



SUNDHEDSSTYRELSEN

Gode ældreliv med trivsel og sundhed



Fagligt oplæg til handlingsplanen for
"Det gode ældreliv" 2019

Gode ældreliv med trivsel og sundhed

Fagligt oplæg til handlingsplanen for "Det gode ældreliv" 2019

© Sundhedsstyrelsen, 2019.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-131-4

Den trykte versions ISBN: 978-87-7014-132-1

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 07.10.2019

Format: pdf

Foto: Emmanuel på Unsplash

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2019

Indholdsfortegnelse

Forord	5
1. Indledning	6
1.1. Formål	6
1.2. Baggrund.....	6
1.3. Aktører på området.....	8
1.4. Definitioner af "ældre" og målgrupper i det faglige oplæg.....	8
1.5. Vidensgrundlag	10
1.6. Den Socialøkonomiske Investeringsmodel.....	11
1.7. Sammenhæng til øvrige initiativer	12
2. Sammenfatning af anbefalinger	14
3. Viden om ældres sundhed og trivsel	22
3.1 Hvad er et godt ældreliv?.....	22
3.2 Perspektiver på ældre og aldring	22
3.3 Ældres helbred og funktionsevne.....	26
3.4 Ældres familieforhold, fritidsaktiviteter og sociale relationer	31
3.5 Ældres boligforhold, uddannelse og pensionsalder	34
4. Pejlemærker for fremtidige indsatser for gode ældreliv	36
5. Anbefalinger til handlingsplanen for "Det gode ældreliv"	39
5.1. Fællesskaber, trivsel og mental sundhed	40
5.1.1. Styrke viden om meningsfulde fællesskaber for ældre	41
5.1.2. Styrke fællesskaber i boligområder og lokalområdet	43
5.1.3. Styrke og understøtte sårbare og skrøbelige ældres deltagelse i fællesskaber.....	44
5.2. Pårørende til svækkede ældre	48
5.2.1. Rådgivning og støtte til pårørende.....	49
5.2.2. Styrke viden og kompetencer i pårørendestøtte og -samarbejde	51
5.2.3. Fleksible tilbud om aflastning og afløsning til pårørende	53
5.3. En god overgang til ældrelivet.....	55
5.3.1. Information og rådgivning omkring en god overgang til ældrelivet.....	56
5.3.2. Understøtte udbredelse af forskellige boformer for ældre	58
5.4. Forebyggelse, sundhedsfremme og sund aldring	59
5.4.1. Understøtte og styrke god sundhedsadfærd blandt ældre	61
5.4.2. Fastholdelse og genoprettelse af funktionsniveau gennem fysisk aktivitet.....	63
5.4.3. Styrket opsporing af overforbrug af alkohol.....	67
5.4.4. Evaluering af Forebyggende hjemmebesøg	69
5.5. Rehabilitering	72
5.5.1. Fremme rehabiliteringsindsatser af høj kvalitet.....	73
5.6. Værdig død	76
5.6.1. Ingen skal dø uønsket alene	77

Referenceliste	80
Bilagsfortegnelse	86
Bilag 1. Udvalgte initiativer i regi af Sundhedsstyrelsen med relevans for ældreområdet	87
Bilag 2. Medlemmer af referencegruppen for det faglige oplæg til handlingsplanen for "Det gode ældre liv"	90
Bilag 3. Medlemsliste af arbejdsgrupper for det faglige oplæg til handlingsplanen for "Det gode ældre liv"	91

Forord

Vi danskere har gennem de seneste mange år opnået en stadigt stigende levealder, og vi har også fået flere sunde leveår. I takt med denne udvikling er det vigtigt, at vi som samfund har fokus på kvaliteten af de ekstra leveår og på forskellene i ældrebefolkningens sundhedsadfærd, helbred og trivsel.

Et godt ældreliv er for mange forbundet med at klare sig selv længst muligt. De fleste ældre trives, har et godt fysisk og mentalt helbred og oplever, at de kan gøre, hvad de har lyst til. Svækkelse ved sygdom eller ændrede livsbegivenheder kan dog føre til forringet livskvalitet, og et helbred, der kan sætte begrænsninger for den enkelte i hverdagen samt muligheden for at klare sig selv, fastholde sociale relationer og deltage i samfundet.

I satspuljeaftalen for 2019 på ældreområdet blev der afsat midler til en national handlingsplan for det gode ældreliv. Med Sundhedsstyrelsens faglige oplæg *Gode ældreliv med trivsel og sundhed* giver vi vores bidrag til Regeringens arbejde med at udforme en handlingsplan for det gode ældreliv.

Det faglige oplæg er udarbejdet med bred inddragelse af centrale parter og eksperter på sundheds- og ældreområdet i Danmark. De forskellige parter og eksperter har dels deltaget gennem en referencegruppe, dels gennem tematiserede arbejdsgrupper, der alle har bidraget til dette faglige oplæg med gode, konstruktive indspil. Jeg vil derfor gerne takke alle aktører, der har medvirket, for det gode samarbejde.

Det faglige oplæg indeholder en række anbefalinger, som alle har til hensigt at understøtte gode ældreliv med fokus på at sikre flest mulige ældre en sund aldring med livsmod og livskvalitet. Det omfatter selvhjulpne såvel som svækkede ældre samt pårørende til ældre. Fokus for alle anbefalingerne er at understøtte gode fællesskaber, forebyggelse og sundhedsfremme og social inklusion af ældre.

Med dette faglige oplæg håber vi, at vi kan bidrage til, at flere ældre lever gode ældreliv med sundhed og trivsel og uden svækkelse og ensomhed, fra overgangen fra arbejdsmarkedet og til en værdig afslutning på livet.

God læselyst!

Med venlig hilsen



Søren Brostrøm
Direktør

1. Indledning

1.1. Formål

Det faglige oplæg "Gode ældreliv med trivsel og sundhed" indeholder 14 anbefalinger, der skal styrke indsatsen for alle ældre borgere, herunder de svageste ældre, med særligt fokus på at fremme gode ældreliv. Oplægget vil, sammen med Sundheds- og Ældreministeriets øvrige aktiviteter på området, danne baggrund for at udarbejde den nationale handlingsplan for "Det gode ældreliv 2019-2022". Handlingsplanen skal:

1. sikre at færre ældre rammes af svækkelse, ensomhed og tab af livsmod.
2. understøtte at de svageste ældre får den nødvendige støtte til at forebygge dårlig livskvalitet.
3. understøtte at borgere får en værdig død i trygge omgivelser.

Der er afsat 165,1 mio. kr. over fire år til handlingsplanens initiativer. Den konkrete udmøntning af de afsatte midler til den videre indsats i 2019-2022 forhandles med satspuljepartierne i efteråret 2019.

1.2. Baggrund

Danskerne lever generelt længere, og borgere over 65 år udgør en stadig større andel af befolkningen.¹ Et godt ældreliv er for mange forbundet med at klare sig selv længst muligt. Mange ældre har et godt fysisk og mentalt helbred, men der er også ældre, hvor svækkelse af funktioner, sygdom og ændrede livsbegivenheder, som fx tab af nære relationer eller overgangen fra arbejdsliv til pensionistliv, fører til forringet livskvalitet.² For de mest sårbare og skrøbelige ældre kan det betyde en tilværelse, som er præget af ensomhed og et fysisk og mentalt helbred, der kan sætte begrænsninger for den enkeltes udfoldelse i hverdagen.

Med satspuljeaftalen på ældreområdet for 2019-2022 aftalte satspuljepartierne at udarbejde en handlingsplan for "Det gode ældreliv". Satspuljeaftalen tager afsæt i et ønske om at styrke indsatsen for ældre i fremtiden og imødekomme ovenstående udfordringer. Indholdet i handlingsplanen vil blive fastlagt af partierne bag satspuljeaftalen.

Satspuljepartierne har udpeget fem temaer for handlingsplanen for "Det gode ældreliv", som det faglige oplæg tager udgangspunkt i:

¹ Danmarks Statistik: Befolkningsfremskrivning. www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/befolkning-og-befolkningsfremskrivning/befolkningsfremskrivning (Set den 25.07.2019)

² Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres Sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

- a) En god overgang til ældrelivet
- b) Forebyggelse og rehabilitering i det gode ældreliv
- c) Pårørende, fællesskaber, aktiviteter og omgivelsernes betydning i det gode ældreliv og mod ensomhed
- d) Målrettet indsats for de svageste ældre
- e) En værdig død.

I satspuljeaftalen er desuden afsat 14 mio. kr. i perioden 2019-2022 til seks øvrige, konkrete initiativer, der kan understøtte det gode ældreliv inden for handlingsplanens temaer med start i 2019. Initiativerne er:

- Partnerskaber om den gode overgang til livet uden for arbejdsmarkedet
- Ældrevenlige byer
- Godt helbred på egne præmisser
- Styrkelse af de forebyggende hjemmebesøg
- Udvikling af og støtte til kommunernes pårørendeindsats
- Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre med særlige behov.

De seks initiativer er forankret i Sundhedsstyrelsen i regi af Videnscenter for værdig ældrepleje. I udviklingen af de konkrete initiativer inddrages relevante myndigheder og aktører på området. For mere information om de enkelte initiativer henvises til Bilag 1.

Sundhedsstyrelsen er i udarbejdelsen af det faglige oplæg blevet rådgivet af en bredt sammensat referencegruppe med både faglige selskaber, ældreorganisationer, interesseorganisationer, civilsamfundsorganisationer, faglige organisationer, forskningsinstitutioner samt andre aktører med aktiviteter og viden inden for ældreområdet i forhold til de forskellige temaer. Se oversigt over medlemmer i Bilag 2.

Derudover har Sundhedsstyrelsen nedsat tre tematiserede arbejdsgrupper, der har haft til opgave at rådgive og kvalificere arbejdet inden for de temaer, der er defineret i satspuljeaftalen. Se oversigt over medlemmer i Bilag 3. De fem temaer har været omsat og fordelt i arbejdsgrupperne på følgende vis:

- **Arbejdsgruppe 1:** Overgange i ældrelivet (herunder med særligt fokus på overgangen fra arbejds- til pensionistliv).
- **Arbejdsgruppe 2:** Forebyggelse og rehabilitering (herunder omgivelsernes betydning).
- **Arbejdsgruppe 3:** Fællesskaber, pårørende og en værdig død (herunder ensomhed).

Da temaet vedrørende en målrettet indsats for de svageste ældre er relevant på tværs af de andre temaer, har dette tema været behandlet i alle tre arbejdsgrupper.

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af drøftelser i referencegruppen, Videnscenter for værdig ældrepleje, skriftlige bidrag fra arbejdsgrupperne samt det eksisterende arbejde på sundheds- og ældreområdet udarbejdet det faglige oplæg og de 14 anbefalinger. Oplægget har efterfølgende været i høring i arbejdsgrupperne og referencegruppen.

1.3. Aktører på området

Det er en fælles opgave for stat, kommuner og regioner, herunder også sygehuse og almen praksis, at sætte rammerne for at sikre de rette tilbud til borgerne. Dette gælder inden for forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling, omsorg og pleje for at understøtte, at så mange som muligt har gode leveår med mulighed for at leve det liv, den enkelte ønsker – også i en høj alder.

Realisering af det faglige oplægs anbefalinger forudsætter bred opbakning og aktiv medvirken fra beslutningstagere, faglige miljøer, kommuner, regioner, interesseorganisationer, frivillige aktører, private aktører m.fl. Anbefalingerne er især rettet mod udvikling og udbredelse af indsatser i den primære sektor i kommuner, almen praksis samt i civilsamfundet.³ Kommunerne vil ofte spille en oplagt rolle i mange af de indsatser, der kan igangsættes på baggrund af det faglige oplægs anbefalinger. Nogle indsatser kan dog med fordel udformes således, at de kan forankres og drives i samarbejde med og mellem eksempelvis civilsamsfundsaktører, private aktører og andre uden at kommunal deltagelse forudsættes.

1.4. Definitioner af "ældre" og målgrupper i det faglige oplæg

De "ældre" omtales ofte uden en afklarende definition af, hvad ordet "ældre" dækker over. I Sundhedsstyrelsens faglige oplæg anvendes betegnelsen "ældre" som en bred, samlet betegnelse for mennesker på 65 år eller derover, som er den nuværende folkepensionsalder, uanset øvrige livsforhold. Det faglige oplæg er målrettet alle ældre, uanset om de har forladt arbejdsmarkedet eller fortsat er på arbejdsmarkedet, efter de er fyldt 65 år. De "ældre" er ikke en homogen gruppe, som let kan indkredses, da den rummer lige så stor diversitet som den øvrige befolkning. For at nuancere betegnelsen "ældre" skelnes der i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg mellem betegnelserne *selvhjulpne* og *svækkede* ældre. Dette er en overordnet opdeling, som ikke er entydig, da den enkelte ældre i nogle situationer kan være selvhjulpne og i andre situationer kan have behov for hjælp, ligesom disse forhold kan ændre sig flere gange i løbet af den enkelte ældres liv. Ikke desto mindre tillader denne pragmatiske opdeling, at dette oplægs anbefalinger tydeligere kan målrettes bestemte målgrupper.

³ Civilsamfundet dækker over det organiserede foreningsliv, som tilbyder en række forskellige fællesskaber og aktiviteter gennem fx patientforeninger, idrætsforeninger og borgerforeninger samt andre initiativer.

Selvhjulpne ældre

Selvhjulpne ældre defineres her som alle ældre borgere, der har en fysisk, psykisk og social funktionsevne, der gør dem i stand til at klare sig selv i hverdagen uden hjælp fra andre (se kapitel 3.2. for definition af funktionsevne). Selvhjulpne ældre kan godt have én eller flere sygdomme og stadig være selvhjulpne, så længe sygdommen ikke sætter begrænsninger for den enkeltes funktionsevne og mulighed for at gennemføre dagliglivets aktiviteter. Selvhjulpne ældre kaldes i nogle sammenhænge for seniorer, mens perioden fra den enkelte går på pension, og til den enkelte får behov for hjælp, i nogle sammenhænge kaldes den tredje alder.⁴

Svækkede ældre

I satspuljeaftalen for 2019-2022 er der fokus på de svageste ældre, herunder at undgå at ældre bliver svage eller svækkede. I Sundhedsstyrelsens faglige oplæg anvendes betegnelsen *svækkede ældre* frem for *svage ældre*. Svækkede ældre defineres i dette oplæg som ældre, der har nedsat fysisk, psykisk, eller social funktionsevne og derfor har behov for hjælp og støtte fra andre i hverdagen. I nogle sammenhænge betegnes denne periode og tilstand som den fjerde alder.⁴ Selvhjulpne ældre kan opleve at være periodisk svækkede med behov for hjælp for derefter at genvinde funktionsevne og uafhængighed, fx gennem genoptræning eller rehabiliteringsindsatser. Svækkede ældre dækker også udsatte ældre borgere, som fx har et misbrug, psykiatriske diagnoser eller er hjemløse, og som ofte oplever flere af disse problematikker på samme tid samt eventuelt en eller flere kroniske sygdomme. Samlebetegnelsen 'svækkede ældre' dækker således over en mangfoldig gruppe med forskellige behov, som dermed også kan kræve forskelligartede indsatser i form af fx opsøgende arbejde, tættere samarbejde på tværs og en mere omfattende koordination.

I Sundhedsstyrelsens faglige oplæg anvendes derudover begreberne *skrøbelighed* og *sårbarhed*, der i oplægget defineres som følger.

Skrøbelighed og sårbarhed

Skrøbelighed er en klinisk tilstand og defineres som et medicinsk syndrom.⁵ Alderdom og skrøbelighed er ikke det samme, men der ses et sammenfald mellem funktionsproblemer, et højt antal kroniske sygdomme og skrøbelighed, hvorfor syndromet forekommer hyppigere med stigende alder.^{6,7} Skrøbelighed kan komme til udtryk ved

⁴ Tænketanken – Den nye 3. alder (2018): Anbefalinger til Det gode liv i den tredje alder frem mod 2040

⁵ Vass, M. & Hendriksen, C. (2016): Der mangler dansk konsensus om definitionen af skrøbelighed. I: *Ugeskrift for læger* 2016;178:V041600279

⁶ Fried et al. (2001): Frailty in older adults. Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Mar;56(3):M146-56

⁷ Lee L., Heckman G. & Molnar, F.J. (2015): Frailty – identifying elderly patients at high risk of poor outcomes. *Can Fam Physician* 2015; 61:227:3

vægttab, udtrætning, lav muskelstyrke og langsom gang, og kan også dække over alvorlig sygdom.⁸ Skrøbelighed hos ældre hænger sammen med en øget risiko for funktionstab, institutionalisering og tidligere død, men skrøbelighed betragtes samtidig som reversibel og kan i nogen grad forebygges.

Sårbarhed i alderdommen kan være både biologisk og psykosocial og kan hænge sammen med en aftagende evne til at mestre hverdagen.⁹ Sårbarhed opstår i forbindelse med øget skrøbelighed, men defineres også som en oplevet eller erfaret tilstand, som ikke behøver at være permanent.¹⁰ Ikke alle former for sårbarhed hænger således sammen med skrøbelighed. Der er mange faktorer, der påvirker risikoen for sårbarhed. Eksempelvis kan tab af funktionsevne, økonomiske bekymringer omkring pensionsopsparing, tab af ægtefælle og andet netværk føre til sårbarhed, hvor den ældre borger i højere grad end tidligere opfatter sig selv eller opfattes af andre som værende i en udsat position.¹⁰

1.5. Vidensgrundlag

Vidensgrundlaget for de anbefalede indsatser i det faglige oplæg omfatter både forskning på ældreområdet, større evalueringer, undersøgelser af initiativer og indsatser, erfaringer fra andre tilstødende, tidligere og igangværende handlingsplaner og satsninger, nationale og internationale erfaringer og viden på området i øvrigt, herunder referencegruppens og arbejdsgruppernes viden om og indsigt i udfordringer og muligheder for gode ældreliv. Sundhedsstyrelsen har desuden fået udarbejdet tre analyser for at styrke vidensgrundlaget for det faglige oplæg:

- Ældres Sundhed og Trivsel – Ældreprofilen 2019.¹¹
- Analyse af overgangen fra arbejdsliv til pensionistliv – Afrapportering.¹²
- Sårbare og skrøbelige ældre – Opsporing, opfølgende indsatser, arbejdsgange og koordinationsprocesser.⁹

De tre analyser kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside under udgivelser: www.sst.dk/da/Udgivelser

⁸ Vass, M. & Hendriksen, C. (2016): Der mangler dansk konsensus om definitionen af skrøbelighed. I: *Ugeskrift for læger* 2016;178:V041600279

⁹ Alexandra Institutet (2019): Sårbare og skrøbelige ældre – Opsporing, opfølgende indsatser, arbejdsgange og koordinationsprocesser

¹⁰ Grøn, L. & Andersen, C. (2014): *Sårbarhed og handlekraft i alderdommen: Et etnografisk feltarbejde blandt fagpersoner og ældre i Horsens og omegn*. København: Kora

¹¹ Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

¹² PwC (2019): Analyse af overgangen fra arbejdsliv til pensionistliv - Afrapportering

1.6. Den Socialøkonomiske Investeringsmodel

I opdraget fra satspuljeaftalen på ældreområdet for 2019-2022 fremgår det, at det skal vurderes, hvorvidt Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM) kan anvendes i forbindelse med det faglige oplæg. SØM er et beregningsværktøj, der især er målrettet kommuner, regioner og staten. SØM styrker beslutningsgrundlaget i en konkret, lokal sammenhæng og sætter fokus på de økonomiske konsekvenser over tid, der kan være forbundet med at investere i sociale indsatser.¹³

SØM indeholder en vidensdatabase med viden om effekter, konsekvenser og priser, som kan anvendes som inspiration og til beregninger. SØM består derudover af en beregningsramme, der guider brugeren igennem beregningen trin for trin. Brug af modellen kræver, at brugeren aktivt indtaster og udvælger de forudsætninger, beregningen skal hvile på. Hvis brugeren anvender vidensdatabase som hjælperedskab, er det vigtigt at vurdere, hvorvidt det i det konkrete tilfælde er muligt at anvende de målgrupper og konsekvensberegninger, der er lagt ind i SØMs vidensdatabase. Vidensdatabasens indhold er således afgrænset til foruddefinerede målgrupper, og estimaterne af de økonomiske konsekvenser er usikre.

En SØM-beregning kan derfor ikke stå alene, men bør suppleres af den viden, der indsamles løbende om indsatsens effekt, konsekvenser og priser. Derudover bør der løbende blive fulgt op på, om indsatsen skaber de forventede effekter og økonomiske konsekvenser.

At gennemføre en solid SØM-beregning kræver ikke kun økonomiske kompetencer, men også i høj grad socialfaglig indsigt og viden om den konkrete, lokale sammenhæng, hvor den sociale indsats foregår.¹³ For at kunne gennemføre en beregning er der altså behov for et indgående kendskab til den specifikke målgruppe, detaljeret viden om en indsats, den kontekst indsatsen skal implementeres i samt ressourceforbrug, tidshorisont mv.

Det faglige oplæg består af 14 overordnede anbefalinger, der hver især favner mange forskellige typer af indsatser og initiativer med forskellige målgrupper, fagprofessionelle, organisationer, arenaer og koblinger til andre indsatser. Som det fremgår af ovenstående, er det vigtigt at en SØM-beregning foretages på en konkret indsats for en konkret målgruppe i en konkret kontekst. SØM er målrettet mod at opnå mere viden om, hvordan en social indsats påvirker den offentlige økonomi over tid. Der kan være mange andre effekter af indsatser i forbindelse med det faglige oplæg, der er relevante at måle på i forhold til indsatsernes betydning for fx borgernes livskvalitet og funktionsevne. Hertil kommer, at SØM

¹³ Socialstyrelsen (2019): Den Socialøkonomiske Investeringsmodel. www.socialstyrelsen.dk/taergaende-omrader/socialstyrelsens-viden/som (Set den 25.07.2019)

udelukkende er målrettet sociale indsatser. Det faglige oplæg peger også på andre typer indsatser, der ikke alene er socialfaglige.

På denne baggrund har Sundhedsstyrelsen vurderet, at det ikke er hensigtsmæssigt at anvende SØM generelt i forbindelse med det faglige oplæg, da oplægget indeholder anbefalinger om indsatser på et mere overordnet niveau, hvor de nødvendige beregningsfaktorer således ikke er defineret. Det kan dog overvejes, hvorvidt SØM kan anvendes på de konkrete indsatser, der igangsættes på grundlag af handlingsplanen, hvor indsatserne vil blive konkretiseret i højere grad end i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg.

1.7. Sammenhæng til øvrige initiativer

Det faglige oplæg til handlingsplanen for "Det gode ældreliv" skal ses i sammenhæng med øvrige initiativer på ældreområdet, der understøtter social- og sundhedsindsatser for ældre borgere og deres pårørende. De væsentligste initiativer er:

- Sundheds- og Ældreministeriets to tidligere nationale handlingsplaner for den ældre medicinske patient (2011, 2016), der skal sikre kvalitet og sammenhæng i forløbet for den ældre medicinske patient, og som indeholder en række initiativer, der har til formål at forbedre indsatsen for denne målgruppe.
- Sundheds- og Ældreministeriets "National demenshandlingsplan 2025" (2017), der skal sikre høj, faglig kvalitet i indsatser målrettet mennesker med demens og deres pårørende, og som indeholder en række initiativer, der har til formål at sikre en individuel og helhedsorienteret tilgang i behandling, pleje og omsorg samt en bedre og mere fleksibel støtte og aflastning af de pårørende.
- Sundhedsstyrelsens "Handlingsplan til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen" (2019), som skal medvirke til at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder gennem øget kompetenceudvikling, anvendelse af virksomme metoder inden for arbejdsmiljø og det socialfaglige område, velfærdsteknologiske løsninger og sansestimulerende tiltag.
- En række konkrete initiativer under "Det gode ældreliv" fra satspuljeaftalen 2019-2022, som er forankret i Sundhedsstyrelsen jf. afsnit 1.2.

Herudover skal oplægget også ses i sammenhæng med en række anbefalinger, retningslinjer og initiativer fra Sundhedsstyrelsen, herunder:

- Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for kronisk sygdom
- Sundhedsstyrelsens 11 forebyggelsespakker om fx fysisk aktivitet, mad og måltider, alkohol og mental sundhed (2018)
- Sundhedsstyrelsens "Håndbog om forebyggelse på ældreområdet" (2015)
- Sundhedsstyrelsens "Håndbog i Rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service" (2016)

- Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for den palliative indsats" (2017)
- Sundhedsstyrelsens indsatser om fysisk aktivitet på ældreområdet
- Sundhedsstyrelsens indsatser om mad, måltider og ernæring på ældreområdet
- Sundhedsstyrelsens indsatser om trivsel, mental sundhed, fællesskaber og aktiviteter
- Sundhedsstyrelsens indsatser om tandsundhed og tandpleje
- Sundhedsstyrelsens initiativer på rygestopområdet.

For uddybning af de enkelte initiativer, herunder initiativerne under "Det gode ældreliv" fra satspuljeaftalen 2019-2022, samt øvrige initiativer med relevans for ældreområdet, se Bilag 1.

Udover de ovennævnte og øvrige nationale indsatser gennemføres en række andre initiativer målrettet ældres sundhed og trivsel, som er iværksat i regi af landets regioner og kommuner samt af patientforeninger, pensionsfirmaer, private organisationer og organisationer og foreninger i civilsamfundet.

Videnscenter for værdig ældrepleje

Sundhedsstyrelsens Videnscenter for værdig ældrepleje understøtter kommunerne i at skabe mere værdighed i ældreplejen. Videnscentret tilbyder forskellige typer af kompetenceudviklingsforløb og rådgivning, netværksfacilitering samt formidling og information om nyeste viden, gode erfaringer, bedste viden fra praksis og metoder til at sikre en værdig ældrepleje.

Videnscentret rummer også et værdighedsrejsehold. Rejseholdet er en udgående funktion, der tilbyder kommunerne både lange og korte, skræddersyede, praksisnære forløb for at opkvalificere medarbejderne. Videnscentret har derudover en række udviklingsprojekter målrettet øget værdighed i plejen og omsorgen for ældre borgere. Den primære målgruppe for videnscentrets aktiviteter er medarbejdere og ledere i ældreplejen.

Videnscentrets viden og erfaringer har været inddraget i udarbejdelsen af det faglige oplæg.

Som det fremgår af det foregående afsnit, er der allerede igangsat en række initiativer, som er med til at understøtte gode ældreliv – særligt med fokus på svækkede borgere samt borgere med demens. Det faglige oplæg har derfor fokus på de områder, hvor der ikke allerede er igangsat indsatser, men hvor der vurderes at være et behov samt på initiativer, der bygger videre på eksisterende indsatser, som med fordel kan styrkes for at opnå de ønskede resultater.

2. Sammenfatning af anbefalinger

Det faglige oplægs anbefalinger er sammenfattet nedenfor. Baggrunden for de enkelte anbefalinger præsenteres i kapitel 5. Anbefalingerne er inddelt tematisk i følgende rækkefølge:

- Fællesskaber, trivsel og mental sundhed: 3 anbefalinger
- Pårørende til svækkede ældre: 3 anbefalinger
- En god overgang til ældrelivet: 2 anbefalinger
- Forebyggelse, sundhedsfremme og sund aldring: 4 anbefalinger
- Rehabilitering: 1 anbefaling
- Værdig død: 1 anbefaling.

Fællesskaber, trivsel og mental sundhed

1. Styrke og udbrede vidensgrundlag for udvikling og understøttelse af meningsfulde fællesskaber

Det anbefales at styrke og udbrede vidensgrundlaget for indsatser, metoder og redskaber, der gennem meningsfulde fællesskaber er med til at forebygge og afhjælpe ensomhed, øge social inklusion og fremme sund aldring blandt ældre, herunder med særligt fokus på skrøbelige og sårbare ældre. Vidensgrundlaget bør styrkes ved at afdække viden og erfaringer fra fx kommuner, regioner og civilsamfund med fokus på omsættningen af viden til praksis. Som en del af afdækningen inddrages erfaringer med teknologiske og digitale løsninger til at understøtte fællesskaber blandt ældre, fx hvor deltagelse er vanskelig grundet sygdom eller andre fysiske, psykiske eller sociale barrierer.

Metoder og erfaringer bør formidles bredt til kommuner, regioner, civilsamfund og andre relevante aktører gennem fx kompetenceudvikling, rådgivning, netværk, temadage eller lignende. Disse aktiviteter kan med fordel samtænkes og koordineres med erfarings- og vidensindsamling samt rådgivning og kompetenceudvikling, der kan være indeholdt i flere af de øvrige anbefalinger (jf. 7 og 9).

2. Styrke og etablere fællesskaber i bolig- og lokalområder for at forebygge og afhjælpe ensomhed og øge trivsel blandt ældre

For at styrke ældre borgeres mulighed for at indgå i fællesskaber anbefales det, at kommuner, civilsamfund eller andre relevante parter, fx boligforeninger, understøtter og samarbejder om fællesskaber og aktiviteter for ældre i boligområder og lokalmiljøer.

Dette bør ske med særlig vægt på at forebygge og afhjælpe ensomhed og social isolation blandt sårbare og skrøbelige ældre, eller ældre som på anden vis oplever barrierer for deltagelse i fællesskaber, fx sproglige. Der kan både være tale om formelle såvel som uformelle fællesskaber og aktiviteter, fx generationsmøder, besøgsvenner, 'sociale viceværter', fællesskaber i særligt udsatte boligområder, ældreboliger, parcelhuskvarterer mv., og aktiviteterne kan fx støttes af puljemidler.

Indsatserne bør baseres på bedste viden fra praksis, og det anbefales derfor, at der fra nationalt hold indledningsvist udarbejdes et videns- og inspirationskatalog, der kan anvendes i udmøntning af de konkrete aktiviteter.

3. Understøtte ældres deltagelse i fællesskaber og aktiviteter gennem brobygning med særligt fokus på sårbare og skrøbelige ældre

Det skal være lettere for særligt sårbare og skrøbelige ældre, som fx har vanskeligt ved at forlade eget hjem, at deltage i meningsfulde fællesskaber. Det anbefales derfor, at kommuner, regioner og civilsamfund samarbejder om at udvikle, afprøve og udbrede forskellige indsatser, der understøtter, at flere skrøbelige eller sårbare ældre med fx fysiske, mentale eller sociale udfordringer deltager i fællesskaber. Indsatserne bør have fokus på at bygge bro gennem samarbejde om bedre overgange mellem tilbud, synlighed af tilbud og muligheder på tværs. Der bør være fokus på tværsektoriel vidensdeling og udvikling af kompetencer til blandt andet at støtte borgernes inklusion, relationsdannelse og oplevelse af meningsfuldhed i aktiviteterne samt tilpasning af aktiviteter til de aktuelle behov hos den individuelle ældre. Der bør ligeledes være fokus på indsatser, der kan understøtte meningsfulde fællesskaber og relationer for borgere, der ikke kan eller ønsker at forlade hjemmet, fx gennem én-til-én-aktiviteter eller brug af tablets, smartphones eller andre teknologiske løsninger.

