

En kaffe og en krise



*-diakoniens forebygging av
selvmord blant eldre*



MGD 300 Masteroppgave i diakoni

Av Astrid Holm Andersen Mdel 09

15. mai 2013

Ord: 28273

Veileder: Kari Karsrud Korslien

Forord

Så har tiden kommet for å skrive et forord i masteroppgaven i diakoni. Etter snart fire år som deltidsstudent ved Diakonhjemmet Høgskole, har jeg nå kommet til avslutning. Når jeg startet på studiet var jeg forholdsvis ukjent med diakonien som sådan, men jeg ønsket å kunne bruke min utdanning som sykepleier til noe mer, og kunne bruke min kristne identitet og tro i møte med mennesker også i arbeidssammenheng. Studiet har gitt meg så mye mer enn undervisning i diakonale fag. Det har vært en utviklingsreise både personlig og faglig, og jeg har lært så ufattelig mye, ikke minst om meg selv.

Når jeg nå skal presentere masteroppgaven så er det med forundring og litt stolthet at jeg faktisk har klart å komme så langt, og samtidig litt vemodig å tenke på at man er til veis ende. Arbeidet med oppgaven har gitt meg mye. Det har vært et tema som har interessert meg lenge, og som fortsatt fanger mitt engasjement etter snart ett års arbeid. Det har vært inspirerende å snakke med de flotte menneskene i fokusgruppen, og det har vært spennende å stå i en prosess som til tider har vært noe kaotisk for så å se at det gir mening. Den største utfordringen har nok likevel vært å starte i ny jobb samtidig med oppstart på oppgaven. Det har vært mye nytt å forholde seg til, men samtidig noe helt annet enn det jeg har spurt og svart på i oppgaven. Det har vært en fordel, for slik å få den nødvendige distansen til tema.

Når jeg nå er i sluttfasen, må jeg takke alle de som har støttet meg. Familien min har vært tålmodige i fire år og gitt meg rom og mulighet til å gjøre dette, og det setter jeg stor pris på. Videre har alle eldre og kollegaer som jeg har jobbet med gjennom mange år gitt meg inspirasjon og støtte. Informantene i fokusgruppen må jeg takke for at dere tok dere tid og var så positive og engasjerte. Jeg setter også stor pris på alle mine flotte venner på diakonhjemmet som jeg har blitt kjent med disse årene. Dere er helt fantastiske og det blir mange flotte diakoner ute i felten de neste årene. Til slutt må jeg få takke min gode lærer og veileder, Kari Karsrud Korslien, for uvurderlig hjelp og gode tips underveis. Du er ikke bare en dyktig fagperson, men et flott menneske og diakon. TAKK!

Oslo 15. Mai 2013

Astrid Holm Andersen

Sammendrag

Denne oppgaven handler om forebygging av selvmord blant eldre, og problemstillingen er:
Hvordan kan diakonien bidra for å forebygge selvmord blant eldre?

Jeg har et spesielt fokus på forebyggingsperspektivet og diakoniens rolle i forhold til eldre og selvmord. Oppgaven er en kvalitativ studie, der det empiriske materiale består av intervju av en fokusgruppe. I tillegg er temaet belyst med tidligere forskning og et eget kontekstkapittel. Innledende kapittel gjør rede for bakgrunn for valg av tema, samt struktur, begrepsavklaring og avgrensning, og aktualitet. Metodekapittelet vil gi en redegjørelse for valg av metode og presentasjon av denne, og videre oppgavens validitet og reliabilitet. Det teoretiske grunnlaget er basert på tre ulike forståelsesrammer, gjennom diakonien, etikken og samfunnsmedisinen. Jeg vil her ta for meg diakoniens grunnlag, handlingskompetanse og omsorg. Etikken vil bli belyst ut fra nærhetsetikken, der jeg tar for meg Løgstrup sine tanker om den etiske fordring. Til slutt vil jeg se på helsebegrepet og Fugelli og Ingstad sine funn i *Helse på norsk*.

Kontekstkapittelet er forholdsvis stort, da det er skrevet mye om selvmord og også gjort noe forskning på eldre og selvmord. Det er også tidligere forskning som har til hensikt å gi forståelse og innsikt i risikofaktorer og sammenhenger for så å kunne bli brukt til forebygging. Dette vil gi grunnlag og perspektiv til det empiriske materiale som vil bli presentert i analysekapitlet. Avslutningsvis vil drøftingskapittelet speile det empiriske materiale opp mot teori og kontekst, for så å ende opp med en konklusjon. Både analyse - og drøftingskapitler vil være delt inn i tre hoveddeler der vi ser på diakoniens rolle og forebyggingsperspektivet, det nære møtet og til slutt livskvalitet og den åndelige dimensjon.

Innhold:	side:
Forord	s: 2
Sammendrag	s: 3
Innhold	s: 4
1: Innledning:	s: 6
1.1: Bakgrunn	s: 6
1.2: Antagelser, tema og problemstilling	s: 7
1.3: Begrepsavklaring	s: 8
1.4: Aktualitet	s: 9
2: Metode:	s: 10
2.1: Beskrivelse av metode	s: 10
2.2: Presentasjon og gjennomføring av fokusgruppeintervju	s: 10
2.3: Validitet	s: 12
2.4: Reliabilitet	s: 13
3: Teori:	s: 15
3.1: Diakonivitenskap	s: 15
3.2: Nærhetsetikk	s: 19
3.3: Helse	s: 23
3.3.1: Religion og helse	s: 27
4: Kontekstkapittel:	s: 30
4.1: Selvmord generelt - årsaker og sammenhenger	s: 30
4.2: Selvmord blant eldre	s: 32
4.2.1: Kompleksitet i forhold til eldre og selvmord	s: 32
4.2.2: Risikofaktorer hos eldre	s: 33
4.3: Forebygging av selvmord blant eldre	s: 36
4.4: Tidligere forskning på eldre og selvmord	s: 39
5: Analyse:	s: 42
5.1: Strategier - forebygging i forhold til risikofaktorer	s: 42
5.1.1: Ressursenes betydning	s: 42
5.1.2: Mestring	s: 43
5.1.3: Autonomi	s: 45
5.1.4: Ansvar	s: 47

5.2: Møtet med den andre - i et forebyggingsperspektiv	s: 48
5.2.1: Møtet og samtalens betydning	s: 48
5.2.2: Faglig blikk og profesjonalitet	s: 50
5.3: Livskvalitet	s: 51
5.3.1: Ressursperspektivet og brukermedvirkning	s: 51
5.3.2: Livskvalitet og aktivitet	s: 53
5.3.3: Den åndelige dimensjon	s: 54
5.4: Oppsummering av funn	s. 55
6: Drøfting:	s: 56
6.1: <i>Kall til handling - diakoniens rolle i forebyggingen</i>	s: 56
6.1.1: Se, bedømme og handle	s: 56
6.1.2: Å mestre og bestemme	s: 60
6.2: <i>En kaffe og en krise - det nære møtet</i>	s: 61
6.2.1: En tone blir antatt	s: 62
6.2.2: Liv eller død	s: 64
6.3: <i>Å få lov å velge livet når livet går mot slutten</i>	s: 65
6.3.1: Leve tross alt	s: 66
6.3.2: Tro og håp	s: 68
7: Konklusjon:	s: 71
Litteraturliste:	s: 72
Vedlegg: Informasjonsskriv og intervjuguide:	s: 75

1: Innledning

Oppgaven går ut fra temaet: Forebygging av selvmord blant eldre. Fokuset vil være hva diakonien kan bidra med, da dette er en masteroppgave i diakoni, og vil ta sikte på å være overførbart både for allmennheten og helsevesen. Innledningsvis vil jeg først si noe om bakgrunn for valgt tema, for så å komme med noen antagelser og presentasjon av problemstilling. Videre kommer begrepsavklaringer og avgrensning for oppgaven for så å si noe om aktualiteten, og hvorfor jeg mener det er viktig å forske på selvmord blant eldre med tanke på forebygging. Etter innledningskapittelet vil jeg gi en redegjørelse for metode, og så presentere teori før jeg går inn på kontekst og tidligere forskning. Deretter vil jeg presentere empiri og analyse, for så å drøfte dette opp mot teori og kontekst.

1.1: *Bakgrunn*

For lenge siden fikk jeg en tittel i hodet : En kaffe og en krise. Jeg visste ikke helt hva jeg skulle bruke den til. Men tanken var at man i diakonien noen ganger kan møte mer enn man først hadde tenkt, ved å se den andre og ta seg tid til en kaffekopp. Samværet kan gi rom for samtale og bekreftelse av den andre, og man kan få del i den andres sårbarhet. Når jeg så valgte tema og problemstilling for oppgaven, og jeg begynte på datainnsamlingen kom denne tittelen tilbake til meg. For det handler nettopp om det å møte et sårbart menneske og gi rom for levd liv, også i forebygging av selvmord. Og kaffen har tradisjonelt sett en viktig plass i diakonien.

Etter å ha jobbet i eldreomsorgen som sykepleier i flere år har jeg møtt mange eldre, som av ulike årsaker føler seg til overs og ensomme. Ofte kan det være i forbindelse med tap, som nære relasjoner, arbeid, helse og tidligere funksjoner og privilegier. Men også nye tap, små eller store, kan minne om tidligere og større tap, også tabubelagte og ”gjemte” sorger. Det kan være vanskelig å oppdage depresjon og selvmordstanker, da aldersforandringer og ulike sykdommer kan kamuflere en depresjon (Kjølseth 2010, Moksnes, 2007). Det finnes også holdninger som ikke ser på eldre som en ressurs og yngre prioriteres fremfor eldre. Eldre sin alderdom og livskvalitet har lite fokus i et modernistisk samfunn. Dette ønsker jeg å belyse og imøtegå med denne oppgaven.

I menighetsdiakonien kan vi møte mange eldre, men min oppfattelse er at arrangementene ofte ikke når de som trenger det mest. De menneskene som bærer på sorg og vonde tanker,

søker ikke nødvendigvis til store, festlige arrangement. Mange kan føle seg mindreverdige og ikke synes de har noe å bidra med inn i fellesskapet. Hvordan kan vi som kirke i vid forstand, møte eldre i en utsatt og sårbar situasjon? I en tid da tradisjonell menighetsdiakoni effektiviseres og omstruktureres, kan møtet med den enkelte, oppsøkende virksomhet og den gode samtale bli skadelidende. Når den eldre mister sin ektefelle er det lite tid til å følge opp i ettertid. Selv om det er naturlig å miste ektefelle i eldre år, er det ikke mindre vanskelig. Når mange eldre velger å ta sitt eget liv mener jeg det er viktig å sette søkelyset på dette emnet. Det er også et viktig diakonalt område, som har ansvar for å løfte frem de mest sårbare gruppene blant oss. Eldre har tradisjonelt en naturlig tilhørighet i kirke og menighetsliv, og det kan oppleves ekstra smertefullt når de opplever at vi som kirke ”svikter”.

1.2: Antagelser, tema og problemstilling

Bakgrunnen for oppgaven leder videre til noen antagelser om hvordan sammenhengen er og hvorfor jeg spør som jeg gjør i problemstillingen. Antagelsene vil bli prøvd på det empiriske materialet og vil enten bli bekreftet eller avkreftet.

Den første antagelsen er at mange av våre arrangementer for og med eldre ikke når frem til alle, og kanskje ikke de som trenger fellesskapet og det å bli sett, aller mest. Charlotte Engel viser til den svenske kirken, der eldrearbeidet når i stor grad de sprekeste og de få (2006). Etter min antagelse er det likehetstrekk til norske forhold.

Forskning viser at mange mennesker er ensomme på grunn av lite nettverk, opplevd tap av nære relasjoner, og er isolert (Kjølseth 2010 / Thorsen 2005). Min antagelse er da at for å nå disse må man drive oppsøkende virksomhet i forebygging av selvmord.

Når mennesker har selvmordstanker, og er i depresjon, tenker vi at dette er en sak for helsevesenet og psykiatrien (Hammerlin / Schjeldrup 1994). Min tredje antagelse er at diakonien har mye å bidra med, i forhold til anerkjennelse, nettverksbygging og inkludering og at dette både kan forebygge ensomhet og selvmord.

Og disse antagelsene leder da frem mot problemstillingen som lyder slik:

Hvordan kan diakonien bidra for å forebygge selvmord blant eldre?

1.3: Begrepsavklaring og oppgavens avgrensning

Begrepsavklaringen tar utgangspunkt i problemstillingen, og skal avgrense og klargjøre oppgavens fokus og omfang.

Først vil jeg definere eldre. Alder er et relativt begrep, vil vi kanskje si. Man er ikke eldre enn man føler seg. Likevel må det her en avgrensning til. WHO definerer "eldre" som mennesker mellom 60 - 74 år og "gamle" som mennesker som er 75 år og eldre" ifølge Engedal i Store Norske leksikon (lest 15.04.13) og

Aldring kan defineres som summen av alle irreversible fysiologiske prosesser som rammer alle individer av en art og som fører til en slik svekkelse av organismen som helhet, at det ikke er forent med liv (Store Norske leksikon, lest 15.04.13).

I oppgaven velger jeg å ha fokus på eldre fra 60 år, da også statistikken omfatter eldre over 60 år. Mange begynner sin pensjonisttilværelse fra 62 år derimot, og empirien berører også eldre fra denne alderen og oppover.

