



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester

VESTFOLD og TELEMAR (Vestfold)

Prosjektbeskrivelse

Forebygging av selvmord hos eldre



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester

VESTFOLD og TELEMAR (Vestfold)



SANDEFJORD
KOMMUNE

Forord

«Å leve er ikke nok.

Solskinn, frihet og en liten blomst må man ha.»

H.C. Andersen

Jeg husker fremdeles samtalen med den eldre mannen jeg skulle gi medisiner til når jeg jobbet som sykepleier i hjemmetjenesten. Han sa alltid når jeg kom hjem til han at han ikke ønsket å leve lengre. Han hadde ikke noe mer igjen å leve for sa han. Jeg tenkte at min jobb var å muntre han opp, la han komme på bedre tanker og at dette er en del av det å bli eldre. I ettertid har jeg tenkt mye på hva jeg kunne ha gjort annerledes. Jeg skulle ha møtt hans behov, utforsket dette samtaletema han ønsket å snakke om og ikke ignorere det. Det kunne kanskje betydd mye for han hvis jeg møtte han der han var.

Vi som helsepersonell må erkjenne selvmordsproblematikk hos eldre og ha kunnskap og ferdigheter i samtaler som kan være eksistensielle og vanskelige. Vi må våge å ta samtalene for å kunne gi nødvendig helsehjelp. Vi må gi en blomst til den som trenger det.

Våren 2021 ble det dannet en tverrfaglig arbeidsgruppe i Sandefjord kommune med USHT-V som initiativtaker. Arbeidsgruppen ønsket å utforske selvmordsproblematikk hos eldre og hvilke rutiner som var etablert på området i kommunal regi. Arbeidsgruppen skulle komme med forslag til modell for kompetansehevende tiltak for helsepersonell. Utredningsrapporten ble ferdig høsten 2022. Rapporten viser flere forslag til forbedringspunkter, USHT-V ønsker å ta med videre ut mot Vestfoldkommunene.

Innhold

1	Innledning.....	4
1.1	Bakgrunn.....	4
1.2	Holdninger og kommunikasjon	4
1.3	Finansiering	4
2	Mål og visjon.....	5
2.1	Målgruppe	5
2.2	Visjon.....	5
2.3	Mål	5
3	Teoretisk grunnlag.....	7
4	Gjennomføring og metode	9
4.1	Metode	9
4.2	Kick off konferanse	10
4.3	Fremdrifts- og milepælsplan	10
5	Organisering.....	11
5.1	Prosjektgruppe.....	11
5.2	Samarbeidspartnere	11
5.3	Gevinstrealisering og risikovurderinger.....	12
5.4	Personvern og GDPR	12
6	Rapportering, oppfølging og spredning	13
7	Økonomi.....	14
	Referanser.....	15

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Psykisk helse har de siste årene fått større oppmerksomhet. Helseundersøkelsen fra Nord-Trøndelag viser at forekomst av depresjon øker med alderen (Stordal, et al. 2012). Ofte kan psykiske symptomer hos eldre bli oversett og ikke fulgt opp.

Å bygge et samfunn hvor det er plass til alle, hvor alle føler seg inkludert og en del av et fellesskap er viktige forutsetninger som setter rammer for livsbetingelser og hvordan vi ser på vår egen aldring. Å forebygge selvmord blant eldre er viktig for å kunne skape et samfunn hvor vi selv ønsker å bli gammel i. I melding til Stortinget Leve hele livet beskrives det at helsetjenesten i for liten grad avdekker og følger opp psykiske lidelser hos eldre. Eldre har rett til forsvarlig psykisk helsehjelp på lik linje med andre.

1.2 Selvmord hos eldre

Selvord hos eldre er et underkommunisert problem. Helsepersonell har liten kjennskap til problemet og dette medfører at mange eldre ikke får den hjelpen de trenger. I 2021 var det 658 selvmord i Norge, hvor 175 var over 60 år (Folkehelseinstituttet, 2022). Mye kan tyde på at det underrapporteres på eldre som tar sitt eget liv fordi eldre blir i liten grad etterforsket og obdusert.

