

FOREBYGGELSE +
SUNDHEDSFREMME
I **KOMMUNERNE**

Ældres sundhed

2007

ÆLDRES SUNDHED

Ældres sundhed – forebyggelse og sundheds-
fremme i kommunerne

Redaktion:

Line Raahauge Madsen

Mette Lolk Hanak

Kirsten Nielsen

Jørgen Falk

Journalistisk bearbejdet af:

Journalist Bo Feierskov

Sundhedsstyrelsen vil gerne takke Lis Puggaard
og Henning Kirk for bidrag til publikationen.

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Ældre, kommune, forebyggelse, sund-
hedsfremme

Kategori: Rådgivning

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan
frit refereres med tydelig kildeangivelse

Oplag: 1000

Grafisk tilrettelæggelse: 1508 A/S

Tryk: Scanprint A/S

Foto: Scanpix

Udgivet af Sundhedsstyrelsen december 2007

ISBN: 978-87-7676-618-4 (elektronisk)

ISBN: 978-87-7676-619-1 (trykt)

Indhold

FORORD.....	SIDE 7
ALDRING, SUNDHED OG FOREBYGGELSE.....	SIDE 9
FYSISK AKTIVITET	SIDE 13
TOBAKSRYGNING.....	SIDE 17
ALKOHOL	SIDE 21
KOST OG ERNÆRING.....	SIDE 25
DEPRESSION	SIDE 35
INFLUENZA	SIDE 39
FALDULYKKER.....	SIDE 43
KNOGLESKØRHED	SIDE 47
KRONISK SYGDOM.....	SIDE 51
FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG.....	SIDE 55



MULIGHEDER // KOMMUNENS ROLLE // LIVSKVALITET // KONTAKT // ØKONOMI // MULIGHED

SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE FOR ÆLDRE

Denne publikation er den første i en ny rådgivningsserie fra Sundhedsstyrelsen til kommunerne. Formålet med serien er, at give kommunerne en enkel og praktisk guide til et bestemt område inden for sundhedsfremme og forebyggelse – i dette tilfælde på ældreområdet.

Kommunernes nye opgaver med forebyggelse og sundhedsfremme har et stort potentiale i forhold til at forbedre de ældre borgeres sundhed. Og der er både menneskelige, sundhedsmæssige, sociale og økonomiske gevinster at hente.

På de følgende sider kan du læse om kommunens rolle og muligheder, når det handler om at skabe sunde rammer og sundhedsfremmende tilbud for de ældre borgere i kommunen. Ældre defineres i denne publikation som borgere i alderen 65+. De ældre borgere opdeles i de personer som er i stand til at klare sig selv, og de personer som er plejekrævende. Det vil fremgå tydeligt de steder, hvor der skelnes mellem disse to grupper.

Publikationen er målrettet forvaltningschefer, og planlæggere på ældre- og sundhedsområdet. Desuden vil den kunne bruges som inspiration af de faggrupper, der har direkte kontakt med plejekrævende ældre – eksempelvis i hjemmeplejen, eller i forbindelse med fx forebyggende hjemmebesøg.

Publikationen kan ligeledes bruges som inspiration til at lave et særskilt afsnit om ældre i kommunens eksisterende eller kommende sundhedspolitik.

God læselyst.

Med venlig hilsen

Else Smith
Centerschef

SVÆKKET

ALDRING, SUNDHED
OG FOREBYGGELSE

LEVEVIS

FRISK

JUNKTIONSEVN

SUND

Flere og flere ældre har et godt helbred, er velfungerende og lever et aktivt liv. Forbedrede økonomiske vilkår og længere uddannelser er væsentlige årsager, men flere faktorer spiller ind.

De nye ældreårgange er ikke så fysisk nedslidte som tidligere, og andelen af ældre med hjertekar-sygdomme er faldet markant siden 1980'erne. Det skyldes blandt andet at den personlige livsstil har ændret sig, og sundhedsvæsenets behandlingsmuligheder er blevet bedre. Endelig har de nye ældreårgange oplevet færre svære infektioner. Deres immunsystem er derfor mindre "slidt", og det styrker muligheden for et langt liv med mindre sygelighed.

Store forskelle på ældre

I alle kommuner finder man 90-årige borgere uden de store sundhedsproblemer – og 50-årige med svære problemer på grund af kronisk sygdom. Derfor skal man afstå fra at gøre sygdomsproblemer til "ældreproblemer". Generelt set er tærsklen for at udvikle kronisk sygdom hos de nye ældreårgange hævet. Men man kommer ikke uden om, at risikoen for at udvikle kronisk sygdom øges med ½-1 procent om året fra omkring 30-årsalderen. Det er en naturlig konsekvens af den biologiske aldring.

Tiden er en betydelig faktor

Det er vigtigt at skelne mellem den brede forebyggelse og sundhedsfremme, som kommer alle til gode, og den målrettede forebyggelsesindsats for personer med kronisk sygdom og tab af funktions-evne. Hvad de sidstnævnte angår, er det afgørende med tidlig diagnostik, behandling, vedligeholdelses- og genoptræning. Kombinationen af høj alder og et akut eller påtrængende sygdomsproblem kan meget hurtigt føre til svigtende funktionsevne og behov for hjælp.

Kommunens mange muligheder

Kommunens ældresektor kan både støtte ældre, som kan klare sig selv, og ældre som er plejekrævende. De forebyggende hjemmebesøg kan bruges til at informere ældre borgere om sund levevis angående kost, fysisk aktivitet, alkohol, tobak og faldforebyggelse samt henvise til relevante sundhedstilbud. Sundhedspersonale kan understøtte en sund levevis og samtidig fremme de ældres sociale relationer og trivsel – eksempelvis ved at forene den ældre borgers behov for at røre sig med socialt samvær med andre. Ved indretning af pleje- og ældreboliger kan kommunen søge at skabe optimale fysiske rammer. Og via den kommunale madordning kan kommunen tilbyde de ældre borgere en sund og varieret kost.

Kommunens ældre i tal

I gennemsnit vil en kommune være i kontakt med 22% af alle borgere, der er fyldt 65 år, og 49% af alle borgere, der er fyldt 80 år gennem hjemmehjælp. Har kommunen 30.000 indbyggere og tilbud som landsgennemsnittet, vil der være ansat godt 400 inden for områder, der overvejende er rettet mod ældre borgere, herunder vil knap halvdelen være beskæftiget med omsorg og pleje, og der vil desuden være 410 pleje- og ældreboliger.

Supplerende materiale om sundhedsfremme og forebyggelse

*Borgerrettet forebyggelse i kommunen
– rådgivning fra Sundhedsstyrelsen*
Sundhedsstyrelsen, 2006

*Forebyggelse og sundhedsfremme i
kommunen – en vejledning til sundheds-
lovens § 119 stk. 1 og 2*
Sundhedsstyrelsen, 2007

www.sst.dk

FAKTA

Forudsætninger for en vellykket indsats

For at kommunens forebyggende indsats kan blive optimal, skal en række forudsætninger opfyldes. Sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til de ældste borgere bør være en del af kommunens overordnede sundhedspolitik, eksempelvis i form af en strategi- og handlingsplan. Der skal afsættes tilstrækkelige økonomiske og personale-mæssige ressourcer, og det relevante personale skal løbende have deres kompetencer udviklet. Derudover skal kommunen systematisk evaluere og kvalitetssikre de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Endelig bør det sikres, at der er målrettede initiativer for særligt udsatte og sårbare grupper, blandt ældre borgere.

INFO



LIVSKVALITE

FYSISK AKTIVITET

MUSKELSTYRKE

GANGHASTIG

TRÆNING

UAFHÆNGIGH

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle voksne er aktive mindst 30 minutter om dagen ved moderat intensitet. Særligt for ældre kan det være en fordel at bruge en del af de 30 minutter (eller supplere dem) med specifikke fysiske aktiviteter, der kan karakteriseres som træning.

Alle, uanset alder, kan have glæde af at være fysisk aktive – og det er aldrig for sent at gå i gang. Ældre, der er regelmæssigt fysisk aktive, klarer sig bedre end dem, der ikke er. Selv de allersvageste kan have gavn af at røre sig. Det højner livskvaliteten og giver samtidig samfundsøkonomisk bonus. Kan man ikke længere være med fysisk, mister man let sin uafhængighed, bliver lettere socialt isoleret og får et større behov for social- og sundhedsydelse. At få flere ældre til at være fysisk aktive og træne, kræver imidlertid en indsats. Det skal udbredes, hvorfor det er godt at være fysisk aktiv og træne, hvilken træning der er bedst, hvor ofte der skal trænes, samt hvor det kan lade sig gøre. Her kan især social- og sundhedsassistenter, sundhedshjælpere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker og frivillige, som møder mange ældre, gøre en forskel. De er nøglepersoner – også når det gælder om oplysning og vejledning om fysisk aktivitet og træning.

Hvilken træning er bedst?

For at finde den rigtige type træning, bør man foretage en prioritering af formålet.

Skal træningen vedligeholde en i forvejen god fysik, øge den fysiske kapacitet, nedsætte risikoen i forhold til livsstilssygdomme, forbedre funktionsniveauet eller opfylde et socialt aspekt? Hvis funktionsevnen skal forbedres, skal der trænes med lidt større intensitet, mens vedligeholdelse af funktionsevnen kun kræver træning med moderat belastning og intensitet. Ved vedligeholdende træning bør den ældre træne alsidigt, for i dagligdagen er der brug for både god balance, reaktions-evne, muskelstyrke, smidighed og udholdenhed.

Forskelligt udgangspunkt

De friske ældre, som ikke er så langt oppe i årene, bør især opfordres til aktiviteter som løb, cykling eller svømning med højere intensitet som tilgodeser konditionen. Ældre, der bevarer konditionen, føler ikke træthed så hurtigt. De kan derfor klare mere og dermed også holde muskelmassen ved lige. Det er en god cirkel. Svage ældre bør imidlertid begynde med at træne muskelstyrken til et vist niveau, så den følgende alsidige træning kan foregå med højere kvalitet. Mange ældre har været inaktive i mange år – måske det meste af deres liv - når de begynder at være fysisk aktive, dyrke idræt eller lave andre former for træning. Derfor skal frekvens, intensitet og varighed afpasses den enkelte.

