

Modelprojekt 'Ældre og Selvmord'

Evalueringsrapport

Resultat – ressourcer - proces

Karin Oudshoorn, projektkoordinator.

Elene Fleischer, projektleder.

Mette Holler, evaluator.

INDHOLDSFORTEGNELSE

| | |
|--|----|
| Forord..... | 3 |
| Baggrund..... | 4 |
| KAPITEL 1: FORMÅL, PLANLÆGNING OG ORGANISATION..... | 5 |
| Formål..... | 5 |
| Planlægning..... | 5 |
| Organisation..... | 6 |
| KAPITEL 2: OPKVALIFICERENDE KURSER OG UNDERVISNING..... | 8 |
| Horsens..... | 8 |
| Give..... | 11 |
| KAPITEL 3. INFORMATIONS- OG UNDERVISNINGSMATERIALE..... | 16 |
| Didaktiske overvejelser i forhold til undervisningen..... | 16 |
| Relevante undervisere – hvilke krav kan der stilles?..... | 17 |
| Undervisningsmaterialer..... | 17 |
| Inspirationsmappen..... | 18 |
| Nyhedsbreve på hjemmesiden..... | 18 |
| Temadag og konference..... | 18 |
| KAPITEL 4. INTERN OG EKSTERN SAMARBEJDE..... | 20 |
| Internt samarbejde i Horsens..... | 21 |
| Eksternt samarbejde i Horsens..... | 21 |
| Internt samarbejde i Give..... | 22 |
| Eksternt samarbejde i Give..... | 22 |
| KAPITEL 5. INTERN EVALUERING..... | 22 |
| Evalueringsens formål..... | 22 |
| Evalueringsens målgruppe..... | 22 |
| Spørgeskemaets tilblivelse..... | 23 |
| Dataindsamling..... | 23 |
| Horsens kommune..... | 24 |
| Give kommune..... | 25 |
| Resultater spørgeskemaundersøgelsen..... | 26 |
| Opsummering/konklusion..... | 37 |
| Evaluering af samarbejdet..... | 37 |
| Evalueringserfaringer..... | 39 |
| Opsummerende om evalueringserfaringer..... | 40 |
| Nytteværdi eller succeskriterier..... | 40 |
| KAPITEL 6. RESSOURCEFORBRUGET I PROJEKTET..... | 42 |
| Ressourceforbrug afholdt af Give Kommune..... | 42 |
| Ressourceforbrug afholdt af Horsens Kommune, område Syd..... | 43 |
| Øvrige tilførte ressourcer..... | 43 |
| Bilag..... | 44 |

Forord

Dette er evalueringsrapporten for modelprojektet 'Ældre og selvmord', der er et forebyggelsesprojekt gennemført i Vejle Amt i perioden september 2002 til december 2003. Projektets formål har været at udvikle undervisning, information og samarbejde, både tværfagligt og tværsektorielt.

I rapporten kan man læse om refleksioner over projektets resultater, ressourceforbrug og proces. For nærmere uddybelse af undervisning og samarbejdsmodeller henvises til 'Inspirationsmappen', som er en rapport udarbejdet i projektet til formidling af undervisningsmodeller og modeller for internt og eksternt samarbejde. Fås ved henvendelse til Sundhedsforvaltningen, Vejle Amt, vejleamt@vejleamt.dk

Evalueringsrapporten henvender sig til ledere og fagfolk, der har planer om at iværksætte initiativer indenfor forebyggelsen af selvmordsadfærd blandt ældre. I rapporten findes informationer om ressourceforbrug, herunder medarbejdertimer og udgifter til undervisning. Desuden formidles erfaringer med de afprøvede modeller og processer.

Projektet er støttet af Socialministeriet efter indstilling af Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark, Sundhedsstyrelsen, hvorfor evalueringsrapporten en del af afrapporteringen.

Baggrund

Hvert år sker der i Danmark ca. 800 selvmord – og af disse bliver ca. en fjerdedel begået af ældre mennesker over 65 år. Siden begyndelsen af 1980'erne er der generelt sket et fald i selvmords-hyppigheden - men faldet gælder ikke for de ældrealdersgrupper, og blandt de såkaldte "ældre-ældre", dvs. ældre over 80 år, er hyppigheden tværtimod svagt stigende.

På trods af, at selvmordshyppigheden er højest blandt ældre mennesker, har der i Danmark hverken forskningsmæssigt eller forebyggelsesmæssigt, været særlig megen interesse for ældres selvmord og selvmordsforsøg. Ensomhed, tab af partner, psykiske lidelser og fysiske sygdomme er, sammen med et mangelfuldt eller problematisk socialt netværk, forhold, der kan være medvirkende til at ældre overvejer at tage sit eget liv.

I "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark" fra 1998 fremhæves det, at den forebyggende indsats overfor ældres selvmord og selvmordsforsøg bør styrkes. Det kan blandt andet ske ved at identificere, udrede og behandle de ældres fysiske og psykiske problemer og ved, at de professionelle hjælpere i ældreplejen får udbygget deres viden, så de bedre bliver i stand til at opfange og reagere på signaler, der kan indikere, at den ældre er selvmordstruet.

I Vejle Amt har forebyggelse af selvmordsadfærd været et prioriteret område i perioden 1998 – 2001, og området står fortsat centralt - om end i mindre grad - indtil udgangen af 2003. Fokus har været på samordning, hjælpetilbud og uddannelse. I "Strategiplan til forebyggelse af selvmordsadfærd i Vejle Amt" nævnes der blandt andet, at der synes at være større forståelse for, at der sker selvmord blandt ældre mennesker end blandt yngre, og det kan være en af grundene til, at der ikke tidligere er sket så meget på området. Det er imidlertid vigtigt at slå fast, at heller ikke når det gælder ældre mennesker, bør selvmord accepteres som en mulig udvej. Strategiplanen anbefalede derfor, at der skulle ske en særlig indsats i forhold til

- Diagnosticering af depression hos ældre mennesker,
- Styrkelse af samarbejdet med kommunal hjemmepleje og hjemmehjælp når det gælder forebyggelse af isolation af ældre mennesker,
- Løsning af problemer i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg,
- Udvikling af muligheder for undervisning af sognemedhjælpere, besøgsvenner og andre frivillige.

Som led i dette arbejde har Vejle Amt søgt og fået midler fra Referencegruppen for Handlingsplanen for forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark til at iværksætte modelprojektet "Ældre mennesker og selvmord". I 2001 blev bevilget midler til en kortlægningsundersøgelse, og i 2002 midler til dette opfølgende projekt, hvor hensigten har været at udvikle dels modeller for kompetenceudvikling, og dels at intensivere det interne og eksterne samarbejde.

Kapitel 1: FORMÅL, PLANLÆGNING OG ORGANISATION

Anbefalingerne i kortlægningsrapporten kan sammenfattes i følgende fire punkter:

- At genoprette den ældres værdighed, når det ældre menneske oplever situationen uværdig
- Teoretisk viden om depression, patologisk sorg, alkoholmisbrug og selvmordsadfærd
- Færdighedstræning og teoretisk forståelse af samtalens struktur
- Kortlægning af mulige samarbejdspartnere, der ikke er ansatte i plejesektoren og at der skabes formelle samarbejdsrelationer til både præster og frivillige

Formål

Det konkrete formål med det opfølgende projekt har været at udvikle en ramme for kompetenceudvikling og udbygning af samarbejdet mellem de forskellige parter, der har kontakt med de ældre.

Projektet bygger på de 3 principper, som både "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark" fra 1998 og "Strategiplan til forebyggelse af selvmordsadfærd i Vejle Amt" anbefaler, at selvmordsforebyggelse bliver tilrettelagt efter, nemlig:

- Identifikation af selvmordsadfærd
- Vurdering og afklaring
- Visitation til relevant behandling og støtte

Projektet tager udgangspunkt i den kommunale hjemmepleje og dens ressourcer og samarbejdspartnere, og formålet har været at udvikle forskellige modeller, der kan anvendes i - eller være til inspiration for – andre kommuner. Hver model skal omfatte både en kompetenceudviklingsmodel og en samarbejdsmodel, der kan implementeres uden ekstra ressourcetilførsel, dvs., samarbejdsmodellen skal inddrage de ressourcer, der allerede eksisterer i kommunen og i det lokale nærmiljø - her tænkes specielt på præster og frivillige.

Planlægning

Modellerne blev tilrettelagt og udviklet sammen med to kommuner, henholdsvis Give, som er en landkommune, og Horsens, der er en af de større kommuner i Vejle Amt. Modellerne er udviklet i samarbejde med hjemmeplejen i de to kommuner således, at de er baseret på eksisterende netværk og kommunikationssystemer, og derved vil være lettere at implementere.

Modellerne skulle omfatte:

- Opkvalificerende undervisning og kurser (jf. kapitel 2)
- Informations- og undervisningsmateriale (jf. kapitel 3)
- Internt og eksternt samarbejde (jf. kapitel 4)

Undervisningen skulle udarbejdes og tilrettelægges således, at den ville nå flest mulige af de ansatte, uden at det blev for administrativt uoverkommeligt. En mulighed kunne være at uddanne nøglepersoner, der kan holdes opdateret og kvalificeret via et amts netværk, og som kan uddanne andet personale. Undervisningen kunne både være målrettet en enkelt faggruppe og /eller tværfaglige grupper, og der skulle tilrettelægges undervisning for præster og de frivillige.

Informationsmaterialet skulle bestå af en informationsmappe og en håndbog. Mappen, der skulle indeholde information om emneområdet og en oversigt over, hvem der kan samarbejdes med, skulle også kunne fungere som undervisningsmateriale og inspiration for undervisere. Desuden skal der udarbejdes en enkel håndbog til brug for den enkelte medarbejder. Der kan evt. udarbejdes en netløsning for information, hvis det er relevant for målgruppen.

Den interne samarbejdsmodel skulle tilgodese vejledning og opfølgning af den enkelte medarbejder, der kommer i kontakt med en selvmordstruet eller selvmordstruende ældre, eller bliver som involveret i en ældres selvmord.

Den eksterne samarbejdsmodel skulle omfatte klare aftaler med andre faggrupper og frivillige for, hvorledes der kan samarbejdes om ældre, der har selvmordstanker, og ved eventuelle tilfælde af selvmord.

Organisation

Projektet har været organiseret med en amtslig styregruppe, to lokale styregrupper og en følgegruppe. Der har været ansat en projektleder med 962 timer og Sundhedsforvaltningen har været projektansvarlig.

Vejle Amt har samtidig kørt en depressionskampagne, som det har været naturligt at samarbejde med i modelprojektet.

Den amtslige styregruppe

Den amtslige styregruppes opgave har været dels at sikre, at projektet blev holdt indenfor de givne rammer/bevillinger, dels at fungere som en 'arbejdende' styregruppe.

Gruppen har bestået af amtssundhedsplejersken, en konsulent fra Center for udvikling og uddannelse, en konsulent fra Medieafdelingen, en vicekontorchef fra Sundhedsforvaltningen, de to hjemmeplejeledere fra Horsens og Give kommune, koordinatoren for depressionskampagnen og endelig projektlederen.

De to repræsentanter fra Horsens og Give indgik også i de lokale styregrupper. På grund af vanskeligheder forbundet med at være præsenteret både i amtets styregruppe og i den kommunale styregruppe, besluttede de to repræsentanter at trække sig fra arbejdet i den amtslige styregruppen.

I løbet af projektperioden blev der afholdt 13 amtslige styregruppemøder, foruden en række møder mellem enkelte af styregruppemedlemmerne og projektlederen..

De lokale styregrupper

De to lokale styregrupper havde til opgave at udarbejde og afprøve undervisningsmodeller samt styrke og formalisere det interne og eksterne samarbejde.

I **Horsens** blev projektet gennemført ved Sundhedscenter SYD, som er et af de fem områder, som hjemmeplejen i Horsens er opdelt i. Styregruppen bestod af områdelederen ved Sundhedscenter Syd, en demenskoordinator /områdeleder, en assisterende områdeleder, og en socialrådgiver. Der er afholdt 8 styregruppemøder, 3 samarbejds møder¹ af forskellig art, samt 3 møder med enkelte af styregruppe medlemmerne.

I **Give** har den lokale styregruppe bestået af hjemmeplejelederen/assisterende ældrechef og to demenskonsulenter/ældreforebyggere. Gruppen blev senere udvidet med en sygeplejerske. I projektperioden er der afholdt 8 styregruppemøder, 5 samarbejds møder samt møder med enkelte styregruppemedlemmer.

Følgegruppen

En eksisterende baggrundsgruppe for det selvmordsforebyggende arbejde i amtet fungerede desuden som følgegruppe for modelprojektet. Gruppen består af en bred repræsentation af forskellige faggrupper; en praktiserende læge, en embedslæge, den daglige leder af Kolding Selvhjælp, en konsulent fra amtets socialforvaltning, en sygehuspræst, en psykiatrisk overlæge, en politiassistent, en skadestuesygeplejerske, en psykolog fra Vejle Amts Sociale Udviklingscenter (misbrug), en psykolog fra distriktspsykiatrien, vicekontorchefen fra amtets sundhedsforvaltning samt koordinatoren for det selvmordsforebyggende arbejde i Vejle Amt. I løbet af projektperioden har der dog kun været afholdt et enkelt møde.

Projektleder

Projektlederens hovedopgave i planlægnings- og tilrettelæggelsesprocessen har været at fastholde en sammenhæng mellem de anbefalinger, der var fremkommet på baggrund af kortlægningsprojektet, og den undervisning, der her skulle tilbydes. Det blev fastholdt, at de centrale punkter i kurserne/undervisningen skulle være: ældre og selvmord, ældre sorg og kriser, ældre og depression og endelig konkret viden om faktorer, der har betydning for ældre menneskers oplevelse af værdi og værdighed.

Projektlederen indgik i begge lokale styregrupper i sin egenskab af konsulent tilknyttet Vejle Amt. Projektlederen skulle med sin erfaring og viden bibringe de ressourcer, der måtte være nødvendige for at udvikle relevante modeller. Allerede ved det første møde blev det pointeret, at projektlederen ikke ville medbringe færdige modelforslag – hensigten var, at den lokale styregruppe i samarbejde med projektlederen skulle udvikle undervisningsmodeller ud fra det kendskab, den havde til de respektive faggruppers behov for viden. Gennem dette samarbejde udviklede de to kommuner uafhængigt af hinanden hver deres kursusmodel. Skitserne til undervisningsforslagene er i bearbejdet form indsat som modeller i inspirationsmappen.

¹ Et samarbejds møde er, et møde mellem projektlederen og for hjemmeplejen mulige fremtidige samarbejdspartner, men begrebet samarbejds møde dækker også over møder mellem det offentlige og den frivillige sektor, ligesom møder mellem forskellige faglige grupperinger også indgår. Forudsætningen for at benævne møderne for samarbejds møde er, at mødet arrangeres i forbindelse med gennemførelsen af modelprojektet, i den hensigt at styrke eller intensivere formalisering af et egentligt samarbejde.

