

Forord

Rapportens opdeling i fem hovedafsnit skal muliggøre læsning af rapporten på flere niveauer.

Del I indeholder, kapitlerne 1-3 om baggrund, formål og metode.

Del II indeholder kapitlerne 4-6, og udgør den statistiske kortlægning. De statistiske data sammenholdes med danske selvmords tal og perspektiveres ved at inddrage en retrospektiv undersøgelse fra Århus Amt.

Del III indeholder kapitlerne 7-16 og er resultatet af den kvalitative interviewundersøgelse. Det er fagpersonernes holdninger til død og selvmord samt fagpersonernes behov, der er det centrale. I kapitel 7 inddrages fagpersonernes personlige erfaringer i relation til selvmordsadfærd. Det drejer sig hovedsageligt om oplevelser knyttet til barndommen og den tidlige ungdom. Der gives et eksempel på, hvorledes selvmordsreaktioner og observationer kan ties ihjel. I kapitel 8 gives der eksempler på "hvad de ældre mennesker siger". Det centrale tema er, hvorledes fagpersoner oplever, at de ældre mennesker udtrykker livstræthed, lede ved livet o. lign. I kapitlerne 9 og 10 belyses hvorledes de ældre menneskers udsagn påvirker fagpersonerne følelsesmæssigt og tankemæssigt. I disse kapitler er det fagpersonernes fortællinger, der er det centrale. Hvorledes ser og reagerer den enkelte, og hvilke tanker og følelser ligger implicit i iagttagelsen? I kapitel 11 er det holdningerne til selvmord der er det centrale. Her inddrages holdningerne til det passive og det assisterede selvmord. Kapitlerne 12-15 omhandler kommunikationen mellem det ældre menneske og fagpersonen, - hvorledes foregår kommunikationen i hverdagen set med fagpersonens øjne. I kapitel 16 behandles spørgsmålet: "angsten for døden" og de mange former for angst, der kan forekomme i den sidste del af livet. Angsten for plejehjemsanbringelse fylder meget og synes udbredt blandt ældre mennesker.

Del IV indeholder kapitlerne 17-21 og fokuserer på opkvalificering, tværfagligt og tværsektorielt samarbejde som fagpersonerne efterlyser.

Del V indeholder en diskussion af faggruppernes behov og er de projektansvarliges afrunding af undersøgelsen.

Såfremt læseren fortrinsvis er interesseret i faktuelle oplysninger, henvises man til at læse del I+II+V. Er man derimod interesseret i at få større indsigt i det faglige netværks oplevelse af og tanker om ældre menneskers selvmord og død henvises til del III og IV.

Er det undersøgelsens teoretiske overvejelser, der har interesse henvises læseren til bilagsdelen.

Tak til alle jer fagpersoner, der ville dele jeres tanker og oplevelser med os. Uden jeres deltagelse var herværende undersøgelse ikke mulig. Derfor er resultatet af undersøgelsen (rapporten) skrevet primært til jer.

Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark har ydet økonomisk tilskud og får med denne (lange) rapport dokumentation for den gennemførte undersøgelse.

Vores intention med rapporten er at dokumentere hvilke behov der er for opkvalificering. Når rapporten er blevet så omfattende, skyldes det de teoretiske indlæg i bilag 3-5, som er medtaget med den hensigt at inspirere undervisere og andre med interesse indenfor feltet.

April 2002

Indholdsfortegnelse:

<u>Forord</u>	1
<u>Titelbladet</u>	
<u>Indholdsfortegnelse:</u>	2
<u>Resume</u>	6
<u>Anbefalinger</u>	7
<u>I. Indledning</u>	10
<u>Det ældre menneskes kommunikation med omverdenen</u>	11
<u>Depressioner blandt ældre mennesker</u>	12
<u>2. Formål</u>	12
<u>3. Metode</u>	13
<u>II. Den statistiske kortlægning</u>	14
<u>4. Selvmord i Danmark</u>	14
<u>5. Selvmord blandt ældre Århus Amt</u>	14
<u>6. Selvmord i Vejle Amt</u>	15
<u>Aldersgruppen 65-69 år</u>	15
<u>Aldersgruppen 70-79 år</u>	15
<u>Aldersgruppen over 80 år</u>	16
<u>Sammenfattende om Vejle Amt undersøgelsen</u>	16
<u>III. Den kvalitative interview-undersøgelsen</u>	18
<u>Udvælgelsesprocedure</u>	18
<u>Metode</u>	18
<u>7. Fagpersonernes erfaringer med selvmord</u>	19
<u>Selvmod udtryk for svaghed eller mod</u>	20
<u>Svigt på et plejehjem</u>	20
<u>8. Udsagn om livstræthed, lede ved livet og selvmord</u>	21
<u>Dødsønske som følge af livstræthed og ensomhed</u>	22
<u>Forskellen på døds- og selvmordsønsker</u>	22
<u>Selvmodudsagn som manipulation</u>	24
<u>9. Fagpersonernes oplevelse af den følelsesmæssige påvirkning</u>	24

<u>Indadvendte følelser</u>	24
<u>Udadrettede følelser</u>	25
<u>Risiko for udbrændthed</u>	25
<u>10. Ældres udsagn påvirker fagpersonernes tanker</u>	26
<u>Det automatiske og det reflektive tanke sæt</u>	26
<u>Følelser påvirkes af alternative tanker</u>	26
<u>11. Holdninger til selvmord</u>	27
<u>Er selvmordet en menneskeret?</u>	27
<u>Retten til selv at vælge</u>	27
<u>Accept af selvmordet</u>	28
<u>Det passive selvmord</u>	28
<u>Det assisterede selvmord</u>	29
<u>12. Den ligeværdige samtale om død og selvmord</u>	30
<u>En ligeværdig samtale mellem en ældre og præsten</u>	31
<u>Mødet og forståelsen mellem lægen og en ældre mand</u>	31
<u>Præsten om livstræthed</u>	32
<u>Den frivillige og den deprimerede mand:</u>	32
<u>Respekt for det ældre menneskes måde at tale på</u>	32
<u>13. Den ikke ligeværdige samtale</u>	33
<u>Generationskløften - den sproglige forskel</u>	33
<u>14. Trøstestrategi og afmagt</u>	34
<u>Anvendelsen af trøstestrategi mellem en ældre kvinde og en frivillig</u>	34
<u>Afmagt får mig til at trøste</u>	34
<u>15. Tavshed som kommunikation</u>	35
<u>16. Angsten for at tale om døden</u>	35
<u>17. Angsten for døden</u>	36
<u>Somatiske reaktioner</u>	37
<u>Angst for smerter</u>	37
<u>Angst for den manglende med kropskontrol</u>	38
<u>Angst for tiden forud for døden</u>	38
<u>Angsten for tiden efter døden</u>	39
<u>Angsten for det essentielle</u>	39
<u>Angsten for det sidste suk</u>	39

<u>At undgå angsten og vælge selvmord</u>	40
<u>IV. Fagpersonernes behov</u>	41
<u>18. Behov for mere viden på det personlige område</u>	41
<u>19. Behov for opkvalificering af faglig og teoretisk karakter</u>	42
<u>20. Behov for mere tid</u>	44
<u>21. Internt og eksternt samarbejde</u>	44
<u>Internt samarbejde</u>	45
<u>Eksternt samarbejde</u>	45
<u>V. Diskussion af faggruppernes behov og anbefalinger</u>	47
<u>22. Fagspecifikke behov for kompetence, mere tid og samarbejde</u>	
<u>Social og sundhedsassistenterne og hjælperne</u>	
<u>Hjemmesygeplejerskerne, forebyggerne og sygeplejerskerne</u>	
<u>De interviewede læger</u>	
<u>Ældresagens frivillige</u>	
<u>De interviewede præster</u>	
<u>Anbefalinger</u>	
<u>23. Tværfaglige behov</u>	
<u>Social og sundhedsassistenterne og hjælperne om samarbejde</u>	
<u>Hjemmesygeplejerskerne, forebyggerne og sygeplejerskerne om samarbejde</u>	
<u>De interviewede læger om samarbejde</u>	
<u>Ældresagens frivillige om samarbejde</u>	
<u>Præsterne om samarbejde</u>	
<u>Anbefalinger</u>	
<u>24. Tidsmæssige og økonomiske forhold</u>	
<u>Faggruppernes tidsbehov</u>	
<u>25. Hvad har de - altså fagpersonerne - behov for?</u>	
<u>Bilag 1 - Informationsskrivelse</u>	50
<u>Bilag 2 Teorigrundlaget for udformningen af interviewguide</u>	52
<u>Bilag 3. Indhold af spørgeguidens forskellige spørgsmål</u>	55
<u>Bilag 4. Spørgeguide</u>	56
<u>Bilag 5. Den teoretiske baggrund for undersøgelsen</u>	58

Menneskesyn eller holdninger til det ældre menneske	58
Depression og patologisk sorg etc	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
Depression	58
Patologisk sorg	59
Selvmordsadfærd og bagvedliggende faktorer	60
Kommunikation	61
Fraværet af ritualer	63
Litteratur	64

Resume

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

I undersøgelsen indgår en kortlægning af ældres selvmord i Vejle Amt. Kortlægningen er sket ved gennemgang af dødsattester i Vejle Amt for de sidste 5 år for alle ældre over 65 år. Det omfatter alder, køn, civilstatus, bopæl. Tallene 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 påvirkede fagpersonerne, og hvad disse gav udtryk for af behov.

Afdækningen skal udføres med henblik på at kunne planlægge og iværksætte en anden fase, som skal bestå af kompetenceudvikling og udbygning af samarbejdet mellem de forskellige parter.

Interviewundersøgelsen viste: at "sammenstødet" mellem det ældre menneskes egen selvopfattelse og det omkringliggende samfunds opfattelse klart kommer til udtryk omkring begrebet værdighed, der er tæt forbundet med begreber som at være selvhjulpne og have kontrol. Interviewene underbygger påstanden om, at ældre mennesker, der begår selvmord, gør det på grund af problemer, der i mange tilfælde kunne have været løst, hvis fagpersonerne havde haft den fornødne opmærksomhed, den faglige og teoretiske viden og den nødvendige tid til rådighed. Der synes ligeledes at være sammenhæng mellem angsten for døden og valg af selvmord.

Resultatet: De interviewede fagpersoner gav udtryk for behov for en afklaring af deres egen opfattelse af ældre mennesker; en afklaring af holdninger og syn på (liv og), selvmord og døden. De havde brug for mere viden om, hvad der kan få ældre til at overveje selvmord, og manglede desuden viden om patologisk sorg, depression mv. Træning i samtale og kommunikation blev specielt fremhævet. Der er et behov for at udbygge og forbedre det interne, henholdsvis det tværfaglige samarbejde.

Spørgsmålet var: Hvorledes kan de ældre menneskers behov for respekt, autonomi og integritet tilgodeses, således at selvmord ikke bliver en løsning på livets besværligheder. Det *anbefales:* at give det faglige netværk det, som de oplever og giver udtryk for, kan møtte deres behov. Derefter kan de enkelte fagpersoner lettere tilgodesee det ældre menneskes behov.

Anbefalinger

Kortlægningen er fremkommet med mange behov. Sammenfattende for undersøgelsen er følgende 4 anbefalinger;

- Det anbefales at lære at bibringe ældre værdighed, når det ældre menneske oplever situationen uværdig
- Der anbefales at der gives en teoretisk viden om depression, patologisk sorg, alkoholmisbrug og selvmordsadfærd
- Det anbefales at indføre praktisk færdighedstræning og teoretisk forståelse af samtalens struktur
- Det anbefales at der i ældresektoren kortlægges mulige samarbejdspartnere, der ikke er ansatte i plejesektoren. At der bruges den fornødne tid til at skabe formelle samarbejdsrelationer med både præster og de frivillige. Vi anbefaler ligeledes, at præsterne bliver mere offensive

Herefter følger anbefalinger mere detaljerede og delt op efter emner;

Anbefalinger i forhold til fagpersonernes behov for opkvalificering.

- Det anbefales at alle fagpersoner lærer at tolke de ældre menneskers behov
- Det anbefales at give fagpersonerne en større viden om alkohol og medicin misbrug hos ældre
- Det anbefales at kurser tilpasses de enkelte faggruppers behov
- Det anbefales at prioritere faggruppemøder, hvor der tilstrækkeligt med tid til proces og refleksion
- Det anbefales at etablere interne uddannelsesprogrammer på plejehjem og i hjemmeplejen, som månedlige eftermiddage med forskellige relevante temaer
- Det anbefales at der etableres erfaringsudvekslings grupper (ERFA-grupper), som forum for udveksling af erfaringer og læring

Anbefalinger i forhold til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde

- Det anbefales at ledelsen i Ældresagen tager ansvar for udvælgelse af frivillige alvorlig, sikre opkvalificering af frivillige i tilpas grad til at kunne møde mennesker i sorg og krise, og skaber en forudsætning for at frivillige vil blive respekteret af andre faggrupper
- Det anbefales at gennemføre audit efter selvmord
- Det anbefales at opkvalificere nøglepersoner med den funktion at være ansvarlige for undervisning af egne fagfæller og vedligeholde det tværfaglige netværk
- Det anbefales at arbejde hen imod et bedre tværsektorielt samarbejde, at iværksætte dette gennem afholdelse af en eller flere temadage, med deltagelse af de forskellige faggrupper, der indgår i herværende undersøgelse. Dette samarbejde bør munde ud i

nogle aftaler og faste procedure, der sikre at et ældre menneskes behov tilgodeses på optimal måde

Anbefalinger i forhold til depression

- Det anbefales at alle personalegrupper, der arbejder i forhold til ældre mennesker skal have en basal viden om depressionssymptomer, også de atypiske (31)
- Det anbefales at der generelt er en viden om hvilke behandlingstilbud, der er til rådighed i amtet
- Det anbefales at der fokuseres på sammenhængen mellem depressioner og alkoholindtagelse
- Det anbefales et samarbejde med forskningsgruppen "ældre og selvmord", hvor der er repræsentation af geronto psykologer der er i gang med et forskningsprojekt om ældre, selvmord og depression; og at samarbejde med repræsentanter for depressionskampagne i Vejle Amt, og med Ældresagen

Anbefalinger i forhold til patologisk sorg

- Det anbefales en større teoretisk viden om patologisk sorg
- Det anbefales at den enkelte lærer sig at være bevidst på posttraumatiske (PTSD) symptomer
- Der anbefales at der arbejdes for en forøget teoretisk viden om sammenhæng mellem depression og patologisk sorg
- Det anbefales at skærpe den enkelte fagpersons opmærksomhed på de problemer, der kan opstå af psykisk art ved institutionsanbringelse af ældre mennesker

Anbefalinger i forhold til forebyggelse af selvmordsadfærd

- Det anbefales konkret viden om selvmord, sådan som det er formuleret i Handlingsplanen af 1998 (28)
- Det anbefales at iværksætte holdningsdebat om spørgsmålet om retten til selvmord
- Det anbefales at alle faggrupper i ældresektoren får et teoretisk overblik i definitioner og begrebsafklaring af selvmord, assisteret selvmord og passiv selvmord
- Det anbefales en generel opfølgning af pårørende og efterladte, uanset alder
- Det anbefales at der udarbejdes handlingsplaner/rutiner i forhold til selvmordsadfærd på alle arbejdspladser indenfor ældresektoren

Anbefalinger i forhold til kommunikation

- Det anbefales en forøget teoretisk viden og praktiske færdigheder i kommunikation og tavshedens betydning
- Det anbefales at arbejde bevidst med forståelsen af sammenhængen mellem modstand, holdninger og kommunikation

- Det anbefales at der gøres brug af fagpersonernes erfaringer, og at der gives supervision på vanskelige samtaler

Anbefalinger i forhold til den moderne død og fraværet af ritualer

- Det anbefales at der indføres musikandagter, som en del af miljøet på institutionen
- Det anbefales at der gives tilbud om nadver, uanset om den døende er troende eller ej
- Det anbefales at indføre et afskedsritual, hvis de pårørende ønsker at tage afsked og sige de sidste ord til den døende
- Det anbefales at genindføre udsyngning, der er en gammel skik og afskedsritual
- Det anbefales at etablere klare opfølgingsrutiner, hvor der tages hånd om de pårørende

I. Indledning

Selvordstanker og selvmord er almindelig blandt ældre mennesker. Den udløsende faktor kan være tab, depressioner eller angst for fremtiden. Spørgsmålet er, om der er en sammenhæng mellem ældres selvmord og fagpersoners reaktion på ældres tale om død og selvmord? Hvad oplever de forskellige fagfolk at de har behov for, og på hvilke områder føler de sig inkompetente?

I "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark" er det i afsnit 7.7 anført, at sygelighed, ensomhed, isolation og modløshed er faktorer, som har betydning for selvmordsadfærd blandt ældre. Lige så vigtig er imidlertid 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; og ved at personalet får den viden og efteruddannelse, der skal til for at opfange og reagere på signaler om, at det ældre menneske går med selvmordstanker eller på anden måde er selvmordstruet (28).

I Vejle Amt har forebyggelse af selvmordsadfærd været et prioriteret område i perioden 1998 – 2001, og er fortsat i fokus - dog i mindre grad - indtil udgangen af 2003. Fokus har været på samordning, hjælpetilbud og uddannelse. I "Strategiplan til forebyggelse af selvmordsadfærd i Vejle Amt" nævnes 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 imidlertid vigtigt at slå fast, at selvmord heller ikke for den ældste aldersgruppe bør accepteres som en mulig udvej. Strategiplanen anbefaler at der skal ske en særlig indsats i forhold til at diagnosticere depression hos ældre mennesker, styrke samarbejdet med kommunal hjemmepleje og hjemmehjælp om at forebygge isolation af ældre mennesker, inddragelse af problematikken i de forebyggende hjemmebesøg og mulighed for undervisning blandt sognemedhjælpere og besøgsvenner.

Som led i dette arbejde har Vejle Amt søgt og fået modelprojekt-midler ved "Referencegruppen" til at iværksætte projektet "ældre mennesker og selvmord" om selvmordsadfærd blandt ældre mennesker.

Ældre over 65 år kan ikke på samme måde som yngre lade som om døden ikke eksisterer. Døden markerer livets afslutning og er det, der stærkest fortæller os, at vi kun har dette ene liv at leve. På den måde er døden også sidste stadie i vor personlige udvikling (19).

Den aldrende (nu afdøde) børnebogsforfatter Astrid Lindgren beskriver i få og enkle ord den naturlige aldringsproces: "Det er godt, at den som ældes, bevæger sig langsomt mod graven og mister noget af sansernes skarphed, lemmernes hurtighed og hukommelsen undervejs. Som et efterårstræ, der kaster bladene et for ét. Vi falder sagte mod jorden og får mange tanker om livet, der går mod sin afslutning."

Den pensionerede praktiserende læge Tage Foss (12) siger det lidt anderledes: "Nu indtræder døden så sjældent, at selv modne folk kun i få tilfælde har set en død og endnu færre har set nogen dø. Døden har ingen plads i vort verdensbillede. Den forvirrer os som en uorden. Selv som 100-årig flygter man fra døden, fornægter den, taler ikke om den, har ingen holdning til den. Døden er u håndterlig for dagens mennesker. Denne samfundets fornægtelse af døden er en stærkere fjende end døden selv."

Uanset om aldringsprocessen sker uden de voldsomme smerter ved kroppens nedbrydning vil fornægtelsen ikke kunne bibeholdes. Jo ældre man bliver, jo mere vil tanken om døden trænge

sig på. Døden er et ensomt og vigtigt emne, og tanken om døden betyder på sin vis, at man accepterer, at muligheden for at udvikle sig videre er tabt. Tanken om døden fastholder det, der blev nået, men også det, der ikke blev nået i livet. Hvem ønsker at være ved livets afslutning, hvis alt omkring en åbner sig mod nye horisonter? Intet under, at man udskyder og fortrænger livets afslutning, så længe det er muligt (3).

Derfor drejer det sig først og fremmest om at leve livet, indtil man dør. I anden omgang drejer det sig også om at tage afsked med livet bedst muligt og at forberede sig på at dø på en rimelig måde. "Bange for døden" er et begreb som ofte dukker op, når talen er om døden. En del ældre mennesker, især de med et kristent livssyn, kan udtrykke en speciel form for angst for døden: "Hun var især bange for det, der var efter døden" (24).

Lyngby Jepsen (14) beskriver sin angst for døden på en anden måde, idet han siger: "Jeg forstår ikke, at mennesker er bange for at dø. Jeg tænker på min død hver dag - uden angst. Det er ikke svært at dø, det svære og det uforudsigelige er døds måden. Min eneste bekymring er: Hvad kan der ske forinden det sidste suk? Jeg kan blive ramt af sygdomme ud over dem, jeg lider af i forvejen, blive afmægtig, lammet, afhængig af hjælp, bundet til seng og plejehjem. Det kan for alvor give mig angst og bæven. Der er kun en måde at undgå det på. Selvmordet. Spørgsmålet er bare: "Hvornår?" Man kan af medlidenhed med sig selv og begær efter livet udskyde det så længe, at det bliver for sent."

Flertallet af Danmarks befolkning, måske op mod 80% dør på hospital eller på plejehjem. De fleste har en eller flere af deres pårørende tilstede. Kun ca. 5% dør i eget hjem. Der er her tale om et ændret adfærdsmønster. I midten af det 20. århundrede døde de fleste uden at pårørende var til stede. I dag er institutionerne i stigende grad åbne for at pårørende i den sidste tid kan bo i en seng ved siden af den døende.

Hospitaliseringen er ikke i sig selv noget ondt men afspejler dog, at døden på en måde er blevet sygeliggjort og foregår sammen med professionelle. Døden er dermed blevet mindre synlig end tidligere. I dag lukkes døden så at sige inde bag mure og hvide kitler. Denne hospitalisering har medført at tidligere tiders ritualer ikke kan anvendes, og da der ikke har været opmærksomhed om at skabe ritualer i forhold til den "moderne død", sker døden uden kulturbestemte ritualer og afhænger derfor helt af den enkeltes evt. religiøse tilhørsforhold (16, 22).

Det ældre menneskes kommunikation med omverdenen

Det kan være svært for det ældre menneske at acceptere, at døden nærmer sig. Det er ikke nemt at tale med andre om emnet. Måske vil han eller hun ikke belaste andre med sine tunge tanker og er måske bange for, at andre vil feje dem til side og komme med opmuntrende ord eller trøstestrategier, som ikke rigtig kan bruges til noget (6, 13).

For mange mennesker kan det endda være vanskeligt at få sat ord på tanker og følelser. Desuden er der ofte en tendens til, at den der taler om døden vækker negative følelser hos sine tilhørere.

Det er lettere at tale om døden, hvis der er nogen, der vil lytte og måske spørge ind til, hvilke tanker det drejer sig om. Det er gavnligt at formulere sig i ord for at få klarhed på egne tanker om døden. Det, at det ældre menneske taler om døden, er ikke ensbetydende med, at vedkommende har tanker om eller planlægger selvmord.