Arbejdet kan med fordel inspireres af viden og metoder fra 'ABC for mental sundhed'. Aktiviteterne kan desuden understøttes af den indsamlede viden og erfaringer fra initiativerne i anbefalingerne 1 og 2 samt støttes af puljemidler.

Pårørende til svækkede ældre

4. Styrke vejledning, rådgivning og støtte til pårørende til svækkede ældre i kommuner gennem afprøvning og udbredelse af forskellige modeller herfor

Pårørende til svækkede ældre skal opleve styrket mulighed for at blive støttet i deres rolle som pårørende. Det anbefales derfor at styrke støtten til pårørende til svækkede ældre gennem afprøvning og udbredelse af forskellige modeller for rådgivning og støtte

i kommunerne i forhold til fx målgrupper, organisering, samarbejde med regioner og civilsamfund samt fokus for indsatsen. Indsatserne kan fx fokusere på at opspore og forebygge fysiske og psykiske belastninger hos pårørende ved at tilbyde individuelle eller gruppebaserede samtaler, undervise og skabe netværk, og kan understøttes af viden- og kompetenceudviklingsaktiviteterne i anbefaling 5.

Afprøvning og udbredelse af modellerne kan støttes af puljemidler samt en indledende afdækning og formidling af erfaringer og inspiration fra kommuner, som har etableret modeller for rådgivning og støtte til pårørende på ældreområdet både i Danmark og Sverige, hvor der er etableret et kompetencecenter for pårørende. Aktiviteterne kan med fordel tilknyttes det eksisterende Videnscenter for værdig ældrepleje i Sundhedsstyrelsen, der allerede har pårørende som et fokusområde i centerets formidlings-, rådgivnings- og kompetenceudviklingsaktiviteter.

5. Styrke viden om og kompetencer i pårørendesamarbejde og -støtte i praksis

For at styrke støtten til pårørende til svækkede ældre samt styrke pårørendeinddragelse og -samarbejde anbefales det at øge viden og kompetencer om pårørendesamarbejde og -støtte i kommuner samt civilsamfund og regioner hvor relevant. Kompetenceudviklingen bør være målrettet fagprofessionelle og andre aktører, som har den tætteste kontakt til pårørende til svækkede ældre i hverdagen, fx sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere og -assistenter, og bør have fokus på både at skabe et godt samarbejde med og støtte de pårørende med afsæt i de pårørendes ressourcer, behov og konkrete livssituation i forhold til det gode borger- og patientforløb.

Kompetenceudviklingen kan eksempelvis have karakter af rådgivning, kurser, e-læring, temadage eller netværk og bør baseres på en indledende afdækning af viden og metoder, der er relevante for at understøtte pårørende til svækkede ældre. Indsatsen kan fx tilknyttes det eksisterende Videnscenter for værdig ældrepleje i Sundhedsstyrelsen som en udvidelse og styrkelse af pårørendesporet i centerets formidlings-, rådgivnings- og kompetenceudviklingsaktiviteter.

6. Styrke forebyggelse af fysisk og psykisk belastning hos pårørende til svækkede ældre gennem afdækning og udbredelse af gode erfaringer med aflastning og afløsning

For at understøtte pårørende til svækkede ældres individuelle og skiftende behov for aflastning og afløsning anbefales det, at der fra nationalt hold afdækkes eksisterende gode erfaringer med fleksible aflastnings- og afløsningstilbud til pårørende til svækkede ældre i kommunerne efter §84 i lov om social service, både på demensområdet og ældreområdet generelt, herunder eksisterende samarbejdsmodeller med civilsamfundet. På

baggrund af afdækningen anbefales det at udvikle og udbrede forskellige modeller for aflastning og afløsning til pårørende til svækkede ældre, dette både i kommunalt regi og i samarbejde mellem kommuner og civilsamfund, fx støttet af puljemidler.

Der lægges vægt på, at de forskellige aflastnings- og afløsningstilbud understøtter de pårørendes behov og ressourcer med henblik på at forebygge belastninger og fastholde muligheder for fortsat at deltage i aktiviteter og fællesskaber sammen med eller uden deres nærtstående. Der bør være særligt fokus på de pårørende, som er i en sårbar situation, fx på grund af manglende netværk, alvorlig eller langvarig sygdom hos nærtstående, eller hvis den pårørende på anden måde har vanskeligt ved at benytte eksisterende aflastningstilbud.

En god overgang til ældrelivet

7. Understøtte en god overgang til livet uden for arbejdsmarkedet gennem målrettet information og rådgivning

Det anbefales, at der udvikles målrettet information og rådgivning til borgere på vej fra arbejdsliv til livet på pension for at understøtte den gode overgang til et godt ældreliv med livskvalitet og trivsel. Indsatserne kan med fordel tage afsæt i en nuanceret fortælling om, hvad seniorlivet kan indebære, herunder introducere vigtige overvejelser i forhold til personlige og praktiske forhold, fx planlægning af fremtidig bolig- og levevilkår samt betydningen af at leve et aktivt og sundt ældreliv med deltagelse i meningsfulde aktiviteter og fællesskaber. Indsatserne bør både omfatte seniorer, der stadig er på arbejdsmarkedet, nyligt pensionerede borgere ved planlagt eller uplanlagt arbejdslivsafslutning samt have særligt fokus på målgrupper, der i mindre grad opsøger seniorlivsrådgivning.

De konkrete indsatser bør udvikles med inddragelse af blandt andre civilsamfundsorganisationer, faglige organisationer, pensionselskaber, kommuner og andre relevante parter, der i forskelligt omfang har udviklet indsatser i forhold til overgangen. Det allerede etablerede *Partnerskab om den gode overgang til livet uden for arbejdsmarkedet* i Sundhedsstyrelse regi jf. satspuljeaftale 2019-2022 kan med fordel inddrages i udvikling og udbredelse af aktiviteter. Disse aktiviteter kan med fordel samtænkes og koordineres med erfarings- og vidensindsamling samt rådgivning og kompetenceudvikling, der kan være indeholdt i flere af de øvrige anbefalinger (jf. 1 og 9).

8. Understøtte information om og udbredelsen af forskellige boformer for ældre, som understøtter meningsfulde fællesskaber, trivsel og sund aldring

For at sikre størst mulig fleksibilitet i forhold til fremtidige boformer for ældre borgere, kan overgangen til pensionistlivet være et godt tidspunkt at overveje fremtidige boformer. Det anbefales derfor at styrke arbejdet med information om og udbredelse af forskellige boformer, der fremmer et godt ældreliv, herunder seniorbofællesskaber, der understøtter meningsfulde fællesskaber, trivsel og sund aldring. Dette kan blandt andet ske gennem indsatser, der afdækker og udbreder viden om potentialet ved forskellige boformer for ældre samt understøtter etableringen af boformer og seniorbofællesskaber, der understøtter gode ældreliv i et samarbejde mellem centrale aktører på området.

Forebyggelse, sundhedsfremme og sund aldring

9. Styrke sundhedsfremmende adfærd og sund aldring med særligt fokus på ulighed i sundhed

For at understøtte ældre borgere, og i særlig grad ældre, der føler sig svækkede, i at styrke sundhedsfremmende adfærd, fastholde funktionsevne og dermed øge flere gode leveår, hvor den enkelte kan leve det liv, vedkommende ønsker, anbefales det, at der opsamles og udbredes national viden om forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, der er målrettet ældre.

Indsatsen bør systematisk samle bedste viden fra praksis om indsatser, som har vist sig at være særligt effektive i forhold til at invitere og motivere ældre borgere til at deltage i forebyggende og sundhedsfremmende indsatser og forebygge social ulighed i sundhed. Der bør ligeledes indsamles internationale erfaringer fra praksis samt erfaringer fra forskning i forhold til virkningsfulde metoder, der er målrettet ændringer af usunde og uønskede vaner og adfærd hos ældre. Der bør særligt være fokus på målgrupper af ældre, der ikke tager imod gængse forebyggelsestilbud, og som især er i risiko for svækkelse.

De indsamlede metoder og erfaringer bør udbredes bredt til kommuner, civilsamfund og andre relevante parter gennem fx inspirationsmaterialer målrettet daglig praksis, kompetenceudvikling af relevante social- og sundhedsfaglige medarbejdere samt civilsamsfundsaktører, rådgivning og netværk og andet. Disse aktiviteter kan med fordel samtænkes og koordineres med erfarings- og vidensindsamling samt rådgivning og kompetenceudvikling, der kan være indeholdt i flere af de øvrige anbefalinger (jf. 1 og 7).

10. Styrke samarbejdet mellem kommuner, regioner og civilsamfund om indsatser med fokus på fysisk aktivitet og motion samt dagligdagsaktiviteter målrettet ældre borgere

For at styrke ældre borgeres livskvalitet, trivsel og sociale, fysiske og psykiske funktionsevne anbefales det at styrke samarbejdet mellem kommuner, regioner, herunder almen praksis, og civilsamfund og udbrede god praksis for at understøtte ældre borgere i at deltage i motions- og træningsindsatser samt hverdagsprægede fysiske aktiviteter. Der bør indsamles viden om og praktiske erfaringer med metoder og samarbejdsmodeller, hvor ældre med varierende funktionsevne støttes i, at fysisk aktivitet er en naturlig del af hverdagen, fx også efter et rehabiliterings- eller genoptræningstilbud er afsluttet. Dette gælder særligt for de ældre borgere, som i mindre grad har vaner med fysisk aktivitet i hverdagen. Videns- og erfaringsindsamlingen kan med fordel inddrage civilsamsfundsaktører som Ældre Sagen og DGI, forskningsinstitutioner samt andre, der har særlig viden om, hvad der motiverer ældre, hvilke aktiviteter ældre selv kan udføre, og hvilke der fungerer godt i praksis.

De indsamlede erfaringer kan efterfølgende afprøves og udbredes med det formål at styrke samarbejdet på tværs af forvaltninger og imellem kommuner, regioner og civilsamfund, herunder samarbejdet med frivillige organisationer/NGO'er med henblik på at udvikle og styrke partnerskaber, som kan tilrettelægge relevante aktiviteter til ældre. Afprøvningen og udbredelsen kan fx støttes af midler udmøntet gennem en pulje.

11. Understøtte fagprofessionelle i systematisk tidlig opsporing af overforbrug af alkohol blandt ældre borgere

Det anbefales, at fagprofessionelle, som ofte er i kontakt med ældre borgere, fx forebyggende medarbejdere, praktiserende læger og hospitalspersonale, understøttes i dialogen med ældre borgere omkring alkoholvaner.

Det kan fx ske ved at udbrede anvendelsen af AUDIT-C-skemaet (Alcohol Use Disorders Identification Test) og/eller VBA-metoden (Very Brief Advice). Brugen af disse værktøjer/metoder kan bidrage til facilitering af samtalen, til at den fagprofessionelle føler sig fagligt forberedt på at tage snakken samt til at henvise borgeren til relevante tilbud, såfremt den fagprofessionelle vurderer det som værende relevant at bringe emnet op. Formålet er at skabe et trygt udgangspunkt for både den fagprofessionelle og borgeren til at drøfte emnet og lægge en plan for det videre forløb. Udbredelsen af disse værktøjer/metoder kan ske i dialog mellem Sundhedsstyrelsen, kommuner og regioner samt almen praksis og kan indeholde kompetenceudvikling af de fagprofessionelle, som har regelmæssig kontakt med ældre borgere.

12. Evaluering af de forebyggende hjemmebesøg med fokus på at give viden, som kan styrke høj kvalitet i de forebyggende hjemmebesøg

For at styrke de forebyggende hjemmebesøg og dermed understøtte borgernes livskvalitet og trivsel, anbefales det, at der gennemføres en evaluering af ordningen om forebyggende hjemmebesøg (jf. §79 a i lov om social service). Evalueringen skal give et solidt videns- og dokumentationsgrundlag for det fremadrettede arbejde med den faglige udvikling af de forebyggende hjemmebesøg.

Evalueringen bør undersøge kommunernes forskellige erfaringer med og måder at organisere og tilrettelægge arbejdet på, herunder virkningen på borgernes livskvalitet, trivsel og sociale, fysiske og psykiske funktionsevne samt se på kvalitetsstandarder, herunder hvilke særlige risikogrupper, de har fokus på. Derudover bør der være fokus på, hvordan risikogrupper opspores, borgerne inviteres og motiveres til at modtage besøg samt hvordan, der følges op på den enkelte borger og udbyttet af de opfølgende aktiviteter. Endelig kan evalueringen også undersøge kompetencebehovet blandt de forebyggende medarbejdere, og hvordan de forebyggende hjemmebesøg tænkes sammen med øvrige forebyggende indsatser, fx rehabiliterende forløb, så borgerne modtager den rette støtte og hjælp.

Evalueringens resultater skal formidles til kommunerne, så erfaringer vedrørende forskellige tilgange til de forebyggende hjemmebesøg udbredes.

Rehabilitering

13. Fremme rehabiliteringsindsatser af høj kvalitet på tværs af landet gennem en styrkelse af vidensgrundlaget med fokus på blandt andet organisering af indsatsen §83 a og udbyttet for borgerne

Det anbefales at fremme rehabiliteringsindsatser af høj kvalitet til gavn for svækkede ældre ved at skabe mere viden om, hvad der virker gennem en afdækning og systematisk evaluering af de rehabiliterende indsatser i kommunerne med særligt fokus på rehabilitering efter §83 a i lov om social service.

Som led i evalueringen kan det med fordel undersøges, hvilke forskellige modeller, der anvendes i kommunerne, hvilken virkning de enkelte modeller har for borgeren, hvilke borgere, der visiteres til rehabiliteringsforløb, og hvordan forskellige kommunale medarbejdere arbejder rehabiliterende. Derudover kan det undersøges, hvordan det tværfaglige samarbejde foregår og hvilke kompetencer, herunder sygeplejefaglige, fysio- og ergoterapeutfaglige, ernæringsfaglige og pædagogiske kompetencer, der indgår i det tværfaglige samarbejde. Endelig kan evalueringen undersøge, hvordan organiseringen i kommunerne støtter op om styrkelsen af en rehabiliterende kultur.

Det anbefales derudover, at Sundhedsstyrelsen på basis af evalueringen, og med inddragelse af relevante faglige aktører, udarbejder og formidler anbefalinger, inspirationsmateriale og værktøjer, der kan styrke kommunernes indsatser med rehabilitering efter §83 a.

Værdig død

14. Udbrede og styrke ældres muligheder for ikke at dø uønsket alene

Det anbefales at understøtte og styrke ældres muligheder for ikke at dø uønsket alene, uanset om den enkelte er døende i eget hjem, i plejebolig eller på hospitalet, blandt andet ved at styrke mulighederne for, at pårørende eller personale kan være mest muligt til stede i den sidste tid. Ligeledes bør frivillige tilbud, såsom vågetjenester, der understøtter, at ældre ikke dør uønsket alene, udbredes og styrkes, blandt andet ved fokus på et systematisk organiseret samarbejde mellem de frivillige og henholdsvis plejeboliger, hjemmepleje og hospitaler, så flest muligt med behov og ønske herom kan anvende muligheden – både til gavn for borgeren og aflastning af eventuelle pårørende.

De konkrete aktiviteter kan fx støttes af puljemidler, og der kan med fordel, indledningsvis, udarbejdes et videns- og inspirationskatalog, der kan anvendes som grundlag for indsatserne. Aktiviteterne kan med fordel tilknyttes det eksisterende Videnscenter for værdig ældrepleje i Sundhedsstyrelsen, hvor en værdig død er et af fokusområderne i centerets formidlings-, rådgivnings- og kompetenceudviklingsaktiviteter.

3. Viden om ældres sundhed og trivsel

Dette kapitel giver en kort præsentation af central viden, der ligger til grund for Sundhedsstyrelsens faglige oplæg om gode ældreliv. Det faglige oplæg tager udgangspunkt i en række forskellige undersøgelser og data om den demografiske udvikling, sund aldring, sociale forhold, ældres sundhed og trivsel mv., som tilsammen sætter rammen for de anbefalinger, der senere udfoldes i oplægget.

3.1 Hvad er et godt ældreliv?

Der findes ikke én entydig definition på, hvad et godt ældreliv er. Gruppen af ældre er mangfoldig med forskellige livsforløb og -betingelser, værdier og normer. Der er således stor forskel på, hvilke forventninger ældre har til indholdet i hverdagen, deres oplevelser af et godt liv og ikke mindst hvilke muligheder, den enkelte har for at skabe rammerne for et godt ældreliv.¹⁴

Undersøgelser viser, at det, som mange ældre forbinder med et godt ældreliv, er at kunne fortsætte med at leve det liv, som den enkelte har været vant til. Det indebærer for mange et velfungerende socialt liv med nære relationer og med adgang til følelsesmæssig og praktisk støtte i hverdagen. Derudover er et godt ældreliv for en stor del forbundet med fortsat at være en aktiv del af samfundet, hvor den enkelte er noget for andre, bruger egne evner, og deltager i meningsfulde og sociale aktiviteter. Herudover peger undersøgelser på, at autonomi over eget liv – det vil sige at være selvhjulpne, at kunne bevæge sig rundt på egen hånd og have mulighed for at træffe egne beslutninger – udgør et vigtigt aspekt af ældres liv. Et godt helbred kan være en grundlæggende forudsætning for at bevare autonomi længst muligt samt muligheden for at opbygge og vedligeholde sociale relationer og udgøre en aktiv del af samfundet.^{14,15}

3.2 Perspektiver på ældre og aldring

Danskerne lever længere, og andelen af ældre i befolkningen vokser. I 2017 kunne den gennemsnitlige danske mand forvente at blive 78,5 år, mens den gennemsnitlige danske kvinde kunne forvente at blive 82,4 år. I 2050 forventes antallet af personer over 65 år at udgøre 24,4 pct. af den samlede befolkning i forhold til 19,3 pct. i 2018 (jf. Figur 1). Særligt

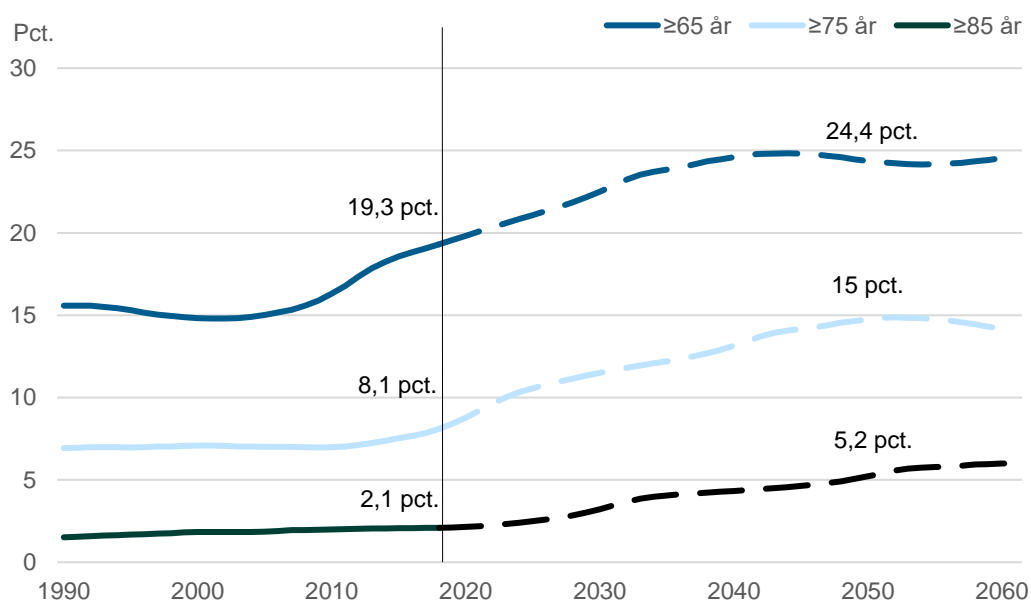
¹⁴ WHO (2015): World report on ageing and health 2015

¹⁵ Center for Sund Aldring (2017): Hvad er det gode seniorliv? - En kvalitativ undersøgelse af ældre borgeres oplevelse af livskvalitet i Thisted, Faaborg-Midtfyn og Horsens Kommune

for borgere på 85 år eller derover forventes en stor stigning. Fra at udgøre 2,1 pct. af befolkningen i 2018 forventes denne gruppe i 2050 at udgøre 5,2 pct.¹⁶

I takt med at befolkningen generelt lever længere, er der kommet fokus på, hvorvidt de ekstra leveår leves med godt eller dårligt helbred. "Gode leveår" kan ses som et mål for kvaliteten af befolkningens restlevetid. I 2017 kunne en 65-årig mand forvente at leve i yderligere 17,7 år, hvoraf 13,8 af disse ville være gode leveår (78 pct. af restlevetiden), mens en 65-årig kvinde kunne forvente at leve i yderligere 20,3 år, hvoraf ca. 14,8 år ville være gode leveår (72,8 pct. af restlevetiden).^{17,18,19}

Figur 1: Andelen af befolkningen i given en alder, 1990-2050



Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet (2018): Sundheds- og ældreøkonomisk analyse – Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter

Sund aldring

Aldring er på et biologisk niveau præget af en gradvis, livslang akkumulering af molekulær og cellulær skade, som medfører, at kroppens funktioner langsomt svækkes, og at ens skrøbelighed øges. Dermed vokser risikoen for aldersrelaterede gener og sygdom.²⁰ Sygdom og gener er ikke nødvendigvis en hindring for at opleve sund aldring. Generelt bevarer

¹⁶ Sundheds- og Ældreministeriet (2018): Sundheds- og ældreøkonomisk analyse - Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter

¹⁷ "Gode leveår" defineres i denne sammenhæng som "år med fremragende, vældig godt eller godt selvvalueret helbred", jf. Sundhedsstyrelsen (2018): Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017

¹⁸ Sundhedsstyrelsen (2018): Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017

¹⁹ Beregninger baseret på Sundhedsstyrelsen (2018): Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017

²⁰ WHO (2015): World report on ageing and health 2015

mange borgere en god funktionsevne højt op i alderen, men sygdom, levevilkår og livsbegivenheder er faktorer, der kan påvirke funktionsevnen over hele livsforløbet.

WHO definerer 'sund aldring' som en proces, hvor ældres funktionsevne og kapacitet udvikles og vedligeholdes, således at trivsel fastholdes i høj alder.²¹ Med begrebet sund aldring er fokus skiftet fra fravær af sygdom til fokus på funktionsevne og de helbredsrelaterede faktorer, der muliggør, at mennesker kan gøre det, der er værdifuldt for dem. Det handler blandt andet om individets mulighed for at opfylde deres grundlæggende behov, lære, udvikle sig og træffe beslutninger, være fysisk mobile, at opbygge og vedligeholde sociale relationer samt bidrage til samfundet. Endelig er der fokus på livsforløb og ikke enkeltstående tilstande samt på både individets kapacitet og adfærd og på miljøets påvirkning og strukturer.²²

Funktionsevne

Funktionsevne skal her forstås som en persons evne til at klare dagligdagens gøremål både fysisk, psykisk og socialt.²³ Tab af funktionsevne kan eksempelvis betyde, at det kan være svært at indgå i de aktiviteter og leve det liv, som giver mening og værdi for den ældre.²⁴

Gruppen af ældre borgere er mangfoldig, ikke mindst i forhold til sundhed og funktionsevne. Aldring og ændringer i funktionsniveau forløber meget individuelt og afhænger af den enkeltes udgangspunkt, levevilkår og sundhedsadfærd. Der er således stor forskel på, i hvilken grad, og hvornår, den enkelte udvikler svækkelse og tab af funktionsevne.

Figur 2, som er inspireret af en figur af WHO, viser tre hypotetiske forløb for et individs funktionsevne.²⁵ Forløb A er det optimale forløb, hvor funktionsevnen forbliver høj, og individet forbliver selvhjulpent helt indtil døden. Forløb B er et afbrudt forløb, hvor en hændelse, fx sygdom eller fald, medfører fald i funktionsevne, og individet får brug for hjælp. Forløb C er et nedadgående forløb, hvor funktionsevnen falder stødt frem mod døden. I alle tre forløb dør individerne i samme alder, men deres funktionsevneniveau og muligheder for at være selvhjulpne har gennem livet været meget forskellige.

²¹ WHO (2002): Active Ageing

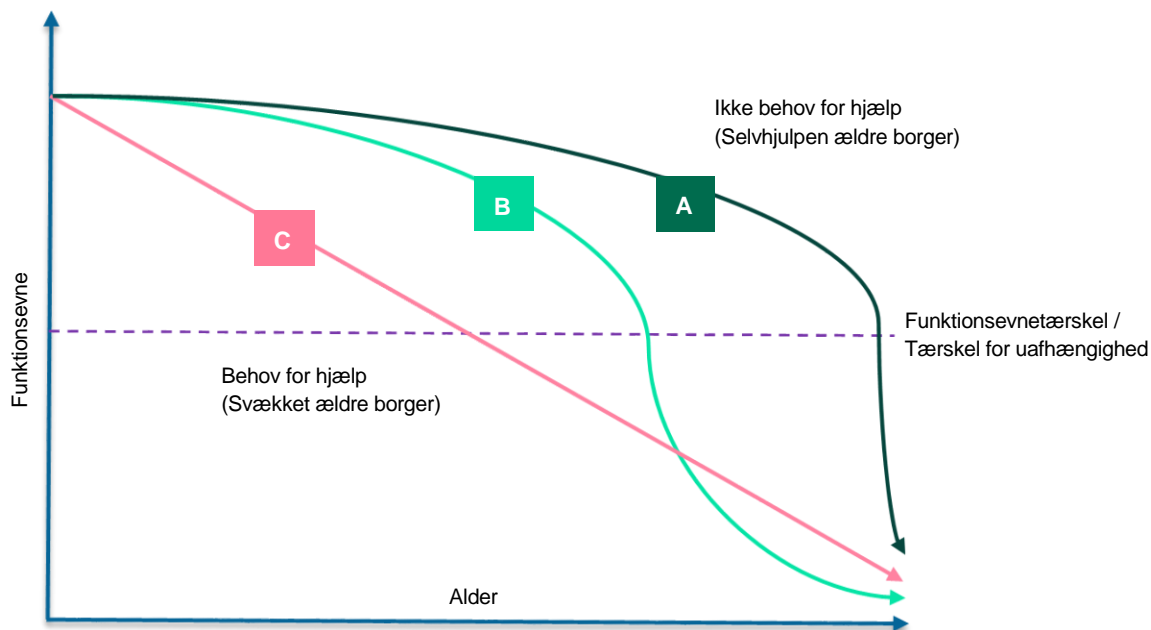
²² WHO (2015): World report on ageing and health 2015

²³ Sundhedsstyrelsen (2018): Fysisk aktivitet - Håndbog om forebyggelse og behandling

²⁴ SFI (2016): Forebyggelse på ældreområdet – Evaluering af forebyggelse af fysisk, social og psykisk mistrivsel blandt ældre borgere

²⁵ De skitserede forløb skal repræsentere et gennemsnit, og viser ikke de udsving og variationer, der ofte vil være i det levede liv.

Figur 2. Tre hypotetiske forløb for funktionsevnetab



A: Optimalt forløb, hvor funktionsevne forbliver høj indtil døden.

B: Afbrudt forløb, hvor en hændelse, fx sygdom eller fald, medfører fald i funktionsevne.

C: Nedadgående forløb, hvor funktionsevnen falder stødt frem mod døden.

Kilde: Figur er inspireret af "Fig. 2.2: Three hypothetical trajectories of physical capacity" i WHO (2015): World report on ageing and health 2015

Tab af funktionsevne kan i vid udstrækning udskydes og udgøre en vigtig del af muligheden for sund aldring. Konsekvenserne af funktionsevnetab tidligt i livet kan indebære et behov for plejeydelser og rehabilitering samt tidlig tildeling af overførelsesindkomster. Tab af funktionsevne kan således både have store konsekvenser for det enkelte menneske, som kan opleve en forringet livskvalitet samt store samfundsøkonomiske omkostninger.²⁶

Social ulighed i sundhed

Forhold som bolig, uddannelse og økonomi har stor betydning for den sociale ulighed i sundhed. Kort uddannelseslængde, lav indkomst, korte beskæftigelsesforhold, dårlige boligforhold og etnisk minoritetsbaggrund øger risikoen for sygelighed og dødelighed.²⁷ Ligesom for andre aldersgrupper, er der også social ulighed i sundhed blandt ældre. Eksempelvis er andelen af ældre med henholdsvis lavt selv vurderet helbred, stress, dårlig tand-sundhed, rygning, usunde kostmønstre, overvægt, stillesiddende adfærd og ensomhed stigende med faldende uddannelsesniveau.²⁸

²⁶ WHO (2015): World report on ageing and health 2015

²⁷ Sundhedsstyrelsen (2011): Ulighed i sundhed - Årsager og indsatser

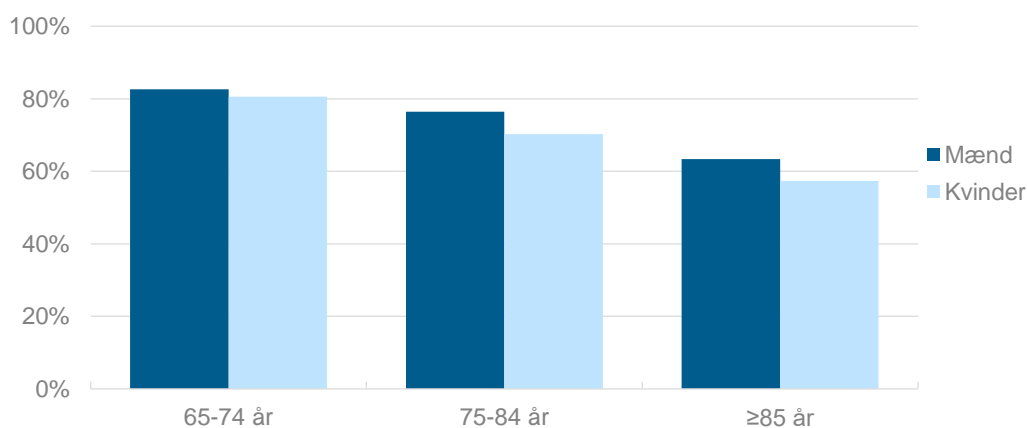
²⁸ Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

3.3 Ældres helbred og funktionsevne

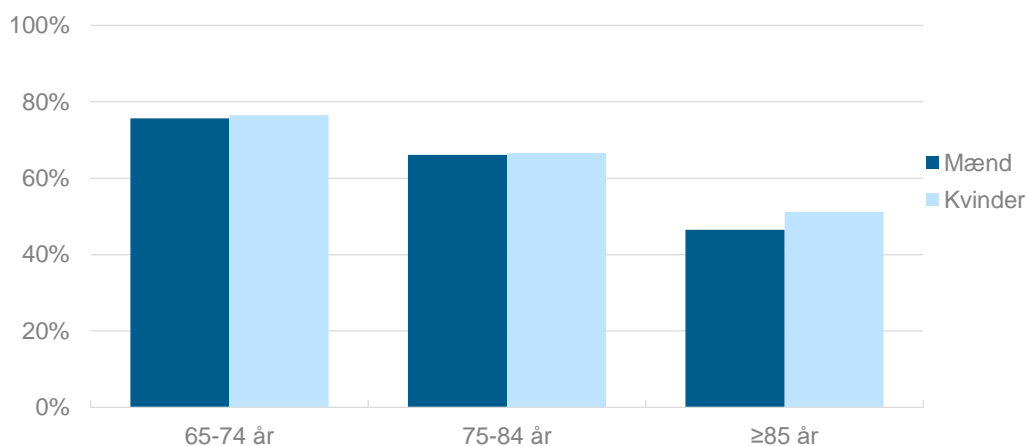
Selvurderet helbred

En stor andel af den danske ældrebefolkning trives generelt godt og lever sundt. Sundhedsstyrelsens Ældreprofil viser, at andelen på 65 år eller derover med fremragende, vældigt godt eller godt selvvurderet helbred er 79,3 pct. for mænd og 74,6 pct. for kvinder, og andelen, der for det meste føler sig frisk nok til at gennemføre det, man har lyst til, er 70,9 pct. for mænd og 70,4 pct. for kvinder (se tallene fordelt på aldersgruppe i Figur 3 og 4).²⁹ Mange ældre har således et godt helbred og oplever, at de kan gøre, hvad de har lyst til.