Selv mord finnes det ulike definisjoner på. Durkheims selvmorddefinisjon lyder slik ifølge Hammerlin og Schjeldrup: "Ordet selvmord brukes om alle dødsfall som direkte eller indirekte er resultatet av en positiv eller negativ handling, utført av den avdøde som han visste ville føre til dette resultatet" (1994: 93) og Retterstøl definerer det ganske likt: "Ved selvmord forstår vi en bevisst og villet handling, som individet har foretatt for å skade seg selv, og hvor skaden har ført til døden" (1995:12). Han refererer også til WHO sin definisjon:

Selvmord er en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall, selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å fremkalle de av den avdøde ønskede forandringer (Retterstøl,1995:12).

Selv mord er altså "en selvforvoldt, livstruende handling som resulterer i døden" (ibid:12). Selv mord vil her da ikke omfatte de handlinger som indirekte kan føre til død, som for eksempel risikosport, bruk av rusmidler eller en livsstil som kan få dødelig utfall.

Jeg vil også definere ordet "forebygge" og hva forebygging innebærer i denne sammenhengen. Nasjonalt Senter for Selvmordsforskning og -forebygging har som overordnet mål "å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk og å bedre livskvaliteten og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd" (UIO 2013). Forebygging i denne

oppgaven gjelder eldre fra 60 år og oppover og vil i liten grad omhandle pårørende. Forebyggingen vil dreie seg om å redusere risikofaktorer forbundet med alderdom og bidra til økt livskvalitet og verdighet. Forebyggingen vil ikke omhandle helsetjenesten spesielt, men mer den allmenne forebyggingen, da først og fremst innenfor kirkelig sammenheng i diakonien.

Med diakonien menes i denne sammenheng den omsorg og diakonale handlinger som springer ut av kirker og kirkelige organisasjoner, også i institusjonell diakoni. Det er ikke eksplisitt i Den norske kirke, men alle kirkesamfunn. Likevel vil jeg støtte meg til diakoniplanen for Den norske kirke som definerer diakoni slik: ”Diakoni er kirkens omsorgstjeneste. Den er evangeliet i handling og uttrykkes gjennom nestekjærighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kamp for rettferdighet” (Kirkerådet 2008: 5). Jeg vil komme nærmere inn på hva diakoni innebærer i teorikapitlet. Når jeg nå skal avgrense, så vil diakonien her dreie seg om den handling og aktivitet som springer ut av diakoniens verdigrunnlag og som har som formål å legge til rette for og imøtekomme menneskers behov for fellesskap, for å bli sett og verdsatt.

1.4: Aktualitet

I fra 2006 - 2009 var det ifølge Statistisk sentralbyrå gjennomsnittlig 47 menn og 16 kvinner over 70 år, som tok sitt eget liv pr år, og 23 % over 60 år (2012). Det antas å være store mørketall (Moksnes 2007). Videre er det stadig oppe i media om eldre sin situasjon og det meldes om stor ensomhet spesielt i de større byene og tettstedene. Spesielt i forbindelse med Samhandlingsreformen har kommunene et enda større ansvar overfor også denne gruppen. Det er ikke bare å sende mennesker fra seg til spesialisthelsetjenesten, men de må ivaretas i lokalsamfunnet. Dette fører til store utfordringer for kommunene som allerede er presset på tid og penger. Ikke minst kommer dette frem i den siste undersøkelsen til NRK og Fagforbundet, som har pekt på store mangler ved hjemmetjenesten i kommunene, der eldre lider i et samfunn med innsparinger, og de som skal hjelpe må gå med stoppeklokke (Nrk.no. 2012). Her kan ikke kommunene se bort fra de frivillige aktørene som kirke og menigheter er. Det er aktuelt å se på den diakonale rollen da også diakonien effektiviseres og omstruktureres. Eldre kan bli skadelidende når ressursene må omprioriteres og yngre og eldre blir satt opp mot hverandre. Det er derfor et aktuelt tema for både samfunn og diakoni.

2: Metode

I metodekapitlet vil jeg først gi en beskrivelse og begrunnelse for metode. Videre vil jeg komme med en presentasjon av fokusgruppen og hvordan intervjuet ble gjennomført, før jeg ser på hvilken reliabilitet og validitet arbeidet har.

2.1: *Beskrivelse av metode*

Jeg har valgt en kvalitativ metode, der empirien består av en fokusgruppe. Den kvalitative metoden er valgt da forebygging av selvmord blant eldre er forsket lite på og jeg ønsker å gå mer i dybden på temaet. Da jeg ville fokusere på diakoniens betydning, var målet å finne informanter som jobbet med eldre og som kjente til temaet, samtidig som de hadde sitt utgangspunkt i diakonien. Jeg valgte da en diakonal institusjon som hadde et spesielt fokus på hele mennesket og det de selv kaller en plussfaktor. Jeg valgte videre å samle en fokusgruppe fra foretaket, da de har mange ulike diakonale tiltak under samme tak, og favner forholdsvis vidt faglig. Fokusgruppe i form av gruppesamtale er valgt for å få frem en meningssammenheng, der gruppens informanter vil spille på hverandre og slik få frem både noe annet og forhåpentligvis noe mer enn om de hadde blitt intervjuet hver for seg. Det er også en måte for å få frem en bredde av synspunkter og erfaringer (Johannesen / Tuft / Christoffersen 2011). Fokusgruppen er valgt ut fra kjennskap til virksomheten og organisasjonen den er tilknyttet. De har også fått oppmerksomhet fra media og politikere, nettopp for sitt spesielle engasjement og den ekstra plussfaktoren som de innehar. Fokusgruppen vil fungere som et eksempel på hva diakonien kan bidra med, og vil bli prøvd på tidligere forskning og teori.

Foretaket vil ikke bli nevnt ved navn, heller ikke organisasjon eller sted. Dette først og fremst for å beskytte brukerne, men det er heller ikke relevant for å besvare problemstillingen. Det viktige er at det er et diakonalt foretak, bygd på kristne verdier.

2.2: *Presentasjon og gjennomføring av fokusgruppeintervju*

Fokusgruppen består av 6 personer, som alle arbeider innenfor samme diakonale foretak innenfor en kristen organisasjon, og som har lederansvar for ulike deler av virksomheten. Informantene ble valgt ut i samarbeid med foretaksleder. Foretaket består av en boenhet på 60 beboere som alle har egen leilighet, det er oppsøker-tjenesten bestående av sosionom og sykepleier, aktivitetssenter, kantine, tilbud om transport, ”Mentor +” grupper og

kapellantjeneste. Foretaket kan sies å være et eldresenter med en spesiell plussfaktor, der formålet er å bedre eldre sin hverdag, forebygge isolasjon og ensomhet og øke livskvaliteten.

Boenhetene er ikke sykehjem, men består av leiligheter til eldre som ønsker en ekstra omsorgsfaktor. Eventuelle helsetilbud kommer fra Hjemmetjenesten, men blir ofte formidlet av husvertene som finnes på hver enhet. De kan også bidra med å informere og følge beboerne på aktiviteter som er i samme hus. Alle husvertene har erfaring fra helsevesenet og / eller arbeid med eldre. Det legges vekt på egnethet. Disse skal ikke drive direkte oppsøkende virksomhet, men være tilgjengelige. Oppsøkertjenesten derimot sender ut informasjon til eldre i bydelen pr brev, og oppsøker mennesker som ønsker samtale og ytterligere informasjon. Disse har kompetanse til å vurdere den enkeltes behov og formidler kontakt med helsetjenesten som de har et nært samarbeid med, og vurderer hvilke aktiviteter og grupper den enkelte kan ha nytte av og ønske om å delta i. Aktivitetscenteret har mange ulike tilbud, alt fra snekkerverksted til mestringsgrupper. De har også tilbud om transport til disse aktivitetene og til kulturelle tilbud utenom senteret. Videre har senteret åpen kantine med daglig middagsservering til en rimelig pris. Foretaket har videre et tilbud de kaller Mentor +, der eldre hjelper eldre. De som skal være mentor må være 62 år, og de settes da i kontakt med en annen som ønsker noen å være sammen med, gå på turer eller kafé med for eksempel. Dette skal ikke være en støttekontaktordning, men de skal være likeverdige parter, som begge har nytte av tilbudet. Koordinator setter sammen parene. Det er også koordinator som rekrutterer mentorer. På senteret er det daglig en kapellan tilstede. Han har samtalegrupper med menn, deltar på ulike aktiviteter, bidrar med transport og er tilgjengelig for samtaler.

Fokusgruppen representerer alle disse ulike tiltak innenfor foretaket, og består av leder for boenheten, leder for hele foretaket, sosionom og sykepleier fra oppsøkertjenesten, mentor + koordinator og kapellan. De har alle nærhet til brukerne og har erfaring fra arbeid i eldreomsorgen. De består av 5 kvinner og 1 mann. De er også i stor grad knyttet til organisasjonen de jobber for. Selv om de representerer ulike tiltak er de samkjørt og har samme motivasjon og målsetting for det de gjør.

Intervjuet ble avtalt i god tid, og leder for foretaket innkalte de hun mente var relevante for mitt tema, samtidig som jeg hadde kommet med noen føringer for hva jeg ønsket av gruppen. Gruppeintervjuet ble avtalt å vare i 90 minutter. Intervjuguiden var gitt på forhånd, som var forholdsvis strukturert med innlednings- og åpningsfase, som gikk videre til en introduksjons-

og overgangsfase, for så å bruke mer tid i hovedfasen som så endte i en avrundings - og avslutningsfase. Guiden var delt inn i hoved-emner, der jeg innledet med en påstand eller et sitat fra tidligere forskning og litteratur om tema. Hvert emne hadde så en del underspørsmål. Guiden var ganske omfattende, og ble derfor forenklet noe, da enkelte spørsmål gikk i hverandre. Noen besvarte også flere spørsmål på en gang, som kan ha sammenheng med at de hadde lest guiden på forhånd. Jeg måtte derfor klargjøre litt underveis, og få bekreftet hva de hadde ment. Ellers fungerte intervjuet slik det var tenkt, bortsett fra at det ble litt dårlig tid til avslutningen og vi måtte bruke 15 minutter mer enn avtalt. Jeg tok opp hele intervjuet på lydfil på nettbrett, og noterte også underveis. Det ble litt oppstykket i begynnelsen da teknikken sviktet litt, men det ble bedre etter hvert. Jeg tror ikke dette gikk nevneverdig ut over innholdet, men tok litt tid og noe oppmerksomhet bort fra temaet. Filen var derimot godt hørbar og fungerte fint for transkribering. Intervjuet ble transkribert i sin helhet i etterkant og det er dette jeg bygger empirien på.

Informantene er anonymisert og de refereres til som I.1 - I.6.

2.3: Reliabilitet

Oppgavens reliabilitet handler om oppgavens pålitelighet og om funnene gjenspeiler virkeligheten (Johannesen / Tufte / Christoffersen 2011). For å vurdere dette må jeg se kritisk på de kildene jeg har brukt og hvordan materialet har blitt utvalgt. Kildematerialet kan være noe tynt. Det er kun en fokusgruppe bestående av 6 personer. Jeg har ikke noe annen datainnsamling å bygge på, så slik kan det være lite å vurdere på grunnlag av. Forebygging er vanskelig å måle, og det har vært lite forskning og arbeid på dette feltet innenfor diakonien. Det er derimot forsket mye på selvmord og også på årsakssammenhenger til hvorfor eldre velger selvmord. Jeg har derfor valgt å gå noe grundig inn i konteksten og tidligere forskning, for slik å kunne ha noe å bygge empirien på. Jeg har også valgt å trekke ut tre ulike teoretiske rammer å speile empirien i, for slik å få den belyst fra ulike vinkler. Jeg valgte å ha fokus på diakonien, og gruppen jeg valgte representerer en organisasjon med lang diakonal praksis, med spesielt fokus på å se den enkelte som et helt og likeverdig menneske. Dette var noe av det jeg ønsket å få frem, og slik er kilden pålitelig nok for omfanget av denne oppgaven.

Som forsker må jeg også tenke på at jeg har en viss forforståelse (Johannesen / Tufte / Christoffersen 2011). Dette har lagt grunnlag for hvilke føringer jeg har lagt for oppgaven, og det har også til en viss grad preget antagelser og spørsmål i datainnsamlingen. Det kan derfor være mulig å finne andre svar, kanskje mer utdypende, om andre gjør samme undersøkelse,

med sin forforståelse. Jeg har også hatt en viss forkunnskap, som gjør at jeg har tatt de valg jeg har. Med lang erfaring fra eldreomsorgen, og også med arbeid innenfor den organisasjonen jeg tar utgangspunkt i i gruppeintervjuet, vil jeg se hvilke utfordringer en står ovenfor i dette arbeidet, og finne relevante spørsmål, men også svar som kan være pålitelige og brukbare. Samtidig kan det farge empirien og gjøre at jeg har for bestemte oppfatninger av virkeligheten på forhånd, i tillegg til at det kan bli for faglig og lite tilgjengelig for andre uten denne kunnskapen (ibid). Dette er vanskelig å bedømme selv, men det er noe jeg har vært oppmerksom på og har prøvd å ta høyde for.