Alle ældre har brug for at være fysisk aktive

Fysisk aktivitet kan nedsætte risikoen for at få livsstilssygdomme som type 2-diabetes, hypertension, hjerte/karsygdomme og kræft. Det er faktisk tilstrækkeligt at være fysisk aktiv 30 minutter om dagen med moderat intensitet. Det kan være i form af gåture eller cykelture – eksempelvis på en kondicykel. Den store opgave er at »opdage« de ældre, der allerede er i risiko, og derfor har øget behov for træning, så de kan udskyde det tidspunkt, de bliver afhængige af hjælp – eller helt undgå at blive det. Vurdering af styrken ved et håndtryk og ganghastighed er simple test, der kan udføres overalt. Ikke mindst når man er i jævnlig kontakt med den ældre.

Motivation og barrierer

Der er mange barrierer for ikke at være fysisk aktiv - det gælder i øvrigt ikke kun for ældre! Mange ældre har brug for at få at vide, hvordan de får indarbejdet fysisk aktivitet som en naturlig del af hverdagen. Ældre med et træningsbehov bør vide, hvor de rette tilbud findes, hvilken type træning der virker på hvad, hvor ofte der skal trænes, samt hvor længe og med hvilken intensitet. For at kunne motivere, skal man kende svaret på disse spørgsmål.

Organisering

Ældretræning organiseres bedst på tværs af kommunale og frivillige tilbud – og helst med tilbud til alle ældre. Alle, der er i kontakt med ældre, bør vide hvad, der tilbydes og hvor. Derfor bør der være en let tilgængelig oversigt over hvilken ældremotion, der tilbydes i idrætssklubber og ældrekлубber, hos sundhedsprofessionelle samt i fitnesscentre. Desuden bør kommunens forebyggende medarbejdere og udbydere af træningstilbud arbejde tæt sammen med praktiserende læger, hjemmehjælpere, hjemmesygeplejersker, hospitaler og plejehjem.

Forskellige tilbud til forskellige grupper

Ældre, der dyrker livslang idræt, finder selv de forskellige idrætstilbud. Inaktive ældre med begrænset -motionserfaring kan tilbydes træning hjemme alene, til video, sammen med en motionsven, eller stolemotion og anden idræt på hold i nærmiljøet. Ældre i genoptræning kan enten tilbydes træning hjemme med en terapeut, eller på hold i et træningscenter.



INFO

Information om fysisk aktivitet

På sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk kan downloades materiale om ældre og fysisk aktivitet. Herunder kan du læse tillægsafsnittet om ældre til *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling* Sundhedsstyrelsen, 2008

Læs også

Ældretræning – hvorfor og hvordan?
af Lis Puggaard, Center for Anvendt og
Klinisk Trænings-Videnskab, 2006.
Find bogen på www.universitypress.dk

Fakta om ældre og fysisk aktivitet

Over halvdelen af den danske ældrebefolkning er regelmæssig fysisk aktive og mærker ikke et synderligt nedsat funktionsniveau.

Mange aktive ældre har lige så god fysisk funktionsniveau som 50-årige.

Træner man ikke regelmæssigt, falder konditionen til det halve fra ung til gammel og muskelstyrken med omkring en tredjedel.

Undersøgelser tyder på, at den fysisk aldringsproces sker hurtigere fra omkring 80-årsalderen. Men jo større fysisk kapacitet man har, når denne proces starter, jo længere tid går der, før det mærkes i dagligdagen.

Kvinder når, hurtigere den kritiske grænse for, hvornår almindelige hverdagsaktiviteter bliver uoverkommelige. Det skyldes en generelt svagere fysik hos kvinder i forhold til mænd.

FAKTA



DNSLØB // STYRKETRÆNING // GYMNASIKFORENINGER // SVØMMEUNDERVISNING // MOTION

RYGESTOP

TOBAKSRYGNING

AFHÆNGIGHED

KREDSLØ

HEDSGEVINST

STOPKUR

Det er aldrig for sent at holde op med ryge. Selv ældre, som har røget i mange år, kan få mærkbare sundhedsmæssige gevinster ved at kvitte tobakken. Både hvad angår den almindelige helbredstilstand og den akutte risiko for eksempelvis blodpropper og hjerneblødning.

Tobaksrygning er den enkeltfaktor, der koster flest danskere livet, og som har det største forebyggelsespotentiale. Selv om andelen af rygere har været stabilt faldende gennem de sidste 30 år, er rygning årsag til 14.000 årlige dødsfald og er dermed et meget stort sundhedsproblem for det danske samfund. Blandt borgere over 70 år er hver femte dagligryger, og langt størstedelen ryger cigaretter. Næsten hver tredje vil gerne holde op med at ryge, og hver sjette har planer om at stoppe inden for det næste halve år. Selv hos ældre, der har været rygere i mange år, vil der være betydelige sundhedsgevinster ved et rygestop. Der er også store økonomiske besparelser at hente for kommunerne ved at få rygere til at lægge cigaretterne på hylden. Eksempelvis har kommuner med 30.000 indbyggere i gennemsnit direkte årlige omkostninger på 13,6 millioner kroner forårsaget af tobaksrygning blandt alle borgere.

Organisering af indsatsen

Ansvar for den samlede tobaksforebyggende indsats bør være placeret i én forvaltning, og det er en fordel, hvis den koordinerende funktion er placeret hos én person. I det daglige varetages kontakten med de ældre af kommunens egne sundhedsprofessionelle. På det konkrete praktiske plan kan kommunen samarbejde med eksempelvis Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen, apotekerne og private firmaer. I forhold til kvalitetssikring og opfølgning af rygestopaktiviteter anbefales det at etablere samarbejde med Rygestopbasen og STOP linien.

INFO

Yderligere information

Tobaksrygning og rygestop: Konsekvenser for sundheden, Sundhedsstyrelsen, 2004, findes på www.sst.dk under *udgivelser*.

10 skridt til god tobaksforebyggelse – den gode kommunale model, Sund By Netværket, findes på www.sund-by-net.dk under *publikationer/tobak*

Den gode regionale model for rygeafvænning, Nationalt Center for Rygestop, 2005, findes på www.sst.dk.

Metoder til rygeafvænning – dokumentation og anbefalinger, Nationalt Center for rygestop og Sundhedsstyrelsen, 2003: Se www.sst.dk/evidensbasen.

Danskernes rygevaner findes på www.sst.dk. Se under *forebyggelse/tobak*.

Uddannelse af rygestoprådgivere: Kræftens Bekæmpelse, findes på www.cancer.dk.

Hvad kan kommunen gøre?

Kommunen har to væsentlige opgaver i bestræbelserne på at begrænse andelen af rygere blandt ældre. Den første er at sikre et røgfrit miljø alle de steder, hvor ældre færdes i sociale sammenhænge. Den anden er at sørge for, at der eksisterer individuelle rygestoptilbud og gruppetilbud, der henvender sig til ældre borgere – eventuelt i samarbejde med andre aktører. Kommunen kan indgå aftale med uddannede rygestoprådgivere om afholdelse af kurser, eller uddanne eget personale. Tilbuddene markedsføres på steder, hvor ældre borgere kommer, sammen med information om hvor de i øvrigt kan hente hjælp til rygeafvænning, eksempelvis på STOPlinien og på Internettet. Endelig kan kommunen sørge for, at de ansatte i kommunens sundhedstjeneste bliver opkvalificeret i at give kortfattet rådgivning om rygeafvænning, blandt andet i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg.

Uddan en rygestoprådgiver – eller flere

Rygestop er blevet en jungle af forskellige tilbud, og det kan være svært for ældre borgere at skelne de gode tilbud fra de dårlige. Et er dog sikkert: Indtil videre er den mest effektive metode et forløb med rygestopfaglig rådgivning – enten til grupper eller enkelte ældre – eventuelt suppleret med rygestopprodukter fra apoteket. Det er tilmed en af de mest kosteffektive sundhedsydelser, der findes. Næsten alle kommuner tilbyder hjælp og støtte til at kvitte tobakken, og her ledes rygeafvænningsen altid af uddannede rygestoprådgivere. Uddannelsen til rygestoprådgiver drives af Kræftens Bekæmpelse. Grunduddannelsen sker efter et velafprøvet og anerkendt koncept, der fortsat udvikles og forbedres. Uddannelsen varer tre dage og koster ca. 3.000 kroner.



GESTOP // KREDSLØB // LEVEÅR // NIKOTIN AFHÆNGIGHED // STOPKURSUS // SUNDHEDSGEVINSTER

FAKTA

Kan det betale sig at stoppe?

Uanset hvornår, man stopper med at ryge, er der både kortsigtede og langsigtede helbredsgevinster. En 35-årig, der lægger tobakken på hylden, nedsætter risikoen for sygdom og død til det samme niveau som hos en, der aldrig har røget. En 50-årig halverer sin risiko for at dø inden for de næste 15 år.

Alder ved rygestop	Længere levetid
30 år	10 år
40 år	9 år
50 år	6 år
60 år	3 år

Hvor mange stopper med at ryge?

- › Halvdelen af alle rygere ønsker at stoppe (blandt ældre over 70 år er det knap hver tredje)
- › Tre ud af fire rygere har tidligere forsøgt at holde op
- › Halvdelen af rygerne har inden for det sidste år forsøgt at stoppe eller har nedsat forbruget
- › Der er nu en lige så stor andel af danskere, som er tidligere rygere (26 %), som der er rygere (27 %)

PROMILLE

KREDSLØB

ALKOHOL

ENSTANDE

ORGANSKAD

VERFORBRUG

TABU

Storforbrug af alkohol kan skade helbredet for både yngre og ældre. Alkohol er medvirkende årsag til flere end 60 sygdomme som kræft og skrumpelever, samt ulykker. Desuden kan et storforbrug af alkohol have sociale konsekvenser, ikke bare for den der drikker, men også for omgivelserne.

