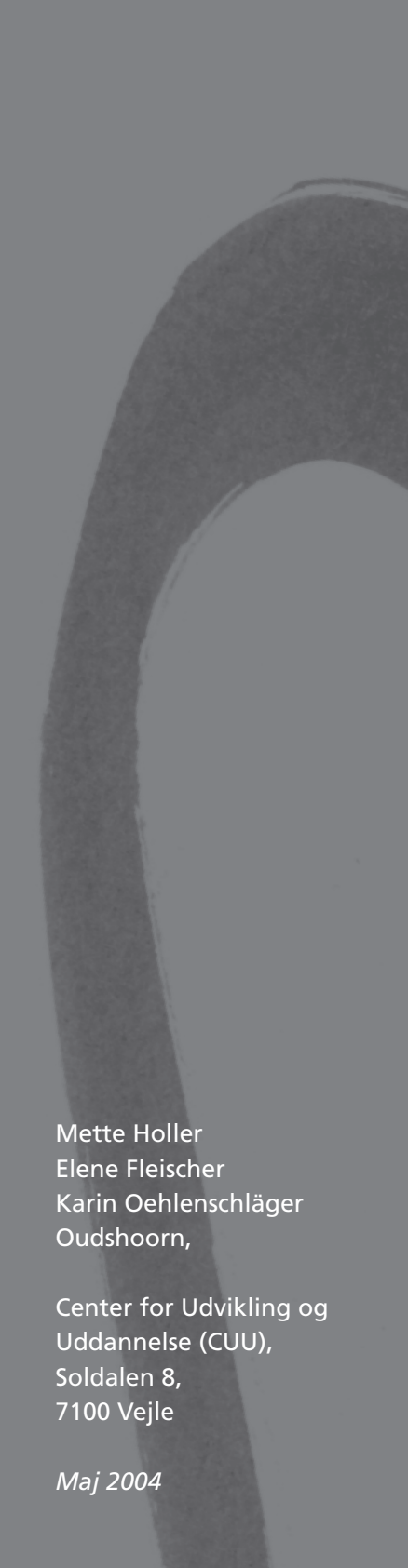




# Modelprojekt: Ældre og selvmord

## Forebyggelse af selvmord blandt ældre

Langtidseffekten af:  
undervisningen  
samarbejdet  
modelprojektet



Mette Holler  
Elene Fleischer  
Karin Oehlenschläger  
Oudshoorn,

Center for Udvikling og  
Uddannelse (CUU),  
Soldalen 8,  
7100 Vejle

Maj 2004



VEJLE AMT





## Forord

Denne rapport beskriver forebyggelsesprojektet 'Ældre og selvmord', som blev gennemført i Vejle Amt i perioden september 2001 til maj 2004. Projektet er et modelprojekt støttet af Socialministeriet efter indstilling fra Referencegruppen til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark.

Projektet består af en kortlægningsundersøgelse (fase 1) Herefter følger et udviklingsprojekt. Det består i at opkvalificere og udvikle det interne - og eksterne samarbejde i den kommunale hjemmepleje (fase 2). Projektet afsluttes med en samlet evaluering af indsatsen (fase 3).

Projektet var ikke på forhånd planlagt til at bestå af de tre faser. Hver fase er bevilget på

baggrund af den tidligere gennemførte fase. Fase 1 og 2 er gennemført som selvstændige delprojekter. Derfor er der udarbejdet særskilte rapporter for dem. For mere uddybende information om det enkelte delprojekt henvises til de tidligere rapporter. De kan fås ved henvendelse til Sundhedsforvaltningen i Vejle Amt. E-mail [vejleamt@vejleamt.dk](mailto:vejleamt@vejleamt.dk) eller downloades fra hjemmesiden [www.vejleamt.dk](http://www.vejleamt.dk).

Projektets faser er gennemført i samarbejde med to kommuner i Vejle Amt. Det drejer sig om Horsens Kommune, som er en af de større bykommuner i amtet, og Give Kommune som er en landkommune.

Maj 2004



## Indholdsfortegnelse

Forord .....	3
Indholdsfortegnelse.....	5
<b>1 Resumé .....</b>	<b>7</b>
<b>2 Baggrund.....</b>	<b>8</b>
<b>3 Kortlægningsundersøgelsen - fase 1 .....</b>	<b>10</b>
3.1 Formål.....	10
3.2 Metode .....	10
3.3 Den statistiske undersøgelse .....	10
3.4 Den kvalitative interviewundersøgelse .....	11
3.5 Sammenfattende om kortlægningsundersøgelsen .....	15
<b>4 Udviklingsprojektet opkvalificering og samarbejde - fase 2.....</b>	<b>17</b>
4.1 Formål, planlægning og organisation.....	17
4.2 Opkvalificerende kurser og undervisning .....	18
4.3 Informations- og undervisningsmateriale .....	20
4.4 Internt og eksternt samarbejde .....	21
4.5 Intern evaluering .....	23
<b>5 Evaluering af langtidseffekten af modelprojektet - fase 3 .....</b>	<b>28</b>
5.1 Metode .....	28
5.2 Effekten af undervisningen (pkt.1).....	29
5.3 Samarbejdet internt og eksternt (pkt. 2) .....	34
5.4 Sidegevinst/ulemper ved projektet.....	39
<b>6 Afslutning.....</b>	<b>41</b>
6.1 Effekt af undervisningen .....	41
6.2 Effekt af samarbejdet .....	41
6.3 Effekt af modelprojektet.....	41
<b>7 Litteratur .....</b>	<b>43</b>
<b>8 Bilag .....</b>	<b>44</b>



## 1 Resumé

Formålet med kortlægningens undersøgelse (fase 1) var at afdække behov for kompetenceudvikling hos ældresektorens medarbejdere, at undersøge graden af det tværsektorielle samarbejde og samarbejdet mellem de frivillige og den offentlige sektor i forhold til målgruppen 'ældre'.

I undersøgelsen indgik en gennemgang af dødsattester i Vejle Amt fra de sidste 5 år for alle ældre over 65 år, der er døde ved selvmord. Gennemgangen omfatter alder, køn, civilstatus, bopæl. Dataene bliver sammenholdt med det landsdækkende register og Fyns Amts register for selvmordsforsøg.

Kortlægningen blev efterfulgt af en interviewundersøgelse med et udvalg af de fagpersoner, der arbejder i ældresektoren. Hensigten var at undersøge, hvorledes ældres tale om død og selvmord påvirker fagpersonerne, og at beskrive fagpersonernes eventuelle behov.

Anbefalingerne i kortlægningen kan sammenfattes i følgende fire punkter:

- 1) At genoprette den ældres værdighed, når denne oplever situationen uværdig.
- 2) At tilvejebringe teoretisk viden om depression, patologisk sorg, alkoholmisbrug og selvmordsadfærd.
- 3) At finde en model for færdighedstræning for at sikre en bredere teoretisk forståelse af samtalens struktur.
- 4) At kortlægge mulige samarbejdspartnere, der ikke er ansat i plejesektoren og at skabe formelle samarbejdsrelationer til både præster og frivillige.

Kortlægningen blev anvendt som grundlag for udviklingsprojektet (fase 2). Her blev der planlagt og gennemført initiativer, som tilgodeser kompetenceudvikling og udbygning af det interne samarbejde mellem forskellige faggrupper, og det eksterne samarbejde mellem den kommunale hjemmepleje og frivillige. I be-

skrivelsen af fase 2 kan du læse om refleksioner over projektets resultater, ressourceforbrug og proces. Resultaterne bygger på en spørgeske- maundersøgelse.

Hvis du ønsker mere viden om undervisningen og samarbejdsmodellerne i projektet, henviser vi til 'Inspirationsmappen'. Den beskriver undervisningsmodellerne og modellerne for det interne og eksterne samarbejde. Evalueringsrapporten for fase 2 henvender sig til ledere og fagfolk, der har planer om at iværksætte initiativer indenfor forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre. Den indeholder også informationer om ressourceforbrug, herunder medarbejdertimer og udgifter til undervisning. Desuden beskriver den erfaringerne med de afprøvede processer.

Evalueringen (fase 3) af de langsigtede resultater af fase 2 præsenteres for første gang med denne rapport.

Kort fortalt var der i samtlige interviews positive tilkendegivelser for emnerne og underviserne. Undervisningen kan efter ¾ år stadig huskes af den enkelte medarbejder. De elementer, der har haft betydning for den enkelte er blevet en integreret del af deres praksis.

Modelprojektet har ført til et forbedret samarbejde indenfor området. Det er blevet muligt at sætte ord på svære temaer og dilemmaer omkring død og selvmord. Emnet diskuteres eksempelvis på medarbejdermøder. Generelt er man blevet mere opmærksom på de ældre, men også, hvordan den enkelte kollaga har det.

Begge kommuner har lagt en plan for, hvordan nye medarbejdere skal introduceres, så de bliver opdateret i viden om selvmordsforebyggelse.

## 2 Baggrund

En relativ stor andel af ældre mennesker over 65 år dør ved selvmord. Det sker på trods af at selvmordshyppigheden er faldet markant i befolkningen som helhed siden midt i 1980'erne.

Hvert år tager omkring 200 ældre danskere deres eget liv. Mellem 1/3 og 1/4 af samtlige selvmord begås af personer over 65 år.

Ældre menneskers selvmord når sjældent medierne, skønt der ofte er historier om deres urimelige vilkår. Desuden er der ikke megen interesse for ældres selvmord og selvmordsforsøg indenfor forskningen eller forebyggelsen. Ensomhed, tab af partner, psykiske lidelser og fysiske sygdomme er sammen med et mangelfuldt eller problematisk socialt netværk, forhold, der kan være medvirkende til at ældre overvejer at tage deres eget liv.

Selvmordshyppigheden stiger med alderen. I aldersgruppen over 80 år er selvmordshyppigheden blandt mænd 3 gange så høj, som i baggrundgruppen. Undersøgelser tyder på, at ældre menneskers selvmord ikke er planlagt som mislykkede selvmordsforsøg. Dvs. at der er ikke tale om signaler om hjælp, men om reelle ønsker om at dø.

Det ses blandt andet ved, at ældre mennesker benytter meget effektive selvmordsmetoder. Ca. 75% af mændene anvender hængning, skydning, drukning eller dødsspring og ca. 25% forgifter sig. For kvindernes vedkommende anvender ca. 50% medicinforgiftning (25).

I rapporten "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark" er der anført en række faktorer, som har betydning for selvmordsadfærd blandt ældre. Det drejer sig om sygdom, ensomhed, isolation og modløshed, Lige så vigtig er den angst og modvilje mange ældre mennesker nærer i forhold til deres voksende hjælpeløshed og afhængighed af andre. Det anbefales, at den

forebyggende indsats overfor ældre menneskers selvmord og selvmordsforsøg styrkes, ved at fysiske og psykiske problemer identificeres, udredes og behandles. Det skal ske ved, at personalet får den viden og efteruddannelse, der skal til for at opfange og reagere på signaler fra ældre mennesker med selvmordstanker (1).

I Vejle Amt har forebyggelse af selvmordsadfærd været et prioriteret område i perioden 1998 – 2003. Amtet har fokuseret på samordning, hjælpetilbud og uddannelse. I rapporten "Strategiplan til forebyggelse af selvmordsadfærd i Vejle Amt" (21) nævnes det blandt andet, at der synes at være større forståelse for selvmord blandt ældre mennesker end blandt yngre. Det kan være en af grundene til, at der ikke før er gjort så meget på området. Det er dog vigtigt at slå fast, at selvmord aldrig bør accepteres som en mulig udvej – heller ikke for den ældste aldersgruppe. Vejle Amts strategiplan anbefaler, at der skal ske en særlig indsats i forhold til:

- 1) At diagnosticere depression hos ældre mennesker.
- 2) At styrke samarbejdet med kommunal hjemmepleje og hjemmehjælp om at forebygge isolation af ældre mennesker,
- 3) At inddrage problematikken i de forebyggende hjemmebesøg.
- 4) At give mulighed for undervisning blandt sognemedhjælpere og besøgsvenner.

Det er på den baggrund, at Vejle Amt i tre omgange har søgt og fået modelprojekt-midler, til at iværksætte de tre delprojekter 'Ældre og selvmord' om forebyggelse selvmordsadfærd blandt ældre mennesker.



Midlerne er, som nævnt, bevilget af Socialministeriet efter indstilling fra Referencegruppen til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg i

Danmark. Tidshorisont og bevillinger til de forskellige faser kan ses i nedenstående diagram.

Fase 1	Fase 2	Fase 3
15.05.01 – 31.04.02	01.09.02 – 30.11.03	01.01.04 – 30.05.04
130.000 kr.	570.000 kr.	100.000 kr.

## 3 Kortlægningsundersøgelsen - fase 1

### 3.1 FORMÅL

Projektets formål er at styrke det selvmordsforebyggende arbejde i forhold til ældre mennesker (1). Udgangspunktet for kortlægningen (fase 1) blev derfor, at identificere behovet for kompetenceudvikling hos ældresektorens medarbejdere. Hvilke behov er der for at styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i den offentlige sektor? Hvilke behov er der for at styrke samarbejdet mellem den offentlige sektor og de frivillige hjælpeorganisationer, når det drejer sig om det forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre?

### 3.2 METODE

Kortlægningen bestod af to undersøgelser. Første del var en statistisk kortlægning af de registrerede selvmord i Vejle Amt i perioden 1996-2000. De selvmord som blev begået af ældre over 65 år, blev kortlagt i forhold til køn, alder, civil status og om muligt de bagvedliggende årsager. Dataene blev analyseret i forhold til tallene for samme aldersgruppe på landsplan. Samtidig blev en 10-års retrospektiv undersøgelse af selvmord hos personer over 65 år i Århus Amt (12) inddraget, for at belyse de bagvedliggende årsager til selvmord.

Anden del af kortlægningen bestod i kvalitativ interviewundersøgelse. Her rettede fokus sig mod fagpersoners holdninger til og oplevelser af ældres tale om død og selvmord. Samt en kortlægning af de faglige, personlige og teoretiske behov, som fagpersonerne gav udtryk for. Desuden var der fokus på behov for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

Det skal præciseres, at det fortrinsvis er de ældre mennesker, der har brug for pleje og omsorg, der har været i fokus i undersøgelsen

Interviewene er foretaget på forskellig måde. Nogle interviews er individuelle interviews andre fokusgruppeinterviews (13).