Forudsætningen for at kunne være til stede i et talefællesskab er, at man magter at lytte. Det er evnen til at være til stede i samtalen, der er det afgørende. Det er vigtigt, at den professionelle person er i lytterposition i stedet for at ville gøre noget (13, 29). Det forudsætter, at vedkommende bevidst arbejder med at udvikle evnen til at kunne høre budskabet i det ældre

menneskes til tider indirekte tale. Det primære er måske en personlig stillingtagen og en vilje til selvrefleksion i forhold til egne holdninger om døden. Disse elementer er hele grundlaget for, at der kan handles rimeligt i forhold til den der taler om døden.

- Det er væsentligt, at det ældre menneske der har behov for at tale oplever, at de professionelle har hele opmærksomheden rettet mod det der siges.
- Der er utallige måder at forholde sig til eller tale om døden på. Døden kan opfattes enten som en definitiv afslutning eller som en overgang til noget andet. Det er det ældre menneskes forestilling, der bestemmer, hvorledes der tales om døden.
- Det at tale om døden er måske vanskeligere for os som professionelle end for det ældre menneske. En sådan samtale kan true vores følelsesmæssige stabilitet og konfrontere os med noget, vi helst ikke vil konfronteres med, nemlig vor egen dødelighed.

Depressioner blandt ældre mennesker

Bortset fra demens er depression den hyppigste og alvorligste sindslidelse hos ældre mennesker. Op mod 15% af befolkningen over 65 år bliver ramt af depressioner. Det er ikke ualmindeligt, at tidligere psykisk raske mennesker rammes af depression for første gang som 70 – 80-årige. Depressioner kan være kortvarige og milde eller langvarige og svære. Specielt svære depressioner er livstruende, idet svære depressioner medfører øget risiko for selvmord.

Depression skyldes oftest forskellige ydre påvirkninger så som social isolering, evt. som følge af at jævnaldrende falder bort og sansesvigt på grund af alderens fremskridning. Depressioner kan også være forårsaget af somatiske sygdomme som blodpropper, hjerneblødning eller en evt. begyndende demens. Forskerne fortæller, at nogle depressioner opstår som bivirkninger forårsaget af den medicin, de ældre mennesker får for at afhjælpe lidelser som f.eks. for højt blodtryk. Nogle er mere udsatte for at få depressioner end andre, idet den nedarvede disposition spiller en stor rolle (25).

2. Formål

Projektet har flere formål: Det overordnede er at styrke det selvmordsforebyggende arbejde i forhold til ældre mennesker (Den nationale handleplanen 1998). Det gøres ved at identificere hvilke behov ældre sektorens medarbejdere har for kompetenceudvikling. Hvilke behov er der for samarbejde tværfagligt og tværsektorielt i den offentlige sektor og mellem denne og de frivillige hjælpeorganisationer, når det drejer sig om det præventive selvmordsarbejde. Som første del af projektet gennemføres en kortlægning af behovene på de skitserede områder.

Nøglepersoner i den kvalitative kortlægning er social- og sundhedshjælpere og -assistenter, hjemmehjælpere, sygeplejersker på plejehjem, i den kommunale hjemmepleje og ved det forebyggende hjemmebesøg. Dertil kommer præster, praktiserende læger, besøgsvenner og andre frivillige. Fremover vil både nøglepersoner og de forskellige personer i det faglige netværk under et blive benævnt fagpersoner, informanter eller de adspurgte. Kortlægningen udføres med henblik på at kunne planlægge og iværksætte en fase 2, som skal bestå af kompetenceudvikling og udbygning af det bestående samarbejde mellem de forskellige parter. Det skal præciseres, at det fortrinsvis er de ældre mennesker, der har brug for pleje og omsorg der har været i fokus i undersøgelsen

3. Metode

Kortlægningsprojektet består af to særskilte undersøgelser. En statistisk kortlægning, der omhandler de statistiske oplysninger om udførte selvmord i Vejle Amt i perioden 1996-2000. Disse 52 selvmord foretaget af ældre over 65 år er kortlagt med hensyn til køn, alder, civil status og om muligt de bagvedliggende evt. udløsende faktorer. Antal selvmord ses i sammenhæng med de selvmord, der i Danmark udføres i denne aldersgruppe, og endelig inddrages en retrospektiv undersøgelse fra Århus Amt, for at undersøge om de bagvedliggende årsager er ensartede i de to undersøgelser, der foretages med 10 års mellemrum.

I den kvalitative interviewundersøgelse er det fagpersonernes holdninger, oplevelser af ældres tale om død og selvmord der er det primære. I denne del af kortlægningen indgår også en undersøgelse af de faglige, personlige og teoretiske behov, som fagpersonerne giver udtryk for. Desuden er der sat fokus på behov mht. samarbejde og tidsmæssige ressourcer.

Der foreligger, så vidt vi ved, ikke andre undersøgelser, der kombinerer ældre menneskers tale om død og selvmord med de professionelles refleksioner

II. Den statistiske kortlægning

Det er velkendt, at en relativ stor del af ældre mennesker over 65 år dør ved selvmord. Selvmordshyppigheden er høj, specielt blandt mænd, og ofte anvendes voldelige metoder. I befolkningen som helhed er selvmordshyppigheden faldet markant (2). Ældre menneskers selvmord bliver sjældent trukket frem i medierne, skønt der relativt ofte er omtale af de belastninger som ældre mennesker har og deres urimelige vilkår i øvrigt.

4. Selvmord i Danmark

Hvert år tager omkring 200 ældre danskere deres eget liv. Det svarer til, at mellem 1/3 og 1/4 af samtlige selvmord begås af personer over 65 år. Langt størstedelen af de ældre mennesker, der begår selvmord, bor i eget hjem. Næsten hvert 10. selvmord blandt ældre mennesker sker på plejehjem eller i beskyttet bolig. Dermed er denne boligform overrepræsenteret, idet kun 6% af ældre generationen bor i sådanne boliger (7, 25).

Selvmordshyppigheden stiger med alderen, og i aldersgruppen over 80 år er selvmordshyppigheden blandt mænd 3 gange så høj, som i baggrundsgruppen. Undersøgelser tyder på at ældre menneskers selvmord ikke er planlagt som mislykkede selvmordsforsøg, dvs. der er ikke tale om signaler om hjælp, men om reelle forsøg på at dø. Det ses bl.a. af, at ældre mennesker anvender meget effektive selvmordsmetoder. Ca. 75% af mændene anvender hængning, skydning, drukning eller dødspring og ca. 25% forgiftning. For kvindernes vedkommende anvender ca. 50% medicinforgiftning (25).

5. Selvmord blandt ældre i Århus Amt

Undersøgelsen i Århus Amt dækker en 10 års periode. I perioden 1983-1992 blev der begået 1375 selvmord i befolkningen som helhed i Århus Amt og 337 blandt ældre mennesker over 65 år. 24,5% af de fuldbyrdede selvmord blev med andre ord begået af mennesker over 65 år. Undersøgelsen bygger på en retrospektiv gennemgang af dødsattester foretaget af embedslægeinstitutionen (1).

I artiklen skrevet på baggrund af undersøgelsen påvises det, at de fleste selvmord blev begået af enlige kvinder i alderen 65-69 år. Den højeste selvmordsrate blev fundet for enlige mænd over 80 år.

I undersøgelsen fastslår forfatterne, at anbringelse på plejehjem ikke medvirker til at forhindre selvmord. Selvmordsraten er en anelse højere på plejehjem end i baggrundsgruppen. Antagelsen er, at selv om plejehjem er beskyttede miljøer med veluddannet personale, er der på ældreinstitutionerne i dag (1996) ikke de fornødne ressourcer og tid til at give de ældre mennesker tilstrækkelig tryghed og opmærksomhed. Samtidig har mange plejehjemsbeboere en fornemmelse af mindre mening med tilværelsen, hvilket alt andet lige medfører lavere livslust og større risiko for selvmord.

I undersøgelsen er der i ca. 20% af dødsattesterne oplyst behandling af psykisk sygdom, mens der i 8% refereres til diagnose af livstruende og smertefulde sygdomme. Oplysninger om alkoholvaner og -misbrug er sparsomme og i relation til selvmordshændelser ikke tilstrækkeligt belyst.

Forfatterne påpeger, at aldringsprocessen forløber forskelligt fra individ til individ, og det er ikke muligt at give entydige retningslinier for forebyggelse af selvmord. Det menes at være

essentielt at modvirke ensomhed og isolation samt at skabe tryghed. Afmagt, modløshed og depression hos ældre mennesker skal lindres ved øget omsorg og behandling, så selvmord forårsaget af disse faktorer bliver minimeret (1).

6. Selvmord i Vejle Amt

Formålet med denne del af undersøgelsen er, at få et overblik over selvmordshyppigheden i Vejle Amt og måske få en fornemmelse af de bagvedliggende årsager til selvmordet. Ved hjælp af dødsattesterne er der skabt et overblik over alder, bopæl og civilstatus.

Gennemgangen af dødsattesterne blev foretaget af embedslægeinstitutionen og materialet indeholder alle de personer, der var over 65 år da de begik selvmord. Perioden er 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 Danmarks befolkning ikke tale om en overrepræsentation.

Selvorderne i Vejle Amt opdeles i tre aldersgrupper 65-69 år, 70-79 år, over 80 år. Tallene fra Vejle Amt sammenlignes med opgørelser for hele landet.

Aldersgruppen 65-69 år

Der er her tale om 15, der har taget deres eget liv. Heraf 3 kvinder og 12 mænd.

Deres civilstatus var ikke væsentlig anderledes end befolkningens i almindelighed. 6 personer var gifte/samlevende, heraf 5 mænd og 1 kvinde.

Af de 15 personer boede de 9 i større byer (Kolding, Horsens, Vejle eller Fredericia), 1 i en mindre by og 5 i landsbyer eller landområder.

Alle boende i egen bolig. Typen er ikke defineret.

Depression er ofte angivet som årsag.

Af dødsattesterne fremgik det, at alle 15 personer havde haft store personlige tab inden for de seneste år. Tab af ægtefælle fremhæves specifikt i 3 tilfælde.

Tilknytningen til arbejdsmarkedet var for de fleste i denne aldersgruppe afsluttet og for nogle enkelte ved at afslutte - også i overensstemmelse med befolkningen som helhed. Dette betyder især for mange mænd, at deres livssituation undergår en total ændring. Mænd knytter jo i højere grad end kvinder deres identitetsoplevelse op på deres arbejdsforhold, hvilket betyder, at de rammes ekstremt hårdt på det personlige plan ved ophør af arbejde. Det at skifte fra et arbejdsliv til et pensionistliv medfører for de fleste en økonomisk forringelse og en deraf følgende fornemmelse af manglende kontrol. Pensionisttilværelsen kan betyde nye udfordringer, men medfører ofte en fornemmelse af tristhed, hvor depressioner i tilknytning til andre tab og kriser kan blive resultatet.

Aldersgruppen 70-79 år

I denne aldersgruppe var der 20, der havde taget deres eget liv, heraf 9 kvinder og 11 mænd.

For kvinderne ses der en overrepræsentation af enlige, kun én var gift. 3 af mændene var gift.

Af de 20 personer boede de 15 i større byer. De øvrige boede i landsbymiljøer.

Tab af ægtefælle eller børn omtales i 5 tilfælde. Dødsattesterne omtaler tab af ægtefælle, der ligger år tilbage og i flere tilfælde henvises implicit til patologisk sorg.

For denne gruppe er tab og kriser iøjnefaldende. Der nævnes psykiske lidelser eller problemer og somatiske lidelser som bagvedliggende årsag. Cancer, hvor der ofte er store smerter i den

afsluttende fase, har måske også betydning. Det er som sagt ikke ualmindeligt, at tidligere helt psykisk raske mennesker får deres første depression i løbet af denne periode.

Angsten for at blive senil-dement kan være udslagsgivende for selvmord, især hvis demenslidelsen er velkendt i familien. Den vil som oftest betyde anbringelse på plejehjem. Begrebet anbringelse signalerer eksplicit, at det ældre menneskes samtykke ikke er væsentligt. Mangel på kontrol, tab af værdighed og selvhjulpelighed ligger for det meste til grund for plejhjemsanbringelse. Det, at ligge andre til byrde, kan også for det ældre menneske være udslagsgivende for at vælge at begå selvmord, inden vedkommende oplever sig selv for dårlig til at kunne kontrollere netop valget af tid og sted.

Aldersgruppen over 80 år

I denne aldersgruppe er antallet af selvmord 17, heraf 4 kvinder og 13 mænd.

Kendetegnende for aldersgruppen er en massiv overvægt af enlige, kun to er gifte. De to gifte havde som følge af psykiske lidelser og senil-demens grund til at fornemme, at de lå deres hustruer til byrde.

13 boede i egen bolig, 7 i en større by, 3 i en mindre og 3 i landsbymiljø

I denne aldersgruppe er 4 selvmord udført på plejehjem og 1 undervejs i plejhjemsanbringelse. (Der omtales modstand mod anbringelsen).

For denne gruppe bliver tab af selvhjulpelighed endnu tydeligere og anbringelse på plejehjem mere almindeligt. Kroppen degenererer og de invaliderende somatiske lidelser, der påvirker sanseapparatet, bliver almindelige. Tab og kriser af enhver form, fra tab af en hund til tab af ægtefælle aktiverer ensomhedsfølelser og tanker om værdiløshed. Der er ingen at "være noget for" og desuden er der en stigende afhængighed af andre. Flere kan ikke længere klare selv de mest intime personlige behov.

Hvad der skjuler sig under begrebet: "træt af livet" eller "mistet livsmodet" vides ikke, men nærliggende begrundelser for den selvvalgte livsafslutning er ensomhed, mangel på fornemmelse af værdi, håbløshed og meningsløshed.

Sammenfattende om Vejle Amt undersøgelsen

I alt er der tale om 52 selvmord, heraf var 16 kvinder og 36 mænd. 12 personer levede i et parforhold på selvmordstidspunktet.

I 21 tilfælde er der tale om depression og derudover er der personer, der har mistet livsmodet i patologisk sorg. I 8 tilfælde blev tab af ægtefælle og børn specielt nævnt.

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

4 personer bor på plejehjem på selvmordstidspunktet og 2 er undervejs i en anbringelse på plejehjem. Evt. er der flere tilfælde, som ikke er omtalt i dødsattesten. Det fremgår ikke om der er ældre mennesker, der har haft ønske om at komme på plejehjem.

Der er tale om små tal, hvorfor der ikke bør drages for vidtgående konklusioner, men kort kan det siges at depression og tab (ikke uventet) ofte fremtræder i materialet.

I nedenstående skema er selvmords tal for ældregenerationen for Vejle Amt relateret til tal for landet som helhed.

		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

Oplysninger om årene 1996, 1997 og 1998 stammer fra Sundhedsstyrelsen og Center for Selvmordsforskning.

Oplysninger vedr. årene 1999 og 2000 er indsamlet af embedslægeinstitutionen i Århus Amt ved embedslæge Kate Runge. Beregninger Anette Erlangsen.

I årene 1996-1998 begik i alt 2469 personer i Danmark selvmord, af dem var de 678 i alderen 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 og de resterende 238 blev begået af ældre mennesker over 80 år.

III. Den kvalitative interviewundersøgelse

I den statistiske kortlægning var temaerne depression, afmagt, tab af værdighed, kontrol og kriser gennemgående temaer. Med dette in mente blev metoden til den kvalitative undersøgelse overvejet. For på hvilken måde kunne de statistiske resultater belyses fra en kvalitativ undersøgelsesvinkel. Det var planlagt at supplere en kortlægning med en interviewundersøgelse af det faglige netværks reaktioner og kommunikationsstrategier i forhold til ældre menneskers tale om død og dødsønsker. Målgruppen for denne del af undersøgelsen er de professionelle og frivillige medarbejdere, der indgår i netværket omkring ældre mennesker. Som et supplement til kortlægningen foretages også en afdækning af, hvilke behov netværket har for udvidelse af deres faglige og personlige kompetencer, ligesom samarbejdsrelationerne faggrupperne imellem bliver klarlagt, og de interviewede faggruppers behov søges synliggjort.

Interviewene er foretaget på forskellig måde. Nogle interviews er individuelle interviews andre fokusgruppeinterviews. Ved at interviewe flere personer gennem et fokusgruppeinterview opnås en metode, hvor flere personer gennem gensidig inspiration finder frem til forskellighederne i temaet. De enkelte gruppemedlemmer reflekterer åbent og lader sig inspirere af hinanden (4). I de individuelle interviews er det muligt at gå endnu dybere ned i en subjektiv forståelse af tabuiserede områder. På denne måde supplerer enkeltinterviews og fokusgruppeinterviews så at sige hverandre, og til begge kategorier af interviews er anvendt samme spørgeguide (Bilag 4).

Udvælgelsesprocedure

Informanterne eller fagpersonerne blev udvalgt på baggrund af en allerede etableret kontakt mellem koordinatoren for forebyggelse af selvmord i Vejle Amt og nøglepersoner i Give og Horsens kommuner. Der blev udsendt en informationsskrivelse (bilag 1), som nøglepersonerne kunne anvende for at motivere til deltagelse i interviewene. Ved denne arbejdsmetode undgik de projektansvarlige, at skulle bruge unødigt lang tid til personligt at motivere til samarbejde.

Som et delresultat af gennemgangen af dødsattesterne var institutioner, hvor der var foregået et eller flere selvmord de seneste år, blevet identificeret. Af denne grund oplyste informationsskrivelsen, "at et specielt prioriteringsområde vil være identifikation af og samarbejde med de plejehjem og institutioner, der har været berørt af selvmord eller selvmordsforsøg inden for de seneste år".

Metode

Af informationsskrivelsen fremgik det i øvrigt, at "det er planen at inddrage forskellige faggrupper i arbejdet med at belyse de ældre menneskers relationer til død og selvmord og klarlægge de arbejdsbelastninger, som ældre menneskers tale om død og selvmord bevirker."

For præster og læger er der anvendt enkeltinterviews i stedet for fokusgruppeinterviews. Derved undgik man at skulle motivere og sammensætte fokusgrupper, repræsenterende præster og læger. Fremgangsmåden blev bl.a. valgt for ikke at risikere at specielt lægernes deltagelse blev vanskeliggjort af en struktur, hvor de skulle være borte fra deres praksis i flere timer. Derfor valgte vi at tage direkte kontakt til et antal læger og præster. De individuelle interviews blev gennemført i disses arbejdskontor.

Der blev dannet 7 grupper med i alt 32 personer, som blev interviewet ved hjælp af fokusgruppeinterviews. Desuden blev der interviewet 3 præster og 3 praktiserende læger.

Tidsforbruget har været mellem 1½ og 2½ time pr. interview. Det rå datamateriale forefindes som 20 kassettebånd

Den spørgeguide der er anvendt til både gruppe- og enkeltinterviews er opbygget på grundlag af og i overensstemmelse med tre kommunikationsteoretiske modeller (bilag 2).

Spørgeguiden fokuserer på nogle temaer, hvor det overordnede tema er samtalen om døden og selvmord (bilag 3 og 4).

Undersøgelsens egentlige hovedpersoner er de ældre mennesker, men de indgår ikke direkte i undersøgelsen. I fokus er derimod de enkelte fagpersoner, der har med ældre mennesker at gøre og deres oplevelser og behov. Gennem fagpersonernes briller fornemmer vi, hvad ældre mennesker giver udtryk for. Undersøgelsens tema er således ældre menneskers tale om død og selvmord.

7. Fagpersonernes erfaringer med selvmord

Under tilrettelæggelsen af fokusgruppeinterviewene havde vi ikke påregnet at få indblik i fagpersonernes barndoms- og ungdomsoplevelser. Vi regnede med, at selvmordserfaringer i familie og venskabsforhold var for belastende at tage op. Men allerede ca. 1 time efter starten på det første fokusgruppeinterview, fortalte nogle af deltagerne om stærke og personlige oplevelser. Et par af disse personlige citater er inddraget i rapporten for at synliggøre, at selvfølgelig har alle former for personlige oplevelser og livets smertefulde erfaringer betydning i samtalen med ældre mennesker.

Nedenstående citater stammer fra social- og sundhedsassistenter samt hjemmesygeplejersker i hjemmeplejen og på plejehjem. Præster og frivillige har ligeledes fortalt om oplevelser, knyttet til familien og venskabskredsen:

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.

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. Der blev ikke taget hensyn til mig, til barnet. Selvmordet blev dysset ned. Først efter at jeg er blevet voksen, er det blevet sagt direkte til mig, at moster havde taget sit eget liv.

Jeg havde mange skyldfølelser, og der gik lang tid, før jeg kunne forholde mig til dem. Jeg følte, at jeg mistede en del af min historie, da min sidste forælder døde på den måde. Det gjorde ondt. Man mister en del af sin historie og muligheden for at få svar på sine spørgsmål.

Som det fremgår af disse korte citater, så har selvmordsefterladte forskellige følelser. Temaer som skam, sorg, skændsel, forfærdelse, fortielse og skyldfølelser går dog igen. Ligesom de adspurgte også fortalte om, hvorledes de forsøgte at slippe væk fra skyldfølelse.

Selv mord - 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

En af de ældre frivillige fortalte ligeledes om sin personlige oplevelse. Hun havde mistet en voksen søn ved selvmord. Tabet skete for 10 år siden, og blev fortalt gennem en gråd, der ikke kunne holde op igen.

Disse fortællinger er taget med for at synliggøre de stærke traumatiske historier, der kan ligge bag en professionel maske. Det er selvsagt ikke muligt at afgøre, hvor meget og på hvilke områder de personlige erfaringer påvirker fagpersonens samtale eller kommunikation med en ældre medborger.

Svigt på et plejehjem

Nedenstående citat refererer til en hændelse på et plejehjem, hvor en plejehjemsbeboer begik selvmord, og hvor nattevagterne hverken under eller efter forløbet blev taget alvorligt. Det belyser en ikke ofte omtalt problematik. Under interviewet fortalte den ene, der nu var uddannet sygeplejerske, hvordan de oplevede, at plejehjemmets ansvarlige afviste dem. Både de og det ældre menneske blev tiet ihjel.

Det var en dame, som boede på plejehjemmet. Hun havde flere gange forsøgt selvmord. Hun var i slutningen af 60-erne og havde en kronisk lidelse, som havde gjort hendes motorik dårlig. Om natten, når hun havde været på toilet, gik jeg sammen med min makker altid tur med hende. Det ville hun gerne. En nat sagde hun: "Hvis jeg nogen sinde skal herfra, så vil jeg gøre det, når I er på vagt." Hun var sikker på, at vi ville behandle hende værdigt til det sidste og sørge for, at hun kom godt af sted. Noget i den stil sagde hun. Vi spurgte hende, om hun kunne finde på det? Om hun havde tanker om at begå selvmord? Og til det svarede hun ja. Det er nogle år siden, men vi var rystede over det. Især over reaktionen – eller rettere den manglende reaktion - da vi om morgenen gik til ledelsen og fortalte det så nøgternt, som vi kunne. Vi var ikke skræmte, nej det var vi egentligt ikke. Men vi blev rystede ved den modtagelse vores besked fik. Det vi sagde, blev nærmest fejlet af bordet, og det blev udlagt, som om vi var lidt euforiske af træthed. Senere havde vi en

fornemmelse af, at nu nærmede tidspunktet sig. Jeg tror, det var min makker, der så nogle piller gemt under et lommeterklæde. Det fortalte vi så også. Vi fortalte, at vi havde en anelse om, at hun gemte medicin til brug for selvmord. Det korte af det lange var, at hun gjorde det (begik selvmord) i vores vagt.