Utfordringen med gruppeintervju er at noen kan dominere samtalen, og viktige meninger og erfaringer kan bli borte underveis (Johannesen / Tuft / Christoffersen 2011). I åpningsfasen bad jeg alle presentere seg og si noe om hvilke oppgaver og roller de hadde innenfor foretaket. Dette gjorde at alle fikk ordet og ble vant til settingen. Jeg ble også litt kjent med gruppen. Selv om det var en blandet gruppe, var de vant til å samarbeide og hadde mye av den samme målsettingen, samtidig som de hadde ulike oppgaver og derfor ulike erfaringer. Likevel var det nok enkelte som dominerte samtalen og jeg måtte være oppmerksom på dette, og se og høre om de andre sluttet seg til uttalelsene. Men jeg oppfattet deltagerne som ganske trygge på hverandre og opplevde også at de sa imot hverandre og kom med innspill. Gruppen var også forholdsvis liten, og da er faren for at bredden av erfaring blir mindre (ibid). Men i og med at gruppens medlemmer har ulik bakgrunn og kompetanse og ulike roller i foretaket, representerer de en ganske stor bredde.

For å sikre data har jeg tatt intervjuet opp på lydfil. Dette ble transkribert ord for ord umiddelbart samme dag. Jeg har ikke skrevet ned personlige kommentarer som kom underveis som ikke er relevante for oppgaven. Navn som har blitt nevnt har heller ikke blitt tatt med. Lydfilen er nå slettet. Slik mener jeg at kildene har blitt sikret, og at empirien er pålitelig i den forstand.

2.4: Validitet

”Validitet i kvalitative undersøkelser dreier seg om i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten.” (Johannesen / Tuft / Christoffersen 2011: 230). Validitet er et spørsmål om jeg måler det jeg tror jeg måler, og hvilken gyldighet det har (ibid). Det er lite forskning direkte på forebygging av selvmord blant eldre, og forebygging lar seg vanskelig måle. Innenfor diakonien er det

ikke skrevet noe om temaet så langt jeg kan finne. Underveis i arbeidet har jeg fått mange gode tilbakemeldinger, både innenfor diakonien, allmennheten og helsevesenet. Det er tydelig et tema som er lite belyst og som fanger interesse. Spørsmålet er om funnene er gyldige nok, og relevante for praksis.

Funnene jeg har kommet frem til representerer en del av virkeligheten. Fokusgruppen fungerer som et eksempel, og kan verken bekrefte eller avkrefte i seg selv om det de gjør er relevant forebygging av selvmord. Men i lys av tidligere forskning på feltet, kan vi si noe om de tiltakene som det vises eksempel på forebygger risikofaktorene, og da også selvmord. Selv om funnene representerer en del av virkeligheten, vil den ha en viss overførbarhet - ekstern validitet (Johannesen / Tuft / Christoffersen 2011) til andre som arbeider med eldre, både innenfor andre diakonale foretak, både lokale og institusjonelle, helsevesenet og allmennheten. Det er ikke mange lignende virksomheter, og derfor skiller de seg ut og kan være et godt eksempel for andre foretak, men også for lokalt, diakonalt arbeid.

3: Teori

Jeg har valgt å hente teorien fra tre ulike teoretiske arenaer, diakonivitenskapen, etikken og sosialvitenskapen. Fra diakonien tar jeg utgangspunkt i ”Diakoni i kontekst” (Nordstokke 2010) og belyser det med *Plan for diakoni* (2008) og ulike diakonale artikler. Dette for å si noe om hva diakoni er, og hva slags ansvar vi har som kirke og hva vi baserer vår praksis på. Videre vil jeg se på Løgstrup sin nærhetsetikk om det nære møte, og hvilket ansvar og hvilke forventninger et møte med den andre kan bety (1999 [1956]). Til sist vil jeg se på helsebegrepet og spesielt da gå ut fra Fugelli og Ingstad sin forskning der de gir helse et videre begrep enn det vi tradisjonelt tenker. De peker også på religionens rolle i helsebegrepet, og dette vil knytte helsebegrepet opp mot diakonien som er arenaen for min oppgave (2009).

3.1: *Diakonivitenskap*

Den norske kirkes definisjon på diakoni er: ”Diakoni er kirkens omsorgstjeneste. Den er evangeliet i handling og uttrykkes gjennom nestekjærighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kamp for rettferdighet” (Kirkerådet 2008: 5). Nordstokke peker på at begrepet diakoni vanskelig lar seg definere presist, det er heller ikke en entydig mening slik det brukes i det greske Nye Testamentet. Diakonibegrepet har blitt formet av kirkens historie og hvordan kristne har praktisert kallet om å være en neste (2010).

Nordstokke viser til to grunnleggende forutsetninger i diakonien: Den ene er at det er et teologisk begrep der kjernen finnes i kirkens identitet og oppdrag, og det andre er et ”Kall til handling som svar på menneskelig lidelse og urettferdighet og omsorg for skaperverket” (2010: 8). Dette skal vi se nærmere på.

Først vil vi se på diakoni som et teologisk begrep. Diakoniens teologiske grunnlag i Den norske kirke er i det oppdraget Gud har gitt kirken og som uttrykkes i vår tro. Diakoniplanen påpeker at vi er ”skapt i Guds bilde til å være medmennesker. Vi er utlevert til hverandre og vi er avhengige av hverandre og alt annet som lever [...] Med utgangspunkt i troen på Gud har vi ansvar for verden” (Kirkerådet 2008: 5). ”Diakoni er både å være og å gjøre” ifølge diakoniplanen. Den er basert på det å være et troende menneske og ”er forankret i og forenet med Guds forsoningsverk i Kristus” (ibid: 5).

Diakonien sin identitet og menneskesyn finner vi allerede i skapelsens begynnelse, der Nordstokke hevder at menneskets verdi og verdighet har sine dypeste røtter (2010:25). 1. Mos 1 viser Guds fullkommenhet i all sin skaperkraft: ”Gud så på alt han hadde gjort, og se, det var overmåte godt”. Dette vitner om en anerkjennelse av det skaptes verdi, verdighet og kvalitet. Gud er suveren og allmektig og i Salme 24:1 står det : ”Jorden og det som fyller den, verden og de som bor i den, alt hører Herren til”. Salme 8 vitner om menneskets tilkortkommenhet og ”litenhet” i forhold til Guds storhet og et mektig skaperverk, samtidig slår salmisten fast at mennesket er det største Gud har skapt, med unik rolle og uvurderlig verdi, skapt lite ringere enn Gud. Som Guds ypperste skaperverk har vi fått forvalteransvar for alt det skapte. Men, hevder Nordstokke, onde krefter forsøker å ødelegge skaperverket. Likevel kan vi løfte frem at troen på håpet seirer, troen på en livgivende Gud som vil fremtid og håp. Hebr. 11:1: ”Troen er et pant på det vi håper, et bevis for det vi ikke ser”.

En slik tro motiverer diakonien til å stå imot det onde og fremme rettferdighet, til å forsvare og kjempe sammen med mennesker i nød, til modige handlinger som tegn på håpets forvandlende kraft” (Nordstokke 2010, 25).

Det er troen på Kristus, som tjener og frelser, som gjør at vi kan ha dette håpet. I Mark 10: 45 står det: ”Gud kom for selv å tjene og gi sitt liv som løsepenge for mange”. Forkynnelsen og diakonien er to integrerte dimensjoner i Jesu gjerning. Hans diakonale oppdrag kan sammenfattes med frigjøring, forsoning, helbredelse og oppreisning, stå sammen med lidende og marginaliserte. Han bekrefter menneskets verdi og verdighet. ”Jesu diakoni er en manifestasjon av Guds nåde, som forsoner, forvandler og myndiggjør” (Nordstokke 2010: 26). Å være i Kristus betyr å være i hans nåde og ta del i hans fortsatte og aktive kjærlighetsgjerninger. Diakoni er mer enn aktivitet, det er en ”iboende egenskap ved å være kirke” (ibid 2010: 29).

God diakonal praksis styres av dens kristne identitet og troen på en nådig Gud [...] Siden Guds nåde er en fri gave, må diakonal praksis være raus og ubetinget. Bare da kan den gjenspeile og vitne om ”Guds usigelige gave” (2. Kor 9 :15) (Nordstokke 2010: 30).

Jesus har gitt oss et eksempel og lære til etterfølgelse og Nordstokke referer til Joh. 13:15: ”Jeg har gitt dere et forbilde: Slik jeg har gjort mot dere, skal også dere gjøre” og Joh. 20: 21: ”Som far har sendt meg, sender jeg dere”. Som Jesus tjener, skal vi tjene. Som vi tror at Gud har skapt oss i sitt bilde og Jesus har frelst og forsonet oss med seg, kan vi også tro

at Den Hellige Ånd utrunder og myndiggjør den enkelte til tjeneste og oppdrag. Han utrunder fellesskapet til å fungere som en kropp, som Kristi kropp, der alle har like viktige og verdifulle gaver og alle mennesker har samme verdi (Nordstokke 2010). Diakoni er tuftet på fellesskapet og at man samarbeider forpliktet på det beste for fellesskapet. Fellesskapet er en Guds gave. ”Denne gaven erfares fullt ut når vi, som ulike lemmer på en og samme kropp, anerkjenner hverandre og gjensidig deler de gaver hver av oss har mottatt” (Nordstokke 2010: 31). Anerkjennelsen gjelder ulikheter som kjønn, alder, kultur med mer. Akkurat som ungdom trengs for å styrke fellesskapet, trenger man bidraget fra eldre og å verdsette deres erfaring og visdom. Alle tjener på inkluderende og involverende samvær (ibid).

Den andre grunnleggende forutsetningen i diakonien er kall til handling (Nordstokke 2010) og i diakoniplanen uttrykkes det slik:

Å gjøre troen virksom i handling, betyr å spørre på ny og på ny: Hvem er min neste? Det er også å stille seg til disposisjon, både som fellesskap og enkeltperson, og spørre: ”Hva vil du jeg skal gjøre for deg?” (Luk. 18:41) og å oppsøke marginaliserte, syke, sultne, tørste og isolerte (Kirkerådet 2008: 5,6).

Gode gjerninger er en integrert del og et synlig uttrykk av nytt liv i Kristus. Det er ikke en motsetning til rettferdiggjørelse ved troen alene (Nordstokke 2010). Diakonien er både lokal, global og spesialisert (institusjonell diakoni). All diakoni må ses i kontekst (ibid). ”Det overordnede perspektivet må være at kirkens diakoni står sammen med alle mennesker av god vilje i arbeidet med å ivareta de grunnleggende verdiene i samfunnet” (Kirkerådet 2008: 8), både hva gjelder samarbeid og samordning. Dette gjelder både ovenfor andre menigheter, kirker, organisasjoner og myndigheter.

Korslien og Notland har skrevet om metodiske overveielser i diakonalt arbeid, og dette for å gi diakonien et verktøy til å være aktuelle og jobbe relevant innenfor praksis (2011).

Nordstokke mener metodespørsmålet er helt avgjørende for diakonal praksis.

Arbeidsmetodens primære oppgave er å fremme medvirkning og myndiggjøring og slik bekrefte grunnleggende verdier i diakonien (2010). Korslien og Notland presenterer metoden Exposure, som går ut på å ”utvide sin handlingskompetanse gjennom å la seg berøre og reflektere over andres utsatthet” nemlig ved ”Å bevege seg fra den trygge kirkelige arena til den utsattes arena” (2011:234). Også metoden se - bedømme - handle, går ut på å utvikle holdnings- og handlingskompetanse. Nordstokke legger vekt på at diakonien alltid må ses i en

kontekst. Vi jobber innenfor gitte rammer, normer, samfunnsstrukturer og styresett. Vi jobber med mennesker fra ulike samfunnslag og med ulik kulturell og religiøs bakgrunn. Det er i denne sammenhengen en må se, bedømme og handle. Det er en metode for å knytte teori og praksis sammen, og gjøre forhåpentligvis praksis mer ”reflektert og disiplinert, mer fokusert og mer effektiv” (Nordstokke 2010: 60). Selv om denne metoden kanskje anvendes mest i forhold til globale utfordringer, og i land der det er store ulikheter, kan den også anvendes her. I sammenhengen som tas opp i denne oppgaven, er absolutt de eldre en utsatt og stor gruppe, som trenger diakoniens holdnings- og handlingskompetanse. Spørsmålet er om vi våger å se.

”Diakoni er kirkens omsorgstjeneste” (Kirkerådet 2008:5). Fanuelsen påpeker at omsorgsbegrepet er både et kjent og et utfordrende begrep, da mennesker tolker omsorg innenfor sin egen referanseramme. Det er utfordrende fordi det er så allment, men også i det kristne barmhjertighetsbegrepet er det en sammenheng mellom liv og erfaring. Omsorg er et vidt begrep, og ifølge Fanuelsen mener Vetlesen at ”Omsorg er gulvet i hvert et menneskes liv” (2009: 143). Det er altså omfattende og ”spenner over de fleste livsområder” (Fanuelsen 2009: 143), men er også konkret og praktisk, og Fanuelsen viser til Matt. 25, 35 ff, som omhandler de primære behov som mat, drikke, klær osv (ibid). Omsorgstjenesten i diakonien må dessuten forstås i en kontekst, både samfunnsmessig og kulturelt. Det er der den blir til og utøves (2009: 143). Men omsorgstjenesten må også bestemmes og ses i lys av den teologiske konteksten, som er tolkningshorisonten i møte med menneskers liv (ibid). Når omsorg skal utøves må det også tas hensyn til hvordan mennesker ser på seg selv i dagens samfunn, og ifølge Fanuelsen peker Vetlesen på at autonomi ofte favoriseres over omsorg (2009).