Figur 3. Andel med fremragende, vældigt godt eller godt selvvurderet helbred, fordelt efter aldersgruppe. 2017



Figur 4. Andel, der for det meste føler sig frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til, fordelt efter aldersgruppe. 2017



Kilde til Figur 3 og 4: Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

²⁹ "Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019" er baseret på spørgeskemaundersøgelserne fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017 og Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017 og inkluderer selvrapporeret data fra personer på 65 år eller derover. Ud over status for 2017 belyser rapporten desuden de senere års udvikling ved at inddrage undersøgelser fra tidligere år (primært 2010 og 2013).

Der er dog en gruppe af ældre, som lever med problemstillinger i forhold til trivsel og fysisk helbred. I alt oplever 18,8 pct. mænd og 25,4 pct. kvinder på 65 år eller derover, at de har dårligt fysisk helbred, og andelen stiger markant med alderen for både mænd og kvinder. Ca. hver sjette i aldersgruppen 65-74 år har dårligt fysisk helbred (14,2 for mænd og 17,4 pct. for kvinder), mens det samme gælder for ca. hver anden i aldersgruppen 85 år eller derover (47,1 pct. for mænd og 56,6 pct. for kvinder).³⁰

Rygning, overforbrug af alkohol, usundt kostmønster og fysisk inaktivitet har en negativ påvirkning på den enkeltes helbred.³¹ Tabel 1 viser andelen på 65 år eller derover, som selv rapporterer denne adfærd.

Tabel 1. Sundhedsadfærd fordelt på risikofaktorer, personer 65 år eller derover, angivet i pct. 2017

	MÆND	KVINDER
Andel, der ryger dagligt	14,9	11,8
Andel, der overskrider højrisikogrænsen for indtagelse af alkohol	10,6	5,9
Andel, der har et usundt kostmønster	20,1	12,0
Andel med fysisk aktivitet i fritiden beskrevet som stillesiddende	25,1	27,3

Kilde: Data fra Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

Mange ældre vil gerne leve sundere

Ældreprofilen peger på, at mange ældre gerne vil gøre noget selv for at forbedre deres sundhedsadfærd. Blandt personer på 65 år eller derover ønsker eksempelvis over halvdelen af de stillesiddende at være mere fysisk aktive (53,1 pct. for mænd og 59,1 pct. for kvinder). Over halvdelen, der ryger dagligt, ønsker at stoppe (52,1 pct. for mænd og 54,5 pct. for kvinder). Ca. hver tredje med et usundt kostmønster ønsker at spise mere sundt (28,5 pct. for mænd og 37,1 pct. for kvinder), og ca. hver syvende, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag, vil gerne nedsætte deres forbrug (17,7 pct. for mænd og 12 pct. for kvinder).³⁰ Der er dermed et stort potentiale for at forebygge blandt ældre inden for mange af de områder, som har stor betydning for sund aldring.

Mentalt helbred

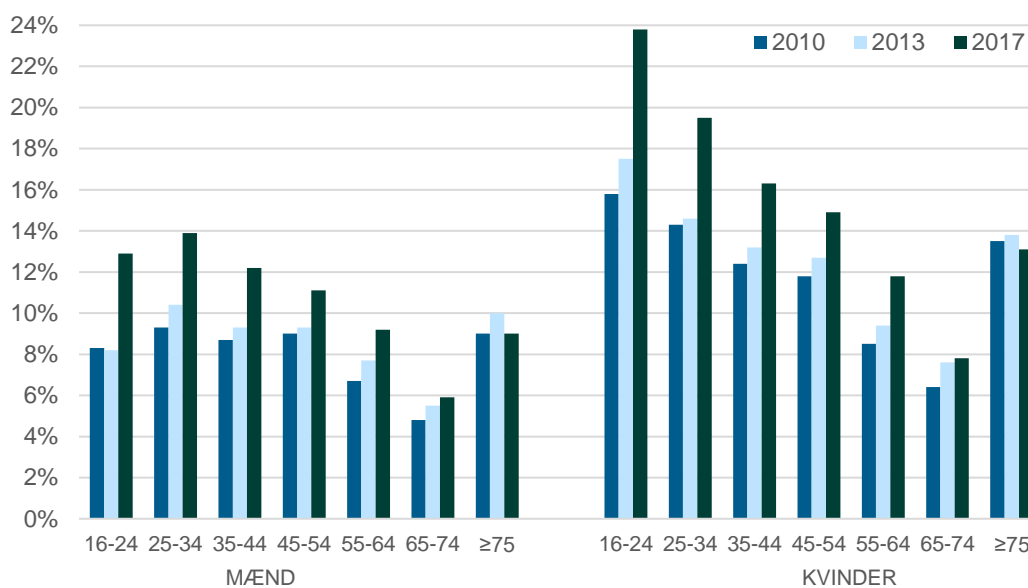
Mens andelen af mennesker med dårligt fysisk helbred generelt stiger med alderen, forholder det sig omvendt i forhold til mentalt helbred, hvor andelen med dårligt mentalt helbred i voksenbefolkningen falder med alderen, med undtagelse af gruppen på 75 år eller

³⁰ Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

³¹ Sundhedsstyrelsen (2016): Sygdomsbyrden i Danmark – Risikofaktorer

derover, hvor andelen stiger igen, jf. Figur 5. De 65-74-årige er den aldersgruppe i befolkningen, hvor den laveste andel angiver at have et dårligt mentalt helbred. Mens andelen af mænd og kvinder med dårligt mentalt helbred i 2017 udgjorde henholdsvis 10,9 pct. og 15,5 pct. af den samlede befolkning, var disse tal blot 5,9 pct. og 7,8 pct. for henholdsvis mænd og kvinder i aldersgruppen 65-74 år.³²

Figur 5. Andel med dårligt mentalt helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper



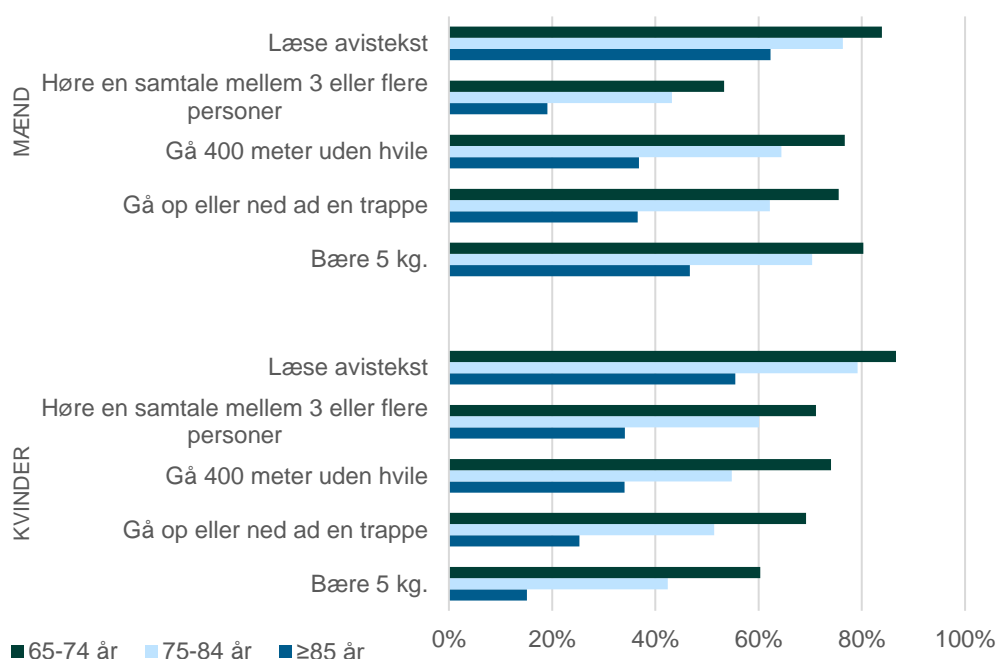
Kilde: Sundhedsstyrelsen (2018): Danskerens Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Fysisk funktionsevne

Fysisk funktionsniveau er i Ældreprofilen baseret på spørgsmål om, i hvilket omfang, svarpersonen kan klare fem forskellige fysiske aktiviteter relateret til henholdsvis kommunikationsfærdigheder og mobilitet. Den fysiske funktionsevne blandt personer 65 år eller derover falder med stigende alder, jf. Figur 6.

³² Sundhedsstyrelsen (2018): Danskerens Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Figur 6. Andel, der uden besvær kan gennemføre hver af de fem aktiviteter, fordelt efter aldersgruppe. 2017



Kilde: Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

Ældreprofilen viser, at der ikke er et entydigt mønster i udviklingen af selv vurderet funktionsevne over perioden 2010-2017.³³ Tal fra VIVE, der er baseret på Ældredata-basen, viser en mere positiv udvikling i funktionsevne (funktionsnedsættelser) blandt ældre.³⁴ Disse tal er baseret på ældres selv vurderede evne til at udføre syv hverdagsfunktioner, jf. Figur 7.^{35,36} Tal fra VIVE viser samtidig, at der er et markant fald fra 2007 til 2017 i andelen af 67-87-årige, som angiver, at de lever med to eller flere funktionsnedsættelser, som VIVE kalder de allersvageste ældre, fra 9,1 pct. til 4,6 pct. (jf. Figur 8). Billedet, data tegner i forhold til udviklingen i funktionsevne i den ældre befolkning, er således ikke entydigt, men viser, at der fortsat er et potentiale for forbedring i forhold til at forebygge tab af funktionsevne.

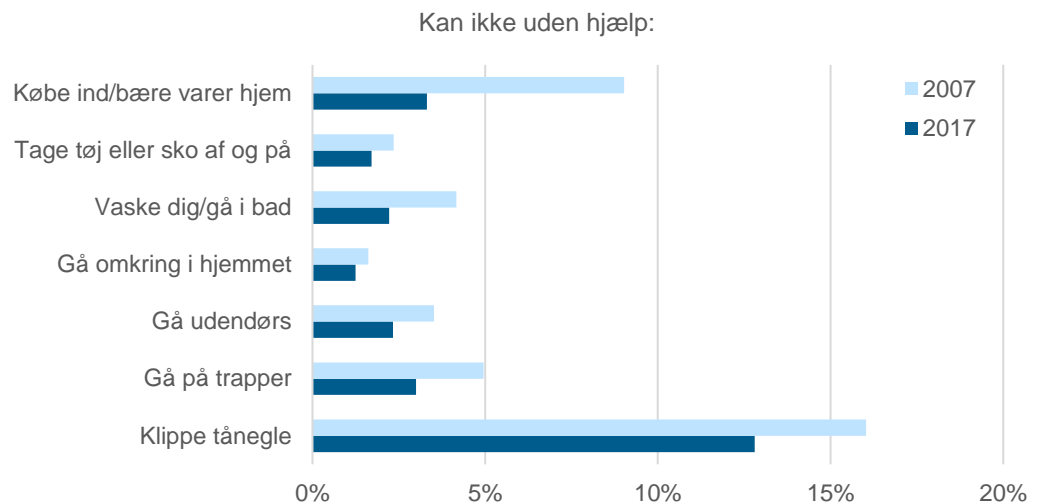
³³ Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

³⁴ Tallene fra VIVE er baseret på Ældredata-basen, der indeholder selvrapporeret spørgeskemadata.

³⁵ VIVE (2019): Hjælp til svage ældre

³⁶ I opgørelserne fra VIVE (2019): Hjælp til svage ældre, er spørgsmål til funktionsevne stillet "omvendt" ift. lignende spørgsmål, der stilles i Sundhedsstyrelsen (2019) – dvs. "hvad har respondenterne besvær med" i modsætning til "hvad har respondenterne ikke besvær med".

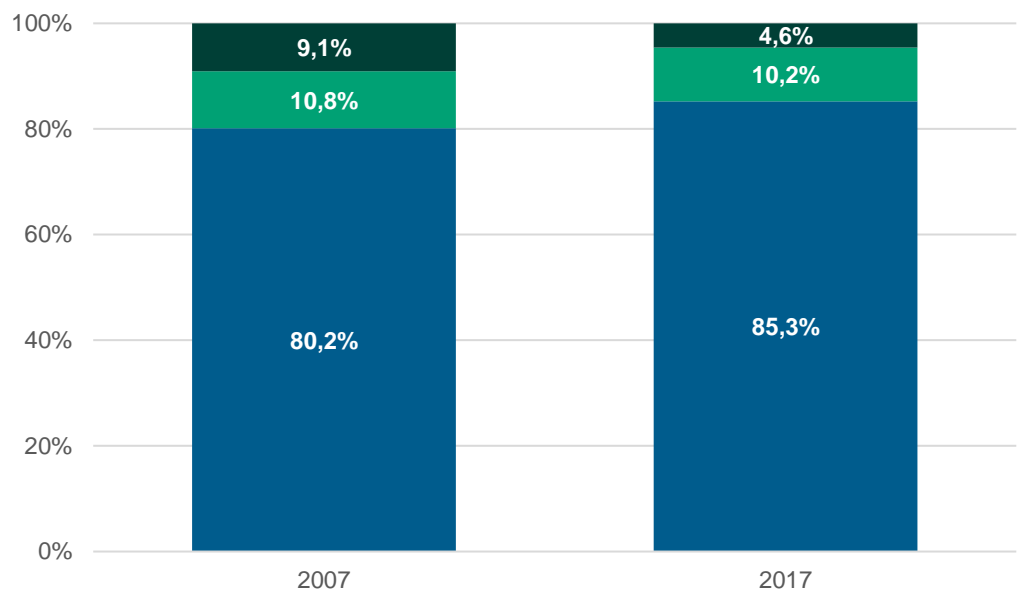
Figur 7. Andelen af ældre (67-87 år), der selv vurderer at have specifikke funktionsnedsættelser. Funktionsnedsættelse på enkelte hverdagsopgaver



Kilde: VIVE (2019): Hjælp til svage ældre

Note: Spørgsmålet lød: "Hvordan klarer De følgende opgaver: Har De normalt besvær med [svarkategori]?"
Figuren viser andelen, der svarede "Kan ikke uden hjælp".

Figur 8. Andelen af ældre (67-87 år) fordelt efter funktionsnedsættelse



■ Ingen funktionsnedsættelser ■ En funktionsnedsættelse ■ To eller flere funktionsnedsættelser

Kilde: VIVE (2019): Hjælp til svage ældre

Note: Spørgsmålet lød: "Hvordan klarer De følgende opgaver: Har De normalt besvær med [svarkategori]?"
Opgørelsen over funktionsnedsatte viser andelen, der svarer "kan ikke uden hjælp". Funktionsnedsættelsesindekset er lavet på baggrund af dette, hvor der tælles, hvor mange opgaver, der ikke kan udføres uden hjælp.

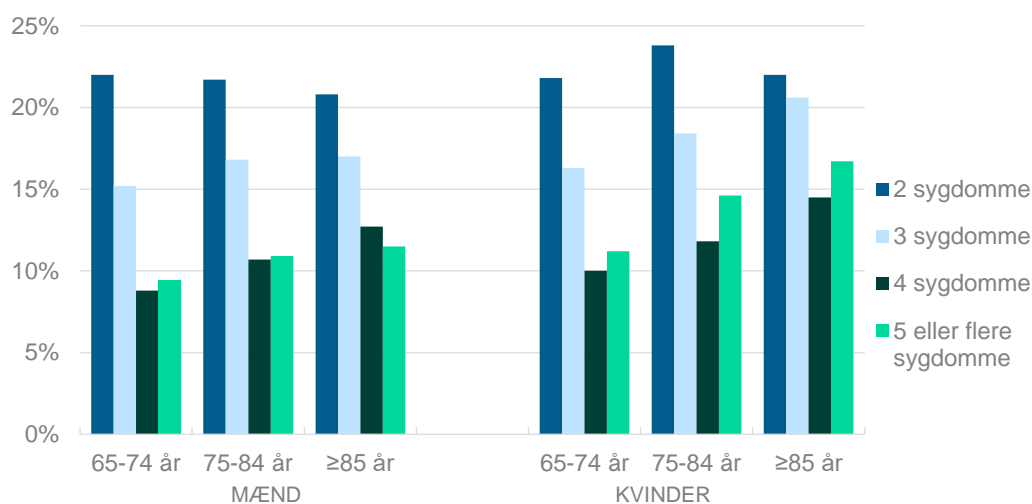
Langvarig sygdom

I alt 47 pct. af mænd og 47,5 pct. af kvinder på 65 år eller derover angiver, at de lever med langvarig sygdom, herunder kronisk sygdom, og andelen stiger en smule med stigende alder for begge grupper. Ældreprofilen viser dog også, at der er mange mennesker med langvarig sygdom, der har et godt selv vurderet helbred.³⁷

Multisygdom

Multisygdom er betegnelsen for forekomsten af flere sygdomme på samme tid. I alt lever over halvdelen af ældre på 65 år eller derover med to eller flere samtidige sygdomme (57,2 pct. af mænd og 64 pct. af kvinder). Andelen, der har to samtidige sygdomme, adskiller sig ikke nævneværdigt på tværs af aldersgrupperne, hverken blandt mænd eller kvinder (jf. Figur 9). Derimod ses en stigning i andelen med tre, fire og fem eller flere samtidige sygdomme med stigende alder. Denne tendens ses særligt blandt kvinder.³⁷

Figur 9. Andel, der har flere samtidige specifikke sygdomme fordelt efter aldersgrupper. 2017



Kilde: Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

3.4 Ældres familieforhold, fritidsaktiviteter og sociale relationer

Familieforhold

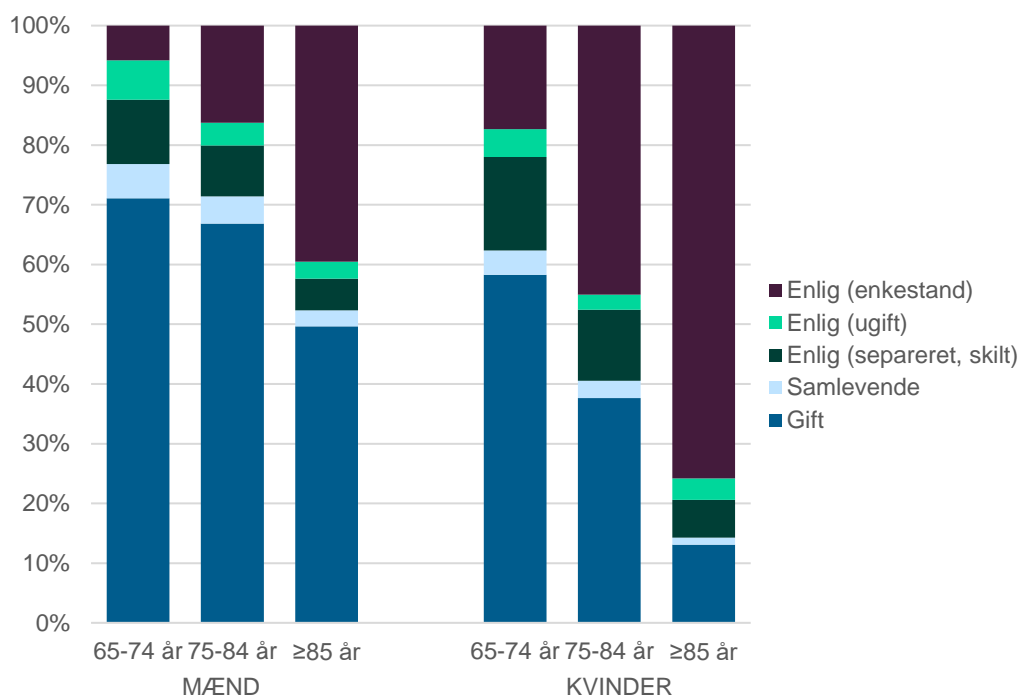
Ældreprofilen viser, at 73,5 pct. af mænd på 65 år eller derover har samlivsstatus som "gift" eller "samlever", mens tallet for kvinder er 49,8 pct. Dette skyldes primært, at kvinder i højere grad lever i enkestand (33 pct. mod 11,4 pct. af mændene) grundet generel højere

³⁷ Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

dødelighed blandt mænd samt at kvinder i højere grad er fraskilte/separerede (13,6 pct. mod 9,7 pct. af mændene).³⁸ Samlivsstatus blandt ældre fordelt på aldersgruppe ses i Figur 10.

VIVEs rapport "Ældres familiære og sociale relationer" viser, at 90 pct. i alderen 52 år eller derover har børn, mens 65 pct. i samme alder har børnebørn.³⁹

Figur 10. Samlivsstatus per 1. januar 2017, fordelt efter køn og aldersgruppe



Kilde: Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

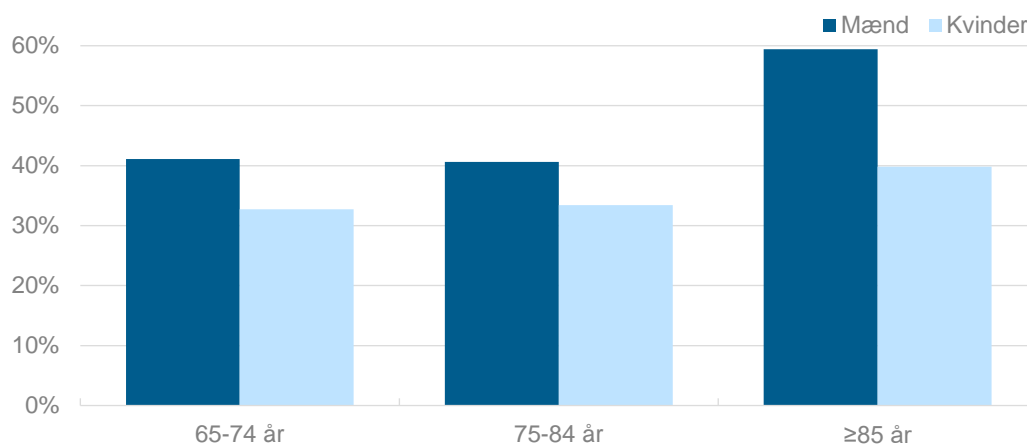
Fritidsaktiviteter, foreningsliv og frivillighed

Mange ældre borgere er tilknyttet foreningslivet eller fritidsaktiviteter. Der er dog også en stor gruppe, som sjældnere end månedligt eller aldrig deltager i foreningsliv eller fritidsaktiviteter. Ældreprofilen viser, at 42,1 pct. af mænd på 65 år eller derover oplyser, at de sjældnere end månedligt eller aldrig deltager i disse aktiviteter, mens andelen for kvinder er 33,8 pct. Den største andel udgøres af de, der er 85 år eller ældre (henholdsvis 59,4 pct. for mænd og 39,8 pct. kvinder) (jf. Figur 11).³⁸

³⁸ Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

³⁹ VIVE (2019): Ældres familiære og sociale relationer – Analyser på baggrund af Ældredataens 5. bølge

Figur 11. Andel, der sjældnere end månedligt eller aldrig deltager i foreningsliv eller fritidsaktiviteter, fordelt efter aldersgruppe. 2017



Kilde: Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

Ifølge VIVEs undersøgelse "Ældres frivillige arbejde" fra 2019, har andelen af ældre borgere, der er engageret i frivilligt arbejde, ændret sig markant de sidste 20 år. Andelen af 67-årige, der udfører frivilligt arbejde, er steget fra 28 pct. i 1997 til 39 pct. i 2017, mens andelen for de 77-årige er steget fra 17 pct. til 30 pct. Det er særligt de ressourcestærke ældre, der udfører frivilligt arbejde, det vil sige personer med videregående uddannelse, godt selv vurderet helbred og som er aktive i forhold til at hjælpe deres børn og (sviger)forældre i dagligdagen.⁴⁰

Sociale relationer

Gode sociale netværk og fællesskaber har stor betydning for livskvalitet og livslængde. mennesker, der har et godt socialt netværk og gode sociale relationer, har 50 pct. lavere dødelighed end mennesker, der ikke har et velfungerende socialt liv.⁴¹

Ældreprofilen viser, at andelen af personer på 65 år eller derover, som angiver, at de sjældent eller aldrig har kontakt til familie, de ikke bor sammen med, er 10,5 pct. for mænd og 5,2 pct. for kvinder, mens andelen, der sjældent eller aldrig har kontakt til venner, er 12,8 pct. for mænd og 9,9 pct. for kvinder. Ældreprofilen viser også, at andelen af personer på 65 år eller derover, som ofte føler sig uønsket alene, er henholdsvis 4,7 pct. for mænd og 6 pct. for kvinder, og at andelen stiger med stigende alder for begge køn blandt ældre.⁴²

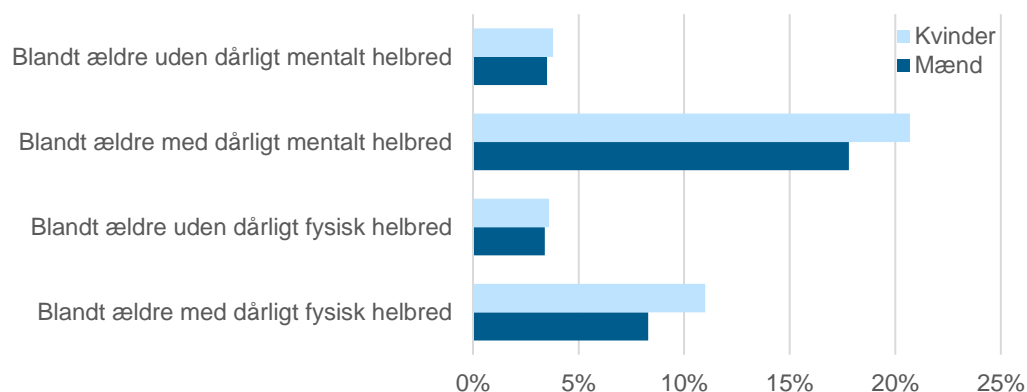
⁴⁰ VIVE (2019): Ældres frivillige arbejde – Udviklingen over tid

⁴¹ Center for Sund Aldring (2014): Det gode seniorliv

⁴² Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

Samtidig er der en klar sammenhæng mellem det fysiske og mentale helbred og oplevelsen af ofte at føle sig uønsket alene. Blandt personer med *godt* fysisk helbred føler 3,4 pct. af mændene og 3,6 pct. af kvinderne sig ofte uønsket alene, mens det samme gør sig gældende for 8,3 pct. af mændene og 11 pct. kvinderne med *dårligt* fysisk helbred. Samme tendens ses i forhold til mentalt helbred (jf. Figur 12).⁴³

Figur 12. Andel, der ofte er uønsket alene, blandt personer 65 år eller derover med og uden henholdsvis dårligt fysisk og mentalt helbred. 2017



Kilde: Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

3.5 Ældres boligforhold, uddannelse og pensionsalder

Boligforhold

Boligforhold har stor betydning for de fleste mennesker. For ældre borgere kan de umiddelbare fysiske omgivelser have særlig stor betydning for blandt andet de daglige aktiviteter og muligheder for at leve et selvhjulpent liv. Dermed kan ældres boligforhold indirekte påvirke den enkeltes funktionsevne, handlemuligheder og trivsel.⁴⁴

Ældreprofilen viser, at den største andel blandt ældre på 60 år eller derover bor i parcelhus eller stuehus (58,6 pct. blandt mænd og 47,8 pct. blandt kvinder), efterfulgt af etageboliger (23,1 pct. blandt mænd og 29,9 pct. blandt kvinder). For ældre af begge køn gælder det, at andelen, der bor i parcel- eller stuehus, falder med stigende alder. Derimod stiger andelen af ældre, der bor i række-, dobbelt- eller kædehus og etageboliger med stigende alder.⁴³ Andelen af personer på 75 år eller derover, som bor i pleje- og ældreboliger, har siden 2010 været faldende. I 2010 boede 15 pct. i denne aldersgruppe i pleje- eller ældrebolig, mens det i 2018 var 11 pct.⁴⁵ I forhold til seniorbofællesskaber er der begrænset

⁴³ Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

⁴⁴ VIVE (2019): Ældres boligsituation og fremtidige boligønsker

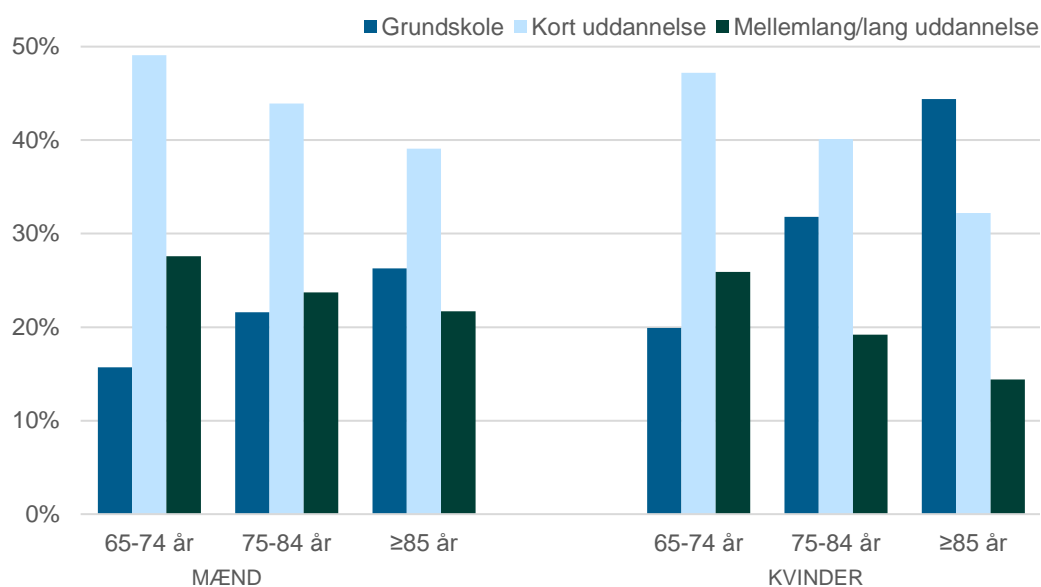
⁴⁵ Danmarks Statistik (2019): Nyt fra Danmarks Statistik: Pleje og ældreboliger 2018

viden om, hvor mange, der bor i denne type boliger. Aktuelt eksisterer lidt over 5.500 enheder fordelt på knap 300 bofællesskaber.⁴⁶

Uddannelsesniveau

Blandt borgere på 65 år eller derover stiger andelen med grundskole som det højeste gennemførte uddannelsesniveau med stigende alder. Tilsvarende falder andelen med henholdsvis kort uddannelse og mellemlang/lang videregående uddannelse med stigende alder (jf. Figur 13).⁴⁷

Figur 13. Uddannelsesniveau fordelt efter køn og aldersgruppe. 2017



Kilde: Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

Pensionsalder

I 2019 er folkepensionsalderen 65,5 år, og på baggrund af udviklingen i levetiden forhøjes denne alder gradvist. I 2030 vil folkepensionsalderen således være 68 år.⁴⁸

Ældre borgere bliver i dag længere på arbejdsmarkedet, end de gjorde tidligere. I 2002 arbejdede således 10 pct. af de 67-årige, mens 29 pct. var blevet pensioneret, inden de fyldte 60 år. I 2017 var 19 pct. af de 67-årige fortsat i arbejde, mens kun 12 pct. var blevet pensioneret, inden de fyldte 60.⁴⁹

⁴⁶ Realdania (2019): Ældres livskvalitet i seniorbofællesskaber – Hvad ved vi?