Det var utrolig svært, jeg synes vi manglede opbakning og accept af det vi sagde. Den morgen, hvor det var sket, negligerede lederen på afdelingen det faktisk igen ved at sige: "det var nok en blodprop".

Uanset tidspunktet for hændelsen bærer de to nattevagter stadig på følelsen af at være blevet negligeret. Ligesom følelsen af skyld også har brændt sig ind. Historien er taget med for at belyse de konsekvenser, det kan få, når personale, der måske er mindst uddannet og alligevel tættest på det ældre menneske, ikke bliver hørt og forstået. Det er ofte plejepersonalet, der finder den afdøde, uanset om dødsfaldet skyldes selvmord eller naturlige årsager. Traumatet ved dette bliver yderligere forstærket, hvis deres observationer ikke bliver mødt med opmærksomhed. Det kan medføre større risiko for langsigtede følger af kriser og traumer, og at personale med lavere teoretisk uddannelse, eller mangelfulde rutiner, kan undervurdere egne behov for professionel krisehjælp. En social- og sundhedsassistent fortæller således, at hun efter at have identificeret en af sine patienter, der var sprunget ud foran et tog, fik tilbudt psykolog hjælp:

Det afslog jeg, så det er så min egen skyld. Og jeg mener i øvrigt stadigvæk, at jeg er kommet over det på fornuftig vis. Men sådanne ting skal du opleve som værende ubehagelige, ellers er du et skidt menneske. Jeg sagde, at jeg nok skulle sige til, hvis jeg fik behov for hjælp. Jeg lukkede ikke af, men sagde, at jeg ikke på det tidspunkt havde behov for hjælp.

Under interviewet sagde en af de andre kvinder som også havde fortalt om oplevelser på sit arbejde:

Mig personligt påvirkede det længe efter. Der gik måneder, inden jeg havde varme i mine hænder og tæer igen. Og jeg er også iskold nu igen. Jo, de første måneder efter, da kunne jeg godt vågne op om natten og se det for mig, men ikke mere (selvmordet skete for ca. 3 år siden).

8. Udsagn om livstræthed, lede ved livet og selvmord

Kommunikation om selvmord kan være verbal eller nonverbal. Brug af afdæmpede fagter, ansigtsudtryk og lyde, der ikke er rigtige sproglige udtryk, ses ofte hos meget gamle eller skrøbelige ældre mennesker, specielt når de bliver trætte og mindre sikre på deres rettigheder. Noget andet er, at det nonverbale ofte har en dybere mening end det, der siges verbalt (10, 11, 13).

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.

Min krop trænger til hvile, så nu kunne det være godt at dø, for det er en lidelse at være i sin krop.

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, og er refereret af hjemmesygeplejerskerne. Følgende metafor kommer fra en af de ældre frivillige, der siger:

Hvis det nu havde været en gammel cykel eller en gammel bil, så kunne man sige: "Så nu holder den ikke mere". Sådan er det også med gamle udslidte mennesker, de kan heller ikke mere, har simpelthen ikke flere kræfter. Der er manglende kræfter, manglende initiativ, træthed indtil døden. Man resignerer, og siger simpelthen: "Jeg kan ikke mere, nu forventer jeg mig ikke mere af livet." For nogle kommer der en vis afklarethed, så de siger: "Så nu er min tid kommet, nu er jeg mæt af dage," mens andre bare opgiver.

Dødsønske som følge af livstræthed og ensomhed

En af de praktiserende læger fortæller, at hun har lagt mærke til, at livstræthed og ensomhed kommer til at fylde mere og mere. Hun mener, at nære og tætte familierelationer kan bære den gamle hen imod en god følelse af "mæt af dage", en fornemmelse uden angst og frygt for, hvorledes den sidste del af alderdommen skal ende. Er familierelationerne derimod ikke tilstrækkeligt tætte, kommer bekymringerne for aldringsprocessens forandringer mere negativt til udtryk:

De begynder at brokke sig over familien. De brokker sig over, at familien ikke besøger dem. Nogle gange er der komplikationer i forhold til familien, som de er meget kede af. Det kan være, at de helt har mistet kontakten til en datter eller en søn, og det går dem virkelig på. Følelsen af forladthed og måske dårlig samvittighed og spørgsmål som: "hvad har jeg gjort galt?" bliver mere fremherskende.

Andre af de interviewede fagpersoner giver udtryk for udsagn, der signalerer ældre menneskers følelse af livstræthed og ensomhed:

Det kan også være lige meget om jeg er til, der er alligevel ingen, der har brug for mig mere.

Jeg kan lige så godt dø, der er jo ikke brug for mig.

Jeg kan ikke noget mere, ikke engang skubbe denne rollator foran mig, så hvorfor skal jeg egentlig sidde her?

Jamen jeg er så alene, hvem skal jeg tale med om tingene. De (børnene) synes nok heller ikke, jeg er så interessant. For de kommer her ikke, og de har åh så travlt, og det kan jeg godt forstå.

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.

Selvordstanker kommer, når noget går en på. Noget, som gør, at man ikke kan se anden udvej. Selvordstanker udspringer af afmagt, uønsket livssituation eller desperation. 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.

Nogle social- og sundhedsassistenter fortæller, hvorledes de fornemmer forskellen.

Der er dem blandt de ældre, som langsomt bliver mere og mere bitre på livet. Fordi de ikke har oplevet det, de gerne ville, og så sidder de til sidst kun med denne bitterhed. Jeg tror mere det er dem, der risikerer at gøre det (begå selvmord). Jeg tror ikke "at en tilfreds gammel dame" gør det. Hun har udrettet det, hun gerne ville og er tilfreds, hun venter bare på at lukke sine øjne for sidste gang. Jeg tror ikke, at det ældre menneske, der siger "nu må det snart være min tur til at skulle herfra" begår selvmord. Jeg havde en oldemor på 100 år, der lige er død. Hun har haft et langt og godt liv, alligevel har hun nogle gange sagt, "nu må det godt slutte." Jeg tror, at de, der siger sådan, de gør det ikke. Jeg tror det er forskellen.

For mig ser det ud til, at den der taler om selvmord er forpint af sit liv, af sygdom og smerter.

Den naturlige snak om døden er mere en slags planlægning. Det ældre menneske tænker over, hvordan begravelsen skal finde sted og overvejer, hvordan testamentet skal se ud. Det er døden på en naturlig måde, ikke en forpint, men en afventen. Det ældre menneske har gjort op med det at skulle dø. Noget andet er, at nogle af de ældre mennesker også kan få tanker om det forfærdelige, der kan ske med en, netop ved at se nogle af de andre på plejehjemmet, som er ramt hårdt.

To af hjemmesygeplejerskerne fortæller om deres 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 selv. De får et udseende, som vi som professionelle skal være opmærksomme på.

Ældre, der signalerer selvmord, udsender helt andre signaler end ældre mennesker, der signalerer livstræthed. For 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.

Disse hjemmesygeplejersker anvender deres erfaringsbaserede viden og gør brug af deres faglige færdighed i at tolke "den ikke talende patients" udtryk og registrerer skiftet fra åben tale til lukkethed. Desuden fornemmer de intuitivt den ændrede sindstilstand og udviklingen af egentlige selvmordstanker. Det er tydeligt, at fagpersonerne uanset den enkeltes faglige baggrund i udpræget grad benytter deres livserfaring til at tolke det ældre menneskes udsagn og nonverbale kommunikation.

Selvmondsudsagn som manipulation

Kun få fagpersoner omtalte de ældre menneskers tale om selvmord som udtryk for manipulation. Det blev derimod under interviewene pointeret, at en del ældre mennesker med selvmordstanker holder tankerne for sig selv. Det er yderst sjældent at tale om selvmord bliver brugt til at true omverden med. Men nedenstående to citater viser eksempler på, at enkelte ældre forsøgte at manipulere omgivelserne ved at udtrykke selvmordstanker.

I hjemmeplejen har jeg haft en dame, der virkelig gerne ville på plejehjem, for nu var det bare blevet for meget. Men der er jo ventelister. Hun brugte meget at sige: "Jamen, så kan jeg lige så godt lægge mig til at dø. Jeg kan ligeså godt gå udenfor og fryse ihjel, for der er alligevel ingen, der bekymrer sig om, om jeg kommer på plejehjem eller ej".

Den unge social- og sundhedshjælper forklarer, hvorledes hun opfatter dette som manipulering.

Så bruger hun det mod os, for at vi skal yde lidt mere for at skaffe hende en plads. Det synes jeg godt kunne være svært.

En af de andre fortsætter:

Jeg har en gammel moster, der har gemt nogle piller, som hun vil tage, hvis vi ikke gør, som hun vil. Jeg provokerer hende lidt, når hun bruger det som våben over for mig. Når hun på denne måde vil have os i sin hule hånd, bliver jeg lidt vred på hende.

Ingen af de fagpersoner, der arbejder på plejehjem, fortalte om tilsvarende manipulerende ytringer. Det kan være tilfældigt, men kan måske også forklares ved, at ældre mennesker, der fortsat bor i eget hjem, har større forventninger til deres omgivelser og har større tiltro til, at det nytter at stille fordringer.

9. 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:

- 1) De fremherskende følelser - afmagt, tomhed, sorg og tristhed - gør fagpersonerne lidt indadvendte, periodevis sårbare og lettere handlingslammede.
- 2) De mere udadrettede følelser er vrede og irritation. De adspurgte kan lettere handle og bliver ikke i samme grad handlingslammede.
- 3) 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

Sygeplejerske der arbejder på et plejehjem for demente

Jeg kan også føle sorg eller afmagt over, at mennesker bliver så gamle (dybt suk), og at de ikke har forberedt sig på at blive ældre og gamle, det synes jeg er forfærdelig synd.

Det kan jeg forstå, men jeg kan ikke acceptere det. Det ville gøre mig dybt ulykkelig, hvis hun gjorde det.

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.

Læge:

Nogle gange er hjælpeløsheden den fremherskende. Det er deprimerende. Følelsen af hjælpeløshed, når man sidder med en med selvmordstanker.

Præst:

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.

Jeg føler vrede, bliver ked af det og føler afmagt. Jeg kører hjem med dårlig samvittighed og læsser af. Fordi jeg er ked af det og ikke orker at blive ved med at have kontakt.

Jeg synes det er fejlt. De kan ikke være bekendt at gøre det. Jeg bliver sur på dem.

Jeg får en stor følelse af irritation, ved at høre selvmordstanker udtrykt igen og igen, og jeg prøver på at forstå.

Risiko for udbændthed

En af metoderne til at forhindre udbændthed er at forsvare sig mod de følelser, der medvirker til utilstrækkelighedsfølelse. Dette forsvar kan både være bevidst og ubevidst. En af lægerne formulerer det således:

Som læge skal jeg ikke i timevis være sammen med det ældre menneske, der taler om at tage sit eget liv. Jeg prøver på at være der 110%, mens jeg er der, men jeg kan gå igen. Det kan plejepersonalet ikke, de kan sjældent lægge det fra sig, når de går hjem. Af den grund får de det tættere ind under huden. Det kan betyde, at de er nødt til at forsvare sig på andre måder, mod de følelser som det ældre menneskes tale aktiverer. Netop fordi de ikke har redskaber til at forhindre et følelsesmæssigt kaos, må de flygte ind i et beskyttelsespanser ved at gøre sig "følelseskolde".

En af social- og sundhedsassistenterne i hjemmeplejen fortæller, hvorledes det i deres arbejde er vigtigt at have en eller anden form for "beskyttelsespanser", fordi det er strengt hver aften at tale om selvmord.

Til sidst korter man sit besøg lidt af og begynder at tale om noget, der ikke er så svært. Men samtidig er det også svært ikke at gå ind i de dybere samtaler. Men jeg tror det er vigtigt for at beskytte sig selv.

En sygeplejerske supplerer:

Man får jo også deres angst ind. Man går med følelsen inde i sig og venter hele tiden på, at selvmordet skal ske. Gør de det nu, og hvordan forebygger man det. Har man fået det gjort med medicin eller gennem samtale. Jeg synes, det er svært med selvmord.

Hjemmesygeplejerske:

Jeg føler mig lidt magtesløs. Jeg kan ikke hjælpe hende så godt, som jeg gerne ville. Jeg kan ikke give hende den nødvendige tryghed til bare at være til og have tillid til, at når døden kommer, kan hun klare den på naturlig vis.

Hvordan et "beskyttelsespanser" også kan se ud, giver en ung social- og sundhedsassistent, der har mistet sin bror ved selvmord, indirekte udtryk for:

Når vi taler skyld, så har jeg overhovedet ikke skyldfølelse. Det er ikke mig, der har taget beslutningen, det er mennesket selv. Hvad skal jeg have skyldfølelse for? Jeg ved, at jeg har været i det hjem og gjort hvad jeg overhovedet kunne. Jeg har ydet den bedste pleje og den bedste omsorg, og hvad mere kan jeg så gøre? Hvad er jeg så skyld i? Man kan være meget ked af det, ked af det for familien og de efterladte, der savner.

10. Ældres udsagn påvirker fagpersonernes tanker

I den kognitive teori er det centralt at skelne mellem automatiske og alternative tanker. De automatiske tanker er tæt knyttet til vore følelser. De er resultatet af barndommens erfaringer og kan derfor have et stivnet, forvrænget indhold, der fastholder vanskeligt håndterbare følelser. De alternative tanker er en bevidst forholden sig til tilværelse og oplevelser, der afspejler såvel faglig uddannelse som voksertilværelsens – bevidste eller ubevidste - krav om tilpasning (23).

Det automatiske og det refleksive tankesæt

Det automatiske tankesæt er defineret ved, at tankerne opstår flygtigt og “næsten af sig selv”, hvorimod en kritisk forholden sig til et tema ikke opstår som en flygtig tanke, men er forankret i refleksioner og en proces med et tidsmæssigt forløb. Nedenstående citater kan ikke adskilles i de to kategorier. Det ville forudsætte en særdeles dybdegående samtale med de adspurgte og ligger desuden udenfor undersøgelsens formål.

Det han gør (foretager en selvmordshandling), kan ikke være rigtigt, men når han har så store smerter, må det være forfærdeligt at leve med.

Jeg kan som præst godt forstå, at livet føles meningsløst, og at de har lyst til at afslutte det. Det er på samme måde, når jeg besøger psykiatriske patienter. Jeg oplever, at de sidder og venter. De venter på, at der kommer besøg. De venter på, at livet skal komme til dem. Men de har ikke længere blik for, at de har del i livet. I den situation tænker jeg: "Hvis det nu var dig, der sad sådan, hvad så?"

Det mest problematiske er, at der sidder mennesker, der får lov til at leve deres liv, hvor de selv synes, det er meningsløst. Det synes jeg er meningsløst.

Det er forståeligt, at mange ældre mennesker resignerer, eller begynder at sige fra i forhold til nogle ting, for kræfterne er der ikke længere, og der er ikke den store interesse for dem længere. De føler sig overflødige. Jeg synes også, at det er svært, når de ældre mennesker eller andre taler om at dø, så kommer jeg til at tænke: “Det burde være sådan, at en medborger, der har store handicaps eller ikke kan noget selv eller har levet over 90 år, skulle have mulighed for at vælge selvmordet, men vi kan jo ikke gøre noget ved det”.

Følelser påvirkes af alternative tanker

Den ældste af fagpersonerne giver et billede af, hvorledes den alternative tanke kan udnyttes. Hun fortæller, hvorledes hun ved at bruge sin vilje, taler til sig selv og tvinger sig til at tænke alternativt og på denne måde påvirker sine følelser, så det bliver muligt for hende at handle på en måde, som hun oplever, er rationel.

Jeg bliver irriteret og lettere sur. Jeg synes jo ikke, at de er dumme, men hvis dog bare de ville høre efter. Det er da det mindste, de kan gøre, når de vil have, at jeg skal være her. Men jeg tror alligevel, at fordi jeg har den alder, som jeg har, kan jeg lettere trække vejret dybt og sige til mig selv: “Lad dig ikke irritere. Husk at manden er deprimeret, og det gør

ham urimelig". Jeg prøver at holde de dårlige følelser så langt borte som muligt. Holde dem så meget i ave, at det udelukkende er mit hoved, der styrer mine handlinger.

11. Holdninger til selvmord

I undersøgelsen blev der ikke systematisk spurgt til fagpersonernes holdninger - ambivalens, forståelse eller accept – til selvmordsadfærd. Dette valg blev foretaget, fordi vi ønskede at undgå, at interviewene skulle udarte sig til filosofiske betragtninger om det enkelte menneskes ret til at tage sit eget liv. Det fremgår dog af interviewene, at fagpersonernes holdninger til selvmordsadfærd påvirker deres tanker og følelser, og dermed hvorledes de reagerer på "de ældre menneskers tale om selvmord".

Kommunikationen mellem de ældre og fagpersonerne er ikke udelukkende præget af pleje- og omsorgspersonalets holdninger. Men er også præget af den holdning, der til enhver tid er den mest udbredte i samfundet, sådan som den kommer til udtryk bl.a. gennem medierne.

Er selvmordet en menneskeret?

I nogle af interviewene faldt det naturligt at spørge direkte til holdninger. Spørgsmålet lød da: "har et ældre menneske lov til at tage sit eget liv?" Dertil svarede fagpersonerne vidt forskelligt.

Der er ingen umiddelbar sammenhæng mellem faglig uddannelse og den holdning, der blev tilkendegivet. Nogle er ambivalente eller taler kun indirekte om det ældre menneskes ret til selv at afslutte sit liv. Andre fagpersoner havde hverken forståelse for eller kunne acceptere selvmordet som løsning, idet de prioriterede ansvaret i forhold til medmenneskelige relationer på bekostning af den individuelle ret til selvbestemmelse.

Nedenstående citat er et af de mest nuancerede svar og blev udtalt med en udpræget fast overbevisning. Det bemærkelsesværdige i udsagnet er netop den klare holdnings-tilkendegivelse samt den – måske aldersbetingede - sunde fornuft. Hun vil tage spørgsmålet op til ny vurdering, såfremt det bliver nødvendigt.

Det er for let at sige nej, for man kan komme i en situation, hvor man må tage det hele op til revurdering. Men grundlæggende vil jeg sige, at man ikke har lov til at tage sit eget liv, fordi man ikke ved, hvad det skulle have været brugt til. Og uanset om man har været en god, en skidt eller en halvgod kone og mor, man vil altid efterlade et hul efter sig, hvor de, der bliver tilbage, siger: "hvorfor gjorde hun det, vi kan ikke forstå det, vi var her dog."

Retten til selv at vælge

En erfaren hjemmesygeplejerske udtrykker respekt for den afdødes frie valg, idet hun siger, at ældre mennesker har ret til selv at vælge, men valget er så også deres eget ansvar.

Det er vel 4 år siden, at jeg havde en cancerpatient, som begik selvmord. Han havde ikke direkte givet udtryk for selvmordstanker, men indirekte var de der. Jeg fandt ham, ringede til 112 og fik besked på at skære ham ned. Det gjorde jeg. Og kørte videre på min tur. Jeg havde travlt den dag. Først efter et par timer - da jeg kom tilbage til kontoret og blev spurgt: "Hvad har du oplevet i dag?" - tænkte jeg videre over det. Men jeg blev overrasket over den reaktion, der kom fra mine chefer og kollegaer. De oplevede mig som værende kold over for det. Men det er nok det, jeg har med mig i rygsækken hjemmefra. Jeg syntes ikke, jeg skulle have det dårligt med hans selvmord. Det havde han valgt, og det var hans

beslutning. Det var holdningen til hændelsen, jeg ville have frem. Man behøver ikke at have det dårligt med det, man kan jo ikke gøre for det. Han havde selv valgt.

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.

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.

Accept af selvmordet

Der er i undersøgelsen flere fagpersoner, der giver udtryk for en ambivalent holdning til selvmord.

Jeg har den følelse, at nå ja, hvis det ældre menneske har besluttet sig for selvmord, så er det ok med mig. Dermed ikke sagt, at jeg synes, at de skal gøre det. Men hvis jeg ikke kan gøre mere, og der ikke er andre i systemet, der kan hjælpe dem mere. Så sidder jeg ikke og siger, at jeg støtter dem i at gøre det; det er ikke det, jeg siger til dem, men det er den følelse, jeg har indeni.

Jeg har lige haft en ung mand, der begik selvmord. Vi vidste alle sammen, at han ville gøre det, men var bange for hvordan. Det vil sige, at vi havde tanken uden at gøre noget ved det. Vi har haft en ubevidst forståelse af det, men derfor kan man godt blive meget vred over, at han gjorde det.

En social- og sundhedsassistent gav udtryk for sin personlige holdning, som hun selv opfatter som værende forskellig fra den holdning, der er almindelig i sundhedssektoren:

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 bagved liggende menneskesyn har en ikke nærmere defineret negativ betydning for det selvmordsforebyggende arbejde. Hvor meget er det ikke muligt at angive, endstige dokumentere. Og det ligger helt uden for denne rapport, at fordybe sig yderligere i den problematik.

Det passive selvmord

Det ser ud til at fagpersonerne i udstrakt grad accepterer, at de ældre mennesker nægter at spise og drikke med den hensigt at dø. Temaet omtales kun af få fagpersoner. Der blev ikke direkte spurgt til netop denne problematik. En fagperson omtalte dog fænomenet uden at være spurgt direkte, og vedkommende definerede den aldersbetingede spisevægring som en naturlig aldersbetinget dødsproces, og mente ikke at det kunne benævnes som passivt selvmord.

En af de frivillige gav udtryk for en holdning til selvmord som en handling, der 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:

Jeg har set en gammel mand, der ikke ville leve mere. Hans kone, datter og søn kunne ikke få ham til at spise. Han lå i sin seng og svandt ind dag for dag. Jeg var sådan set den eneste, der kunne få kontakt med ham. Jeg sad og holdt ham i hånden og talte med ham. Da jeg kom ud, rystede hans familie på hovedet og spurgte, hvordan jeg kunne? "Jamen han har så meget at fortælle om". Vi sad lige så stille og talte om det, han ville samtale om. Han var afklaret omkring døden. Han ville ikke leve mere. Og han døde.

En af lægerne flytter så at sige fokus fra det ældre menneske, der sultestrejker sig til døde, til de pårørende. Han pointerer, at det kan være vanskeligt for de efterladte at håndtere. For det at nægte at tage næring til sig opfattes som værende en afvisning af livet, og denne afvisning omfatter også en afvisning af dem, af ægtefællen og af de pårørende.