KAPITEL 2: OPKVALIFICERENDE KURSER OG UNDERVISNING

Horsens

I alt er der ansat 200 personer ved Horsens Sundhedscenter Syd; i kommunen er der desuden 50 praktiserende læger, hvoraf de 14 er speciallæger, og 19 præster.

Der er gennemført fire forskellige slags kurser/arrangementer: a) offentlig foredragsrække, b) temaaftener for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, c) 3½ dags kursus for tværfagligt personale og d) 1½ dags kursus for frivillige.

Samlet oversigt over aktiviteter i Horsens Kommune i projekt 'Ældre og selvmord'

| Aktivitet | Målgruppe | Emne | Emne | Emne | Emne | Emne |
|--|---|--|---|---|---|-------------------------|
| Foredragsrække 4 arrangementer kl. 15.30-18.00 | Alle interesserede | Depression | Tab, kriser og sorg | Selv mord | Menneskesyn og værdier | |
| Temaaftener 5 aftner kl. 18.30-21.30 | Social- og sundhedsassistenter og hjælper | Selv mord | Sorg og kriser | Depression | Ældre og døden | Rutiner og handleplaner |
| Tværfagligt 3-dages kursus + opfølgingsdag | Læger, præster, sygeplejersker, visitatorer, socialrådgivere, terapeuter, forebyggende medarbejdere | Selv mord og Forebyggelse | a) Tab, kriser og sorg b) Depression c) Spise- og drikkevægring | a) Efterladte b) Familie og fagpersoner c) Den vanskelige samtale d) Rutiner og handleplaner | Opfølgning i forhold til handleplaner og samarbejdsmodeller | |
| Kursus 1½ dag | Frivillige | Tab, sorg og kriser Depression Selv mord | Kommunikation Hvad er de frivilliges rolle? | | | |

Al planlægning tager tid, navnlig når en lokal styregruppe på demokratisk vis skal være med i hele processen. Det giver dog den store fordel, at medlemmerne føler et ejerskab til projektet og, at det i sidste ende tilgodeser personalets behov i væsentlig højere grad, end hvis den lokale styregruppe var blevet bedt om blot at afprøve en model, der var udviklet af amtet på forhånd. For den lokale styregruppe i Horsens betød denne følelse af ejerskab, at alle styregruppemedlemmer prioriterede at være tilstede under samtlige arrangementer.

Det offentlige arrangement

Det offentlige arrangement i Horsens bestod af fire foredrag, der alle blev afholdt om eftermiddagen over en fire måneders periode i Sundhedscenter Syds lokaliteter. Hensigten med det offentlige arrangement var primært generel forebyggelse. Ved at bevidstgøre det lokale samfund om de forhold, der kan øge ældres selvmordsrisiko, ville man skabe muligheder for at bedre de ældres livskvalitet og dermed at forebygge selvmord blandt ældre.

Til det første foredrag var der 15 tilhørere, ved de efterfølgende ca. 45 tilhørere.

Tema aftener for social- og sundhedsassistenter og – hjælpere (SSA + SSH)

De fem temaaftener blev alle afholdt i Sundhedscenter Syds lokaliteter.

Ved at placere kurset om aftenen kunne mange deltage uden, at de vagtansvarlige fik problemer med at dække arbejdsopgaver og –vagter.

Emnerne, der blev behandlet under kursusforløbet var: Ældre og selvmord; Ældre og sorg og kriser; Ældre og depression; Ældre og døden, herunder holdninger og kommunikation, og endelig var den afsluttende temaaften forbeholdt en diskussion om omsorg for sig selv og kollegaer - herunder hvordan man bedst takler en konfrontation med en ældres selvmordsadfærd.

I tema-aftenerne deltog også social- og sundhedspersonaler fra de øvrige distrikter i Horsens, og deltagerantallet kom til at ligge langt højere, end styregruppen havde regnet med.

Til første aften var der tilmeldt 74 personer og 60 mødte frem og udfyldte et før-skema. Anden temaaften blev fremmødet 77 personer, hvor de nytilkomne også modtog en mappe og tilhørende evalueringsskemaer.

Kursus for tværfagligt personale

Kurset for det tværfaglige personale forløb over 3½ dag, hvoraf de første tre dage blev afviklet fortløbende i tidsrummet 9-16, den halve dags opfølgning 2 måneder senere i tidsrummet 13-16.

Kurset var tilrettelagt så man kunne tilmelde sig til det eller de temaer, som den enkelte fandt relevant. Målgruppen for dette opkvalificerende kursus var: praktiserende læger, præster, sygeplejersker, visitatorer, socialrådgivere/formidlere, terapeuter og forebyggende medarbejdere i Horsens Kommune, dvs. personer, der som minimum har 3 års uddannelse, og som derfor forudsættes at have en grundlæggende viden om depression og sorg/krise-reaktioner.

Der deltog 32 personer, hvoraf 2/3 var sygeplejersker og 1/3 andre fagpersoner fra alle 5 distrikter i Horsens. Ingen læger eller præster var blandt deltagerne, og ingen fra de to grupper havde responderet på det tilsendte program.

Styregruppen var under planlægningen opmærksom på, at det var afgørende at fastholde indholdets tværfaglighed, og at formidlerne af undervisningen derfor skulle være fagligt bredt sammensat. Som undervisere deltog forskere, journalister, læger, sygeplejersker og psykologer.

Temaerne var: Selvmord og selvmordsforebyggelse; ældres tab og kriser med vægt på den patologiske sorg; depression hos ældre mennesker; spise- og drikkevægring; det passive selvmord og den naturlige livsafslutning og til sidst efterladte efter selvmord (såvel pårørende som professionelle) samt kommunikation om vanskelige emner med speciel fokus på tavshed. Dagen blev afsluttet med debat om fremtidig samarbejde og udarbejdelse af handlingsplaner, og der blev nedsat en udvidet arbejdsgruppe med de fire medlemmer af den lokale styregruppe suppleret med fagpersoner fra øvrige distrikter.

Opfølgningsdagen 2 måneder senere var forbeholdt drøftelse af en skitse til en handlingsplan med fokus på det interne samarbejde og en eventuel formalisering af et eksternt samarbejde.

Kursus for de frivillige.

Allerede ved det indledende møde i den lokale styregruppe i september 2002 blev der givet udtryk for, at personalet ansat ved Sundhedscenter Syd ikke havde den fornødne tid til at udvikle kurser for frivillige, men man regnede med, at de offentlige foredragsaftener ville tiltrække interesserede frivillige.

Tilrettelæggelsen af undervisningen for de frivillige blev derfor først planlagt i begyndelsen af foråret 2003. Under et dags kurset gav de frivillige udtryk for behov for yderligere viden, og endnu et ½ dags kursus blev derfor planlagt og afholdt. Begge dage blev afholdt på Horsens uddannelsescenter, og der deltog i alt 34 frivillige.

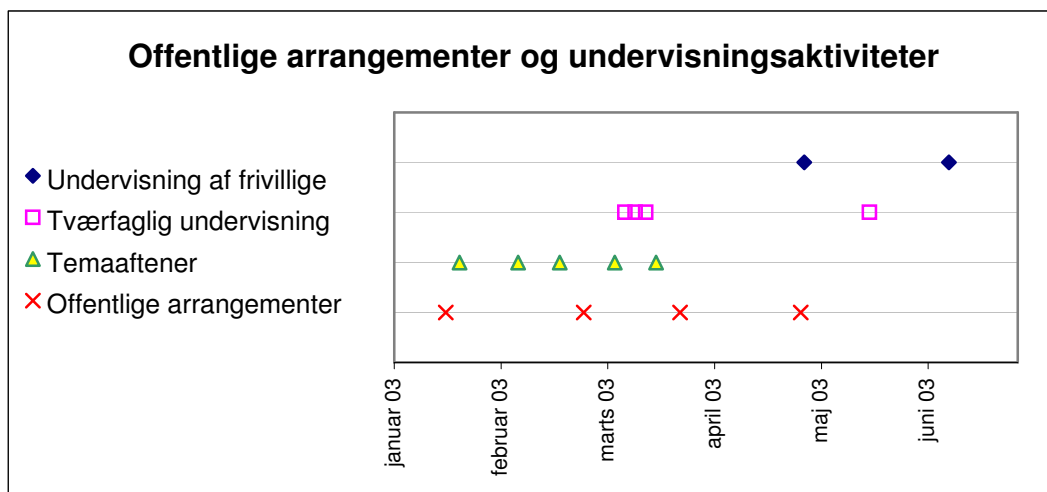
Kursuskonceptet var i anden sammenhæng blevet udarbejdet i et samarbejde mellem projektlederen og ældresagens uddannelseskoordinator i København. Modellen omfatter temaerne: Sorg og krise, depression hos ældre og forebyggelse af selvmord blandt ældre, og kan i praksis afholdes på en dag.

Kursusmidlerne for Horsens var på dette tidspunkt på det nærmeste opbrugte, men koordinatoren for de frivillige fremskaffede midlerne til dækning af lokaleudgifter, bespisning samt undervisningshonorar via Horsens Kommunes §115 midler, medens undervisningsmateriale blev finansieret via modelprojektmidlerne.

Opsamling fra forløbet i Horsens

Af de 200 medarbejdere ved Sundhedscenter Syd har ca. 150 været tilstede ved et eller flere af de gennemførte arrangementer og desuden har et mindre antal fra de øvrige distrikter deltaget. Dertil skal lægges de borgere, der har deltaget i et eller flere af de offentlige arrangementer og de 34 frivillige, der også tog imod kursustilbudet.

De forskellige arrangementer afholdt i Horsens og deres indbyrdes tidsmæssige placering:



Som følge af diskussionerne om holdninger og relationernes betydning kom især kommunikationsaspektet til at stå klart for mange af deltagerne, og de gav udtryk for et stort behov for mere generel viden på området og for viden om enkle og praktiske redskaber, der kunne anvendes i kommunikationen. Fagpersoner med mere end tre års

uddannelse gav direkte udtryk for, at de manglede redskaber til f.eks. at tolke og handle, når de blev mødt af tavshed.

Et resultat af det tværfaglige kursus er, at der er taget initiativ til at udarbejde en handlingsplan, der behandler problemer, der er en følge af selvmordadfærd, og som anviser hvordan der skal handles ved selvmordsadfærd. Desuden sikrer planen at temaet *forebyggelse af selvmord blandt ældre* vil blive introduceret for alle nyansatte i Horsens Kommune.

Give

I ældresektoren i Give kommune er ansat 20 hjemmesygeplejersker og 280 sundhedshjælpere og assistenter i hjemmeplejen og på ældrecentrene. Hjemmesygeplejen samarbejder med 9 lægehuse, heraf 2 i Give kommune og med præsterne i 8 sogne. I kommunen er der 32 forskellige organisationer, der har et uvist antal frivillige tilknyttet.

I Give blev der i første omgang udarbejdet tre forskellige typer af arrangementer: a) et offentligt arrangement, b) et kursus for sygeplejerskerne, og c) et kursus for frivillige. I slutningen af projektperioden er et yderligere undervisningstilbud udbudt for SSA og SSH'er.

Samlet oversigt over aktiviteter i Give kommune i projekt 'Ældre og selvmord'

| Aktivitet | Målgruppe | Emne | Emne | Emne | Emne | Emne | Emne | Emne |
|---|-------------------------------|--------------------------|---------------------|-------------|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| 4 off. Arrangementer u. tilmelding kl. 15.00 – 17.30 | Alle interesse rede | Depression | Tab, kriser og sorg | Selv mord | Holdning er til ældre | | | |
| 2 heldags + 5 halvdags undervisning | Frivillige | Selv mord / Forebyggelse | Tab, kriser og sorg | Depres sion | Alkohol | Livstræt hed / livsmæth ed | kommun ikation | Efterla dte |
| 2 heldags + 5 halvdags undervisning | Frivillige | -do- | -do- | -do- | -do- | -do- | -do- | -do- |
| Tværfaglig kursus 2 heldags + 5 halvdags undervisning | Fagperso nale i hjemmep lejen | Selv mord / Forebyggelse | Tab, kriser og sorg | Depres sion | Alkohol | Livstræt hed/ livsmæth ed Værdigh ed | Kommun ikation Spise-/ drikkevæ gring | Efterla dte |
| Tværfaglig kursus 2 heldags + 5 halvdags undervisning | Fagperso nale i hjemmep lejen | -do- | -do- | -do- | -do- | -do- | -do- | -do- |
| Temaaftener x 6 | Sosu.- ass./hj. | -do- | -do- | -do- | -do- | -do- | -do- | |

Det offentlige arrangement

Inspirationen til de offentlige arrangementer kom fra Horsens, og styregruppen i Give planlagde et tilsvarende offentligt arrangement bestående af 4 temaeftermiddage, afholdt med ca. 14 dages mellemrum. De fire overordnede temaer blev bibeholdt, men fik dog lidt andre overskrifter: Depression hos ældre; Tab, kriser og sorg hos ældre; Mange ældre begår selvmord; Holdninger til ældre.

Styregruppen var blevet kontaktet af en sygeplejerske, der også var kunstner, og som tilbød at holde et foredrag om holdninger til de ældre. Samtidigt stillede hun velvilligt sin kunst til rådighed, og et af hendes billeder blev brugt i layoutet til programmet og plakater. Ligeledes blev hun af Give Kunstforening spurgt, om hun ville udstille i Sognehuset, hvor alle de offentlige arrangementer skulle afholdes.

Til arrangementerne kom ældre, pårørende til ældre, en meget stor gruppe af frivillige, præster, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, samt personale fra Give Rådhus – i alt mellem 40 og 70 personer. Der var således en bred interesse for samtlige arrangementer blandt borgerne i kommunen. En del af de frivillige, der deltog i disse fire arrangementer afstod fra det følgende lange kursus med den begrundelse, at de nu var fyldt op for en tid.

Kurserne for fagpersonale og de frivillige

Under planlægningsprocessen blev det besluttet, at der skulle udvikles opkvalificerende kurser for både de frivillige og for fagpersonale. Da hjemmeplejelederen ønskede, at samtlige hjemmesygeplejersker skulle have et kursustilbud, og ikke alt personale kunne være på kursus samtidig, måtte det samme kursus udbydes to gange. Det betød en fordyrelse af kurset, men gruppen valgte at prioritere denne model og påtog sig ansvaret for at finde supplerende midler. Hele det budgetterede/bevilligede beløb blev derefter brugt på undervisningshonorarer, medens Give kommune påtog sig øvrige udgifter som f.eks. trykning af plakater etc.

For at få vagtplanerne til at hænge sammen, kom kurserne for det faglige personale til at bestå af 2 hele dage + 5 eftermiddage. Kurserne for frivillige bestod ligeledes af 2 hele dage og 5 formiddage. Begge type kurser forløb over 3 måneder.