### 3.3 DEN STATISTISKE UNDERSØGELSE

Gennemgangen af dødsattesterne blev foretaget af embedslægeinstitutionen. I materialet indgår personer over 65 år, der har begået selvmord i perioden 1996 til 2000. I løbet af denne 5 års periode begik 240 personer selvmord, heraf var de 52 over 65 år. Der er i forhold til hele befolkningen ikke tale om en overrepræsentation.

Af de 52 døde personer 16 kvinder og 36 mænd. 12 personer levede i et parforhold på selvmordstidspunktet. I 21 tilfælde var der tale om depression. Derudover var der personer, som havde mistet livsmodet som følge af patologisk sorg. I 8 tilfælde blev tabet af ægtefælle og børn nævnt.

I flere tilfælde var der tale om aftagende selvhjulpethed, cancer eller mistanke om cancer, hjerneblødning, senil demens eller malersyndrom. I 2 tilfælde angives alkoholmisbrug som årsag.

I skemaet på næste side er selvmordstal for ældregenerationen for Vejle Amt relateret til tal for landet som helhed.

Tallene stammer fra Sundhedsstyrelsen og Center for Selvmordsforskning.

I årene 1996-1998 begik i alt 2469 personer selvmord, af dem var de 678 over 65 år. Disse 678 selvmord fordeler sig med 150 selvmord begået af 65-69 årige, 290 selvmord blev begået af ældre mennesker i alderen 70-79 år. De resterende 238 blev begået af ældre mennesker over 80 år (14).

		1996	1997	1998	1999	2000
DK	Befolkning 15+ år	4334761	4340423	4344303	4347403	4351786
	Befolkning 65+ år	794253	792228	790968	790435	791115
	Selv mord i alt	892	817	804	748	727
	Selv mord 65+ år	245	250	182	201	200
	Rate for hele befolkningen	20.6	18.8	18.5	17.2	16.7
	Rate for 65+ år	30.8	31.6	23.0	25.4	25.3
Vejle Amt	Befolkning 15+ år	279108	279876	282242	282734	283158
	Befolkning 65+ år	50519	50579	50591	50599	50641
	Selv mord i alt	46	48	52	50	44
	Selv mord 65+ år	10	7	14	13	8
	Rate for hele befolkningen	16	17	18,4	17,7	15,5
	Rate for 65+ år	20	14	27,7	27,7	15,8

### 3.4 DEN KVALITATIVE INTERVIEWUNDERSØGELSE

På baggrund af den statistiske kortlægning blev den kvalitative undersøgelse tilrettelagt med fokus på det faglige netværks reaktioner og kommunikationsstrategier i forhold til ældre menneskers tale om død og dødsønsker.

Der har været gennemført 7 fokusgruppeinterview med i alt 32 personer. Grupperne repræsenterede sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sundhedshjælpere og ansatte der udfører de forebyggende hjemmebesøg, samt frivillige. Desuden blev der interviewet 3 præster og 3 praktiserende læger.

I det følgende gengives de temaer, som opstod af interviewmaterialet.

#### 3.4.1 Fagpersonernes erfaringer med selvmord

Under tilrettelæggelsen af fokusgruppeinterviewene havde vi ikke regnet med at få indblik i fagpersonernes barndoms- og ungdomsoplevelser. Vi regnede med, at selvmordserfaringer i familie og venskabsforhold var for belastende, men flere af fagpersonerne udtalte sig uopfor-

dret: "Da jeg var barn, havde jeg en faster, der tog sit eget liv. Jeg kan huske uroen i familien og min fars store sorg, men jeg kan også huske, at det blev opfattet som en skændsel for familien. Min faster blev opfattet som værende svag, som en der ikke magtede sit liv". En anden fortæller:

"Min moster, der kom meget i vores hjem, begik selvmord, da jeg var 10-11 år. Hun led af depressioner, men det er noget, jeg først har forstået og fået fortalt som voksen. Selvmordet blev dysset ned, og ingen fortalte noget til mig som barn. Først efter at jeg er blevet voksen, er det blevet sagt direkte til mig, at moster havde taget sit eget liv".

#### 3.4.2 Selvmord - udtryk for svaghed eller mod

En af hjemmesygeplejerskerne fortalte en lille bid af sin historie. Den kom til udtryk i forbindelse med den personlige stillingtagen til selvmord: "Man har selvfølgelig lov til det (begå selvmord), hvis man møder noget, man ikke kan se ende på. Min mor forsøgte selvmord 10 - 12 gange, da jeg var barn, og det har selvfølgelig påvirket min holdning til det. Den skyldfølelse, jeg havde som barn og ung, har jeg

først som voksen kunnet lægge bag mig, idet jeg er blevet i stand til at fastslå, at det ligger uden for mit ansvarsområde. Jeg mener grundlæggende, at man har ret til at begå selvmord. Efter et af selvmordsforsøgene i min ungdom, ville mor tale om det. Jeg kan huske en utrolig personlig blufærdighed, da hun begyndte. Hun havde forsøgt at skære pulsåren over, og hvis hun viste det frem ved at sidde med armene synlige, fik jeg det svært. At andre skulle se, at min mor var svag. Jeg opfattede det som et svaghedstegn. Min svoger gennemførte selvmord for 15 år siden. Det havde han også ret til, han havde ikke andre udveje, men det var utrolig hårdt for hans gamle forældre”.

En yngre social- og sundhedsassistent tog derefter ordet og protesterede mod brugen af ordet svaghedstegn. Hun fortalte, at hun for et halvt år siden havde mistet sin bror ved selvmord:

”Jeg ser det ikke som et svaghedstegn, jeg ser det som en meget stærk ting, for der skal mod og styrke til at vælge denne udvej. På en eller anden måde så skal der styrke og mod til at tage sit eget liv, væk fra sine kære, dem som man elsker. Tage rebet omkring halsen og gøre det. Der skal mod til, og jeg synes snarere, at han var et stærkt menneske”.

### 3.4.3 Udsagn om livstræthed, lede ved livet og selvmord

Er det muligt at underopdele ældre menneskers livstræthedsudsagn? Blandt fagpersonerne var der ingen tvivl. Nogle af de ældre menneskers udsagn har karakterer af: ”kunne Vorherre bare hjælpe mig lidt”. Andre undres over: ”om Gud dog har glemt mig” og giver udtryk for manglende forståelse: ”hvad skal det til for”. Andre igen giver udtryk for tilværelsens meningsløshed: ”jeg er kun til besvær for mig selv og min familie”. De giver udtryk for tristhed og ønsker om, at det snart må være slut: ”Hvis bare jeg kunne få lov til at sove stille ind, at gå i seng, lukke mine øjne og ikke

vågne op igen.” Atter andre siger: ”Min krop trænger til hvile, så nu kunne det være godt at dø, for det er en lidelse at være i sin krop”. Eller: ”Jeg håber, at jeg er væk i morgen. Jeg har ikke lyst til at vågne op mere, hvorfor kan jeg ikke bare få lov til at dø”.

Ovennævnte udtalelser udtrykker det at være mæt af dage eller være færdig med livet. Udtalelserne er refereret af hjemmesygeplejerskerne.

### 3.4.4 Forskellen på døds- og selvmordsønsker

Et par af de frivillige forsøger at definere forskellen på dødsønsker og selvmordsønsker. De fortæller, hvorledes de i deres hverdag som telefonkontaktansvarlige oplever forskellen: ”Dødsønsket er den naturlige livstræthed. Den indeholder resignation, man holder op med at kæmpe for sit liv, man trækker sig væk fra livet, ind i sig selv. Derimod er selvmordsønsket noget aktivt, et ønske om en handling for at komme ud af en uønsket situation. Selvmordstanker kommer, når noget går en på. Noget, som gør, at man ikke kan se anden udvej. Selvmordstanker udspringer af afmagt, uønsket livssituation eller desperation. ”En anden fortsætter: ”Selvmord udspringer enten af et fortvivlet: ”jeg kan ikke finde ud af det her” eller et ønske om at redde et eller andet, at undgå vanære eller at ville bort fra en svær situation. Livstræthed derimod kommer snigende af sig selv og er ofte en mere langvarig og velovervejet tanke, der vokser frem over et længere forløb”.

En af hjemmesygeplejerskerne fortæller om sine observationer af selvmordsadfærd: ”Det ældre menneske bliver mere stille og fortæller ikke så mange ting, som de har gjort tidligere. Jeg mener også, at jeg kan se det på deres udtryk. Hvis man har oplevet de ældre mennesker glade eller i hvert fald tilfredse, så får de nu et udseende, hvor de lukker sig inde i

sig selv. De får et udseende, som vi som professionelle skal være opmærksomme på".

En anden hjemmesygeplejerske fortæller: "Ældre, der signalerer selvmord, udsender helt andre signaler end ældre mennesker, der signalerer livstræthed. Livstræthed taler man om. Det er legalt at tale om, at man er blevet gammel og træt og ikke ønsker at blive ældre. Det er en snak, man mange gange har, når man ser tilbage. Det er noget andet, når de fortæller, at nu vil de holde op med at leve, så er der en hel anden lukkethed i personen. Hvis du eller jeg så spørger ind til dem, så bliver vi mødt med den der lukkethed. Jeg kan mærke forskel på deres psykiske stabilitet, det er jeg sikker på, men jeg kan bare ikke lige give dig et eksempel på hvordan. Det er vel den sjette sans, intuitionen eller måske bare rutinen".

### 3.4.5 Fagpersonernes oplevelse af den følelsesmæssige påvirkning

Umiddelbart synes fagpersonens følelser ikke at afhænge af graden af tilknytning til den enkelte ældre, men derimod af den adspurgtes egen forholden sig til omsorgsarbejdet med ældre mennesker. Citaterne i dette afsnit opdeler de følelsesmæssige oplevelser i tre hovedkategorier:

- Indadrettede følelser. De fremherskende følelser - afmagt, tomhed, sorg og tristhed - gør fagpersonerne lidt indadvendte, periodvis sårbare og lettere handlingslammede.
- Udadrettede følelser. De mere udadrettede følelser er vrede og irritation. De adspurgte kan lettere handle og bliver ikke i samme grad handlingslammede.
- Følelser som skyld, desperation og magtesløshed kan medføre, at fagpersoner konstant stiller spørgsmål til sig selv og deres kompetence. Dette fører alt for let til udbrændthed og lavere selvvurdering, og giver derved den enkelte færre ressourcer at klare arbejdet med.

#### *Indadrettede følelser*

En af sygeplejerske, der arbejder på et plejehjem for demente, siger det således: "De demente patienter taler om at blive befriet for deres liv, og beklager sig over, at de ikke kan gøre det selv. Det giver mig afmagtsfølelse". En af lægerne udtaler: "Nogle gange er hjælpeløsheden den fremherskende. Det er deprimerende. Følelsen af hjælpeløshed, når man sidder med en med selvmordstanker".

En af de interviewede præster reflekterede: "Jeg har lidt sorg over, at nogen skal afslutte et aktivt liv uværdigt. Jeg bliver berørt og ked af det, når et menneske ikke ønsker at leve mere".

#### *Udadrettede følelser*

Flere af de adspurgte talte om de udadrettede følelser. En fortæller: "Jeg føler vrede, bliver ked af det og føler afmagt. Jeg kører hjem med dårlig samvittighed og lægger af. Fordi jeg er ked af det og ikke orker at blive ved med at have kontakt". En anden siger: "Jeg synes det er fejlt. De kan ikke være bekendt at gøre det. Jeg bliver sur på dem".

En tredje udtrykker det lidt anderledes, men indholdet er det samme: "Jeg får en stor følelse af irritation, ved at høre selvmordstanker udtrykt igen og igen, og jeg prøver på at forstå".

### 3.4.6 Holdninger til selvmord

I undersøgelsen blev der ikke systematisk spurgt til fagpersonernes holdninger - til selvmordsadfærd. Det skyldes, at vi ikke ønskede, at interviewene skulle udarte sig til filosofiske betragtninger om det enkelte menneskes ret til at tage sit eget liv. På trods af dette, fremgik det klart af interviewene, at fagpersonernes holdninger til selvmordsadfærd påvirker deres tanker og følelser, og den måde de reagerer på ældre menneskers tale om selvmord.

I de situationer faldt det naturligt at spørge direkte til holdningerne. Spørgsmålet lød da: "Har et ældre menneske lov til at tage sit eget liv"? Fagpersonerne svarede vidt forskelligt. Der er ingen umiddelbar sammenhæng mellem faglig uddannelse og den holdning, der blev tilkendegivet. Nogle er ambivalente i deres holdning, eller også taler de kun indirekte om det ældre menneskes ret til selv at afslutte sit liv. Andre havde hverken forståelse for eller accept af selvmordet som løsning. Det skyldes formentlig, at de prioriterer 'ansvaret' i forhold til medmenneskelige relationer på bekostning af 'den individuelle ret til selvbestemmelse'.

En erfaren hjemmesygeplejerske udtrykker respekt for den afdødes frie valg. Hun siger, at ældre mennesker har ret til selv at vælge, men at valget så også er deres eget ansvar. Andre udtrykker deres holdninger således: "Hun samlede medicin for at gøre en ende på det, hvis smerterne blev for slemme. Jeg synes ikke, det var min pligt at forhindre det. Så hun tog sit eget liv, mens hun var indlagt på sygehuset." En anden fortsætter: "Hvis man er ved sine fulde fem, så har man vel egentligt også lov til selv at bestemme, hvad man vil bruge sit liv til. Jeg ved godt, at ikke alle synes, at det er ok, men jeg siger det alligevel".

Der er i undersøgelsen flere fagpersoner, der giver udtryk for en ambivalent holdning til selvmord: "De gange jeg har stået i det, også med den gamle mand, der talte om at tage sit eget liv, har jeg tænkt noget i retning af: "Nå ja, men han skal jo alligevel dø". Selv om vi lærer, at selvmord er forkert, er vi alligevel nødt til at acceptere det ældre menneskes valg. Hvis han har lyst til at gøre det nu, hvorfor skal han så ikke have lov? Hvis det er hans måde at takke af på og sige: "Nu er det nok", hvorfor skulle manden så ikke have lov til det? Sådan er min inderste mening. Jeg ved godt, at det er fy at sige sådan, men den mening er nu min. Det er mig. Men jeg har det ikke godt med at

sige det, for jeg er godt klar over, at jeg burde mene noget andet. Som professionel social- og sundhedsassistent burde jeg ikke mene, at selvmord er acceptabelt".