Omsorgens forankring og innhold, og dets form og realisering i diakonien må være forankret både på allmenn og spesiell innsikt. Den allmenne innsikt fås fra erfaring og kunnskap om menneskelivet samt ulike faglige tradisjoner og refleksjoner, mens den spesielle innsikt fås fra troen og åpenbaringen som Bibelen gir oss. Dette gir en helhetlig omsorg som bygger bro mellom fag og tro, ifølge Fanuelsen. Diakonien som kirkens omsorgstjeneste er en ”tjeneste for Gud og nesten, og den er et gjensvar på troens gave. Denne troen formidles også videre gjennom kirken som fellesskap” (Fanuelsen 2009: 156).

Treffer diakonien? Er den omsorg for de utsatte, sårbare og marginaliserte? Charlotte Engel uttaler seg om den svenske kirken, og peker på at diakonien ikke alltid treffer de som trenger

det mest. Når det gjelder diakonien blant eldre, kan den oppfattes som underholdningsdiakoni, og ofte også som lukkede klubber, der bare de friskeste og sprekeste kommer og få nye slipper inn, med liten mulighet til å møte og bearbeide livsutfordringer. Eldrediakonien oppfattes også som konstant, og med liten grad av utvikling og relevans (2006). Det er nok noen likhetstrekk til norsk diakonal virkelighet. Engel peker videre på at arbeidet i liten grad inkluderer de marginaliserte og utsatte grupper, og mister dermed sin troverdighet som kirke (2006).

3.2: *Nærhetsetikken*

Løgstrup har bidratt til nærhetsetikken. Og Henriksen og Vetlesen påpeker at :

Ifølge nærhetsetikken er våre moralske intuisjoner, begreper og prinsipper uløselig knyttet til vår erfaring med å være et menneske blant mennesker[...]Den moralske fordring møter oss straks vi møter et annet menneske (2000: 202).

Det er ikke et valgt ansvar for den andre, akkurat som vi ikke har valgt å være sårbare og avhengige av andre. Det er disse ikke-valgte grunnvilkårene som gir oss det moralske være og ansvar (ibid). Det er nettopp denne uuttalte fordringen Løgstrup tar for seg i sin bok fra 1956.

Løgstrup hevder at mennesket er forbundet til Gud, gjennom skapelsen og Jesu forsoningsverk, og vi er derfor også forbundet til hverandre. Han stiller også spørsmål med hva forholdet mellom oss mennesker må bestå i, når det er så knyttet til Gudsforholdet. ”Når ens forhold til medmennesker er stedet der ens forhold til Gud avgjøres, må det samtidig være stedet der medmenneskelig tilværelse i en slik grad står på spill, at ens svik er uopprettelig” (Løgstrup 1999 [1956]: 25).

Løgstrup referer til Luther som hevder at ”Vi er daglig brød i hverandres liv” (1999 [1956]:25). Og den etiske fordring handler om at ”en selv blir mottatt ved at en tone blir antatt” (s 36). ”Den andre har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender” (s 37), det kan være svært lite (stemning, oppstemthet, tristhet) men også mye...”slik at det simpelthen er opp til den enkelte om den andre vil lykkes med sitt liv” (s 37). Det er feil å tro at hverandres verden berører hverandre av og til: ”Vi er hverandres verden og hverandres skjebne” (s 37) og ”det ligger en uuttalt fordring i et hvilket som helst

møte mellom mennesker, uansett under hvilken omstendigheter møtet finner sted og hvilken kontakter det har” (ibid: 39).

Etikk bygger på logikk og livserfaring. Ifølge Løgstrup handler vi også gjennom de spontane livsytringene som er barmhjertighet, medfølelse, talens åpenhet og tillit, dette er fenomener som innfrir fordringen i møtet med den andre (1999 [1956]). Den spontane livsytringen er forut for handlingen, den kommer av seg selv. Den er noe annet enn en handling, som er planlagt og krever kontroll. Den er spontan og suveren, det vil si at den overtar for motviljen til involvering (Vetlesen 1996). Livsytringene er konkrete og har som mål å fremme den andres livsutfoldelse. Det gode består av både realiseringen av det gode liv og det å gjøre godt, og livsytringene fremmer det gode og dermed tilværelsen, og er muligheter som skal realiseres (ibid). Men gjennom livsytringene, som åpen tale, kan også overgrep skje og her kommer respekten for menneskets urørlighetssone. Dette er en respekt for den andres autonomi, der talens åpenhet og respekt for den andres urørlighetssone er to elementer som hører sammen. Kun da er det snakk om ekte åpenhet (Vetlesen 1996).

Tillit er en av livsytringene, men ligger også til grunn i ethvert møte. Utgangspunktet for møtet er at vi har tillit til hverandre. Men tillit er alltid forbundet med utsatthet og fare, for ved å utlevere seg selv, kan tillit misbrukes eller i motsatt fall - at ens tillit ikke blir tatt imot og møtt. Slik skapes konflikter, der sinn og verdener støter sammen (Løgstrup 1999 [1956]). Også når en ytring eller forventning ikke blir oppfylt, er den forgjeves. Det verste er at en da har blottstilt seg, og så fører det til bebreidelser og beskyldninger. Når en våger seg frem for å bli møtt uten å bli det, skapes en konflikt. Konflikten kommer av at vi ikke vedkjenner oss blottstillingen. Henriksen og Vetlesen mener vårt moralske ansvar er knyttet til ”hva vi gjør med den tillit andre viser oss, og hvordan vi tar vare på og bruker det den andre utleverer av sitt eget” (2000: 245). Det avhenger av hvordan vi responderer på og forvalter den kunnskapen vi får til beste for den andre. Og selv om det her er snakk om et yrkesetisk ansvar, så har vi også som Løgstrup poengterer, et personlig ansvar i ethvert møte.

All kommunikasjon innebærer selvutlevering, akkurat som tillit hører til i enhver samtale i elementær forstand. Det etiske livs grunnfenomen ligger i at man drister seg frem for å bli møtt. Tilliten er ikke opp til oss, den er gitt. Livet kan ikke leves uten å utlevere seg og ”legge mer eller mindre av seg selv i et annet menneskets hånd i vist eller ønsket tillit [...] Gjennom

vår holdning til hverandre er vi med på å gi hverandres verden dens form” (Løgstrup 1999 [1956]: 39).

Derimot hvis ikke tilliten blir møtt, men man i stedet møtes med reservasjon, likegyldighet og avvisning, blir det mistro. Og dette kan igjen føre til at tilliten nøytraliseres på forhånd i neste møte. Man blir klok av skade, kan man kanskje si. Det er flere utfordringer i møtet. Det kan også være at tolkningen fra fordrer til mottaker ikke er sammenfallende, men står i motsetning til hverandre. Da er utfordringen å gå imot det den andre forventer fordi det er den andre tjent med. Hvis vi ikke går imot, blir vi bare et redskap for den andre. Det er alltid en risikabel balansegang mellom fordringen om kjærlighet og ikke ettergivenhet. Hvis vi handler av godhet og ettergivenhet vil vi etablere et uoppriktig forhold. ”Uten vilje til sannhet blir nemlig også offeret til smiger” ifølge Løgstrup (1999 [1956]: 43). ”Det hører fordringen til at den enkelte selv [...] skal sørge for å finne ut hva den går ut på” (ibid: 44). Dette fordi fordringen er taus. Vi kan ikke vite på forhånd hva som er godt for den andre, og det er ikke nødvendigvis det den andre ønsker som er det riktige, men ut fra mitt skjønn, min fantasi og livsutfoldelse og i uselviskhet kan jeg vite hva som er godt for den andre. Samtidig skal man ikke overta ansvaret for den andre (ibid). Løgstrup viser til et modernistisk ideal om frihet og likhet, og legger vekt på at den etiske fordring krever både omsorg og respekt for den andres selvstendighet (I Vetlesen 1996).

Når man i møtet har noe av den andres liv i sine hender, innebærer det et stort ansvar. Og det er også relativt hvor mye av den andres liv en har i sine hender: ”Hva av den andres liv en har i sine hender og som er en prisgitt kan være uhyre forskjellig. Det spenner helt fra den flyktigste stemning hos den andre til hele hans skjebne” (Løgstrup 1999 [1956]: 47). Og Løgstrup peker på at selv om vi er hverandres verden, er ikke det det samme som å ha den andres vilje i sine hender. Dessuten lar ikke den andres vilje og individualitet seg berøre på samme måte som hans stemninger. Å ha den andres skjebne i sin makt er heller ikke det samme som ha makt over den andres reaksjoner. ”Viljen til å forstå hva som er best for den andre...må være koblet til viljen til å la den andre være herre i sin egen verden” (Løgstrup 1999 [1956]: 48). Men også her vil det alltid være en balanse mellom avhengighet og makt, mellom den som stiller forventningene og den som har makt til å gjøre noe med den. ”Av denne elementære avhengigheten og umiddelbare makten utspringer fordringen om å ta vare på det i den andres liv som er avhengig av en” og Løgstrup slår fast at ”Ansvaret for den andre kan aldri gå ut på å overta hans eget ansvar” (1999 [1956]: 50). Å ta ansvaret for noen

kan fort bli at man tar ansvaret fra noen. Da gjør man seg til herre over den andre, og man misbruker tilliten og sin egen makt. ”Hvis man tilraner seg et ansvar som ligger utenfor ens menneskelige mål, øver man unngåelig vold mot dem man har påtatt seg ansvaret for” (ibid: 69).

I en formidling er det saklige og personlige flette sammen, og når konflikter oppstår forskyves ofte vekten fra det saklige til det personlige (Løgstrup 1999 [1956]). Når den spontane livsytringen ikke holder overtar fordringen, og en bevisgjørelse og refleksjon må til (Vetlesen 1996). Da er normene til for å veilede, men det er viktig å ha en nødvendig distanse til normen, ifølge Løgstrup (1999 [1956]). Kun når man avstår fra å legge beslag på normene, har kjærligheten en sjanse. Man er ikke normen og kan ikke legge beslag på den, og her ligger fordringen når man skal ta vare på den andres liv. De sosiale normenes veiledning ”opphever ikke spenningen mellom dem og den radikale fordring” (Løgstrup 1999 [1956]: 86).

Det er også viktig å ha distanse til den andres handlinger, og man må tillate den andre å være noe mer enn sin handling (ibid).

Den uuttalte fordring ”går derimot ut på at alt det som det innbyrdes forholdet gir anledning til at den enkelte sier og gjør, skal sies og gjøres ikke for den enkeltes skyld, men for den andres, hvis liv ligger i den enkeltes hender” (Løgstrup 1999 [1956]: 66). Fordringens radikalitet ligger i å ta vare på den andres liv når ”Tilliten han viser meg øker mitt livsmot, men også når den er høyst ubehagelig og den griper forstyrrende inn i min tilværelse” (ibid: 66) og ”Det andre mennesket er i like stor grad utlevert meg i mistilliten” (s 67). Radikaliteten ligger også i at den andre ikke har rett til å stille fordringen, den oppfylles kun i uselviskhet. Men det vil også alltid ligge et spenningsforhold mellom det å ha ansvar for eget liv, og være uselvisk utlevert til den andre (Vetlesen 1996). Ikke minst vil dette spenningsforholdet oppstå i yrkessammenheng, der man må trekke noen grenser for sin egen del i møtet med den andre. Man har også egen urørlighetssone å ivareta, og noen etiske retningslinjer. Men slik jeg leser Løgstrup er det heller ikke hans mening at vi skal underkaste oss den andre, eller la oss utnytte og bli brukt. Det vil jo heller ikke den andre være tjent med. Uselvisk vil heller innebære at vi ikke skal utnytte møtet til egen fordel.

Som mennesker i et demokratisk samfunn har vi alle et medansvar, det gir oss en sosial bevissthet, der vi er en del av ”folkesuvereniteten”. Vi er alle delaktige i et politisk ansvar, og

også sosialt, selv om mulighetene til innflytelse er begrenset. Vi lever et liv med og mot hverandre, ifølge Løgstrup, og våre innbyrdes forhold vil alltid stå i et maktforhold.

”Den ene har mer eller mindre av den andres liv i sin makt” og ”Hver dag har vi makt over de andres stemninger, og en vakker dag har vi makt over hele skjebnen til et annet menneske” (1999 [1956]: 75). Dette stiller oss til stort ansvar i møtet med den andre, og den radikale fordring gir oss ingen beskyttelse mot maktmisbruk og selvhevdelse fordi ”vi gjør den maktesløs i vår ulydighet mot den” og ”Det ene mennesket er derfor prisgitt det andre menneskets utnyttelse” (ibid: 76).

Løgstrup hevder at menneskeverd bygger på en grunnleggende likhet i det å være menneske og også en kosmisk likhet da mennesket har universet som opphav. ”Tilværelsen er til for dets egen skyld, i det består tilværelsen” (I Vetlesen 1996: 73). Løgstrup skiller mellom tilbakeholdenhet og skamløshet, og hevder at skamløshet er den verste form for ondskap som krenker menneskeverdet. Nestekjærligheten derimot ”er det sinnelag som hjelpeløsheten kaller på” (ibid 1996: 75). Hvis dette sinnelaget uteblir og det ikke fremkaller omsorg, blir menneskets tilværelse frakjent dets verdi og betydning. Nestekjærligheten i de suverene livsytringenes skikkelse er både ivaretagelse og aktelse for den andres liv. Omsorg og ødeleggelse er to klare motsetninger som fører til enten ivaretagelse eller utnyttelse. Spørsmålet er om det er et tredje alternativ, der man kan være nøytral. Dette avviser Løgstrup. Nøytralitet er ikke mulig, da det er ensbetydende med avvisning og dermed ødeleggelse (I Vetlesen 1996).