⁴⁷ Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019

⁴⁸ Styrelsen for arbejdsmarked og rekruttering (2019): Folkepension nu og fremover. www.star.dk/ydelser/pension-og-efterloen/folkepension-og-foertidspension/folkepension/folkepensionsalderen-nu-og-fremover/ (Set den 09.08.2019)

⁴⁹ Danmarks Statistik (2019): Ældres tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. www.dst.dk/da/informationsservice/blog/2019/03/ael-dres-tilbagetraekning (Set den 25.07.2019)

4. Pejlemærker for fremtidige indsatser for gode ældreliv

I udarbejdelsen af det faglige oplæg har referencegruppen og arbejdsgrupperne i samarbejde med Sundhedsstyrelsen peget på en række tværgående pejlemærker, der kan bidrage til at sætte retning for både anbefalingerne og det fremadrettede arbejde med at skabe et godt ældreliv for den enkelte borger.

Ny fortælling om ældrelivet

Ældres ressourcer, præferencer og erfaringer er forskellige og præget af samme diversitet, som i den øvrige befolkning. Aldring er fra et menneskeligt perspektiv fuld af modsætningsfyldte og komplekse erfaringer. Størstedelen af ældre borgere kan se frem til en lang årække i den såkaldte tredje alder, hvor helbredet er godt, og den enkelte har mange ressourcer at bidrage med – ikke bare i eget liv, men også i andres. Det er vigtigt at være opmærksom på at finde og anvende de ressourcer, som selv de mest svækkede og udsatte ældre har, da de også kan bidrage til det sociale fællesskab og styrke eget liv. Diversitet og ressourcer skal i endnu højere grad afspejle sig i eksisterende og fremtidige fortællinger om livet efter tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet for at nuancere opfattelsen af ældre og ældrelivet. Det er derfor væsentligt fremadrettet at understøtte fortællinger, der afspejler de mangfoldige ældreliv, der leves. Fortællingerne skal have fokus på livslange muligheder, robusthed, livsduelighed og kompetencer, men samtidig anerkende, at når svækkelse i alderdommen indtræffer, opleves og håndteres den på mange forskellige måder og med forskelligt behov for hjælp.

Forebyggelse og sund aldring

Flere ældre skal have flere gode leveår, hvor den enkelte i højere grad forbliver selvhjulpent længere, udskyder behovet for hjælp og lever livet uden at helbredet sætter begrænsninger herfor. Derfor skal forebyggende og sundhedsfremmende indsatser for ældre med forskellige livsvilkår styrkes, så det giver mening for den enkelte, og så den ældre borger kan fastholde hverdagen. Sund aldring er med til at muliggøre, at ældre kan være eller gøre det, der er værdifuldt og meningsfuldt for dem, og kan fremmes ved at have fokus på fysisk, mental og social sundhed og trivsel.

Borgernære tilgange og løsninger gennem velfærdsteknologi

Mange ældre forbinder et godt liv med at bevare selvstændighed længst muligt. Det betyder, at der er et stort potentiale i at udvikle tilbud om støtte og hjælp, der tager afsæt i den enkeltes behov for selvstændighed, autonomi og motivation til at klare sig selv. Inddragelse af borgeren og fokus på borgerens ønsker og behov understøtter, at der er øget forståelse

for og ejerskab til indsatsens indhold og formål, samt at indsatserne afspejler den store mangfoldighed i gruppen af ældre borgere. Velfærdsteknologiske løsninger, hjælpemidler og digitale tilbud kan skabe nye måder at understøtte den enkelte ældre borgers selvstændighed og værdighed. For de ældre, som oplever stigende social isolation eller ensomhed, men som har svært ved at forlade hjemmet, kan det fx være ved at styrke sociale kontakter og virtuelle fællesskaber gennem forskellige teknologier. Nye typer af digitale fællesskaber kan understøtte, ikke bare de svækkede ældre, men også ældre, som ønsker at være sammen med andre mere fleksibelt, og når det passer ind i deres hverdag – eller når de selv har lyst.

Styrke samarbejdet mellem borgere, civilsamfund, offentlige og private institutioner og andre aktører

At sikre gode ældreliv og sund aldring er en opgave, der bedst kan løses, hvis en lang række aktører indgår i arbejdet med borgeren i centrum. I overgangen fra arbejdsmarked til seniorliv vil fx pensionsfirmaer og civilsamfundet spille en central rolle. Efterhånden som den ældre borger får behov for hjælp og støtte, vil kommunen blive stadig mere væsentlig, men også eventuelle pårørende kan være en vigtig ressource. Et øget samarbejde på tværs af sektorer kan skabe nye former for aktiviteter og fællesskaber samt understøtte ældre i at fastholde nye vaner og funktionsevne. Et afsluttet genoptræningsforløb i kommunalt regi, eller et behandlingsforløb på hospitalet, kan eksempelvis styrkes gennem deltagelse i foreningers eller frivilliges tilbud, fx træning i foreningsregi. De kommunale medarbejdere, almen praksis og hospitalspersonale, der har løbende kontakt med borgeren, har også muligheden for at opspore nedsat funktionsevne og henvise til relevante tilbud, fx aktiviteter der understøtter fællesskaber til borgere, der oplever ensomhed.

Bedre data på ældreområdet

Evidens og viden om hvilke indsatser, der virker for hvilke ældre, er centralt for udviklingen af et velfungerende ældreområde, hvor ressourcerne anvendes bedst muligt til gavn for borgerne samt for at understøtte ensartet høj kvalitet for alle borgere på tværs af regioner og kommuner. En bedre anvendelse og udbredelse af data på tværs af kommunerne vil styrke videreudvikling af det faglige indhold i indsatserne og muliggøre en mere ensartet kvalitet i opgaveløsningen. Det er derfor vigtigt at skabe de rigtige rammer og processer for dataindsamling på ældreområdet, så data på sigt kan anvendes og udbredes i højere grad, end der er mulighed for i dag.

Evaluering af indsatser og initiativer

Det er væsentligt, at der fremadrettet bliver fulgt systematisk op på initiativerne i den kommende handlingsplan gennem evaluering eller erfaringsopsamling tilpasset det enkelte initiativ. Evaluering eller erfaringsopsamling bør indgå som en del af alle initiativer og være tænkt ind fra starten for dermed at bidrage med viden og læring om, hvad der fremadrettet

kan understøtte indsatser af høj kvalitet målrettet ældre borgere. Evaluering eller erfaringsopsamling af handlingsplanens initiativer bør så vidt muligt både inddrage indsatsernes indhold, målgrupper, kontekst, effekt og økonomi.

5. Anbefalinger til handlingsplanen for ”Det gode ældreliv”

Der er udarbejdet 14 anbefalinger til handlingsplanen for ”Det gode ældreliv”, som præsenteres under de enkelte temaer i dette kapitel. Pejlemærkerne i kapitel 4 er med til at sætte retning for anbefalingerne og de udfordringer og forslag til løsninger, som blandt andet er identificeret i referencegruppens og arbejdsgruppernes arbejde.

Fokus for alle anbefalingerne er at understøtte gode fællesskaber, forebyggelse og sundhedsfremme, social inklusion og sociale relationer blandt ældre. Et centralt tema i det faglige oplæg er fællesskaber som en vej til at skabe bedre trivsel og sundhed for alle ældre, uanset funktionsevne. Fællesskaber, som ramme for at skabe fysisk, mental og social sundhed og trivsel, har været et vigtigt omdrejningspunkt i arbejdet med de andre temaer, som ”en god overgang til ældrelivet”, forebyggelse og sundhedsfremme samt en styrket pårørendeindsats. Med det faglige oplægs fokus på fællesskaber lægges der samtidig op til yderligere at styrke særligt samarbejdet imellem kommuner, regioner og civilsamfund.

På den baggrund har Sundhedsstyrelsen valgt at præsentere temaet: Fællesskaber, trivsel og mental sundhed som det første tema i gennemgangen af anbefalingerne nedenfor. Herefter præsenteres pårørende som et selvstændigt tema, fordi pårørende i arbejdet har vist sig at være et centralt, tværgående tema. De efterfølgende temaer følger mere forløbsmæssigt fra overgangen til ældrelivet, til forebyggelse, rehabilitering og værdig død. Temaerne om forebyggelse og rehabilitering er præsenteret hver for sig, da der er tale om forskellige områder karakteriseret ved forskellig organisering og forskellige aktører, faggrupper og formål med indsatserne.

De enkelte temaer med dertilhørende anbefalinger bliver således præsenteret og gennemgået i følgende rækkefølge:

- Fællesskaber, trivsel og mental sundhed: 3 anbefalinger
- Pårørende til svækkede ældre: 3 anbefalinger
- En god overgang til ældrelivet: 2 anbefalinger
- Forebyggelse, sundhedsfremme og sund aldring: 4 anbefalinger
- Rehabilitering: 1 anbefaling
- Værdig død: 1 anbefaling.

5.1. Fællesskaber, trivsel og mental sundhed

Fællesskaber har central betydning i vores liv. De danner ramme for meningsfulde aktiviteter og for oplevelsen af fortsat at bidrage til og være noget for andre.⁵⁰ Det er ikke unikt for ældre; fællesskaber og sociale relationer er grundlæggende aspekter af mental sundhed og trivsel.⁵¹ Forskning viser, at mental sundhed fremmes gennem deltagelse i aktiviteter og sociale fællesskaber, fordi det ofte er her, mennesker blandt andet kan hente både følelsesmæssig og praktisk støtte i hverdagen.⁵² Tal fra 2016 viser, at alle personer, herunder ældre, der gør noget aktivt, noget meningsfuldt og gør det sammen med andre, har op til fire gange så høj sandsynlighed for at have høj mental sundhed.⁵³

Alderdommen er imidlertid kendetegnet ved forandringer, som kan ændre på mulighederne for fortsat at være en del af fællesskaber og øge risikoen for ensomhed. Dette typisk i forbindelse med overgangen fra arbejdsliv til pensionisttilværelse, ved sygdom eller tab af ægtefælle eller hvis ægtefællen flytter i plejebolig, men også når en ældre borger skal tage sig af en syg eller svækket pårørende.^{54,55} Det er forandringer, som kan gøre den enkelte ældre særligt sårbar for ensomhed, nedsat livskvalitet og udvikling af dårlig mental sundhed.⁵¹

Dårlig mental sundhed og oplevelsen af ensomhed påvirker det fysiske og psykiske helbred, eksempelvis i form af højere risiko for at udvikle hjertekarsygdom, depression og angst samt for at dø tidligere.^{51,56,57} Ældreprofilen 2019 viser, at 4,7 pct. af mænd og 6,0 pct. af kvinder på 65 år eller derover ofte føler sig uønsket alene, og andelen, der ofte føler sig uønsket alene, eller som sjældent eller aldrig har sociale kontakter, stiger med alderen for begge køn blandt den ældre befolkning. Eksempelvis er andelen af kvinder på 85 år eller derover, der ofte føler sig uønsket alene, 13,6 pct.⁵⁸ En undersøgelse i 25 kommuner viser yderligere, at andelen, som føler sig uønsket alene, er markant større blandt ældre, der modtager hjemmehjælp. Blandt ældre, der modtager personlig pleje, føler 50 pct. sig ofte eller en gang imellem uønsket alene.⁵⁹ Ældreprofilen 2019 viser også, at andelen blandt personer på 65 år eller derover, der aldrig eller sjældent deltager i foreningsliv, er henholdsvis 42,1 pct. blandt mænd og 33,8 pct. blandt kvinder.

⁵⁰ Center for Sund Aldring (2017): Hvad er det gode seniorliv? - En kvalitativ undersøgelse af ældre borgeres oplevelse af livskvalitet i Thisted, Faaborg-Midtfyn og Horsens Kommune

⁵¹ Sundhedsstyrelsen (2018): Forebyggelsespakke – Mental sundhed

⁵² Koushede, V. (2015): For Mental Sundhed – et nyt perspektiv

⁵³ SIF (2017): Ugens tal for Folkesundhed - Hjælp vennerne, familien eller din kollega – og få det godt.

www.sdu.dk/da/sif/ugens_tal/41_2017 (Set den 25.07.2019)

⁵⁴ PwC (2019): Analyse af overgangen fra arbejdsliv til pensionistliv - Afrapportering

⁵⁵ Marselisborg (2012): Barrierer og muligheder for et socialt ældreliv – En interviewundersøgelse blandt ensomme ældre i Midt- og Sydjylland

⁵⁶ Dansk Selskab for Folkesundhed (2018): GPS for Folkesundhed – Ensomhed

⁵⁷ Sundhedsstyrelsen (2016): Sygdomsbyrden i Danmark – Risikofaktorer

⁵⁸ Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel - Ældreprofilen 2019

⁵⁹ Sundhedsstyrelsen (2016): Styrket indsats mod ensomhed hos ældre mennesker med meget hjemmehjælp

Der findes mange forskellige former for fællesskaber, både i offentligt regi og i civilsamfundet. Fra aktiviteter i frivillige foreninger, klubber og interessebaserede fællesskaber til aktiviteter i kommunalt regi, som fx visiterede tilbud. Men fællesskaber kan også forstås i en meget bredere forstand, som alle former for mellemmenneskeligt samvær og relationer, fx med naboer, familie, vennekreds osv. Det organiserede fællesskab er vigtigt for mange, men ikke for alle. Nogle har tilstrækkeligt med meningsfulde fællesskaber blandt familie og/eller venner. Deltagelse i fællesskaber er ikke i sig selv ensbetydende med at forebygge eller afhjælpe ensomhed, men afhænger af både borgerens forudsætninger og ønsker om at indgå i et fællesskab, samt typen af det pågældende fællesskab.

Selv med en bred vifte af tilbud om fællesskaber i offentligt og frivilligt regi, kan der for nogle borgere, og særligt de svækkede eller mest skrøbelige eller sårbare ældre, være en række udfordringer forbundet med at deltage i aktiviteter og fællesskaber, fx grundet fysiske funktionsbegrænsninger eller psykiske eller sociale udfordringer. Også syns- og hørenedsættelser kan opleves hæmmende for deltagelse i fællesskaber, og Ældreprofilen 2019 viser, at der er en stor andel af ældre, der oplever besvær med at høre en samtale mellem flere end tre personer, særligt blandt de ældste.⁶⁰ For nogle borgere, som allerede indgår i et fællesskab, kan der også være udfordringer og barrierer i relation til at skulle overgå fra ét fællesskab til et andet, fx når et visiteret tilbud i kommunen stopper. Også strukturelle forhold som sproglige, kulturelle eller økonomiske barrierer kan hindre nogle ældre borgeres deltagelse i aktiviteter og fællesskaber.^{61,62}

Der kan desuden være særlige udfordringer forbundet med at rekruttere og fastholde borgere, der føler sig ensomme i fællesskaber. Nogle borgere har negative erfaringer med sociale relationer og svært ved at indgå i dem. Andre har måske vanskeligt ved social kontakt, der hæmmer deres deltagelse i sociale sammenhænge. Der er således mange årsager til, at borgere, der føler sig ensomme, kan have svært ved at deltage i relevante fællesskaber.⁶¹

5.1.1. Styrke viden om meningsfulde fællesskaber for ældre

Mange fællesskaber og aktiviteter, både i offentligt og frivilligt regi, afspejler forskellige grupper af ældres behov for og ønsker til fællesskab. Flere er målrettet ældre, der føler sig ensomme eller på anden måde er sårbare eller skrøbelige ældre. Alligevel kan det være en stor udfordring at udvikle tilbud, som på den ene side skal rumme mange forskellige ældre, og som på den anden side skal ramme den enkeltes behov for meningsfuld deltagelse. Det forstærkes yderligere ved, at der findes relativt lidt og for spredt viden om, hvad der er særligt virksomt i forhold til at understøtte meningsfulde fællesskaber blandt ældre,

⁶⁰ Sundhedsstyrelsen 2019: Ældres sundhed og trivsel - Ældreprofilen 2019

⁶¹ Christiansen, J. & Lasgaard, M. (2017): Kortlægning og analyse af danske initiativer til ensomme

⁶² Sundhedsstyrelsen (2016): Styrket indsats mod ensomhed hos ældre mennesker med meget hjemmehjælp

fx hvilke metoder og indsatser, der i praksis forebygger og afhjælper ensomhed for hvilke målgrupper af ældre. Det skyldes blandt andet, at der ikke altid i tilstrækkelig grad evalueres på de tilbud og projekter, som bliver gennemført, samt at nyttig viden ikke systematisk bliver samlet op og spredt til gavn for andre kommuner eller frivillige foreninger.⁶³ Det kan betyde, at der oprettes aktiviteter, som ikke opfylder den tiltænkte målgruppes behov eller er svære at forankre og dermed ikke bliver bæredygtige i længden.

Det vurderes derfor, at der er behov for at samle op på eksisterende viden om, og gode erfaringer med, at etablere meningsfulde fællesskaber for ældre på tværs af sektorer samt effekten af forskellige indsatser og metoder for borgerne. Det gælder ikke kun i relation til at forebygge og afhjælpe ensomhed, men også i forhold til de positive effekter, fællesskaber og aktiviteter kan medføre for sund aldring – socialt, mentalt og fysisk. Herunder også indsatser og metoder for de borgere, som har svært ved at komme uden for hjemmet, som fx digitale løsninger eller én-til-én-aktiviteter (såsom besøgsvenner).

ANBEFALING 1:

Styrke og udbrede vidensgrundlag for udvikling og understøttelse af meningsfulde fællesskaber

Det anbefales at styrke og udbrede vidensgrundlaget for indsatser, metoder og redskaber, der gennem meningsfulde fællesskaber er med til at forebygge og afhjælpe ensomhed, øge social inklusion og fremme sund aldring blandt ældre, herunder med særligt fokus på skrøbelige og sårbare ældre. Vidensgrundlaget bør styrkes ved at afdække viden og erfaringer fra fx kommuner, regioner og civilsamfund med fokus på omsættningen af viden til praksis. Som en del af afdækningen inddrages erfaringer med teknologiske og digitale løsninger til at understøtte fællesskaber blandt ældre, fx hvor deltagelse er vanskelig grundet sygdom eller andre fysiske, psykiske eller sociale barrierer.

Metoder og erfaringer bør formidles bredt til kommuner, regioner, civilsamfund og andre relevante aktører gennem fx kompetenceudvikling, rådgivning, netværk, temadage eller lignende. Disse aktiviteter kan med fordel samtænkes og koordineres med erfarings- og vidensindsamling samt rådgivning og kompetenceudvikling, der kan være indeholdt i flere af de øvrige anbefalinger (jf. 7 og 9).

⁶³ Christiansen, J. & Lasgaard, M. (2017): Kortlægning og analyse af danske initiativer til ensomme

5.1.2. Styrke fællesskaber i boligområder og lokalområdet

Over årene er der kommet større fokus på at skabe fællesskaber mellem ældre beboere i boligområder med henblik på at øge deres livskvalitet. Nogle kommuner har, i samarbejde med blandt andet almennyttige boligselskaber, udviklet og gennemført projekter med fokus på at forebygge og afhjælpe fx ensomhed. Eksempelvis ved at ansætte sociale viceværter eller tilsvarende eller ved at etablere forskellige visiterede eller frivillige indsatser i boligområderne.^{64,65} Mange lokale boligsociale helhedsplaner har også fokus på indsatser, der understøtter fællesskaber i boligområder, herunder indsatser i samarbejde med civilsamfundet.⁶⁶ De har særligt været målrettet den gruppe af ældre, som har svært ved selv at søge fællesskaber og derfor i særlig grad kan profitere af at indgå i fællesskaber i det helt nære og daglige lokale miljø. Det kan fx være borgere, som er særligt sårbare eller skrøbelige. Ved at styrke fællesskabet dér, hvor ældre borgere bor, er der bedre muligheder for at etablere et uformelt netværk mellem de ældre borgere i hverdagen, som rækker udover konkret deltagelse i en aktivitet.

Det er ikke kun relevant at arbejde i almennyttige boligområder. I dag bor 773.558 borgere over 60 år i et parcelhus, og heraf er ca. halvdelen over 70 år.⁶⁷ En undersøgelse af fremtidens parcelhuskvarter fra 2013 viser, at beboerne efterspørger flere fælles mødesteder og lokaler, hvor kvarterets pensionister kan mødes, men generelt er der begrænset viden om behov og ønsker til indsatser for fællesskaber i fx parcelhuskvarterer.⁶⁸

Flere kommuner har aktuelt fokus på at opnå mere viden om og erfaringer med indretning af byrum, der giver mulighed for generationsmøder og rum for forskellige livsformer og faser i ældrelivet. I Odense Kommune støttes fx forskellige tiltag, der fremmer generationsmøder i lokalområderne ved at gøre brug af de forskellige ressourcer, som alle kan bidrage med og få gavn af på tværs af alder. I Aarhus kommune er "Generationernes Hus" ved at blive etableret – et sted, hvor børn, unge, voksne og ældre kommer til at leve, bo og dele hverdagen sammen, med det formål at mennesker i alle aldre, livssituationer og med forskellig formåen knytter bånd og danner relationer.^{69,70}

Interessen for at udvikle fællesskaber for ældre i enten boligområder eller i seniorbofællesskaber er både national og kommunal, hvilket blandt andet fremgår af Sundheds- og Ældreministeriets undersøgelse fra 2019 om alternative boformer og de sociale fællesskabers

⁶⁴ Marselisborg (2012): Barrierer og muligheder for et socialt ældreliv – En interviewundersøgelse blandt ensomme ældre i Midt- og Sydjylland

⁶⁵ Sundhedsstyrelsen (2016): Styrket indsats for ældre, som modtager meget hjemmehjælp

⁶⁶ Center for Boligsocial Udvikling (2019): Inspirations- og videnskatalog - Viden om boligsociale aktiviteter støttet af Landsbyggefonden.

⁶⁷ Danmarks Statistik (2019): www.statistikbanken.dk/10064. BOL201

⁶⁸ Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter (2013): Fremtidens parcelhuskvarter - Forudsætninger, krav og behov

⁶⁹ Odense Kommune (2019): Generationsmøder om fælles aktiviteter i lokalområdet. www.odense.dk/brug-byen/puljer-og-stoette/tilskud-til-generationsmoeder/generationsmoeder-om-faelles-aktiviteter-i-lokalomraadet (Set den 25.07.2019)

⁷⁰ Aarhus Kommune: Generationernes Hus. www.generationerneshus.aarhus.dk/. (Set den 25.07.2019)

betydning for livskvalitet i seniorbofællesskaber samt i flere kommuners ældre- og boligpolitikker (se også anbefaling 8 om udbredelse af forskellige boformer for ældre).⁷¹ Som en del af satspuljeaftalen 2019-2022 på ældreområdet vil der desuden blive udarbejdet et idékatalog om ældrevenlige byer, hvor kommuner, organisationer og andre kan få inspiration til, hvordan ældres behov kan tænkes ind, når byrummene fornyes.

ANBEFALING 2:

Styrke og etablere fællesskaber i bolig- og lokalområder for at forebygge og afhjælpe ensomhed og øge trivsel blandt ældre

For at styrke ældre borgeres mulighed for at indgå i fællesskaber anbefales det, at kommuner, civilsamfund eller andre relevante parter, fx boligforeninger, understøtter og samarbejder om fællesskaber og aktiviteter for ældre i boligområder og lokalmiljøer. Dette bør ske med særlig vægt på at forebygge og afhjælpe ensomhed og social isolation blandt sårbare og skrøbelige ældre, eller ældre som på anden vis oplever barrierer for deltagelse i fællesskaber, fx sproglige. Der kan både være tale om formelle såvel som uformelle fællesskaber og aktiviteter, fx generationsmøder, besøgsvenner, 'sociale viceværter', fællesskaber i særligt udsatte boligområder, ældreboliger, parcelhuskvarterer mv., og aktiviteterne kan fx støttes af puljemidler.

Indsætterne bør baseres på bedste viden fra praksis, og det anbefales derfor, at der fra nationalt hold indledningsvist udarbejdes et videns- og inspirationskatalog, der kan anvendes i udmøntning af de konkrete aktiviteter.

5.1.3. Styrke og understøtte sårbare og skrøbelige ældres deltagelse i fællesskaber

På trods af et rigt udbud af mange forskellige typer af fællesskaber i både kommunalt regi og i civilsamfundet, er der fortsat ældre, som enten ikke deltager i fællesskaber eller har svært ved at holde fast i de fællesskaber og aktiviteter, de deltager i. Det er især tilfældet for de mest sårbare og skrøbelige ældre, hvor faktorer som fx fysiske funktionsbegrænsninger, kognitiv svækkelse, et stigende plejebæhov eller psykiske eller sociale udfordringer kan gøre det svært at forlade hjemmet for at skulle afsted til en aktivitet.⁷² Det gælder også ældre, som har syge eller svækkede ægtefæller. Disse grupper af borgere er ofte i øget risiko for at blive ensomme eller på anden måde socialt isolerede, fordi langt de fleste tilbud forudsætter den ældre borgers deltagelse uden for hjemmet.

⁷¹ Sundheds- og Ældreministeriet (2019): Afrapportering fra det tværministerielle arbejde om seniorbofællesskaber

⁷² Sundhedsstyrelsen (2016): Styrket indsats mod ensomhed hos ældre mennesker med meget hjemmehjælp

For mange ældre har tilgængelighed også stor betydning for deltagelse i fællesskaber. Det kan fx være i relation til den geografiske nærhed af tilbuddene, hvor det for nogle ældre kan opleves uoverskueligt at skulle bevæge sig langt på grund af fx fysisk funktionstab eller sygdom. Andre ældre udfordres ved manglende fleksibilitet i forhold til tid eller har udfordringer i forhold til transportmuligheder.⁷³ Fx har en undersøgelse i Region Sjælland vist, at transportmæssige begrænsninger/problemer har været årsag til, at 13 pct. af ældre over 80 år har undladt at benytte sundhedsvæsnets tilbud, 13,5 pct. har undladt at besøge familie eller venner, og 16,4 pct. har undladt at deltage i kulturelle arrangementer.⁷⁴

Der kan være behov for at iværksætte indsatser, som i højere grad imødekommer de specifikke, individuelle og skiftende udfordringer og behov, ældre borgere har. Både i forhold til at motivere ældre borgere til at deltage i fællesskaber og aktiviteter samt understøtte, at borgerne kan komme afsted og bliver inkluderet i fællesskabet. Det indebærer blandt andet et øget fokus på medarbejdernes og de frivilliges kompetencer i forhold til social inklusion, en god velkomst og et godt værtskab med henblik på at inkludere og skabe tryghed for borgeren samt i forhold til at skabe tilgængelighed til, og fleksibilitet i, tilbuddene. Det gælder ikke kun i forhold til at understøtte fællesskaber for skrøbelige og sårbare, men for alle ældre.⁷⁵

Flere frivillige organisationer og kommunale tilbud er generelt opmærksomme på de udfordringer, der kan være forbundet med at deltage og forblive i fællesskaber og aktiviteter, både for dem, som har et særligt behov for tryghed, og mere generelt. Derfor har de også arbejdet med at understøtte borgernes deltagelse i fællesskaberne ved fx at have fokus på 'den gode velkomst' og 'det gode værtskab'.^{76,77}

Digitale muligheder

Der kan også være ældre, som enten ikke kan eller ønsker at deltage i fællesskaber uden for hjemmet. Som et alternativ til at deltage i et fællesskab uden for hjemmet er det derfor vigtigt at understøtte borgerens sociale relationer på anden vis, fx ved hjælp af besøgsvenner eller anden individuel, eventuel professionel, kontakt. Det kan dog også handle om at tænke i nye måder at deltage i fællesskaber på ved i højere grad at udnytte de teknologiske og digitale muligheder, fx gennem brug af smartphones eller tablets. Det kan enten være for at understøtte relationer og fællesskab med familie og/eller venner,

⁷³ Marselisborg (2012): Barrierer og muligheder for et socialt ældreliv – En interviewundersøgelse blandt ensomme ældre i Midt- og Sydjylland

⁷⁴ PFI, Region Sjælland (2018): Sundhedsprofil 2017 for Region Sjælland og kommuner – Hvordan har du det?

⁷⁵ Sundhedsstyrelsen (2016): Styrket indsats mod ensomhed hos ældre mennesker med meget hjemmehjælp

⁷⁶ Ældre Sagen (2019): Bliv en god vært. www.aeldresagen.dk/frivilligportalen/ensomhed/godt-vaertskab/bliv-en-god-vaert. (Set den 25.07.2019)

⁷⁷ DGI (2018): Dyrk den gode velkomst. www.dgi.dk/foreningsledelse/artikler/dyrk-den-gode-velkomst. (Set den 25.07.2019)

som måske bor langt væk, eller til andre med samme interesser.^{78,79} Holstebro Kommune har eksempelvis etableret tjenesten 'Online besøgsven', hvor borgere over 55 år og frivillige kan snakke sammen online om et emne, begge parter interesserer sig for, og på et tidspunkt der passer dem begge. En tjeneste, der blandt andet er tiltænkt som et alternativ til de borgere, der har svært ved at mødes med andre i sociale sammenhænge.⁸⁰

Samarbejde på tværs

En central forudsætning, for at arbejdet med at understøtte sårbare og skrøbelige ældres deltagelse i fællesskaber kan lykkes, er et godt samarbejde mellem kommuner, regioner (herunder almen praksis) og civilsamfund. Fx er de visiterede kommunale tilbud en god mulighed for at opspore ældre, som oplever ensomhed – og dermed også en mulighed for at hjælpe den ældre borger videre i frivillige tilbud. I mange sammenhænge samarbejdes der allerede på tværs, men samarbejdet kan med fordel styrkes og udvides gennem øget brobygning mellem sektorerne, så der opstår endnu større synergieffekt til gavn for den enkelte ældre. Det kan give bedre mulighed for fx at forebygge og opspore ensomhed på tværs, rekruttere ældre til de rette tilbud samt motivere og fastholde borgerne til fortsat deltagelse. Det kan fx ske ved, at man på tværs af kommune, region og civilsamfund sammen identificerer behov og muligheder, finder fælles løsninger, skaber trygge overgange mellem tilbud og øger synlighed af tilbud og muligheder på tværs.⁸¹ Et centralt element i dette er at øge kompetencer og viden på tværs af kommuner og civilsamfund, men også almen praksis og hospitaler er relevante parter i arbejdet med at formidle tilbud til relevante borgere, hvilket fordrer et godt samarbejde og synlighed af tilbud på tværs.

