

Bilag 1 - Kvalitetsstandard Forebyggende hjemmebesøg

Lovgrundlag:	Serviceovens § 79a link til loven
Målgruppe	Borgere der er berettiget til at modtage forebyggende hjemmebesøg er: <ul style="list-style-type: none"> • Borgere i alderen 65 -79 år som er i særlig risiko for at få sociale, psykiske eller fysiske problemer og bor i eget hjem og ikke er tilknyttet et daghjem. • Alle borgere på 75 år tilbydes et besøg, medmindre de modtager personlig pleje og rengøring • Alle borgere fra 80 år tilbydes besøg hvert år, medmindre de både modtager personlig pleje og rengøring, går på daghjem eller modtager psykisk støtte.
Mål med indsatsen	Målet med de forebyggende hjemmebesøg er: <ul style="list-style-type: none"> • at yde en tidlig forebyggende og sundhedsfremmende indsats • at styrke borgeren til at udnytte egne ressourcer og bevare funktionsniveauet længst muligt, så borgeren har mulighed for at leve det liv det ønskede.
Borgerens kvalitetsmål	<ul style="list-style-type: none"> • At borgeren oplever, at der tages udgangspunkt i nuværende livssituationen. • At borgeren oplever besøget som givende og inspirerende i forhold til at mestre egen livssituation.
Kriterier for tildeling af indsatsen til borgere i alderen 65-79 år	Borgere som er i særlig risiko for at få sociale, psykiske eller fysiske problemer kan tilbydes forebyggende hjemmebesøg. Eksempler kan være: <ul style="list-style-type: none"> • Ægtefælle / samlever er død indenfor de seneste tre måneder • Har en ægtefælle / samlever som er flyttet på plejehjem • Døve borgere • Kronisk sygdom • Er i et rehabiliteringsforløb på kommunens GenoptræningsCenter og hvor personalet vurderer, at der er behov for et forebyggende besøg • Er tilknyttet hverdagsrehabilitering og hvor personalet vurderer, at der er behov for et forebyggende besøg. • Borgere der første gang ansøger om et hjælpemiddel, og hvor personalet vurderer, at der er behov for et forebyggende besøg. • Socialt isolerede borgere.
Kontakt til borger	Borgere kontaktes i brevform, der sendes elektronisk. Breve kan indeholde: <ul style="list-style-type: none"> • Tilbud om et forebyggende besøg, hvor borgeren skal ringe for en konkret aftale. • Tilbud om forebyggende besøg med et fastsat tidspunkt for besøget. • Tilbud om enkebesøg <p>Såfremt en borger ikke selv kontakter det forebyggende team efter brev er afsendt, vil det forebyggende team altid forsøge at kontakte borgeren pr. telefon eller sende et nyt brev.</p>
Indhold	De forebyggende besøg indeholder en struktureret, helhedsorienteret samtale med fokus på hvordan borgeren mestrer sin tilværelse. Desuden tilbydes borgeren en funktionstest med henblik på opsporing af funktionsevnededsættelse.

Bilag til Udvalgsmøde den 21.09.18 vedr. Forebyggende hjemmebesøg.

