

FOREBYGGELSE PÅ ÆLDREOMRÅDET

EVALUERING AF FOREBYGGELSE AF FYSISK, SOCIAL OG PSYKISK MISTRIVSEL
BLANDT ÆLDRE BORGERE



16:30

ANU SIREN
MAJ BJERRE
HANNE BACH NØRREGÅRD
NETE KROGSGAARD NISS
HEIDI HESSELBERG LAURITZEN

16:30

FOREBYGGELSE PÅ ÆLDREOMRÅDET

EVALUERING AF FOREBYGGELSE AF FYSISK, SOCIAL OG
PSYKISK MISTRIVSEL BLANDT ÆLDRE BORGERE

ANU SIREN

MAJ BJERRE

HANNE BACH NØRREGÅRD

NETE KROGSGAARD NISS

HEIDI HESSELBERG LAURITZEN

KØBENHAVN 2016

SFI - DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

FOREBYGGELSE PÅ ÆLDREOMRÅDET. EVALUERING AF FOREBYGGELSE AF
FYSISK, SOCIAL OG PSYKISK MISTRIVSEL BLANDT ÆNDRE BORGERE

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen
Afdelingen for Socialpolitik og velfærd

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-406-7

e-ISBN: 978-87-7119-407-4

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Colourbox

Oplag: 300

Tryk: Rosendahls a/s

© 2016 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

INDHOLD

	FORORD	7
	SAMMENFATNING	9
1	BAGGRUND OG FORMÅL	17
	Baggrund	17
	Opsporing	19
	Opfølgende indsatser	21
2	DATA OG METODE	25
	Implementeringsevaluering	27
	Kortlægning af opsporing	29
	Evaluering af indsatser	32
	Udgiftsanalyse	37

3	IMPLEMENTERINGSEVALUERING	39
	Implementering af opsporing	39
	Implementering af forebyggende indsatser	47
	Opsummerende konklusioner	55
4	KORTLÆGNING AF OPSPORING	57
	Gennemførte besøg i de to projektkommuner	57
	Screeningsresultater: velbefindende	63
	Screeningsresultater: fysisk funktionsevne	67
	Screeningsresultater: selvmordsrisiko	75
	Screeningsresultater: henvisning	79
	Opsummerende konklusioner	82
5	GÅGRUPPER	85
	Deltagere og grupper	85
	Forventninger og indfrielse af forventninger	87
	Mentalt og fysisk helbred – SF-12	93
	Fysisk funktionsevne (CPF og SPPB)	98
	Opsummerende konklusioner	99
6	NETVÆRKSGRUPPER	101
	Deltagere og grupper	101
	Forventninger og indfrielse af forventninger	104
	Mentalt og fysisk helbred (SF-12)	111
	Livskvalitet/depressionsrisiko (GDS-15)	118
	Ensomhed (UCLA Loneliness Scale – UCLA-LS)	120
	Selvmordsrisiko	122
	Opsummerende konklusioner	123
7	UDGIFTSANALYSE	125

Anvendte lønudgifter i analysen	126
Opstartsudgifter	127
Udgifter pr. besøg	128
Løbende udgifter i alt	131
Udgifter i alt og fortolkning	134
opsummerende konklusioner	135
LITTERATUR	137
SFI-RAPPORTER SIDEN 2015	139

FORORD

Ifølge lov om forebyggende hjemmebesøg skal alle landets kommuner tilbyde personer over 75 år forebyggende hjemmebesøg. Loven blev sidst revideret i 2015 med tiltrædelse 1. januar 2016, og det er nu lovpligtigt for alle landets kommuner at tilbyde et hjemmebesøg til alle kommunens borgere i deres fyldte 75 år. Lovgivningen er dog ikke lanceret med detaljerede retningslinjer for, hvordan hjemmebesøgene skal struktureres og gennemføres, og kommunerne har herved flere muligheder for at nuancere deres indsats. Derfor er der også behov for viden om, hvad der virker i forhold til både opsporing af borgere med et forebyggelsespotentialer og behov, og hvilke indsatser der effektivt forebygger både fysisk, psykisk og socialt funktionsevnetab.

For at skabe et grundigere vidensgrundlag vedrørende forebyggende indsatser og deres virkning valgte Sundhedsstyrelsen fra 2014 til 2016 at implementere og afprøve forebyggende indsatser i to kommuner. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd har stået for evalueringen af de forebyggende indsatser, hvis formål netop er at generere viden, der kan give kommunerne konkrete redskaber til at styrke og målrette forebyggelsesindsatsen på ældreområdet.

Vi takker Tine Rostgaard for gode og konstruktive kommentarer, som hun som referee på rapporten har bidraget med.

Rapporten er udarbejdet af videnskabelig assistent Maj Bjerre, seniorforsker Anu Siren, som også har været projektleder, studentermedhjælper Hanne Bach Nørgaard og seniorkonsulent Nete Krosgaards Niss. Desuden har Heidi Hesselberg Lauritzen været tilknyttet projektet i størstedelen af projektperioden.

Evalueringen er gennemført for Sundhedsstyrelsen og finansieret med midler fra Satspuljen.

København, november 2016

AGI CSONKA

SAMMENFATNING

FORMÅL MED PROJEKTET

Den voksende ældre befolkning udgør, som følge af de demografiske forskydninger og en højere middellevetid, en udfordring for det danske velfærdssamfund. Hvor stor udfordringen bliver, vil bl.a. afhænge af ældres helbred og funktionsevne, samt i hvilket omfang de vil være i stand til at kunne klare sig selv uden større behov for offentlige social- og sundhedsydelser. Behovet for offentlige social- og sundhedsydelser er oftest aldersrelateret og udløses af et dårligt helbred og forringet fysisk funktionsevne. Behovet udvikles og beror ligeledes på et samspil mellem psykiske ressourcer og sociale rammer i form af familie, venner og øvrigt socialt netværk. Mange ældre vil i takt med alderen opleve tab af fysisk og psykisk funktionsevne samt position i samfundet. Disse tab resulterer ofte i en følelse af ensomhed, depression og håbløshed.

Tab af funktionsevne og mistrivsel kan have store samfundsøkonomiske omkostninger, men er selvsagt også forbundet med omkostninger for det enkelte individ i form af en forringet livskvalitet. En af omkostningerne er selvmord, som er et udbredt problem blandt ældre, hvor man finder meget højere frekvenser end blandt unge.

Der er i de seneste år kommet et øget fokus på funktionsevnetab og mistrivsel blandt ældre borgere og på den måde en øget opmærksom-

hed på behovet for at forebygge dette. For at skabe et grundigere vidensgrundlag om forebyggende indsatser og deres virkning valgte Sundhedsstyrelsen fra 2014 til 2016 at implementere og afprøve forebyggende indsatser i to kommuner. Indsatsen i projektet er todelt og består af to overordnede komponenter:

- Systematisk opsporing af borgere med fysisk, psykisk og/eller socialt funktionsevnetab
- Implementering af indsatser, der kan forebygge tab af fysisk, psykisk eller social funktionsevne.

Første led i at forebygge funktionsevnetab og mistrivsel blandt ældre er at opspore ældre med forebyggelsesbehov- og potentiale, fx ved at foretage forebyggende hjemmebesøg. Ifølge Folketingets lov om forebyggende hjemmebesøg skal alle landets kommuner tilbyde personer over 75 år forebyggende hjemmebesøg. Loven blev sidst revideret i 2015, og det er nu lovpligtigt for alle landets kommuner at tilbyde et hjemmebesøg til alle kommunens borgere i deres fyldte 75 år – kaldet 'lovpligtigt forebyggende hjemmebesøg'. Lovgivningen er dog ikke lanceret med detaljerede retningslinjer for, hvordan hjemmebesøgene skal struktureres og gennemføres, og kommunerne har dermed flere muligheder for at nuancere deres indsats. Derfor er der også behov for viden om, hvad der virker i forhold til både opsporing af borgere med et forebyggelsespotentiale og behov, og hvilke indsatser der effektivt forebygger både fysisk, psykisk og socialt funktionsevnetab.

RAPPORTENS RESULTATER I HOVEDTRÆK

OPSPORING VED FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG

I indsatskommunerne har man foretaget opsporing via følgende hjemmebesøg: lovpligtigt, særligt og opfølgende forebyggende hjemmebesøg¹. At tilbyde hjemmebesøg er ikke ny praksis. Den nye praksis i indsatskommunerne har bestået i, at besøgene har taget udgangspunkt i en fastlagt og systematisk screening af alle borgere, der modtager et forebyggende hjemmebesøg. Den screeningsmetode, som de kommunale medarbejdere har anvendt i opsporingsarbejdet til de forebyggende hjemme-

¹ De tre typer forebyggende hjemmebesøg og målgruppen for disse er yderligere beskrevet i kapitel 2. Baggrund og formål.

besøg, bliver vurderet som anvendelig og sågar nyttig i arbejdet med at identificere ældre med forebyggelsesbehov. Screeningen har haft til formål at give de forebyggende medarbejdere et nuanceret billede af borgeren. Derudover anvender SFI disse screeningsresultater til at analysere den borgergruppe, der er blevet opsporet i henholdsvis Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune.

I Frederiksberg Kommune har man i alt screenet 2.376 borgere på hjemmebesøg i projektperioden, mens dette tal er 2.133 for Aarhus Kommune. Selvom Aarhus Kommune har en større population af ældre end Frederiksberg Kommune, har man samlet set screenet flere borgere i Frederiksberg Kommune. I forhold til dette er det dog relevant at understrege, at man i Aarhus Kommune har foretaget flere både særligt og opfølgende forebyggende hjemmebesøg. Disse kan være mere ressourcetrævendende at foretage, hvilket kan være noget af forklaringen på, at der samlet set er foretaget færre screeninger i Aarhus Kommune end i Frederiksberg Kommune.

I begge indsatskommuner er kvinder overrepræsenterede blandt de borgere, der er screenet og opsporet gennem et forebyggende hjemmebesøg. Dette kan skyldes, at ældre kvinder markant oftere end mænd bor alene, og at de derfor kan have større forebyggelsespotentiale og -behov. Derudover er det væsentligt at gøre opmærksom på, at der blandt de opsporede mænd er en overrepræsentation af mænd, der bor alene. Dette kan betragtes som et positivt aspekt ved opsporingen i de to projektkommuner, da forskning peger på, at mænd, der bor alene, i højere grad mistrives end dem, der bor sammen med en ægtefælle eller anden, og det i højere grad end kvinder.

Et andet væsentligt aspekt ved opsporingen i begge kommuner er, at andelen, der udviser tegn på depression, er større blandt borgere, der modtager et opfølgende forebyggende hjemmebesøg end blandt borgere, der modtager et lovpligtigt forebyggende hjemmebesøg. Dette indikerer, at man blandt andet på baggrund af screeningen har været i stand til at opspore borgere, der psykisk og eller socialt mistrives, og at tilbyde denne gruppe en opfølgning.

GÅGRUPPER OG NETVÆRKSGRUPPER

De indsætter, som man har valgt at implementere i projektet for at forebygge funktionsevnetab og mistrivsel, har været opdelt i henholdsvis gågrupper og netværksgrupper. Begge gruppeindsatser har haft positiv

indvirkning på deltagerne, men har ikke i tilstrækkeligt omfang formået at rekruttere og fastholde den ønskede målgruppe.

Gågrupperne har fortrinsvis haft fokus på at forebygge fysisk funktionsevnetab, og omdrejningspunktet for disse indsatser har været fælles gåture. I gågrupperne har der i alt deltaget 27 personer i Frederiksberg Kommune og 107 borgere i Aarhus Kommune. På samme vis som blandt de screenede borgere fra de forebyggende hjemmebesøg er kvinderne overrepræsenteret i begge kommuner blandt deltagerne i gågrupperne. Ud over at man ikke i tilstrækkelig grad er lykkedes med at rekruttere mænd til gågrupperne, er man heller ikke i ønsket omfang lykkedes med at rekruttere mindre funktionsdygtige ældre. Netop denne gruppe var formuleret som målgruppen for gågruppeindsatserne, og personerne i denne gruppe har et behov for forebyggelse af yderligere funktionsevnetab. Det betyder dog ikke, at indsatserne ikke har haft en positiv virkning for deltagerne. Deltagerne i gågrupperne føler, at der har været en positiv udvikling i forhold til deres fysiske helbred. Derudover er deltageres fysiske funktionsevne, målt ved flere redskaber, blevet forbedret fra indsatsens opstart til dens afslutning. Det indikerer, at indsatserne ikke blot har forebygget funktionsevnenedsættelse, men tilmed har forbedret deltageres fysiske funktionsniveau. Derudover bliver det også fremhævet, at det ikke kun er det fysiske funktionsniveau, der er blevet forbedret. Deltagelsen i gågrupperne har generelt givet deltagerne en følelse af at have mere energi i hverdagen og forbedret deres psykiske helbred. Derudover har det skabt glæde blandt deltagerne at deltage i gågrupperne.

Formålet med netværksgrupperne har primært været at forebygge psykisk og socialt funktionsevnetab. Netværksgrupperne har taget udgangspunkt i forskellige aktiviteter, men har haft fokus på fælles aktiviteter som eksempelvis madlavning og fortællinger. Fælles for alle grupper er, at de har haft en varighed på 12 uger. I projektperioden har der i alt deltaget 67 personer i en netværksgruppe på Frederiksberg, mens dette tal er 54 for Aarhus. Til netværksgrupperne har man i modsætning til gågrupperne rekrutteret og fastholdt mænd, svarende til andelen af mænd i kommunerne. Deltagerne har dog på samme vis som deltagerne fra gågrupperne ikke svaret til den ønskede målgruppe, da de fra start generelt har haft et godt følelsesmæssigt helbred. Det indikerer, at man ikke i tilstrækkelig grad har været i stand til at rekruttere deltagere med et forebyggelsesbehov i forhold til psykisk og social mistrivsel. Forud for

indsatserne har deltagerne haft meget høje forventninger til udbyttet af at deltage, og disse forventninger er i stor udtrækning blevet indfriet. I forhold til deltagerne følelsesmæssige helbred er der dog ikke sket en entydig udvikling. Det kan skyldes, at indsatsen har en varighed på 12 uger, og at det muligvis er for kort tid til at forbedre mere eller mindre dårligt psykisk helbred. Derudover kan det skyldes, at deltagerne fra start har haft et godt følelsesmæssigt helbred og derfor ikke har haft et stort forebyggelsespotentiale. Det er væsentligt at bemærke, at deltagerne har været meget glade for at deltage i netværksgrupperne og har givet udtryk for, at deltagelsen er med til at skabe indhold og mening i tilværelsen, og at det er en aktivitet, som de ser meget frem til, og som skaber glæde.

KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

Kommunerne har haft forskellig praksis i forhold til organiseringen af opsporingen, som kan føre til visse forskelle i forhold til, hvilke borgere der opspores. I Frederiksberg Kommune har organiseringen af opsporingen resulteret i, at man er nået bredt ud og har foretaget lovpligtige forebyggende hjemmebesøg hos mange borgere. Dette har samtidig betydet, at man også er nået ud til borgere, der ikke umiddelbart har et forebyggelsespotentiale og/eller -behov. I Aarhus Kommune har organiseringen betydet, at man ikke er nået ud til lige så mange borgere, men derimod har foretaget flere særligt forebyggende hjemmebesøg og opfølgende forebyggende hjemmebesøg. Man er på denne måde nået ud til flere borgere med nedsat fysisk funktionsniveau, flere mænd og flere aleneboende mænd. Forskellen i opsporingen i de to kommuner har dog ikke resulteret i nogen forskel i forhold til opsporing af borgere, der psykisk og/eller socialt mistrives. Hvilken praksis man med fordel kan bruge i kommunerne fremover, er derfor heller ikke entydig. I Frederiksberg Kommune er man nået ud til mange borgere, som ikke er blevet henvist til videre forløb/indsats, formodentlig fordi det vurderes, at de trives. Selvom det er borgere, der ikke nødvendigvis har et forebyggelsesbehov, kan besøget i sig selv betragtes som værdifuldt, idet der bliver etableret en kontakt mellem borgeren og kommunen. Denne kontakt kan tillægges værdi i sig selv, da den kan give borgeren en tryghed, og da den skaber mulighed for en tidlig forebyggelsesindsats. Samtidig er det ressourcerkrævende, og da det ikke tyder på, at man når ud til flere borgere med akut forebyggelsesbehov, er det vanskeligt at vurdere, hvorvidt det er ressourcer, der er godt givet ud.

Det er heller ikke entydigt, om den faste struktur og anvendelsen af forudbestemte screeningsredskaber på de forebyggende besøg, der har været den nye praksis i projektperioden, er en fordelagtig måde at strukturere de forebyggende hjemmebesøg på. I begge projektkommuner har man fundet screeningsredskabet værdifuldt, og det er de forebyggende medarbejderes oplevelse, at screeningsredskabet giver et nuanceret billede af borgerens situation, som de ikke på samme vis ville have fået uden redskabet. Derudover fremhæver nogle forebyggende medarbejdere, at resultaterne fra screeningen nogle gange er overraskende, og at de herved får opsporet og henvist borgere, som de ikke nødvendigvis ellers ville have opsporet uden screeningsredskabet. Samtidig giver de forebyggende medarbejdere udtryk for, at det både er ressourcekrævende og kræver et vist kendskab og en vis tillidsrelation med borgeren at kunne udføre screeningen, og de ønsker ikke, at det fremover skal være praksis, at alle borgere skal screenes.

I ingen af de to typer gruppeindsatser har man været i stand til at rekruttere den oprindeligt tiltænkte målgruppe. Både at nå ud til og at fastholde borgere med dårlig fysisk, psykisk og social funktionsevne er en udfordring, som man ikke har kunnet imødekomme fuldt ud. Det kræver altså et øget fokus og en yderligere indsats at rekruttere og fastholde de borgere, der har det største forebyggelsesbehov. Det er en gruppe, som ikke blot skal tilbydes en indsats, men som har behov for i langt højere grad at blive fulgt til og fra indsatsen og motiveret løbende. Til gengæld har man i begge kommuner haft held til at rekruttere mænd til netværksgrupperne. Det har vist sig at være gunstigt at implementere indsatser kun til mænd, da det giver en større lyst for mænd til at deltage. Det har ikke været muligt for hverken Frederiksberg Kommune eller Aarhus Kommune gennem indsatserne at opnå forbedringer i forhold til borgernes psykiske funktionsevne. Dette hænger muligvis sammen med, at man ikke har været i stand til at rekruttere borgere med et stort psykisk forebyggelsesbehov. Derudover kan dette også skyldes, at perioden for indsatserne har været for kort til at nå at ændre væsentligt på det psykiske funktionsniveau. I denne sammenhæng er det dog væsentligt at fremhæve i forhold til både gå- og netværksgrupperne, at deltagerne har været meget begejstrede for indsatserne og selv har følt, at deltagelsen i indsatsen har været udbytterig.

At opspore borgere, som det er blevet gjort gennem projektperioden, kræver en faglig opkvalificering af personalet. Udgifterne i for-

bindelse med denne opkvalificering har for de to projektkommuner været dækket af Sundhedsstyrelsen. Det betyder, at kommuner, der ønsker at implementere samme struktur for de forebyggende hjemmebesøg, som der er anvendt i projektet, skal beregne højere opstartsomkostninger, end de to projektkommuner har haft. Derudover er det væsentligt at være opmærksom på tidsforbruget ved de forebyggende hjemmebesøg. Det er beregnet, at et forebyggende hjemmebesøg, som det er foretaget i de to projektkommuner, i gennemsnit tager 120 minutter inklusiv transport og eventuel opfølgende telefonopringning.

METODE OG DATAINDSAMLING

Evalueringen er baseret på en kombination af kvantitative og kvalitative datakilder.

Til at beskrive, hvilke borgere der er blevet opsporet, anvendes kvantitative data. Dette med udgangspunkt i screeningsresultater registreret på de forebyggende hjemmebesøg. Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at projektdesignet har lagt op til, at alle borgere, der modtager et forebyggende besøg, registreres og screenes, med mindre borgeren ikke ønsker at deltage i screeningen, og årsagen hertil registreres. Det er dog langt fra alle besøg, der er registreret. Vi kender ikke årsagen hertil, og vi ved derfor ikke, om der er nogen systematik i, hvilke besøg der ikke er registreret. Det betyder, at der kan være skævheder i de screeningsdata, som evalueringen bygger på, hvorfor resultaterne herfra må fortolkes med en vis forsigtighed, hvilket der også er lagt op til i afsnittet herom.

Til at belyse, hvilke borgergrupper der har deltaget i gå- og netværksgruppeindsatserne, samt til at belyse eventuelle udviklinger i deltagernes mentale og fysiske helbred under indsatsen, anvendes kvantitative data. De kvantitative data består i en række screeningsredskaber, der er benyttet ved indsatsernes opstart og afslutning. Om disse data er det væsentligt at understrege den forsigtighed, hvormed man må fortolke resultaterne. Det skyldes dels antallet af screeninger ved gå- og netværksgrupperne, som er for lavt til at udtale sig om, hvorvidt de effekter, eller mangel på samme, som vi ser i dataene, vil være gældende for andre gå- og netværksgrupper.

Gå- og netværksgruppeindsatserne afdækkes ydermere gennem kvalitative interview med borgere, der har deltaget i grupperne. Disse interview har givet os mulighed for at udfolde den kvantitative del ved at underbygge og nuancere vores fund. Validiteten af disse interview vurderes

res som værende god, om end det kan skabe bias, at det er deltagere, der er blevet opsporet, rekrutteret og fastholdt i indsatsen, som har deltaget i interview, hvorfor de sandsynligvis er mere positive end de personer, der er faldet fra.

Implementeringen af opsporingen og gruppeaktiviteterne på både medarbejder- og lederniveau er blevet nøje fulgt, og gennem kvalitative data har vi fået indsigt heri. Disse kvalitative data består i interview med forebyggende medarbejdere, facilitatorer og projektledere.

BAGGRUND OG FORMÅL

BAGGRUND

Som en konsekvens af de demografiske forskydninger og den højere middelalder vokser den ældre befolkningsgruppe. Ud over at gruppen vokser, oplever dens medlemmer, at de i takt med alderen taber fysisk og psykisk funktionsevne samt position i samfundet (Larsen, 2007; Miller, 1979). Dette resulterer i mange tilfælde i et stigende behov for offentlige social- og sundhedsydelser. Som følge heraf er der i de seneste år kommet et øget fokus på forebyggelse af funktionsevnetab og mistrivsel blandt ældre borgere (Sundhedsstyrelsen, 2015).

Tab af funktionsevne og mistrivsel kan have store omkostninger rent samfundsøkonomisk, men er i høj grad også forbundet med omkostninger for det enkelte individ i form af en forringet livskvalitet. En alvorlig omkostning er selvmord, som er et udbredt problem blandt ældre: Borgere over 65 år er den gruppe, der har den højeste selvmordsrate.

Det fald i selvmordsrater, som siden 1980'erne har fundet sted blandt resten af befolkningen, er udeblevet blandt ældre borgere, hvilket stiller nye og flere krav til den sociale indsats på området (Winsløv, 2007).

'Forebyggelsesprojektet'² har til formål at generere viden gennem afprøvning og evaluering, der kan give kommunerne redskaber til at styrke og målrette forebyggelsesindsatsen på ældreområdet. Dette skal ske ved at kvalificere og understøtte kommunernes forebyggende arbejde med henblik på, at de ældre hjælpes til at kunne bevare deres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne i videst muligt omfang.

Forebyggelsesprojektet er et satspuljeprosjekt, drevet af Sundhedsstyrelsen³, der er blevet afprøvet i Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune i perioden 2014-2016. Indsatsen i projektet er todelt og består af:

- Systematisk opsporing af borgere med fysisk, psykisk og/eller socialt forebyggelsesbehov og -potentiale.
- Implementering af indsatser, der forebygger 1) fysisk funktionsevnetab og 2) psykosocial mistrivsel og selvmord.

Målet med projektet er, at flere ældre understøttes i at kunne bevare deres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne, og samtidig at begrænse eller udskyde afhængighed af kompenserende hjælp.

Den primære målgruppe for projektet er borgere over 65 år, der ikke i forvejen har et stort plejebæhov, men som er i risiko for fysisk, psykisk og/eller socialt funktionsevnetab, samt ældre med faldende funktionsevne og skrøbelige ældre, herunder ældre borgere, der er i risikozonen for at udvikle selvmordsadfærd. I forhold til sidstnævnte er det særligt ældre, som enten har mistet en ægtefælle/partner, har en aktuel psykisk lidelse eller har oplevet psykosociale stressfaktorer, der er målgruppen.

2. Vi refererer til projektet som 'forebyggelsesprojektet' gennem hele rapporten. Med denne betegnelse mener vi forebyggelse af fysisk, social og psykisk mistrivsel blandt ældre borgere.

3. Ældreområdet blev i 2015 flyttet fra at være et ressortområde under Socialstyrelsen til at være et ansvarsområde under Sundhedsstyrelsen. Projektet var derfor til at starte med drevet af Socialstyrelsen, men har siden 2015 hørt under Sundhedsstyrelsen. For ikke at skabe forvirring anvendes 'Sundhedsstyrelsen' gennem rapporten.

OPSPORING

SYSTEMATISK SCREENING

Indsatsen 'opsporing' består i at identificere borgere med et fysisk og/eller psykisk forebyggelsesbehov og -potentiale samt at vurdere borgerens behov for en opfølgende indsats gennem forebyggende hjemmebesøg. Opsporing gennem forebyggende hjemmebesøg er ikke en ny praksis, der er tilført gennem projektet. Det aspekt af opsporing, som projektet har tilført, er en mere fastlagt og systematisk screening af alle borgere, der modtager et forebyggende besøg. Forud for projektet har de forebyggende medarbejdere ikke haft en fast struktur for besøgene, men har ladet borgerens situation være rammesættende for besøget. I Frederiksberg Kommune har de forebyggende medarbejdere forud for projektet anvendt en skabelon for samtalen på de forebyggende besøg, der har taget udgangspunkt i en funktionsvurdering af borgeren. Nyt for medarbejderne i Frederiksberg Kommune har været at screene i forhold til depression og selvmordsadfærd.

I det opsporende arbejde har medarbejderne i forbindelse med projektet anvendt en række validerede måleredskaber til at screene borgerne på hjemmebesøgene. Screeningsredskaberne er primært fra Sundhedsstyrelsens håndbog om forebyggelse på ældreområdet (Sundhedsstyrelsen, 2015), og redskaberne er udvalgt på baggrund af deres kvalitet og de indikatorer, som man ønsker at måle på. Screeningsredskaberne er anvendt for at kortlægge borgerens situation for herigennem at være i stand til at henvise vedkommende til en passende indsats i de tilfælde, hvor det vurderes som gavnligt for borgeren.

Projektet har lagt op til, at alle borgere, der modtager et forebyggende hjemmebesøg, skal screenes, med mindre borgeren ikke ønsker at deltage. Følgende elementer er anvendt i screeningen for at afdække borgerens forebyggelsesbehov og -potentiale:

- Baggrundsspørgsmål
- Spørgsmål om fysisk funktionsevne
- Spørgsmål om psykosocial trivsel
- Spørgsmål om selvmordsadfærd eller tanker herom.

DE TRE TYPER FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG

De forebyggende hjemmebesøg er udført af forebyggende medarbejdere i kommunen og er gennemført via følgende tre typer besøg:

- Det lovpligtige forebyggende hjemmebesøg, der tilbydes til borgere over 75 år⁴
- Det særligt forebyggende hjemmebesøg (enke- og enkemandsbesøg), der tilbydes borgere over 65 år, der har mistet en ægtefælle
- Det opfølgende forebyggende hjemmebesøg, der tilbydes til borgere, hvor det ved det lovpligtige besøg vurderes, at det er gavnligt.

I projektkommunerne har man foretaget opsporing via lovpligtige forebyggende hjemmebesøg og opfølgende forebyggende hjemmebesøg forud for projektet.⁵ I Frederiksberg Kommune har man også forud for projektet opsporet ældre borgere, der har mistet en ægtefælle, hvorimod denne opsporingskanal i Aarhus Kommune er blevet tilføjet med projektet.

Ud over at projektet har et særligt fokus på opsporing via de forebyggende hjemmebesøg, har det endvidere et mål om, at borgere med behov for forebyggende indsatser i højere grad bliver opsporet via henvisning fra flere aktører og arenaer. Disse er primært de praktiserende læger, civilsamfund, netværk, via egen henvendelse og visitatorer.

PRAKSIS I FORHOLD TIL OPSPORING I PROJEKTKOMMUNERNE

I forhold til det opsporende arbejde har Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune ikke haft helt samme praksis igennem projektperioden. I Frederiksberg Kommune har borgere, der er fyldt 75 år, modtaget et brev, hvor de er blevet tilbudt et lovpligtigt forebyggende hjemmebesøg på en bestemt dato. Borgeren har selv aktivt skullet melde fra for

4. Lovgivning ved projektets opstart. Blev ændret pr. 01.01.2016.

5. Ifølge lov om forebyggende hjemmebesøg skal alle landets kommuner tilbyde personer over 75 år forebyggende hjemmebesøg. Loven blev sidst revideret i 2015, og denne trådte i kraft 1. januar 2016. Det er nu lovpligtigt for alle landets kommuner at tilbyde et hjemmebesøg til alle kommunens borgere i deres fyldte 75 år – kaldet det lovpligtige, forebyggende hjemmebesøg. Derudover skal kommunen tilbyde mindst ét årligt hjemmebesøg til alle, der er fyldt 80 år. Loven indbefatter derudover, at kommunen skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg efter behov til borgere i alderen 65 år til 79 år, som er i særlig risiko for at få nedsat social, psykisk eller fysisk funktionsevne, og som bor i kommunen (Sundhedsministeriet, 2015). Lovgivningen er ikke lanceret med detaljerede retningslinjer for, hvordan hjemmebesøgene skal struktureres og/eller gennemføres, og kommunerne har herved flere muligheder for at nuancere deres indsats (Vass, 2007).

ikke at modtage et hjemmebesøg. Derefter har borgeren modtaget et tilsvarende brev hvert femte år, hvor borgeren aktivt har skullet melde fra for ikke at modtage et besøg. Imellem de fem år har borgeren årligt modtaget et brev om tilbud om lovpligtige forebyggende hjemmebesøg, men borgeren skal selv aktivt ringe og bestille tid til et besøg. I Aarhus Kommune har borgere, der er fyldt 75 år, årligt modtaget et brev med tilbud om et lovpligtigt forebyggende hjemmebesøg, hvor de selv aktivt har skullet tage kontakt til den forebyggende medarbejder for at modtage besøget. Hvis en borger er blevet opsporet gennem en anden henvisningskanal og vurderet til at have et særligt behov, har borgeren modtaget et brev med en konkret dato og har selv aktivt skullet melde fra for ikke at modtage et lovpligtigt besøg. Denne forskel i praksis i de to kommuner er væsentlig at fremhæve, da det kan have afgørende betydning for, hvem der modtager et forebyggende hjemmebesøg og herved for, hvilke borgere der bliver opsporet. Kommunernes organisering af hjemmebesøgene er derfor også noget, vi senere vil undersøge i forbindelse med opsporingsindsatsen.

Opsporingen af enker og enkemænd er i både Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune foregået ved, at borgere over 65 år, der har mistet en ægtefælle eller en partner, har modtaget et brev med tilbud om et besøg på en bestemt dato, hvor de aktivt har skullet melde fra for ikke at modtage besøget. Derudover har man i Aarhus Kommune valgt at udvide målgruppen og har sendt et tilsvarende brev til borgere, hvis ægtefælle er flyttet på plejehjem. I Frederiksberg Kommune har det i projektperioden derimod ikke været muligt at tilbyde særligt forebyggende hjemmebesøg til borgere, hvis ægtefælle/partner er flyttet på plejehjem. Igen er det relevant at undersøge, om den forskel i praksis, som der er i de to kommuner, har betydning for, hvilke borgere der bliver opsporet.

OPFØLGENDE INDSATSER

Formålet med de opfølgende indsatser er at forebygge funktionsevnetab, psykosocial mistrivsel samt selvmordsadfærd blandt ældre borgere. Indsatserne består dels i det opfølgende forebyggende hjemmebesøg, dels

netværks- og gågrupper.⁶ I det følgende opridser vi, hvordan Sundhedsstyrelsen ønsker, at kommunerne implementerer indsatserne og formålene med indsatserne:

OPFØLGENDE FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG

- Formålet er at følge op på en eventuel mistrivsel, der er registreret/observeret ved det første lovpligtige forebyggende hjemmebesøg eller er identificeret via en anden aktør.
- Indsatsen består af drøftelse af situation og muligheder/behov for forebyggende indsatser (fysisk, psykisk og socialt). Øvrige relevante samtaleemner tages op, afhængigt af borgerens ønsker, behov og livssituation.
- Screeningsredskaber anvendes som supplement.

GÅGRUPPER

- Formålet er at øge målgruppens fysiske aktivitetsniveau og derigennem forebygge tab af fysisk funktionsevne samt sekundært at forebygge psykosocial mistrivsel blandt ældre borgere.
- Indsatsen tilrettelægges inden for et sæt af fælles rammer. Der skal være en frivillig eller professionel til stede, som har ansvaret for afvikling af gangprogrammet. Denne person har modtaget instruktion i tilrettelæggelse og varetagelse af gangprogrammet. Gangruter og mødesteder skal være tilgængelige i målgruppens nærmiljø. Gangruterne fastlægges, så der tages højde for motiverende og hæmmende faktorer for fysisk aktivitet. Ud over fokus på fysisk aktivitet skal der være fokus på motivation, 'god dialog' i gruppen og andre sociale elementer i forbindelse med gangprogrammet.
- Gruppen mødes minimum ugentligt i 12 uger.

NETVÆRKSGRUPPER

- Formålet er at forebygge ensomhed og social isolation blandt ældre borgere, der vurderes at være i særlig risiko.

6. Begge kommuner har en palet af forebyggende indsatser. I dette projekt har vi fokus på de tre angivne forebyggende indsatser, hvoraf gågrupper og netværksgrupper i denne form er indsatser, der er blevet tilføjet i projektkommunerne gennem forebyggelsesprojektet.

- Indsatsen tilrettelægges inden for et sæt fælles rammer. Der skal være en medarbejder/frivillige til stede, som har viden om ensomhed og kan håndtere problematikker vedrørende dette. Gruppens deltagere har noget til fælles. Der er fokus på, at der 'læres noget nyt'. Der skabes en 'fælles oplevelse', eller der er fokus på 'social støtte'.
- Gruppen mødes ugentligt i minimum to timer i 12 uger og har en gruppestørrelse på 4-8 deltagere.

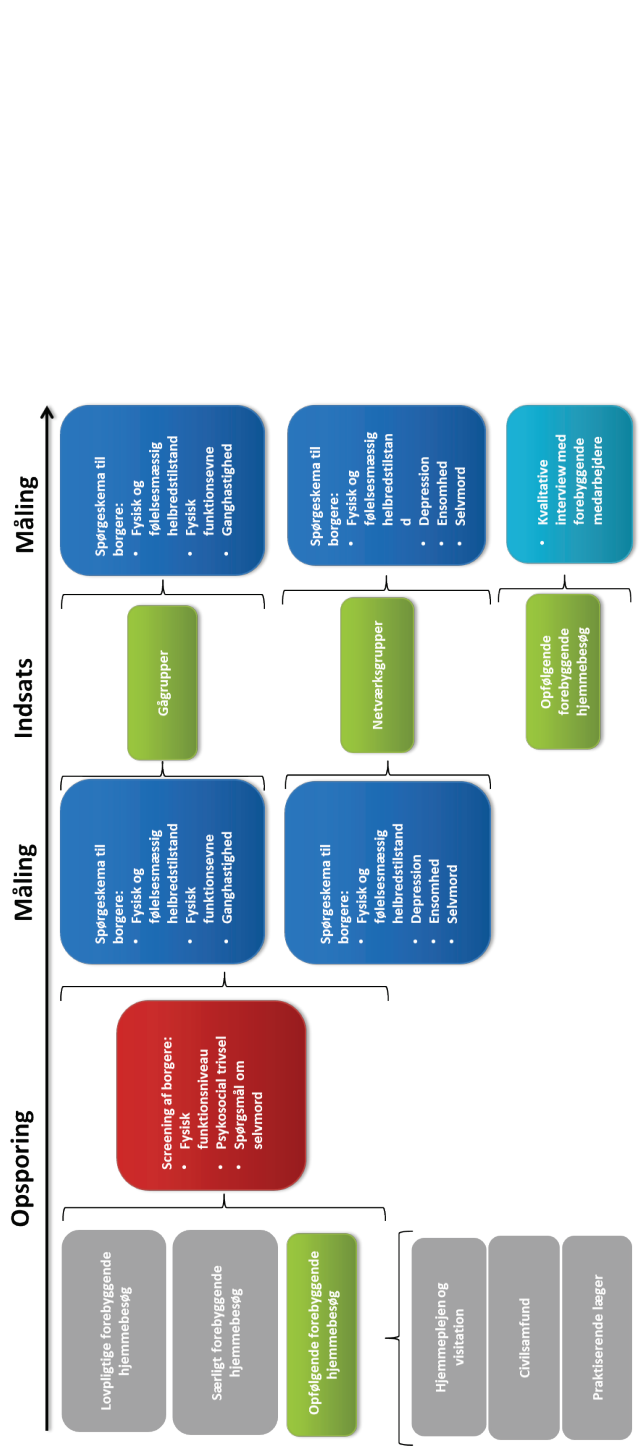
PRAKSIS I FORHOLD TIL GÅ- OG NETVÆRKSGRUPPER I PROJEKTKOMMUNERNE

Gå- og netværksgrupperne er blevet implementeret meget forskelligt i de to projektkommuner. Hvor det i Frederiksberg Kommune er de forebyggende medarbejdere, der har faciliteret gågrupperne, er det i Aarhus frivillige, der har faciliteret gågrupperne. På samme vis har man organiseret frivillige kræfter i forhold til netværksgrupper i Aarhus Kommune, hvor man i Frederiksberg Kommune har valgt at lade forebyggende medarbejdere facilitere nogle netværksgrupper, men primært har fået udenforstående til at facilitere netværksgrupperne.

