



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Möte med äldre som inte vill leva

- En kvalitativ studie av hur omsorgspersonal bemöter suicidala äldre

Socionomprogrammet

C-uppsats

Författare:

Tove Svantesson

Hanna Östman

Handledare:

Per-Olof Larsson

Abstract

- Titel:** Möte med äldre som inte vill leva
- En kvalitativ studie av hur omsorgspersonal bemöter suicidala äldre
- Författare:** Tove Svantesson och Hanna Östman
- Nyckelord:** suicid/självmod, äldre, omsorgspersonal, bemötande och stöd.

Syfte och frågeställningar: I bland annat media har man under den senaste tiden uppmärksammat flera äldre människor som valt att ta sina liv. Vårt syfte har därför varit att undersöka och beskriva hur omsorgspersonal inom olika verksamheter bemöter suicidala äldre och ta reda på vilka kunskaper de har kring denna problematik och hur dessa har omsatts i praktiken. Ett annat syfte har också varit att beskriva vilket stöd omsorgspersonal får i att möta suicidala äldre och vad i bemötandet som skulle kunna förbättras. Studiens frågeställningar är följande:

- Vilket stöd får suicidala äldre av omsorgspersonal?
- I vilken utsträckning får personalen stöd i att bemöta denna problematik?
- Vad skulle behöva förbättras?

Metod: För att få svar på studiens frågeställningar har en kvalitativ metod valts i form av intervjuer med totalt sju informanter som i olika utsträckning har mött suicidala äldre i sitt yrkesliv. Fyra av informanterna arbetade med äldrepsykiatriska frågor på en specialenhet medan de resterande tre arbetade med äldre inom den kommunala äldreomsorgen.

Teori: Studiens teoretiska referensramar utgörs av Cullbergs kristeori där fokus legat på krisens kännetecken och förlopp, vad som utlöser en kris och vilket stöd en person i kris behöver. Vidare har kristeori valts då det kan sägas att en människa med suicidal problematik på något sätt befinner sig i en kris. Teorin har således framstått som applicerbar på det som valts att lyftas fram genom studien.

Huvudresultat: De kunskaper informanterna hade kring suicidal problematik kan sägas bero på var personen arbetat och vilken yrkesutbildning som legat till grund. Av förklarliga skäl finns det således mer kunskap, rutiner och resurser hos dem som arbetar särskilt med denna typ av problematik i jämförelse med de som arbetar med äldre i allmänhet. Det fanns därför en mängd skillnader i vilken form av stöd som kunde erbjudas där ett exempel är att den specialinriktade enheten kunde erbjuda professionella stödsamtal med terapeutiska inslag i motsvarighet till äldreboendena där diakon var den form av samtalsstöd som fanns, utöver omsorgspersonalen. Flera av informanterna har därför framfört en del önskemål angående förbättringar i stödet och bemötandet av suicidala äldre, där faktorer som terapeutiska samtal, individanpassad behandling, mer utbildning och handledning till omsorgspersonal, samt utvecklandet av riktlinjer och handlingsplaner var några av de saker som lyftes fram.

Tack!

Vi vill framföra ett stort tack till alla som har hjälpt oss att genomföra denna studie. Vi är speciellt tacksamma mot de personer som ställt upp på intervjuerna och som gjort denna studie möjlig. Vi har verkligen uppskattat Er medverkan!

Vi vill även rikta ett stort tack till vår handledare Per-Olof Larsson vid Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs Universitet, för hans stora engagemang och hjälp.

Sist men inte minst vill vi tacka våra familjer hemma i Varberg och Lerum som varit stöttande, förstående och hjälpsamma under hela processen.

Hanna Östman och Tove Svantesson
Göteborg, 2009-04-22

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Ämnesval.....	1
1.2 Syfte och frågeställningar.....	2
1.3 Förförståelse	2
1.4 Avgränsning	2
1.5 Ordförklaringar.....	3
1.5.1 Självmord/Suicid	3
1.5.2 Äldre.....	3
1.5.3 Bemötande.....	3
1.5.4 Omsorgspersonal	4
1.6 Fenomenet suicid, omfattning och frekvens	4
1.7 Uppsatsens disposition	5
2. Tidigare forskning.....	6
2.1 Inledning.....	6
2.2 Waerns avhandling, <i>Suicide in late life</i>	6
2.3 Preliminära forskningsresultat av studien, <i>När livet känns svårt att leva</i>	7
2.4 Danuta Wasserman, <i>Depression en vanlig sjukdom</i>	8
3. Teoretiskt perspektiv	10
3.1 Inledning.....	10
3.2 Kristeori.....	10
3.2.1 Krisstöd	11
4. Metodkapitel.....	13
4.1 Metodval.....	13
4.2 Intervjun som metod.....	13
4.3 Tillvägagångssätt.....	14
4.3.1 Litteratursökning	14
4.3.2 Urval.....	14
4.3.3 Konstruktion av intervjuguide.....	14
4.3.4 Datainsamling.....	15
4.3.5 Utskrift av intervjuer	15
4.3.6 Metodproblem	16
4.3.7 Analys och tolkning	16
4.4 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet.....	16
4.5 Etiska aspekter.....	17
5. Resultat och analys av intervjuundersökningen	19
5.1 Inledning.....	19
5.2 Bakgrund	19
5.3 Faktorer	20
5.3.1 Riskfaktorer och utlösande händelser	20
5.4 Stöd.....	23
5.4.1 Viktigast i mötet	23
5.4.2 Praktiskt stöd	24
5.4.3 Känsломässigt stöd.....	25
5.4.4 Möjlighet till samtal	26
5.4.5 Familj, vänner och anhöriga som en del av stödet	27
5.4.6 Läkarens hjälp i behandlingen.....	28
5.4.7 Psykofarmaka i behandlingen	29
5.5 Terapeutisk hållning.....	30

5.5.1 Teoretisk kunskap	30
5.5.2 Praktiska erfarenheter.....	31
5.5.3 Personliga egenskaper	32
5.5.4 Stöd och hjälp till personalen	33
5.5.5 Det önskade stödet	34
5.5.6 Den största utmaningen	35
5.6 Framtiden	36
5.6.1 Förbättringar av omhändertagandet och bemötandet	36
6. Slutkapitel	38
6.1 Sammanfattning av resultat och slutsatser	38
6.2 Förslag till vidare forskning	40
Referenslista.....	41

Bilagor

Bilaga 1, Informationsbrev

Bilaga 2, Intervjuguide

1. Inledning

1.1 Ämnesval

Ålderdomen är en tid som präglas av många förluster. Det kan röra sig om förluster av hälsa, status eller roller. Äldre personer kan också drabbas av livshotande kroniska sjukdomar eller förlora sin livspartner. Denna form av förluster kan leda till nedstämdhet och depression vilket kan förklara varför just äldre är den grupp som svarar för en oproportionerligt hög andel av alla självmord som sker i Sverige (Waern, 2000).

”Birgit, 94, knäcktes av hotet om tvångsflytt. Hon orkade inte leva längre. - Mamma blev djupt deprimerad, slutade äta och dricka. Hon lade sig ned och dog, säger dottern Inga Zachau ... - Mamma var en stark person men det här knäckte henne. Mamma blev djupt deprimerad, talade om självmord och jag fruktade för hennes liv. Sen slutade hon äta och dricka och blev bara magrare. 21 oktober låste hon sin dörr och lade sig helt enkelt ner och dog, berättar Inga.” (www.expressen.se, 2009)

”Det var i mitten av juli som en äldre man inskriven på ett korttidsboende i Söderköping tog sitt liv. Mannen hade vid flera tidigare tillfällen hotat att ta sitt liv och bara fyra dagar innan han begick självmord även förklarat för personalen exakt hur han skulle gå till väga. ... Trots att mannen vid flera tillfällen hotat att ta sitt liv och ibland gått så långt som att stå i fönstret, skickades han inte till behandling inom psykiatrin och han fick inte övervakning dygnet runt som kan ges till personer som löper risk att begå självmord.” (www.sr.se, 2007)

Detta är två av de tragiska fall som tagits upp i media under de senare åren gällande äldre personer som väljer att ta sina liv. Regeringen arbetar dock för att minska antalet självmord i Sverige och i början av 2008 fattades beslut om tre olika uppdrag. Äldre- och folkhälsoministern Maria Larsson anser att det finns ett behov av större kunskap kring hur självmord kan förebyggas men framförallt hur man hjälper en person som mår psykiskt dåligt. Regeringen fattade därför beslut om att utarbeta ett informationsmaterial om hur självmordsförsök och självmord bland skolelever kan förebyggas, ta fram förslag på utbildningsinsatser avseende vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik samt åtgärder för att öka kunskapen om självmord i befolkningen (Socialdepartementet, Prop. 2007/08:110).

Psykiatern Margda Waern som inriktat sig på suicidala äldre anser att personalen inom äldreomsorgen bör få bättre kunskaper kring problematiken och bör prata om problemen istället för att låtsas som om de inte finns (Waern, 2000). Citaten ovan åskådliggör att även media numera uppmärksammar självmord bland äldre som ett aktuellt ämne. Dessa olika faktorer påverkade till stor del studiens inriktning och då båda författarna har erfarenheter av att förlora en närstående genom självmord fanns det även ett grundläggande intresse för just denna problematik. Vi såg därmed en anledning till att studera hur omsorgspersonal inom äldreomsorgen bemöter problematiken. Studien kommer dessutom innehålla intervjuer av omsorgspersonal som är specialiserad på att bemöta denna typ av problematik för att få möjlighet att göra en jämförelse och därmed se om det finns några likheter eller skillnader i deras arbete och erfarenheter.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka och beskriva på vilket sätt omsorgspersonal inom olika verksamheter bemöter suicidala äldre, utreda vilka kunskaper omsorgspersonalen har kring denna problematik och hur dessa kunskaper omsätts i praktiken. Studien skall även beskriva vilket stöd personalen får i att möta denna problematik samt vad i bemötandet och omhändertagandet av suicidala äldre som skulle behöva förbättras.

Genom denna studie är tanken att belysa ämnet och öka personalens medvetenhet om problematiken för att på sikt förbättra bemötandet av äldre som kan tänkas befinna sig i denna situation.

För att nå syftet med studien kommer den att utgå ifrån tre övergripande frågeställningar:

- Vilket stöd får suicidala äldre av omsorgspersonal?
- I vilken utsträckning får personalen stöd i att bemöta denna problematik?
- Vad skulle behöva förbättras?

1.3 Förförståelse

Förförståelse är ett brett begrepp som avser en människas subjektiva upplevelser, erfarenheter och värderingar (Thurén, 1991). Förförståelse är således något som påverkar utformningen och innehållet av en studie. Det är därför av stor vikt att vi som författare redovisar och klargör vår förförståelse för läsaren, så att denne skall kunna förstå och tolka studien på bästa sätt (Widerberg, 2002). Som författare har vi en uppskattningsvis stor förförståelse inom detta ämne då vi båda har närstående som begått självmord. Innan vi bestämde oss för att skriva om detta ämne, som således berör oss på ett personligt plan, diskuterade och reflekterade vi över hur vår förförståelse skulle kunna påverka studien men även över hur vi själva skulle kunna påverkas. Då händelserna ligger flera år tillbaka i tiden var vi rörande överens om att detta inte skulle utgöra något hinder eller komplikationer vare sig för studien eller för oss. Vi valde dock att undersöka en äldre åldersgrupp på grund av att våra anhöriga var unga när de tog sina liv, detta för att förhindra en allt för stor påverkan.

1.4 Avgränsning

För att avgränsa studien kommer studien att fokusera på personalens upplevelser och erfarenheter kring problematiken angående suicidala äldre och vilket stöd de får. Studien kommer fokusera på personalens möte med äldre som tydligt uttalat en vilja att ta sitt liv och som därmed är suicidala. Studien kommer inte att behandla de äldres egna upplevelser av problematiken då författarna ansåg att det skulle vara svårt att hitta informanter som ville och som orkade diskutera dessa frågor i en intervju med personer som de inte hade någon specifik relation till. Denna avgränsning var nödvändig för att anpassa området till studiens upplägg gällande bland annat tid och för att få möjlighet att studera ett ämne på djupet. En risk med att studera för stora områden är att man till slut inte studerar det som man avser att studera (Esaïasson, Gilljam, Oscarsson & Wängnerud, 2004). Det finns dock en medvetenhet om att studiens resultat skulle kunnat se annorlunda ut om fokus istället hade legat på den äldres egna upplevelser. De bortvalda ämnena områdena anses istället vara intressanta för vidare studier.

1.5 Ordförklaringar

I studien kommer följande begrepp att användas: självmord/suicid, äldre, bemötande och omsorgspersonal. Begreppens innebörder och egna definitioner av dessa kommer att redovisad nedan, detta för att underlätta för läsaren.

1.5.1 Självmord/Suicid

Självmord är synonymt med ordet suicid och definieras som en avsiktlig självdestruktiv handling som leder till döden. Självmordsförsök innebär vidare avsiktliga självdestruktiva handlingar som inte leder till döden. Slutligen kan även termerna suicidal och självmordsbenägen komma att användas när det avser dem som vill ta sitt liv (Nationalencyklopedin). Begreppen kommer således att användas växelvis i studien beroende på sammanhang.

När det kommer till självmord görs ibland uppdelningar mellan så kallade rationella eller kaotiska självmord, det talas också om säkra respektive osäkra självmord. De rationella självmorden beskrivs som väl övervägda och inträffar främst hos människor med smärtsamma och dödliga sjukdomar, vilka således tar sitt liv för att slippa smärtan och plågorna. Till de rationella självmorden kan även de som tar sina liv på grund av politiska eller religiösa skäl räknas. Den andra och den vanligaste kategorin av självmord utgörs dock av personer som på olika sätt befinner sig i en kaotisk eller desperat livssituation, där en stor del av självmorden sker under inflytande av psykiska störningar såsom depressioner, psykoser, personlighetsstörningar eller under drog- och alkoholpåverkan. (Nationalencyklopedin). Säkra självmord kallas det då det inte finns några oklarheter om dödsorsaken varit självmord eller inte, medan det i osäkra självmord finns tveksamheter kring dödsfallet och huruvida det har orsakats av ett självmord eller en olycka (NASP, 2007).

1.5.2 Äldre

Då studien behandlar suicidala äldre, är ordet äldre ett begrepp som bör klargöras. Enligt nationalencyklopedin är definitionen av äldre; någon som är av högre ålder än någon annan eller något annat som framgår av sammanhanget (Nationalencyklopedin). Med anledning av detta kan ordet således ses som något subjektivt där innebörden kan variera beroende på i vilket sammanhang det används. I definitionen av äldre kommer studien att avgränsas genom att fokusera på äldre från 65 år och uppåt. Detta beror på att man enligt Cullberg (2006) går in i en kritisk utvecklingsperiod vid 65 års ålder som kan innebära att personer drabbas av utvecklingskriser. Då undersökningen behandlar äldre inom äldreomsorgen, anses det även lämpligt att fastslå en undre gräns på 65 år då majoriteten av alla gamla som bor permanent i särskilda boendeformer är över 80 år. (Socialstyrelsen, 2008) Detta är således anledningarna till studiens definition av begreppet äldre.

1.5.3 Bemötande

Ett annat nyckelord för studien är bemötande och detta kan förklaras som ett sätt att uppträda mot någon (Nationalencyklopedin). När ordet bemötande används kommer fokus främst ligga på hur samspelet mellan omsorgspersonal och suicidala äldre kommer till uttryck via faktorer såsom tal eller handlingar. Begreppet kommer även att användas i diskussioner av det eventuella stöd och bemötande personalen får från exempelvis kolleger eller arbetsgivare.

1.5.4 Omsorgspersonal

Begreppet omsorg användes i slutet av 1960-talet för att beskriva samhällets särskilda insatser till stöd för personer med begåvningsmässiga funktionshinder (utvecklingsstörning). Användningen har dock senare vidgats för att även innefatta stöd och service till andra grupper, exempelvis barnomsorg och äldreomsorg (Nationalencyklopedin). I studien kommer begreppet användas för att beskriva gruppen undersköterskor och sjuksköterskor som arbetar med gruppen äldre.

1.6 Fenomenet suicid, omfattning och frekvens

Varje år tar cirka 1500 personer sitt liv i Sverige. Denna siffra innefattar både det som kallas säkra och osäkra självmord. Säkra självmord anses vara i de fall då inget tvivel råder om det var ett självmord eller inte, medan det i osäkra självmord finns oklarheter angående uppsåtet bakom dödsfallet och ifall dödsfallet föranletts av en olycka eller en avsiktlig handling. I Sverige är för övrigt andelen osäkra självmord relativt hög och det hävdas i en skrivelse från Karolinska Institutet att det kan finnas en stor underrapportering av faktiska självmord om endast de säkra självmorden räknas. Cirka 70-75 procent av de osäkra självmorden har efter undersökningar skattats som självmord. Ett stort mörkertal finns bland annat hos äldre vilkas självmord ofta rubriceras som sjukdom (NASP, 2007).

I Sverige år 2005 tog sammanlagt 835 män och 384 kvinnor sina liv och dessa siffror innefattar enbart säkra självmord. Av dessa var 219 män och 99 kvinnor över 65 år. Om även osäkra självmord skulle läggas till innebär det att 381 personer över 65 år tog sina liv det året. Utifrån siffrorna kan det även utläsas att männen är överrepresenterade i alla åldrar förutom i åldersgruppen 0-14 år där fördelningen är relativt jämn (Socialstyrelsen, 2007). För att förtydliga siffrorna redovisas dessa i figur 1 nedan.

Figur 1.