	<p>Samtalen med borgeren kan omhandle: Dagligdag, trivsel, socialt netværk, bolig, økonomi, sundhedstilstand, funktionsevne mv. Derudover indeholder besøgene temaer, som knytter sig til de aktiviteter og indsatser som i øvrigt er i ældreområdet regi. De forebyggende medarbejdere yder rådgivning og vejledning om forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter, der er relevant for den enkelte borger. Der orienteres om tavshedspligt og notatpligt.</p>
Hyppeghed	<ul style="list-style-type: none"> • 65-79-årige: Der tilbydes besøg til de borgere, som er i særlig risiko for at få sociale, psykiske eller fysiske problemer. Behov for forebyggende hjemmebesøg vurderes af borger og den forebyggende medarbejder. • 75-årige: Der tilbydes et besøg det år borgeren fylder 75 år. • 80+ årige: Der tilbydes hvert år et besøg for borgere i målgruppen. <p>Efter behov og i særlige tilfælde kan der tilbydes flere besøg. Dette skøn foretages af den forebyggende medarbejder sammen med borgeren.</p>
Indsatsen omfatter ikke	Der kan ikke bevilges ydelser på forebyggende hjemmebesøg.
Hvem leverer indsatsen	GenoptræningsCentret's Forebyggende Team leverer ydelsen
Krav til leverandøren	<p>Medarbejderen i Det Forebyggende Team skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Have en sundhedsfaglig mellemlang videregående uddannelse, fx ergoterapeut, fysioterapeut, eller sygeplejerske. • Arbejde med opsporing og forebyggelse i forhold til lovgivningen vedr. forebyggende hjemmebesøg • Have viden om sundhed og sociale forhold. • Have viden om aktiviteter og indsatser i Fredericia Kommune som borgeren kan deltage i. • Med samtalen som omdrejningspunkt tage udgangspunkt i borgerens situation og behov • Yde en professionel rådgivning. • Samarbejde og videregive relevante oplysninger til samarbejdspartnere omkring borgeren, hvis borgeren har givet samtykke. • Anvende dokumentation, skabeloner og standardbreve ved besøgene for at sikre ensartet behandling af borgerne.
Kontakt til leverandøren	<p>Det Forebyggende Team kan kontaktes på telefon 7210 6050, man, tirs, ons og fre kl. 8.00 til 9.00. torsdag fra 12.30 - 13.00. På mail: genoptraening@fredericia.dk</p>
Opfølgning på indsatsen	Det Forebyggende Team følger løbende op på indsatsen og vurderer, om det er de rette borgere, som modtager ydelsen.
Klage og ankemulighed	<p>Borgeren har mulighed for at klage over afgørelsen inden 4 uger fra modtagelsen af afgørelsen. Klagen rettes til: GenoptræningsCentret, Viaduktvej 9A, 7000 Fredericia telefonnr. 7210 6050 eller e-mail: genoptraening@fredericia.dk.</p> <p>Hvis Fredericia Kommune ikke giver borgeren medhold i klagen sendes sagens akter til Ankestyrelsen og der sendes en kopi til borgeren.</p>
Godkendt politisk dato	

Bilag 2 – Fredericia Kommune befolkningsprognose 2017-2029

Aldersgrupper	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
0-5 år	3.190	3.139	3.170	3.248	3.323	3.388	3.467	3.545	3.621	3.688	3.742	3.789
6-15 år	6.117	6.188	6.153	6.057	6.047	6.068	6.065	6.056	6.083	6.101	6.191	6.222
16-24 år	5.435	5.440	5.507	5.604	5.624	5.647	5.681	5.723	5.752	5.795	5.784	5.853
25-59 år	23.002	23.065	23.232	23.362	23.524	23.667	23.740	23.822	23.935	24.013	24.166	24.371
60-66 år	4.210	4.281	4.342	4.396	4.426	4.485	4.600	4.742	4.852	5.050	5.094	5.152
67-74 år	4.848	4.763	4.654	4.592	4.491	4.468	4.509	4.549	4.618	4.662	4.803	4.838
75-79 år	2.059	2.211	2.357	2.507	2.677	2.732	2.712	2.676	2.602	2.491	2.394	2.419
80+ årige	2.349	2.424	2.494	2.598	2.706	2.871	3.049	3.215	3.411	3.622	3.782	3.888
Hovedtotal	51.210	51.511	51.910	52.365	52.819	53.326	53.824	54.328	54.875	55.422	55.956	56.532

Bilag 3 - Risikosituationer og faktorer for ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne fra Sundhedsstyrelsen

https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/~/_/media/506C2C24235645AEAC24F93AA41F3A07.ashx

- Ældre, der har mistet samlever / ægtefælle
- Ældre, der udskrives fra sygehus
- Ældre, der afslutter rehabiliteringsforløb
- Ældre mænd, der lever alene
- Ældre med kort uddannelse og/eller kort erhvervserfaring
- Ældre med alvorligt syg samlever/ ægtefælle
- Ældre med ikke-vestlig baggrund
- Ældre med svær sygdom
- Ældre med flere samtidige sygdomme (multimorbiditet)
- Ældre med mange forskellige lægemidler på en gang (polyfarmaci)
- Ældre med forringet ernæringstilstand
- Ældre der er ensomme eller socialt isolerede
- Ældre, der er faldet
- Ældre med sanse- eller høretab
- Ældre med medicin- eller alkoholmisbrug
- Ældre der er på førtidspension
- Ældre med hyppig brug af egen læge
- Pårørende til ældre, der er flyttet på plejehjem