Det at anskue selvmordet som en acceptabel selvvalgt handling er ikke ualmindeligt. Det er en holdning, der sammen med det bagvedliggende menneskesyn, har en negativ indvirkning på det selvmordsforebyggende arbejde. Hvor meget er det ikke muligt at dokumentere. Og det ligger uden for denne rapport, at fordybe sig yderligere i den problematik.

#### **3.4.7 Det passive selvmord**

Det ser ud til, at fagpersonerne i udstrakt grad accepterer, at de ældre mennesker nægter at spise og drikke, fordi de ønsker at dø. Temaet omtales kun af få fagpersoner. Der blev ikke direkte spurgt til netop denne problematik. En fagperson omtalte fænomenet og definerede denne spisevægring som en naturlig aldersbettinget dødsproces. Vedkommende mente ikke, at det kan benævnes passivt selvmord. Den holdning har sit afsæt i respekten for det enkelte menneskes autonomi (19).

En af de frivillige gav udtryk for at selvmord i visse situationer har sin berettigelse. Én forudsætning for accepten er, at selvmorderen er bevidst om sit valg, og at selvmordet ikke er en flugthandling. Hun mener ikke, at mennesket gennem selvmordet må flygte fra en smerte i sit liv. Hun accepterer det passive selvmord.

En af lægerne siger det sådan: "Det at sultestrejke betragter jeg egentligt ikke som selvmord. Det betragter jeg som en naturlig død, ligesom de naturfolk, der vælger at takke af, når de synes, at tiden er til det. Men det er selvfølgelig en definitions sag. Hvis valget ellers er frit, synes denne afslutning at fastholde den maksimale mængde værdighed".

### 3.4.8 Det assisterede selvmord

I spørgeguiden er der ingen spørgsmål, der sigter på det assisterede selvmord eller medlidhedsdrab. Det blev dog taget op i flere af interviewene. Pleje- og omsorgspersonalet er den gruppe, som oftest bliver stillet overfor den situation. Ingen af de spurgte vil involvere sig i assistance til selvmord. Generelt udtrykte interviewpersonerne frustration, irritation, vrede og afmagt, når de bliver spurgt af deres patienter. En fortæller:

”Han sagde til mig: ”Du skal give mig nogle piller, så jeg kan dø”, og det måtte jeg tale med ham om, at det kunne jeg ikke, for jeg måtte ikke medvirke til hans død. ”Det er din skyld, at jeg ikke dør, for du kan bare give mig det, du har nøglerne, du kan bare give mig de piller.” Han vendte i sin afmagt sin vrede mod mig. Det sværeste ved en selvmordssamtale er, at man skal tænke sig særdeles meget om, for ikke at sige: ”Jamen, du har da din familie og dine børn. Man skal hele tiden lægge bånd på sig selv, man bruger mange kræfter på at kontrollere sig selv og holde sin vrede nede, undlade at blive vred over, at de tænker, som de gør. De krænker vores følelser.” ”Det sværeste er, at der ikke findes en facitliste, måske har jeg hjulpet dem, måske ikke. Derfor står jeg med usikkerheden. Og følelsen af utilstrækkelighed, når man ikke har opnået sikker kontakt”.

### 3.4.9 Trøstestrategi og afmagt

På intet tidspunkt under fokusgruppeinterviewene har der været spurgt ind til temaet ’trøst eller ikke trøst’. De citater, der inddrages, er kommet spontant og er udelukkende taget med for at belyse, hvor vanskelig samtalen kan være, for de enkelte fagpersoner at finde frem til en måde at trøste på, som for en ældre virker lindrende. Nogle af fagpersonerne giver direkte udtryk for, hvorledes de i deres afmagt griber til en ikke hensigtsmæssig trøstestrategi. Andre fagpersoner udtrykker eksplicit vigtigheden af at tænke positivt, uanset hvor kriseram det ældre menneske er.

I nedenstående citat fortæller en yngre nyuddannet social- og sundhedsassistent, hvorledes hun håndterer sin afmagt, når hun møder temaet død og selvmord eller livets andre kriser: ”Min afmagt kommer til udtryk, når jeg kommer derud, hvor jeg ikke mere ved, hvad jeg skal gøre, og hvad jeg skal sige. Så begynder jeg at tale om noget helt andet. Fordi jeg er på vildspor, og slet ikke ved, hvad jeg skal gøre for at komme ud af det igen. Så kan jeg godt finde på at tilbyde dem et eller andet. Et glas vand, et stykke kage eller at tale om sådanne ting, hvor jeg giver dem noget, et eller andet. Eller jeg siger, nu skal jeg tage opvasken. Det er min måde at reagere på. For hvad skal jeg mere sige, og hvad skal jeg mere gøre? På den måde lader jeg være med at sige noget, og siger så noget med mine hænder. Det er også forkert, er det ikke? Her er det, at man mangler de redskaber, som kunne vise en, hvad man skulle gøre”.

## 3.5 SAMMENFATTENDE OM KORTLÆGNINGSUNDERSØGELSEN

Undersøgelsen blev sammenfattet i fire overordnede anbefalinger, som derefter blev mere detaljeret beskrevet med hensyn til opkvalificering, samarbejde og forskellige emnegrupper.

De overordnede anbefalingerne i kortlægningsrapporten kan sammenfattes i følgende fire punkter:

1. At genoprette den ældres værdighed, når denne oplever situationen uværdig.
2. At tilvejebringe teoretisk viden om depression, patologisk sorg, alkoholmisbrug og selvmordsadfærd.
3. At finde en model for færdighedstræning for at sikre en bredere teoretisk forståelse af samtalens struktur.
4. At kortlægge mulige samarbejdspartnere, der ikke er ansat i plejesektoren og at skabe formelle samarbejdsrelationer til både præster og frivillige.



Det anbefales i forhold til fagpersonernes behov for opkvalificering:

- At fagpersoner lærer at tolke de ældre menneskers behov.
- At give fagpersonerne større viden om alkohol og medicin misbrug hos ældre.
- At prioritere faggruppemøder, hvor der er tilstrækkeligt tid til proces og refleksion.
- At etablere interne uddannelsesprogrammer på plejehjem og i hjemmeplejen.
- At der etableres erfaringsudvekslings grupper.

Det anbefales i forhold til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde:

- At ledelsen i Ældresagen tager ansvar for udvælgelsen af frivillige alvorligt, og at den sikrer opkvalificering af frivillige.
- At gennemføre audit efter selvmord.
- At kvalificere nøglepersoner til at være ansvarlige for undervisning af egne fagfæller og vedligeholde det tværfaglige netværk.
- At styrke det tværsektorielle samarbejde gennem afholdelse af fælles temadage.

Det anbefales i forhold til depression:

- At personalet har en basal viden om depressionssymptomer hos ældre.
- At der fokuseres på sammenhæng mellem depressioner og alkoholindtagelse.
- At medarbejderne har viden om hvilke behandlingstilbud, der er i amtet.

Det anbefales i forhold til patologisk sorg:

- At personalet får større viden om patologisk sorg.
- At skærpe opmærksomheden på posttraumatiske symptomer.
- At der fokuseres på sammenhæng mellem depression og patologisk sorg.
- At skærpe opmærksomheden på de psykiske problemer, der kan opstå ved institutionsanbringelse af ældre.

Det anbefales i forhold til forebyggelse af selvmordsadfærd:

- At personalet får konkret viden om selvmordsadfærd. Herunder begrebsafklaring af selvmord, assisteret selvmord og passiv selvmord.
- At iværksætte holdningsdebat om spørgsmålet om retten til selvmord.
- At der sker opfølgning af pårørende og efterladte efter selvmord.
- At der udarbejdes handlingsplaner/rutiner i forhold til selvmordsadfærd på alle arbejdspladser indenfor ældresektoren.

Det anbefales i forhold til kommunikation:

- Forøget teoretisk og praktiske færdigheder i kommunikation og tavshedens betydning.
- At der arbejdes mere med forståelsen af sammenhæng mellem modstand, holdninger og kommunikation.
- At gøre brug af fagpersoners erfaringer, og at der gives supervision ved svære samtaler.

Det anbefales i forhold til den moderne død og fraværet af ritualer:

- At der indføres musikandagter, som en del af miljøet på institutionen.
- At der gives tilbud om nadver, uanset om den døende er troende eller ej.
- At indføre et afskedsritual, hvor pårørende kan tage afsked og sige de sidste ord til den døende.
- At anvende udsyngning som afskedsritual.
- At etablere klare opfølgingsrutiner, hvor der tages hånd om de pårørende.



## 4 Udviklingsprojektet opkvalificering og samarbejde – fase 2

På baggrund af kortlægningsundersøgelsen blev der sammen med Horsens og Give Kommune tilrettelagt og gennemført et udviklingsprojekt med fokus på kompetenceudvikling, samt udvikling af det interne og eksterne samarbejde.

### 4.1 FORMÅL, PLANLÆGNING OG ORGANISATION

#### 4.1.1 Formål

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

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

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

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

Modellerne skulle omfatte:

- Opkvalificerende undervisning og kurser
- Informations- og undervisningsmateriale
- Internt og eksternt samarbejde

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

Informationsmaterialet skulle bestå af en informationsmappe og en håndbog. Mappen, der skulle indeholde information om emneområdet og en oversigt over, hvem der kan samarbejdes med, skulle også kunne fungere som undervisningsmateriale og inspiration for undervisere.

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

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

#### 4.1.2 Organisation

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

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

## **4.2 OPKVALIFICERENDE KURSER OG UNDERVISNING**

### **4.2.1 Projektudvikling i Horsens kommune**

I alt er der ansat 200 personer ved Horsens Sundhedscenter Syd. I kommunen er der desuden 38 praktiserende læger og 12 speciallægepraksis, samt 19 præster.

Der er gennemført fire forskellige typer kurser/arrangementer:

- 1) Offentlig foredragsrække.
- 2) Temaaftener for social- og sundhedsassistenter og –hjælpere.
- 3) 3½ dags kursus for tværfagligt personale.
- 4) 1½ dags kursus for frivillige (se oversigt næste side).

### **Opsamling af forløbet i Horsens**

Af de 200 medarbejdere ved Sundhedscenter Syd har ca. 150 været tilstede ved et eller flere af de gennemførte arrangementer. Det var primært distrikt Syd, der deltog i projektet. Kurset blev også udbudt til nøglepersoner i øvrige distrikter, for at de efterfølgende kunne sprede projektet i Horsens Kommune. Desuden har et antal borgere deltaget i et eller flere af de offentlige arrangementer, og 34 frivillige har været på temadag.

### **4.2.2 Projektudviklingen i Give kommune**

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

I Give Kommune blev der i første omgang udarbejdet tre forskellige typer af arrangementer:

1. Offentligt arrangement.
2. Kursus for sygeplejerskerne.
3. Kursus for frivillige.

I slutningen af projektperioden er et yderligere undervisningstilbud udbudt for social og sundhedsassistenter og –hjælpere (se oversigt på næste side).

### **Opsamling af forløbet i Give Kommune**

I Give Kommune har alle sygeplejersker i hjemmeplejen deltaget i kurset. Der har været ledelsesmæssig opbakning, og arbejdsforholdene var lagt til rette, så alle sygeplejerskerne have mulighed for at deltage i kurset.

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

I første omgang blev social- og sundhedsassistenterne og –hjælperne ikke tilbudt undervisning, da de var i gang med et andet undervisningsforløb. På grund af efterspørgsel fra gruppen, blev der senere gennemført et undervisningsforløb over seks temaaftener efter samme model, som det har været udbudt i Horsens Kommune.



### 4.3 INFORMATIONS- OG UNDERVISNINGSMATERIALE

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

Et oversigtsskema blev udarbejdet med emneområder, deltagerkategorier samt kompetenceudviklingens 3 led, viden, faglighed/

handlingskompetence og den personlige holdningsdannelse. Derefter blev den enkelte faggruppe sammenholdt med emnerne og kompetenceudviklingens 3 led. Målet var at fastlægge den enkelte faggruppe skulle kunne og på hvilket niveau?

Skemaet blev anvendt som introduktion til underviserne, så undervisningen kunne tilrettelægges efter de forskellige faggruppers kompetencer. Da 'de frivillige' er en sammensat gruppe med meget forskellig erfarings- og uddannelsesniveau, må niveauet som udgangspunkt ligge lavt. Underviseren skal dog være i stand til at differentiere niveauet.

Emner	Kompetence udvikling			Deltagere
	Viden	Teori/faglighed/ handlingskompe- tence	Holdning og kom- munikation	
Risikoadfærd	Genkende / beskrive	lagttage / udføre færdigheder ud- fra viden og hold- ning	Opmærksom på/ reagere på	SSH Frivillige
Depression	Behandle	Udføre færdighe- der ud fra viden og holdning	Problemløsende indstilling	SSA
Patologisk sorg	Analysere / vurdere	Reagere selvstæn- digt og rutine- mæssigt, undervise andre	Tager ansvar for	Sygeplejersker Ergoterapeuter Fysioterapeuter Læger Præster
At leve og dø med værdighed				
	Samarbejdsstruktur internt og eksternt			

#### 4.3.1 Undervisningsmaterialer

Hver deltager fik ved begyndelsen af kurset udleveret en mappe, hvori det udleverede undervisningsmateriale blev sat i efterhånden. Mappen kom på denne måde til både at indeholde undervisningsmateriale og supplerende materialer samt informationer om emneområdet og en oversigt over, hvem der kan samar-

bejdes med. Ved afslutningen af kurserne blev mappen suppleret med relevante litteraturlister, etc. Mappens indhold kom således til at afspejle den undervisningsmodel, som var udarbejdet for de enkelte faggrupper i henholdsvis Horsens og Give Kommune. Kursisterne fik på den måde en komplet håndbog ved kursusafslutning.

### 4.3.2 Inspirationsmappen

Alt materiale, der har været anvendt i projektet, blev efterfølgende gennemlæst. Det bedste materiale blev udvalgt til at indgå i en 'inspirationsmappe'. Inspirationsmappen kom til at bestå af undervisningsmodeller for hvert af de temaer, der bør indgå i et opkvalificeringskursus, samt skitser for det formaliserede samarbejde. Inspirationsmappen vil på den måde fremtidigt fungere som inspirationsmappe for kursusplanlæggere og inspirere fremtidige undervisere (20).