Antal självmord i Sverige, 2005, säkra

	0-14	15-24	25-44	45-64	65+	Total
Män	5	68	222	321	219	835
Kvinnor	4	36	97	148	99	384
Total	9	104	319	469	318	1219

Antal självmord i Sverige, 2005, osäkra

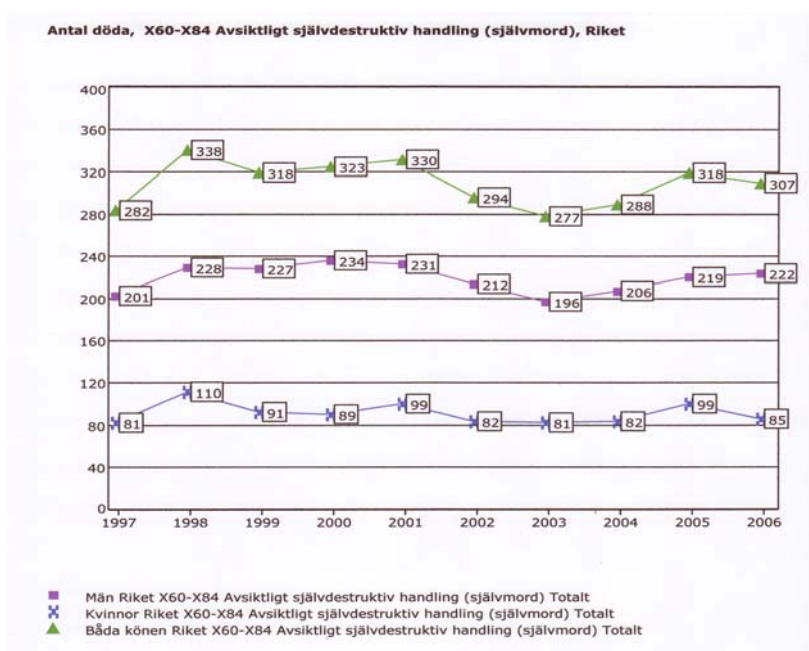
	0-14	15-24	25-44	45-64	65+	Total
Män	1	15	59	83	42	200
Kvinnor	1	4	26	45	21	97
Total	2	19	85	128	63	297

(Socialstyrelsen, 2007)

Nedan ger sedan figur 2 oss möjligheten att titta närmare på utvecklingen av självmord bland den grupp studien fokuserar på, personer över 65 år. Detta då figur nr 2 visar hur utvecklingen av antal säkra självmord i just den åldersgruppen har sett ut från år 1997 fram till år 2006. Den översta linjen visar män och kvinnors sammanlagda självmordsfrekvens. Den mittersta

linjen visar mäns självmordsfrekvens och den understa visar kvinnors självmordsfrekvens (Dödsorsaksstatistik, Socialstyrelsen).

Figur 2.



(Dödsorsaksstatistik, Socialstyrelsen)

Dessa siffror visar en långsam ökning av självmord bland både män och kvinnor från år 1997 fram till år 2006. Utifrån denna figur går det att utläsa att det år 2006 var sammanlagt 25 personer mer som tagit sina liv i gruppen män och kvinnor över 65 år än år 1997. Även denna figur visar tydligt att självmord bland män är överrepresenterade i denna åldergrupp (Dödsorsaksstatistik, Socialstyrelsen). Utifrån dessa siffror anses suicid i denna åldersgrupp vara något som bör lyftas upp för att på så vis börja diskutera hur personal och andra bemöter människor i en högre ålder som mår dåligt och som är suicidala. Detta för att rädda liv och i förlängningen minska siffrorna i denna form av statistik.

1.7 Uppsatsens disposition

Inledningen ovan syftar till att ge läsaren en presentation av ämnet, i denna del behandlas även syfte, frågeställningar, förförståelse, avgränsningar och begreppsförklaringar. Inledningen följs sedan av kapitel två där den tidigare forskning, som ansetts vara relevanta inom området, beskrivs. Kapitel tre innefattar det teoretiska perspektiv som studien utgår ifrån i form av Cullbergs (2006) kristeori och de centrala begrepp som studien kommer ha fokus på. I kapitel fyra redovisar författarna hur studien genomförts och innehåller därmed en beskrivning av metodval, litteratursökning, urval, konstruktion av intervjuguide, datainsamling, utskrift av intervjuer, metodproblem, analys och tolkning. I detta kapitel behandlas även centrala begrepp inom forskningssammanhang såsom reliabilitet, validitet och generaliserbarhet. Som en sista del tas de etiska aspekter upp som tagits hänsyn till under studiens gång. Kapitel fem innehåller de resultat som studien lett fram till, dessa har delats upp efter intervjuguidens fem teman bakgrund, faktorer, stöd, terapeutisk hållning och framtiden. I redogörelsen av studiens resultat görs en analys av teorin och en jämförelse med den tidigare forskningen. Uppsatsen avslutas i kapitel sex med en diskussion och förslag till vidare forskning. Referenser och bilagor redovisas på de sista sidorna i studien.

2. Tidigare forskning

2.1 Inledning

När det kommer till självmord och suicidalitet finns en mängd forskning. Självmord kan således studeras utifrån olika perspektiv. För att ge en överblick över den internationella forskning som är gjord inom ämnet följer här några utvalda studier. Inom sociologin skrev Emelie Durkheim boken *Le suicide: étude de sociologie* (1930). Även inom religionen finns studier gjorda på ämnet såsom *A noble death: suicide and martyrdom among Christians and Jews in antiquity* (Droge & Tabor, 1992). Utöver den internationella forskning som är gjord på området berör en stor del av litteraturen vidare psykisk ohälsa såsom depression där suicidalitet ses som en följd av detta. En medicinsk studie som tar upp dessa aspekter och hjärnans funktioner vid depressioner är *Neurobiological aspects of human aging and suicide* (Arranz, 1994). Dessutom finns en mängd handböcker som vänder sig till personer som i sitt arbete kommer i kontakt med människor som vill ta sitt liv, såsom socialarbetare, psykologer och övrig hälso- och sjukvårdspersonal. Exempel på litteratur är *Samtal om självmord* (Cronström-Beskow, 1983), *Suicidalitetens språk* (Beskow, Palm-Beskow & Ehnvall, 2005), *Självmord och självmordsprevention: om livsavgörande ögonblick* (Beskow, 2000), *När livet mist sin mening: om självmord och självmordsförsök* (Alvarez, 1974) och *Självmord: förhindra, ingripa, hjälpa efterlevande* (Grollman, 2000). Det finns således information kring självmord men få studier fokuserar på självmord bland äldre och vi är därför medvetna om att detta kan ses som en svaghet. Dock är bristen på forskning inom detta område även något som motiverar just denna studie. Nedan följer därmed ett axplock av forskningen som ansetts vara av relevans för studien.

2.2 Waerns avhandling, *Suicide in late life*

Margda Waern är psykiatriker och docent vid Institutionen för Klinisk Neurovetenskap vid Göteborgs Universitet och disputerade år 2000 med avhandlingen *Suicid in late life*. Där lyfts problematiken kring suicidala äldre fram och syftet med studien är att belysa sambandet mellan självmord bland äldre och psykisk störning, kroppslig sjukdom och livssituation. Waern vill med sin studie utöka kunskapen om självmord bland äldre för att i förlängningen utveckla arbetet för självmordsprevention. Studien är en såkallad fall-kontroll studie där Waern studerat förekomsten av faktorer som kan leda till självmord både i en självmordsgrupp som omfattade 85 självmordsfall och i en jämförelsegrupp som omfattade 153 såkallade kontrollpersoner. Studien är uppdelad i sex olika studier för att få en så bred bild av ämnet som möjligt. I dessa delstudier har Waern bland annat fokuserat på psykisk och fysisk sjukdom, påfrestande livshändelser, psykosociala faktorer, hur personen uttrycker självmordstankar och hur dessa uppfattats, samt frågor angående antidepressiva läkemedel. Datainsamlingen utfördes i form av intervjuer med anhöriga och nära vänner till självmordsfallen och individuella intervjuer med personerna i kontrollgruppen. Intervjuerna kompletterades också med information från sjukvårdsjournaler (Waern, 2000).

Studien visade att det fanns en stor koppling mellan psykisk sjukdom och självmord då 96 procent av de gamla i självmordsgruppen led av någon psykisk sjukdom, jämfört med kontrollgruppen där andelen enbart var 18 procent. Depression och helst återkommande depressioner visade sig vara en stark riskfaktor för självmord. Kroppslig sjukdom utgjorde en riskfaktor bland män men inte bland kvinnor. Dock var den största riskfaktorn relationsproblem men även ensamhetskänslor var kopplade till självmordsrisk. Genom

intervjuer med anhöriga kunde Waern peka på att nästan tre fjärdedelar hade uppfattat signaler av livströtthet, dödsönskan och suicidtankar. I många fall hade läkarna även uppmärksammat depression hos personerna som sedan tog sina liv, i hälften av fallen hade antidepressiva läkemedel skrivits ut året före självmordet (Waern, 2000).

Waern kom i sin studie fram till att läkare har blivit allt bättre på att uppmärksamma depressioner och suicidalitet bland äldre men att det finns en del som behöver vidareutvecklas och det är konsten att göra en bedömning kring suicidalitet. Läkare bör våga ställa frågor och antidepressiv behandling bör följas upp. Förutom detta anser hon att anhöriga bör involveras i behandlingsplaneringen i större utsträckning än vad som görs. Resultat från studien visar nämligen att anhöriga har viktig och värdefull kunskap som inte når fram till läkaren. Studien visar även att oväntat många personer som tog sitt liv hade behandling för depression. Detta bidrog till ifrågasättande av hur den optimala behandlingen skulle utformas. Då läkemedelsprövningar ofta utesluter personer med självmordtankar finns lite kunskap kring hur effektiva läkemedel är för behandlingen av suicidala äldre. Det är dock känt att det tar längre tid för läkemedel att verka för äldre. Därför lyfter Waern fram vikten av att använda sig av stödjande insatser under de första månaderna som äldre behandlas. Waern menar att deprimerade äldre skulle kunna få tillbaka livslusten och känna att deras liv är meningsfulla genom en förbättrad läkemedelsbehandling och med ett psykosocialt individorienterat stöd (Waern, 2000).

En sammanfattning av Waerns resultat visar således att psykisk sjukdom, depression, relationsproblematik och ensamhet var faktorer som spelade en stor roll i utvecklandet av en suicidal problematik. Resultaten pekade dessutom på att det fanns en riskgrupp i form av män med kroppsliga sjukdomar. För att förbättra omhändertagandet av dessa personer visar studien bland annat på att läkare behöver mer kunskap för att göra bedömningar kring suicidalitet. Dessutom bör anhöriga vara en del av behandlingen tillsammans med individriktat stöd och med en mer utvecklad läkemedelsbehandling (Waern, 2000).

2.3 Preliminära forskningsresultat av studien, *När livet känns svårt att leva*

Som en fortsättning av Waerns forskningslinje pågår en studie kring självmord sent i livet vid Institutionen för Klinisk Neurovetenskap, med namnet *När livet känns svårt att leva*. I forskningsprojektet som vid tidpunkten för publicerad artikel pågått i två år, fokuseras det på äldre från 70 år och uppåt som försökt suicidera. I projektet har hittills 67 av 100 tänkta intervjuer utförts. Studiens syfte har varit att identifiera medicinska, sociala och psykologiska riskfaktorer för suicidala äldre (Wiktorsson, 2005). Vi är vidare medvetna om att detta endast är preliminära resultat på studien men då denna fokuserar på suicidala äldre och till viss del på deras egna upplevelser anses detta vara av intresse, särskilt eftersom liknande studier framstår som något sällsynta.

Då depressioner visat sig vara vanligt vid självmord och självmordsförsök har föreskriften av antidepressiva medel ökat sjufaldigt i västra Sverige det senaste decenniet och detta särskilt till äldre. Med bakgrund av detta har förekomsten av depressioner och användandet av antidepressiv medicin undersökts hos 21 kvinnor och 13 män som deltog i studien under det första året. Några preliminära resultat som redovisats är att samtliga deltagare hade en affektiv sjukdom vid suicidförsöket då 79 procent led av depression, 15 procent led av en mildare form av depression och 6 procent hade diagnosen bipolär sjukdom. Det visade sig även att 68 procent av informanterna vid ett eller flera tillfällen i livet fått antidepressiva medel utskrivna och att 60 procent erhållit någon form av psykiatrisk vård under livet. Om deltagarna delades

in i två åldersgrupper, en i åldrarna 70-79 och en i åldrarna 80 år och uppåt, visade det sig att de i åldrarna 70-79 i större utsträckning blivit medicinskt behandlade då dessa siffror pekade på att 75 procent av dessa fått medicinsk hjälp i motsats till 44 procent inom den äldre gruppen. Detta har väckt frågor om en stigande ålder påverkar ambitionerna att söka hjälp, om inställningen att inte vilja belasta andra med sina problem ökar eller om det är svårare för någon i en hög ålder att förtälja sina problem för omgivningen. Andra svar som hittills gått att urskilja är att ingen av de personer som försökt att suicidera fått någon terapeutisk insats året innan suicidförsöket. På frågan om vilket skäl som låg bakom suicidförsöket svarade 29 procent att fysisk sjukdom var den främsta anledningen. Det näst vanligaste svaret var att personen känt sig deprimerad. Andra skäl som angavs var att det inte fanns något att leva för, ensamhet, sömnsvårigheter och att slippa vara andra till last (Wiktorsson, 2005).

I artikeln diskuteras det vidare att det skett en ökning av medicinsk behandling vid äldre depressioner men att det inte skett någon större minskning av antalet självmord i denna åldersgrupp. Det materialet som hittills samlats in pekar på att det krävs mer kontinuerlig uppföljning av klienter som genomgår medicinsk behandling, då deltagare medgett att de avbrutit sin behandling på eget bevåg då man ansett att medicinen inte gett tillräcklig effekt. Det påpekas också att detta kan vara ytterligare en anledning till att involvera anhöriga i större utsträckning. Intervjuerna har också visat att det finns ett stort behov hos äldre att tala om döden och att det inte är farligt att benämna dödslängtan eller självmordstankar då många har ett behov av att ventilera dessa frågor. Skam och skuld känslor är också ett ämne som bör beröras, då detta är ytterligare något som många lider av. Avslutningsvis hävdas det att individualiserad behandling mot depression i form av både psykologiska, medicinska och psykosociala åtgärder ökar äldre människors välbefinnande och att detta på många sätt brister idag (Wiktorsson, 2005).

Sammantaget visar några av Wiktorssons preliminära resultat att studiens samtliga deltagare under det första året, hade en affektiv sjukdom vid tillfället för deras suicidförsök och att en stor andel av dem erhållit någon form av psykofarmaka under livet. I intervjuerna framgick det dock att en del avbrutit sin behandling på eget bevåg och Wiktorssons slutsats är därför att det finns behov av en bättre och kontinuerligare uppföljning kring behandlingar av antidepressiva medel, särskilt eftersom det skett en ökning i föreskrifterna av psykofarmaka bland äldre medan självmorden inte minskat något nämnvärt i denna åldersgrupp (Wiktorsson, 2005).

2.4 Danuta Wasserman, *depression en vanlig sjukdom*

Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi, har skrivit en bok om depression där hon bland annat diskuterar vanliga orsaker till depression, aktuella behandlingsmetoder och hur personer såsom anhöriga och professionella kan förhålla sig till sjukdomen. Då det finns starka samband mellan depression och suicidalitet, anses detta vara relevant information för studien (Wasserman, 2000).

Depression är förutom alkoholmissbruk, den enskilda sjukdom som främst kan kopplas till självmord även om depression även förekommer i samband med bland annat demenssjukdomar. I både svenska och utländska undersökningar har det fastställts att cirka tre fjärdedelar av de som tagit sina liv haft en depressionssjukdom eller uppvisat symptom på depression. Wasserman hävdar således att ett av de bästa sätten att förebygga självmord är genom adekvat behandling för depression i form av antidepressiva läkemedel och samtalsterapeutiska insatser. Problemet är dock, som Wasserman framhåller, att depressioner

bland just äldre ofta är odiagnostiserade, detta då symptomen kan vara diffusa eller förtäckas av en kroppslig sjukdom. Exempel på depressionssymptom är nedstämdhet, sömnrubbningar, en nedvärderande självbild, ångest, tankar på döden, självmordstankar och självmordsförsök. Wasserman uppskattar att depressioner hos människor över 70 år är relativt vanligt och att frekvensen för dem som lever ensamma, på ålderdomshem eller annan vårdinrättning, ligger på ca 40 procent. Motsvarande siffra för dem som lever ett aktivt socialt liv, bor i egna hem och som har kontakt med anhöriga, ligger under 10 procent. En förklaring till detta är att de som bor hemma har bättre hälsa än de som bor på olika former av vårdinstanser. Detta visar också att anhörigas betydelse är mycket stor (Wasserman, 2000).

Wasserman hävdar att äldre i huvudsak blir deprimerade av två orsaker, på grund av en svår psykosocial situation eller att hjärnans funktioner kan vara störda på grund av åldrande och sjukdom. Psykosociala svårigheter kan vara faktorer såsom isolering, ensamhet, smärtsamma sjukdomar, missbruk med mera. Äldre kan även bli deprimerade på grund av åldersförändringar i det centrala nervsystemet och minskad aktivitet i de noradrenerga, serotonerga och dopaminerga systemen i hjärnan. Dessa system reglerar känslolivet och sinnesstämningen och ett exempel på en sjukdom med dessa komplikationer är Parkinsons. Detta kan således leda till att människor som i sitt tidigare liv aldrig varit särskilt nedstämda, helt plötsligt kan bli mycket deprimerade. Ytterligare en möjlig förklaring till depression som hon konstaterar är att vissa läkemedel kan framkalla depressioner, en del av dessa används vid kroppsliga sjukdomar som exempelvis hjärtmediciner och blodtryckssänkande medel. Det är därför viktigt att professionella, såsom läkare och sjuksköterskor är uppmärksamma på polyfarmaci som innebär behandling av flera sorters läkemedel samtidigt, då kombinationen av vissa mediciner kan utlösa depression. Wassermans förklaring till varför en del väljer att ta sina liv är vidare att personen befinner sig i en existentiell kris på grund av utlösande händelser såsom plötsliga förluster, exempelvis genom dödsfall eller via skilsmässa. Hon framhåller vidare att beslutet sällan är noggrant genomtänkt utan att det snarare handlar om impulsiva destruktiva handlingar. Hon menar också att självmordsrisken aldrig får underskattas när det kommer till äldre då denna är hög, särskilt hos äldre män. Om en äldre person varit deprimerad och det dessutom skulle inträffa något traumatiskt eller oväntat, är risken för självmord mycket stor (Wasserman, 2000).