1.2 Holdninger og kommunikasjon

Hvilke holdninger og verktøy har vi som helsepersonell til eldre personer med psykiske utfordringer og selvmordstanker? Hvordan møter vi disse menneskene som forteller at de ikke lenger ønsker å leve? Slike eksistensielle spørsmål kan være vanskelige å besvare hvis vi som helsepersonell aksepterer at livet er levd. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester- Vestfold (USHT-V) ønsker å rette søkelys på god kommunikasjon rettet mot etiske utfordringer og vanskelige problemstillinger.

1.3 Finansiering

Prosjektet eies og ledes av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Vestfold og Telemark (Vestfold) (heretter forkortet USHT-V). USHT- V har fått innvilget prosjektmidler fra Statsforvalteren i Vestfold og Telemark til å gjennomføre et prosjekt for å gjøre psykisk helse hos eldre mer kjent og ikke minst fokus på selvmordsforebyggende arbeid hos eldre.

2 Mål og visjon

2.1 Målgruppe

Hovedmålgruppen for prosjektet er helsepersonell og deres ledere. Frivillige og pårørende er også en viktig målgruppe

2.2 Visjon

Prosjektets visjon er

Gode og meningsfulle liv i eldre år

Visjonen peker på at selv om de fleste av oss blir eldre, med de utfordringene dette kan medføre skal vi oppleve gode og meningsfulle dager på tross av begrensninger, og at vi blir møtt med like rettigheter uavhengig av alder og funksjonssvikt.

2.3 Mål

Overordnet mål

Prosjektets mål er å sørge for at helsepersonell har kunnskap om psykiske utfordringer hos eldre, og har kunnskap om hvordan de kan kartlegge selvmordsfare og etablere rutiner som kan iverksettes ved selvmordsatferd.

Mål for prosjektet

Prosjektet ønsker å bidra til økt kunnskap om psykisk helse i eldre år med en fordypning i selvmordsfare og selvmordsatferd, og sikre rutiner som kan styrke de ansattes trygghet i å stå i eksistensielle samtaler og situasjoner. Og fange opp selvmordsatferd og igangsette tiltak.

Delmål

USHT-V ønsker å invitere kommuner i Vestfoldregionen til å samarbeide om prosjektet, og gjøre et forbedringsarbeid i egen kommune for å sikre kunnskap, rutiner vedrørende selvmord hos eldre.

Delmål 1

Samarbeidskommuner sikrer rutiner ved selvmordstanker, selvmordsatferd og ivaretagelse av pårørende og personell etter selvmord hos eldre

Kommuner gjennomgår og sikrer rutiner ved selvmordsfare i sykehjem og hjemmetjeneste

For at ansatte kan imøtekomme slike utfordringer i sin arbeidshverdag er det viktig å ha gode rutiner ved selvmordstanker, selvmordsatferd og ivaretagelse av pårørende og personell etter selvmord.

Samarbeide med tjenestekontor ved kartlegging av tjenester

Mange eldre opplever overgangen ved funksjonstap som utfordrende. Her bør det etableres spørsmål som kan avdekke psykiske plager

Delmål 2

Sikrer nødvendig kunnskap og ferdigheter hos helsepersonell som jobber med eldre som har selvmordstanker og selvmordsatferd

Utvikler e-læringsprogram for ansatte om selvmordsproblematikk og kommunikasjonsferdigheter

Prosjektgruppen utvikler et e-læringsprogram som belyser problemstillingen og gir nyttige tips til å trygge ansatte i møte med eksistensielle spørsmål.