En gammel intelligent mand blev lige så stille tiltagende dement. Han havde været en velfungerende mand i en større stilling med en kone, der også var yderst velfungerende. Til sidst blev han så dårlig, at han ikke selv kunne vende sig i sengen. Han gik i sultestrejke og ville hverken have vådt eller tørt. Det var især svært for hans kone at acceptere. Vi indlagde ham på sygehuset, hvor de tvangsfodrede ham. Da han kom tilbage, fortsatte han sin sultestrejke. På det tidspunkt talte vi åbent om, at han skulle dø.

Jeg har oplevet både ældre mennesker og cancerpatienter gå i sultestrejke. Som regel starter sultestrejken, når de har besluttet, at nu vil de ikke mere. I den situation er det bedst at tage sagen op med de pårørende. Hvis det bagvedliggende ønske om ikke at forlænge dødsprocessen skal respekteres, skal familien forstå sammenhængen og acceptere processen. Det kan være et problem, at familien ikke altid ser situationen lige klart. Derfor er det ekstra vigtigt, at man som fagperson tager sig den nødvendige tid til at sætte sig ned og samtale.

En anden læge 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 definitionssag. Hvis valget ellers er frit, synes denne afslutning at fastholde den maksimale mængde værdighed.

Det assisterede selvmord

I spørgeguiden er der ingen spørgsmål, der sigter på det assisterede selvmord eller medlidenhedsdrab. Det blev dog taget op i flere af interviewene. Det assisterede selvmord er et tema, som hovedsagelig pleje- og omsorgspersonalet bliver stillet overfor. Ingen af de adspurgte vil involvere sig i assistance til selvmord. Generelt udtrykte interviewpersonerne frustration, irritation, vrede og afmagt når de bliver spurgt af deres patienter. En af lægerne sagde:

"Jeg accepterer nok det passive selvmord og kan undlade at give livsforlængende behandling, men aktiv dødshjælp eller assisteret selvmord vil jeg ikke diskutere."

Hjemmesygeplejersken fortæller om en mand, som var blevet ramt af en hjerneblødning, en aktiv livsglad mand, som nu var blevet fanget i sin krop af lammelser.

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.

En læge er blevet mødt med:

Jeg vil ikke vente på at jeg dør af kræft, så du må gøre noget.

En social- og sundhedsassistent fortæller:

Jeg har også været udsat for en ældre dame, der spurgte mig, om jeg ikke ville skyde hende. Hun var så ensom. Nu er hun kommet på plejehjem.

På plejehjemmet bliver vi også bedt om at hjælpe dem herfra. De ældre mennesker sætter sommetider direkte ord på og siger: “Vil du ikke godt hjælpe mig herfra?” De vil, at vi skal gøre en ende på deres liv.

Som social- og sundhedsassistent mærker jeg ikke, at de ældre mennesker på plejehjemmet tænker på døden. Men når vi siger godnat og tak for i dag, melder døden sig tit, ved at de spørger: “Hvorfor vil du ikke hjælpe mig?” Og når man spørger ind til, hvad er det man skal hjælpe med, så er svaret: “Jamen jeg er gammel, jeg vil så gerne dø altså.” Hvis jeg så spørger dem: “Hvorfor ønsker du at dø?” så svarer de: “Kan du ikke se, at jeg er gammel, jeg har ikke noget ud af mit liv, jeg ønsker bare ikke at være her mere, jeg er blevet for gammel.” Når man så siger: “Jamen du ved jo godt, at jeg ikke kan hjælpe dig med det, du ønsker”. Så siger det ældre menneske, jeg konkret tænker på: “Jamen, hvorfor kan du ikke det? Skal dyrene ha' det bedre end vi har det?” Så synes jeg godt nok, at det kan være svært at få sagt godnat.

12. Den ligeværdige samtale om død og selvmord

Ældre mennesker har ofte behov for at tale om dødsangst og om angsten for smerter eller selve dødsprocessen. Dette behov bliver ikke så ofte opfyldt. Det ser ud til, at ældre oftere giver indirekte signaler. Baggrunden for dette kan på den ene side være netværkets ambivalente forhold til døden og det at tale om døden. Men det kan også være at de ældre føler sig usikre på, hvad en sådan samtale kan føre med sig. Deres brug af indirekte signaler er ofte et ubevidst forsøg på at undersøge, om de faglige og frivillige netværkspersoner er “til stede” for sådan en samtale.

Citaterne i de foregående kapitler handlede om fagpersonernes følelser, tanker, holdninger og de deraf følgende refleksioner i forbindelse med døden. I dette afsnit er relationerne mellem det ældre menneske (Du) og fagpersonen (Jeg) det centrale element i udredningen. Afsnittet vil give konkrete eksempler på, hvorledes en samtale kan foregå, og citaterne er kun let redigerede.

En af hjemmesygeplejerskerne, der arbejder forebyggende, sagde noget om de “svære” samtaler:

Vi har vores spekulationer; gør vi det rigtige? Vi stræber efter at være meget opmærksomme på ikke at fejle. Det hænger sammen med personlig usikkerhed. Går det galt, så glemmer vi det aldrig. Vi har ikke den store erfaring og kender måske heller ikke det ældre menneske, vi taler med. Vi kommer hvert halve år. Når man så går derfra og på

vej ud af døren siger: "Jeg kommer igen om et halvt år" og får følgende svar: "Ja, hvis jeg lever til den tid", så er spørgsmålet, hvad kan og skal vi så gøre?

En af præsterne fortæller, hvor vigtigt det er at være opmærksom på, at der er forskel på de ældre menneskers livsproblemer. Derfor er der også forskel på, hvorledes der reflekteres over døden.

Det afhænger af, hvem det ældre menneske er, og hvor vedkommende er i sin livsfase. Der er to faser af ældrelivet. Det tidlige ældreliv som aktiv efterløner eller pensionist frem til midten af halvfjerdserne og det sene ældreliv, hvor aldringsprocessen er mere fremskreden og blodpropper og hjerneblødninger sætter ind. Disse sygdomme gør noget ved menneskekroppen og kan medføre tab af førlighed og tab af oplevelsen af at være et værdigt menneske. I den situation kan de ældre sidde og være forpinte og tale lidt i øst og lidt i vest. Så kan jeg som præst spørge: "Er det døden, vi taler om?" Det er egentlig mærkeligt, men jeg har aldrig oplevet, at nogen er blevet vrede på mig for at tage emnet op. Tværtimod bliver de lettede, for her er det muligt at sige det højt, som tankerne kredser om. På den måde kan man få kontrol eller styr på tankerne, når der her kan tales om døden.

En ligeværdig samtale mellem en ældre og præsten

En kone på 95 år, der er indlagt på sygehuset, fordi hun har fået en hjerneblødning med halvsidig lammelse, er fortsat klar og frisk i sit hoved. Hun har i længere tid gerne villet tale med mig som præst. Vi sad og talte om alle mulige ting, og så siger hun: "Det er ikke det, jeg vil tale med dig om, jeg vil tale med dig om døden". Det er første gang, jeg har oplevet et menneske, der på eget initiativ siger det sådan, ligeud. Hun fortsatte og sagde, at hun talte med plejepersonalet om sine børn og børnebørn. Det havde hun ikke brug for mig til. Hun sagde: "De (plejepersonalet) er direkte bange for at tale om døden". Men hun vidste, at det kunne hun med mig. Det var første gang, jeg havde været ude for den indledning, og det var en anderledes, men god samtale, fordi det var hende, der bestemte det tema, der skulle tales om. Det betød en ligeværdighed i samtalen. Det er anderledes, end når jeg først skal tolke for derefter at spørge til dødstanke.

Mødet og forståelsen mellem lægen og en ældre mand

Det faglige personale skal selvfølgelig ikke bestemme, om en ældre skal tale om døden. Som lægen pointerer det er det selvfølgelig individuelt, hvorledes, hvordan og hvornår en sådan samtale kan foregå. Lægen fortæller:

I går havde jeg i konsultationen en mand på 87 år. Han har haft en hjerneblødning og er delvis lammet, men han kan dog gå med stokke. Han har nogle smerter og siger til mig: "Enten så må du tage mine smerter eller også må du slå mig ihjel". Jeg svarede, "Det var en ret kontant udmelding, mener du det?" Det mente han faktisk og sagde: "Jeg er blevet en plage for mig selv og er bange for også at blive en plage for min kone." Det talte vi så om. Vi talte også om den aktive del af det, og dertil sagde han, at det kunne han aldrig finde på, "det måtte Vorherre bestemme, hvornår det skulle være, men for min skyld kunne det blive snart." Han kunne godt gøre det, for han er aktiv jæger på trods af, at han ikke går særlig godt. Han har muligheden. Når jeg taler med ham om det på den måde, så må jeg tro på, hvad han siger. Og er det alligevel ikke sådan, så må jeg stadigvæk tro på det. Noget andet er, hvordan skulle man så handle, hvis han sagde, at han ville tage sit eget liv. Det er jo faktisk lovligt. Eller i hvert fald ikke ulovligt, medmindre man er sindssyg.

Præsten om livstræthed

Såfremt det ældre menneske giver udtryk for livstræthed ved at sige: "Jeg orker snart ikke mere, det kan også være lige meget", retter jeg min opmærksomhed mod ordet orker og spørger direkte: "Hvad er det, du ikke orker? Er det døden eller er det livet, du ikke orker?" Hvis de svarer lidt uklart, så spørger jeg videre: "Er der noget i livet, som du er træt af? Vi ved jo ikke, hvad døden er, og hvis vi er bange for døden, så er det højst sandsynligt, fordi vi er bange for noget i livet." På den baggrund får vi en dybere samtale om det at være bange eller være ensom og ikke at have nogen at være noget for, eller noget helt tredje. Hvis det ældre menneskes behov er at tale om livet og døden, så er det nok meget præcis mig som præst, der må være klar til at tale med ham eller hende. "Er der noget, der betyder noget specielt for dig i dit liv" eller "er der noget, der er sket i dit liv, som gør, at du er bange for at dø".

Den frivillige og den deprimerede mand

Jeg ringede til en mand midt i 70-erne hver dag i 2 måneder. Da jeg besøgte ham, inden jeg begyndte at ringe, virkede han meget apatisk. Han fejlede sådan set ikke så meget, lidt astma og lidt dårligt hjerte. Men hans holdning var: "Det kan også være lige meget det hele," og "Jeg har også tænkt på, at jeg lige så godt kan gøre en ende på det, nu hvor jeg bor alene. Efter konens død er der ingen mening med noget som helst."

Denne indstilling mener jeg ikke, at man skal slå hen. Man skal ikke sige, "sikke dog noget pjat". Jeg sagde i stedet: "Jeg kan godt forstå, at du bliver ked af det, når du går så meget alene, og der ikke er nogen til at pusle om dig. Det er naturligt, at du synes, at det er træls. Men ved du hvad, kan vi lave den aftale, at jeg ringer til dig hver dag. Så ved du, at der er nogen, der lægger mærke til, om du er syg eller rask. Foreløbig er det så mig, der ringer til dig, men når jeg har fundet eller samlet nogle flere opringere, så vil det være forskellige, der ringer. Det vil være 7 forskellige damer, der på skift vil ringe til dig hver morgen".

Så spurgte jeg selvfølgelig, om han havde talt med sygeplejersken? "Ja hun siger bare, at jeg fejler sådan set ikke noget." Men han var virkelig træt af livet. Efterhånden kvikkede det ham op, at vi ringede, og han syntes det var en hel svir, da alle de damer på skift ringede til ham. Jeg vil ikke sige, at vi reddede ham fra selvmord, men vi var da med til det. Man kan ikke bare slå det hen som noget pjat og sige, at han kan gøre dit, og han kan gøre dat, for det var jo det, han ikke kunne. Han kunne ikke tage sig sammen til noget som helst, han var deprimeret. Han havde kun kontakt med en sygeplejerske en gang om ugen og en privat rengøringshjælp.

Respekt for det ældre menneskes måde at tale på

Nogle gange omtales døden i metaforer. Som at "få fred". Det kan være fordi det ældre menneske retter sin tale ind efter det, vedkommende formoder den faglige person ønsker at forholde sig til, eller fordi det ældre menneske ikke selv kan lide at sige ordet død. En hjemmesygeplejerske fortæller:

Jeg var nede ved en gammel dame forleden dag. Hun skal dø inden for kort tid. Hun er en meget klog dame. Vi sad og talte om, hvordan dødsprocessen kan foregå. Hun bruger overhovedet ikke ordet død, slet ikke. Hun bruger alle de andre ord f.eks. "når tiden nærmer sig". Jeg tror, at hvis hun skal bruge ordet død, så mister hun den absolut sidste del af håbet. Bliver hun konfronteret med ordet død, så er det uigenkaldeligt slut for hende. Nu håber hun stadigvæk, derfor kan hun ikke benytte ordet død. Jeg kunne heller ikke gå ind og gøre det. Hun alene havde udspillet, og jeg fulgte hendes udspil.

For mig er det vigtigt at være meget opmærksom på, hvilke ord de ældre mennesker selv bruger. Så retter jeg min sprogbrug ind efter det. For mig er det selvfølgelig at gøre det sådan. Derved viser jeg det ældre menneske respekt på hendes præmisser. Det ville være forkert af mig at insistere på at kalde en skovl for en skovl og en spade for en spade. For vi ved begge to godt, hvad vi taler om, selvom vi ikke bruger ordet død.

13. Den ikke ligeværdige samtale

En hjemmesygeplejerske fortæller hvorledes netop det at overhøre et stikord har betydning for relationen og dermed også kommunikationen mellem hende og det ældre menneske. Ved at undlade at reagere undgår de begge at "tabe ansigt", og fagpersonen undgår at blive involveret, dette kan af det ældre menneske tolkes som et signal på uvilje eller manglende evne eller lyst til at tale om døden.

Der kan også komme et stikord, og så ved man, at nu bliver man involveret. Eventuelt vil det tage mere tid, end man har til rådighed. Så kan man undlade at svare på "stikordet," fordi man ved, at man skal videre, der er mange andre, der venter. I den situation kan jeg vælge at sige: "Jeg kommer igen i morgen", men ofte er øjeblikket, hvor der kunne være etableret en betydningsfuld kontakt, forpasset. Ved næste besøg er det ikke sikkert, at man kan komme igennem. Det bliver man frustreret over, for man ville jo egentlig gerne have en snak i gang. Det er dog ikke sikkert, at den var kommet, selvom man havde haft tid, men det kunne jo være.

Generationskløften - den sproglige forskel

Ældre menneskers kommunikation adskiller sig i reglen væsentligt fra yngre menneskers. Ældreforum har i en pjese af 2000 (32), sat fokus på de aldersbetingede forskelle i adfærd og sprogbrug. Det er derfor vigtigt, at yngre fagpersoner i ældresektoren er opmærksomme på, at det ældre menneske ofte i-tale-sætter døden indirekte og godt indpakket.

Jeg tror ikke, at det er fordi, de er ældre mennesker. Det er snarere fordi, at sådan har de levet hele deres liv. Det gør mange af vi andre vel også. Man siger ikke direkte, det man tænker. Man pakker det pænt ind. I hvert fald har mange ældre været vant til, at sådan skulle man gøre. Man udtalte sig ikke uden videre om livets store spørgsmål. Og forholdet til døden har i mange år været tabu i vores samfund. Den blev i bedste fald omtalt som: "Hvis det værste skulle ske." Af samme grund begynder det ældre menneske måske at tale om en mand, der er død for 30 år siden, for derigennem at komme frem til at tale om sin egen død. Så der kan sagtens være en masse omveje.

Hjemmesygeplejegruppen understreger igen og igen nødvendigheden af at have god tid, således at der er tid til hele høflighedsritualet. Hvis det ikke er tilfældet, kan den manglende tid medføre, at samtalen ikke kommer over i den vigtige nærhedsfase, men forbliver i den mere distancerede høflighedsfase.

Hvad ligger der egentlig i begrebet kontakt? Jeg synes altid, jeg kan få en snak i gang, men måske ikke præcis en samtale om dybere ting. Mange ældre mennesker siger ting af sig selv, og andre skal spørges meget og giver kun korte eller ja/nej svar. Det ændrer sig, efterhånden som jeg lærer dette menneske bedre at kende. Det er ikke altid, fordi dette menneske ændrer sig. Det kan være mig selv, der bliver bedre rustet til at se nogle ting eller turde gøre lidt mere. Det kan også være, at tilliden fra det ældre menneske bliver større efterhånden. Men det er svært med disse følelsesladede ting, og det er svært for mange ældre mennesker. Man skal som hjemmesygeplejerske og som menneske lige ses an.

14. Trøstestrategi og afmagt

På intet tidspunkt under fokusgruppeinterviewene har der været spurgt ind til 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 dybt kriseramte det ældre menneske er.

Som aftenvagter på plejehjemmet synes jeg ikke, at jeg så tit mærker, at der tænkes på døden. Jeg prøver at afværge eller aflede til noget andet. Vi beder et fadervor eller synger en aftensalme sammen med dem. Det giver dem ro, så de tør gå natten i møde. Selvom de ønsker at dø, så er de også bange for ikke at slå øjnene op næste morgen. For tit er det jo dårlig samvittighed, der giver dem uro eller skræk for, hvor lang tid dødsprocessen tager, og hvordan det kommer til at foregå. Jeg kan godt forstå, at de er bange for det at dø. Alle er vel bekymrede og bange for, om man skal ligge længe og lide, eller om man får hurtig fred.

Der er sommetider nogen, der spørger: "Hvordan tror du det er at dø?" Og det kan jeg ikke rigtig svare på. For man ved det jo ikke, og man vil helst ikke sige noget, som man ikke ved noget om. Man ved heller ikke noget om, hvordan deres død bliver. Det eneste, man har at trøste dem med, er, at de nok skal magte det, når tiden kommer.

Anvendelsen af trøstestrategi mellem en ældre kvinde og en frivillig.

Ældre menneskers tilsyneladende accept af tilværelsen, som den nu en gang er, kan medføre en tendens til, at ældres fortvivlelse overses eller misforstås. Det er et væsentligt problem, fordi fortvivlelsen som regel er et afdæmpet udtryk for meget stærkere følelser. Ældre mennesker har ofte lært at "gå stille med dørene" uanset hvilket indre kaos og rædsel, de oplever. (13)

Ignorering af ældre menneskers svage følelsesmæssige signaler kan få skæbnesvangre konsekvenser, når der opstår en krise, hvorved tidligere ubearbejdede tab kan aktualiseres. I den situation er deres kontakt ofte de frivillige, der udfører telefonservice for Ældresagen. De frivillige står ofte i en vanskelig situation, da deres arbejde består af en telefonisk sikkerhedskontakt af 3 til 5 minutters varighed. Disse få minutter rækker ikke langt i den slags situationer.

Vi havde her i vores by et ældre menneske, som vi ikke har kontakt med mere. Hun sagde, at hun ikke ønskede at leve. Hun havde først mistet sin mand, så sin søn, så fik hendes svigerdatter det ene bryst fjernet og døde. Og så fik hun selv fjernet det ene bryst. Derefter var det, at hun sagde: "Jeg har ikke mere at leve for". Hvad vi sagde til hende? Jo, jeg tror vi alle sagde det samme: "Selvfølgelig har du da det, du har da børnebørn?" "Jo, det har jeg da." "Jamen kommer de ikke og besøger dig?" "Jo, de er da også flinke til at komme og besøge mig, og jeg har da også en søster, der har boet hos mig i et par måneder." Vi har tabt kontakten til hende nu, hun ønskede til sidst ikke, at vi skulle ringe.

Afmagt får mig til at trøste

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.

15. Tavshed som kommunikation

Selvordstanker kan, såfremt de ikke omsættes i ord, medføre et stop i den selvmordstruedes kommunikation med omverdenen. Derved bliver omverdenen lukket ude (10, 11). Og den selvmordstruede lukker sig inde i sig selv med sine selvmordstanker som eneste selskab. Dette gør nonverbal selvmordsadfærd til noget meget risikofyldt, noget der vanskeligt lader sig kurere. En af hjemmesygeplejerskerne fortæller derom:

Det ældre menneske, der gennem nonverbal adfærd demonstrerer selvmordsønsker, er vanskelig at hjælpe. Jeg føler mig lukket ude og afvist, er magtesløs, fordi det ikke er muligt at få en dialog i gang.

Det sværeste er, når man bliver mødt med tavshed. Man vil så gerne ind og tale om emnet, men får ikke noget svar. Man ved ikke, hvad der rører sig inde i personen, eller hvad man kan tillade sig at spørge om. Man prøver igen og igen og får et ja eller et nej. Der burde komme en snak i gang, men den kommer bare ikke. Det er hårdt. Jeg ender med at sidde med en massiv følelse af afmagt og af ikke at slå til. Med en fornemmelse af ikke at gøre det godt nok.

Det er nemmere, når den selvmordstruede ønsker at tale om noget, selv noget det gør ondt at tale om. Der kan man få ryddet noget på plads efterhånden, og man får somme tider endda en fornemmelse af selv at blive klogere. Men når man ikke får dialogen, er det hårdt.

Det at blive mødt med tavshed og aggression kan medføre, at mere specielle kommunikationsformer må tages i anvendelse. At anvende tavshed er udtryk for følelser af magt eller afmagt. Den aktive tavshed er væsentlig forskellig fra det at være stille sammen. Tavshed og stilhed er IKKE udtryk for det samme (11). En af forebyggerne fortæller:

Jeg kan fortælle om en mand, der var meget vred. Han havde ikke sendt afbud til vore besøg, han var meget vred. Jeg stillede de sædvanlige spørgsmål og blev mødt med hans vrede. Så valgte jeg at tie stille, og så sad vi der. Jeg har taget tid på det engang, vi har siddet i måske 5 min., uden at nogen af os sagde noget. Så begyndte han lige så stille at sige noget. Men grænsen er meget forskellig hos folk. Hos ham her skal jeg ikke gå ret langt, før jeg går for tæt på.

16. Angsten for at tale om døden

Det er svært at tale om døden, men af hvilken grund er det så vanskeligt at tale om døden? Dette tema spurgte interviewereren ind til mange gange og fik forskellige spændende og gennemreflekterede svar. Som menneske er de fleste generelt usikre, for ingen ved noget med bestemthed. Som en sygeplejerske sagde: *Ingen er kommet tilbage fra den rigtige død, nogen*

har haft døds oplevelser, men de er ikke kommet tilbage og har fortalt os, at sådan er det at dø, og sådan er det på den anden side. Selv dybt religiøse gamle mennesker, der har deres barnetro i behold, mangler den viden om døden. De kan sige: "ærlig talt er jeg lidt bange for at dø".