Sammanfattningsvis berör Wassermans bok således det tydliga samband som finns mellan depressionssjukdomar och självmord då undersökningar visat att en stor andel av dem som suiciderat haft en depression eller uppvisat depressiva tecken. Wasserman anser därav att adekvata behandlingar för depressioner skulle kunna minska risken för självmord. Hon pekar också på att en svår psykosocial situation såsom ensamhet är en av de huvudsakliga förklaringarna till att äldre blir deprimerade. Den andra orsaken kan bero störningar i hjärnans funktioner som kan uppkomma på grund av sjukdomar som Parkinsons (Wasserman, 2000).

3. Teoretiskt perspektiv

3.1 Inledning

En teori väljs för att hjälpa forskaren att förstå, förklara, förutsäga och se samband (Kvale, 1997). För att kunna analysera materialet kommer kristeori att användas. Vid analysen kommer relevanta begrepp ur teorin att användas såsom faktorer, stöd och terapeutisk hållning.

3:2 Kristeori

Kris innebär en plötslig förändring, avgörande vändning eller ödesdiger rubbning. Begreppet beskriver ett psykologiskt reaktionsmönster inför akuta yttre och inre besvär men begreppet används även inom ekonomin, i betydelsen ekonomisk kris, samt inom det medicinska språket vid en avgörande vändpunkt i ett sjukdomsförlopp (Cullberg, 2006).

När en persons erfarenheter och inlärdade reaktionssätt inte är tillräckliga för att förstå och hantera den livssituation personen råkat hamna i befinner sig denne i ett så kallat psykiskt kristillstånd. Det finns fyra olika aspekter som preciserar den psykologiska krissituationen. För det första är det i en sådan kris viktigt att ta reda på vilken situation som var utlösande, det kan vara en yttre påfrestning i form av att bland annat förlora en nära anhörig, att drabbas av en sjukdom eller plöslig invaliditet och att tas in på sjukhus eller annan institution vilka utgör ett hot mot personens identitet, trygghet och fysiska existens. När sådana händelser utlöser en kris brukar de kallas för traumatiska kriser. Dessa kriser har fyra naturliga faser (Cullberg, 2006):

1. Chockfas
2. Reaktionsfas
3. Bearbetningsfas
4. Nyorienteringen

Chockfasen varar under en kort tid, alltifrån ett ögonblick till några dagar. I denna fas kan personen inte ta in vad som har hänt och håller verkligheten ifrån sig. När den drabbade börjar kunna ta in verkligheten går personen istället in i den så kallade reaktionsfasen. I denna fas försöker den drabbade att integrera verkligheten vilket innebär att försvarsmekanismer mobiliseras såsom regression, förnekelse med mera. Chock- och reaktionsfasen utgör tillsammans vad som kallas den akuta krisen och en sådan kris pågår mellan fyra till sex veckor. Efter denna tid lämnas den akuta krisen och personer går då in i bearbetningsfasen. I denna fas är personen inte längre helt upptagen av traumat utan börjar kunna se en framtid. Under den sista fasen som kallas nyorienteringen, som inte på något sätt är en avslutning, lever personen vidare med sitt liv men med traumat kvar, likt ett ärr (Cullberg, 2006).

Förutom traumatiska kriser genomgår människor även utvecklingskriser eller livskriser vilka kan utlösas av händelser som är en del av det normala livet men som ändå kan vara väldigt påfrestande. Händelser som kan utlösa en sådan kris kan bland annat vara att pensioneras. Den andra aspekten som preciserar den psykologiska krissituationen är att ta reda på vilken betydelse händelsen har för den som drabbas, för att på så vis hitta en förståelse till varför en person reagerar starkt på en händelse som möjligtvis berör andra relativt lite. Den tredje aspekten som är viktig att ha kunskap kring är vilken livsperiod som personen befinner sig i. Vuxna, precis som barn, går igenom olika kritiska utvecklingsperioder där personerna möter

olika problem. I dessa kritiska utvecklingsperioder kan en utvecklings- eller livskris utlösas. Enligt Cullberg (2006) är en av vuxnas kritiska utvecklingsperioder ålderdomen och den börjar i samband med pensioneringen, alltså vid 65 års ålder. Pensioneringen kan för en del innebära en möjlighet att varva ner medan andra upplever det som om en väldigt viktig del i livet försvinner. Pensioneringen kan också innebära att kommunikationen med partnern är svår att återuppta då en del haft en mycket begränsad kommunikation på grund av faktorer som att arbetet tagit en stor del av tiden. Pension kan även innebära en chock då personen inte längre känner sig behövd. Ibland är personer beroende av sitt arbete för att upprätthålla självkänslan och således den psykiska hälsan. Därmed kan långvariga psykiska störningar och fysiska krämpor ses i dessa åldrar ihop med en stor frekvens av relativt svåra depressioner. De är dessutom psykiskt skörare vid påfrestningar som exempelvis en infektionssjukdom. Äldre människor har även lättare att sätta självmordstankar till verket jämfört med yngre människor vilket kan bero på att många gamla känner sig som om de är till besvär. Äldre som bor på äldreboende har ofta känslan av att deras barn inte hinner med dem. Förutom det naturliga åldrandet drabbas vissa av en demenssjukdom och ofta upptäcks den inte förrän den gått relativt långt. För ett äldre par kan detta innebära att den friska partnern måste lämna ifrån sig den sjuke till ett äldreboende vilket ofta kan kännas som ett stort svek (Cullberg, 2006).

Den sista aspekten som preciserar den psykologiska krissituationen och som därmed har väldigt stor betydelse är personens sociala förutsättningar. Genom att ha en väl fungerande familj runt sig kan personen få stöd, något som är av stor vikt då en kris på många sätt kan ses som en existentiell utmaning där känslor som självförkastelse, övergivenhet, meningslöshet och kaos kan prägla personens vardag. Dessa känslor kan komma till uttryck på olika sätt och ha olika innebörder. Övergivenhetskänslor bottnar ofta i upplevelser av att inte vara sedd eller en del av ett sammanhang, en känsla av att inte kunna dela minnen, kulturupplevelser eller idéer med andra. Självförkastelse grundas ofta på känslor av misslyckande och kommer till uttryck via skuld-känslor, självbestraffning och destruktivitet, medan meningslöshet och kaos kan sägas beskriva ett tillstånd då tillvaron faller samman och ångesten tar överhanden (Cullberg, 2006).

3.2.1 Krisstöd

I chockfasen är det viktigt med ett gott allmänt omhändertagande och att inte lämna personen ensam om chocken är för allt för stark. I denna fas kan personen också behöva trygghet i form av kroppskontakt då personen på detta sätt får möjlighet att regrediera. Under reaktionsfasen är det viktigast för den drabbade att få prata om vad som hänt då upplevelserna kan få en konkretare innebörd genom att man får verbalisera sina känslor för en annan person. Bion, en engelsk psykoanalytiker, myntade begreppet "containing function" vilket innebär att behandlaren tar emot och lyssnar till människor i kris, behandlaren bör dela känslan men dock inte överta smärtan. I denna fas kan även behandlaren, utifrån sina erfarenheter, förbereda den drabbade hur det vidare förloppet kommer se ut och sätta in symtom, som exempelvis självmordstankar, i sitt sammanhang så att de förlorar något av sin skrämmande innebörd. Saklig information är något som kan behöva upprepas flera gånger för den drabbade, helst i de fall det handlar om medicinska sammanhang. Denna information bör vara adekvat och riktig vilket innebär att behandlaren genom aktivt lyssnande bör försöka ta reda på den drabbades egna frågor och farhågor på den drabbades språk (Cullberg, 2006).

Målsättningen i att stödja människor i kris är att stötta upp personens egna läkningsresurser så att krisen får utvecklas som den ska, alltså i de fyra olika stadierna. I mötet med människor i kris bör målet inte vara att försöka ge tillbaka det personen har förlorat eller på något sätt

förneka den plågsamma verkligheten. Istället är det viktigt att hjälpa den drabbade i ett möta verkligheten. Genom att den drabbade får stöd i att ge uttryck för sina känslor kan personens symtom upplevas som mer naturliga. I mötet med människor i kris är det viktigt att uttrycka att krisen kommer gå över och på så sätt visa en hoppfull attityd. Behandlaren bör vara ett stöd för den drabbade för att underlätta för denne kan vara uthållig i sin krisperiod och avstå från ogenomtänkta eller självdestruktiva handlingar såsom suicidtendenser med mera. Detta gör behandlaren genom att inte kastas med i den krisdrabbades alla känslolägen och således vara en stabiliserande faktor. Behandlaren kan även kontakta läkare för att få psykofarmaka utskrivet då det inte är bra för någon att gråta hela dagarna eller att inte kunna sova på nätterna. Annars är det dock ett hälsotecken att en människa gråter och inget som bör påverka hur behandlaren pratar med den drabbade. Behandlaren bör också få ihop ett nätverk kring den drabbade i form av familjen, vänner och andra anhöriga. Ibland kan även familjemedlemmarna dras in i bearbetningen då de kan ha en gemensam problematik. För en behandlare skall kunna nå dessa målsättningar så krävs det att personen antar en terapeutisk hållning (Cullberg, 2006).

En terapeutisk hållning förutsätter en strävan efter kunskap om den drabbades situation och behov, ens egna upplevelser och reaktioner man som behandlare har inför personen man möter och hur den gemensamma kommunikationen ser ut. Egenskaper som är bra för att närma sig dessa förutsättningar är kunskaper i psykologi och sociala förhållanden. Det är även viktigt att ha förståelse för personens inre känslor och upplevelser vilket innebär att ha empati. Dock behöver inte det betyda sympatisera eller uttrycka medlidande då detta kan hindra behandlaren från att se den andres situation fri från sin egen. En egenskap som är sammankopplad med den empatiska förmågan är självkänedom. Självkänedom är viktigt för att kunna utveckla en god terapeutisk hållning. Terapeutisk hållning vill många tro att de har, den kan dock många gånger saknas i krissituationer. Behandlaren tycks inte vara medveten om sina försök att fly från det aktiva lyssnandet och uppföljningen. En undersökning har visat att läkare i samband med krissituationer känner sig otillräckliga och att de inte vill riva upp något eller tränga sig på. Yngre personal uttryckte en rädsla av att medlidandet skulle överväldiga dem och innebära att de inte skulle kunna hålla tillbaka tårarna. Otillfredsställande terapeutisk hållning verkar alltså inte bero på att behandlarna har för lite medkänsla utan hellre för mycket (Cullberg, 2006).

Sammanfattningsvis kommer det i denna studie att läggas särskild stor vikt läggas vid begreppen faktorer, stöd och terapeutisk hållning. Med faktorer menas de faktorer som utlöser en kris eller de faktorer som utgör en risk för att en kris skall utvecklas. Begreppet stöd kommer i studien innefatta det praktiska, känslomässiga och kommunikativa stöd omsorgspersonalen ger den äldre men samtidigt det stöd personalen i sin tur får för att klara av att hantera problematiken. Studien kommer även fokusera på omsorgspersonalens terapeutiska hållning vilket kommer innefatta vilka teoretiska kunskaper, praktiska erfarenheter och personliga egenskaper.

4. Metodkapitel

4.1 Metodval

Enligt Widerberg (2002) bör författarna vid en studie noggrant överväga vilken metod som passar bäst för att besvara de aktuella frågeställningarna. Larsson (2005) menar att den kvalitativa metoden försöker nå individernas egna upplevelser genom personens egna uttryck, ord och meningsbeskrivande. Vidare beskriver han att forskaren försöker förstå den undersöktes inre upplevelser utifrån dennes perspektiv. Utifrån centrala teman kan forskaren sedan analysera hur dessa kan tänkas hänga samman i ett helhetsperspektiv. Kvalitativa metoder omfattar tre typer av datainsamling i form av öppna intervjuer där intervjupersonen själv får beskriva sina tankar, känslor och kunskaper. Den andra varianten är så kallade direkta observationer som består av iakttagelser av beteenden, handlingar och interaktioner. Den tredje typen är dokumentanalyser och består av citat från bland annat officiella rapporter och andra former av publicerade skrifter (Larsson, 2005). Då denna studie fokuserar på omsorgspersonalens egna upplevelser av mötet med suicidala äldre, vilket stöd de själva får samt vad som skulle behöva utvecklas ansågs det vara relevant att använda en kvalitativ metodstrategi i form av intervjuer då intervjupersonerna själva får möjlighet att beskriva sin livsvärld (Larsson, 2005).

En vanlig metod för kvalitativa studier är intervjuer och syftet med dessa är att kunna använda sig av det direkta mötet mellan intervjuperson och forskare och det unika samtal som uppstår dem emellan (Widerberg, 2002). Forskaren får genom intervjuer god referens till svaren genom den personliga kontakten med informanten (Svenning, 1997). Intervjuer används således då forskare vill ta reda på åsikter, tyckanden och uppfattningar hos någon (Ejvegård, 2003). Intervjuer används även för att få kvalitativa beskrivningar av informanterna i avsikt att tolka deras mening, detta för att kunna exemplifiera snarare än för att generalisera (Kvale, 1997).

4.2 Intervjun som metod

Den intervjuform som användes i studien är halvstrukturerade intervjuer. Denna intervju variant innebär att forskaren redan innan intervjutillfället har förutbestämda frågor i intervjuguiden som rör för studien önskade områden. Genom att använda denna form av intervju får intervjuaren möjligheten att ändra ordningsföljden på frågorna men även ändra på frågornas form under intervjun för att utveckla informanternas berättelser och svar, om forskaren önskar göra denna förändring. Denna halvstrukturerade intervju är speciellt fördelaktig då forskaren vill behandla ett visst antal teman men samtidigt vara mån om intervjupersonens möjlighet att tala öppet och fritt (Kvale, 1997). Denna intervjuform ansågs därför vara den bästa metoden då informanternas egna berättelser och syn på de frågor är det som skall belysas. Sammanlagt kommer studien att baseras på sju ostrukturerade intervjuer med utbildad omsorgspersonal som arbetar med gruppen äldre i ett antal olika kommuner i västra Sverige.

4.3 Tillvägagångssätt

4.3.1 Litteratursökning

För att hitta relevant tidigare forskning kring det valda området och för att därmed kartlägga kunskapsläget har det bland annat gjorts sökningar via databaser och söktjänster på internet. Sökningarna har gjorts i databaserna "Social Services Abstracts" och "PsycINFO". Sökningar har även gjorts på GUNDA och på LIBRIS där de framkommit relevant forskning inom ämnet såsom Waerns studie *Suicide in late life* (2000). I databaserna har sökorden äldre, självmord, bemötande och stöd använts. Dessa har sedan kombinerats med varandra i olika konstellationer för att begränsa sökningarna.

En anledning till att intresset väcktes kring det område som studien fokuserar på var att det fanns begränsad forskning kring just suicid bland äldre och förhoppningen var därför att studien således skulle tillföra något nytt. Detta faktum har även inneburit att det varit svårt att hitta avhandlingar och litteratur att relatera studien till. Dock har vi fått stor hjälp från bibliotekarier vid Lerums bibliotek för att söka fram relevant litteratur.

4.3.2 Urval

När urvalet för studien diskuterades, bestämdes det tidigt att kravet på informanterna var att de på något sätt skulle ha arbetat nära äldre som antingen tagit sitt liv, försökt ta sitt liv eller som uttryckt suicidala tankar och känslor, detta för att studiens frågeställningar skulle kunna besvaras på bästa sätt. Urvalet kan ske på flera olika sätt och det finns inga speciella regler kring detta vid kvalitativa undersökningar (Svenning, 1997). Det finns dock flera vanliga urvalsmetoder vid kvalitativ forskning, där några av dessa är extrema urval, typiska fall, maximerat urval samt snöbollsurval. I denna studie har snöbollsurval använts, vilket kan beskrivas som ett förlopp där informanter och nyckelpersoner leder vidare till nya informanter, nyckelpersoner och så vidare (Kvale, 1997). Tillvägagångssättet var följande, enhetschefer för olika äldreboenden kontaktades som i sin tur förmedlade vidare kontakt antingen till personal, kolleger eller till externa personer med kunskap i ämnet. Detta ledde till att vi fick informanter från olika städer och med olika yrkesbakgrunder, något som ansågs vara positivt då det kan tänkas ha gett en bredare syn på ämnet.

4.3.3 Konstruktion av intervjuguide

Widerberg (2002) menar att intervjuguiden är en hjälprea i intervjusituationen. I guiden uppges de olika ämnen undersökningen skall belysa samt i vilken ordning ämnena ska tas upp (Kvale, 1997). Arbetet med intervjuguiden har skett med ett deduktivt angreppssätt (Bilaga 2) vilket innebär att man utgår från en eller flera teorier som får styra frågorna (Larsson, 2005). Då Cullbergs kristeori valts gick vi därmed igenom teorin för att hitta frågor som i slutändan kunde ge svar på studiens tre övergripande frågeställningar. Tre teman valdes ur teorin som frågor senare utvecklades ifrån. Dessa teman var: faktorer, stöd och terapeutisk hållning. I dessa låg fokus på att få svar på studiens första och andra frågeställning. Förutom dessa teman kompletterades guiden med bakgrundsfrågor för att längre fram få möjligheten att analysera om bakgrundsfaktorerna hade någon betydelse för hur personerna svarade. En annan grund till att intervjuguiden startades med bakgrundsfrågor var att en intervjusituation bör starta med frågor kring allmänna och ofarliga saker som intervjuaren senare kan fråga mer detaljerat om. Detta brukar man kalla "trattprincipen" i intervjusammanhang (Carlsson, 1991). Guiden

kompletterades även med temat framtiden för att få svar på studiens tredje och sista frågeställning.

