

Kortlægning af kommunale indsatser til forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre

Februar 2014



Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Indhold udarbejdet af COWI A/S for Socialstyrelsen.
Udgivet: Februar 2014

Download eller se sti til rapporten på www.socialstyrelsen.dk.
Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

Digital ISBN: 978-87-93052-71-0

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning og baggrund	4
	1.1 Læsevejledning og definitioner	6
2.	Resumé	8
3.	Metode	12
	3.1 Forundersøgelse.....	12
	3.2 Spørgeskemaundersøgelse	12
	3.3 Kvalitativ undersøgelse.....	14
4.	Praksis for kommunernes indsats til forebyggelse af psykisk og/eller social mistrivsel og selvmordsadfærd	15
	4.1 Selvmordsforebyggelse generelt.....	15
	4.2 Indsatser.....	16
	4.3 Opsporing.....	18
	4.4 Samarbejdspartner	24
	4.5 Kompetenceudvikling.....	27
	4.6 Dokumentation.....	28
	4.7 Strategi og handleplaner	29
	4.8 Forebyggelse af psykisk og/eller social mistrivsel og selvmordsadfærd – kvalificering af kommunernes indsatser	29
5.	Kommunale indsatsområder til forebyggelse af psykisk og/eller social mistrivsel og selvmordsadfærd	32
	5.1 Alkohol.....	32
	5.2 Angst og depression	35
	5.3 Ensomhed og social isolation.....	38
	5.4 Sårbare livsfaser	40
	5.5 Opfølgning på sygehusindlæggelser	42
	5.6 Øvrige indsatser.....	45
	5.7 Supplerende forebyggende hjemmebesøg	46
6.	Litteraturliste	48

1. Indledning og baggrund

Fra 1980'erne til i dag er selvmordsraterne i Danmark halveret. Ældre har dog stadig de højeste selvmordsrater af alle aldersgrupper. 1/3 af det samlede antal af selvmord i Danmark begås således af ældre mennesker over 60 år – især de ældste mænd (80+) begår hyppigst selvmord.

På baggrund deraf blev der via satspuljen for 2013 afsat 4 mio. kr. til et projekt om forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre. Projektet løber fra 2013 – 2016.

Midlerne skal gå til faglig opkvalificering af professionelle og frivillige i ældresektoren samt målrettede indsatser som opfølgning på de forebyggende hjemmebesøg.

Det overordnede formål med initiativet er at forebygge og hindre selvmordsadfærd blandt ældre.

Initiativet består af to overordnede indsatsområder:

- 1) Faglig opkvalificering af både professionelle og frivillige i ældresektoren i forhold til at: afdække og identificerer tidlige tegn på mistrivsel hos den ældre og håndtere selvmordstruede mennesker
- 2) Opfølgning på forebyggende hjemmebesøg som redskab til tidlig opsporing af og indsats overfor ældre, der mistrives. Der kan f.eks. målrettes psykosociale indsatser mod ældre, hvis partner er død, da de udgør en højrisikogruppe i forhold til udvikling af alkoholmisbrug, ensomhedsfølelser, isolation samt selvmordsadfærd.

Nærværende kortlægningsrapport har til formål at skabe et samlet billede af indsatser til forebyggelse af selvmordsadfærd blandt + 60-årige, og rapporten skal ses som en del af projektet forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre.

Årsagerne til ældres selvmord er forskelligartede. Med alderen opstår som oftest en række negative livsændringer, som den ældre skal forholde sig til og mestre. Det kan være somatiske sygdomme, der medfører alvorlige funktionsnedsættelser og smerter, og som stiller krav til en omstilling af den ældres hverdag og forventninger¹. Det kan endvidere være psykiske lidelser. Både depression og skizofreni mangedobler risikoen for selvmord²; det estimeres, at omkring 75 % af alle ældre mennesker, der begår selvmord, har lidt af en depression³. Ændringer i det sociale netværk har desuden betydning for selvmordsrisikoen, eksempelvis ved tabet af en ægtefælle, flytning eller pensionering⁴.

¹ Socialministeriet, Center for selvmordsforskning. Kommunepakken, Selvmordsforebyggelse blandt ældre. 2004.

² Gerlach, J. (red.) Depression. PsykiatriFondens Forlag. 2004.

³ Bruvik-Ruhlmann, P.E.G., Bayer Kristensen, I. Runge Nielsen K., Selvmord hos ældre i Århus Amt i perioden 1993-2000. Ugeskrift for læger, 2004.166/46; 4151-54.

⁴ Erlangsen, A. Disparities in suicide among the old and the oldest old i Denmark. Ph.d.-afhandling. Odense University of Southern Denmark.

Håndteringen af livsændringerne afhænger af den enkeltes psykologiske, helbreds-mæssige, sociale og materielle ressourcer, og i sig selv kan magtesløsheden resultere i stress og for nogle en depressiv tilstand. Den ældres støtte til håndtering af livsændringer er derfor relevant i forebyggelsen af selvmord⁵ og selvmordsadfærd⁶.

Rammerne for den kommunale forebyggelse af selvmordsadfærd kan findes i henholdsvis Sundhedsloven og Serviceloven. Kommunerne har, jf. Sundhedslovens § 119 stk.1 og 2, ansvaret for at skabe rammer for sund levevis og for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

I Servicelovens § 79 a fremgår det, at kommunerne skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg mindst én gang årligt til alle borgere, der er fyldt 75 år. Det står hermed kommunerne frit for at tilrettelægge indholdet af de forebyggende hjemmebesøg, ligesom kommunerne kan vælge at tilbyde besøget til yngre aldersgrupper. Kommunen kan, jf. § 79 a, stk. 1, vælge at undtage de borgere, som i forvejen modtager både personlig pleje og praktisk hjælp. Desuden kan kommunen iværksætte eller give tilskud til generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte, jf. § 79, stk. 1.

Endvidere er det i Servicelovens § 81 reguleret, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde en særlig indsats til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer.

Som det fremgår, findes der ikke nogen hjemmel til specifikt at forebygge selvmordsadfærd i kommunen. Lovgivningen udstikker alene de overordnede rammer for forebyggelsen, og lader det være op til den enkelte kommunes prioritering og serviceniveau at fastsætte indsatserne.

I 1998 udgav Sundhedsstyrelsen Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark⁷. Anbefalingerne blev fulgt op af et rådgivningsmateriale i 2004, der blev revideret i forbindelse med kommunalreformen i 2007⁸, men materialet er primært målrettet det regionale behandlingssystem.

Sundhedsstyrelsen har desuden udarbejdet en række forebyggelsespakker, hvor særligt pakken om mental sundhed er relevant, men der foreligger ikke nogle konkrete anbefalinger til forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre.

En række kommuner har arbejdet målrettet med forebyggelse af selvmordsadfærd. I modelprojektet i Vejle Amt 2002-2003 og i projektet i Region Nordjylland 2006-2009 har kommunerne⁹ blandt andet arbejdet med kompetenceudvikling, netværksdannelse samt udvikling af internt og eksternt samarbejde.

⁵ WHO definerer en selvmordshandling som en "*handling med dødelig udgang, som afdøde, med viden eller forventning om et dødeligt udfald, havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde de af den afdøde ønskede forandringer*". Lillian Zøllner, Definition på selvmordsadfærd og selvskade, Center for selvmordsforskning, 2002.

⁶ I denne kortlægning defineres selvmordsadfærd som selvmordstanker, -forsøg og fuldført selvmord.

⁷ Sundhedsstyrelsen, Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg. 1998.

⁸ Sundhedsstyrelsen, Vurdering og visitation af selvmordstruede. Rådgivning til sundhedspersonale. 2007.

⁹ Frederikshavn, Rebild, Aalborg, Hjørring, Jammerbugt, Brønderslev, Læsø, Mariagerfjord, Morsø, Thisted, Vesthimmerland, Gibe og Horsens Kommuner.

I projektet i Region Nordjylland indebar kompetenceudviklingen identifikation af symptomer på selvmordsadfærd, varetagelse af samtalen om selvmord samt opfølgning på selvmordsadfærd (det støttende og ledsagende princip). Desuden blev der uddannet nøglepersoner, med overordnet ansvar for opfølgning på selvmordsadfærd og videreuddannelse af personale.

1.1 Læsevejledning og definitioner

Læsevejledning

Kortlægningen indledes med en indledning og baggrund. Kapitel 2 indeholder et kort resumé af de væsentligste fund i kortlægningen, efterfulgt af kapitel 3, der ridser en række fremadrettede anbefalinger op. Kapitel 4 indeholder metodebeskrivelsen.

Kapitel 5 kortlægger kommunernes forebyggende indsatser målrettet selvmordsforebyggelse, og de indsatser der har betydning for social/psykisk mistrivsel bredere set. Det gennemgås på tværs af de konkrete indsatsområder i undersøgelsen, hvordan kommunerne har organiseret forebyggelsesindsatsen. Gennemgangen omfatter opsporingen, de samarbejdspartnere kommunen har, kompetenceudvikling, dokumentationsindsatsen, strategi og handleplaner. Konkrete kommunale praksiseksempler er beskrevet i tekstboks.

Kapitel 6 beskriver nærmere de enkelte indsatsområder, der er udvalgt til kortlægning. Det omfatter alkohol, depression og angst, ensomhed og social isolation, sårbare livsfaser, opfølgning på sygehusindlæggelser og øvrige indsatser. Kapitlet afsluttes med en beskrivelse af de supplerende forebyggende hjemmebesøg.

I en selvstændig bilagsrapport findes supplerende materiale til rapporten. Der er seks bilag i bilagsrapporten:

Bilag 1. Besvarelsesoversigt

Bilag 2. Indsatser

Bilag 3. Pointsystem

Bilag 4. Kommuner, der har oplevet selvmord eller selvmordsforsøg de seneste to år

Bilag 5. Kompetenceudvikling

Bilag 6. Spørgeskema

Definitioner

Ved selvmordsadfærd forstås i denne kortlægning fuldbyrdet selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstanker.

De medarbejdere, der gennemfører de forebyggende hjemmebesøg, benævnes i denne kortlægning ældrekonsulenter. Andre terminologier er forebyggende medarbejdere og forebyggelseskonsulenter.

Ved supplerende forebyggende hjemmebesøg forstås et forebyggende hjemmebesøg, der ligger ud over de lovpligtige.

Ved opfølgende hjemmebesøg forstås besøg hos sårbare ældre ved praktiserende læge og repræsentant fra kommunen efter udskrivning fra sygehus. Formålet er at koordinere den opfølgende indsats. Den organisatoriske ramme for besøgene ligger i de regionale § 2-aftaler, der sikrer de praktiserende læger honorering for ydelsen.

I rapporten nævnes en række opsporingsredskaber ved deres forkortelser, de er beskrevet nedenfor:

- MMSE (Mini Mental State Examination)
- BDI II (Beck Depression Inventory-II)
- Avlunds mobilitet-trætheds-skala (Mob-T)
- GDS (Geriatric Depression Scale, 30/15/5 spørgsmål)
- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)
- SF-12, SF-36 (The 12/36-Item Short Form Health Survey)
- WHO-5 (WHO-Five Well-being Index)
- SCL 8 AD (benyttes til opsporing af angst, depression og følelsesmæssige forstyrrelser og er en underskala af CMD-SQ, Common Mental Disorders - Screening Questionnaire¹⁰)
- CAGE – Et akronym, der består af de første bogstaver i fire (engelske) spørgsmål for at identificere alkoholafhængighed. CAGE-C er den danske version.

¹⁰ Søgaard, HJ: Psychometric analysis of Common Mental Disorders — Screening Questionnaire (CMD-SQ) in long-term sickness absence. Scand J Public Health November 2009 vol. 37 no. 8 855-863. <http://sjp.sagepub.com/content/37/8/855.short>

2. Resumé

Formål og fokuspunkter for kortlægning

Kortlægningens formål er at skabe et overordnet billede af indsatser til forebyggelse af selvmordsadfærd blandt +60-årige i Danmark.

Området er snævert, hvorfor undersøgelsen ikke begrænser sig til at fokusere på selvmordsadfærd, men også på forebyggelse af social og psykisk mistrivsel i denne aldersgruppe. Fokuspunkterne i kortlægningen har været indsatser målrettet:

- Forebyggelse af selvmordsadfærd
- Alkoholoverforbrug
- Depression/angst
- Sårbare livsfaser
- Ensomhed og social isolation
- Ældre, der har været indlagt

Metoder

Kortlægningen omfatter dels en spørgeskemaundersøgelse blandt landets kommuner (stilet til lederen af de forebyggende hjemmebesøg), dels seks fokusgruppeinterviews og en række øvrige interviews med kommunale ledere af de forebyggende hjemmebesøg, ældrekonsulenter, sundhedschefer, demenskonsulenter og andre medarbejdere på ældreområdet. 86 % af kommunerne deltog i spørgeskemaundersøgelsen.

Få kommuner har målrettet indsats til forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre

Kortlægningen viser, at meget få kommuner har en målrettet indsats til forebyggelse af selvmordsadfærd. Kun syv kommuner har gennemført kompetenceudvikling om selvmordsadfærd blandt relevant personale inden for de sidste to år. Tre kommuner angiver, at de har nøglepersoner på området. De fleste af disse kommuner deltog i modelprojektet om selvmordsforebyggelse i Region Nordjylland i 2006-2009. Endelig fremgår det, at ingen kommuner har rapporteret, at der foreligger en skriftlig strategi på området, og kun en angiver at have en handleplan i tilfælde af selvmordsadfærd.

Hvilke typer indsatser har kommunerne?

Kommunerne har særlig fokus på henholdsvis ensomhed og social isolation og ældre, der har været indlagt. På disse områder har mere end 80 % af kommunerne angivet, at de har en indsats. Indsatserne til forebyggelse og håndtering af ensomhed og social isolation er præget af et tæt kommunalt samarbejde med det frivillige foreningsliv. Blandt de kommuner, der har en indsats til opfølgning på ældres sygehusindlæggelse, omfatter indsatsen for lidt over halvdelen af kommunernes vedkommende de opfølgende hjemmebesøg ved praktiserende læge og repræsentant fra kommunen.