Med henblik på at afdække, hvilken betydning netværks- og gågrupperne har som forebyggende indsatser, er der i forbindelse med gruppernes opstart og afslutning blevet foretaget en før- og eftermåling af borgerne. I figur 1.1 er der en oversigt over indsatserne i projektet.

FIGUR 1.1

Oversigt over indsatserne i projektet.



Kilde: Metodenotat udarbejdet af SFI.

DATA OG METODE

I dette kapitel redegør vi for de indsamlede data og de metoder, der er anvendt.

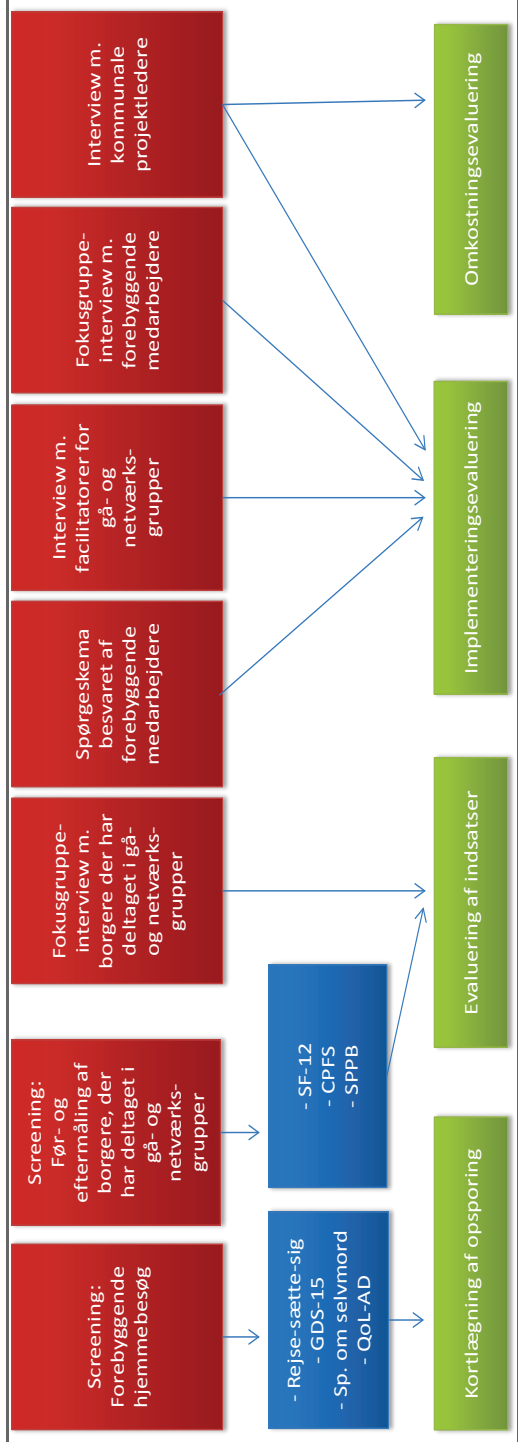
Rapporten er bygget op omkring følgende fire devalueringer:

- implementeringsevaluering
- kortlægning af opsporingen
- evaluering af de igangsatte indsatser
- omkostningsevaluering.

Evalueringen er baseret på en kombination af kvantitative og kvalitative datakilder. I figur 2.1 fremgår det, hvilke datakilder vi har anvendt, og i hvilken sammenhæng de indsamlede data er anvendt.

FIGUR 2.1

Model over datakilder og anvendelsen af data i undersøgelsen.



IMPLEMENTERINGSEVALUERING

For at få en god forståelse af praksis har vi fulgt projektet i de to kommuner før, under og efter projektets afprøvning. Formålet med dette er at kortlægge barrierer for implementeringen samt at afdække, hvorvidt indsatserne praktiseres metodelojalt. Ligeledes er formålet med evalueringen at udpege og kortlægge de forskellige praksisser i de to kommuner, hvilket også er relevant at sammenholde med de kvantitative målinger af indsatserne. På den måde kan implementeringsevalueringen være med til at uddybe og forklare de virkninger, som vi ser i evalueringsresultaterne.

Ydermere afdækkes det, hvad årsagerne til eventuelle barrierer i forbindelse med at nå ud til den tiltænkte målgruppe kan være, ligesom det undersøges, om Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune adskiller sig i forhold til dette. Herigennem belyses det, hvorvidt den måde, som kommunerne har valgt at organisere opsporingen på, har betydning for, hvilken målgruppe der deltager i de forebyggende indsatser.

Implementeringsevalueringen er baseret på kvalitative og kvantitative data, og der er et overlap mellem datakilder, anvendt til henholdsvis implementeringsevalueringen, evalueringen af indsatserne og omkostningsevalueringen.

KVALITATIVE INTERVIEW

Som en afgørende del i implementeringsevalueringen har vi interviewet forebyggelsesmedarbejdere i starten og i slutningen af projektperioden. Da de forebyggende medarbejdere har en helt central rolle i projektet, er det afgørende at belyse deres holdninger til praksis i projektet og herigennem tilvejebringe viden om, hvad de vurderer som styrker og svagheder i forhold til de opsporende hjemmebesøg samt de forebyggende indsatser. Disse interview er blevet foretaget som fokusgruppeinterview, hvor tre til seks medarbejdere fra samme kommune har deltaget. Formålet med at afholde fokusgruppeinterview er at give plads til, at forskellige holdninger kan blive belyst og diskuteret (jf. Kvale & Brinkmann, 2009). Alle de forebyggende medarbejdere har været inviteret til at deltage i interviewene. I de tilfælde, hvor alle ikke har deltaget, har dette skyldtes sygdom eller lignende praktiske omstændigheder. Da næsten alle har deltaget, og vi ikke ser nogen systematik i forhold til de fraværende, vurderer vi interviewenes validitet som værende høj.

Derudover har vi interviewet kommunale projektledere i begge kommuner. Interviewene med de kommunale projektledere, både før og efter projektets afprøvning, indgår i implementeringsevalueringen og anvendes til at afdække ledelsens holdning til projektet, hvilke udfordringer der har været ved implementeringen, samt hvorvidt indsatsene er blevet implementeret som tiltænkt. Disse interview er blevet gennemført som semistrukturerede interview, hvor vi har spurgt ind til temaer, der er afgørende for en implementeringsevaluering – såsom holdning til projektet, barrierer og styrker, omkostninger, ledelse og motivation af medarbejdere.

Derudover har vi interviewet facilitatorer for gå- og netværksgrupper i Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune enkeltvis. Disse interview er gennemført som telefoninterview. Formålet med disse kvalitative interview er at belyse facilitatorernes oplevelse af indsatsene samt at få indsigt i både styrker og barrierer ved at facilitere disse indsatser.

Vi har kontaktet otte facilitatorer for gå- og netværksgrupper i Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune og har interviewet tre facilitatorer for gågrupper og to facilitatorer for netværksgrupper, fordelt i de to projektkommuner. Det er desværre ikke lykkedes os at komme i kontakt med alle otte facilitatorer, og det er væsentligt at fremhæve, at det ikke lykkedes os at interviewe facilitatorer for gå- og netværksgrupper, som er blevet opløst undervejs. Dette har betydning for validiteten af undersøgelsen, da vi herved ikke kan få indblik i de indsatser, der ikke har været i stand til at forblive opretholdt i 12 uger. Dette betyder, at det ikke er muligt for os at afdække årsagerne til, at nogle gå- og netværksgrupper ikke har været i stand til at blive oprettet og/eller forblive opretholdt i 12 uger.

SPØRGESKEMA

Spørgeskemaer blev udsendt til medarbejdere før, under og efter afprøvningen af projektet. Med spørgeskemaet afdækkes medarbejdernes generelle oplevelse af projektet samt deres oplevelse af ændringerne i forbindelse med projektet.

Spørgeskemaet er udarbejdet med udgangspunkt i dels de kvalitative interview, dels temaer, som er vigtige at have for øje i implementeringsprocessen (Winter m.fl., 2008) og omhandler blandt andet spørgsmål vedrørende medarbejdernes kendskab og holdning til projektet, ind-

satserne, ledelsen, implementeringen og brugen af de validerede måleredskaber.

Ved første måling sendte vi spørgeskemaet til alle medarbejdere, der havde deltaget i de opkvalificerende kurser i forbindelse med projektet, da det var vores opfattelse, at disse medarbejdere skulle deltage aktivt i projektet. Det har senere vist sig, at kun et fåtal af disse har deltaget aktivt i projektet, hvorfor vi i midtvejs- og slutmålingen kun har sendt spørgeskemaet til de forebyggende medarbejdere, der har deltaget aktivt i projektet. Det har betydet, at der kun er 45 besvarelser samlet fra både Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune, hvorfor analysen heraf bærer mere præg af at være kvalitativ end af at være kvantitativ. Data fra spørgeskemaerne vil i analysen blive koblet sammen med de kvalitative interview, som er foretaget med de forebyggende medarbejdere.

KORTLÆGNING AF OPSPORING

Opsporing er et af de centrale elementer i Forebyggelsesprojektet, idet formålet er at opspore borgere med forebyggelsesbehov og -potentiale. Derfor vil evalueringen afdække, hvilke borgergrupper det er lykkedes de to kommuner at opspore i projektperioden.

Til at undersøge opsporingen af borgere over 65 år, der er i risiko for funktionsevnetab og/eller risiko for psykosocial mistrivsel og selvmordsadfærd, anvendes der kvantitative data. Disse data giver et billede af de karakteristika, der gør sig gældende for de borgere, der er blevet opsporet i henholdsvis Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune. I det opsporende arbejde er der ud fra projektbeskrivelsen lagt op til, at alle, som modtager et forebyggende hjemmebesøg, skal registreres og screenes. Hvis borgeren ikke ønsker at deltage, skal dette og årsagen noteres, og det samme gælder, hvis den forebyggende medarbejder vurderer, at det ikke er muligt at screene borgeren. Der er dog gennemført besøg i begge kommuner, som ikke er blevet registreret, da opgørelser fra kommunerne viser, at der er foretaget flere besøg, end vi har registreret. Hvornår besøg ikke er registreret, og borgere ikke er screenet, ved vi ikke, og vi er derfor ikke klar over, om der er en systematik i, hvilke borgere der ikke er screenet. Det er både en mulighed, at borgere ikke er blevet registreret og screenet i tilfælde, hvor forebyggende medarbejdere vurderer, at borgeren trives, og at det derfor ikke findes nødvendigt at

screenene, eller i tilfælde, hvor det vurderes, at borgeren ikke er i stand til at gennemføre screeningen. Denne usikkerhed påvirker vores fund, da vi, grundet manglende information, må være varsomme med vores konklusioner og tage forbehold for, at der er en gruppe opsporede borgere, som vi ikke har kendskab til.

Ved screening er der stillet baggrundsspørgsmål til borgeren vedrørende alder, køn, ægteskabelig status og boligsituation. Derudover er borgerens fysiske og mentale tilstand blevet afdækket ved brug af tre forskellige screeningsredskaber, der beskrives i kapitel 3. Implementeringsevaluering. Den viden, der opnås gennem screeningen, er først og fremmest afgørende for de forebyggende medarbejders vurdering af den enkelte borger og det videre forløb. Derudover giver den et billede af de karakteristika, der gør sig gældende for de borgere, der er blevet opsporet i de to kommuner, og det er muligt at belyse, hvorvidt de borgergrupper, der opspores i de to kommuner, adskiller sig fra hinanden. Ydermere åbner dette op for at undersøge, om der er noget, der indikerer, at organiseringen af opsporingen i henholdsvis Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune kan have betydning for, hvilke borgergrupper der opspores.

Ud over ovenstående afdækkes det ved screeningen, hvor borgeren er blevet henvist fra, samt hvad borgeren er blevet henvist til. Herved kan vi få indsigt i, hvilke aktører og arenaer der er blevet anvendt, og om det kan sandsynliggøres, at der er en sammenhæng mellem henvisningskanaler, og hvilke borgergrupper der opspores. Ydermere afdækkes det herved, hvorvidt henvisning fra nye aktører og arenaer, som man med projektet har haft et ønske om at implementere, er blevet anvendt i praksis. I det følgende vil de tre måleredskaber, der er blevet anvendt ved screeningerne ved de forebyggende hjemmebesøg, blive beskrevet kort.

REJSE-SÆTTE-SIG

'Rejse-sætte-sig'-testen anvendes i screeningen af borgeren for at afdække borgerens fysiske tilstand. Borgeren bliver bedt om at rejse sig fra og sætte sig på en stol så mange gange som muligt på 30 sekunder, hvilket giver indblik i borgerens fysiske styrke i kroppen.

GERIATRIC DEPRESSION SCALE - GDS-15

Screeningsredskabet GDS-15 anvendes til at identificere depressionssymptomer blandt ældre. Borgeren bliver stillet 15 ja/nej-spørgsmål, der

er specielt udarbejdet til at screene for depression. Borgerens totale score indikerer, om og i hvilken grad borgeren er i risiko for at få, eller allerede har, en depression. Det samlede mål for GDS-15 for hver deltager fortæller, hvor mange negative svar personen har angivet. Et negativt svar skal her forstås som et svar, der fortæller om en negativ følelse, fx hvis personen har svaret ”ja” til spørgsmålet ”føler du et stort tomrum i dit liv?”. GDS-skærings-scoren er 5 point: Ved denne score og opefter er der begrundet mistanke om depression eller depressionsrisiko (Sundhedsstyrelsen, 2015). Kategorierne er: 0-5: Normal, 5-7: Mulig depression, 8-10: Sandsynligvis let til middelsvær depression, 11-12: Middelsvær til svær depression, 13-15: Svær depression.

SPØRGSMÅL OM SELVMORDSTANKER

Til at afdække, hvorvidt borgeren er selvmordstruet, stilles der to spørgsmål, der relaterer sig til selvmordsrisiko. Disse to spørgsmål er formuleret af Sundhedsstyrelsen som en del af dette projekt og giver os et indblik i, hvor udbredt selvmordstanker og -adfærd er blandt gruppen af borgere, der er genstand for opsporingen. De to spørgsmål lyder som følger:

- Har du inden for de sidste tre måneder haft svært ved at finde mening med livet?
- Har du inden for de sidste tre måneder haft selvmordstanker eller forsøgt selvmord?

Det primære formål med disse spørgsmål er at give de forebyggende medarbejdere et redskab til at håndtere et tabuiseret emne.

QUALITY OF LIFE IN ALZHEIMER'S DISEASE – QoL-AD

Som en del af projektet havde man en intention om at opspore demente. Til dette formål har man anvendt QoL-AD. Dette redskab består af 13 spørgsmål, der har til formål at afdække livskvalitet ud fra borgerens og den pårørendes perspektiv. QoL-AD er udviklet til borgere med demens og anvendes til at afdække, hvordan borgeren selv vurderer sin livskvalitet. I de tilfælde, hvor der ved gennemførelsen af screeningen har været en pårørende til stede, har denne også besvaret spørgsmål på vegne af borgeren. I de to projektkommuner er der blevet foretaget for få screeninger af borgere med demens, hvorfor vi ikke kan foretage en egentlig

analyse af disse data. De udfordringer, der har været i henholdsvis Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune, vil blive yderligere beskrevet i kapitel 3. om implementeringsevaluering.

EVALUERING AF INDSATSER

Ud over opsporing er der i Forebyggelsesprojektet fokus på forebyggende indsatser. Evalueringen af de forebyggende indsatser har i denne forbindelse til formål at afdække, hvilken betydning disse indsatser har haft for de borgere, der har deltaget.

De 12-ugersindsatser, der har været igangsat for henholdsvis gå- og netværksgrupper, evalueres på baggrund af både kvantitative og kvalitative datakilder. Ud fra de kvantitative data opnår vi viden om karakteristika ved den borgergruppe, der har deltaget, og de kan belyse en eventuel udvikling blandt borgerne, mens vi med de kvalitative data har mulighed for at afdække oplevelsen af indsatsen, både ud fra et medarbejder- og et borgerperspektiv.

LOGBØGER

Ved alle de igangsatte gå- og netværksgrupper har facilitatorerne udfyldt en logbog, som vi har udarbejdet til formålet. Denne logbog indeholder deskriptiv information om selve aktiviteterne og borgernes deltagelse i aktiviteterne. Disse data giver os indsigt i selve indsatsen – hvor mange der har deltaget, og hvorvidt der har været kontinuitet i forhold til deltagelse i indsatsen.

FØR- OG EFTERMÅLING

Langt de fleste borgere, som har deltaget i en gå- eller netværksgruppe, har deltaget i en før- og eftermåling. Med disse før- og eftermålinger kan det undersøges, om der har været en udvikling i deltagernes fysiske og/eller mentale helbred. Det er dog centralt at påpege, at evalueringen af gå- og netværksgrupperne ikke kan generaliseres til den relevante befolkningsgruppe eller andre lignende indsatser. Dette skyldes et lavt antal deltagere i målingerne⁷, ikke-tilfældige omstændigheder for rekruttering

7. Ca. 100 formåliger og 100 eftermålinger i begge gruppeformer. Antallet af deltagere inden for målgruppen er til tider endnu lavere, mellem 15-35, i hvilke tilfælde det ikke er muligt at udtale sig om en eventuel udvikling eller fravær heraf blandt disse borgere.

til indsatserne samt fravær af en kontrolgruppe. Der kan altså ikke generaliseres til effekter af sådanne indsatser, ligesom en eventuel udvikling ikke med sikkerhed kan tilskrives indsatsen. Evalueringen af gå- og netværksgrupperne er dog stadig relevant, idet den kan anvendes til at se, hvilke problematikker angående bl.a. rekruttering af den ønskede borgergruppe der kan tænkes at være gældende for andre indsatser og kommuner, ligesom en eventuel udvikling hos deltagerne er værdifuld information i sig selv, selvom der ikke kan foretages inferens.

I forhold til før- og eftermålingerne er det relevant at tilføje, at både den fysiske, den psykiske og den sociale funktionsevne hos ældre borgere generelt er faldende i takt med alderen, hvorfor blot et fravær af en negativ udvikling hos denne borgergruppe kan betragtes som en positiv udvikling.

I før- og eftermålingen indgår validerede måleredskaber. Der er kun ét redskab, der anvendes i både netværks- og gågrupperne, nemlig SF-12, da det giver indblik i både fysisk og psykisk funktionsevne. De resterende redskaber anvendes kun i enten gå- eller netværksgrupperne: De redskaber, der måler på psykiske parametre, anvendes i netværksgrupperne, mens de parametre, der måler på fysisk funktionsevne, anvendes i gågrupperne. Dette skyldes, at det af hensyn til spørgsmålmængden har været nødvendigt at foretage prioriteringer i, hvilke redskaber der anvendes, selvom de alle i princippet er relevante for begge indsatser, da både netværks- og gågrupper har forebyggelse af fysisk samt psykisk funktionsevnenedsættelse til formål. For at give et indblik i, hvilken viden der opnås om borgerne gennem disse målinger, vil de validerede redskaber, der anvendes i før- og eftermålingerne, blive beskrevet i det følgende.

SHORT FORM - SF-12

Redskabet SF-12 er en kort udgave af spørgeskemaet 'SF-36' og består af 12 spørgsmål, der har til formål at belyse en persons helbredstilstand inden for de sidste fire uger. Redskabet er blevet anvendt i både gå- og netværksgrupperne. SF-12 giver både information om en persons fysiske og følelsesmæssige tilstand, samt i hvor høj grad den ene eller den anden tilstand begrænser personen i det daglige. For at muliggøre substantielle fortolkninger ser vi i denne evaluering på de enkelte spørgsmål separat. Derudover har vi beregnet en samlet score for SF-12-spørgsmålene. Dette selvberegnete mål går fra 12 til 47, hvor 12 er udtryk for den dårligst

mulige score og 47 den bedste. En eventuel udvikling i dette mål fra starten til afslutningen af henholdsvis gå- og netværksgrupperne vil blive belyst.

COMPOSITE PHYSICAL FUNCTION SCALE - CPF

CPF er et mål for fysisk funktionsevne på en række af områder – fra basale hverdagsaktiviteter såsom påklædning og bad over middelsvære aktiviteter såsom husarbejde og at handle ind til svære aktiviteter såsom anstrengende sport og husholdningsarbejde. Der gives 1 point for et spørgsmål, hvis der svares, at denne aktivitet kan udføres uden besvær, 2 ved 'lidt besvær', 3 ved 'meget besvær' og 4, hvis aktiviteten slet ikke kan udføres. Da der i denne måling er udeladt et spørgsmål, går skalaen fra 11 til 44 (modsat 12-48 i det oprindelige mål), hvor scoren 11 fås ved den bedst mulige funktionsevne og 44 ved den dårligste.

Dette redskab er kun blevet anvendt i gågrupperne, da fokus for netværksgrupperne ikke indebærer forbedring af den fysiske funktionsevne. Det er udviklet til at kunne forudsige, hvad der er nødvendigt for at opretholde fysisk uafhængighed senere i livet, men der sammenlignes dog ikke i denne evaluering med standarder for den ældre, danske befolkning, da vi er interesserede i at belyse, om der kan ses en positiv udvikling blandt deltagerne, der har deltaget i indsatsen. Evalueringen vil se på deltageres udvikling ud fra et samlet CPF-mål.

SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY - SPPB

SPPB er en simpel test til at vurdere fysisk funktionsevne, målt ved basale fysiske funktioner, og den måler henholdsvis ganghastighed, balance og evnen til at rejse sig fra og sætte sig på en stol. I indsatsen er det dog valgt kun at måle på en af disse komponenter, nemlig ganghastighed, og dette kun i gågrupperne. Grunden til dette er et ønske om at begrænse omfanget af målingen, og ganghastighed vurderes som den mest relevante for indsatsen. Evalueringen vil her undersøge, om der kan ses en udvikling i ganghastigheden for deltagerne.

GERIATRIC DEPRESSION SCALE - GDS-15

Redskabet GDS-15 anvendes ved netværksgrupperne (se beskrivelse under 'Kortlægning af opsporing' i dette kapitel). Ud fra deltageres score ved opstart undersøges det, om den ønskede målgruppe er blevet rekrut-

teret til netværksgrupperne. Det undersøges ligeledes, om der har været en udvikling i deltagernes score fra indsatsens opstart til dens afslutning.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LOS ANGELES LONELINESS SCALE - UCLA-LS

UCLA-LS er det mest universelle og anvendte redskab til at måle ensomhed (Smith, 2012), og det er blevet anvendt til at måle graden af oplevet ensomhed blandt borgerne i netværksgrupperne. Spørgeskemaet beder respondenterne om at svare på 20 spørgsmål angående, hvor ofte de har det på en bestemt måde, hvorved skemaet indfanger graden af oplevet ensomhed hos respondenterne. Alle spørgsmålene vedrører, hvordan de adspurgte har det med deres sociale relationer. For eksempel lyder et af spørgsmålene: "Hvor ofte føler du dig som en del af en vennegruppe?", og ved alle spørgsmål er svarkategoriene: 'Aldrig', 'Sjældent', 'Sommetider' og 'Altid'. Skalaen går fra 20 til 80, hvor højere scorer reflekterer højere grad af ensomhed (Lasgaard, 2007). For at kunne give et billede af, om den ønskede målgruppe deltager i indsatsen, ses der på et samlet UCLA-LS-mål for deltagerne ved opstart. Ligeledes vil det blive undersøgt, om der kan ses en udvikling hos deltagerne på det samlede UCLA-LS-mål.

SELMORDSSPØRGSMÅL

Deltagerne i netværksgrupperne er, på samme vis som ved de tre typer hjemmebesøg, blevet spurgt, om de inden for de seneste tre måneder har haft selvmordstanker eller forsøgt selvmord, samt om de inden for de sidste tre måneder har haft svært ved at finde en mening med livet. Evalueringen vil dels undersøge, hvor stor en andel af deltagerne der ved start har svaret ja til disse spørgsmål, ligesom det vil blive undersøgt, om der har været en udvikling i denne andel fra starten til afslutningen af indsatsperioden.

KVALITATIVE INTERVIEW MED BORGERE OG FACILITATORER

Ud over at belyse gå- og netværksgrupper kvantitativt har vi afholdt fokusgruppeinterview med borgere, der har deltaget i henholdsvis gå- eller netværksgrupper. De kvalitative interview med borgere giver os mulighed for at nærme os en forståelse af deres rationaler for at deltage i indsatserne samt for at belyse, hvordan borgerne oplever indsatserne.

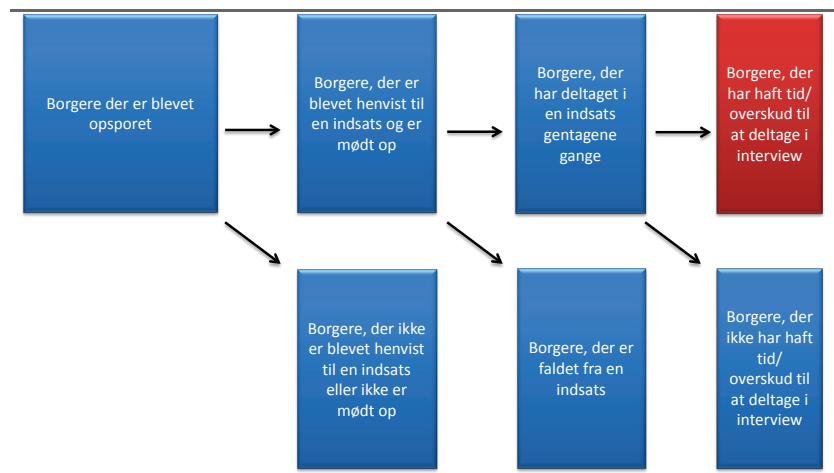
Vi har fået kontakt til disse borgere gennem facilitatorerne for indsatserne. Borgerne er på forhånd blevet oplyst om vores ankomst og

har selv afgjort, hvorvidt de har ønsket at deltage i fokusgruppeinterviewet eller ej. I både Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune har vi afholdt et fokusgruppeinterview med borgere, der har deltaget i en gågruppe, og med borgere, der har deltaget i en netværksgruppe. I fokusgruppeinterviewene har der deltaget mellem fire og otte borgere. Antallet af borgere har været afhængigt af, hvor mange der har haft lyst til at deltage.

I forhold til evalueringens validitet er det centralt at påpege, at det er en udfordring for denne indsats, som for alle andre undersøgelser af indsatser til ældre borgere, at sikre repræsentation af borgerne. I denne sammenhæng er det væsentligt at fremhæve, at de borgere, som vi har interviewet, dels har deltaget aktivt i en gå- eller netværksgruppe, dels har indvilliget i at deltage i et fokusgruppeinterview. Herved er de, som vi har interviewet, ikke repræsentative for de borgere, der er blevet henvist til en indsats, hvorfor vi ikke kan belyse indsatsen ud fra synspunkter fra de borgere, der er faldet fra eller af en ukendt årsag ikke har deltaget i indsatsen, selvom de er blevet henvist til denne, eller ud fra de borgere, der har deltaget, men som ikke har villet deltage i et interview. Disse eksklusionsmekanismer er illustreret i figur 2.2.

FIGUR 2.2

Model over eksklusionsmekanismer i evalueringen af projektet.



DET OPFØLGENDE, FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG

I evalueringen af indsatsen 'opfølgende, forebyggende hjemmebesøg' er borgere, der har modtaget et opfølgende, forebyggende hjemmebesøg, ud over at blive screenet, blevet interviewet. I forlængelse af besøget er borgere i både Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune blevet spurgt, om SFI måtte kontakte dem over telefon og interviewe dem. Intentionen med disse interview var at få indsigt i, hvordan borgerne oplever dette besøg.

Erfaring har vist, at interviewene ikke resulterede i valid indsigt, da borgerne ikke var i stand til at adskille besøgene fra hinanden, og derfor ikke var i stand til at udtale sig om det opfølgende, forebyggende besøg. Andre undersøgelser har påpeget, at det er vanskeligt at gennemføre kvalitative interview med svage ældre. Derfor er de sjældent med i undersøgelser, og når de svageste ældre inkluderes, er de ofte kun i stand til at give "mindre dækkende" beskrivelser, som ikke nødvendigvis afdækker deres egentlige oplevelser (Kirkevold & Bergland, 2007; Rostgaard, Brünner & Fridberg, 2012). Grundet de misvisende besvarelser har vi valgt i stedet at belyse indsatsen ud fra interview med de forebyggende medarbejdere om deres oplevelse af det opfølgende, forebyggende hjemmebesøg. Herved kan vi ikke belyse borgernes oplevelse, men i stedet de styrker og svagheder ved denne besøgstype, som de forebyggende medarbejdere oplever.

UDGIFTSANALYSE

Udgiftsanalysen baserer sig på to kilder: interview med projektlederne, herunder tidslinjer udarbejdet under interviewene og oversigter over en fordeling af relevante medarbejders arbejdstid. Derudover har der været løbende kommunikation med projektlederne for at afklare tvivlsspørgsmål.

INTERVIEW MED PROJEKTLEDERE

Data til udgiftsanalysen blev primært indsamlet i forbindelse med interview med projektlederne i slutningen af projektet. Her har vi spurgt ind til omkostninger og tidsforbrug i alle faser og processer vedrørende besøgene hos de ældre. En del af interviewet bestod i, at vi sammen med projektlederne lavede en tidslinje for de forskellige typer besøg.

FORDELING AF ARBEJ DSTID

På baggrund af oplysninger i interviewet lavede vi et skema til at angive den skøns mæssige fordeling af relevante medarbej deres arbejdstid på forskellige kategorier. Formålet har været at kunne adskille den tid, der bruges på besøg, fra den øvrige arbejdstid.

IMPLEMENTERINGSEVALUERING

I dette kapitel beskriver vi, hvordan forebyggelsesprojektet er blevet implementeret i henholdsvis Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune, herunder hvorvidt de forskellige indsatser er blevet implementeret metodelojalt og er nået ud til den tiltænkte målgruppe, samt hvordan medarbejderne har oplevet implementeringen af projektet.

Dette kapitel er struktureret omkring de to tiltag, som forebyggelsesprojektet tager udgangspunkt i – opsporing af borgere samt oprettelse af indsatser.

IMPLEMENTERING AF OPSPORING

UDVÆLGELSE OG KVALIFICERING AF PERSONALE

I projektkommunerne har man forud for projektet haft et team, bestående af forebyggende medarbejdere, der har foretaget de forebyggende hjemmebesøg. I begge kommuner har medarbejderne i disse teams indgået i projektet og forestået de forskellige typer af forebyggende hjemmebesøg, og for nogle vedkommende har de derudover haft ansvaret for at implementere gå- og netværksgrupper. I Frederiksberg Kommune

har seks forebyggende medarbejdere⁸ indgået i projektet, mens der i Aarhus Kommune har indgået syv forebyggende medarbejdere⁹.

Medarbejderne har modtaget faglig opkvalificering af forskellig karakter i forbindelse med projektet. De har deltaget i et femdageskursus om sorg og sorgprocesser, arrangeret af Sundhedsstyrelsen, og har endvidere deltaget i et opfølgende endagskursus vedrørende sorg- og kriserituationer. Ydermere er de forebyggende medarbejdere blevet undervist og instrueret i brugen af de validerede screeningsredskaber. Medarbejdere, der efter projektets opstart er kommet til, har ikke modtaget samme undervisning, men er blevet oplært gennem sidemandsoplæring.

FAST STRUKTUR OG ANVENDELSE AF SCREENINGREDSKABER

Forebyggende hjemmebesøg er lovpligtige, hvorfor det i begge kommuner var praksis forud for projektet at foretage forebyggende hjemmebesøg. I Frederiksberg Kommune foretog man, ud over det lovpligtige, forebyggende hjemmebesøg, også det opfølgende, forebyggende hjemmebesøg og det særlige forebyggende hjemmebesøg, der tilbydes borgere over 65 år, der har mistet en ægtefælle.

Med projektet er det derfor ikke nyt at opspore borgere gennem forebyggende hjemmebesøg.¹⁰ Den nye praksis består i en mere fastlagt struktur for de forebyggende hjemmebesøg samt anvendelse af på forhånd fastlagte screeningsredskaber.

Forud for projektet var der en del skepsis blandt medarbejderne over for anvendelsen af screeningsredskaberne, men efter at have arbejdet med disse redskaber, er denne holdning blandt medarbejderne vendt:

Jeg var meget skeptisk i forhold til de der screeninger til at starte med, fordi det er barrierer at sidde med noget mellem borgeren og mig. Men det har været en utroligt positiv oplevelse at arbejde med screeningsværktøjet. Mine bekymringer er blevet gjort til skamme (forebyggende medarbejder, Aarhus).

8. I Frederiksberg Kommune anvendes betegnelsen 'Sundhedsrådgivere' om de forebyggende medarbejdere. De vil i rapporten blive omtalt som 'forebyggende medarbejdere'.

9. I Aarhus Kommune anvendes betegnelsen 'Forebyggelseskonsulenter' om de forebyggende medarbejdere. De vil i rapporten blive omtalt som 'forebyggende medarbejdere'.

10. I Aarhus Kommune foretog man forud for projektet ikke særligt forebyggende hjemmebesøg hos borgere, der havde mistet en ægtefælle. Dette er et forebyggende hjemmebesøg, der er blevet tilføjet praksis i forbindelse med projektet. Ud over at man i Aarhus tilbyder det særligt forebyggende hjemmebesøg til borgere, der har mistet en ægtefælle, tilbydes dette også til borgere, hvis samlever er flyttet ud.

I spørgeskemaet er medarbejderne blevet spurgt om, hvor enige eller uenige de var i udsagnene ”Jeg er bekymret for, at registreringsbyrden i forebyggelsesprojektet bliver for stor” (før projektstart) og ”Jeg synes at registreringsbyrden i forebyggelsesprojektet er for stor” (i projektperioden). Der var flere, der var enige med udsagnet før projektstart end i projektperioden, hvilket vidner om en positiv udvikling i medarbejdernes holdninger.

De forebyggende medarbejdere i både Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune giver udtryk for, at arbejdet med screeningsredskaber har været positivt, og at det har været givende at have et konkret værktøj i forhold til at vurdere borgernes mentale sindstilstand og den fysiske tilstand. Samtidig fremhæver de forebyggende medarbejdere i begge kommuner dog, at den faste struktur for hjemmebesøgene har den negative effekt, at det ikke på samme måde er muligt at tage udgangspunkt i borgerens nuværende situation, og at denne som tidligere ikke er med til at sætte dagsordenen for besøget.

Vi går rundt i det daglige og siger, at det er borgeren, der skal sætte dagsordenen, men vi er ved at bevæge os en lille smule væk, kan man godt sige. Jo flere test vi har med, desto længere kommer man væk fra, hvad der fylder lige netop for borgeren (forebyggende medarbejder, Frederiksberg).

Ifølge de forebyggende medarbejdere gør den mere fastlagte struktur det vanskeligt at lade borgerens situation være definerende for besøget. Derudover er der i både Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune også bred enighed om, at man glæder sig til, at projektperioden er ovre, så man ikke længere er nødsaget til at screene alle borgere, der modtager et besøg, men i stedet kan anvende screeningsredskaberne, når man finder det relevant. Argumenterne for og imod screening af alle borgere er med til at skabe et dilemma om, hvornår man skal screene en borger. Fordele ved som udgangspunkt at screene alle borgere er, at man herved undgår at stigmatisere borgere. Ved at screene alle bliver screeningen ikke en anklage om, at borgeren mistrives.

Derudover giver medarbejderne udtryk for, at det kan være svært at vurdere, hvornår det er gavnligt at screene en borger. Samtidig med at de forebyggende medarbejdere giver udtryk for, at de som regel har en fornemmelse af borgerens situation, og at denne fornemmelse bliver bekræftet gennem screeningen, har de også oplevet at blive overra-

skede over resultatet af screeningerne. Herved kan det være svært at vurdere, hvornår det er relevant at anvende screeningsredskabet.

Jeg glæder mig til, at projektet er slut, for det er hvert eneste besøg, vi skal screene. Så jeg glæder mig, til det er slut, og jeg selv er mere herre over, hvornår det skal bruges. Men omvendt er jeg også blevet overrasket nogle gange, hvor jeg aldrig ville have drømt om at lave en GDS-15, og så er der faktisk noget. Så svarer de overraskende på nogle spørgsmål, og så er de skide gode til at tage en videre snak derfra. Så det kan være svært at vide, hvornår det er relevant (forebyggende medarbejder, Aarhus).

Selvom det er gennemgående for medarbejdere i begge kommuner, at de ikke ønsker at fortsætte med at screene alle borgere, der modtager et forebyggende hjemmebesøg, er der enighed om, at det at arbejde systematisk med screeningsredskabet har været positivt, da de herved har fået indarbejdet screeningerne, og at det har givet dem en viden, de kan bruge konstruktivt fremover. Herved bliver det fremhævet, at det har været gavnligt at arbejde så systematisk med screeningsredskaberne, som projektet har fordret. Dette bakkes op af projektlederen i Frederiksberg Kommune, der mener, at det har styrket de forebyggende medarbejders faglighed at arbejde systematisk med screeningsredskabet:

Det har været godt for dem, er min oplevelse. De har tidligere gjort tingene på seks forskellige måder, men det har givet dem et grundlag og en struktur, som jeg vil sige har styrket deres faglighed (projektleder, Frederiksberg).

Medarbejderne og projektlederne i begge kommuner har været tilfredse med screeningsredskabet, men fremhæver, at praksis fremover skal være anderledes, og at det skal vurderes på det enkelte besøg, om screeningsredskabet skal anvendes. I spørgeskemaet blev medarbejderne spurgt om, hvor enige eller uenige de var med udsagnet: ”Forebyggelsesprojektet giver mig ekstra arbejde i det daglige,” og mange var enige i dette. Det er dog uklart i begge projektkommuner, hvordan praksis i forhold til screeningsredskaberne bliver i fremtiden.