Intervjufrågor skissades upp och materialet gick igenom flera gånger med syftet att ändra och bygga ut frågor för att säkerställa att frågorna skulle bidra till att studiens frågeställningar blev besvarade. Genom en pilotintervju försäkrade vi oss om att frågorna var tydliga och att språket var lättförståeligt. Pilotintervjuer bidrar även till att intervjuaren lättare skapar ett tryggt samspel inför de egentliga intervjuerna (Kvale, 1997). För att ytterligare försäkra sig om att intervjuguiden tydligt utgick från Cullbergs kristeori skickades studiens frågeställningar och intervjuguide till en lärare på Göteborgs Universitet som är särskilt inläst på Cullbergs kristeori.

4.3.4 Datainsamling

När kontakten med informanterna hade upprättats och intervjutillfällena bokats in skickades ett informationsbrev ut (Bilaga 1) för att förtydliga syftet med studien samt tydligt förklara hur materialet skulle samlas in, hur det skulle hanteras samt informera om hur studien kommer följa de forskningsetiska principerna. Datainsamlingen skedde sedan i form av kvalitativa intervjuer med sammanlagt sju personer som stött på suicidala äldre i sitt yrkesliv. Grunden till användandet av kvalitativa intervjuer är att forskaren ges möjlighet att undersöka personalens upplevelser och åsikter samt på ett djupare plan få kunskap om deras livsvärld (Kvale 1997) Intervjuerna genomfördes enskilt med varje intervjudeltagare och de fick alla själva välja vart intervjun skulle äga rum. En av intervjuerna gjordes dock över telefon då informanten fick förhinder vid det intervjutillfälle som bokats in, de resterande sex intervjuerna hölls på informanternas arbetsplats då detta var deras önskan. Under intervjuerna har det varit en intervjuare och en informant vilket Trost (1997) menar kan vara en fördel då informanten i en intervjusituation med två intervjuare annars kan känna sig i underläge vilket är något som vi ville undvika. Bandspelare användes vid alla intervjuer förutom den som gjorde över telefon och vid ett annat intervjutillfälle då tekniska problem uppstod. Användandet av bandspelare är det vanligast sättet att registrera intervjuer och forskaren får genom användandet möjlighet att koncentrera sig på intervjun (Kvale, 1997). Vid telefonintervjun valdes att istället sammanfattade informantens svar och sedan fråga om de hade uppfattats på rätt sätt för att på så vis undvika missförstånd.

4.3.5 Utskrift av intervjuer

Efter att intervjuerna genomförts har materialet transkriberats utifrån bandinspelningar och anteckningar. Kvale (1997) menar att en sådan strukturering av materialet ger en bra överblick av materialet och även en början av den framtida analysen. Utskrifterna började med genomlyssningar av materialet för att på så sätt få en allmän överblick över det sagda ordet. På så sätt skapades även en förtrogenhet med materialet. Larsson (2005) pekar på att vikten av att forskaren förstått intervjupersonens mening och för att garantera att inget missförstånd har skett har intervjuerna lyssnats igenom flera gånger och speciellt de citat som återfinns i studiens resultatdel. Vid den första transkriberingen skrevs materialet ner ordagrant, senare har det gjorts språkliga redigeringar med syftet att skapa sammanhang för läsaren. Kvale (1997) framhåller att syftet med studien bör styra hur mycket av intervjuerna som skrivs ut. Pauser, skratt och annat sidoprat har avlägsnats då det inte ansetts vara relevant för studiens syfte. Ibland har även faktorer såsom ordföljd ändrats till förmån för läsaren. Avsikten har således varit att göra texten läsbar men samtidigt bevara informanternas genuina

uttryck och meningar. I utskrifterna valdes att skriva informanternas svar i skriftspråk istället för talspråk för att underlätta för läsaren.

4.3.6 Metodproblem

Ett problem som uppstod under en av intervjuerna var tekniska problem med bandinspelningen. Detta avhjälpes med noggranna skriftliga anteckningar kring relevant information för studien. Vi är dock medvetna om att vissa särskilda uttryck och utläggningar kan ha uteblivit, men dessa har således ansetts vara av ovidkommande art för studien. För att säkerställa validiteten i materialet i största möjliga utsträckning skickades den transkriberade texten till informanten för godkännande. Detta var således vårt sätt att handskas med just denna problematik.

På grund av de halvstrukturerade intervjuerna har vi vid intervjutillfällena intagit ett öppet förhållningssätt och således låtit informanterna tala fritt vid behov. Detta har dock stundtals lett till att informanterna talat allmänt kring suicidala äldre och inte alltid svarat på frågorna i kontinuerlig ordningsföljd. Under transkriberingen har informationen därför placerats in under rättmätig kategori för att strukturera och kategorisera materialet på bästa sätt. Under transkriberingen insåg vi även att informanterna uppfattat frågan som behandlade vilket praktiskt stöd den äldre får, på skilda sätt. För att visa på variationen i deras svar har tre olika citat redovisats i resultatdelen.

4.3.7 Analys och tolkning

Det finns inte några enkla och tydliga metoder för hur en kvalitativ analys skall genomföras och det är därför en utmaning att utifrån omfattande kvalitativ data skapa en tydlig och begriplig resultatbild. Därför är det viktigt att hitta en strategi för att kategorisera informationen och urskilja mönster och andra viktiga kopplingar (Larsson, 2005). Vi har därför valt att använda sig av meningskategorisering som analysstrategi där svaren från informanterna kategoriseras in i olika kategorier för att därigenom minska informationsmaterialet och göra det överskådligt för läsaren (Larsson, 2005). Analysen kommer att utgå från de teman som använts i intervjuguiden. Svaren kategoriseras sedan utifrån vad som ansetts vara relevanta kategorier. Exempelvis kommer svaren som getts på sista frågan i intervjuguiden kategoriseras in i kategorierna personalstöd och äldrestöd då dessa två inriktningar har kunnats ses i informanternas svar. Resultaten kommer sedan att analyseras med hjälp av kristeorin. Analysen kommer även innefatta en jämförelse av den tidigare forskning som belyses i tidigare kapitel.

4.4 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet

Reliabilitet

I forskningssammanhang är det viktigt att beakta studiens reliabilitet. Reliabiliteten bygger på datamaterialets pålitlighet och den anses vara hög först när en forskare får fram identiska data genom att undersöka samma fenomen med samma metod men vid olika tillfällen. Reliabiliteten bygger egentligen på hur kvantitativa studier genomförs genom mätning vilket skiljer sig från den insamling som genomförs av kvalitativa data. Dock bör reliabiliteten även tas upp i dessa undersökningar (Grönmo, 2006). En mer allmän definition av reliabilitet är att mätinstrumentet inte ska ge några slumpmässiga fel (Wallén, 1996). För att undvika

slumpmässiga fel har insamlandet och den bearbetningen som är gjord av materialet beskrivits på ett korrekt sätt. Denna beskrivning har skett genom att faktorer såsom förförståelse, datainsamlingen och metod har redovisats för att försäkra att det inte uppkommit några slumpmässiga fel. I denna studie har även intervjuerna avlyssnats ett flertal gånger för att kontrollera att de uppfattats rätt och således för att säkerställa att det talade och skrivna ordet överensstämmer och att det inte uppkommit några slumpmässiga fel. Det har även funderats över hur risken för fel i intervjuguiden kunnat minimeras. Efter gemensamma reflektioner valdes det att göra en pilotintervju för att se att frågorna uppfattades som det var tänkt och för att försäkra oss om att frågorna inte var otydligt formulerade.

Validitet

Validitet innebär i ett vidare perspektiv att metoden undersöker vad den är avsedd att undersöka och att inget oväsentligt påverkar resultatet. En allmän definition av validitet är att det inte ska förekomma några systematiska fel vilket kan tillgodoses genom att forskarna bland annat definierar det som skall undersökas och att det gjorts en avgränsning. Samtidigt bör det finnas ett samband mellan teorin och det forskaren tänkt undersöka (Wallén, 1996). Vi har därför avgränsat området som studien skall fokusera på till enbart personalens upplevelser. Dessutom har vi även sett till att det finns ett samband mellan teorin och det som undersökts genom att vid konstruktionen av intervjuguiden utgå från teorin. För att validera studien och säkerställa att metoden undersöker det den är avsedd att undersöka skickades den färdigställda intervjuguiden till en lärare på Göteborgs Universitet som är mycket inläst på Cullbergs kristeori (2006) och som därmed kunde avgöra om frågeställningarna skulle undersöka det vi ville undersöka. Då läraren ansåg att frågorna var bra hade validiteten således säkerställts. I resultatdelen har det dessutom redovisats flera av informanternas svar i form av citat, vilket ger läsarna en möjlighet att själva validera materialet då de kan följa med i vad som sagts för att på så sätt kunna bilda sin egen uppfattning om studien undersökt det som skulle undersökas. Att redovisa resultatet så detaljrikt som möjligt har således varit vårt sätt att göra materialet så trovärdigt och giltigt som möjligt.

Generaliserbarhet

I kvalitativ forskning är möjligheten att generalisera resultaten begränsad eller ibland inte möjlig då denna typ av forskning arbetar med små urval (Larsson, 2005). Generalisering är inte heller något som vi strävat efter utan syftet har varit att exemplifiera då studien enbart behandlar sju kvalitativa intervjuer. Dock kan vi inte se något som tyder på att resultaten hade blivit annorlunda ifall intervjuerna hade skett av liknande personal i en annan del av landet. Därmed ser vi resultaten som exemplifieringar för de yrkesgrupper som studien fokuserat på, utan att generalisera då detta är omöjligt efter ett sådant litet urval.

4:5 Etiska aspekter

I en forskningsprocess är det viktigt att beakta den etiska aspekten. Forskare skall således alltid ta hänsyn till de forskningsetiska principer som vetenskapsrådet fastställt vilka är: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Kvale, 1997).

Informationskravet innebär att forskaren skall informera de av forskningen berörda, angående faktorer såsom studiens syfte, informanternas uppgift i projektet samt villkor för deltagandet (Vetenskapsrådet, 2002). Med hänsyn till detta krav informerades varje deltagare i ett

informationsbrev (Bilaga 1) som skickades ut innan intervjuerna där det meddelades att Vetenskapsrådets forskningsetiska principer kommer att följas i studien. I brevet informerades informanterna vidare om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst hade rätten att avbryta sin medverkan utan att behöva motivera varför. I brevet angavs även studiens syfte samt undersökningens upplägg där det bland annat tidsaspekten för intervjuerna angavs.

Deltagarnas rätt att själva bestämma över sin medverkan behandlas i samtyckeskravet och att forskare således skall inhämta informanternas samtycke. Samtycket kan inhämtas skriftligt eller muntligt och i denna studie inhämtades det muntligt vid första kontakttillfället. I samtyckeskravet påpekas vidare att det inte bör finnas något beroendeförhållande mellan forskare och informant (Vetenskapsrådet, 2002). Då en av oss har gjort sin praktik inom äldreomsorgen diskuterades det huruvida den personal som lärts känna skulle kunna användas som informanter eller inte. Beslutet togs att inte intervjua personal från just det äldreboendet eller annan omsorgspersonal som lärts känna under praktiken med motiveringen att undanröja eventuella bekymmer med att intervjua människor man känner.

Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter om alla i en undersökning ska ges största möjliga konfidentialitet och att personuppgifterna skall förvaras så att inga utomstående inte kan ta del av dem (Vetenskapsrådet, 2002). För att säkerställa konfidentialiteten hos informanterna användes fiktiva namn, födelseår skrevs inte ut och yrkesorten hölls hemlig. Detta var således några sätt att uppnå konfidentialitetskravet. Att uppfylla en absolut anonymitet mellan informanterna var dock svårt då informanterna i flera fall arbetade tillsammans och således hade vetskap om varandras medverkan. Deltagarna upplystes om situationen men ingen uttryckte att de upplevde detta som något problem. Enligt Vetenskapsrådet (2002) får uppgifterna inte heller användas för kommersiellt bruk eller för andra syften än för forskning vilket är en del i nyttjandekravet. Detta ses som en självklarhet för författarna och uppgifterna kommer därmed enbart att användas i forskningsändamål.

Utöver dessa forskningsetiska principer har Vetenskapsrådet även sammanställt en del rekommendationer. En av dessa rekommendationer är att informanter bör få ta del av studien när den slutförts (Vetenskapsrådet, 2002). Informanterna har således blivit erbjudna att få en kopia av studien och därmed studiens resultat. Dessa kommer att skickas via mail eller post så fort studien är klar.

5 Resultat och analys av intervjuundersökning

5.1 Inledning

Studien omfattar intervjuer med sammanlagt sju personer som på något sätt har mött suicidala äldre i sitt yrkesliv. För att beskriva resultatet och analysen utgår denna del ifrån intervjuguidens fyra begrepp: faktorer, stöd, terapeutisk hållning och framtiden. I analysen kommer vi att gå in och titta på alla frågor för att inte missa något väsentligt. Analysen kommer att inledas med kort bakgrundsinformation kring informanterna som baseras på de första sex frågorna från intervjuguiden. Bakgrundsinformationen är tänkt att underlätta för läsarna då det används fiktiva namn som getts informanterna i denna del av studien. Fiktiva namn används då det anses ge liv åt analysen samt för att ge läsaren möjlighet att själv se samband mellan informanternas olika svar och den bakgrund de har i form av utbildning och erfarenheter. I analysen kommer kategoriseringar att användas för att strukturera upp informanternas svar, detta för att det ska bli så tydligt som möjligt för läsaren att följa med i vad som sagts och vilka övergripande svar som lämnats. Det kommer inte att läggas några som helst värderingar i de olika kategoriseringarna, trots det faktum att vissa ord kan förknippas med mer eller mindre positiva eller negativa egenskaper.

5.2 Bakgrund

Karl är utbildad psykiatrisjuksköterska med ett flertal vidareutbildningar bakom sig. Han kommer ifrån en mindre ort i västra Sverige och arbetar med äldrepsykiatriska frågor på en enhet där han har en samordnande roll. Karl har lång erfarenhet av att jobba inom vården men började arbeta med äldre renodlat för 5 år sedan. I sitt arbete har han en del patientkontakter i form av bland annat hembesök men han samverkar även med organisationer utåt och undervisar. I frågan om hur många suicidala äldre Karl har mött i sitt arbete svarar han:

”Många 100 förstår du, på grund av att jag jobbat i så många år, 30 år, så har det ju alltid under varje arbetspass funnits någon, äldre men också yngre för den delen. Så jag har mött många människor som umgåtts med tankarna på att avsluta sitt liv och även mött många som också försökt att göra det på olika sätt, så det är vanligare än vad man tror.”

Marie är grundutbildad sjuksköterska. Hon är en utav sjuksköterskorna som arbetar med äldrepsykiatriska frågor på en enhet i en mindre ort i västra Sverige. Marie blev klar med utbildningen till sjuksköterska i början av 90-talet men har arbetat renodlat med äldre en kortare tid. Hon utför vad hon kallar kvalificerat omvårdnadsarbete där hon jobbar med sig själv i mötet med personer med psykisk ohälsa. Hon utgör en resurs för patienten i form av en person som de kan kontakta, samtidigt samverkar hon med andra aktörer. Marie har under sitt arbete på enheten mött en person som starkt uttryckt att han ville ta sitt liv, men hon har även mött många som varit deprimerade och som saknat livslust.

Anna är utbildad psykiatrisjuksköterska och arbetar med äldrepsykiatriska frågor på en särskild enhet i västra Sverige. Anna har arbetat med äldre i över 40 år och hennes arbetsuppgifter är nu att bland annat följa upp den medicinska behandlingen och göra bedömningar om personer är suicidala, genom hembesök och annat. Anna har i sitt arbete mött många suicidala äldre men aldrig förlorat en äldre patient genom självmord.

Berit är utbildad psykiatrisjuksköterska med flera vidareutbildningar bakom sig. Hon arbetar som en av sjuksköterskorna på en särskild enhet för äldrepsykiatriska frågor i en mindre stad i

västra Sverige. Berit har arbetat inom psykiatri i 30 år men har arbetat i 2,5 år med inriktningen på äldre. I sitt arbete har hon nu individuella patientkontakter, medverkar på vårdplaneringar, samordnar nätverksarbete kring patienten med anhöriga, kommunen, somatisk sjukvård med flera. Hon anser dock att arbetets tyngdpunkt ligger i behandlingsarbetet av patienten och vårdrelationen. Under åren har hon mött mellan 50-75 personer som haft självmordstankar, hon menar att alla kanske inte varit suicidala men att de ändå haft dessa tankegångar. Hon menar att det är relativt vanligt och att de flesta hon möter i sitt nuvarande arbete har sådana tankar.

Eva är utbildad sjuksköterska och arbetar på ett äldreboende i en stad i västra Sverige. Eva har arbetat med äldre specifikt sedan år 2001 men har lång erfarenhet av sitt tidigare arbete på bland annat olika sjukhus. Eva arbetar med sjukvård och omsorg och ser sig själv som en spindel i nätet då hon arbetar mot både patienten, anhöriga och läkaren. I sitt arbete har Eva mött en äldre person som varit suicidal.

Sara är utbildad undersköterska och arbetar inom äldreomsorgen i västra Sverige där hon är samordnare. Sara har arbetat med äldre i mer än 30 år. Hon deltar i vårdarbetet, går ronder och är med på vårdplaneringar. Hon har även hand om de patienter som skall återvända hem efter rehabilitering, exempelvis är det hon som ordnar med transporten och som har kontakt med hemtjänsten för att se till att någon möter upp den äldre när denne kommer hem. Genom sitt arbete har hon mött fem äldre personer som varit suicidala.

Karin är utbildad undersköterska men har även läst lite småutbildningar. Hon arbetar på ett äldreboende i en större stad i västra Sverige. Karin har arbetat med gruppen äldre i ca 30 år och hon arbetar med allt som har med omvårdnaden att göra. Under årens lopp har hon mött flera suicidala äldre men hon menar att det inte är många som säger det rakt ut.