Ældre danskeres alkoholforbrug er steget gennem de seneste 20 år. I dag er 18 % af de ældre mænd og 10 % af de ældre kvinder storforbrugere af alkohol. Generelt kan man sige, at forbruget af alkohol falder med alderen, og der er flere langt oppe i årene, som slet ikke drikker. Men på grund af den stigende andel af ældre over 60 år, som overskrider Sundhedsstyrelsens anbefalinger, bør alkoholforbrug tænkes med, når det gælder forebyggelse og indsatser for at fremme sundheden blandt denne gruppe.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Der gælder de samme anbefalinger for brug af alkohol for ældre som for yngre voksne. Kvinder bør højst drikke 14 genstande om ugen, og mænd højst 21 - men mindre er bedre. Desuden anbefales det maksimalt at drikke fem genstande ved en enkelt lejlighed, eksempelvis til en fest. Herudover gælder der særlige forhold for ældre, som det er væsentligt at være opmærksom på.

Forøget risiko for ældre

Når kroppen ældes, ændres kropssammensætningen. Ældre har forholdsvis mere fedt og mindre vand i kroppen. Og da alkohol er vandopløseligt, vil alkoholen medføre større alkoholpromille hos ældre end hos yngre, der indtager den samme mængde alkohol. Desuden har ældres organer en forholdsmæssigt mindre reservekapacitet. Det betyder, at ældre har større risiko for at få skader som følge af alkohol end yngre.

Konsekvenser ved højt forbrug

Et højt alkoholforbrug blandt de ældre har en række negative konsekvenser. Tendensen til at falde øges, ligesom risikoen for hukommelsessvækkelse bliver større.

Der er også øget risiko for kræft og inkontinens. Og som nævnt viser alkoholskaderne på de forskellige organer sig hurtigere hos ældre end hos yngre personer. Desuden tager en del ældre medicin, og da alkohol forstærker eller ændrer virkningen af nogle medikamenter, skal man være opmærksom på, at det i nogle tilfælde bør frarådes overhovedet at drikke alkohol.

Kan alkohol være gavnlig?

Når man taler om ældres livsstil, nævnes det ofte, at alkohol faktisk kan have en gavnlig effekt ved at beskytte mod hjertesygdomme. Undersøgelser af sammenhængen mellem alkohol og hjertekarsygdomme viser, at ældre under 70 år med et alkoholforbrug under Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser har en mindre risiko for hjertesygdom end afholdende ældre. Det skyldes formentlig, at alkohol påvirker kolesterolprofilen i blodet, reducerer sammenklumpningen af blodplader og på andre måder påvirker blodnings-/størkningsevnen positivt.

Fysisk aktivitet og sund kost er bedre

Alligevel er det ikke hensigtsmæssigt at forebygge hjertesygdom med alkohol, fordi alkohol er et kræftfremkaldende stof og i øvrigt påvirker hovedparten af kroppens organer negativt. Hjertesygdom kan i stedet forebygges effektivt med fysisk aktivitet og sund kost, hvilket samtidig vil have en gavnlig effekt på helbredet i øvrigt.

Hvad kan kommunen gøre?

Kommunen kan sikre, at ældre, der er i kontakt med kommunens ældresektor, får mulighed for at udvikle sunde vaner i forhold til alkohol. Det kan gøres ved, at der indarbejdes alkoholpolitikker og handleplaner på de kommunale dagcentre, plejehjem og i hjemmeplejen. For velfungerende ældre, som ikke er i jævnlig kontakt med professionelle, kan kommunen sørge for, at der eksisterer synlige tilbud om forebyggende rådgivning om alkoholvaner, samt informere denne gruppe ældre om rådgivningstilbuddet, så det er nemt for dem selv at opsøge tilbuddet.

Alkohol og tabu

Det kan være tabubelagt for de professionelle at tale med ældre om alkohol. Derfor kan det være en fordel, at kommunen indarbejder systematisk rådgivning om alkohol ved de forebyggende hjemmebesøg. På den måde understøttes de professionelle, der er i kontakt med ældre borgere, i tidligt at tage fat på problemerne og tale om behovet for at få rådgivning om alkoholvanerne eller henvise de ældre borgere til et relevant tilbud. Det kan eksempelvis være et tilbud tilknyttet de øvrige forebyggende tilbud om hjælp til ændring af livsstil. Der kan også henvises til den alkoholbehandling, som kommunen har ansvaret for.

Andelen af ældre mænd, der overskrider grænserne for det anbefalede maksimale indtag af alkohol, er steget fra 6 % i 1994 til 18 % i 2005.

For kvinder er stigningen i samme periode fra 5 % til 10 %.

FAKTA



INFO

Information om alkohol

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside kan findes mere information om alkohol: www.sst.dk. Desuden kan borgere finde oplysninger om alkohol på hjemmesiden www.altomalkohol.dk.



21 GENSTANDE // TABU // PROMILLE // KREDSLØB // MAX 5 // ORGANSKADER // OVERFORBRU

MÅTSPISENDE

KOST OG ERNÆRING

VITAMIN

VANER
HYDRERING

KOSTRÅD

Betydningen af kost og ernæring for ældres sundhed og trivsel vedrører tre væsentlige fokusområder: sund og varieret mad der passer til den enkeltes livssituation og sundhedstilstand, tilstrækkelig indtagelse af vand og tilstrækkelig indtagelse af nødvendige vitaminer og mineraler.

Næstefter tobak og alkohol er overvægt, forhøjet kolesterol og forhøjet blodtryk ifølge WHO de tre livsstilsrelaterede risikofaktorer, som leder til flest sygdomme og tab af leveår i befolkningen. Ved at spise en sund og varieret kost kan alle tre risikofaktorer i mange tilfælde forebygges. Kommunen har gennem madordninger en central rolle over for plejekrævende ældre. Når det gælder ældre, der kan klare sig selv, kan kommunen benytte de forebyggende hjemmebesøg til at informere om sund levevis, hvad angår kost, væskeindtag og tilstrækkeligt vitaminindtag. Desuden kan kommunen indarbejde systematisk rådgivning på alle områder, hvor der er kontakt mellem kommunen og de ældre, samt formulere politikker om ældres ernæring i kommunens sundhedspolitik.

Indsats kræver viden

Forebyggelsesindsatsen kræver viden om ældres ernæringsbehov, særlige ernæringsbehov ved sygdom samt, at der tages særlige hensyn til småtspisende og plejekrævende ældres ernæring. Sund kost og hyggelige rammer om måltidet er en relevant målsætning i hele kommunens ældrepleje. Raske ældre anbefales at følge de otte officielle kostråd.

De følgende afsnit er en overordnet vejledning på området, mens mere indgående viden kan opnås via læger, kostvejledere og andre ressourcepersoner på området.

Sund kost er med til at bevare et godt helbred – hele livet. For de af de ældre, der kan klare sig selv, handler det om at følge de anbefalede kostråd og ikke tage på i vægt. For plejekrævende ældre er det vigtigt, at maden er varieret, appetitvækkende og nærende i tilstrækkelig grad, da de ofte spiser for lidt.

Ældre, der kan klare sig selv, har sædvanligvis en god appetit og deres ernæringsmæssige behov er som hos andre voksne. De skal rådgives til at spise efter de officielle kostråd og være opmærksomme på ikke at tage på i vægt. Gruppen af ældre med overvægtsproblemer kan fx via den praktiserende læge henvises til eventuel kommunal kostvejledning

eller fysisk aktivitetstilbud, såfremt dette udbydes i kommunen.

For plejekrævende ældre går kostrådgivningen ofte i den modsatte retning. Plejekrævende ældre spiser ofte for lidt og risikere at få utilstrækkeligt af visse vitaminer og mineraler samt blive undervægtige.

Der findes naturligvis også plejekrævende ældre, som spiser for meget og ældre, som kan klare sig selv, der spiser for lidt.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at både under – og overvægt kan have u hensigtsmæssige konsekvenser for helbredet og for, hvordan de ældre borgere selv klare deres hverdag. Det er vigtigt eksempelvis ved forebyggende hjemmebesøg, at den sundhedsprofessionelle holder øje med den ældre borgers vægt og kan rådgive den ældre borger til kostændringer både i forhold til undervægts eller overvægts problemer.

Kostråd til ældre borgere, der spiser normalt

For de ældre, som spiser normalt og ikke har problemer med undervægt eller overvægt skal der rådgives til at følge Fødevestyrelsens otte officielle kostråd til voksne:

Yderligere information

Sundhedsstyrelsen og Fødevestyrelsen har i fællesskab udarbejdet en pjece og et netbaseret idekatalog om, hvordan man forholder sig til patienter i ernæringsmæssig risiko. Dette initiativ er et af mange, som du kan læse nærmere om i idekataloget på hjemmesiden www.bedremadtilsyge.sst.dk

Sundhedsstyrelsen har desuden udarbejdet en vejledning om screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko målrettet de sundhedsprofessionelle, der arbejder med patienternes ernæring. Find denne på www.sst.dk sammen med rapporten 'Bedre mad til syge – fællesrapport 2007'

INFO

Den Nationale Kosthåndbog 2005

Den Nationale Kosthåndbog indeholder oplysninger om, hvilken mad raske og syge i alle aldersgrupper har brug for. Kosthåndbogen foreslår samtidig metoder til at bedømme det ernæringsmæssige behov og til at registrere, hvad den enkelte faktisk spiser. Kosthåndbogen kan være med til at styrke samarbejdet mellem plejepersonalet og køkkenet. Plejepersonalet kender de ældre ønsker, og køkkenet ved, hvilken mad der kan opfylde både ønskerne og de ernæringsmæssige behov. Håndbogen er udarbejdet af Danmarks Fødevareforskning (nu Fødevareinstituttet), Kost- & Ernæringsforbundet, Foreningen af Kliniske Diætister, Fødevarestyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Klinisk Ernæring.

www.bog.kostforum.dk

FAKTA

- › Spis af frugt og grønt – seks om dagen
- › Spis fisk og fiskepålæg – flere gange om ugen
- › Spis kartofler, ris eller pasta og groft brød – hver dag
- › Spar på sukker – især fra sodavand, slik og kager
- › Spar på fedtet – især fra mejeriprodukter og kød
- › Spis varieret- og bevar normalvægten
- › Sluk tørsten i vand
- › Vær fysisk aktiv – mindst 30 minutter om dagen

Materiale der kan benyttes i rådgivningen kan downloades på www.altomkost.dk /Mad til dig/ Gode råd. Her findes også supplerende kostråd som omhandler særlige problemstillinger som overvægt, hjertesygdomme, overfølsomhedssygdomme samt type 2-diabetes.