### 4.3.3 Nyhedsbreve på hjemmesiden

I hele projektperioden udkom der 7 nyhedsbreve på nettet. De har været placeret dels på Vejle Amts hjemmeside og dels på projektleders egen hjemmeside. Nyhedsbrevet havde til formål at give information til både de involverede i projektet og andre interesserede, eksempelvis andre kommuner i Vejle Amt.

Fordelen ved at lægge nyhedsbreve på hjemmesiden var, at de også fremover kan anvendes som inspiration og viden. Udgifterne til de elektroniske nyhedsbreve var få, og samtidig gav det mulighed for at henvise til andre relevante links indenfor samme emneområde.

Nyhedsbrevene blev skrevet i et let forståeligt sprog, der var tilgængeligt for alle uden hensyntagen til fagspecifikke forskelle. Nyhedsbrevene kan læses og udskrives fra både [www.vejleamt.dk](http://www.vejleamt.dk) og [www.elene.dk](http://www.elene.dk).

### 4.3.4 Temadag og konference

Der er holdt to temadage i forbindelse med projektet, hvor alle kommuner og andre samarbejdspartnere var inviteret. Temadagene blev anvendt til at formidle viden om emnet 'ældre og selvmord'. Samtidig blev der informeret om projektets indhold, og de erfaringer vi har gjort os.

## 4.4 INTERNT OG EKSTERNT SAMARBEJDE

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

Den interne samarbejdsmodel skal tilgodese vejledning og opfølgning af den enkelte medarbejder, der på en eller anden måde er involveret i problemstillinger omkring ældre og selvmord.

Den eksterne samarbejdsmodel skal fremme klare aftaler mellem faggrupper og frivillige for, hvorledes der kan samarbejdes om ældre, der har selvmordstanker, og håndteringen af selvmord.

Modelprojektet havde skitseret som mål at udvikle et eksternt samarbejde, der involverede den kommunale hjemmepleje, de praktiserende læger, præster og frivillige organisationer.

### 4.4.1 Internt samarbejde i Horsens Kommune

Sundhedscenter Syd satsede på at udvikle det interne samarbejde mellem distrikterne og mellem sygeplejen og de øvrige faggrupper. I forbindelse med det tværfaglige kursus, blev der nedsat en arbejdsgruppe bestående af medarbejdere fra de forskellige distrikter i Horsens Kommune.

Arbejdsgruppens opgave var at udarbejde en skitse til en handlingsplan og en plan for at intensivere og forbedre det interne samarbejde således, at personalet ikke blev udbrændte eller måtte sygemeldes.

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

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

Det første samarbejds møde mellem koordinatoren for de frivillige i Horsens Kommune, lederen for den lokale styregruppe og projektlederen førte til en debat om behovet for yderligere samarbejde.

Konkret blev der udarbejdet et kursus for frivillige. Det var nødvendigt at sikre, at de frivillige var klædt på til at yde støtte i forhold til ældre med livstræthedsproblemer eller selvmordstanker, før der var grobund for et formaliseret samarbejde mellem den offentlige og frivillige sektor.

#### **4.4.3 Internt samarbejde i Give Kommune**

Der var ikke nedskrevet handlingsplaner i Give Kommune ved projektets afslutning, men det var styregruppens opfattelse, at der skal udarbejdes handlingsplaner, som formaliserer samarbejdet. Dog blev det besluttet, at to demenskonsulenter, som allerede står for undervisningen omkring ældre og demens, skulle have det selvmordsforebyggende arbejde under deres ansvarsområde. Det indbefatter introduktion af nye medarbejdere, opkvalificering og vedligeholdelse af det selvmordsforebyggende arbejde. Desuden fungerer de to demenskonsulenter som ressourcepersoner for de frivillige.

#### **4.4.4 Eksternt samarbejde i Give Kommune**

Organisationsstrukturen i Give Kommune havde allerede ved starten af modelprojektet en betydning for samarbejdet mellem den offentlige og frivillige sektor, idet kommunen geo-

grafisk og strukturelt er delt op i fem distrikter.

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

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

På den sidste kursusdag blev formaliseringen af samarbejdet påbegyndt. Der blev nedsat arbejdsgrupper. Fra kursernes afslutning og en måned frem blev der holdt samarbejds møder mellem frivillige og hjemmesygeplejersker i alle fem distrikter. Derefter blev der holdt et stort samarbejds møde. Deltagerne var frivillige og sygeplejersker, som havde været på kursus; der kom 50 mennesker. Der blev fremlagt mundtlige referater fra de 5 arbejdsgrupper. Derefter blev der lagt op til en iværksættelse og formalisering af et samarbejdsprojekt.

#### 4.4.5 Opsamling på det interne og eksterne samarbejde:

Udvikling af samarbejdsdelen blev påbegyndt i projektperioden. Den var ikke afsluttet ved projektets afslutning.

I forhold til både præster og læger er der i enkeltstående situationer allerede et fremragende samarbejde, der ikke kan gøres bedre.

I projektet er det ikke lykkedes at tiltrække praktiserende læger og præster til at indgå i et mere formaliseret samarbejde. Det skyldes blandt andet, at der fra lægernes og præsteres side ikke har været tilstrækkelige energi/ønsker og tidsmæssige ressourcer til rådighed. Det betød, at det eksterne samarbejde i projektet reelt kom til at handle om samarbejde mellem hjemmeplejen og de frivillige.

### 4.5 INTERN EVALUERING

Den interne evaluering er foretaget af Center for Udvikling og Uddannelse (CUU) i Vejle Amt.

#### 4.5.1 Evalueringens formål

Evalueringen skal afdække:

1. Undervisningens betydning for deltagerne indenfor følgende områder:
  - Holdningsbearbejdning, holdningsændring.
  - Kompetenceudvikling på den faktuelle viden om selvmord, selvmordsrisiko og adfærd.
  - Kompetenceudvikling på det kommunikative område, at turde være i rummet sammen med den ældre og dennes tanker om døden og dødsønsker.
  - Indsigt og viden om henvisningsmuligheder for personer med alkoholproblemer, selvmordsadfærd, depression og sorgramte.
2. Det formaliserede interne og eksterne samarbejde i kommunen.
3. Ressourceforbruget i projektet.
4. Organisatorisk model i forhold til kompetenceudvikling.

#### 4.5.2 Tilrettelæggelse af den interne evaluering

Evalueringen blev gennemført ved hjælp af spørgeskemaer i forbindelse med undervisningsforløbene.

Den enkelte kursist skulle udfylde 2 forskellige evalueringsskemaer; et der handlede om kursusindholdet og et skema der omkring samarbejdet mellem de respektive parter. Begge skemaer bestod af en før og en efter evaluering. Udfyldelsen blev foretaget ved undervisningens begyndelse og afslutning.

#### 4.5.3 Udarbejdelse af skemaerne

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

Den faktuelle viden skulle afdækkes på en måde, der kan sammenlignes med multiple choice-metoden.

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

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

#### 4.5.4 Dataindsamling

Ved undervisningens begyndelse blev der udleveret mapper til undervisningsmateriale. Heri var evalueringsskemaerne indsat. Det drejede sig om et før- og et efter-skema, omkring undervisningsdelen, og et før- og et efter-skema



omkring samarbejdsdelen. Alle skemaer var med kodenumre.

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

#### 4.5.5 Horsens Kommune - Evaluering

Inklusionskriteriet taget i betragtning blev det for Horsens Kommune til et svarprocent på 56,3% for undervisningsdelen, samt et svarprocent på 30,9% for samarbejdsdelen.

Når svarprocenten har været så lav, skyldes det at der i kommunen stadig kom nye kursister til på de 5 temaaftner. Det betød, at evalueringsskemaerne ikke er blevet udfyldt. Det gælder både før- og efter-skemaerne.

#### 4.5.6 Give Kommune- Evaluering

For Give Kommunes vedkommende blev svarprocenten på 85% for undervisningsdelen, samt et svarprocent på 70,7% for samarbejdsdelen.

#### 4.5.7 Evalueringen af den afholdte undervisning (pkt.1):

I kortlægningsundersøgelsen (fase 1) blev der udformet en model til forståelse af den professionelle kompetence. Denne model for kompetence indeholder 3 lige vigtige elementer, nemlig:

##### *Den personlige kompetence*

Heri indgår både holdninger, refleksionsvillighed, kommunikationsfærdigheder og evnen til at se kritisk på sig selv.

##### *Faglige kundskaber*

For sygeplejersken betyder de, at hun er i besiddelse af medicinsk viden, nogle manuelle færdigheder og har erfaring i udøvelse af omsorg.

##### *De teoretiske kundskaber*

Det kan være en specifik viden om ældre, herunder teoretisk viden om selvmord, depression, patologiske sorgprocesser o. lign.

Projektet skulle især tilføre teoretiske kundskaber gennem undervisningen. Derigennem skal det bidrage til udvikling på det personlige plan, således at den fagspecifikke viden bliver en integreret del af medarbejdernes faglighed.

##### **Det videnskæssige område**

Her peger alle data på, at der er sket et stort løft med hensyn til videnstilegenelse. Folks egen vurdering af deres viden i forhold til selvmordsadfærd, selvmordsrisiko og forebyggelse har flyttet sig markant. En stor del angiver i efter-skemaerne, at have en god eller meget god viden.

##### **Det holdningsmæssige område**

Før-skemaerne viser at personalet generelt har en holdning til ældre, der er kendetegnet ved respekt for ældre og forståelse for den enkeltes behov. Den mest markante udvikling ses i personalets handlekompetence. Fra at være usikker på, hvad de kan stille op i forhold til ældre, der taler om selvmord, giver de udtryk for, at være langt bedre rustet til både at tale og handle i de situationer.

Personalets udvikling bliver meget tydelig, når der spørges til, hvorvidt man tager ansvar for det selvmordsforebyggende arbejde. Svarene er angivet med fordeling på de forskellige faggrupper.

Holdningsudsagnene som vi søgte afklaret lød således:

- Jeg ved hvordan man bør forholde sig til ældre med en selvmordsproblematik.
- Jeg går ikke af vejen for at tale med ældre, der viser selvmordsadfærd.



- Jeg føler mig rustet til at tackle de ældre personer med selvmordsadfærd. Selvmordsforebyggelse er mit ansvar.
- Der er ledelsesmæssig opbakning, når det gælder selvmordsforebyggelse.
- Selvmord er ikke et emne, vi taler om i vores arbejde.
- I mit arbejde giver vi os tid til at tage os af en selvmordsproblematik.

Besvarelser	Før	Efter:
Sygeplejerskegruppen	3.0	4.9
Social-og sundhedsassistenter	3.6	4.6
Social-og sundhedshjælperne	2.4	4.0
Frivillige	2.0	2.5
Andre, fys-og ergoterapeuter, soc.rådg.	2.4	3.7

Besvarelsen er taget med for at vise bevægelsen fra før til efter for de forskellige faggrupper. Den højeste mulige score var 7. Besvarelsen viser en klar stigning i ansvarsoplevelsen hos alle grupper. Stigningen var især markant for sygeplejerskegruppen og social-og sundhedshjælperne. Det vil sige, at man kan se en øget ansvarlighed i forhold til selvmordsforebyggelse hos fagpersoner med den højeste og laveste fagkompetence.

#### Det kommunikative område

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

Deltagerne skulle besvare spørgsmål med baggrund fra deres praksis. De blev spurgt om de taler med ældre om alkoholproblemer, selv-

mordstanker, angst for depression, samt om 'det at have mistet en kær'. Det var tydeligt, at det er legalt at tale om sorg og depression, hvorimod det er mere tabubelagt at indgå i samtaler om alkohol og selvmordstanker, da disse områder opleves som hørende til privatlivet. Måske forekommer disse problemområder ikke så hyppigt som de to andre.

#### 4.5.8 Opsamling

Konklusionen på de samlede besvarelser af beskrivelserne før undervisningen var:

Følelsesmæssigt: Ikke at slå til, en afmagt og magtesløshed overfor problemet.

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

Samtalemæssigt: Peges der på manglende indsigt i at kunne håndtere denne.

Konklusionerne af de samlede besvarelser efter undervisningen var:

At der er sket en udvikling idet, fokus har ændret sig fra, at man ikke har tid, redskaber eller viden til at handle - til i stedet at handle om indholdet i samtalerne, og om man har opfattet signalerne og tolket dem rigtigt.

#### 4.6 EVALUERING AF SAMARBEJDET (PKT. 2)

Med baggrund i den meget lave besvarelsesprocent i spørgeskemaundersøgelsen for det interne og det eksterne samarbejde, blev det besluttet ikke at analysere besvarelsene.

Erfaringerne har vist, at det nok er muligt at sætte en udvikling af det interne og det eksterne samarbejde i gang. Men at det ikke er en proces, der kan afsluttes inden for projektperioden. Samarbejde er i det hele taget en kontinuerlig proces, så det kunne i stedet være interessant at se på udviklingen af samarbejdet på sigt. Derfor blev det besluttet at ansøge Referencegruppen om midler til en evaluering af langtidseffekten af modelprojektet (fase 3). Midlerne blev bevilget, hvorfor der vil blive samlet op på samarbejdet i den del af rapporten, der beskriver fase 3.

#### 4.7 RESSOURCEFORBRUGET I PROJEKTET (PKT. 3)

Ressourceforbruget til gennemførelse af modelprojektet består af de økonomiske midler, der er stillet til rådighed af Socialministeriet, og de midler der er anvendt i de to kommuner, der har afprøvet modelprojektet. Endelig skal de ressourcer, som styregruppen for projektet har investeret også medregnes.

Socialministeriet bevilgede under indstilling fra referencegruppen 570.000 kr. til gennemførelse af projektet. Beløbet skulle dække følgende udgifter:

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

##### 4.7.1 Kommunale udgifter

De to ledere af hjemmeplejerne blev bedt om at udarbejde en oversigt over ressourcer, som ikke er afholdt af projektmidlerne i de to kommuner. Det drejer sig om personaletimer, forplejning og leje af lokaler og administration.

Give Kommune har brugt 130.000 kr. af egne midler og Horsens Kommune har anvendt 190.000 kr. af egne midler. Udgifterne har i vid udstrækning været forbundet med vikardækning, når medarbejderne skulle på kursus. Desuden har der været mindre udgifter til lokaleleje og forplejning.

Desuden har kommunerne afholdt administrative udgifter, som telefon, porto og sekretærbistand.