Bilag 4 - Forebyggende hjemmebesøg til sårbare 65+ årige

Målgruppe	➤ + 65 år der ikke modtager både personlig pleje og rengøring. Som udgangspunkt kan forebyggende medarbejder altid kontaktes medmindre der er tale om massiv hjemmepleje.
------------------	---

Bilag til Udvalgsmøde den 21.09.18 vedr. Forebyggende hjemmebesøg.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Særligt sårbare hvor der er nedsat mestringsevne. ➤ Borgere der befinder sig i en vanskelig livssituation, som f.eks. tab af funktionsevne, tab af ægtefælle/samlever, tab af netværk. ➤ Borgere der oplever store forandringer i hverdagen, som f.eks. sygdom, flytning o.lign. ➤ Borgere der begynder at vælge aktiviteter og netværk fra. ➤ Borgere der har nedsat / manglende initiativ ➤ Borgere med nedsat evne til at tage vare på sig selv (ernæring, medicin, økonomi) ➤ Borgere der har mistet kørekort ➤ Pårørende til ægtefælle der kommer på plejehjem ➤ Pårørende til syg ægtefælle i hjemmet 		
<p>Forebyggende medarbejder tilbyder</p>	<p>En åben samtale om borgers behov, ønsker og trivsel, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ At få talt om borgerens hverdag; Hvad er godt? Hvad er svært? Hvad har borgeren lyst til at gøre noget ved? Hvordan vil borgeren gøre det? ➤ At informere om aktiviteter og tilbud i Fredericia Kommune i forhold til relevante behov. 		
<p>Kontakt</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Lisbeth Tveskov Lisbeth.tveskov@fredericia.dk Tlf.: 7210 5852</p> <p>Anne Erdmann anne.erdmann@fredericia.dk Tlf.: 7210 5851</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Laila Bech Albjerg</p> <p>Rita Mathiesen rita.mathiesen@fredericia.dk Tlf.: 7210 5853 mobil nr. 2256 6198</p> <p>Kate Schmidt kate.schmidt@fredericia.dk 7210 5857 Mobil nr. 2215 8487</p> </td> </tr> </table>	<p>Lisbeth Tveskov Lisbeth.tveskov@fredericia.dk Tlf.: 7210 5852</p> <p>Anne Erdmann anne.erdmann@fredericia.dk Tlf.: 7210 5851</p>	<p>Laila Bech Albjerg</p> <p>Rita Mathiesen rita.mathiesen@fredericia.dk Tlf.: 7210 5853 mobil nr. 2256 6198</p> <p>Kate Schmidt kate.schmidt@fredericia.dk 7210 5857 Mobil nr. 2215 8487</p>
<p>Lisbeth Tveskov Lisbeth.tveskov@fredericia.dk Tlf.: 7210 5852</p> <p>Anne Erdmann anne.erdmann@fredericia.dk Tlf.: 7210 5851</p>	<p>Laila Bech Albjerg</p> <p>Rita Mathiesen rita.mathiesen@fredericia.dk Tlf.: 7210 5853 mobil nr. 2256 6198</p> <p>Kate Schmidt kate.schmidt@fredericia.dk 7210 5857 Mobil nr. 2215 8487</p>		

Inspirationskatalog fra Projektsamarbejde med Marselisborg Center for kompetence og Udvikling:

<http://consulting.marselisborg.org/Files/Images/Marselisborg/Consulting/Publikationer/PDF/%C3%86ldre/C-P-%C3%86-Inspira-kat-forbyg-hjemmebes%C3%B8gweb.pdf>

Bilag til Udvalgsmøde den 21.09.18 vedr. Forebyggende hjemmebesøg.

Hvis relevant fortæller vi borgeren, at vi gerne vil forebygge tab af funktionsevne og derfor tilbyder vi at lave en screening, hvor vi netop kan vurdere den enkeltes funktionsniveau, styrke og udholdenhed og om der er risiko for tab af funktionsevne og dermed daglige gøremål.