3.3: *Helse*

Til slutt i teorikapitlet vil jeg se på helsebegrepet. Hva er helse? Er det kun fravær av sykdom? I så fall har de fleste eldre dårlig helse, da sykdom ofte følger med alder. Jeg vil først se på helsebegrepet og det Fugelli kaller helsens fem grunnstoff, og så se på det religiøse og åndelige sin betydning for helsen.

Verdens Helseorganisasjon definerer helse slik: ”Helse er definert som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser” (Helse og omsorgs departementet 2013).

Fugelli påpeker i *Frihet er helsens grunnstoff*, at

Vi må realitetsorientere helsebegrepet. Medisinen bekjenner seg til et glansbilde av helse som krever fravær av sykdom og risiko, nærvær av fullkommen funksjon og velvære. Denne gullstandarden bringer menneskene inn i 0-visjonens psykose (4). Helseidealet blir så blankt at alle får flekker. Livsstilkravene blir så høye at alle kommer til kort. Vi bør holde oss med et raust og ærlig helsebegrep som også rommer feil, sykdom og faenskap – for sånn er livet (2008: 2).

Fugelli og Ingstad har gjennomført en kvalitativ studie og intervjuet 80 personer om begrepet helse. I ettertid har de både sammen og Fugelli alene skrevet noen artikler om funnene, og de har også skrevet *Helse på norsk*, en bok som kom ut i 2009. I artikkelen i Utsyn i 2009 presenterer de 10 grunnstoff som helse består av. Det er ”trivsel, likevekt, helhet, tilpasning, funksjon, å bevege seg mot mål, livskraft, motstandskraft, fravær av tanker om helse og fravær av sykdom” (Fugelli / Ingstad 2009: 3). Ifølge Fugelli og Ingstad oppstår helse ”der hvor menneskene bor, arbeider og elsker” og den påvirkes av ”naturen, miljøet, familien, nabolaget, arbeidet, økonomien, politikken, religionen, livsstilen, personlige egenskaper og helsetjenesten” (ibid 4). De har også funnet at helse er dypt personlig og en del av hele livet, og som livene våre er forskjellig må vi respektere helsens forskjellighet. Videre peker forfatterne på at:

Optimisme og bekymringsløshet fremmer helse, etter våre informanter. På denne bakgrunn er det bemerkelsesverdig hvor negativt orientert det helsefremmende arbeider. Helseopplysningen gir tilnærmet monopol til risiko og beskyttelse. Du skal være føre var og følge med på fare signaler som varsler sykdom. Ved å fokusere på risiko, beskyttelse og forsakelse kan medisinen ta fra menneskene lek, nytelse og munterhet (Fugelli / Ingstad 2009: 4).

Senere har Fugelli omformulert helsens grunnstoff og kommet frem til 5 grunnstoff som fremmer folks helse. I artikkelen *Fastlegen - og helsens grunnstoffer* (2011), går han i rette med den spesialiserte biomedisinen og ønsker å fremme allmenntilleggsmedisinen som i mye større grad ser og bidrar til helsens grunnstoff. De fem grunnstoffene er fravær av sykdom, verdighet, frihet, likevekt og helhet.

Fravær av sykdom er den første av helsens fem grunnstoffer ifølge Fugelli (2011). 17 av 80 informanter hadde med ”fravær av sykdom” i sine svar på god helse. Men ikke som eneste svar. De viste til at helse er sammensatt. Man kan ha god helse til tross for sykdom, ja til og med på grunn av sykdom der livet settes i nytt perspektiv. Hvordan sykdom innvirker på

helsen handler både om sykdommens alvorlighetsgrad og omfang, om menneskets personlighet og livssituasjon (Fugelli / Ingstad 2009). Ordtaket ”det handler ikke så mye om hvordan du har det, men hvordan du tar det” blir bekreftet. Norsk pensjonistforbund mener mange har god helse på tross av sykdom. Det ”skyldes at de fleste har positive helseressurser som gjør at de har et overskudd tross et helseproblem”. (1999: lest 26.02.13). De påpeker videre at det er viktig å se på de positive mestringsressursene og at helse er en viktig del av livskvaliteten. Det er også mulig å tenke at livskvalitet er viktig for helsen, og dette har *Helse på norsk* bekreftet. ”Helse krever også nærvær av positive verdier – biologiske, åndelige og sosiale” (Fugelli 2011: 7). Fugelli og Ingstad poengterer likevel at det er viktig ikke å romantisere sykdom. Betydelig funksjonstap som skyldes sykdom kan få stor betydning for helsen (2009).

Det andre grunnstoffet er **verdighet**. I møte med helsevesenet opplever mange å bli behandlet som objekt for sin sykdom. En av informantene til Fugelli sier: ”Moderne medisin er forhekset av rasjonalitet. Moderne teknomedisin nærmer seg pasienten som en kroppslig ting” (2011: 8). En eldre kvinne sier: «Når jeg går for å se legen min, føler jeg meg som et transportmedium som bærer med meg sykdommen til ham. Men jeg er ikke sykdommen min. Jeg er meg, et menneske på jorden» (ibid: 8). Fugelli mener medisinen overtar for religionen som moralsk domstol og ved det vil også verdigheten forvitte ytterligere. Hvis en ikke passer inn i medisins standard og normalitet blir en lett stigmatisert og blir offer for anklage og skam. Når en som pasient trenger behandling er behandlingen en får på bakgrunn av forskning på massen. Fugelli løfter frem allmennpraktikernes rolle som verdighetsbygger for pasienten, da de kan se den enkelte som subjekt og ha respekt for pasientens hele liv, og ikke bare se sykdommen. ”Allmennpraktikeren lagrer beundring for pasientens vilje til å leve, mestre og kjempe selv på randen av avgrunnen. Den kloke fastlegen gir pasienten «licence to live»” (Fugelli 2011: 8). Verdighet henger også sammen med hva du kan bidra med i samfunnet. ”Arbeidet har vært en sterk formgiver av menneskets sjel og kropp. Det har påvirket menneskesyn og samfunnsmoral” (Fugelli / Ingstad 2009: 284) Fugelli og Ingstad mener at ”Arbeid gir verdighet ved å oppfylle selvbergingsidealet som ligger dypt, kanskje i menneskets natur” (ibid: 288) og ”Arbeid er åpenbart en kilde til helse ved å skape mening og opplevelse av egenverd” (s 293). Arbeidet gir verdighet gjennom at du har kontroll og er selvberget, at du gjør din plikt, at du bidrar til fellesskapet og at du er til nytte. Selvbildet og identiteten din formes også av hva du kan bidra med, hvilket arbeid du har og hvordan du utfører det. Videre skaper arbeid fellesskap og sosial identitet. En av informantene til Fugelli

og Ingstad sier: ”Når folk blir overflødige, det trur eg er litt skummelt. Liksom ikke ha noe fast å gå til, vite at du er til nytte, at ikke folk har bruk for deg mer, det vil eg tru er litt skummelt” (2009: 291).

Det tredje grunnstoffet er **frihet** og en av informantene sier at helse er: ”Å våge og tro på deg selv, å gjøre dine egne valg i livet” (Fugelli 2011: 8). Frihet blir sett på som en viktig politisk helsebetingelse, og den blir også av folket sett på som en sterk verdi i helsebegrepet. Det handler om å kunne få frihet til å oppnå egne mål, muligheten til å ta egne valg og være seg selv. Frihet har også en sammenheng med fellesskap, der fellesskapet både fremmer og hemmer friheten. Fellesskapet gir muligheter til å utøve frihet, det gir trygghet og fellesgoder, men samtidig gir fellesskapet forpliktelser og begrensninger. Innenfor medisinen og det tradisjonelle synet på helse er det mye som truer friheten ifølge Fugelli i *Frihet er helsens grunnstoff* (2008). Det kan være helse i seg selv, der ”Helsetjenesten vil oss alt for vel” (ibid: 2), og vi skal alle passe inn i formen ”det sunne mennesket”. Her blir ikke individet sett som et helt menneske, med frihet til selv å velge. Et annet hinder er trygghet, og Fugelli viser til Kafka som hevder at: ”Det er ofte tryggere å være i lenker enn å være fri” (2008: 3), og ved å spre frykt og skape risiko vil helsevesenet profitere ved at frykt gjør mennesker lydige. Ifølge Fugelli er vi ”på vei inn i et utopisk prosjekt som vil gjøre menneskene til engler og jorden til himmel – her og nå. 0-visjonen tar fra oss frihet til å være ufullkomne mennesker” (2008: 3). Videre vil det og hele tiden skulle prestere og være best, være et hinder for frihet og helse. ”Flinkhetsraseriet forbyr oss å hvile med nok og være glade i oss selv som middels. Det er farlig for friheten og helsen å ville for mye” (Fugelli 2008: 5). Det fører kun til utbrenning og overanstrengelse, påpeker Fugelli. Det neste hinder er likhetsidealet, der vi begrenser menneskers frihet til å kunne være annerledes: ”Dette er det alvorligste av alle frihetsran, fordi det stjeler selve jeget fra mennesket” (ibid: 6). Det siste hinder for friheten er det frie marked, der materialismen råder og tar oppmerksomheten bort fra andre livsgoder som fremmer helse og frihet: ”Sjelefred, sans for stil og skjønnhet, lek, samvær med mennesker, guder, dyr og natur, sosial innsats, politisk engasjement kan bli ofret i dansen rundt gullkalven” (s 7). Og Fugelli påpeker betydningen av fellesskapet:

Dette forsvar for frihet er også et rop om fellesskap. Frihet må være for alle. Det får vi bare til i et raust, rettferdig samfunn [...] Også den høyeste menneskelige verdi, friheten i betydningen muligheten til selvrealisering, skal vi dele på i et rettferdig fellesskap (Fugelli 2008: 8).

Det fjerde grunnstoffet Fugelli har kommet frem til er **likevekt**. Helse er ifølge en informant: «Ja, at du er i harmoni, at du liker deg selv, har det bra med menneskene rundt deg, at livet ditt er i balanse» (Fugelli 2009: 8). For å finne balanse krever det at en kan tilpasse seg og både mestre og tåle de utfordringene en står ovenfor. En annen informant uttrykker det slik at helsen krever at: «Du er balansert og finner deg til rette. For å finne balanse, må du tilpasse deg et liv i forandring» (Fugelli / Ingstad 2009: 72). Og det handler om å avfinne seg med en situasjon, og å tenke måtehold og tilstrekkelighet. Fugelli og Ingstad poengterer :

For hvis du ikke avfinner deg med situasjonen, så blir du stressa og da får du dårlig helse. Å se sine begrensninger, er veldig helsefrembringende. Gi opp av og til [...]Vær fornøyd med den du er, vær fornøyd med det du har, vær fornøyd med det du gjør. Det er godt nok (2009:6).

Det femte grunnstoffet er **helhet**. Helse har et språklig slektskap til ordet ”Heil” som ifølge Fugelli og Ingstad betyr lykke eller frelse. Det norske ordet ”Helse” har røtter i det ”gammelnorske ordet ”Heill” som betyr hel, uskadd, fullstendig” (2009: 72). Helheten handler om at sjel og kropp hører sammen, at vi har et samspill med andre mennesker og naturen, og at vi har en tilhørighet til det åndelige. Dette vil vi se nærmere på i neste kapittel om religion og helse. Helse begrenses ikke til individet, men er relasjonell. Man er vevd sammen med andre mennesker og er derfor også knyttet til disse hva helse angår. Helhet handler også om å bli sett på som et helt mennesker og Fugelli viser til den spesialiserte medisinen som behandler mennesket som objekt og ser bare deler og ikke helhet i møte med individet. ”Mange pasienter føler at de går i stykker når de møter den spesialiserte teknomedisinen. De opplever en slags dekonstruksjon. De savner en lege som kan gjenreise helse som et hele” (Fugelli 2011: 9).

3.3.1: Religion og helse

Fugelli og Ingstad stiller spørsmålet: ”Kanskje er tiden inne for å gjenoppdage at helsen har sjel? At helsen også berøres av Gud?” (2009: 445). Skillet mellom kropp og sjel kom for alvor inn med René Descartes, ifølge Fugelli og Ingstad (ibid). Kroppen skulle sykehusene og medisinen ta seg av, mens sjelen ble værende igjen i kirken.