##### 4.7.2 Øvrige tilførte ressourcer

Projektmidlerne er blevet suppleret med bidrag fra Depressionskampagnen, i form af undervisere. Amtet har afholdt udgifter til administration og projektledelse. I Horsens Kommune er der anvendt §115 midler til kurset for de frivillige og udarbejdelsen af nyhedsbreve er også et supplement til projektmidlerne.

##### 4.7.3 Opsamling

Projektet har ikke kunne lade sig gennemføre uden kommunernes eget bidrag. Udgiften til at frigøre personalet til deltagelse i kurser er uden tvivl den største udgift. Derudover anvendes der en del tid på mødevirksomhed samt tid, som ikke kan opgøres.

#### 4.8 ORGANISATORISK MODEL I FORHOLD TIL KOMPETANCEUDVIKLING (PKT.4)

I spørgeskemaundersøgelsen var et af formålene at belyse om opbygningen af undervisningen har indflydelse på læringseffekten.

I Horsens Kommune blev kurset for det tværfaglige personale afholdt på 3½ dag. I Give Kommune blev undervisningen fordelt over et længere forløb, nemlig 2 hele dage. Første og sidste dag blev holdt sammen med de frivillige, og de øvrige dage blev afviklet som eftermiddagsundervisning i alt 5 eftermiddage af 3 timer.

For at gøre det så sammenligneligt som muligt, blev sygeplejerskerne udvalgt som gruppe fra

begge kommuner til at belyse spørgsmålet om indlæringseffekt. Selv om det må siges at være hasarderet gerning at lave en kvantitativ analyse på så lille et materiale, 19 fra Give og 14 fra Horsens, så har tallene alligevel vist, at de er rimeligt jævnyrdige, især ved den "professionelle tilgang". Her scorer begge grupper højt. Dette resultat er refereret i evalueringsrapporten for fase 2 (15). Især på den faktuelle viden adskiller de 2 grupper sig. I Horsens Kommune ses en bevægelse i negativ retning, mens der i Give Kommune ses en mere mærkbar bevægelse i positiv retning.

#### **4.8.1 Opsamling**

På baggrund af det meget sparsomme materiale er det ikke muligt at besvare spørgsmålet om organiseringen af undervisningen har betydning for læringseffekten.

## 5 Evaluering af langtidseffekten af modelprojektet – fase 3

Fase 3 blev aktuel, fordi det ikke var muligt, at evaluere på samarbejdet indenfor projektperioden for fase 2.

Evalueringen er gennemført ¾ år efter, at undervisningen er afsluttet i fase 2 forløbet.

Evalueringen skulle tilgodese 3 områder:

1. Effekten af undervisningen.
2. Samarbejdet internt og eksternt.
3. Langtidseffekten af modelprojektet.

De 3 hovedområder blev yderligere differentieret til

### *Ad 1. Undervisningen:*

Har undervisningen bevirket en holdningsændring og adfædsændring i forhold til de ældre borgere?

Bliver nyansatte undervist af nøglepersoner?  
Benyttes det udleverede undervisningsmateriale efterfølgende?

### *Ad 2. Samarbejdet:*

Hvordan har processen med formaliseringen af samarbejdet udviklet sig?

Er processen forankret hos nogle ansvarlige og fremgår det tydeligt hvem det er?

Hvordan vedligeholdes det interne og eksterne samarbejde?

Er der udarbejdet handleplaner?

Bliver handleplanerne opdateret?

### *Ad 3. Langtidseffekten af projektet?*

Hvad er der sket med projektet?

Er det blevet en del af det daglige arbejde?

Har projektet evt. udviklet sig, og i så fald til hvad?

Evalueringen fokuserer dermed både på kompetencedelen og det organisatoriske i projektet.

### **5.1 METODE**

Evalueringen blev foretaget på baggrund af 7 fokusgruppinterviews, af ca. halvanden times

varighed. De 7 grupper bestod af de 2 styregrupper incl. lederne fra de respektive kommuner Give og Horsens. En gruppe med social- og sundhedsassistenter og hjælpere fra hver kommune, og en gruppe af sygeplejersker fra hver kommune. Endelig var en gruppe af frivillige fra Give Kommune også med.

I alt medvirkede 32 personer i disse interviews.

Forud for interviewet havde deltagerne fået tilsendt en introduktion til fokusgruppinterviews (bilag 1), så de havde en fornemmelse af, hvad de skulle deltage i.

#### **5.1.1 Valg af fokusgruppinterview som evalueringsmetode**

Metoden er valgt, fordi data produceres via gruppeinteraktion omkring et emne, som evaluator har bestemt (15). Fokusgruppens kombination af gruppeinteraktion og emnefokus gør metoden velegnet til at producere empiriske data, der siger noget om, hvad der får betydning i grupper. I hverdagslivet foregår betydningsdannelse som en del af menneskers sociale erfaringer. Hvad gør folk, hvor, hvornår, sammen med hvem, hvordan oplever de det, og hvordan bliver oplevelsen brugt til at forstå andre situationer? Sociale erfaringer bliver mere eller mindre selvfølgelige repertoarer, som mennesker trækker på, når de fortolker og handler sig igennem dagligdagens aktiviteter i samspil med relevante andre (15).

Selv om fokusgrupper er gode til at producere data om socialegruppers fortolkninger, interaktioner og normer, så er der en svaghed, når det gælder enkelt individers livsverden, idet den enkelte deltager i fokusgruppen får sagt meget mindre, end hvis det havde været et individuelt interview. En styrke ved fokusgrupper er, at det er den sociale interaktion, der er kilden til data. Typisk vil de forskellige deltagers sammenligninger af hinandens erfaringer og forståelser i gruppeprocessen kunne producere mere viden om kompleksiteterne i betydnings-

dannelser og sociale praksisser. Deltagerne spørger ind til hinandens udtalelser og kommenterer hinandens erfaringer og forståelser udfra en for-forståelse af konteksten. Til gengæld skal man så som interviewer tage højde for, de helt konkrete gruppeprocesser som kan opstå, når det er den sociale interaktion, der er kilden til data. Her kan der opstå både en tendens til konformitet og en polarisering i gruppen. En sidste styrke ved fokusgrupper er, dets evne til at producere koncentrerede data om et bestemt fænomen eller emne på en lade sig gøre måde, uden at blive særlig påtrængende overfor deltagerne (15).

Til brug ved interviews blev der udarbejdet en generel spørgeguide (bilag 2), der kunne suppleres eller udbygges med emneområder afhængig af, om det f.eks. var en ledergruppe eller en gruppe af frivillige, der skulle interviewes.

Fokusgruppeinterviewene er efterfølgende blevet udskrevet og analyseret. Det er sket dels igennem en meningskondensering og derefter er udsagnene blevet inddelt efter temaer, som naturligt opstod udfra interviewguiden.

## 5.2 EFFEKTEN AF UNDERVISNINGEN (PKT.1)

Resultatet af analysen vil blive præsenteret gennem udvalgte citater. Der opsummeres kort efter hvert hovedafsnit.

### 5.2.1 Personlig kompetence

Alle interviews begyndte med de samme indledende spørgsmål, nemlig:  
Hvad har kurset givet dig personligt, og oplever du at gøre ting anderledes i dag end før kurset og i så fald på hvilken måde?

En sygeplejerske udtaler: "Personligt har det givet noget til en selv. Der var mange af emnerne på kurset, som man selv måtte forholde sig til. Der er jo ingen af os, der ikke kan blive berørt af de situationer på den ene eller den

anden måde her i livet. Det giver til nogle tanker og nogle overvejelser, som vi nok tidligere gik med selv, nu kan vi sige dem offentligt".

En anden sygeplejerske supplerer: "Jeg kan ikke sige decideret, hvad jeg har lært, men jeg kan mærke, at jeg er blevet mere opmærksom, når jeg kommer ud til mine klienter. Jeg tror også, at jeg taler lidt på en anden måde, det har jeg kunnet mærke på mig selv. Nu ved jeg, hvordan jeg skal spørge ind, og jeg ved, hvilke ting jeg skal lægge mærke til".

En social-og sundhedshjælper fortæller: "Jeg er blevet mere modig i mine samtaler ude ved de ældre. Før kunne jeg godt springe let hen over det, hvis folk begyndte at antyde, at de var trætte af livet. Egentlig snakkede jeg bare med dem, men ikke at jeg tænkte over, hvad jeg sagde til dem. Jeg lyttede bare sådan, at de kunne få læsset af, men jeg turde ikke spørge ind på samme måde som jeg gør i dag".

Da hun bliver bedt om et eksempel, giver hun følgende:

"Jeg har været hos en dame i sidste uge, der sagde:" Jamen der er ingen grund til, at jeg er her mere. Jeg har ikke lyst til at være her". Jeg gik så ind og fik en samtale i gang om hendes netværk, hendes familie. Hvor tit de besøgte hende. Og inden man får set sig om, så var hun jo glad for at være her. Det turde jeg ikke gå ind og tale om tidligere".

En anden social- og sundhedshjælper beretter om en tilsvarende personlig udvikling:  
"Jeg havde en ældre dame, som fortalte mig, at hun var træt af livet, og at hun snart skulle dø. Og der svarede jeg hende, at det havde hun ret i, hendes alder taget i betragtning. Og vi fik en snak om døden. Tidligere ville jeg nok have snakket udenom, at døden ved vi jo ikke noget om, eller at der kan gå lang tid. Nu lyttede jeg og tog hende alvorligt, og jeg synes, at jeg gjorde en forskel. Tidligere ville jeg have

følt mig magtesløs, fordi jeg ikke havde de redskaber”.

En leder supplerer: “Det med at spotte nogle signaler var meget generelt i begyndelsen. Klienterne var stort set alle sammen selvmordstruede, det var det eneste vi så. Det er der nu faldet lidt ro på, og det der er tilbage er, at man er blevet langt mere opmærksomme. Men også det at spørge et spadestik dybere er blevet generelt for sygeplejerskerne”.

### 5.2.2 Medarbejder kompetence

Alle interviewgrupper blev stillet det samme spørgsmål, om de i deres dagligdag kunne registrere en udvikling i medarbejdernes kompetencer set i forhold til kursusforløbet.

En sygeplejerske siger: “Jeg mener da, at hjælperne generelt er blevet mere opmærksomme på ensomhedsproblematikken, nu hvor vi har hørt, hvad den kan føre til, således at de nu gør mere brug af de tilbud, der findes i kommunen. Så de ældre kan komme mere ud af huset eller få besøg i hjemmet”.

En anden sygeplejerske supplerer: “Ved gruppemøderne er der hjemmehjælper, der kommer og siger: ” Ville det ikke være en god idé, hvis vi gjorde sådan og sådan. De er blevet gode til at observere og kommer med mange relevante ting”.

En leder har registreret følgende: “Jeg synes, at medarbejderne er blevet meget mere observante på ældre med depression og depressionssignaler, samt at de er blevet særlig opmærksomme på nye beboere, der flytter ind. Det er især i forbindelse med indflytningen, at der kan være selvmordstanker, og personalet er mere omkring disse ældre, er blevet mere lydhøre og obs på, om der er noget, de skal iagttage og tage hånd om.” Hun fortsætter: “Der kan sidde en ældre vred kone, der måske er deprimeret. Her er hjemmehjælperne blevet langt

mere opmærksomme. Det gælder også den ældre, for hvem det hele er blevet for meget; hvor livet er blevet for besværligt, og hvor den ældre har mistet så megen værdighed og lyst til livet, at de overvejer selvmordet som udvej. De signaler er man blevet langt mere opmærksomme på”.

En sygeplejerske udtaler sig meget konkret om den kompetence, som hun forventer af sine hjælpere, også når det gælder de såkaldt svære samtaler. Hun siger: “Er det hjælpernes opgave at stille de svære spørgsmål, eller er det deres opgave at være observatøren, der er god til at se, hvad der foregår i hjemmet, uden at tage springet og komme ind på de svære ting. Jeg synes, det er hjælperens opgave, at være en rigtig god observatør og ikke tage den svære samtale, før det falder hende naturligt. Hvis hun ikke har det i sig, er det fint, - det behøver hun ikke at have. De har jo meget lidt viden indenfor psykiatri, så man kan ikke kræve med 1 års undervisning, at de skal kunne mere”.

### 5.2.3 Udvikling via faktuel viden og kommunikationsfærdigheder

I spørgeskema undersøgelsen i fase 2 blev den faktuelle viden testet herunder observationer, signaler på adfærdændring, og viste her en videnstilegnelse og et kendskab til kommunikationsteknikker (15).

Blev den teoretiske viden efterfølgende anvendt i personalets dagligdag? Generelt har undervisningen i samtaleteknik været givtig for personalet, idet mange af deltagerne siger, at de benytter metoden i dagligdagen.

Som en sygeplejerske sagde: “Det med at bruge det sidste ord fra en sætning til at spørge ind med, det er en god metode til at få vedkommende til at fortælle noget mere. Det gælder jo ikke kun den selvmordstruede, men også de klienter, der bare har en dåbsattest, der er blevet for gammel. Det er en god teknik til at

få klienterne til at fortælle noget mere om, hvordan de har det”.

En leder fortæller om personalets observationer af andre områder i dagligdagen betinget af den givne undervisning i faktuel viden.

”Til eksempel observerer personalet for signaler på den atypiske depression hos ældre. De ser nu efter nogle andre tegn end tidligere, tegn der får dem til at rejse spørgsmålet om det kunne handle om en depression, og så bliver der handlet på den baggrund.”

”Men også på signaler på selvmordstrusler, hvor langt er vedkommende fra at udføre handlingen, og hvornår går vi ind og reagerer på udsagnene”.

I kortlægningsundersøgelsen (fase 1) (14), gav personalet udtryk for oplevelser af følelsesmæssig art, som blev udløst, når samtaler med ældre berørte ældres tanker omkring selvmord, livstræthed, døden, og dødsønsker. Af de refererede citater kan de følelsesmæssige oplevelser inddeles i tre hovedkategorier:

- De fremherskende følelser: Afmagt, tomhed, sorg og tristhed, gør fagpersonerne indadvendte, periodevis sårbare og lettere handlingslammede.
- De mere udadrettede følelser er vrede og irritation. Her kan de adspurgte lettere handle og bliver ikke i samme grad handlingslammede.
- Følelser som skyld, desperation og magtesløshed kan medføre, at fagpersoner konstant stiller spørgsmål til sig selv om deres kompetence. Dette fører alt for let til udbrændthed og lavere selvurdering, og giver dermed færre ressourcer til at klare dagligdagens arbejde.