60 % af kommunerne angiver at have indsatser til forebyggelse/håndtering af alkoholoverforbrug blandt ældre. Reelt fremgår det dog af undersøgelsen, at andelen, der har målrettet alkoholforebyggelsen mod ældre, ligger lavere. Alkoholområdet beskrives i interviewundersøgelsen som et vanskeligt og tabubelagt forebyggelsesfelt, men flere af de interviewede kommuner beskriver samtidig et stigende fokus på området. En stor del af indsatserne ligger i regi af de forebyggende hjemmebesøg i samarbejde med misbrugsbehandling og/eller praktiserende læge.

Lidt over halvdelen af kommunerne angiver, at de har indsatser til forebyggelse/håndtering af depression og angst, primært i regi af forebyggende hjemmebesøg og praktiserende læge. Knap 40 % af indsatserne på dette område omfatter 'Lær at tackle kronisk angst og depression'¹¹, der varetages af frivillige.

Indsatsområdet sårbare livsfaser, der i undersøgelsen er eksemplificeret ved sorg, pensionering og flytning, er fokusområde for 60 % af kommunerne, primært i form af supplerende forebyggende hjemmebesøg i forbindelse med ægtefælles død.

Opsporing

De forebyggende hjemmebesøg angives at være den væsentligste opsporingsarena i forhold til alkohol, angst/depression, ensomhed/social isolation og sårbare livsfaser – over 90 % af kommunerne angiver, at de ældre opspores i dette regi. Også hjemmeplejen, demenskonsulent, frivillige og pårørende nævnes som vigtige aktører i opsporingen, mens kommunale instanser uden for ældreområdet i mindre grad rapporteres at opspore de sårbare ældre.

Langt størstedelen af kommunerne angiver, at de ikke benytter systematiske opsporingsredskaber (screening) inden for nogen af indsatsområderne, og blandt de få, der rapporterer at de gør, benyttes de usystematisk. Holdningen blandt ældrekonsulenterne til systematisk opsporing (screening) af de ældre er generelt skeptisk, primært med begrundelse i tidsforbruget samt formodning om, at det skaber distance i dialogen med borgeren.

Af relevans for opsporingen er endvidere invitationspraksis til de forebyggende hjemmebesøg. Flere af de interviewede kommuner fokuserer på højrisikogrupper ved hjælp af invitationer med fastsat dato og tidspunkt, de såkaldte 'ja-tak-invitationer'.

På visse områder benytter kommunerne sig af systematiske dataudtræk eller meddelelser fra praktiserende læge/sygehus i identifikation/opsporingen. Dette gælder dels sårbare ældre borgere, der udskrives fra sygehus, hvor knap 80 % af de kommuner, der har en opfølgende indsats, identificerer borgerne på denne måde. Det gælder desuden borgere, der befinder sig i sårbare livsfaser. Her angiver 32 % af kommunerne, at de benytter systematiske dataudtræk, f.eks. fra Folkeregisteret til identifikation af målgruppen. Denne systematik sikrer, at kommunen identificerer

¹¹ 'Lær at tackle angst og depression' er en videreudvikling af kurset 'Lær at leve med kronisk sygdom', der er et evidensbaseret kursus til mennesker med kronisk sygdom. Kurset udbydes af Komiteen for Sundhedsoplysning i samarbejde med Sundhedsstyrelsen.

sårbare ældre, som ikke har et netværk, eller som ikke har øvrig kontakt med kommunen.

Kompetenceudvikling

En tredjedel af kommunerne angiver, at relevante medarbejdere inden for de sidste to år har deltaget i kompetenceudvikling vedrørende forebyggelse/håndtering af selvmordsadfærd eller psykisk mistrivsel blandt ældre borgere. Heraf beskriver ca. en fjerdedel af kommunerne, at kompetenceudviklingen specifikt har omhandlet selvmordsadfærd blandt ældre. Knap to tredjedele af kommunerne i undersøgelsen angiver, at de gerne vil prioritere kompetenceudvikling på området. Det beskrives i interviewene, at det er vigtigt for kommunernes deltagelse, at kurset er gratis.

Samarbejde

De vigtigste samarbejdspartnere for kommunerne er de praktiserende læger. Såfremt man i kommunalt regi opspor en ældre med selvmordsadfærd, henvises eller følges borgeren til egen læge med henblik på videre behandling. Også frivillige er en meget vigtig samarbejdspartner for kommunerne i de undersøgte indsatser, primært i form af aktiviteter og sociale tilbud, men også i forbindelse med 'Lær at leve med angst og depression'-kurserne. Generelt set beskrives et begrænset samarbejde med kommunale aktører på andre områder end ældreområdet. Regionerne nævnes især som samarbejdspartnere i forbindelse med opfølgning på sygehusindlæggelser.

Supplerende forebyggende hjemmebesøg

80 % af kommunerne i undersøgelsen angiver, at de tilbyder supplerende forebyggende hjemmebesøg. Størstedelen af kommunerne angiver at tilbyde besøgene fra 75 år, men nogle få kommuner tilbyder besøg til udvalgte grupper allerede fra 50 år.

I de kommuner, der angiver, at de tilbyder supplerende forebyggende hjemmebesøg, er enker/enkemænd (85 %) den vigtigste målgruppe. Det beskrives i de kvalitative interviews, at besøgene tildeles efter en individuel vurdering, således at der ved et identificeret behov tildeles et eller flere supplerende hjemmebesøg. Råderummet for vurderingen og tildelingen af supplerende besøg er i de interviewede kommuner stort.

Samlet billede

Det samlede billede, der tegner sig, er, at omkring en femtedel af kommunerne i undersøgelsen har en særlig målrettet indsats omhandlende forebyggelse af psykisk og/eller social mistrivsel og selvmordsadfærd blandt ældre. Disse kommuner angiver, at de har indsatser på fire eller flere af de udvalgte forebyggelsesområder. Desuden har disse kommuner inden for de seneste to år kompetenceudviklet relevant personale inden for psykisk mistrivsel og/eller selvmordsadfærd, og endelig tilbyder kommunerne enke/enkemandsbesøg i regi af de supplerende forebyggende hjemmebesøg.

De forebyggende hjemmebesøg/supplerende forebyggende hjemmebesøg udgør en meget væsentlig arena for opsporing af ældre, der psykisk mistrives. Samtidig er området præget af ældrekonsulenternes – og andre fagprofessionelle inden for ældreområdet – egne vurderinger af den ældres problematikker. Et fåtal af kommunerne benytter sig af opsporingsredskaber (screening). Selvom ancienniteten blandt ældrekonsulenterne er høj, stiller det meget høje krav til deres kompetencer, særlig

set i lyset af, at opsporing af psykiske problemer skal identificeres inden for den time til halvanden, som besøget varer. Endvidere peger undersøgelsen på, at invitationspraksis til de supplerende, forebyggende hjemmebesøg i høj grad er præget af konkrete vurderinger og eksempelvis af en præmis om, at borgeren tidligere har modtaget forebyggende hjemmebesøg. Dette indebærer en vis risiko for at overse særlig udsatte grupper, særligt enker/enkemænd uden kontakt med kommunen.

Endelig viser kortlægningsundersøgelsen, at opsporingen i andre områder/forvaltninger end der, hvor de forebyggende hjemmebesøg er forankrede, kun i begrænset omfang bidrager til at identificere ældre med en psykisk problemstilling, eventuelt på grund af manglende dialog på tværs.

Generelt fylder selvmordsforebyggelse blandt ældre meget lidt som specifikt indsatsområde hos kommunerne. Dette kommer blandt andet til udtryk ved beskrivelse af ganske få aktiviteter, der decideret omhandler selvmord. Området skal kobles til forebyggelse af mistroivsel generelt for, at kommunerne opfatter det som relevant da selvmord blandt ældre er en forholdsvis sjælden hændelse.

Ses der på kommunale tilbud til forebyggelse af psykisk og/eller social mistroivsel blandt ældre generelt, viser billedet, at kommunerne overordnet set tilbyder en bred omend noget usystematisk og generel forebyggelsesindsats på området. Undersøgelsens høje svarprocent samt interviewene peger dog på, at kommunerne har interesse for og fokus på området, ligesom praksiseksemplerne illustrerer relevante lokale tiltag.

3. Metode

Undersøgelsen består af tre elementer:

- En forundersøgelse
- En webbaseret spørgeskemaundersøgelse blandt lederne af de forebyggende hjemmebesøg i alle landets kommuner
- Fokusgruppeinterviews med ledere fra seks udvalgte kommuner, der arbejder særlig målrettet med forebyggelse af selvmordsadfærd.

3.1 Forundersøgelse

Formålet med forundersøgelsen var at identificere relevante problemstillinger i forebyggelsen af selvmordsadfærd, med henblik på at målrette dels spørgeskemaundersøgelsen, dels den kvalitative undersøgelse. Forundersøgelsen skulle særligt bidrage til at afgrænse de indsatser, der forbindes med forebyggelse af selvmordsadfærd. I forbindelse med forundersøgelsen blev medarbejdere fra henholdsvis Odense, Jammerbugt, Guldborgsund og Varde Kommune interviewet om deres forebyggende indsatser på området. Kommunerne var udvalgt på baggrund af igangværende/ tidligere relaterede projekter eller hvis kommunerne havde afsat ressourcer til området. Forundersøgelsen inkluderede også et interview med Jan-Henrik Winsløw, funktionsansvarlig psykolog på Enhed for Selvmordsforebyggelse på Aalborg Universitetshospital og repræsentant i Socialstyrelsens nedsatte ekspertgruppe vedrørende forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre.

3.2 Spørgeskemaundersøgelse

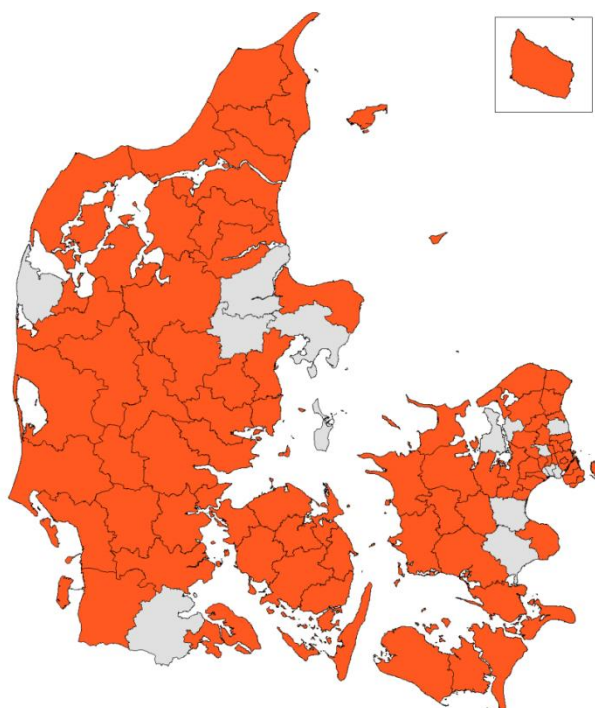
Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var at få et samlet overblik over, hvilke kommuner der har indsatser vedrørende forebyggelse af selvmordsadfærd og forebyggelse af psykisk og/eller social mistrivsel. Desuden var det formålet at kortlægge den kommunale praksis for indsatserne, eksempelvis opsporing, brug af samarbejdspartnere og arena.

Meget få kommuner vil, direkte adspurgt, angive, at de har en indsats til forebyggelse af selvmordsadfærd. Det var derfor væsentligt, at spørgeskemaundersøgelsen kortlagde de indsatser, der forebygger de væsentligste prædiktorer for selvmordsadfærd. Dette omfattede sårbare livsfaser (sorg, enkestand, flytning, pensionering), alkoholoverforbrug, depression og angst, ensomhed og social isolation samt alvorlig sygdom (sygehusindlæggelse). Spørgeskemaet inkluderede også en 'øvrige'-kategori, hvor kommunerne kunne beskrive eventuelle supplerende relevante indsatser.

Et udkast til den webbaserede spørgeskemaundersøgelse blev revideret på baggrund af forundersøgelsen. Blandt andet udgik konkrete spørgsmål om kronisk sygdom og demensindsats, mens fokus på de forebyggende og de supplerende hjemmebesøg blev skærpet. Spørgeskemaet blev pilottestet af to ledere af de forebyggende hjemmebesøg.

Spørgeskemaet (bilag 6) var webbaseret og blev udsendt til alle landets 98 kommuner ultimo september 2013. Mailen var stilet til lederen af de forebyggende hjemmebesøg i kommunen. Vedhæftet mailen var et følgebrev fra Socialstyrelsen samt en Excel-version af spørgeskemaet til brug for eventuel indhentning af data fra andre forvaltninger/områder. Kommunerne blev rykket først pr. mail herefter pr. telefon, inden undersøgelsen lukkede ultimo oktober 2013. I alt svarede 84 kommuner på undersøgelsen, hvilket resulterede i en svarprocent på 86. Se oversigt over besvarende kommuner i bilag 1.1. Nedenfor er de besvarende kommuner (orange) illustreret på et kort.

Figur 1 Besvarende kommuner (orange)



Nedenfor er angivet en oversigt over fordelingen af besvarende kommuner i hver region. Samlet set viser oversigten, at besvarelsesprocenten er fordelt nogenlunde jævnt over landet, dog med særlig høj besvarelsesprocent i Region Nordjylland, Sjælland og Syddanmark, se Tabel 1. På baggrund af besvarelsesprocenten og den geografiske fordeling af besvarelsesprocenten, konkluderes det, at undersøgelsen er repræsentativ for de danske kommuner.

Tabel 1 Kommuner, der har besvaret spørgeskemaet, fordelt på regioner, $n = 84$

Regioner	Kommuner der har besvaret, antal (%)
Region Nordjylland	11 (100 %)
Region Midtjylland	14 (74 %)
Region Syddanmark	21 (95 %)
Region Sjælland	15 (88 %)
Region Hovedstaden	23 (79 %)

3.2.1 Datarensning og behandling

Kommunerne kunne i undersøgelsen angive at have op til tre indsatser på hvert område – eksempelvis tre alkoholindsatser. Resultaterne fra spørgeskemaet baserer sig på kommuner, der angiver at have mindst en indsats på området. Således opgøres alle kommunens angivelser samlet under hver indsats.

I kategorier, hvor det har været muligt at tilføje en kvalitativ beskrivelse, er besvarelser uden reelt indhold, såsom "ved ikke" eller "intet" ekskluderet. Rensede tal er angivet med *.

Alle procentangivelser er afrundede til nærmeste hele tal.