Delmål 3

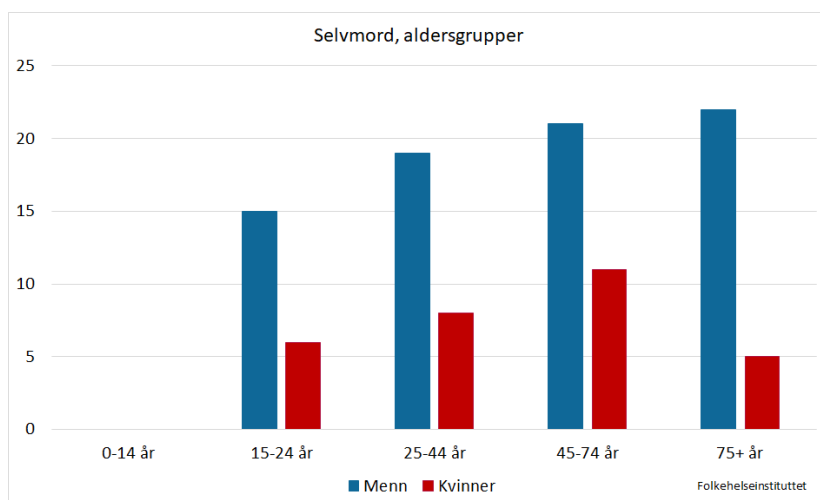
Sikre nødvendig informasjon om selvmordsproblematikk hos eldre

Utarbeide informasjonsmateriell til samarbeidsaktører

Prosjektgruppen lager informasjonsmateriell for eksempel flyers til frivillige organisasjoner og fastleger som kan fange opp målgruppen på et tidlig tidspunkt. Samt til øvrige helsepersonell.

3 Teoretisk grunnlag

Basert på selvmordstall fra 2014–2018 er det høyest selvmordsrate blant eldre menn over 75 år pr 100 000 innbyggere (FHI, 2021). Vi må anta at det finnes mørketall vedrørende eldre som tar sitt eget liv fordi dette er en gruppe som ofte har flere sykdommer hvor det er mer naturlig at vedkommende dør uventet. Handlingsplan for forebygging av selvmord (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) ønsker å vurdere behovet og muligheten for å obdusere flere eldre for å få kunnskap om dødsfall og dødsårsak, da denne gruppen i liten grad blir obdusert.



Figur: Folkhelseinstituttet. Antall pr 100 000 for 2014–2018

Det finnes flere risikofaktorer forbundet med selvmord hos eldre, men fellesnevneren er opplevelse av tap. Tap av posisjon, roller, relasjoner og funksjon. Det viktig å huske på at selvmord alltid er sammensatt av ulike årsaker.

Risikofaktorer (Aldring og Helse)

- Psykiske lidelse (depresjon, avhengighetsproblematikk, psykose og demens i tidlig fase)
- Tidligere selvmordsforsøk
- Sosial isolasjon
- Kriser og relasjonsproblemer
- Tap av partner
- Somatisk sykdom
- Eldre menn
- Traumer

Depresjon er et av de vanligste helseproblemene blant eldre, likevel er det den mest underdiagnostiserte og underbehandlede tilstanden (Snoek & Engedal, 2018). Blant psykiske

lidelser er depresjon en vanlig årsak til selvmordstanker hos eldre, og faren øker dersom det tidligere er gjort selvmordsforsøk (Conwell et al. 2009)

Forskning viser at av gruppen eldre som tar sitt eget liv, er det 50-90% som har depressive symptomer (Simon & Hales, 2012). Depresjon sammen med angst viser seg også være en større risikofaktor for selvmord.

Eldre kan ha et sterkere dødsønske enn yngre, og de lykkes oftere av gjennomføringen av selvmordet. Det er fordi de bruker sikrere metoder i forsøket og trolig fordi de har en dårligere reserve kapasitet enn yngre (Kjølseth, 2014).

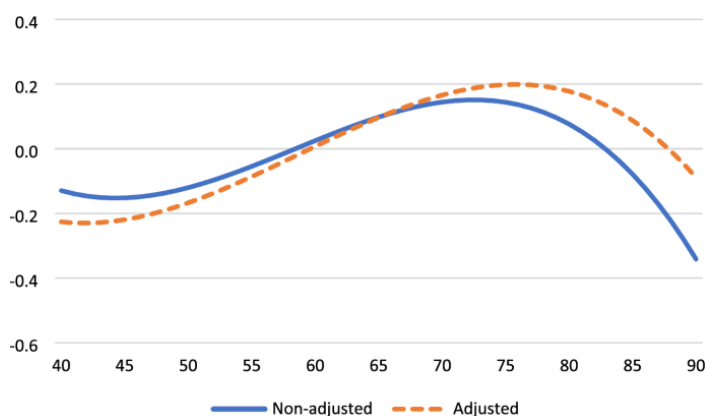
Flere eldre kan oppleve det vanskelig å uttrykke selvmordstanker og selvmordsønsker, da dette kan være forbundet med at de er oppvokst i en tid der selvmord var tabubelagt. Vi har et langt større åpenhetssamfunn i dag enn tiden da de eldre vokste opp. Likevel viser forskningen til Ildre Kjølseth at 60% av de som tok sitt eget liv (av sitt datagrunnlag) hadde varslet om selvmord, men det hadde ikke ført til tiltak.