Af økonomiske årsager blev det besluttet at afvikle de to hele kursusdage fælles for fagpersonalet og de frivillige. Det betød at kursusforløbet havde fælles opstart og fælles afslutning for de to grupper

Både læger og præster var blevet inviteret til kurset for fagpersoner, men ingen mødte op. Det skal dog pointeres, at den egentlige målgruppe for kurserne var de frivillige og sygeplejerskerne og derfor blev undervisningen planlagt på deres præmisser. De parallelle kursusforløb blev afholdt på et ældrecentret (Gadbjerg). Kun ved et undervisningstema ”ældre og alkohol” var deltagerantallet for stort til ældrecentrets lokaler, og kurset måtte flyttes til lokaler på Rådhuset.

I alt var der 23 fagpersoner tilmeldt, heraf 19 sygeplejersker. Fra de frivillige var der 27 tilmeldte, hvoraf 19 mødte frem første eller anden gang.

Det viste sig, at de to fælles heldagskurser med deltagelse af både frivillige og fagpersoner var et godt grundlag for udvikling af et videre samarbejde, idet gruppearbejdet og holdningsdiskussionerne gav gode muligheder for at lære hinanden og gruppernes respektive problemer og behov at kende. Den afsluttende del af kursusforløbene blev derfor justeret, så undervisningen kom til at omfatte fordele og barrierer ved samarbejde mellem den frivillige sektor og den offentlige hjemmepleje. Her blev begge grupper motiveret til at sætte ord på, hvilke fordomme, de mente, generelt var til stede.

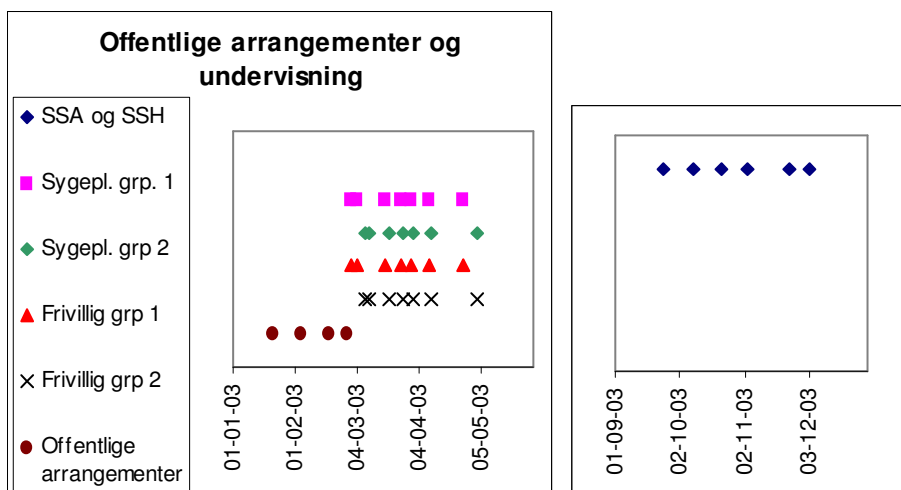
Kursus for social- og sundhedsassistenter

Undervejs i forløbet havde flere social og sundhedsassistenter ytret ønske om at få et undervisningstilbud, heriblandt otte, der tidligere havde deltaget i fokusgruppeinterviews i forbindelse med kortlægningsprojektet. Styregruppen besluttede derfor at gennemføre et kursus for denne målgruppe i efteråret 2003. Kursusmodellen er den, der er udviklet i Horsens. Selv om kurset er suppleret med temaet alkohol og ældre, er det altså ikke et forsøg på at udvikle en ny model, men snarere et eksempel på, hvordan man kan gennemprøve modellen endnu en gang. Kurset afvikles som seks temaaftener med ca. 14.dages mellemrum. Undervisningen er gratis og deltagelsen er frivillig og honoreres ikke. Kursusaftenerne kan følges enkeltvis, men ved deltagelse af hele undervisningsforløbet uddeles kursusbevis. Indholdet af undervisningsrækken, er: Tab, kriser og sorg – livstræthed og livsmæthed; ældre og selvmord; depression hos ældre; ældre og alkohol; spise og drikkevægring; mestring efter dødsfald og opfølgende arbejde.

Udover social- og sundhedshjælperne og assistenterne er kurset tilbudt andre faggrupper, der ikke har haft mulighed for at følge kurserne i foråret, herunder bl.a. distriktsledere, assisterende ledere, fysioterapeuter og visitatorer. Udgiften til kurset afholdes af de resterende projektmidler, som Vejle Amt disponerer over, og desuden indgår Give kommunes egne midler til dækning af lokaler, program mv.

Som det fremgår af nedenstående oversigt er undervisningsrækken endnu ikke afsluttet og af gode grunde kan der derfor ikke siges noget endeligt om responsen, men det kan oplyses, at der til de første kursusaftener har været der tilmeldt 54 deltagere, repræsenterende alle de inviterede faggrupper.

De forskellige arrangementer afholdt i Give og deres indbyrdes tidsmæssige placering:



Opsamling af forløbet i Give.

I Give har alle sygeplejersker i hjemmeplejen deltaget i kurset.. Der har været ledelsesmæssig opbakning og arbejdsforholdene var lagt således til rette, at alle sygeplejerskerne har mulighed for at deltage i kurset. Det har ikke været muligt at fastslå, hvor stor en andel af de frivillige i lokalområdet, der har deltaget i arrangementerne.

I kurset til social- og sundhedsassistenter deltog 54 personer. I Give har den lokale styregruppes medlemmer deltaget på samme niveau som de øvrige sygeplejersker. Der er udleveret kursusbevis til alle, der har deltaget i 80 % af det tilbudte kursusforløb.

Det er besluttet, at to demenskonsulenter, som allerede står for undervisningen i forhold til problematikken ældre og demens, skal have det selvmordsforebyggende arbejde lagt ind under deres ansvarsområde. Det indbefatter introduktion af nye medarbejdere, opkvalificering og vedligeholdelse af det selvmordsforebyggende arbejde.

Den lokale styregruppe lægger vægt på, at der skal foreligge handlingsplaner, der omfatter en formalisering af samarbejdet. De frivillige kan bruge de to demenskonsulenter som ressourcepersoner, såfremt de står i en konkret situation, hvor de som frivillige ikke ved, hvordan de bedst bør handle i forhold til en ældre medborger. Pga. tavshedspligten kan de imidlertid ikke bruge demenskonsulenterne til at udveksle ideer til hjælpeforanstaltninger til en navngiven ældre. De to demenskonsulenter kan tilbyde supervision og mødes med de frivillige, men de er ikke ansvarlige for vedligeholdelsen af de frivilliges kompetencer. Det er de enkelte organisationers eget ansvar. Det kan være svært at udarbejde handlingsplaner, der inddrager både den offentlige og den frivillige sektor, men arbejdet foregår og begge parter er bevidste om vigtigheden af, at være synlig og opmærksom på den anden part.

Der er for øjeblikket ikke nedskrevet nogle interne eller eksterne handlingsplaner, men i skrivende stund bliver opmærksomheden vedrørende ældresektoren generelt og samarbejdsstrukturen specifikt fastholdt i Give kommune.

Mediedækning omkring projekt ”ældre og selvmord”.

I Give valgte man at annoncere tilbudene til offentligheden ved hjælp af pressen. I hele den periode, hvor de offentlige arrangementer fandt sted, var der sideløbende en udstilling med billedkunstneren og sygeplejersken Jorit Tellervos (kunst)værker. Netop kombinationen af kunst til at formidle problemstillinger og temaerne for de offentlige arrangementer viste sig at have en stor interesse hos medierne, og derfor blev det muligt at bruge pressen meget intensivt.

Den lokale styregruppe var enige om, at det ikke ville være hensigtsmæssigt at bruge ordet selvmord i mediedækningen, og arrangementet fik derfor den blødere overskrift ”Ældres livstræthed i fokus”.

I forbindelse med brugen af pressemeddelelser skal man være klar over, at enhver avisredaktion modtager mellem 5 og 100 pressemeddelelser i timen, og derfor skal det virkelig være en slagkraftig pressemeddelelse til for at den vej at vække pressens interesse. Den personlige kontakt er langt mere effektiv, og den lokale styregruppe fik

den skrevne presse til at omtale de offentlige arrangementer. Dette resulterede i, at både DR's regionsradio, kanal 94, og TV Syd også bragte fokus på problematikken. At medieomtalen i forbindelse med de offentlige arrangementer var stor, kan måske forklares med gruppens åbenhed overfor pressen. Den anden afgørende faktor kan være, at arrangementerne i Give forløb over en relativ kort periode, nemlig kun lidt over en måned. I Horsens forløb det over 3 måneder.

Under processen blev brugen af den skrevne presse drøftet indgående. Handler det om den skriftlige dækning, er det god tone, at den interviewede får teksten til gennemsyn, inden den går i trykken, og den interviewede må påregne, at der arbejdes under pres, så der er ikke megen tid til indvendinger. Lader man sig interviewe til radio eller tv, er der ikke den samme mulighed for at tjekke udsagnene, inden de går i luften. Her er kravet til den interviewede, at han/hun accepterer, at tingene måske kunne være sagt bedre og klarere - men at det heller ikke altid behøver at være perfekt.. Et halvt minut i en lokalradio på den bedste sendetid kan give meget, selvom man selv synes, at man har udtrykt sig uklart og ikke optimalt.

KAPITEL 3. INFORMATIONS- OG UNDERVISNINGSMATERIALE

Didaktiske overvejelser i forhold til undervisningen

Overvejelser over mål og indhold blev aktualiseret på grund af de mange forskellige målgrupper. De emner, som der skulle undervises i, kunne være de samme, men det, som deltagerne skulle kunne eller vide efter endt undervisning, var forskelligt. Dette måtte afklares og formidles til de respektive undervisere på de forskellige kurser.

Projektleder og evaluator drøftede problemet inden undervisningen startede, idet det også ville få indflydelse på udarbejdelse af spørgeskemaundersøgelsen. Et oversigtsskema blev udarbejdet med emneområder, deltagerkategorier samt kompetenceudviklingens tre led, viden, faglighed/handlingskompetence og den personlige holdningsdannelse. Derefter blev den enkelte faggruppe sammenholdt med emnerne og kompetenceudviklingens tre led. Hvad skulle den enkelte faggruppe kunne og på hvilket niveau?

For at blive så præcise som muligt i niveaubeskrivelsen benyttedes taxonomibeskrivelser for det kognitive, det affektive og det psykomotoriske område.

| Emner | Kompetence udvikling | | | Deltagere |
|-----------------------------|---|--|----------------------------|---|
| | Viden | Teori/faglighed/ Handlingskompetence | Holdning og kommunikation | |
| Risikoadfærd | genkende /beskrive | Iagttage / udføre færdigheder ud fra viden og holdning | Opmærksom på/ reagere på | SSH Frivillige |
| Depression | Behandle | Udføre færdigheder ud fra viden og holdning | Problemløsende indstilling | SSA |
| Patologisk sorg | analysere /vurdere | Reagere selvstændigt og rutinemæssigt Undervise andre | Tager ansvar for | Sygeplejersker Ergoterapeuter Fysioterapeuter Læger Præster |
| At leve og dø med værdighed | | | | |
| | Samarbejdsstruktur Internt og eksternt | | | |

Skemaet er udarbejdet som introduktion til underviserne, for at undervisningen kan tilrettelægges efter de forskellige faggruppers kompetencer. Som udgangspunkt er undervisningen inddelt efter tre niveauer på alle tre kompetencer. Da de frivillige er en sammensat gruppe med meget forskellig erfarings- og uddannelsesniveaue, må niveauet i

udgangspunktet ligge lavt, men underviseren skal være i stand til at differentiere niveauet.

Relevante undervisere – hvilke krav kan der stilles?

Underviserne er udvalgt efter flere kriterier. Underviserne skulle først og fremmest have den nødvendige viden, dvs. at de var i stand til at bevæge sig på alle 3 niveauer - teoretisk, fagligt og personligt - og at de var forskningsmæssigt opdateret og i stand til at bibringe ny viden. Dernæst skulle de have kendskab til de forskellige faggruppers behov. Kendskabet til fx frontpersonalets praktiske hverdag er ikke alene en forudsætning for at kunne præsentere et relevant stof, men også for at kunne formidle stoffet på en pædagogisk måde og i et sprog, der er relevant i forhold til målgruppen. Endelig var det ønskeligt at finde undervisere fra lokalområdet, dvs. Vejle Amt – dette både af økonomiske årsager og udfra en pædagogisk synsvinkel, idet det ville give kursisterne kendskab til personale, de fremover kunne trække på i hverdagen. Kravet til undervisernes faglige niveau kom imidlertid til at betyde, at der blev anvendt undervisere også fra andre amter.

Det sværeste var at finde undervisere til temaerne: ældre og alkohol, spisevægring, drikkevægring og værdighed; til gengæld var det nemmere at finde undervisere til temaerne: Sorg, kriser og depression.

At finde undervisere, der helt behersker temaer som ældre og alkohol, skismaet mellem tvang og omsorg eller mellem naturlig livsafslutning og passivt selvmord (fx ved spisevægring) udgjorde et særligt problem. Det er temaer, som fagpersoner i deres arbejde er påtvunget at forholde sig til, uanset hvor svært det måtte være, og det viste sig vanskeligt at finde undervisere, som kunne give redskaber til at håndtere disse problemer. Sygeplejerskerne har jo kun i mindre grad gavn af at vide at ældre ikke bør drikke mere end 7 genstande om ugen, og mere brug for at kende de bagvedliggende grunde til grænsen på 7 genstande, og hvordan ældre kan motiveres til at ændre alkoholvaner.

Undervisningsmaterialer

Et formål for modelprojektet har været at udvikle undervisningsmateriale. Det har betydet at det ikke har ligget færdigt på forhånd, men er kommet til undervejs. Eksempelvis kom inspirationen til undervisningsmateriale om døden via en kronik i Fyns Stiftstidende. Kronikken henviste til to artikler i en svensk avis, som senere er blevet oversat til dansk og blevet en del af undervisningsmaterialet.

Hver deltager har ved begyndelsen af kurset fået udleveret en mappe, hvori det udleverede undervisningsmateriale isættes efterhånden. Mappen vil på denne måde både indeholde undervisningsmateriale og supplerende materialer samt informationer om emneområdet og en oversigt over, hvem der kan samarbejdes med. Ved afslutningen af kurserne er mappen blevet suppleret med relevante litteraturlister, etc. Mappens indhold afspejler således den undervisningsmodel, som er blevet udarbejdet for de enkelte faggrupper i henholdsvis Horsens og Give. Kursisterne har på denne måde fået sig en komplet håndbog ved kursusafslutning.