De fleste af svarerne har det til fælles at de udtrykker en angst eller usikkerhed i forhold til at tale om døden. I denne forbindelse var præsten ingen undtagelse. En af præsterne fortæller hvorledes hun nærmer sig temaet:

Jeg tager nogle omveje og bruger nogle undskyldninger, for at komme til at tale om livet og deres forhold til døden. Det virker meget bastant, hvis man spørger: Jamen er du egentlig bange for at dø, for så er vi allerede gået så langt, at jeg allerede sidder og siger "du er så gammel, at jeg formoder, du snart skal dø".

I en interviewsituation med hjemmesygeplejersker blev temaet gennemdrøftet og usikkerheden gennemdiskuteret:

Hvis man slet ikke kender vedkommende, kan det være lidt farligt at spørge direkte ind til dødstanker.

Jeg ved ikke, hvordan det hænger sammen, og hvordan det ikke hænger sammen. Men det (døden) er i hvert fald et begreb, som dækker over noget man er usikker overfor, uden at jeg kan sige eller gøre rede for det. Det er da lettere at sige fred eller: hvis det værste skulle ske eller noget helt andet.

Nu kan jeg ikke forstå tingene mere. Når vi har en, der kommer hjem fra sygehuset, uanset alder, for at dø i eget hjem. Så kan vi tale om det og planlægge, jeg ved ikke hvad, hvilket tøj de skal have på, hvilke salmer der skal synges osv... Tale med familien om, at det skal de også prøve at gå ind i. Hvorfor kan vi det med en jævnaldrende, og hvorfor har vi vanskeligheder i forhold til en 80-årig gammel mand?

Selve temaet døden, det er forskelligt og afhænger af, hvor nært forestående døden er. Er det ældre menneske ved at dø, er det noget andet, end hvis det ældre menneske ikke ser ud til at skulle dø i den nærmeste fremtid.

Disse citater rejser følgende spørgsmål: Har vi i vores kultur en kollektiv formodning, en ubevidst tro på, at vi kan påkalde døden ved at tale om den? Hvis dette er tilfældet, er det forståeligt, at døden også af ældre mennesker omskrives til: Hvis det værste skulle ske.

17. Angsten for døden

Begrebet "at være bange for at dø" eller "at have angst for døden" har en række forskellige betydninger, der afhænger af skiftende kulturelle værdier og menneskesynet. Fra en kristen synsvinkel kan det "at være bange for at dø" betyde angsten for ikke at have levet sit liv som forventet af en god, men retfærdig Gud. Det "at være bange for at dø" kan imidlertid også være knyttet til perioden før selve dødens indtræden, og "at være bange for at dø" kan hænge sammen med manglende kontrol af kroppen og smerteoplevelser.

Spørgsmålet: "Hvad tænker og fornemmer du, når du hører begrebet bange for at dø?" affødte forskellige svar:

Nogle er angste for dødsprocessen eller er bange for hvad, der sker efter dødens indtræden. Der er også en angst, der er knyttet til tiden før det sidste suk. Det er ikke sikkert, at den ældre er bevidst om angsten, før han bliver fanget i den.

Jeg har en ældre plejehjemsbeboer, der er bange for at dø. Hun er bange for det at blive begravet. Hun tænker konstant på, hvorledes hun vil opleve det, når låget bliver lukket i, og jorden kastet på. Det, synes hun, er så ækelt, og angsten og uviljen fylder mere og mere i hende. Hun er begyndt at blive urolig over det.

En af de yngre social- og sundhedsassistenter udtrykker undren eller måske manglende indsigt i angstens karakter. Det kan også være udtryk for umodenhed. Hun sagde:

Jeg synes, at det er mærkeligt, at 90-årige kan være bange for at dø.

Præsterne reflekterede over angsten for døden:

Angsten hænger sammen med det ukendte efter døden! Andre er også bange for smerten. Selvom de fleste mennesker dør lige så stille. Derudover tror jeg, at mange er bange for regnskabet efter døden, for de tænker, hvad har jeg gjort forkert i livet?

De vil så gerne dø, men samtidig er de bange og stiller hele tiden spørgsmålet: "Hvordan dør jeg?" Ofte gælder angsten processen forud for dødens indtræden. "Hvordan skal jeg være alene?" og "Jeg vil ikke være alene!"

I kraft af religiøsitet kommer jeg som præst meget tæt på det ældre menneske. Vi kan tale om angsten for at dø. Og så prøver jeg efter bedste evne, at finde ud af, hvad det egentlig er, den ældre er angst for? Er det angsten for døden, angsten for livet eller er det fordi, der er sket noget i det ældre menneskes tilværelse, som har gjort vedkommende oprørt indeni. Den slags angst, hvor det ældre menneske ikke kan finde ud af noget som helst, bruger jeg lignelser for at finde ud af angstens karakter.

Somatiske reaktioner

I nogle situationer vil angsten for at dø komme mere indirekte til udtryk. Som lægen fortæller det:

Jeg kan som læge møde en ikke defineret angst eller en nervøsitet. Denne kan komme til udtryk ved, at den ældre ønsker at få sit blodtryk kontrolleret igen og igen. Eller vedkommende har et eller andet i maven og kan ikke lade sig berolige. Disse vage symptomer kunne være en anledning til, at jeg begynder at tænke i angst eller depression. De somatiske klager kan også dreje sig om angst for depression eller en begyndende demens. En angst for demens kan også forårsage, at det ældre menneske vælger at slutte livet, inden demensen bliver for udtalt.

Angsten for smerter

Angsten for at dø er ofte knyttet til angsten for smerter. Det kan være smerter forårsaget af somatiske lidelser, men det kan også være den mere diffuse ubestemte angst for, at den sidste del af ens liv skal gennemleves i smerter:

Folk er ikke bange for døden, det de er bange for, er lidelser og smerter undervejs. Det, jeg som læge kan love dem er, at forsøge at holde dem smertefri.

Jeg tror, at mange er bange for, hvordan de skal dø, måden de skal dø på, uvisheden. Skal man igennem smerter? Hvordan bliver den sidste tid?

En af de modne læger fortæller, at i mange tilfælde bliver hendes hovedopgave at yde smertelindrende behandling i den sidste livsperiode. Det væsentligste er at hjælpe på en sådan måde, at det enkelte menneske bibeholder fornemmelsen af kontrol og værdighed i hele perioden:

Nogle ældre mennesker siger til mig, at de ikke er bange for at dø, men for at få så store smerter, at de ønsker at dø. De siger direkte (og det gør det til min opgave): "Vil du ikke nok hjælpe mig." Det er et stort arbejde, for jeg er hovedansvarlig for, at vedkommende - med værdigheden i behold - ikke får større smerter, end han kan klare.

Præsten tilføjer, hvorledes følelsen af afmagt spiller ind. Der kan ikke altid ydes optimal smertebehandling. Han siger, at det at være bange for at dø hovedsageligt er et spørgsmål om angst for smerter:

Angsten for smerter. Det gør ondt også på mig, lige som på plejepersonalet, at man er så magtesløs i forhold til smerten.

Angsten for manglende kropskontrol

En anden "angst for døden" er rettet mod den manglende kontrol med kroppens funktioner. Den døende taber kontrollen over kroppens funktioner og dermed kontrollen over kroppens udskillelsesprocesser. Det er noget som mange ældre mennesker frygter, fordi de forudser en følelse af manglende værdighed.

Det er rigtig svært, for det er noget ukendt, og hvad sker der i kroppen? Og kan man egentlig styre kroppen, så man kan dø en værdig død?

Jeg ville nødigt afslutte mit liv på den måde. Jeg synes også, det er uværdigt, når en kone på 95, der hele sit liv har været aktiv og sørget for familien, nu sidder og tisser og skider i en ble.

Angsten for tiden forud for døden

Angsten for den sidste del af livet kan komme til udtryk på forskellig vis. Bl.a. som beskrevet af en af sygeplejerskerne:

Han havde en angst for at gennemleve den sidste del af sit liv. Han følte ikke angst for at dø, men en diffus angst for vejen til døden, angst for hvordan den sidste tid før døden skulle blive.

Et tema, der næsten er lige så svært som angsten for døden, er angsten for at blive så afhængig af andres hjælp, at plejehjemmet er den eneste mulighed. En af sygeplejerskerne fortalte om forældrenes angst for plejehjem, at plejehjemsanbringelse for dem var det "værste af alt":

Det værste af det hele for mine forældre er, hvis de skal på plejehjem eller får en demens sygdom. Det taler vi om, men det er ekstremt svært at tale om. De frygter at blive afhængige af andre og skulle bo på plejehjem, fordi de ikke kan klare sig selv.

Hvis man ikke selv har ønsket det, er der megen angst og utryghed ved at flytte på plejehjem. En magtesløshed for "mestrer jeg på en værdig måde dette nye liv?" Det er forfærdende at skulle erkende afhængigheden af andre, og miste drømmen om at være selvhjulpne. Måske blive 100% afhængig af andre.

De to ældste frivillige gav i få ord deres billede af miljøet på et plejehjem. Indirekte gav de udtryk for, at være gammel i den tilstand, for dem var uværdigt og kunne medføre, at de revurderede deres modstand mod selvmord som løsning.

Så længe man kan klare sig selv, så tror jeg, det er godt at blive eller være gammel. I det øjeblik, man bliver "afhængig af Staten", så ønsker jeg ikke at blive gammel. Hvis jeg skal sættes hen i en skammekrog og leve i evig angst for, at de glemmer mig sådan rent bogstaveligt, det ville jeg meget nødigt opleve. Så kommer jeg i tvivl, for kunne jeg så også vælge at tage mit eget liv.

Det værste er at komme som besøgsven på plejehjemmet og se ældre plejehjemsbeboere sidde savlende og hængende trøstesløse i dødens forværelse. Plejepersonalet tænder for fjernsynet, som går for fuld styrke. Hvad der sendes i "dyret" er ligegyldigt, for de gamle er mere eller mindre senile, apatiske, halvdumme og opgivende. Jeg hader at komme igennem plejehjemmets opholdsstue. Jeg gør meget for at undgå dette trøstesløse dødens forværelse. Jeg har opdaget, at hvis jeg tager min hund med, så går den hen og snuser til dem, og pludselig er der liv i nogen af dem. Så klapper de lidt på det bløde dyr, eller jeg får den til at hoppe. Det er den eneste måde at komme igennem dette rum på. For jeg bliver desperat af at se, de allerældste placeret på en stol og glemt.

En fokusgruppe, der bestod af personale fra plejehjem, udtrykte deres skepsis:

Tab af værdighed eller tab af andres respekt. Hvad er et værdigt liv, og hvad er en værdig død? Der ligger nogle problematikker der, fordi vort samfund er, som det er. Vi har et samfundsproblem, eller rettere: Samfundet har et problem. Vi, der sidder her, har nogle tanker om, hvordan vores alderdom skal forme sig, hvordan vores død skal være. Men det er ikke sikkert, at virkeligheden bliver, som vi gerne ville have den.

Angsten for tiden efter døden

Angsten for livet efter døden skaber angst især hos den religiøse del af de ældre mennesker. Denne angst er knyttet til den kristne livsopfattelse. "Det at have levet et rent liv" og have en tro på et liv efter døden.

Jeg havde en gammel dame, der havde noget med hjertet. Hun vidste, at hun skulle dø, men var vældig angst for, om Gud havde tilgivet hende. Jeg vidste, at jeg ikke kunne gøre noget. Jeg kunne ikke give hende det, hun havde behov for. Så jeg ringede efter præsten.

Angsten for det essentielle

En del plejehjemspersonale fortalte om det arbejde, der er forbundet med dødsprocessen. For personalet er det vigtigt at gøre livsafslutningen så god for den døende og de pårørende som muligt. En social- og sundhedsassistent kommer ind på religionens betydning og den essentielle angst:

Det ældre menneske kan før selve dødsprocessen give udtryk for megen angst. Hun kan være bange for at blive bevidstløs og ikke kunne bede om noget. At være fyldt med smerter og ikke kunne bede om en hånd at holde i. At være fyldt med angst for, om børnene nu når at komme. Af dem, der er religiøst opdraget, er mange virkelig bange for helvede, for de er virkelig bange for, hvad der sker efter døden. Og ingen kan jo se tilbage på et perfekt fejlfrit liv.

Den essentielle angst fylder rigtig meget. Det at være religiøs og have levet et kristent liv er ikke ensbetydende med, at angsten ikke kommer. Snarere har præsten erfaring for det modsatte og kan supplere plejehjemspersonalet:

Religionen er bestemt ikke altid en trøst. Den pinagtige afslutning skyldes nogle gange, at man ikke har haft tvivlen og anfægtelserne inde på livet tidligere, og at disse begreber så kommer ind i ens liv og bliver væsentlige i afslutningsfasen. Det kan være ret så forfærdeligt.

Angsten for det sidste suk

En af hjemmesygeplejerskerne omtaler det øjeblik, hvor livsånden forlader den døendes krop, som noget der skaber angst, eller noget der giver kaotiske følelser.

Det sidste suk, det har jeg det svært med. Det er det definitive. Og hvis det er familie, så går der lidt af mig selv tabt, så der er forskel mellem følelser og fornuft. Det kan være svært. Som pårørende stirrer man sig blind på den døende og ser ikke dødsprocessens forandringer. Lige pludseligt er det forbi, og det giver kaos i ens følelser. Det hændelsesforløb tror jeg, de fleste kan nikke genkendende til. Det er svært, fordi det ikke kan gøres om og er uden for ens styring.

At undgå angsten og vælge selvmord

Et bestemt selvmord blev taget op af flere forskellige faggrupper uafhængigt af hinanden. Alle de berørte fagpersoner i det geografiske område fandt dette selvmord ganske uforståeligt. Selv om flere af de interviewede vedkendte sig at have haft en ubevidst anelse, fastholder alle, der er interviewet, at der ikke havde været selvmordssignaler forud for selvmordet. Nedenstående fortælling er stykket sammen af flere af fagpersonernes udsagn. Derfor er billedet mere nuanceret og helt, end det fagpersonerne hver især gav udtryk for.

Det var en ældre mand, der tog sit eget liv. Han skød sig. Der var intet at mærke på ham. Manden havde haft en stor stilling, en værdsat mand, der var vant til at bestemme. Han var over 80 år, fik hoftebrud og kunne ikke længere være til nytte. Det var hans værdighed, der gjorde det. Han ville ikke være sølle og dårlig og på plejehjem.

Han var inde hos os (på plejehjemmet) og meldte klart ud, at han ikke skulle på plejehjem. Det var for nedværdigende, det ville han ikke. Han var i øvrigt en afholdt mand, og det var vigtigt for ham at komme hjem efter prøvebesøget. Når jeg ser tilbage på forløbet, kan jeg se, at han bestemte sig, mens han var her. Han ville ikke ende som nogen af dem, der bor her, sidde glædesløst og vente på at modtage hjælp.

Han havde overhovedet ikke talt om det forud. Vi havde talt om mange ting, men ikke om sådan noget. Det var en intelligent mand. Den sidste aften, da jeg kom på rutinemæssigt aftenbesøg, så han fodbold på TV sammen med en jævnaldrende, der var på besøg. Dagen efter var han død.

Jeg kan godt se, at det for ham var for nedværdigende at flytte på plejehjem. Under prøvebesøget skulle vi give ham bad én gang om ugen. Det kunne han ikke leve med, at skulle have hjælp af andre til at klæde sig af og vaske sig. Det var en stor mand. Alle så op til ham. Han kunne ikke stige ned fra sin piedestal, og vi kunne ikke yde ham den rigtige hjælp i forhold til hans opfattelse af sig selv.

IV. Fagpersonernes behov

I sidste del af interviewet er der stillet spørgsmål til ønsker og behov. Disse behov og ønsker er forsøgt adskilt i fire undergrupper. 1) Personlige behov, der omhandler holdninger og kommunikation, 2) behov af faglig eller teoretisk karakter, 3) behov for mere tid, 4) internt og eksternt samarbejde.

Af interviewene fremgår det, at der er sammenhæng mellem den enkelte fagpersons uddannelse og deres livserfaring. Social- og sundhedshjælpere og -assistenter udtrykte konkrete behov, hvorimod sygeplejersker, præster og læger gav udtryk for flere former for behov. Nogle af fagpersonerne med relativt kort grunduddannelse eller personer, der oplever sig selv som værende nederst i det hierarkiske system, blev ofte tavse, når spørgsmål om ønsker og behov blev stillet. Svarerne kunne også være:

"det kan jeg ikke svare på, ingen har spurgt mig tidligere. Måske mangler jeg at høre fra andre, at det arbejde jeg udfører, er godt nok".

Hvad har jeg brug for? Det opdager jeg først, efterhånden som det går op for mig, at jeg ikke ved nok. Jeg føler mig brugt, jeg fryser, og vi har været inde på noget, som vi ikke almindeligvis rører ved. Jeg tror, vi kan bruge hinanden på en ny måde efter dette 2 timers samtalemøde. For nu ved jeg lidt mere om, hvad I andre står for og kan lettere bede jer om råd eller hjælp i forhold til et bestemt problem.

En gruppe som denne, hvor det er muligt at samtale om det, der er svært. At have tilstrækkeligt med tid til den proces.

18. Behov for mere viden på det personlige område

I dette kapitel er de forskellige citater grupperet efter det faglige tilhørsforhold. Nedenstående citater viser tilbage til den personlige kompetence, som indbefatter holdninger og kommunikation.

De frivillige:

Det vil være godt, hvis vi får noget mere viden om kommunikation. Et eller andet at gå ud fra. Det er jo utrolig vigtigt, hvordan man taler og stiller spørgsmål. Nogen viden har vi allerede, men det er mest egen erfaring.

Social- og sundhedsassistenter:

Hvordan takler vi det her, hvordan svarer vi, og hvad er vores holdninger til den person, der taler om livstræthed eller dødsønsker?

Mere indirekte blev det personlige behov også udtrykt af en social- og sundhedshjælper, der arbejder i hjemmeplejen, hun siger at hun ikke mener at selvmord kan forhindres:

Når en mand på 85 til sidst begår selvmord, tror jeg ikke, der kunne have været gjort ret meget. Jeg tror, at døden er stærkere end livet. Jeg tror også, at det er totalt ligegyldigt, næsten hvad jeg siger eller gør. Jeg har heller ikke redskaber, jeg kan hjælpe ham med. Der mangler jeg måske lidt. Hvilke redskaber kan man bruge, hvis folk ikke ønsker at være her længere? Jeg tror ikke, det er fordi ens eget personlige forhold til døden kommer ind. Jeg oplever ikke, jeg er spor bange for døden eller har noget "tys, tys" omkring døden.

Hjemmesygeplejerskerne udtrykte forskellige former for modstand blandt andet i forhold til egne holdninger til egen død. En af dem sagde:

Jeg kan ikke udelukke at modstanden mod at tale om døden og selvmordstankerne også har noget at gøre med, at jeg ikke er afklaret i forhold til, hvad døden er. Jeg kan ikke vurdere, om der er forskel på min måde at håndtere en gammel og en ung persons død. Men jeg tror, at døden tapper en for energi. På hvilken måde kan jeg ikke sige. Jeg ville gerne have nogle gode kurser om kommunikation, for hvordan takles vanskelige og tabuiserede emner?

Præsten siger:

Jeg har brug for supervision og en konstant livslang uddannelse i samtaleteknikker. At lære at spørge rigtigt, og lære at være opmærksom på, hvad man spørger ind til. At blive bedre til at lytte til det, de siger og handle ud fra det.

En yngre praktiserende læge giver indirekte udtryk for, hvor svært det kan være og hvad hun har brug for:

I de situationer, hvor det er rigtig svært, ville jeg ønske, at jeg kunne gå til én, der havde været noget lignende igennem; en kollega eller en anden med enorm livskundskab. Én, der kunne give mig "nogle andre briller" at se problemerne med. Jeg kunne godt finde på at gå til en præst og spørge, hvordan han eller hun ville takle det her.

Sygeplejersken der arbejder på et plejehjem for demente:

I forhold til de demente, oplever jeg ret ofte at føle en afmagt ved, at de er så svækkede, at de ikke engang har et valg. Jeg går slet ikke ind for selvmord, det er ikke livets mening. Personligt mangler jeg et værktøj til at tale med en mand på 82 år, som er på plejehjem sammen med sin demente kone. Hjemmeplejen kunne ikke længere klare hans demente kone. Han er nu (på grund af et hoftebrud) fastlåst til sengen og siger, at han ønsker at dø. Jeg er vejet uden om samtalen, ved at lave lidt sjov når han siger sådan.

19. Behov for opkvalificering af faglig og teoretisk karakter

Nogle behov blev tydeligt udtrykt som personlige kompetencer ved at have karakter af holdning eller kommunikation. Andre behov blev formuleret som faglige behov og endelig var nogle helt tredje en blanding af samtlige behov.

Præst:

Jeg har netop meldt mig til et kursus om angstbegrebet på præstehøjskolen. Det ser jeg frem til. Det kan jeg bruge til noget. Det at have en gruppe, hvor man taler med nogen, der har de samme oplevelser om angsten, sådan som den kommer til udtryk hos de ældre mennesker i hverdagen. En gruppe, som man kan have tillid til og som forstår og genkender situationen. Derfor skal man fagligt og sagligt være på linie med hinanden.

Fagpersoner, der arbejder som frivillige, udtrykte deres behov meget forskelligt. I den ene kommune var der modstand mod kurser.

Nej, det at tage på kurser, det vil jeg ikke. Jeg kan ikke tage hjemmefra, og vore telefonpassere mener også, at de kan det, de skal kunne. Man kan godt tale sammen med ældre mennesker, uden at det er nødvendigt med kurser.

Den samme frivillige udtrykker imidlertid et behov for støtte og mere viden i forhold til et familiemedlem, der ofte udtrykker selvmordstanker.

I den anden kommune, siger de frivillige at de har mange behov. De er frustrerede over ikke at få deres behov for mere teoretisk viden indfriet.

Vi mangler alt: Førstehjælpskurser, ældre mennesker og diabetes, ældre mennesker og faldulykker. Hvordan takler vi depressioner og selvmordstanker? Vi skal være klædt på til det hele, og det er ikke nok med et halvdagskursus.

Opkvalificering i forhold til selvmordsforebyggelse er af grundlæggende karakter. Derimod bliver der udtrykt mere nuancerede behov vedrørende teoretisk viden i ældreomsorg og -pleje.

Plejhjemspersonale, en social- og sundhedsassistent:

Vi mangler meget. Som det er nu, bruger vi vores intuition i arbejdet med at give omsorg til de døende og i arbejdet med de pårørende. Vi skal kunne rumme begge dele. Vi bliver ofte dem, der skal guide de pårørende videre. Jeg synes godt nok, at de, der administrerer kursusmidler, sidder tungt på dem. Det kan ikke være rigtigt, at de ikke vil give os mulighed for deltagelse på relevante kurser.

Jeg kunne godt ønske mig at komme på kursus i pasning af døende mennesker, men det har jeg ønsket de sidste 4 år. Nu gider jeg ikke ønske det mere. Mit ønske er at få noget fagligt fyldt på og finde veje ud af det personlige kaos, der opstår i dødens skygge.