Der er 4 test, der kan laves i borgers hjem:

- Avlunds test: Træthed i funktioner
- Styrke og adræthed: "reje/sætte" øvelse
- Adræthed: 2,45 meter "op at gå"
- Selvvurderet helbred: Score fra 1-5

Efter screeningen fremkommer resultatet, som kan være et godt udgangspunkt for en snak med borgeren, og borgeren beholder testen.

Avlunds træthedstest

Avlunds mobilitets-trætheds skala (Mob-T) er et screeningsværktøj, som består af seks spørgsmål. Det evaluerer træthed relateret til fysisk aktivitet og fortæller derved noget om den ældre borgers evne til at klare daglige aktiviteter uden at føle sig træt eller at have behov for hjælp. Værktøjet anvendes allerede af almen praksis.

Træthed under mobilitet	Ja 1 point	Ja - men bliver træt 0 point	Nej 0 point
1. Kan du komme omkring inde i boligen?			
2. Kan du komme udendørs?			
3. Kan du rejse dig fra stol/seng?			
4. Kan du gå udendørs i godt vejr i 1/2 - 1 time?			
5. Kan du gå udendørs i dårligt vejr i 1/2 - 1 time?			
6. Kan du gå på trapper til 2. sal?			
Point			

Bemærkninger til testen:

Selvvurderet helbred

Hvorledes vil de vurdere Deres nuværende helbredstilstand i almindelighed?

- Fremragende /Virkelig godt (1)
- Vældig godt (2)
- Godt (3)
- Mindre godt (4)
- Dårligt (5)

2,45 meter op og gå testen

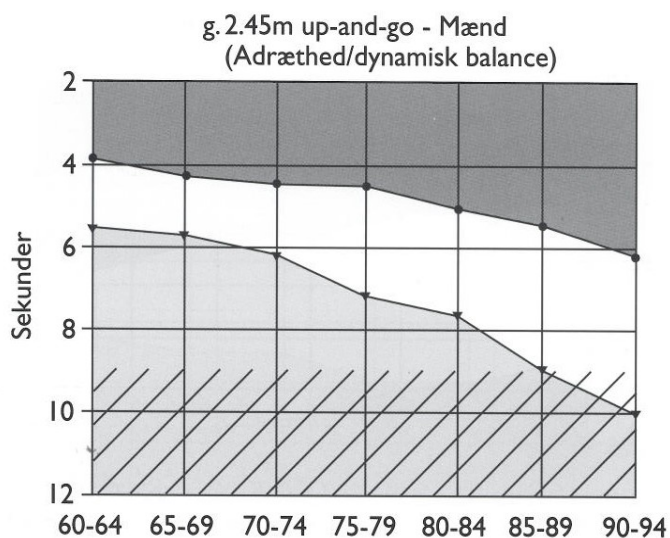
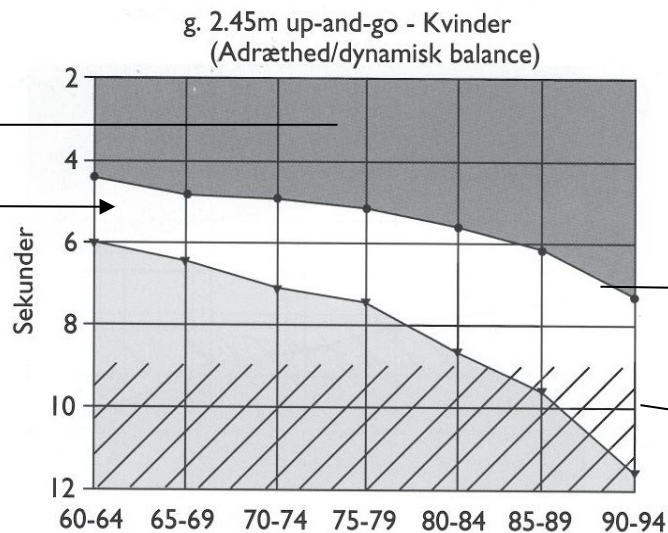
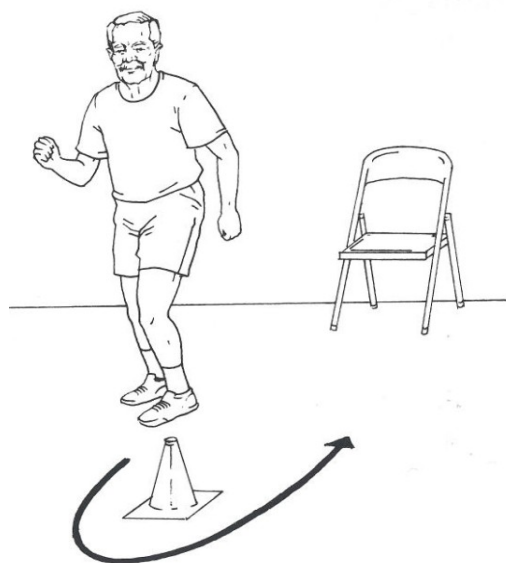
Testen måler på adræthed, dynamiske balance samt evne til at komme omkring på kortere afstande indendørs i forhold til alder.