Inspirationsmappen

Alt det materiale, der er blevet anvendt i projektet er efterfølgende blevet gennemlæst. Noget af materialet er udvalgt som egnet til at indgå i en inspirationsmappe.

Inspirationsmappen indeholder undervisningsmodeller for hvert af de temaer, der bør indgå i et opkvalificeringskursus, samt skitser for det formaliserede samarbejde. Det er meningen, at mappen i fremtiden kan fungere som inspirationsmappe for kursusplanlæggere og være til inspiration for fremtidige undervisere.

Det skal bemærkes, at inspirationsmappen indeholder undervisningsmateriale, hvor underviserne har givet deres tilladelse til, at materiale må indgå i inspirationsmapper til brug i Vejle Amt. Underviserne har således ikke formelt givet tilladelsen til at materialet kan bruges i landets øvrige kommuner, og hvis referencegruppens sekretariat ønsker at mangfoldiggøre det til brug andre steder end i Vejle Amt, skal aftalen genforhandles med den enkelte underviser.

Nyhedsbreve på hjemmesiden

I hele projektperioden er der udkommet 7 nyhedsbreve på nettet. De har været placeret dels på Vejle Amts hjemmeside og dels på projektlederens egen hjemmeside.

Nyhedsbrevet har haft til formål at give information til både de involverede i projektet og andre interesserede, eksempelvis andre kommuner i Vejle Amt.

Alle, med interesse for ældre, depressioner, selvmord, selvmordsforebyggelse mm., har haft mulighed for at følge udviklingsprocessen undervejs og se kursusprogrammer og lade sig inspirere. (Se ”kikkerten” nr. 1-7) Fordelen ved Nyhedsbreve på hjemmesiden er, at de fremover også kan hentes som inspiration og viden. Udgifterne til de elektroniske nyhedsbreve er få og samtidig giver det mulighed for at henvise til andre relevante links indenfor samme emneområde.

Nyhedsbrevene er skrevet i et let forståeligt sprog, der er tilgængeligt for alle uden hensyntagen til fagspecifikke forskelle. Nyhedsbrevene kan ses og udskrives fra både www.vejleamt.dk og www.elene.dk.

Søges der på nettet på ord som: ældre og selvmord, er Vejle Amts hjemmeside en af de første sider, der dukker op. Hjemmesiden har resulteret i en del forespørgsler fra journalister, og der er kommet flere henvendelser fra frivillige organisationer, der arbejder i forhold til ældre mennesker, bl.a. fra vores nabolande.

Alle arrangementer, både de offentlige og de fagspecifikke kurser samt kurser for frivillige har desuden været annonceret på depressionskampagnens hjemmeside:

www.psykinfo-vejleamt.dk

Temadag og konference

Modelprojektet blev indledningsvis præsenteret på en temadag sept 2002, der henvendte sig til personale tilknyttet den kommunale hjemmepleje i alle kommuner i amtet med det formål at give en introduktion til emnet ældre og selvmord og at informere om modelprojektet.

Projektet afsluttede også med en konference nov. 2003. Målgruppen for den afsluttende konference var lidt bredere. Udover at henvende sig til de kommunale hjemmeplejeledere, områdeledere, ledende sygeplejersker, uddannelses- og

demenskonsulenter var praktiserende læger, præster og repræsentanter for det frivillige arbejde og de kommunale ældreråd inviteret. På den afsluttende konference blev erfaringer fra modelprojektet præsenteret med henblik på implementering af modellen i andre kommuner i Vejle Amt.

KAPITEL 4. INTERNT OG EKSTERNT SAMARBEJDE

Et af formålene med modelprojektet var at udvikle modeller for både et internt og et eksternt samarbejde.

Den interne samarbejdsmodel skulle tilgodese vejledning og opfølgning af den enkelte medarbejder, der kommer i kontakt med en selvmordstruet eller selvmordstruende ældre eller bliver involveret i en ældres selvmord.

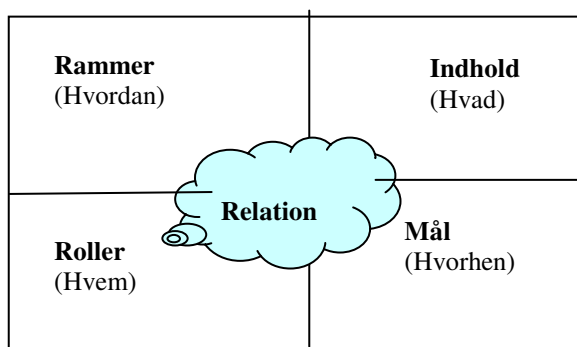
Den eksterne samarbejdsmodel skulle fremme klare aftaler mellem faggrupper og frivillige for, hvorledes der kan samarbejdes om ældre, der har selvmordstanker, og ved et evt. selvmord.

Udvikling af samarbejdsdelen er påbegyndt i projektperioden, men bestemt ikke afsluttet ved projektets afslutning.

En forudsætning for samarbejde er viljen til samarbejde. Det er ikke altid, at denne vilje er til stede, eller at der kan motiveres til samarbejde. Motivationsprocessen kan tage lang tid og være en besværlig proces. En anden forudsætning for samarbejde er klarhed over egne mål, opgaver og rammer, før der inviteres til et samarbejde, hvor der aftales, hvilke mål, rammer og indhold man kan være fælles om. Dette fælles mål må bindes sammen af relationerne mellem de to - eller flere - partners mål, rammer og indhold. Til stadighed må der reflekteres over, hvorvidt et formaliseret samarbejde vil være gavnligt eller ødelæggende for partners respektive målsætninger? Samarbejdsaftaler kan desuden medføre økonomiske overvejelser.

Der er taget udgangspunkt i følgende forståelse af forudsætninger for samarbejde i etableringen af et samarbejde.

Samarbejdets puslespil: Hvilke forudsætninger er grundlag for et godt samarbejde?



Modelprojektet havde skitseret som mål at udvikle et eksternt samarbejde, der involverede den kommunale hjemmepleje, de praktiserende læger, præster og frivillige organisationer. I forhold til både præster og læger er der i enkeltstående situationer allerede et fremragende samarbejde, der ikke kan gøres bedre. I projektet er det ikke lykkedes at tiltrække praktiserende læger og præster til at indgå i et mere formaliseret samarbejde. Det skyldes blandt andet, at der fra lægernes og præsternes side ikke har været tilstrækkelige energi/ønsker og tidsmæssige ressourcer til rådighed til udviklingen af et egentlig formaliseret samarbejde.

Derfor bliver der her i rapporten udelukkende beskrevet det eksterne samarbejde mellem den kommunale hjemmepleje og den frivillige sektor.

Internt samarbejde i Horsens

Sundhedscenter Syd satsede på at udvikle det interne samarbejde mellem distrikterne og mellem sygeplejen og de øvrige faggrupper. I forbindelse med det tværfaglige kursus, blev der nedsat en arbejdsgruppe bestående af medarbejdere fra de forskellige distrikter i Horsens. Dens mandat var at udarbejde en skitse til en handlingsplan og en plan for, hvorledes det interne samarbejde kunne intensiveres og forbedres således, at personalet ikke blev udrændte eller måtte sygemeldes på grund af voldsomme hændelser som skyldes ældres selvmord.

Skitsen til en handlingsplan blev forelagt på opfølgingsdagen. Den lokale styregruppe har videreformidlet skitsen til den/de nærmeste overordnede. Handleplanen indeholder et forslag om et 3 timers introduktionskursus til alle nyansatte i Horsens Kommune i temaet selvmordsforebyggelse blandt ældre.

Eksternt samarbejde i Horsens

Styregruppen i Horsens valgte at prioritere opkvalificeringen af egne medarbejdere og det interne samarbejde. Dette valg blev taget ud fra den betragtning, at der ikke var tid og ressourcer til det hele. Det var ikke ensbetydende med at manglende interesse for et samarbejde, hvorfor det blev uddelegeret til projektlederen at samarbejde med de frivillige. Det betød, at den første kontakt til de frivillige først blev etableret meget sent i projektet.

Det første samarbejds møde mellem koordinatoren for de frivillige i Horsens, lederen for den lokale styregruppe og projektlederen førte til en debat om behov for yderligere samarbejde. Konkret blev der arbejdet for et kursus for de frivillige. Det var nødvendigt at sikre at de frivillige var klædt på til at yde et støttende arbejde i forhold til ældre med livstræthedsproblemer eller selvmordstanker, før der var grobund for et formaliseret samarbejde mellem den offentlige og frivillige sektor.

I Horsens blev kurserne og offentlige arrangementer afholdt nærmest lineært, hvilket medførte, at arbejdet med formalisering af det eksterne samarbejde trak ud. På et samarbejds møde, mellem koordinatoren for Sund By projektet og den lokale styregruppe, afholdt i slutningen af august måned 2003, efterlyste koordinatoren en afklaring af, hvordan nøglepersonerne i Sundhedscenter Syd havde tænkt sig, at der kunne samarbejdes med de frivillige. Den lokale styregruppe foreslog, at de frivillige kunne reagere på selvmordstrusler/mistanke ved at henvende sig til en professionel, selvfølgelig efter accept fra den ældre. Det blev klart at man endnu ikke var så langt i forhold til et egentlig bæredygtigt formaliseret samarbejde. I egne rækker må de frivillige udarbejde rammer, hvor det fremgår hvad og hvilke opgaver de frivilliges arbejde består af. Dette arbejde er udelukkende supplement til de tjenester de professionelle udøver – og, at de frivillige aldrig må påtage sig hverken sygeplejers eller hjemmehjælperes arbejdsopgaver. Endnu er der ikke etableret et egentlig samarbejde mellem de frivillige og den kommunale hjemmepleje

Der har været forslag om at der ved Horsens Kommune udpeges nøglepersoner, som de frivillige kunne henvende sig til, hvis de fik behov for støtte, men det blev ikke konkretiseret hvilke tilfælde eller hvilke behov det kunne dreje sig om, og det blev

heller ikke afklaret, hvilke behov ”nøglepersonerne” ved Sundhedscenter Syd ville forholde sig til.

Internt samarbejde i Give

Der er ikke nedskrevet interne eller eksterne handlingsplaner i Give kommune ved projektets afslutning, men styregruppen er af den opfattelse, at der skal udarbejdes handlingsplaner, der formaliserer samarbejdet. Dog er det besluttet, at to demenskonsulenter, som allerede står for undervisningen i forhold til problematikken ældre og demens, skal have det selvmordsforebyggende arbejde lagt ind under deres ansvarsområde. Det indbefatter introduktion af nye medarbejdere, opkvalificering og vedligeholdelse af det selvmordsforebyggende arbejde. Desuden fungerer de to demenskonsulenter som ressourcepersoner for de frivillige.

Eksternt samarbejde i Give

Organisationsstrukturen i Give kommune havde allerede ved starten af modelprojektet en betydning for samarbejdet mellem den offentlige og frivillige sektor, idet kommunen geografisk og strukturelt er delt op i fem distrikter.

Allerede inden modelprojektet eksisterede der i Give et vist samarbejde mellem den offentlige og frivillige sektor. Arbejdsgruppen var derfor indstillet på at arbejde med at udvikle og forsøge at formalisere samarbejdet sideløbende med planlægningen af kurserne. Der blev taget initiativ til et samarbejds møde og arbejdsgruppen tog telefonisk kontakt til lægerne i kommunen for at inddrage dem i arbejdet og for at fastlægge et muligt tidspunkt. Der blev udsendt invitationer til et møde til læger, præster, psykiatriske distriktssygeplejersker, ledere af de frivillige organisationer, der arbejder med de ældre samt hjemmeplejens egne sygeplejersker. I alt mødte der ca. 20 personer op, heraf en enkelt præst og ingen læger.

Ved mødet blev der orienteret om modelprojektet og om de kommende kurser. Det formålstjenlige ved at samarbejde og inddrage hinandens kompetencer i det selvmordsforebyggende arbejde blandt de ældre blev diskuteret. Alle var enige om, at der skulle samarbejdes. Der blev fremsat et ønske om udsættelse af det videre arbejde indtil de forskellige kurser og offentlige arrangementer var begyndt.

I Give er der et sammenfald mellem kurser og den intensivering af formaliseringen af samarbejde mellem frivillige og hjemmesygeplejersker i kommunen. Der er ikke modstand mod at inddrage de frivillige i arbejdet. Det skyldtes formentlig først og fremmest, at der allerede eksisterede et aktivt Ældreråd, der gennem de seneste par år havde formået at samle alle de frivillige organisationer, og dermed skabe overblik over alle de organisationer, der arbejder i forhold til de ældre. Blandt hjemmeplejens personale var der generelt et kendskab til flere af nøglepersonerne i de forskellige frivillige organisationer og det arbejde, der blev udført.

På den sidste kursusdag blev de første faser af formaliseringen af samarbejdet påbegyndt. Der blev nedsat arbejdsgrupper og i perioden fra kursernes afslutning og en måned frem blev der afholdt samarbejds møder mellem frivillige og hjemmesygeplejersker i alle fem distrikter. Derefter blev der afholdt et stort samarbejds møde. Deltagerne var frivillige og sygeplejersker, der havde været på kursus; der kom 50 mennesker. Ved dette stormøde var temaet: ”Hvordan kommer vi videre til gavn for os selv og de ældre mennesker, vi arbejder for”?

Der blev fremlagt mundtlige referater fra de 5 arbejdsgrupper, og derefter blev der lagt op til en iværksættelse og formalisering af et samarbejdsprojekt. For at kunne samarbejde var det vigtigt at klargøre egne mål, definere hvilke ressourcer der var brug for, og hvorvidt der var politisk opbakning.

KAPITEL 5. INTERN EVALUERING

Den interne evaluering er foretaget af Center for udvikling og uddannelse Vejle Amt (CUU).

Evaluering af modelprojektets fase 2 tager afsæt i den gennemførte fase 1 i modelprojektet 'Ældre og selvmord'. Fase 1 var en kortlægningsundersøgelse af fagpersoners oplevelser, reaktioner, tankemæssigt såvel som følelsesmæssigt på ældre menneskers omtale og udtryk for livslede, træthed ved livet, dødsønsker og dødstanker samt angst for døden.

Formålet med fase 1 var at afdække behov for kompetanceudvikling, udvikling af det tværsektorielle samarbejde og samarbejde mellem de frivillige og den offentlige sektor i forhold til målgruppen ældre.

Evalueringens formål

1. Evalueringen skal kortlægge om der hos deltagerne er sket:
 - En holdningsbearbejdning, holdningsændring.
 - En kompetanceudvikling på den faktuelle viden om selvmord, selvmordsrisiko og adfærd.
 - En kompetanceudvikling på det kommunikative område, at turde være i rummet sammen med den ældre og dennes tanker om døden og dødsønsker.
 - En indsigt og en viden om henvisningsmuligheder for personer med alkoholproblemer, selvmordsadfærd, depression og sorgramte.
2. Evalueringen skal kortlægge om der i kommunen er et:
 - Formaliseret samarbejde omkring den selvmordstruede person.
3. Evalueringen skal kortlægge kommunernes eget ressourceforbrug, vedr. økonomi til projektet.
4. Evalueringen skal kortlægge hvilken pædagogisk model, organisatorisk, der ville give den største grad af kompetanceudvikling.