Et eksempel på brobygning mellem en kommune og civilsamfundet er tilbuddet 'Humør-optimisterne', som er et samarbejde mellem Københavns Kommune og DGI Storkøbenhavn, hvor deltagerne i et visiteret tilbud i kommunen fortsætter i et frivilligt tilbud i DGI-regi, når det kommunale tilbud afsluttes. De ældre borgere fortsætter med at være sammen med dem, de har opbygget et fællesskab med og er trygge ved.⁸²

Flere aktører arbejder og samarbejder desuden om at styrke muligheden for meningsfulde fællesskaber i partnerskabet 'ABC for mental sundhed'.⁸³ 'ABC for mental sundhed' er en vidensbaseret indsats og strategi for mental sundhedsfremme, som er baseret på

⁷⁸ Krogh Sørensen, T. (2018): Professor: Skærme og velfærdsteknologi kan mindske ældres ensomhed. *Jyllands-Posten*, 23. oktober.

⁷⁹ Brandt et al. (2012): SeniorInteraktion - Innovation gennem dialog

⁸⁰ Holstebro Kommune (2018): Online besøgsven. www.holstebro.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/sundhedstilbud/online-besoegsven. (Set den 25.07.2019)

⁸¹ Sundhedsstyrelsen (2016): Styrket indsats mod ensomhed hos ældre mennesker med meget hjemmehjælp

⁸² Magasinet Pleje (2019): Samarbejde på tværs sikrer træning for demensramte. www.magasinetpleje.dk/article/view/654989/samarbejde-pa-tvaers-sikrer-traening-for-demensramte (Set den 25.07.2019)

⁸³ ABC for Mental Sundhed. www.abcmentalsundhed.dk. (Set den 25.07.2019)

tre temaer: *Act*: Gør noget aktivt – det kan være både fysisk, mentalt, socialt eller spirituelt, *Belong*: Gør noget sammen – det handler om at indgå i fællesskaber med andre mennesker og *Commit*: Gør noget meningsfuldt. 'ABC for mental sundhed' bygger på en partnerskabstankegang, hvor indsatserne udføres i samarbejde med foreninger, organisationer og kommuner og tilpasses forskellige målgrupper samt lokale behov og ønsker.^{84,85}

ANBEFALING 3:

Understøtte ældres deltagelse i fællesskaber og aktiviteter gennem brobygning med særligt fokus på sårbare og skrøbelige ældre

Det skal være lettere for særligt sårbare og skrøbelige ældre, som fx har vanskeligt ved at forlade eget hjem, at deltage i meningsfulde fællesskaber. Det anbefales derfor, at kommuner, regioner og civilsamfund samarbejder om at udvikle, afprøve og udbrede forskellige indsatser, der understøtter, at flere skrøbelige eller sårbare ældre med fx fysiske, mentale eller sociale udfordringer deltager i fællesskaber. Indsatserne bør have fokus på at bygge bro gennem samarbejde om bedre overgange mellem tilbud, synlighed af tilbud og muligheder på tværs. Der bør være fokus på tværsektoriel vidensdeling og udvikling af kompetencer til blandt andet at støtte borgernes inklusion, relationsdannelse og oplevelse af meningsfuldhed i aktiviteterne samt tilpasning af aktiviteter til de aktuelle behov hos den individuelle ældre. Der bør ligeledes være fokus på indsatser, der kan understøtte meningsfulde fællesskaber og relationer for borgere, der ikke kan eller ønsker at forlade hjemmet, fx gennem én-til-én-aktiviteter eller brug af tablets, smartphones eller andre teknologiske løsninger.

Arbejdet kan med fordel inspireres af viden og metoder fra 'ABC for mental sundhed'. Aktiviteterne kan desuden understøttes af den indsamlede viden og erfaringer fra initiativerne i anbefalingerne 1 og 2 samt støttes af puljemidler.

⁸⁴ Koushede, V. (2015): For Mental Sundhed – et nyt perspektiv

⁸⁵ ABC for Mental Sundhed. www.abcmamentalsundhed.dk. (Set den 25.07.2019)

5.2. Pårørende til svækkede ældre

Når en ældre bliver syg eller svækket, er det ofte de pårørende, som træder først til. De pårørende kan være en stor ressource for den borger, som er syg eller svækket, både i det tidlige og i det senere forløb. De pårørende yder vigtig støtte og omsorg for svækkede ældre. Samtidig har de et kendskab til deres nære, som kan være centralt for de fagprofessionelles arbejde i relation til behandling, pleje og omsorg, både i kommunalt og regionalt regi. Pårørende kan både omfatte ægtefælle, børn eller anden tæt familie, men også en udvidet kreds, som fx venner eller andet netværk. Anbefalingerne i det faglige oplæg er både målrettet pårørende, som er i familie med svækkede ældre, men også andre netværkspårørende til svækkede ældre.

Som pårørende til ældre, der er syge eller svækkede kognitivt, fysisk, psykisk eller socialt, kan den pårørende stilles i en udfordrende livssituation med bekymringer, belastninger og en række praktiske gøremål. En undersøgelse lavet af Danmarks Statistik for Ældre Sagen viser, at 59 pct. af pårørende ægtefæller i nogen eller høj grad oplever, at deres fysiske helbred er blevet dårligere, mens 54 pct. i nogen eller høj grad oplever, at deres psykiske helbred er blevet dårligere.⁸⁶ For pårørende som stadig er erhvervsaktive, viser en undersøgelse fra KMD Analyse for Ældre Sagen, at hver femte pårørendes fysiske helbred påvirkes negativt, og hver fjerde pårørendes psykiske helbred påvirkes negativt.⁸⁷ Over årene er der kommet øget fokus på at støtte de pårørende, men nogle pårørende oplever fortsat at blive overset, selvom de gerne vil spille en aktiv rolle.⁸⁸

Det kan være en udfordring for pårørende at balancere egne ønsker og forventninger til at hjælpe sine nærtstående over for risikoen for at blive fysisk og psykisk belastet eller socialt isoleret. Dette kan blive vanskeligere i takt med, at sygdom eller svækkelse hos den nærtstående skrider frem, og omsorgsbehovet vokser.⁸⁶ Det skal også ses i lyset af, at pårørendes livssituationer, behov og ressourcer er mangeartede og forskellige. Er den pårørende fortsat på arbejdsmarkedet, påvirkes den pårørendes liv på en anden måde, end hvis den pårørende fx er hjemme med den syge eller svækkede eller selv er ældre. En undersøgelse af pårørende på arbejdsmarkedet viser således, at hver femte erhvervsaktive pårørende oplever, at deres pårørenderolle har en negativ indflydelse på deres arbejdsliv og økonomi.⁸⁷

I takt med at en syg eller svækket ældre får mere behov for støtte, omsorg og pleje, vil kontakten mellem det offentlige, den ældre borger og dennes pårørende stige. I mødet mellem de fagprofessionelle og de pårørende, er det centralt at få inddraget de pårørendes

⁸⁶ Ældre Sagen (2016): Undersøgelse blandt ægtefæller/samlevere til hjemmehjælpsmodtagere – Grafikrapport – April 2016

⁸⁷ KMD Analyse (2018): Pårørende på arbejdsmarkedet – Oktober 2018

⁸⁸ Trygfonden & Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2016): Pårørende på spring... – En undersøgelse af pårørendes oplevelser, roller, holdninger, forventninger og ønsker

erfaring med, og viden om, deres nærtstående. Alligevel oplever de pårørende ofte, at deres viden ikke inddrages i forløbet, og at de overses som ressource. En undersøgelse fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed peger på, at det kan skyldes manglende forventningsafstemning om opgaver og ansvar mellem pårørende og kommunen eller personalet på hospitalet, som yderligere kan skabe konflikter og utryghed hos borgerne. Undersøgelsen viser, at 38 pct. af de pårørende til en nærtstående, som var indlagt på et hospital, svarer, at personalet kun i mindre grad eller slet ikke var interesseret i den viden, som de pårørende kunne bidrage med. Det kan være en hæmsko for en god og sammenhængende indsats og tryghed for både den ældre borger, som er syg eller svækket, og de pårørende.⁸⁹ Til gengæld viser en litteraturgennemgang om pårørendeinddragelse, at når pårørende inddrages, styrkes forløbene resultatmæssigt, der sker færre fejl, og både borgere og pårørende klarer kritiske situationer følelsesmæssigt bedre.⁹⁰

5.2.1. Rådgivning og støtte til pårørende

Mange pårørende står ved siden af og skal hjælpe, men er også selv påvirket af deres nærtståendes situation og føler et stort ansvar. Forandringer i hverdagen medfører, at nogle situationer og opgaver skal håndteres på en ny måde. Der er praktiske ting, som skal ordnes, og samtidig er der ofte følelsesmæssige belastninger. Det kan være svært at få det hele til at fungere med eventuelt arbejde, familie og det sociale liv. Uanset, om den nærtstående er alvorligt syg eller på anden måde svækket, er der derudover ofte en række forskellige aftaler hos fx egen læge, hospital eller kommunale tilbud, som den pårørende skal have overblik over og koordinere. Også erkendelse og forståelse af både sin svækkede nærtståendes sygdom og sin egen situation og eventuelle krise, er noget, der kan give udfordringer som pårørende.

Der findes mange indsatser, der har til formål at støtte pårørende. En undersøgelse fra 2017 lavet af Rambøll for Ældre Sagen viser, at pårørendetilbud kan have en lang række positive virkninger i forhold til at reducere den praktiske, følelsesmæssige og sociale belastning, som pårørende oplever.⁹¹ Undersøgelsen viser endvidere, at pårørendetilbud også har en indirekte positiv virkning for den syge eller svækkede, fordi den pårørende får mere overskud til at tilbringe tid med og pleje denne. Det kræver dog ofte ressourcer fra den pårørende at få overblik over tilbud og forlade hjemmet for at deltage. For de pårørende, som selv er svækkede, skrøbelige eller sårbare ældre, forstærkes denne barriere yderligere. Undersøgelsen peger således også på, at det kan være svært at opspore og rekruttere de pårørende til deltagelse i tilbud på grund af manglende tid og overskud hos den pårørende og manglende viden om tilbud blandt kommunale medarbejdere i kontakt

⁸⁹ Trygfonden & Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2016): Pårørende på spring... – En undersøgelse af pårørendes oplevelser, roller, holdninger, forventninger og ønsker

⁹⁰ Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2016): Pårørendee involvering – fakta og evidens. Litteraturgennemgang.

⁹¹ Ældre Sagen & Rambøll (2017): Pårørende – politikker, initiativer og tilbud i kommunerne

med borgeren.⁹² Det lykkes bedst, når der fx er et aktivt formidlings- og rekrutteringsarbejde og dialog mellem kommunale medarbejdere og henholdsvis pårørende og nærtstående. Etablering af tilbud målrettet pårørende kan dermed ikke stå alene, men bør ledsages af en målrettet og vedholdende rekrutterings- og opsporingsindsats.

Undersøgelsen fra 2017 af Rambøll for Ældre Sagen viste også, at 13 pct. af kommunerne havde ansat en såkaldt pårørendevejleder eller -konsulent, som skal hjælpe og støtte de pårørende.⁹² De fleste pårørendevejledere rådgiver de pårørende individuelt og i grupper og giver viden om, og hjælp til, at navigere i både kommunens tilbud og de mange diagnosespecifikke foreninger og videnscentre, hvor pårørende har mulighed for at få støtte og viden. Nogle pårørendevejledere er også med til at skabe forbindelse mellem de frivillige og kommunale tilbud.⁹³ I Sverige er brugen af pårørendevejledere udbredt i forhold til at understøtte de ældre, undervise og rådgive de pårørende.⁹⁴

For at styrke rådgivning og støtte til pårørende, vurderes det hensigtsmæssigt at opsamle erfaringer, afdække, afprøve og udbrede forskellige modeller for vejledning, rådgivning og støtte til pårørende på ældreområdet i kommunerne.

ANBEFALING 4:

Styrke vejledning, rådgivning og støtte til pårørende til svækkede ældre i kommuner gennem afprøvning og udbredelse af forskellige modeller herfor

Pårørende til svækkede ældre skal opleve styrket mulighed for at blive støttet i deres rolle som pårørende. Det anbefales derfor at styrke støtten til pårørende til svækkede ældre gennem afprøvning og udbredelse af forskellige modeller for rådgivning og støtte i kommunerne i forhold til fx målgrupper, organisering, samarbejde med regioner og civilsamfund samt fokus for indsatsen. Indsatserne kan fx fokusere på at opspore og forebygge fysiske og psykiske belastninger hos pårørende ved at tilbyde individuelle eller gruppebaserede samtaler, undervise og skabe netværk, og kan understøttes af viden- og kompetenceudviklingsaktiviteterne i anbefaling 5.

Afprøvning og udbredelse af modellerne kan støttes af puljemidler samt en indledende afdækning og formidling af erfaringer og inspiration fra kommuner, som har etableret modeller for rådgivning og støtte til pårørende på ældreområdet både i Danmark og Sverige, hvor der er etableret et kompetencecenter for pårørende. Aktiviteterne kan med

⁹² Ældre Sagen & Rambøll (2017): Pårørende – politikker, initiativer og tilbud i kommunerne

⁹³ Ældre Sagen (2018): Hvad er en pårørendevejleder? www.aeldresagen.dk/presse/maerkesager/paaroerende/fakta/hvad-er-en-paaroerende-veileder. (Set den 25.07.2019)

⁹⁴ Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2014): Anhörigkonsulentens arbete och yrkesroll – Resultat från en enkätundersökning

fordel tilknyttes det eksisterende Videnscenter for værdig ældrepleje i Sundhedsstyrelsen, der allerede har pårørende som et fokusområde i centerets formidlings-, rådgivnings- og kompetenceudviklingsaktiviteter.

5.2.2. Styrke viden og kompetencer i pårørendestøtte og -samarbejde

Der er igangsat mange indsatser i kommunalt og frivilligt regi med henblik på at støtte pårørende til syge, herunder ældre. Der er således bred viden om, og erfaringer med, at støtte pårørende lokalt.⁹⁵ Erfaringer med, og viden om, indsatser og initiativer indsamles og deles dog ikke systematisk.

I forhold til det generelle pårørendeperspektiv har Komiteen for Sundhedsoplysning udviklet kurset 'LÆR AT TACKLE hverdagen som pårørende', som er et gratis kursus for voksne pårørende til mennesker med langvarig sygdom eller funktionsnedsættelse. Kurset sætter fokus på mestring af manglende overskud, dårlig samvittighed og symptomer på stress samt værktøjer til at håndtere svære følelser og til at bede om hjælp. Kurset udbydes i samarbejde mellem kommuner og frivillige som instruktører.⁹⁶ En evaluering af kurset viser blandt andet, at 85 pct. oplever, at de er blevet bedre til at passe på dem selv, 71 pct. har opnået bedre trivsel, og 30 pct. har flyttet sig fra at være i højrisikogruppen for udvikling af depression til at være udenfor risiko.⁹⁷ Der er med satspuljeaftalen på ældreområdet for 2018-2021 afsat midler til udbredelse af kurset på landsplan.

Der er derudover udviklet en række tilbud til pårørende på demensområdet, hvor der over en årrække er opnået erfaring og viden om pårørendes behov og ønsker, ligesom der er udviklet en række målrettede tilbud. Senest er der på baggrund af bedste viden fra praksis udviklet en national værktøjskasse til pårørende fra Nationalt Videnscenter for Demens med redskaber til at gennemføre fx pårørendeundervisning.⁹⁸ Med satspuljeaftalen på ældreområdet for 2019-2022 er der desuden afsat midler til at udarbejde et inspirationsmateriale til at understøtte kommunernes indsats i forhold til at hjælpe og støtte pårørende til svækkede ældre.

Igennem et forløb med en syg eller svækket nærtstående, har de pårørende forskellige behov for støtte og rådgivning – og oftest på tværs af sektorer. I den første tid er behovet for information ofte størst, mens der i det sene forløb kan være mere behov for fx vejledning og aflastning. I forløbet er det derfor vigtigt, at fagprofessionelle i hospitals- og kommunalt

⁹⁵ Ældre Sagen & Rambøll (2017): Pårørende – politikker, initiativer og tilbud i kommunerne

⁹⁶ Lær at tackle: Lær at tackle hverdagen som pårørende. www.laerattackle.dk/hverdagen-som-paerørende (Set den 25.07.2019)

⁹⁷ Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (2017): Evaluering af pårørendekursus

⁹⁸ Nationalt Videnscenter for Demens: Værktøjskassen – støtte til et liv med demens.

www.videnscenterfordemens.dk/vaerktoejskassen/

regi samt i almen praksis, men også frivillige, har den fornødne viden og de rette kompetencer til at se og imødekomme de pårørendes løbende behov, så de pårørende oplever sig inddraget, og det gode samarbejde understøttes gennem hele forløbet.⁹⁹ Det indebærer blandt andet, at de relevante fagprofessionelle har viden om tilbud på tværs af sektorer, har færdigheder i forhold til at støtte og skabe relationer til de pårørende, opspore og forebygge belastninger samt at forebygge og håndtere konflikter. Det kræver derfor relevant viden og konkrete metoder, som kan anvendes af alle fagprofessionelle og frivillige, som er i kontakt med de pårørende til svækkede ældre, med henblik på at sikre den gode dialog og samarbejde – til gavn for både den pårørende og den svækkede ældre.

Der er behov for nationalt at styrke opsamling og formidling af viden og metoder til understøttelse af og samarbejde med pårørende til svækkede ældre på ældreområdet generelt, med henblik på at understøtte udvikling og udbredelse af pårørendeindsatser med afsæt i bedste viden fra praksis. Samtidig vurderes der et behov for at styrke relevante fagprofessionelles kompetencer med fokus på pårørendeunderstøttelse og -samarbejde. Eksempelvis har Sverige siden 2008 haft et nationalt kompetencecenter for pårørende, herunder pårørende til ældre. Centerets formål er at bidrage til højere kvalitet i samarbejdet med og understøttelsen af pårørende gennem implementering af pårørendestøtte, udvikling af metoder og værktøjer samt vidensopbygning og vidensdeling.¹⁰⁰

ANBEFALING 5:

Styrke viden om og kompetencer i pårørendesamarbejde og -støtte i praksis

For at styrke støtten til pårørende til svækkede ældre samt styrke pårørendeinddragelse og -samarbejde anbefales det at øge viden og kompetencer om pårørendesamarbejde og -støtte i kommuner samt civilsamfund og regioner hvor relevant. Kompetenceudviklingen bør være målrettet fagprofessionelle og andre aktører, som har den tætteste kontakt til pårørende til svækkede ældre i hverdagen, fx sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere og -assistenter, og bør have fokus på både at skabe et godt samarbejde med og støtte de pårørende med afsæt i de pårørendes ressourcer, behov og konkrete livssituation i forhold til det gode borger- og patientforløb.

Kompetenceudviklingen kan eksempelvis have karakter af rådgivning, kurser, e-læring, temadage eller netværk og bør baseres på en indledende afdækning af viden og metoder, der er relevante for at understøtte pårørende til svækkede ældre. Indsatsen kan fx tilknyttes det eksisterende Videnscenter for værdig ældrepleje i Sundhedsstyrelsen som en udvidelse og styrkelse af pårørendesporet i centerets formidlings-, rådgivnings- og kompetenceudviklingsaktiviteter.

⁹⁹ Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen (2018): Koncept for systematisk inddragelse af pårørende

¹⁰⁰ Nationellt kompetenscentrum anhöriga – för ett anhörigvänligt samhälle. www.anhoriga.se/ (Set den 25.07.2019)

5.2.3. Fleksible tilbud om aflastning og afløsning til pårørende

Rådgivning og vejledning er væsentlige elementer i forbindelse med at forebygge belastninger hos de pårørende, men for nogen kan aflastning blive nødvendig for at undgå, at den pårørende selv bliver syg og får behov for hjælp. I takt med at sygdom og svækkelse hos den nærtstående forværres over tid, oplever mange pårørende desuden, og især ægtefæller, at de isoleres og ikke har de samme muligheder for at deltage i fællesskaber og aktiviteter.¹⁰¹

Det fremgår af §84 i lov om social service (også kaldet serviceloven), at kommunalbestyrelsen skal tilbyde aflastning eller afløsning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne samt tilbyde midlertidigt ophold til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje.¹⁰² I praksis kan det betyde, at den nærtstående kan blive visiteret til fx dagtilbud eller midlertidigt ophold, som eksempelvis en aflastningsplads, eller at der kan tilbydes afløsning i hjemmet, så den pårørende kan gå til en aktivitet eller på anden vis fastholde den sociale kontakt uden for hjemmet. Aflastning og afløsningsmuligheder understøtter således de pårørendes muligheder for fortsat deltagelse i fællesskaber og aktiviteter.

De pårørendes behov for aflastning og afløsning ændres løbende og afhænger ikke kun af, hvor belastet den pårørende selv oplever sig, men også af, hvornår de mentalt er klar til "at give slip" på deres nærtstående til fx et aktivitetstilbud. Mange pårørende tilkendegiver, at de ikke anvender aflastningstilbud, fordi de gerne vil klare det hele selv.¹⁰³

Fordi behovene for aflastning og afløsning ændrer sig løbende, blandt andet i samspil med de behov, som den syge eller svækkede har, kan pårørende opleve, at tilbud om aflastning ikke er fleksible. Fx viser en rapport fra 2013 om pårørende til borgere med demens, at 24 pct. af de pårørende vurderer, at aflastningstilbuddet ikke er tilrettelagt fleksibelt i forhold til hvornår, og hvor meget aflastning, den enkelte har brug for. Det vedrører fx aflastningstilbuddenes åbningstider, som oftest kun er i hverdage og dagtimer, selvom pårørende også kan have et behov for aflastning i aftentimer og weekender.¹⁰³ Derfor blev der i regi af Den Nationale Demenshandlingsplan 2025 afsat 38 mio. kr. til at styrke kvaliteten og fleksibiliteten i de kommunale dag- og aflastningstilbud målrettet pårørende til mennesker med demens. Generelt på ældreområdet mangler der fortsat mere viden om tilbud og behov i forhold til aflastning, afløsning, fleksibilitet mv. Dertil viser en undersøgelse af KMD

¹⁰¹ Marselisborg (2012): Ældre og ensomhed – hvem, hvorfor og hvad gør vi? En undersøgelse om ensomhed hos ældre i 25 kommuner

¹⁰² Social- og Indenrigsministeriet (2019): Bekendtgørelse af lov om social service, kapitel 16. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=209925 (Set den 26.08.2019)

¹⁰³ Socialstyrelsen (2013): Undersøgelse af behov for afløsning og aflastning blandt pårørende til mennesker med en demenssygdom

Analyse for Ældre Sagen om erhvervsaktive ældre, at mange pårørende ikke kender til mulighederne for aflastning og afløsning.¹⁰⁴

Afløsnings- og aflastningstilbuddenes udformning og varighed afhænger af den enkelte kommune, hvorfor der findes forskellige tilbud og forskellige erfaringer lokalt. For at understøtte kommunernes arbejde med aflastning og afløsning af pårørende på ældreområdet generelt, vurderes det, at der er et behov for at afdække og udbrede gode erfaringer med forskellige former for fleksible tilbud om aflastning og afløsning.

ANBEFALING 6:

Styrke forebyggelse af fysisk og psykisk belastning hos pårørende til svækkede ældre gennem afdækning og udbredelse af gode erfaringer med aflastning og afløsning

For at understøtte pårørende til svækkede ældres individuelle og skiftende behov for aflastning og afløsning anbefales det, at der fra nationalt hold afdækkes eksisterende gode erfaringer med fleksible aflastnings- og afløsningstilbud til pårørende til svækkede ældre i kommunerne efter §84 i lov om social service, både på demensområdet og ældreområdet generelt, herunder eksisterende samarbejdsmodeller med civilsamfundet. På baggrund af afdækningen anbefales det at udvikle og udbrede forskellige modeller for aflastning og afløsning til pårørende til svækkede ældre, dette både i kommunalt regi og i samarbejde mellem kommuner og civilsamfund, fx støttet af puljemidler.

Der lægges vægt på, at de forskellige aflastnings- og afløsningstilbud understøtter de pårørendes behov og ressourcer med henblik på at forebygge belastninger og fastholde muligheder for fortsat at deltage i aktiviteter og fællesskaber sammen med eller uden deres nærtstående. Der bør være særligt fokus på de pårørende, som er i en sårbar situation, fx på grund af manglende netværk, alvorlig eller langvarig sygdom hos nærtstående, eller hvis den pårørende på anden måde har vanskeligt ved at benytte eksisterende aflastningstilbud.

¹⁰⁴ KMD Analyse (2018): Pårørende på arbejdsmarkedet – Oktober 2018

5.3. En god overgang til ældrelivet

Aldringsprocessen for den enkelte er hverken ensartet eller lineær og er kun løst forbundet med alder målt i år.¹⁰⁵ Diversiteten i den ældre befolkning er stor, og derfor er det ikke muligt at udpege et konkret tidspunkt for overgangen til 'ældrelivet'. Alligevel er der nogle livsbegivenheder, som for mange mennesker udgør store milepæle og forandringer i livet, som ved overgangen fra én livsfase til en anden.

Eksempelvis kan overgangen fra at stoppe på arbejdsmarkedet og begynde en pensionstilværelse for mange udgøre en betydningsfuld proces mod en ny livsfase og en ny identitet. Overgangen kan variere fra person til person, i forhold til hvornår og hvordan, den finder sted, om det sker brat eller gradvist, og oplevelsen af overgangen kan ligeledes være vidt forskellig. For de fleste mennesker betyder overgangen, at det bliver nødvendigt at etablere en ny hverdag, hvor der ikke længere bruges tid på arbejdspladsen. Hverdagen, som tidligere har været struktureret omkring arbejde, skal struktureres på en ny måde. For de fleste betyder det, at tiden bruges på nye aktiviteter, og at den enkelte vil indgå i nye roller og relationer.¹⁰⁶

For nogle opleves det som positivt, at man i højere grad selv kan bestemme, hvad man har lyst til at bruge sin tid på, og at der er plads til at give sig i kast med de planer og drømme, som der ikke tidligere har været tid eller overskud til.¹⁰⁷ For andre kan overgangen fra en hverdag med et aktivt arbejdsliv til pensionstilværelsen opleves som en brat og svær overgang. Den nye hverdag kan medføre bekymringer, usikkerhed og forringet livskvalitet.¹⁰⁸ Når livsforandrende begivenheder eller vanskelige livsfaser indtræffer, kan alle mennesker være i større risiko for at blive syge og udvikle funktionsnedsættelser. Personer, som fornyligt er gået på pension, kan dertil være i særlig risiko for at opleve ensomhed og social isolation.^{105,109}

En snarlig eller nyligt pensioneret person kan forvente at have mange år foran sig. I 2017 kunne en 65-årig kvinde forvente i gennemsnit at leve yderligere 20,6 år og en 65-årig mand kunne forvente at leve 17,9 år mere.¹¹⁰ Overgangen fra arbejdslivet kan udgøre en god anledning til at styrke ens viden om, hvordan det kan sikres, at denne livsfase bliver præget af sund aldring, trivsel, og selvbestemmelse.

¹⁰⁵ WHO (2015): World report on ageing and health 2015

¹⁰⁶ Moffatt, S. & Heaven, B. (2017): Planning for uncertainty: Narratives on retirement transition experiences. *Ageing & Society*, 37(5), 879-898

¹⁰⁷ VIVE (2019): Tilbagetrækningsalder og tilbagetrækningsårsager – Opgørelser baseret på Ældredatabasen

¹⁰⁸ PwC (2019): Analyse af overgangen fra arbejdsliv til pensionistliv - Afrapportering

¹⁰⁹ Sundhedsstyrelsen (2015): Forebyggelse på ældreområdet – Håndbog til kommunerne

¹¹⁰ Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel - Ældreprofilen 2019

At opleve en god overgang fra arbejdsliv til pensionisttilværelse kan således være med til at lægge sporerne til et ældreliv med høj livskvalitet og god trivsel. Overgangen kan blandt andet fremmes ved, at borgeren overvejer, hvordan rammerne, herunder boligen og det geografiske område, borgeren bor i, kan understøtte det liv, den enkelte ønsker at leve i fremtiden.¹¹¹ Dette skal ses i kontekst af, at det i overgangen fra arbejdsliv til livet som pensionist kan opleves, at det sociale fællesskab, som personen naturligt har været en del af på arbejdspladsen, forsvinder. Der kan derfor være behov for at skabe nye relationer i hverdagen, ligesom der kan være behov for at skabe nye rammer, der kan understøtte disse relationer, fx i form af flytning til et nyt område eller i en ny boligform. Frivilligt arbejde kan også være en måde at skabe nye fællesskaber på.¹¹² Da en styrkelse af fællesskaber og meningsfulde aktiviteter er relevant hele vejen gennem et godt ældreliv, berøres dette område særskilt i afsnit 5.1 om fællesskaber, trivsel og mental sundhed.

5.3.1. Information og rådgivning omkring en god overgang til ældrelivet

Hvad der udgør en god overgang til pensionisttilværelsen kan være meget forskellig alt efter baggrund, vilkår og ønsker for fremtiden. Undersøgelser peger dog på, at forberedelse og rum til refleksion i forhold til den kommende pensionering udgør et centralt element i oplevelsen af en god overgang, uanset hvordan overgangen ser ud.^{111,113}

Der findes forskellige former for vejledning og rådgivning i regi af diverse aktører i forbindelse med overgangen ved pensionering, men der er forskel på, hvad der er tilgængeligt for den enkelte, og hvad aktørerne vejleder om. Økonomiske overvejelser fylder meget forud for pensionering, og hertil tilbyder fx a-kasser og pensionskasser rådgivning til deres medlemmer. I overgangen før, under og efter pensionering er der mange øvrige aspekter af livet, der også kan fylde.¹¹¹ Undersøgelser peger på, at mental og social forberedelse er lige så vigtig for trivslen efter pensionering som økonomisk forberedelse.¹¹³ Vigtige emner, som den enkelte med fordel kan forholde sig til, inkluderer blandt andet rettigheder og muligheder ved planlægning af senkarriere, økonomiske og bolig-mæssige overvejelser, etablering af nye fællesskaber og sociale relationer samt øvrige refleksioner, der kan understøtte den mentale og sociale forberedelse på overgangen.¹¹¹

Forberedelsen til pensionistlivet kan for nogen blive negativt præget af den udbredte forestilling om, at pensionistlivet er én lang ferie, hvor man slipper for at arbejde, og alle muligheder står åbne. Det er ikke nødvendigvis den oplevede realitet for alle, der går på pension, og som derfor kan opleve det som udfordrende at stoppe på arbejdsmarkedet.