Over normal (I)

Normal (II)

I risiko for funktionstab (III)

I høj risiko for funktionstab (IV)



Bemærkninger til testen:

Rejse-sætte sig testen

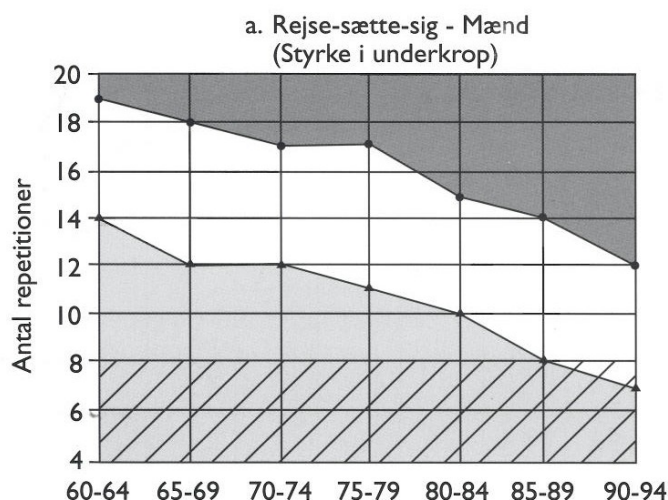
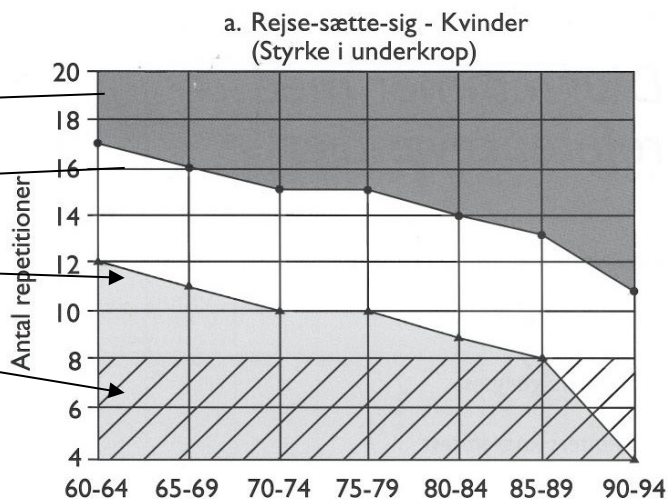
Testen måler på styrke i underkroppen i forhold til alder

Over normal (I)

Normal (II)

I risiko for funktionstab (III)

I høj risiko for funktionstab (IV)



Bemærkninger til testen:

Konklusion og samtale omkring dine testresultater

På baggrund af de udførte tests og den efterfølgende samtale aftales nedenstående:

- **Fortsætte den gode linje og forsøge at bevare det samme fysiske aktivitetsniveau**
- **Kontakte et idræts-/motionstilbud**

- **Dyrke mere hverdagsmotion (Hvad?):**

.....

- **Kontakte egen læge**
- **Henvises til et genoptræningstilbud**
- **Andet (angiv)**

.....

Bilag 5 – 2 Case eksempler

Case 1- Eksempel på et forebyggende hjemmebesøg hos et ægtepar

Besøget foregår hos et ægtepar som er henholdsvis 74 og 78 år. Dette er 2. forebyggende hjemmebesøg inden for 1½ år.

Personlige faktorer

Viv er 74 år, fik i 2011 konstateret brystkræft og har nu en del følgegener af dette. Inden for de seneste mdr. har viv fået konstateret gammelmands leukæmi, men har nu valgt at takke nej til samtlige ambulante kontroller i det næste ½ år. Har Forhøjet stofskifte, som ikke er velbehandlet.

