Faldudredning på afdeling G, OUH

Vi vil gerne gøre opmærksom på, at der er mulighed for at henvise pgl. til faldklinikken på geriatriisk afdeling, Odense Universitetshospital, hvis egen læge finder det indiceret.

Information om faldklinikkenes muligheder er vedlagt dette brev.

Faldudredningen på afdeling G, OUH er ikke omtalt for borgeren, da vi jo ikke ved, om det er relevant for denne borger.

Med venlig hilsen

³² Lov om forebyggende hjemmebesøg

³³ "Faldpatienter i den kliniske hverdag" udgivet af Sundhedsstyrelsen, 2006

Bilag 12: Information om faldklinik

Geriatrisk ambulatorium
Afdeling G
OUH

August 2006

Fald er hyppige hos personer ældre end 65 år. Er der indtruffet et fald, der har medført skadestuebesøg eller indlæggelse er risikoen for yderligere fald betragtelig. For en del af disse personer kan faldrisikoen mindskes med en udredning, der tager sigte på at afdække sygdomme og funktionsmangler og intervenere med medicinsk behandling, træning af styrke og balance og hos enkelte hjemmebesøg. En sådan multifaktoriel udredning og intervention tilbydes i Geriatrisk ambulatorium.

Patienter kan henvises fra egen læge og andre afdelinger på OUH.

Alle patienter, der præsenterer sig med en faldproblematik med behov for nærmere udredning kan henvises.

De patienter, der har størst chance for at have gavn af henvisningen, er kognitivt intakte (svarende til MMSE større end 23/30) og har stor risiko for nye fald.

Der ses særlig stor risiko for nye fald, hvis fald har medført sygehusophold eller skadestuebesøg, er sket indendøre, har været ledsaget af 'long lie' (d.v.s. at man har ligget længe uden at kunne rejse sig selv).

Henvisning sker på alm. henvisningsblanket til afd. G med anførelse af, at der ønskes faldudredning.

Gert Vedel Sørensen
Overlæge
Afdeling G
Odense Universitetshospital