Evalueringens målgruppe

Evalueringens målgruppe er plejepersonalet og frivillige i Horsens og Give kommune. I Horsens er det primært distrikt syd, men også fremtidige nøglepersoner i de øvrige distrikter i Horsens kunne deltage. Målgruppen stemmer overens med målgruppen for undervisning.

I Horsens_kommune ikke kun distrikt syd blev undervisningen givet på et 3-dages kursus til en tværfaglig gruppe bestående af sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter samt socialrådgivere.

Til social- og sundhedsassistenter, -hjælpere og frivillige blev der afholdt 5 temaaftener, hvortil plejepersonale udenfor distriktet også kunne deltage.

I Give kommune blev undervisningen afholdt som delvis fællesundervisning mellem sygeplejersker og frivillige, idet første og sidste hele undervisningsdage var fælles for de to grupper. De øvrige dage, organiseret på halve dage, gennemførtes hver for sig.

Den frivillige gruppe er en meget heterogen gruppe, set i forhold til forudsætninger for undervisningen, idet gruppen vel kan bestå af en del der tidligere har været ansat i sundhedsvæsenet, og en gruppe uden forudsætninger, men med en livserfaring og en interesse for området.

Spørgeskemaets tilblivelse

Evalueringskemaet blev udarbejdet i et samarbejde mellem projektleder og evaluator. Projektleder blev inddraget, idet hun var den gennemgående underviser på kurserne; derved kunne hun bidrage til, hvad der kunne forventes af deltagerne før og efter endt undervisning.

Opbygningen af skemaet fulgte formålet med den ønskede kompetanceudvikling. Den holdningsmæssige bearbejdelse skulle afdækkes ved en række udsagn, hvortil man kunne være enig eller uenig. Dette skulle samtidig påbegynde en refleksionsproces over de samme temaer.

Den faktuelle viden skulle afdækkes på en måde, der kan sammenlignes med multiple choice- metoden, enten er det rigtigt eller også forkert.

De kommunikative færdigheder skulle testes på en måde, der gjorde det muligt at se, hvorvidt der fandt en udvikling sted hos deltagerne. Eksempelvis spørges der, om man taler med ældre om alkoholproblemer, hvor svarkategorierne kan gå fra slet ikke, over en smule til i høj grad.

Derudover skulle der være en række semistrukturerede spørgsmål, som der kunne svares kort eller langt på, afhængigt af deltagerens egne forudsætninger og faglige ballast.

Den enkelte kursist skulle udfylde 2 forskellige evalueringsskemaer, et der omhandlede samarbejdet mellem de respektive parter, og et skema der omfattede kursusindholdet. Begge skemaer med en før og en efter evaluering. Udfyldelsen af skemaerne blev foretaget ved undervisningens begyndelse og ved undervisningens afslutning.

Inspirationen til udformningen af spørgeskemaerne blev først og fremmest hentet fra Norge, hvor et mastergradsprojekt netop har fokuseret på langtidseffekten af undervisningen i selvmordsforebyggende arbejde (dog ikke specielt rettet mod ældre). Desuden er inspiration hentet fra evalueringsskemaer anvendt i uddannelsesprojektet i H:S ved uddannelsesafdelingen på Bispebjerg Hospital og et spørgeskema vedrørende kvalitetssikring fra Fyns Amts Alkoholbehandlings Center i Odense. Fælles for disse modeller er, at der er anvendt en kombination af kvalitative og kvantitative teknikker.

Dataindsamling

Ved undervisningens begyndelse blev der udleveret mapper til undervisningsmateriale. Heri var evalueringsskemaer indsat, dels et før- og et efter-skema, der angik undervisningsdelen, og et før- og et efter-skema, der angik samarbejdsdelen. Alle skemaer var med kodenumre.

Meningen var at skemaerne skulle indsamles efter undervisningens begyndelse og ved undervisningens afslutning. Det sidste skete desværre ikke, hvorved indsamlingen af efterskemaer kom til at foregå indtil midten af september måned. Adskillige har ikke besvaret efter-skemaet. Desværre blev skemaerne heller ikke påført en kode, så der for Horsens' vedkommende kunne skelnes mellem de, der deltog i dagkurset, og de der deltog ved temaaftenerne.

Inklusionskriterie: Der skal være både et før og et efter evalueringsskema på undervisningsdelen og et før- og efter-skema for samarbejdsdelen.

Antallet af deltagere til undervisningen i Horsens og Give, der har udfyldt et før-skema i forhold til undervisningen = 167.

| | Horsens | Give |
|-------------|--|--|
| Dagkursus | Tværfagligt personale I alt 32 personer | 19 sygeplejersker 19 frivillige 3 i kategorien 'andre' |
| Temaaftener | Sundhedspersonale I alt 74 personer Frivillige 20 personer | |
| I alt | 126 personer. | 41 personer. |

Horsens kommune

Evaluerings af undervisningen

I Horsens kommune blev der afholdt et tredages kursus og en række temaaftener. Til sidstnævnte blev der udleveret mapper med evalueringsskemaer til og med anden undervisningsaften. Dette har medført, at flere deltagere kun har besvaret et efter-skema, i alt 9 stk. Af de deltagere, der kun har besvaret et før-skema, er der i alt 43 stk.

Da det har været svært at kortlægge, hvor mange mapper der er blevet udleveret med skemaer, der ikke er blevet besvaret, er indtastningen lagt til grund for opgørelsen. I alt er der indtastet 167 skemaer, der fordeler sig med 126 skemaer fra Horsens og 41 skemaer fra Give.

Når inklusionskriteriet er, at der skal foreligge både et før- og et efter-skema på henholdsvis undervisningsdelen og på samarbejdsdelen, så blev det for Horsens kommune til 71 skemaer med en før og en efterbesvarelse. De resterende skemaer måtte betragtes som ekskluderet af undersøgelsen.

Svarprocent Horsens kommune: 56,3% på undervisningsdelen.

Evaluering af samarbejdet

Angående samarbejdsskemaer er der fra Horsens blevet besvaret 113 før-skemaer, men kun 35 har besvaret efterskemaet. Når kun de skemaer medtages hvor der foreligger begge besvarelser giver det en

Svarprocent Horsens kommune: 30,9% på samarbejdsdelen.

Give kommune

Evaluering af undervisningen

I Give kommune blev undervisningen af sygeplejersker og frivillige afviklet over en længere periode. Den første og sidste dag blev afholdt som fællesdage, og de øvrige temaer blev afholdt som halve dage til hver gruppe. Der var tilmeldt i alt 50 deltagere, hvoraf 38 deltog.

Af returnerede evalueringsskemaer, hvor der både var et før og en efterbesvarelse var der i alt 35 stk.

Svarprocent Give kommune: 85% på undervisningsdelen.

Evaluering af samarbejdet

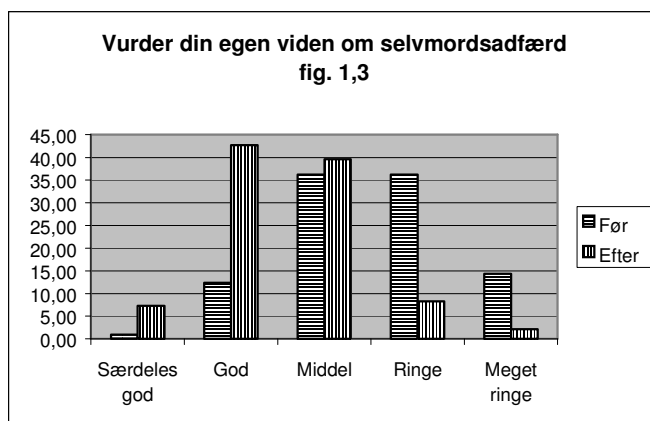
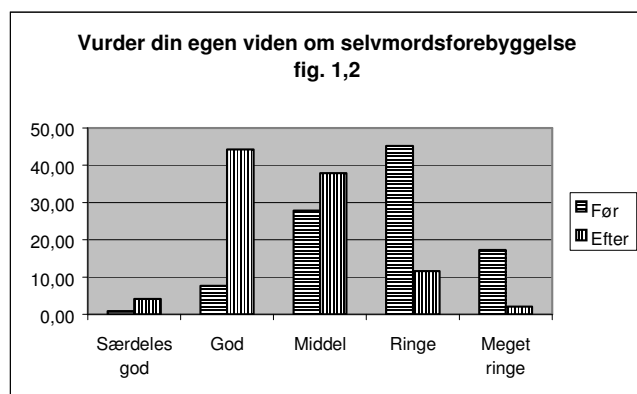
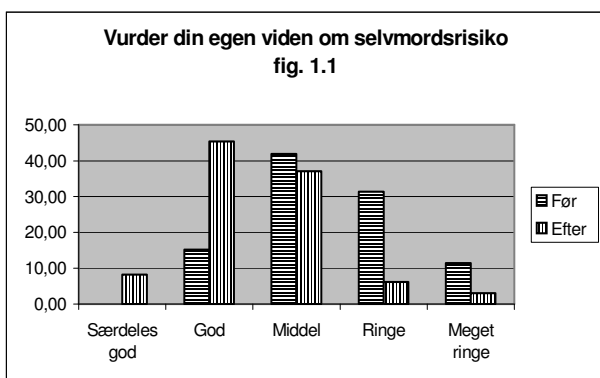
Af de halvtreds indtastede har 41 besvaret et før skema og 29 har udfyldt et efterskema.

Svarprocent Give kommune: 70,7% på samarbejdsdelen.

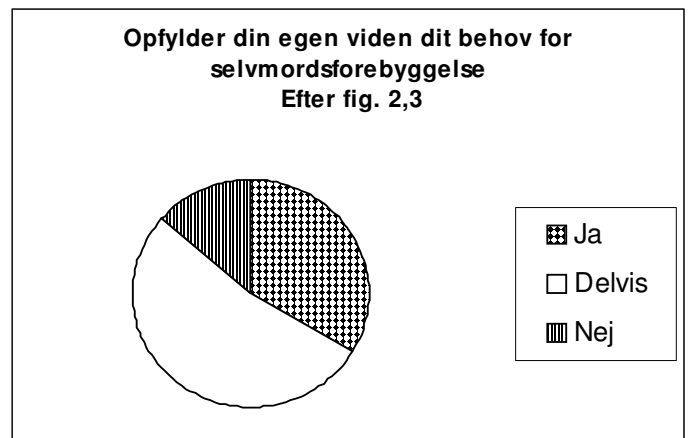
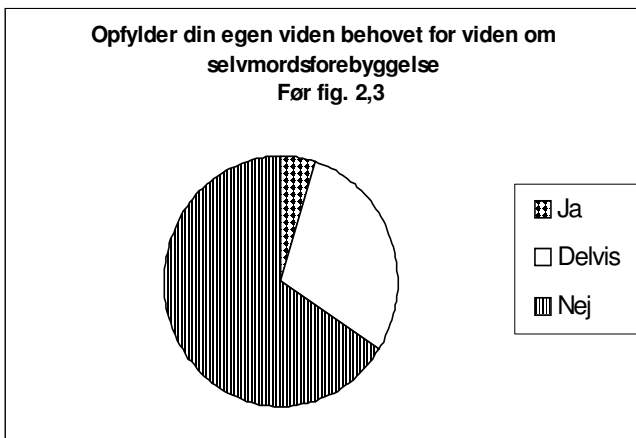
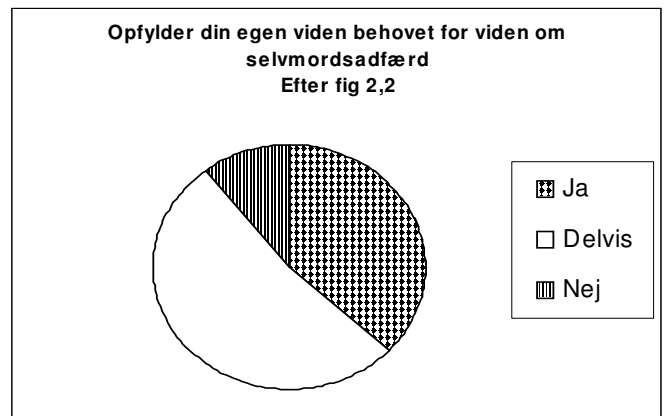
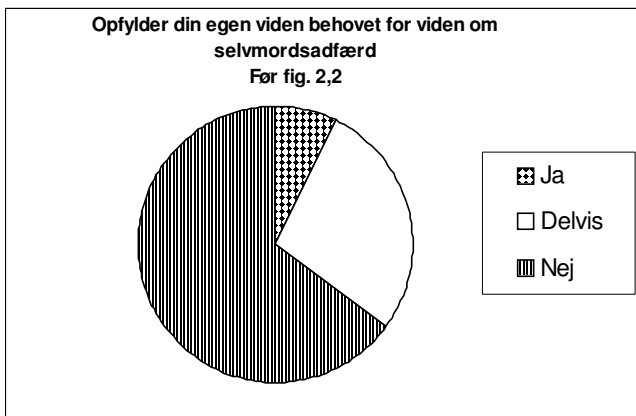
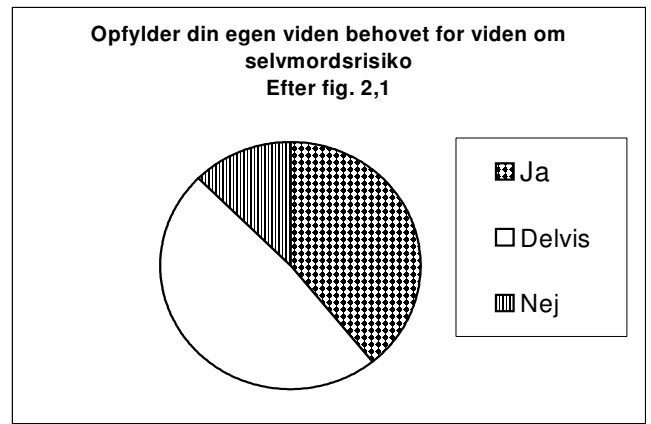
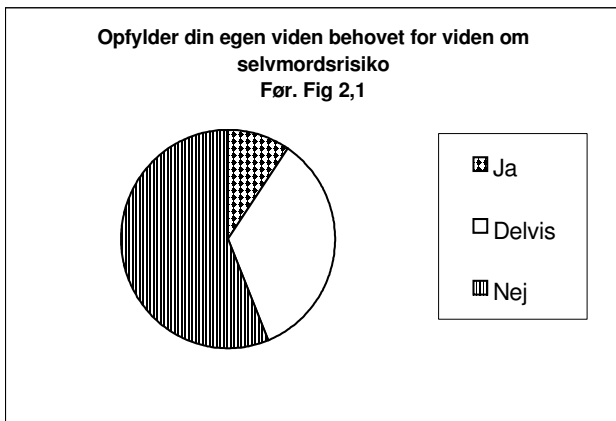
Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Som tidligere anført er kun de besvarelser medtaget, hvor der både foreligger et før- og et efter-skema. Dvs. at de opgjorte resultater indeholder alle besvarelser fra deltagere i undervisningen både fra Give og Horsens kommune. Resultaterne viser den procentvise andel af det givne antal besvarelser på det givne spørgsmål.