Vir er 78 år, har haft diabetes type 2 i mere end et årti, og oplever nu følgevirkninger som hjerteproblemer, og føleforstyrrelser. Vir har svært ved at mestre egen situation, og har nu taget yderligere 12 kg på, grundet madlede, uhensigtsmæssige spisevaner og bivirkninger fra insulin.

Ægteparret har 4 børn, men har kun kontakt til 2 af deres børn.

Omgivelser

Bor i ældrevenlig lejlighed.

Aktiviteter og deltagelse

Viv fortæller hun ikke kommer ret meget ud mere. Grundet medicinske bivirkninger har viv konstante hedeture og synshallucinationer, og deraf er balancen yderligere udfordret. Viv kan ligeledes ikke tåle solen længere. Smerterne efter operationerne er i perioder tiltagende, og tager hårdt på vivs kræfter. Madlavningen er blevet en sur pligt, og ender derfor ofte i de hurtige, men knap så sunde løsninger.

Viv bruger meget af hendes tid på at læse.

Vir kommer dagligt ud. Vir er frivillig i byen, og har et bredt netværk.

Kroppens funktioner

Hos viv ses der store forandringer siden sidste år, da hun nu går med stok i hjemmet og rollator ude.

Hos vir er hverdagsbevægelsen indskrænket grundet knæsmerter og udfordringer på balancen. Vir er ved at acceptere at tage en stok med ud af huset. Vir afventer mulig knæoperation inden for 1 år, såfremt vir formår at have et planlagt væggtab inden.

Observationer og dialog

Både viv og vir har mange udfordringer grundet deres sygdomshistorik, og dette påvirker dem meget. Parret har begge frabedt sig ambulante kontroller det næste ½ år, da de er stressede grundet deres sygdomme, antallet af kontroller, samt at de ikke altid føler de bliver set og hørt af sundhedspersonalet.

Parret har oplevet mange tab det sidste årti, både i forhold til deres fysiske funktionsniveau, men også i forhold til deres indbyrdes kommunikation. De har fået sværere ved at kommunikere indbyrdes pga. den angst som deres sygdom har medført, men også grundet familiære problemstillinger.

Bilag til Udvalgsmøde den 21.09.18 vedr. Forebyggende hjemmebesøg.

Viv opleves tiltagende trist fra 1. besøg, og vi taler om det samt alle de stressorer, der er i hendes liv. Viv har gennem mange år passet på vir, da virs compliance i forhold til hans DM og hjertesygdom, ikke har været ret høj. Nu oplever viv selv at få tiltagende diagnoser, og kan mærke eget helbred bliver påvirket, og overskuddet til daglige aktiviteter er forsvundet.

Da parret har fravalgt div. ambulante kontroller gennemgår vi kort konsekvensen af deres fravalg, men samtidig får parret kendskab til opmærksomhedspunkter, som de skal reagere på, ved helbredsmæssige ændringer.

Opsummering og forebyggelse

Vivs smertebehandling er ikke sufficient, og sammen med den stress parret oplever, påvirker det begges livskvalitet. Viv er tilrådet at kontakte egen læge mhp genvurdering af smertestillende behandling, hvordan hun har det og får passet på sig selv. Dette ønsker viv dog ikke at gå videre med, da hun føler hun har fået god sparring under det forebyggende hjemmebesøg. Viv er selv god til at reflektere over de belyste problemstillinger / udfordringer vi har talt om på besøget.

Vir tilrådes 5 minutters daglig træning på parrets kondicykel, for at øge aktivitetsniveauet gradvist. Endvidere tilbyder forebygger at tage kontakt til plejens diætister med henblik på hjælp til vægtreducing og fokus på diabetesvenlig kost, som parret kan overskue at lave.

Vi aftaler genbesøg igen om 6 mdr., da parret er sårbare og deres mestringsevne vurderes til at være udfordret.

Parret accepterer dette og er også indforstået med, at de problemstillinger de oplever nu grundet ændret livsvilkår, ikke bare lige løses ved et enkelt besøg. Men parret fortæller at de under besøget har fået fokus på udfordringer, som de nu selv vil forsøge at reflektere over, og dermed øge livskvaliteten og forebygge yderligere tab af funktionsevne.