Kostråd til ældre, der spiser for lidt

Mange plejekrævende ældre er småspisende og underernærede. Dette kan dog også gælde for ældre, der kan klare sig selv. Uanset om der er tale om den ene eller den anden gruppe er det et stort problem, både for det enkelte individ og samfundet. Dels fordi behandlings-/pleje forløbet for den enkelte kan blive mere kompliceret. Dels

fordi ikke plejekrævende ældre hurtigere kan blive plejekrævende.

Kostrådene til såkaldt småtspisende ældre er derfor nærmest modsat dem, man anbefaler til ældre, der spiser normalt og har en god appetit. Kostråd til småtspisende ældre lyder:

- › Spis lidt brød og gryn
- › Spis lidt frugt og grønt hver dag
- › Spis lidt kartofler, ris eller pasta hver dag
- › Spis ofte fisk og fiskepålæg
- › Vælg mælkeprodukter og ost med et højt indhold af fedt
- › Vælg kød og pålæg med et højt fedtindhold
- › Brug gerne smør, margarine og olie
- › Spis kiks, chokolade, kager og desserter
- › Suppler kosten med energi- og protein drikke

Det er vigtigt at sundhedsprofessionelle, som møder de ældre borgere ved fx forebyggende hjemmebesøg eller på plejehjem er bevidste om, at rådgive de ældre med henblik på at forebygge undervægt og funktionsevne tab ved fejlnæring.

Læs mere om kostrådene til småtspisende ældre på www.altomkost.dk.

D-vitamin er vigtigt for knoglerne og musklerne, og for at kroppen kan optage og omsætte kalk. Mangel på D-vitamin kan medføre svage muskler og skøre knogler, og dermed øget risiko for fald og knoglebrud.

D-vitamin gennem solen

D-vitamin kommer hovedsageligt fra solens ultra-violette stråler. D-vitamin dannes i huden når den påvirkes af sollys i sommerhalvåret. Hvis den ældre person færdes ude i solen, og solens stråler har mulighed for at ramme huden, dannes der et lager af D-vitamin om sommeren, men det er ikke nok til at dække behovet om vinteren og foråret. Desuden dannes der mindre D-vitamin i huden hos ældre end yngre og man bør beskytte sig mod solens stråler, især midt på dagen af hensyn til forebyggelse af hudkræft.

D-vitamin gennem kosten

Det er meget svært at få dækket D-vitaminbehovet via kosten alene. Kostundersøgelser viser da også, at kun en mindre del dækkes den vej. Det skyldes, at D-vitamin kun findes i større mængder i fede fisk som laks, sild og makrel. Derudover forekommer D-vitamin i begrænset mængde i kød, ost og æg. I planteriget findes D-vitamin kun i små mængder i visse svampe. Særligt i forhold til ældre med nedsat appetit er det et problem, at få dækket vitaminbehovet gennem kosten alene.

Hvem bør tage tilskud af D-vitamin?

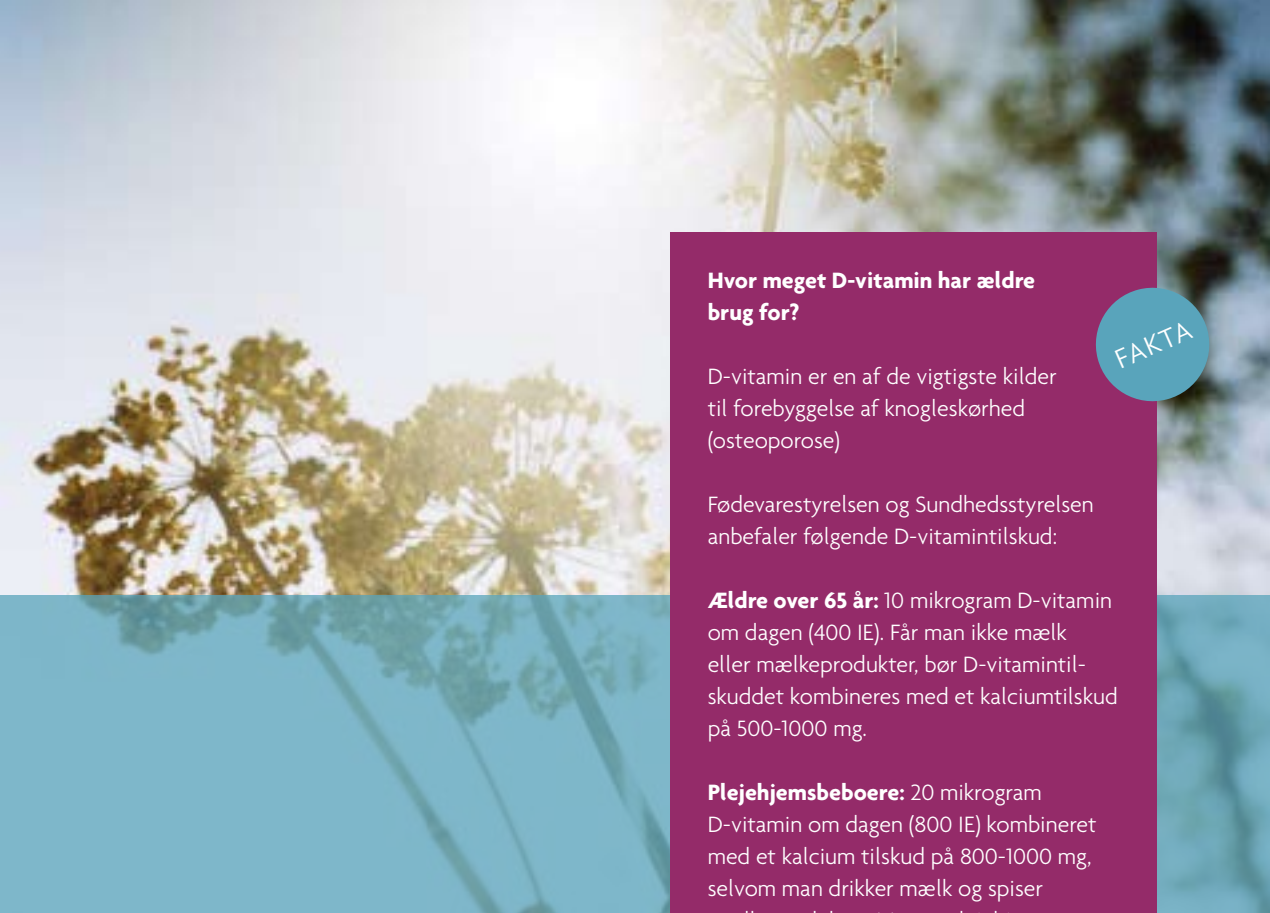
Med alderen dannes der mindre D-vitamin, når solen bestråler huden. Alle ældre, der ikke kan komme udendørs eller går med lange ærmer og lange bukser/nederdele og dermed ikke får sol nok på huden, har behov for at tage et tilskud D-vitamin. Hovedparten af danskere på 65 år og derover får ikke D-vitamin nok. Og ældre, der opholder sig inden døre eller i skyggen, danner ikke D-vitamin. Derfor har mange plejekrævende ældre brug for et større tilskud.

Yderligere information

Pjecen "Får du D-vitamin nok?" anbefales til ældre over 65 år eller de der bor på plejehjem. Den kan rekvireres hos lægen og er god at dele ud til ældre i risikogruppen. Den kan også bestilles hos Fødevarestyrelsen på: www.fvst.dk

Læs mere om tilskud af D-vitamin på www.altomkost.dk samt på www.sst.dk

INFO



Hvor meget D-vitamin har ældre brug for?

FAKTA

D-vitamin er en af de vigtigste kilder til forebyggelse af knogleskørhed (osteoporose)

Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen anbefaler følgende D-vitamintilskud:

Ældre over 65 år: 10 mikrogram D-vitamin om dagen (400 IE). Får man ikke mælk eller mælkeprodukter, bør D-vitamintilskuddet kombineres med et kalciumtilskud på 500-1000 mg.

Plekehjemsbeboere: 20 mikrogram D-vitamin om dagen (800 IE) kombineret med et kalcium tilskud på 800-1000 mg, selvom man drikker mælk og spiser mælkeprodukter. Mange plekehjemsbeboere har behov for en almindelig vitamin/mineralpille, der også indeholder D-vitamin. D-vitamin herfra tæller også med i det samlede D-vitamin tilskud.



Plejekrævende ældre, der ikke får nok væske, kan få forstoppelse og blive svimle, hvilket kan føre til eksempelvis faldulykker. **Dehydrering** forekommer mest hos denne gruppe af ældre og er normalt ikke noget, der sker for ældre, der kan klare sig selv.

Hvorfor sker dehydrering?

Muskelmassen falder generelt med alderen, dog meget afhængig af fysisk aktivitetsniveau. Det medfører blandt andet, at kroppens væskeindhold falder efter 75 års-alderen fra omkring 70 procent til under 60 procent. Ydermere har mange ældre en svækket tørst, og da en del samtidig får medicin, der virker vanddrivende, er de særligt udsatte for at blive dehydreret. Da kroppen hos ældre ikke koncentrerer urinen ligeså effektivt som hos yngre, skal der produceres en større urinmængde for at komme af med affaldsstofferne. Derfor er det vigtigt at råde plejekrævende ældre til at få væske nok.