De første 2 figurer afspejler deltagernes egen subjektive vurdering og forudsætninger om deres viden og behov for viden på følgende områder: Selvmordsrisiko, selvmordsadfærd og selvmordsforebyggelse.



Resultaterne fra figur 1, viser at den subjektive oplevelse af videnstilegnelse er vokset fra meget ringe, ringe, over til middel og god.



Holdninger og myter i forhold til selvmordsadfærd og ældre

Behovet for viden om samme områder, figur 2, viser et markant behov for viden i før besvarelsene, markeret med *nej* svaret. Efterbesvarelsene viser en glidning indenfor temaområderne med en mindskelse af *nej* området til delvis og til, at lidt over en 1/3 del har fået behovet for viden opfyldt.

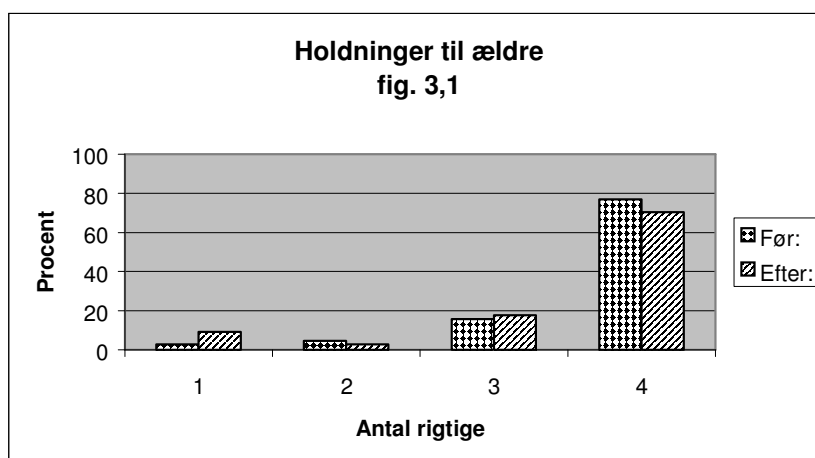
Holdninger og myter i forhold til selvmordsadfærd og ældre.

De efterfølgende 31 udsagn er blevet underopdelt for at skabe oversigt.

Svarmulighederne er enig /uenig og ved - ikke kategorier.

Besvarelsesfrekvensen for de enkelte udsagn og spørgsmål varierer, men med yderpolerne fra 81 og til 106, med en besvarelsesfrekvens i snit på 93,5.

De første 4 udsagn er blevet kaldt: **Holdninger til ældre**, og indebærer udsagnene: Jeg respekterer den ældres mening; De ældre er ofte besværlige; Jeg sætter mig ind i den enkelte ældres situation; Jeg oplever ældre som en meget ensartet gruppe. Tallene i søjlerne refererer ikke til de citerede udsagn, men refererer til hvor mange "rigtige" besvarelser der var (henhv. Enig eller uenig), når der var 4 udsagn som deltageren skulle forholde sig til.

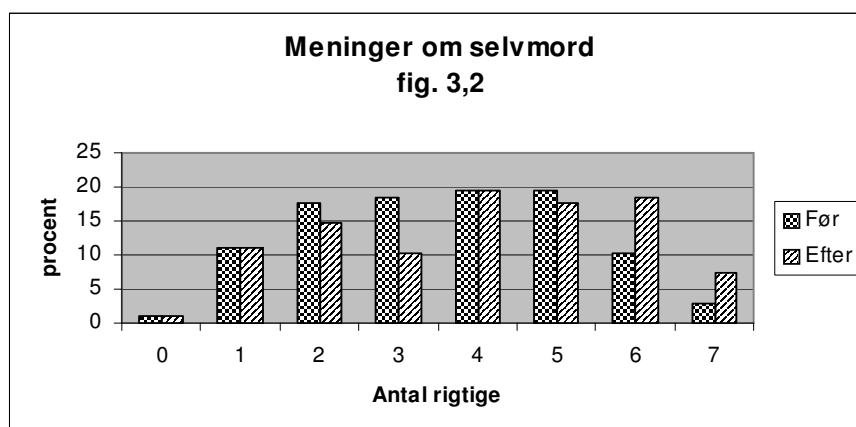


I besvarelsen til figur 3,1 er der fire spørgsmål, som man kan være enig eller uenig i. Størrelsen af søjlerne viser, hvor mange der eksempelvis havde ét rigtigt svar, her vist ved før 2,78% og 9,26% efter.

Søjlerne afspejler ingen udvikling i holdningstilgangen til ældre snarere tværtimod. Dette kan skyldes, at personlige meninger og holdninger ikke flyttes pga. et kortvarigt kursus.

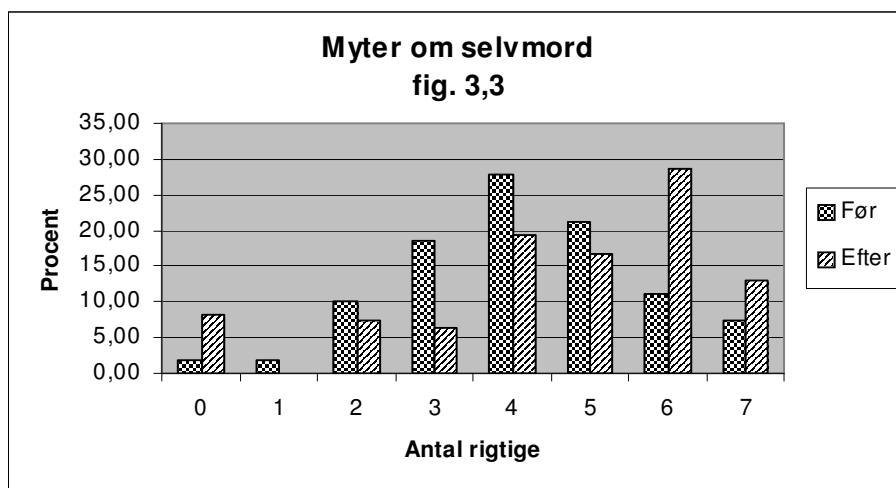
De næste otte udsagn har fået overskriften:

Meninger om selvmord, disse rummer den enkeltes egen opfattelse af om; Selvmord kan nogle gange forsvares; Selvmord er en rationel handling; selvmord er en irrationel handling; Selvmord er en modig handling; Selvmord er en fej handling; Selvmord er arveligt; Selvmord kan forhindres. Her er otte muligheder for at svare rigtigt eller forkert på udsagnene. 0 som mulighed = ingen rigtige svar.



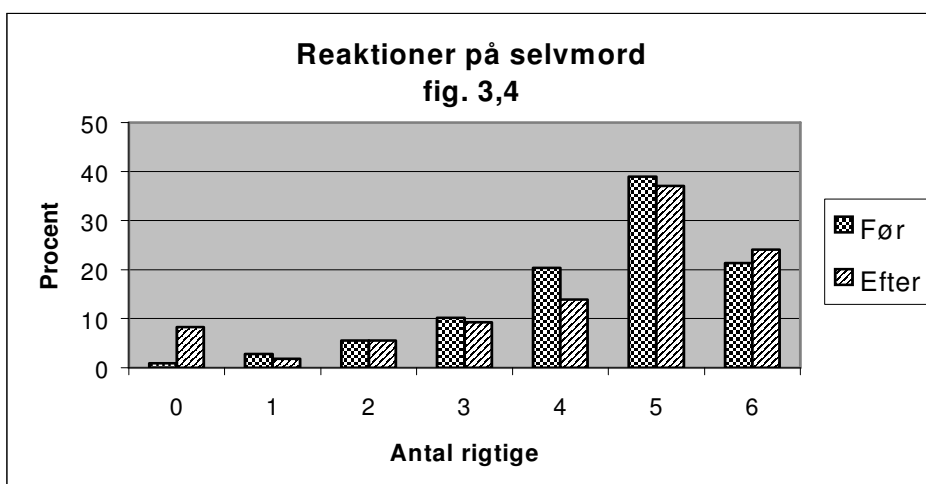
Søjlerne viser i før-beskrivelserne noget der ligner en normalfordelingskurve, med de fleste besvarelser rundt om midtpunktet. I efter-besvarelserne ligger over 55% i søjlerne med 4,5,6 og 7 rigtige udsagn.

De følgende 7 udsagn er blevet kaldt: **Myter om selvmord**; igen er der 8 mulige rigtige svar til følgende udsagn: Mennesker der taler om selvmord, gør det ikke; Mennesker, der ønsker at dø, kan man ikke hjælpe; Mennesker i behandling begår ikke selvmord; Der er en sammenhæng mellem et selvmordsforsøgs fysiske farlighed og risiko for gentagelse; Folk har ret til at tage deres eget liv; Man kan ikke forhindre folk i at begå selvmord, hvis de virkelig vil.



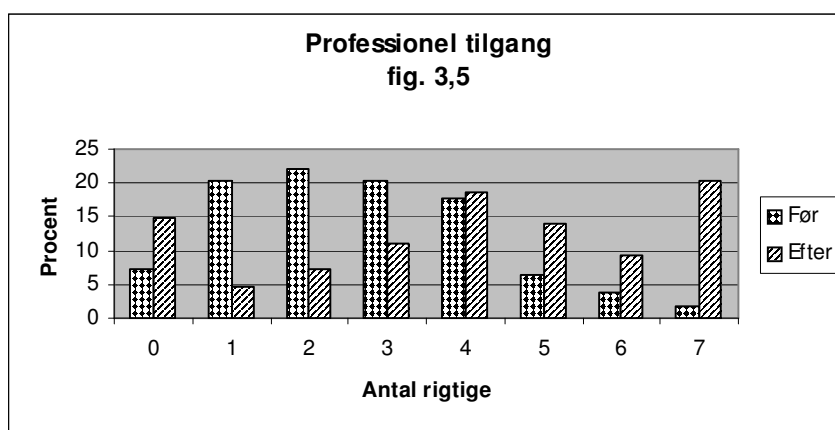
Igen kan man i før-besvarelserne se tendensen til en normalfordelingskurve, hvor gennemsnittet ligger på 4,13 og hvor efter-besvarelserne ligger på 4,58 i forhold til antal rigtige besvarelser.

Udsagnene: Jeg ville skamme mig, hvis en i min familie tog sit liv; Jeg ville blive vred , hvis en i min familie tog sit liv; At tale om selvmord er at inspirere til det; Selvmord bør ikke diskuteres med ældre mennesker; Man gør ingen skade når blot man tier stille; Jeg tror, at man kan forebygge selvmord. Disse udsagn har fået overskriften: **Reaktioner på selvmord**.



Igen er der 6 rigtige svar, principielt set 7 svar, idet ingen rigtige også er en svarmulighed. Søjlediagrammet er her ret så interessant, idet før- og efterbesvarelser næsten er identiske, dog er det lykkedes 8,33% i efterbeskrivelser at svare forkert på samtlige udsagn. Dette giver et gennemsnit på 4,48 i før-beskrivelsen, og 4,25 i efterbeskrivelsen.

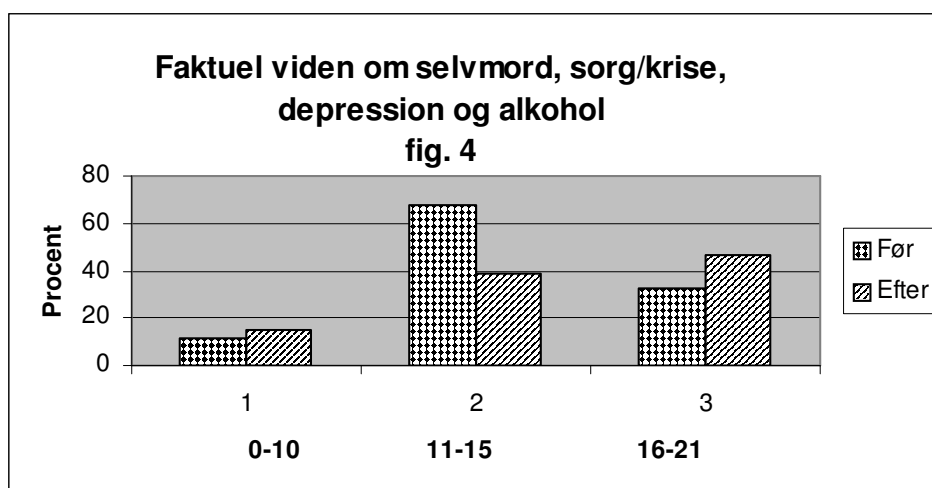
De sidste af de holdningsmæssige udsagn er blevet kaldt: **Den professionelle tilgang**; Denne overskrift dækker over udsagnene: Jeg ved, hvordan man bør forholde sig til ældre med en selvmordsproblematik; Jeg går ikke af vejen for at tale med ældre, der viser selvmordsadfærd; Jeg føler mig rustet til at tackle de ældre personer med selvmordsadfærd; Selvmordsforebyggelse er mit ansvar; Der er ledelsesmæssig opbakning, når det gælder selvmordsforebyggelse; Selvmord er ikke et emne, vi taler om i vores arbejde; I mit arbejde giver vi os tid til at tage os af ældre med en selvmordsproblematik. De første 4 udsagn i denne gruppe viser en stigningsgrad i ansvarsfølelsen overfor selvmordstruede hos deltageren. Desværre kan man ikke pga. opgørelsesmåden få afdækket, hvilken personalegruppe der udviser størst ansvarsfølelse.



Dette søjlediagram viser et tyngdepunkt i før-besvarelserne omkring 2,6. Forskydningen sker mod højre i efter-besvarelserne til et tyngdepunkt omkring 3,9. En markant stigning, der formodentlig siger noget om den enkeltes personlige ansvar overfor selvmordsproblemet.

Faktuel viden om selvmord, sorg/krise, depression og alkohol

I denne gruppe af spørgsmål er der 21 muligheder for rigtige svar. (Se spørgeskema).



Igen peger søjlediagrammet i før-besvarelsene, på en normalfordelingskurve, hvor deltagerne svarer ud fra deres umiddelbare, intuitive fornemmelse af, hvad de oplever er rigtigt.

Derimod udviser efter-besvarelsene en stigning i antal rigtige svar. En indikation af, at der er sket en videnstegnelse, hvilket også viser sig i gennemsnitstallene fra før til efter, fra 13,2 til 13,6 rigtige svar.