¹¹¹ PwC (2019): Analyse af overgangen fra arbejdsliv til pensionistliv - Afrapportering

¹¹² Santini et al. (2018): Formal Volunteer Activity and Psychological Flourishing in Scandinavia: Findings from Two Cross-sectional Rounds of the European Social Survey. *Social Currents*, 1-15.

¹¹³ Moffatt, S. & Heaven, B. (2017): Planning for uncertainty: Narratives on retirement transition experiences. *Ageing & Society*, 37(5), 879-898

Disse unuancerede fortællinger kan opleves som begrænsende og tabuiserende.¹¹⁴ Der er derfor behov for mere nuancerede fortællinger om livet på pension, således at der kan skabes en mere realistisk forventning til pensionistlivet hos de borgere, der nærmer sig pensionen og dermed skabe grobund for, at de i højere grad kan forberede sig på den nye livsfase ud fra et informeret og mere nuanceret grundlag.

Sundhedsstyrelsen igangsætter i efteråret 2019 initiativet "Partnerskaber om den gode overgang til livet uden for arbejdsmarkedet". Partnerskabet etableres i samarbejde med relevante aktører på området og har til formål at afdække behov og indsatser, indsamle gode eksempler, udbrede initiativer og god praksis og komme med anbefalinger til yderligere lokale initiativer om den gode overgang til livet uden for arbejdsmarkedet (jf. satspuljeaftaleteksten). Nedenstående anbefaling skal ses som et supplement til, og i kontekst, af dette initiativ.

ANBEFALING 7:

Understøtte en god overgang til livet uden for arbejdsmarkedet gennem målrettet information og rådgivning

Det anbefales, at der udvikles målrettet information og rådgivning til borgere på vej fra arbejdsliv til livet på pension for at understøtte den gode overgang til et godt ældre liv med livskvalitet og trivsel. Indsatserne kan med fordel tage afsæt i en nuanceret fortælling om, hvad seniorlivet kan indebære, herunder introducere vigtige overvejelser i forhold til personlige og praktiske forhold, fx planlægning af fremtidig bolig- og levevilkår samt betydningen af at leve et aktivt og sundt ældre liv med deltagelse i meningsfulde aktiviteter og fællesskaber. Indsatserne bør både omfatte seniorer, der stadig er på arbejdsmarkedet, nyligt pensionerede borgere ved planlagt eller uplanlagt arbejdslivsafslutning samt have særligt fokus på målgrupper, der i mindre grad opsøger seniorlivsrådgivning.

De konkrete indsatser bør udvikles med inddragelse af blandt andre civilsamfundsorganisationer, faglige organisationer, pensionselskaber, kommuner og andre relevante parter, der i forskelligt omfang har udviklet indsatser i forhold til overgangen. Det allerede etablerede *Partnerskab om den gode overgang til livet uden for arbejdsmarkedet* i Sundhedsstyrelse regi jf. satspuljeaftale 2019-2022 kan med fordel inddrages i udvikling og udbredelse af aktiviteter. Disse aktiviteter kan med fordel samtænkes og koordineres med erfarings- og vidensindsamling samt rådgivning og kompetenceudvikling, der kan være indeholdt i flere af de øvrige anbefalinger (jf. 1 og 9).

¹¹⁴ PwC (2019): Analyse af overgangen fra arbejdsliv til pensionistliv - Afrapportering

5.3.2. Understøtte udbredelse af forskellige boformer for ældre

At flytte i en ny, mere aldersvenlig bolig tidligere i livet kan potentielt fremme livskvalitet og forebygge funktionstab mm.¹¹⁵ Blandt personer i alderen 52-97 år overvejer 22 pct. at flytte inden for de næste 5 år, mens 15 pct. har skiftet bolig inden for de sidste 4 år. For begge dele er den hyppigste årsag til flytning eller flytteovervejelser 'at få en mindre bolig'. De fleste ønsker dog at blive boende i deres nuværende bolig, og mange har boet i deres bolig i mange år.¹¹⁶

I forhold til boformer for ældre, har der i de seneste år særligt været fokus på at udbrede seniorbofællesskaber, både i Danmark og i udlandet. Boformen giver borgeren mulighed for at have sin egen bolig, men samtidig indgå i et fællesskab med naboer i sammenlignelige livssituationer i hverdagen.^{117,118} I en undersøgelse af seniorer der bor i bofællesskab, ses det, at beboere i seniorbofællesskaber oplever, at det har øget deres livskvalitet at flytte i seniorbofællesskab.¹¹⁹ Ligeledes viser erfaringer fra fx Holland, at bofællesskaber kan medvirke til at understøtte fællesskaber og forebygge ensomhed.^{120,121} Interessen for at bo i seniorbofællesskab ser også ud til at være højere end det antal, der er til rådighed. I 2016 estimerede Realdania, at knap 8 pct. af ældre borgere har et ønske om at bo i seniorbofællesskab, det vil sige ca. 80.000 ældre, stigende til op mod 120.000 ældre frem mod 2044.¹²² Aktuelt er udbuddet af boligenheder i seniorbofællesskaber på lidt over 5.500 enheder fordelt på knap 300 bofællesskaber. Samtidig oplever eksisterende bofællesskaber, at interessen generelt er stigende, og at ventelisterne bliver længere.¹²²

ANBEFALING 8:

Understøtte information om og udbredelsen af forskellige boformer for ældre, som understøtter meningsfulde fællesskaber, trivsel og sund aldring

For at sikre størst mulig fleksibilitet i forhold til fremtidige boformer for ældre borgere, kan overgangen til pensionistlivet være et godt tidspunkt at overveje fremtidige boformer. Det anbefales derfor at styrke arbejdet med information om og udbredelse af forskellige boformer, der fremmer et godt ældreliv, herunder seniorbofællesskaber, der understøtter meningsfulde fællesskaber, trivsel og sund aldring. Dette kan blandt andet ske gennem indsatser, der afdækker og udbreder viden om potentialet ved forskellige boformer for ældre samt understøtter etableringen af boformer og seniorbofællesskaber, der understøtter gode ældreliv i et samarbejde mellem centrale aktører på området.

¹¹⁵ SFI (2016): Sammenhængen mellem boligformer og livskvalitet for ældre

¹¹⁶ VIVE (2019): Ældres boligsituation og fremtidige boligønsker

¹¹⁷ Sundheds- og Ældreministeriet (2019): Afrapportering fra det tværministerielle arbejde om seniorbofællesskaber

¹¹⁸ Sundheds- og Ældreministeriet (2019): Seniorer ønsker at bo midt i fællesskabet

¹¹⁹ Methods/Petersen (2016): Livskvalitet i seniorbofællesskaber

¹²⁰ International Observatory on Social Housing (2018): How the Dutch Lead the Way in Senior Housing Innovation

¹²¹ Brenton (2010): Potential benefits for cohousing older people – A literature review

¹²² Realdania (2019): Ældres livskvalitet i seniorbofællesskaber – Hvad ved vi?

5.4. Forebyggelse, sundhedsfremme og sund aldring

Forebyggelse og sundhedsfremme har stor betydning for sund aldring og for at leve et langt, selvstændigt og meningsfuldt liv, hvor det fysiske og psykiske helbred ikke sætter begrænsninger i hverdagen.¹²³ I takt med at alderen stiger, sker der et gradvist tab af funktionsevne, som på sigt gør ældre mindre selvhjulpne. At blive ældre er således forbundet med en større risiko for at blive svækket og opleve forringet livskvalitet. Det er derfor af stor betydning for ældre at vedligeholde den fysiske, mentale og sociale funktionsevne gennem fx deltagelse i fællesskaber og sociale relationer, sund kost, fysisk aktivitet, ikke at ryge, et begrænset alkoholindtag, samt andre tiltag, der kan fremme sund aldring.¹²⁴ Gennem forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser kan flere ældre bevare eller forbedre deres sundhed, trivsel og funktionsevne længst muligt.¹²⁵

Begreberne forebyggelse og sundhedsfremme

Forebyggelse og sundhedsfremme er sideordnede begreber, der beskriver to forskellige tilgange og typer af indsatser til at opnå sundhed og trivsel.

Forebyggelse defineres som sundhedsrelaterede aktiviteter, der sørger for at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden. I forebyggelse er der således fokus på at identificere og hindre eller hæmme risikofaktorer, risikoadfærd, ulykker, sygdom og sygdomsfølger.¹²⁶

Sundhedsfremme defineres som sundhedsrelaterede aktiviteter, der kan fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere borgernes ressourcer og handlekompeterencer. I sundhedsfremmearbejdet vendes opmærksomheden således væk fra sygdom og over mod sundhed, og der fokuseres på mobilisering af ressourcer, handlekompeterencer og mestringsstrategier frem for på risikofaktorer.¹²⁶

I det faglige oplæg tages der med ovenstående udgangspunkt i en bred forståelse af sundhed, hvor mental og fysisk sundhed, herunder også social trivsel, har lige stor betydning. En måde at sikre dette arbejde på kan fx være at arbejde ud fra strategien: "ABC for mental sundhed", som også omtales i afsnit 5.1 om "Fællesskaber, trivsel og mental sundhed", og er rettet mod "at gøre noget aktivt, gøre noget sammen og gøre noget meningsfuldt".

¹²³ Sund aldring er en proces, hvor den ældre borgers funktionsevne og kapacitet udvikles og vedligeholdes, således at velvære i den ældre alder muliggøres. *Kilde: WHO (2002): Active Ageing*

¹²⁴ WHO (2015): World report on ageing and health 2015

¹²⁵ Sundhedsstyrelsen (2015): Forebyggelse på ældreområdet – Håndbog til kommunerne

¹²⁶ Sundhedsdatastyrelsen: Begrebsbasen. www.sundhedsdata.item.dk/. (Set den 25.07.2019)

I afsnit 5.1 er der særligt fokus på at fremme mental sundhed gennem deltagelse i aktiviteter og sociale fællesskaber, hvorimod dette afsnit lægger vægt på at understøtte ældre mennesker, der føler sig svækkede, i at styrke sundhedsfremmende adfærd og fastholde eller genoprette deres funktionsevne.

Det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i kommunerne har hjemmel i både lov om social service og sundhedsloven. Kommunerne har ansvar for at etablere sunde rammer, tilbyde forebyggende og sundhedsfremmende indsatser til borgerne, iværksætte eller give tilskud til generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte, bevillige konkrete ydelser, som tilgodeser de behov, der følger af nedsat funktionsevne, samt tilbyde forebyggende hjemmebesøg til både ældre mennesker i særlige risikogrupper og i forskellige aldersgrupper. I forhold til at forebygge generelt har regionerne ansvar for at tilbyde patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats.

Der findes meget viden om, hvilke faktorer som er afgørende for et sundt liv for den generelle voksenbefolkning samt hvilke risikofaktorer, der øger risikoen for at udvikle sygdom og tab af funktionsevne. Dette gælder fx kost- og måltidsvaner, rygning, alkohol, fysisk inaktivitet og tandsundhed.¹²⁷

Generelt mangler der dog viden om, hvad der understøtter, motiverer og mobiliserer ældre til at ændre deres sundhedsadfærd. Der er således fortsat behov for at fokusere på forebyggende og sundhedsfremmende indsatser målrettet ældre mennesker, og særligt de grupper der har udfordringer i forhold til trivsel og et dårligt fysisk og mentalt helbred.

Selvom kommuner og regioner i forvejen gør meget på dette område, og mange ældre trives godt og har et godt helbred, er der et potentiale for at forebygge sygdom og funktionsnedsættelse og fremme sundheden, særligt fordi mange ældre, der ikke lever sundt, selv giver udtryk for, at de gerne vil ændre adfærd.¹²⁸

I forhold til gruppen af ældre mennesker har kost, sund mad og måltidsvaner væsentlig betydning i forhold til at forebygge sygdom og svækkelse. Planlægning, indkøb, tilberedning og spisning af måltider udgør væsentlige dele af hverdagslivet, der kan tilknyttes sociale og kulturelle aspekter, hvorfor disse er vigtige at inddrage i de konkrete indsatser, der udarbejdes på baggrund af anbefalingerne fremført i eksempelvis dette kapitel eller kapitel 5.1: Fællesskaber, trivsel og mental sundhed.

¹²⁷ Sundhedsstyrelsen (2018): Kommunens arbejde med forebyggelsespakkerne

¹²⁸ Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel - Ældreprofilen 2019

Der findes allerede mange initiativer i forhold til kost og måltider målrettet ældre samt rygning og kosttiltag generelt for alle aldersgrupper både nationalt, regionalt og kommunalt (se de faglige anbefalinger til kommunerne i forebyggelsespakkerne). Derfor er fokus i dette kapitel primært på tre områder, hvor der er potentiale for at gøre mere målrettet ældre, end der gøres i dag. Dette gælder for risikofaktorerne fysisk inaktivitet og overforbrug af alkohol samt indsatserne i de forebyggende hjemmebesøg. Der er dog også fokus på behovet for at styrke generel viden om motivation til ændring af sundhedsadfærd blandt ældre.

5.4.1. Understøtte og styrke god sundhedsadfærd blandt ældre

God sundhedsadfærd og sunde vaner har stor betydning for ældre menneskers helbred og funktionsevne, og en justering af vaner – også i en sen alder – kan vende eller udskyde et fald i funktionsevne, og dermed fastholde selvhjulpenshed og trivsel langt op i alderen.¹²⁹

Der eksisterer meget viden om de positive effekter, som livsstilsændringer og hensigtsmæssig sundhedsadfærd har på helbredet, men det kan være vanskeligt at omsætte viden til praksis. Der mangler viden om, hvad der motiverer og understøtter ældre bedst muligt i at opnå en mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd. De barrierer, der kan begrænse ældre menneskers lyst og mulighed for at praktisere god sundhedsadfærd og justering af vaner, kan være komplekse og individuelle. Det kan fx handle om tidligere, dårlige erfaringer, helbredsmæssige begrænsninger, manglende viden eller manglende støtte. Forhold som bolig, økonomi, tilgængelighed og transport kan også påvirke borgerens interesse eller muligheder for at igangsætte eller fastholde en given sundhedsadfærd.¹³⁰

Ønsker om at styrke sundhedsadfærden er generelt udbredt blandt ældre mennesker. Eksempelvis vil over halvdelen af ældre mennesker, der ryger hver dag, gerne holde op med at ryge, over halvdelen af de stillesiddende vil gerne være mere fysisk aktive, og ca. hver tredje med et usundt kostmønster angiver, at de gerne vil spise mere sundt.¹³¹

Der findes og igangsættes, på tværs af kommuner, indsatser, der som led i kommunernes forebyggende arbejde har til formål at understøtte borgere i at praktisere god sundhedsadfærd, eksempelvis gennem et rygestop eller øget fysisk aktivitet.

På trods af at der findes et bredt udvalg af både individuelle og strukturelle forebyggende indsatser i kommunerne, og at mange ældre har et ønske om at leve sundere, peges der

¹²⁹ WHO (2015): World report on ageing and health 2015

¹³⁰ Sundhedsstyrelsen (2015): Forebyggelse på ældreområdet – Håndbog til kommunerne

¹³¹ Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel - Ældreprofilen 2019

på, at det kan være svært at rekruttere og fastholde de ønskede målgrupper til forebyggende indsatser.¹³²

Erfaring viser også, at der er nogle typer af forebyggende indsatser, som kan virke særligt attraktive for ældre mennesker at deltage i. Eksempelvis viser erfaringer, at det virker motiverende, når socialt samvær og indgåelse i og opbygning af meningsfulde sociale relationer indgår som en integreret del af indsatsen.¹³³ Det kan også virke motiverende på deltagere, når der foretages målinger af deres fremskridt undervejs i et forebyggende forløb.^{132,134,135}

I arbejdet med at fremme motivation blandt ældre er det hensigtsmæssigt at tage højde for den livsfase, som den enkelte befinder sig i, og de motiverende faktorer, der generelt kan gøre sig særligt gældende i denne livsfase. Eksempelvis kan der blandt ældre være et ønske om at opretholde fysisk kapacitet og holde sig sund for at undgå at udgøre en "byrde" for pårørende eller for at leve længe nok til at se børnebørn vokse op. Herudover kan det også gøre sig gældende, at ældre mennesker – i modsætning til yngre voksne, der måske ikke oplever nogle umiddelbare konsekvenser af deres negative adfærd – kan se øjeblikkelige og potentielt alvorlige effekter af usund sundhedsadfærd.¹³⁶

Der er behov for forskningsbaseret viden samt systematisk at samle op på erfaringerne fra praksis med at motivere ældre mennesker med henblik på at undersøge, hvilken slags indsatser, metoder, og redskaber, som er særligt virksomme i forhold til at øge ældres muligheder og lyst til at praktisere god sundhedsadfærd, dels fordi det kan være svært at nå ud til de ønskede målgrupper, og dels fordi det kan være svært at fastholde deltagelsen i indsatserne. En systematisk opsamling bør have et særligt fokus på social ulighed i sundhed og de målgrupper, som vurderes at have størst behov for støtte. Øget forskningsbaseret viden og erfaringer fra praksis vil i højere grad gøre det muligt at målrette indsatserne, således at borgeren oplever større lyst til at deltage og bedre støtte til at opnå de ændringer i sundhedsadfærden, som den enkelte ønsker.

Sundhedsstyrelsen udarbejder desuden publikationen "Godt helbred på egne præmisser" (initiativ i satspuljeaftalen 2019-2022), som tager udgangspunkt i de eksisterende forebyggelsespakker med anbefalinger til kommuner om, hvordan der kan skabes sunde rammer og gode, motiverende tilbud til ældre med særligt fokus på skrøbelige ældre.

¹³² SFI (2016): Forebyggelse på ældreområdet - Evaluering af forebyggelse af fysisk, social og psykisk mistrivsel blandt ældre borgere

¹³³ Se fx DGI's koncept "Idræt om dagen": www.dgi.dk/samarbejd/om-vores-indsatser/programomraader/dgi-idraet-for-seniorer/saadan-faar-i-fat-i-seniorerne/har-du-lyst-til-at-goere-noget-aktivt-for-seniorer/idraet-om-dagen

¹³⁴ Se fx DGI's indsats "European Fitness Badge" om erfaringer fra Aabenraa kommune: www.dgi.dk/arrangementer/201900950030

¹³⁵ Sundhedsstyrelsen (2015): Forebyggelse på ældreområdet – Håndbog til kommunerne

¹³⁶ WHO (2015): World report on ageing and health 2015

ANBEFALING 9:**Styrke sundhedsfremmende adfærd og sund aldring med særligt fokus på ulighed i sundhed**

For at understøtte ældre borgere, og i særlig grad ældre, der føler sig svækkede, i at styrke sundhedsfremmende adfærd, fastholde funktionsevne og dermed øge flere gode leveår, hvor den enkelte kan leve det liv, vedkommende ønsker, anbefales det, at der opsamles og udbredes national viden om forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, der er målrettet ældre.

Indsatsen bør systematisk samle bedste viden fra praksis om indsatser, som har vist sig at være særligt effektive i forhold til at invitere og motivere ældre borgere til at deltage i forebyggende og sundhedsfremmende indsatser og forebygge social ulighed i sundhed. Der bør ligeledes indsamles internationale erfaringer fra praksis samt erfaringer fra forskning i forhold til virkningsfulde metoder, der er målrettet ændringer af usunde og uønskede vaner og adfærd hos ældre. Der bør særligt være fokus på målgrupper af ældre, der ikke tager imod gængse forebyggelsestilbud, og som især er i risiko for svækkelse.

De indsamlede metoder og erfaringer bør udbredes bredt til kommuner, civilsamfund og andre relevante parter gennem fx inspirationsmaterialer målrettet daglig praksis, kompetenceudvikling af relevante social- og sundhedsfaglige medarbejdere samt civilsamsfundsaktører, rådgivning og netværk og andet. Disse aktiviteter kan med fordel samtænkes og koordineres med erfarings- og vidensindsamling samt rådgivning og kompetenceudvikling, der kan være indeholdt i flere af de øvrige anbefalinger (jf. 1 og 7).

5.4.2. Fastholdelse og genoprettelse af funktionsniveau gennem fysisk aktivitet

En fysisk aktiv hverdag har central betydning for befolkningens sundhed og aldring. Der er evidens for, at fysisk aktivitet, enten tilrettelagt som ustruktureret aktivitet i hverdagen eller mere bevidst, målrettet, regelmæssig fysisk aktivitet, er sundhedsfremmende og forebygger en lang række sygdomme og tidlig død.¹³⁷

Undersøgelser viser, at fysisk aktivitet er særlig vigtig for ældre. Aldring er forbundet med et fald i fysisk aktivitet, hvilket medfører et fald i muskelmasse, en øget fedtprocent samt et fald i fysisk funktionsniveau. Generelt mister ældre muskelmasse – og det sker allerede

¹³⁷ Sundhedsstyrelsen (2018): Fysisk aktivitet - Håndbog om forebyggelse og behandling

fra 50-års alderen, hvor mennesker mister ca. 1 pct. af sin muskelmasse årligt. Dette kaldes sarkopeni, som almindeligvis fremskyndes på grund af aldersforandringer, fysisk inaktivitet, sygdom og fejlnæring.^{138,139}

For de ældre mennesker, der er mest inaktive, vil også hjerte og kredsløb blive svækket, hvilket kan betyde, at inaktive ældre på et tidligere tidspunkt vil få behov for hjælp til at klare dagligdagens aktiviteter.

Regelmæssig fysisk aktivitet kan udskyde og genoprette tab af både kondition og muskulatur, og en fysisk aktiv livsstil kan dermed gøre hverdagens krav mere overkommelige og fastholde muligheden for at forblive uafhængig og leve det liv, som den enkelte ønsker.¹⁴⁰

Fysisk aktivitet kan fremme ældres hjernesundhed og kognitive funktion, og har betydelige funktionsforbedringer både fysisk og mentalt.¹⁴¹ Fx tyder nyere forskning på, at et velfungerende kredsløb i 50-års alderen har betydning for forebyggelsen af kognitiv reduktion og demens samt at blandt andet livslang fysisk aktivitet, uddannelse, sociale aktiviteter og anden kognitiv stimulation kan medvirke til at nedsætte risikoen for udvikling af nogle former for demens.¹⁴²

Derudover forebygger fysisk aktivitet skrøbelighed, som hos ældre har særlig betydning for opretholdelse af en normal dagligdag, fx ved at kunne handle ind eller deltage i sociale fællesskaber højt op i alderen.¹³⁸

Fysisk aktivitet giver således gevinster for ældre, både i forhold til den fysiske og mentale sundhed og den sociale trivsel, som kan styrkes yderligere ved, at fysisk aktivitet sker i en social kontekst – såfremt aktiviteten opleves som meningsfuld for den enkelte.^{143,144} Dette skaber mulighed for at blive længst muligt i eget hjem på egne præmisser, deltage i fællesskaber og klare hverdagens gøremål.

Selvom fysisk aktivitets gavnlige virkninger er almen kendte, og der siden 1960'erne har været en markant stigning i befolkningens idræts- og motionsvaner, også blandt ældre, er

¹³⁸ Sundhedsstyrelsen (2018): Fysisk aktivitet - Håndbog om forebyggelse og behandling

¹³⁹ Rønholt, F. (2016): Tab af muskelmasse hos ældre, sarkopeni. www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/aeldre/sygdomme/oevrige-sygdomme/tab-af-muskelmasse-hos-aeldre-sarkopeni/ (Set den 25.07.2019)

¹⁴⁰ Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet (2019): Hvorfor forskning om fysisk aktivitet og aldring? www.nexs.ku.dk/fysisk-aktivitet-og-aldring/hvorfor-fysisk-aktivitet-og-aldring/ (Set den 25.07.2019)

¹⁴¹ Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet, Center for Holdspil (2019): Fysisk aktivitet og aldring – en konsensuskonference

¹⁴² British Medical Journal (2019): Good heart health at age 50 linked to lower dementia risk later in life. www.bmj.com/comp/pan/newsroom/good-heart-health-at-age-50-linked-to-lower-dementia-risk-later-in-life (Set den 22.08.2019).

¹⁴³ ABC for Mental Sundhed. www.abcmentalsundhed.dk. (Set den 28.08.2019)

¹⁴⁴ Andersen, M.H., Ottesen, L. & Thing, L.F. (2019): The social and psychological health outcomes of team sport participation in adults: An integrative review of research

der fortsat et stort behov og potentiale for at øge andelen af fysisk aktive ældre i befolkningen.^{145,146} Den Nationale Sundhedsprofil viser således, at andelen af ældre mennesker, der ikke opfylder WHO's anbefalinger om fysisk aktivitet er høj i alle aldersgrupper og stigende med alderen. Andelen er 27,4 pct. blandt mændene og 25, 3 pct. blandt kvinderne hos de 65-74 årige, stigende til henholdsvis 38,8 pct. blandt mændene og 45,5 pct. blandt kvinderne hos de 75+ årige.¹⁴⁷ Dette understøttes af data fra Ældreprofilen fra 2019, hvor det fremgår, at 19,3 pct. af mændene og 18,0 pct. af kvinderne i alderen 65-74 år og 31,9 pct. af mændene og 32,3 pct. af kvinderne i alderen 75-84 år beskriver deres fysiske aktivitet i fritiden som stillesiddende, og andelen stiger yderligere med alderen. Ældreprofilen viser endvidere, at blandt de ældre mennesker, som beskriver deres fysiske aktivitet i fritiden som stillesiddende, vil 53,1 pct. af mændene og 59,1 pct. af kvinderne gerne være mere fysisk aktive.¹⁴⁸

Ældre, der føler sig svækkede og/eller inaktive, der ikke kan leve op til WHO's anbefalinger om fysisk aktivitet, bør opmuntres til at være fysisk aktive på et gradueret niveau tilpasset den enkeltes behov, da selv små mængder af motion og træning med lav intensitet kan have gavnlige virkninger på sundhed og funktionalitet.¹⁴⁹

I forhold til ældre, der fx har været indlagt på hospital og/eller har haft længere sygdomsperioder, hvor der er risiko for at opleve fald i funktionsevne og fysisk aktivitet, bør der være særligt fokus på efterfølgende fysisk aktivitet og motion i forhold til at opbygge og vedligeholde funktionsniveau og forebygge yderligere forværringer i helbredstilstand.

Fysisk aktivitet omfatter al bevægelse, der øger energiomsætningen, dvs. både ustruktureret aktivitet og mere bevidst, målrettet, regelmæssig fysisk aktivitet.¹⁵⁰ Fysisk aktivitet indeholder et bredt spektrum af aktiviteter, lige fra idræt, sport og hård motion til hverdagsaktiviteter som leg, havearbejde, en gåtur, cykling som transport, at tage trappen, rengøring, oprydning, støvsuge, slå græs mm.¹⁵¹ Samlet vil det sige bevægelsesaktiviteter, som er vigtige for at kunne opretholde et tilstrækkeligt fysisk funktionsniveau til at begå sig i eget liv.

Der findes mange tilbud om motion og bevægelse for ældre, som er tilrettelagt af ældre- og idrætsorganisationer, frivillige foreninger, regioner og kommuner samt andre aktører. Eksempler på dette er forskellige typer af "Senioridræt", naturstier, naturfitnessbaner, mo-

¹⁴⁵ Asserhøj, T.L. & Pilgaard, M. (2012): Hvorfor dyrker danskerne idræt?

¹⁴⁶ Pilgaard, M. (2016): Danskernes motions- og sportsvaner

¹⁴⁷ Sundhedsstyrelsen (2017): Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017

¹⁴⁸ Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres Sundhed og Trivsel - Ældreprofilen 2019

¹⁴⁹ Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet, Center for Holdspil (2019): Fysisk aktivitet og aldring - en konsensuskonference

¹⁵⁰ Sundhedsstyrelsen (2018): Fysisk aktivitet - Håndbog om forebyggelse og behandling

¹⁵¹ Sundhedsstyrelsen (2018): Forebyggelsespakke - Fysisk aktivitet

tion i det fri, indsatser i forhold til specifikke patientgrupper som FC Prostata, super-cyklistier og på det mere generelle plan. For ældre, der føler sig svækkede, findes tiltag som stolemotion og frivillig motionsven, der begge kan foregå i borgers eget hjem.

Der findes således meget viden om fysisk aktivitets gavnlige virkninger samt erfaringer med at afholde konkrete fysiske aktiviteter for ældre, men mindre om, hvad der understøtter ældre i at blive eller forblive fysisk aktive. Derfor er der behov for at indsamle forskningsbaseret viden om og praktiske erfaringer med, hvordan ældre bedst muligt støttes i at blive mere fysisk aktive – i et samarbejde imellem kommuner, regioner, forskningsinstitutioner og civilsamfund – og at opbygge flere erfaringer med, hvilke barrierer (som fx helbred, alder og andre fritidsinteresser), ældre oplever i forhold til at være fysisk aktive, og hvad der kan fremme en fysisk aktiv livsstil blandt ældre.¹⁵²

ANBEFALING 10:

Styrke samarbejdet mellem kommuner, regioner og civilsamfund om indsatser med fokus på fysisk aktivitet og motion samt dagligdagsaktiviteter målrettet ældre borgere

For at styrke ældre borgeres livskvalitet, trivsel og sociale, fysiske og psykiske funktionsevne anbefales det at styrke samarbejdet mellem kommuner, regioner, herunder almen praksis, og civilsamfund og udbrede god praksis for at understøtte ældre borgere i at deltage i motions- og træningsindsatser samt hverdagsprægede fysiske aktiviteter. Der bør indsamles viden om og praktiske erfaringer med metoder og samarbejdsmodeller, hvor ældre med varierende funktionsevne støttes i, at fysisk aktivitet er en naturlig del af hverdagen, fx også efter et rehabiliterings- eller genoptræningstilbud er afsluttet. Dette gælder særligt for de ældre borgere, som i mindre grad har vaner med fysisk aktivitet i hverdagen. Videns- og erfaringsindsamlingen kan med fordel inddrage civilsamsfundsaktører som Ældre Sagen og DGI, forskningsinstitutioner samt andre, der har særlig viden om, hvad der motiverer ældre, hvilke aktiviteter ældre selv kan udføre, og hvilke der fungerer godt i praksis.

De indsamlede erfaringer kan efterfølgende afprøves og udbredes med det formål at styrke samarbejdet på tværs af forvaltninger og imellem kommuner, regioner og civilsamfund, herunder samarbejdet med frivillige organisationer/NGO'er med henblik på at udvikle og styrke partnerskaber, som kan tilrettelægge relevante aktiviteter til ældre. Afprøvningen og udbredelsen kan fx støttes af midler udmøntet gennem en pulje.