Plejhjemssygeplejerske:

Vi mangler opkvalificeringskurser, mangler at tolke de ældre menneskers behov. Det ville være godt, at få noget mere viden om det at give slip. Som fagpersoner bør vi kunne tage en beslutning på baggrund af teoretisk viden.

Vi mangler teoretisk viden om ældre menneskers selvmord, og vi er ikke klædt på til at samtale med nyindflyttede beboere med selvmordstanker. Vi mangler viden om risikofaktorer og hvorledes de evt. kan afhjælpes.

Flere af hjemmesygeplejerskerne gav udtryk for:

Jeg kunne ønske mig at vi engang imellem fik mere teori og faglig viden. Vi har jo ikke lært så forfærdelig meget om ældrepleje i grunduddannelsen. Kun hvis vi har været på plejhjem, har vi fået en opkvalificering af den faglige viden. Som hjemmesygeplejerske er det hovedsagelig ældre mennesker, vi arbejder med. Der var et kursus om depressioner, der gav jer andre virkelig meget, det ville jeg også gerne på. Sådanne nogle kurser kunne vi godt bruge nogle flere af. Mange af de ældre mennesker, der foretager selvmord, har en atypisk depression, så det har vi også brug for mere viden om.

God undervisning, så man lærer noget om symptomer og strategier til at håndtere vanskelige samtaler. Et bedre samarbejde med de praktiserende læger. Bedre end det vi har. De gange, der er flere om at opleve og tolke de ældre mennesker og deres symptomer på selvmordsadfærd, bliver resultatet anderledes, end når jeg kun har mig selv.

Jeg synes, at vi mangler noget teori for at kunne vurdere og forholde os korrekt til selvmordstanker og de ældre menneskers tale om døden. Det koster meget på det psykiske plan, vi bruger os selv, uden at vide, om vi gør det godt nok

Præst:

Jeg er ikke uddannet til at forstå misbrug og misbrugsproblemer, der mangler jeg viden. Jeg mangler en praktisk viden og teoretisk forståelse af samtalen som kommunikation. Jeg er dødtræt af, at vi som præster skal kunne det hele, for jeg kan ikke det hele. Vi bør allerede under grunduddannelsen starte med at reflektere over os selv og lære at håndtere den vanskelige samtale. Under grunduddannelsen bør vi lære at være hele mennesker, for det er vanskeligt på et efteruddannelseskursus, når vi har "ladet som om" i flere år.

20. Behov for mere tid

Ofte gives der politisk udtryk for, at hvis der er mere tid til de ældre mennesker, vil nogle af de ældre menneskers problemer forsvinde. Det er rimeligvis rigtigt. De interviewede fagpersoner har et stort behov for mere tid. Dette ønske bliver i flere tilfælde knyttet til eksakte arbejdsopgaver.

Social- og sundhedsassistenter, som aften- og nattevagter på plejehjem udtrykker:

Når vi har en ældre plejehjemsbeboer, der ligger for døden, kunne vi godt ønske os at få noget mere tid, så vi bedre kan "rumme" den døende og de pårørende. Som det er i dag, står vi med dårlig samvittighed uanset hvad vi gør. For hvis vi giver den, der er ved at dø, et godt forløb, får vi dårlig samvittighed over for det øvrige personale og de øvrige beboere. Og hvis ikke vi sørger for et godt dødsforløb, får vi vanskeligt ved at overleve psykisk og være os selv bekendt som mennesker. Vi skal jo leve med det, vi gør undervejs i forløbet, også når døden er indtrådt.

Hjemmesygeplejersker:

Først og fremmest ønsker vi god tid for at føle, at vi kan nå at gøre tingene færdige, og ikke behøver at presse en hurtig samtale igennem ind i mellem andre opgaver. At der er tid og overskud til de ældre mennesker i hjemmene. Man samtaler og handler på en anden måde, når man ved, at man ikke har tid nok.

Det ældre menneske har brug for mere tid. Ikke kun fra os som hjemmesygeplejersker. Vore social- og sundhedsassistenter, der kommer i hjemmene, skal have mere tid til den enkelte.

Den erfarne ældre læge siger:

Jeg har lyst til at sige, at dette her er politisk relevant. Det er meningsfuldt, at der kommer hjemmehjælp i hjemmene. Der skal være plads til og tid nok til, at man kan drikke en kop kaffe. Jeg synes det er for dårligt, at det hele køres så hæsblæsende. At drikke kaffe og have tid til den snak, der kommer når man sidder stille sammen over kaffen, skal respekteres ligeså højt, som at der bliver støvsuget. Jeg synes ligefrem, at det er uanstændigt at komme ind i et andet menneskes hjem og sige goddag og farvel i løbet af så kort tid, som der er tildelt nu. Det er uanstændigt, og det er uværdigt at behandle vore ældre medmennesker på den måde.

21. Internt og eksternt samarbejde

Samarbejdet i de enkelte faggrupper, dvs. det interne samarbejde, bliver også omtalt. Det synes i almindelighed at fungere tilfredsstillende, men der bliver også nævnt eksempler på uopfyldte behov.

Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde vurderes dog ikke på samme måde af de forskellige faggrupper.

At behovene er så forskellige antages at hænge sammen med sundhedssektorens hierarkiske opbygning. Nederst i pyramiden finder vi de frivillige. Social- og sundhedshjælperne og social- og sundhedsassistenterne næst nederst. I midten finder vi de forskellige specialiserede sygeplejersker, og øverst lægerne. Præsterne har på sin vis både lav- og højstatus, men de er ikke i samme grad involveret i pleje- og omsorgsopgaverne. Dette hierarki med lav- og højstatus personer kan formodentlig have problemer med etablering af samarbejde, hvor alle parter involveres.

Det eksisterende samarbejde opleves forskelligt af de forskellige grupper. Lægerne synes at samarbejdet fungerer godt. Sygeplejerskerne siger at det er afhængigt af den enkelte læge og oftest kunne samarbejdet blive væsentligt bedre.

Præsterne har i denne forbindelse et problem, der er lidt specielt. Generelt ønsker de samarbejde, og de søger større synlighed og udbygget samarbejde. Men, måske på grund af deres manglende tilknytning til sundhedssektoren i øvrigt, indgår de næsten aldrig i det tværfaglige samarbejde. Præsterne har problemer med at invitere til samarbejde og at blive inviteret af andre til samarbejde.

De frivillige er totalt afhængige af de øvrige faggruppers ønske om samarbejde og har vanskeligt ved selv at foreslå og etablere samarbejde.

Internt samarbejde

Social- og sundhedsassistenterne og -hjælperne giver udtryk for behov for gruppemøder.

Jeg kunne ønske, der var større mulighed for at gøre brug af mine kollegaer. Jeg er glad for at have kollegaer.

De frivillige siger:

Vi bruger hinanden, når vi har noget, der går os for hårdt på, så lægger vi af på hinanden.

En social- og sundhedsassistent sagde:

Jeg har behov for at få en mulighed for at mødes i åbenhed, have dialog og udveksle erfaringer. Det er absolut vigtigt for os, der arbejder på plejehjemmene. Vi ved, at som personale mister vi også, når et gammelt menneske dør. Det er ikke udelukkende familien. Vi har også en sorg, vi bærer rundt på.

Det er frustrerende og stressende, når man ikke ved, hvordan det ældre menneske har det, og hvad vedkommende har behov for. Vi kunne ønske et bedre samarbejde med hjemmesygeplejerskerne, så vi er bedre forberedt på personen. Vi vil gerne have mere end tre ord på et stykke papir, før vi for første gang møder vedkommende ældre i eget hjem.

Eksternt samarbejde

I højere grad end det interne faglige samarbejde bliver behovet for samarbejde med andre grupper konkretiseret. At det eksterne samarbejde ikke altid fungerer lige godt er ikke overraskende. Nedenstående citat antyder forståelsesproblemer, og viser at gode ideer ikke altid modtages i den ånd, de bliver givet. Det drejer sig aktuelt om et tilbud til ældre mennesker på plejehjemmet i en mindre kommune:

Som frivillige ønskede vi at finde ud af, om de ældre mennesker på plejehjemmet ønskede, at vi kom og besøgte dem og læste avis med dem etc. Vi vidste ikke, om personalet brød sig om det. Vi kunne ikke rigtig få en tilbagemelding. Vi følte til tider, at personalet syntes at vi var i vejen. Der har efterfølgende været nogle skrivelser i avisen, hvor en pensioneret læge gav udtryk for at det ikke var underholdning, de ældre mennesker havde brug for, men fred og ro. Han skrev, at personalet på plejehjemmene vidste bedst, hvad de ældre mennesker havde brug for, og ikke os, besøgsvenner, der kom udefra.

Præsten, som ikke i sin hverdag oplever et tæt samarbejde, siger:

Vores hjemmesygepleje fungerer godt i forbindelse med hjemmedød. Der sker udskiftning af personale over tid, derved sker det, at sygeplejerskerne glemmer den ressource som præsten er. Det bliver derfor tilfældigt, om præsten kontaktes.

Præsten ønsker:

At flere får øjnene op for den ressource, der findes i de samfunds betalte præster. I stedet for at føle sig gammeldags, fordi man synes at præsten skal bruges i forbindelse med tiden før dødsfald og ikke kun som en, der begraver den døde. Hvorfor ikke gøre brug af præsten, mens det ældre menneske fortsat er i live, og når man ved at døden er nær og derfor måske er bange for at dø.

En af de erfarne præster, der for øvrigt har et godt samarbejde med forskellige andre fagpersoner, gav udtryk for, at det er alle faggrupperes ansvar at forholde sig til et værdigt liv.

Jeg synes faktisk, man taler for meget om en værdig død. Jeg synes i stedet man skal have et værdigt liv, lige til man dør. Det får man ikke, hvis man ikke bliver taget alvorligt til det sidste. Så længe det drejer sig om livet, døden og troen på, at der er en Gud til, så er det præsten. Men jeg tænker på, at hvis det kommer til at dreje sig om, at man er bange for at dø, eller "Hvem er jeg egentlig her for?" eller "Jeg orker ikke det her mere!", så kan det med fordel være præsten, men det kan ligeså godt være andre fagpersoner, der er kvalificeret til at samtale og som tør gå ind i og har tid til at tale med den døende ud fra disse temaer.

En hjemmesygeplejerske giver på sin side også udtryk for, at hun kunne ønske et udbygget samarbejde med præsterne:

Det ville være godt med en åbenhed, ligesom at gøre det legalt at have et samarbejde med præsten om den ældre patient. Den åbenhed ville være rigtig god. Som det er nu, står man med en døende og kender ikke vedkommendes baggrund, så må man liste sig til at spørge ind til deres forhold til en præst. Ja, nogle bliver jo helt chokerede.

Under interviewet med hjemmesygeplejerskerne bliver et særligt behov nævnt; et ønske om at gennemføre en udredning af et forløb op til et selvmord og dermed opsamle erfaring (audit). En af de andre nævner fordelene ved at etablere et beredskab/akutteam for ældre menneskers nærmeste netværk.

En af sygeplejerskerne sagde:

Jeg kan godt have brug for, at vi går igennem de forløb, hvor ældre mennesker taler om at tage sit liv eller har gjort det. Hvad kunne vi have gjort, eller hvordan kunne forløbet have været anderledes? Det kunne jeg godt bruge for at få mere viden. Det kunne være godt både for mig og den involverede læge. Jeg synes, at lægen er en del af det. Jeg synes på sigt, at det er vigtigt at lægen er en af vore gode samarbejdspartnere omkring selvmord. Vi kunne blive dygtigere af at sidde og tale om det, også med en praktiserende læge. Men det er jo ikke sikkert, at han er kompetent til det.

Jeg har været i det forebyggende arbejde i de sidste 5 år og har talt med flere der talte om selvmord. Jeg har oplevet frustrationerne fra naboerne, vennerne og familierne over det svære, og den skyld de oplever de har. Naboer der siger: "Jeg var ikke en gang med til begravelsen, jeg kunne ikke." Ofte er det nære nabo-netværk tættere end folk måske tror. De burde have oplysning og hjælp bagefter. Vi har de frivillige telefonrådgivere og -samtalegrupper. Men de er mere et tilbud til de yngre. Vi har brug for et akutteam, der havde den nyeste up-to-date geronto-viden og vidste, hvad der var brug for i forhold til de ældre mennesker.

V. Diskussion af faggruppernes behov

Interviewene underbygger påstanden om, at ældre mennesker, der begår selvmord, gør det på grund af problemer, der i mange tilfælde kunne have været løst, hvis fagpersonerne havde haft den fornødne opmærksomhed, den faglige og teoretiske viden og den nødvendige tid til rådighed.

Viden på det personlige område

Fagpersonernes holdninger til og angst for døden betyder en del med hensyn til, hvorledes de handler og reagerer, når et ældre menneske udtrykker selvmordstanker og ønsker om at dø. Døden og egne holdninger til døden er et tema, som de interviewede fagpersoner brugte en del tid på. *"Når en af de ældre dør, bliver ens egen død for nærværende. Man kan jo ikke tale hypotetisk om noget, som man godt ved også vil blive virkelighed for en selv"*. Nogle af fagpersonerne havde gjort op med tankerne om egen død og kunne derfor tale med andre om deres. Andre skyndte sig at lægge låg på, og undlod at tale om det.

Som projektansvarlige oplevede vi, hvorledes spørgsmål om døden satte tanker i gang og fremmede en afklarethed hos de ansatte. De ved, at de i deres arbejde møder døden. Samme afklarethed gør sig ikke gældende, når det drejer sig om at i-tale-sætte døden. Hvis de professionelle, der arbejder i ældresektoren, er så bange for at tale om døden, at de for enhver pris undgår det eller bagatellisere døden gennem forskellige former for trøstestrategier, så svigtes den ældre, den syge og det døende menneske. Så bliver tiden før dødens indtræden en ensom sag. Det ser ud til, at flere fagpersoner havde så megen modstand og måske også ubevidst negative holdninger til døden, at det vanskeliggjorde kommunikationen med ældre mennesker.

Det selvmordsforebyggende arbejde har i de senere år intensiveret det holdningsmæssige arbejde omkring myten: at man ved at tale om selvmord kunne påvirke den anden til at foretage selvmord. Måske ligger der en endnu tungere myte under denne: At vi kan påkalde døden. Af samme grund bruges forskellige former for omskrivninger som: Hvis det værste skulle ske. Dette kan være forklaringen på, at det er lettere at tale om døden, når døden er en realitet, for da er "døden påkaldt." Den døende har fået "dødsdommen" af en læge. Denne tese understøttes af en af de adspurgte læger, der fortalte, at det absolut vanskeligste for hende er, at skulle fortælle et tilsyneladende friskt og raskt ældre menneske om en livstruende sygdom.

Menneskesyn og værdier kommer til udtryk i holdninger. Der kan opstå problemer eller sammenstød hvis vore personlige værdier ikke er afklarede, eller hvis der er uoverensstemmelse mellem personlige, faglige, og samfundsskabte værdier.

Opkvalificering af faglig og teoretisk karakter

Hovedparten af de adspurgte havde stor erkendelsesmæssig viden, en god intuition til at adskille selvmordsønsker fra dødstanker. Men alligevel stod de ofte med en faglig afmagt, en usikkerhed i forhold til det, der blev sagt og gjort i forhold til selvmordsadfærd. Desuden ser det ud til, at der ofte er en divergens mellem den faglige og den personlige holdning til selvmord.

Næsten alle fagpersonerne gav udtryk for, at have brug for mere viden om og bedre færdigheder i at samtale. Det er udelukkende lægerne, der oplever sig klædt på til de vanskelige og dybdegående samtaler om døden. De er de eneste adspurgte, der ikke ønsker mere kommunikativ kompetence. Om dette skyldes, at læger gennem deres grunduddannelse har lært, at de pr. definition er klædt på til alle former for samtale med ældre mennesker, er et helt andet spørgsmål. De interviewede læger giver samstemmende udtryk for, at når de oplever et behov, så finder de ud af hvilke muligheder de har og hvilke kurser, der er til rådighed. På denne måde får de hver især dækket deres behov, og dermed undgår de at blive udbrændte.

Med hensyn til de mere faglige og teoretiske behov, gav de adspurgte udtryk for behov og ønsker om mere viden på næsten alle områder vedrørende ældre mennesker, og mere viden om palliativ behandling. De enkelte fagpersoner siger indirekte, at der ikke kan ydes en fagligt optimal pleje, så længe denne pleje fortrinsvis begrænses tidsmæssigt og økonomisk.

Vi fornemmer at når enkelte af de frivillige afviser et behov for viden og for at komme på kursus, kan dette hænge sammen med, at den enkelte indordner sig, eller at de søger at overleve arbejdsmæssigt ved at negligere deres behov, og dermed forsvare sig mod følelsen af usikkerhed, forvirring og utilstrækkelighedsfølelse. Denne afvisning blev fortrinsvis givet af enkelte frivillige og social- og sundhedshjælperne, der arbejder i hjemmeplejen. At arbejde uden at føle sine egne behov for at få fyldt på, kan i værste fald medføre, at den enkelte fagperson når til en grænse, hvor vedkommende ikke længere oplever glæde ved sit arbejde og udelukkende yder pleje og omsorg som en rutine.

Denne form for overlevelse kan også sætte sig som frustration. Både frivillige og flere af social- og sundhedshjælperne og -assistenterne giver eksplicit og implicit udtryk for frustration og manglende følelse af arbejdsglæde.

Samarbejde internt og eksternt

I forhold til det interne samarbejde, er der et behov for at mødes i åbenhed og udveksle erfaringer med andre fagfæller. Mange gav udtryk for at deltagelsen i fokusgruppeinterviewene var vældig givende, og at de kunne ønske at have mulighed for at deltage i erfaringsudvekslinger i det daglige. Uden tvivl er der både et lærende aspekt i erfaringsudveksling, men bestemt også en forebyggelse af udbrændthed.

Det eksterne samarbejde indeholder uudnyttede ressourcer og bør opprioriteres. Der hvor det fungerer skyldes det den enkelte medarbejders indsats. Det tværfaglige samarbejde vil blive styrket ved at systemerne udvikler samarbejdet, fremfor at overlade det til den enkelte. Det vil give mulighed for at se problematikker for flere perspektiver og samtidig vil den enkelte medarbejder ikke føle sig alene om de svære ting, som de ikke undgår at møde.

Når det tværfaglige samarbejde ikke er så udbygget, skyldes det formentlig at man umiddelbart finder det for tidskrævende. På længere sigt vil det være en ressourcetilførsel.

Behov for mere tid

Tid er en afgørende faktor, for at der sker et møde mellem fagpersonen og den ældre. Den giver medarbejderen ro til at være til stede i den ældres hjem og kunne være imødekommende i forhold til den ældre. Tid er nødvendig for at fagpersonen ikke kun udfører praktisk hjælp, som den ældre har behov for, men at det kan ske på en medmenneskelig måde, hvor der er

plads til at imødekomme andre behov som samtale og omsorg. Det er specielt vigtigt for de afhængige ældre mennesker, som ikke har et uformelt netværk, som giver social støtte.

Managementstrategier kan virke hæmmende på idealet om tværfaglighed og helhedssyn i det sociale arbejde, altså utilsigtede bivirkninger som er omkostningsfulde på det menneskelige plan. Tillige øger de stress niveauet hos fagpersonerne, hvilket igen kan medføre et ændret syn på ældre og på længere sigt en risiko en underbyggelse af ældres manglende værdi i samfundet og som mennesker.

Manglende tid kan for fagpersonerne medføre, at den enkelte kan være tilbøjelig til at negligere egne behov. Det kunne være at tale med kollegaer om oplevelser og at udveksle erfaringer, hvilket er vigtigt for fagpersonernes udvikling og udvikling af området i det hele taget.

Når fagpersoner arbejder under tidspress kan det medføre, at de hellere selv udfører opgaverne, da det er det hurtigste, frem for at inddrage den ældre. Det modarbejder ønsket om at det ældre menneske er aktivt og fastholder så høj grad af selvhjulpenhed som muligt.

Afsluttende

Projektansvarlige er af den opfattelse, at det er hensigtsmæssigt at opkvalificering tilrettelægges med variationer. Det vil være naturligt at knytte undervisning om selvmordsadfærd sammen med kurser i depression.

Da det er et udvalg af personale, der får tilbudt kurser, kunne en alternativ model være at uddanne nøglepersoner i de enkelte geografiske områder, som kunne varetage undervisning af kollegaer. Det kunne gøres ved at afholde temaeftermiddage med de aktuelle emner selvmordsadfærd, depression, patologisk sorg m.v.

Grundlæggende er der behov for undervisning og træning i kommunikation, som er en kompetence, som bedst læres ved at inddrage erfaringer og via øvelse, hvilket forudsætter etablering af erfaringsgrupper eller supervisorsgrupper.

Det tværfaglige samarbejde stimuleres ved at mødes med andre faggrupper, og derfor kunne det være en model at formidle viden til flere faggrupper via temadage i hver kommune og indbyde alle involverede i området.

Let tilgængeligt materiale om emnet vil være et godt støtteredskab. Det kunne anbefales at der udvikles undervisningsmateriale, blandt andet en video, der kan anvendes til undervisning i egne arbejdsgrupper.

Bilag 1. Informationsskrivelse

Såfremt du arbejder med vore ældre, gamle eller meget gamle medborgere er denne skrivelse rettet mod dig, og vi håber, at du vil læse videre.

Indsats i Vejle Amt

I Vejle Amt er forebyggelse af selvmordsadfærd et prioriteret område. Det har medført en øget aktivitet indenfor området i de senere år.

Det er velkendt, at en relativ stor del af ældre over 65 år dør ved selvmord. Selvmordsraten for de ældre mennesker er over dobbelt så høj som i befolkningen generelt. Og mens antallet af selvmord blandt yngre er konstant faldende, stiger selvmordsraten blandt de ældre mennesker. På trods af dette, fokuseres der for lidt på ældres selvmordsadfærd.

Afklaringsprojekt

I 2001 blev der i Vejle Amt påbegyndt et afklaringsprojekt indenfor ældreområdet med det formål at udbygge vores viden om, hvorledes ældre taler om døden, og hvilke tanker de ældre mennesker gør sig i forhold til død og selvmord, og hvorledes det kommer til udtryk overfor det faglige personale.

Personalegrupper

Projektet ønsker at etablere et samarbejde med alle de personalegrupper, der i de ældre menneskers forskellige opholdsmiljøer er i faglig kontakt med de ældre mennesker. Et specielt prioriteringsområde vil være identifikation af og samarbejde med de plejehjem og institutioner, der har været berørt af selvmord eller selvmordsforsøg inden for de seneste år.

Det er planen at inddrage forskellige faggrupper i arbejdet med at belyse de ældre menneskers relationer til død og selvmord. Vi ved, at døden især på plejehjemmene fylder utrolig meget, uanset om den bliver diskuteret eller ej. Det er hensigten at inddrage forskellige faggrupper for at få belyst temaet og klarlagt de arbejdsbelastninger, som de ældre menneskers tale om død og selvmord bevirker.