3.3 Kvalitativ undersøgelse

Syv kommuner blev udvalgt til deltagelse i den kvalitative undersøgelse på baggrund af deres besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen, se Tabel 2. Kommunerne blev udvalgt i samarbejde med Socialstyrelsen på baggrund af 1) om kommunen havde beskrevet en indsats til forebyggelse af selvmordsadfærd, 2) om kommunen havde en bred vifte (fire eller flere) indsatser til forebyggelse af alvorlig psykisk og eller social mistrivsel og 3) om kommunen havde angivet, at de havde gennemført kompetenceudvikling af deres medarbejdere (i de forebyggende hjemmebesøg) omhandlende forebyggelse af mistrivsel og/eller selvmordsadfærd inden for de seneste to år. Såfremt kommunen havde angivet, at de brugte screeningsinstrumenter på området, talte dette også positivt for at inkludere kommunen i undersøgelsen.

Deltagerkredsen for fokusgruppeinterviewene var lederen af de forebyggende hjemmebesøg, ældrekonsulenter, sundhedschefen, demenskonsulenten og eventuelle andre relevante medarbejdere på ældreområdet.

Tabel 2 Kommuner, der har deltaget i den kvalitative undersøgelse

Kommuner	Interviewform
Jammerbugt	Fokusgruppeinterview
Frederikshavn	Fokusgruppeinterview
Brønderslev	Fokusgruppeinterview
Viborg	Fokusgruppeinterview
Odense	Fokusgruppeinterview
Frederiksberg	Fokusgruppeinterview
Roskilde	Telefoninterview med leder af forebyggende hjemmebesøg

4. Praksis for kommunernes indsats til forebyggelse af psykisk og/eller social mistrivsel og selvmordsadfærd

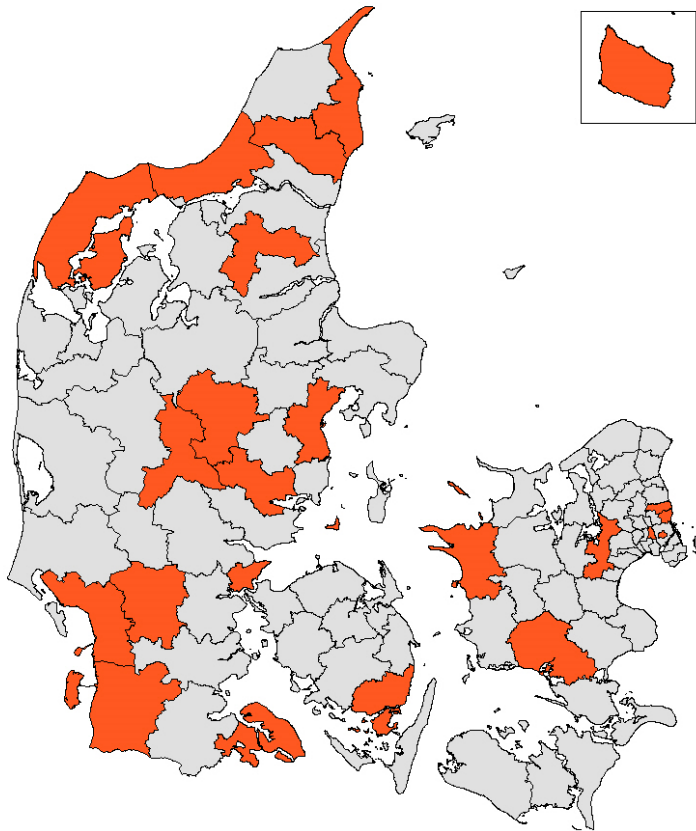
Dette kapitel kortlægger praksis for forebyggende indsatser målrettet selvmordsadfærd og psykisk og/eller social mistrivsel overordnet set. Kapitlet baserer sig på spørgeskemaundersøgelsens data og på den kvalitative undersøgelse.

4.1 Selvmordsforebyggelse generelt

I spørgeskemaundersøgelsen beskriver 31 % (26) af kommunerne, at de har en indsats til forebyggelse af selvmordsadfærd. Ser man nærmere på disse indsatser, angiver størstedelen af kommunerne, at indsatsen omfatter supplerende forebyggende hjemmebesøg. Holdes indsatserne op imod de indsatser, der blev sat i værk i Region Nordjylland, angiver meget få kommuner, 4 % (Jammerbugt, Frederikshavn, Brønderslev), at de har udpeget en nøgleperson/koordinator på området, og kun 8 % (Brønderslev, Hjørring, Holstebro, Jammerbugt, Mariagerfjord, Morsø, Tønder) angiver, at de har gennemgået kompetenceudvikling omhandlende forebyggelse/håndtering af selvmordsadfærd inden for de sidste to år (bilag 2.1).

29 % af kommunerne i undersøgelsen angiver, at de har oplevet selvmord eller selvmordsforsøg i deres regi (f.eks. på plejecentre eller blandt borgere der modtager hjemmehjælp) inden for de seneste to år (bilag 4). Dette tal kan forventes at være endnu højere, da 37 % (31) af kommuner har angivet 'ved ikke' på spørgsmålet. På kortet fremgår det, hvilke kommuner (orange) der angiver, at de har oplevet selvmord eller selvmordsforsøg inden for de seneste to år.

Figur 2 Kommuner, der angiver at de har oplevet selvmord eller selvmordsforsøg i deres regi inden for de seneste to år (orange)



4.2 Indsatser

I spørgeskemaundersøgelsen er kommunerne blevet spurgt om deres indsatser overfor ældre på følgende områder:

- Alkohol
- Depression og angst
- Sårbare livsfaser
- Ensomhed og social isolation
- Opfølgning på sygehusindlæggelser.

Nedenfor ses en oversigt over, hvor mange kommuner, der har angivet, at de har indsatser på de forskellige områder. Oversigten giver en indikation af, hvilket fokus kommunerne har på områderne. De største andele viser sig ved ensomhed og social isolation samt ældre borgere, der har været indlagt.

Tabel 3 Andel af besvarede kommuner for hvert indsatsområde

Indsats	Alkohol N = 50	Depression/ angst N = 46	Ensomhed og social isolation N = 68	Sårbare livsfaser N = 50	Indlæggelse N = 68	Øvrige N = 17
Andel af kommuner	60 %	55 %	81 %	60 %	81 %	20 %

Kommunerne har beskrevet kvalitativt i spørgeskemaundersøgelsen, hvad indsatserne omfatter.

Alkohol: Størstedelen af de kommuner, der oplyser, at de har en indsats på området, angiver, at forebyggelsen/indsatsen foregår i borgerens eget hjem (88 %) i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg. Desuden angives rådgivnings- og behandlingstilbud enten i sundheds-/forebyggelsescenter eller i behandlingsregi.

Depression og angst: Størstedelen af kommunerne angiver, at forebyggelsen/indsatsen foregår i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg/demenskonsulenten, og 40 % af kommunerne angiver, at de benytter sig af 'Lær at tackle angst og depression'¹².

Sårbare livsfaser: Er i spørgsmålet i undersøgelsen eksemplificeret som sorg, flytning og pensionering. De fleste kommuner, der har en indsats på området, angiver, at de tilbyder supplerende forebyggende hjemmebesøg i forbindelse med sorg og tab.

Ensomhed og social isolation: Her beskrives i høj grad frivillige tilbud såsom motion, foredrag, håndværk eller arbejde. En del (10) kommuner angiver i undersøgelsen, at de er med i projekt 'Ensomt eller aktivt ældrelev – et frivilligt valg'. På landsplan er 25 kommuner fordelt på regionerne med i projektet¹³.

Opfølgning på sygehusindlæggelser: Her angives for størstedelens vedkommende de opfølgende hjemmebesøg ved praktiserende læge og hjemmesygepleje på baggrund af udskrivende afdelings vurdering. Udskrivningskoordinator, visitator, telekonferencer, telefonsamtaler til vurdering af behov, fremskudt visitation, hjemmesygeplejerske, rehabiliteringsforløb, fremrykkede forebyggende hjemmebesøg nævnes også som indsatser på området.

¹² 'Lær at tackle angst og depression' er en videreudvikling af kurset 'Lær at leve med kronisk sygdom', der er et evidensbaseret kursus til mennesker med kronisk sygdom. Kurset udbydes af Komiteen for Sundhedsoplysning i samarbejde med Sundhedsstyrelsen.

¹³ Projektet gennemføres af Marselisborg – Center for udvikling, kompetence og viden 2012-2014, og er blandt andet finansieret af Social- Børne- og Integrationsministeriet.

4.3 Opsporing

Opsporing og identifikation er afgørende i forebyggelsen af selvmordsadfærd. I kortlægningen er det undersøgt, hvor opsporingen foregår i praksis. Desuden er metoderne for opsporing undersøgt.

Berøringsfladerne, og kommunens kontaktmuligheder til +60-årige er mange. I interviewene er identificeret nedenstående ikke-udtømmende figur over aktører og tilbud. Oversigten illustrerer variationen i, hvilke berøringsflader kommunen har med +60-årige borgere.

Figur 3 Kommunale berøringsflader til +60-årige borgere



4.3.1 Hvor opsporer kommunerne sårbare ældre borgere?

Alkohol, depression/angst, ensomhed/social isolation og sårbare livsfaser

For de kommuner, der angiver, at de har indsatser omhandlende alkohol, depression/angst, ensomhed/social isolation og sårbare livsfaser, foregår opsporingen for over 90 % af kommunernes vedkommende i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg. Hjemmeplejen og demenskonsulenterne angives også at være væsentlige opsporingsaktører, dette er særligt udtalt for opsporing af alkoholoverforbrug

(henholdsvis 78 % og 70 %) og for problematikker vedrørende ensomhed/social isolation (henholdsvis 78 % og 74 %), se Tabel 4. Det skal nævnes, at de forskellige parter ikke uden samtykke fra borgeren har mulighed for at se indholdet af de forskellige journaler.

Målgruppen, der modtager hjemmepleje, supplerer målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg, idet der som udgangspunkt ikke tilbydes forebyggende hjemmebesøg hos de borgere, der modtager praktisk eller personlig pleje. Hjemmeplejen er derfor en oplagt opsporingsarena. Samtidig nævnes det i de kvalitative interviews, at hjemmeplejen er presset tidsmæssigt, og at uddannelsesniveaue er lavt, hvorfor en opsporingsopgave kan være vanskelig at løfte.

Tabel 4 Opsporing af ældre borgere inden for hvert indsatsområde. Andel af kommuner, der i spørgeskemaundersøgelsen har angivet, at de benytter de forskellige opsporingsmetoder

Opsporingen	Alkohol N = 50	Depression/ angst N = 46	Ensomhed og social isolation N = 68	Sårbare livsfaser N = 50	Indlæggelse N = 68
Ved systematisk dataudtræk/varsler i vores it-systemer	2 % (1)	2 % (1)	12 % (8)	32 % (16)	34 % (23)
I forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg	90 % (45)	91 % (42)	99 % (67)	90 % (45)	28 % (19)
I forbindelse med supplerende forebyggende hjemmebesøg	50 % (25)	63 % (29)	65 % (44)	70 % (35)	18 % (12)
I forbindelse med demenskonsulentens besøg	70 % (35)	65 % (30)	74 % (50)	66 % (33)	18 % (12)
I hjemmeplejen	78 % (39)	63 % (29)	78 % (53)	62 % (31)	46 % (31)
I socialpsykiatrien	54 % (27)	43 % (20)	37 % (25)	20 % (10)	7 % (5)
I aktivitets-/ældre-/dagcentre	56 % (28)	50 % (23)	72 % (49)	48 % (24)	10 % (7)
Tilbud i sundheds- eller jobcenteret	54 % (27)	46 % (21)	24 % (16)	8 % (4)	4 % (3)
Meddelelse fra almen praksis/ sygehus	54 % (27)	50 % (23)	37 % (25)	42 % (21)	72 % (49)
Efter henvendelse fra pårørende	62 % (31)	59 % (27)	69 % (47)	62 % (31)	34 % (23)
Andet (visitationen, forebyggelsescentre, rusmiddelcentre, hjemmeplejen)	18 % (9)	28 % (13)	18 % (12)	8 % (4)	22 % (15)

Pårørende udgør ligeledes en vigtig kilde til opsporing af sårbare ældre borgere. De kommuner, der beskriver, at de har indsatser inden for de fire områder, angiver, at de iværksætter indsatserne efter foranledning fra pårørende. Dette gælder særligt i forhold til ensomhed og social isolation, hvor 69 % af kommunerne beskriver, at de pårørende er kilde til opsporing af problemet. Aktivitets-/ældre-/dagcentre angives også som vigtige aktører i forhold til at opspore sårbare ældre borgere. Der kan der-

for være potentiale i en bred oplysende indsats i lokale medier omhandlende kommunale forebyggelsestilbud.

En opsporingsaktør, der desuden nævnes i spørgeskemaundersøgelsen og i flere af de kvalitative interviews, er visitator. Jammerbugt Kommune peger på, at visitator har været vigtig at inddrage i kompetenceudviklingen i forbindelse med selvmordsforebyggelsesprojektet i Region Nordjylland. Visitator følger borgeren i forbindelse med funktionsevnetab, som kan være forbundet med en øget risiko for selvmordsadfærd. Det kan eksempelvis være efter sygehusindlæggelse med behov for hjemmesygepleje eller hjælpemidler.

Både den kvalitative undersøgelse og spørgeskemaundersøgelsen viser, at opsporingsindsatsen primært finder sted inden for ældreområdet/-forvaltningen. Samtidig peger undersøgelsen på, at opsporingsindsatsen inden for de øvrige kommunale områder/forvaltninger kan styrkes. Respondenterne i undersøgelsen beskriver, at opsporingen kun i begrænset omfang sker i f.eks. sundhedscenter, jobcenter eller socialpsykiatri. En forklaring kan dog også være, at områderne/forvaltningerne arbejder isoleret med problemstillingen, dvs. uden at orientere/inddrage hinanden.

I forhold til eksterne parter angiver omkring halvdelen af kommunerne, at de praktiserende læger bidrager til opsporing til indsatser på alkohol- og depression/angstområdet. For indsatser omhandlende ensomhed/social isolation eller sårbare livsfaser angiver under halvdelen af kommunerne, at de praktiserende læger bidrager til opsporingen.