Sammanfattningsvis kan det sägas att yrkesbakgrunden är densamma för flera av våra informanter då fem av dem är grundutbildade sjuksköterskor varav tre av dessa är vidareutbildade psykiatrisjuksköterskor med stor kunskap och inblick i psykisk problematik. De resterande två informanterna är undersköterskor, båda med stor erfarenhet av arbetet med äldre. Samtliga informanter har således stor erfarenhet av vårdarbete och alla har i olika utsträckning arbetat med suicidala äldre.

5.3 Faktorer

5.3.1 Riskfaktorer och utlösande händelser

Cullberg menar att det är viktigt att ta reda på vilka händelser som utlöser ett psykiskt kristillstånd (Cullberg, 2006). När det kom till utlösande faktorer och de riskfaktorer som informanterna kunde se i utvecklandet av suicidal problematik pekade alla på olika former av förluster i den äldres liv och det upptäcktes snabbt att det handlade om tre typer av förluster i form av vad som valts att kategorisera som kroppsliga, psykologiska och sociala förluster. Enligt Cullberg (2006) är det många händelser som kan utlösa kriser men han lyfter speciellt upp yttre påfrestningar i form av förluster vilket även informanterna varit inne på gällande vad som antas utlösa kriser och svåra livssituationer. Således kan det antas att äldre personer som inte kan hantera de förluster som drabbar dem går in i ett psykiskt kristillstånd och därmed en traumatisk kris då Cullberg menar att just dessa händelser brukar utlösa den typen av kriser (Cullberg, 2006).

Kroppslig förlust

Denna kategori innefattar den typ av förlust som uppstår när äldre personer drabbas av en kroppslig sjukdom och de på så vis förlorar sin egen förmåga till att ta hand om sig själv och andra. Informanterna Karl, Marie, Berit, Sara och Karin svarade alla att kroppslig sjukdom och förlust av den egna förmågan kunde vara en utlösande händelse eller i alla fall en riskfaktor i utvecklandet av suicidal problematik. Detta är något som även Cullberg tar upp gällande olika förluster som kan leda till en kris och förutom det informanterna svarade pekade han även på organförluster som en faktor (Cullberg, 2006). I några av informanternas svar diskuterades cancer, stroke och demens som olika typer av kroppsliga förluster där Sara svarade följande:

”Jag tror ju att det är såhär att antingen drabbas man av en kris eller en svår sjukdom, som typ cancer. Jag kanske inte har något belägg för det här men jag säger ju bara vad jag tror och jag tror att en annan utlösande faktor är att man börjar bli dement. Många har alltså jättesvårt för detta och svårt att hantera att man helt plötsligt inte får ihop A och B.”

Genom att jämföra med tidigare forskning på området kan ses att informanternas svar angående att kroppsliga förluster är en riskfaktor till suicid, stämmer till viss del in på den tidigare forskning som är gjord av Waern. I studien, *Suicid in late life*, kom hon fram till att kroppslig sjukdom enbart utgjorde en riskfaktor bland män, hon kunde dock inte visa att det utgjorde en riskfaktor bland kvinnor (Waern, 2000). Wiktorssons preliminära resultat visar dock att främsta anledningen till suicidförsök var just kroppslig sjukdom (Wiktorsson, 2005). Saras teori om att demens kan vara en utlösande faktor stämmer även enligt Danuta Wasserman, som hävdar att depression ibland förekommer hos patienter med demens. Detta visar sig genom att deprimerade äldre med en demensproblematik kan bli mycket lätttrödda, ha lätt till tårar och nattlig ångest med sömnsvårigheter som följd (Wasserman, 2000).

Social förlust

Enligt Cullberg kan förlusterna även handla om förlust av anhöriga och autonomiförlust i form av intagning på sjukhus eller institution, vilket för många kan upplevas som mycket smärtsamt. Sociala misslyckanden och skamsituationer av olika slag är ytterligare något som Cullberg skriver om, där tidigare självmordsförsök eller andra desperata handlingar ofta medför starka skamkänslor hos den drabbade (Cullberg, 2006). I Wiktorssons (2005) pågående studie kring suicidala äldre är känslor av skuld och skam och behovet att tala om detta också något som förts fram av studiens deltagare. Eva var den enda som pekade på att äldre som riskerar att utveckla suicidal problematik ofta haft den problematiken innan och att de således även har gjort tidigare självmordsförsök. Förlusten av anhöriga var däremot något som kunde hittas i Karl, Marie, Anna, Berit, Sara och Karins svar. Även ensamhet togs upp av som en utlösande händelse vilket enligt informanterna bland annat kunde grunda sig i en förlust av en anhörig eller också att man tvingas flytta från sina anhöriga till ett boende. Cullberg (2006) menar att en sådan flytt kan utgöra ett hot mot personens identitet, trygghet och fysiska existens. Många gamla känner sig dessutom som om de är till besvär och att deras anhöriga inte hinner med dem när de blir flyttade till ett äldreboende (Cullberg, 2006). Wasserman (2000) menar att depressioner bland människor över 70 år är relativt vanligt och att frekvensen för dem som lever ensamma, på ålderdomshem eller annan vårdinrättning, ligger på ca 40 procent medan motsvarande siffra för dem som lever ett aktivt socialt liv, bor i egna hem och som har kontakt med anhöriga, ligger under 10 procent. En förklaring till detta är att de som bor hemma har bättre hälsa än de som bor på olika former av vårdinstanser. Detta visar också att anhörigas betydelse är mycket stor (Wasserman, 2000). Karin säger:

”Jag tror att ensamhet är ett stort problem. Många är änklingar och jag tror att många upplever att jämnåriga dör ifrån dem vilket också påminner dem om sin ålder och ensamheten. En annan sak som jag tror påverkar är att många känner sig utanför samhället i och med att tekniken har rusat framåt och att många känner att tekniken inte är anpassad för dem. Många kan exempelvis inte hantera en mobiltelefon, sen krävs det ju koder och liknande till allt idag, något som är svårt att komma ihåg och hantera för många äldre. Jag tror därför att de gamla som inte följer med i förändringarna så bra är de som lider störst risk och att dessa kan komma att må sämre och bli deprimerade.”

Ovanstående citat som kommer från Karin kan sägas beskriva känslor av övergivenhet. Övergivenhetsbegreppet behandlar känslan av att inte vara sedd eller en del i ett sammanhang med exempelvis andra människor, att det inte längre finns någon att dela sina minnen med och det faktum att det regelbundet kommer nya kulturprodukter som kan vara svåra att förstå sig på. Känslan av övergivenhet kan vidare sägas uppkomma på grund av så kallade objektförkluster, vilket innebär att den drabbade förlorat något av värde, oavsett om det är en annan människa, en kroppsdel eller en kär äggenom (Cullberg, 2006).

Karl tog upp relationsproblematik som en utlösande händelse, något som forskningsresultaten från avhandlingen *Suicid in late life* (Waern, 2000) framhöll som den största riskfaktorn. Även ensamhetskänslor kunde kopplas till ökad självmordsrisk. Genom intervjuer med anhöriga kunde Waern se att nästan tre fjärdedelar hade uppfattat signaler av livströtthet, dödsönskan och suicidtankar (Waern, 2000).

Psykologisk förlust

Alla informanter pekade på ett eller annat sätt på depression, psykiska sjukdomar eller en psykisk skörhet som riskfaktorer i utvecklandet av suicidal problematik. Anna menar specifikt att de psykologiska faktorerna är större än den kroppsliga ohälsan. Karl är en utav dem som verkligen trycker på att psykiska sjukdomar ofta är det som ligger till grund i utvecklandet av suicidal problematik. Han säger följande:

”Ofta ligger en lång process bakom, och har man levt i en sån här process kan det ju finnas vissa utlösande händelser som kroppslig sjukdom, relationsproblem, att man är i svajigt psykiskt tillstånd som gör att man i sin labilitet förstör små saker till stora berg. Ensamhet och alkohol finns ofta med i bilden och normalt har man psykologiska spärrar som löses upp av alkohol och är man deprimerad och får i sig alkohol kan man göra saker man normalt inte skulle företa sig, så det är en triggande sak. Grunden är nästan alltid att man lider av en psykisk sjukdom.”

Karl, Anna, Berit, Eva och Karin tar upp depression som en stor riskfaktor i utvecklandet av suicidal problematik och detta är något som stämmer överens med all den tidigare forskning som valts att tas upp i studien. Waerns studie visade att det fanns en stor koppling mellan psykisk sjukdom och självmord. Studien visade att 96 procent av de äldre personerna i självmordsgruppen led av någon psykisk sjukdom, jämfört med kontrollgruppen där andelen enbart var 18 procent. Depression och helst återkommande depressioner visade sig vara stark riskfaktor för självmord (Waern, 2000). Wasserman (2000) kom också fram till att självmordsrisken är mycket stor om en äldre person varit deprimerad och det dessutom skulle inträffa något traumatiskt eller oväntat. Även de preliminära resultat som redovisats från forskningsprojektet *När livet känns svårt att leva* av Stefan Wiktorsson (2005) stämmer överens med denna studie. Det Wiktorssons preliminära resultat visar är att samtliga deltagare under det första året hade en affektiv sjukdom vid suicidförsöket där 79 procent led av

depression, 15 procent led av en mildare form av depression och 6 procent hade diagnosen bipolär sjukdom (Wiktorsson, 2005)

I en sammanfattning av faktorer framgår det att psykisk ohälsa och depressionsproblematik är den främsta förklaringen till suicidal problematik. Detta har både informanter och resultat från tidigare forskning fört fram. Kriser, depressioner och suicidalitet som på många sätt hänger ihop, kan vidare härröras till någon typ av förluster som beskrivs som en vanlig utlösande faktor vid suicidal problematik. Dessa förluster är antingen kroppsliga, psykologiska eller sociala. De kroppsliga förlusterna kan handla om förluster av egen förmåga på grund av sjukdom, de psykologiska berör förluster i form av den psykiska hälsan medan social förlust behandlar faktorer såsom ensamhet och autonomiförlust.

5.4 Stöd

5.4.1 Viktigast i mötet

Utifrån svaren kan det ses att informanterna berört faktorer som speglar aktiv och passiv hjälp i mötet med suicidala äldre och därför har dessa kategorier valts.

Passiv hjälp

Samtliga informanter betonade vikten av att ta en suicidal äldre på allvar, att lyssna, att inte backa för svåra samtalsämnen och att inge hopp i mötet med suicidala äldre. Detta förhållningssätt motsvarar också vad Cullberg kallar för krisstöd där grunden är att hjälparen stöttar, tar emot och lyssnar till människor i kris och således blir en form av container och får en containing function för den drabbade. Enligt Cullberg kan även hjälparen utgöra ett slags vikarierande hopp för den äldre vilket ses som en av de mest betydelsefulla faktorerna i mötet med krisdrabbade personer. Cullberg menar vidare att hjälparen genom att inta en hoppfull attityd, utgör en stabiliserande faktor och stöd även om den drabbade kanske inte vill eller tror på det som sägs just för tillfället (Cullberg, 2006). Så här svarar bland andra Karl som får representera passiv hjälp:

”Att man tar dem på allvar och lyssnar på dem utan att bagatellisera, bortförklara, eller att avleda. Att man tar dem på allvar och försöker borra vidare i det här och inte backar för dessa frågor, samt att man stannar kvar i situationen och möter och bemöter på ett respektfullt sätt och frågar vidare och djupare”.

Karl beskriver ovan att det är viktigt att inte bagatellisera, bortförklara och avleda. Även Cullberg (2006) anser att behandlaren inte på något sätt bör förneka den verklighet som personen befinner sig i en kris utan istället hjälpa till att hantera känslorna och möta verkligheten.

Aktiv hjälp

Berits svar skilde sig något gentemot de andras då hon också fokuserade på vad som aktivt bör göras i mötet med en suicidal äldre. Berit säger följande:

”Först är det ju viktigt att ringa in problemområdena, göra depressionsbedömningar, ångestskattningar eller ta reda på om det finns någon psykosproblematik, eller om detta kan bero på andra faktorer såsom felmedicinering eller en annan kroppslig sjukdom eller vad det nu kan vara. En viktig grund är ju att förstå vad det handlar om. Sen måste ju vi försäkra oss

om att inget ska hända. Visar det sig vara akut måste vi ju lägga in personen för att förhindra självmord.”

Enligt Cullberg (2006) är det vidare angeläget att som Berit framhåller, ta reda på varför en person hamnat i ett psykiskt kristillstånd, vilken eller vilka situationer som varit utlösande och vad krisen beror på, detta för att på bästa sätt kunna hjälpa personen. Det Berit säger angående felmedicinering och att det kan vara en orsak till depression belyser även Wasserman i sin bok *Depression en vanlig sjukdom* (2000). Hon skriver där att polyfarmaci, behandling med flera läkemedel samtidigt, är vanligt hos äldre och att detta kan framkalla depressioner. Det är även känt att läkemedel som används i behandling av somatiska sjukdomar kan orsaka depressioner och att det därför är viktigt att gå till botten med varför en person visar tecken på depressivitet (Wasserman, 2000).

5.4.2 Praktiskt stöd

Angående vilket praktiskt stöd suicidala äldre får fanns det en del variationer i informanternas svar, vilket dels kan bero på att informanterna haft olika syn och därmed definition på vad praktiskt stöd är och dels då svaren skiljer sig något åt beroende på informanternas yrkesroll och arbetsplats. Utifrån svaren kan det därför urskiljas en skillnad mellan direkt praktiskt stöd och indirekt praktiskt stöd.

Direkt praktiskt stöd

Karls, Annas, Berits och Maries svar kategoriseras under så kallat direkt praktiskt stöd med motiveringen att de berättat att de dels med hjälp av samtal försöker stötta personen i dennes suicidalitet, men även då de också intar en samordnande roll vilket innebär att man i de fall då det är nödvändigt med exempelvis inläggning, arrangerar detta samt att de sammankallar till möten med exempelvis anhöriga och hemtjänst för att på bästa sätt kunna hjälpa personen. Berit säger följande:

”Vid en depression får man ju se vad som blir bäst för patienten och om denne ska vårdas av anhöriga, i slutenvård, med hjälp av hemtjänst, om personen behöver larm i hemmet och så vidare. Efter det krävs det ju tät uppföljning från vår sida, en medicinsk bedömning från läkare och eventuellt medicinsk behandling. Det viktiga är att vi skapar ett nät för patienten i form av att bygga upp nätverk, ge trygghet och behandling.”

Karl lämnar nedan sin syn på frågan:

”När man är jättedjupt deprimerad kan man ju inte vara kvar i hemmet utan då måste man ju läggas in, det gäller dem som har planer på att ta sitt liv där det gått från tankar till planer och som alltså kommit en bit på självmordstrappan vi talade om. Personen har kanske köpt ett rep eller riggat det och då plockar vi med oss dem till sjukhuset för en läkarbedömning för då måste de skyddas. Så det praktiska stödet den äldre kan få för att ta sig ur det beror alltså lite på graden, är man lite mindre deprimerad kan det räcka med att vi stöder dem med läkemedel och med samtal och är det lite djupare så måste man tillgripa inläggning för att skydda dem från att ta sitt liv.”

Utifrån Karls och Berits svar kan det utläsas att praktiskt stöd är ett brett begrepp där deras syn på praktiskt stöd är att de antar en något utredande roll där det primära är att först undersöka eller skatta i vilket skede patienten befinner sig i, för att sedan kunna vidta eventuella åtgärder.

Indirekt praktiskt stöd

Denna kategori får känneteckna informanternas svar där det framstår som att de främst utgör ett indirekt stöd för den äldre att ta sig ur den suicidala problematiken. Detta kan bero på att informanterna kanske inte har de yrkesegenskaper och därmed kunskaper som behövs för att själva kunna ge professionell behandling för exempelvis depression. Deras praktiska arbete handlar istället om att förmedla vidare kontakt och att upprätthålla rutiner på boendet. Karin och Sara svarade snarligt på denna fråga. Karins svar nedan kan därför sägas representera dem båda.

”Jag tror det är viktigt att det finns personer runt den deprimerade och då vi haft vetskap om suicidal tendenser har vi haft ett extra öga på personen. Sen kan det sägas att vi hjälper till att förmedla kontakt till exempelvis en psykiatrisk avdelning där de får hjälpa dem som verkligen mår dåligt då vi inte har sådana resurser här. Här hjälper vi mest till med det vardagliga samt att vi hjälper till att stötta, men när det inte räcker och någon verkligen är deprimerad då får de professionella ta över då det är deras jobb och då de är kunniga inom detta”.

Evas svar får också karakteriseras som ett indirekt praktiskt stöd då hon istället talade om undanröjning av farliga föremål som en form av praktiskt stöd.

”Vi försöker skydda dem praktiskt genom att ta bort knivar, saxar och sånt som kan skada. Under perioden då det vara som värst med en suicidal patient, hade vi även vak vad jag minns. Detta är ju dock en resurs som inte kan pågå hur länge som helst”.

Det som således kan tydas av svaren är att alla försöker att stötta och hjälpa suicidal patienter praktiskt, men att det finns lite olika syn på hur eller åtminstone på vad informanterna svarat, då praktisk hjälp kan innefatta att ha samtal med suicidal patienter till att ta bort skadliga föremål för att aktivt hindra personen från att kunna ta sitt liv. Några av informanterna har också talat om inläggning på sjukhus eller vak för att kunna minska risken för självmord och självmordsförsök. Detta kan sägas överensstämma med det som Cullberg anger som en form av krisstöd, då det i framförallt chockfasen är viktigt att inte lämna personen ensam (Cullberg, 2006).

5.4.3 Känsломässigt stöd

Vissa nyanser kan urskiljas i informanternas svar gällande vilken typ av känsломässigt stöd som kunde erbjudas. Flera informanter hade en tydlig bild av vilket stöd som gavs medan andra svarade mer allmänt och trevande. I denna fråga kommer svaren således att delas upp i kategorierna: strukturerat stöd och ostrukturerat stöd.