Holdninger kan stå i veien for helsepersonells evner og vilje til å hjelpe ved at vi kan forstå hvorfor eldre ønsker å ta sitt eget liv. Eldre bør i like stor grad som yngre få muligheten til hjelp når livet blir vanskelig. Helsepersonell bør lytte åpent og identifisere om det er selvmordsønsker hos den eldre (Kjølseth, 2014).

Eldre har oftere kontakt med fastlege og helseapparatet enn yngre, og forskning viser at eldre som tar sitt eget liv har vært i kontakt med lege det siste året. Fastleger bør derfor være årvåken over problematikken i møte med risikoutsatte eldre.

En amerikansk forskning viste at fastleger i mindre grad gav behandling til eldre menn som var deprimerte og suicidale enn yngre menn med samme symptombilde (Uncapher & Arian, 2000).

Forskningen til Hansen & Blekesaune (2022) viser at fra 75 års alder reduseres livskvalitet betydelig. Sammenhengen mellom redusert livskvalitet, depresjon og svekket helse kan gi økt risiko for selvmord (Meeks, et al., 2011).



Figur 1: Livskvalitet fra 40 til 90 år (Hansen & Blekesaune, 2022)

4 Gjennomføring og metode

4.1 Metode

Bruk av forbedringsmodellen er et godt utgangspunkt for å igangsette og teste ut tiltak knyttet til forebyggingsarbeid.



Fase 1 – Forberede

Første fase handler om å forberede. Her vil USHT etablere kontakt med kommuner for å be om et samarbeid. Det er viktig at deltakere i prosjektet får et mandat til å kunne foreta justeringer i prosedyrer og rutiner i egen kommune. Det vil også være viktig at det blir avsatt tilstrekkelig med tid og ressurser til forbedringstiltak.

For at forbedringsarbeidet skal bli godt forankret både ned og opp i organisasjonen, er det en forutsetning for at man må forstå behovet for forbedring. Her vil vi anbefale kommuner å ta kontakt med etterlatte og involverte helsepersonell og gi dem mulighet til å fortelle hvordan deres opplevelse av hendelsesforløpet har vært. Dette kan gi et ankerpunkt og en forståelse for behovet for forbedring. Her kan det være nyttig å intervju/ ha samtaler med personer som jobber i tjenesten slik at de kan fortelle hvordan dagens praksis gjennomføres.

Fase 2 – Planlegge

Neste fase er å planlegge forbedringsarbeidet. Samarbeidskommuner vil bli utfordret å se på egne rutiner og eget planverk på området.

Her bør kommunene på bakgrunn av samtalene med etterlatte/pårørende og involvert helsepersonell justere nødvendige rutiner. I utgangspunkt i dette kan man få mange gode tilbakemeldinger om kunnskapsbehov fra ansatte og dette vil være nyttig i arbeidet med å utvikle en ressursportal som skal lukke kunnskapsgapet.

Som regel har kommuner gode systemer, men kan være noe fragmentert og utydelig i oppgavefordeling.

Videre er det viktig å sette mål for arbeidet. Hensikten med dette er for å kunne måle effekten av forbedringsarbeidet, her kan kommunene lage egne mål for arbeidet. Jo mer konkrete de er, jo enklere er det å vurdere om man har oppnådd målene man har satt.

Ut ifra hvilke mål man har satt seg kan man velge måleverktøy. Før man setter i gang med arbeidet, kan det være nyttig å gjøre en baseline. Dette for å kunne se hvordan det var før man setter i gang med arbeidet og forbedringene man har gjort.