Sårbare livsfaser

For de kommuner, der angiver, at de har indsatser omhandlende sårbare livsfaser – i undersøgelsen omfatter dette primært enkebesøg – angiver 32 % af dem, at de anvender systematisk dataudtræk/varsler i deres it-system. Dette omfatter eksempelvis en meddelelse fra Folkeregisteret, når en ægtefælle/samlever på samme adresse dør, og der tilbydes enkebesøg til den efterladte.

I Jammerbugt Kommune identificeres nyslåede enker/enkemænd systematisk ved hjælp af udtræk fra det kommunale omsorgssystem. Kun enker/enkemænd, der ikke modtager praktisk eller personlig hjælp, modtager tilbuddet.

For størstedelen af kommunerne foregår opfølgning på ældre i sårbare livsfaser således på mindre systematisk vis. Det beskrives i fokusgruppeinterviewene, at besøgene eksempelvis foretages på foranledning af borgeren selv eller efter henvendelse fra andre enheder i kommunen, pårørende eller frivillige. Herved risikerer man at overse de mest sårbare, der typisk mangler et socialt netværk.

Ældre borgere, der har været indlagt

81 % af kommunerne angiver, at de har en indsats til opfølgning på indlæggelse. Ud af disse kommuner modtager 79 % enten meddelelse fra praktiserende læge/sygehus eller fra dataudtræk/varsler i it-systemet. Denne andel indikerer ligele-

des, at der er potentiale for en mere systematisk opfølgning på sygehusindlæggelser.

4.3.2 Opsporing ved hjælp af invitationspraksis

De forebyggende hjemmebesøg er lovpligtige for kommunerne at tilbyde alle +75-årige mindst én gang om året, hvorfor besøgene udgør en relevant ramme for forebyggelse af selvmordsadfærd og forebyggelse generelt. Kommunalbestyrelsen kan dog vælge at undtage borgere, der modtager både personlig og praktisk pleje, fra ordningen. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at langt størstedelen af opsporingsindsatsen foregår i regi af de forebyggende hjemmebesøg.

Inden for lovgivningens rammer beskriver de interviewede kommuner forskellig praksis for invitation. En 'ja-tak' invitation indeholder et fast tidspunkt for besøg af ældre-konsulenterne. Borgeren skal melde aktivt fra ved eksempelvis at ringe til ældre-konsulenterne, hvis han/hun ikke ønsker et besøg.

En 'nej-tak' invitation indeholder ikke noget fast tidspunkt, men en opfordring til borgeren om at ringe og aftale tid med ældre-konsulenten. Færre ældre modtager et besøg, når invitationen er en 'nej-tak' invitation.

I Ankestyrelsens undersøgelse af forebyggende hjemmebesøg til ældre fra 2010¹⁴ er det opgjort, at 68 % af kommunerne sender et brev med dato for første besøg, mens kun 45 % sender et sådan brev ved efterfølgende besøg, se Tabel 5. I praksis sker der derfor en prioritering af målgrupperne for besøgene.

Tabel 5 Oversigt over invitationspraksis i kommunerne taget fra Ankestyrelsens undersøgelse 2010

	Ved første henvendelse	Ved efterfølgende henvendelse
Der sendes brev med dato for besøget	68 %	45 %
Der sendes brev uden dato, hvor den ældre selv skal kontakte kommunen og aftale et besøg	22 %	34 %
Andet	9 %	21 %

Nogle kommuner beskriver i interviewene, at de har udvidet målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg og tilbyder således besøg til sårbare ældre allerede fra 65 år (f.eks. ved enkestand) eller til +75-årige, der modtager minimal pleje (f.eks. hjælp til at tage støttestrømper på).

¹⁴ Ankestyrelsens undersøgelse af forebyggende hjemmebesøg til ældre, oktober 2010.

I Viborg Kommune inviterer man efter følgende principper:

- > 'Ja-tak' invitation til 75-årige
- > 'Nej-tak' invitation til 76-79-årige
- > 'Ja-tak' invitation til 80+-årige

Derudover afholdes et årligt temamøde for de 76-79-årige, hvor kommunen sætter relevante emner på dagsordenen, eksempelvis kroniske sygdomme.

Kun en kommune i undersøgelsen, Slagelse, nævner en kønsdifferentieret opspøringspraksis, hvor der sendes brev med tilbud om to besøg til enkemænd, henholdsvis en måned og fem måneder efter hustruens/samleverens død.

De forskellige praksisser viser, at afhængig af, hvordan kommunen inviterer de ældre, og hvilke grupper kommunen inviterer, kan de forebyggende hjemmebesøg samt de supplerende forebyggende hjemmebesøg målrettes og prioriteres.

4.3.3 Brug af opspøringsredskaber

Kommunerne er i spørgeskemaundersøgelsen blevet spurgt, om de i forbindelse med deres forskellige indsatser systematisk benytter sig af opspøringsredskaber. Det blev præciseret, at der med systematisk mentes 'for alle borgere'.

Resultaterne peger på, at udbredelsen af – og kendskabet til – systematisk brug af opspøringsredskaber ud over de egen udviklede opspøringsredskaber er meget begrænset.

Tabel 6 Oversigt over opspøringsredskaber i de forskellige indsatser

Opsporingsredskaber	Alkohol N = 50	Depression/ angst N = 46	Ensomhed og social isolation N = 68	Sårbare livsfaser N = 50	Indlæggelse N = 68	Øvrige N = 17
MMSE	4 % (2)	4 % (2)	1 % (1)	2 % (1)	3 % (2)	6 % (1)
SF-12	4 % (2)	0	1 % (1)	2 % (1)	3 % (2)	6 % (1)
WHO-5	0	0	0	0	0	0
SCL 8-AD	0	0	0	0	0	0
BDII	0	0	0	0	0	0
Avlunds trætheds-score	4 % (2)	2 % (1)	6 % (4)	4 % (2)	3 % (2)	12 % (2)
Egen udviklet samtaleguide	8 % (4)	11 % (5)	9 % (6)	10 % (5)	15 % (10)	6 % (1)
Andre	2 % (1*)	9 % (4)	10 % (7*)	14 % (7)	28 % (19*)	6 % (1)

Opsporingsredskaber (screeningsredskaber)

De redskaber, der er mest brugt, er Avlunds træthedsscore, MMSE og SF-12, og det er kun en lille håndfuld kommuner, der angiver, at de anvender disse. I forbindelse med fokusgruppelinterviewene, og i kommentarerne til spørgeskemaundersøgelsen, blev det belyst, at opsporingsredskaberne anvendes sporadisk, dvs. ikke til alle borgerne. F.eks. angiver en kommune, at *'Der benyttes opsporingsredskab systematisk, når man ser problemet. Her benyttes depressionsvurdering og afklarende samtaler.'* Nogle steder beskrives det, at opsporingsredskaberne kun bruges i uddrag, dvs. kun enkelte spørgsmål.

Endvidere er overensstemmelsen mellem de redskaber, der er angivet for de forskellige indsatser, og selve indsatsområdet ikke gennemskuelig. Eksempelvis er MMSE, et opsporingsredskab målrettet demens, angivet at blive anvendt på både alkohol- og depressionsområdet.

Generelt set er der i kommunerne en skepsis i forhold til at bruge opsporingsredskaber i det forebyggende hjemmebesøg. Ældre konsulenterne frygter, at redskaberne tager for meget tid fra den øvrige samtale, og at de skaber afstand til borgerne. Desuden angives det, at opsporingsredskaberne – i fald de skal benyttes – skal udvælges nøje i forhold til sygdomsomsråde og redskabets validitet, og at en klar plan for opfølgning er en forudsætning.

I Odense Kommune har man gode erfaringer med brugen af systematiske opsporingsredskaber i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg, hvorfor man har valgt at implementere SF-12 i de kommende borgerforløb.

Odense Kommune har benyttet opsporingsredskaber i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg. Kommunen har deltaget i et EU-projekt, HANC, der blandt andet indebærer brug af SF-12 og Rejse-sætte-sig-testen, ganghastighed og balance.

Kommunen er p.t. i gang med gennemgribende forandringer på ældre- og handicapområdet, der organiseres omkring borgerforløb. Her er borgerens egne ønsker og mål det centrale omdrejningspunkt. Det betyder blandt andet, at standardydelse skiftes ud med individuelle, målrettede og tidsafgrænsede forløb. Forløbene rummer alle en før og efter måling ved hjælp af SF-12.

Egen udviklede samtaleguide

En del kommuner angiver, at de benytter sig af deres egen udviklede samtaleguide som opsporingsredskab. Guiderne fungerer i de forebyggende hjemmebesøg som en slags huskeliste, hvor relevante emner er angivet. Flertallet af de interviewede kommuner har dog en praksis, hvor der tages udgangspunkt i guidens emneområder, men konkret er guiden ikke 'på bordet' under besøgene. Væsentligt er det i den forbindelse at påpege, at der, jf. vejledningen til lovteksten, tages individuelle hensyn til borgeren, ligesom det ikke er hensigten med besøget at sygeliggøre borgeren¹⁵.

¹⁵ Socialudvalget 2010-11, SOU alm. del Bilag 58, Offentligt Vejledning til hjælp og støtte efter Serviceloven, <http://www.ft.dk/samling/20101/almdel/sou/bilag/58/908998.pdf>

Blandt de andre instrumenter, som kommunerne angiver, er depressionstest (GDS), Fælles sprog, Hjulet (udviklet af Roskilde Kommune), Voksenudredningsmetoden og de 12 sygeplejefaglige problemområder.

'Hjulet' er udviklet til personalet i hjemmeplejen, og indeholder seks forskellige fokusområder personalet skal være opmærksomme på, herunder 'Psykisk/Socialt'. Hjulet er let at anvende for personalet, og anbefales af Sundhedsstyrelsen som værktøj til tidlig opsporing i forbindelse med regeringens nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient.

4.4 Samarbejdspartner

For hver indsats i spørgeskemaundersøgelsen er kommunerne blevet spurgt, hvilke samarbejdspartnere de bruger.

Praktiserende læge

Praktiserende læge er den vigtigste samarbejdspartner for indsatserne i undersøgelsen. I interviewundersøgelsen peger kommunerne på den praktiserende læge som den aktør, de først henviser en selvmordstruet til. Samarbejdet foregår de fleste steder ved, at medarbejderne i kommunen opfordrer borgeren til at opsøge egen læge, men der nævnes også eksempler på, at ældrekonsulenterne fysisk har fulgt en borger til lægen. Ingen af de interviewede kommuner har et målrettet samarbejde med de praktiserende læger om håndtering af selvmordsadfærd. Ældrekonsulenternes opfølgning sker eventuelt ved hjælp af et supplerende forebyggende hjemmebesøg.

Størstedelen af kommunerne angiver, at de praktiserende læger er samarbejdspartner i forhold til alkohol (86 %), depression/angst (74 %) og i forhold til ældre, der har været indlagt (88 %). I mindre grad er lægerne samarbejdspartnere i forhold til indsatserne, der omhandler ensomhed og social isolation (51 %), se Tabel 7.

Frivillige

Kommunerne angiver, at for indsatser omhandlende ensomhed/social isolation og sårbare livsfaser er den vigtigste samarbejdspartner de frivillige, henholdsvis 85 % og 62 %. Samarbejdet dækker over en lang række samværs- og aktivitetsindsatser, der rummer eksempelvis spiseklubber, gåture etc. Ældrekonsulenterne henviser til de forskellige tilbud, og for at sikre det fornødne overblik er nogle kommuner begyndt at registrere tilbuddene i en database.

I Odense Kommune har man etableret 'Paletten', der giver et overblik over alle frivillige indsatser. Databasen opdateres af de ansvarlige for tilbuddet, når der sker ændringer. Læs mere: www.odense.dk/paletten.

Også projekt 'Ensomt eller aktivt ældreliv – et frivilligt valg' har oprettet en samlet database, hvor det er muligt at registrere og opdatere tilbud lokalt. Læs mere: www.aktivtaeldreliv.dk

Frivillige er også en vigtig partner for indsatser omhandlende depression og angst (63 %), hvilket blandt andet kan forklares ved, at instruktørerne for 'Lær at leve med angst og depression' er frivillige.

Lær at tackle angst og depression er en videreudvikling af Lær at leve med kronisk sygdom, der er et evidensbaseret kursus til mennesker med kronisk sygdom. Det er et centralt element, at frivillige, der selv har erfaringer med angst og depression, underviser. Lær at tackle angst og depression er udviklet af Stanford University i Californien i samarbejde med det engelske sundhedsvæsen. I Danmark udbydes kurset af Komiteen for Sundhedsoplysning i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Lær at tackle angst og depression indgår som faglig anbefaling i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke vedrørende mental sundhed, og udbydes p.t. i 45 kommuner.

Læs mere på www.patientuddannelse.info

Mænd udgør en sårbar målgruppe, og flere kommuner har angivet, at de arbejder sammen med frivillige om at tilbyde særlige indsatser målrettet mænd. I forbindelse med forundersøgelsen beskrev Varde Kommune en ambassadør-ordning.

Ældrekonsulenterne i Varde Kommune observerede, at enkemændene i kommunen havde tendens til at isolere sig og blive deprimerede. Enkemandsbesøget, der ligger to måneder efter ægtefælle/partners dødsfald, var for tidligt for mændene til at påbegynde sociale aktiviteter etc. Der er derfor etableret en ambassadør-ordning målrettet enkemænd/enlige mænd over 65 år i Varde Kommune. Ordningen har til formål, at en 'ambassadør' introducerer enkemanden for aktiviteter og eventuelt til hans eget netværk i lokalmiljøet. De frivillige ambassadører – mænd fra lokalområdet - har været gennem et kort kompetenceudviklingsforløb.

Regionerne

Kommunerne arbejder primært sammen med regionerne i forhold til indsatser omhandlende ældre borgere, der har været indlagt (66 %). Indsatsen omfatter primært de opfølgende hjemmebesøg, der tilrettelægges på baggrund af udskrivende sygehusafdelings vurdering. PsykInfo benyttes i mindre grad af kommunerne, mindre end en tiendedel bruger det.

Samarbejdspartnere internt i kommunen

Internt i kommunen nævnes i undersøgelsen en række vigtige samarbejdspartnere, heriblandt demenskonsulenten, hjemmeplejen, rehabiliteringstilbud i sundhedscentrene. Sundheds- og forebyggelsescentrene kan indgå som ressource i forbindelse med uddannelse af frontpersonalet og udbud af kurser til borgerne. Rehabiliteringsindsatsen kan endvidere ses som et element i forebyggelsesindsatsen. I Frederikshavn Kommune har man gode erfaringer med tilbud om individuelle samtaler i forbindelse med rehabiliteringsindsatsen for kræftpatienter.