FORSKELLIG PRAKSIS I FORHOLD TIL GENNEMFØRELSE AF SCREENINGER

På basis af interview med de forebyggende medarbejdere er det blevet klart, at de forebyggende hjemmebesøg er blevet mere strukturerede og systematiserede gennem anvendelse af screeningsredskaber. Hvordan og i hvilken grad screeningsredskabet er blevet anvendt, og herved hvordan besøgene er forløbet, varierer dog fra medarbejder til medarbejder. Gennem de forebyggende medarbejders udtalelser bliver det tydeligt, at det er baseret på individuelle beslutninger, om screeningen er blevet gennemført. Både i Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune fremgår det, at det er forskelligt, i hvilken grad medarbejderne har valgt at screene, og i hvilket omfang hele screeningen er blevet gennemført, selvom man ifølge projektets arbejdsgang skulle screene alle borgere, der giver deres tilsagn til dette.

Nogle har i højere grad foretaget et fagligt skøn om, hvorvidt det var konstruktivt at gennemføre GDS-15, mens andre slavisk har gennemført denne på hvert besøg. På samme vis har nogle medarbejdere valgt ikke at stille spørgsmål vedrørende selvmord på baggrund af resultaterne fra GDS-15.

Praksis har også varieret, når der har været mere end én borger tilstede i hjemmet. Nogle forebyggende medarbejdere har valgt at adskille borgerne, når de har gennemført screeninger, mens andre har ladet dem sidde sammen og høre hinandens svar. Ifølge de forebyggende medarbejdere kan det have stor betydning for svarene, hvorvidt der er en anden til stede, som man eventuelt ønsker at skåne for sandheden. At medarbejderne ikke oplever, at der har været fastlagt en ønsket praksis i forhold til dette, betyder, at de enkelte medarbejdere har foretaget forskellige vurderinger, som kan have betydning for resultaterne af screeningerne, ligesom det kan have betydning for deres opfattelse af borgernes forebyggelsespotentiale og behov og herved påvirke, hvem der bliver henvist til en forebyggende indsats.

ANVENDELSE AF GDS-15

Screeningsredskabet GDS-15, der indikerer tegn på depression, har for medarbejderne i begge kommuner været et nyt redskab, som de overordnet har fundet anvendeligt og relevant. Det bliver dog fremhævet, at det er et redskab, der kræver, at der er skabt et tillidsbånd mellem dem og borgerne, da spørgsmålene er meget personlige. Særligt i forhold til

borgere, der ikke på forhånd er kendt af de forebyggende medarbejdere, kræver det tid at opbygge tillid, hvorfor det er udfordrende at skulle nå at udføre screeningen.

Jeg synes, at det er en kæmpe udfordring, særligt med nye borgere, som man ikke kender. Fordi de spørgsmål er så personlige, så man bliver nødt til at have opbygget en form for tillid (...). Jeg synes altid, den er relevant, men i forhold til at have én time med et menneske, hvor vi skal have opbygget tillid, det led kan du ikke springe over. Jeg har prøvet bare at springe ud i det og gennemføre GDS-15, fordi jeg tænkte, at nu skulle jeg nå det, og det fungerede ikke (forebyggende medarbejder, Frederiksberg).

De forebyggende medarbejdere har oplevet et tidspres grundet screeningerne og fremhæver i denne forbindelse GDS-15. Dette har medført, at de i nogle tilfælde ikke har nået at screene borgeren på besøget, men i stedet har aftalt et nyt møde og er kommet tilbage til borgeren på et senere tidspunkt. Dette tidspres beskrives både af medarbejderne i Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune. Medarbejderne fortæller samtidig, at den frihed, de har til selv at strukturere deres tid, har givet dem mulighed for at bruge længere tid på én borger end beregnet.

Som beskrevet ovenfor er de forebyggende medarbejdere generelt positivt stemte i forhold til anvendelsen af GDS-15. De fremhæver dog i begge kommuner, at der er et af de 15 spørgsmål, som de ikke synes fungerer, og som borgerne generelt har svært ved at svare på. Det drejer sig om spørgsmålet: ”Er du lykkelig ved livet lige nu?” Hvis de kunne vælge, ville de undlade at stille dette spørgsmål, da de synes, at ordlyden er dårlig, og at spørgsmålet ikke fungerer.

HÅNDTERING AF TABUISEREDE EMNER

Ud over GDS-15 har det været nyt for de forebyggende medarbejdere i begge kommuner at skulle stille spørgsmål vedrørende selvmord på de forebyggende besøg. I spørgeskemaet til de forebyggende medarbejdere spurgte vi både før og efter projektperioden, om de syntes, at det var svært at tale om selvmord. Forud for projektet gav medarbejderne udtryk for, at det er et emne, der kan være svært at tage op. I spørgeskemaet (før projektstart og i projektperioden) blev medarbejderne spurgt om, hvor enige eller uenige de var med udsagnet: ”Det er svært at tale med ældre borgere om det, hvis de udviser tegn på selvmordstanker.” Der var flere,

der var enige i udsagnet, før projektet gik i gang, end der var i slutningen af projektperioden.

I interviewene sidst i projektperioden gav de forebyggende medarbejdere i begge kommuner udtryk for, at spørgsmålene er meget anvendelige, og at disse ikke påvirker samtalen negativt, men derimod åbner op for en god snak med borgeren, hvilket har været hovedformålet med disse spørgsmål.

Jeg er blevet rigtig overrasket over, hvor ufarligt det var at stille selvmordsspørgsmål. Jeg tænkte, at du kan ikke komme ud første gang til en borger og spørge om dette, men det skulle vi, og så prøvede man. Og så fandt man ud af, at det tager de bare helt cool. Og jeg tror, at de svarer ærligt på det. Det er jeg meget overrasket over. Det er slet ikke tabuiseret, det kan være en rigtig god snak (forebyggende medarbejder, Frederiksberg).

Ét emne, som de forebyggende medarbejdere i både Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune fremhæver som tabuiseret og svært at håndtere, er alkoholproblemer. I begge kommuner bliver det fremhævet som et emne, der er vanskeligt både at spørge ind til og håndtere, og som er ubehageligt både for borgeren og for medarbejderen at berøre. Derudover bliver det beskrevet som et emne, hvor de sjældent føler, at de er i stand til at hjælpe den pågældende borger. I projektet har der ikke været anvendt noget redskab i forhold til dette. At medarbejderne i begge kommuner enstemmigt udtrykker, at dette er et svært emne at håndtere, kan tyde på, at det kunne være relevant at inkludere nogle redskaber til at berøre og håndtere denne problematik.

OPSPORING GENNEM HENVISNING FRA FORSKELLIGE AKTØRER OG ARENAER

I forebyggelsesprojektet har det været et ønske at implementere henvisning fra andre aktører og arenaer. Der har været en intention om at opspore borgere gennem praktiserende læger, hjemmeplejen, visitationen og civilsamfundet.

I både Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune giver projektledere og de forebyggende medarbejdere udtryk for, at intentionen og håbet om at opspore gennem læger ikke er blevet indfriet. Trods information til praktiserende læger om de forebyggende hjemmebesøg er denne henvisningskanal endnu ikke taget i brug. Både projektledere og

medarbejdere giver udtryk for, at de mener, at der er et stort potentiale for opsporing gennem praktiserende læger, men at de ikke er lykkedes med at etablere denne henvisningskanal.

En medarbejder i Aarhus Kommune fremhæver i denne sammenhæng, at tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg burde figurere på sundhed.dk.

Jeg kunne simpelthen godt drømme om, at vi har et bedre samarbejde med de praktiserende læger. De var med fra start og var tænkt ind fra start, men de er et sted, hvor de har svært ved at tænke os ind. De henviser ikke til os. Vores tilbud om forebyggende hjemmebesøg ligger ikke på sundhed.dk, og det fatter jeg simpelthen ikke, for det bruger lægerne. De bruger sundhed.dk til at undersøge alle de tilbud, der er. Det ville være en indgang. Når vi ikke står på sundhed.dk, så kan vi godt glemme det med de praktiserende læger (forebyggende medarbejder, Aarhus).

I forhold til hvad de forebyggende medarbejdere henviser til efter de opsporende besøg, bliver der i begge kommuner gjort opmærksom på, at der er et hul i forhold til, hvad de kan henvise til. De forebyggende medarbejdere gør opmærksom på, at det ville være meget hensigtsmæssigt at kunne henvise til psykologbehandling, og de beskriver det som en brist, at de ikke har denne mulighed, da mange borgere i deres optik ville profitere af dette. Qua deres stilling som forebyggende medarbejdere har de ikke kompetencer til at behandle de borgere, der fx har en depression eller har forsøgt selvmord.

OPSPORING AF PERSONER MED DEMENS

I forebyggelsesprojektet har der, ud over at opspore gennem de tre typer af forebyggende hjemmebesøg, været en intention om at opspore borgere med demens. Til dette har man anvendt et screeningsredskab, udviklet til borgere med demens.

I Frederiksberg Kommune har demenskonsulenterne givet udtryk for, at det er vanskeligt at screene og måle borgere med demens, selvom der tages udgangspunkt i et redskab, der er udviklet til netop målgruppen borgere med demens. Dette skyldes, at borgere med demens kan have svært ved at vurdere deres egen helbredssituation på grund af manglende hukommelse. Projektlederen pointerer, at det ikke er et redskab, der giver mening for demenskonsulenterne at anvende, og at det er

uetisk at screene borgernes livskvalitet, når deres sygdom gør, at de generelt vil få det værre, og da de ikke ser gruppetilbuddene, som projektet har tilført, som en løsning. Blandt andet på baggrund af dette har man i Frederiksberg Kommune valgt at stoppe opsporingen af borgere med demens.

I Aarhus Kommune har man gennem projektperioden foretaget opsporing af borgere med demens. Projektlederen i Aarhus Kommune fremhæver, at denne opsporing har foregået meget særskilt fra den resterende opsporing. Dette skyldes, at demensområdet er forankret i en anden del af organisationen, og at demenskonsulenterne er tilknyttet en anden leder.

Demensnøglepersonerne i kommunen har haft et samarbejde med demensklubben og har tilbudt hjemmebesøg til de borgere, der har fået stillet diagnosen. I praksis har det fungeret således, at klinikken i de tilfælde, hvor en borger har ønsket det, har taget kontakt til demensnøglepersonerne, der derefter telefonisk har taget kontakt til borgeren, og opsporingen er herved foregået gennem demensklubben.

Projektlederen i Aarhus Kommune oplyser, at praksis i forhold til screeningerne ikke har været ensartet i Aarhus Kommune, men har varieret fra lokalområde til lokalområde. Hvorvidt borgerne på hjemmebesøgene er blevet screenet, afhænger af, hvilket lokalområde i Aarhus Kommune borgeren bor i.

For begge projektkommuner er det gældende, at der er blevet foretaget langt færre screeninger af personer med demens end forventet, og grundet manglende data er det derfor ikke muligt at lave nogen analyse af denne opsporingsdel, hvorfor det ikke er en del af nærværende evaluering.

IMPLEMENTERING AF FOREBYGGENDE INDSATSER

DET OPFØLGENDE, FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG

I begge kommuner er der blevet foretaget opfølgninger på lovpligtige, forebyggende hjemmebesøg forud for projektet, men som de andre besøg er også denne type hjemmebesøg blevet mere struktureret grundet projektet. Medarbejderne beskriver dog dette besøg som mere situationbestemt end det lovpligtige, forebyggende hjemmebesøg, da der tages

udgangspunkt i den konkrete problemstilling hos borgeren, der har uløst opfølgningen.

I begge kommuner giver de forebyggende medarbejdere udtryk for, at de gerne ville foretage opfølgende, forebyggende hjemmebesøg hos flere borgere, men grundet manglende ressourcer foretager de ikke lige så mange, som de finder relevant. Flere medarbejdere i både Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune nævner, at de i nogle tilfælde vælger at foretage opfølgningen over telefon for at spare ressourcer.

Jeg kunne have lyst til at lave mange flere opfølgende besøg, end jeg gør, fordi man godt ved, at vi ikke kan nå at redde hele verden, hvis man kan sige det på den måde. Hvis man skulle det 100 procent, så skulle jeg lave mindst dobbelt så mange opfølgende besøg. Nogle gange tænker jeg, at jeg håber, at det går godt, og så laver man lige en lille telefonopringning i stedet (forebyggende medarbejder, Frederiksberg).

Derudover fremhæver de forebyggende medarbejdere, at det er deres oplevelse, at der er flere borgere nu end tidligere, som har behov for et opfølgende besøg, og at det sjældent er tilstrækkeligt med ét opfølgende besøg. Der bliver ofte foretaget flere opfølgende hjemmebesøg hos samme borger, og medarbejderne oplever, at det kan være svært at få afsluttet en borger.

Jeg har den oplevelse, at det kan være svært at få afsluttet de her ekstra besøg på en god måde, for hvis borgeren ikke har flyttet sig fra det første til det opfølgende, så er der stadigvæk en barriere (forebyggende medarbejder Frederiksberg).

Jeg ved godt, at det ikke er så politisk korrekt. Men jeg har altså været ude på tredje og fjerde opfølgende hjemmebesøg (...). Det er så svært med systemet, altså. De falder imellem to stole, mange af de borgere vi har, og de kan ikke få den støtte og den hjælp, som de egentlig har behov for. Og det er så derfor, vi måske også vælger et femte besøg (forebyggende medarbejder, Aarhus).

I praksis tangerer det opfølgende besøg i mange tilfælde et egentligt forløb i stedet for at være et enkelt besøg. Ifølge medarbejderne er de op-

følgende besøg altafgørende, da de er med til at skabe en tillidsfuld relation.

Det er vigtigt, at man ikke afskaffer muligheden for opfølgende besøg, for det lovpligtige besøg har ikke nogen effekt, hvis man ikke kan følge op på det. Og man kan heller ikke nøjes med at besøge hvert andet år. Det der med kontakten og tilliden forsvinder, hvis der går for lang tid (forebyggende medarbejder, Frederiksberg).

Medarbejderne oplever, at den tillid, der bliver etableret, i sig selv er altafgørende, da det giver borgerne en stor tryghed, at de ved, hvem de kan tage kontakt til i kommunen, hvis der opstår et problem. De beskriver denne relation som værdifuld i sig selv, og derudover fortæller medarbejdere, at konkrete problemstillinger bliver afhjulpet gennem de opfølgende besøg.

I Aarhus Kommune beskriver medarbejderne, at de oftest foretager opfølgende besøg i forbindelse med en henvendelse fra borgerkonsulenter eller visitationen, hvorimod det i Frederiksberg Kommune er medarbejdernes oplevelse, at de ofte foretager opfølgning på det lovpligtige, forebyggende besøg.

For begge kommuner gør det sig gældende, at de beskriver de borgere, der modtager det opfølgende hjemmebesøg, som skrøbelige borgere, der mistrives, og som ikke selv er i stand til at række ud efter hjælp og har manglende handlekompetence.

Jeg sidder og tænker, at det er nogle, som ikke er så opsøgende selv. Ikke rækker ud efter hjælp, ikke ringer rundt selv. Nogle, der mangler noget initiativ eller noget netværk, der kan gøre det for dem. Så hvor vi er en eller anden vigtig katalysator og kan være bindeled mellem nogle eller gøre dem opmærksomme på, at de selv skal handle (forebyggende medarbejder, Frederiksberg).

IMPLEMENTERING AF GÅ- OG NETVÆRKSGRUPPER

Som en del af forebyggelsesprojektet har man i Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune implementeret gå- og netværksgrupper. Formålene med de to typer indsatser er forskellige. Intentionen med gågrupperne er primært at forebygge nedsat fysisk funktionsevne, mens formålet med netværksgrupperne er at forebygge ensomhed. Herved varierer målgrup-

perne for de to forskellige typer indsatser også. De forebyggende medarbejdere har ved de forebyggende hjemmebesøg blandt andet fortalt om og henvist til disse indsatser. Denne vurdering er foretaget på baggrund af screeningen, deres indtryk af borgeren samt samtale med borgeren om dennes behov. I begge kommuner har det dog ikke været muligt at rekruttere nok borgere udelukkende gennem disse besøg, hvorfor der også er blevet rekrutteret borgere gennem opslag i lokalaviser og på internettet. Både projektledere og medarbejdere i begge kommuner giver udtryk for, at de finder indsatserne relevante, men fremhæver samtidig, at det har været en enormt krævende opgave at organisere både gå- og netværksgrupper, og at de har undervurderet, hvor meget organiseringen og implementeringen af disse grupper kræver.

I Aarhus Kommune har det været særligt udfordrende at implementere netværksgrupper, og man har ikke i samme grad som ved gågrupperne været i stand til at igangsætte og opretholde disse, da det har været for ressourcekrævende.

I forhold til netværksgrupper har det været endnu sværere, faktisk, fordi en gågruppe, det handler om at gå en tur og lave nogle øvelser. En netværksgruppe har et tema, og det er nogle lidt andre personer, der søger ind i en netværksgruppe. At finde tovholder til dem, det er næsten umuligt. Og så har det i starten været forebyggelseskonsulenterne, der har været tovholder, og det har vi måttet sortere fra, for det kræver så mange ressourcer (projektleder, Aarhus).

For mig har det været et kæmpe arbejde at få gågrupperne på benene, og det er slet ikke lykkedes mig med netværksgrupper. Det har virkelig været en ekstraopgave, som har fyldt uforholdsmæssigt meget. Det har hængt over én (forebyggende medarbejder, Aarhus).

I Aarhus Kommune har de ydermere haft svært at finde frivillige tovholdere, der kunne varetage denne opgave. I Frederiksberg Kommune har man valgt at udlicitere nogle netværksgrupper og har på denne måde haft en udgift til dette. Derudover har enkelte netværksgrupper været igangsat og afholdt af forebyggende medarbejdere, og man har således prioriteret at afsætte ressourcer til dette.

I Frederiksberg Kommune bliver det fremhævet som en barriere at skaffe lokaler, der er anvendelige til netværksgrupperne. Ud over at

der er blevet brugt mange ressourcer på at skaffe lokaler, har det ikke været muligt at få adgang til lokaler, der er nemt tilgængelige for den ønskede målgruppe.

Mens man i Aarhus Kommune har været udfordret i forhold til at implementere netværksgrupper, har man i Frederiksberg Kommune haft udfordringer i forbindelse med at implementere gågrupper. Én mulig forklaring på dette kan være, at der forud for projektet var mange lignende tilbud i Frederiksberg Kommune. Både projektlederen og medarbejdere i Frederiksberg Kommune beskriver, at de mange lignende tilbud gør det udfordrende at rekruttere borgere, da mange borgere i målgruppen allerede benytter sig af lignende tilbud.

ANVENDELSE AF FRIVILLIGE SOM FACILITATORER

I begge kommuner har man benyttet sig af frivillige kræfter til at afholde gruppe-aktiviteter. Både projektledere og medarbejdere i begge kommuner er enige om, at dette godt kan varetages af frivillige, men fremhæver samtidig, at det at organisere opstarten af en gruppe ikke kan udliciteres til frivillige. Og det bliver fremhævet, at dette i sig selv er en krævende opgave, da rekruttering af borgere til indsatsen sluger mange ressourcer.

Frivillige foreninger er blevet koblet på, for vi kunne simpelthen ikke stå for det, og det er også fint. Det har fungeret godt med de gågrupper, jeg har haft. De frivillige har virkelig taget det seriøst og været tovholdere på det. Men derfor skal det jo starte op alligevel, og jeg skal rekruttere (forebyggende medarbejder, Aarhus).

Derudover har de frivillige ikke haft ansvaret for før- og eftermålingerne i hverken Aarhus eller Frederiksberg, da det er blevet vurderet som problematisk at stille krav til frivillige om at registrere data og arbejde med borgeren på en bestemt måde.

I spørgeskemaet blev medarbejderne spurgt om, hvor enige eller uenige de var i udsagnet: ”Frivillige er generelt gode til at afholde tilbud til borgere over 65 år i kommunen,” og både før projektstart og under projektperioden svarede de fleste, at de var enige i dette. Derudover er der i deres besvarelse bred enighed om, at man i kommunerne fremover skal inddrage frivillige kræfter yderligere.

BORGERINDDRAGELSE

Indsætterne har haft en varighed på 12 uger. I begge kommuner har man i forhold til gågrupper oplevet, at enkelte borgere har udvist stort engagement og fortsat gruppen efter de 12 uger. Nogle borgere har på denne måde påtaget sig ansvaret for at være koordinatore for indsatsen, og herved er enkelte gågrupper blevet implementeret som en fast indsats, der nu alene er drevet af frivillige kræfter.

Vi har helt klart haft en mere faciliterende rolle, end vi tidligere har haft. Det har været en kæmpe oplevelse og noget, vi vil arbejde videre med – at sætte noget i gang og så trække os – fordi det går faktisk rigtig fint, uden at vi er der og blander os (projektleder, Frederiksberg).

Det primære formål med gågrupperne er at forebygge tab af fysisk funktionsevne, men derudover har det også været intentionen at styrke deltagerens netværk gennem indsatsen. I forhold til dette fremhæver facilitatorerne væsentligheden af at lave sociale aktiviteter i forlængelse af indsatsen/gåturen, som eksempelvis at drikke kaffe sammen. Flere borgere nævnte også det sociale aspekt som en motiverende faktor.

TRANSPORT TIL OG FRA EN INDSATS

Ét væsentligt aspekt, hvor Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune adskiller sig fra hinanden i forhold til implementering af gå- og netværksgrupper, er transporten til og fra indsætterne. I Frederiksberg Kommune har man forsøgt at placere indsætterne lokalt og dermed tæt på den tiltænkte målgruppe, og man har ikke haft mulighed for at tilbyde transport til og fra indsætterne.

De grupper, vi har stablet på benene, er alle uden kørsel, og det er en begrænsning for dem, der dagligt modtager praktisk bistand og personlig pleje. De er svækkede i en grad, så de skal køres. Så det er sådan lidt, hvor man sætter serviceniveauet (projektleder, Frederiksberg).

Som det fremgår af ovennævnte citat, kan det have betydning for, hvilken målgruppe der deltager i indsætterne, om der bliver tilbudt transport til og fra indsatsen eller ej. De forebyggende medarbejdere i Frederiksberg Kommune nævner også den manglende transport som en barriere i

forhold til indsatserne. I den forbindelse bliver det fremhævet, at det ikke er nok at placere indsatsen i lokalområdet, da det også handler om at skabe tryghed, og nogle borgere har behov for at blive hentet hjemme for at komme afsted.

De, der mangler noget, er dem, som sidder inde bag de fire vægge og ikke kan komme ud. Og som mangler noget tryghed og et 'blive-taget-i-hånden'-tilbud. (...) Når det ligger ude i lokalmiljøet, så er det ikke nok, at det ligger lige ved siden af, hvor de bor. Man skal have en ret konkret aftale om, at det er mig, som står der, eller jeg kommer selv og henter dig eller sådan noget. Noget, som giver tryghed (forebyggende medarbejder, Frederiksberg).

Det har været en udfordring, at målgruppen har været defineret svagere end dem, vi har arbejdet med. De har været for svage og ikke kunnet komme ud ad døren. Hvis vi skulle have haft den målgruppe, skulle man have haft fokus på at få dem kørt til den aktivitet eller følge dem til en netværksgruppe eller andet. Også selvom man har forsøgt at lave det i lokalområder, for det der med at komme ud ad døren i sig selv, med en socialt og fysisk sårbar gruppe, det er udfordrende (facilitator for gågruppe, Frederiksberg).

I modsætning til Frederiksberg Kommune har man ved flere indsatser i Aarhus Kommune valgt at prioritere transport til og fra indsatsen. Ifølge de forebyggende medarbejdere er dette tilbud altafgørende, da det er med til at få borgerne til at deltage i en indsats.

Det, der er et behov for, det er, at der er transport til og fra. Fordi det er det, den bliver solgt på (forebyggende medarbejder, Aarhus).

MÅLGRUPPEN FOR INDSATSERNE

Den tiltænkte målgruppe for både gå- og netværksgrupperne er socialt, psykisk og fysisk sårbare, ældre borgere. I praksis har det ikke været muligt i hverken Frederiksberg Kommune eller Aarhus Kommune at rekruttere og fastholde udelukkende denne gruppe. Ifølge en facilitator i Frederiksberg Kommune er det netop denne sårbare målgruppe, der vil profitere mest af indsatserne. Som vi så i ovenstående afsnit, beskriver facilitatorerne i Frederiksberg Kommune det, at der ikke har været tilbudt

transport eller en form for følgeordning, som en af årsagerne til, at indsatserne ikke er nået ud til de mest sårbare. I Aarhus Kommune beskriver de frivillige facilitatorer, at det kræver flere ressourcer af de forebyggende medarbejdere at få de mest sårbare borgere til at deltage i indsatserne. Ydermere har det, i de tilfælde, hvor rekrutteringen af den ønskede målgruppe har ladet sig gøre, været udfordrende at fastholde disse borgere i gågrupperne.

I forhold til gågrupperne beskriver facilitatorerne i begge kommuner, at det er svært at have en gågruppe, som favner bredt. Både de dårligst og de bedst stillede borgere falder fra, da det er svært at have et niveau, der favner bredt. Det bliver foreslået, at der, for at imødegå denne problematik, er mere end én facilitator til stede, så det er muligt at dele gruppen op og på den måde i højere grad tilpasse indsatserne efter forskellige fysiske niveauer.

Som beskrevet tidligere var det intentionen at rekruttere borgere gennem de forebyggende hjemmebesøg. Da det ikke har været muligt at skaffe nok borgere til at opstarte indsatser udelukkende gennem disse besøg, er der blevet anvendt opslag i både lokalaviser og på internettet.

Typisk har vi taget flyers med ud på vores forebyggende hjemmebesøg, og der har været kørt flyers ud til hjemmeplejegrupper og sygeplejersker. Og der har været opslag i sundhedscentret og forskellige samarbejdspartnere som diætister og andre faggrupper, så de har kunnet reklamere for det, men der kom simpelthen ikke nogen på det. Så begge gange har vi annonceret i Frederiksberg Bladet for at få nogen. Og dem, der så er kommet, er relativt friske (facilitator for gågruppe, Frederiksberg).

De, der sidder derude og ikke har nogen, og som vil have rigtig god gavn af det, de deltager ikke, uanset hvor meget vi slår op i avisen. Og der er ingen kommuner, der har knækket koden på det (projektleder, Frederiksberg).

Det har med andre ord ikke været muligt at inddrage den tiltænkte målgruppe i indsatserne i tilstrækkelig grad. Ud over at det er vanskeligt at rekruttere de mest socialt, psykisk og fysisk sårbare borgere, beskriver facilitatorerne i Frederiksberg Kommune det som særligt udfordrende at rekruttere mænd til indsatserne. I forhold til denne problematik gør facilitatorerne det klart, at dette er et område, det er nødvendigt at arbejde

videre med, og hvor man har en problemstilling, som man ikke i tilstrækkelig grad har været i stand til at løse.

OPSUMERENDE KONKLUSIONER

- Ved systematisk at screene alle borgere på de forebyggende hjemmebesøg undgår man at stigmatisere. Det er dog samtidig ressourcerekrævende, og screeningen kræver, at der er opbygget en tillid mellem borgeren og den forebyggende medarbejder, hvorfor det ikke altid er muligt at gennemføre screeningen på ét besøg.
- De forskellige, validerede redskaber fungerer godt og giver et nuanceret billede af borgeren og dennes situation.
- Screeningsredskabet fylder meget på besøget, og det betyder, at det ikke på samme måde som tidligere er muligt at tage udgangspunkt i borgerens nuværende situation, og sidstnævnte bliver ikke det definerende for besøget.
- Det opfølgende, forebyggende hjemmebesøg er i sig selv værdifuldt, da det er med til at skabe en tillidsfuld relation mellem borgeren og den forebyggende medarbejder, og da det giver borgeren ro at vide, hvem fra kommunen han/hun kan kontakte, hvis der opstår problemer. De forebyggende medarbejdere beskriver denne besøgstype som afgørende og fremhæver muligheden for at følge op på det lovpligtige besøg som altafgørende.
- Der er behov for at foretage opfølgende, forebyggende hjemmebesøg hos flere borgere end oprindeligt tiltænkt og med flere opfølgninger pr. borger.
- Gruppeindsatserne er meget ressourcerekrævende at organisere, selv om de bliver faciliteret af frivillige.
- Frivillige er særdeles værdifulde i arbejdet med at facilitere gruppeaktiviteterne. Det er en udfordring at finde frivillige til at facilitere netværksgrupper.
- De sociale aktiviteter i gruppeindsatserne er afgørende og bliver beskrevet som en motiverende faktor for deltagelse.
- Det er afgørende med transport/følgeordning til og fra gruppeindsatser. Dette er i særdeleshed afgørende, hvis man vil inkludere den mest sårbare gruppe af ældre.

KORTLÆGNING AF OPSPORING

I det følgende kapitel vil opsporingen i de to projektkommuner blive kortlagt, og det vil blive belyst, hvad der er karakteristisk for de borgere, der er blevet opsporet gennem de tre typer forebyggende hjemmebesøg. Ydermere vil forskelle og ligheder i forhold til opsporingen i de to projektkommuner blive belyst.

GENNEMFØRTE BESØG I DE TO PROJEKTKOMMUNER

I både Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune har de forebyggende medarbejdere opsporet ældre borgere med et forebyggelsesbehov og -potentiale gennem tre forskellige typer hjemmebesøg i projektperioden. I nedenstående tabeller fremgår det, hvor mange hjemmebesøg der er blevet registreret i henholdsvis Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune, fordelt på de tre typer besøg.

TABEL 4.1

Registrerede besøg i de to projektkommuner, fordelt efter besøgstype. Antal og procent.

	Frederiksberg		Aarhus	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Lovpligtigt, forebyggende hjemmebesøg	2.208	92,9	1.452	68,1
Særligt forebyggende hjemmebesøg	63	2,7	401	18,8
Opfølgende, forebyggende hjemmebesøg	105	4,4	280	13,1
Total	2.376	100	2.133	100

Anm.: Tabel 4.2 viser antal registrerede besøg. Der er i begge kommuner foretaget flere forebyggende hjemmebesøg, men alle besøg er ikke registreret. Vi har ikke kendskab til årsagen til, at alle besøg ikke er registreret.
Kilde: Screening af borgere

Som det fremgår af tabel 4.1, er der blevet gennemført flest forebyggende hjemmebesøg i Frederiksberg Kommune, selvom Aarhus Kommune har flere ældre borgere end Frederiksberg Kommune. I første kvartal i 2016 var der i henholdsvis Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune 17.404 og 47.442 borgere i alderen 65 +. Dette svarer til, at der i første kvartal af 2016 var 2,7 gange flere ældre borgere i Aarhus Kommune end i Frederiksberg Kommune (Danmarks Statistik, 2016).

Det fremgår af ovenstående tabel, at det er antallet af lovpligtige, forebyggende hjemmebesøg, der er markant større for Frederiksberg Kommune end for Aarhus Kommune. Borgere, der fylder 75 år, bliver årligt tilbudt et lovpligtigt, forebyggende hjemmebesøg. Forskellen i forhold til de to kommuner er, at man i Frederiksberg Kommune tilbyder borgere et lovpligtigt hjemmebesøg, når de fylder 75 år, hvor de ikke aktivt skal gøre noget for at modtage besøget, og denne procedure gentages hvert femte år. I Aarhus Kommune skal de borgere, der bliver tilbudt et lovpligtigt, forebyggende hjemmebesøg, selv aktivt gøre en indsats for at modtage besøget. Denne forskel i organisering i de to kommuner kan muligvis være en af flere forklaringer på, at man har foretaget flere lovpligtige, forebyggende hjemmebesøg i Frederiksberg Kommune end i Aarhus Kommune.

Af tabel 4.1 fremgår det samtidig, at man i Aarhus Kommune har foretaget en markant større andel af både særligt forebyggende hjemmebesøg og opfølgende, forebyggende hjemmebesøg end i Frederiksberg Kommune. At der er så stor forskel i forhold til andelen af særligt forebyggende hjemmebesøg kan delvist være forårsaget af, at der er forskel på, hvilken borgergruppe man tilbyder denne type besøg. Mens

man i Frederiksberg Kommune tilbyder særligt forebyggende hjemmebesøg til enker og enkemænd, har man i Aarhus Kommune valgt at udvide målgruppen og tilbyder derudover også særligt forebyggende hjemmebesøg til borgere over 65 år, hvis ægtefælle eller samlever er flyttet på plejehjem.

Derudover fremgår det af interviewene med de forebyggende medarbejdere, at man i begge kommuner har foretaget opfølgende, forebyggende hjemmebesøg som opfølgning på de lovpligtige besøg, mens man i Aarhus også har foretaget opfølgende, forebyggende hjemmebesøg i forbindelse med henvendelser fra borgerkonsulenter/visitorer, hvilket kan være endnu en forklaring på, at man har foretaget flere af denne type besøg i Aarhus Kommune end i Frederiksberg Kommune.

KØNSFORDELING

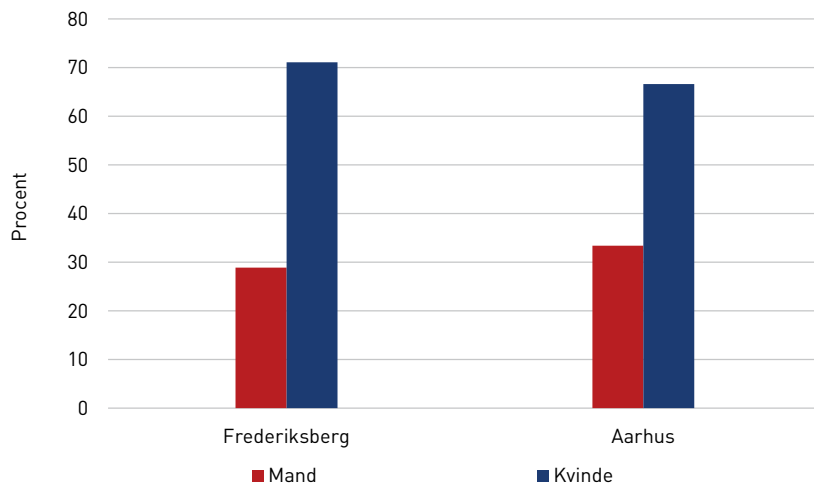
Forskningen tyder på, at mistrivsel i alderdommen er kønsspecifik. Mens kvinder har højere prævalens af depression (Sonnenberg m.fl. 2013), stiger mænds selvmordsrisiko i alderdommen (Winsløv, 2007). Ældre kvinder lever oftere længere tid alene end mænd, blandt andet pga. deres længere levetid, men de er til gengæld i højere grad end mænd udfordrede fysisk, ligesom de er mindre mobile end mænd (Platz, 2007). Forskningen tyder ydermere på, at især mænd har svært ved at være alene efter ægtefællens død (Sonnenberg m.fl., 2013), og at sociale kontakter (eller mangel på samme) i højere grad har betydning for mænds velbefindende (Sonnenberg m.fl., 2013). I forhold til forebyggende hjemmebesøg peger forskning på, at kvinder generelt har et større udbytte af besøgene end mænd. Årsagen hertil er ikke klar (Vass, 2007). Da der er forskel på forebyggelsespotentialet og forebyggelsesbehovet i forhold til køn, er det interessant at belyse kønsfordelingen i forhold til opsporingen via de tre typer forebyggende hjemmebesøg.

I Frederiksberg Kommune udgør mænd 35 procent af befolkningsgruppen i alderen 75 år og ældre, mens dette tal for Aarhus Kommune er 39 procent (Danmarks Statistik, 2016). Derfor er det forventeligt, at andelen af mænd og kvinder, der bliver opsporet, ikke er lige store. Det fremgår af registreringen af besøgene, at andelen af mænd, der bliver opsporet, er lavere end andelen af mænd i befolkningsgruppen (figur 4.1). I Frederiksberg udgør mænd 28,9 procent af de registrerede besøg, mens mænd i Aarhus Kommune udgør 33,4 procent af de regi-

stredede besøg. Andelen af opsporede mænd i Aarhus er signifikant større end andelen af opsporede mænd i Frederiksberg ($P < 0,001$).

FIGUR 4.1

Borgere, der er opsporet i projektet, fordelt efter køn. Særskilt for projektkommuner. Procent.



Anm.: Frederiksberg, N = 2.289, Aarhus, N = 2.030.

Kilde: Screening af borgere.

TABEL 4.2

Borgere, der er opsporet i de enkelte besøgstyper i projektet, fordelt efter køn. Særskilt for projektkommuner. Procent.

Typer af besøg:	Frederiksberg		Aarhus	
	Mand	Kvinde	Mand	Kvinde
Lovpligtigt, forebyggende hjemmebesøg	29	71	32,3	67,7
Særligt forebyggende hjemmebesøg	21,7	78,3	34,3	65,7
Opfølgende, forebyggende hjemmebesøg	30,8	69,2	37,9	62,1
For alle tre typer besøg samlet	28,9	71,1	33,4	66,6

Anm.: Frederiksberg, N = 2.289, Aarhus, N = 2.030.

Kilde: Screening af borgere.

Som det fremgår af tabel 4.2, er andelen af opsporede mænd større i Aarhus Kommune end i Frederiksberg Kommune i forhold til alle tre typer besøg. Især i forhold til de særlige og opfølgende, forebyggende hjemmebesøg er andelen af mænd, der er blevet opsporet, større i Aarhus Kommune.

hus Kommune end i Frederiksberg Kommune. Dog er andelen af mænd kun signifikant større for Aarhus end for Frederiksberg ved de lovpligtige, forebyggende besøg og særligt forebyggende besøg ($P < 0,05$).

ALDERSFORDELING

Hovedparten af de borgere, der opspores gennem et forebyggende hjemmebesøg, er i alderen 75-89 år. Dette stemmer overens med, at det lovpligtige og opfølgende, forebyggende hjemmebesøg tilbydes borgere i alderen 75 år og derover, og at det kun er det særligt forebyggende hjemmebesøg, der tilbydes til borgere i alderen 65 år og derover.

TABEL 4.3

Borgere, der er opsporet i projektet, fordelt efter alder. Særskilt for projektkommuner. Antal og procent.