Parret er meget private, og ønsker ikke yderligere tilbud om hjælp. De ønsker at klare sig selv ved, at hjælpe hinanden på bedste vis. Parret giver ved besøgets slutning kraftigt udtryk for deres taknemlighed over, at kommunen giver mulighed for, at man kan få et forebyggende hjemmebesøg.

Case 2 – Eksempel på et forebyggende hjemmebesøg hos en enlig mand.

Besøget foregår hos en mand, i casen hedder han Jesper, han er 79 år.

Jesper har tidligere takket nej til besøg. Efter at have sendt et brev følges op med et telefonisk opkald, hvor Jesper spørges om han ønsker et besøg – det gør han umiddelbart ikke, men under telefonsamtalen får han i en henkastet bemærkning oplyst, at han har fået konstateret halskræft for få dage siden.

Efter en lille snak, indvilliger han alligevel i, at forebygger må besøge ham.

Personlige faktorer.

Jesper bor alene i en mindre lejlighed. Der er trapper op til lejligheden og ingen elevator. Jesper har ingen uden uddannelse og har hele sit liv haft hårdt fysisk arbejde. Han har arbejdet meget i udlandet, så netværket er særdeles sparsomt. Har bekendte men ingen nære venner.

Har en datter i anden kommune som har et hjerneskadet barn - kun sporadisk kontakt til hende og barnet. Kan ikke tale om kræftdiagnosen med datteren.

Jesper har aldrig følt sig ensom trods mangel på nære relationer – har altid haft nemt ved kontakt på det mere overfladiske plan og følt sig meget værdsat på arbejdspladser og i andre sociale sammenhænge.

Bilag til Udvalgsmøde den 21.09.18 vedr. Forebyggende hjemmebesøg.

Giver indtryk af at være et særdeles positivt og glad menneske, som har været vant til at klare svære situationer i livet med en humoristisk tilgang – kan ikke rigtig bruge den strategi nu.

Aktivitet og deltagelse.

Jesper spiser hver dag på et aktivitetscenter – han sidder 3-4 timer efterfølgende i cafeteriet og hyggesnakker med andre brugere af centret. Får ellers dagen til at gå med at kigge ud på livet i den gård, hvor hans lejlighed er beliggende eller han hører countrymusik på PC, som er hans store interesse. Jesper har tidligere røget – der ikke tegn på overdreven alkoholforbrug.

Kroppens funktioner.

Som tidligere nævnt, har Jesper netop fået konstateret halskræft. Jesper blev opmærksom på, at noget var galt, da han gennem længere tid ikke kunne synke sin mad. Da han blev vejet havde han tabt sig 10 kg i løbet af 2 måneder – han kontaktede da den praktiserende læge som straks sendte ham videre til udredning.

Observationer og dialog.

Første besøg.

Jesper ved endnu ikke, om kræften har spredt sig. Han skal til en ny samtale om 4 dage, hvor han vil få oplyst, om der er spredning. Forebyggende medarbejder spørger mere ind til, hvordan han vil klare en dagligdag alene, når han formentlig starter på en hård kemobehandling og strålebehandling – spørger til, om han har fået oplyst, hvilke følger han skal forvente behandlingen vil medføre. Han er tydeligvis velorienteret og det viser sig, at onkologen på OUH har tilbudt at henvende sig til Visitationen i Fredericia med henblik på, at Jesper kunne få hjælp ved behov. Jesper har afslået tilbuddet. Han siger i en humoristisk tone, at han er vant til at klare sig selv.

Forebyggende medarbejder foreslår Jesper at genoverveje tilbuddet, men det ønsker han ikke umiddelbart. Der er opfattelsen, at han har behov for at holde sygdommen på afstand med en munter tilgang lige p.t. Til gengæld aftales et nyt besøg hos ham om en uge.

Det vurderes, at han tilhører den sårbare gruppe, som hurtigt kan komme i en fysisk og psykisk deroute på grund af:

- manglende nære relationer
- hans vante strategi til at klare vanskelige omstændigheder (humor) er ikke tilstrækkelig i den nuværende alvorlige situation
- han har en klar opfattelse af, at han bør klare alting selv og har svært ved at tage imod hjælp.

Andet besøg – en uge senere.