Frederikshavn Kommune tilbyder et 1-årigt rehabiliteringsforløb til borgere med en cancerdiagnose. Forløbet, der er en udstrækning af traditionelle kortere rehabiliteringsforløb, indebærer en individuel samtale med en sundhedsfaglig medarbejder samt fysisk træning. I forbindelse med forløbene er der gennemført før- og eftermålinger af blandt andet trivsel ved hjælp af SF-36. Resultaterne viser, at borgerne har haft en positiv udvikling i deres trivsel efter at have gennemført forløbet.

Demenskonsulenten spiller en vigtig rolle i forbindelse med opsporingen af psykisk og/eller social mistrivsel. I de interviewede kommuner beskrives et nært samarbejde mellem ældrekonsulenterne og demenskonsulenten.

Demenskonsulenterne i Frederiksberg Kommune har oprettet en samtaleterapigruppe for efterladte af demente (demenskonsulenterne har psykologbaggrund). Opsporingen foregår primært på plejecentre, og der er løbende optag. Erfaringerne er positive, dog ses en vis tendens til at ressourcetsvage ældre takker nej til deltagelse – i disse tilfælde tilbydes individuelle samtaler.

En meget lille andel af kommunerne angiver, at de ikke har nogen samarbejdspartner. Dette gælder dog ikke for området 'sårbare livsfaser', her har en femtedel af kommunerne angivet, at de ikke har samarbejdspartnere. Dette kan forklares ved, at en vigtig del af indsatsen overfor sårbare livsfaser ligger i regi af de forebyggende hjemmebesøg.

Tablet 7 Oversigt over kommunernes samarbejdspartnere for hvert indsatsområde

Samarbejdspartnere	Alkohol N = 50	Depression/ angst N = 46	Ensomhed og social isolation N = 68	Sårbare livsfaser N = 50	Indlæggelse N = 68
Frivillige	28 % (14)	63 % (29)	85 % (58)	62 % (31)	12 % (8)
Regionen	36 % (18)	37 % (17)	12 % (8)	18 % (9)	66 % (45)
Praktiserende læge	86 % (43)	74 % (34)	51 % (35)	58 % (29)	88 % (60)
PsyklInfo	6 % (3)	15 % (7)	9 % (6)	10 % (5)	6 % (4)
Andre (hjemmeplejen, psykiatrien, rehabilitering, social-centres støtte og kontaktpersoner)	44 % (22*)	22 % (10)	25 % (17)	24 % (12)	10 % (7*)
Ingen	4 % (2)	7 % (3)	9 % (6)	20 % (10)	6 % (4)

Det støttende og ledsagende princip

I forbindelse med akutte selvmordstruede borgere nævner flere af kommunerne i interviewundersøgelsen (Frederikshavn, Jammerbugt og Brønderslev), at de bruger det støttende og ledsagende princip, hvor der til stadighed er en ansvarlig, der sikrer sig at næste skridt (eller parallelle skridt) i processen følges, og at borgeren hjælpes godt på vej i forløbet. Da opsporingen foregår primært i den kommunale hjemmepleje, er det typisk her samarbejdet med praktiserende læge eller anden behandler/samarbejdspartner etableres. Det støttende og ledsagende princip har særlig relevans i forbindelse med sektorovergange, der kan være vanskelige at håndtere for en

sårbar ældre borger.

4.5 Kompetenceudvikling

32 % (27) kommuner har svaret, at de har kompetenceudviklet relevante medarbejdere, frivillige eller pårørende i forhold til forebyggelse/håndtering af selvmordsadfærd eller psykisk mistrivsel blandt ældre borgere (bilag 5.1).

Af disse kommuner har næsten en fjerdedel (Tønder, Mariagerfjord, Brønderslev, Hjørring, Jammerbugt, Morsø) beskrevet, at deres kompetenceudvikling har omhandlet selvmord. Alle på nær en af disse kommuner hører til Region Nordjylland. Resten af kommunerne beskriver, at emnet for kompetenceudviklingen har været psykisk og/eller social mistrivsel og værktøjer omhandlende psykisk og/eller social mistrivsel.

Generelt set har målgrupperne for kompetenceudviklingen primært været ældre konsulenterne, men også øvrige medarbejderkategorier fra ældreområdet. Det beskrives i de kvalitative interviews, at kompetenceudviklingen har givet et fælles udgangspunkt og forståelse for opsporing og håndtering af selvmordsadfærd.

I Jammerbugt Kommune gennemførte man i forbindelse med modelprojektet om selvmordsforebyggelse i Region Nordjylland en række kompetenceudviklingsforløb. En gruppe visitatorer, ældre konsulenter, medarbejdere fra hjemmesygeplejen samt gruppeledere fra hvert område i hjemmeplejen blev uddannet til at være nøglepersoner for området (60 timer). Formålet med nøglepersonsfunktionen er, at personalet kan trække på nøglepersonens specialviden, nøglepersonen kan "overtage" borgeren, eller vejlede en medarbejder i forbindelse med en borgers selvmordsadfærd. Nøglepersonerne blev også undervist i at kunne opkvalificere relevant personale samt frivillige.

Derudover gennemførte ca. 30-35 medarbejdere i hjemmeplejen et kursus i forebyggelse af selvmordsadfærd (30 timer). Kurset, som også var en del af nøglepersonernes kursus, omfattede selvmordsvurdering og -risiko, selvmordsprocessen, holdningsbevidsthed, kriser og krisehåndtering, herunder ensomhed og forskellige mestningsstrategier. Derudover omfattede det også områderne depression, udredningssamtale, efterladt efter selvmord og det støttende og ledsagende princip¹⁶.

I dag, fire år efter selvmordsprojektets afslutning, tilbyder nøglepersonerne i Jammerbugt Kommune stadig undervisning i selvmordsforebyggelse to gange årligt (2-3 timer). Alle nyansatte, elever og andre, der har interesse, får tilbud om deltagelse.

Størstedelen af de kommuner, der angiver, at de har gennemført kompetenceudvikling inden for de sidste to år, beskriver, at den har omhandlet social/psykisk mistrivsel. Indholdet har blandt andet været depression, psykisk førstehjælp og den motiverende samtale (bilag 5.1).

¹⁶ Fleischer E, Pleisner J: Indsats til forebyggelse af selvmord blandt ældre i Region Nord 2006-2009. Afslutnings- og statusrapport, 2010.
<http://www.selvmordsforskning.dk/filecache/30933/1276674911/projekt7psykiatrienrnafsl2010.pdf>

Roskilde Kommune har i samarbejde med TrygFonden og Psykiatrifonden afholdt kurset 'Psykisk Førstehjælp' over forår og sommer 2013. 110 kommunale frontmedarbejdere deltog, heraf ca. 30-40 medarbejdere i visitation, sygepleje, hjemmesygeplejen samt 40 frivillige. Formålet er at kunne handle hensigtsmæssigt i krisesituationer og hjælpe en borger eller pårørende, der har behov for akut psykisk førstehjælp. Lolland og Odense kommuner deltager også i projektet.

Læs mere: www.trygfonden.dk

I spørgeskemaundersøgelsen angiver 61 % (51) af kommunerne, at de gerne vil prioritere kompetenceudvikling omhandlende forebyggelse af selvmordsadfærd og psykisk mistrivsel (f.eks. i form af et todages, gratis kursus) (bilag 5.2). I interviewene lægges der vægt på, at kurserne er gratis, og derudover præciseres det, at emnet for kompetenceudviklingen skal være mistrivsel generelt i stedet for blot selvmordsforebyggelse, for at det er relevant at prioritere deltagelsen i kurserne.

4.6 Dokumentation

Nedenstående Tabel 8 viser, hvor stor en andel af kommunerne, der dokumenterer mindst en af deres indsatser på området. Indsatsen for ældre borgere, der har været indlagt, er den, der er bedst dokumenteret af kommunerne. Denne indsats består primært af opfølgende hjemmebesøg.

En stor del af de øvrige indsatser foregår i regi af de forebyggende hjemmebesøg eller i frivilliglivet. Dokumentationen af de forebyggende hjemmebesøg sker i de fleste interviewede kommuner ved, at ældrekonsulenterne i deres egen journal noterer stikord om, hvad samtalen med den ældre omhandlede, og hvilke aftaler der eventuelt er blevet indgået. Dokumentationen foregår enten i et omsorgssystem eller på papir. Øvrige enheder i kommunen har ikke mulighed for at læse journalen medmindre borgeren har givet samtykke hertil, blot kan det ses, om der er givet tilbud om besøg. Der er ikke praksis for dokumentation af deltagelse i frivillige tilbud udenfor kommunalt regi.

Tabel 8 Oversigt over dokumentation af indsatserne for hvert område

Dokumentation af indsatserne	Alkohol N = 50	Depression/ angst N = 46	Ensomhed og social isolation N = 68	Sårbare livsfaser N = 50	Indlæggelse N = 68
Ja	40 % (20)	35 % (16)	26 % (18)	44 % (22)	78 % (53)
Nej/ved ikke	60 % (30)	65 % (30)	74 % (50)	56 % (28)	22 % (15)

4.7 Strategi og handleplaner

En overordnet strategi omhandlende selvmordsadfærd, subsidiært mental sundhed, signalerer en overordnet prioritering af området i kommunen. På samme måde kan handleplaner for håndtering af selvmordsadfærd i praksis indikere en implementering af principperne og sikre en robusthed i forhold til udskiftning af medarbejdere.

Ingen af kommunerne i spørgeskemaundersøgelsen har en strategi til forebyggelse/håndtering af selvmordsadfærd, hvor ældre borgere er en del af målgruppen. Kun en kommune, Kolding, angiver, at have en skriftlig handleplan til håndtering af selvmordsadfærd, se Tabel 9.

12 % af kommunerne angiver, at de har en strategi til forebyggelse af psykisk og/eller social mistrivsel, hvor ældre borgere er en del af målgruppen. Denne andel kan nok reelt vurderes at være større, eksempelvis foretog KL en undersøgelse i starten af 2012, der viste, at 19 ud af de 25 kommuner, der deltog i undersøgelsen havde mental sundhed som en del af deres sundhedspolitik¹⁷.

Tabel 9 Oversigt over kommuner med strategi og/eller handleplan, n=84

Strategi	Andel N = 84	Kommuner
Skriftlig handleplan til håndtering af selvmordsadfærd blandt ældre borgere	1 % (1)	Kolding Kommune
Har kommunen en strategi til forebyggelse af psykisk og/eller social mistrivsel, hvor ældre borgere er en del af målgruppen?	12 % (10)	Allerød Kommune, Fanø Kommune, Fredensborg Kommune, Fredericia Kommune, Frederiksberg Kommune, Hørsholm Kommune, Rebild Kommune, Roskilde Kommune, Silkeborg Kommune, Århus Kommune

4.8 Forebyggelse af psykisk og/eller social mistrivsel og selvmordsadfærd – kvalificering af kommunernes indsatser

Indsatsen til forebyggelse/håndtering af selvmordsadfærd blandt ældre i kommunalt regi er ikke fast defineret i sundheds- eller servicelovgivningen. I kortlægningen er der sat fokus på en række forskellige indsatsområder, der alle kan bidrage til forebyggelsen af psykisk og/eller social mistrivsel og selvmordsadfærd blandt ældre.

¹⁷ Kommunernes Landsforening. Kommunale sundhedspolitikker – en oversigt over indsatsområder, målgrupper og mål i 25 kommuner. Notat, januar 2012.

For at give et billede af, hvilke kommuner der har en særlig indsats på området, har COWI opstillet et pointsystem, der er baseret på oplysninger om indsatser fra spørgeskemaundersøgelsen. Der er udvalgt tre indsatsområder, der vurderes at være særligt væsentlige for forebyggelsesindsatsen. Jo flere af de tre indsatsområder en kommune dækker, jo flere point får kommunen. Tabellen nedenfor viser, hvilke indsatser der er valgt, og hvordan de er konkretiseret.

Tabel 10 Oversigt over indsatsområder, der kan bidrage til forebyggelse af psykisk og/eller social mistrivsel og selvmordsadfærd

Indsatsområde	Konkretiseret ved
Måltrettet kompetenceudvikling	Kompetenceudvikling af personale indenfor psykisk mistrivsel/forebyggelse af selvmordsadfærd (forebyggende hjemmebesøg, hjemmepleje, hjemmesygepleje) inden for de seneste to år.
Bred forebyggende indsats i forhold til prædiktorer for selvmordsadfærd blandt ældre	Kommunen arbejder med 4 eller flere indsatser inden for henholdsvis alkoholforebyggelse, angst/depression, ensomhed/social isolation, sårbare livsfaser, opfølgning på sygehusindlæggelser.
Opfølgning på nyslået enke/enkemandsskand	Kommunen foretager supplerende (?) forebyggende hjemmebesøg over for ældre, der er blevet enker/enkemænd.

Pointene har samme vægt, hvorfor en særlig måltrettet indsats i form af eksempelvis kompetenceudvikling af alt relevant personale i selvmordsforebyggelse vejer det samme som to ældrekonsulenters deltagelse i en temadag om depression. Med dette forbehold giver systemet en indikation af, hvilke kommuner der har en særlig forebyggende indsats på området.