De kan virke som om kirken og de personlige kristne har tatt et slags monopol på religiøsitet i en grad som gjør at den utbredte folkelig gudstroen blir taus og ydmyk, ja, nesten mister troen på egen tro. Men den er der som en lavmælt, men likevel sterk melding. (Fugelli / Ingstad 2009: 381)

Det kan være ulike grunner til at folk ikke tenker at Gud og religion har noe med deres personlige helse å gjøre. Økt sekularisering, høyere utdannings og kunnskapsnivå, vektlegging av vitenskap og et samfunn preget av rasjonalitet og materialisme (Fugelli /Ingstad 2009). Fugelli og Ingstad peker også på personlige grunner, som ønske om å fremstå som ”moderne”, at de ikke vil identifiseres med kirken og de kristne, og at de undervurderer egen tro og derfor ikke regner seg som religiøse og at det ikke har noen betydning for helsen. Likevel, det finnes en sammenheng mellom religion og helse. De fleste av deres informanter har tro på at Gud kan innvirke på folks helse, ikke minst i nødtider. Også i hverdagslivet kan Gud og religion gi sammenheng og forståelighet i en verden som er preget av uro, endring og uforutsigbarhet, og gi forutsigbarhet og helhet. Videre opplever mange at religionen gir en opplevelse av å være akseptert og godtatt og at tilgivelsen er en kilde til frihet og trygghet. Fellesskapet i religiøse sammenhenger oppleves som trygt og kan gi helse gjennom tilhørighet og nettverk. Opplevelsen av at det finnes en styrende makt, som står over både vitenskap og fornuft gir for mange mening både i gode og vonde erfaringer. Mening med livet kan mennesker både søke og finne i mange sammenhenger, også i religionen og hos Gud. Blant annet finner mange mening i å ha noe å leve for, tro og håpe på. Trygghet er viktig for mennesker i hverdagslivet, men mange søker også eksistensiell trygghet som gir ankerfeste. Fugelli og Ingstad viser til Durkheim som i sin studie om samfunn og selvmord hevder at ”miljøer preget av religiøs tilhørighet og orden beskytter mot usikkerheten ved det moderne livet” (2009: 395). Normer gir trygghet, og verdiene religionen står for oppleves som ”veiviser for samliv og samvær” (ibid: 396).

Religionen kan også som nevnt ha negativ effekt. Mange mennesker har opplevd møte med kristendommen som fordømmende og moralsk. Det har vært lite rom for å være annerledes. Normene har vært så snevre og trange at mennesker lett har falt utenom og blitt sett på og oppfattet som umoralske. Kjærligheten som kristendommen står for har blitt underlagt moral og riktig livsførsel. Religion kan også skape frykt. Det fører ikke til god helse, poengterer Fugelli og Ingstad (2009).

Selv om mange har prøvd å bevise og overbevise folk om at Gud ikke finnes og at kristendommen har hatt negativ effekt, så viser *Helse på norsk* at kristendommen ikke er død i den norske folkesjela. Fugelli og Ingstad viser til Jens Bjørneboe:

Man kan mene om kristendommen hva man vil, men den kan ikke oppheves; den er sådd i oss og har vokst i oss i to årtuseners ubevissthet, den er blitt blod og knokler, syn og hørsel, ansiktsuttrykk og håndbevegelser. (2009: 413)

Religion kan ha mye å bety for folks helse, ikke minst nå i vår moderne tid som preges av fragmentering, uro, endring, normløshet, individuelt fokus og vinnermentalitet, fornuft og vitenskap. Moderniteten beskrives også som et eksistensielt tomrom, der selve livet blir satt spørsmålsteget ved, og her kan religionen bidra til å gi mening og verdi. ”Religionen fremmer helsen ved å by på eksistensielle og sosiale verdier: Mening, trygghet, ydmykhet, fellesskap, normer for samfunn og samliv” (Fugelli / Ingstad 2009: 413). Men samtidig advares det mot at religion blir brukt som et medium til å bedre folks helse. Det er heller viktig å ta høyde for hvilke rolle religion og livssyn spiller for hvert menneskes helhet og legge til rette for denne dimensjonen i folks liv, både i forebygging og behandling, og også styrke den sjelelige og åndelige omsorgen i helsevesenet (ibid).

Fugelli og Ingstad summerer funnene i *Helse på norsk* blant annet slik:

Vi fant at helsen er gåtefull og frodig som livet selv. Helsen er kropp og ånd og samfunn. Helse er glede og fravær av smerte. Helse er likevekt og mulighet til å ”blomstre” som menneske. Helse er å gjøre det gode for nesten. Helse er å få ting til. Helse er å oppleve at livet har mening. Helse er tro og håp. Helse er å være nær naturen. Helse er verdighet. Helse er å bli verdensmester på ski og å klare å gå ut på kjøkkenet om morgenen. Helsen er også et slags felleseie mellom mennesker som virker på hverandre og bryr seg om hverandre. (2009: 417).

4: Kontekstkapittel

For å kunne forstå empirien og sette den i sammenheng, må vi først se på selvmord generelt, årsaker og sammenhenger, forskning på selvmord blant eldre og forebygging både generelt og spesielt rettet mot denne gruppen. Her vil risikofaktorene være sentrale, for ved å forstå disse, vil man kunne få et klarere bilde av hva man skal forebygge og ta høyde for. Jeg vil derfor presentere risikofaktorene som har kommet frem gjennom tidligere forskning i dette kapitlet.

4.1: *Selvmord generelt - årsaker og sammenhenger*

Selvmord er ikke et nytt begrep. Helt fra gammel tid har selvmord blitt sett på som en uverdigg handling, både med tanke på at livet var gitt som gave av gudene, at det kunne forstyrre verdens balanse, men at det også kunne finnes unntakstilstander som grufulle lidelser, uutholdelig fattigdom og dyp sorg og nød (Hammerlin /Schjeldrup 1994). Selvmordet kunne ifølge Stoikerne, være en metode for flukt eller avbryte lidelser, som alderdommens svekkelse og forfall, det som forhindret livet å være leveverdigg. Det var riktig, mente de, å veie motivene for og mot når sykdommene og livet ble for vanskelig (Retterstøl 1995). Også i førkristen tid i Norge kunne selvmord være fremprovosert livsopphør for å unngå vanære, og alderdom og smertefull sykdom var akseptable motiver. Dette så en spesielt hos nomadefolk , som kalte den siste "reisen" for "Velsignet ferd" (Hammerlin /Schjeldrup 1994).

I kristen tid har selvmord vært sett på som galt og uverdigg, der vanlige sanksjoner har vært å bli nektet vanlig begravelse og sorgritual. Augustin slo fast i 452 e Kr, at budet "Du skal ikke slå i hjel" også var gjeldene for selvmord, da selvmord var mord. Selvmord var tegn på svakhet, og den som tok sitt eget liv døde som den verste synder. Selvmord ble forbudt. Fra 1096 (Kirkemøtet i Nimes) ble de som hadde utført selvmord nektet rett til begravelse i viet jord (Retterstøl 1995). På 1800-tallet ble det derimot en oppmyking. Hume hevdet menneskets rett til å bestemme over egen død og sa at mennesket gjør ikke noe galt men slutter å gjøre godt. 1900 tallet blir betegnet som det sterke familiebåndes århundre, og selvmord ble sett på som skam som rammet først og fremst de pårørende. Selvmord ble holdt skjult som familiehemmelighet og var forbundet med sinnssykdom. I Norge ble selvmorderen straffet ved å bli begravet sammen med forbrytere i skogen og uviet jord. Selvmord ble sett på som drap, og overtroen blant folk var at det da ville bli vanskelig å finne fred i neste verden og at de ville komme tilbake som spøkelser og gjenferd (ibid).

”Også i dag har ordet selvmord en negativ klang og uttrykker på mange måter en historisk - kulturell fordømmelse” ifølge Hammerlin og Schjeldrup (1994: 23). De refererer til Hammerlin og Enerstvedt som peker på at ”Selvmordets mangetydigheter må tas alvorlig fordi de blant annet gjenspeiler samfunnets kompleksitet” (ibid:24). Selvmordet kan ses på som en avvikende handling som enten skyldes samfunnsmessige belastende forhold, der selvmordhandlingen er samfunnsstyrt eller skyldes sosioøkonomiske forhold, eller er en avvikende individualistisk handling som gjenspeiler individuelle eller personlige problemer (ibid).

Det kan være ulike grunner til at mennesker velger å ta sitt eget liv. Det er mye forskning på dette feltet. Noen årsaker kan ha biologisk forklaring, andre psykologisk og sosiologisk. Vi skal ikke gå i dybden på dette, da det ikke er så relevant for min problemstilling. Men vi skal likevel nevne det kort, da det sier noe om bakgrunn og årsakssammenhenger for selvmord. Biologiske forklaringer går ut på at selvmord er et biologisk avvik, et sykdomsbilde med patologisk årsak, og det kan skyldes arv, utviklingsforstyrrelser eller fysiske skader og lidelser. I en psykologisk forklaringsmodell blir selvmord forstått ”som forstyrrelser, følelser og reaksjoner i den enkeltes sinn, og da som psykiske problemer for individet” (Hammerlin / Schjeldrup 1994: 65). Sosiologiske forklaringsmodeller derimot er samfunnsorientert. Durkheim har vært en av de fremste til å prege disse teoriene. Han ser på selvmordet som et sosialt faktum, og når noen tar sitt eget liv er det på grunn av sviktende samhold mellom individet og omgivelsene og en indikasjon på solidariteten i et samfunn (Hammerlin / Shjeldrup, 1994). Hans forklaringsmodeller innebærer hvor stor grad av integrering det er mellom individ og samfunn. Hammerlin og Schjeldrup referer til Durkheim: ”Selvmordet varierer inverst med graden av integrasjon i de samfunnsgruppene som individet er en del av” (1994: 100). Han trekker frem spesielt familien og religion som beskyttende for individet og at fattigdom er den beste læremester og selvkontrollens kunst, som motiverer til å akseptere en kollektiv disiplin der grensene for deres behov og ønsker er definert, likevekten stabil og de setter pris på det de allerede har (ibid:102).

Hammerlin og Schjeldrup står selv for en virksomhetsteori, som vektlegger at:

Mennesket påvirkes av de samfunnsmessige betingelsene, men at den enkelte er et handlende og skapende subjekt som søker ulike mål med handlingen, og dermed har forskjellige motiver for å begå selvmord” (Hammerlin / Schjeldrup 1994: 107).

De mener det er et indre forhold mellom individ og samfunn, der det er helt nødvendig å studere dette forholdet for å kunne forstå enkeltmenneskers livssituasjon, væremåte og handling, ikke minst i forklaring av selvmord. Selvmord er en form for kommunikasjon og en væremåte i forhold til omverdenen. Dødsvalget er mer eller mindre fritt og overveid. Den enkeltes motiv og mening er sentral, og må også forstås ut fra behov (ibid).

Selvmordsproblematikken uttrykker derfor et problemkompleks som objektivt og subjektivt sett har å gjøre med de mest grunnleggende sider av måten vi lever sammen og mot hverandre på, et problemkompleks som bare kan forstås ved å betrakte det i videste forstand som et sosialt problem og som et kulturproblem...Selvmord er sosialt i sitt vesen, både i forhold til de årsaker som motiverer folk til å bryte livet ,og i forhold til konsekvensene av et selvmord (Hammerlin / Schjeldrup 1994: 148).

4.2: *Selvmord blant eldre*

Siden selvmord blant eldre er tema for min oppgave vil jeg se på hva som gjør denne gruppen så utsatt og hva som er spesielt både med bakgrunn og gjennomføring av selvmordet.

Jeg vil først si noe om kompleksiteten og så gå inn på risikofaktorer.

4.2.1: Kompleksitet i forhold til eldre og selvmord

Eldre mennesker har en historie med seg og levd liv bak seg. Alderdommen setter også sitt preg med sammensatte sykdommer og lidelser. I tillegg øker tapsopplevelsene med høy alder. Alt dette gjør at forståelsen og forklaringene på hvorfor eldre tar sitt eget liv blir kompleks og sammensatt. Jeg kommer tilbake til risikofaktorer hos eldre nedenfor, men vil først si noe generelt om bakgrunnen for at eldre utfører selvmord og hvordan. Thorsen påpeker at eldre har større tendens enn yngre til å ta sitt eget liv ved at de er mer målbevisst og har planlagt selvmordet grundig. De velger sikrere og mer voldsomme metoder (Thorsen, 2005). Engedal mener at personlighetsstruktur har mindre å si enn evnen til å tilpasse seg tap og endringer i alderdommen (2000). Det er menn over 80 år som er spesielt utsatt, de er besluttsomme og gjør sjelden forsøk, og de etterlater seg sjelden brev. Derfor er det også sannsynlige mørketall der selvmordet ikke blir avdekket, men registrert som vanlig dødsfall (ibid). Moksnes peker på at de metodene eldre bruker er skyting blant menn, og drukning blant kvinner. Men mange eldre slutter også næringstilførsel og vegrer seg for nødvendige medisiner. De tar dessuten større sjanser når det gjelder helsen og kan bli likegyldig. Dette fører også til store mørketall (Moksnes 2007). Ifølge Kjølseth er det færre selvmordsforsøk blant eldre og at dette kan skyldes bedre planlegging og mer bestemt handling. Det kan også skyldes at eldre er mer

sårbar fysisk og kan dø av komplikasjoner og at mange lever mer isolert og alene og blir derfor ikke oppdaget i tide (Kjølseth 2010). Det er en av tre som tar sitt eget liv etter ett forsøk. Det vil si at risikoen for selvmord er stor der forsøk er gjort tidligere. Forsøket kan virke ufarlig nok, mens selvmordet er både brutalt og fatalt (Retterstøl 1995).