Men hvordan håndterer personalet disse temaer efter kurset?

### 5.2.3.1 Samtaler og samvær med døende

En frivillig fortæller: ”Jeg vil godt fortælle om en god oplevelse, jeg havde for nylig. Jeg tog ud til en dame, som jeg er besøgsven for. Af en eller anden grund tog jeg derud en lørdag. Jeg plejer normalt ikke at tage på besøg på lørdage, men et eller andet sagde mig, at det skulle jeg. Damen var 59 år og enke, og hun havde ingen børn. Hun var alvorligt syg af cancer, og vi havde en dejlig samtale. Det var om lørdagen, tirsdag var hun bevidstløs, og hun døde den følgende lørdag. Hun fortalte mig, at hun alle dage havde levet et stille og roligt liv, og hun havde ikke knyttet sig til nogen, men det skal jeg love for, at det har jeg nu, og så kiggede hun opad. Hun havde fået sådan en fred, sagde hun, så nu gik hun taknemmelig og glad herfra. Så takkede hun mig, og vi tog en dejlig afsked med hinanden. Da jeg kom hjem, havde jeg ingen at dele det med”.

To social-og sundhedshjælpere beretter om samværet med ældre, der giver udtryk for livstræthed og ældre, som beslutter sig for at holde op med at spise. En svær situation, der kræver overvejelser om at håndtere den på en respektfuld måde og bevare respekten for den ældres selvbestemmelse.

Den ene fortæller: ”Jeg har en meget gammel dame, som med jævne mellemrum siger, ”At jeg vil ikke op i dag, for hvis jeg nu bliver liggende, så kan jeg vel få lov til at sove stille ind”. Men det gør man jo ikke bare ved at blive liggende, siger hun. Og hun mener dette med, at hun vil have lov til at sove stille ind. Hun har haft sin tid. Hun er over 100 år, men derfor bestemmer man alligevel ikke over, hvornår det er tiden, at sove stille ind”.

”Det ville jeg nok tolke således, at nu begynder hun selv at gøre noget til, at hun ikke vil være her længere. I første omgang ville jeg nok have det lidt dårligt med, at hun ikke ville spise. Men hvorfor er det, at hun ikke vil spise? Hun



har jo sagt det mange gange, jeg har haft min tid. På den anden side set, så kan vi ikke tvinge folk til at spise”.

Den anden fortæller: “Det handler også om en gammel dame, der var over 100 år. Hun havde mistet alle sine nærmeste. Nu gad hun ikke mere, det meddelte hun højlydt. Jeg kom derned en dag, hvor hun sad og drak en kop kamillete. Jeg spurgte: “Skal du ikke have en bid brød til”? “Nej, jeg gider ikke mere. Jeg bliver 102 år til april, nu må det være nok”. Næste dag da jeg kommer, lå hun på sofaen, nu ville hun bare ikke op. Jeg snakkede med mine kolleger i gruppen om det - og med sygeplejerskerne. Hun havde jo taget sin beslutning. Vi vidste, at hun længe havde været træt af livet. Derefter gjorde vi de ting, vi skulle gøre. Lægen var inde i billedet, og vi gav den pleje, der var nødvendig. Det endte med, at hun fik lungebetændelse, som hun døde af. I alt gik der tre uger.

Det var lidt svært, for det er jo ikke det, vi er til for. Vi vil gerne bevare livet, men vi vidste også, at det var imod hendes ønske”.

### 5.2.3.2 Samtaler om sorg

Nedenstående to eksempler fra social-og sundhedsassistenter viser, at samtaler med efterladte om den afdøde kan gøres ukompliceret og naturligt. Det til trods for at emnet samfundsmæssigt er mere eller mindre tabueret, og at der kan være frygt for, at den efterladte vil blive ked af det og muligvis vil give sig til at græde.

Den første fortæller: “Jeg synes, at folk der har mistet en ægtefælle, skal have lov til at være kede af det. Det er da en naturlig ting. Det med ikke at spørge ind til den afdøde, det er da en misforstået floskel, at man derved skulle gøre dem kede af det. Det er da en naturlig ting, at man viser sorg, også selvom der er gået et år eller mere siden ægtefællen døde”.

Den anden supplerer: “Jeg synes også, at kurset har gjort, at jeg tør spørge ind til deres ægtefælle, som er død. Jeg kommer hos et par damer, der begge har mistet deres mænd. Før i tiden tog jeg ikke emnet om den afdøde ægtefælle op, da lod jeg det ligge. Nu kan jeg sagtens tage emnet op. Var det nu et år eller to siden han døde? Og hvad var det nu lige, han lavede? Da har jeg oplevet at folk siger til mig, “Tak fordi du tør snakke om ham, det er der ikke ret mange, der gør”.

### 5.2.3.3 Holdninger til selvmord

I kortlægningsundersøgelsen (fase1), fremkom der forskellige holdninger til selvmord (14). På spørgsmålet om selvmordet er en menneskeret, fremkom der vidt forskellige svar fra fagpersonerne. Nogle henholdt sig til autonomiprincippet, som begrundelse for den ældres ret til selv at vælge. Andre accepterer selvmordet, endog som en modig handling. Atter andre godtager den situation, hvor den ældre har besluttet sig for spisevægring i et forsøg på ad denne vej at kunne sove stille ind. Denne holdningsmæssige ambivalens til selvmordet blev også forsøgt testet i spørgeskemaundersøgelsen, hvor før-resultaterne viste en normalfordelingskurve, men efter-resultaterne viste en bevægelse, henimod at forebygge selvmord. Men den ambivalente tilgang til selvmordet kan stadig spores, som det er tilfældet i nedenstående eksempler:

En frivillig udtaler: “Det var da skræmmende at erfare, at der var så mange selvmord blandt ældre. Men det er forståeligt nok, når vi ser hvor mange ældre, ensomme mennesker, der også er syge, der sidder rundt omkring. Så er det jo fristende”.

Interviewer: “Siger du dermed at selvmordet er tilladt?”

“Nej, det siger jeg ikke, men det kan forekomme, at man kan forstå det”.

En anden frivillig supplerer: “Min svigerfar tog sit liv en måned før, han blev 80 år. I første



omgang var det et chok for os. Men efterhånden som jeg får tænkt mig om, kan jeg godt forstå ham. Men havde det været min mand, der havde gjort det samme, så var jeg blevet rasende på ham. Det havde jeg også, selvom han havde været meget syg. Jeg synes, det er at krybe udenom. Han ville fremstå langt mere værdig, hvis han gik igennem alle smerterne og fik taget afsked med os alle. Men han hængte sig altså, min svigerfar. Han havde virkelig planlagt det. Vi skulle i sommerhuset, men han ønskede ikke at tage med. Bagefter kan vi se, at han ofte havde sagt, at hvis jeg ikke får mit kørekort igen, nu hvor jeg bliver 80, vil jeg ikke være her mere. Han har selv været bange for ikke at kunne beholde sit kørekort, så det har været en af årsagerne til selvmordet”.

#### 5.2.3.4 Samtaler om alkohol

Samtaler med ældre, der har et for stort alkoholforbrug er for nogen faggrupper en let opgave. For andre er det langt mere problematisk. En enkelt peger på, at man som ældreforbegynder har en naturlig tilgang til at udspørge den ældre om vedkommendes alkoholforbrug, idet man også spørger ind til alt muligt andet. Følgende citater demonstrerer dette:

En gruppe af sygeplejersker siger: ”I al almindelighed er det nemt for mig at spørge ind til det i et samtaleforløb, om de tager sig en lille en om morgenen, og gør de det, så om de tager sig flere i løbet af dagen eller nøjes med den ene”.

”Jeg synes, det er lidt personbestemt, hvordan jeg får spurgt ind til det. Lige nu har vi beboere, hvor det er lige på og hårdt. Det er den jargon, de er vant til at bruge, så de får igen af samme skuffe. Hvorimod hvis det er lille fru Hansen, så pakker man det pænere ind. Jeg synes ikke, at det er specielt svært”.

En anden gruppe af sygeplejersker mener: ”Det er tungt, fordi der ikke er nogen motivation at

hente hos vedkommende, til at ændre livsstilen. Andre gange skyldes det, at de ikke overholder aftalerne. Så føler man sig misbrugt”.

”Jeg synes stadig, at det er et utrolig svært emne at komme ind på, hvis ikke borgeren selv serverer det på et sølvfad. Nogen gange skal man ligefrem fange den ældre borger med flasken i hånden, eller de mange flasker i skabe, førend vi tager handling på det. Det er nok hjemmehjælperne, der først registrerer det. De gamle er dygtige til at skjule det. De putter snapsflasken i håndtasken. Jeg mindes en, hun faldt og hun tisede i sengen og vi kunne ikke forstå det. Der var intet rent fysisk der gjorde, at hun skulle have det således. Så en dag falder tasken tilfældigt ned af stolen og ud triller både en tom og en fyldt snapsflaske. Nogen gange skal vi fange dem helt konkret, før de vil vedgå sig deres forbrug”.

Gruppen af social- og sundhedsassistenter og hjælpere har følgende oplevelser:

”Jeg synes det er svært, for de personer som jeg kender, de er samtidig demente. De kan ikke huske, at de lige har fået en genstand og nu kommer der en gæst, så skal de lige have en til næsen, hvor det ville have været bedre at lave en kop kaffe. Det kan de mange gange ikke finde ud af, derfor står der ølflasker alle vegne”.

”Når man møder en ældre med et alkoholproblem, har de som regel haft det igennem mange år. Nogen gange vælger jeg at se igennem fingre med det, og siger så, det er jo dit eget valg. Jeg kan da godt gøre opmærksom på, at det ikke er godt, og det ikke er sundt, men det hjælper som regel ingenting. Man lukker døren og tænker, hvad hjalp det. Sådan føler jeg det nogen gange”.

”Jeg har en solstrålehistorie. Vi havde en gammel dame, der klagede over, at hun var så svimmel. Når hun bestilte varer, så stod der seks fla-

sker Høker snaps, lige til en uges forbrug. Hun drak en flaske om dagen. Til sidst kunne hun hverken stå eller gå. Og spiste hun, så kastede hun det op igen. Sygeplejersken fik hende indlagt og da hun kom hjem efter et stykke tid, regnede vi med, at vi bare skulle give hende god og kærlig pleje, idet ingen regnede med, at hun ville overleve. Men i dag har hun fået lavet sit hjem om, og nu kan hun næsten selv lave sin mad. Hun har fået et flot hjem og hendes børn kommer og besøger hende igen. Hun har fået mod på livet, nu hvor hun ikke drikker mere”.

En sidste kommentar fra gruppen på forespørgsel om de henvisningsmuligheder de som personale har at trække på, svares der:

“Måske har vi ikke så mange tilbud til en alkoholiker, og hvis vedkommende ikke vil ændre livsstil, så trækker vi os”.

“Vi har kun hjemmesygeplejerskerne at henvise til. På et tidspunkt havde vi også en alkohol-konsulent, det har vi ikke mere. Men så ellers den praktiserende læge. Mulighederne er ikke mange, men jeg synes det væsentlige er, at den ældre erkender sit problem, først da kan der ske noget”.

### 5.2.3.5 Sammenhæng mellem alkohol og være selvmordstruet

Almindeligvis bliver de ældre bare kede af det, når talen falder på deres overforbrug af alkohol. Men risikoen for selvmord er øget, når der samtidig foreligger et alkoholmisbrug. En social-og sundhedshjælper kan fortælle om en situation, hvor hun oplevede at skulle agere i denne sammenhæng.

Hun fortæller: “Vi har en der drikker meget. Han truer ca. 2 gange ugentligt med, at nu gør han en ende på sit liv. En enkelt gang gik det ret så voldsomt for sig. Han lagde ansvaret over til os, om vi ikke kunne gøre det af med ham,

om vi ikke kunne skaffe ham den nødvendige mængde morfin. Han er en gammel jæger, og en dag hvor jeg kom derud, havde han lagt geværet frem, lagt to patroner i, og sagde til mig, at nu var det parat til mig, så jeg kunne udføre handlingen mod ham. Mine nakkehår rejste sig. Jeg tog ind på kontoret og vi tog derefter to derud, hvor vi fjernede geværet fra ham, talte med ham om, at så tydeligt måtte han ikke gøre det. Men det er som regel når han har drukket rigeligt, at den tale kommer op om at gøre en ende på livet.

Et eller andet sted er al den druk vel også selvmord, - det er bare langsomt”.

### 5.2.4 Opsummering vedrørende undervisning:

Der gives udtryk for et større kendskab til, hvad der skal være opmærksomhed på både i forhold til selvmordsadfærd, depression, sorg og krise situationer. Samtidig er medarbejderne blevet mere modige i deres samtaler med de ældre og i stedet for at undgå emner om død og livstræthed, så er det blevet lettere at tale om med den ældre. De udtrykker tilfredshed med, at de har lært metoder til at kommunikere. Desuden gør den enkelte flere observationer, som senere bliver vendt med kolleger eller leder. I det hele taget er refleksioner, som tidligere var personlige, blevet mere almindelige i personalegruppen. Det gælder både i forhold til de ældre og kolleger.

## 5.3 SAMARBEJDET INTERNT OG EKSTERNT (PKT. 2)

Afsnittet der omhandler samarbejde er inddelt i en beskrivelse dels af det interne samarbejde og derefter det eksterne samarbejde.

### 5.3.1 Det interne samarbejde

Det interne samarbejde er forløbet forskelligt for de to involverede kommuner. I Horsens Kommune satsede man allerede under fase 2 at intensivere samarbejdet mellem distrikterne og mellem sygeplejen og de øvrige faggrupper. Der blev nedsat en arbejdsgruppe, der skulle

komme med en skitse til en handlingsplan for intensivering af samarbejdet. Planen skulle tilgodese retningslinier for hvad der skulle ske, når eller hvis personalet blev udsat for voldsomme hændelser, som skyldtes ældres selvmord eller trussel om samme.

I Give Kommune var der ikke ved afslutningen af fase2 nedskrevet interne handlingsplaner. Men styregruppen var af den opfattelse, at det skulle gøres.

I det efterfølgende vil de to kommuners personalebesvarelser blive refereret hver for sig.