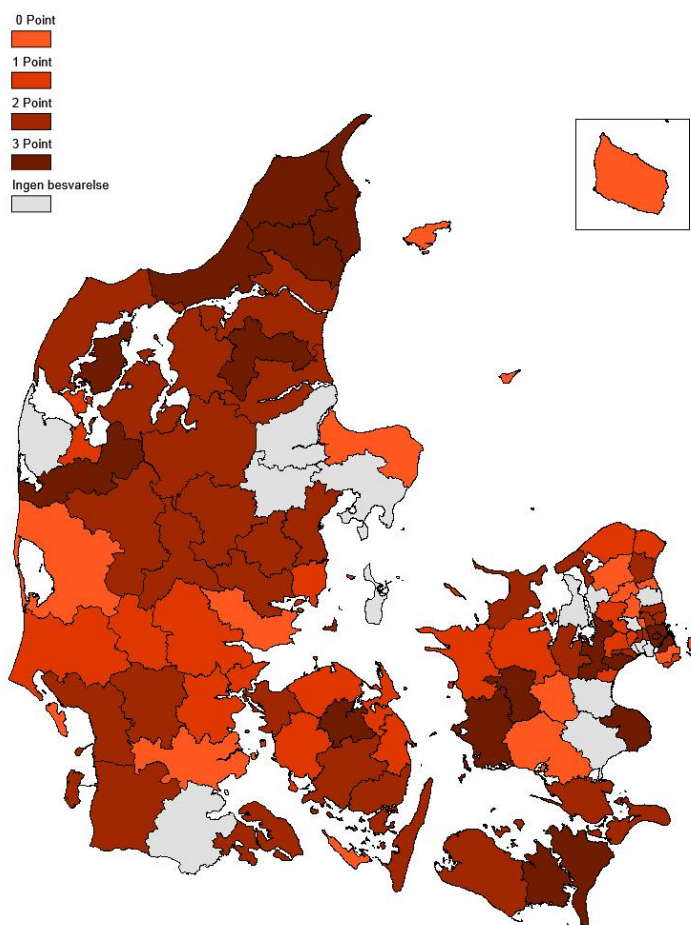
Nedenfor fremgår det, hvor mange kommuner der får henholdsvis 0, 1, 2 eller 3 points for indsatsen til forebyggelse af psykisk og/eller social mistrivsel og selvmordsadfærd.

Tabel 11 Fordeling af kommuner ud fra pointsystem, $n = 84$

Antal points	Antal kommuner
0 point	16 kommuner
1 point	20 kommuner
2 points	32 kommuner
3 points	16 kommuner

Kommunernes points er illustreret på nedenstående kort (se også bilag 3). Det fremgår, at særligt de nordjyske kommuner har mange points. Interviewene i tre nordjyske kommuner viser også, at modelprojektets principper stadig går igen, herunder løbende intern kompetenceudvikling og en udpeget nøgleperson. Desuden er der i kommunerne et skærpet fokus på selvmordsadfærd blandt ældre, der blandt andet kommer til udtryk ved deltagelse i temadage om emnet.

Figur 4 Kort over kommuner med en særlig aktiv indsats og mindre aktiv indsats til forebyggelse af selvmordsadfærd og psykisk mistrivsel



5. Kommunale indsatsområder til forebyggelse af psykisk og/eller social mistrivsel og selvmordsadfærd

Kapitlet omfatter en gennemgang af indsatsområder med betydning for forebyggelsen/håndtering af selvmordsadfærd blandt ældre. Indsatserne omfatter:

- Alkohol
- Depression og angst
- Ensomhed og social isolation
- Sårbare livsfaser
- Opfølgning på sygehusindlæggelser

5.1 Alkohol

Kommunerne har ansvaret for forebyggelse og behandling af alkoholproblemer, jf. Sundhedsloven. I undersøgelsen angiver 60 % (50) af kommunerne, at de har indsatser til forebyggelse/håndtering af et problematisk alkoholforbrug blandt ældre, se Tabel 3.

Indhold af indsatser

Kommunerne har beskrevet indholdet af deres indsatser kvalitativt. Størstedelen af indsatserne sker i regi af de forebyggende hjemmebesøg i borgernes hjem (bilag 2.2).

Syv af kommunerne angiver de forebyggende hjemmebesøg/supplerende forebyggende hjemmebesøg som eneste indsats på området. Generelt set må det dog formodes, at alkohol, omend i varierende omfang, er et opmærksomhedspunkt i de forebyggende hjemmebesøg i alle kommuner.

Ti kommuner rapporterer, at de har uddannet personalet (Fanø, Frederiksberg, Herning, Hjørring, Langeland, Nordfyn, Odense, Silkeborg, Svendborg og Ærø) i eksempelvis den motiverende samtale eller i at tage 'den svære samtale' om alkoholforbrug.

Roskilde Kommunes sundhedscenter udbyder et kursus for relevante medarbejdere i ældreplejen af to dages varighed. Visitorer, forebyggelseskonsulenterne og sagsbehandlere på hjælpemiddelområdet har været med til kurset. Første dag omhandler fakta og myter om alkohol, og anden dag omhandler 'den korte samtale om alkohol'.

Opsporingsregi

Blandt de kommuner, der rapporterer, at de har en indsats overfor alkohol, angives det, at opsporingen af borgere til denne indsats primært foregår i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg (90 %), i hjemmeplejen (78 %) og i forbindelse med demenskonsulentens besøg (70 %).

Tabel 12 Brug af opsporingsmetode blandt kommuner med indsatser til forebyggelse/håndtering af problematisk alkoholforbrug, n=50

Opsporing	N = 50
Ved systematisk dataudtræk/varslers i vores it-systemer	2 % (1)
I forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg	90 % (45)
I forbindelse med supplerende forebyggende hjemmebesøg	50 % (25)
I forbindelse med demenskonsulentens besøg	70 % (35)
I hjemmeplejen	78 % (39)
I socialpsykiatrien	54 % (27)
I aktivitets-/ældre-/dagcentre	56 % (28)
Tilbud i sundheds- eller jobcenteret	54 % (27)
Meddelelse fra almen praksis/sygehus	54 % (27)
Efter henvendelse fra pårørende	62 % (31)
Andet (visitationen, forebyggelsescentre, rusmiddelcentre, hjemmeplejen)	18 % (9)

Opsporingsredskaber

Meget få kommuner – 6 ud af de 50 – angiver, at de bruger opsporingsredskaber i forbindelse med denne indsats. Ingen af de angivne redskaber er målrettet alkohol (f.eks. CAGE-C eller AUDIT).

Tabel 13 Brug af opsporingsredskab blandt kommuner med indsatser til forebyggelse/håndtering af problematisk alkoholforbrug, n=50

Opsporingsredskab	N = 50
MMSE	4 % (2)
SF-12	4 % (2)
WHO-5	0
SCL8-AD	0
BDII	0
Avlunds træthedsscore	4 % (2)
Egen udviklet samtaleguide	8 % (4)
Andre (Fælles Sprog II, Voksenudredningsmetoden, de 12 sygeplejefaglige problemområder og Hjulet)	2 % (1*)

Den kvalitative undersøgelse viser, at man i flere kommuner har alkohol som et punkt i samtaleguiden i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg. Ældre-konsulenterne beskriver, at de er opmærksomme på alkohol, eksempelvis i forbindelse med ernæringscreening, hvor kost og væskeindtag gennemgås, eller i forbindelse med faldforebyggelse, hvor svimmelhed eksempelvis kan være forårsaget af et højt alkoholforbrug. Samtidig beskriver kommunerne, at alkohol ikke afdækkes systematisk i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg, og at alkohol endvidere er et tabuiseret og privat emne, som er vanskeligt at berøre i samtalen med den ældre.

Arena

De kommuner, der angiver, at de har en indsats til forebyggelse/håndtering af et problematisk alkoholforbrug blandt ældre, er blevet spurgt om, hvilken arena indsatserne foregår i. Størstedelen svarer, at de foregår i borgerens hjem (88 %), hvilket bekræfter, at forebyggelses- og rådgivningsindsatserne primært sker i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg, se Tabel 14.

Dertil angiver ca. en fjerdedel af kommunerne, at de har misbrugs- og behandlingscentre samt særlige afdelinger/afsnit i plejecentre, der håndterer ældre med alkoholproblemer. Én kommune angiver, at den har alkoholforbud på dagcentre og daghjem.

Tabel 14 Arena for indsatser blandt kommuner med indsatser til forebyggelse/håndtering af problematisk alkoholforbrug, n=50

Arena	N = 50
I borgerens hjem	88 % (44)
I sundhedscenteret/forebyggelsescenteret	58 % (29)
I aktivitets-/ældre-/dagcentre	36 % (18)
Andre (misbrugscentre, alkoholambulatorier)	26 % (13)

Målgruppe

50 kommuner – svarende til 60 % – har som før nævnt angivet, at de har indsatser til forebyggelse/håndtering af ældres alkoholoverforbrug. Herudaf har 23 kommuner svaret, at deres indsatser vedrørende alkoholoverforbrug specifikt er målrettet ældre (borgere på plejecentre, borgere der modtager hjemmehjælp, borgere der modtager det forebyggende hjemmebesøg, bilag 2.2). De resterende kommuner angiver, at deres indsatser er målrettet alle borgere i kommunen, hvilket i princippet er en lov-bunden opgave, som alle kommuner skal løfte.

Samarbejdspartnere

Størstedelen af kommunerne (86 %) rapporterer, at de arbejder sammen med den praktiserende læge om forebyggelse/håndtering af ældres problematiske alkoholforbrug. Desuden angives rusmiddelcentre/alkoholbehandlingen (i kategorien 'andre') som en hyppig samarbejdspartner, se Tabel 15.

Tabel 15 Brug af samarbejdspartner blandt kommuner med indsatser til forebyggelse/håndtering af problematisk alkoholforbrug, n=50

Samarbejdspartner	N = 50
Frivillige	28 % (14)
Regionen	36 % (18)
Praktiserende læge	86 % (43)
PsyklInfo	6 % (3)
Andre (hjemmepleje, kommunale/regionale/private rusmiddeltilbud)	44 % (22*)
Ingen	4 % (2)

5.2 Angst og depression

55 % (46) af de besvarende kommuner rapporterer i spørgeskemaundersøgelsen, at de har indsatser til forebyggelse/håndtering af angst og depression blandt ældre borgere, se Tabel 3.

Indhold af indsatser

Størstedelen af de 46 kommuner, der har angivet, at de har en indsats overfor angst og depression hos ældre, angiver, at indholdet af indsatsen foregår som led i det forebyggende hjemmebesøg, eventuelt også det supplerende forebyggende hjemmebesøg og demenskonsulenten (bilag 2.3).

18 ud af de 46 kommuner (39 %) beskriver i spørgeskemaundersøgelsen, at de benytter sig af Komitéen for Sundhedsoplysnings Stanford-koncept 'Lær at tackle angst og depression'. Kurset er en del af anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om mental sundhed. Omfanget af kommuner, der udbyder kurset, svarer nogenlunde til den opgørelse, der ligger på Komitéens hjemmeside, her er det beskrevet, at 45 (46 %) danske kommuner udbyder kurset.

Generelt set gælder det, at tilbud om 'Lær at tackle angst og depression' ikke specifikt er målrettet ældre borgere, men alle i målgruppen, der er over 18 år.

Opsporingsregi

Kommunerne i undersøgelsen anvender flere platforme til opsporingen. Størstedelen angiver, at de benytter de forebyggende hjemmebesøg som opsporingsarena. Omkring 2/3 af kommunerne anvender de supplerende forebyggende hjemmebesøg og hjemmeplejen til opsporing af ældre med angst og/eller depression. Demenskonsulenten bidrager endvidere i omkring 2/3 af kommunerne til opsporing af angst-/depressionsproblematikker hos de ældre borgere. De pårørende er endvidere en kilde til opsporingen blandt 59 % af kommunerne, se Tabel 16.

I mindre omfang opspores angst og depression i andre kommunale regi. 46 % af kommunerne angiver, at de ældre opspores i sundheds- eller jobcenteret. 43 % angiver, at de ældre opspores i socialpsykiatrien. Halvdelen angiver, at de får meddelelse fra almen praksis/sygehus.

En del angiver endvidere, at de anvender annoncering i lokale medier, hjemmesider og gør brug af pjecer, således at folk selv kan henvende sig.

Tabel 16 Brug af opsporingsmetode blandt kommuner med indsatser til forebyggelse/håndtering af depression og angst, n=46

Opsporingen	N = 46
Ved systematisk dataudtræk/varslers i vores it-systemer	2 % (1)
I forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg	91 % (42)
I forbindelse med supplerende forebyggende hjemmebesøg	63 % (29)
I forbindelse med demenskonsulentens besøg	65 % (30)
I hjemmeplejen	63 % (29)
I socialpsykiatrien	43 % (20)
I aktivitets-/ældre-/dagcentre	50 % (23)
Tilbud i sundheds- eller jobcenteret	46 % (21)
Meddelelse fra almen praksis/sygehus	50 % (23)
Efter henvendelse fra pårørende	59 % (27)
Andre (annoncering/oplysningspjecer, sundhedscentre, medier, personlig kontakt, ældrecentre)	28 % (13)

Opsporingsredskaber

Få kommuner angiver, at de benytter opsporingsredskaber i forbindelse med opsporing af angst og depression. MMSE angives af to kommuner, hvilket kan undre i sammenhæng med angst- og depressionsindsatsen. Avlunds træthedsscore angives af en. Fem kommuner angiver, at de bruger deres egen samtaleguide til at opspore angst og depression, og fire kommuner angiver, at de bruger andre opsporingsredskaber, heriblandt Fælles Sprog, Voksenudredningsmetoden (VUM) og GDS.

Tabel 17 Brug af opsporingsredskab blandt kommuner med indsatser til forebyggelse/håndtering af depression og angst, n=46

Opsporingsredskab	N = 46
MMSE	4 % (2)
SF-12	0
WHO-5	0
SCL8-AD	0
BDII	0
Avlunds træthedsscore	2 % (1)
Egen udviklet samtaleguide	11 % (5)
Andre (Bl.a. Fælles Sprog II, VUM, de 12 sygeplejefaglige problemområder og Hjulet)	9 % (4)

Målgruppe

Målgruppen for indsatserne angives for 46 % (21) ud af de kommuner, der har en indsats overfor angst og depression, at være ældre (bilag 2.3). For de resterende er målgruppen alle voksne borgere i kommunen. Denne målgruppe er især beskrevet for indsatser, der omhandler patientuddannelse.

Samarbejdspartnere

Størstedelen, 74 % af de kommuner der har en indsats på området, rapporterer, at den praktiserende læge er samarbejdspartner, se Tabel 18.

Frivillige er desuden en væsentlig samarbejdspartner, eksempelvis i form af instruktører i 'Lær at tackle angst og depression'. Derudover er frivillige repræsenteret ved foreninger, der beskæftiger sig med psykisk syge og deres pårørende, demenscaféer, etc.

37 % af kommunerne angiver, at de arbejder sammen med regionen. Denne relativt lave procentsats forklares ved, at det primært er praktiserende læge, der varetager kontakten til behandlingspsykiatrien.