Alder:	Frederiksberg		Aarhus	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Under 70 år	10	0,4	98	4,6
70-74 år	39	1,6	148	6,9
75-79 år	713	30,1	534	25
80-84 år	704	29,7	605	28,4
85-89 år	549	23,2	507	23,8
90 år og over	356	15	241	11,3
Total	2.371	100	2.133	100

Kilde: Screening af borgere.

Aldersfordelingen i de to kommuner adskiller sig fra hinanden, da man i Aarhus Kommune har opsporet 9,49 procentpoint flere borgere i aldersgruppen 'under 75' end i Frederiksberg Kommune. Igen kan forklaringen sandsynligvis findes i, at man i Aarhus Kommune har opsporet langt flere borgere ved det særligt forebyggende hjemmebesøg, som netop tilbydes borgere, der er 65 år eller ældre.

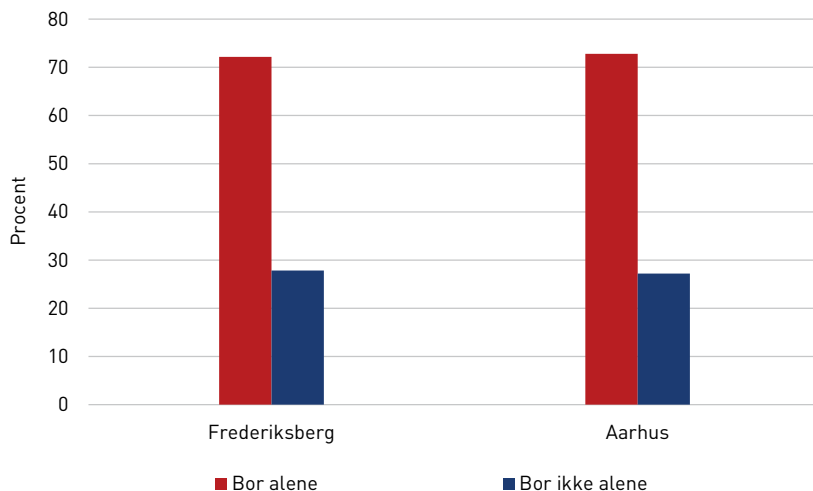
FORDELING PÅ BOFORM

I screeningen er det også blevet afdækket, hvorvidt borgeren bor alene, da dette, alt andet lige, kan have betydning for, om borgeren føler sig ensom.

Som det fremgår i figur 4.2, adskiller de to kommuner sig ikke fra hinanden i forhold til dette. Det er gældende for begge kommuner, at lidt over 72 procent af de borgere, der modtog besøg, bor alene.

FIGUR 4.2

Borgere, der er opsporet i projektet, fordelt efter boform. Særskilt for projektkommuner. Procent.



Anm.: Frederiksberg, N = 2.289, Aarhus, N = 2.030.

Kilde: Screening af borgere.

Andelen af mænd i alderen 75 år og ældre, der er gift, udgør ca. 57 procent i Frederiksberg Kommune og 65 procent i Aarhus Kommune, mens de tilsvarende andele af gifte kvinder i samme aldersgruppe kun er 21 procent og 29 procent i henholdsvis Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune (Danmarks Statistik, 2016). Herudfra kan det udledes, at langt flere ældre kvinder end mænd bor alene. Dette kan have betydning for, om man har et socialt problem, og herved influere på behovet for hjemmebesøg.

I begge kommuner, og i særdeleshed i Aarhus, er aleneboende mænd overrepræsenterede blandt de opsporede. Dette tyder på, at det er lykkedes at opspore aleneboende mænd. Dette kan tolkes som positivt, da især aleneboende ældre mænd generelt er en sårbar gruppe og ydermere en gruppe, der er vanskelig at nå ud til (Vass, 2007).

TABEL 4.4

Borgere, der er opsporet i projektet, fordelt efter boform. Særskilt for projektkommuner og køn. Procent.

Boform:	Frederiksberg		Aarhus	
	Mand	Kvinde	Mand	Kvinde
Bor alene	48,2	81,9	60,5	79
Bor ikke alene	51,8	18,1	39,5	21
	100	100	100	100

Anm.: Frederiksberg, N = 2.289, Aarhus, N = 2.030.

Kilde: Screening af borgere.

SCREENINGSRESULTATER: VELBEFINDENDE

I forbindelse med det forebyggende besøg er borgerens mentale tilstand blandt andet blevet screenet ved brug af redskabet GDS-15. Screeningsredskabet GDS-15 kan som beskrevet hjælpe med at identificere depressionssymptomer, og borgerens totale score kan indikere, om og i hvilken grad borgeren lider af depression.

TABEL 4.5

Borgere, der er opsporet i projektet, fordelt efter totalscore ved screening for depression med GDS-15. Særskilt for projektkommuner. Procent.

GDS-15-score:	Frederiksberg	Aarhus
Normal	79,6	80,3
Mulig depression	13,4	13,8
Sandsynligvis let til middelsvær depression	5,4	3,8
Middelsvær til svær depression	1,2	1,2
Svær depression	0,4	1
Total	100	100

Anm.: Frederiksberg, N = 1.696. Aarhus, N = 1.302.

1. GDS-15 er ikke gennemført på det særligt forebyggende hjemmebesøg.

Kilde: Screening af borgere.

Som det fremgår i tabel 4.5, gælder det i begge projektkommuner, at omkring 80 procent af de screenede borgere befinder sig inden for testens normalområde. Med andre ord udviser omkring 20 procent af borgerne i undersøgelsen i større eller mindre omfang tegn på depression. 13 procent har i begge kommuner en mulig depression. Henholdsvis lidt over 5

procent for Frederiksberg Kommune og lidt under 4 procent for Aarhus Kommune har sandsynligvis en let til middelsvår depression. At denne andel er større for Frederiksberg end for Aarhus er signifikant ($P < 0,05$). Til gengæld er andelen af screenede borgere, der har en svår depression, lidt større i Aarhus Kommune end i Frederiksberg Kommune. Dette er ligeledes signifikant ($P < 0,05$).

GDS-15 OG KØNSFORDELING

I tabel 4.6 fremgår det, at der i både Frederiksberg Kommune og i Aarhus Kommune er flere opsporede mænd end kvinder, der befinder sig i normalområdet, og at der altså er flere kvinder end mænd, der udviser tegn på depression.¹¹

TABEL 4.6

Borgere, der er opsporet i projektet, fordelt efter totalscore ved screening for depression med GDS-15. Særskilt for projektkommuner og køn. Procent.

GDS-15-score:	Frederiksberg		Aarhus	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Normal	83,1	78,2	82,3	79,3
Mulig depression	11,5	14,2	10,8	15,2
Sandsynligvis let til middelsvår depression	4,5	5,7	4,8	3,3
Middelsvår til svår depression	0,4	1,5	0,5	1,6
Svår depression	0,4	0,4	1,7	0,7
Total	100	100	100	100

Anm.: Frederiksberg: mænd, N = 462, kvinder, N = 1.234. Aarhus: mænd, N = 418, kvinder, N = 884.

Kilde: Screening af borger.

I forhold til personer i kategorierne 'sandsynligvis let til middelsvår depression' og 'svår depression' er der blevet opsporet en større andel mænd end kvinder i Aarhus Kommune.¹²

GDS-15 OG FORDELING PÅ BOFORM

Flere studier peger på, at ældre borgere, der bor alene, i højere grad end dem, der bor sammen med fx en ægtefælle/partner, bliver ensomme (Platz, 2007; Platz, 2006). I begge projektkommuner viser screeningsre-

11. At andelen i kategorien 'normal' er større blandt mænd end blandt kvinder, er kun signifikant for Frederiksberg Kommune. ($P < 0,05$)

12. Dette er dog kun signifikant for kategorien 'svår depression'. Andelen i kategorien 'svår depression' er i Aarhus Kommune større for mænd end for kvinder ($P < 0,05$).

sultaterne fra GDS-15 tilsvarende, at de, der bor alene, i højere grad viser tegn på depression, end dem, der bor sammen med andre. Dette ses ved, at andelen i kategorien 'normal' er mindre for dem, der bor alene, end for dem, der ikke bor alene¹³ (tabel 4.7).

TABEL 4.7

Borgere, der er opsporet i projektet, fordelt efter totalscore ved screening for depression med GDS-15. Særskilt for projektkommuner og boformer. Procent.

	Frederiksberg		Aarhus	
	Bor alene	Bor ikke alene	Bor alene	Bor ikke alene
Boform:				
Normal	77,7	85	77,6	86
Mulig depression	14,9	9,3	15,5	9,9
Sandsynligvis let til middelsvær depression	5,8	4,1	4,4	2,4
Middelsvær til svær depression	1,3	0,9	1,5	0,7
Svær depression	0,3	0,6	1	1
Total	100	100	100	100

Anm.: Frederiksberg: bor alene, N = 1.257, bor ikke alene, N = 439. Aarhus: bor alene N = 889, bor ikke alene N = 413. Kilde: Screening af borgere.

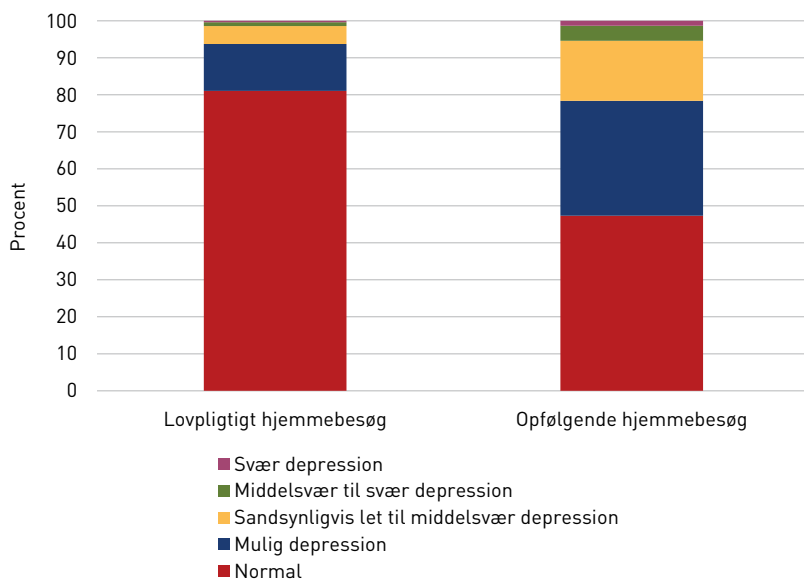
GDS-15 OG FORDELING PÅ BESØGSTYPE

GDS-15-screeningen bliver ikke foretaget på det særligt forebyggende hjemmebesøg, da det, jf. kapitel 2, vurderes, at det øjebliksbillede, som GDS-15 vil vise for en borger, der netop har mistet en ægtefælle/partner, ikke nødvendigvis vil være gældende for borgerens generelle mentale tilstand. Derfor er det blevet vurderet som misvisende at foretage denne test ved de særligt forebyggende besøg, og GDS-15 gennemføres derfor kun ved det lovpligtige såvel som ved det opfølgende, forebyggende hjemmebesøg. Figurerne 4.3 og 4.4 viser, at de borgere, der modtager et opfølgende, forebyggende hjemmebesøg, er mere deprimerede end borgere, der modtager det lovpligtige, forebyggende hjemmebesøg. Dette er signifikant for begge kommuner ($P < 0,001$).

13. Dette er signifikant for begge kommuner ($P < 0,001$).

FIGUR 4.3

Borgere i Frederiksberg Kommune, der er opsporet i projektet, fordelt efter totalscore ved screening for depression med GDS-15. Særskilt for besøgstyper. Procent.



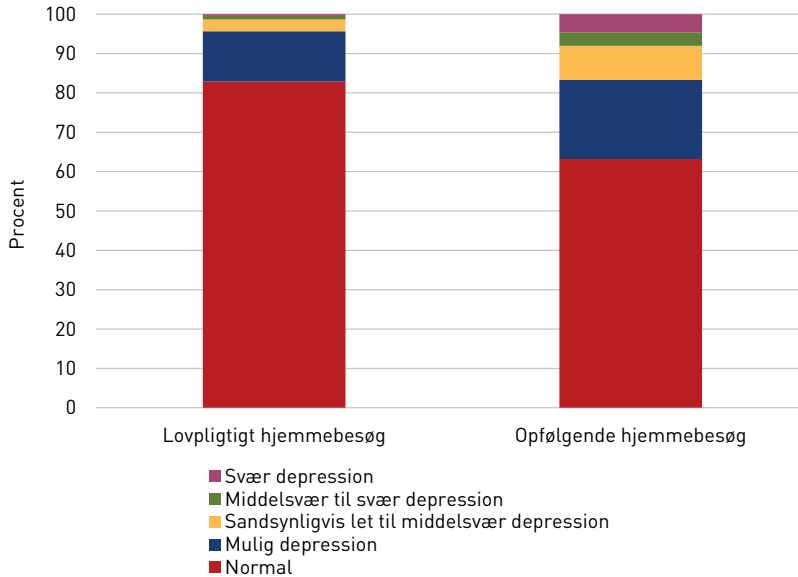
Anm.: Lovpligtigt: N = 1.622. Opfølgende: N = 74.

Kilde: Screening af borgere.

Borgere, der modtager et opfølgende, forebyggende hjemmebesøg, udviser i højere grad end dem, der modtager et lovpligtigt, forebyggende hjemmebesøg, tegn på depression. Mens henholdsvis 81,1 og 82,9 procent af de borgere i Frederiksberg Kommune og i Aarhus Kommune, der modtager et lovpligtigt, forebyggende hjemmebesøg, befinder sig inden for normalområdet, er dette kun henholdsvis 47,3 og 63,2 procent af de borgere i Frederiksberg Kommune og i Aarhus Kommune, der modtager et opfølgende, forebyggende hjemmebesøg, der befinder sig inden for normalområdet. Dette indikerer, at man både i Frederiksberg Kommune og i Aarhus Kommune på det lovpligtige hjemmebesøg har været i stand til at opspore de svageste borgere og har tilbudt denne gruppe et opfølgende besøg.

FIGUR 4.4

Borgere i Aarhus Kommune, der er opsporet i projektet, fordelt efter totalscore ved screening for depression med GDS-15. Særskilt for besøgstyper. Procent.



Anm.: Lovpligtigt: N = 1.128. Opfølgende: N = 174.
Kilde: Screening af borgere.

SCREENINGSRESULTATER: FYSISK FUNKTIONSEVNE

Ved de forebyggende besøg er borgerne endvidere blevet screenet i forhold til deres fysiske funktionsevne. Screeningen er foretaget på baggrund af en rejse-sætte-sig-test. Rejse-sætte-sig-testen giver et billede af borgerens fysiske tilstand ud fra en øvelse, hvor borgeren rejser og sætter sig så mange gange som muligt inden for 30 sekunder.

Normalområdet for antal oprejsninger er kønsspecifik, hvorfor denne værdi er opdelt for henholdsvis mænd og kvinder.¹⁴ I nedenstående tabeller (tabel 4.8 og tabel 4.9) fremgår normalområdet for antal oprejsninger inden for de forskellige aldersgrupper, og derudover antal

14. Normalområdet er udregnet på baggrund af 7.183 deltagere i et studie i USA (Rikli & Jones, 1999).

gennemsnitlige oprejsninger inden for de forskellige aldersgrupper for henholdsvis Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune.

TABEL 4.8

Oprejsninger ved en rejse-sætte-sig-test blandt mænd, fordelt efter aldersgruppe og kommune. Antal.

Kommuner:	69 år og derunder		75-79 år	80-84 år	85-89 år	90 år og derover
	70-74 år	70-74 år				derover
Normalområde	12-18	12-17	11-17	10-15	8-14	-
Frederiksberg, gennemsnit	-	10,7	12,7	12,7	10,2	10,2
Aarhus, gennemsnit	11	11,8	12,5	12,7	10,9	9,1

Anm.: Frederiksberg: 70-74 år, N = 10, 75-79 år N = 141, 80-84 år, N = 125, 85-89 år, N = 77, 90 år og over, N = 43.
Aarhus: 65 år og under, N = 8, 70-74 år, N = 13, 75-79 år N = 77, 80-84 år, N = 105, 85-89 år, N = 78, 90 år og over, N = 31.

1. I Frederiksberg Kommune har man ikke besøgt nogen mænd under 65 år, som er blevet screenet med en rejse-sætte-sig-test. Normalområdet for 90 år og over er ikke angivet, hvorfor denne celle er tom.

Kilde: Screening af borgere.

For mænd på 75 år og derover er det gældende for begge kommuner, at gennemsnittet for antal oprejsninger ligger inden for normalområdet. Derudover viser tabellen, at mændene under 75 år i begge kommuner har et gennemsnit for antal oprejsninger, der ligger under normalområdet.¹⁵ Dog ligger gennemsnitsværdien for de fleste aldersgrupper forholdsvist lavt inden for normalområdet, hvilket tyder på, at man til en vis grad har formået at opspore mænd med risiko for fysisk funktionsnedsættelse.

For kvinder gør det sig gældende for både Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune, at gennemsnittet af antal oprejsninger for alle aldersgrupper placerer sig inden for normalområdet¹⁶. Derudover fremgår det, at for alle aldersgrupper har kvinderne i Frederiksberg Kommune i gennemsnit et højere antal oprejsninger end i Aarhus Kommune. Dette er dog ikke signifikant for aldersgrupperne '69 år og derunder' og '70-74 år'.

Derudover er det interessant at undersøge, hvor mange borgere der er blevet opsporet, som ligger under normalområdet, og herved ud fra rejse-sætte-sig-testen har nedsat fysisk funktionsevne. Dette er under-

15. Det er dog væsentligt at fremhæve, at antallet af mænd, der har gennemført rejse-sætte-sig-testen, som er under 75 år, er meget lavt.

16. Det er væsentligt at være opmærksom på, at antallet af kvinder i de yngste grupper er meget lavt.

søgt ud fra borgere i aldersgruppen 75-89 år, da der er for få personer inden for alderskategorierne både under og over denne aldersgruppe.

TABEL 4.9

Opregnsninger ved en rejse-sætte-sig-test blandt kvinder, fordelt efter aldersgruppe og kommune. Antal.

Kommuner:	69 år og derunder	70-74 år	75-79 år	80-84 år	85-89 år	90 og derover
Normalområde	11-16	10-15	10-15	9-14	8-13	-
Frederiksberg, gennemsnit	15,2	13	13,1	11,7	10,8	10,3
Aarhus, gennemsnit	11,7	12	11,8	10,9	9,6	8,7

Anm.: Frederiksberg: 65 år og under, N = 6, 70-74 år, N = 8, 75-79 år N = 301, 80-84 år, N = 316, 85-89 år, N = 242, 90 år og over, N = 150.

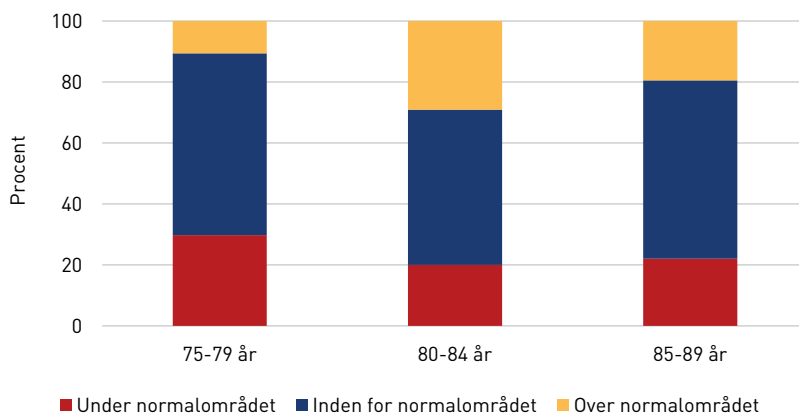
Aarhus: 65 år og under, N = 16, 70-74 år, N = 27, 75-79 år N = 187, 80-84 år, N = 224, 85-89 år, N = 169, 90 år og over, N = 71

1. Normalområdet for 90 år og over er ikke angivet, hvorfor denne celle er tom.

Kilde: Screening af borgere.

FIGUR 4.5

Mænd i Frederiksberg Kommune, der har gennemgået rejse-sætte-sig-test, fordelt efter antal opregnsninger i forhold til normalområdet. Særskilt for aldersgrupper. Procent.



Anm.: N i gruppen 75-79 år = 141. N i gruppen 80-84 år = 110. N i gruppen 85-89 år = 77.

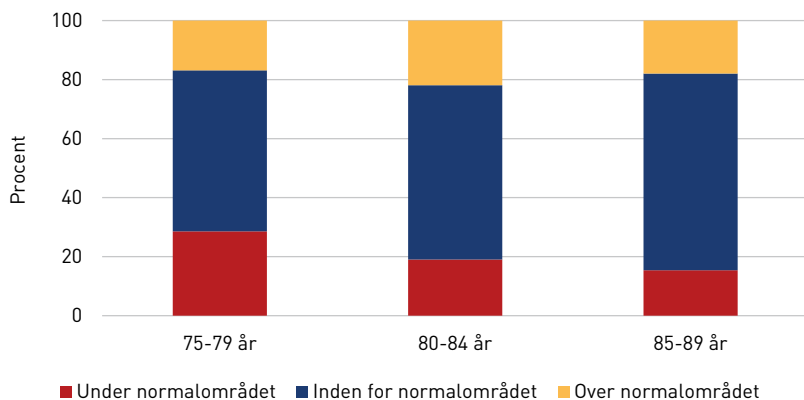
Kilde: Screening af borgere

Af figur 4.5 og 4.6 fremgår det, at det er lykkedes begge kommuner at opspore nogle mænd, der ligger under normalområdet. Desuden ses det,

at det er inden for aldersgruppen 75-79 år for begge kommuner, at der er flest mænd, der fysisk ligger under normalområdet.

FIGUR 4.6

Mænd i Aarhus Kommune, der har gennemgået rejse-sætte-sig-test, fordelt efter antal oprejsninger i forhold til normalområdet. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

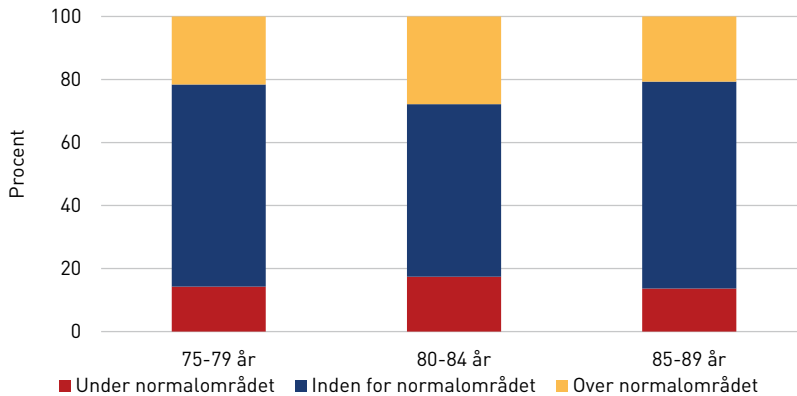


Anm.: N i gruppen 75-79 år = 77. N i gruppen 80-84 år = 105. N i gruppen 85-89 år = 78.
Kilde: Screening af borgere.

Figur 4.7 og 4.8 viser, at man i begge kommuner har opsporet nogle kvinder, der ligger under normalområdet. Desuden ses det, at man i Aarhus Kommune har opsporet en større andel kvinder, der har nedsat fysisk funktionsevne, for alle tre alderskategorier, end man har i Frederiksberg Kommune. Dette kan muligvis skyldes, at man i Aarhus Kommune har foretaget flere både særlige og opfølgende, forebyggende hjemmebesøg, mens man i Frederiksberg har foretaget flere lovpligtige besøg.

FIGUR 4.7

Kvinder i Frederiksberg Kommune, der har gennemgået rejse-sætte-sig-test, fordelt efter antal oprejsninger i forhold til normalområdet. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

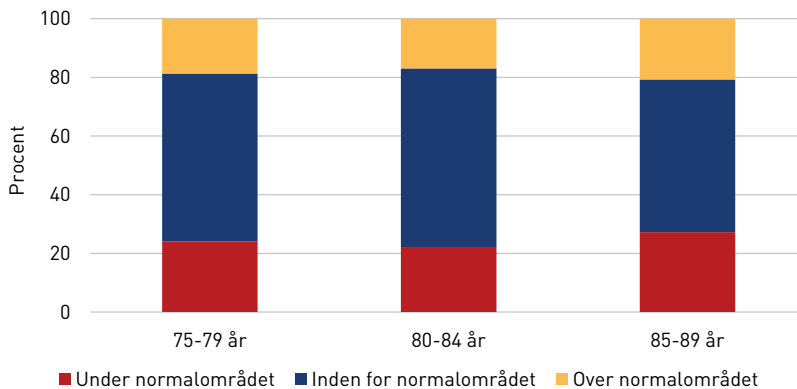


Anm.: N i gruppen 75-79 år = 301. N i gruppen 80-84 år = 316. N i gruppen 85-89 år = 242.

Kilde: Screening af borgere.

FIGUR 4.8

Kvinder i Aarhus Kommune, der har gennemgået rejse-sætte-sig-test, fordelt efter antal oprejsninger i forhold til normalområdet. Særskilt for aldersgrupper. Procent.



Anm.: N i gruppen 75-79 år = 187. N i gruppen 80-84 år = 224. N i gruppen 85-89 år = 169.

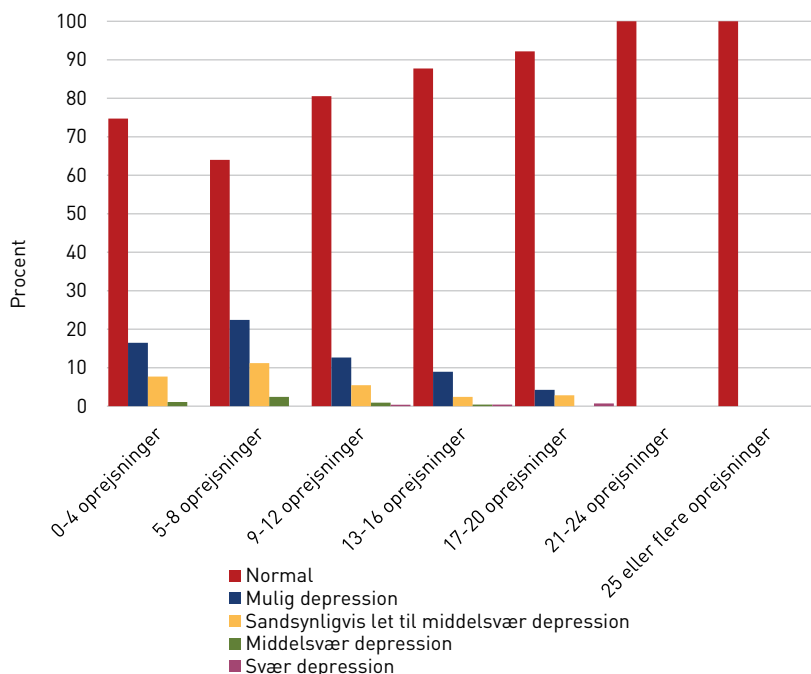
Kilde: Screening af borgere.

REJSE-SÆTTE-SIG OG GDS-15

Ud over at undersøge borgerens fysiske tilstand er det interessant at undersøge, om de borgere, der på baggrund af rejse-sætte-sig-testen fremstår som fysisk sårbare, også er mentalt sårbare. I figur 4.9 og figur 4.10 fremgår fordelingen af antal oprejsninger i forhold til borgernes score i GDS-15. Borgere, der kun er i stand til at foretage få oprejsninger og har en dårlig fysisk tilstand, udviser også i højere grad tegn på depression, end borgere, der er i stand til at foretage mange oprejsninger og har en god fysisk tilstand.

FIGUR 4.9

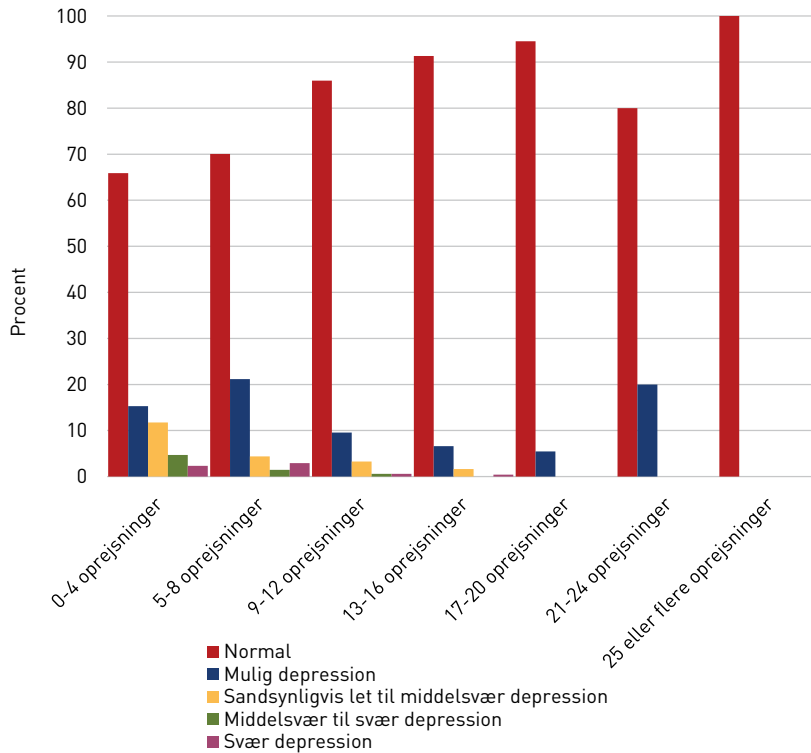
Borgere i Frederiksberg Kommune, der er opsporet i projektet, fordelt efter totalscore i GDS-15. Særskilt for antal oprejsninger i rejse-sætte-sig-test. Procent.



Anm.: 0-4 N= 91, 5-8 N= 125, 9-12 N= 530, 13-16 N= 458, 17-20 N= 141, 21-24 N= 13, 25 eller flere N= 6
Kilde: Screening af borgere.

FIGUR 4.10

Borgere i Aarhus Kommune, der er opsporet i projektet, fordelt efter totalscore i GDS-15. Særskilt for antal oprejsninger i rejse-sætte-sig-test. Procent.



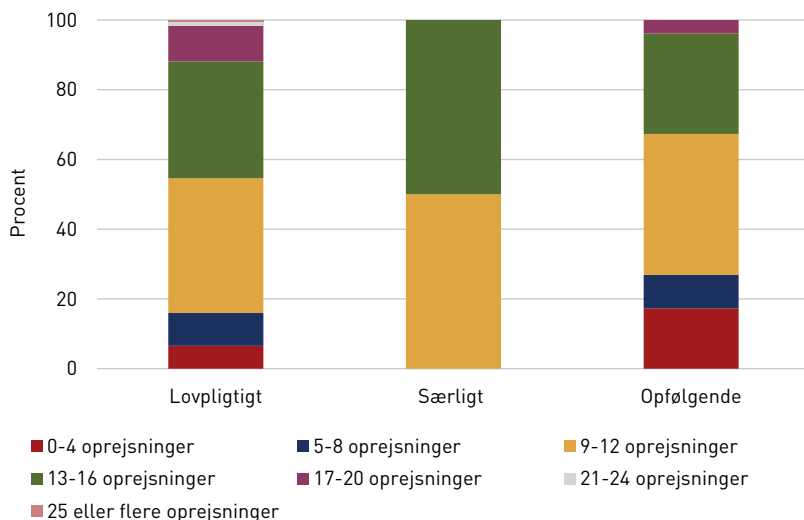
Anm.: 0-4 N= 85, 5-8 N= 137, 9-12 N= 335, 13-16 N= 242, 17-20 N= 73, 21-24 N= 5, 25 eller flere N= 3.
 Kilde: Screening af borgere.

REJSE-SÆTTE-SIG OG TYPE BESØG

På samme vis som der er en sammenhæng mellem borgernes mentale tilstand og type af forebyggende besøg, viser der sig en sammenhæng mellem borgernes fysiske tilstand og type besøg. I figur 4.11 og 4.12 fremgår antallet af oprejsninger i forhold til de tre forskellige typer besøg i projektkommunerne.

FIGUR 4.11

Borgere i Frederiksberg Kommune, der er opsporet i projektet, fordelt efter antal oprejsninger i rejse-sætte-sig-test. Særskilt for typer af forebyggende besøg. Procent.



Anm.: Lovpligtigt, N = 1.355; særligt, N = 12; opfølgende, N = 52

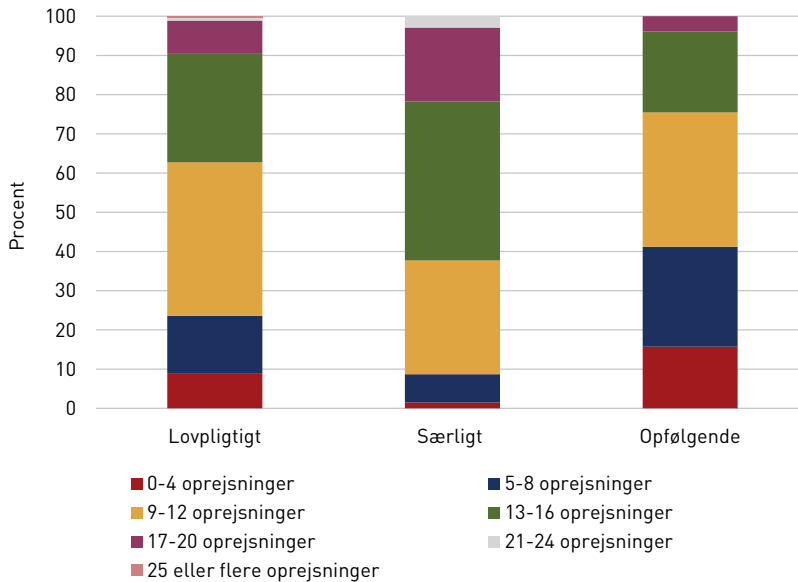
Kilde: Screening af borgere.

I figur 4.12 fremgår det for Aarhus Kommune, at borgere, der har modtaget et særligt forebyggende hjemmebesøg, er den gruppe, der har den bedste fysiske tilstand, da det, sammenlignet med de andre typer besøg, er den gruppe, der har været i stand til at foretage flest oprejsninger. Dette er ikke overraskende, da de, der modtager et særligt forebyggende hjemmebesøg, er en yngre aldersgruppe, da dette besøg bliver foretaget hos borgere ned til 65 år, hvorimod de to andre typer af forebyggende besøg foretages blandt borgere, der er 75 år eller derover.

For begge kommuner gør det sig gældende, at de, der har modtaget et opfølgende, forebyggende hjemmebesøg, er den gruppe, der har den dårligste fysiske tilstand. Dette kan både betyde, at de, der henvises til et opfølgende besøg grundet mentalt dårligt helbred, tenderer til også at have et dårligere fysisk helbred. Derudover kan det også skyldes, at borgere bliver tilbudt et opfølgende, forebyggende hjemmebesøg grundet dårligt fysisk helbred.

FIGUR 4.12

Borgere i Aarhus Kommune, der er opsporet i projektet, fordelt efter antal oprejsninger i rejse-sætte-sig-test. Særskilt for typer af forebyggende besøg. Procent.



Anm.: Lovpligtigt, N = 835, særligt, N = 69, opfølgende, N = 102.

Kilde: Screening af borgere.

SCREENINGSRESULTATER: SELVMORDSRISIKO

Ældre borgere er den aldersgruppe, der har den højeste selvmordsrate, og mens selvmordsraten blandt alle andre aldersgrupper er faldet siden 1980'erne, er selvmordsraten forblevet uændret blandt ældre borgere (Winsløv, 2007). Ønsker om at dø og selvmordstanker er mest udbredt blandt de ældste aldersgrupper (Scocco m.fl., 2002). Derfor har et af de centrale formål med projektet været opsporing af ældre med selvmordstanker. I screeningen indgår to spørgsmål vedrørende selvmord, udviklet af Sundhedsstyrelsen. Det ene spørgsmål handler om, hvorvidt borgeren har svært ved at finde en mening med livet, og det andet spørgsmål omhandler, hvorvidt borgeren har tænkt på eller forsøgt selvmord.

I tabel 4.10 vises det, hvor mange borgere der inden for de seneste tre måneder har haft svært ved at finde en mening med livet.

TABEL 4.10

Borgere, der er opsporet i projektet, fordelt efter, om de har haft svært ved at finde en mening med livet inden for de seneste tre måneder. Særskilt for projektkommuner.

Har haft svært ved at finde mening:	Frederiksberg		Aarhus	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Ja ¹	184	10,4	220	12,5
Nej ¹	1.587	89,6	1.538	87,5
Total	1.771	100	1.758	100

1. Svar på spørgsmålet: "Har du inden for de sidste tre måneder haft svært ved at finde en mening med livet?"
Kilde: Screening af borgere.

I tabel 4.11 fremgår det, hvor mange borgere der inden for de seneste tre måneder har tænkt på eller forsøgt selvmord.

TABEL 4.11

Borgere, der er opsporet i projektet, fordelt efter, om de har tænkt på eller forsøgt selvmord inden for de seneste tre måneder. Særskilt for projektkommuner. Antal.

Har tænkt på eller forsøgt selvmord:	Frederiksberg		Aarhus	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Ja ¹	51	2,9	45	2,6
Nej ¹	1.720	97,1	1.713	97,4
Total	1.771	100	1.758	100

Anm.:

1. Svar på spørgsmålet: "Har du inden for de sidste 3 måneder haft selvmordstanker eller forsøgt selvmord?"
Kilde: Screening af borgere.