#### 5.3.1.1 Horsens kommune:

I almindelighed svarer personalet at deres interne samarbejde er godt, men på spørgsmålet om hvor en medarbejder går hen med oplysninger, der kan pege i retning af at pågældende er selvmordstruet, så svarer sygeplejerskerne:

”Der er ikke lagt faste retningslinier for det endnu, men der findes en overordnet handleplan, i Inspirationsmappen; den siger noget om den støtte og hjælp den enkelte medarbejder skal have, hvis hun bliver udsat for et selvmord eller bliver truet fysisk eller psykisk. Den plan skulle være ude i alle afdelingerne nu. Ellers skal hun henvende sig til sin nærmeste leder, det er det generelle, sådan foregår det i det daglige”.

*Social-og sundhedshjælperne svarer:*

”Jeg vil gå til den ansvarshavende sygeplejerske, det vil være det umiddelbare, dernæst lederen, fordi sygeplejersken kender brugeren, det gøre lederen ikke på samme måde”.

”Hvis jeg blev udsat for trusler om vold, så ville jeg gå til ledelsen, der ville jeg ikke være i tvivl”.

*Ledelsen svarer:*

”I handleplanen har vi sagt, at medarbejderen skal henvende sig til en med en højere charge,

det vil typisk være hjemmesygeplejersken eller aftensygeplejersken, og hun har så en forpligtelse til at gå ind i sagen og få lavet en handleplan for borgeren. Ved at lytte til borgeren, tage ham alvorligt og få afdækket hans problem og sikre handling ved at få sat ting i værk for ham og sørge for en tæt opfølgning”.

”I forhold til medarbejderen, kan den vagthavende sygeplejerske tage kontakt til sin overordnede, hvis hun føler at problemet er for stort at håndtere selv. Afdelingslederen kan igen gå videre til sin overordnede. Kompetencerne er meget klare i vores organisation.”

”Vi har en handleplan, for hvad der skal gøres, hvis en medarbejder er udsat for et effektueret selvmord. Igen er det personen med en højere charge, der går ind og tager sig af den, der har været udsat for hændelsen. Så skal der udøves krisehjælp evt. psykologhjælp, der kan blive tale om at tage ekstra personale ind, samtidig med at den udsatte ikke må tage hjem alene, og da også først når hun er klar til dette, ud fra hvad hun selv og vagthavende sygeplejerske mener”.

#### 5.3.1.2 Give Kommune

Her er man ikke i tvivl om kommandovejene i organisationen, når det gælder observationer og rapportgivning af problemet. Når det gælder handleplaner for personale, der bliver udsat for en selvmordstruende eller for fysisk eller psykisk vold, så råder der derimod usikkerhed om, hvad man gør.

*Social-og sundhedsassistenterne/hjælperne siger:*

”Jeg ville kontakte sygeplejersken, og så ville jeg få fat i den fysisk nærmeste, hvis vedkommende var så truet, at jeg ikke kunne gå der-

fra, så kunne nr. 2 hente mere hjælp hvis det var nødvendigt”.

“Det afhænger da af situationen. Hvis det er en der står ude på broen, så er det da vigtigt, at der er en der holder fast i pågældende, til der kommer mere hjælp, hvorimod hvis det er en der truer med at tage tabletter, så kan jeg måske nøjes med at holde tabletterne eller tage dem fra vedkommende. Så skal det derefter indberettes til en overordnet”.

“Med hensyn til fysisk eller psykisk vold, så kan jeg ikke huske reglerne, men det er noget med sikkerhedsorganisationen, så det skal jeg lige have slået op igen”.

“Jeg synes ikke, at jeg kender noget til det, men det kan da godt være at vi skal have det op på et møde og drøfte den situation igennem”.

*Ledelsen svarer på spørgsmålet, om hvor personalet går hen med oplevelser, hvis de har været udsat for en selvmordstruende eller fysisk eller psykisk vold:*

“Vi har ikke lavet handleplaner endnu. Vi har vores personalepolitik, hvor der står noget overordnet om, hvordan en medarbejder skal forholde sig, hvis vedkommende har været udsat for vold af den ene eller den anden art. Så henvender man sig til sin leder, som så har mulighed for at rekvirere psykologbistand. De helt konkrete handleplaner, tror jeg, vi vil skele til de, der er udarbejdet i Horsens Kommune. Men det er ikke det, vi prioriterer allerhøjest i øjeblikket”.

### 5.3.1.3 Omsorg og kollegaomsorg

I kurserne indgik et tema om omsorg/ kollegaomsorg. Dette tema skulle medvirke til at når et personalemedlem var udsat for voldsomme oplevelser i dagligdagen, så skulle den enkelte kunne hente omsorg og støtte i samtaler med sine kolleger.

Hvordan forholder personalet sig nu til de store, svære og stærke oplevelser de udsættes for i det daglige arbejde?

*Sygeplejerskerne svarer:*

“Jeg tror, at det er en selv, man skal arbejde med, men det er da vigtigt, at når man har været ude i en situation, at der er en person man kan få en samtale med her og nu. At du har kolleger, der kan forstå og lytte til ens situation. Man kan reflektere nok så meget, hvis man ikke har en sparringspartner”.

“I øjeblikket gør vi det, da vi har mange tunge samtaler, at vi skiftes til at tage dem. Så tager den ene det i den første uge og den anden i næste uge, så bliver man ikke så fyldt af det, at det kører en ned”.

*Social- og sundhedsassistenterne/hjælperne siger:*

“Det er blevet lettere og mere legalt at tale om de svære emner. Der skal ikke så mange ord til at forklare sig, fordi de andre godt ved, hvad man taler om. De emner talte man ikke så meget om tidligere, men nu har de fået en højere prioritet”.

“Hvis en i personalegruppen er ked af det eller er nedtrykt og stille, så er der nu mere opbakning. En eller to opfanger måske signaler og spørger ind til vedkommende”.

*En leder udtaler:*

“Jeg oplever i nogen afdelinger, at de har udviklet en anden måde at omgås hinanden på end tidligere. Før kunne de godt snerre af hinanden, det hører jeg ikke mere”.

### 5.3.1.4 Medarbejdernes vedligeholdelse af og op-datering af viden

I alle fokusgruppeinterviews blev medarbejderne spurgt om, hvordan de ville vedligeholde og opdatere den viden, de havde fået gennem kurset. Der kom allehånde svar til dette. Lige fra at kigge i den udleverede undervisningsmappe til at tage udgangspunkt i dagligdagens situationer, en form for case-study. Andre pegede på erfaringsudveksling mellem kolleger, suppleret med materiale, der var fundet på

internettet, til de der mente, at det måtte være ledelsens og uddannelseskoordinatorens opgave at gøre.

### 5.3.1.5 Nye medarbejdere i kommunerne

Der blev også spurgt til, hvordan man i kommunerne ville viderebringe den viden, som personalet nu havde fået til nye medarbejdere. Her havde styregrupperne allerede taget nogle initiativer. I Horsens Kommune skal alle nytillkomne i hele kommunen og dermed samtlige distrikter have et 3 timers introduktionskursus givet af de nøglepersoner, der har deltaget på kurset. Undervisningen er obligatorisk for alt nyt personale. Personale fra eget distrikt, som ikke har deltaget i tidligere kursusforløb deltager også. Det første 3 timers kursus er allerede planlagt.

I Give Kommune vil lederen introducere til undervisningsmappen og forlange at den nyan satte som minimum har skimmet og læst nogle af de artikler, der findes i mappen. Samtidig skal medarbejderen introduceres til det frivillige arbejdes aktiviteter.

Begge ledere ønsker projektet forankret i amtssundhedsplejerskens regi, hvor nøglepersoner indkaldes 1 til 2 gange årligt til erfaringsudveksling og iværksættelse af temadage om temaer indenfor selvmordsforebyggelse. En lignende opbygning som, den der foreligger for demenskonsulenter, og dem, der foretager de opsøgende hjemmebesøg.

### 5.3.1.6 Opsummerende om det interne samarbejde

I begge kommuner gives der udtryk for et godt samarbejde, og at der er klarhed om kommandovejene. Begge arbejdspladser har overordnede politikker i forhold til sikkerhed. Derimod er det kun i den ene kommune, der er blevet udarbejdet en handleplan, som øger synligheden med hensyn til, hvad der forventes af medarbejdere, og hvad de kan forvente af ar-

bejdspladsen mht. til selvmordsforebyggelsen. Handleplanen er under implementering. Den anden vil tage fat på opgaven senere. Det interne samarbejde er blevet styrket gennem deltagelse i et fælles kursus. Det har styrket åbenheden og villigheden til at reflektere over eget arbejde.

Nye medarbejdere introduceres forskelligt til det selvmordsforebyggende arbejde ved ansættelse. I den ene kommune introduceres de til 'Inspirationsmappen'. I den anden kommune introduceres alle nye medarbejdere på et 3-timers kursus. Her kan medarbejdere, som endnu ikke har været på kursus også være med.

Der er et tydeligt ønske om at vedligeholdelse og opdateringen forankres i amtsregi.

### 5.3.2 Eksternt samarbejde

Allerede i kortlægningsundersøgelsen (fase 1) blev der fra personalets side fremsat ønsker om et udbygget samarbejde med læger og præster i kommunerne. De to faggrupper blev da også interviewet i fase 1 og efterfølgende inviteret til deltagelse i arrangementerne i de to kommuner.

Når der i spørgeskema-undersøgelsen (fase 2) var så lave svarprocenter eller manglende besvarelser til dette område, kan det skyldes, at medarbejderne ikke har set eller oplevet deltagelse fra de 2 grupper. Når medarbejderne svarer i evalueringen (fase 3), så er det ud fra deres oplevelse af samarbejdet med de 2 faggrupper. De respektive grupper svarer således:

*Sygeplejerskerne:* "Det er hver gang os, der skal tage initiativet til, at de (praktiserende læger) skal komme, men også komme med oplægget hertil. Det samme gælder også for præsterne. Hvis vi vil noget, så er det os der skal komme til dem og ikke omvendt".

"Lægerne har vi altid brugt meget, patientens læge almindeligvis, og hvis akut, så vagtlægen. Præsterne har vi kun brugt, hvis vi havde ter-

minale patienter og så var det som oftest en pårørende, der kontaktede patientens sognepræst”.

*Social-og sundhedsassistenterne siger i forhold til samarbejdet med lægerne:*

“De kommer, når man beder dem om det, og nogen gange skal man bruge kræfter på at fortælle dem, at det er nu, de skal komme”.

“Når du skal ringe til lægen for en beboer, så kan du være nr. 5 i køen, og skal du tale med en ny læge om en anden beboer, så kan du starte forfra i køen. Nogen gange er de svære at få til at komme, de kan godt lægge op til, “Hvad synes du?” Men hvis jeg kunne tage beslutningen selv, så havde jeg ikke ringet”.

På spørgsmålet om samarbejde med præsterne er det gennemgående svar, at de kommer på opfordring, og afholder deres faste gudstjenester, men de kommer ikke uopfordret.

### 5.3.2.1 Samarbejde med frivillige

De frivilliges arbejde er principielt organiseret på samme måde i de to kommuner. I Horsens Kommune er alle organisationers aktiviteter underlagt Sund-by projektet, og i Give Kommune er de respektive organisationers aktiviteter indlagt under ældrerådet.

Derudover er der i Horsens Kommune frivillige, der er knyttet til de lokale centre, men ikke en bestemt organisation. Det kan komplicere de formelle samarbejdslinier.

*En sygeplejerske i Horsens udtaler:*

“Vi har en del, der kommer i afdelingen som besøgsvenner til beboerne. Men jeg tror ikke, at projektet er nået så langt, at de har en baggrundsviden der gør, at de er opmærksomme på de ældre, set ud fra projektet, som de besøger”.

Social- og sundhedshjælperne i Horsens siger: “Vi bruger de frivillige på mange måder. Nogle kommer og kører med beboerne, andre kom-

mer i terapien og nogle laver lidt underholdning for beboerne. På den måde tager de ikke noget fra os, snarere tværtimod, de nærmest hjælper os”.

*Ledelsen i Horsens siger om samarbejdet:*

“Vi er ved at lave en samarbejdsmodel for de frivillige, som vi har tilknyttet, hvori vi vil skrive, hvor den frivillige skal henvende sig, hvis de står overfor en, der er selvmordstruet. Selvfølgelig skal de få vedkommende til at henvende sig til lægen, men hvis de står i en usikkerhedssituation, har vi sagt, at de kan ringe hertil, uanset hvor de befinder sig i kommunen. Vi har valgt 3 nøglepersoner ud, som de kan henvende sig til. Nøglepersonen kan så afdække, hvad det handler om, om det skal være et råd, en vejledning eller måske en supervision, eller det kan være at få borgeren guidet ind på det nærmeste sundhedscenter, eller at lægen skal involveres”.

Ovenstående udsagn peger på at et formaliseret samarbejde ikke er etableret, og at de frivilliges aktiviteter samt kontaktmuligheder ikke er lige velkendt af alt personale.

*Om samarbejdet i Give Kommune, udtaler lederen :*

“I forhold til de frivillige kan vi mærke en forskel, fordi vi havde fællesundervisning sammen i to dage af kurset. Nu har vi fundet ud af, hvad hver især står for. Nu handler det om personer i stedet for en forening. Det gør det lettere at ringe til dem eller spørge, om de kan hjælpe med dette eller hint. Men samarbejdet er ikke blevet formaliseret endnu, vi havde et forslag i efteråret, men på grund af strukturændringer i kommunen, skal vi først have den på plads, så forslaget kan tilpasses. Dog har vi indkaldt til et næste møde”.

*De frivillige siger:*

“Jeg ved ikke om de ser os, fordi vi har været sammen, eller fordi økonomien er blevet så



stram, at de ser sig om efter nogen, der kan gøre noget. Jeg vil godt give et eksempel på, hvordan vi er blevet mere synlige. I mange år har jeg haft en selvhjælpsgruppe for pårørende til demente. Vi har været 4 kommuner, der samarbejdede om dette, jeg havde kun en deltagere fra min kommune. Men nu efter kurset har jeg fået 5 deltagere fra min egen kommune, helt givet at disse personer også har været der tidligere. Jeg synes, det er et eksempel på, at de ser os”.

“Vi fornemmer, at nu vil man gerne drøfte, hvad de frivillige kan bruges til. Vi vil gerne bruges, men ikke til hvad som helst. Lige nu arbejder vi på en mappe, der fortæller noget om, hvad hver gruppe arbejder med, hvilke aktiviteter de har. Denne mappe kunne så udlånes til den ældre borger, der herigennem kunne se, hvad der var af muligheder, som kunne have hans eller hendes interesse. Opgaverne skal være klart definerede, før vi vil påtage os dem. Det bliver vores opgave at trække linierne, og sige til og fra, især når hjemmeplejen og plejesektoren er så hårdt trængt”.