Hvor stort er behovet for væske?

Man har forskelligt behov for væske afhængigt af, hvor meget man bevæger sig, og hvor varmt det er. I et tempereret klima som det danske og med moderat fysisk aktivitet omsætter normale voksne ca. 2½ liter væske i døgnet. Da maden tilfører cirka 1 liter væske, og kroppen selv danner 0,3 liter væske, er det normalt tilstrækkeligt at drikke 1-1½ liter væske om dagen. I den generelle væskeanbefaling til ældre lægges en ekstra sikkerhedsmargin ind, og man råder derfor ældre til at drikke 1½ liter væske per døgn.

Yderligere information

Læs mere om dehydrering på Sundhedsstyrelsens hjemmeside om 'Gode råd i varmen' www.sst.dk samt på Fødevarestyrelsens hjemmeside www.altomkost.dk.

INFO

Opmærksomhed ved medicinering

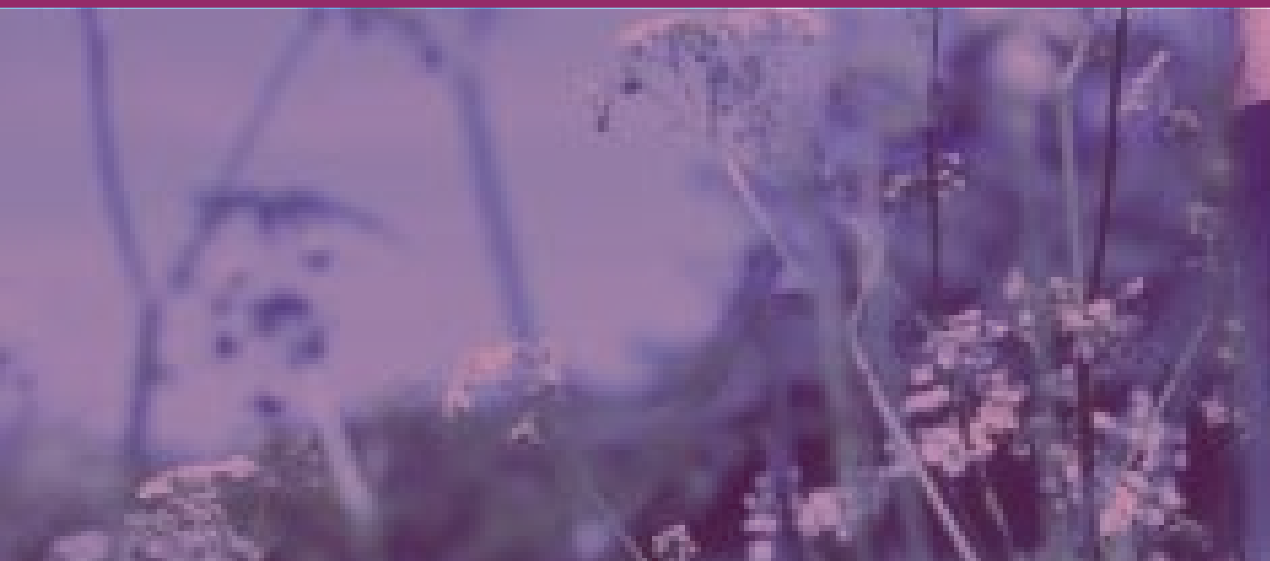
De plejekrævende ældre, som får visse typer medicin, der hæmmer svedproduktionen, er særlig udsatte. Flere antidepressive og antipsykotiske stoffer samt visse medicintyper med antihistaminer har denne virkning. Den sundhedsprofessionelle bør også være særlig opmærksom ved behandling med betablokkere, som hæmmer hudens gennemblødning, samt vanddrivende midler, da disse fremmer dehydrering.



Det kan tilrådes især plejekrævende ældre altid at have noget at drikke inden for rækkevidde. Det kan være en god ide at sørge for, at der på et køligt sted står vand svarende til en dags forbrug. Det giver den enkelte mulighed for selv at holde øje med væskeindtaget. Jo oftere man bliver tilbudt noget at drikke, jo mere drikker man – og det gælder især for ældre, der er afhængige af andres hjælp. Husk altid at give følgende anbefalinger:

- › Drikkevarer til alle måltider, også mellemmåltider
- › Drikkevarer ved sengen
- › Ekstra drikkevarer i forbindelse med feber, diarré eller opkastning samt på varme sommerdage og ved fysisk aktivitet udover det sædvanlige

FAKTA





TRISTHED

DEPRESSION

UBEHANDLET

MEDICIN

BESØGSVEN

Ældre mennesker bliver ikke oftere depressive end andre aldersgrupper, men sygdomsforløbet er gennemgående alvorligere. En stor andel af selvmord blandt ældre skyldes en ubehandlet depression. Emnet er forbundet med både tabu og fordomme, og det står ofte i vejen for at erkende og gøre noget ved problemet.

Alderdom forbindes ofte med et stille liv og indadvendthed. Derfor opdager omgivelserne ikke nødvendigvis, at en ældre ven, familiemedlem, bekendt eller medborger måske er ved at få en depression. Den gængse opfattelse er, at der nok ikke er noget at gøre. Men det er der. Depression kan skyldes mange ting. Den kan udløses som en reaktion på legemlige sygdomme, medicin, alkohol eller psykiske belastninger som tab af livsledsager.

Depression - en hjernesygdom

Depression forveksles ofte med en psykologisk reaktion som dyb sorg eller skuffelse. Men i modsætning til almindelig sorg eller tristhed kan depression bedst betegnes som en hjernesygdom, hvor evnen til at styre følelseslivet og tage initiativer bryder sammen. Årsagen er særlig kompleks hos ældre, men ofte er den udløsende faktor en fysisk sygdom, ligesom depressionen kan opstå på baggrund af en psykisk belastning. Visse legemlige sygdomme som hjerneblødning og Parkinsons sygdom (rystesyg) ledsages særligt hyppigt af depression. Mange depressioner har dog ikke en fysisk årsag.

Depressionens kendetegn

Ved en depression er humøret dårligt ud over det normale. En deprimeret person har ikke lyst til noget, mister evnen til at føle glæde og mister sin normale drivkraft. En depression giver sig også ofte udslag i, at personen mangler selvtillid og gør sig mange tanker om, hvad meningen med livet er. Tanker om selvmord er ikke ualmindelige.

Derudover kan der være problemer med at koncentrere sig og at følge med i en samtale. Andre kendetegn på en depression er negativt selvværd, træthed, manglende appetit, vægttab, dårlig nattesøvn og nedsat lyst til sex.

FAKTA

Fakta om depression

- › 50.000 voksne lider af alvorlig depression, 150.000 har en lettere depression
- › Næsten hver tiende, der søger læge, har en psykisk lidelse – herunder depression
- › Hver femte dansker vil på et tidspunkt i livet få en depression
- › Der er stor risiko for, at en depression vender tilbage, hvis den ikke behandles i tide og tilstrækkelig lang tid

Personer med en depression klager ofte over:

- › Træthed
- › Smerter fra ryg, arme og ben
- › Dårlig mave
- › Manglende appetit
- › Vægttab
- › Dårlig nattesøvn
- › Nedsat lyst til sex

Tidlig behandling er afgørende

Jo før en depression bliver behandlet, des mindre er risikoen for at få en ny depression. Et af de største problemer ved sygdommen er imidlertid at indse, at der er brug for hjælp. Samtidig kan tabuer og myter om psykisk sygdom både hos den enkelte, omgivelserne og blandt sundhedsprofessionelle medføre, at depressionen ikke bliver behandlet i tide. Derfor er det afgørende, at de sundhedsprofessionelle, der er i kontakt med ældre, lægger mærke til signaler, der kan indikere en begyndende depression. Lægen kan hjælpe vedkommende ved at diagnosticere og behandle depression. Udover medicinsk behandling er der dokumentation for, at både terapi og ændring af livsstil kan hjælpe på en depression.

Livsstil og medicin

Fysisk aktivitet og samtaleterapi tidligt i forløbet kan være effektivt. Sørg for at ældre, der lider af en depression, kommer ud af en eventuel isolation og er sammen med andre - også selvom vedkommende måske har følelsen af ikke at magte det. Når først barrieren er overvundet, kan den negative spiral brydes, og den pågældende bedre blive i stand til at hjælpe sig selv ud af krisen. Medicinen gør, at ældre personer, der lider af en depression, får bedre styr på sine tanker. Men medicinen kan ikke bare lægges på hylden, så snart der er sket en bedring, og eventuel nedtrapning skal ske i samråd med lægen. Langt det bedste er, hvis depressionen kan fanges i opløbet og forebygges uden brug af medicin.