Strukturerat stöd

Från personalen på den särskilda enheten som är speciellt inriktade på äldrepsykiatriska frågor var svaren att stödet i första hand gavs genom samtal. Dessa samtal sker under ordnade förhållanden, antingen när personalen möter den äldre på hembesök, planerade möten på enheten eller under telefontiden då alla patienter kan ringa till sjuksköterskorna för att prata av sig. Anna får representera dessa svar med följande citat:

”Vi ger vad vi kan kalla för stödsamtal då, det goda samtalet. Om vi ska kunna nå en människa och få den att beskriva det svåra som han eller hon bär på, så är det otroligt viktigt att bygga upp den här relationen, det kan ta tid och den kan gå fort. ”

Anna beskriver således det professionella samtalsstöd som bedrivs på enheten där samtalen har en uttalat stödjande inriktning. För att återknyta till Cullbergs teori kan det sägas att personalen på denna enhet arbetar professionellt med att stötta upp de drabbade personernas egna läkningsresurser (Cullberg, 2006). Waern har i sin studie dessutom efterfrågat ett mer psykosocialt individorienterat stöd något som informanterna på denna enhet har förmågan att kunna erbjuda (Waern, 2000).

Ostrukturerat stöd

Det ostrukturerade stödet får motsvara en mer allmänt form av stöd. Hos de övriga tre informanterna gavs inget allmängiltigt eller rutinmässigt svar, därmed redovisas svar från både Eva och Karin för att gestalta skillnader i de svar som gavs. Dessa svar får belysa ostrukturerat stöd. Här förklarar Eva den känslomässiga stöd som gavs i fallet med en suicidal patient:

”Omvårdnadspersonalen, läkaren och vi sjuksköterskor försökte väl med samtal, det kanske inte var direkt så att man bestämde tid för samtal, utan man försökte få in det i allt annat då. Sen finns det ju ingen särskild plan för hur man ska gå tillväga utan det är ju beroende på hur man är lämpad och vad man förstår. ”

Karin sade såhär angående det känslomässiga stöd som ges:

”Att man bekräftar personen och försöker stärka och motivera den gamla. Kanske försöka få han eller henne att uppskatta de små sakerna som att det är fint väder, engagemang i barnbarn eller vad det nu kan vara. Helt enkelt hjälpa till att lyfta fram guldkornen i vardagen.”

Till skillnad mot det strukturerade stödet som ges i den specialistinriktade verksamhet där Karl, Anna, Berit och Marie arbetar, får informanterna som arbetar inom äldreomsorgen arbeta efter sitt eget huvud då det tydligt framstår som om det inte finns några nämnvärda rutiner för hur man skall hantera denna patientgrupp, därmed inte sagt att det känslomässiga stödet skulle vara bristfälligt på något vis.

5.4.4 Möjlighet till samtal

Genomgången material visar att informanterna tycker sig ha relativt goda möjligheter att samtala med patienter inom de olika verksamheterna. Resultaten visar dock att samtalsform skiljer sig något åt. På den särskilda enheten ingår en form av professionellt samtalsstöd med terapeutiska inslag medan det hos informanterna i äldreomsorgen handlar om ett medmänskligt samtalsstöd som får avse en mer vardaglig och ostrukturerad samtalsform.

Professionellt samtalsstöd

I den särskilda enheten ingår det i personalens arbetsuppgifter att utgöra ett professionellt stöd genom att ha samtal med suicidal patienter, det finns således både kompetens, resurser och tid till detta. Dessa utgör således det professionella samtalsstödet. Berit beskriver nedan vilka möjligheter den äldre har att prata med henne och annan personal i enheten:

”Jag tycker vi är bra på detta, bra på att ställa frågor och samtala kring suicidalitet. Detta är ju en del av vår verklighet i arbetet inom psykiatrin. Livet och döden är vanliga samtalsämnen såsom tankar och rädslor kring det. Vi har tid, vi har fantastiska möjligheter här. Jag behöver till exempel inte motivera varför jag exempelvis kan lägga in 5 samtal på en dag, vi jobbar självständigt och gör det vi ska göra. Sen så har vi ju även andra arbetsuppgifter som måste skötas, men detta går bra.”

Wiktorssons preliminära resultat pekat på att många äldre har ett stort behov att prata om döden och andra existentiella problem. Han menar därför att det således finns ett stort behov av att ventilera dessa ämnen med någon (Wiktorsson, 2005) Även Cullberg lyfter fram de behov en människa i kris har av att få prata med andra människor om detta och att få lyfta fram sina frågor och uttrycka sina rädslor (Cullberg, 2006).

Medmänskligt samtalsstöd

Även de andra informanterna såsom Sara, Karin och Eva berättar att det finns möjligheter för den äldre att tala med personal, dessa möjligheter ser dock lite annorlunda ut. Utifrån resultatet ses det som om det främst handlar om att ge individen lite extra uppmärksamhet då någon är nedstämd vilket kategoriserats som medmänskligt stöd. Alla tre nämner också att diakon kan erbjudas. Karin svarar följande:

”Här finns ganska stora möjligheter att prata med personalen, men det finns ju inga resurser för exempelvis samtalsterapi, vi har ju inga kuratorer eller samtalsterapeuter här och jag tror heller inte att det brukar finnas på boenden, de finns istället inom öppenvården. Man ju dock prata med personalen men hur mycket beror på problematiken. Om vi exempelvis vet att någon mår dåligt och behöver prata så kan ju det sägas ingå i omvårdnaden av den personen och då kanske den ges extra tid beroende på behov, sen är det ju viktigt att alla får omtanke. Vi har även en diakon här som också pratar med de gamla om de vill och man behöver inte vara kristen för det.”

I kriser är det viktigt för individen att få tala om vad som hänt, Cullberg pekar på att detta kan vara särskilt viktigt under reaktionsfasen då personen ofta har behov av att få ventilera och verbalisera sina känslor (Cullberg, 2006).

5.4.5 Familj, vänner och anhöriga som en del av stödet

Svaren visar att samtliga informanter informerar anhöriga om de uppkommer suicidal problematik och att det har funnit en dialog med närstående i de fall då informanterna handskats med suicidala äldre. De anhörigas betydelse lyfts dock fram lite olika hos informanterna och de anhörigas involvering verkar också skilja sig åt. Svaren delas därför upp i aktiv involvering och passiv involvering.

Aktiv involvering

Enligt Cullberg (2006) kan kriser innebära stor problematik inom familjen. Det är därför viktigt att integrera familjemedlemmar i krisarbetet med den suicidala äldre så att även anhöriga får bearbeta och komma till klarhet med problematiken. Behandlaren bör således få ihop ett nätverk kring den drabbade i form av familjen, vänner och andra anhöriga. (Cullberg, 2006). Karl, Anna, Marie och Berit som samtliga arbetar på den specialiserade enheten uttrycker att de ser anhöriga men även närstående som en stor resurs i arbetet med suicidala äldre. Berits citat får ge en bild av hur personalen på enheten talar om anhörigas betydelse och således kategorin aktiv involvering:

”De anhöriga är jätteviktiga. De får ju ofta dra ett jättelass, så man jobbar ju nästan lika mycket med dem. De ser ju så mycket mer än vi, vi får ju bara inblick i en liten del av patientens liv, men de anhöriga kan ju på ett bättre sätt lägga märke till nyanser och förändringar hos den suicidala. Sen är ju anhöriga ett oerhört viktigt stöd till patienten men då även till oss då de ger oss information.”

Karl, Anna, Marie och Berits svar angående att de ser anhöriga som en stor resurs stämmer även överens med Waerns slutsatser. Waern (2000) menar att anhöriga i allt större utsträckning bör involveras i behandlingsplaneringen än vad som sker idag. Resultaten från studien visar nämligen att just anhöriga har viktig och värdefull kunskap som ibland inte når fram till läkaren (Waern, 2000). Wassermans (2000) studie visar också att gamla som har ett fungerande nätverk och god kontakt med anhöriga mår bättre psykiskt än de som har ett bristfälligt nätverk.

Passiv involvering

Personalen från de olika äldreboendena beskriver att anhöriga informeras, men kontakten med anhöriga är mera given i den särskilda enheten vilket visade sig genom att Eva, Sara och Karin lämnade mer diffusa svar på frågan. Så här säger exempelvis Eva i hennes kontakt med anhöriga till en suicidal äldre man, vars citat får beteckna en mer passiv involvering:

”Jag har upplevt att många upplever att detta är något pinsamt, om man exempelvis har en pappa som försöker att ta livet av sig. Jag har ju bara den mannen vi haft här att orientera till men i fallet med denna man var det svårt för anhöriga, de slog ifrån sig och tyckte att så har han gjort innan, det är som det är, sen hade de ingen bra relation heller och hade inte haft det i livet heller.”

Cullberg menar att en risk med att utesluta anhöriga kan vara att deras känsla av ansvar minskar och att man istället skjuter problemen ifrån sig genom att lägga över hela ansvaret på behandlaren (Cullberg, 2003). Utifrån Evas berättelse kan det bara spekuleras i huruvida fallet var så med just de anhöriga.

5.4.6 Läkarens hjälp i behandlingen

Efter sammanställning av informanternas svar visade det sig att läkaren är en del av behandlingen av suicidala äldre. Både Karl, Berit, Marie och Anna ansåg att läkaren utgjorde en stor resurs för enheten och dess patienter och att det fanns ett nära och bra samarbete. Sara och Karin uttalade däremot att läkaren utgjorde en hjälp i utskrivning av mediciner och psykofarmaka. Till skillnad från de andra informanterna var Eva den enda som uttryckte kritik mot läkarens hjälp. Utifrån informanternas olika svar sågs att alla utom Eva fick adekvat hjälp från läkaren vilket resulterade i en kategori som blev kallad för just adekvat hjälp. Evas svar föll dock istället under kategorin inadekvat hjälp.

Adekvat hjälp

På den särskilda enheten som är speciellt inriktade på äldrepsykiatriska frågor fanns en läkare tillgänglig 20 procent av tiden och i hans arbete ingick det bland annat att samtala med patienter, skriva ut recept på psykofarmaka, initiera provtagningar samt att träffa patienter för återbesök. Informanterna från den särskilda enheten pratade särskilt mycket om överläkaren som en stor resurs som kan hjälpa dem i svåra fall. De äldre får också möjlighet att sitta ner med överläkaren vilket Anna menar har en läkande effekt. Förutom överläkaren kunde de

även kontakta andra läkare. Cullbergs (2006) pekar på att personer i kris ofta behöver få information upprepad, helst när det handlar om medicinska sammanhang, och att den informationen bör vara adekvat. Genom att överläkaren tar sig tid till att möta patienterna kan detta innebära att patienterna får just den adekvata information som behövs för en människa i kris. Marie uttrycker sig såhär kring läkarens hjälp:

”Han är bara ett telefonsamtal bort, annars kan vi ringa till akutmottagningen och den jourhavande psykiatrikern.”

Sara och Karin som båda arbetar som undersköterskor inom äldreomsorgen framhöll att läkaren hjälpte genom att han skrev ut mediciner då någon var deprimerad. En kontakt med läkaren för utskrivningen av psykofarmaka tar även Cullberg (2006) upp som ett sätt för behandlaren att stödja personer i kris. Sara och Karin lyfte dock inte på samma sätt som personalen på den särskilda enheten upp läkaren som en stor resurs.

Inadekvat hjälp

Eva var mera kritisk till läkarens hjälp, just därför att läkaren de hade vid det tillfället då de hade en suicidal patient, inte kunde erbjuda annat än just mediciner. Cullberg (2006) pekar på en undersökning som visat att läkare ofta känner sig otillräckliga och att de inte vill riva upp något i samband med krissituationer. Detta skulle således kunna vara anledningen till att läkaren som Eva haft kontakt inte bidraget med speciellt mycket. Så här uttrycker sig Eva angående läkarens hjälp och om de brister hon anser finns:

”Läkarens hjälp är väl lika med 0 kan man ju säga. Vi indikerar för vår läkare som kommer från en vårdcentral som inte har någon psykiatrisk utbildning i detta och han i sin tur konsulterar ju vuxenpsykiatri och tyvärr är ju denna del i samhället så himla dåligt utbyggd, för det är svårt att få tag på psykiatriker. Det enda läkaren kan göra är ju att skriva ut medicin som sobril, rispedal med mera, för de är inte så bra på att ta de här samtalen. Sen finns det ju olika läkare, men den vi hade då var inte bra på detta. Jag tror helt enkelt inte att de har tillräckligt med kunskap om detta, ingen utbildning eller ram att gå efter, utöver den medicinska biten.”

Waern kom i sin forskning dock fram till att läkare har blivit allt bättre på att uppmärksamma depressioner och suicidalitet bland äldre men att det finns en del som hon anser behöver vidareutvecklas och det är konsten att göra en bedömning kring suicidalitet. Det kan därmed finnas delar i Evas erfarenheter som stämmer överens med tidigare forskning då studier faktiskt påpekar att det finns delar som behöver utvecklas (Waern, 2000).

5.4.7 Psykofarmaka i behandlingen

Alla informanter var rörande överens om att psykofarmaka är en stor del av behandlingen av suicidala äldre. Även Cullberg pekar på att psykofarmaka kan vara bra för en person i kris då det inte anses vara bra för en person att ständigt vara ledsen (Cullberg, 2006). Deras svar kategoriseras därför under kategorin nödvändighet, detta var ett begrepp som togs från Karins citat nedan.

Nödvändighet

Informanter såsom Marie, Anna och Berit påpekar dock att den medicinska behandlingen skall vara ett komplement till samtalsstöd. Detta tenderar också att vara en önskan som Karin har då hon säger följande:

”Detta är en stor del av behandlingen och många får det, även om det bara är för ett tag. Många behöver det i akuta skeden och då är det ju oftast nödvändigt. Jag kan dock tycka att det ibland skrivs ut för mycket mediciner och att hjälpen istället borde kompletteras med samtalsstöd. Detta måste man ju dock betala själv och jag tror att många inte tycker att de har råd.”

Wasserman (2000) framhåller att äldre personer som lider av psykiska sjukdomar, som depressioner, har ett stort behov av medicinering men att det bästa resultatet ges ihop med stödsamtal, ett tryggt omhändertagande samt kontinuitet i behandlingen. Det viktigaste är således en kontinuerlig god och kärleksfull omvårdnad som inte kan ersättas av enbart mediciner eller andra terapiformer (Wasserman, 2000). Även Waern (2000) menar att en förbättras läkemedelsbehandling tillsammans med ett psykosocialt individorienterat stöd skulle kunna bidra till att personen får tillbaka lusten att leva.

Avslutningsvis kan det sägas att suicidala äldre får varierat stöd från olika håll, från omsorgspersonal, läkare och anhöriga. Informanterna har pekat på många olika sorters praktiskt och känslomässigt stöd som ges till suicidala äldre. Denna hjälp har bland annat beskrivits i form av det samtalsstöd suicidala patienter kan få från våra informanter eller från andra resurser i verksamheten såsom diakoner. Det har också beskrivits i form av de utredande insatser som görs för att kunna vidta eventuella åtgärder som kan krävas vid suicidala tendenser. Det praktiska stödet har också kunnat utgöras av remisser till andra instanser eller utförandet av praktiska göromål såsom undanröjning av skadliga föremål. Anhörigas betydelse i stödet av suicidala äldre har belysts där både tidigare forskning och flertalet informanter pekar på att det sociala nätverket utgör ett gott stöd till denna patientgrupp. Slutligen har även läkarens stöd i behandlingen av suicidala äldre diskuterats där svaren varit lite olika beroende på var informanterna arbetat. Alla har dock varit eniga om att läkaren utgör ett stöd i form av ordinationer av psykofarmaka till de äldre som är i behov av det.

5.5 Terapeutisk hållning

5.5.1 Teoretisk kunskap

Informanterna pekade på skillnader i den teoretiska kunskapen då de som är vidareutbildade psykiatrisjuksköterskor har mer utbildning kring psykiska sjukdomar, såsom depression, än de som inte har denna utbildning. Den teoretiska kunskapen i att möta suicidala äldre är också beroende på var personen arbetar, då de som särskilt arbetar med denna problematik har mer kunskap i ämnet av förklarliga skäl. Därför kan en skillnad mellan de som har en stor teoretisk kunskap och de som har en mindre teoretisk kunskap urskiljas och svaren har därför kategoriserats utifrån dessa två kategorier.

Stor teoretisk kunskap

Karl, Berit och Anna arbetar alla tre inom äldrepsykiatri och besitter därmed en gedigen kunskap i ämnet. De har alla en vidareutbildning i psykiatri och flera års erfarenheter inom detta. Samtliga har också medverkat på ett antal interna kurser i ämnet. Karl berättar:

”Jag har många års erfarenhet då jag mött många. Jag har också fått kunskap via mina utbildningar, sen så har jag ju gått många kurser kring depressivitet och i

självmondsbenägenhet. Vi har även haft interna utbildningar, kurser och seminarier i detta då det är ett högprioriterat område. Vi försöker hålla oss a jour.”

Karl men även de andra informanterna berättar således att de fått teoretisk kunskap från olika håll, både via grundutbildningen, vidareutbildningar och från kurser. Karl och främst Berit uttrycker också explicit att det anses viktigt för personalen på enheten att hålla sig uppdaterade med nya rön och råd i psykisk ohälsa och suicidalitet bland äldre.

Mindre teoretisk kunskap

Marie som också arbetar i den särskilda enheten, är den enda på just den arbetsplatsen som saknar psykiatriutbildning. Hon påpekar dock att hon har ett stort intresse i ämnet och att hon gått interna kurser, samt att hon försöker förkovra sig genom att läsa om ämnet och således ta del av litteratur och rapporter som finns. Sara, Eva och Karin säger att den teoretiska kunskapen de har, fick de via sina utbildningar, men att de annars inte har så mycket mer. Sara svarar:

”Jag har ju inte så mycket, bara det man fått från undersköterska utbildningen som jag gick ut 1982.”