Fase 3 – 5

Den neste fasen handler om å utføre forbedringsområdene som er satt. Her vil det være viktig at kommunene selv har valgt seg ut forbedringspunkter etter lokale behov og igangsetter tiltak. Videre er det å følge opp om tiltakene man har igangsette fungerer i praksis, eller om man må justere de tiltakene man har igangsatt. Småskålatesting er nødvendig for å gi de beste resultatene og gi varige resultater.

4.2 Kick off konferanse

1 juni 2022 ble det gjennomført en fagdag om selvmordsforebygging hos eldre på Torp konferansesenter for helsepersonell og frivillige fra lag og organisasjoner i Vestfold. Deltakere på konferansen opplevde dagen som svært nyttig og innholdsrik, og bekreftet at det er et behov for et kompetanseløft og strukturerte rutiner.

4.3 Fremdrifts- og milepælsplan

For Utviklingssenteret er det viktig at kommunene definerer egne forbedringstiltak. Utviklingssenteret kan bidra til kompetansehevende tiltak og ønsker innspill til ressursportal for ansatte og ha en veilederrolle i kommunale forbedringstiltak.

ID	Milepæl
M1	Kick Off prosjektgruppe, prosjektgruppen informere om prosjekt
M2	Kommuner har gjennomgått egne planverk og rutiner
M3	Idemyldring om ressursportal
M4	Ferdigstille e- læringskurs
M5	Ferdigstille relevante undervisningsfilmer
M6	Ferdigstille informasjonsmateriell
M7	Spredning av prosjekt

5 Organisering

Prosjektgruppen møtes til prosjektgruppemøter omtrent en gang i måneden. Møtene ledes av prosjektleder. I tillegg kan prosjektgruppen bli organisert i mindre arbeidsgrupper dersom det kan være hensiktsmessig ut ifra prosjektets art.

5.1 Prosjektgruppe

Rolle	Navn	Tilhørighet
Prosjektleder	Kaja Hvitstein-Strøm	USHT-Vestfold
Prosjektmedarbeider	Anita Nilo	USHT-Vestfold
Prosjektdeltaker	Marianne Smith	Leve Vestfold
Prosjektdeltaker	Gunnbjørg Furuset	Seniorveiviser Sandefjord kommune
Prosjektdeltaker	Arta Berisha Mucha	Sykepleier Sandefjord kommune
Prosjektdeltaker		
Prosjektdeltaker		
Prosjektdeltaker		
Prosjektdeltaker		

5.2 Samarbeidspartnere

Prosjektgruppa vil samarbeide med ulike aktører ved behov. Samarbeid vil bestå blant annet av erfaringsutveksling og kompetanseutvikling. Det vil bli sendt ut forespørsel til aktuelle samarbeidspartnere.

Mulige samarbeidspartnere:

- Brukerrepresentant
- Aldring og Helse
- Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)
- Helsefelleskap
- Leve Vestfold
- Universitet i Sørøst-Norge (USN)
- Kompetansebroen

5.3 Gevinstrealisering og risikovurderinger

Prosjektet har til hensikt å øke bevisstheten rundt selvmord hos eldre og gjøre helsepersonell i stand til å møte eldre i selvmordsfare på en god og trygg måte. På denne måten kan vi bidra til at eldre blir møtt på en verdig måte og gi dem nødvendig hjelp ved eksistensielle kriser.

Kommunene i Vestfold kan takke nei til prosjektdeltakelse på grunn av blant annet at de tenker at tema er urelevant eller fordi de har begrenset ressurser. Uten deltakelse kan prosjektet kun bidra til opplæring og informasjonsopplæring. Strukturelle endringer er nødvendig for å gjøre vedvarende forbedringsarbeid.

Kommunene må definere egne mål og USHT vil følge opp deres måloppnåelse. Risikoen ved dette kan være at prosjektdeltakere har mye annet de må følge opp og eventuelt at de ikke har mandat til å gjøre strukturelle endringer.

Selv mord er et folkehelseproblem som påvirker etterlatte i stor grad. Etterlatte fra personer som har tatt sitt eget liv har forhøyet selvmordsrisiko selv og kan gi store samfunnsmessige belastninger. Forebygging og informasjonskampanje vil kunne ha stor samfunnsverdi. God psykisk helse vil påvirke den somatiske helsen og bidra til bedre livskvalitet.