Jesper har fået svar på de sidste undersøgelser – det er en meget alvorlig diagnose – der er spredning til lunger og lever og stor sandsynlighed for, at kræften er uhelbredelig. Han har fået oplyst, at han vil blive meget syg af den kommende behandling.

Jesper er denne gang lidt mere alvorlig – formår at snakke om situationen uden at bagatellisere med "sjove" bemærkninger – fortæller at han er meget glad for mit besøg og har tænkt over, at han måske gerne vil have hjælp fra kommunens hjemmepleje, hvis det bliver nødvendigt. Endnu synes han ikke, der er grund til at foretage sig noget.

Da han fortsat kommer på aktivitetscenter hver dag, spørger jeg, om jeg må kontakte kommunens brobygger – dette for at sikre, at der fremadrettet er en tæt kontakt til Jesper - det må jeg gerne.

Kontakt til brobyggeren i kommunen, som fortæller at hun er klar over, hvem han er og vil være opmærksom på ham.

Ny kontakt til brobygger som oplyser, at hun har talt med Jesper flere gange. Han har givet udtryk for, at han er glad for den kontakt han har til både brobygger og forebyggende medarbejder og tryk

Bilag til Udvalgsmøde den 21.09.18 vedr. Forebyggende hjemmebesøg.

ved, at hans situation følges fremadrettet. Brobyggeren oplyser også, at der nu er kontakt til visitationen så der kan kobles støtte i hjemmet når der bliver behov - hun vil følge op på dette.

Aftalt at holde kontakt omkring Jespers situation, da der kan blive behov for yderligere besøg indenfor det kommende år. Dette set i lyset af hans alvorlige diagnose og mulige nye tiltag i den forbindelse.

Opsummering og forebyggelse.

Jesper hører til gruppen af borgere, der er vant til at klare sig selv og ikke stiller krav. Han har ingen nære relationer og hans overlevelsestrategi og ressource (humoren) er ikke tilstrækkelig i den nuværende alvorlige situation.

Såfremt der ikke var opnået kontakt til ham, ville der være stor risiko for, at han ville trække sig at komme på aktivitetscenter, som følge af den behandling han skal igennem. Han ville derved blive yderligere isoleret og sandsynligvis ville han kæmpe sig igennem behandlingsforløbet uden at søge hjælp. Faren for ikke at overleve kræft sygdommen ville derfor være forøget og livskvaliteten dalende.

Ovenstående scenarie forventes forebygget via samarbejdet med brobyggeren i kommunen og hendes stadig tættere relation til Jesper. Dette understøttes med en fortsat løbende kontakt mellem Jesper og forebygger og mellem forebygger og brobygger.

Bilag 6 – Seniorkurser.

Seniorkurser er et delprojekt under "Længst Muligt i Eget Liv"

Målgruppen: Nuværende og kommende pensionister i Fredericia.

Formål: At styrke og bevare borgernes sundhed og livskvalitet, så de forbliver selvhjulpne og uafhængige af kommunale ydelser.

Målet:

1. Styrke tillid til egne ressourcer
2. Tilbyde inspiration, viden og redskaber til at tackle forandringer i livet og hverdagens udfordringer
3. Formidle kendskab til tilbud og muligheder i privat, frivilligt og offentligt regi
4. Tidlig opsporing af sygdom og funktionsnedsættelse

Metoder eller anvendte midler til at nå formål og mål:

- Foredrag og oplæg til debat
- Tidlig opsporing af livsstilssygdomme og risiko for funktions tab
- Samarbejde med og inddragelse af relevante interessenter

Generelle hovedtræk:

- Der afholdes som hovedregel 3 kurser forår og 3 kurser efterår á 2 timers varighed.
- Kurserne kan afholdes flere steder i byen alt afhængig af deltagerantal.
- Der samarbejdes med biblioteket 1-2 gange årligt ift. Oplæg.
- Der deltager flere kvinder end mand.
- Aldersfordeling er ca. mellem 60-85 år.
- Der udleveres spørgeskema til alle, svarprocent mellem 50-70 %.

Bilag til Udvalgmøde den 21.09.18 vedr. Forebyggende hjemmebesøg.

Budget:

Der er et årligt budget på 50.000 kr. til at varetage udgiften af foredragsholder, befordring, PR og diverse.