Det framstår således som att det hos flera informanter finns brister i den teoretiska kunskapen och som vi varit inne på tidigare spelar yrkesbakgrund och nuvarande verksamhetsområde en stor roll i detta. Detta kan med naturliga skäl förklaras med att en del informanter endast stött på en eller få suicidala patienter vilket kan tänkas medföra ett mindre behov av denna typ av kunskap.

5.5.2 Praktiska erfarenheter

Alla informanter svarar att de fått sin praktiska erfarenhet utifrån de suicidala patienter de mött i sitt yrke. Graden av praktisk erfarenhet som i föregående fråga, beroende på var personen arbetar. Vissa har således träffat många och kan därför sägas ha stor praktisk erfarenhet medan de som träffat få suicidala patienter kan sägas ha en lägre grad av praktisk erfarenhet. Därmed har informanternas svar kategoriserats under kategorierna hög grad av praktisk erfarenhet och låg grad av praktisk erfarenhet.

Hög grad av praktisk erfarenhet

Karl, Anna och Berit anser att de har stor praktisk erfarenhet av att möta suicidala äldre. Denna stora praktiska erfarenhet anses således hänga ihop med deras yrkesinriktning i psykiatri och på grund av deras arbete på den äldrepsykiatriska enheten. Karl som är en av dem som kan sägas ha en hög grad av praktisk erfarenhet svarar såhär på frågan:

”Stor praktisk erfarenhet, jag träffar ju människor här varje vecka.”

Karl, Anna och Berit som alla tre arbetar på den specialiserade enheten har alla en stor praktisk erfarenhet. Det som kan sägas skilja dessa från Marie, är att hon inte arbetat där lika länge och att hon inte är specialiserad psykiatrisjuksköterska. Hon har heller inte varit verksam sjuksköterska i lika många år som de andra. Genom stor praktisk erfarenhet menar Cullberg (2006) att behandlaren, utifrån sina erfarenheter, lättare kan förbereda en person i kristillstånd på hur förloppet kommer se ut, förklara de symtom som personen drabbas av och sätta in allt i ett sammanhang för att lugna ner personen.

Låg grad av praktisk erfarenhet

De andra informanterna, Karin, Sara, Eva och Marie nämner endast att de fått sin erfarenhet baserad på de patienter de mött, som i flera fall är väldigt få till antalet om man ser tillbaka på frågan som ställdes angående hur många suicidala patienter informanterna mött. Karin säger så här:

”Mina praktiska erfarenheter är de erfarenheter jag fått av de boende med den problematiken här.”

Sammanfattningsvis kan det återigen nämnas att det således finns förklarliga skäl till att den praktiska kunskapen är begränsad hos en del informanter då de helt enkelt inte arbetar inom en verksamhet som riktar sig till denna typ av problematik även om det stundtals dykt upp patienter som haft dessa problem. Dessa har dock ofta förflyttats till specialiserade enheter när tillståndet förvärrats.

5.5.3 Personliga egenskaper

Informanterna har lyft fram ett antal egenskaper som anses viktiga i mötet med suicidala äldre. Nedan redovisas tre av de egenskaper som nämnts av flest antal informanter då det annars skulle bli för överskådligt och stort om alla svar skulle redovisas.

Empati

Den personliga egenskap som nämdes av flest informanter var empati, något som betonades av både Karl, Anna, Eva, Sara, Karin och Berit. Karin svarade följande angående empati:

”Det viktigaste är att ha en förmåga att kunna sätta sig in i andras situation och empati för att förstå och respektera den äldres tankar och känslor.”

Empati och en förmåga att förstå den drabbades känslor och upplevelser är något som även Cullberg lyfter fram som en viktig egenskap i mötet med människor i kris (Cullberg, 2006).

Aktivt lyssnande

Då flera av informanterna såsom Karl, Marie, Anna och Berit på olika sätt nämner förmågan att orka och kunna lyssna på suicidala och deprimerade personer, kategoriseras detta under rubriken som får namnet, aktivt lyssnande. Som nämnts tidigare är även det aktiva lyssnandet en stor och viktig del i mötet med människor i kris för att lyssna efter personens egna frågor och rädslor (Cullberg, 2006). Nedan kommer Karls svar angående viktiga egenskaper. Hans citat får gestalta det aktiva lyssnandet och även de svårigheter som kan finnas i samtal med suicidala äldre:

”Först så tror jag att det är viktigt att man har ett intresse av att möta människor överhuvudtaget. Sen är det viktigt att vara lyhörd, man måste ha kunskaper och empati. Det är också viktigt att man inte har för bråttom då man måste ha tålamod i sitt lyssnande och för att orka stå ut i svåra samtal och i svåra situationer. Livserfarenhet är alltid bra att ha, att ha mött andra människor med sådan här problematik kanske i sin bekantskapskrets eller i sitt jobb.”

Som nämnts tidigare är det aktiva lyssnandet en stor och viktig del i mötet med människor i kris. Karl benämner också vikten av tålamod och att orka stå ut i svåra samtal vilket återigen

kan kopplas till begreppet containing function där Karl som behandlare får ta emot och hårbärgera patientens känslor utan att överta smärtan (Cullberg, 2006).

Respekt

Att respektera den äldre och dennes tankar och känslor var något som både Karin, Marie och Berit nämnde som svar på frågan. Sådär svarar bland andra Berit:

”Jag tycker att det är viktigt att man är trygg i sig själv och inte skräms av att prata om det suicidala och dessa tankar. Detta är ju faktiskt inget jätteovanligt, utan detta är tankar som finns hos många. Så det är viktigt att lyssna, även på det som inte sägs och se mellan raderna. Sen måste man ju bemöta respektfullt o inte avfärda dem, utan att man lyssnar öppet med empati, att man visar att man vill hjälpa och att man förmedlar hopp och går in aktivt i mötet. Man måste också försöka skapa tilltro och trygghet hos patienten och förmedla att man kan bistå med hjälp.”

Förutom empati, aktivt lyssnande och respekt svarade informanterna även ödmjukhet, serviceinriktning, lyhördhet med mera. Detta är egenskaper som ses som positiva egenskaper i mötet med suicidala äldre och i princip alla människor då detta handlar om ett gott och adekvat bemötande.

5.5.4 Stöd och hjälp till personalen

Två olika slags stöd kunde urskiljas som personalen fått i sitt arbete för att möta suicidal problematik. Dessa två olika sätt var stöd genom samtal med kollegor och stöd genom extern handledning, stöd från sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och från sin chef. Då dessa olika svar hade två olika inriktningar valdes att kategorisera dem i just två kategorier i form av informellt stöd och formellt stöd.

Informellt stöd

Alla informanter som arbetar på den särskilda enheten lyfte upp stödet som de får från varandra. De berättade alla på ett liknade sätt om hur de kände att de kunde prata av sig med sina kollegor och få stöd då de kände behovet av detta. Förutom Karl, Marie, Anna och Berit anser även Karin att hon kan vända sig till sina kollegor för att få stöd och hjälp. Karl berättar nedan hur det informella stödet ser ut på den bland personalen på den särskilda enheten:

”Vi har ett jättebra stöd i varandra då vi pratar med varandra varje dag. Om någon har kommit hem till någon som pratat om svåra självmordstankar så hjälps vi åt att reda i det. Jag är en form av container för de andra och de ingår i min roll här. Så de andra får komma hit och prata av sig så bollar vi, vrider och vänder och försöker komma på den bästa lösningen. Det är viktigt att få prata så det tycker jag vi kan hjälpa varandra med. Man kan även prata med läkaren om detta och få råd och stöd, han är ju också ett stöd och en hjälp särskilt eftersom vi vet att han kan hjälpa till med inläggningar så att vi vet att våra patienter är i goda händer och får den hjälp de behöver.”

Denna fråga visar således att majoriteten av informanterna i första hand ser sina kollegor som ett stöd men att även läkaren kan utgöra ett form av stöd dit en del informanter, såsom Karl, tycker att han kan vända sig till.

Formellt stöd

Med formellt stöd tänker vi på externt stöd i motsats till det informella stöd dit kollegor räknas. I Karls citat ovan framhåller han läkaren som ett stöd vilket kategoriseras som ett formellt stöd. Även Karins citat nedan får visa på en form av formellt stöd då hon nämner många externa resurser.

”Är det något kan man alltid prata och rådgöra med sjuksköterskan, sen finns det ju även psykiatrisjuksköterskor i kommunen man kan kontakta, liksom en psykiatrisk mottagning som man kan ringa. Någon handledning har vi inte men jag tror vi kunde fått det om någon hade efterfrågat det. Det finns alltså uppbackning men man måste be om det. Sist men inte minst har man ju även sina kolleger som man kan vända sig till.”

Karins utsaga visar således att det finns personer att vända sig till för råd och stöd men att detta är något som man själv aktivt måste söka och be om för att få. Karin och Sara nämner även handledning som något som skulle kunna erbjudas vid behov, något som bland andra Anna lyfter fram som ett önskat mål. Eva framhåller att chefen finns som ett stöd. Det var för övrigt endast en informant som för tillfället mottog professionell handledning och detta var Berit.

5.5.5 Det önskade stödet

Gällande det stöd informanterna ansåg sig behöva skilde det sig mycket, alla gav dock kortfattade svar och det tycktes inte vara något som engagerade dem speciellt mycket. Utifrån deras svar kunde det dock ses att fyra informanter inte ansåg sig behöva någon form av stöd utöver det som fanns tillhands i nuläget. De resterande tre informanterna menade att stödet skulle behöva utvecklas på olika sätt. Därför kategoriserades svaren in under kategorierna tillfredställd och otillfredsställd.

Tillfredställd

De informanter som alla var eniga om att stödet de har tillgång till idag är fullt tillräckligt för dem var Karl, Berit, Eva och Karin. Eva uttrycker sig på detta sätt angående det stöd hon anser sig få.

”Jag själv tycker inte att jag behöver mer stöd, men någon annan kanske anser att de behöver det, det är ju så personligt.”

Karl, Berit, Eva och Karin ansåg alla att de hade ett bra stöd i form av sina kollegor runt sig vilket kan ligga till grund för att de inte anser sig behöva mer stöd.

Otillfredsställd

De informanter som ansåg att stödet skulle behöva utvecklas på ett eller annat sätt var Marie, Anna och Sara. Marie uttryckte sig på följande sätt angående stödet hon skulle vilja ha:

”Kanske att som enhet ha någon utomstående som kommer, för det är klart vi alla sitter ju med vår förförståelse och det kan ju bli svårt för jag kan känna att det finns nyanser i vad någon kollega säger och då tänker jag att det kan bli lättare ifall man har någon extern som man kan få stöd i.”

Sammanfattningsvis kan det sägas att de flesta informanter ansåg sig nöjda med befintligt stöd medan de som kategoriserades som otillfredsställda främst önskade olika former av extern handledning eller utbildning i ämnet suicidalitet och psykisk ohälsa.

5.5.6 Den största utmaningen

I mötet med äldre personer med suicidala tankar talade informanterna om få personen att känna livsglädje och därmed vända trenden som den största utmaningen. Då alla informanter var samstämmiga i sina svar fast att de uttryckte sig på olika sätt var det svårt att göra flera kategoriseringar av informanternas svar. Informanternas svar föll därmed under en och samma kategori. Det bestämdes således att lägga alla svar under kategorin hopp.

Hopp

Informanternas svar innehöll alla på något sätt att utmaningen var att få de äldre att se en framtid och därmed ge personerna tillbaka en livslust som de inte känt i en tid. Informanterna har dock uttryckt det på olika sätt och det redovisas därför citat från två olika personer för att visa hur lika informanternas svar faktiskt var i frågan. Marie beskriver här vad hon ser som sin utmaning.

”Känna att man får patienten på andra tankar eller att förhålla sig till tankarna på ett annat sätt. Att ändå med en dödsönskan kunna känna meningsfullhet i livet, trots att det inte är så roligt, för det är det inte när man är 95 år och sitter ensam i en tvårumslägenhet när man hör dåligt, ser dåligt och kroppen hänger inte med. Då kan jag förstå att man vill dö.”

Sara redogör här för vad hon anser är den största utmaningen:

”Att kunna få känna att man lyckas vända trenden och att personen lyckas få lite livsglädje tillbaka .”

I mötet med människor i kris är det enligt Cullberg (2006) extra viktigt att uttrycka att krisen kommer gå över och på så sätt visa en hoppfull attityd. Både Sara och Marie beskriver ovan utmaningen i att få personerna att känna meningsfullhet och livsglädje i livet, vilket ses som ett sätt att visa en hoppfull attityd gentemot de äldre. Behandlaren bör vara ett stöd för den som har drabbats av en kris och underlätta för personen att vara uthållig i sin krisperiod och få dem att avstå från att genomföra ogenomtänkta eller självdestruktiva handlingar såsom suicid. Behandlaren skall således vara en stabiliserande faktor (Cullberg, 2006). Då alla informanter påtalade betydelsen av att ge den äldre hopp på ett eller annat sätt anses de utgöra en stabiliserande faktor.

En överblick av terapeutisk hållning visar att de informanter som vidareutbildat sig till psykiatri sjuksköterskor har en större teoretisk erfarenhet vilket i sammanhanget kan ses som något givet. De har också mer praktiska erfarenheter då de i sitt arbete mött fler suicidala äldre än vad övriga gjort. Överlag kan det dock nämnas att informanterna trots skillnader i yrkesbakgrunder, verksamhetsområden och erfarenheter, angett många gemensamma nämnare i vad som upplevs vara de viktigaste egenskaperna i mötet med suicidala äldre där svar som empati, respekt och aktivt lyssnande var vanligt förekommande. Det rådde även en överensstämmelse om att hopp och förmågan att kunna förmedla detta till den äldre, var den största utmaningen för samtliga informanter. Avslutningsvis visar resultatet att drygt hälften av informanterna säger sig vara nöjda med det stöd de får i att kunna möta denna problematik

medan de resterande som också framstår som relativt nöjda dock tycker att stödet kan utvecklas på olika sätt.

5.6 Framtiden

5.6.1 Förbättringar av omhändertagandet och bemötandet

Informanternas anser att det finns mycket som skulle behöva utvecklas inom hälso- och sjukvården när det kommer till omhändertagandet och bemötande av suicidala äldre. Informanterna gav utförliga svar på frågan och det tycktes vara något som engagerade dem alla. Deras olika svar innehöll bland annat att de kunde se ett behov av mer utbildning till omsorgspersonalen, förutom detta lyfte de också fram att de kunde se ett behov av nya avdelningar och boende som speciellt var inriktade mot äldre personer med psykiska sjukdomar. Informanternas svar kunde delas in i två skilda kategorier, dessa kategorier har valts att kallas personalstöd och äldrestöd.

Personalstöd

För att förbättra omhändertagandet och bemötandet av suicidala äldre menar Anna, Eva och Berit att omvårdnadspersonalen borde få tillgång till mer utbildning inom ämnet. Anna anser att det är väldigt viktigt att personalen på kommunala boenden får större kunskap och kännedom om de olika depressionssjukdomarna som finns. Berit säger följande i sitt svar:

”Man ska väl inte kasta sten i glashus, men jag kan tycka att man blir beklämd när kommun och primärvård verkar ha fått så lite utbildning och kunskap i det vi fått inom psykiatri och att dessa patienter möts på ett mycket bristfälligt sätt. Jag vill att de ska ha redskap att möta detta bättre, jag tror att många skickar sina patienter direkt till oss utan att själva föra samtal med patienten kring dessa frågor. De som arbetar inom exempelvis hemtjänst och på äldreboenden borde ju egentligen möta döden mer än vad vi gör men detta verkar inte vara något som man pratar om och detta är ju en realitet för de gamla. Jag tror att det är viktigt att våga prata om detta och så att säga, möta olle i grind, för då kanske det inte måste gå så långt och att det inte behöver leda till suicidala tankar. Jag tror faktiskt att det är många äldre som vill tala om detta men att de inte blir hörda, utan man avleder dem istället. När de kommer hit säger de liksom att ”jag har aldrig kunnat tala med någon om detta”. Man borde därför satsa på utbildning i detta så att omsorgspersonalen får stöd i hur de ska bemöta och även få upp strategier och planer på hur man ska hantera detta.”

Cullberg (2006) menar att det är en fördel om personal som bemöter människor i kris har kunskaper inom psykologi och sociala förhållande. Genom dessa egenskaper kan personerna utveckla en terapeutisk hållning vilket förutsätter en strävan efter kunskap om den drabbades situation och behov, de egna upplevelserna och reaktioner man som behandlare har inför personen man möter och hur den gemensamma kommunikationen sen ut (Cullberg, 2006). Därmed vore en kompetenshöjning för omsorgspersonalen inom just psykologi eventuellt något att sträva emot för att klara av att hantera problematiken på ett bättre sätt och att på så vis ge personalen redskap för att själva klara av att möta personer med dessa tankar.

Äldrestöd

Bättre stöd för de äldre var något alla informanterna tog upp i olika former. Karin lyfte fram att äldre borde kunna få tillgång till mer individanpassad hjälp, Sara ville se särskilda boenden för de äldre som har en psykiatrisk diagnos vilket Eva var helt samstämmig i. Som ovanstående citat visar tycker Berit att omsorgspersonalen bör stödja äldre genom att våga

prata med dem om döden. Marie framhåller att det är viktigt att personalen det bör etableras metoder till hur personalen skall bemöta denna grupp av patienter. Fler enheter som arbetar med äldrepsykiatriska frågor är något Anna pekar på och Karls tankar om hur han vill att äldrestödet skall utvecklas berättar han om i citatet nedan.

”En önskan och en dröm är att äldre som behövt ligga inne på psykavdelningen, där det ju ofta är ont om platser vilket innebär att det blivit lite huller om buller för de äldre, de har bland annat hamnat på avdelningar för missbrukare, så drömmen är att ha en egen avdelning på detta där personalen är särskilt utvald.”