Thorsen advarer mot reduksjonisme, hvor enkeltfaktorer som f.eks. depresjon opphøyres som hovedårsak (2005). Hun peker videre på at enker, enkemenn og fraskilte har høyere risiko og økende andel eldre bor alene. Ensomhet er opplevelse av savn og er en hovedfaktor for selvmord hos eldre og er en kompleks tilstand som varierer i intensitet og følelser. Menn er mer utsatt for å oppleve ensomhet, da de ofte har ektefellen som sin eneste fortrolige, og har derfor ”mer og miste” når ektefellen går bort (Thorsen 2005: 7). Hun peker også på at det er en klar sammenheng mellom ensomhet og dårlig psykisk og fysisk helse. Mange opplever meningsløshet og håpløshet etter å ha mistet ektefellen, videre opplever mange ensomhet når partneren blir syk, dement og så videre, eller når de selv opplever sykdom som gjør de mindre i stand til å takle hverdagen (ibid:7).

Det å bli syk, ikke minst i eldre år, får sosiale konsekvenser. Mange blir immobile og får vanskeligheter med å opprettholde nettverket som allerede er sårbart. Hammerlin og Schjeldrup peker på sammenhengen mellom den syke kroppen og den sosiale rollen:

Gjennom den syke kroppen føler mange seg som sosialt utstøtt eller som en sosial belastning. Vår syke kropp oppfattes dessuten som en sosial belastning. Vår syke kropp oppfattes som en begrensning i vår virksomhetsutøvelse, og dermed som et tap av noe eller noen (Funksjoner, sosiale posisjoner osv) (1994: 62).

Alderdom, alvorlige skavanker, sykdommer og ulykker som fører til tap av funksjoner og virksomhetsmuligheter, kan ha betydning for den enkeltes sosiale posisjon, sosiale situasjon, sosiale relasjoner og livslyst. Dette får betydning for selvmords- og eutanasi-problematikken (ibid:64).

Alderdom er i seg selv ingen sykdom, men sykdommer følger gjerne med og konsekvensene av alderdommen er mye de samme som ved sykdom. Man lever under gitte sosiale rammer og det er også innenfor disse man blir eldre og syk. Det er derfor både kulturelt og sosialt betinget hvilke konsekvenser det får for den enkelte (Hammerlin /Schjeldrup, 1994).

4.2.2: Risikofaktorer hos eldre

Jeg har også vært inne på risikofaktorer tidligere, men går mer systematisk gjennom disse her, da risikofaktorene vil si noe om hva som må forebygges.

Det de fleste enes om er at **Tap og reorientering** er en fremtredende faktor hos eldre. Det kan være tapsopplevelser som tap av arbeid, funksjonsevne, svekkede sanser, sosial status, sertifikat med mer og tap av relasjoner som venner og familie både på grunn av død, men også på grunn av sykdom og isolasjon. Dette fører til ytterligere ensomhet, tomhet, isolasjon og depresjon (Moksnes 2007). Og Thorsen bruker beskrivelser som ” sosialt etterlatt” og ensom ”overlever” og kaller opplevelsen ”den særegne ensomheten i alderdommen” (Thorsen 2005:8)

Det er ikke sant at tiden leger alle sår etter tap av ektefelle. Og nye tap kan forsterke tapsreaksjonene og ensomhetsfølelsen etter at ektefellen har gått bort. Det kan bli en negativ spiral av tap, sorg, isolasjon, ensomhet, meningsløshet og maktesløshet.”
(ibid: 8)

Tap av selvfølelse og egenverd er fremtredende hos mange eldre. Moksnes mener selvmord må sees i forhold til sosiale, kulturelle og politiske faktorer (2007). Holdninger betyr mye for eldre sin egenverd og selvoppfattelse. Tidligere gav velstand trygghet og status, men mange opplever at det hjelper lite mot alderdommen. Tap av sosial anseelse og også økonomiske tap rammer spesielt menns selvfølelse hardt (ibid). Kjølseth viser til Durkheim som hevder at selvmordsrisiko avhenger av individets evne og samfunnets evne til integrering. Mange faktorer kan innvirke på integrering av eldre mennesker i samfunnet. Med alder øker risiko for tap både av venner og familie, sykdom og redusert mobilitet kan føre til isolasjon, og alder kan føre til tap av sosiale roller og status (2010). Kjølseth viser også til Cowgill som peker på at eldre sin rolle og status varierer systematisk med graden av modernismen i samfunnet, og modernismen tenderer til å degradere eldre sin status og underminere deres sikkerhet i det sosiale samfunnet (2010). Et samfunn som oppmuntrer til kultivering av individet, vil eldre før eller senere tape i kampen mot yngre og deres status blir degradert. Slik vil også økonomiske ressurser bli prioritert til fordel for yngre (ibid).

Risikofaktorene henger naturlig nok sammen. Og opplevelsen av tap, redusert evne til reorientering og følelsen av å bli tilsidesatt i samfunnet fører til **sosial isolasjon og ensomhet**. Mange har dårlig sosialt nettverk, og Moksnes peker på at selvmordsraten er høyere i byene enn landområder (2007). Men det kan også ha sammenheng med mulige mørketall, for som vi var inne på tidligere er fortsatt selvmord skambelagt og tabu mange steder (Hammerlin

/Schjeldrup 1994). Det kan være vanskelig å få nye venner i eldre år. Eldre blir, og opplever seg selv, som en belastning for familien (Thorsen 2005). Spesielt eldre som av ulike årsaker flytter, synes det er vanskelig å få nytt nettverk, da de andre har helt andre referanser og det er vanskelig å være med i samtalen som ofte dreier seg om tidligere tider og mennesker de ikke kjenner. Thorsen viser til Kemp som peker på hvor viktig den sosiale faktoren er: ”Det sosiale kan vise veien ut av sorgen, savnet og lidelsen, og være motvekt mot selvmord” (Thorsen 2005: 8).

Typiske risikofaktorer generelt er **psykisk sykdom og depresjon**. Dette gjelder også i større eller mindre grad de eldre. Men det spesielle med eldre er at deres situasjon er mer sammensatt og kompleks. Kjølseth peker på at alderdomssykdommer har sammenheng med person, levd liv, og hvordan de møter alderdommen. Av psykiske lidelser er depresjon mest fremtredende hos eldre, og den kan være atypisk. Ofte fremtrer de somatiske sykdommene som mindre alvorlig, men symptomene må sees i sammenheng med alderdom, som sorg over livet som snart har gått og følelse av å ikke høre til i ”denne verden” lengre.

Aldersperspektivet må tas med for å forstå fenomenet poengterer Kjølseth (2010). Alder i seg selv er ikke en risiko, men tap er en utløsende faktor, som tap av ektefelle, sosialt nettverk, helse, funksjonsevne, selvstendighet, roller og posisjoner og evnen til omstilling (Engedal 2000). Engedal peker på at det er flest kvinner som er registrert som deprimerte og det kan være mange grunner til dette. Det kan blant annet være at flere kvinner enn menn søker fastlegen og får diagnostisert depresjon (ibid).

Siden depresjon er en sterk risikofaktor, vil det være viktig å diagnostisere og behandle dette. Men da symptomene ofte er atypiske hos eldre, kan det være vanskelig å diagnostisere. Få eldre har tilgang på psykiatrisk tilbud, og er reservert fra å søke slik hjelp. Forskning har vist at depresjon er underrapportert og underbehandlet (Kjølseth 2010). Selv om mange har søkt lege i tiden før selvmordet, er det få som er diagnostisert som deprimerte. Ifølge Thorsen er 70 % av eldre som har tatt sitt liv har vært hos lege siste måned. Likevel er ikke depresjon blitt oppdaget og kroppslige lidelser har blitt vektlagt (2005). Moksnes peker på at selvmordstanker er vanlig ved depresjon. Samtalen er viktig og signalene må tas på alvor. Det må gjøres grundige kliniske vurderinger der man ser på tidligere evner til å mestre belastninger, pasientens sårbarhet, støtteresurser, dødsønsker og evne til realitetstesting (Moksnes 2007). Av andre mentale tilstander peker Kjølseth på psykoser, Alzheimer og demens som en viss risiko for selvmord (2010).

Også **Alvorlig somatisk sykdom** kan være en risikofaktor. Det er sykdommer som smertelidelser, slag, kreft, kroniske lungesykdommer osv. Det kan virke som det er den totale byrden av sykdom og plager som er utslagsgivende kan det virke som (Kjølseth 2010). Men det er også studier som ikke viser denne sammenhengen. 83 % over 80 år har kroniske sykdommer i Norge. Derfor må fysisk sykdom ses i sammenheng med personlig opplevelse, sosiokulturelle forhold, relasjoner til familie og helsepersonell med mer (ibid). Kjølseth og Ekeberg har tidligere gjort en studie av selvmordsforsøk der det kommer frem at det er deres egen opplevelse av å ikke lenger være i stand til bidra med noe meningsfullt er utslagsgivende for selvmordsforsøket (1997).

Alkohol og kjemiske faktorer som rusmidler og medisiner, både virkning og bivirkning, kan i noen tilfeller være utslagsgivende. Det er også som hos yngre studert på om det er **biologiske komponenter** som ligger bak (Moksnes 2007). Dette kan jo også påvirke hvordan den enkelte takler utfordringer i alderdommen og hvor sårbar en er for tap og endring.

4.3: Forebygging av selvmord blant eldre

Min erfaring i møte med temaet og mennesker jeg har snakket med, er at det er lite fokus på selvmord blant eldre i Norge. Dette bekrefter også Kjølseth og mener at det kan ha flere årsaker, blant annet at mange frykter alderdommen og vi dyrker ungdommeligheten. Det kan også være at selvmord blant eldre blir sett på som mer naturlig (2010). Hammerlin og Schjeldrup påpeker at ”Etisk sett er ethvert selvmord for mye. Ethvert selvmord må tas alvorlig. Mange involveres og mange lider som følge av et selvmord. Konsekvensene er store.” (1994:38). Dette gjelder også eldre mennesker. Ifølge Kjølseth er det lite forskningsbasert kunnskap om forebyggende strategier blant eldre, men anbefalingene blir tegnet ut i fra risikofaktorene (2010). Hun nevner depresjon som en sterk risikofaktor, og da vil det være viktig å diagnostisere og behandle depresjon. Men siden symptomene ofte er atypiske hos eldre, kan det være vanskelig å diagnostisere. Få eldre har tilgang på psykiatrisk tilbud, og er reservert fra å søke slik hjelp. Hun viser til en studie gjort i Italia, der eldre i risikogrupper fikk tilgang på telefonkontakt, og selvmordstallene gikk ned, men dette appellerte mest til kvinner. Hun viser også til Danmark som arbeider for å øke kompetansen blant helsepersonell og frivillige organisasjoner i å kommunisere med eldre om døden (ibid). Engedal påpeker at samtaler om død og selvmord med eldre, deprimerede mennesker er viktig forebygging, og det er viktig å ta de eldre på alvor (2000). Flere undersøkelser viser at spesielt

menn er vanskelige å nå gjennom det primære helsevesenet, da de sier lite om sine tanker og opplevelser (ibid).

Hammerlin og Schjeldrup setter spørsmålsteget ved den forebyggingen som er satt i verk:

Mange tradisjonelle tiltak mot selvmord har foregått og foregår i et svært snevert handlingsrom, ofte i profesjonelle miljøer med forskjellige faglige tilnærminger [...] dermed er deres virksomhetsområde og omsorgssone begrenset, med begrensede oppgaver i tid og rom. De snevrer dermed inn selvmordsarbeidet til (behandlings)spesialiserte virksomhetsarenaer (1994: 150).

Kjølseth støtter dette og mener universal forebygging innebærer alle som har som mål å oppnå bedre sosiale forhold for eldre - som helsetiltak og mulighet til å velge disse, og tiltak som forebygger isolasjon og ensomhet. Hun nevner også forebyggende tiltak som å fjerne tilgangen på selvmords ”redskap” som piller, våpen osv. Endring av utskriving av antipsykotika og antidepressiva har også hatt en preventiv effekt (Kjølseth 2010). Retterstøl peker på at:

Selvmordsforebyggende programmer må ikke bare rettes spesielt mot risikogrupper, men også mot holdninger hos behandlingspersonale og offentligheten, for slike holdninger kan være meget vesentlige for oppdagelse av selvmordsfare og for hvordan en slik fare skal møtes og behandles (1995: 275).

Hammerlin og Schjeldrup hevder at:

Vi må utvikle flere sider og tiltak i den sosiale beredskapen for å forhindre selvmord. I dypest forstand er dette et spørsmål om menneskesyn og moral - nemlig et kollektivt mål om å frigjøre mennesket fra avmakten og å bygge opp trygge og skapende forhold mellom dem, forhold som preges av likeverd, forståelse, solidaritet og gjensidighet (1994: 154).

Det må skje på alle nivå og livsfaser. ”Livskvalitet har mange dimensjoner og kan bare utløses fra en helhetstenkning der man tar hensyn til både det sosiale og naturlige miljøet” (Hammerlin /Schjeldrup 1994: 155). Ifølge Thorsen trenger ensomme eldre en ”helhetlig plan for hvordan de kan få et bedre sosialt liv, og små vellrettende puff” (2005:9).

Helt sentralt for å gi livet innhold, unnsnippe ensomhet og opplevelse av meningsløshet er nærheten til andre som ser en. Da gjelder ikke verdien av autonomi, men anerkjennelsen av vår avhengighet av hverandre og vårt behov for å få være i lag - uten at det oppfattes som å være til bry. Vi må gi samvær når det trengs som mest. (Thorsen 2005: 9).