Ved oppstart av prosjektet kan det være hensiktsmessig å gjennomføre en analyse av suksessfaktorer og potensielle utfordringer ved prosjektet som helhet og for hvert enkelt tiltak. Ledelsesforankring vil være viktig for å få til vedvarende endringer, derfor vil vi anbefale at prosjektdeltakere rapporterer til egen virksomhetsleder underveis.

Som ved alle prosjekter er det en risiko for at prosjektet og dets tiltak ikke blir «vellykket»; det kan hende at tiltakene ikke samsvarer behovet i praksis. I så fall vil prosjektrapporten beskrive dette, og forsøke å evaluere hvorfor resultatene ble som de ble og presentere hvilke lærdommer som kan tas av det.

5.4 Personvern og GDPR

Prosjektgruppa har gjort en vurdering om at personer tilknyttet til prosjektet ikke utleverer annet enn epostadresser tilknyttet jobb eller organisasjon. Listen over navn og eposter tilknyttet til prosjektet blir behandlet på interne strukturer.

Prosjektleder blir kontaktpersonen utad og gjør seg tilgjengelig via epost eller annen kontaklinformasjon.

6 Rapportering, oppfølging og spredning

Det vil rapporteres til Statsforvalteren etter standard prosedyrer.

Utover i prosjektperioden vil aktivitetstiltakene vurderes og evalueres, og det kan avgjøres om det er ønskelig å videreføre tiltakene utover prosjektperioden. Her vil det være viktig med godt samarbeid med andre kommuner, andre samarbeidspartnere og annet. Prosjektrapporten vil blir publisert i USHT-V sine kanaler og være tilgjengelig for interesserte.

7 Økonomi

USHT-V har fått tildelt prosjektmidler fra Statsforvalter og oppsatt et kostnadsoverslag over prosjektets utgifter. Samarbeidskommuner må dekke egne lønnsutgifter til egne ansatte.

Kostnadsoverslag	
Lønnsutgifter med sosiale utgifter 10%, prosjektleder	kr 90 000,-
Lønnsutgifter med sosiale utgifter 10%, prosjektmedarbeider	kr 90 000,-
Fasilitere kurs og konferanser	kr 50 000,-
Filmopptak	kr 50 000,-
Trykking, publikasjoner, kunngjøringer og distribusjon	kr 20 000,-
Sum utgifter	kr 300 000,-
Inntekter fra tilskuddsmidler fra Statsforvalter	kr 300 000,-

Referanser

Aldring og helse. (ua). Råd ved selvmordsrisiko. [Råd ved selvmordsrisiko - Nasjonalt senter for aldring og helse](#)

Conwell, Y., Duberstein, P. R., Hirsch, J. K., Conner, K. R., Eberly, S. og Caine, E. D. (2009) Health status and suicide in the second half of life, International Journal of Geriatric Psychiatry, 25 (4), s. 371-379. doi: 10.1002/gps.2348

Folkehelseinstituttet. (2022). Dødsårsaksregisteret, selvmord etter alder og dødsårsak. [Årsaker til død \(fhi.no\)](#)

Hansen, T. & Blekesaune, M. (2022). The age and well-being "paradox": a longitudinal and multidimensional reconsideration. European Journal of Ageing, 1-10 <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00709-y>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, 9. oktober). Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025. [regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025.pdf](#)

Kjølseth, I. (2014). Eldre og selvmord. Oslo: Cappelen Damm akademisk

Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV. A tune in «a minor» can «b major»: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. J Affect Disord. 2011;129(1-3):126-42.

Simon, R. I. & Hales, R. E. (2012). Textbook of suicide assessments and management. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Snoek, J.E., & Engedal, K. (2018). Psykiatri: For helse- og sosialfagutdanningene (4. utg.) Cappelen Damm Akademisk

Stordal, E., Solhaug, H., Bosnes, I. & Følstad, A. (2012). Prevalens av depresjon hos eldre: en kort oversikt basert på erfaringer med epidemiologisk forskning fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). *Norsk epidemiologi*, 2012; 22 (2): 197-201 [1566-Article Text-6325-1-10-20121129.pdf](#)