¹⁵² Idrættens Analyseinstitut (2013): Fremtidens Senioridræt – Mellem Ironman og stolemotion

5.4.3. Styrket opsporing af overforbrug af alkohol

Alkoholvaner kan have indflydelse på helbred, familieliv, venskaber, funktion og trivsel i det daglige samt økonomi. Alkohol har negativ betydning for en lang række sygdomme, fx for udvikling af kræft, leversygdomme, hjertesygdomme, knogleskørhed, knoglebrud, demens og ulykker. Derudover er der en sammenhæng mellem alkoholforbrug og en lang række tilstande som uligevægt, søvnforstyrrelser, koncentrations- og hukommelsesproblemer, ændret karakter, depression, aggressiv adfærd, mistrivsel, ensomhed og sociale følger efter skilsmisse eller ægtefælles død.¹⁵³

Overforbrug af alkohol er fortsat et problem i befolkningen. På trods af, at der siden 1994 overordnet set er sket et fald i forbruget, er der stadig en del ældre over 65 år, som har tegn på problematisk alkoholforbrug (henholdsvis 23,5 pct. blandt mænd og 8,5 pct. blandt kvinder).^{154,155} Andelen, der gerne vil nedsætte deres forbrug blandt personer, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag, falder med stigende alder.^{154,156}

Et forhøjet alkoholforbrug er særligt sundhedsskadeligt for ældre, da kroppen tåler alkohol dårligere med alderen. Det skyldes, at kroppens væskemængde reduceres med alderen, og at den samme mængde alkohol derfor fordeles i mindre væskemængde med en højere promille som konsekvens. Samtidig nedsættes kroppens evne til at omsætte alkoholen. Med alderen får kroppen også sværere ved at tilpasse sig tilstedeværelsen af alkohol i kroppen, hvilket fx kan give koordinationsproblemer, som kan resultere i faldulykker. Endelig kan alkohol forstyrre eventuel medicinsk behandling, da kombinationen af alkohol og medicin kan forøge medicinens bivirkninger eller forringe medicinens effekt.¹⁵⁷

I 2013 udkom Sundhedsstyrelsen med "Guide til implementering af to anbefalinger om tidlig indsats fra forebyggelsespakken om alkohol – systematisk tidlig opsporing ved frontpersonale og kort rådgivende samtale med borgere med et storforbrug eller skadeligt forbrug, pårørende og børn" med det formål at understøtte brugen af anbefalingerne i forebyggelsespakken i praksis. Heri anbefales det blandt andet, at fagprofessionelle, herunder medarbejdere i almen praksis, kan anvende et screeningsværktøj som led i den forebyggende samtale om alkoholvaner mellem borgeren og den fagprofessionelle. Der er i denne forbindelse gode erfaringer med at anvende AUDIT-C-skemaet (Alcohol Use Disorders

¹⁵³ Sundhedsstyrelsen (2015): Forebyggelse på ældreområdet – Håndbog til kommunerne

¹⁵⁴ Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel - Ældreprofilen 2019

¹⁵⁵ Et problematisk alkoholforbrug belyses i Ældreprofilen 2019 ved hjælp af et screeningsinstrument for problematisk alkoholforbrug, CAGE-C, der består af seks spørgsmål, hvor en særlig kombination af to bekræftende svar giver udslag som tegn på et problematisk alkoholforbrug.

¹⁵⁶ Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag er 21 genstande for mænd og 14 genstande for kvinder pr. uge.

¹⁵⁷ Sundhedsstyrelsen (2010): Notat - Sundhedsstyrelsens nye udmelding vedrørende alkohol

Identification Test).¹⁵⁸ Det samme gælder metoden "Very Brief Advice" (VBA), hvor den fagprofessionelle i kontakt med borgeren indgår i en kort, struktureret og ikke-konfronterende dialog omkring borgerens behov i forhold til fx alkohol og på baggrund heraf vejleder om forebyggelsesmulighederne og eventuelt relevante, målrettede behandlingstilbud.¹⁵⁹

I praksis kan det være vanskeligt som fagprofessionel, herunder i almen praksis og på hospitaler, at tale om alkoholforbrug i mødet med borgeren på grund af emnets tabuiserede karakter. Et nyt forskningsstudie, der viser markant overdødelighed og mange gentagne indlæggelser blandt personer, der kommer på hospitalet berusede eller med alkoholafhængighed, påpeger vigtigheden af at øge opmærksomheden på patienter med alkoholproblemer tidligst muligt. Det skyldes, at en af forklaringerne på overdødeligheden kan være, at mange patienter sendes hjem fra hospitalerne uden opfølgning på deres alkoholproblem.¹⁶⁰ Der kan således fortsat være et behov for at understøtte fagprofessionelle i arbejdet med opsporing og håndtering af overforbrug af alkohol for ældre mennesker.

ANBEFALING 11:

Understøtte fagprofessionelle i systematisk tidlig opsporing af overforbrug af alkohol blandt ældre borgere

Det anbefales, at fagprofessionelle, som ofte er i kontakt med ældre borgere, fx forebyggende medarbejdere, praktiserende læger og hospitalspersonale, understøttes i dialogen med ældre borgere omkring alkoholvaner.

Det kan fx ske ved at udbrede anvendelsen af AUDIT-C-skemaet (Alcohol Use Disorders Identification Test) og/eller VBA-metoden (Very Brief Advice). Brugen af disse værktøjer/metoder kan bidrage til facilitering af samtalen, til at den fagprofessionelle føler sig fagligt forberedt på at tage snakken samt til at henvise borgeren til relevante tilbud, såfremt den fagprofessionelle vurderer det som værende relevant at bringe emnet op. Formålet er at skabe et trygt udgangspunkt for både den fagprofessionelle og borgeren til at drøfte emnet og lægge en plan for det videre forløb. Udbredelsen af disse værktøjer/metoder kan ske i dialog mellem Sundhedsstyrelsen, kommuner og regioner samt almen praksis og kan indeholde kompetenceudvikling af de fagprofessionelle, som har regelmæssig kontakt med ældre borgere.

¹⁵⁸ Sundhedsstyrelsen (2013): Guide til implementering af to anbefalinger om tidlig indsats fra forebyggelsespakken om alkohol – systematisk tidlig opsporing ved frontpersonale og kort rådgivende samtale med borgere med et storforbrug eller skadeligt forbrug, pårørende og børn

¹⁵⁹ Sundhedsstyrelsen (2015): Forebyggelse i almen praksis og på sygehus - Guide til sundhedspersonale

¹⁶⁰ SIF (2019): Ugens tal for Folkesundhed - Mere end hver fjerde, der indlægges på grund af alkohol, er død ti år efter. www.sdu.dk/da/sif/ugens_tal/34_2019 (Set 22.08.2019)

5.4.4. Evaluering af Forebyggende hjemmebesøg

Forebyggende hjemmebesøg er uopfordrede, anmeldte besøg i ældre borgeres hjem, der tilrettelægges af kommunerne.¹⁶¹

Lov om social service §79 a

Ifølge lov om social service §79 a skal kommunalbestyrelsen pr. 1. juli 2019 tilbyde et forebyggende hjemmebesøg til alle borgere, som bor alene i kommunen, i deres fyldte 70. år. Kommunerne skal tilbyde ét forebyggende hjemmebesøg til alle kommunens borgere i deres fyldte 75. år og ét besøg i deres fyldte 80. år. Borgere, der er fyldt 82 år, skal tilbydes mindst ét årligt forebyggende hjemmebesøg. Derudover er kommunerne forpligtet til at tilbyde forebyggende hjemmebesøg til ældre mellem 65 og 81 år, som er i særlig risiko for at få nedsat social, psykisk eller fysisk funktionsevne.¹⁶²

Formålet med forebyggende hjemmebesøg er at understøtte den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre. Besøget kan bruges til at afklare behovet for fremtidige besøg samt til at identificere ældre, som har et særligt behov for en forebyggende indsats. De forebyggende hjemmebesøg skal styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats ved at tilbyde vejledning om aktiviteter og eksisterende muligheder for hjælpeforanstaltninger og støtte samt oplyse om kommunens og lokalområdets tilbud. Besøget skal dermed støtte borgeren i at håndtere de udfordringer, der kan følge af nedsat social, psykisk eller fysisk funktionsevne, med henblik på at fremme livskvalitet, bidrage til øget trykthed og trivsel og forebygge eller løse eventuelle problemer i opløbet.

Selve besøget skal indeholde en struktureret, helhedsorienteret samtale, der handler om den enkeltes livssituation, generel trivsel, socialt netværk, sundhedstilstand, funktionsevne, muligheden for at deltage i aktiviteter hos frivillige organisationer, bolig, økonomi, mv. Hensigten er at understøtte borgeren i at udnytte egne ressourcer og at bevare funktionsniveauet længst muligt. Efter behov kan der vejledes om social- eller sundhedsområdets tilbud, fx forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter i nærområdet, hjemme-hjælp, hjælpemidler, boligændring, dagcentre og daghjem med mere.^{163,164}

¹⁶¹ Social- og Indenrigsministeriet (2019): Bekendtgørelse af lov om social service, kapitel 14. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=209925 (Set den 26.08.2019)

¹⁶² Sundheds- og Ældreministeriet (2019): Bekendtgørelse om tilrettelæggelse af samt kvalitetsstandarder for de forebyggende hjemmebesøg efter servicelovens §79 a. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=209791 (Set den 22.08.2019)

¹⁶³ Landsforeningen SUFO: Hvad er et forebyggende hjemmebesøg? www.sufo.dk/hvad-er-et-forebyggende-hjemmebesog. (Set den 25.07.2019)

¹⁶⁴ Ældre Sagen (2019): Hjemmebesøg – Forebyggende. www.aeldresagen.dk/viden-og-raadgivning/vaerd-at-vide/hjemmebesog--forebyggende/. (Set den 25.07.2019)

Der er ikke gennemført en systematisk evaluering af de forebyggende hjemmebesøg siden 2011, hvor ordningen blev evalueret på baggrund af en lovændring i 2010. Her viste resultaterne blandt andet, at ordningen er med til at forebygge funktionsevnetab hos ældre og til at udskyde behovet for hjælp og indflytning i plejebolig.

Kommunerne tilrettelægger selv de forebyggende hjemmebesøg, hvilket betyder, at de organiseres og forvaltes forskelligt i kommunerne. Dette giver mulighed for, at kommunerne selv kan beslutte, fx at tilbyde et eller flere kollektive arrangementer, som kan erstatte det forebyggende hjemmebesøg i borgerens hjem samt hvilke emner, de finder relevante at fokusere på i forhold til de forskellige målgrupper. Men det giver også forskelligartede tilbud på tværs af kommunerne med forskellige fortolkninger af hvem, hvornår og hvordan, der skal tilbydes et besøg, og hvad indholdet i besøget skal omhandle.

Der er begrænset viden om, hvordan kommunerne fx formulerer kvalitetsstandarder for området, hvordan, og med hvilke redskaber, selve besøget afholdes, hvordan kollektive arrangementer fungerer i forhold til forskellige målgrupper, hvordan, og med hvilke redskaber, sårbare borgere bedst muligt opspores og identificeres, samt hvordan data for risikogrupper kan tilgås, og hvordan arbejdet med de mange målgrupper bedst muligt administreres.

I forhold til arbejdet med at opspore og identificere nedsat social, fysisk og psykisk funktionsevne, udarbejdede Sundhedsstyrelsen i 2017 en guide til kommunerne, der har fokus på: "Opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne".¹⁶⁵ Formålet med guiden er at inspirere kommunerne til, hvordan de kan arbejde med identificering og opsporing af ældre i risiko for nedsat social, fysisk og psykisk funktionsevne.

Der er imidlertid ikke indsamlet systematisk viden om, hvilke tiltag, der virker bedst muligt i forhold til at opspore og identificere ældre i særlig risiko, og hvad der kan understøtte og motivere borgere til at modtage besøg. Der er ligeledes begrænset viden om, hvordan der følges op på borgere, der modtager besøg, samt hvilke opfølgende indsatser, fx rehabiliteringsindsatser, træningstilbud, hjælp og støtte i hjemmet, henvisning til almen praksis eller lignende, borgeren har fået udbytte af at deltage i.

Der er ligeledes begrænset viden om kompetencebehovet for de fagprofessionelle, der varetager de forebyggende hjemmebesøg, herunder viden om de forskellige aldersgrupper

¹⁶⁵ Sundhedsstyrelsen (2017): Opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne – En guide til kommunerne vedrørende forebyggende hjemmebesøg

og målgrupper, kompetencer til at varetage samtalen med borgeren og give den rette rådgivning, henvise til de rette instanser, samarbejde på tværs og koordinere arbejdet med relevante parter.

På grund af den forskelligartede måde at tilrettelægge og praktisere ordningen på, er der identificeret et behov for en faglig vejledning målrettet de fagprofessionelle i kommunerne. Derfor er der også afsat midler til dette initiativ i satspuljen 2019-2022, som nævnt i afsnit 1.5. Resultaterne fra evalueringen af de forebyggende hjemmebesøg bør sammenlignes med den faglige vejledning, der udarbejdes i 2019.

ANBEFALING 12:

Evaluering af de forebyggende hjemmebesøg med fokus på at give viden, som kan styrke høj kvalitet i de forebyggende hjemmebesøg

For at styrke de forebyggende hjemmebesøg og dermed understøtte borgernes livskvalitet og trivsel, anbefales det, at der gennemføres en evaluering af ordningen om forebyggende hjemmebesøg (jf. §79 a i lov om social service). Evalueringen skal give et solidt videns- og dokumentationsgrundlag for det fremadrettede arbejde med den faglige udvikling af de forebyggende hjemmebesøg.

Evalueringen bør undersøge kommunernes forskellige erfaringer med og måder at organisere og tilrettelægge arbejdet på, herunder virkningen på borgernes livskvalitet, trivsel og sociale, fysiske og psykiske funktionsevne samt se på kvalitetsstandarder, herunder hvilke særlige risikogrupper, de har fokus på. Derudover bør der være fokus på, hvordan risikogrupper opspores, borgerne inviteres og motiveres til at modtage besøg samt hvordan, der følges op på den enkelte borger og udbyttet af de opfølgende aktiviteter. Endelig kan evalueringen også undersøge kompetencebehovet blandt de forebyggende medarbejdere, og hvordan de forebyggende hjemmebesøg tænkes sammen med øvrige forebyggende indsatser, fx rehabiliterende forløb, så borgerne modtager den rette støtte og hjælp.

Evalueringens resultater skal formidles til kommunerne, så erfaringer vedrørende forskellige tilgange til de forebyggende hjemmebesøg udbredes.

5.5. Rehabilitering

Med den øgede svækkelse, der følger med en stigende alder, er det vigtigt, at der findes tilbud om rehabilitering af høj kvalitet, hvor det er muligt at støtte borgeren i at genvinde eller fastholde fysisk, psykisk og social funktionsevne, jf. afsnit 3.2.

Der er ikke én fælles lovgivning om rehabilitering, men det primære ansvar for rehabilitering er placeret i kommunerne og tager udgangspunkt i flere lovgivningsområder, herunder sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningslovgivningen. Ligeledes er der ikke én måde at definere rehabiliteringsbegrebet på, men de to mest anvendte er Sundhedsstyrelsens oversættelse af WHO's internationale definition og Rehabiliteringsforum Danmarks definition fra "Hvidbog om rehabilitering". I begge definitioner er fokus på, at det er det enkelte menneskes funktionsevne, der er i centrum for rehabiliterende indsatser, og at indsatsernes mål er at forbedre denne funktionsevne.

Definitioner af rehabilitering

Definition fra Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet – Rehabilitering i Danmark:

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har, eller er i risiko for at få, betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.¹⁶⁶

Sundhedsstyrelsens oversættelse af WHO's internationale definition:

Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse.¹⁶⁷

Svækkede ældre vil i kommunerne kunne møde tilbud som døgnrehabilitering på midlertidige pladser, genoptræning, vedligeholdende træning, forløbsprogrammer for kronisk sygdom, rehabiliteringsforløb i hjemmeplejen og mange andre tilbud, der tager udgangspunkt i rehabilitering.

¹⁶⁶ Marselisborgcentret (2004): Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet - Rehabilitering i Danmark

¹⁶⁷ WHO & The World Bank (2011): World Report on Disability

En væsentlig indsats i kommunerne for at øge borgernes livskvalitet og støtte op om et godt ældreliv, men som samtidig kan udfordre kommunerne, er rehabiliteringsforløb i relation til de indsatser, der leveres af hjemmeplejen. Kommunerne har i stigende grad gennem de sidste 10 år arbejdet med denne type rehabiliteringsforløb og i 2015 blev det med indførelsen af §83 a i lov om social service lovpligtigt for de danske kommuner at tilbyde et korterevarende, tidsafgrænset og målorienteret rehabiliteringsforløb til de personer, der vurderes at kunne forbedre funktionsevnen og dermed nedsætte behovet for hjælp fra hjemmeplejen.

På baggrund af satspuljemidler for 2012-2015 og 2013-2016 blev flere initiativer omkring rehabilitering efter §83 a igangsat. Der blev udviklet en håndbog på området samt en model for rehabiliteringsforløb, der efterfølgende blev afprøvet og evalueret i to kommuner. I 2013 blev der udarbejdet en kortlægning af kommunernes erfaringer med at rehabilitere på ældreområdet, baseret på kommunernes egne evalueringer.¹⁶⁸ I 2017 udgav Sundhedsstyrelsen derudover en oversigtsrapport på området, der inkluderede evalueringer gennemført af eller i samarbejde med en ekstern evaluator.¹⁶⁹ Data i disse udgivelser stammer dog primært fra tiden før lovgivningen i 2015. Som opfølgning på lovgivningen blev der i 2017 desuden udarbejdet en praksisundersøgelse for at følge op på implementering af denne.¹⁷⁰ Sundhedsstyrelsen arbejder lige nu på to initiativer, med fokus på: Hvordan rehabiliteringsforløb kan tilbydes til de svageste ældre, og hvordan fritvalgsleverandører kan inddrages i arbejdet.

Rehabiliteringsforløb efter §83 a har et dobbelt fokus, da det både har til formål at styrke den enkelte borgernes livskvalitet og samtidig nedsætte dennes behov for hjælp efter §83. Dermed frigives ressourcer til indsatser for de svageste ældre, der har brug for pleje.¹⁷¹

5.5.1. Fremme rehabiliteringsindsatser af høj kvalitet

Med lovgivningen i 2015 om indførelse af §83 a fik kommunerne en ramme at arbejde ud fra, men måderne, hvorpå det gøres, varierer stadig, og der efterspørges fortsat yderligere viden på området.

¹⁶⁸ Socialstyrelsen (2013): Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet

¹⁶⁹ Sundhedsstyrelsen (2017): Rehabilitering på ældreområdet – Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?

¹⁷⁰ Rambøll for Sundheds- og Ældreministeriet (2017): Praksisundersøgelse af Servicelovens §83 a

¹⁷¹ Sundheds- og Ældreministeriet (2015): Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven, kapitel 8. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=170634. (Set den 19.08.2019)

Flere undersøgelser har set på den måde, kommunerne organiserer indsatsen på.^{172,173,174} Nogle kommuner har valgt at etablere et rehabiliteringsteam, der er helt eller delvist ansvarlige for rehabiliteringsforløbet, andre steder er rehabiliteringsterapeuterne en del af fx en genoptræningsenhed, mens andre er organiseret, så der er forløbsansvarlige ude i hjemmeplejeenhederne. Det betyder, at der også kan være forskel på, hvor mange faggrupper, der inddrages i indsatsen og hvordan. Der ses forskellige fordele og ulemper for hver organiseringsform, men datagrundlaget i forhold til organiserings betydning for kvaliteten usikkert.¹⁷⁵

I forhold til målgruppe har nogle kommuner valgt, at alle borgere bliver tilbudt et rehabiliteringsforløb forud for visitation til personlig pleje eller praktisk hjælp inden for lov om social service § 83, mens andre kommuner tilbyder forløb til et mere eller mindre begrænset antal borgere. I forhold til måleredskaber findes mange forskellige metoder til at måle effekt, og der mangler generelt viden om, hvilke redskaber der bedst muligt måler effekten af et rehabiliteringsforløb for borgerne – både på kort og langt sigt.

Der findes evalueringer, der viser gode resultater i forhold til tilfredshed og effekt for borgerne ved rehabiliteringsforløb.^{173,175} På national plan findes der dog ikke data, der kan påvise en effekt, og der findes heller ikke evalueringer, der måler effekten over længere tid. For de svageste ældre i aldersgruppen 67-87 år, peger VIVE fx på, at der ikke kan ses en sammenhæng mellem introduktionen til rehabilitering i ældreplejen og det fald, der er i andelen, der modtager hjemmehjælp til rengøring og andre praktiske opgaver, der har været de sidste 10 år.¹⁷⁶ I ny forskning på området stilles der spørgsmålstegn ved, om det er for sent at genvinde funktionsevnen, når borgeren først er blevet så svækket, at vedkommende har behov for hjemmepleje.¹⁷⁷

Da der ses et potentiale for at udvikle indsatsen omkring rehabiliteringsforløb, og der samtidig efterspørges mere viden om effekt samt redskaber og metoder til at måle effekt, vil det være relevant, at der igangsættes yderligere initiativer på området.

¹⁷² Sundhedsstyrelsen (2017): Rehabilitering på ældreområdet – Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?

¹⁷³ Rambøll for Sundheds- og Ældreministeriet (2017): Praksisundersøgelse af Servicelovens §83 a

¹⁷⁴ Socialstyrelsen (2013): Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet

¹⁷⁵ Sundhedsstyrelsen (2017): Rehabilitering på ældreområdet – Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?

¹⁷⁶ VIVE (2019): Hjælp til svage ældre

¹⁷⁷ Bødker et al. (2019): Home care as reablement or enabling arrangements? An exploration of the precarious dependencies in living with functional decline

ANBEFALING 13:

Fremme rehabiliteringsindsatser af høj kvalitet på tværs af landet gennem en styrkelse af vidensgrundlaget med fokus på blandt andet organisering af indsatsen §83 a og udbyttet for borgerne

Det anbefales at fremme rehabiliteringsindsatser af høj kvalitet til gavn for svækkede ældre ved at skabe mere viden om, hvad der virker gennem en afdækning og systematisk evaluering af de rehabiliterende indsatser i kommunerne med særligt fokus på rehabilitering efter §83 a i lov om social service.

Som led i evalueringen kan det med fordel undersøges, hvilke forskellige modeller, der anvendes i kommunerne, hvilken virkning de enkelte modeller har for borgeren, hvilke borgere, der visiteres til rehabiliteringsforløb, og hvordan forskellige kommunale medarbejdere arbejder rehabiliterende. Derudover kan det undersøges, hvordan det tværfaglige samarbejde foregår og hvilke kompetencer, herunder sygeplejefaglige, fysio- og ergoterapeutfaglige, ernæringsfaglige og pædagogiske kompetencer, der indgår i det tværfaglige samarbejde. Endelig kan evalueringen undersøge, hvordan organiseringen i kommunerne støtter op om styrkelsen af en rehabiliterende kultur.

Det anbefales derudover, at Sundhedsstyrelsen på basis af evalueringen, og med inddragelse af relevante faglige aktører, udarbejder og formidler anbefalinger, inspirationsmateriale og værktøjer, der kan styrke kommunernes indsatser med rehabilitering efter §83 a.

5.6. Værdig død

Et godt ældreliv omfatter også den sidste tid og en værdig afslutning på livet – både for den døende og dennes pårørende. Forudsætningerne for at understøtte en værdig død for borgeren hænger i høj grad sammen med et sammenhængende palliativt forløb af høj kvalitet i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens eksisterende anbefalinger for den palliative indsats, herunder at palliation med fordel kan tænkes ind i rehabiliteringsindsatser.¹⁷⁸

Der findes ikke én måde at understøtte en værdig død på, fordi det tager udgangspunkt i det enkelte menneskes værdier, ønsker og livsvilkår. At understøtte en værdig død handler derfor om at handle i overensstemmelse med, og respektere, den døendes personlige værdier i synet på, og ønskerne til, den sidste tid og døden.

For at kunne imødekomme og respektere borgerens værdier, ønsker og behov til den sidste tid, er det vigtigt, at fagprofessionelle både i kommunalt og regionalt regi kan tale med borgeren og de pårørende om døden og omsætte borgerens ønsker i den daglige behandling, pleje og omsorg frem til livets afslutning.^{179,180} Desuden er det afgørende at sikre både tidlig afklaring og kontinuerlig justering af ønsker og behov.¹⁸¹ Samtaler og afklaring af borgernes værdier og ønsker for den sidste tid og døden kan fx handle om, hvor, og i hvilke omgivelser, borgeren ønsker at dø, samt hvad der er vigtigt og meningsfuldt for den enkelte i forhold til pleje, omsorg, behandling, omgivelser og relationer.

Der findes allerede flere forskellige samtaleredskaber, som bruges i kommuner og på hospitaler. Som et delelement i projektet "En værdig død – modelkommuneprojekt" er der afprøvet forskellige værktøjer, herunder samtaleredskabet SPICT, i fire kommuner. Evalueringen af projektet viste blandt andet, at fx samtaleguides kan understøtte, at fagprofessionelle tager initiativ til denne type samtaler, og til dels at de også kan bidrage til at forebygge konflikter i familien.¹⁸¹ Også andre steder arbejdes der med at ruste fagprofessionelle til at kunne tale med borgerne om døden. Fx har Dansk selskab for Patientsikkerhed, i samarbejde med kommuner og hospitaler, gennemført projekter med fokus på samtaler om ønsker til den sidste levetid. I projekternes afsluttende rapport gives en række anbefalinger – blandt andet om opstart, ledelsesopbakning, forankring og tværfaglighed – baseret på specifikke erfaringer i arbejdet med at udvikle og implementere samtaler om døden.¹⁸² Ligeledes er der i regi af National Demenshandlingsplan 2025

¹⁷⁸ Sundhedsstyrelsen (2017): Anbefalinger for den palliative indsats

¹⁷⁹ Videnscenter for værdig ældrepleje (2018): Behovsanalyse

¹⁸⁰ Ældrekommissionen - Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem (2012): Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem

¹⁸¹ REHPA (2019): Satspuljen "En værdig død – modelkommuneprojekt" – En tværgående slutevaluering

¹⁸² Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2019): De sundhedsprofessionelle skal være klar til samtalen - Afrapportering af projekterne "Borgernes ønsker til den sidste levetid – Klar til samtalen" og "Klar til samtalen – I god tid"

udarbejdet "Håndbog om palliative pleje, omsorg og behandling målrettet borgere med demens", som også indeholder konkrete redskaber til at understøtte samtaler mellem borgere og fagprofessionelle.¹⁸³ Der findes også tilbud, der giver viden om døden og understøtter, at borgere og pårørende får talt om ønsker til afslutningen på livet i tide, fx 'sidstehjælpskursus' og 'Samtalesalon om døden'.^{184,185}

Samtidig er der ældre, som har et skrøbeligt netværk og/eller ikke har pårørende. Disse borgere har således ikke nærtstående til at italesætte eller på anden måde fremme borgerens værdier i særligt den sidste tid, ligesom denne gruppe også er mere udsat for at dø uønsket alene. Det er en udfordring, som kan påvirke den ældre borgers mulighed for en værdig sidste tid og død. Både Videnscenter for værdig ældreplejes analyse af tendenser og behov i forhold til at skabe værdighed i ældreplejen samt Ældrekommissionens rapport om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem peger netop på vigtigheden af, at ingen borgere bør dø uønsket alene.^{186,187}

I 2017 døde 41 pct. af alle på 65 år eller derover på hospitalet, 25 pct. på plejehjem og 24 pct. i eget hjem.¹⁸⁸ Uanset, hvor den ældre borger dør, så skal alle have de bedst mulige betingelser for at afslutte livet på en værdig måde og i overensstemmelse med egne værdier. Derfor er det vigtigt, at der er fokus på at understøtte en værdig død, både på hospital, plejehjem og i hjemmepleje/eget hjem med mulighed for nærvær fra pårørende, personale eller frivillige i den sidste tid.

5.6.1. Ingen skal dø uønsket alene

Ældrekommissionens rapport om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem peger på, at det er essentielt, at ingen dør uønsket alene, og sætter fokus på vigtigheden af, at fagprofessionelle eller frivillige kan træde til i de tilfælde, hvor en pårørende ikke kan.¹⁸⁶ Der kan dog også være ældre, som ønsker at dø alene. Derfor er det vigtigt, at afklaringen om ønsker til døden også omfatter, hvor den ældre ønsker at dø og i hvilke omgivelser, fx afklaring af om personen ønsker pårørende, personale, frivillige vågere eller andre omkring sig.

Pårørende

Der kan være udfordringer forbundet med pårørendes mulighed for at være tilstede hos den ældre døende i den sidste tid. Disse udfordringer kan fx være relateret til geografisk

¹⁸³ Sundhedsstyrelsen (2019): Demenshåndbog – Palliativ pleje, omsorg og behandling

¹⁸⁴ Foreningen for Palliativ Indsats: Sidstehjælpskursus – Folkeoplysning om døden www.palliativ.dk/sidste-hjaelp/ (Set den 29.08.2019)

¹⁸⁵ Ældre Sagen (2019): Samtalesaloner. www.aeldresagen.dk/frivilligportalen/social-indsats/aktiviteter-s-i-s-den-s-sociale-s-indsats/vaagetjenesten/samtalesaloner (Set den 29.08.2019)

¹⁸⁶ Ældrekommissionen - Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem (2012): Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem

¹⁸⁷ Videnscenter for værdig ældrepleje (2018): Behovsanalyse

¹⁸⁸ Beregninger baseret på data fra Dødsårsagsregistret 2017 – Tal og analyse, foretaget af Sundhedsdatastyrelsen den 23.08.2019.

afstand mellem den døende og de pårørende, de pårørendes tid og fleksibilitet i forhold til arbejde og familie eller rammerne for tilstedeværelse på hospitaler og i plejeboliger. For at understøtte en værdig død for den ældre borger, er det vigtigt med øget viden og fokus på de pårørendes barrierer og muligheder for at være til stede hos deres nærtstående i den sidste tid, uagtet om borgeren dør hjemme, på hospital eller i plejebolig. Som en del af satspuljeaftalen 2019-2022 på ældreområdet er der igangsat en undersøgelse af, hvilke muligheder nærtstående til døende, der plejes uden for hjemmet, har for at være hos sin nærtstående i de sidste dage.

Personale

Ældre, der lever alene, er i øget risiko for at dø alene. Derfor er det ofte de mest sårbare, der dør alene, fx ældre der oplever ensomhed, ældre der har overlevet familie og venner, og socialt udsatte ældre. Mange ældre dør i eget hjem eller på plejehjem, hvor de har haft tæt kontakt til de fagprofessionelle, som yder pleje og omsorg for dem i hverdagen, og som de kender godt og er trygge ved. For de ældre borgere, som ikke har nærtstående, er plejepersonalet ofte dem, som er tættest på borgeren. Derfor er der behov for at opnå indsigt i, og afdække, eksisterende muligheder og barrierer for, at de fagprofessionelle kan være hos den døende ældre i den sidste tid, hvis denne ønsker det. Der kan være flere forskellige faktorer, som påvirker mulighederne, fx organisering af arbejdsdagen, vagtplaner samt kompetencer.