På baggrund af dette, ønsker vi et samarbejde med netop din institution. Planen er at nedsætte refleksionsgrupper på 6-8 personer på et eller flere plejehjem/plejecentre og/eller beskyttede boliger. Såfremt du er interesseret i at drøfte selvmordsproblematikken og kan afsætte noget af din sparsomme tid dertil, vil vi meget gerne høre fra dig

Refleksionsgruppe som metode

Formålet med refleksionsgrupper er, at personalet giver udtryk for deres tanker omkring det at høre på de ældre menneskers tale om død og selvmord. Man reflekterer åbent og lader sig inspirere af hinanden. I denne sammenhæng er det væsentligt, at der gives udtryk for, hvilke behov hver især har for mere viden eller kompetence.

Tid og sted for mødets afholdelse er endnu ikke klarlagt. Men det tilstræbes at alle møder afholdes i oktober eller november måned og gerne på egen arbejdsplads. Mødets varighed vil være ca. 2 timer.

Udover refleksionsgrupper er det planen at foretage interviews med nogle få faglige personer. Der kan blive tale om personale med ledelses- eller behandlingsansvar. Andre kan komme på tale, hvis det findes hensigtsmæssigt.

Projektansvarlige

Der er indgået et samarbejde mellem Vejle Amts sundhedsforvaltning ved koordinator Karin Oudshoorn og projektmedarbejder/konsulent Elene Fleischer, tilknyttet Center for selvmordsforskning, Odense. Projektet er støttet økonomisk af ”Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark”.

Afsluttende rapport

Afklaringsprojektet er påbegyndt i 2001 og forventes afsluttet omkring årsskiftet. Den afsluttende rapport vil fokusere på hvilke behov, der måtte være for kompetenceudvikling og kursusvirksomhed. I overensstemmelse med referencegruppens anbefalinger vil vi tilbyde kompetence udbygning og uddannelse af plejepersonale for derigennem at udbygge omsorgsindsatsen i forhold til ældre med selvmordsadfærd. Det er ligeledes hensigten at styrke det faglige personale i at tolke selvmordssignaler og depressive udtryk.

Ønsker du mere viden om projektet eller har du spørgsmål er du meget velkommen til at tage kontakt. Vi kan begge nås gennem telefon eller pr. e-mail.

Med venlig hilsen

Karin Oudshoorn, koordinator
tlf. 75 83 53 33
e-mail: koo@vejleamt.dk

Elene Fleischer, projektmedarbejder
tlf. 26 98 30 28
e-mail: elene.fleischer@teliamail.dk

Bilag 2. Teorigrundlaget for udformningen af interviewguide.

Iagttagelses model

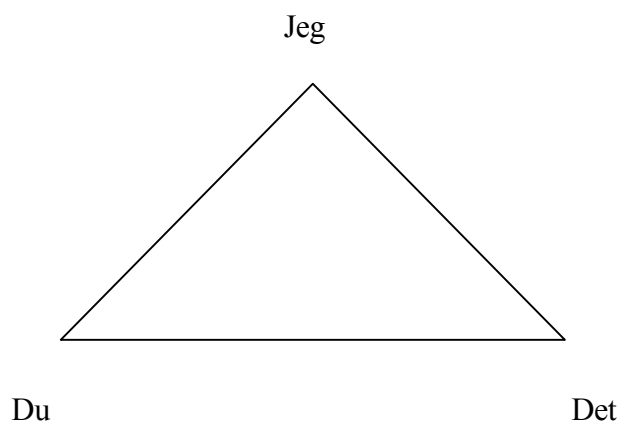
Det teoretiske grundlag er iagttagelsestrekanten: jeg - du - det, som udførligt er beskrevet af Elene Fleischer (11).

Enhver kommunikation vil i sin elementære form omfatte de tre elementer; **Jeg, Du og Det**. Af samme grund er disse elementer altid inkluderet i en ytring. Et **Jeg** der taler, et **Du**, som **Jeg** taler til og et **Det**, som **Jeg** taler om. Grafisk illustreres dette med kommunikationstrekanten.

Alle tre elementer er implicit til stede i enhver samtale, men der kan lægges forskellig vægt på dem. Ved at foretage en prioritering kan værdierne forskubbes mod det, der henvises til.

Samtalen kan være fokuseret på Du som et andet subjekt, forskellige fra Jeg, men interessant for mig. Eller samtalen kan være rettet mod Det, der er det objektive eller en ting, som er vigtig for Jeg at samtale om.

I almindelig samtale symboliseres det, hvorvidt det er Du eller jeg, der er det vigtigste. F.eks. hvis der siges: Du er min ven, da er det Du, der er det vigtigste og centrale i modsætning til: Jeg er din ven, hvor det er Jegets følelser for Du, der er det vigtigste.

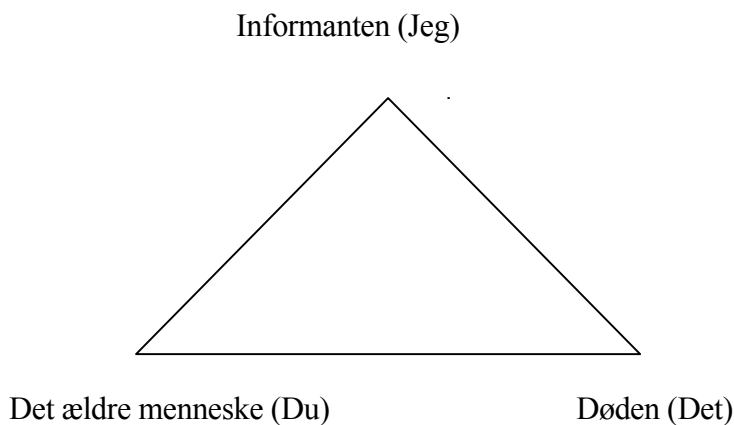


Da enhver tale i princippet kan være selvtiltale er denne almengyldige regel naturligvis også gældende for tale om selvmord eller livstræthed.

I nogle situationer drejer det sig om en selvmords handling, der bevidst eller ubevidst skal vise, at Jeg ikke har værdi for mig selv, og derfor heller ikke er værd at elske af andre (10, 11).

I denne kategori af selvmordshandlinger findes stort set alle handlinger, der foretages af ældre mennesker, der lider af depression. I andre situationer kan selvmord være en ekstrem form for tilsyneladende selvafstraffelse, fordi det ældre menneske ikke kan bibeholde et billede af sig selv som en agtet og respektfuld person. Det kan være ældre mennesker, der oplever så store følelser af afhængighed af andre, følelsen af at ligge samfundet til byrde, men også skamfuldhed ved at føle sig ynkelig og ikke at kunne tilskrives betydning. Ligeledes kan en følelse af skyld og ansvar i forhold til pårørendes situation henhøre til denne kategori.

Kortlægningsundersøgelsens fokuspunkter tager sit udgangspunkt i informanternes (Jegets) oplevelser og kommunikation og undersøger, hvorledes disse reagerer og kommunikerer i forhold til det ældre menneske (Du) om samtaler i forhold til temaet døden og selvmordet (Det).

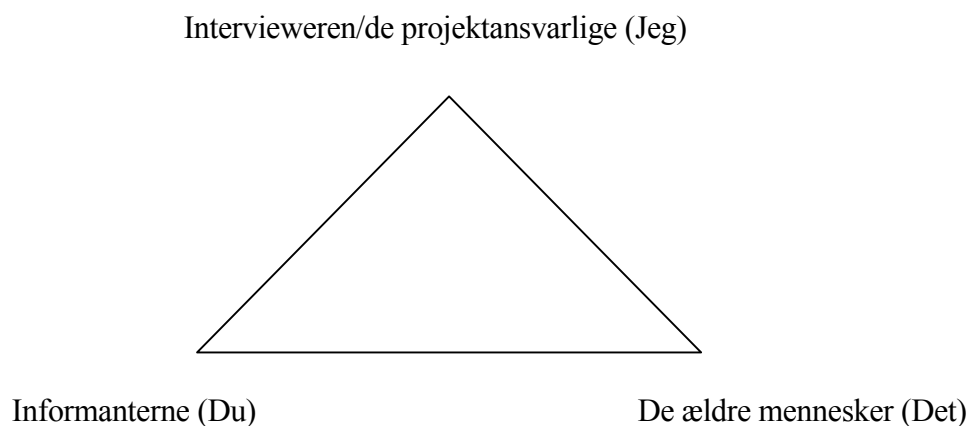


Ved at anvende denne teorimodel fås et direkte billede af, hvorledes informanterne forholder sig til det ældre menneske. Der fås kun et indirekte billede af, hvorledes ældre mennesker forholder sig til sig selv og til døden.

Det primære formål er jo netop at undersøge, hvorledes informanterne forholder sig til de ældre mennesker, og hvorledes denne forholden sig til i tanker og følelser har eller får indflydelse på holdningerne til dem. Holdningerne, der ligger til grund for tanker og følelser, influerer selvsagt på relationer og samtaler med ældre mennesker, når disse taler om døden.

Ved at lægge denne teoretiske vinkel til grund for interviewguiden, bliver det muligt at undersøge interaktionen mellem ikke navngivne ældre mennesker og de interviewede fagpersoner.

Det bør også synliggøres, at interviewereren helt på lignende vis er underlagt iagttagelsestrekanten, hvor det er hende, der som Jeg interagerer med et eller flere Du (informanterne) om Det (ældre mennesker). Grafisk kan det anskueliggøres med samme kommunikationstrekant:



Den kognitive grundmodel

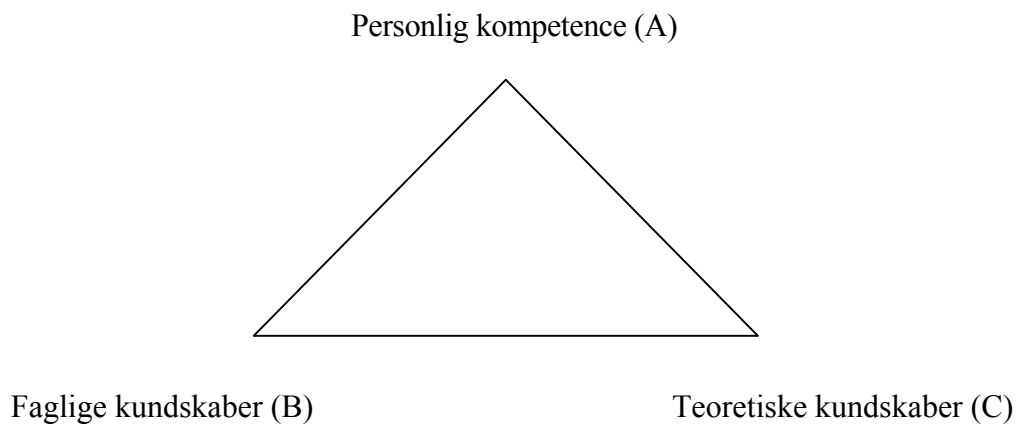
I spørgeguiden er også indarbejdet den måde, hvorpå tanker påvirker følelser, der igen påvirker handlinger. Disse elementer er hentet fra den kognitive teorimodel (23).

Det skal forstås således, at følelser uanset om disse synliggøres eller ej, altid er bestemmende for adfærd og handling. Uanset hvor bevidst en person vil styre sine handlinger alene gennem sine tanker, så vil følelserne have afgørende indflydelse. Den kognitive model forudsætter, at følelser ikke direkte kan påvirkes eller ændres gennem viljen. En evt. ændring kan udelukkende foregå gennem ændring af tankesættet, som så indirekte ændrer følelsens karakter. Noget andet og yderst velkendt fra kriser og sorgreaktioner er, at stærke følelser kan få den enkelte til enten at være handlingslammet imod sin viden og vilje eller til at overreagere på trods af tankesættet. Dette almenmenneskelige karaktertræk gælder for både de ældre mennesker og det omgivende netværk.

Kompetence modellen

En anden vigtig del for udformningen af den anvendte spørgeguide er teorien om, at den samlede professionelle kompetence altid indeholder elementer af tre lige vigtige bestanddele (26).

- Den personlige kompetence (heri indgår både holdninger, refleksionsvillighed, kommunikationsfærdigheder og evnen til at se kritisk på sig selv)
- Faglige kundskaber er f.eks. for sygeplejersken, at hun har medicinsk viden, færdigheder i at give smertelindrende medicin og omsorgspleje generelt
- De teoretiske kundskaber kunne for social- og sundhedsassistenterne være en specifik viden i forhold til ældre, herunder teoretisk viden om selvmord, depression, patologiske sorgprocesser o. lign



Bilag 3. Indhold af spørgeguidens forskellige spørgsmål

Spørgsmål 1. Oprindelig indgik spørgsmålet til undersøgelse af informanternes egne oplevelser med død og selvmord ikke. Undervejs i undersøgelsen blev emnet mere og mere tydeligt som et selvstændigt tema. Det var lettere under interviewene at forholde sig konstruktivt, bevidst og reflekterende til samtalen om døden og selvmord, når informanternes egne selvmordsmerte-oplysninger kunne inddrages i interviewet.

Spørgsmål 2. Omhandler ældre menneskers udtryk. Der fokuseres på hvorledes ældre mennesker (**Du**) giver udtryk for livstræthed, lede ved livet o. lign. (**Det**)

Spørgsmål 3. Her er det informanten (**Jeg**), der er central for interviewerens iagttagelse. Hvorledes ser og reagerer informanten på selvmord (**Det**), og hvilke tanker og følelser ligger implicit i denne selviagttagelse.

Spørgsmål 4. Her er det kommunikationen eller relationsforhold og kontaktforhold mellem de ældre mennesker (**Du**) og informanterne (**Jeg**), der gøres til genstand for spørgsmål. Under dette tema anmodes informanterne om at komme med konkrete eksempler på, hvorledes en samtale om f.eks. dødstanke (**Det**) kan forløbe.

Spørgsmål 5. Der fokuseres her på informanternes behov for ikke at blive udbrændt i deres funktion. Hvad mener vedkommende selv, der er behov for på det personlige, det faglige og det teoretiske område? Endelig spørges der eksplicit til erfaringer og evt. yderligere behov for tværfagligt samarbejde.

Bilag 4. Spørgeguide

Egne Oplevelser med døden/selvmodet:

- Har du oplevet at nogen der stod dig nær døde fra dig?
- Har du oplevet at nogle som stod dig nær begik selvmord?
- Har vi og de ældre mennesker lov til at tage vort eget liv?

Det ældre menneskes udtryk:

- Hvorledes taler eller udtrykker ældre mennesker dødstanker, livstræthed, lede ved livet?
- Hvorledes udtrykker ældre selvmordstanker eller selvmordsplaner?
- Er der forskel på selvmordstanker og dødstanker?

Dine tanker og følelser:

- Hvilke tanker får du når du hører på ældre menneskers tale om døden? Er der forskel på om det er dine ældre venner, dine gamle forældre eller på dit arbejde?
- Hvilke følelser får du ved at høre om selvmordstanker og dødstanker?

Kommunikationen:

- Hvorledes svarer du det ældre menneske? Med ord eller tavshed?
- Hvorledes samtaler du om det, (døden, livstrætheden, selvmordstankerne)?
- Hvad siger du helt konkret? Siger du døden eller sove hen, eller gå bort. Hvilke ord bruger du? Døden eller gå bort, få fred, at sove stille ind etc.
- Hvad bestemmer dit valg af ord for døden og selvmord?

Det absolut vanskeligste:

- Hvad er for dig det sværeste at tale om?
- Af hvilken grund tror du at døden og dødstanker er så vanskelige at tale om?
- Hvad vil det sige at være bange for at dø?

Behov for støtte, opkvalificering, supervision etc.:

- Hvad har du/I brug for for at undgå følelserne af afmagt og fornemmelse af udbrændthed i dit/jeres arbejde?
- Af teoretisk viden
- Faglig relevant viden

- Samarbejdsrelationer til andre fagpersoner
- På det personlige område

Afslutning:

- Hvorledes oplever du/I at denne snak har været?

Bilag 5. Den teoretiske baggrund for undersøgelsen

Menneskesyn eller holdninger til det ældre menneske

For 25 år siden opfattede man alle ældre som ensomme, syge, svagelige, fattige og elendige mennesker - og det gør man stadig, ifølge Henning Kirk (17, 18). Han påstår at mediefolk, politikere og ældreorganisationerne er med til at fastholde billedet af ældre mennesker som en svækket gruppe. Han siger, dersom ældre mennesker skal mødes med respekt, så skal vi gøre op med klicheen "det er synd for de ældre mennesker". I praksis betyder ord og begreber, der begynder med ældre, at vi i vort samfund tænker på ældre mennesker, som nogen der har brug for hjælp. Den såkaldte ældrepolitik har forsøgt at definere og beskrive ældre mennesker som en kategori med fælles kendetegn, først og fremmest svækkelse. Han siger: "At når det blandt politikere er populært at sige "vore ældre medborgere", så er det en raffineret måde at være nær og tage omsorg og samtidig distancere sig". Under alle omstændigheder har der, efter Kirks opfattelse, været en tendens til at ældre mennesker er blevet omtalt som objekter (18).

Politikere har med deres ønske om at være gode samfundsborgere besluttet, at ældre mennesker uanset behov alle skal have del i særlige rabatter og tilskud. Som modtagere af diverse ydelser bør ældre mennesker i sagens natur også være tilfredse. Hvis de ikke er tilfredse med ydelserne, er der en tendens til at opfatte ældre som "krævende".

Hvis der er et sammenstød mellem det ældre menneskes selvopfattelse og det omkringliggende samfunds opfattelse, kommer det måske mest af alt til udtryk omkring begrebet værdighed, som er tæt forbundet med begreber som at være selvhjulpne og kunne kontrollere alle funktioner.

Manglende værdighed hænger i høj grad sammen med den manglende kontrol af kroppens funktioner, som aldrig kan medføre, og som kan være meget vanskelig at acceptere. Vanskelighederne kan imidlertid overkommes ved, at de ansatte fortsat møder det ældre menneske med respekt og giver udtryk herfor i mødet med vedkommende. Det er vigtigt, trods stigende behov for hjælp, at fastholde, at ældre mennesker selv fortsat kan vurdere hvilken hjælp de har behov for (22).

Som projektansvarlige ønsker vi at give udtryk for respekten for det ældre menneskes autonomi og integritet. Det enkelte menneske skal selv have lov til at bestemme på hvilken måde samspillet med omgivelserne skal være. Derved ville flere af de selvmord, der begås fordi den ældre føler sig truet på sin autonomi og integritet, kunne være undgået.

Depression

Depression hos ældre mennesker kan være vanskelig at opdage. Symptomerne er maskerede, vage eller ligner symptomer på andre sygdomme. Nogle deprimerede er præget af angst, andre har mange kropslige plager. Nogle husker dårligt, og både de selv og omgivelserne tror, det er begyndende demens. Andre igen kan have en depression, hvor hovedsymptomerne er vrede, negativitet, irritabilitet, fjendtlighed og aggressivitet. Den klassiske form med hæmninger, selvbeprejdelse, håbløshed og søvnforstyrrelser er relativt sjælden hos ældre mennesker og forekommer kun i 2-3% af samtlige diagnosticerede depressioner (8,25).

Nogle af sygeplejerskerne, der er interviewet, har en viden om, hvorledes symptomerne på depression hos ældre mennesker fremtræder. Den viden synes dog begrænset af den enkeltes interesse for og prioritering af at få del i den nødvendige viden. Det ser ud til, at det er

temmelig tilfældigt, hvor megen og hvilke viden samtlige fagpersoner har. Som projektansvarlige er det vores opfattelse, at den nyeste forskningsbaserede viden om ældres depressioner fortsat ikke er tilgængelig for ret mange af de faggrupper, der indgår i nærværende undersøgelse.

Ældre og alkohol

De ældre danskere drikker mere og mere. Det var et af budskaberne på en konference om ældre og alkohol, der blev afholdt den 16. april 2002 i København. Procentandelen af ældre i alderen fra 80 og opefter, der drikker mere end det antal genstande, Sundhedsstyrelsen anbefaler, er fordoblet på seks år. Også i aldersgruppen 65-79 år er alkoholforbruget steget. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om maksimalt 21 genstande om ugen for mænd og 14 for kvinder gælder ikke for ældre mennesker. Professor i aldersbetingede sygdomme Marianne Schroll understreger, at jo mindre muskelmasse og jo mindre væske man har i kroppen, jo mindre alkohol kan man tåle. For ældre mennesker kan der også være problemer med at tage medicin og drikke alkohol – alkoholen kan øge risikoen for svimmelhed og fald.

Ældre menneskers alkoholforbrug blev ikke omtalt af sygeplejerskerne, men af et par af social- og sundhedshjælperne i hjemmeplejen, der så en sammenhæng mellem et tiltagende forbrug af alkohol og efterfølgende selvmord.

Patologisk sorg

Alle mennesker oplever kriser og tab igennem livet. Hvis normerne i den kulturelle kontekst tilsiger, at det enkelte menneske, der møder kriser, tab og traumer skal være ”stærk” og bære sit tab med ”oprejst pande”, kommer der et tidspunkt, hvor vedkommende ikke kan rumme flere tab eller traumer. Risiko for udvikling af patologisk sorg opstår.

En akkumulering af ubearbejdede kriser og tab indebærer en byld af sorg og fortvivlelse som kan dominere tilværelsen og føre til en kraftig reduktion af livskvaliteten. Det medfører endvidere ofte en tilbagetrukkethed og åndsfraværende tilstand og af samme grund en stærk opgiveness og resignation med yderligere reduceret selvhjulpethed til følge. Denne tilstand kan, når det drejer sig om ældre mennesker, i visse situationer forveksles og diagnosticeres som demens.

Ofte får gamle mennesker kun mangelfuld hjælp ved kriser, da det faglige system ikke er opmærksom på ældre menneskers behov for støtte i krisesituationer. Det faglige system er derfor heller ikke opmærksom på symptomerne, når tidligere ubearbejdede kriser kommer til syne.

På den måde vil vi som projektansvarlige påstå, at det er forkert at sige: at ældre mennesker har oplevet så mange tab og traumer i deres liv, at de sagtens kan forholde sig til, at endnu en af deres jævnaldrende eller et familiemedlem dør. Det er ikke rigtigt at ældre mennesker har lettere ved at håndtere kriser end yngre mennesker og bedre kan forholde sig til tab pga. erfaring gennem et langt liv.

Det er nødvendigt med en faglig-teoretisk viden. Der bør hos alle faggrupper være en bevidsthed om denne tilstand, og denne opmærksomhed skal især være til stede, når det ældre menneske – mere eller mindre frivilligt - flytter på plejehjem. For det ældre menneske er dette boskifte også ensbetydende med en ændret rolle. Det er vigtigt at være bevidst på, at en flytning ikke udelukkende er en fysisk handling, det er også en psykisk og mental omskiftning.