Kommunikative færdigheder

De kommunikative færdigheder angår deltagerens viden om, at samtale med ældre om alkoholvaner, at benytte sig af samtaleteknikker og at have den fornødne viden om henvisningsmuligheder til forskellige udsatte persongrupper.

Besvarelsene falder i kategorierne slet ikke; Ja, en smule; Ja, i høj grad eller ved ikke.

Taler du om alkoholvaner med de ældre du har kontakt med?

| | Før | Efter i % |
|-----------------|-------|-----------|
| Slet ikke, | 25,51 | 20,22 |
| Ja, en smule, | 63,27 | 64,04 |
| Ja, i høj grad, | 10,20 | 14,61 |
| Ved ikke. | 1,02 | 1,12 |

Er det dit ansvar at tale med ældre om et eventuelt alkoholmisbrug?

| | Før | Efter i % |
|-----------------|-------|-----------|
| Slet ikke, | 13,40 | 11,63 |
| Ja, en smule, | 31,96 | 32,56 |
| Ja, i høj grad, | 40,21 | 46,51 |
| Ved ikke. | 14,43 | 9,30 |

Har du den viden du har behov for, til at kunne tale med ældre om alkohol?

| | Før | Efter i % |
|-----------------|-------|-----------|
| Slet ikke, | 24,49 | 14,94 |
| Ja, en smule, | 51,02 | 47,13 |
| Ja, i høj grad, | 15,31 | 26,44 |
| Ved ikke. | 9,18 | 11,49 |

I hvor høj grad kender du til motiverende samtaleteknikker ?

| | Før | Efter i % |
|-----------------|-------|-----------|
| Slet ikke, | 25,00 | 16,47 |
| Ja, en smule, | 48,00 | 51,76 |
| Ja, i høj grad, | 15,00 | 24,71 |
| Ved ikke. | 12,00 | 7,06 |

I hvor høj grad kender du til kognitive samtaleteknikker?

| | Før | Efter i % |
|-----------------|-------|-----------|
| Slet ikke, | 34,02 | 14,46 |
| Ja, en smule, | 29,90 | 48,19 |
| Ja, i høj grad, | 15,46 | 20,48 |
| Ved ikke. | 20,62 | 16,87 |

Kender du til henvisningsmuligheder:

- hvis du møder en ældre person med et alkoholproblem?

| | Før | Efter i % |
|-----------------|-------|-----------|
| Slet ikke, | 10,00 | 3,49 |
| Ja, en smule, | 61,00 | 48,84 |
| Ja, i høj grad, | 25,00 | 44,19 |
| Ved ikke. | 4,00 | 3,49 |

- hvis du møder en ældre person med selvmordsadfærd?

| | Før | Efter i % |
|-----------------|-------|-----------|
| Slet ikke, | 19,00 | 4,71 |
| Ja, en smule, | 56,00 | 44,71 |
| Ja, i høj grad, | 21,00 | 49,41 |
| Ved ikke. | 4,00 | 1,18 |

- hvis du møder en ældre person med depression?

| | Før | Efter i % |
|----------------|-------|-----------|
| Slet ikke, | 4,95 | 4,60 |
| Ja, en smule, | 54,46 | 22,99 |
| Ja, i høj grad | 39,60 | 71,26 |
| Ved ikke. | 0,99 | 1,15 |

- hvis du møder en ældre person der er sorgramt?

| | Før | Efter i % |
|----------------|-------|-----------|
| Slet ikke, | 3,96 | 3,49 |
| Ja, en smule | 59,41 | 29,07 |
| Ja, i høj grad | 34,65 | 66,28 |
| Ved ikke. | 1,98 | 1,16 |

Samtlige spørgsmål indenfor dette færdighedsområde viser, uanset om man læser vandret eller diagonalt på tallene, at deltagerne flytter sig. Gennemsnittet viser desuden, at deltagerne har flyttet sig 2,27 kategorier, d.v.s. imellem slet ikke/ ja, en smule/ ja, i høj grad/ ved ikke. Flytningen mellem kategorier er mindst, når deltageren personligt bliver spurgt, om han eller hun taler med ældre om alkoholproblemer. Man kan formode, at deltageren her står overfor en problemstilling, som vedkommende oplever som meget personlig og meget privat at spørge ind til. Kun sygeplejegruppen i Give har fået en egentlig undervisning i temaet ældre og alkohol.

Konkluderende må det siges, at deltagerne har tilegnet sig en viden indenfor alkoholproblemer, samtaleteknikker og henvisningsmuligheder for sårbare grupper.

De næste 4 spørgsmål angår deltagernes egen samtale med ældre om:

| | |
|-------------------------|---|
| Alkoholproblemer? | Antal ældre: 1 – 6 Før: 25% Efter: 27% |
| Selvmondsproblemer? | Antal ældre: 1 – 2 Før: 16% Efter: 20% |
| Angsten for depression? | Antal ældre: 1 – 10 Før: 38% Efter: 46% |
| Det, at miste en kær? | Antal ældre: 1-10 Før: 58% Efter: 60% |

Spørgsmålet lød: Indenfor de sidste par uger, hvor mange har du da talt om ovenstående problemer? Netop tidshorisonten kan have indflydelse på svarene her, således at forstå, at det er begrænset hvor mange man kan nå at tale med, hvis man har deltaget på et 3 dages kursus. Men samtidig afspejler antallet også hvilke problemområder, det er legalt at tale om, nemlig sorg og depression. Dernæst skal det nok tages i betragtning, at alkoholproblemer og selvmordstanker ikke er så hyppigt forekommende, som de to andre problemområder.

De efterfølgende spørgsmål er blevet besvaret i prosa, og vil derfor også blive refereret som det har været skrevet, i før- som efter-besvarelsen, med angivelse af kommune og faggruppe.

Hvad er det vanskeligste for dig, når den ældre har selvmordstanker eller selvmordsadfærd?

Give kommune før-besvarelser:

Frivillige: ☒ at gå fra dem og lade dem alene.

Sygeplejersker: ☒ at vide om man gør en forskel
☒ at skulle tage derfra
☒ at finde balancen mellem at overtage eller medinddrage
☒ tid til at afdække problemet
☒ tid til at identificere hvilken hjælp der er behov for
☒ tid til at motivere til hjælp
☒ at turde være i nuet
☒ at være magtesløs, mangler redskaber.

Give kommune efter-besvarelser:

Frivillige: ☒ at spørge ind til det, hvem har du tænkt på skulle finde dig, og på hvilken måde
 skulle det foregå?

Sygeplejersker: ☒ at finde balancen mellem det at være professionel og have ondt af den selvmordstruede
 ☒ at lægge det fra mig når jeg har fri
 ☒ at tro på, at jeg gør det rigtige,
 hvordan nå kernen, hvordan forhindre, hvordan komme videre.
 ☒ egen afmagt, men føler mig mere rustet nu.

Horsens kommune før-besvarelser:

Social- og sundhedshjælpere:

- ☒ at finde den ældre død en morgen
- ☒ at tro på, at de mente det og at de var alene
- ☒ at tackle hvordan den ældre reagerer, når man spørger om det
- ☒ at sige noget forkert, så jeg lytter
- ☒ at få åbnet op for noget, der ikke kan overskues
- ☒ at føle sig magtesløs
- ☒ at gå fra dem , at slippe dem i tankerne
- ☒ at lytte, at observere, og videregive oplysningen.

Social- og sundhedsassistenter:

- ☒ at formulere sig rigtigt, så det bliver en uddybende samtale
- ☒ at få kontakt til behandlere, når netværket er lille
- ☒ at samtale med en dement om dette
- ☒ at vide om det er alvorligt ment
- ☒ om jeg slår til.

Frivillige:

- ☒ at kunne overtale dem, at få dem på andre tanker
- ☒ at gå ind i samtalen på det rigtige tidspunkt.

Andre:

- ☒ at vide om det er det rigtige jeg siger og gør
- ☒ at få afdækket om vedkommende er selvmordstruet
- ☒ at være i stand til at rumme lidelsen

Sygeplejersker:

- ☒ mangler viden om signaler
- ☒ det er svært at forstå, at døden er at foretrække for livet
- ☒ kommunikation, skal man være medfølelse, medlidende eller skal der sættes
 grænser
- ☒ at risiko vurdere
- ☒ at få startet samtalen rigtigt, undgå blokering eller aflukning af den
- ☒ magtesløshed.

Horsens kommune efter- besvarelser:

Social- og sundhedshjælpere:

- ☒ det kræver tid og den ældres fortrolighed
- ☒ afmagt, at et menneske ikke kan se andre udveje
- ☒ jeg bliver vred, de ældre har trods alt haft et langt liv
- ☒ at tale direkte om hvorfor vedkommende tænker på det
- ☒ at sondre om det er reelt eller et kontaktbehov

Social- og sundhedsassistenter:

- ☒ at få den ældre motiveret til at modtage hjælp fra professionelle
- ☒ at få tid til opfølgende besøg
- ☒ at være følelsesmæssigt involveret.

Frivillige:

- ☒ at opdage det tids nok
- ☒ at mangle tid, mangle viden

Andre:

- ☒ angsten for at ledelsen, omgivelserne ikke tager det alvorligt nok
- ☒ at lade være med at trøste.

Sygeplejersker:

- ☒ at få taget hul på samtalen
- ☒ at jeg nogle gange forstår den ældre godt, når sygdommen medfører at kun døden
ses som forløsning på lidelsen
- ☒ at opfange signalerne
- ☒ at tolke signalerne korrekt
- ☒ at etablere samtalerummet
- ☒ at turde gå derfra og lave nye aftaler.

Konklusion før-skemaerne:

Samlet betragtet, dvs. både deltagerne fra Horsens og Give kommune, giver udtryk for *følelsesmæssigt* ikke at slå til, en afmagt og en magtesløshed overfor problemet.

Vidensmæssigt peges der på manglende viden og redskaber til at tolke situationen.

Samtalemæssigt peges der på manglende indsigt i at kunne håndtere denne.

Konklusion efter-skemaerne:

Besvarelserne, som omfatter begge kommuners deltagere, viser en udvikling i besvarelserne. Fokus ændrer sig fra det man ikke har, tid, redskaber, viden, til at handle mere om indholdet i samtalerne, signalerne og tolkningen af, om disse er rigtigt opfattet.

Hvad har irriteret dig mest ved at udfylde dette skema?

Igen er besvarelsene taget under eet, dvs. både Horsens og Give kommuner.

- ☒ at spørgsmålene ikke alle kan besvares af frivillige
- ☒ at svarmulighederne ikke altid er et ja eller nej, men også et både –og
- ☒ erkendelse af egen uvidenhed
- ☒ jeg har opdaget, at jeg har lært noget, noget jeg kan bruge i mit arbejde, så jeg
kan gøre en forskel
- ☒ at man ikke kan skrive bemærkninger
- ☒ gav stof til eftertanke.

Hvad er din opfattelse af det udleverede materiale?

- ☒ godt materiale, plads til noter
- ☒ velegnet til overblik
- ☒ godt med præstens synsvinkel
- ☒ ok. - men ikke materiale på engelsk

Opsummering/konklusion

Modelprojektet “ Forebyggelse af selvmord hos ældre”, har været et kompetence udviklingsprojekt.

Projektet har bygget på materiale og ønsker fra fase 1, kortlægningsundersøgelsen. I denne fase var ønsket, at få udviklet kompetencer indenfor holdninger: At kunne være i rummet og tale om døds-ønsker og dødstanker. Dernæst at få en viden om selvmord, selvmordsrisiko, selvmordsadfærd og selvmordsforebyggelse samt kommunikative færdigheder til at kunne håndtere denne samtale.

Disse temaer er de centrale i projektet, således at både undervisningen såvel som spørgeskemaet blev tilrettelagt ud fra disse temaer.

Evalueringen af den afholdte undervisning har vist følgende på:

Det holdningsmæssige område:

Ud af de 44 udsagn, der skulle besvares, har deltagerne flyttet sig på de 30 af de stillede udsagn hen i den ønskede retning. De 14 udsagn hvor der kan konstateres en svag tilbagegang er 4 almene udsagn om ”holdninger til ældre” og 10 på ”reaktioner på selvmord”.

Alle 14 udsagn kræver deltagerens personlige mening eller holdning. Måske er det således, at en personlig holdningsændring ikke skabes ved en undervisning af så kort varighed.

Det vidensmæssige område:

Her peger alle data på, at der er sket en vis videnstilege. Af de 21 rigtige svarmuligheder er gennemsnittet i før-besvarelser på 13,2 steget til 13,6 i efter-besvarelsene.

Det kommunikative område:

Besvarelsene på spørgsmålene til dette område viser en udvikling fra før til efter undervisningen.

I de efterfølgende mere beskrivende spørgsmål svarer deltagerne ud fra deres dagligdag, om de taler med ældre om alkoholproblemer, selvmordstanker, angst for depression, samt det at have mistet en kær. Her bliver det tydeligt at det er normalt at tale om sorg og depression, hvorimod det er mere prekært at indgå i samtaler om alkohol og selvmordstanker, da disse områder opleves som hørende til privatsphæren. Eller også er disse problemområder mindre i antal end de to andre, hvorfor deltagerne ikke har kunnet talmæssigt angive disse.

Evaluering af samarbejdet

Det vil være tendentiøst at foretage en statistisk analyse på besvarelestallene for samarbejdet før og efter undervisningen, idet særligt tallene for efterbesvarelserne er meget små. Derimod vil det være relevant at fremdrage kommentarerne i svarene fra skemaerne. Dette fordi, det kan give oplysninger om, hvilke vinkler der skal sættes fokus på i fase 3 undersøgelsen. Fase 3 undersøgelsen er en opfølgning på projektet, hvor især langtidseffekten skal afdækkes, dels af kompetenceudviklingen og dels af det interne og eksterne samarbejde i kommunerne.

Give kommune: Samarbejde

Antal indtastede/besvarede før-skemaer: 41 stk

Antal indtastede/besvarede efter-skemaer: 15 stk., hvor der var skrevet noget.

Horsens kommune: Samarbejde

Antal indtastede/besvarede før-skemaer: 113 stk., men kun 61 udaf disse havde besvaret spørgsmålene.

Antal indtastede/besvarede efter-skemaer: 37 stk., men kun 16 udaf disse, hvor der stod noget skrevet.

Kommentarer til samarbejdet

Give kommune – før

Det interne samarbejde fungerer godt ifølge sygeplejerskernes opfattelse.

Det eksterne samarbejde fungerer ved at,

- frivillige passer beboerne, når der afholdes personalemøder
- der samarbejdes med hjemmeplejen omkring telefonkæden
- aflastning til alvorligt syge
- omsorgsordning til de, der ikke kan deltage i aktiviteter
- almindelig besøgstjeneste.