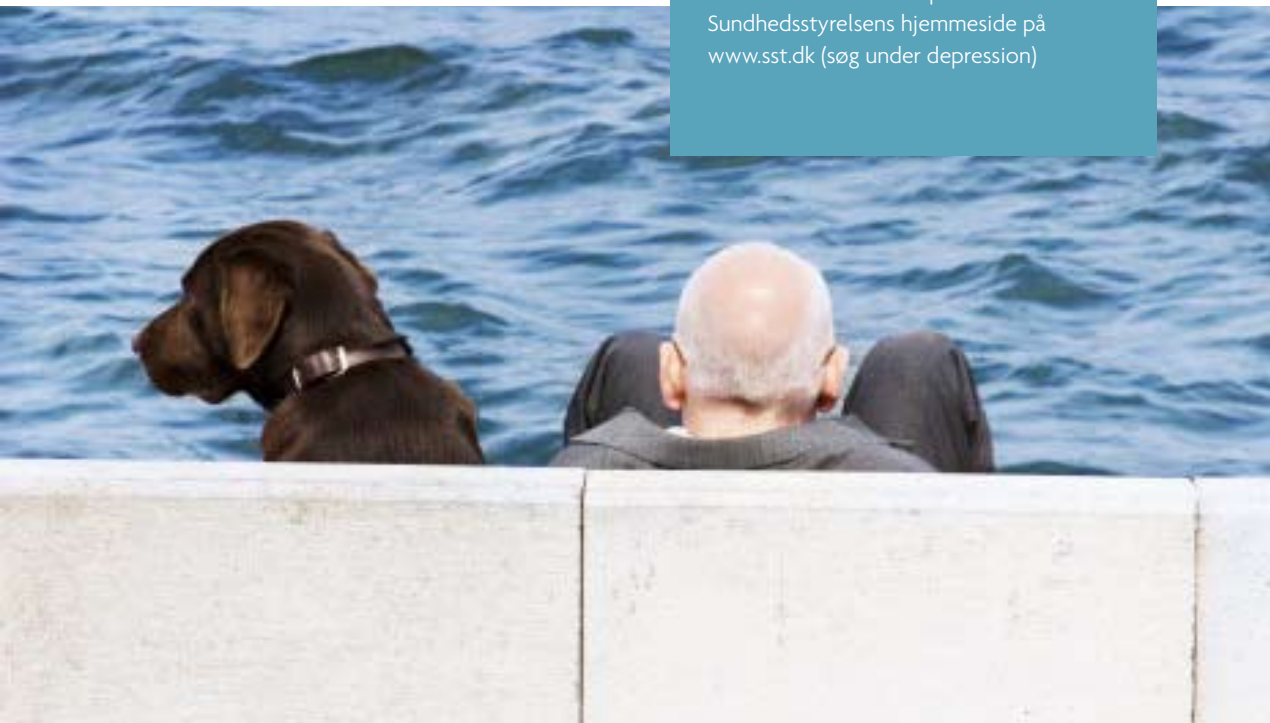


TRISTHED // UBEHANDLET // BESØGSVEN // MEDICIN // TABU // TRISTHED // DEPRESSION //

INFO

Yderligere information

Oplysninger om depression findes på
www.sundhed.dk samt på
Sundhedsstyrelsens hjemmeside på
www.sst.dk (søg under depression)



SMITTE

INFORMATIO

INFLUENZA- VACCINATION

FOREBYGGEL

CCINATION

GRATIS

Hvert år rammes mange ældre af influenza. I alvorlige tilfælde kan influenza resultere i indlæggelse og dødsfald. Vaccination er den bedste forebyggelse mod sygdommen. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen forebyggende vaccine til alle, der enten er fyldt 65 år eller er i særlig risiko på grund af en kronisk sygdom.

Influenza er en virusinfektion, som kan ramme alle mennesker. De fleste influenzaforløb er ukomplicerede, og symptomerne fortager sig efter en lille uges tid – dog tit med en langvarig hoste til følge. Men hos personer over 65 år og kronisk syge ses oftere et længere og alvorligere sygdomsforløb med vejtrækningsbesvær, kredsløbskollaps, bronkitis eller lungebetændelse, der kan medføre hospitalsindlæggelse.

Gratis vaccination

Influenzavaccinationen er gratis for alle, der er fyldt 65 år, for visse grupper af kronisk syge uanset alder samt for førtidspensionister. Forebyggelse er vigtig, hvis en ældre person lider af en alvorlig luftvejssygdom, en kronisk hjerte-karsygdom, har diabetes med komplikationer, har nedsat immunforsvar eller en sygdom, hvor lægen i øvrigt råder til vaccination. Det er bedst at blive vaccineret i oktober og november måned – før influenzasæsonen begynder, hvilket normalt er fra december til april. Gratis vaccination gives fra 1. oktober til

31. december, som det fremgår af Sundhedsministeriets årlige bekendtgørelse om gratis influenzavaccination.

Organisering af indsatsen

Det er op til hver enkelt kommune at bestemme, hvordan tilbudet om vaccination rent praktisk organiseres. Kommunen kan selv påtage sig opgaven med at tilbyde ældre vaccination eksempelvis ved kommunens hjemmesygeplejersker under instruktion af en læge, som kan være kommunalt ansat. En række kommuner har valgt at samarbejde med eksempelvis læger, ældreorganisationer og private vaccinationsfirmaer.

FAKTA

Fakta om influenza

Smitte: Influenza er en akut luftvejsinfektion, som overføres fra person til person ved tæt kontakt – for eksempel ved hoste og nysen. Virus kan også overføres via hænderne til øjne eller næse. Den syge kan smitte allerede fra dagen før, sygdommen konstateres. Voksne smitter dog typisk tre til fem dage, fra sygdommen bryder ud – børn og unge op til syv dage.

Symptomer: Influenzaen bryder typisk ud et til tre døgn efter smitte. Symptomerne er pludselig feber, kulderysten, hovedpine, muskelsmerter og tør hoste. Hos børn kan der opstå kvalme, opkast og diarré. I tvivlstilfælde kan lægen foretage en podning i svælget eller konstatere, om der er antistoffer ved hjælp af en blodprøve.

Information til borgerne

En god måde at komme i kontakt med borgerne på, er at udsende en pressemeddelelse til de lokale medier og relevante netværk – eksempelvis det lokale ældreråd. Oplag på biblioteker, lægehuse, apoteker og andre steder, hvor målgruppen kommer, er også en mulighed. Endelig kan plejepersonale tage breve med ud til de ældre.

Influenzakampagner

Sundhedsstyrelsen står i 2007-2008 bag en landsdækkende efterårskampagne om influenzavaccination. Formålet med kampagnen er at få flest muligt fra målgruppen til at lade sig vaccinere.

På www.sundhed.dk findes en oversigt over vaccinationstilbud i alle kommunerne.

Informationsmateriale

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk/influenza er der mulighed for at downloade materiale til opslag, pressematerialer og forslag til annoncer. Informationsmaterialet kan enten bruges, som det er, hvor de specifikke detailoplysninger fra netop jeres kommune kan sættes ind – eller det kan bruges som inspiration til at lave jeres eget materiale.

INFO



INATION // INFORMATION // FOREBYGGELSE // HOSTE // SMITTE // GRATIS // VIRUS // VACCIN

TRAPPE

FALDULYKKER

HOFTESKADER
AKTIVITET

RISIKO

VITAMINER

SVIMMELHED

Skader og dødsfald på grund af faldulykker medfører store menneskelige og økonomiske omkostninger for samfundet. Hvert år kommer omkring 40.000 på skadestuen efter at være faldet. Det gør fald til den hyppigste ulykkestype blandt ældre.

Ældre, der har haft faldulykker, er i højrisiko for at falde igen. Det medfører blandt andet øget sygelighed og et øget behov for hjælp. Risikoen for fald er stigende efter 60-års alderen. Hver tredje over 65 år falder mindst én gang om året. Kvinder falder hyppigere end mænd. Fald skyldes ofte et samspil af flere forskellige faktorer. Blandt de væsentligste er manglende bevægelse og motion, tab af muskelmasse, kronisk sygdom og nedsat syn. Desuden kan angst for at falde forværre situationen.

Tre typer af fald

Fald kan groft set deles op i tre typer:

1. Snubelfald og andre hændelige uheld. Her bør man være opmærksom, hvis det sker flere gange.
2. Uforklarlige fald, eventuelt i forbindelse med svimmelhed. Her bør man se på, hvad der kan gøres for at forhindre eller forebygge gentagelser.
3. Fald hvor den ældre mister bevidstheden. Her bør foretages en grundig medicinsk udredning.

Sådan kan fald forebygges

Boligens indretning, løse ledninger eller glatte sko er ydre årsager, som kan forårsage fald. De kan spille sammen med individuelle faktorer som for lidt motion, forkert eller for meget medicin eller mangel på væske. Man gør det bedst, ved at se på alle de nævnte faktorer i forhold til den enkelte ældre. Ud fra en samlet vurdering kan det besluttes, hvilke forebyggende tiltag der er mest relevante. Det kan være alt lige fra fysisk træning, optimering af medicinindtag, vitamintilskud til fysiske ændringer i boligen.

Yderligere information

Sundhedsstyrelsen har udgivet publikationen *Faldpatienter i den kliniske hverdag*, 2006. Se www.sst.dk.

INFO



OFTESKADER // SVIMMELHED // FRYGT // TRAPPE // VITAMINER // RISIKO // AKTIVITET // HO

FAKTA

Fakta om Fald

- › Ældre mennesker, der er faldet én gang, har 2-3 gange forhøjet risiko for at falde igen inden for det følgende år
- › Udenlandske opgørelser har vist, at fald er medvirkende faktor ved ca. 40 % af de tilfælde, hvor der opstår behov for plejehjem. Blandt institutionsbeboere forekommer gennemsnitligt 1,5 fald pr. beboer pr. år
- › Danmark har flere dødsfald blandt ældre på grund af fald end de øvrige europæiske lande.
- › Ifølge britiske data er halvdelen af faldpatienterne bange. Desuden er de mindre aktive, end deres helbred i øvrigt tillader
- › Faldulykker hos ældre medfører flere sengedage end alle andre ulykker blandt gruppen tilsammen

Gode leveregler

Uanset om en given faldulykke har en bestemt årsag eller ej, er den bedste faldforebyggelse at efterleve generelle sunde leveregler. Selv i de tilfælde, hvor fald ikke skyldes dårlig ernæring, storforbrug af alkohol eller fysisk inaktivitet, er det relevant at gøre den berørte ældre opmærksom på, hvad vedkommende selv kan gøre for at nedsætte risikoen for, at det sker igen. Et liv med daglig fysisk aktivitet, varieret og næringsrig kost samt et begrænset forbrug af alkohol er gode leveregler for den, der ønsker at forebygge fald.