### 5.3.2.2 Opsummerende/konkluderende for det eksterne samarbejde

Det har ikke været muligt at etablere et mere formelt samarbejde med hverken præster og praktiserende læger, hvorimod de frivillige har været interesseret i at samarbejdet blev mere formaliseret.

I begge kommuner har der været arbejdet med at udvikle samarbejde med de frivillige. Give Kommune er kommet et godt stykke vej, ved dels at afholde kurser sammen og afholde samarbejds møder, hvor kendskabet til hinanden er blevet øget. Pga. strukturændringer i kommunen er det mere formelle ikke helt afsluttet. Horsens Kommune er i gang med at lave en samarbejdsmodel for de frivillige, der er tilknyttet sundhedscentret.

Kommunen har kommunale nøglepersoner, som de frivillige kan få råd og vejledning hos.

## 5.4 SIDEGEVINST/ULEMPER VED PROJEKTET

I fokusgruppeinterviews med styregrupperne, heri ledelserne, blev de spurgt om projektet havde haft nogle sidegevinster, og i så fald hvilke. Dernæst også om der havde været ulemper ved projektet, og om de ville gentage det, selvfølgelig med et andet tema.

*Ledelserne svarer:*

“Jeg synes, at vore egne værdier også er blevet implementeret via kurset. Den opmærksomhed mod, at de ældre udvises respekt, og hvad der kan gøres for, at den ældre kan føle sig værdifuld, det er en sidegevinst ved projektet. Det gælder jo ikke kun de ældre, som kunne overveje selvmord eller er deprimerede, det er også i forhold til alle andre gamle. Her er det vigtigt, at personalet indgyder mennesker en tro på, at de betyder noget i den sammenhæng, de nu befinder sig i, at de ikke oplever sig som ligegyldige, at der er en mening med den enkelte og for den enkelte”.

“Det var da helt klart et af incitamenterne til at indgå i projektet, at vi ville få en viden, først og fremmest i forhold til den selvmordstruede, men også en viden der kunne overføres til de øvrige klienter, vi har. Dernæst skulle vi prøve for en gangs skyld, at vi alle på en gang fik den samme viden”.

### 5.4.1 Om ulemperne

“Ulemperne har været det store timeforbrug hos leder og styregruppemedlemmerne, for at få organiseret vagtplanerne, så undervisningsforløbene kunne gennemføres. Men vi har da fået vores normering til at hænge sammen, så der har ikke været et overforbrug”.

“Tidsmæssigt har det været meget krævende, langt mere end jeg havde regnet med. Planlægningsmæssigt gik der mange timer med at få tjenesteplanerne til at gå op med mødetiderne. Kurset skulle afholdes et eller andet sted, der blev lejet lokaler, der skulle bestil-

les mad, og ryddes op efterfølgende. Der blev lavet plakater, de skulle sættes op og tages ned. Så lavede vi en kunstudstilling, alt sammen tager tid. Men det var sjovt, og vi fik en masse gode oplevelser ud af det”.

### **5.5 OM ØKONOMIEN I PROJEKTERNE**

I Horsens Kommune har man investeret 190.000 kr. i projektet. På spørgsmålene om det har været pengene værd, og om man ville gentage det? *Har lederen følgende svar:*

“Der har været mange sidegevinster ved projektet, så det synes jeg. Jeg kunne godt finde på at gentage det med et andet tema, især hvis der kommer en projektleder udefra, der tilrettelægger undervisningen sammen med os, og også entreer med underviserne. Det har været meget værdifuldt, at man ikke selv skal trække hele læsset. Det, at vi selv havde indflydelse på undervisningsmodellen, har gjort, at vi kunne få rigtig mange med”.

I Give Kommune har man anvendt 130.000 kr. på projektet. På spørgsmålet om det har været pengene værd, og om de ville gentage det, *svarede lederen:*

“Der deltog 17 personer i 5 eftermiddage og to hele dage plus alle de frivillige, der deltog om formiddagen. På den måde har det ikke været så dyrt og heller ikke så afskrækkende, hvad tid angår. Det er ikke sådan, at jeg siger, at det gør jeg aldrig mere, men det gør ikke noget, at det venter til næste år”.

### **5.6 ET PERSONALE OG LEDELSESPROBLEM**

Undervejs i samtaleforløbene fremkom en leder med følgende problemstilling til overvejelse for projekt iværksættere og ledelser, der tænker på at gennemføre kurser i store eksistentielle temaer. Når kursusforløbet omhandler samtaler om livet og døden, skal man være opmærksom på, at det kan fremkalde tidligere traumer hos personalet. Det giver overvejelser

om arbejdspladsens ansvar i forhold til opfølgning, og om hvem der skal betale for evt. psykologhjælp?

### **5.7 FORSLAG TIL FORBEDRINGER TIL KURSET**

Alle deltagerne ved fokusgruppeinterviews blev ved slutningen af interviewet spurgt om de havde nogle forslag til forbedringer til kurset, såfremt det skulle gentages. Der blev fremsat ønske om mere viden om samtaleteknikker. Og ønske om flere holdningsmæssige diskussioner i grupper evt. suppleret med rollespil. Adskillige ønskede kurset forlænget med flere kursusdage, så man havde tiden til at påbegynde udarbejdelse og implementering af handleplanerne. De frivillige ønskede flere undervisningsdage sammen med sygeplejerskerne.



## 6 Afslutning

Denne del af modelprojektet 'Ældre og selvmord' (fase 3) skulle evaluere langtidseffekten af undervisningen, samarbejdet i kommunerne internt såvel som eksternt, samt modelprojektets videre udvikling i kommunerne.

Der samles op på langtidseffekten af modelprojektet, fase 1 til 3, i dette afsnit.

### 6.1 EFFEKT AF UNDERVISNINGEN

Den eksakte undervisning kan ikke huskes  $\frac{3}{4}$  år efter endt undervisning. Dog kan de elementer fra undervisningen, der har gjort en forskel for den enkelte medarbejder, huskes. De er nu blevet en integreret del af medarbejderens praksis.

Ingen har undgået en påvirkning, når man skal arbejde med livets store temaer og dilemmaer. Ved samtlige interviews har der kun været positive tilkendegivelser for emnerne og underviserne, og ingen kritikpunkter til indholdet.

### 6.2 EFFEKT AF SAMARBEJDET

Det interne samarbejde i kommunerne er tilsyneladende velfungerende. Alle medarbejdere kender deres kompetence og kommandovejene, når de udsættes for konfliktfyldte situationer. I Horsens Kommune mangler man at få implementeret handlingsplanen for den enkelte medarbejder ud i de yderste led, som samtidig er forreste led til borgeren.

Det eksterne samarbejde i Horsens Kommune er kun etableret med de frivillige uden organisationstilknytning. Det vil sige, de frivillige der frekventerer de lokale plejecentre. Det formaliserede samarbejde med Sund-By projektet er ikke blevet effektueret. Samarbejdet med de lokale læger og præster eller mangel på samme er uforandret. Der er intet samarbejde ud over det, der er betinget af pleje og behandling af borgerne.

I Give Kommune råder der endnu nogen usikkerhed om handleplaner for personalets ved-

kommende. Her agter ledelsen at annektere modellen fra Horsens Kommune.

Det eksterne samarbejde med de frivillige mangler at blive formaliseret. Forslagene hertil ligger klar, men strukturomlægning i kommunes hjemmepleje har gjort, at arbejdet er blevet udsat, og at forslagene skal tilpasses strukturændringen.

### 6.3 EFFEKT AF MODELPROJEKTET

Selve modelprojektet med dets indhold af undervisning og samarbejdsrelationer har internt i kommunerne ført til: Et forbedret samarbejde, hvor det er blevet muligt at sætte ord på svære temaer og dilemmaer omkring døden og selvmord. Emnerne diskuteres på medarbejdermøder, ligesom emner som omsorg og hensyn medarbejderne imellem, specielt når der er mange tunge samtaler i dagens løb. Generelt er der kommet mere opmærksomhed kollegerne imellem på, hvordan den enkelte har det.

En sidegevinst ved projektet, har været bredden i emnevalget for undervisningen. Kurset har på den måde haft betydning for ældre i hjemmeplejen i almindelighed og ikke kun for ældre i krise. Projektet har sat fokus det meget væsentlige at udvise respekt for den ældre, og hvad der kan gøres for, at den ældre kan føle sig værdifuld.

Af betydning kan fremhæves, at en stor del af personalet har deltaget. Det har betydet, at personalegruppen har fået en fælles opkvalificering.

Projektets opbygning med samtidig opkvalificering og udvikling af samarbejde, har gjort det muligt, at viden er blevet omsat i praksis ikke kun for den enkelte medarbejder, men i hele organisationen. Det skaber større mulighed for en blivende opkvalificering for de involverede hjemmeplejer.

Med hensyn til modelprojektets videre forløb i kommunerne, har begge kommuner lagt en

plan for at introducere nye medarbejdere, så de bliver opdateret i kommunernes viden om selvmordsforebyggelse.

Begge kommuner peger på, at projektets videreførelse skal forankres i amtssundhedsplejerskens regi, i lighed med demenskonsulenternes, og de der foretager de opsøgende hjemmebesøg.

Til sidstnævnte kan der svares, at denne forankring vil ske, og det første kursus til 'Forebyggelse af selvmord hos ældre' vil blive udbudt i foråret 2005.

## 7 Litteratur

- (1) Sundhedsstyrelsen: *Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark*. 1998
- (2) Foss, Tage: *Om døden - lægers, patienters og politikernes holdning*. Månedsskrift for praktisk lægegering. September 1999.
- (3) Klok, Lone: *Lys fra større himmelhvælv*. In: *Dødens rum* Pedersen (red) Odense universitet 1998
- (4) Maarup, Birgit: *Når døden er nær - omsorg og pleje*. Dafolo 1994
- (5) Sørbye, Liv Wergeland: *Døden i institution - ritualer rundt dødsleie og død*. In: *Døden på Norsk*. Oslo 1994
- (6) Heap, Ken: *Samtalen i eldreomsorgen: 2.udgave* Kommuneforlaget, Oslo 2001
- (7) Brudal, Lisbeth: *Dødsbevissthet. Om å velge livet eller døden*. Universitetsforlaget Oslo 1998
- (8) Svarre & Würtzen: *Samtaler med den døende patient*. Ugeskrift for læger 162/43 okt. 2000
- (9) Diego De Leo (Editor); Bille-Brahe, U: *Suicide and Euthanasia in Older Adults*. Hogrefe & Huber Publishers 2001
- (10) Ottesen, Stig: *Må jeg dø i smerte*. Oslo 2002
- (11) Runge, Kate: *Selv mord blandt ældre*. in. *Ældre & demens, depression & selvmord*, udgivet af ældre forum 1999
- (12) Bayer Kristensen, I, Runge Nielsen, K: *Selv mord hos ældre i Århus Amt. En 10-års retrospektiv undersøgelse af selvmord hos personer over 65 år*. Ugeskrift for læger.158/5 januar 1996 pp 579-583)
- (13) Bojle'n, Sybille: *Fokusgrupper - hvad, hvorfor, hvornår?* In Månedsskrift for praktisk lægegering 2001 august. Side 909-920.
- (14) Oudshoorn K.O & Fleischer E: *"ældre og selvmord i Vejle Amt".En kortlægningsundersøgelse*. April 2002
- (15) Halkier Bente: *Fokusgrupper*. Roskilde Universitetsforlag 2003
- (16) Oudshoorn K., Fleischer E.& Holler M. *Evalueringssrapport, "Ældre og selvmord"*. Nov. 2003.
- (17) Fleischer, Elene: *Den talende tavshed*. Odense Universitetsforlag 2000
- (18) Kübler-Ross, Elisabeth: *Døden og den døende*. Oversat fra engelsk udg. 1969 Gyldendal 1977
- (19) Sundhedsstyrelsen: *Lov om Patienters retstilling samt Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv*. 1998
- (20) Vejle Amt, Inspirationsmappen: *Forebyggelse af selvmord blandt ældre*. 2003
- (21) Sundhedsforvaltningen Vejle Amt: *Strategiplanen til forebyggelse af selvmordsadfærd i Vejle Amt*. 1998.

## 8 Bilag

### **BILAG 1: INTRODUKTION TIL FOKUSGRUPPEINTERVIEWS**

1. Takke for deltagelse til interviewet.
2. Præsentation af hinanden.
3. Navneskilte?
4. Interviewet der skal foregå i dag handler om kompetence, samarbejde og handleplaner. Som I måske ved har dette projekt foregået i 3 faser, fase 1. kortlægningsfasen om behov og ønsker i forhold til "ældre og selvmord", der førte til fase 2: undervisningsdelen, der blev afsluttet med en konference og en rapport. Udfra jeres besvarelser på spørgeskemaerne. Fase 3 er en opfølgning, effektdelen, hvad har det ført til?
5. Interviewet varer ca. 1 ½ time.
6. Det optages på bånd og hvem hører det? Det gør jeg og den der renskriver båndet. Båndene slettes når jeg har skrevet en rapport. Det er muligt at I kan kende jeres egne udsagn, men alle udsagn vil blive anonymiseret.
7. Denne type af interview er anderledes end det man normalt forbinder med at blive interviewet, hvor udspørgeren stiller en masse spørgsmål hele tiden. Her er det jeres synspunkter omkring holdninger, oplevelser og erfaringer i forbindelse med ældre og selvmord. Det er mest jer der skal diskutere med hinanden.
8. Jeg styrer processen og tiden og alle skulle gerne blive hørt. De meget talende vil jeg forsøge at dæmpe, og de spagfærdige vil jeg trække ind i samtalen. Alle erfaringer og synspunkter er lige gyldige, der er ingen rigetige eller forkerte opfattelser.
9. Af hensyn til udskrivningen af båndet, vil jeg bede jer om ikke at tale i munden på hinanden og ikke klirre med kaffekoppen, ikke småmumle med sidemanden når en anden taler.

**BILAG 2. GENEREL SPØRGEGUIDE**

Tilgang: Fortid, -nutid, -fremtid.

Kompetence: Din egen – de andres.

Viden

Samtale

Holdning.

Samarbejde:

Internt

Eksternt

Handleplaner

Ansvarlighed

Ajourføring af viden

Nyt personale.