Det eksterne samarbejde kunne gøres bedre ved inddragelse af frivillige og præsterne, og ved at de involverede faggrupper kendte mere til hinandens arbejdsområder og ressourcer.

Efter:

- Plejepersonalet skal have større kendskab til hvad de frivillige kan og ikke kan.
- Frivillige skal vælges så de passer til den opgave, man ønsker løst.
- ide om at etablere en supervisionsfunktion mellem forskellige faggrupper, herunder også præster og læger.
- samarbejds møder mellem terapeuter, sygeplejersker og øvrigt personale.

Horsens kommune – før:

Det interne samarbejde betegnes som godt.

I forhold til det eksterne samarbejde

- mangler der et formaliseret samarbejde med frivillige og præster.
- Det kunne være godt med et beredskab, der kan trækkes på, når klienter befinder sig i en dårlig psykisk tilstand og i forhold til sorg/kriseforløb.
- Ved selvmord/-forsøg mangler en opfølgning på tværs af faggrupper.
- Det kunne være ønskeligt med et mere formaliseret samarbejde med læger og præster.
- Hvis sagsbehandling vedrørende psykiatri blev samlet på en person i kommunen, ville det både give bedre viden og lette samarbejdet med sygehuset.
-

Efter:

Her gentages hvad der står i ovenstående.

Umiddelbart er der tilfredshed med det interne samarbejde i begge kommuner, hvorimod der fremsættes ønsker om et bredere eksternt samarbejde. Der er erfaringer med at samarbejde med de frivillige, men det ønskes mere formaliseret, og der gives udtryk for et samarbejde, der både inddrager præster, praktiserende læger og kommunens sagsbehandlere. Dette gælder både i forhold til at forbedre indsatsen i forhold til den ældre, men der fremsættes også ideer i forhold til en kontinuerlig erfaringsudveksling mellem de forskellige faggrupper.

Som tidligere nævnt vil der blive fulgt op på dette i en fase 3 undersøgelse, som der er bevilget penge til og som gennemføres i foråret 2004.

Tredje del af evalueringen skal kortlægge ressourceforbrug i projektet. Dette er der redegjort for i kapitel 6.

Det fjerde formål med evalueringen var at kortlægge hvilken pædagogisk model, der organisatorisk ville give den største grad af kompetenceudvikling.

Dette vil ikke blive nærmere uddybet her, da det desværre ikke har været muligt for nuværende at trække data fra databanken til dette formål. Det er fortsat uvist, om det overhovedet er muligt. I så fald vil det blive beskrevet i projektets fase 3, som er en yderligere evaluering, som har til formål at se på projektets betydning på sigt, både med hensyn til kompetenceudviklingen og det interne og eksterne samarbejde.

Evalueringserfaringer

I dette afsnit vil der blive reflekteret over evalueringsmetoden og tilrettelæggelsen.

Deltagelsen i undervisningsforløbene har været meget ujævn, da nogle deltagere mødte til de første lektioner, hvorimod andre først til den næste lektion, og andre igen deltog ikke i den sidste lektion.

I Horsens, hvor mund - til - mund metoden medførte, at stadig nye kursister kom til på trods af, at tilmeldingen var blevet lukket medførte en manglende oversigt over, hvem og hvor mange der egentlig har deltaget på et eller flere af de fem undervisningsforløb.

Udleveringen af evalueringsskemaerne har ikke været særlig velegnet i forhold til dén form for deltagelse. Da alle kursister, uanset om de har været til stede en gang eller flere gange, har fået udleveret en mappe indeholdende spørgeskemaer, og nogen har måske derved udfyldt og afleveret efter-skemaet, men ikke før-skemaet. Det er ikke muligt at bedømme, i hvilken grad dette har påvirket det endelige resultat.

En anden erfaring har været, at udfyldning af spørgeskemaerne tog lang tid – ca. 40 minutter pr. skema. Tiden til udfyldning af skemaet måtte tages fra selve undervisningen, hvilket fra et undervisningsmæssigt synspunkt ikke var særlig heldigt.

Som beskrevet, skulle undervisningen være helt afsluttet, inden kursisterne skulle besvare efter- skemaerne. Det betød, at skemaerne skulle udfyldes i fritiden, og ikke som ved udfyldelsen af før- skemaerne i undervisningstiden. Begrundelsen for dette var, at kursusedtagere ikke skulle være påvirket af underviser og andre kursusedtagere, og derved udelukkende give udtryk for velbehag eller irritation ved netop den sidste lektion..

Fremgangsmåden gav særlige problemer for samarbejdsdelen, hvor de sidste kurser lå sent i projektførløbet. Hensigten med kurset har været at give kursisterne en mulighed for at etablere et samarbejde, hvilket har medført at deadline for indlevering af efter-skemaerne er blevet udsat i forhold til oprindelig deadline, juni 2003 til august 2003. Der har været store problemer med at få besvarede spørgeskemaer retur om samarbejdsdelen, som skulle sendes til de respektive kursusledere.

Der er ikke klarhed over, hvorfor besvarelsesprocenten af efter-skemaet om samarbejde har været lav. Alle kursusedtagere har modtaget et brev fra projektlederen med opfordring til at returnere skemaerne enten i udfyldt eller ikke udfyldt stand, hvilket har betydet enkelte ikke-udfyldte skemaer retur.

Den manglende besvarelse kan skyldes udformningen af spørgsmålene, som har givet forståelsesproblemer og desuden har der været personalefratrykning. Det mest sandsynlige er nærmere, at udviklingen af samarbejdet har været i gang, men ikke afsluttet, hvilket gør det sværere at besvare.

Opsummerende om evalueringserfaringer

Der har været både styrker og svagheder forbundet med den måde evalueringen har været tilrettelagt. Styrken har været

- anonymitet;
- at det har været muligt at udskille faggruppernes tilhørsforhold;
- at spørgsmålene er blevet udformet, således at de allerede under besvarelsen aktiverer til yderligere refleksion.

Erfaringerne med skemaerne har også afsløret mangler ved den anvendte evalueringsmetode både i forhold til undervisningsdelen og i forhold til samarbejde. Af svagheder kan nævnes:

- Anonymiteten har været for total, der mangler en liste med sammenhængen mellem navn og kodenummeret. Disken kunne så have ligget aflåst i kommunen.
- Manglende rubrik på spørgeskemaet for besvarelse af typen af undervisningsmodel(f.eks. om deltageren fulgte temaaftenerne, kursusforløbet, etc).
- Mangelfuld oversigt over hvilke kodede spørgeskemaer, der er udleveret
- Skemaet skal tilbagesendes efter kursets ophør (ikke vedlagt adresseret og frankeret kuvert)

- Tidskrævende at udfylde skemaet
- Projektlederen har prioriteret undervisningen fremfor evalueringen, hvilket har betydet, at der ikke er afsat kursustid til at udfylde evalueringsskemaerne.

Nytteværdi eller succeskriterier

Det kan selvfølgelig diskuteres, om det er en fornuftig udnyttelse af de økonomiske ressourcer, at afholde opkvalificerende kurser for enkelte faggrupperne på et så specielt område.

Såfremt kurserne og uddannelsesstilbudet er med til at hjælpe og støtte de ældre, har de selvfølgelig en værdi for de ældre, men den værdi, der ligger i, at færre ældre mennesker af den grund ikke tager deres eget liv, kan ikke omsættes til en 'nytteværdi' eller besparelse på kommunens budgetter. Derimod vil det have en direkte nytteværdi – også for kommunen - at de ansatte oplever sig bedre rustet og dermed mindre udsatte i forhold til udbrændthed. En mindskelse af personalets sygefravær kan derimod resultere i besparelser på de kommunale udgifter.

I kortlægningsrapporten omtales et selvmord, begået af en ældre mand, der tidligere havde haft en høj status i lokalområdet. Han var en kendt og betydningsfuld mand i sin egenskab som tidligere erhvervsleder. Hans selvmord blev omtalt af samtlige faggrupper, der blev interviewet - både af plejehjemspersonalet, de social og sundhedshjælpere, der havde givet ham støtte i eget hjem og de hjemmesygeplejersker, der var indblandet i hans tiltagende alderdomssvækkelse.

I dette tilfælde var mere end 5 fagpersoner berørt af selvmordet. Et par af disse fik bagefter en angst for at gå ind i et ældre menneskes hjem. Om der er sammenhæng mellem en sådan angst og efterfølgende sygemeldinger er der, så vidt det vides, endnu ikke foretaget undersøgelser af. For den vagtansvarlige betyder enhver sygemelding en belastning - for hver person, der sygemeldes, skal der findes vikarer eller pålægges andre at tage overarbejde, hvorved også kollegaerne belastes.

En af de interviewede, en social og sundhedsassistent, fortalte, at hun havde haft et længere sygefravær efter oplevelsen med den ældre mands selvmord, uden dog at sætte det direkte i forbindelse med denne oplevelse. Belastningsgrad og stress påvirkes dog helt klart af en sådan oplevelse uanset, om der kan dokumenteres en direkte sammenhæng mellem den ældres selvmord og personalets sygefravær eller ej. Hvis ikke der findes handlingsplaner, rutiner og viden om egenomsorg, vil afmagt i forhold til de pålagte arbejdsopgaver, og dermed risikoen for sygefraværet stige ved belastninger som oplevelse af fysisk vold, psykisk vold og selvmord.

Der er flere, der har forsøgt at beregne de samlede omkostninger ved sygefravær. Det er selvsagt vanskeligt, og de tal jeg som projektleder er stødt på varierer da også. En stor privat virksomhed (bank) opererer med ca. 13-1400 kr. pr. sygedag, og en større produktionsvirksomhed nævner et tal på godt 1000 kr. Det giver mening, at der er forskel på opgivelserne, da der er tale om to meget forskellige virksomheder. Det bedste skøn er, at der inden for den del af den offentlige sektor, som det her er tale om, vil være forsvarligt at tale om et tal, der ligger imellem de to opgivne størrelser. Det drejer det sig således om ret betydelige summer, hvis der ses på de samlede udgifter i forbindelse med de sygedage, der opstår i forbindelse med ældre menneskers selvmord.

KAPITEL 6. RESSOURCEFORBRUGET I PROJEKTET

Ressourceforbruget til gennemførelse af modelprojekt "Ældre og selvmord" i Vejle amt kan opgøres ved at inddrage de økonomiske midler der er stillet til rådighed qua referencegruppen fra Socialministeriet, og de midler der er anvendt i de to kommuner, der har afprøvet modelprojektet samt de ressourcer som styregruppen for projektet har investeret.

I juni 2002 blev referencegruppen ansøgt om 570.000 kr. til gennemførelse af projektet. Beløbet skulle dække følgende udgifter:

| | Budget |
|---|-------------|
| Løn til projektmedarbejder/projektansvarlig | 200.000 kr. |
| Kurser + temadage + samarbejds møder | 145.000 kr. |
| Formidling herunder materiale | 140.000 kr. |
| Rejser og materialer | 15.000 kr. |
| Udgifter ifb. Følgegruppe/styregruppe | 20.000 kr. |
| Evaluering | 40.000 kr. |
| ----- | |
| I alt | 570.000 kr. |

I april 2003 blev de to ledere af hjemmeplejerne kontaktet og fik tilsendt et skema til udfyldelse. Udfra deres oplysninger er der udarbejdet en oversigt over ressourcer, som ikke er afholdt af projektmidlerne i de to kommuner. Det drejer sig om personaletimer, forplejning og leje af lokaler og administration.

Ressourceforbrug afholdt af Give Kommune

| Aktivitet | Timeforbrug | Lokaleleje/ forplejning | Administration | Ialt |
|---|--------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------|
| Styregruppe | 2x15 timer a' 164 kr. = 4.920 kr. | | 1.000.kr | 5.920 kr. |
| Off. Arrangementer | | 4.500 kr. | | 4.500 kr. |
| Kursus for sygeplejersker og frivillige | 617,5 timer a' 164 kr. = 101.270 kr. | 9.000 kr. | | 110.270 kr. |
| Samarbejds-møder* | 40 timer a' 164 kr. = 6.500 kr. | 1.450 kr. | | 7.950 kr. |
| Samlet udgift | | | | 128.700 kr. |

- Lederen gør opmærksom på, at arbejdsgruppen vedr. struktureringen af samarbejdet endnu ikke er færdig, hvorfor timetallet ikke er medregnet, samt at hendes arbejdsindsats timemæssigt ikke er inkluderet.

Ressourceforbrug afholdt af Horsens Kommune, område Syd

| Aktiviteter | Timeforbrug | I alt |
|-----------------------|---|--------------------|
| Temaaftener | 9 sygeplejersker (15x160 kr.) = 21.600 kr. 13 SSA'er (15x136 kr.) = 26.520 kr. 38 SSH'er (15x 126 kr.) = 72.960 kr. 2 ergoterapeuter. (15x 160 kr.) = 4.800 kr. 2 fysioterapeuter (15x 160 kr.) = 4.800 kr. 1 socialrådgiver (15x 160 kr.) = 2.400 kr. | 133.080 kr |
| Dagskursus | 9 sygeplejersker (21x 160 kr.) = 30.240 kr. 2 ergoterapeuter (21x 160 kr.) = 6.720 kr. 1 socialrådgiver (21x 160 kr.) = 3.360 kr. | 40.320 kr. |
| Styregruppe- møder | 8 x 3 t. x 4 personer a' 160 kr = 15.360 kr. leder 12 t. x 160 kr. = 1.920 kr. | 17.280 kr. |
| Samlet udgift | | 190.680 kr. |

Give og Horsens kommune har desuden tilført projektet midler, ved at de to lokale styregrupper har afholdt samtlige kontormæssige udgifter som tlf., porto, sekretærforbrug med videre.

Øvrige tilførte ressourcer

Amtslig styregruppes møder

| Aktivitet | Timeforbrug | I alt |
|-----------------|---|-------------------|
| Styregruppemøde | 12 x 3t.x 5.pers. a' 215 kr. = 38.700 kr. | 38.700 kr. |

Projektmidlerne er yderligere blevet suppleret med bidrag fra Depressionskampagnen samt amtets udgifter til administration og projektledelse. Ikke alle anvendte ressourcer er opgjort, men nogle er opgjort i timeantal.

I Horsens er der anvendt §115 midler til kurset for de frivillige (undervisningshonorar, trykning af program og plakater samt kontorhold) - i alt kr. 18.000 kr.

| Andre anvendte ressourcer | Antal timer |
|---|-------------|
| Depressionskampagnens undervisere ² | 33 timer |
| Nyhedsbrevene journalistisk bearbejdning | 105 timer |
| Nyhedsbrevene udlagt på nettet af medieværkstedet. | 6 timer |
| Deltagelse i netværksmøder, baggrundsgruppemøder mv. | 100 timer |
| Tilbagemeldinger og refleksioner over fokusgruppeinterview fra fase 1 | 22 timer |

²Det anslåede timeforbrug er uden forberedelse af undervisningen

Bilag