Der har de sidste år været mere opmærksomhed på fagpersoners håndtering af ældre menneskers dødstanker og patologiske sorgreaktion. I begyndelsen af 2002 kommer følgende om patologiske sorgprocesser frem i medierne: "En fjerdedel af de ældre mennesker over 65 år, der har mistet en ægtefælle, lider af en alvorlig psykisk lidelse, der kan betegnes som en sygelig reaktion på sorg." Det viser en ny dansk undersøgelse, som psykolog Maja O'Connor har foretaget blandt 55 efterladte personer over 65 år. De har symptomer, som kendetegner den alvorlige psykiske lidelse posttraumatisk stress-tilstand (PTSD). Hun betegner tallene som meget alarmerende på trods af, at der er tale om en lille undersøgelse. "Det er meget høje tal i forhold til en amerikansk undersøgelse, der viser et omfang af PTSD på knap otte procent i aldersgruppen 15 - 57 år".

Selvmondsadfærd og bagvedliggende faktorer

Bille-Brahe (2) påpeger, at selvmordsantallet, dvs. de absolutte tal givetvis vil stige, som følge af det stigende antal ældre, mens den relative hyppighed, dvs. antal pr. 100.000 i den pågældende aldersgruppe formentlig først vil stige, efterhånden som de ældre bliver ældre-ældre og mere omsorgskrævende. Embedslægen i Århus Amt, medlem af forskningsgruppen ældre og selvmord, Kate Runge har allerede i 1999, ved en konference afholdt af Sundhedsministeriet, følgende anbefalinger til en øget selvmordsforebyggende indsats i forhold til ældre mennesker. Hun siger, at de ældre mennesker skal gøres værdifulde. De ældre mennesker skal behandles med respekt, og alle, der omgås ældre mennesker, bør vise, at også ældre mennesker har værdi. Kate Runge påpeger endvidere, at de ældre mennesker skal inddrages i familien eller på anden måde have et netværk. Hun påpeger, at det efter hendes mening er hjemmeplejens fornemste opgave, at gøre de ældre mennesker opmærksomme på muligheder for socialt samvær og aktiviteter. For det tredje skal depressioner opfanges, idet vi ved, at der er sammenhæng mellem selvmord og depressioner. Det er derfor vigtigt, at både den praktiserende læge og hjemmeplejen har den fornødne viden om lidelsen og de forskelligartede symptomer. Kate Runge påpeger, hvorledes ældre sjældent foretager impulsstyrede selvmord. De ældre mennesker planlægger selvmord og tager ofte også afsked med familie og bekendte. Af samme grund bør der efter Kate Runges opfattelse iværksættes og intensiveres et egentligt omsorgs/krisearbejde til efterladte ældre mennesker. En sådan indsats bør dog ikke udelukkende omfatte ældre mennesker hvis partner dør, men også de ældre mennesker der mister et barn. Her kan det for så vidt også dreje sig om et krisearbejde til det alene boende ældre menneske, der mister noget betydningsfuldt, f.eks. hund, fugl o. lign. Der bør være tale om et opsøgende arbejde, eller der kan være tale om pårørende grupper (Sundhedsministeriet 1999).

Der er flere forhold, der gør sig gældende, når der diskuteres selvmord blandt ældre mennesker. Kerkhof et al (15) stiller i deres studie af selvmord blandt ældre mennesker følgende spørgsmål: "Kan det tænkes, at ældre menneskers selvmord ikke altid er motiveret af sygdom, fattigdom og anden elendighed, men snarere af angst for eller modvilje mod stigende hjælpeløshed og afhængighed af andre?" Hvilken sammenhæng kan der være mellem angsten for døden og valg af selvmord? Der er forskningsmæssigt dokumenteret en sammenhæng mellem smerte og selvmord, men vi ved ikke, om angsten for smerter også er en risiko.

Kronisk smerte adskiller sig væsentligt fra akutte smerter. Mange med kroniske smerter har vanskeligt ved at beskrive og lokalisere den kroniske smerte nøjagtigt. Når smerten er blevet en "normaloplevelse" i hverdagen, og det ældre menneske ikke husker, hvordan det er at være smertefri, så kan det opleves som noget uforklarligt positivt at få smertelindring. Men hvis ikke smertelindring er mulig, bliver resultatet ofte en reduceret livskvalitet med svaghed og

dyb fortvivelse. Ældre mennesker med kroniske smerter skriger ikke og råber ikke av, de laver heller ikke grimasser, ligesom sveden heller ikke pibler fra panden. Det er ret almindeligt, at kroniske smertepatienter har mistet håbet om en god smertelindring. Det kan betyde at hvis smertelindring ikke er optimal, så har den ældre patient endnu mere brug for psykologisk støtte. Fagpersonerne yder dette ved at give patienten en fornemmelse af at få nærhed og personlig støtte. Fagpersoner, som kender vedkommende over tid, og som aldrig forholder sig ligegyldigt til de kroniske smerter, eller giver "tom trøst" eller anvender "negative trøstestrategier". To af de læger, der er interviewet, giver udtryk for, hvorledes de ønsker at lindre alle patienters smerte. Den modne ældre læge siger, at det værste for ham som fagperson er, når han ikke kan give patienter med kronisk smerte total lindring. Den yngre kvindelige læge, der netop er begyndt som praktiserende læge, har fortsat troen på, at hun kan yde optimal smertelindring. Den tredje læge siger, at hun er yderst tilfreds med at der i Horsens er oprettet en speciel tjeneste i palliativ behandling. Ikke alle kroniske eller akutte smerter kan lindres, i hvert fald ikke på sådan en måde at det menneske, der får behandlingen, forsat er i live (25). Det er de vilkår, som både de ældre patienter og den behandlingsansvarlige læge må leve med.

Noget andet er angsten for plejehjemsanbringelse, oplevelsen af tab af selvhjulpethed og mangelfuld kontrol med kroppens funktioner. Denne angst er det muligt at mindske, såfremt det faglige plejepersonale har de fornødne ressourcer og viden. Det gælder om, at have både en teoretisk viden, mulighed for at bruge den nødvendige tid og det at have en generel respekt for ældre mennesker. Det er ikke muligt at sammenkoble eksplicite udsagn om angsten for døden til valget af selvmordshandlingen, men implicit giver fagpersonerne udtryk for denne sammenhæng. At være angst for, at den sidste del af livet skal blive uværdigt, betyder at ældre mennesker kan vælge, ligesom Lyngby Jepsen (14), at samle medicin sammen til at kunne afværge en uværdig afslutning.

I den kvalitative undersøgelse figurerer forskellige holdningstilkendegivelser i forhold til ældres ret til at tage deres eget liv. Der er omtalt det passive selvmord og det assisterede. Der mangler tydeligvis også viden om selvmordsrisiko og vurdering. Ligesom viden om en lindrende eller palliativ behandling ved smerte ej heller er optimal .

Kommunikation

Kommunikationsaspektet omtales kun i ét tilfælde i den kvantitative udredning. Her drejer det sig om et skænderi mellem ægtefæller umiddelbart forud for selvmord. I den kvalitative del udtrykkes sjældent, at mangelfuld eller ikke optimal kommunikation skulle være årsag til selvmord. Hverken kommunikationssvigt mellem det ældre menneske og familien eller mellem det ældre menneske og fagpersonerne angives eksplicit som årsag. På dette felt adskiller de yngre menneskers selvmordshandlinger sig radikalt fra de ældre menneskers. Der er forsat en mangelfuld forskning af de kommunikative aspekters betydning for ældres selvmord.

Ikke ligeværdige samtaler er kendetegnet ved, at den ene part bruger forskellige magtstrategier, for gennem disse at beherske samtalen. Det kan være nedladende udsagn, ignorering eller nonverbale udtryk, som at tale lavmælt og mumlende, når den anden har et høre problem. Anvendelsen af sådanne kommunikative magtstrategier behøver ikke at være bevidst, men medfører alligevel, at den anden får en følelse af ubehag. En anden måde at demonstrer magt på kan være, at ignorere en indirekte bemærkning. Hvis fagpersonen undlader at reagere, kan det være at begge oplever at ingen af dem taber ansigt. Men det kan også tolkes af den ældre som et signal på uvilje eller som en manglende evne til at tale om døden eller som en simpel afvisning.

En anden faktor, hvis betydning hovedsageligt kommer implicit til udtryk, er tavshed. Det fremgår af interviewmaterialet og af kommunikationsteoriene, at tavshed er en form for kommunikation (10, 11). Den kan tolkes som enhver anden form for nonverbal kommunikation. I visse situationer opleves tavsheden væsentligere og mere dybtfølt end talen (10, 11). Hvorledes tavsheden spiller ind i den daglige kommunikation er ikke kortlagt. I forholdet mellem de ældre mennesker og fagpersonerne har aspektet med manglende verbal kommunikation betydning. En følge af den valgte metodiske tilgang er, at det hovedsageligt er fagpersonernes oplevelse af afmagt som følge af tavshed, der belyses. Der fremkommer enkelte eksempler på fagpersoners oplevelse af, at den manglende tid får betydning for, hvorvidt det ældre menneske kommunikerer gennem tale eller tavshed.

Ældre menneskers åndelige behov er reelle behov. De manifesterer sig på samme måde som ældre menneskers øvrige behov og kan i lighed med disse i nogen grad afdækkes og afhjælpes gennem samtale. Den faglige person må tage det vedkommende seriøst og hører alvorligt. Samtalen bliver ikke vanskeligere ved, at hjemmesygeplejerske eller en anden af det faglige netværk tør spørge og lytte til de svære temaer. Et vanskeligt emne gør i sig selv ikke en samtale vanskelig. Det kan derimod blive kompliceret og umuligt for begge parter, når de vanskelige emner undgås.

Via forskning har den kognitive terapi på overbevisende måde dokumenteret sammenhængen mellem følelser og tanker og redegjort for, hvorledes denne sammenhæng påvirker den enkeltes handlinger og kommunikation med omgivelserne. En essentiel tese er, at vi kun kan ændre vore følelser ved påvirkning via vore tanker. Viljen til at ændre vore følelser er ikke tilstrækkeligt til at de ændres. Men vore handlinger kan påvirkes og dermed kommunikationen via vore tanker.

Det er vigtigt at være sig bevidst, at sproget anvendes forskelligt af ældre og yngre mennesker. Det kan selvfølgelig diskuteres, hvorvidt det er det ældre selvmordstruede menneske eller de yngre fagpersoner, der skal bruge ressourcer og bevidsthed til at forstå både sprogets og kommunikationens forskellighed. Det kan slås fast, at i mange tilfælde er kommunikationskløften kun overvindelig, såfremt fagpersonen indretter sig sprogligt, for som Elsass (9) siger det: "uden forståelse er der ingen kommunikation".

Som projektansvarlige vil vi påpege, at forsvarsmekanismer og ubevidste forsvarsmønstre ser ud til at være mest fremherskende hos de personer, som er mindst reflekteret i forhold til egne holdninger og kommunikation.

Der er en tendens til at fagpersonerne bruger "negative trøstestrategier" uden bevidsthed om, at det kan være en yderst u hensigtsmæssig form for kommunikation. "Det at tale og tænke positivt" har tilsyneladende medført, at svære, negative og smertefulde følelsesmæssige oplevelser kan blive negligeret. Det sker selvfølgelig i bedste hensigt og uden at fagpersonen er bevidst om det u hensigtsmæssige. Det at blive påduttet at tænke og tale positivt, hvis man sidder midt i en traumatisk oplevelse eller krisereaktion, kan opleves som et overgreb. Det kan tolkes som udtryk for manglende forståelse eller en nedladende kommunikation.

Det ideelle ville være, hvis det faglige personale kunne dele oplevelserne, som de ældre mennesker har i dette grænseland mellem liv og død, og lære sig dødens sprog og desuden have en viden om livets paradokser og følelsesmæssige kaos (5). Såfremt fagpersonen ikke kan mestre at tale dette sprog, bør de lære sig, at kunne holde ud, at være stille om det uforståelige. At være stille sammen kan også af det ældre menneske opleves som meningsfyldt. For fagpersonen er det meningsløse væsentlig lettere at rumme, hvis vedkommende bevidst er lyttende tilstede, uden at ville kontrollere, hvad der skal siges og gøres.

Fraværet af ritualer

Ritualernes betydning er ofte overset i dagens samfund. De færreste oplever at være til stede, når et menneske dør – han/hun dør ikke længere hjemme, men på hospitalet eller plejehjemmet. Døden bliver noget fjernt og ukendt – og derfor endnu farligere.

I gamle dage, da flere generationer levede under samme tag, indgik døden i det daglige liv. Traditioner og ritualer opstod på baggrund af denne nærhed, for menneskets død var ikke en privat begivenhed, og blev heller ikke betragtet som en "sygdom", der skulle afhjælpes gennem medicin. Derimod var den døendes ord og ønsker lov. Han styrede, så vidt det var muligt, afslutningen af sit liv og bestemte, hvad der skulle ske med ham efter døden (22).

Nogle af fagpersonerne, især præsterne, gav udtryk for, at denne selvbestemmelse kan gives tilbage til det menneske, der er ved afslutningen af sit liv. Hvis det ældre menneske og familien omkring vedkommende vælger hjemmedød, vil traditioner og ritualer kunne genetableres. Især hvis den ansvarlige for terminal plejen pointerer, at det kan være en ide at involvere præsten, således at det ældre menneske sammen med præsten bestemmer og vælger de ritualer, som for den døende findes rigtige. Det at skulle give slip på et ældre kært medlem af familien medfører en del kaotiske tanker og manglende overblik over, hvad der er rigtigt for den døende og for de efterladte. Ritualets styrke er, at det giver et holdepunkt i dette kaos. Døende mennesker og de pårørende, der skal give slip på den døende, har som præsten siger det, *"lov til at være kede af det. Det er for meget hvis hverken følelser eller ritualer har deres plads."* Præsten behøver ikke nødvendigvis at være tilhørende den protestantiske kirke, hvis der er andre, som har det ældre menneskes tillid og kan være tilstede og være et holdepunkt i kaoset. Hvad der sker på det indre plan hos den døende, er det vanskeligt at sige noget om. I vores kultur er der ingen fælles opfattelse af døden som en tilstand og derfor heller ingen fælles forestilling om døden. I takt med individualiseringen er også holdninger til døden blevet en individuel størrelse. På trods af dette har vi alle fortsat brug for at reflektere over døden, når den kommer nærmere os. I dag er det primært præsterne, der er uddannet til at kunne tale dødens sprog. Psykologer og andre kan også, men de er ikke på samme måde som præsten økonomisk tilgængelig.

Ritualerne har deres betydning. Fjernes barsedåben skabes en navnefest. Er den kirkelige konfirmation uønsket arrangeres enten en borgerlig konfirmation eller en anden form for fest. Det er selvfølgelig et spørgsmål, om disse erstatnings ritualer, der inddrages for at undgå tomheden, også kan anvendes i forhold til døden.

Det ser ikke ud til, at der i vores vesteuropæiske samfund er ritualer forbundet med alvorlig sygdom, hvor døden er en sandsynlig udgang. I andre kulturer står religiøse og eksistentielle spørgsmål centralt i mødet med døden. Plejehjemspersonalet gav udtryk for, at det ikke var særlig ofte, at præsten blev tilkaldt eller ønsket på besøg, inden døden var en realitet. En af præsterne fortalte hvorledes han af eget ønske havde besøgt en tidligere jagtkammerat, der havde fået cancer. Manden ønskede hans besøg, men hustruen gav efter besøget telefonisk udtryk for, at han ikke skulle besøge dem oftere, for hvad ville naboerne sige, hvis præsten begyndte at besøge dem?

Når døden indtræder på sygehus eller plejehjem, er der ikke tradition for at spørge de pårørende, om de vil være med til at gøre den afdøde i stand, dvs. vaske og iføre den afdøde klæder som vedkommende selv har ønsket sig iklædt. Den afdøde behandles fortsat af personalet, som om vedkommende var smittebærer. Og de fleste steder er det en opgave for plejepersonalet at ordne den døde.

De fleste institutioner har indført procedurer for, hvorledes personalet skal forholde sig ved dødsfald. På de fleste plejehjem ser det ud til, at det fortsat er sådan, at den døde ret hurtigt efter dødens indtræden bæres bort fra plejehjemmet. Sørbye (30) har beskrevet, hvorledes den afdøde fjernes så diskret som muligt. Sengen hvor den afdøde ligger bliver redt pænt. Pudsen bliver lagt ovenpå hovedet og dynen pænt glattet, således at det ser ud til at være en tom seng. Så diskret som muligt bliver sengen trillet ud i korridoren, ind i elevatoren og ned i kælderen. Herefter tager et bedemandsfirma over.

På enkelte plejehjem er indført ritualer, og udkørslen af den afdøde markeres ved at medbeboerne og den afdødes nærmeste familie sammen med plejehjemspersonalet mindes den afdøde. Det ser ud til, at afholdelse af en sådan mindetund er afhængig af ledelsen på institutionen. Dette tyder på, at traditioner og ritualer varierer stærkt efter enkeltpersoners initiativ (16).

En af de adspurgte læger fortalte, hvorledes det er hans opfattelse, at pårørende til mennesker der dør hjemme, slet ikke kan forstå, at det kan lade sig gøre at beholde den døde hjemme i tiden fra døden til begravelsen. Han siger, at den almindelige opfattelse er, at man som menneske i Danmark tror, at det må man ikke. Det er yderst sjældent at opleve, at den afdøde ligger i en kiste inde i stuen.

Både præsterne, plejehjemspersonalet og de frivillige gav udtryk for, at de i nogen grad deltog i begravelsen.

Det er de projektansvarliges opfattelse, at der er få ritualer forud for døden, og at de egentlige ritualer er knyttet til begravelsen. Vi har ladet os inspirere af Lone Klok (16), der arbejder som præst på Sct. Marie Hospice Center, Vejle Amt.

Lone Klok siger: ”Vi går ud fra, at alvorligt syge mennesker tæt på døden ikke kun har behov for fysisk omsorg, pleje, mad og medicin. De har også brug for fællesskab, opmærksomhed, nærvær og åndelig omsorg”. Hendes erfaring er, at de fleste døende mennesker stiller eksistentielle og religiøse spørgsmål, når de står ved livets afslutning. For overfor døden tvinges vi til at sige: ”Jeg, og kan ikke længere bruge vi eller man, for det er mig, og min død det drejer sig om” (16).

Fælles for de rituelle sammenhænge er, at ritualer låner ord i ordløsheden, løfter den enkelte ud af stumheden og beskytter os mod den totale meningsløshed og mod kaos. Ritualer er dermed med til at løfte den syge og døende ud af ensomheden, ud af aleneheden, for i ritualer siger vi ikke Jeg men Vi. Fællesskabet understreges; det inddrager både den døende, de pårørende og personalet (16).

Litteratur

- (1) 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)
- (2) Bille-Brahe, U: *Selv mordsadfærd blandt ældre. Gerontologi og samfund 1999; 15,2:*
- (3) Bierlein, Karl Heinz: *Alt har sin tid*. Nyt nordisk Forlag Arnold Busck 1998
- (4) Bojle'n, Sybille: *Fokusgrupper - hvad, hvorfor, hvornår?* In Månedsskrift for praktisk lægegerning 2001 august. Side 909-920.
- (5) Brudal, Lisbeth. *Dødsbevissthet. Om å velge livet eller døden*. Universitetsforlaget Oslo 1998
- (6) Bundesen, Peter: *Ældreomsorg og uformelle sociale netværk i Sammenbrud eller sammenhold*, 1997
- (7) Diego De Leo (Editor); Bille-Brahe, U: *Suicide and Euthanasia in Older Adults*. Hogrefe & Huber Publishers 2001
- (8) Dramsdahl, Elisabeth: *Alderspsykiatri. Alderdommens tre store D'er*. Psykiatrisk oplysning. Stavanger 1998
- (9) Elsass, P, Olesen F, Henriksen, S. (red): *Kommunikation og forståelse*. Århus 1999
- (10) Fleischer, Elene: *Fra tale til selvmordsforsøgets tavshed*. In Humanistisk-medisinske perspektiver på selvmord og forebygging. Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging, Oslo 2001
- (11) Fleischer, Elene: *Den talende tavshed*. Odense Universitetsforlag 2000
- (12) Foss, Tage: *Om døden - lægers, patienters og politikernes holdning*. Månedsskrift for praktisk lægegerning. September 1999.
- (13) Heap, Ken: *Samtalen i eldreomsorgen: 2.udgave* Kommuneforlaget, Oslo 2001
- (14) Jepsen, Hans Lyngby: *Mest imod. Sidste erindringer og essays*. Lindhardt og Ringhof 2001
- (15) Kerkhof, AJFM et all. *Assessing rationality in elderly suicidal patients: common sense versus dynamic assessment*. In: Bille-Brahe & Schiødt (eds) Intervention and Prevention. Odense universitet 1994
- (16) Klok, Lone: *Lys fra større himmelhvælv*. In: *Dødens rum* Pedersen (red) Odense universitet 1998
- (17) Kirk, Henning & Scholl, Marianne (red) *Viden om aldring - veje til handling*. Munksgaard 1998
- (18) Kirk, Henning: *Det grå guld. Seniorboomet: ressource versus elendighed*. Fremad 1999
- (19) Kübler-Ross, Elisabeth: *Døden og den døende*. Oversat fra engelsk udg. 1969 Gyldendal 1977
- (20) Lipsky, Michael: *"Street – Level Bureaucracy" Part 1*. Russel Sage Foundation, 1980
- (21) Løvendahl, Brita: *Lægen og det frivillige arbejde på ældreområdet*. Månedsskrift for praktisk lægegerning. Oktober 1999
- (22) Maarup, Birgit, *Når døden er nær - omsorg og pleje*. Dafolo 1994

- (23) Mørch, M et al: *Kognitive behandlingsformer*. Hans Reizels Forlag 1995
- (24) Nielsen, Rita: *I døds skygges dal - omsorg og sjælesorg*. Unitas forlag 2000
- (25) Ottesen, Stig: *Må jeg dø i smerte*. Oslo 2002
- (25) Runge, Kate: *Selv mord blandt ældre*. in. *Ældre & demens, depression & selvmord*, udgivet af ældre forum 1999
- (26) Skou, Greta Marie: *Gode fagfolk vokser*. Personlig kompetence som utfordring Oslo 1998
- (27) Suicidologi: *Fra forskning til forebygging*. Udg. Af Universitet i Oslo. Seksjonen for selvmordsforskning og -forebygging. Nr. 1 1998
- (28) Sundhedsstyrelsen: *Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark*. 1998
- (29) Svarre & Würtzen: *Samtaler med den døende patient*. Ugeskrift for læger 162/43 okt. 2000
- (30) Sørbye, Liv Wergeland: *Døden i institution - ritualer rundt dødsleie og død*. In: *Døden på Norsk*. Oslo 1994
- (31) Vejle Amt: *Samarbejde om ældre med sindslidelser i Vejle Amt*. Håndbog 2002
- (32) Ældreforum: *Ældre & yngres sprog - bro eller barriere?* 2000