Karin menar att äldre borde kunna få tillgång till mer individanpassat stöd som bland annat kunde vara i form av samtal. Detta tar även Waern (2000) upp i sin studie där hon speciellt framhåller vikten av ett psykosocialt individorienterat stöd. Studien pekade på att det är nödvändigt med just den formen av stöd tillsammans med förbättrad läkemedelsbehandling för att kunna ge deprimerade äldre tillbaka livslusten och att de återigen kan känna att deras liv är meningsfulla (Waern, 2000).

Sammantaget visar informanternas svar att många anser att det borde finnas bättre stöd till suicidala äldre i form av individanpassad hjälp, bättre och fler avdelningar som riktar sig till suicidala äldre samt ökade terapeutiska insatser som professionellt samtalsstöd. Några framhåller också att omsorgspersonal borde få bättre kunskaper och således redskap att kunna bemöta denna problematik på ett adekvat sätt.

6 Slutkapitel

6.1 Sammanfattning av resultat och slutsatser

Syftet med denna undersökning har varit att undersöka och beskriva hur omsorgspersonal inom olika verksamheter bemöter suicidala äldre och ta reda på vilka kunskaper informanterna haft kring denna problematik och hur dessa har omsätts i praktiken. Ett annat syfte har också varit att beskriva vilket stöd personalen har fått i att möta suicidala äldre och vad i bemötandet som skulle kunna förbättras. Studiens frågeställningar har således fokuserat på vilket stöd suicidala äldre får av omsorgspersonalen, i vilken utsträckning personalen fått stöd i att bemöta denna problematik och vad som skulle behöva förbättras. Sammanfattningsvis finns det inga enhälliga och enkla svar på dessa frågor men nedan kommer resultatet att sammanfattas och studiens övergripande resultat kommer diskuteras

Efter en genomarbetning av resultatet kunde en del skillnader och variationer ses i informanternas svar på vissa frågor, dessa variationer har främst funnits mellan informanterna på den särskilda enheten och övriga informanter. Ibland har inte alla informanters svar följt detta mönster men då det i de flesta fall gjorts det väljer vi att presentera de övergripande resultaten. Slutsatsen är således att det finns flera skillnader mellan personalen som arbetar på den särskilda enheten gentemot dem som arbetar på olika äldreboenden. Den första olikheten är att alla informanter som arbetar på den särskilda enheten med undantag för Marie, är vidareutbildade psykiatrijuksköterskor med lång erfarenhet av att möta människor med psykisk ohälsa. Då deras nuvarande arbetsplats dessutom inriktar sig på äldre med psykisk och suicidal problematik, har de en gedigen kunskap och erfarenhet av att möta denna patientgrupp då samtliga anställda möter deprimerade äldre i princip varje dag. Informanterna från äldreboendena möter inte denna patientgrupp i lika stor utsträckning. Skillnaden är således att faktorer såsom teoretisk och praktisk kunskap skiljer sig avsevärt åt mellan specialisterna och dem som arbetar på de olika äldreboendena, vilket beror på att de sistnämnda vanligtvis inte behöver hantera denna problematik. Svaret på frågan kring vilka kunskaper informanterna har om suicidal problematik kan därför sägas bero på var personen arbetar och vilken yrkesutbildning som ligger till grund. Resultatet visar således av förklarliga skäl att det finns mer kunskap, rutiner och resurser hos dem som arbetar särskilt med denna typ av problematik i jämförelse med de som arbetar med äldre i allmänhet.

För att förtydliga vilken typ av kunskap informanterna besittit har vi bland annat ställt frågor kring utlösande händelser och riskfaktorer där det i resultatet har framgått att det kan finnas flera olika utlösande händelser och riskfaktorer. Psykisk ohälsa och depressionsproblematik var den främsta förklaringen till suicidal problematik, något som även resultat från tidigare forskning fört fram. Förluster var en annan sak som informanterna specifikt nämnde i frågan om vad som troddes utlösa suicidal problematik. De förluster som nämndes var vidare kroppsliga, psykologiska eller sociala. De kroppsliga förlusterna kan handla om förluster av egen förmåga på grund av sjukdom, de psykologiska berör förluster i form av den psykiska hälsan medan social förlust behandlar faktorer såsom ensamhet och autonomiförlust något som även teori och tidigare forskning pekar på. Resultaten visar således att informanterna tenderar att ha god kunskap och förståelse i suicidal problematik bland äldre. Det som skiljer sig är dock att personalen från den särskilda enheten kunnat uttala sig lite mer.

För att ge svar på frågan angående vilket stöd suicidala äldre får från våra informanter kan vi återigen konstatera att det finns vissa skillnader i detta beroende på om man arbetar på den

specialinriktade verksamheten eller om man arbetar inom äldreomsorgen. De som arbetar som specialister och som således har stor teoretisk och praktisk kunskap, har kunnat inta ett professionellt förhållningssätt i form av utarbetade metoder för att kunna bemöta suicidala äldre. Exempel på detta är instrument för skattningar av depressioner och strukturerat samtalsstöd med terapeutiska inslag. Bland personalen finns det också en stor tillgänglighet för de äldre som mår dåligt, kontakten är många gånger intensiv med både hembesök och regelbundna telefonsamtal. Denna enhet tenderar också att ha ett nära samarbete med läkare som varje vecka finns på plats på enheten och med psykakut ifall åtgärder behöver vidtas. Informanterna nämnde även att läkaren utgör en form av stöd till de äldre då denna också bokar in samtal med patienterna, samtal som sägs vara betydligt längre än de som förs på exempelvis en vårdcentral. Utifrån svaren kan det också sägas att anhöriga i hög grad involveras i arbetet och ses som en viktig resurs och ett viktigt stöd för den suicidala äldre. Vid jämförelse med informanterna från äldreomsorgen märks en skillnad i resurserna då det exempelvis inte finns något professionellt samtalsstöd att erbjuda, det finns inte tillräckliga kunskaper att på sikt hantera suicidala äldre vilket medför att dessa i de flesta fall remitteras vidare till specialiserade enheter. Vi tycker oss således ha märkt många skillnader och dessa ligger framförallt på ett strukturellt och organisatoriskt plan, då det är verksamheterna i sig som skiljer sig åt.

Trots dessa skillnader i både praktiska och teoretiska kunskaper, så har informanterna i många frågor varit överens. Detta gäller framförallt i bemötandet och stödet av suicidala äldre då många fört fram vikten av att lyssna, respektera och finnas till hands. Flertalet har också nämnt betydelsen av att inte backa för svåra frågor och samtalsämnen och att man inte ska avleda personer med dessa tankar och känslor. Många likheter har setts när det kommer till det medmänskliga och till det personliga mötet med suicidala äldre. Det framstår således som att alla informanter oavsett arbetsplats och yrkesbakgrund, är överens om de goda egenskaper som är önskvärda i mötet med suicidala äldre och att samtliga verkar ha förmågan att kunna utgöra ett gott stöd till äldre med denna problematik men att det ibland kan vara bristande resurser som hindrar detta. Många informanter framhåller även sin empatiska förmåga och i och med det anser vi att alla har goda förutsättningar för att leva sin in i den äldres situation och på så sätt få den äldres förtroende.

När det kommer till frågeställningen angående vilket stöd personalen får i att möta denna problematik kan det sägas att de allra flesta har lyft upp stödet från sina kollegor och att detta således ses som det viktigaste och största stödet. Bland informanterna var handledning inte något som var vanligt förekommande, endast Berit fick handledning för tillfället, och det var inte heller många som efterfrågade detta stöd. Vi kan se ett samband mellan de informanter som var nöjda med det stöd de fick och de som upplevde att kollegor var ett stort stöd. Detta anser vi visar på att kollegornas stöd är väldigt viktigt. Endast tre informanter uttryckte att de skulle vilja att stödet utvecklades på något sätt, varav två av dessa påtalade handledning. Slutsatsen kan därför bli att de flesta var nöjda och ansåg sig kunna hantera denna problematik i dagsläget. Det som flera tyckte kunde förbättras var dock utarbetandet av rutiner och riktlinjer för denna problematik inom äldreomsorgen och att personal inom hemtjänst och äldreboenden skulle få mer utbildning i psykiatri. Detta är något vi författare håller med om och vår förhoppning är att mer utbildning och klarare riktlinjer för hur denna problematik ska hanteras kan leda till att de äldre som lider av depressioner och suicidala tankar, i ett tidigare skede, kan bli uppmärksammade och få det stöd som de behöver istället för att problemen ska sopas under mattan genom avledning. Alla informanter var dessutom eniga om att stödet för de äldre behöver utvecklas på olika sätt vilket vi även kan hålla med om efter arbetet med denna studie. Behovet av individanpassat stöd i form av bland annat

samtalsstöd var något som informanterna lyfte upp vilket vi anser speciellt behöver utvecklas inom de kommunala boendena för på så vis fånga upp problematiken på ett tidigt stadium. Inriktade boenden, avdelningar och fler specialenheter för äldre med psykiska problem var ytterligare något som informanterna ville utveckla, något även vi håller med om då detta kan ses som en brist i dagens samhälle.

6.2 Förslag till vidare forskning

Genom denna studie har vi insett att suicidalitet bland äldre är något som behövs lyftas upp då detta framstår som ett högst tabubelagt ämne. Under studiens gång har ämnet diskuterats med många i omgivningen och nästintill alla har blivit förvånade över hur självmordsstatistiken ser ut för denna åldersgrupp. Vi tror således att bristen på forskning inom detta område kan vara en orsak till denna omedvetenhet som verkar råda i samhället och vi anser därför att detta är ett ämne det bör forskas vidare kring så att denna problematik kan föras fram i ljuset så att det preventiva arbetet kan öka.

Studierna som redovisats i kapitlet om tidigare forskning fokuserar till stor del på vilka faktorer som bidrar till att äldre blir suicidala och vilka orsaker, riskfaktorer och utlösande händelser som ligger till grund för suicidalitet. Vi önskar därför mer forskning kring den äldres egna upplevelser och vad de själva efterfrågar i form av stöd och bemötande. Det skulle också vara intressant att veta hur anhöriga ser på detta då de ofta har en nära inblick i problematiken vilket medför att de troligtvis har många både positiva och negativa upplevelser att dela med sig av som på sikt skulle kunna förbättra situationen både för dem och för deras anhöriga med suicidal problematik.

Referenslista

Böcker

Alvarez, Alfred (1974): *När livet mist sin mening: om självmord och självmordsförsök*. Stockholm: Rabén & Sjögren.

Arranz, Belén (1994): *Neurobiological aspects of human aging and suicide*. Avhandling. Linköping: Universitet.

Beskow, Jan (2000) (red): *Självmord och självmordsprevention: om livsavgörande ögonblick*. Lund: Studentlitteratur.

Beskow, Jan & Palm-Beskow, Astrid & Ehnvall, Anna (2005): *Suicidalitetens språk*. Lund: Studentlitteratur.

Carlsson, Bertil (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder*. Falköping: Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Cronström-Beskow, Solveig (1983): *Samtal om självmord*. Stockholm: Tiden.

Cullberg, Johan (2006): *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.

Droge, Arthur J. & Tabor, James D (1992): *A noble death: suicide and martyrdom among Christians and Jews in antiquity*. San Francisco: HarperSanFrancisco.

Durkheim, Emelie (1930): *Le suicide : étude de sociologie*. Paris: Félix Alcan.

Ejvegård, Rolf (2003): *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Esaiasson, Peter & Gilljam, Mikael & Oscarsson, Henrik & Wängnerud, Lena (2004): *Metodpraktikan- konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Norstedts juridik.

Grollman, Earl A. (2000): *Självmord: förhindra, ingripa, hjälpa efterlevande*. Lysekil: Slussen.

Grönmo, Sigmund (2006) *Metoder i samhällsvetenskap*. Malmö: Liber AB.

Kvale, Steinar (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, Sam (2005): *Kvalitativ metod – en introduktion*. I Larsson, Sam & Lilja, John & Mannheimer, Katarina (red) (2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Svenning, Conny (1997): *Metodboken*. Eslöv: Lorentz förlag.

Thurén, Torsten (1991): *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm Liber AB.

Trost, Jan (1997): *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (2002): *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Waern, Margda (2000): *Suicide in late life*. Doktorsavhandling. Göteborg: Universitet.

Wallén, Göran (1996): *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Wasserman, Danuta (2000): *Depression en vanlig sjukdom*. Stockholm: Natur och kultur.

Widerberg, Karin (2002): *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Wiktorsson, Stefan. (2005). *När livet känns svårt att leva*. Suicidologi 2005, årg. 10 nr. 1.

Propositioner

Socialdepartementet, Proposition 2007/08:110: *En förnyad folkhälsopolitik*.
Utgiven 17 mars 2008

Rapporter

NASP - Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidprevention och prevention av psykisk ohälsa (2007). *Statistik över självmord 1980-2004 och självmordsförsök 1987-2004 i Sverige och Stockholms län*. Stockholm: Karolinska Institutet.

Publikationer

Socialstyrelsen (2008). *Äldre – vård och omsorg år 2007. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm. Artikelnr. 2008-44-7.

Socialstyrelsen (2007). *Dödsorsaker 2005 rapport*. Stockholm: Epidemiologiskt Centrum. Artikelnr. 2007-42-18.

Internet

Expressen. *Hotet fick Birgit, 94 att ta sitt liv*. Publicerad 2009-02-10

URL: <http://www.expressen.se/Nyheter/1.1461179/hotet-fick-birgit-94-att-ta-sitt-liv>

Hämtad 2009-02-20

Sveriges Radio. *Självmord på korttidsboende utreds*. Publicerad: 2007-08-15

URL: <http://www.sr.se/cgi-bin/ostergotland/nyheter/artikel.asp?artikel=1537534>

Hämtad: 2009-02-20

Nationalencyklopedin - www.ne.se

URL: http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/notice_board.jsp?i_type=1

Hämtad 2009-03-10

Dödsorsaksstatistik, Socialstyrelsen.

URL: <http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistikdatabas/index.htm>

Hämtad: 2009-02-10

Bilaga 1.

Informationsbrev

Hej,

Göteborg 09-03-12

Vi skriver angående intervjun som vi önskat få göra med dig och vi vill genom detta brev ge dig kortfattad information om vår uppsatsstudie och andra praktiska detaljer.

Syftet med studien är att undersöka och beskriva på vilket sätt omsorgspersonal bemöter suicidala äldre, utreda vilka kunskaper omsorgspersonalen har kring denna problematik och hur dessa eventuella kunskaper omsätts i praktiken. Studien skall även beskriva vilket stöd personalen får i att möta denna problematik och hur det kan förbättras. Genom denna studie är tanken att belysa ämnet och öka personalens medvetenhet om problematiken för att på sikt förbättra bemötandet av äldre som kan tänkas befinna sig i denna situation

Intervjun kommer att vara i ca 1 timma och om du önskar får du själv välja vart intervjun skall äga rum.

Uppsatsen ingår som en del i socionomutbildningen vid Göteborgs Universitet. I studien kommer vi att följa de forskningsetiska principerna för humaniora och samhällsvetenskap, som har utarbetats av Vetenskapsrådet. Principerna innebär i korthet att du som deltar skall få information om uppsatsens syfte, att du som deltagare själv har rätt att bestämma över din medverkan och att de insamlade uppgifterna kommer att behandlas konfidentiellt och förvaras så att ingen obehörig kan ta del av dem.

Du har vidare rätt att avstå från att svara på frågor eller avbryta intervjun, utan att lämna någon anledning till detta.

Vi vill gärna använda bandspelare vid intervjutillfället. Detta gör det lättare för oss att dokumentera det som sägs under intervjun samt underlättar vårt fortsatta arbete med uppsatsen. Vid utskriften av intervjun kommer vissa uppgifter (t.ex. namn, bostadsort) att ändras så att du inte kan identifieras av något utomstående. Efter utskriften av intervjun kommer bandet att raderas. Allt material kommer att förvaras så att ingen utomstående kan få tillgång till uppgifterna. Uppgifterna som samlats in kommer endast att användas för vår uppsats.

C-uppsatsen beräknas vara klar under juni 2009. Kopia av studien och våra resultat kommer att skickas ut till de som är intresserade.

Om du har några frågor är du välkommen att höra av dig till oss eller vår handledare. I annat fall ser vi fram emot att träffa dig!

Med vänliga hälsningar

Tove Svantesson & Hanna Östman

Vår handledare:

Per-Olof Larsson
Institutionen för socialt arbete

Bilaga 2.

Intervjuguide

Bakgrund

1. Kön?
2. Vilken utbildning har du?
3. Vilken position har du?
4. Vad har du för arbetsuppgifter?
5. Hur länge har du arbetat med äldre?
6. Hur många suicidala äldre har du uppskattningsvis mött i ditt yrkesliv?

Faktorer

7. Vad uppfattar du är utlösande händelser för äldres suicidala tankar?
8. Vilka händelser i den äldres liv anser du, utifrån dina erfarenheter, kan vara riskfaktorer i utvecklandet av suicidal problematik?

Stöd

9. Vad anser du är det viktigaste att tänka på i mötet med en äldre person som är suicidal?
10. Vilket praktiskt stöd får den äldre för att ta sig ur suicidal problematik?
11. Vilket känslomässigt stöd får den äldre för att ta sig ur suicidal problematik?
12. Vilka möjligheter finns det för den äldre att prata med personal?
13. På vilket sätt involveras familj, vänner och anhöriga i stödet av suicidala äldre?
14. På vilket sätt får ni läkarens hjälp i behandlingen av suicidala äldre?
15. Vad bidrar psykofarmaka med i behandlingen av suicidala äldre?

Terapeutisk hållning

16. Vad har du för teoretisk kunskap i att möta suicidala äldre?
17. Vilka praktiska erfarenheter har du av att möta suicidala äldre?
18. Vilka andra personliga egenskaper har du som används i mötet med suicidala äldre?
19. Vilket stöd och hjälp får du som personal för att kunna bemöta denna problematik?
20. Vilket stöd skulle du vilja få?
21. Vad upplever du är den största utmaningen för dig i mötet äldre personer med suicidala tankar?

Framtiden

22. Finns det något i omhändertagandet och bemötandet av suicidala äldre som du skulle vilja utveckla?