SAMMENHÆNG MELLEM SELVMORDSRISIKO OG BOLIGFORM

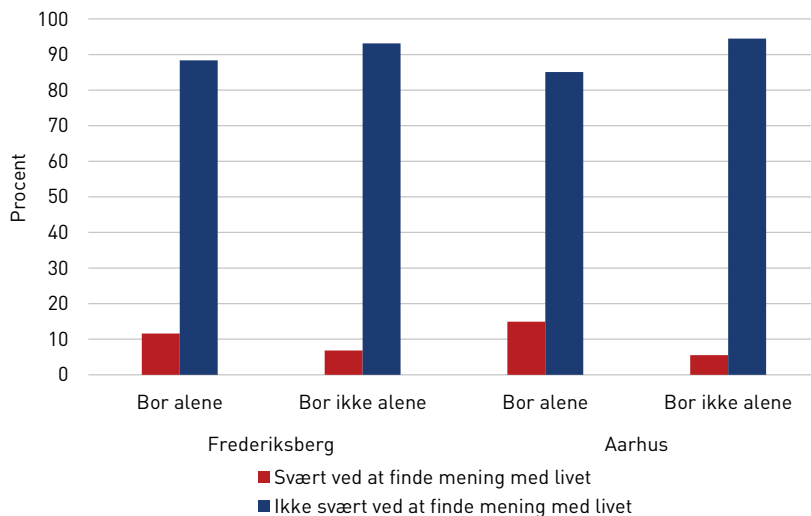
Ud fra screeningerne fremgår det for begge projektkommuner, at blandt de borgere, der bor alene, er der en større andel, der har svært ved at finde mening med livet, end der er blandt dem, der bor sammen med nogen.¹⁷ Der er henholdsvis 11,6 og 14,9 procent i henholdsvis Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune af dem, der bor alene, der har

17. Dette er signifikant på hhv. 0,01-niveau for Frederiksberg og på 0,001-niveau for Aarhus.

svært ved at finde en mening med livet, mens dette tal er 6,8 og 5,5 procent for Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune for dem, der bor sammen med nogen. Dette er vist i figur 4.13.

FIGUR 4.13

Borgere, der er opsporet i projektet, fordelt efter, om de har haft svært ved at finde en mening med livet inden for de seneste tre måneder. Særskilt for projektkommuner og boformer. Procent.



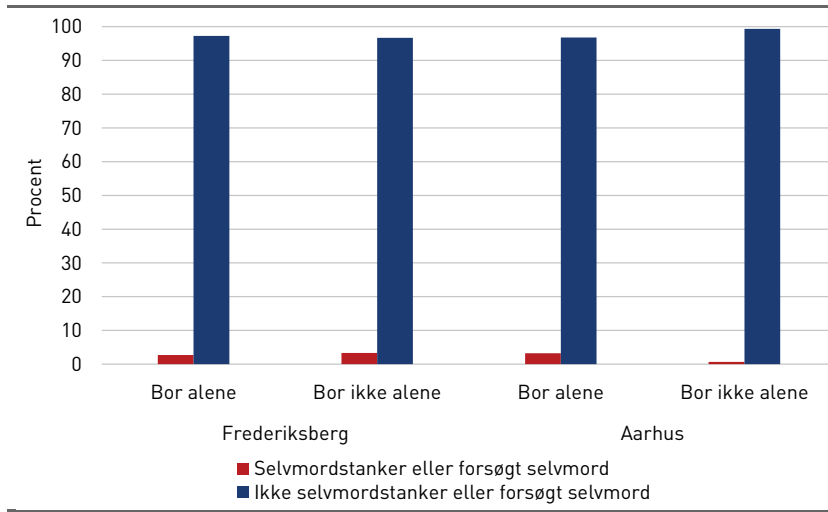
Anm.: Frederiksberg, svært ved at finde mening med livet: N = 184; Aarhus, svært ved at finde mening med livet: N = 220.

Kilde: Screening af borgere.

Som det fremgår af figur 4.14, viser screeningsresultaterne fra Aarhus Kommune tilsvarende, at der er en tendens til, at der blandt dem, der bor alene, er en større andel, der har tænkt på eller forsøgt selvmord, end blandt dem, der bor sammen med nogen. Mens 3,2 procent af dem, der bor alene, har tænkt på eller forsøgt selvmord, har 0,6 procent af dem, der bor sammen med nogen, tænkt på eller forsøgt selvmord. Anderledes forholder det sig i Frederiksberg Kommune, hvor 3,3 procent af dem, der har sagt ja til, at de inden for de seneste tre måneder har tænkt på eller forsøgt selvmord, bor sammen med nogen, mens 2,7 procent, der har svaret ja, bor alene. Der er stor usikkerhed forbundet med disse tendenser, idet antallet af borgere, som har tænkt på eller forsøgt selvmord, er meget lille.

FIGUR 4.14

Borgere, der er opsporet i projektet, fordelt efter, om de har tænkt på eller forsøgt selvmord inden for de seneste tre måneder. Særskilt for projektkommuner og boformer.



Anm.: Frederiksberg, tænkt på eller forsøgt selvmord, N = 51, Aarhus, tænkt på eller forsøgt selvmord, N = 45

Kilde: Screening af borgere

SAMMENHÆNG MELLESELVMORDSTANKER OG KØN

Litteraturen peger på, at der generelt er en udtalt kønsforskel i forhold til selvmord, når det gælder ældre borgere. I aldersgruppen 80 år og derover foretager mænd på landsplan fire gange så mange selvmord som kvinder (Winsløv, 2007).

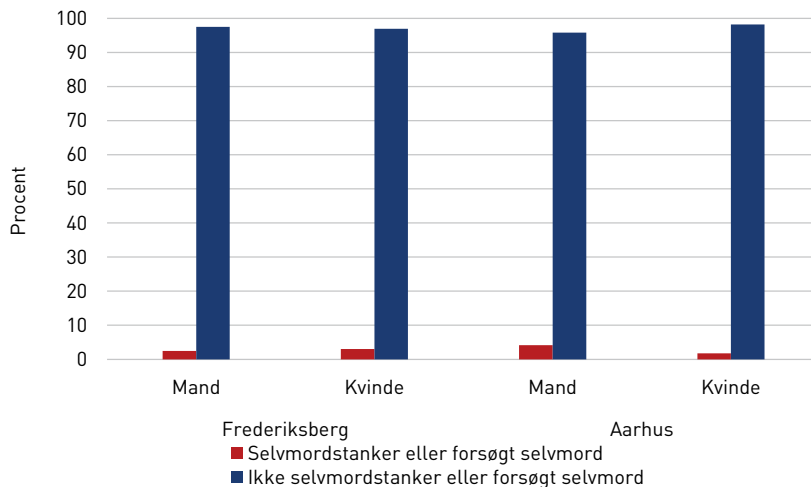
I begge kommuner gør det sig gældende, er der blandt kvinder er en større andel, der svarer ja til, at de har svært ved at finde mening med livet. I Frederiksberg Kommune har 7 procent af mændene svaret ja til dette spørgsmål, sammenlignet med 11,6 procent af kvinderne. I Aarhus har 11,2 procent af mændene svaret ja til spørgsmålet, mens dette tal er 13,2 procent for kvinderne.

I forhold til spørgsmålet om, hvorvidt borgeren har tænkt på eller forsøgt selvmord inden for de seneste tre måneder, adskiller de to kommuner sig fra hinanden, når man ser på sammenhængen mellem dette spørgsmål og køn. Mens dette tal er højere blandt kvinderne (3 procent) end mændene (2,5 procent) i Frederiksberg Kommune, er der en større andel af mænd (4,2 procent) end kvinder (1,8 procent) i Aarhus

Kommune, der har sagt ja til dette spørgsmål. Igen er det væsentligt at gøre opmærksom på, at denne tendens er baseret på meget få observationer.

FIGUR 4.15

Borgere, der er opsporet i projektet, fordelt efter, om de har tænkt på eller forsøgt selvmord inden for de seneste tre måneder. Særskilt for projektkommuner og køn. Procent.



Anm.: Aarhus, har svaret ja til inden for de sidste 3 måneder at have tænkt på eller forsøgt selvmord: N = 24 (mand) og 21 (kvinde).

Frederiksberg, har svaret ja til inden for de sidste 3 måneder at have tænkt på eller forsøgt selvmord: N = 12 (mand) og 39 (kvinde).

Kilde: Screening af borgere.

SCREENINGSRESULTATER: HENVISNING

HVOR BLIVER BØRGERNE HENVIST FRA?

Med projektet har der endvidere været et øget fokus på, hvor borgerne bliver henvist fra, samt hvad de bliver henvist til, i de tilfælde, hvor borgeren henvises til en efterfølgende indsats eller besøg.

TABEL 4.12

Borgere, der har modtaget forebyggende hjemmebesøg i projektet, fordelt efter, hvor de er henvist fra. Særskilt for projektkommuner. Antal og procent.

Henvist fra:	Frederiksberg		Aarhus	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Forebyggelseskonsulenter	81	77,9	114	40,7
Visitator	1	1	21	7,5
Ansæt i Grib Hverdagen			36	12,9
Praktiserende læge	1	1	4	1,4
Frivillig koordinator			1	0,4
Boligsocial medarbejder	3	2,9	1	0,4
Øvrig frivillig			11	3,9
Pårørende	18	17,3	19	6,8
Andet			73	26,1
Total	104 ¹	100	279 ²	100

1. Dette udgør kun 14 procent af antallet af screeningerne i Aarhus Kommune. Resten har ikke besvaret spørgsmålet om henvisningskanal.

2. Dette udgør kun 5 procent af screeningerne i Frederiksberg Kommune. Resten har ikke besvaret spørgsmålet om henvisningskanal.

Kilde: Screening af borgere.

I forhold til hvor borgerne bliver henvist fra, har der med projektet været et øget fokus på at tage flere aktører og arenaer i brug. I screeningen indgår et spørgsmål om, hvor borgeren er blevet henvist fra, hvilket giver os indsigt i, hvilke aktører og arenaer der er taget i brug. For Frederiksberg Kommune er dette spørgsmål dog kun besvaret ved 104 screeninger (4,38 procent af de registrerede besøg), og i Aarhus er spørgsmålet besvaret ved 279 screeninger (13,13 procent af de registrerede besøg). Det er uvist, hvorfor dette spørgsmål i over henholdsvis 95 procent af screeningerne for Frederiksberg og 86 procent af screeningerne for Aarhus ikke er besvaret, og vi ved derfor ikke, hvad der kendetegner disse tilfælde. På grund af den lave svarprocent på dette spørgsmål kan der ikke reelt konkluderes noget om, hvilke aktører og arenaer der er blevet brugt i henholdsvis mindre og større grad, hvorfor nedenstående tabel også skal fortolkes varsomt. I tabel 4.12 fremgår det, hvor de borgere, hvor spørgsmålet er besvaret, er henvist fra.

HVOR BLIVER BORGERNE HENVIST TIL?

Derudover er det interessant at se, hvad borgerne bliver henvist til efter et af de forebyggende besøg, da det giver os indblik i, hvilke indsatser de forebyggende medarbejdere finder relevante og gavnlige for borgerne.

Ud fra et spørgsmål om, hvad der er aftalt med borgeren om et eventuelt videre forløb, har vi fået indsigt i, hvad borgerne bliver henvist til. Dette fremgår af tabel 4.13.

TABEL 4.13

Andelen af borgere, der har modtaget forebyggende hjemmebesøg i projektet, som har aftalt specifikke videre forløb. Særskilt for projektkommuner. Antal og procent.

Videre forløb:	Frederiksberg		Aarhus	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Gågruppe	82	4,7	49	2,8
Netværksgruppe	81	4,6	20	1,1
Opfølgende besøg	75	4,3	241	13,7
Anden indsats	258	14,7	395	22,5
Læge	157	9	208	11,9
Klinik for selvmordstruede	4	0,2	1	0,06
Ønsker ikke, at der skal ske yderligere	634	36,2	398	22,7
Har ikke behov for, at der skal ske yderligere	908	51,8	548	31,2
Er allerede under udredning/i behandling	19	1,3	30	2,2
Er i behandling med antidepressiv medicin	102	7	88	6,5
Andet	203	11,57	168	9,58

Kilde: Screening af borgere.

Det ses ud fra ovenstående tabel, at Aarhus Kommune i højere grad end Frederiksberg Kommune henviser til et opfølgende besøg, anden indsats og læge, mens Frederiksberg har en markant større andel af borgere, der ikke ønsker eller har behov for, at der skal ske yderligere. Dette stemmer overens med billedet om, at Frederiksberg Kommune i højere grad besøger borgere med mindre forebyggelsesbehov end Aarhus Kommune. Det ses dog samtidig, at andelen af borgere, der henvises til en gå- eller netværksgruppe, er større i Frederiksberg Kommune end i Aarhus Kommune.

Ydermere viser en analyse af, hvad borgerne bliver henvist til fra de tre forskellige typer besøg, at en stor del af de borgere, der modtager et særligt forebyggende besøg eller et opfølgende besøg, henvises til (endnu) et opfølgende besøg. For Frederiksberg Kommune er 45 procent af de borgere, der har modtaget et særligt forebyggende besøg,¹⁸ blevet henvist til et opfølgende besøg, mens 8 procent af dem, der har

18. N hvor screeningen er foretaget på et særligt forebyggende besøg, Frederiksberg = 40.

modtaget et opfølgende besøg,¹⁹ er blevet henvist til endnu et opfølgende besøg. For Aarhus Kommune er 28 procent af dem, der har modtaget et særligt forebyggende besøg,²⁰ blevet henvist til et opfølgende besøg, mens hele 30 procent af dem, der har modtaget et opfølgende besøg,²¹ er blevet henvist til endnu et opfølgende besøg. Dette bekræfter, hvad vi fandt i interviewene med medarbejderne, nemlig at det opfølgende besøg er et vigtigt redskab for de forebyggende medarbejdere, og at det også er vigtigt for dem at kunne foretage gentagne, opfølgende besøg.

OPSUMMERENDE KONKLUSIONER

- I begge projektkommuner har man systematisk opsporet og screenet ældre borgere på tre typer forebyggende hjemmebesøg.
- Hovedparten af de borgere, der er blevet opsporet gennem et forebyggende hjemmebesøg, er i alderen 75-89 år og bor alene.
- I begge projektkommuner er kvinder overrepræsenterede blandt de opsporede borgere, hvilket kan skyldes, at ældre kvinder markant oftere bor alene og derfor kan have større behov for besøg. Aleneboende mænd er dog overrepræsenterede blandt de opsporede, hvilket kan ses som værende positivt, da forskningen peger på, at især mænd, der er blevet alene, mistrives.
- Omkring 20 procent af borgerne i undersøgelsen udviser i større eller mindre omfang tegn på en depression. Heraf har ca. 13 procent en mulig depression, mens henholdsvis lidt over 5 procent for Frederiksberg Kommune og lidt under 4 procent for Aarhus Kommune har en let til middelsvær depression (baseret på GDS-15).
- Borgere, der modtager et opfølgende, forebyggende hjemmebesøg, udviser i højere grad end dem, der modtager et lovpligtigt forebyggende hjemmebesøg, tegn på depression. Dette indikerer, at man i begge projektkommuner på det lovpligtige hjemmebesøg er i stand til at opspore, at borgeren mistrives psykisk og/eller socialt, og tilbyder denne gruppe et opfølgende besøg.

19. N hvor screeningen er foretaget på et opfølgende besøg, Frederiksberg = 73.

20. N hvor screeningen er foretaget på et særligt forebyggende besøg, Aarhus = 372.

21. N hvor screeningen er foretaget på et opfølgende besøg, Aarhus = 199.

- De opsporede mænd og kvinder i begge kommuner ligger inden for normalområdet i forhold til fysisk funktionsevne (baseret på rejsesætte-sig-testen).
- Generelt er borgere, der bor alene, i højere risiko for selvmord og selvmordstanker.

GÅGRUPPER

Dette kapitel tager udgangspunkt i en før- og eftermåling af de borgere, der har deltaget i gågrupperne, og disse data bliver uddybet og nuanceret af kvalitative interview med borgere, der har deltaget i en gågruppe.

DELTAGERE OG GRUPPER

Antallet af gågrupper samt størrelsen på disse har varieret, både internt i og imellem de to kommuner. Der blev i Aarhus Kommune startet 11 gågrupper med i alt 107 deltagere, mens der i Frederiksberg Kommune blev startet 2 gågrupper med i alt 27 deltagere.

Ud fra logbøgerne fremgår det, at aktiviteterne i de forskellige gågrupper ligner hinanden meget. Aktiviteterne består i at gå ture, men enkelte grupper har også lavet fysiske øvelser, og de fleste har haft en social aktivitet i forlængelse af gruppen i form af, at man drikker kaffe eller spiser.

De forebyggende medarbejdere har i både Frederiksberg Kommune og i Aarhus Kommune foretaget før- og eftermålinger af deltagerne fysiske såvel som følelsesmæssige helbred. Der er i alt blevet foretaget 225 målinger, fordelt på 123 før- og 102 eftermålinger. Af disse er 175 blevet foretaget af Aarhus Kommune, mens Frederiksberg Kommu-

ne har foretaget 50 målinger. For at kunne foretage analyse af en eventuel udvikling hos deltagerne, sorteres deltagerne, der ikke både er blevet målt før og efter indsatsen, fra. Derfor bygger analyserne i dette afsnit på 100 førmålinger og 100 eftermålinger, hvor fordelingen på kommune kan ses i tabel 5.1. Antallet af observationer i analyserne vil divergere pga. manglende observationer på nogle af spørgsmålene hos enkelte deltagere.

TABEL 5.1

Målinger af det fysiske og følelsesmæssige helbred hos borgere i projektet, fordelt på projektkommuner. Særskilt for førmålinger og eftermålinger. Procent.

Kommuner:	Førmålinger	Eftermålinger
Aarhus	77	77
Frederiksberg	23	23
Total	100	100

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i gågrupper.

Kønsfordelingen blandt deltagerne ligner kønsfordelingen blandt dem, der modtog hjemmebesøg, idet 29 procent af deltagerne er mænd, mens 71 procent er kvinder. 94 procent af deltagerne har dansk som modersmål, mens den resterende andel har engelsk, koreansk, tysk eller italiensk som modersmål. Det er i høj grad lykkedes at rekruttere folk, der bor alene – disse udgør hele 80 procent af deltagerne. Denne andel er større end andelen af ældre i befolkningen i Frederiksberg Kommune og i Aarhus Kommune, der bor alene.

I forhold til rekrutteringskanaler viser tabel 5.2, at de to vigtigste aktører har været de forebyggende medarbejdere og borgerne selv. At hele 35 procent selv har henvendt sig, samt at en del af dem, der har svaret 'andet', nævner annonce i avis eller opslag, tyder på, at det for eksempel har haft en positiv virkning at hænge opslag om indsatsen op på bl.a. lokale sundhedscentre. Flere af de borgere, som vi har interviewet, gør også opmærksom på, at de selv har set et opslag eller en annonce i lokalavisen. Herudfra kan det antages, at opslag og annoncer er en effektiv måde at rekruttere borgere på. Man skal dog være opmærksom på, at det samtidig kan være en anden målgruppe, man får rekrutteret, når borgere selv henvender sig, end når borgere bliver henvist af en forebyggende medarbejder.

TABEL 5.2

Borgere, der har deltaget i gågrupper i projektet, fordelt efter, hvem de er blevet opfordret til at deltage af. Procent.

Opfordret til at deltage af:	Procent
Forebyggelseskonsulent/sundhedsrådgiver	42
Visitorator/borgerkonsulent	3
Praktiserende læge	1
Pårørende	4
Har selv henvendt sig	35
Anden	15

Anm.: N = 98.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i gågrupper

Ydermere har det været meningen, at kun ældre over 65 år deltog i gågrupperne. Der har været tre deltagere under 65 år, så denne praksis er stort set blevet fulgt. Den gennemsnitlige alder for deltagerne ved indsatsens opstart har været 78 år, og den yngste har været 58, mens den ældste har været 96 år. Herved har gågrupperne favnet bredt i forhold til alder.

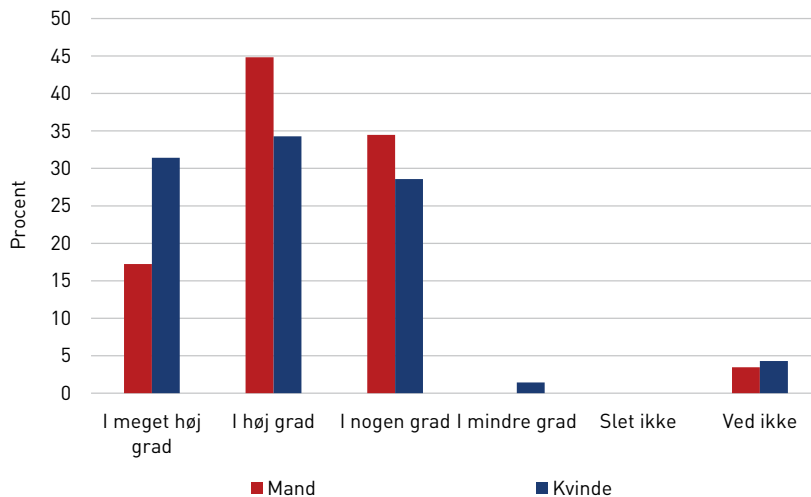
FORVENTNINGER OG INDFRIELSE AF FORVENTNINGER

Helt overvejende har deltagerne set frem til at deltage. Hele 95 procent af deltagerne har i nogen, høj eller meget høj grad set frem til at deltage. Motivationen har altså været høj blandt deltagerne fra starten. Dette er afgørende, idet høj motivation giver gode muligheder for fastholdelse af deltagerne og herved større mulighed for at skabe udbytte af indsatsen. Omvendt kan det tyde på, at ældre med lille lyst/motivation til at bevæge sig ikke er blevet rekrutteret. At en stor del selv har meldt sig til gågrupperne, kan sandsynligvis delvist forklare den høje grad af motivation blandt deltagerne.

Som det fremgår i figur 5.1, har både mænd og kvinder været motiverede for at deltage, og over 60 procent af både mænd og kvinder har i meget høj eller høj grad set frem til at deltage i gågruppen.

FIGUR 5.1

Borgere, der har deltaget i gågrupper i projektet, fordelt efter, i hvilken grad de har set frem til at deltage i gågruppen. Særskilt for køn. Procent.



Anm.: N = 99. Heraf 29 mænd og 70 kvinder.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i gågrupper.

I fokusgruppeinterviewene nævner deltagerne før- og eftermålingerne som en motiverende faktor og fortæller, at det er sjovt at have som mål at forbedre sin fysik og hastighed.

Ligeledes blev deltagerne ved starten af indsatsen spurgt, i hvor høj grad de forventede at få udbytte af indsatsen i relation til fire parametre, og i slutningen af indsatsen i hvor høj grad de følte, at de havde fået udbytte af indsatsen i relation til de samme fire parametre. De fire parametre var, at:

- kunne gå længere distancer
- kunne klare flere praktiske gøremål selv i det daglige
- fortsætte med at være fysisk aktiv, når gågruppen sluttede
- få udvidet sit sociale netværk.

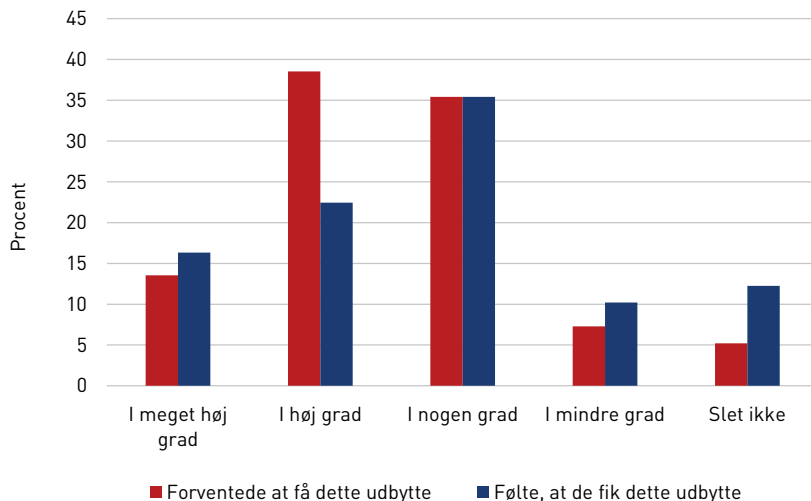
Overvejende mener deltagerne, at de i meget høj, høj eller nogen grad har fået udbytte i forhold til alle fire områder.

Dog har forventningerne til at kunne gå længere distancer samt til at kunne klare flere praktiske gøremål i det daglige været en anelse hø-

jere (hhv. 88 og 72 procent), end hvad der er blevet indfriet (hhv. 73 og 60 procent). Dette ses på figur 5.2 og figur 5.3.

FIGUR 5.2

Borgere, der har deltaget i gågrupper i projektet, fordelt efter, i hvilken grad de har henholdsvis forventet at kunne gå længere distancer og fået dette udbytte.

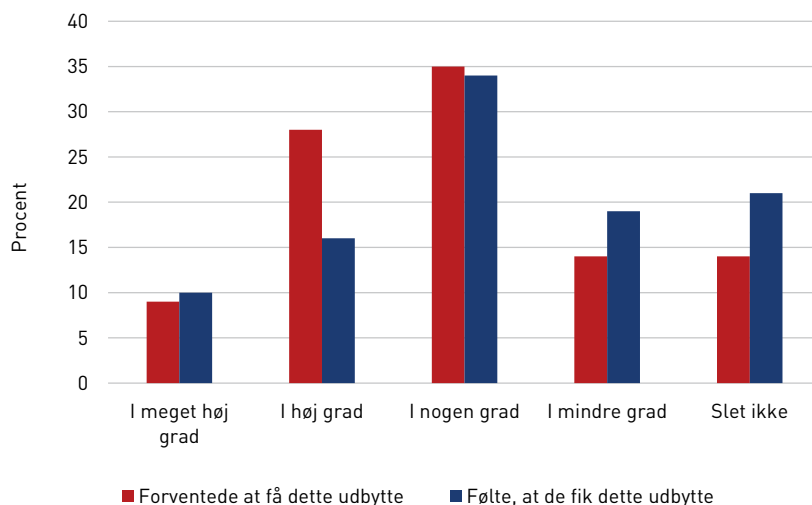


Anm.: N: 194. Heraf 96 før og 98 efter.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i gågrupper.

FIGUR 5.3

Borgere, der har deltaget i gågrupper i projektet, fordelt efter, i hvilken grad de har henholdsvis forventet at kunne klare flere praktiske gøremål selv i det daglige og fået dette udbytte.



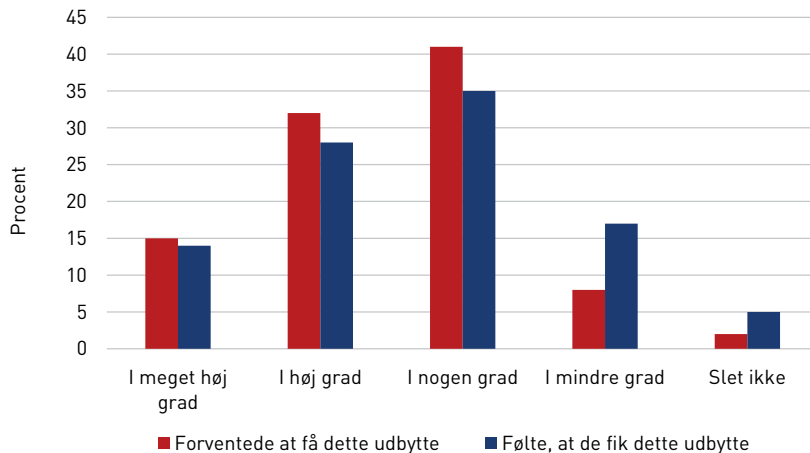
Anm.: N = 191. Heraf 95 før og 97 efter.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i gågrupper.

Ligeledes har forventningerne til at få udvidet sit sociale netværk været lidt større, end graden af indfrielse har været. Det ses på figur 5.4, at andelen, der i meget høj, høj eller nogen grad forventede dette, er større (88 procent), end andelen der i meget høj, høj eller nogen grad følte, at de fik dette udbytte af indsatsen (77 procent). Tilsvarende er andelen, der følte, at de i mindre grad havde fået dette udbytte, større (17 procent), end andelen, der forventede at få dette udbytte i mindre grad (8 procent). Det betyder dog ikke, at deltagerne ikke har fået et socialt udbytte af at deltage i gågrupperne, blot fordi dette udbytte ikke er lige så højt som forventet. Dels er 77 procent en meget stor andel af deltagerne, dels giver deltagerne i interviewene udtryk for, at det sociale aspekt er meget afgørende. Det er både, fordi det giver en tryghed at gå sammen med andre, og fordi det sociale aspekt gør det mere attraktivt.

FIGUR 5.4

Borgere, der har deltaget i gågrupper i projektet, fordelt efter, i hvilken grad de har henholdsvis forventet at få udvidet deres sociale netværk og fået dette udbytte.



Anm.: N = 196. Heraf 97 før og 99 efter.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i gågrupper.

Jeg synes, at det er rart at gå sammen med nogen, for jeg turde de første gange ikke at gøre det alene. Men skulle der ske noget, så er vi der sammen, og så er man ikke alene, og det er godt. Og så tør jeg godt (deltager i gågruppe, Aarhus Kommune).

Det er alfa og omega, at der er noget socialt bagefter. Det der med en times fysisk og så farvel og tak, det dur ikke. Så hellere tre kvarter på fysisk udfoldelse, og så det sidste på at være social. Det er det allervigtigste (deltager i gågruppe, Frederiksberg Kommune).

Derudover bliver det sociale aspekt af indsatsen gennem de kvalitative interview beskrevet som afgørende for at fastholde deltagelse i indsatsen:

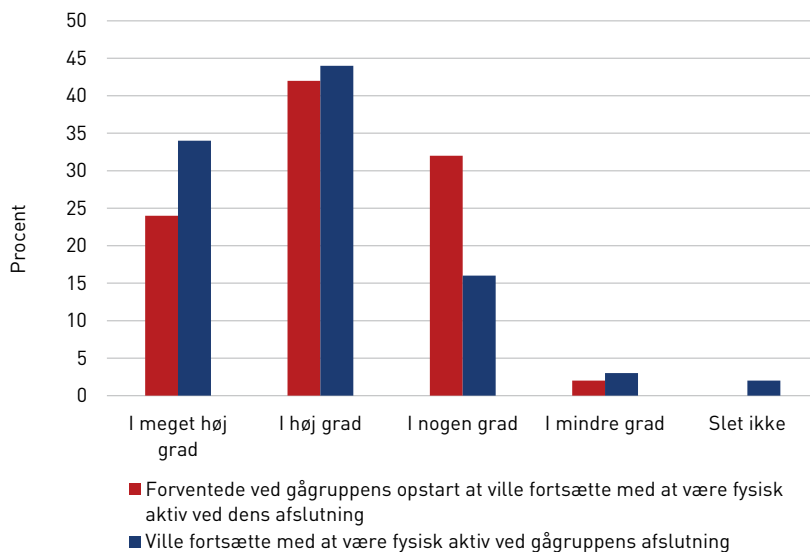
Jeg synes, at det er en god idé, og jeg synes også, at jeg har fået noget ud af det. Man var ikke gået så meget, hvis man var alene. Og det er en fordel, at der er nogle, man kan følges med. Og hvis man gik med sig selv, så pjækkede man måske indimellem.

Man får det gjort sådan her (deltager i gågruppe, Aarhus Kommune).

Ligeledes forholder det sig angående at ville fortsætte med at være fysisk aktiv efter indsatsens afslutning. Her har andelen, der rent faktisk ville dette i meget høj eller høj grad ved afslutningen, været mindre (94 procent) end andelen, der ved begyndelsen troede, at de ville komme til at ville dette i meget høj eller høj grad (98 procent). Dette ses på figur 5.5. Dog er 94 procent i disse tre kategorier tilsammen en meget høj andel. At borgere efter endt indsats er mere fysisk aktive, er netop formålet med gågruppeindsatsen, hvorfor dette indikerer, at gågruppeindsatserne har formået at indfri formålet om, at borgernes fysiske funktionsevne forbedres.

FIGUR 5.5

Borgere, der har deltaget i gågrupper i projektet, fordelt efter, i hvilken grad de har henholdsvis forventet at ville fortsætte med at være fysisk aktive efter gågruppens afslutning og er fortsat med at være fysisk aktive.



Anm.: N = 197. Heraf 98 før og 99 efter.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i gågrupper.

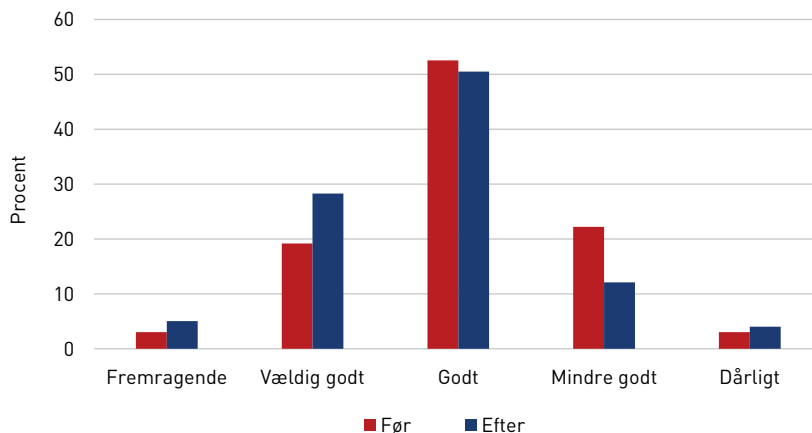
MENTALT OG FYSISK HELBRED – SF-12

SF-12 giver indblik i respondentens henholdsvis fysiske og mentale helbred. Denne evaluering vil se på hvert spørgsmål for sig for at muliggøre substantielle fortolkninger, ligesom den vil se på det selvbergnede mål for SF-12, som ikke kan sammenlignes med andre SF-12-scoringer, da målet er selvbergnede. Som nævnt tidligere går dette mål fra 12 til 47, hvor 12 er den dårligst mulige score og 47 den bedste. Gennemsnittet for deltagerne var ved opstart 33,20, mens det var 36,10 ved indsatsens afslutning. Altså er der sket en forbedring i deltageres SF-12-score fra start til slut, men da målet er konstrueret, kan der ikke siges noget om graden af forbedring, ligesom det herudfra ikke kan ses, om forbedringen primært er sket i enten det fysiske eller i det mentale helbred. Dette kan undersøges ved en analyse af de enkelte spørgsmål, som foregår under følgende overskrifter:

i) deltageres egen opfattelse af helbred, ii) deltageres følelsesmæssige helbred samt iii) begrænsninger i hverdagen på grund af enten fysisk eller følelsesmæssigt helbred.

FIGUR 5.6

Borgere, der har deltaget i gågrupper i projektet, fordelt efter opfattelse af eget helbred.¹ Særskilt for før og efter deltagelse.



Anm.: N = 198. 99 før og 99 efter.

1. Deltagerne har svaret på spørgsmålet: "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?"

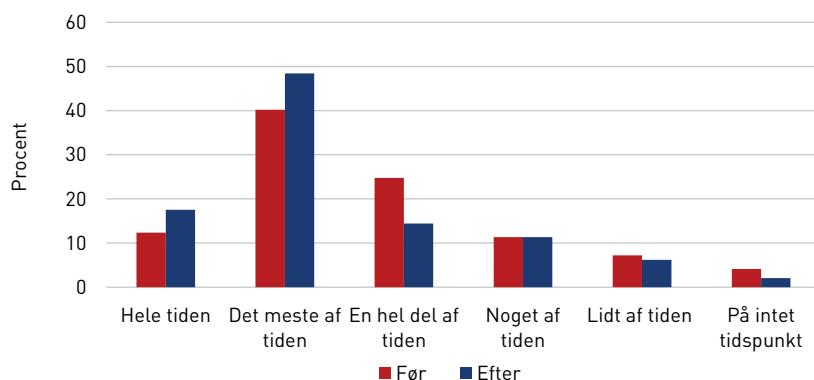
Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i gågrupper.

Angående den første overskrift, deltagernes opfattelse af deres eget helbred, ses det på figur 5.6, at andelen, der opfatter deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt, er steget med 9 procentpoint fra starten til slutningen af indsatsen, mens andelen, der opfatter deres helbred som mindre godt eller dårligt, tilsvarende er faldet med 9 procentpoint. Der er altså i indsatsperioden sket en betydelig positiv udvikling i deltagernes opfattelse af eget helbred.

Angående deltagernes følelsesmæssige helbred har der ligeledes været en positiv udvikling fra indsatsens opstart til dens afslutning. Deltagernes følelsesmæssige helbred måles ved tre spørgsmål, som omtales i det følgende. Den positive udvikling ses for det første ved, at der har været en pæn stigning i andelen, der har følt sig rolige og afslappede hele tiden eller det meste af tiden (figur 5.7).

FIGUR 5.7

Borgere, der har deltaget i gågrupper i projektet, fordelt efter svar på spørgsmålet: "Hvor stor en del af tiden de sidste fire uger har du følt dig rolig og afslappet?" Særskilt for før og efter deltagelse.



Anm.: N = 194. Heraf 97 før og 97 efter.

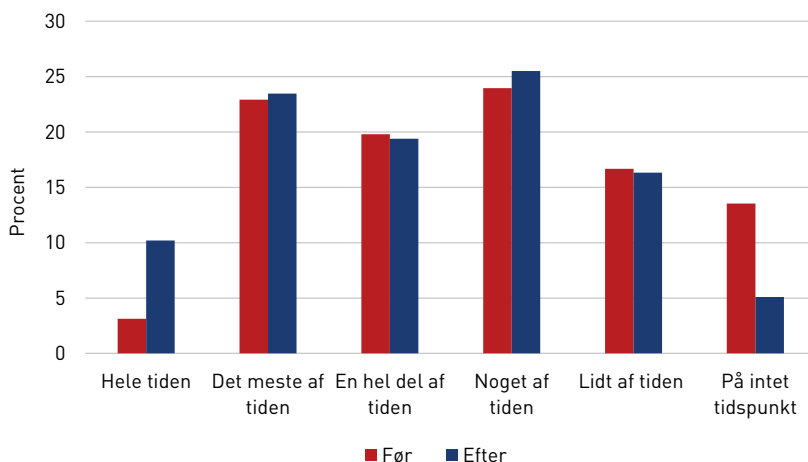
Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i gågrupper.