Livsstil

Tilstrækkeligt fysisk aktivitet er en af den bedste forebyggelsesindsatser af faldulykker. Det er vigtigt at de ældre borgere, der har særlig risiko for faldulykker, er fysisk aktive dagligt en halv time hver dag – for eksempel med gang, stavgang, styrketræning eller svømning. En god fysik og stærke muskler bidrager også til, at en ældre, der falder, hurtigere vil komme sig efter faldet. Det bør bemærkes, at der ved knogleskørhed, astma, KOL, slidgigt og leddegigt gælder visse forsigtighedsregler ved fysisk aktivitet.

For at undgå øget faldrisiko på grund af fejlnæring, anbefales en sund, varieret kost, som lever op til de otte officielle kostråd og er rig på D-vitamin og kalk.

ARVELIGT

HOFTEBRUD

KNOGLESKØRHED

GYMNASTIK

YGNING

TYRKETAB

D-VITAMIN

Knogleskørhed kaldes også for osteoporose. Sygdommen er kendetegnet ved, at knoglerne mister så meget styrke, at selv mindre belastninger kan medføre knoglebrud. Det skønnes, at omkring 300.000 danskere har knogleskørhed. Kvinder over 50 år rammes oftest, men flere og flere mænd får sygdommen.

Knoglerne opbygges i barn- og ungdommen, og i 20'erne har man den største styrke i knoglerne. Hvor stærke knoglerne bliver, afhænger både af gener og livsstil. Fra 35-40-årsalderen taber knoglerne langsomt styrke. Dette gælder for alle, men tabet er meget afhængigt af ens fysiske aktivitetsniveau. Fysisk aktiv livsstil kan således forebygge knogleskørhed. Kvinder i overgangsalderen mister mere knoglevæv end andre, og dermed svækkes deres knogler yderligere. Det øger risikoen for brud. For at kunne forebygge knogleskørhed effektivt, skal kommunens sundhedsprofessionelle forsynes med tilstrækkelig viden om både risikofaktorer og muligheder for relevante forebyggende foranstaltninger.

Yderligere information

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk kan downloades materiale om knogleskørhed. (Søg på knogleskørhed).

INFO

Kendte risikofaktorer

Alle kan blive ramt af knogleskørhed, men nogle er mere udsatte end andre. Sen pubertet, køn, tidlig overgangsalder og genetiske anlæg for sygdommen er de vigtigste risikofaktorer. Dem kan man ikke gøre noget ved, men så meget desto vigtigere er det at kende til dem, når den enkelte ældres risiko skal vurderes.

Livsstil har også betydning

Der er faktorer, som det er muligt selv at gøre noget ved. Det er mangel på kalk og D-vitamin, fysisk inaktivitet, rygning, stort forbrug af alkohol og for lav vægt. Ved at gøre en aktiv indsats overfor en eller flere af disse faktorer, er det muligt enten at forebygge knogleskørhed eller at bremse sygdommens udvikling. Her kan kommunen være behjælpelig med informationsmateriale til ældre, der kan klare sig selv, og med at fremme den sunde livsstil hos de plejekrævende ældre, som kommunen er i kontakt med.

FAKTA

Fakta om knogleskørhed

- › Rygning øger risikoen for knoglebrud hos personer over 50 år
- › Fede fisk (sild, laks, sardiner og makrel) bør være en del af kosten
- › Knogleskørhed kan ikke helbredes men forebygges ved at styrke knoglerne
- › En halv times daglig gåtur styrker knoglerne, øger muskelkraften og forbedrer balancen
Det forebygger fald og knoglebrud
- › Hver tredje kvinde i overgangsalderen har sammenfaldne ryghvirvler
- › Hver femte 50-årige kvinde har risiko for at få et brud på hoften på grund af svækkede knogler
- › De mest almindelige skader ved knogleskørhed er brud på underarmen, brud på hoften og sammenfald af ryghvirvler
- › Det er en fordel at få sol på arme, ben og ansigt 15-30 minutter dagligt. Ældre, der ikke kan komme udendørs, skal tage tilskud af D-vitamin

Organiseringen af indsatsen

I kommunens arbejde med at forebygge knogleskørhed kan indsatsen med fordel medtænkes i indsatsen mod forebyggelse af fald og indsatsen for at få gøre ældre opmærksomme på deres øgede behov for D-vitamin. Ved at udarbejde oplysningsmateriale, som kan gøres tilgængelig for de ældre borgere på eksempelvis apoteker, sygehuse og hos de praktiserende læger, kan flere få viden om, hvad de selv kan gøre for at forebygge osteoporose.

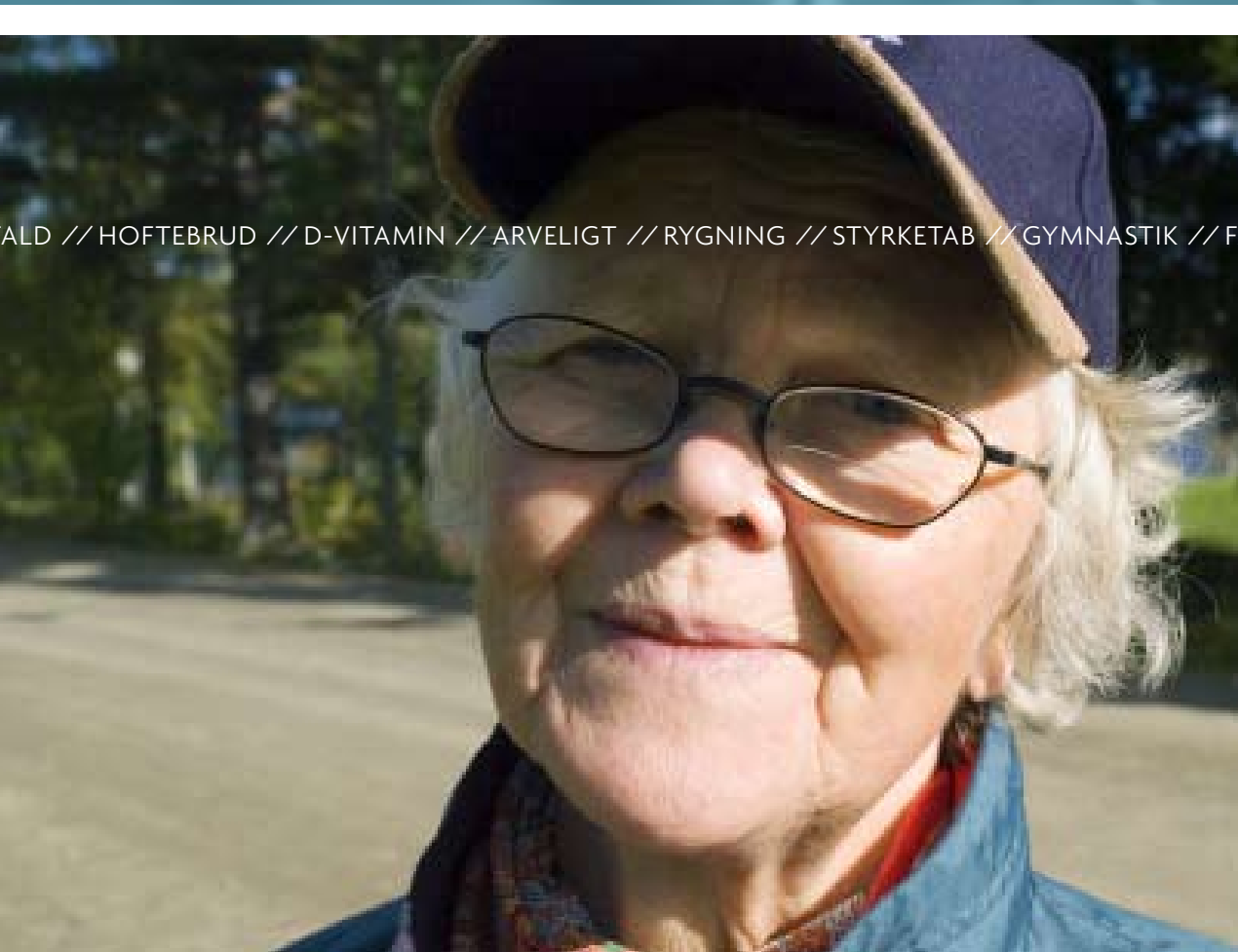
Forebyg fald

Brud på en knogle efter et fald kan være det første tegn på en begyndende knogleskørhed. En brækket hånd kan give kvaler, men det har større konsekvenser, hvis det går ud over hoften eller lænden. Derfor er det især vigtigt at forebygge fald hos ældre. Mange knoglebrud kan undgås, hvis der tages højde for følgende ting, som øger

risikoen: Lægemidler, alkohol, nedsat muskelstyrke, problemer med balancen, nedsat syn, svimmelhed, dårligt lys, trapper, dørtrin, ledninger og løse tæpper, glatte gulve (eksempelvis i badeværelset) og ujævne fortove.

Et knoglevenligt liv

Selvom knoglemassen ikke kan øges efter 20-årsalderen, styrkes knoglerne ved fysisk aktivitet som stavgang, løb, badminton, tennis, styrketræning eller golf. Sund varieret mad med mælk, ost og andre mejeriprodukter forebygger også knogleskørhed. Sollys tilfører kroppen D-vitaminer, som også virker forebyggende. Hvis den ældre som ung har dyrket såkaldt vægtbelastende fysisk aktivitet som eksempelvis løb, boldspil eller gymnastik, er det en af de vigtigste faktorer for at undgå knogleskørhed senere i livet.



ALD // HOFTEBRUD // D-VITAMIN // ARVELIGT // RYGNING // STYRKETAB // GYMNASTIK // F

DIABETES

ERFARING

KRONISK SYGDOM

DERVISNING

EGENOMSC

LÆGE

Omkring en tredjedel af befolkningen lever med en eller flere kroniske sygdomme. Ca. 80% af de samlede sundhedsudgifter anvendes til behandling af kroniske lidelser. Det er eksempelvis åreforkalkning, sukkersyge, lungesygdomme, kræft, gigtsygdomme og psykiske sygdomme.