Få kommuner gør brug af PsykInfo. Kun 15 % angiver, at PsykInfo er en samarbejdspartner. Af andre samarbejdspartnere nævnes særligt øvrige kommunale enheder: hjemmeplejen, demenskonsulenter, sundhedscenter, visitator, men også pårørende.

Tabel 18 Brug af samarbejdspartner blandt kommuner med indsatser til forebyggelse/håndtering af depression og angst, n=46

Samarbejdspartner	N = 46
Frivillige	63 % (29)
Regionen	37 % (17)
Praktiserende læge	74 % (34)
PsykInfo	15 % (7)
Andre (hjemmeplejen, sundhedscentre, visitationen, jobcentre, pårørende)	22 % (10)
Ingen	7 % (3)

Arena

Den arena, som flest kommuner benytter i forbindelse med forebyggelsesindsatsen overfor depression og angst, er borgerens hjem (76 %), hvilket bekræfter kommunernes beskrivelse af, at indsatserne foregår i regi af forebyggende hjemmebesøg, supplerende forebyggende hjemmebesøg og demenskonsulenten, se Tabel 19.

Halvdelen af kommunerne angiver endvidere, at indsatserne foregår i sundhedscenteret/forebyggelsescenteret, og 39 % angiver, at indsatserne foregår i aktivitets-, ældre- eller dagcentre.

Af øvrige arenaer nævnes frivilligcentre, senior klubber, væresteder, kirker, kommunens administrationsbygninger, jobcenter, etc.

Tabel 19 Arena for indsatser blandt kommuner med indsatser til forebyggelse/håndtering af depression og angst, n=46

Arena	N = 46
I borgerens hjem	76 % (35)
I sundhedscenteret/forebyggelsescenteret	50 % (23)
I aktivitets-/ældre-/dagcentre	39 % (18)
Andre	28 % (13)

5.3 Ensomhed og social isolation

81 % (68) af de besvarende kommuner i undersøgelsen rapporterer, at de har indsatser til forebyggelse/håndtering af ensomhed og social isolation blandt ældre borgere, se Tabel 3.

Indhold af indsatserne

Størstedelen af kommunerne beskriver aktivitets- og samværstilbud til borgerne i kommunalt og frivilligt regi. Aktivitets- og samværstilbuddene er omfattende, og som oftest har de karakter af motion, foredrag, håndværk eller arbejde (bilag 2.4). Gladsaxe Kommune beskriver en følgeordning, hvor borgeren følges til tilbud de første gange. Derudover beskriver kommuner etablering af telefonkæder ('Ældre hjælper ældre'), besøgsvenner og spiseordninger.

I flere kommuner har man ansat en udviklingskonsulent eller en aktivitetskonsulent til at arbejde med opsporing af ensomme ældre og iværksættelse af tiltag heroverfor (f.eks. Næstved, Albertslund), og desuden arbejder man i nogle kommuner med kompetenceudvikling af de frivillige i forhold til ensomhed.

Det beskrives i de kvalitative interviews, at udfordringen ved de mange tilbud er at holde overblik over dem og at få dem opdateret.

Flere kommuner nævner problematikken omkring ældre, der trods deltagelse i aktiviteter og socialt samvær, føler sig ensomme, og generelt set er ensomhed et udbredt tema. 25 kommuner deltager således i projekt 'Ensomt eller aktivt ældreliv – et frivilligt valg'¹⁸. Projektet har til formål at udvikle redskaber og skabe sammenhæng mellem ældres interesser og behov samt tilbuddene i de frivillige organisationer.

Opsporingsregi

Blandt 99 % af de kommuner, der angiver, at de har en indsats målrettet ensomhed og social isolation, foregår opsporingen i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg, se Tabel 20.

En stor del af kommunerne rapporterer endvidere at de ældre opspores i hjemmeplejen (78 %) eller i forbindelse med demenskonsulentens besøg, 74 %. Også de pårørende spiller en vigtig rolle i forbindelse med opsporing af ensomme ældre – 69 % af kommunerne angiver, at pårørende er med til opsporingen af ensomme ældre.

Socialpsykiatrien, jobcenteret og sundhedscenteret spiller en mindre rolle i opsporingen af ensomme/socialt isolerede ældre i forhold til ovennævnte enheder.

¹⁸ Ishøj, Ballerup, Høje Taastrup, Frederiksberg, Lolland, Guldborgsund, Næstved, Slagelse, Odsherred, Faxe, Odense, Svendborg, Assens, Nyborg, Middelfart, Vesthimmerland, Morsø, Rebild, Thisted, Aalborg, Silkeborg, Skanderborg, Syddjurs, Vejle, Skive Kommuner deltager i projektet. <http://www.aktivtaeldreliv.dk/Kort.aspx>

Tabel 20 Brug af opsporingsmetode blandt kommuner med indsatser til forebyggelse/håndtering af ensomhed og social isolation, n=68

Opsporingen	N = 68
Ved systematisk dataudtræk/varsler i vores it-systemer	12 % (8)
I forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg	99 % (67)
I forbindelse med supplerende forebyggende hjemmebesøg	65 % (44)
I forbindelse med demenskonsulentens besøg	74 % (50)
I hjemmeplejen	78 % (53)
I socialpsykiatrien	37 % (25)
I aktivitets-/ældre-/dagcentre	72 % (49)
Tilbud i sundheds- eller jobcenteret	24 % (16)
Meddelelse fra almen praksis/sygehus	37 % (25)
Efter henvendelse fra pårørende	69 % (47)
Andre (frivillige, rehabilitering, medier, demensdaghjem)	18 % (12)

Målgruppe

54 af kommunerne beskriver, at deres indsats retter sig mod ældre borgere i kommunen. 14 kommuner angiver, at deres målgruppe er alle voksne borgere i kommunen (bilag 2.4).

Opsporingsredskaber

De færreste kommuner anvender systematiske opsporingsredskaber i indsatsen overfor ensomhed og social isolation. Blandt de nævnte er Avlunds træthedsscore, SF-12 og MMSE. 9 % af de kommuner, der har en indsats vedrørende forebyggelse/håndtering af ensomhed og social isolation, angiver, at de benytter en egen udviklet samtaleguide.

Tabel 21 Brug af opsporingsredskab blandt kommuner med indsatser til forebyggelse/håndtering af ensomhed og social isolation, n=68

Opsporingsredskab	N = 68
MMSE	1 % (1)
SF-12	1 % (1)
WHO-5	0
SCL 8-AD	0
BDI II	0
Avlunds træthedsscore	6 % (4)
Egen udviklet samtaleguide	9 % (6)
Andre (FS II, observation, Hjulet)	10 % (7*)

Samarbejdspartnere

Størstedelen af samarbejdspartnerne angives at være henholdsvis frivillige (85 %) og den praktiserende læge (51 %). Under 'andre samarbejdspartnere' angives særligt hjemmeplejen, men også visitationen, demenskonsulent og aktivitetscentre er nævnt. En stor del nævner endvidere frivillige og foreninger her.

Tabel 22 Brug af samarbejdspartner blandt kommuner med indsatser til forebyggelse/håndtering af ensomhed og social isolation, n=68

Samarbejdspartner	N = 68
Frivillige	85 % (58)
Regionen	12 % (8)
Praktiserende læge	51 % (35)
PsyInfo	9 % (6)
Andre (hjemmeplejen, visitationen, aktivitetscentre)	25 % (17)
Ingen	9 % (6)

Arena

Størstedelen af indsatserne foregår i eget hjem (88 %) eller i aktivitets-/ældre- eller dagcentre (85 %). En mindre del (26 %) foregår i sundhedscenteret/forebyggelsescenteret. Af andre arenaer angives frivilligt eller foreningsregi, naturen eller i socialt boligbyggeri.

Tabel 23 Arena for indsatser blandt kommuner med indsatser til forebyggelse/håndtering af ensomhed og social isolation, n=68

Arena	N = 68
I borgerens hjem	88 % (60)
I sundhedscenteret/forebyggelsescenteret	26 % (18)
I aktivitets-/ældre-/dagcentre	85 % (58)
Andre (foreninger, frivillige)	24 % (16)

5.4 Sårbare livsfaser

60 % af kommunerne angiver, at de har indsatser til forebyggelse/håndtering af sårbare livsfaser blandt ældre borgere, se Tabel 3. I spørgeskemaundersøgelsen har sårbare livsfaser været eksemplificeret ved sorg, flytning og pensionering.

Indholdet af indsatserne

Næsten samtlige af de 50 kommuner beskriver, at indsatsen omfatter forebyggende hjemmebesøg/supplerende forebyggende hjemmebesøg – eventuelt i supplement med andre indsatser (bilag 2.5). Heraf specificerer halvdelen, at besøgene er målrettet enker/enkemænd. Tre kommuner angiver, at de tilbyder flyttebesøg. De øvrige angiver ikke nogen specifik undergruppe.

Opsporing

Opsporingen af borgere i sårbare livsfaser foregår for størstedelens vedkommende i regi af de forebyggende hjemmebesøg (90 %), i forbindelse med demenskonsulentens besøg (66 %) og i hjemmeplejen (62 %). 32 % af kommunerne angiver, at de benytter sig af systematisk dataudtræk i forbindelse med opsporingen af ældre bor-

gere i sårbare livsfaser – eksempelvis udtræk fra Folkeregisteret i forbindelse med dødsfald eller med flytning.

Tabel 24 Brug af opsporingsmetode blandt kommuner med indsatser til forebyggelse/håndtering af sårbare livsfaser, n=50

Opsporingen	N = 50
Ved systematisk dataudtræk/varsler i vores it-systemer	32 % (16)
I forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg	90 % (45)
I forbindelse med supplerende forebyggende hjemmebesøg	70 % (35)
I forbindelse med demenskonsulentens besøg	66 % (33)
I hjemmeplejen	62 % (31)
I socialpsykiatrien	20 % (10)
I aktivitets-/ældre-/dagcentre	48 % (24)
Tilbud i sundheds- eller jobcenteret	8 % (4)
Meddelelse fra almen praksis/sygehus	42 % (21)
Efter henvendelse fra pårørende	62 % (31)
Andre (frivillige, visitationen, geriatrisk team, frivillige, personlig kontakt)	8 % (4)

Opsporingsredskaber

Opsporingsredskaberne benyttet i forbindelse med ældre i sårbare livsfaser rapporteres særligt at være egen udviklet samtaleguide og 'Andre', hvor fem af de angivne opsporingsredskaber beskrives at være omsorgssystemer (f.eks. KMD, FSII, CSC).

Tabel 25 Brug af opsporingsredskab blandt kommuner med indsatser til forebyggelse/håndtering af sårbare livsfaser, n=50

Opsporingsredskab	N = 50
MMSE	2 % (1)
SF-12	2 % (1)
WHO-5	0
SCL8-AD	0
BDIII	0
Avlunds træthedsscore	4 % (2)
Egen udviklet samtaleguide	10 % (5)
Andre (KMD, CSC, Fælles Sprog, omsorgssystem, observation etc.)	14 % (7)

Målgruppe

72 % (36) af de kommuner, der har indsatser omhandlende sårbare livsfaser, rapporterer, at indsatserne er målrettet ældre borgere i kommunen, mens de øvrige indsatser også kan være målrettet yngre borgere/alle borgere – eventuelt i kombination med ældre borgere (bilag 2.5).

Samarbejdspartnere

Samarbejdspartnere i forbindelse med indsatsen overfor de sårbare livsfaser angives primært at være frivillige tilbud. Også de praktiserende læger angives af en stor del af kommunerne som en samarbejdspartner. En fjerdedel af kommunerne angiver, at

de ikke har samarbejdspartnere i forbindelse med indsatsen overfor ældres sårbare livsfaser.

Tabel 26 Brug af samarbejdspartner blandt kommuner med indsatser til forebyggelse/håndtering af sårbare livsfaser, n=50

Samarbejdspartner	N = 50
Frivillige	62 % (31)
Regionen	18 % (9)
Praktiserende læge	58 % (29)
PsyklInfo	10 % (5)
Andre (hjemmeplejen, rehabilitering, demenskoordinationen, aktivitetscentre sundhedscentre, pensionistvejledere, Ældresagen)	24 % (12)
Ingen	20 % (10)

Arena

Størstedelen af indsatserne foregår i borgerens eget hjem, men også en betydelig del af indsatserne foregår i aktivitets-/ældre- og dagcentre.

Tabel 27 Arena for indsatser blandt kommuner med indsatser til forebyggelse/håndtering af sårbare livsfaser, n=50

Arena	N = 50
I borgerens hjem	96 % (48)
I sundhedscenteret/forebyggelsescenteret	20 % (10)
I aktivitets-/ældre-/dagcentre	40 % (20)
Andre (frivilligcenteret, rehabiliteringsenhed, bibliotek, forskellige steder i kommunen)	14 % (7)

5.5 Opfølgning på sygehusindlæggelser

Kommunerne er i spørgeskemaundersøgelsen blevet spurgt, om de følger op på sygehusindlæggelser blandt ældre borgere. Opfølgning på sygehusindlæggelser kan i kommunalt regi foregå på forskellig vis, blandt andet i form af det opfølgende hjemmebesøg, der gennemføres af praktiserende læge i samarbejde med kommunen, typisk en hjemmesygeplejerske. Andre indsatser kan eksempelvis bestå i besøg af hjemmesygeplejersken eller et supplerende forebyggende hjemmebesøg etc.

81 % af kommunerne (68) angiver, at de foretager opfølgning på sygehusindlæggelse, se Tabel 3.

Indhold af indsatser

Lidt over halvdelen, 53 % (36) af de kommuner, der følger op på sygehusindlæggelser blandt ældre borgere, beskriver, at de benytter de opfølgende hjemmebesøg (bilag 2.6). Det opfølgende hjemmebesøg er en udvidelse af den praktiserende læges 'traditionelle' hjemmebesøg, hvorfor der har pågået et arbejde i de senere år med at etablere § 2-aftaler på området.

På nuværende tidspunkt er der indgået § 2-aftaler til honorering af praktiserende læger for opfølgende hjemmebesøg gældende for borgere i alle kommuner. De organisatoriske rammer for besøgene er derfor etablerede¹⁹. Resultaterne – at kun lidt over halvdelen af kommunerne beskriver, at de bruger dem – peger derfor på, at der stadig forestår et arbejde med at implementere besøgene i praksis.