Dernæst er andelen, der har følt sig fulde af energi hele tiden, steget med 7 procentpoint i indsatsperioden, mens andelen, der på intet tidspunkt har følt sig fulde af energi, er faldet med 9 procentpoint (figur 5.8). Ligeledes er andelen, der har følt sig triste til mode noget af tiden, faldet med 13 procentpoint, ligesom andelen, der har følt sig triste kun lidt af tiden,

er steget med 7 procentpoint, og andelen, der på intet tidspunkt har følt sig triste, er steget med 5 procentpoint (figur 5.9).

FIGUR 5.8

Borgere, der har deltaget i gågrupper i projektet, fordelt efter svar på spørgsmålet: "Hvor stor en del af tiden de sidste fire uger har du følt dig fuld af energi?" Særskilt for før og efter deltagelse.



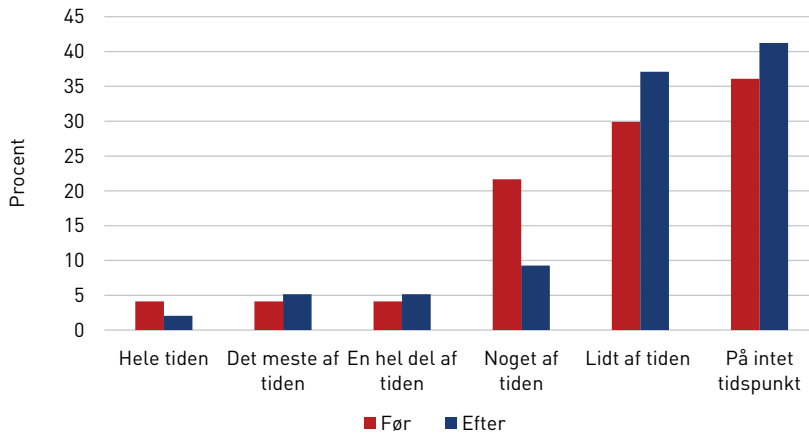
Anm.: N = 194. Heraf 96 før og 98 efter.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i gågrupper.

Angående de begrænsninger, som deltagerne har følt på grund af enten deres fysiske eller følelsesmæssige helbred, ses der også en klart positiv udvikling ved alle spørgsmål, som omtales i det følgende. Disse spørgsmål vedrører, hvordan deltagerne har haft det inden for de seneste fire uger. Andelen, der har følt sig meget begrænsede i lettere aktiviteter såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle, er i perioden faldet med 8 procentpoint, ligesom en 10 procentpoint større andel slet ikke har følt sig begrænsede i dette ved indsatsens afslutning. Nogenlunde samme udvikling har fundet sted angående at føle sig begrænset i at gå flere etager op ad trapper.

FIGUR 5.9

Borgere, der har deltaget i gågrupper i projektet, fordelt efter svar på spørgsmålet: "Hvor stor en del af tiden de sidste fire uger har du følt dig trist til mode?" Særskilt for før og efter deltagelse.



Anm.: N = 194. Her 97 før og 97 efter.

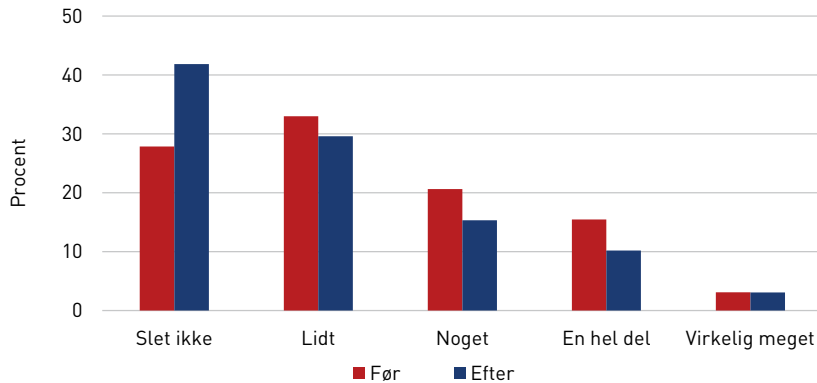
Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i gågrupper.

Ligeledes er andelen, der har svaret ja til at have nået mindre, end de gerne ville på grund af deres fysiske helbred, faldet med 21 procentpoint, ligesom andelen, der har svaret ja til at have været begrænset i, hvilke slags aktiviteter de har kunnet udføre på grund af deres fysiske helbred, er faldet med 17 procentpoint. Samme udvikling ses angående graden af begrænsninger på grund af følelsesmæssige problemer: 15 procentpoint færre har på grund af dette nået mindre, end de gerne ville, ligesom 13 procentpoint færre på grund af dette har udført deres aktiviteter mindre omhyggeligt, end de plejer.

Angående begrænsninger i daglige aktiviteter på grund af fysisk smerte, viser figur 5.10, at der også her har været en positiv udvikling fra før til efter indsatsen.

FIGUR 5.10

Borgere, der har deltaget i gågrupper i projektet, fordelt efter svar på spørgsmålet: "Inden for de sidste fire uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dine daglige aktiviteter?" Særskilt for før og efter deltagelse.

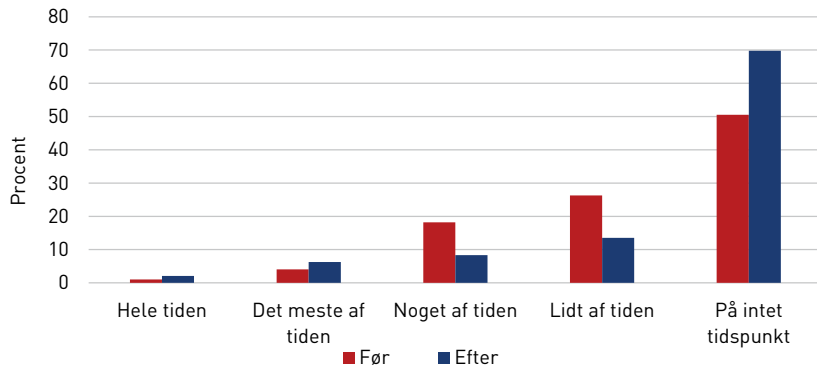


Anm.: N = 195. Heraf 97 før og 98 efter.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i gågrupper.

FIGUR 5.11

Borgere, der har deltaget i gågrupper i projektet, fordelt efter svar på spørgsmålet: "Inden for de sidste fire uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker?" Særskilt for før og efter deltagelse.



Anm.: N = 195. 99 før og 96 efter.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i gågrupper.

Deltagerne blev ligeledes spurgt til, hvor stor en del af tiden inden for de sidste fire uger deres fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer havde gjort det vanskeligt at se andre mennesker. Bortset fra den lille stigning i andelen, der har følt dette hele tiden eller det meste af tiden, er resten af udviklingen angående dette positiv, hvilket ses i figur 5.11.

FYSISK FUNKTIONSEVNE (CPF OG SPPB)

COMPOSITE PHYSICAL FUNCTION SCALE – CPF

CPF er et mål for fysisk funktionsevne på en række af områder – fra basale hverdagsaktiviteter såsom påklædning og bad over middelsvære aktiviteter såsom husarbejde og indkøb til svære aktiviteter såsom anstrengende sport og husholdningsarbejde. Skalaen går i denne evaluering fra 11 til 44 (modsat 12-48 i det oprindelige mål), hvor scoren 11 fås ved den bedst mulige funktionsevne og 44 ved den dårligste.

Den samlede CPF-score er et konstrueret mål for deltagerens funktionsevne, hvorfor det er svært at sige noget substantielt ud fra gennemsnittet på dette mål, som er 19,90 ved førmålingen og 18,41 ved eftermålingen. Dog kan det ses, at begge gennemsnit ligger under den score, som fås, hvis alle aktiviteter udføres med lidt besvær, nemlig 22. Dette tyder på, at det er fysisk forholdsvis funktionsdygtige ældre, der har deltaget i gågrupperne. Det kan både opfattes som positivt, idet der i så fald er potentiale for at forebygge fysisk funktionsnedsættelse, men det kan også opfattes som et tegn på, at rekrutteringen af mindre fysisk funktionsdygtige ældre, som netop særligt har behov for forebyggelse af yderligere funktionsevnenedsættelse, ikke er lykkedes i væsentlig grad.

Ydermere giver deltagerne i de kvalitative interview udtryk for, at de borgere, der fra starten havde svært ved at følge med og var 'langsomme', er faldet fra, og at det herved ikke har været muligt at fastholde denne gruppe i indsatsen. Dette viser, at det er muligt, at der fra starten har været rekrutteret flere mindre funktionsdygtige ældre, end vi har med i vores analyse her, idet folk, der er faldet fra, ikke indgår i analyserne, da de ikke har gennemført en eftermåling. Dog er det mest centrale ved dette, at det ikke i tilstrækkelig grad er lykkedes hverken at opspore eller fastholde fysisk mindre funktionsdygtige ældre i gågruppeindsatserne. Dette er altså punkter, hvor der er mulighed og behov for forbedring ved fremtidige gågruppeindsatser.

Om udviklingen i deltageres funktionsevne i indsatsperioden fortæller det lille fald i gennemsnittet fra 19,90 til 18,41, at der er sket en positiv udvikling, da en lav score er godt. Selvom forskellen kan opfattes som lille, er det centralt, da fravær af forværring opfattes som positivt i forhold til målgruppen på 65 år og derover. I interviewene giver deltagerne også udtryk for, at deres fysiske tilstand er blevet forbedret:

Jeg havde heller ikke troet, at jeg kunne gå så langt, som jeg går nu. Jeg synes, at jeg er blevet mere udholdende (deltager i gågruppe, Aarhus Kommune).

SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY – SPPB

SPPB er en simpel test til at vurdere fysisk funktionsevne, målt ved basale fysiske funktioner, og den måler henholdsvis ganghastighed, balance og evnen til at rejse sig fra og sætte sig på en stol. Ved denne måling af deltagerne i gågrupperne er det valgt kun at måle på et af de tre SPPB-mål, nemlig ganghastighed. Gennemsnittet for testen er faldet fra 4,46 sekunder i førmålingen til 3,93 sekunder i eftermålingen. Jo lavere scoren er, desto bedre, hvorfor det tyder på, at indsatsen ikke blot har forebygget funktionsevnedensættelse blandt deltagerne, men også har forbedret deres fysiske funktionsevne, målt ved ganghastighed.

OPSUMMERENDE KONKLUSIONER

- Der har i alt været igangsat to gågrupper med i alt 27 deltagere i Frederiksberg Kommune og 11 gågrupper med i alt 107 deltagere i Aarhus Kommune.
- Der har været en stor aldersspredning fra 58-96 år.
- Kvinder er overrepræsenterede blandt deltagerne i gågrupperne i begge kommuner.
- Borgerne er primært blevet henvist til indsatsen gennem forebyggende medarbejdere eller ved at opsøge indsatsen selv på baggrund af annoncer.
- Interviewene viser, at det, der har været vigtigst for at motivere de ældre, er det sociale aspekt af indsatsen.
- Screeningerne viser, at indsatserne har haft en positiv virkning for deltagerne, da der både har været en positiv udvikling i deltageres opfattelse af deres fysiske helbred samt i deres fysiske funktionsevne,

begge dele målt med screeningerne. Sidstnævnte indikerer, at gågrupperne ikke blot har haft en forebyggende effekt, men tilmed har forbedret deltageres fysiske funktionsevne. Ydermere underbygger interviewene, at deltagerne har følt, at deres fysiske funktionsevne er blevet forbedret.

- Deltagerne føler, at deres psykiske helbred er blevet forbedret, og at de har fået mere energi. Dette er endnu en målsætning med gågruppeindsatserne, som er blevet indfriet.
- Rekrutteringen af mindre funktionsdygtige ældre, som netop har behov for forebyggelse af yderligere funktionsevnedensættelse, er ikke i tilstrækkelig grad lykkedes.
- Ydermere viser interviewene, at en del af de deltagere, der havde svært ved at følge med resten af gruppen, er faldet fra i løbet af indsatsen. Dette indikerer, at der er behov for at udforme fremtidige gågrupper, så de i højere grad fastholder borgere med lavere fysisk funktionsevne, som netop er i målgruppen.

NETVÆRKSGRUPPER

I dette kapitel vil de netværksgrupper, der er blevet igangsat som en del af indsatserne i Forebyggelsesprojektet, blive evalueret. Dette kapitel tager ligesom forrige kapitel udgangspunkt i en før- og eftermåling af de borgere, der har deltaget i grupperne, og disse data bliver uddybet og nuanceret af kvalitative interview med borgere, der har deltaget i en netværksgruppe.

DELTAGERE OG GRUPPER

Antallet af netværksgrupper samt størrelsen på disse har varieret, både internt i og imellem de to kommuner. Der blev i Aarhus Kommune startet seks netværksgrupper med i alt 54 deltagere, mens der i Frederiksberg Kommune blev startet fem grupper med i alt 67 deltagere.

TABEL 6.1

Netværksgrupper for borgere i projektet samt deltagere i grupperne, fordelt på projektkommuner. Antal.

	Aarhus Kommune	Frederiksberg Kommune
Antal netværksgrupper opstartet	6	5
Antal deltagere i alt ved opstart	54	67

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

Af logbøgerne fremgår det, at netværksgrupperne enten har omhandlet fælles madlavning og spisning eller forskellige former for fortællinger.

De forebyggende medarbejdere i både Frederiksberg Kommune og i Aarhus Kommune har ligesom ved gågrupperne foretaget før- og eftermålinger af deltagernes mentale og fysiske helbred, dog her med fokus på førstnævnte. Der er i alt blevet foretaget 220 målinger, heraf 121 førmålinger og 99 eftermålinger. Af disse er 127 blevet foretaget af Frederiksberg Kommune og 93 af Aarhus Kommune. Mens vi i forrige afsnit så, at Aarhus Kommune har foretaget langt flere målinger af gågruppeditagere end Frederiksberg Kommune, har Frederiksberg Kommune altså foretaget lidt flere målinger af netværksgruppeditagere end Aarhus Kommune.

For at kunne foretage analyse af en eventuel udvikling hos deltagerne sorteres deltagere, der ikke både er blevet målt før og efter indsatsen, igen fra. Derfor bygger analysen i dette afsnit på 97 førmålinger og 97 eftermålinger. Antallet af observationer i analyserne vil divergere pga. manglende observationer på nogle af målene hos enkelte deltagere.

Fordelingen af mænd og kvinder i netværksgrupperne tyder på, at det i højere grad er lykkedes at opspore mænd til netværksgrupperne end til gågrupperne: Hvor mænd kun udgjorde 29 procent af deltagerne i gågrupperne, har de udgjort 41 procent af deltagerne i netværksgrupperne. Dette skyldes formodentlig, at der i begge kommuner har været netværksgrupper kun for mænd. Ud fra et fokusgruppeinterview med mandlige deltagere, der har deltaget i en netværksgruppe kun for mænd, fremgår det, at netop det kriterie, at gruppen kun var for mænd, gjorde indsatsen attraktiv og var en af årsagerne til, at de meldte sig.

98 procent af deltagerne i netværksgrupperne har dansk som modersmål, mens de resterende har polsk eller engelsk som modersmål. Igen er det forholdsvis få, endda færre end i gågrupperne, der ved indsatsens opstart bor i en almen bolig eller en bolig indrettet for ældre eller

handicappede, der er blevet rekrutteret til indsatsen. Til gengæld er der ligesom i gågrupperne en overvægt af personer, der bor alene, nemlig 70 procent. Det er specielt vigtigt at rekruttere borgere, der bor alene, til netværksgrupperne, fordi netværksgrupperne har til formål at forebygge ensomhed, og fordi flere studier peger på, at ældre borgere, der bor alene, i højere grad end dem, der bor sammen med fx en ægtefælle/partner, bliver ensomme (Platz, 2007, Platz, 2006). Derfor er det positivt, at 70 procent af netværksgruppel deltagerne udgøres af borgere, der bor alene.

I forhold til rekrutteringskanaler ses det, at den klart vigtigste kanal har været forebyggende medarbejdere. Ydermere ses det, at blot 3 procent selv har henvendt sig angående deltagelse i en netværksgruppe. Dette er langt færre end i gågrupperne, hvor 35 procent selv henvendte sig. Dette kan være et udtryk for, at personer, der har behov for deltagelse i en netværksgruppe, har svært ved selv at tage initiativ til dette. Til gengæld er 12 procent af deltagerne blevet opfordret af en pårørende, hvilket er tre gange så mange som i gågrupperne.

TABEL 6.2

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter, hvem de er blevet opfordret til at deltage af. Procent.

Opfordret til at deltage af:	Procent
Forebyggende medarbejdere	54
Visitor/borgerkonsulent	7
Praktiserende læge	4
Pårørende	12
Har selv henvendt sig	3
Anden	20

Anm.: N = 91.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

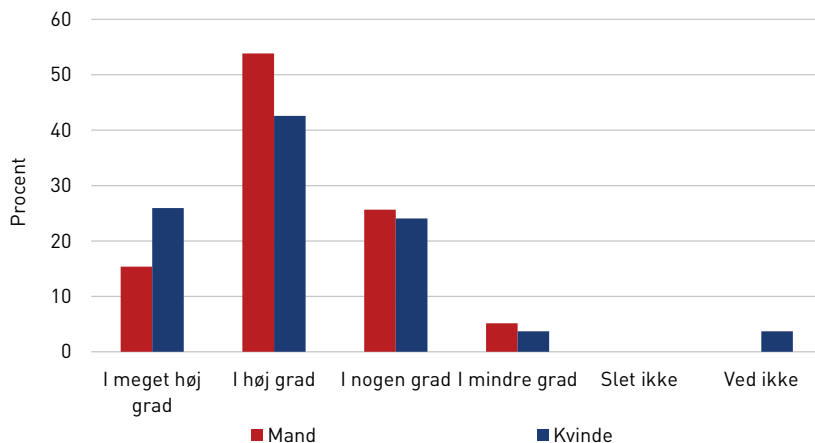
Ydermere har det været meningen, at kun ældre over 65 år deltog i netværksgrupperne. Der har blot været to deltagere under 65, så denne praksis er stort set blevet fulgt. Den gennemsnitlige alder for deltagerne har ligesom i gågrupperne været 78 år, og den yngste har været 63, mens den ældste har været 95 år.

FORVENTNINGER OG INDFRIELSE AF FORVENTNINGER

Deltagerne i netværksgrupperne har i lige så høj grad som i gågrupperne set frem til at deltage: Hele 94 procent af deltagerne har i nogen, høj eller meget høj grad set frem til at deltage, mens kun 4 procent har set frem til det i mindre grad og resten har svaret 'ved ikke'. Motivationen har altså været høj fra starten. Dette er meget positivt, idet motivationen er afgørende for at fastholde borgerne i indsatsen, og da dette giver gode muligheder for deltagerne for at skabe udbytte af indsatsen. Omvendt kan det tyde på, at ældre med begrænset lyst til at møde nye mennesker, ikke er blevet rekrutteret i tilstrækkelig grad, hvilket også mindsker potentialet for udvikling blandt deltagerne. Det kan dog også skyldes, at de forebyggende medarbejdere har været gode til at skabe motivation blandt borgerne. Både mænd og kvinder har i høj grad været motiverede, om end kvinderne ligesom i gågrupperne har set lidt mere frem til at deltage end mændene, hvilket ses på figur 6.1.

FIGUR 6.1

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter, i hvilken grad de har set frem til at deltage i netværksgruppen. Særskilt for køn. Procent.



Anm.: N = 93. Heraf 39 mænd og 54 kvinder.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

Ligeledes blev deltagerne ved starten af indsatsen spurgt, i hvor høj grad de forventede at få udbytte af indsatsen angående syv parametre, og i slutningen af indsatsen, i hvor høj grad de følte, at de havde fået udbytte af indsatsen angående de samme syv parametre. De syv parametre var at:

- få udvidet sit sociale netværk
- føle sig mindre alene
- få mere energi i det daglige
- foretage flere aktiviteter sammen med andre
- møde mennesker, som man har noget til fælles med
- få nye venskaber
- deltage i nye gruppeaktiviteter efter netværksgruppens afslutning.

Generelt har forventningerne til udbyttet af at deltage i en netværksgruppe været høje ved gruppens start, og generelt er forventningerne i høj grad blevet indfriet.

Det parameter, der var mindst forventninger til, var at komme til at føle sig mindre alene, hvilket kun 45 procent forventede i nogen, høj eller meget høj grad. Der var dog hele 61 procent, der i nogen, høj eller meget høj grad angav, at de efterfølgende følte sig mindre alene. Dette er illustreret i figur 6.2. I interviewene blev det også tydeligt, at deltagelse i netværksgrupperne for flere har resulteret i nye bekendtskaber.

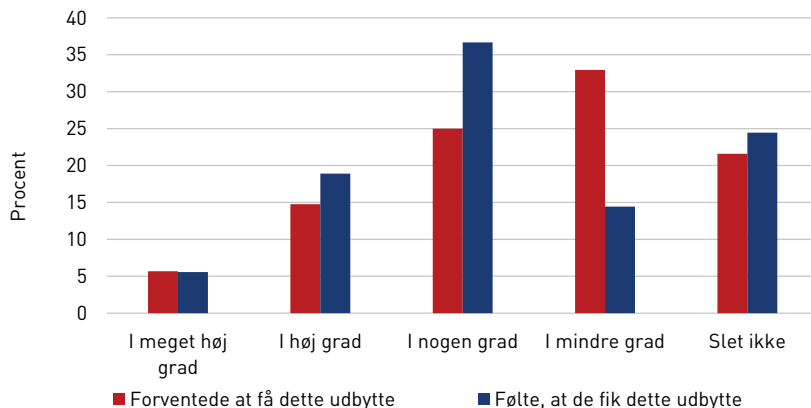
Vi har mødtes privat også nogle gange. Vi kendte ikke hinanden før. Vi mødtes her, og nu er det mine nye venner, de andre er døde. Fem af mine bedste venner er døde (deltager i netværksgruppe, Aarhus).

For mit vedkommende, så har jeg glædet mig hver uge til at komme og være sammen med de nye venner, jeg har fået. Det betyder utrolig meget (deltager i netværksgruppe, Frederiksberg).

At forventningerne til at komme til at føle sig mindre alene ikke har været højere, end de har været, kan skyldes, at hele 64 procent ved indsatsens start sjældent eller aldrig følte sig alene, hvorfor de sandsynligvis ikke har følt et behov for dette udbytte.

FIGUR 6.2

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter, i hvilken grad de har henholdsvis forventet at komme til at føle sig mindre alene og fået dette udbytte.

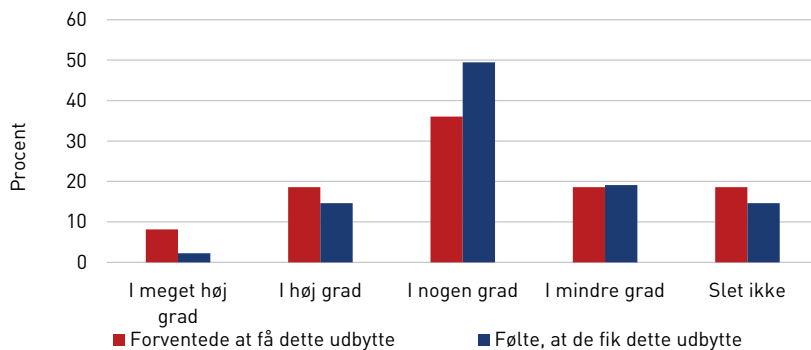


Anm.: N = 178. Heraf 88 før og 90 efter.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

FIGUR 6.3

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter, i hvilken grad de har henholdsvis forventet at få mere energi i det daglige og fået dette udbytte.



Anm.: N = 175. Heraf 86 før og 89 efter.

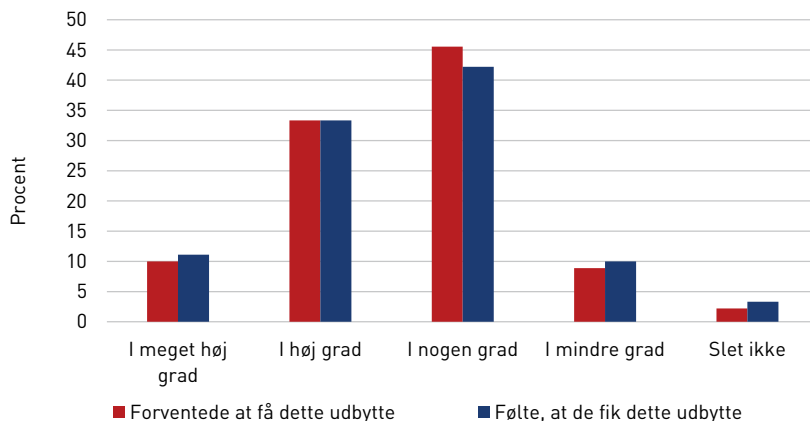
Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

Den eneste anden form for udbytte, hvor der var flere deltagere, der følte, at de i nogen, høj eller meget høj grad fik dette udbytte af indsatsen (66 procent), end der var deltagere, der i nogen, høj eller meget høj grad forventede at få dette udbytte (63 procent), var at få mere energi i det daglige. Deltagernes forventninger hertil samt indfrielse heraf er illustreret i figur 6.3.

De former for udbytte, hvor forventningerne nogenlunde matchede indfrielsen heraf, var 'at møde nye mennesker, som man har noget til fælles med'²² samt 'at få nye venskaber'²³, hvilket er positivt. Deltagernes svar angående disse to former for udbytte er illustreret i figur 6.4 og figur 6.5. Dog var der hele 16 procent, der ved afslutningen af netværksgruppen slet ikke følte, at de havde fået nye venskaber, mens kun 4 procent slet ikke forventede at få nye venskaber ved gruppens opstart.

FIGUR 6.4

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter, i hvilken grad de har henholdsvis forventet at møde nye mennesker, som de har noget til fælles med, og fået dette udbytte.



Anm.: N = 180. Heraf 90 før og 90 efter.

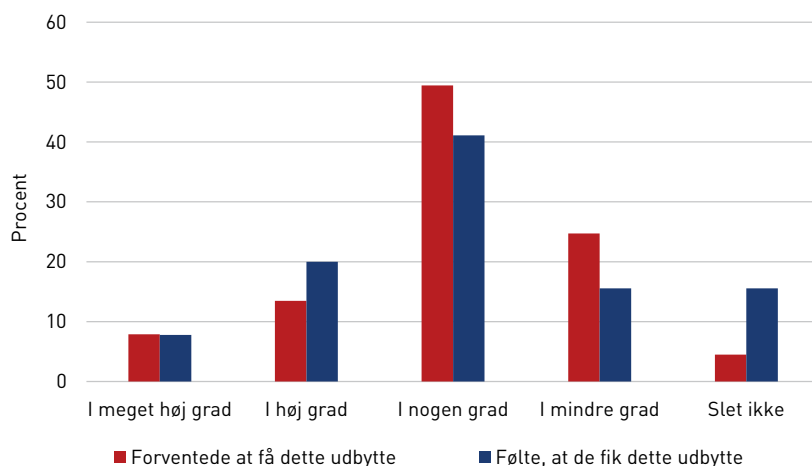
Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

22. 89 procent forventede i nogen, høj eller meget høj grad at møde nye mennesker, som de havde noget til fælles med. 87 procent følte, at de i nogen, høj eller meget høj grad havde mødt nye mennesker, som de havde noget til fælles med.

23. 71 procent forventede i nogen, høj eller meget høj grad at få nye venskaber. 69 procent følte, at de i nogen, høj eller meget høj grad fik dette udbytte af indsatsen.

FIGUR 6.5

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter, i hvilken grad de har henholdsvis forventet at få nye venskaber og fået dette udbytte.



Anm.: N = 179. Heraf 89 før og 90 efter.

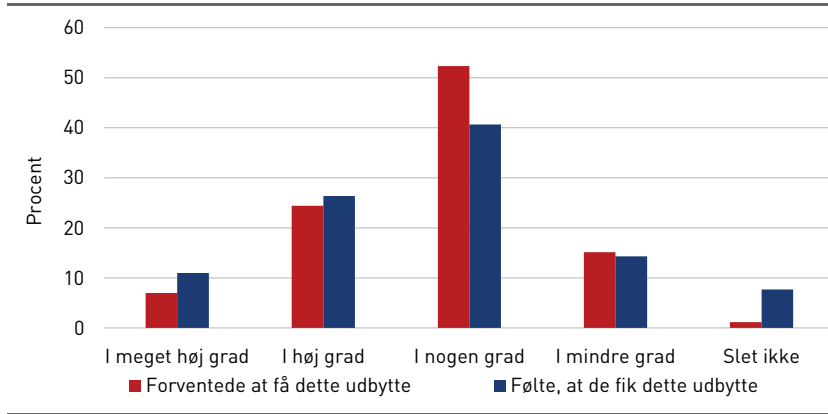
Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

Ellers er det kendetegnende for de tre resterende former for udbytte, at der er en lavere andel, der i nogen, høj eller meget høj grad følte, at de fik det pågældende udbytte, end andelen, der i nogen, høj eller meget høj grad forventede at få dette udbytte. Dog er forventningerne også her meget høje, og flertallet føler ved alle tre spørgsmål, at de i nogen, høj eller meget høj grad har fået dette pågældende udbytte.

Det første af disse tre vedrører at få udvidet sit sociale netværk. Her er der hele 78 procent, der følte, at de fik dette i nogen, høj eller meget høj grad, hvilket er meget positivt. Dog var der hele 84 procent, der i nogen, høj eller meget høj grad forventede at få udvidet deres sociale netværk. Den lavere procent kan skyldes, at 8 procent slet ikke følte, at de fik udvidet deres sociale netværk, mens der kun var 1 procent, der forventede, at dette slet ikke ville ske. Dette er illustreret i figur 6.6.

FIGUR 6.6

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter, i hvilken grad de har henholdsvis forventet at få udvidet deres sociale netværk og fået dette udbytte.

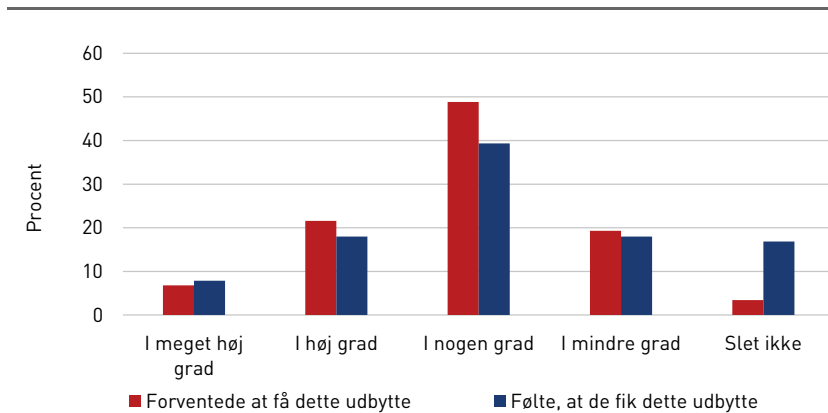


Anm.: N = 177. Heraf 86 før og 91 efter.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

FIGUR 6.7

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter, i hvilken grad de har henholdsvis forventet at foretage flere aktiviteter sammen med andre og fået dette udbytte.



Anm.: N = 177. Heraf 88 før og 89 efter.

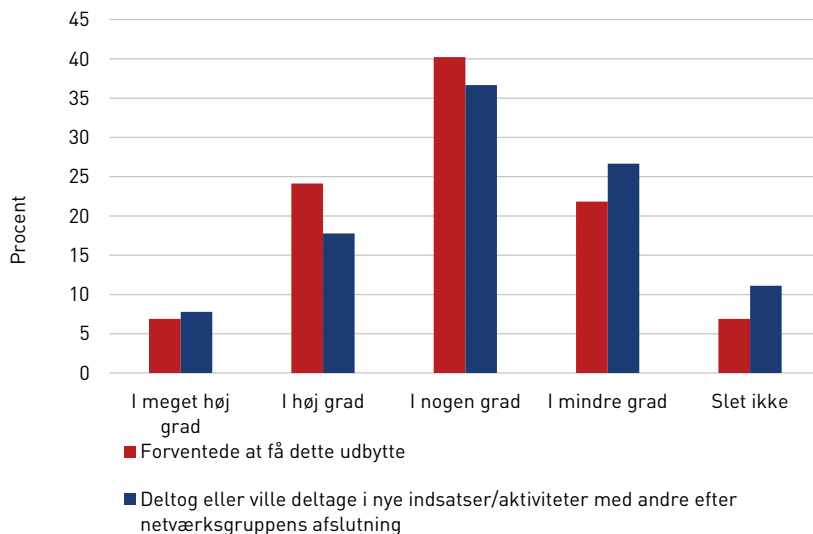
Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

Den anden form for udbytte, hvor indfrielsen af forventningerne var lavere end selve forventningerne, var at komme til at foretage flere aktiviteter sammen med andre. Her bæres udviklingen ligesom ved forrige udbytte af en stor stigning i andelen i den mest negative kategori: Hele 17 procent svarede ved indsatsens afslutning, at de slet ikke foretog flere aktiviteter sammen med andre, mens kun 3 procent ved indsatsens opstart svarede, at de slet ikke forventede at komme til dette. Dette er illustreret i figur 6.7.

Slutteligt forventede 71 procent ved indsatsens start i nogen, høj eller meget høj grad at komme til at deltage i nye gruppeaktiviteter, når netværksgruppen sluttede, mens 62 procent ved indsatsens afslutning i nogen, høj eller meget høj grad deltog eller skulle til at deltage i nye indsatser/aktiviteter sammen med andre (figur 6.8).

FIGUR 6.8

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter, i hvilken grad de har henholdsvis forventet at deltage i nye indsatser/aktiviteter sammen med andre efter netværksgruppens afslutning og fået dette udbytte.



Anm.: N = 177. Heraf 87 før og 90 efter.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

MENTALT OG FYSISK HELBRED (SF-12)

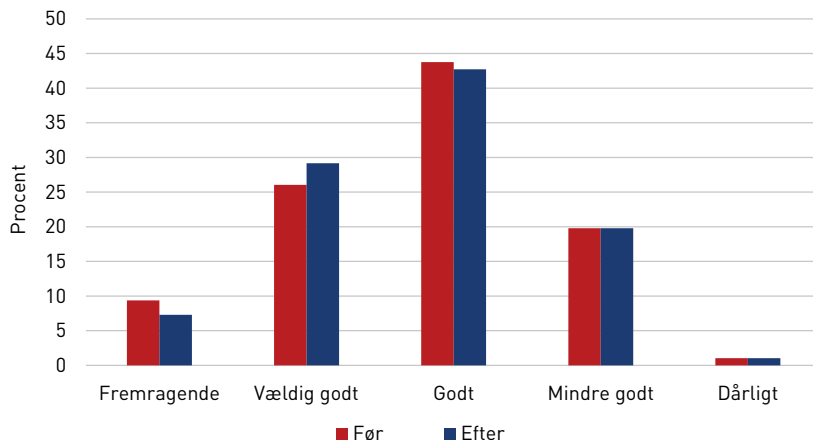
SF-12 er, som nævnt tidligere, en kort udgave af spørgeskemaet 'SF-36' og giver indblik i respondentens henholdsvis fysiske og mentale helbred. Ligesom ved gågrupperevalueringen vil der her blive set på hvert spørgsmål for sig for at muliggøre substantielle fortolkninger, ligesom der ses på udviklingen i et selvberegnet mål for SF-12, som ikke kan sammenlignes med andre SF-12-scoringer. Som nævnt går dette mål fra 12 til 47, med 47 som den bedst mulige score. Den samlede score for deltagerne i startmålingen er 35,93, mens den i slutmålingen er 35,72. Der er altså næsten ikke sket nogen forandring i deltagerne samlede SF-12-score, hvilket stemmer overens med den følgende analyse af de enkelte SF-12-spørgsmål, hvor der ved de fleste af spørgsmålene heller ikke kan identificeres nogen umiddelbar udvikling. Disse spørgsmål vil også her blive analyseret under følgende overskrifter:

- deltagerne egen opfattelse af helbred
- deltagerne følelsesmæssige helbred
- begrænsninger i hverdagen på grund af enten fysisk eller følelsesmæssigt helbred.

Angående den første overskrift, deltagerne opfattelse af deres eget helbred, viser figur 6.9, at andelen, der opfatter deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt, er 79 procent, både ved indsatsens opstart og afslutning. Dette viser, at langt de fleste deltagere havde et godt helbred allerede ved indsatsens opstart. I modsætning til hos gågruppedeltagere er der altså ikke sket en positiv udvikling i netværksgruppedeltagerne følelse af overordnet at have et godt helbred. Dette er ikke overraskende, da den store andel med et godt helbred fra start mindsker potentialet for forbedring.

FIGUR 6.9

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter opfattelse af eget helbred.¹ Særskilt for før og efter deltagelse. Procent.



Anm.: N = 192. Heraf 96 før og 96 efter.