Frivillige

Frivillige organisationer etablerer i disse år flere vågetjenester, der er med til at give døende en god afslutning på livet. Vågetjenesterne organiserer frivillige, der våger over den døende i den sidste tid, enten for at aflaste de pårørende eller fordi den døende ikke har tæt familie eller netværk, der kan indtage sådan en rolle.

I dag er det primært frivillige foreninger, som fx Ældre Sagen, Røde Kors og Samvirkende Menighedsplejer, der organiserer vågetjenester i Danmark. De to førstnævnte har tilsammen 133 vågetjenester i hele landet.^{189,190} I 2018 vågede Ældre Sagen for 763 døende, hvoraf 18 pct. var borgere uden pårørende. Røde Kors vågede for 1.930 døende, hvoraf halvdelen var uden pårørende.

Der opleves en stigende efterspørgsel på vågere, men flere af vågetjenesterne har ikke frivillige nok til at dække behovet og må derfor afvise henvendelser. Vågetjenesterne oplever desuden, at der i stigende grad er behov for dem i en periode ud over de aller-sidste døgn, fx én eller to måneder. Røde Kors' vågetjenester samarbejder med andre

¹⁸⁹ Ældre Sagen (2019): Ældre Sagens Vågetjeneste - Status 2018

¹⁹⁰ Røde Kors (2019): Røde Kors' Vågetjeneste – Status 2018

af deres tilbud til pårørende, som fx aflastning, for at imødekomme netop denne efterspørgsel.^{191,192} En undersøgelse af Ældre Sagens vågetjeneste har vist, at der er behov for at gøre vågning mere kendt og tilpasset som en naturlig del af hverdagen i den kommunale praksis, blandt andet gennem opstartsmøder, løbende kontakt og opfølgning, deling af erfaringer mv.¹⁹³ På baggrund af den stigende efterspørgsel på vågere, og de udfordringer og barrierer, der er med til at hindre, at flere med behov får besøg af vågere, er der et potentiale i forhold til at udbrede og styrke vågetjenesten.

ANBEFALING 14:

Udbrede og styrke ældres muligheder for ikke at dø uønsket alene

Det anbefales at understøtte og styrke ældres muligheder for ikke at dø uønsket alene, uanset om den enkelte er døende i eget hjem, i plejebolig eller på hospitalet, blandt andet ved at styrke mulighederne for, at pårørende eller personale kan være mest muligt til stede i den sidste tid. Ligeledes bør frivillige tilbud, såsom vågetjenester, der understøtter, at ældre ikke dør uønsket alene, udbredes og styrkes, blandt andet ved fokus på et systematisk organiseret samarbejde mellem de frivillige og henholdsvis plejeboliger, hjemmepleje og hospitaler, så flest muligt med behov og ønske herom kan anvende muligheden – både til gavn for borgeren og aflastning af eventuelle pårørende.

De konkrete aktiviteter kan fx støttes af puljemidler, og der kan med fordel, indledningsvis, udarbejdes et videns- og inspirationskatalog, der kan anvendes som grundlag for indsatserne. Aktiviteterne kan med fordel tilknyttes det eksisterende Videnscenter for værdig ældrepleje i Sundhedsstyrelsen, hvor en værdig død er et af fokusområderne i centerets formidlings-, rådgivnings- og kompetenceudviklingsaktiviteter.

¹⁹¹ Ældre Sagen (2019): Ældre Sagens Vågetjeneste - Status 2018

¹⁹² Røde Kors (2019): Røde Kors' Vågetjeneste – Status 2018

¹⁹³ Ældre Sagen (2016): Når Ældre Sagens vej til den ældre går gennem medarbejdere – Et projekt om bedre praksis i samarbejdet mellem medarbejdere og frivillige vågere i Ældre Sagens Vågetjeneste

Referenceliste

- ABC for Mental Sundhed. Set på:
www.abcmentalsundhed.dk
- Alexandra Institutet (2019): Sårbare og skrøbelige ældre – Opsporing, opfølgende indsatser, arbejdsgange og koordinationsprocesser
- Andersen, M.H., Ottesen, L. & Thing, L.F. (2019): The social and psychological health outcomes of team sport participation in adults: An integrative review
- Asserhøj, T. L. & Pilgaard, M. (2012): Hvorfor dyrker danskerne idræt?
- Brandt et al. (2012): SeniorInteraktion - Innovation gennem dialog
- Brenton (2010): Potential benefits for co-housing older people – A literature review
- British Medical Journal (2019): Good heart health at age 50 linked to lower dementia risk later in life. Set på:
www.bmj.com/company/newsroom/good-heart-health-at-age-50-linked-to-lower-dementia-risk-later-in-life/
- Bødker et al. (2019): Home care as reablement or enabling arrangements? An exploration of the precarious dependencies in living with functional decline
- Center for Boligsocial Udvikling (2019): Inspirations- og videnskatalog - Viden om boligsociale aktiviteter støttet af Landsbyggefonden
- Center for Sund Aldring (2014): Det gode seniorliv
- Center for Sund Aldring (2017): Hvad er det gode seniorliv? - En kvalitativ undersøgelse af ældre borgeres oplevelse af livskvalitet i Thisted, Faaborg-Midtfyn og Horsens Kommune
- Christiansen, J. & Lasgaard, M. (2017): Kortlægning og analyse af danske initiativer til ensomme
- Danmarks statistik: Befolkningsfremskrivning. Set på:
www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/befolkning-og-befolkningsfremskrivning/befolkningsfremskrivning.
- Danmarks Statistik (2019): Nyt fra Danmarks Statistik: Pleje og ældreboliger 2018
- Danmarks Statistik (2019): Ældres tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Set på:
www.dst.dk/da/informationsservice/blog/2019/03/aeldres_tilbagetraekning
- Dansk Selskab for Folkesundhed (2018): GPS for Folkesundhed – Ensomhed
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2016): Pårørendeinvolvering – Fakta og evidens. Litteraturgennemgang
- Dansk selskab for Patientsikkerhed (2019): De sundhedsprofessionelle skal være klar til samtalen - Afrapportering af projekterne "Borgernes ønsker til den sidste levetid – Klar til samtalen" og "Klar til samtalen – I god tid"
- DGI (2018): Dyrk den gode velkomst. Set på:
www.dgi.dk/foreningsledelse/artikler/dyrk-den-gode-velkomst

DGI: Idræt om dagen. Set på:

www.dgi.dk/samarbejd/om-vores-indsatser/programomraader/dgi-idraet-for-seniorer/saadan-faar-i-fat-i-seniorerne/har-du-lyst-til-at-goere-noget-aktivt-for-seniorer/idraet-om-dagen

DGI: European Fitness Badge. Set på:

www.dgi.dk/arrangementer/201900950030

Foreningen for Palliativ Indsats: Sidstehjælpskursus – Folkeoplysning om døden.

Set på: www.palliativ.dk/sidste-hjaelp/

Fried et al. (2001): Frailty in older adults. Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar;56(3):M146-56

Grøn, L., & Andersen, C. (2014): Sårbarhed og handlekraft i alderdommen: *Et etnografisk feltarbejde blandt fagpersoner og ældre i Horsens og omegn*. København: Kora

Grøn, L. (2018): Sårbarhed i ældre livet mellem kategorisering og erfaring. Hvem er de sårbare ældre? I: Glasdam, S., & Jacobsen, F. F. (red.). *Gerontologi. Perspektiver på ældre mennesker* (s. 338-353). København & Bergen: Gads Forlag

Hjemmehjælpskommissionen (2013): Fremtidens hjemmehjælp – Ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats

Holstebro Kommune (2018): Online besøgsven. Set på: www.holstebro.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/sundhedstilbud/online-besoegsven

Idrættens Analyseinstitut (2013): Fremtidens Senioridræt – Mellem Ironman og stolemotion

Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet (2019): Hvorfor forskning om fysisk aktivitet og aldring? Set på:

www.nexs.ku.dk/fysisk-aktivitet-og-aldring/hvorfor-fysisk-aktivitet-og-aldring/

Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet, Center for Holdspil (2019): Fysisk aktivitet og aldring – en konsensuskonference

International Observatory on Social Housing (2018): How the Dutch Lead the Way in Senior Housing Innovation

KMD Analyse (2018): Pårørende på arbejdsmarkedet – Oktober 2018

Koushede, V. (2015): For Mental Sundhed – et nyt perspektiv

Krogh Sørensen, T. (2018): Professor: Skærme og velfærdsteknologi kan mindske ældres ensomhed. *Jyllands-Posten*, 23. oktober

Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (2017): Evaluering af pårørendekursus

Landsforeningen SUFO: Hvad er et forebyggende hjemmebesøg? Set på: www.sufo.dk/hvad-er-et-forebyggende-hjemmebesoeg

Lee L., Heckman, G. & Molnar, F.J. (2015): Frailty – identifying elderly patients at high risk of poor outcomes. *Can Fam Physician* 2015; 61:227:3

Lær at tackle: Lær at tackle hverdagen som pårørende. Set på: www.laerattackle.dk/hverdagen-som-paerrende/

Magasinet Pleje (2019): Samarbejde på tværs sikrer træning for demensramte. Set på:

www.magasinetpleje.dk/article/view/654989/samarbejde_pa_tv-ers_sikrer_traening_for_demensramte

Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter (2013): Fremtidens parcelhuskvarter - forudsætninger, krav og behov

Marselisborg (2012): Barrierer og muligheder for et socialt ældreliv – En interviewundersøgelse blandt ensomme ældre i Midt- og Sydjylland

Marselisborg (2012): Ældre og ensomhed – hvem, hvorfor og hvad gør vi? En undersøgelse om ensomhed hos ældre i 25 kommuner

Marselisborgcentret (2004): Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet - Rehabilitering i Danmark

Methods/Petersen (2016): Livskvalitet i seniorbofællesskaber

Moffatt, S. & Heaven, B. (2017): Planning for uncertainty: Narratives on retirement transition experiences. *Ageing & Society*, 37(5), 879-898

Nationalt Videnscenter for Demens: Værktøjskassen – Støtte til et liv med demens. Set på: www.videnscenterfordemens.dk/vaerktojskassen/

Nationellt kompetenscentrum anhöriga– för ett anhängvänligt samhälle. Set på: www.anhoriga.se/

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2014): Anhörigkonsulentens arbete och yrkesroll – Resultat från en enkätundersökning

Odense Kommune (2019): Generationsmøder om fælles aktiviteter i lokalområdet. Set på:

www.odense.dk/brug-byen/puljer-og-stotte/tilskud-til-generationsmoeder/generationsmoeder-om-faelles-aktiviteter-i-lokal-omraadet

PFI, Region Sjælland (2018): Sundhedsprofil 2017 for Region Sjælland og kommuner – Hvordan har du det?

Pilgaard, M. (2016): Danskernes motions- og sportsvaner

PwC (2019): Analyse af overgangen fra arbejdsliv til pensionistliv – Afrapportering

Rambøll for Sundheds- og Ældreministeriet (2017): Praksisundersøgelse af Servicelovens §83 a

Realdania (2019): Ældres livskvalitet i seniorbofællesskaber – Hvad ved vi?

REHPA (2019): Satspuljen "En værdig død – modelkommuneprojekt" – En tværgående slutevaluering.

Røde Kors (2019): Røde Kors' Vågetjeneste – Status 2018

Rønholt, F. (2016): Tab af muskelmasse hos ældre, sarkopeni. Set på: www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/aeldre/sygdomme/oevrige-sygdomme/tab-af-muskelmasse-hos-aeldre-sarkopeni/

Santini et al. (2018): Formal Volunteer Activity and Psychological Flourishing in Scandinavia: Findings from Two Cross-sectional Rounds of the European Social Survey. *Social Currents*, 1-15

SFI (2016): Forebyggelse på ældreområdet – Evaluering af forebyggelse af fysisk, social og psykisk mistrivsel blandt ældre borgere

SFI (2016): Sammenhængen mellem boligformer og livskvalitet for ældre

SIF (2017): Ugens tal for Folkesundhed - Hjælp vennerne, familien eller din kollega – og få det godt. Set på: www.sdu.dk/da/sif/ugens_tal/41_2017

SIF (2019): Ugens tal for Folkesundhed - Mere end hver fjerde, der indlægges på grund af alkohol, er død ti år efter. Set på: www.sdu.dk/da/sif/ugens_tal/34_2019

Social- og Indenrigsministeriet (2019): Bekendtgørelse af lov om social service. Set på: www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=209925

Socialstyrelsen (2013): Undersøgelse af behov for afløsning og aflastning blandt pårørende til mennesker med en demenssygdom

Socialstyrelsen (2013): Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet

Socialstyrelsen (2019): Den Socialøkonomiske Investeringsmodel. Set på: www.socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialstyrelsens-viden/som

Styrelsen for arbejdsmarked og rekruttering (2019): Folkepension nu og fremover. Set på: www.star.dk/ydelser/pension-og-efterloen/folkepension-og-foertidspension/folkepension/folkepensionsalderen-nu-og-fremover/

Sundheds- og Ældreministeriet (2015): Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven, kapitel 8. Set på: www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=170634

Sundheds- og Ældreministeriet (2018): Sundheds- og ældreøkonomisk analyse -

Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter

Sundheds- og Ældreministeriet (2019): Bekendtgørelse om tilrettelæggelse af samt kvalitetsstandarder for de forebyggende hjemmebesøg efter servicelovens §79 a. Set på: www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=209791

Sundheds- og Ældreministeriet (2019): Af-rapportering fra det tværministerielle arbejde om seniorbofællesskaber

Sundheds- og Ældreministeriet (2019): Seniorer ønsker at bo midt i fællesskabet

Sundhedsdatastyrelsen (2018): Dødsårsagsregistret 2017. Tal og analyse

Sundhedsdatastyrelsen: Begrebsbasen. Set på: www.sundhedsdata.iterm.dk/

Sundhedsstyrelsen (2010): Notat - Sundhedsstyrelsens nye udmelding vedrørende alkohol

Sundhedsstyrelsen (2011): Ulighed i sundhed – Årsager og indsatser

Sundhedsstyrelsen (2013): Guide til implementering af to anbefalinger om tidlig indsats fra forebyggelsespakken om alkohol – systematisk tidlig opsporing ved frontpersonale og kort rådgivende samtale med borgere med et storforbrug eller skadeligt forbrug, pårørende og børn

Sundhedsstyrelsen (2015): Forebyggelse på ældreområdet – Håndbog til kommunerne

Sundhedsstyrelsen (2015): Forebyggelse i almen praksis og på sygehus - Guide til sundhedspersonale

- Sundhedsstyrelsen (2016): Styrket indsats mod ensomhed hos ældre mennesker med meget hjemmehjælp
- Sundhedsstyrelsen (2016): Sygdomsbyrden i Danmark – Risikofaktorer
- Sundhedsstyrelsen (2017): Rehabilitering på ældreområdet – Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?
- Sundhedsstyrelsen (2017): Opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktions- evne – En guide til kommunerne vedrørende forebyggende hjemmebesøg
- Sundhedsstyrelsen (2017): Anbefalinger for den palliative indsats
- Sundhedsstyrelsen (2018): Danskerens Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017
- Sundhedsstyrelsen (2018): Fysisk aktivitet - Håndbog om forebyggelse og behandling
- Sundhedsstyrelsen (2018): Forebyggelses- pakke – Mental sundhed
- Sundhedsstyrelsen (2018): Kommunens arbejde med forebyggelsespakkerne
- Sundhedsstyrelsen (2018): Forebyggelses- pakke – Fysisk aktivitet
- Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sund- hed og trivsel – Ældreprofilen 2019
- Sundhedsstyrelsen (2019): Demenshånd- bog - Palliativ pleje, omsorg og behandling
- Sundhedsstyrelsen & Socialstyrelsen (2018): Koncept for systematisk inddra- gelse af pårørende
- Trygfonden & Dansk Selskab for Patientsik- kerhed (2016): Pårørende på spring... – En undersøgelse af pårørendes oplevelser, roller, holdninger, forventninger og ønsker
- Tænketanken – Den nye 3. alder (2018): Anbefalinger til Det gode liv i den tredje al- der frem mod 2040
- Vass, M. & Hendriksen, C. (2016): Der mangler dansk konsensus om definitionen af skrøbelighed. I: *Ugeskrift for læger* 2016;178:V041600279
- Videnscenter for værdig ældrepleje (2018): Behovsanalyse
- VIVE (2019): Hjælp til svage ældre
- VIVE (2019): Ældres familiære og sociale relationer - Analyser på baggrund af Ældre- databasens 5. bølge
- VIVE (2019): Ældres frivillige arbejde – Ud- viklingen over tid
- VIVE (2019): Tilbagetrækningsalder og til- bagetrækningsårsager – Opgørelser base- ret på Ældredatabasen
- VIVE (2019): Ældres boligsituation og frem- tidige boligønsker
- WHO (2002): Active Ageing
- WHO (2015): World report on ageing and health 2015
- WHO & The World Bank (2011): World Re- port on Disability
- Ældrekommissionen - Kommission om livs- kvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem (2012): Livskvalitet og selvbe- stemmelse på plejehjem

Ældre Sagen (2016): Når Ældre Sagens vej til den ældre går gennem medarbejdere – Et projekt om bedre praksis i samarbejdet mellem medarbejdere og frivillige vågere i Ældre Sagens Vågetjeneste

Ældre Sagen (2016): Undersøgelse blandt ægtefæller/samleverer til hjemmehjælpsmodtagere – Grafikrapport – April 2016

Ældre Sagen (2018): Hvad er en pårørendevejleder? Set på:
www.aeldresagen.dk/presse/maerkesager/paaroerende/fakta/hvad-er-en-paaroerende-vejleder

Ældre Sagen & Rambøll (2017): Pårørende – politikker, initiativer og tilbud i kommunerne

Ældre Sagen (2019): Hjemmebesøg – Forebyggende. Set på:
www.aeldresagen.dk/viden-og-raadgivning/vaerd-at-vide/h/hjemmebesoeg---forebyggende/

Ældre Sagen (2019): Bliv en god vært. Set på:
www.aeldresagen.dk/frivilligportalen/ensomhed/godt-vaertskab/bliv-en-god-vaert

Ældre Sagen (2019): Ældre Sagens Vågetjeneste - Status 2018

Ældre Sagen (2019): Samtalesaloner.
www.aeldresagen.dk/frivilligportalen/social-indsats/aktiviteter-s-i-s-den-s-socials-indsats/vaagetjenesten/samtalesaloner

Aarhus Kommune: Generationernes Hus.
Set på:
www.generationerneshus.aarhus.dk/

Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Udvalgte initiativer i regi af Sundhedsstyrelsen med relevans for ældreområdet
- Bilag 2:** Medlemmer af referencegruppen for det faglige oplæg til handlingsplanen for "Det gode ældreliv"
- Bilag 3:** Medlemsliste af arbejdsgrupper for det faglige oplæg til handlingsplanen for "Det gode ældreliv"

Bilag 1. Udvalgte initiativer i regi af Sundhedsstyrelsen med relevans for ældreområdet

Initiativer til understøttelse af det gode ældreliv (satspuljeaftale for ældreområdet 2019-2022)

Partnerskaber om den gode overgang til livet uden for arbejdsmarkedet. Der etableres et partnerskab med relevante aktører på området, der kan afdække behov og indsatser, indsamle gode eksempler, udbrede initiativer og god praksis og komme med anbefalinger til yderligere lokale initiativer om den gode overgang til livet uden for arbejdsmarkedet.

Ældrevenlige byer. Der udarbejdes et idekatalog, hvor kommuner, organisationer og andre kan få inspiration til, hvordan ældres behov kan tænkes ind, når byrummene fornyes.

Godt helbred på egne præmisser. Med udgangspunkt i de eksisterende forebyggelsespakker udarbejdes en selvstændig publikation med anbefalinger til kommunerne om, hvordan der kan skabes sunde rammer og gode, motiverende tilbud til alle ældre med et særligt fokus på de skrøbelige ældre. Anbefalingerne vil blive udbredt ved implementeringsunderstøttende aktiviteter.

Styrkelse af de forebyggende hjemmebesøg. Der udarbejdes en faglig vejledning for indholdet i de forebyggende hjemmebesøg, som beskriver, hvordan det forebyggende hjemmebesøg kan anvendes mere fokuseret og systematisk til at tage hånd om ældre, der viser tegn på social, psykisk og fysisk mistrivsel.

Udvikling af og støtte til kommunernes pårørendeindsats. Der udarbejdes et inspirationsmateriale til at understøtte kommunernes indsats i forhold til at hjælpe og støtte pårørende til svækkede ældre.

Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre med særlige behov. Der iværksættes en kortlægning, som skal beskrive de pleje- og omsorgsmæssige behov, som eksempelvis udsatte grønlændere har. Der indsamles herunder gode eksempler på eksisterende indsatser i forhold til disse grupper i kommunerne.

Forebyggelse

Sundhedsstyrelsens indsatser på forebyggelsesområdet, herunder de 11 tematiserede **forebyggelsespakker** med faglige anbefalinger til kommunerne, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde samt **"Håndbog om forebyggelse på ældreområdet" (2017)**, hvis mål er, at flere ældre bevarer deres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne og livskvalitet samt at begrænse og udskyde afhængighed af hjælp fra andre.

Sundhedsstyrelsens indsatser omkring **mad, måltider og ernæring** på ældreområdet, herunder udvikling af en vidensbank på Sundhedsstyrelsens hjemmeside med kommunale

cases på området, der skal højne kvaliteten af de kommunale indsatser gennem vidensdeling samt puljen "Målrettet tværfaglige ernæringsindsatser for underernærede ældre eller ældre med uplanlagt væggtab", der skal styrke kommunalt tværfagligt samarbejde om ernæringsindsatser.

Sundhedsstyrelsens indsatser omkring **rygestop**, herunder den årlige undersøgelse af danskernes rygevaner, som Sundhedsstyrelsen laver i samarbejde med Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse og Lungeforeningen samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger til fagfolk og inspirationsark til arbejdet med rygestop i kommunerne.

Sundhedsstyrelsens indsatser omkring **tand- og mundsundhed**. I regi af Videnscenter for værdig ældrepleje er der eksempelvis afholdt temadage om ældre borgeres forudsætninger for at deltage i det gode måltid.

Rehabilitering

"Håndbog i Rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service" (2016). Håndbogen har til formål at understøtte kommunernes arbejde med at gennemføre rehabiliteringsforløb på ældreområdet, så ældre borgere får mulighed for at genvinde funktionsevne, blive mere selvhjulpne og opnå tryghed ved at leve et uafhængigt liv.

Satspuljeindsatsen "Styrket rehabiliteringsindsats for de svageste borgere" (2018-2020). Indsatsen har til formål at understøtte og videreudvikle kommunernes arbejde med rehabilitering efter §83 a med særligt fokus på de svageste ældre i hjemmepleje og i plejebolig, så rehabiliteringsindsatsen også tilgodeser denne målgruppe.

"Forsøgsordning med styrket frit valg inden for rehabilitering på ældreområdet" (2018-2021). Forsøgsordningen skal skabe øget viden om, hvordan private leverandører mest hensigtsmæssigt kan varetage både hele og dele af rehabiliteringsforløb efter §83 a.

Palliation

"Anbefalinger for den palliative indsats" (2017). Publikationen indeholder en række anbefalinger med henblik på at styrke det palliative forløb og med udgangspunkt i, at alle med livstruende sygdom, uanset diagnose og alder, skal tilbydes en målrettet palliativ indsats med udgangspunkt i den enkeltes behov.

Satspuljeindsatsen "En værdig død – modelkommuneprojekt" (2015-2018). I projektet fik fire kommuner tildelt midler til at udvikle den kommunale palliative indsats med henblik på, at livstruede syge borgere, der ønskede at opholde sig og dø i eget hjem, kunne få dette opfyldt.

Kronisk sygdom og multisygdom

Sundhedsstyrelsens **forløbsprogrammer for kronisk sygdom**, som beskriver den samlede, tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given

kronisk tilstand, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats.

Satspuljeindsatsen "Mere viden om multisygdom" (2018-2019). Indsatsen skal samle den eksisterende viden med henblik på at give anbefalinger for virksomme modeller for tilrettelæggelse af forløb til mennesker med multisygdom, der kan udrulles direkte, og anbefalinger for områder, hvor der er behov for, at ny viden om multisygdom opbygges.

Forebyggelse af ensomhed

Satspuljeindsatsen "Sammenhængende indsatser imod ensomhed og mistrivsel" (2019). Puljemidlerne bruges til bekæmpelse af ensomhed blandt særligt ældre mænd gennem afprøvning eller videreudvikling af aktiviteter, indsatser eller projekter, der særligt appellerer til målgruppen i risiko for ensomhed, mistrivsel eller selvmord.

Puljen "Styrket indsats mod ensomhed blandt ældre, der modtager meget hjemmehjælp" (2017-2019). Denne pulje fokuserer på, hvordan hjemmeplejen kan finde de ældre borgere, der oplever ensomhed, og hjælpe dem ind i nye fællesskaber, enten i lokalsamfundet eller hjemme hos dem selv, fx ved at give de ældre en spiseven.

Satspuljeindsatsen "Fællesskabspulje 2.0: Ensomme hjemmehjælpsmodtagere skal have mulighed for civilsamfundsdeltagelse" (2019-2021). Puljemidlerne bruges til bekæmpelse af ensomhed blandt hjemmehjælpsmodtagere gennem tilbud om fællesskabsskabsklippekort. Klippekortet kan fx bruges til ekstra hjælp til ledsagelse til aktiviteter i foreninger og øvrigt civilsamfund.

Bilag 2. Medlemmer af referencegruppen for det faglige oplæg til handlingsplanen for "Det gode ældreliv"

Medlemmerne i referencegruppen for det faglige oplæg til handlingsplanen for "Det gode ældreliv" er udpeget af faglige selskaber, ældreorganisationer, interesseorganisationer, faglige organisationer, forskningsinstitutioner m.fl.

Anders Fournaise, konsulent, Region Syddanmark
Anders Kragh Jespersen, programleder for 'Idræt for seniorer', DGI
Anne Knudsen, rådgiver i Alzheimerforeningen, Danske Patienter
Charlotte Frost Larsen, områdeleder af sygeplejen, Tønder kommune
Christine E. Swane, direktør, Fonden Ensomme Gamles Værn
Dorthe Boe Danbjørg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Sundhedskartellet
Elizabeth Emilie Rosted, sygeplejeske, postdoc, Dansk Sygepleje Selskab
Eva Jespersen, fysioterapeut, ph.d., Dansk Selskab for Fysioterapi
Henning Kirk, aldringsforsker og selvstændig konsulent
Inge Tetens, professor, Livskraft – Center for gode ældreliv, Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet og Vidensråd for Forebyggelse
Jesper Brask Fischer, direktør for Senior Services, PFA Pension
Jette Thuesen, forsker, postdoc, REHPA
Karen Marie Myrndorff, chefkonsulent, KL
Katrine Lester, direktør, Danske Seniorer
Karsten Vrangbæk, professor, Center for Sund Aldring
Kristian Park Frausing, lektor, cand.psych., Gerontopsykologisk Selskab
Paul Erik Weidemann, adm. direktør for OK-Fonden, Dansk Erhverv
Louise Boye Larsen, socialfaglig konsulent, Socialpædagogernes Landsforbund
Marianne Dam Lentz, praktiserende læge, Dansk Selskab for Almen Medicin
Mette Marianne Bastholm, centerleder, Birkelund Plejecenter, Kerteminde Kommune
Mie Andersen, chefkonsulent, FOA
Mikkel Vass, dr.med., forsker, Forskningsenheden for Almen Praksis ved Københavns Universitet
Per Tostenæs, seniorkonsulent, Ældre Sagen
Rikke Gravlev Poulsen, konsulent, Danske Regioner
Sofie Hou Lind, ergoterapeut, Ergoterapifagligt Selskab for Geriatri og Gerontologi
Søren Svane Kristensen, chefkonsulent, Sundheds- og Ældreministeriet (observatør)
Søren Jakobsen, ledende overlæge, Dansk Selskab for Geriatri
Trine Toftgaard Lund, sekretariatschef, Danske Ældreråd

Bilag 3. Medlemsliste af arbejdsgrupper for det faglige oplæg til handlingsplanen for ”Det gode ældreliv”

Arbejdsgruppe 1: Overgange i ældrelivet

Aske Juul Lassen, ph.d. og post doc., Center for Sund Aldring
Erik Demant, formand og skoleleder, Røde Kors og OK-Skolen
Eva Hultengren, organisationspsykolog, Dansk Psykolog Forening
Janne Bram Hemphrey Jensen, Public Affairs direktør, PFA Pension
Per K. Larsen, landsformand, Danske Seniorer
Peter Simonsen, professor, Institut for Kulturvidenskaber
Poul Erik Tindbæk, chefkonsulent og ph.d., en3karriere
Aase Koch, fagchef for pleje og omsorg, Tønder Kommune

Arbejdsgruppe 2: Forebyggelse og rehabilitering

Annette Nordal Lund, næstformand, SUFO
Charlotte Juul Nilsson, lektor, ph.d., Center for Sund Aldring og Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
Dorthe Jepsen, ældrechef, Ikast-Brande Kommune
Inge Tetens, professor, Livskraft – Center for gode ældreliv, Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet og Vidensråd for Forebyggelse
Jens Kristoffersen, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsens Enhed for Forebyggelse
Kirsten Schroll Bjørnsbo, forsker, ph.d., Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Lina Engholm Jacobsen, konsulent, Københavns Kommune
Mathias Ried-Larsen, post doc., ph.d., Trygfondens Center for Aktiv Sundhed
Paolo Caserotti, lektor, ph.d., Institut for Idræt og Biomekanik
Tine Rostgaard, professor, VIVE

Arbejdsgruppe 3: Fællesskaber, pårørende og værdig død

Anne Leonora Blaakilde, ph.d., lektor, konsulent, RUC og Region Sjælland
Anne Mi Svarrer, projektleder, DGI
Camilla Hoff Crump, forebyggelsesygeplejerske, Ballerup Kommune
Christina Rasmussen, sektionsleder, Røde Kors
David Vincent Nielsen, socialhumanitær konsulent, Ældre Sagen
Ingelise Bøggild, sygeplejefaglig konsulent, Gentofte kommune
Kristian Krogh Hansen, konsulent, Center for Frivilligt Socialt Arbejde
Laila Susanne Ottesen, professor, Center for Holdspil og Sundhed
Lotte Hviid Dyrby, daglig leder, Tænk tanken – Fremtidens Biblioteker
Louise Boye, socialfaglig konsulent, Socialpædagogernes Landsforbund
Vibeke Koushede, seniorforsker, Statens Institut for Folkesundhed

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●