Ud over de opfølgende hjemmebesøg beskrives flere typer opfølgning på sygehusindlæggelse, eventuelt i kombination: besøg af hjemmesygeplejerskerne, telekonferencer, hvor en sygeplejerske er hos borgeren, mens der gennemføres konference med udskrivende afdeling, udskrivningskoordinator, visitator, fremskudt visitation, rehabiliteringsforløb og fremrykkede forebyggende hjemmebesøg. Hvor det er beskrevet, fremgår det, at nogle kommuner har tidsfrister på opfølgning, f.eks. 48 timer eller en uge.

Opsporing af borgeren

Opsporingen sker for kommunernes vedkommende relativt systematisk. For 72 % af kommunernes vedkommende foregår den ved en meddelelse fra almen praksis eller sygehus. Ser man på de kommuner, der angiver, at de enten har fået besked ved hjælp af systematisk dataudtræk/varsel i it-systemet (der kan være fra sygehuset) eller en meddelelse fra almen praksis eller sygehus, er der i alt 79 % af kommunerne, der identificerer borgere ved hjælp af meddelelser fra udskrivende enhed.

Tabel 28 Brug af opsporingsmetode blandt kommuner med opfølgning på sygehusindlæggelser, n = 68

Opsporingen	N = 68
Ved systematisk dataudtræk/varsel i vores it-systemer	34 % (23)
I forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg	28 % (19)
I forbindelse med supplerende forebyggende hjemmebesøg	18 % (12)
I forbindelse med demenskonsulentens besøg	18 % (12)
I hjemmeplejen	46 % (31)
I socialpsykiatrien	7 % (5)
I aktivitets-/ældre-/dagcentre	10 % (7)
Tilbud i sundheds- eller jobcenteret	4 % (3)
Meddelelse fra almen praksis/sygehus	72 % (49)
Efter henvendelse fra pårørende	34 % (23)
Andre (fremskudt visitator, borger/pårørende henvendelser, vurdering foretaget af de forebyggende medarbejdere)	22 % (15)

Opsporingsredskaber

Mens få kommuner anvender de foreslåede opsporingsredskaber, angiver 28 % af kommunerne, at de bruger andre opsporingsredskaber, jf. Tabel 29. Her nævnes som ovenfor beskrevet forskellige redskaber som f.eks. screeningssystemer udviklet på sygehusene, MedCom/Care standarder, forløbsplaner etc.

¹⁹ §2-aftalerne sikrer de praktiserende læger en højere ydelse end honoreringen for et hjemmebesøg i henhold til overenskomsten. Indholdet og målgruppen for besøgene varierer, afhængig af aftalen. Se PLO's opstilling af regionale § 2-aftaler pr. december 2013, www.laeger.dk under PLO (Praktiserende Lægers Organisation).

Tabel 29 Brug af opsporingsredskab blandt kommuner med opfølgning på sygehusindlæggelser, n = 68

Opsporingsredskab	N= 68
MMSE	3 % (2)
SF-12	3 % (2)
WHO-5	0
SCL 8-AD	0
BDII	0
Avlunds træthedsscore	3 % (2)
Egen udviklet samtaleguide	15 % (10)
Andre	28 % (19*)

Desuden beskriver flere kommuner her de kriterier, som sygehusene benytter i forbindelse med vurderingen af, om en borger skal modtage et opfølgende hjemmebesøg. Vurderingerne er i de fleste beskrevne tilfælde foretaget af sygehuset, eksempelvis i form af en score på et screeningsskema eller klare inklusionskriterier. I andre tilfælde er det mindre klart, hvilke kriterier der er for at modtage et opfølgende hjemmebesøg. De følgende citater er taget fra spørgeskemaundersøgelsen.

'Der er lavet særlige inklusionskriterier for opfølgende hjemmebesøg, geriatrisk team og tele-hjem. Alle der udskrives med behov for hjemmepleje, hjemmesygepleje og træning får fulgt op på deres indlæggelse af udskrivningskoordinatorerne eller hjemmeplejen/plejecentrene. Diagnosen demens udløser henvendelse til demenskonsulenter.' (respondent, spørgeskemaundersøgelsen)

'Hospitalet screener borgere, for at finde dem, der skal tilbydes opfølgende hjemmebesøg. Screeningsskemaet er udarbejdet i fællesskab med kommunerne.' (respondent, spørgeskemaundersøgelsen)

'Visitorer er fast på hospitalet dagligt mhp. dialog om og med borgere, der skal udskrives.'(respondent, spørgeskemaundersøgelsen)

'Vi kender ikke sygehusets kriterier for screening'(respondent, spørgeskemaundersøgelsen)

Samarbejdspartnere

Samarbejdspartnere i forbindelse med de opfølgende hjemmebesøg er for størstedelen, 88 % af kommunerne, de praktiserende læger. Regionen angives også som en vigtig samarbejdspartner i kommunerne, 66 % beskriver, de er samarbejdspartnere, primært i form af udskrivende afdeling. I kategorien 'Andre' beskrives primært samspillet mellem kommunale enheder: visitation, hjemmepleje, forebyggelses- og rehabiliteringscenter, se Tabel 31.

En lille del af kommunerne arbejder med frivillige i forbindelse med opfølgning på hospitalsindlæggelser, og meget få beskriver, at de har et samarbejde med PsykInfo om samarbejdet. PsykInfo tilbyder anonym information og rådgivning omkring sindslidelse og psykiatri.

Tabel 30 Brug af samarbejdspartner blandt kommuner med opfølgning på sygehusindlæggelser, n=68

Samarbejdspartner	N = 68
Frivillige	12 % (8)
Regionen	66 % (45)
Praktiserende læge	88 % (60)
PsyInfo	6 % (4)
Andre (sygehus, visitationen, hjemmeplejen, terapeuter, forebyggelses- og rehabiliteringscenter)	10 % (7*)
Ingen	6 % (4)

Arena

Langt størstedelen af indsatserne (96 %) foregår i borgerens eget hjem, men også aktivitets-/ældre- og dagcentre samt sundhedscenteret/forebyggelsescenteret angives at være arena for indsatsen. Sidstnævnte omfatter formentlig rehabiliteringsindsatser. Blandt øvrige arenaer nævnes sygehus, genoptræningscenter og plejecenter.

Tabel 31 Arena for indsatser blandt kommuner med indsatser til opfølgning på sygehusindlæggelser, n=68

Arena	N = 68
I borgerens hjem	96 % (65)
I sundhedscenteret/forebyggelsescenteret	15 % (10)
I aktivitets-/ældre-/dagcentre	19 % (13)
Andre (plejecentre, sygehus, genoptræningscenter)	18 % (12*)

5.6 Øvrige indsatser

Af øvrige indsatser nævner kommunerne rehabiliteringsindsatserne overfor kronikere. En del kommuner har implementeret programmerne 'Lær at leve med kronisk sygdom', der kan foregå som supplement til genoptræning. Programmerne omfatter en mestringsdel, der har til formål at ruste borgerne til livet med en kronisk sygdom (bilag 2.7).

Flere kommuner beskriver en særlig indsats overfor borgere med psykiatiske diagnoser. Dette kan eksempelvis være i form af borgerbesøg af sygeplejerske med psykiatrisk baggrund, psykiatri-teams i hjemmeplejeregion eller supervision foretaget af psykiatrisk sygeplejerske af de forebyggende hjemmebesøg (bilag 2.7).

Demensindsatsen er ikke undersøgt som et selvstændigt indsatsområde i nærværende kortlægning, men demenskonsulenterne spiller en vigtig rolle i indsatsen til forebyggelse af selvmordsadfærd og er også beskrevet under 'øvrige indsatser'. Dette gælder både i forhold til opsporingen og behandlingen af demente, til opsporing af ægtefæller/samlevende med demente og opsporingen af borgere med depression (bilag 2.7).

5.7 Supplerende forebyggende hjemmebesøg

80 % af kommunerne tilbyder supplerende forebyggende hjemmebesøg. Besøgene tilbydes af kommunerne som supplement til de forebyggende hjemmebesøg og er ikke lovpligtige. Omfanget kan være større, idet en del af kommunerne benytter forskellige betegnelser for besøget. Blandt de interviewede kommuner angav en, at det supplerende forebyggende hjemmebesøg kaldtes et fremrykket forebyggende hjemmebesøg, således at et allerede planlagt besøg blot blev gennemført tidligere.

På spørgsmålet om, hvor mange supplerende hjemmebesøg kommunen gennemfører, svarer langt størstedelen af kommunerne i spørgeskemaundersøgelsen, at det ikke er muligt at opgøre dette tal.

Målgruppen for forebyggende hjemmebesøg

85 % af kommunerne rapporterer, at de tilbyder de supplerende forebyggende hjemmebesøg til enker/enkemænd. Målgruppen for enke/enkemandsbesøgene er i 80 % af tilfældene målrettet borgere, der er over 75 år (bilag 2.8).

Udover enker/enkemandsbesøg er selvmordstruede og ældre med psykiske problemstillinger også målgruppe for en stor del af kommunernes supplerende hjemmebesøg.

De supplerende forebyggende hjemmebesøg tilbydes hovedsageligt til borgere over 75 år. Få kommuner tilbyder dog de supplerende hjemmebesøg allerede for borgere fra 50 år, eksempelvis for demente borgere (15 %).

Tabel 32 Oversigt over målgruppe og aldersfordeling i de supplerende, forebyggende hjemmebesøg

Målgruppe	Kommuner N = 67	Fra 50 år eller derunder	Andel, der tilbyder fra 60+ år	Andel, der tilbyder fra 65+ år	Andel, der tilbyder fra 70+ år	Andel, der tilbyder fra 75+ år
Enker/enkemænd	85 % (57)	0	2 % (1)	14 % (8)	2 % (1)	82 % (47)
Ældre med anden etnisk baggrund end dansk	15 % (10)	0	0	10 % (1)	0	90 % (9)
Borgere med kroniske sygdomme (Diabetes, KOL, hjerte-kar-sygdomme)	25 % (17)	12 % (2)	0	0	0	88 % (15)
Demente	33 % (22)	18 % (4)	4,5 % (1)	4,5 % (1)	0	73 % (16)
Udskrevne efter hospitalsindlæggelse	30 % (20)	15 % (3)	10 % (2)	0	10 % (2)	65 % (13)
Ældre med et problematisk forbrug af alkohol	28 % (19)	11 % (2)	5 % (1)	0	5 % (1)	79 % (15)
Selvmodstruede	42 % (28)	14 % (4)	0	4 % (1)	0	82 % (23)
Ældre med psykiske problemstillinger	40 % (27)	11 % (3)	4 % (1)	7 % (2)	0	78 % (21)
Andre	49 % (33)	6 % (2)	6 % (2)	12 % (4)	3 % (1)	73 % (24)

49 % af de kommuner, der tilbyder supplerende hjemmebesøg, beskriver andre målgrupper for hjemmebesøgene. Generelt rapporteres det, at hjemmebesøgene tilbydes ud fra en individuel vurdering om et ekstra besøg hos borgeren. Dette kan være i tilfælde af sårbare og ensomme ældre, digitaliseringsproblemer, ernæringsproblemer, flyttebesøg eller ved ægtefælle/samlever med kronisk sygdom.

Der er stort råderum for ældrekonsulenterne til at tilbyde supplerende forebyggende hjemmebesøg. Variationen ligger i høj grad i, hvilken praksis for invitation/opsporing af borgere med disse problemstillinger kommunerne tilbyder, og hvilket fokus ældrekonsulenterne og kommunerne har. En kommune, Odsherred, angiver i spørgeskemaundersøgelsen, at der benyttes en stratificeringsmodel til vurdering af, om der skal tilbydes supplerende, forebyggende hjemmebesøg.

Gruppebaseret tilbud

44 % af kommunerne (37) angiver, at de som supplement til det forebyggende hjemmebesøg har gruppebaserede tilbud (bilag 2.9). Tilbuddets form kan eksempelvis være relevante temamøder.

I Frederikshavn Kommune afholder lederen af forebyggelsescenteret hvert halve år et informationsmøde, hvor de 'nye' 75-årige orienteres om kommunens tilbud og organisering, herunder de forebyggende hjemmebesøg.

I Kolding Kommune afholdes hvert år:

- › 6 møder for kommende folkepensionister med henblik på et aktivt seniorliv.
- › 1 seniormøde for alle +60-årige med udefrakommende oplægsholdere omhandlende sundhedsfremme og forebyggelse.
- › 1 temamøde for alle +60-årige borgere, som har eller er i særlig risiko for at få fysiske, psykiske eller sociale problemer. Temaerne er målrettet borgernes særlige behov.

6. Litteraturliste

Ankestyrelsen. Ankestyrelsens undersøgelse af forebyggende hjemmebesøg til ældre, oktober 2010.

Bruvik-Ruhmann, P.E.G., Bayer Kristensen, I. Runge Nielsen K. Selvmord hos ældre i Århus Amt i perioden 1993-2000. Ugeskrift for læger, 2004.166/46; 4151-54.

Erlangsen, A. Disparities in suicide among the old and the oldest old i Denmark. Ph.d.-afhandling. Odense University of Southern Denmark.

Fleischer E, Pleisner J: Indsats til forebyggelse af selvmord blandt ældre i Region Nord 2006-2009. Afslutnings- og statusrapport. 2010.

Gerlach, J. (red.) Depression. PsykiatriFondens Forlag. 2004.

Kommunernes Landsforening. Notat: Kommunale sundhedspolitikker – en oversigt over indsatsområder, målgrupper og mål i 25 kommuner.19. januar 2012.

Socialministeriet, Center for selvmordsforskning. Kommunepakken, Selvmordsforebyggelse blandt ældre. 2004.

Sundhedsstyrelsen, Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg. 1998.

Sundhedsstyrelsen, Vurdering og visitation af selvmordstruede. Rådgivning til sundhedspersonale. 2007.

Sundhedsstyrelsen, Forebyggelsespakke, Mental Sundhed. Juni 2012.

Søgaard, HJ: Psychometric analysis of Common Mental Disorders — Screening Questionnaire (CMD-SQ) in long-term sickness absence. Scand J Public Health November 2009 vol. 37 no. 8 855-863.

Voss, H. Implementering af opfølgende hjemmebesøg. Hvad kan andre lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer? Dansk Sundhedsinstitut, december 2009.

Zøllner, L Definition på selvmordsadfærd og selvskade, Center for selvmordsforskning. 2002.