1. Deltagerne har svaret på spørgsmålet: "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?"

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

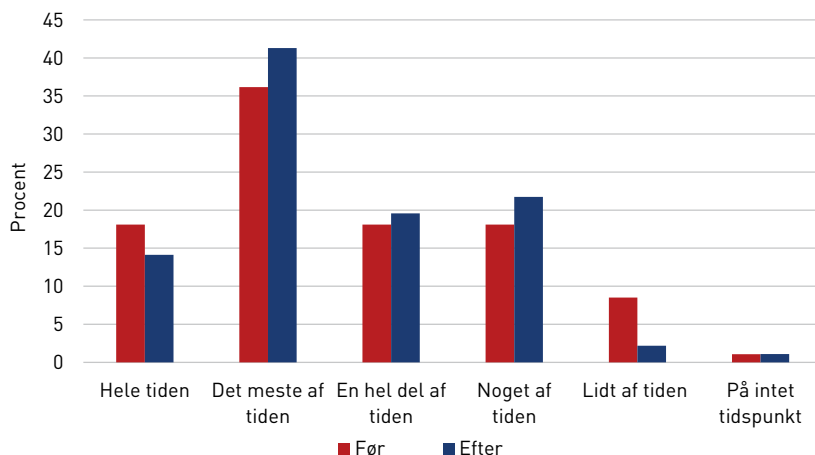
Deltagernes følelsesmæssige helbred bliver i SF-12 afspejlet i tre spørgsmål vedrørende henholdsvis at føle sig rolig og afslappet, at føle sig fuld af energi og at føle sig trist til mode. Det ses på de tre nedenstående figurer, at deltagerne overvejende har haft et godt følelsesmæssigt helbred, målt ved disse spørgsmål. Der er ikke en lige så entydig udvikling i netværksgruppeditagernes følelsesmæssige helbred, som der er sket angående gågruppeditagernes fysiske helbred, hverken overordnet eller i nogle af de tre spørgsmål vedrørende dette. Dette kan delvis skyldes, at deltagerne generelt har haft et godt følelsesmæssigt helbred fra start.

Angående at føle sig rolig og afslappet er andelen, der hele tiden har haft denne følelse de forudgående fire uger, faldet med 4 procentpoint. Denne negative udvikling kan dog opfattes som værende udlignet af stigningen i andelen, der har haft denne følelse det meste af tiden (stigning på 5 procentpoint), en hel del af tiden (stigning på 2 procentpoint) og noget af tiden (stigning på 4 procentpoint), samt faldet i andelen, der kun har følt sig rolige og afslappede lidt af tiden (fald på 7 procentpoint). Dette er illustreret i figur 6.10. En tydeligt positiv eller negativ udvikling

kan altså ikke identificeres angående deltagernes følelse af at være rolige og afslappede.

FIGUR 6.10

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter svar på spørgsmålet: "Hvor stor en del af tiden i de sidste fire uger har du følt dig rolig og afslappet?" Procent.



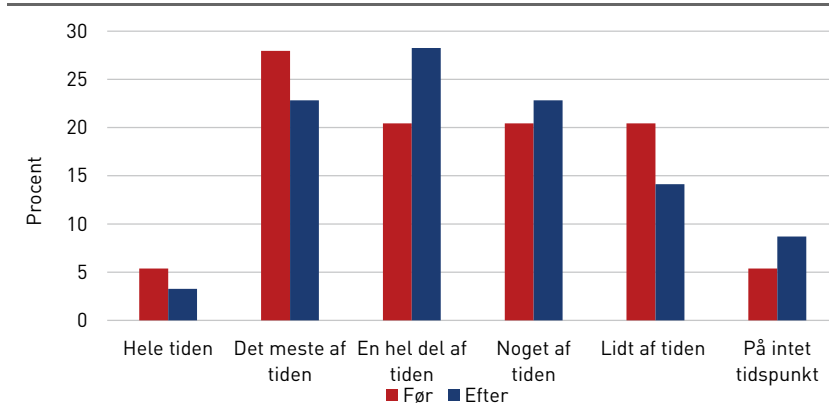
Anm.: N = 186. Heraf 94 før og 92 efter.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

Angående følelsen af at være fuld af energi ses et lignende mønster, idet andelen, der har følt dette hele tiden eller det meste af tiden, er faldet med 7 procentpoint, hvilket er negativt, mens andelen, der har følt dette en hel del eller noget af tiden, er steget med 11 procentpoint, samtidig med at andelen, der kun har følt dette lidt af tiden, er faldet med 6 procentpoint, hvilket begge dele er positivt (figur 6.11). Hvad der adskiller sig fra forrige spørgsmål er, at andelen, der på intet tidspunkt har følt sig fulde af energi, er steget fra 5 til 9 procent, hvilket er negativt. Her er det altså igen ikke muligt at identificere en overordnet positiv eller negativ udvikling blandt deltagerne.

FIGUR 6.11

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter svar på spørgsmålet: "Hvor stor en del af tiden de sidste 4 uger har du været fuld af energi?" Procent.

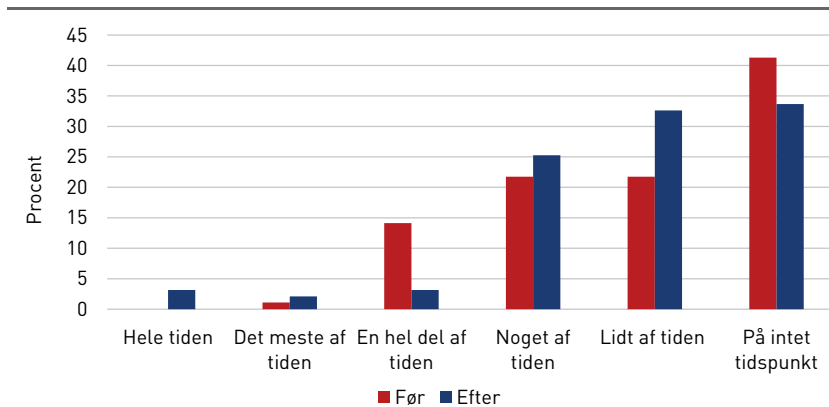


Anm.: N = 185. Heraf 93 før og 92 efter.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

FIGUR 6.12

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter svar på spørgsmålet: "Hvor stor en del af tiden de sidste 4 uger har du følt dig trist til mode?" Procent.



Anm.: N = 187. Heraf 92 før og 95 efter.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

Angående at føle sig trist til mode ses der igen ikke en entydigt positiv eller negativ udvikling (figur 6.12). Mens andelen, der har følt dette en hel del af tiden, er faldet fra 14 til 3 procent, er andelen, der har følt dette hele tiden, steget med 3 procentpoint, ligesom andelen, der har følt dette noget af tiden, er steget med 3 procentpoint. Samtidig er andelen, der på intet tidspunkt har følt dette, faldet fra 41 til 34 procent.

Overordnet ses der altså en meget blandet, og derfor ikke entydigt negativ eller positiv, udvikling i deltageres følelsesmæssige helbred fra netværksgruppens opstart til dens afslutning. Dette kan undre, idet indsatsen netop har forbedring af følelsesmæssigt helbred som formål, men det kan som tidligere nævnt skyldes, at der grundet deltageres i forvejen gode følelsesmæssige helbred ikke har været meget potentiale for forbedring. Ligeledes er det vigtigt at gøre opmærksom på, at det ikke er muligt at konkludere noget om den følelsesmæssige udvikling blandt deltagerne med dårligt følelsesmæssigt helbred, idet de har været så få.

Flere borgere fortæller dog, at de har følt en positiv udvikling, og gennem de kvalitative interview bliver det belyst, at grupperne for nogle deltageres vedkommende har haft meget stor betydning og indvirkning på deres tilværelse:

Det har været med til at holde os i live og holde humøret oppe. Når man bliver gammel, så bliver man skeptisk og tænker på, om man er tæt på døden, og hvordan det bliver. Men alle de dumme tanker, de bliver fejlet af vejen, når man har nogle at være sammen med. Og det har det her gjort (deltager i netværksgruppe, Aarhus).

Og i forhold til, hvad jeg har fået ud af det, der vil jeg sige, at det har været meget mere givtigt, spændende og interessant, end jeg havde forestillet mig. Jeg har sørget for at kunne komme hver eneste uge. Det er det vigtigste i ugen, at jeg tilbringer min tid her (deltager i netværksgruppe, Frederiksberg).

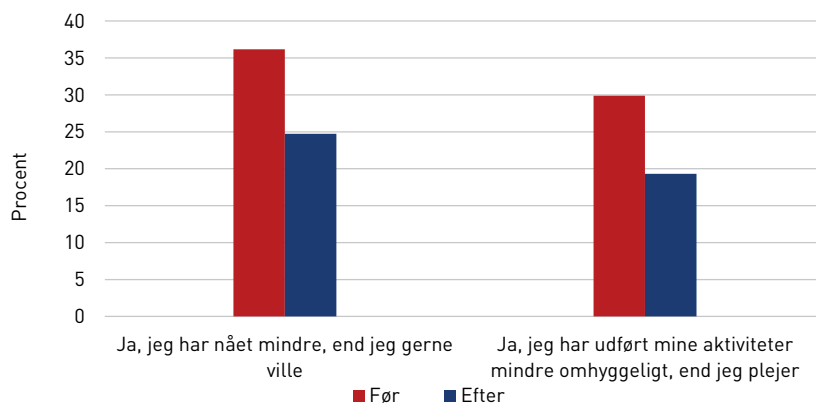
Angående begrænsninger på grund af fysisk helbred ses der igen ikke en entydig udvikling: Mens der ingen udvikling ses angående at kunne udføre lettere aktiviteter, samt hvor meget man kan nå, er der et lille fald i andelen, der er begrænsede i at gå flere etager op ad trapper, samtidig med at der er en lille stigning i andelen, der har følt sig meget begrænsede i, hvilken slags aktiviteter de kunne udføre. Ligeledes ses der ikke en tydelig udvikling angående, hvor meget fysisk smerte har vanskeliggjort

daglige aktiviteter. At der overordnet ikke ses en negativ eller positiv udvikling angående begrænsninger på grund af fysisk smerte, er ikke overraskende, idet netværksgruppeaktiviteterne har fokus på følelsesmæssigt frem for fysiske helbred.

Der ses en positiv udvikling angående begrænsninger på grund af følelsesmæssige problemer, idet andelen, der har svaret ja til at have nået mindre end de gerne ville på grund af følelsesmæssige problemer, samt andelen, der har udført deres aktiviteter mindre grundigt på grund af følelsesmæssige problemer, begge er faldet markant.²⁴ Dette ses i figur 6.13.

FIGUR 6.13

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter svar på spørgsmålet: "Har du inden for de sidste fire uger haft nogen af følgende problemer med dine daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?" Procent.



Anm.: N ved spørgsmålet om at have nået mindre, end man gerne ville = 187. Heraf 94 før og 93 efter.

N ved spørgsmålet om at have udført sine aktiviteter mindre omhyggeligt, end man plejer = 175. Heraf 87 før og 88 efter.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

Af de kvalitative interview fremgår det, at deltagelse i en netværksgruppe for fleres vedkommende har påvirket deres humør positivt.

24. Andelen, der har svaret ja til at have nået mindre, end de gerne ville på grund af følelsesmæssige problemer, er faldet med 11 procentpoint, mens andelen, der har udført deres aktiviteter mindre grundigt på grund af følelsesmæssige problemer, også er faldet med 11 procentpoint.

Før mit vedkommende, så har det løftet mit humør at komme her. Jeg føler en tilfredsstillelse og glæde de morgener, jeg ved, at jeg skal herhen. I hvert fald dér er min daglige glæde større end de andre dage (deltager i netværksgruppe, Frederiksberg Kommune).

Det har givet mig et drive. Det her er meningsgivende (deltager i netværksgruppe, Aarhus Kommune).

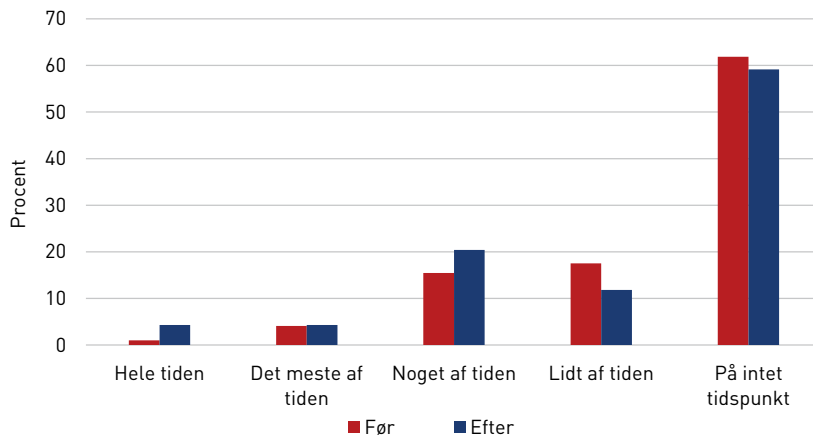
Det holder mig oppe, at jeg ved, at jeg skal afsted. Og så glemmer jeg i en stund alle de forfærdelige ting (deltager i netværksgruppe, Aarhus Kommune).

Angående vanskelighed ved at se andre mennesker på grund af fysisk eller følelsesmæssigt helbred ses der en lille, negativ udvikling (figur 6.14), idet andelen, hvor dette hele tiden eller noget af tiden har været gældende, er steget, mens andelen, hvor dette har været gældende lidt af tiden eller på intet tidspunkt, er faldet. Dog er det svært at konkludere noget om netværksgruppernes gavnlighed for deltageres følelsesmæssige helbred ud fra dette, idet den lille, negative udvikling kan skyldes forværringer i nogle af respondenternes fysiske tilstand. Derudover er det en gruppe, hvor der generelt sker større udsving, hvilket kan ske uafhængigt af deltagelse i netværksaktiviteterne.

Alt i alt viser SF-12-redskabet altså, at der ikke kan identificeres en klart negativ eller positiv udvikling angående hverken deltageres fysiske eller psykiske helbred. At der ikke ses en positiv fysisk udvikling, er naturligt, idet indsatsen er rettet mod følelsesmæssig udvikling. At der ikke ses en positiv udvikling i deltageres følelsesmæssige helbred, skyldes sandsynligvis, at en meget stor andel af deltagerne havde et godt følelsesmæssigt helbred fra starten. Desuden er det ikke muligt at konkludere noget om udviklingen blandt deltagerne med dårligt følelsesmæssigt helbred, da de er for få. Dog er der sket et fald i andelen af deltagere, der har følt sig begrænsede i udførelsen af daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer, og gennem de kvalitative interview bliver det tydeligt, at flere deltagere dels har haft en meget positiv oplevelse af at deltage i en netværksgruppe, dels føler, at det har tilført glæde i deres tilværelse, samt at de har fået mere overskud og er begyndt at indgå i nye sociale relationer.

FIGUR 6.14

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter svar på spørgsmålet: "Inden for de sidste fire uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemstillinger gjort det vanskeligt at se andre mennesker?" Procent.



Anm.: N = 190. Heraf 97 før og 93 efter.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

LIVSKVALITET/DEPRESSIONSRISIKO (GDS-15)

GDS-15 er anvendt ved netværksgrupperne for at få et billede af graden af depressionsrisiko eller tilstedeværelse af depressionssygdom blandt deltagerne. Dette er gjort for at få et indtryk af, i hvor høj grad personer med risiko for depression har deltaget i indsatsen, da disse personer netop er indsatsens målgruppe. Desuden kan det herved undersøges, om deltagernes score på GDS-15 har forandret sig i den periode, hvor de har deltaget i indsatsen.

For at undersøge, hvorvidt Frederiksberg Kommune og Aarhus Kommune har formået at rekruttere den tiltænkte målgruppe, ses der på deltagernes score ved indsatsens opstart. Gennemsnittet for deltagernes GDS-scorer er 2,5, hvilket fortæller, at deltagerne i gennemsnit ligger markant under grænsen for depressionsrisiko. Som tidligere nævnt er grænsen 5 – ved en score på 5 eller derover er der risiko for depression. 79 procent af deltagerne havde ved indsatsens start en score på 4 eller

derunder, hvilket fortæller, at kun 21 procent af deltagerne har risiko for at udvikle eller at have en depression. Hele 35 procent af deltagerne svarede udelukkende positivt på spørgsmålene, dvs. at de havde en GDS-15-score på 0. At deltagerne generelt ikke har været i risiko for at udvikle depression, indikerer, at den tiltænkte målgruppe kun i ringe grad er blevet rekrutteret til netværksgrupperne. Dette støtter igen op om forklaringen på fraværet af en positiv udvikling blandt deltageres følelsesmæssige tilstand, som vi så i forrige afsnit om SF-12: at deltagerne generelt har haft et godt følelsesmæssigt helbred fra starten.

Når man undersøger udviklingen blandt deltagerne angående at være i risiko for depression, ses der ingen hverken positiv eller negativ udvikling. Dette ses ved, at gennemsnittet for GDS-scorer ikke er ændret fra start- til slutmålingen. Dette er, set i lyset af deltageres generelt gode følelsesmæssige helbred, ikke overraskende.

Når der ses på den andel, der er i risiko for depression, ses der heller ingen tydeligt positiv udvikling (figur 6.16). Denne gruppe er den mest relevante, idet det er disse personer, som indsatsen er rettet mod.

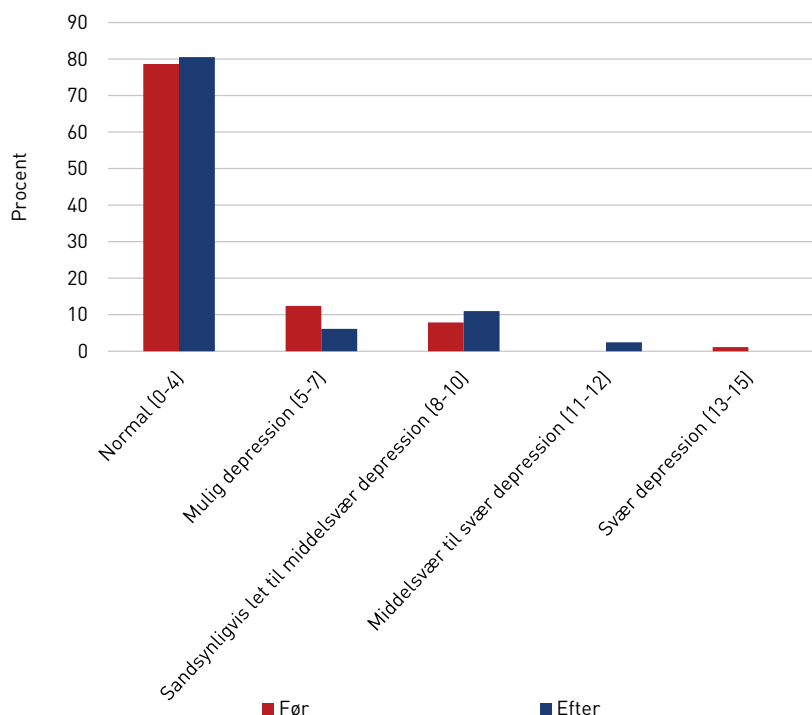
Dette kan opfattes som et udtryk for, at netværksgrupperne ikke har den ønskede effekt for de personer, der var i målgruppen for indsatsen. Dog er det i denne sammenhæng meget vigtigt at gøre opmærksom på den lave validitet af disse konklusioner, som opstår, fordi der kun er ca. 20 deltagere med en GDS-score på over 4, og fordi analysen bygger på 89 personer i førmålingen og 82 personer i eftermålingen.²⁵ Ligeledes kan udviklingen, som forklaret i kapitel 3. data og metode, ikke med sikkerhed tilskrives indsatsen. Der kan være mange faktorer i spil for denne borgergruppe, som påvirker det mentale helbred. Ligeledes er det muligt, at indsatsen har haft en efterfølgende virkning på nogle af deltagerne, hvilket ikke kan indfanges af før- og eftermålingerne, da eftermålingerne er foretaget i slutningen af, og ikke et stykke tid efter, indsatsforløbet.

En mulig årsag til fraværet af positiv udvikling blandt deltagerne kan være, at indsatsen kun varer 12 uger, hvilket kan opfattes som forholdsvist kort tid, når det vedrører et ønske om en følelsesmæssig fremfor fysisk udvikling for personer med følelsesmæssige udfordringer.

25. Denne forskel skyldes, at der er flere, der har svaret på alle spørgsmålene i førmålingen, end der har svaret på alle spørgsmålene i eftermålingen, og at der kun kan udregnes en samlet GDS-score for en person, hvis denne har besvaret alle spørgsmål. Dette kan påvirke gennemsnittet samt analysen af andelen med en score over grænsen, idet det kan være personer med bestemte karakteristika, der ikke har svaret på alle spørgsmål i eftermålingen.

FIGUR 6.15

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter totalscore ved screening for depression med GDS-15. Særskilt for før og efter deltagelse. Procent.



Anm.: N = 89 i førmåling og 82 i eftermåling.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

ENSOMHED (UCLA LONELINESS SCALE - UCLA-LS)

Som forklaret tidligere anvendes UCLA-LS til at måle graden af ensomhed blandt netværksgruppemedtagerne, og skalaen går fra 20 til 80, hvor højere scorer reflekterer højere grad af ensomhed (Laskaard, 2007).

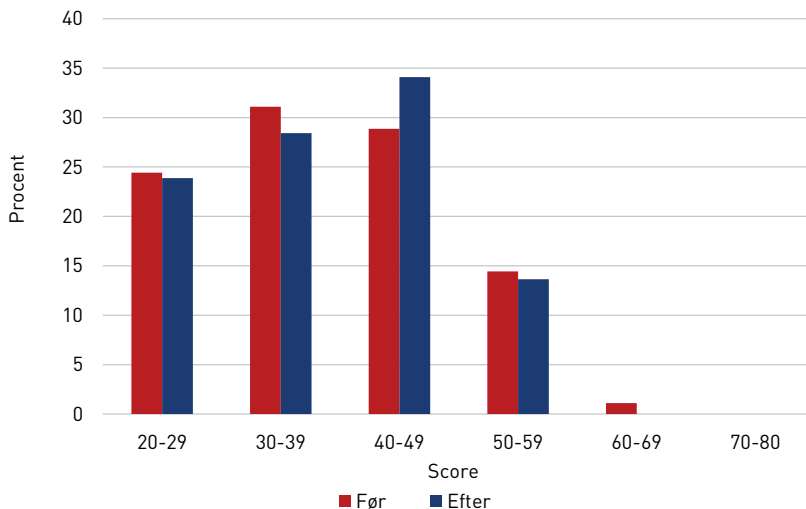
Gennemsnittet for deltagernes UCLA-score var ved indsatsens opstart 37,71, hvilket er lige under skæringspunktet for den laveste tredjedel af skalaen (40). Dette er udtryk for, at deltagerne overordnet ikke har følt sig ensomme fra starten, hvilket stemmer overens med resultaterne fra SF-12 og GDS-15, der fandt, at deltagerne overordnet har haft

et godt følelsesmæssigt helbred fra starten. Dette kan også være en forklaring på, at der næsten ikke er sket en udvikling i gennemsnittet for deltagernes UCLA-scorer fra indsatsens opstart til dennes afslutning. Den gennemsnitlige UCLA-score er ved indsatsens afslutning 37,89, hvilket er marginalt højere end ved starten.

Selvom gennemsnittet stort set ikke har ændret sig, ses det på figur 6.16, at der er sket et fald på 3 procentpoint i andelen, der ligger i kategorien 30-39, og en stigning på 5 procentpoint i andelen, der ligger i kategorien 40-49, hvilket er negativt. Dog er der ved indsatsens afslutning ingen deltagere med en score over 60, hvilket er positivt. Alt i alt konkluderes det, at der ikke kan dokumenteres en klar, hverken positiv eller negativ, udvikling i deltagernes følelse af ensomhed, om end der nok kan identificeres en svagt negativ udvikling.

FIGUR 6.16

Borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, fordelt efter totalscore ved screening for ensomhed med UCLA-LS. Særskilt for før og efter deltagelse. Procent.



Anm.: N = 178. Heraf 90 før og 88 efter.

UCLA-skalaen går fra 20 til 80, hvor højere scorer indikerer højere grad af ensomhed.

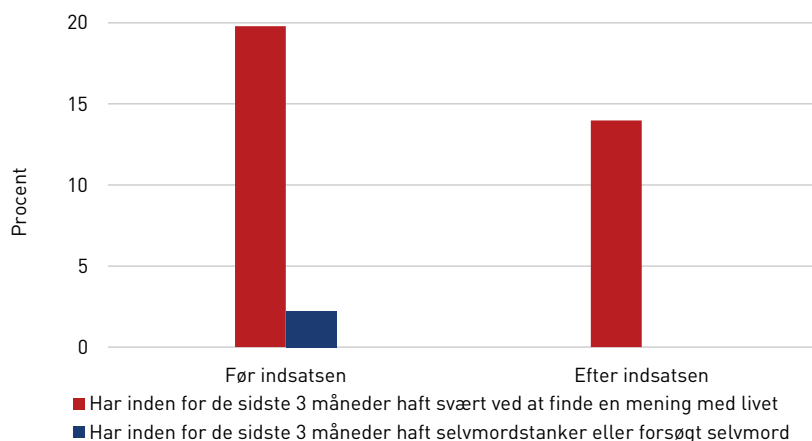
Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

SELMORDSRISIKO

Deltagerne blev som nævnt tidligere ydermere stillet to spørgsmål, der mere direkte vedrører risiko for selvmordsadfærd. Det ene af disse spørgsmål spørger direkte, om den adspurgte inden for de seneste tre måneder har haft selvmordstanker eller har forsøgt selvmord. Det andet spørgsmål afdækker, hvorvidt den adspurgte inden for de seneste tre måneder har haft svært ved at finde en mening med livet, hvilket kan være relateret til selvmordstanker eller -adfærd.

FIGUR 6.17

Andelen af de borgere, der har deltaget i netværksgrupper i projektet, der henholdsvis har haft svært ved at finde en mening med livet eller har tænkt på eller forsøgt selvmord inden for de seneste tre måneder. Særskilt for før og efter deltagelse.



Anm.: N ved spørgsmålet om at have svært ved at finde en mening med livet = 189. Heraf 96 før og 93 efter.

N ved spørgsmålet om at have haft selvmordstanker eller at have forsøgt selvmord = 176. Heraf 90 før og 86 efter.

Kilde: Før- og eftermåling udfyldt af deltagere i netværksgrupper.

Ved indsatsens start svarede to deltagere ja til inden for de seneste tre måneder at have haft selvmordstanker eller at have forsøgt selvmord. Ved indsatsens afslutning var der ingen, der svarede ja til dette spørgsmål. Angående spørgsmålet om at have haft svært ved at finde en mening med livet svarede 20 procent af deltagerne ja til dette spørgsmål ved indsatsens start. Andelen af personer, der har svært ved at finde mening

med livet i netværksgrupperne, er væsentligt højere end andelen, der har svært ved at finde mening med livet, blandt alle de registrerede, der har modtaget et forebyggende hjemmebesøg. Selvom dette ikke nødvendigvis er relateret til selvmordstanker eller -adfærd, tyder det på, at den ønskede målgruppe til en vis grad er formået rekrutteret til netværksgrupperne. Samtidig ses det på figur 6.18, at andelen, der har svaret ja til dette, er faldet med 6 procentpoint i indsatsperioden. Dette tyder på, at indsatsen har haft en positiv virkning for nogle af de personer, der har haft svært ved at finde en mening med livet, hvilket netop er indsatsens formål.

OPSUMERENDE KONKLUSIONER

- Der har været igangsat fem netværksgrupper med i alt 67 deltagere i Frederiksberg Kommune og seks netværksgrupper med i alt 54 deltagere i Aarhus Kommune.
- Der har været en stor aldersspredning, fra 63-95 år.
- Andelen af mænd, der har deltaget i netværksgrupperne, svarer til andelen af mænd i kommunerne. Det er altså lykkedes i projektkommunerne at rekruttere og fastholde mænd i netværksgrupperne.
- Borgerne er primært blevet henvist til indsatsen gennem forebyggende medarbejdere. I modsætning til gågrupperne har kun ganske få selv taget initiativ til at deltage i indsatsen. Dette kan være et udtryk for, at personer, der har behov for at deltage i en netværksgruppe, har svært ved selv at tage initiativ til dette.
- Deltagerne i netværksgrupperne havde forud for indsatsen meget høje forventninger til udbyttet, og disse forventninger er i stor udstrækning blevet indfriet, om end der er nogle former for udbytte, hvor indfrielsen af forventningerne ikke helt har levet op til forventningerne. Flertallet følte, at de var blevet mindre alene, flertallet følte, at de havde fået nye venskaber, ligesom flertallet følte, at de havde mødt mennesker, som de havde noget til fælles med. Dette underbygges af de kvalitative interview, hvor det blev tydeligt, at deltagelse i netværksgrupperne for flere havde resulteret i nye bekendtskaber.
- Deltagerne har generelt haft et godt følelsesmæssigt helbred fra starten, målt via flere redskaber, hvilket indikerer, at man ikke i tilstræk-

kelig grad har været i stand til at rekruttere deltagere, der havde et forebyggende behov i forhold til psykisk og social mistrivsel. Dog var andelen af personer i netværksgrupperne, der har svært ved at finde mening med livet, væsentligt højere end andelen, der har svært ved at finde mening med livet, blandt dem, der har modtaget et forebyggende hjemmebesøg. Selvom dette spørgsmål ikke nødvendigvis er relateret til selvmordstanker eller -adfærd, tyder det på, at den ønskede målgruppe til en vis grad er formået rekrutteret til netværksgrupperne.

- Der er ikke sket en entydig udvikling i forhold til deltageres følelsesmæssige helbred, målt ved screeningerne, hvilket kan skyldes, at deltagerne generelt har haft et godt følelsesmæssigt helbred fra start. Derudover kan dette skyldes, at der er få deltagere i målgruppen, og at perioden på 12 uger er kort i forhold til at forbedre et mere eller mindre dårligt psykisk helbred.
- Dog viser interviewene, at grupperne for nogle tilfælde har haft meget stor betydning for deres tilværelse, idet nogle borgere fortæller, at det har påvirket deres humør meget positivt, nogle fortæller, at det er det vigtigste højdepunkt på ugen, mens andre direkte beskriver det som meningsgivende at deltage.
- Ligeledes er andelen, der inden for de seneste tre måneder har haft svært ved at finde en mening med livet, faldet fra start til slut, hvilket også indikerer, at indsatsen for nogle deltagere har haft en positiv effekt på det følelsesmæssige helbred.

UDGIFTSANALYSE

I dette kapitel gennemgår vi de økonomiske aspekter af de forebyggende besøg. Formålet er at vise, hvad forebyggende besøg fører med sig af omkostninger for en kommune, på baggrund af data fra projektet.

Afgrænsningen i kapitlet er snævrere end i resten af rapporten. Vi beskæftiger os her udelukkende med den del af projektet, der omhandler besøg hos de ældre – det vil sige de almindelige, lovpligtige, forebyggende besøg, de særlige besøg (enke- og enkemandsbesøgene) og de opfølgende besøg. Det skyldes, at disse besøg foretages på en relativt ens måde i de to kommuner, og at der samtidig er relativt gode data om denne del af projektet.

Formålet med kapitlet er at give de deltagende og andre kommuner et samlet indblik i omkostningerne. Det kan give inspiration til, hvordan man kan tilrettelægge lignende indsatser. Det kan samtidig give anledning til at sammenholde omkostningerne med den værdi, som besøgene skaber, og skabe refleksion over, om det er den mest omkostningseffektive måde at hjælpe de ældre på. Det skal dog bemærkes, at besøgene i høj grad er underlagt lovgivningsmæssige rammer, så kommunerne ikke kan vælge at undlade forebyggende besøg til ældre.

Udgifterne i Aarhus er større end i Frederiksberg, hvilket primært afspejler, at det er en større kommune. Udregningerne er generelt

lavet for begge kommuner for at se flest mulige eksempler og ikke for at sammenligne kommunerne.

ANVENDTE LØNUDGIFTER I ANALYSEN

I analysen har vi brugt data om gennemsnitlige lønudgifter fra Kommunerne og Regionernes Løndatakontor (KRL) for syge- og sundhedspersonale i kommunerne, hhv. basis og ledere. Vi har taget udgangspunkt i gennemsnitlige årslønninger under overenskomststatistikken, som opgør den gennemsnitlige løn for alle ansatte i forskellige kategorier pr. 2015. Vi har fået oplyst, at det personale, som har gennemført samtalerne, nemlig sundhedsrådgiverne og forebyggelseskonsulenterne, har en uddannelsesmæssig baggrund som fx sygeplejersker, terapeuter, SOSU-assistenten og professionsbachelor i ernæring og sundhed. Derudover har de typisk en relevant diplomuddannelse, fx i sundhedsfremme og forebyggelse. Disse personalegrupper er indeholdt i KRL's kategori "syge- og sundhedspersonale". Projektlederen i Frederiksberg er teamleder for afdelingen og er derfor indsat som leder, mens projektlederen i Aarhus er konsulent med samme uddannelsesniveau som forebyggelseskonsulenterne og derfor er indsat på baggrund af lønniveauet for en ikke-ledende medarbejder.

Til bruttoårslønnen har vi tillagt et overhead på 20 procent for at afspejle de omkostninger, som er forbundet med medarbejderne, herunder kontorplads, støttefunktioner mv. Dermed følger vi Socialstyrelsens vejledning for samfundsøkonomisk evaluering (Socialstyrelsen, 2015).

Årslønnen er omregnet til en månedsløn ved at dividere med 12. Derudover har vi udregnet en effektiv timepris ved at dividere den gennemsnitlige årsløn med 1.418 timer, som ligeledes er den timenorm for effektive årlige timer, der anbefales af Socialstyrelsen (2015).

Dermed opnås enhedspriser som angivet i tabel 7.1.

TABEL 7.1

Anvendte enhedspriser for gennemsnitlige lønninger til projektmedarbejdere.

	Medarbejder (løn i kr.)	Leder (løn i kr.)
Effektiv timeløn i kr.	350	476
Månedsløn i kr.	41.402	56.199
Årsløn i kr.	496.826	674.392

Anm.: Lønudgifter er tillagt 20 procent overhead

Kilde: Kommunerne og Regionernes Løndatakontor (KRL), overenskomststatistikken for gennemsnitlig løn i 2015 for "syge- og sundhedspersonale".

OPSTARTSUDGIFTER

I projektets opstart har der været udgifter forbundet med opkvalificering og indledende planlægning og koordinering.

OPKVALIFICERING

Alle medarbejdere, der foretager besøg, var på et femdageskursus i starten af projektet. Kurset handlede om, hvordan man bruger screeningsredskaberne, og om sårbare grupper blandt ældre, herunder ældre ramt af ensomhed, sorg og selvmordsadfærd.

Opkvalificering er nødvendig, før man går i gang med at bruge screeningsredskaberne, påpeger begge projektledere. Det er særligt nødvendigt, at medarbejderne er klædt på til at stille spørgsmålene om selvmordsadfærd. Det kræver, at medarbejderen kan håndtere oplysningerne og reagere hensigtsmæssigt for at hjælpe den ældre og ikke selv blive for psykisk belastet af det. Derfor er en indledende opkvalificering en væsentlig opstartsudgift.

Kurset var arrangeret af Sundhedsstyrelsen, og der var derfor intet kursusgebyr. Andre kommuner vil derfor have en højere opstartsomkostning, da man må forvente udgifter til betaling af et femdageskursus.

I tabel 7.2 viser vi en beregning af udgifter i forbindelse med kurset. Den baserer sig på medarbejdernes tidsforbrug. I udregningen har vi medregnet deltagelse i kurset for seks sundhedsrådgivere og deres leder fra Frederiksberg Kommune samt de ni forebyggelseskonsulenter og projektlederen fra Aarhus Kommune. Derudover deltog andre medarbejdere, men de bruger ikke kurset direkte i forbindelse med besøgene. I Aarhus Kommune har den brede deltagelse af frivilligkonsulenter mv. nok været medvirkende til, at det har været nemmere at få de forskellige

dele af projektet til at hænge sammen, og at der er blevet opsporet relativt mange ældre med behov for særlige samtaler. Vi kunne derfor have valgt at inkludere en større gruppe i beregningen, men her er den altså afgrænset til de medarbejdere, der direkte arbejder med besøg.

TABEL 7.2

Udgifter i forbindelse med opkvalificering af projektmedarbejdere ved opstart.

	Frederiksberg		Aarhus	
	Antal	Udgift, kr.	Antal	Udgift, kr.
Udførende medarbejdere	6	63.067	9	94.600
Projektleder	1	14.268	1	10.511
I alt, kr.		77.335		105.111

Anm.: Der er regnet med seks (effektive) timer pr. dag.

Kilde: Kommunerne og Regionernes Løndatakontor (KRL), overenskomststatistikken for gennemsnitlig løn i 2015 for "syge- og sundhedspersonale". Interview med projektledere.

PLANLÆGNING OG KOORDINERING

Projektlederne har haft noget ekstra arbejde med at organisere arbejdet på en ny måde. I forbindelse med besøgene har det primært været at implementere screeningerne og indføre enke- og enkemandsbesøgene. Det er dog noget, der har kunnet gøres inden for projektledernes almindelige arbejdstid, påpeger de selv. Det er derfor umuligt at udskille opstartsomkostningerne forbundet med planlægning og koordinering. Vi vælger at udelade disse omkostninger fra evalueringen ud fra en betragtning om, at det er et begrænset tidsforbrug. Det virker rimeligt at gøre, da hverken Aarhus Kommune eller Frederiksberg Kommune har ændret nævneværdigt på deres overordnede struktur og organisation, og da arbejdet med planlægning og koordinering kunne gøres inden for projektledernes almindelige arbejdstid.

UDGIFTER PR. BESØG

Tidsforbruget pr. besøg er beregnet på baggrund af interview med projektlederne, hvor vi sammen udarbejdede en tidslinje for besøgene. I tabel 7.3 er der indsat en oversigt, og i det følgende gennemgås de forskellige dele.

Processen for et besøg starter i begge kommuner med, at der dannes lister over borgere, som skal have et tilbud om besøg. Det fore-

går lidt forskelligt afhængigt af dels, hvilken kommune der er tale om, dels hvorvidt der er tale om almindelige besøg eller enke-/enkemandsbesøg. Der er ikke medregnet tid til dette, da det sker nogenlunde automatisk med jævne mellemrum,²⁶ hvorfor tiden pr. besøg i forbindelse med dette er ubetydelig. Af samme grund er der heller ikke medregnet særskilt tid til at afsende breve.

I Frederiksberg Kommune er det receptionen, der tager sig af afbud fra borgerne i forbindelse med de almindelige, forebyggende besøg. Ellers er det de medarbejdere, der også foretager besøgene, dvs. sundhedsrådgivere eller forebyggelseskonsulenter, der håndterer planlægningen. Vi regner med, at planlægningen tager ca. 10 minutter pr. besøg i gennemsnit, hvilket dækker over, at der i nogle tilfælde bare sættes en dato i kalenderen, mens der i andre tilfælde er opkald fra borgere, der kan tage tid.