Kroniske sygdomme har flere ting til fælles. De er vedvarende. De har varige konsekvenser. De skaber behov for rehabilitering. Og de stiller krav til en vedblivende og koordineret indsats i både praksis-sektor, det kommunale sundhedsvæsen, sygehus og patientforening. Mange borgere har flere kroniske sygdomme.

Jo tidligere en kronisk sygdom opdages, jo bedre muligheder der for at mindske virkningen og forebygge forværring. Både menneskeligt og økonomisk kan der derfor høstes store fordele ved en proaktiv indsats og ved at understøtte den enkelte patients mulighed for aktiv egenomsorg. Det kan ske gennem patientuddannelse og ved aktivt at involvere patienterne i behandlingen og overvågningen af deres sygdom.

Sygdomsforløb og forebyggelse

I forløbet af kronisk sygdom er der behov for en kompleks indsats. Den omfatter blandt andet en tidlig udredning og opfølgning, en god medicinsk behandling og løbende justering af denne. Med til indsatsen hører også rehabiliteringen med for eksempel vejledning i rygestop, fysisk træning, diætvejledning, psykosocial støtte og patientuddannelse med fokus på at støtte patienten i egenomsorg.

Kommunens rolle

Den samlede tilrettelæggelse af indsatsen for patienter med kroniske sygdomme foregår i et tværfagligt, tværsektorielt og koordineret samarbejde mellem sygehus, praktiserende læge og kommune. Uden for sygehuset varetages indsatsen primært af de praktiserende læger i samarbejde med andre sundhedsprofessionelle og det kommunale sundhedsvæsen. Lægen bør være tovholder gennem hele forløbet af kronisk sygdom og eksempelvis henvise til lokale og kommunale tilbud inden for diætvejledning, rygestop og et samlet program for rehabilitering.

Kommunen har ansvaret for forebyggelse af sygdom blandt borgerne, genoptræning efter sygehusophold, vedligeholdelsestræning samt pleje. Gennem de lovpligtige sundhedsaftaler samt eksempelvis tværkommunale aftaler bidrager kommunen sammen med regionen til forebyggelse blandt patienter og til de forløbsprogrammer*, der i fremtiden skal udvikles for kroniske sygdomme

Andre aktørers rolle

Indsatsen for patienter med kronisk sygdom forstærkes og gøres mere synlig, når sundhedsvæsen, oplysningsforbund, uddannelsesorganisationer, patientforeninger og andre offentlige og frivillige organisationer arbejder aktivt sammen. Derfor bør alle relevante samarbejdspartnere i lokalområdet identificeres og involveres i et netværk, som kan koordinere og tilrettelægge den forebyggende indsats.

Patientuddannelse

Patientuddannelse er et vigtigt element i forebyggelsesindsatsen blandt patienter, da den kan understøtte den enkelte borgers muligheder for en hensigtsmæssig egenomsorg. Rådgivning og vejledning om sygdommen, dens forløb og behandling er et naturligt led i kontakten mellem patient og behandler. Dette kan med fordel suppleres med såvel en sygdomsspecifik som generel patientuddannelse.

Eksempel på patientuddannelse

"Patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom" er et velbeskrevet og velafprøvet kursusforløb for mennesker med kronisk sygdom. Det henvender sig til borgere på tværs af sygdomme, og er således en generel patientuddannelse. Kurset styrker den enkeltes ressourcer til aktiv egenomsorg ved, at deltageren lærer at bruge

konkrete redskaber til at håndtere dagligdagens udfordringer med en kronisk sygdom. Dette øger oplevelsen af kontrol og livskvalitet. Kurset ledes af instruktører, der selv har en eller flere kroniske sygdomme, og som derudover er gode rollemodeller. Kurserne er et supplement til kurser om bestemte sygdomme eller patientskoleforløb, som gennemføres af sundhedsfagligt personale, og kan ikke erstatte disse.

Fælles problemer og erfaring

Det grundlæggende princip i "Patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom" er, at mennesker med kronisk sygdom har fælles problemer og bekymringer, at de ofte har mere end én kronisk sygdom og at de både skal håndtere både sygdommen og de praktiske og følelsesmæssige konsekvenser. Instruktørerne er frivillige og uddannet til at kunne varetage undervisningen. De underviser ud fra en detaljeret manual, hvor hver eneste af kursets aktiviteter samt tidsrammer er beskrevet. Kurset består af seks moduler af 2 ½ times varighed fordelt over seks uger.

Yderligere information

Sundhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning har udgivet "*Guide til Patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom*", 2007.

Yderligere oplysninger om guiden og kronisk sygdom generelt findes på www.sst.dk (søg på kronisk sygdom).

INFO

* Et forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk tilstand, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.



ABETES // ERFARING // UNDERVISNING // GIGT // EGENOMSORG // LÆGE // DIABETES // ERF

FAKTA

Sådan kommer man i gang

Patientuddannelse - lær at leve med kronisk sygdom kan udbydes af kommuner og regioner samt af patientorganisationer. Det er Komiteen for Sundhedsoplysning, der efter aftale med Sundhedsstyrelsen godkender kommunen og andre som brugere af programmet. De tilbyder blandt andet rådgivning om implementering af programmet, uddannelse af instruktører, undervisningsmateriale og redskaber til evaluering af programmet.

På www.patientuddannelse.info findes oplysninger om, hvordan man kommer i gang med at udbyde. Her findes også kontaktoplysninger til organisationer, som har erfaring med at udbyde kurser og har uddannede instruktører.

RESPEKT

SAMTALE

FOREBYGGENDE
HJEMMEBESØG

GEVINSTER

OPFØLGNING

TILBUD

AFDÆKKE

Kommunernes forebyggende hjemmebesøg giver en enestående mulighed for at kombinere den generelle forebyggelse med den mere målrettede indsats over for ældre personer med kronisk sygdom og tab af funktionsevne. Og ikke mindst for at fange problemer i opløbet.

Alle borgere, der er fyldt 75 år, og som bor i kommunen, skal tilbydes forebyggende hjemmebesøg. Kommunalbestyrelsen kan vælge at undtage borgere der modtager både personlig og praktisk hjælp. Formålet er at vurdere den ældres aktuelle livssituation uden at fokusere på et bestemt problem eller en bestemt sygdom. Besøget skal afdække, om der er behov for sociale eller sundhedsmæssige foranstaltninger. Og her har kommunernes nydefinerede opgave med forebyggelse og genoptræning et stort potentiale, både hvad angår de menneskelige, sundhedsmæssige, sociale og økonomiske gevinster.

Hjemmebesøgets aspekter

Under et forebyggende hjemmebesøg fortæller den ældre borgere om sin livssituation og andre emner, som vedkommende finder vigtige. Den sundhedsprofessionelle uddyber med spørgsmål, og i fællesskab drøfter man mulighederne for hjælp til helbreds-mæssige eller sociale problemer.

Kun på den måde kan muligheden for at tage andre forebyggende aspekter op holdes åben, og den ældres ønske om fortsat at samarbejde holdes intakt.

Samtalens indhold

Indholdet af samtalen skal især være koncentreret om, hvordan den ældre mestrer sin tilværelse, frem for om lidelser eller sygdomme. Det kan for eksempel dreje sig om dagligdagen, personens trivsel, socialt netværk, bolig, økonomi, sundhedstilstand og funktionsevne. På baggrund af samtalen kan der orienteres om forskellige forebyggende og aktiverende tilbud, som findes i kommunen, tilrettelagt af frivillige, organisationer eller kommunen selv. Og der kan vejledes om blandt andet boligtilbud og tilbud på social- og sundhedsområdet. I tilfælde, hvor der allerede er sket tab af funktionsevne, kan der i samarbejde med kommunal visitation tilbydes, genoptræning og vedligeholdelsestræning, formildes transportmuligheder og lignede.

FAKTA

Fakta om forebyggende hjemmebesøg

- › Der er dokumentation for, at forebyggende hjemmebesøg til ældre kan reducere dødelighed og indflytninger på plejehjem blandt nogle ældre
- › Hjemmebesøg, som bygger på en flerstrengt indsats med opfølgning, kan reducere funktionsevnetab blandt visse grupper af ældre
- › Generelt har de forebyggende hjemmebesøg størst effekt, hvis indsatsen er flerstrengt og følges op med flere besøg

Sådan organiseres ordningen

Konstateres der et behov for personlig og praktisk hjælp eller hjælpemidler, er det kommunens opgave at følge op på det. Det samme gælder, hvis der er behov for kontakt til den praktiserende læge. Det er kommunalbestyrelsen, der træffer beslutning om, hvordan tilbudene til de ældre skal udformes og gennemføres, samt hvilke personalegrupper der skal gennemføre besøgene. Opgaven kan ikke overlades til frivillig arbejdskraft. De forebyggende hjemmebesøg foretages i langt de fleste tilfælde af hjemmesygeplejersker, og organisatorisk er ordningen typisk placeret i hjemmeplejen eller pensionsafdelingen.

Hjemmet som arena for forebyggelse

Det er ikke usædvanligt, at der er en modvilje mod det offentliges indblanding i den private sfære og i måske indgroede sundhedsvaner. For ældre borgere kan besøg i hjemmet fx opfattes som kontrol af, om de får for mange ydelser fra det offentlige. Det afgørende er, at den sundhedsprofessionelle møder den ældres behov og ønsker og viser forståelse for, at vedkommende måske ikke kan eller vil ændre sin livsstil.

INFO

Yderligere information

På velfærdsministeriets hjemmeside: www.social.dk

Derudover findes rapporten 'Hjemmet som arena for forebyggelse', 2006, på www.sst.dk/evidensbasen



AMTALE // RESPEKT // INDSIGT // TILBUD // GEVINSTER // OPFOLGNING // AFDÆKKE // SAMT

December 2007
Redaktion: Sundhedsstyrelsen
Foto: Scanpix
Tryk: Scanprint
Design: 1508 A/S



www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67
2300 København S
Telefon 72 22 74 00
sst@sst.dk