I forbindelse med nogle besøg er der et konkret forslag til tidspunkt for besøg med i brevet. Det gælder alle særlige og opfølgende besøg samt hvert femte år for de almindelige, forebyggende besøg i Frederiksberg. Om besøget er med datobrev eller ej, betyder ikke det helt store for det samlede tidsforbrug pr. besøg. Ved brev uden dato er der flere opringninger vedrørende booking af tid, men ved datobrev vil der i stedet være opringninger vedrørende afbud og nye tider.

Et almindeligt besøg tager en time. Medarbejderne er dog selvplanlæggende og fortæller, at de ofte bruger mere tid. I starten af projektperioden var der afsat 1½ time til besøgene i Aarhus, men det er blevet ændret til en time for de almindelige, forebyggende hjemmebesøg.

Der er afsat 1½ time til samtaler for par. Man forsøger at tage disse samtaler sammen, da det giver bedst mening for borgerne, at man kun kommer én gang, og samtidig sparer det tid. Derfor er tidsforbruget for en parsamtale 90 minutter, svarende til 45 minutter pr. borger, forudsat at begge ægtefæller er inden for målgruppen.

De særlige besøg for enker og enkemænd samt andre ”særlige” eller opfølgende besøg er i Aarhus rammesat til 1½ time, og det samlede tidsforbrug på denne type besøg er derfor 30 minutter større, dvs. 90 minutter i alt.

26. I Frederiksberg genereres oversigter ift. almindelige besøg løbende, og de tjekkes flere gange om ugen. Lister over enker/enkemænd trækkes cirka hver anden uge. I Aarhus trækkes lister et par gange om året for almindelige besøg og 1-2 gange om måneden for de særlige enke- og enkemandsbesøg.

Nogle besøg tager kortere tid, fordi de i praksis er ”forgæves” besøg. Her har borgeren fået et tilbud om besøg med en dato og har ikke kontaktet kommunen for at melde afbud. Alligevel er det ikke sikkert, at borgeren er hjemme eller klar til at tage imod besøg, typisk fordi borgeren ikke har set eller noteret sig brevet. Det er særligt et problem, idet brevene kommer i e-Boks, som ikke alle ældre er vant til at benytte. Det er dog ikke en stor andel af besøgene, der er forgæves (under 15 procent).

Transport frem og tilbage estimeres til 25 minutter pr. besøg i gennemsnit. I Frederiksberg Kommune er der afsat 15 min. pr. vej, mens der i Aarhus Kommune er afsat 10 min. pr. vej.

Efter besøget vil der typisk være en opfølgning, som foregår på kontoret. Denne kan bestå i at finde materiale frem til borgeren, foretage en telefonisk opfølgning eller lignende. På baggrund af interviewene er dette anslået til gennemsnitligt 25 minutter pr. besøg.

TABEL 7.3

Tidsforbrug for enkelte processer i et gennemsnitligt besøg under projektet.

Proces:	Tidsforbrug (minutter)
Der trækkes lister og sendes breve – foregår næsten automatisk	-
Planlægning af besøg, herunder kalenderbookning og håndtering af eventuelle opringninger fra borgeren	10
Transport (frem og tilbage)	25
Selve besøget	60
Opfølgning, herunder finde og sende pjecer, telefonsamtale og lignende	25
Tidsforbrug pr. besøg, i alt	120

Kilde: Tidslinjer udarbejdet under interview med projektledere

I alt tager et besøg gennemsnitligt 120 minutter inklusiv transport og eventuel telefonisk opfølgning. Det svarer til 701 kr. pr. besøg.

Nogle besøg tager kortere tid (forgæves besøg), mens andre tager længere tid (parbesøg og de fleste særlige besøg). Vi vælger at lave et samlet gennemsnit for alle besøg, da vi ikke har en samlet opgørelse over besøg, som er opdelt i alle relevante typer. Det beregnede gennemsnitlige tidsforbrug må anses som et konservativt estimat.

LØBENDE UDGIFTER I ALT

For at lave en samlet opgørelse over udgifter til besøgene i hele projektperioden har vi anvendt to forskellige metoder: én, hvor vi tager udgangspunkt i tidsforbrug pr. besøg, og én, hvor vi tager udgangspunkt i medarbejdernes samlede tidsforbrug.

Først kigger vi på udgifterne, når man tager udgangspunkt i det beregnede tidsforbrug pr. besøg. Herefter ganger vi med det antal besøg, som projektkommunerne har angivet, at de har foretaget i projektperioden. Beregningen ses i tabel 7.4 og viser, at udgiften er ca. 3,1 mio. kr. i Aarhus Kommune og 2,2 mio. kr. i Frederiksberg Kommune.

TABEL 7.4

Løbende udgifter, direkte relateret til besøg under projektet, beregnet ud fra antal besøg og tidsforbrug pr. besøg. Antal og kroner.

	Aarhus	Frederiksberg
Antal besøg i alt i perioden	4.400	3.196
Antal timer	8.800	6.392
Løbende lønudgifter, kr.	3.083.267	2.239.573

Kilde: Oplysninger fra projektledere og beregninger baseret på tidslinjer, udarbejdet under interview med projektledere

Den anden tilgang, som vi har brugt, tager udgangspunkt i antallet af medarbejdere, der foretager besøg, og hvor stor en del af deres tid, der er anvendt til besøgene. Det er projektlederne i begge kommuner og nogle af medarbejderne i Frederiksberg Kommune, der har skønnet den gennemsnitlige andel af arbejdstiden, der anvendes til besøg. Det er gjort ved, at de på et skema har fordelt medarbejdernes samlede arbejdstid på en gennemsnitlig uge i forskellige kategorier, som de selv har været med til at formulere. Den andel, som knytter sig til besøg, er derefter medtaget i beregningen, mens andre opgaver (fx netværks- og gågrupper) er taget fra. Udregningerne ses i tabel 7.5. Det ses her, at den samlede udgift til besøg beregnes til ca. 5,6 mio. kr. i Aarhus Kommune og 3,0 mio. kr. i Frederiksberg Kommune.

TABEL 7.5

Løbende udgifter, direkte relateret til besøg under projektet, beregnet ud fra samlet løn og andel af tid anvendt på besøg. Antal, kroner og procent.

	Aarhus	Frederiksberg
Antal medarbejdere	8 ¹	6 ²
Løn i alt i projektperioden, kr.	6.955.570	4.159.243
Skønsmæssig andel af arbejdstid anvendt på besøg, procent.	81	71
Løn anvendt på besøg, kr.	5.639.651	2.953.062

1. Der var ni medarbejdere i starten af perioden, hvilket senere er nedsat til syv på grund af omorganisering i kommunen. Derfor anvender vi et gennemsnit i beregningen.
2. Bemærk, at medarbejdernes gennemsnitlige ugentlige arbejdstid er 29,5 timer, hvilket der er taget højde for i udregningen af den samlede løn.

Kilde: Interview med projektledere samt oversigter over fordeling af medarbejderes arbejdstid.

Den anden tilgang giver altså et resultat, som er væsentligt højere end den første tilgang. Vi ser flere forklaringsmuligheder på dette. For det første tager mange af besøgene i praksis formentlig længere tid end den time, som er afsat, og som er brugt som grundlag for beregningen. Medarbejderne giver generelt udtryk for, at besøgene tager længere tid, og faktisk er der også afsat længere tid til nogle af besøgene. Derfor er den første beregning formentlig underestimeret.

Den anden beregning er nok overestimeret. Man kan forestille sig, at medarbejderne i praksis bruger tid på mange forskellige opgaver, som ikke er så ”synlige” som besøgene, og derfor bliver besøgene overestimeret.

Da vi ikke har fulgt medarbejderne og dermed ikke kender deres eksakte tidsforbrug, kan vi ikke give en mere præcis analyse af lønudgifterne til besøg. I de følgende udregninger bruger vi derfor et gennemsnit af tallene, der fremkom med de to forskellige udregninger.

Ud over de udgifter, der er direkte forbundet med besøgene, er der også udgifter, som indirekte hænger sammen med besøgene. De er oplyst og beregnet i tabel 7.6.

Projektlederne har beskæftiget sig med det samlede projekt. De angiver begge, at arbejdet med besøgene har været en integreret del af deres arbejde, og at det er en del af deres ”kerneopgave”. Derfor er den svær at udskille. Men der er naturligvis noget arbejde med at lede og koordinere, som direkte eller indirekte hænger sammen med besøgene. Dette anslås til halvanden måned i hele projektperioden.

Medarbejderne har også brugt tid, som ikke direkte hænger sammen med et bestemt besøg, men som stadig har relation til besøgene.

Det kan være møder om borgere, overordnet koordinering osv. Denne tid er anslået på baggrund af projektledernes oplysninger og omregnet til lønudgifter.

Til sidst har vi indregnet løbende kompetenceudvikling. I begge kommuner har de haft opfølgende temadage og/eller supervision. Det har særligt været i forhold til, hvordan man bedst håndterer besøg hos borgere, der har det særlig svært og måske overvejer selvmord. Vi har beregnet to dage i alt i projektperioden på 1 år og 9 måneder.

Generelt cykler medarbejderne ud til besøg i de to kommuner, og der er derfor ikke udgifter til transport, ud over tiden.

I alt bliver de løbende udgifter i projektperioden på ca. 4,8 mio. kr. i Aarhus Kommune og ca. 3,2 mio. kr. i Frederiksberg Kommune.

TABEL 7.6

Samlede løbende udgifter, der er direkte eller indirekte forbundet med besøgene under projektet.

	Aarhus	Frederiksberg
Lønudgifter, direkte forbundet med besøg, kr. ¹	4.361.459	2.596.318
Lønudgifter til projektleder ² kr.	62.103	84.299
Lønudgifter til medarbejdere, anvendt på koordinering mv. ³ kr.	375.977	469.501
Kompetenceudvikling løbende (2 dage i alt i projektperioden), kr.	33.636	25.227
I alt, kr.	4.833.175	3.175.344

1. Beregnet som et gennemsnit af de to anvendte beregningsmetoder i tabel 7.4 og tabel 7.5.

2. Beregnet som 1½ måned pr. projektleder, som er anvendt på koordinering, møder, workshops mv. i forbindelse med besøgene.

3. Beregnet som hhv. ca. 5 procent og ca. 9 procent af tiden (ud fra projektledernes skønsmæssige opgørelser) til tværgående opgaver ifm. besøg, fx overordnet koordinering, møder med kolleger mv.

Kilde: Egne beregninger, baseret på interview med projektledere, tidslinjer og oversigter over fordeling af arbejdstid.

I projekter, som er en del af et større projekt, fx under satspuljen, vil der ofte være et ressourceforbrug, som ikke er knyttet til selve indsatsen. Det kan være omfattende krav til deltagelse i videndeling, afrapportering eller evaluering. Hvis projektet fortsætter, eller andre kommuner implementerer indsatsen, vil disse udgifter ikke skulle afholdes, hvorfor man som regel udelader dem i en økonomisk analyse, der har til formål at belyse de forventede udgifter, forbundet med implementering i andre kommuner. I dette projekt har denne type aktiviteter dog ikke fyldt meget. Screeningen tager en del tid på besøgene, men screening er netop en integreret del af indsatsen. Det har desuden været nævnt som en aflastning for projektlederen, at Sundhedsstyrelsen har fungeret som projektejer. Samlet set er

der altså ikke ekstra omkostninger forbundet med at deltage i det fælles projekt.

UDGIFTER I ALT OG FORTOLKNING

I tabel 7.7 har vi sammenlagt de beregnede opstarts- og løbende udgifter. Det samlede beløb er ca. 4,9 mio. kr. for Aarhus Kommune og 3,3 mio. kr. for Frederiksberg Kommune.

TABEL 7.7

Udgifter i projektperioden på 1 år og 9 måneder, fordelt på opstarts- og løbende udgifter. Særskilt for de to kommuner.

	Aarhus	Frederiksberg
Opstartsudgifter, kr.	77.335	105.111
Løbende udgifter, kr.	4.833.175	3.175.344
I alt	4.910.509	3.280.456

Kilde: Egne beregninger, baseret på interview med projektledere, tidslinjer og oversigter over fordeling af arbejdstid

Det er væsentligt at pointere, at de to projektkommuner ikke har oprustet personalemæssigt for at deltage i dette projekt, og at ovenstående udgifter ikke skal ses som ekstra udgifter. De gennemførte i forvejen samtaler med ældre. Ændringerne består primært i måden, de fører samtalerne på, hvor screeningsredskaberne er centrale. Det har ikke kostet noget at foretage denne ændring. Det har netop været en væsentlig pointe i forhold til implementering at kunne holde samtalerne inden for de eksisterende budgetter. Ovenstående skal derfor ikke forstås som en udgift ved projektet, men som et forsøg på at synliggøre, hvad de forebyggende, særlige og opfølgende besøg koster i kommuner som hhv. Aarhus og Frederiksberg.

En del af aktiviteterne i dette projekt er ikke noget, som kommuner frit kan vælge til eller fra. De årlige, almindelige, forebyggende besøg er således lovpligtige for ældre over 80 år. I projektperioden var tilbuddet lovpligtigt, fra borgeren fyldte 75 år. Til gengæld skal kommunerne tilbyde behovsbestemte besøg til ældre over 65 år, som er i risiko for psykisk, fysisk eller socialt funktionsevnetab. Herunder skal borgere have tilbudt et besøg det år, de fylder 75. Derudover er det ikke klart defineret, hvem der ligger i målgruppen for de behovsbestemte besøg, og

hvordan man skal finde frem til dem. Her kan dette projekt måske give inspiration.

Udgifterne skal naturligvis ses i relation til de resultater, der er opridset i resten af denne rapport – altså hvor mange sårbare ældre der opspores og hjælpes gennem besøgene, og den betydning som besøgene har for disse borgere.

OPSUMMERENDE KONKLUSIONER

- Det er nødvendigt med faglig opkvalificering af personale for at varetage de forebyggende hjemmebesøg, som ønsket i projektet. Udgifter i forbindelse med denne opkvalificering har været dækket af Sundhedsstyrelsen for de to projektkommuner, hvorfor kommuner der ønsker at implementere samme struktur for de forebyggende hjemmebesøg, som der er anvendt i projektet, skal beregne højere opstartsomkostninger, end de to projektkommuner har haft.
- Det er beregnet, at et forebyggende hjemmebesøg i gennemsnit tager 120 minutter inklusiv transport og eventuelt opfølgende telefonopringning.

LITTERATUR

- Danmarks Statistik (2016). Tilgængelig på: <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1366> Besøgt 6-8-2016.
- Kirkevold, M. & Å. Bergland (2007): "The quality of qualitative data: Issues to consider when interviewing participants who have difficulties providing detailed accounts of their experiences". *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(2), 68-75.
- Kvale, S. & S. Brinkmann (2009): *Interview – Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, L. (2007): "Gerontopsykologi". I: L. Larsen (red.): *Gerontopsykologi. Det aldrende menneskes psykologi*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, s. 11-17.
- Lasgaard, M. (2007): "Reliability and validity of the Danish version of the UCLA Loneliness Scale". *Personality and Individual Differences*, (42), 1359–1366.
- Miller, M. (1979): *Suicide after sixty: The final alternative*. New York: Springer Publishing Company.
- Platz, M. (2007): "Aspekter af ældres levekår". I: C.E. Swane, A.L. Blaa-kilde & K. Amstrup (red.): *Gerontologi. Livet som gammel – en tvær-*

- faglig lærebog i gerontologi*. København: Munksgaard Danmark, s. 66-75.
- Platz, M. (2006): *Ældres helbred og velbefindende – flere gode leveår*. Hellerup: Videnscenter på ældreområdet.
- Rickli, R.E. & C.J. Jones (1999): "Functional Fitness Normative Scores for Community-residing Older Adults, Ages 60-94". *Journal of Aging and Physical Activity*, 7, s. 162-181.
- Rostgaard, T., R.N. Brünner & T. Fridberg (2012): *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 12:03.
- Scocco, P. & L.D. De (2002): "One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviors in an elderly population". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, s. 842-846.
- Smith, J.M. (2012): "Toward a Better Understanding of Loneliness In Community-Dwelling Older Adults". *The Journal of Psychology*, 146(3), s. 293-311.
- Socialstyrelsen (2015): *Samfundsøkonomisk evaluering på socialområdet – Bruervejledning*. Odense: Socialstyrelsen.
- Sonnenberg, C.M., D.J.H. Deeg, T.G. van Tilburg, D. Vink, M.L. Stek & A.T.F. Beekman (2013): "Gender differences in the relation between depression and social support in later life". *International Psychogeriatrics*, 25(1), s. 61-70.
- Sundhedsministeriet (2015): Lov om ændring af lov om social service. Lov nr. 1894 af 29-12-2015.
- Sundhedsstyrelsen (2015): *Forebyggelse på ældreområdet – Håndbog til kommunerne*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Vass, M. (2007): "Forebyggende hjemmebesøg til ældre mennesker". I: C.E. Swane, A.L. Blaakilde & K. Amstrup (red.): *Gerontologi. Livet som gammel – en tværfaglig lærebog i gerontologi*. København: Munksgaard Danmark, s. 142-150.
- Winsløv, J. (2007): "Livslede og selvmord blandt gamle mennesker". I: L. Larsen (red.): *Gerontopsykologi. Det aldrende menneskes psykologi*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, s. 237-264.
- Winter, S., F. Beer, M. Skou, M. Stigaard, A. Henriksen & N. Friisberg (2008): *Statslig og kommunal beskæftigelsesindsats: Implementering af "Flere i Arbejde" for strukturreformen*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 08:19.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2015

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Nogle rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 15:01 Ottosen, M.H., M. Lausten, S. Frederiksen & D. Andersen: *Anbragte børn og unges trivsel 2014*. 122 sider. ISBN: 978-87-7119-276-6. e-ISBN: 978-87-7119-277-3. Pris: 120,00 kr.
- 15:02 Benjaminsen, L., T. Dyrvig & T. Gliese: *Livet på hjemløseboformer*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-278-0. e-ISBN: 978-87-7119-279-7. Pris: 140,00 kr.
- 15:03 Gorinas, C. & V. Jakobsen: *Indvandreres og efterkommeres placering på det danske arbejdsmarked*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-280-3. e-ISBN: 978-87-7119-281-0. Pris: 170,00 kr.
- 15:04 Niss, N.K., A. Kierkgaard, A.-K. Højen-Sørensen & A.Aa. Hansen: *Barrierer for tidlig opsporing af alkoholproblemer i børnefamilier. En analyse af barrierer for frontpersonalet*. 145 sider. e-ISBN: 978-87-7119-282-7. Netpublikation

- 15:05 Bengtsson, S., A.L. Rasmussen & S. Gregersen: *Metoder i botilbud*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-283-4. e-ISBN: 978-87-7119- 284-1. Pris: 200,00 kr.
- 15:06 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2014*. 240 sider. ISBN: 978-87-7119-285-8. e-ISBN: 978-87-7119- 286-5. Pris: 240,00 kr.
- 15:07 Dietrichson, J., M. Bøg, T. Filges & A.-M.K. Jørgensen. *Skolerettede indsatser for elever med svag socioøkonomisk baggrund*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-287-2. e-ISBN: 978-87-7119-288-9. Pris: 140,00 kr.
- 15:08 Østergaard, S.V., A.B. Steensgaard, A.T. Hansen, S. Henze-Pedersen & J. Østergaard: *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer i barndommen gør en forskel?* 100 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 289-6. Netpublikation.
- 15:09 Keilow, M. & A. Holm: *Udvikling af måleinstrument for elevadfærd og -holdninger. Baseline data fra evaluering af folkeskolereformen*. 56 sider. e-ISBN: 978-87-7119-290-2. Netpublikation.
- 15:10 Albæk, K., H.B. Bach, R. Bille, B.K. Graversen, H. Holt, S. Jensen & A.B. Jonassen: *Evaluering af mentorordningen*. 144 sider. e-ISBN: 978-87-7119-291-9. Netpublikation.
- 15:12 Christensen, E. & S. Baviskar: *Unge i Grønland. Med fokus på seksualitet og seksuelle overgreb*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-293-3. e-ISBN: 978-87-7119- 294-0. Pris: 120,00 kr.
- 15:13 Christensen, E. & S. Baviskar: *Kalaallit nunaanni inuusuttut. Kinguaassiuutinut tunngasut kinguaasiuutitigullu innarliisarmert qitinnegarlutik*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-295-7. e-ISBN: 978-87-7119-296-4. Pris: 140,00 kr.
- 15:14 Rangvid, B.S., V.M. Jensen & S.S. Nielsen. *Forberedende tilbud og overgang til ungdomsuddannelse*. 99 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 297-1. Netpublikation.
- 15:15 Amilon, A. (red.): *Inkluderende skolemiljøer – elevernes roller*. 288 sider. ISBN: 978-87-7119-304-6. e-ISBN: 978-87-7119- 300-8. Pris: 280,00 kr.
- 15:16 Amilon, A.: *Evaluering af lokale initiativer for førtidspensionister*. 96 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 301-5. Netpublikation
- 15:17: Jakobsen, V.: *Uddannelses- og beskæftigelsesmønstre i årene efter grundskolen. En sammenligning af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige*

- lande og etniske danskere*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-305-3. e-ISBN: 978-87-7119-306-0. Pris: 140,00 kr.
- 15:18 Christensen, G., A.G. Jeppesen, A.A. Kjær & K. Markwardt: *Udsættelser af lejere – Udvikling og benchmarking. Ljere berort af foged-sager og udsættelser i perioden 2007-13*. 178 sider, e-ISBN: 978-87-7119-307-7. Netpublikation
- 15:19 Christensen, C.P. & C. Scavenius: *Et felteksperiment med Kærlighed i Kaos. Et forældretræningsprogram til familier med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-308-4. e-ISBN: 978-87-7119-309-1. Pris: 90,00 kr.
- 15:20 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2014. Regionale forskelle*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-310-7. e-ISBN: 978-87-7119-311-4. Pris: 90,00 kr.
- 15:21 Nielsen, C.P., M.D. Munk, M.T. Jensen, K. Karmsteen & A.-M.K. Jørgensen: *Mønsterbryderindsatser på de videregående uddannelser. En forskningskortlægning*. 168 sider. e-ISBN: 978-87-7119-312-1. Netpublikation.
- 15:22 Sievertsen, H.H. & C.J. de Montgomery: *Børn i lavindkomstfamilier*. 105 sider. e-ISBN: 978-87-7119-313-8. Netpublikation.
- 15:23 Wendt, R.E. & A.-M.K. Jørgensen: *Forskningskortlægning, kvalitetsvurdering og analyse af udviklingen i skandinavisk dagtilbudsforskning for 0-6-årige i året 2013*. 98 sider. E-ISBN:978-87-7119-314-5. Netpublikation.
- 15:24 Termansen, T., T. Dyrvig, N.K. Niss & J.H. Pejtersen: *Unge i misbrugsbehandling*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-315-2. e-ISBN: 978-87-7119-316-9. Pris: 170,00 kr.
- 15:25 Christensen, E.: *Det har vi lært af NAKUUSA*. 56 sider. e-ISBN: 978-87-7119-317-6. Netpublikation.
- 15:26 Christensen, E.: *Nakuusamit makku ilikkearpavut. NAKausap meeqqanut isummorsorfiani ilaasortanik apersuineq*. 62 sider. e-ISBN: 978-87-7119-318-3. Netpublikation.
- 15:27 Keilow, M. & A. Holm: *Skalaer til måling af elevtrivsel på erhvervsuddannelserne. En analyse af data fra tidligere trivselsmålinger. Bidrag til Undervisningsministeriets udvikling af elevtrivselsmålinger på erhvervsuddannelserne*. 92 sider. e-ISBN: 978-87-7119-319-0. Netpublikation.
- 15:28 Andersen, D. & B.S. Rangvid: *Skoleudvikling med fokus på sprog i al undervisning. Implementering og elevresultater af udviklingsprogram til*

- styrkelse af tosprogede elevers faglighed i de 2 første år.* 116 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 320-6. Netpublikation.
- 15:29 Baviskar, S: *Grønlandere i Danmark. En registerbaseret kortlægning.* 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 321-3. Netpublikation.
- 15:30 Siren, A., R.N. Brunner & R.C.H. Jørgensen: *"Øvelse gør mester" i Næstved Kommune. Evaluering af livs kvalitet i forbindelse med et rehabiliteringsforløb på plejecentre.* 71 sider. e-ISBN: 978-87-7119-322-0. Netpublikation.
- 15:31 Holt, H., M. Larsen, H.B. Bach & S. Jensen: *Borgere I fleksjob efter reformen.* 208 sider. ISBN: 978-87-7119-323-7. e-ISBN: 978-87-7119- 324-4. Pris: 200,00 kr.
- 15:32 Keilow, M., M. Friis-Hansen, R.M. Kristensen & A. Holm: *Effekter af klasseledelse på elevers læring og trivsel.* 176 sider. ISBN: 978-87-7119-325-1. e-ISBN: 978-87-7119-326-8. Pris: 170,00 kr.
- 15:33 Christensen, E: *3-5 år efter ophold i Mælkebøtten – en opfølgning af 26 børn og unge.* 64 sider. ISBN: 978-87-7119-327-5. e-ISBN: 978-87-7119-328-2. Pris: 60,00 kr.
- 15:34 Christensen, E: *Meeqqanik inuusuttunillu 26-nik malinnaaqinneq - Mælkebøttenimit nuunnerinit ukiut 3-5 kingorna.* 64 sider. ISBN: 978-87-7119-329-9. e-ISBN: 978-87-7119- 330-5. Pris: 60,00 kr.
- 15:35 Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen: *Hjemløshed i Danmark 2015. National kortlægning.* 208 sider. ISBN: 978-87-7119-333-6. e-ISBN: 978-87-7119-334-3. Pris: 200,00 kr.
- 15:36 Nielsen, C.P., A.T. Hansen, V.M. Jensen & K.S. Arendt: *Folkeskolereformen. Beskrivelse af 2. dataindsamling blandt elever.* 137 sider. E-ISBN: 978-87-7119-335-0. Netpublikation.
- 15:37 Jensen, M.T., K. Karmsteen, A.-M.K. Jørgensen & S.B. Rayce: *Psychosocial Function and Health in Veteran Families - A Gap Map of Publications within the Field.* 220 sider. e-ISBN: 978-87-7119-336-7. Netpublikation.
- 15:38 Sievertsen, H.H: *En god start – betydningen af alder ved skolestart for barnets udvikling.* 83 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 337-4. Netpublikation.
- 15:39 Mehlsen, L., H. Holt, H.B. Bach & C. Törnfeldt: *Ressourceforløb. Koordinerende sagsbehandlers og borgeres erfaringer.* 108 sider. ISBN: 978-87-7119-338-1. Pris: 200,00 kr.

- 15:40 Kjer, M.G., S. Baviskar & S.C. Winter: *Skoleledelse I folkeskolereformens første år. En kortlægning*. 140 sider. e-ISBN: 978-87-7119-340-4. Netpublikation.
- 15:41 Benjaminsen, L., S.B. Andrade, D. Andersen, M.H. Enemark & J.F. Birkelund: *Familiebaggrund og social marginalisering i Danmark. En registerbaseret kortlægning*. 336 sider. ISBN: 978-87-7119-341-1. e-ISBN: 978-87-7119-342-8. Pris: 330,00 kr.
- 15:42 Lausten, M., S. Frederiksen, R.F. Olsen, A.A. Nielsen & T.T. Bengtsson: *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer – del II. Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-343-5. e-ISBN: 978-87-7119-344-2. Pris: 120,00 kr.
- 15:43 Niss, N.K. & I.S. Rasmussen: *Evaluering af satspuljen forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge*. 129 sider. e-ISBN: 978-87-7119-345-9. Netpublikation.
- 15:44 Jakobsen, V., M. Larsen & S. Jensen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2015*. 272 sider. ISBN: 978-87-7119-346-6. e-ISBN: 978-87-7119-347-3. Pris: 270,00 kr.
- 15:45 Christensen, G., R.C.H. Jørgensen & M.R. Larsen: *Erfaringer med at ændre socialt mix i udsatte boligområder. Evaluering af brugen af anvisnings- og udlejningsredskaber som led i Landsbyggefondens 2006-10-midler*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-348-0. e-ISBN: 978-87-7119-349-7. Pris: 200,00 kr.
- 15:46 Mehlsen, L., M.T. Jensen, A.-M.K. Jørgensen, R.E. Wendt & G. Christensen: *Effektfulde indsatser i boligområder til forebyggelse af kriminalitet. En systematisk forskningsoversigt, nr. 1 af 4*. 112 sider. ISBN: 978-87-7119-350-3. e-ISBN: 978-87-7119-351-0. Pris: 110,00 kr.
- 16:01 Skårhøj, A., A.-K. Højen-Sørensen, K. Karmsteen, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Anbragte unges overgang til voksenlivet. Evaluering af fire efterværnsinitiativer under efterværnspakken*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-352-7. e-ISBN: 978-87-7119-353-4. Pris: 160,00 kr.
- 16:02 Andersen, D., M.B. Holtet, L. Weisbjerg & L.L. Eriksen: *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere. Systemets tilbud i borgerperspektiv*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-354-1. e-ISBN: 978-87-7119-355-8. Pris: 170,00 kr.
- 16:03 Baviskar, S., M.N. Christoffersen, K. Karmsteen, H. Hansen, M. Leth-Espensen, A. Christensen & J. Brauner: *Kontinuitet i anbrin-*

- gelsler. Evaluering af lovændringer under Barnets reform, delrapport 1.* 128 sider. e-ISBN: 978-87-7119-356-5. Netpublikation.
- 16:04 Niss, N.K., K.I. Dannesboe, C.P. Nielsen & C.P. Christensen: *Evaluering af inklusionsindsatsen i Billund Kommune.* 132 sider. e-ISBN: 978-87-7119-357-2. Netpublikation.
- 16:05 Benjaminsen, L., M.H. Holm & J.F. Birkelund: *Fattigdom og afsavn. Om materielle og sociale afsavn blandt økonomisk fattige og ikke-fattige.* 336 sider. ISBN: 978-87-7119-358-9. e-ISBN: 978-87-7119-359-6. Pris: 320 kr.
- 16:06 Keilow; M., M. Friis-Hansen, S. Henze-Pedersen & S. Ravn: *Inklusionsindsatser i folkeskolen. Resultater fra to lodtrækningsforsøg.* 128 sider. ISBN: 978-87-7119-361-9. e-ISBN: 978-87-7119-362-6. Pris: 130 kr.
- 16:07 Niss, N.K. & I.S. Rasmussen: *Evaluering af satspuljen "Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge". Projekt "Øget udbytte" på Julemærkehjemmene.* 130 sider. e-ISBN: 978-87-7119-363-3. Netpublikation.
- 16:08 Andersen, D, K. Markwardt, L.B. Larsen & M.A. Svendsen: *Velfærdsteknologi i plejeboliger. Borger, medarbejder og økonomisk perspektiv.* 200 sider. e-ISBN: 978-87-7119-364-0. Netpublikation.
- 16:09 Amilon, A & A.G. Jeppesen: *Økonomisk udsatte pensionister. Levevilkår blandt økonomisk dårligt stillede pensionister.* 98 sider. ISBN: 978-87-7119-365-7. e-ISBN: 978-87-7119-366-4. Pris: 100 kr.
- 16:10 Bille, R.: *Implementering af beskæftigelsespolitik i Danmark.* 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-369-5. Netpublikation.
- 16:11 Bach, H.B., L. Mehlsen & J. Høgelund.: *Evidens om effekten af indsatser for ledige seniorer.* 62 sider. e-ISBN: 978-87-7119-370-1. Netpublikation.
- 16:12 Mehlsen, L., R.C.H. Jørgensen, M.G. Kjer & V. Jakobsen: *Effektfulde indsatser i boligområder til at forbedre børns skolegang og uddannelse og voksnes arbejdsmarkedsparticipation. En systematisk forskningsoversigt, nr. 2 og 3 af 4.* 172 sider. ISBN: 978-87-7119-371-8. e-ISBN: 978-87-7119-372-5. Pris 170 kr.
- 16:13 Mehlsen, L., R.C.H. Jørgensen, M.G. Kjer & V. Jakobsen: *Effektfulde indsatser i boligområder til at øge børns trivsel og forbedre forældres kompetencer. En systematisk forskningsoversigt, nr. 4 af 4.* 134 sider. ISBN: 978-87-7119-373-2. e-ISBN: 978-87-7119-374-9. Pris: 130 kr.

- 16:14 Højen-Sørensen, A.-K., L. J. Kristiansen, A.-M.K. Jørgensen & R.E. Wendt: *Kortlægning, kvalitetsvurdering og analyse af udviklingen i skandinavisk dagtilbudsforskning for 0-6-årige i året 2014*. 107 sider. e-ISBN: 978-87-7119-375-6. Netpublikation.
- 16:15 Larsen, M., H. Holt, M.R. Larsen: *Et konsopdelt arbejdsmarked. Udviklingstræk, konsekvenser og forklaringer*. 170 sider. ISBN: 978-87-7119-376-3. e-ISBN: 978-87-7119-377-0. Pris: 170 kr.
- 16:16 Oldrup, H., M.N. Christoffersen, I.L. Kristiansen, S.V. Østergaard: *Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016*. 256 sider. ISBN: 978-87-7119-378-7. e-ISBN: 978-87-7119-379-4. Pris: 250,00 kr.
- 16:17 Oldrup, H., S. Frederiksen, S. Henze-Pedersen & R.F. Olsen: *Indsat far udsat barn. Hverdagsliv og trivsel blandt børn af fængslede*. 140 sider. e-ISBN: 978-87-7119-380-0. Netpublikation.
- 16:18 Thomsen, J.-P. (red): *Unge i Danmark – 18 år og på vej til voksenlivet. Årgang 95 – Forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. 288 sider. ISBN: 978-87-7119-383-1. e-ISBN: 978-87-7119-384-8. Pris: 290,00 kr.
- 16:19 Hansen, H, C.P. Christensen & T. Termansen: *Evaluering af Feedback-Informed Treatment ved Silkeborg Kommunes Familiecenter*. 77 sider. e-ISBN: 978-87-7119-385-5. Netpublikation.
- 16:20 Højen-Sørensen, A.-K., K.S. Kohl, K.M.V. Dahl, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Lige Muligheder – Udsatte børn og unge. Afsluttende evaluering*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-386-2. e-ISBN: 978-87-7119-387-9. Pris: 180,00 kr.
- 16:21 Bagger, S., K.S. Kohl, M.T. Strande & K. Karmsteen: *Anbragte børns skolegang på intern skole*. 89 sider. e-ISBN: 978-87-7119-388-6. Netpublikation.
- 16:23 Fridberg, T & J.F. Birkeund: *Pengespil og spilleproblemer i Danmark 2005-2016*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-390-9. e-ISBN: 978-87-7119-391-6. Pris: 180,00 kr.
- 16:25 Karmsteen, K., C.J.de Montgomery & J.H. Pejtersen: *Anbragte unges overgang til voksenlivet II. Kvantitativ evaluering af to efterværnsinitiativer under efterværnspakken*. 80 sider. ISBN: 978-87-7119-393-0. e-ISBN: 978-87-7119-394-7. Pris 80,00 kr.
- 16:26 Jensen, D.C., M.J. Pedersen, J.H. Pejtersen & A. Amilon: *Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-395-4. e-ISBN: 978-87-7119-396-1. Pris: 130,00 kr.

- 16:27 Jakobsen, V. & M.R. Larsen: *Boligsociale indsatser og buslejestøtte. En effektevaluering af Landsbyggefondens 2006-2010-pulje*. 172 sider. ISBN: 978-87-7119-397-8. e-ISBN: 978-87-7119-398-5. Pris: 170,00 kr.
- 16:28 Henze-Pedersen, S., C.B. Dyssegaard, N. Egelund & C.P. Nielsen: *Inklusion – set i et elevperspektiv. En kvalitativ analyse*. 144 sider. e-ISBN: 978-87-7119-403-6. Netpublikation.
- 16:29 Nielsen, C.P. & B.S. Rangvid: *Inklusion i folkeskolen. Sammenfatning af resultaterne fra Inklusionspanelet*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-404-3. e-ISBN: 978-87-7119-405-0. Pris 130,00 kr.
- 16:31 Olsen, R.F., K.M.V. Dahl & M.H. Poulsen: *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer gør en forskel i ungdommen?* 116 sider. e-ISBN: 978-87-7119-408-1. Netpublikation.
- 16:33 Henze-Pedersen, S., K.S. Kohl, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Implementering af Multifunc. Et behandlingsprogram til unge med svære adfærdsvanskeligheder*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-413-5. e-ISBN: 978-87-7119-414-2. Pris 180,00 kr.

FOREBYGGELSE PÅ ÆLDREOMRÅDET

EVALUERING AF FOREBYGGELSE AF FYSISK, SOCIAL OG PSYKISK MISTRIVSEL BLANDT ÆLDRE BORGERE

I takt med at den ældre del af befolkningen vokser, er der øget fokus på at forebygge ældres funktionsnedsættelse og psykiske mistrivsel. Sundhedsstyrelsen har derfor afprøvet følgende forebyggende indsatser i to kommuner (Frederiksberg og Aarhus): Systematisk opsporing i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg, gågrupper med fælles gåture og netværksgrupper med fælles aktiviteter som madlavning og fortællinger.

SFI har evalueret projektet, hvor målgruppen har været ældre med et forebyggelsesbehov og potentiale. Evalueringen, der er baseret på en kombination af kvantitative og kvalitative datakilder, viser blandt andet, at det ikke i tilstrækkelig grad er lykket at rekruttere målgruppen for indsatserne – nemlig ældre med forebyggelsesbehov.

Hovedkonklusionen er, at det kræver et øget fokus og en yderligere indsats at nå og fastholde borgere med fysisk, psykisk og social funktionsevne i forebyggende indsatser.