Retterstøl mener Norge har fordeler av en sterk bygdekultur, nærhet til natur, moral og religion (1995). Dette har også Fugelli og Ingstad vært inne på i *Helse på norsk* (2009). Ekteskapet beskytter og gir et bredere og tettere nettverk. Likevel trengs det en holdningsendring til vår adferd ovenfor eldre mennesker med en aktiv oppsøkende holdning fra familiene spesielt til eldre i risikogrupperne, mener Retterstøl (1995). Men Kjøseth peker på at mange eldre føler seg til bry ovenfor familiene sine, og at mange har problemer med nære relasjoner også innad i familien (2010). Dette byr på utfordringer, både for den som skal ta imot hjelp og den som skal hjelpe. Videre peker Retterstøl på at utbygging av helsetjenester spesielt i åpen omsorg, er en viktig forebyggingsfaktor. Også forebygging og inngripen i vold i nære relasjoner. Han nevner viktigheten av sosiale treffsteder, transporttjeneste for å motvirke isolasjon, mildere overgang til pensjonstilværelsen med mer (1995).

Han påpeker at:

Selvmordsforebyggende programmer må ikke bare rettes spesielt mot risikogrupper, men også mot holdninger hos behandlingspersonale og offentligheten, for slike holdninger kan være meget vesentlige for oppdagelse av selvmordsfare og for hvordan en slik fare skal møtes og behandles (Retterstøl 1995: 275).

Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge kom i 1993. Der står det blant annet at: ”Det anbefales at det iverksettes generasjonstiltak i lokalmiljøene for å motvirke effekten av et alderslagdelt samfunn” (Hammerlin /Schjeldrup 1994:185) Det nevnes tiltak som deltagelse i sorggrupper, etablering av avlastnings og støttegrupper, utbygging av tjenester i åpen omsorg, etablering av sosiale treffsteder, stimulering til arbeid for de som ønsker det, anbefaling av nyere medikamenter for behandling av depresjoner med mer (ibid).

I 1994 vedtok Stortinget at det skulle etableres en nasjonal Handlingsplan mot Selvmord, og sluttrapporten kom i 2000. Selv om den fokuserer på de selvmordutsatte, er den også klar på viktigheten av forebyggingstiltak:

Selvmord er et sammensatt problemområde, som må løses i samarbeid. Selvmord dreier seg ikke kun om sykdom og psykisk helse, og derfor er heller ikke spesialisert kunnskap fra psykiatrien eller helsevesenet tilstrekkelig i en forebyggingsstrategi. Det vil være av stor betydning at perspektiver fra ulike samfunnsområder inkluderes i en samlet og bred nok nasjonal strategi (Statens Helsetilsyn 2000:9).

Videre står det i planen, punkt 7.5:

En mer systematisk innsats bør rettes inn overfor de eldre aldersgrupper som har en særlig høy selvmordfrekvens. Ensomhet, isolasjon og tapsopplevelser er pekt på som vesentlige årsaksforhold til den høye selvmordfrekvensen. I et forebyggingsperspektiv vil det være viktig med en øket oppmerksomhet rundt eldre som har fått endret sin livssituasjon. Det er dokumentert at eldre mennesker generelt ofte er tilbakeholdende med å søke hjelp. Strategier som går på hvordan man skal nå fram til flere av de risikoutsatte i denne gruppen vil være vesentlig å få dokumentert(Statens Helsetilsyn 2000:42).

Samhandlingsreformen kom i St.meld. nr. 47 (2008-2009). Den peker på viktige utfordringer i helsevesenet som liten koordinering av tjenester, og dermed vanskelig å få den riktige hjelpen til riktig tid, lite fokus på forebygging og endring i den demografiske utviklingen og sykdomsbildet, blant annet med flere eldre og flere sammensatte sykdommer. Målet med reformen er å imøtekomme disse utfordringene. I reformen fokuseres det på helseforebyggende tiltak for å redusere sykdom og skade, og selv om det her er fokus på ernæring og fysisk aktivitet, så tenker jeg at det er også her kirken og diakonien har mulighet til å melde seg på banen som samhandlingsaktør. Å fremme helse handler også om livsmestring, sosialt nettverk og livsglede. Diakoniens rolle i dette er ikke belyst, og derfor må den selv fremme sin kompetanse og fokus på hele mennesket.

4.4: Tidligere forskning på eldre og selvmord

Som tidligere nevnt har Ildri Kjølseth skrevet en doktorgradsavhandling om årsaker til at eldre tar sitt eget liv. Jeg har referert til dette arbeidet allerede, men da mer generelt. Nå vil jeg gå inn på de funnene hun kom frem til i sin forskning. Hun har også forsket tidligere på selvmordsforsøk blant eldre (Kjølseth /Ekeberg 1997). I doktorgradsavhandlingen har hun sett på årsaker til at eldre har utført selvmord, og intervjuet 63 personer knyttet til 23 personer som har utført selvmord. Intervjuobjektene har hatt en forholdsvis nær relasjon til avdøde, enten som familie, helsepersonell eller fastlege. Undersøkelsens hensikt var å bygge kunnskap for å forebygge og forstå selvmord blant eldre mennesker i Norge, derfor er den også relevant for min oppgave når jeg senere skal drøfte forebygging av selvmord.

Kjølseth tar for seg tre hovedpunkt i sine funn. De eldre sin sårbarhet i møte med alderdommen, eldre sin opplevelse av livet i perioden før selvmordet, og til sist deres møte med helsevesenet. Hun har også funnet frem til noen fellestrekk i forhold til personlige egenskaper og forhold, opplevelse av seg selv, livet, døden, og helsevesenet.

Eldre sin sårbarhet kom til uttrykk når de opplevde mangel på kontroll. Denne kunne ikke tolereres og de valgte da å ta sitt eget liv. Deres behov for kontroll har en sammenheng med deres livshistorie. Flere hadde hatt en vanskelig barndom, mange hadde mistet nære slektninger og de hadde lært seg å overleve tross et vanskelig liv, mange hadde også måttet takle tap og utfordringer senere i livet. Fellestrekk var at de hadde en løsningsorientert atferd, hadde vært flinke i arbeidslivet og møtte livets utfordringer med proaktive strategier. Deres personlige egenskaper var sterk vilje, ønske om kontroll, de visste hva de ønsket og fikk det slik uten å bli påvirket av omgivelsene, de kunne oppfattes som både stolte og rigide. Dette fikk også innvirkning på nære relasjoner, som også var preget av følelsesmessig distanse, vanskeligheter med å kommunisere følelser og mangel på nærhet, som gjorde det vanskelig for de nærmeste å yte hjelp.

Deres opplevelse av livet før de utførte selvmordet var at livet hadde blitt en byrde og at det var over. De var trøtte av livet og uvillig til å akseptere og ta imot hjelp. Videre opplevde de et tap av selvet. Deres opplevelse av seg selv var nettopp bygd på deres evne for selvbestemmelse og handling, og var grunnlaget for deres styrke og mestringsstrategier. Nå opplevde de å miste denne. Alt dette var en konsekvens av endringer skjedd over tid. De hadde en realistisk fremtidsutsikt, og visste at endringene var uunngåelige. Tapet de opplevde endret deres egenverd og identitet og de opplevde å miste seg selv. Deres håp var å kunne bidra med noe, mens deres håpløshet var grunnet i at byrden ved livet ble for stor, enten på grunn av sykdom, tapsopplevelser, relasjonskonflikter med mer. Deres tanker om døden var blandet med sorg over tapt liv og samtidig et ønske og håp. Fremtiden var ikke et alternativ da livet ble for vanskelig og de aksepterte at døden var bedre enn livet.

Deres kontakt med helsevesenet var preget av mistro da de var redd for å miste sin autonomi og bli avhengig av andre, både i forhold til å bli ”institusjonalisert” og i kontakt med sykehus og hjemmebaserte tjenester. En av konsekvensene ble at de ikke søkte hjelp selv om de trengte det, eller nektet hjelp der de ble tilbudt hjelp. Dette skyldes blant annet mangel på kommunikasjon mellom den eldre og hjelperne, både deres egen evne til å sette ord på deres problem, og hjelpernes evne til å sette seg inn i den eldre sin situasjon. Når de så trengte hjelp på grunn av sykdom og funksjonsnedsettelse var ikke hjelpeapparatet forberedt og mistroen ble bekreftet. Deres mistro gikk også ut over forholdet og fikk hjelperen til å bli usikker. Noen hadde derimot oppnådd tillit til hjelperen og gitt uttrykk for deres tanker rundt selvmord og enkelte hadde også indirekte sagt at de trengte hjelp. Mange fryktet mangel på autonomi

hvis de ble avhengig av hjelp, derfor avslo de tjenester. Kjølseth mener at deres selvfølelse og behov for kontroll og selvstendighet gjorde de eldre sårbare og mottakelig for å føle seg degradert i kontakt med helsepersonell som ikke gjenkjente og ivaretok deres behov for autonomi. Hun påpeker at både strukturer og den enkeltes kontakt med den eldre, må ivareta deres verdighet. Ansatte må ha kompetanse til å se og forstå den enkeltes sårbarhet og ambivalens hos eldre mennesker som trenger hjelp, og åpen for å snakke om livet, døden og selvmordstanker.

Kjølseth konkluderer med at for å forstå selvmordet må vi se på individuelle faktorer - som arv og miljø. Når livet er bygd på selvstendighet og mestring, blir alt som truer dette en svakhet. Da blir selve verdigheten truet og livet oppleves ikke verdt å leve. Tap av selvstendighet og frihet til å handle går ut over selvfølelsen og man kan oppleve å miste seg selv. Denne erfaringen kan gjøre at man ønsker døden velkommen og ser frem til den (Kjølseth 2009).

5: Analyse

Empirien i denne oppgaven er hentet fra et fokusgruppeintervju, bestående av 6 personer, som alle har sentrale oppgaver i et diakonalt foretak. De har tidligere blitt presentert i metodekapitlet. I intervjuet har jeg hatt fokus på forebyggingsperspektivet og hva fokusgruppen mener de kan bidra med som diakonal aktør i forhold til eldre og selvmord. I analyse kapitlet har jeg funnet frem til data som jeg vil tolke og sette inn i en sammenheng. Jeg vil først se på hvilke strategier som den aktuelle diakonale institusjonen bruker for å forebygge selvmord blant eldre, i forhold til de risikofaktorer som er skissert tidligere. Dette handler både om ressurser og konkrete tiltak, mestringsstrategier, autonomi og ansvar. Videre vil jeg se på samtalen og møtets betydning. Avslutningsvis vil jeg se på ressursperspektivet, livsgledens betydning og den åndelige dimensjon.

5.1: *Strategier - forebygging i forhold til risikofaktorer*

Siden vi vet noe om risikofaktorene for selvmord er det interessant å se hva en diakonal aktør kan bidra med for å forebygge. Hva slags ressurser innehar de i forhold til det offentlige? Hvilke strategier brukes og hvilke begrensninger har en?

5.1.1: Ressursenes betydning

Ressurser spiller en viktig rolle i et forebyggingsperspektiv. Økonomiske ressurser utløser både økt aktivitet, om mulig økt kvalitet, flere menneskelige ressurser og et bredere tilbud. Menneskelige og økonomiske ressurser gjør at foretaket empirien er hentet fra kan tilby en oppsøkerstjeneste som når de som ellers ikke blir nådd. Oppsøkerne har også på grunn av et bredt tilbud i foretaket mulighet til å invitere til noe som passer for de fleste og også tilbud for de som trenger noe ekstra. Videre har de ressurser til å kunne hente og bringe de som ellers ikke kommer seg ut. Og på senteret har de mennesker som kan organisere det frivillige arbeidet som blant annet består av en besøkstjeneste, iverksette aktiviteter og noen som er der for å se og lytte. Det at institusjonen kan tilby en såkalt plussfaktor gjør at de kan ha et økt fokus på trygghet og aktivitet.

Det diakonale foretaket har også en fordel av å være tilsluttet en organisasjon som har god støtte og respekt i befolkningen, nettopp fordi den er troverdig og har et fokus på å se de mer utsatte og sårbare, fremme likeverd og verdighet og har nestekjærighet som en grunnleggende verdi i all virksomhet. Dette utløser på sin side økonomisk støtte og

menneskelige ressurser i form av frivillige. Videre vil det nok også gjøre at terskelen for å ta kontakt og spørre om hjelp er mindre enn i forhold til det offentlige for eksempel.

Foretaket i mitt materiale, og da spesielt oppsøker tjenesten, ser på seg selv som en katalysator mellom de eldre og det offentlige. De kan sette i verk tiltak som gjør at folk får den hjelp de har krav på og muligheter til i det offentlige. De kan hjelpe med å kontakte rette instans. Mange eldre opplever det som vanskelig å vite hva de kan forvente og spørre om. De venter med å ta kontakt til hjelpebehovet er så stort at det er vanskelig å gi nok og riktig hjelp. Slik kan oppsøker tjenesten og senteret være en viktig formidler og også forebygger i forhold til at overgangen mellom det å være selvstendig og avhengig blir god. Samarbeidet mellom foretaket og det offentlige er god, og trygger brukerne. Videre er samarbeidet mellom ulike instanser på foretaket tett. Det gir forutsigbarhet, og som bruker vil en lettere bli fanget opp og ivaretatt i forhold til de behovene en har.

Identitet er også viktig, mener fokusgruppen, i forhold til at det er et diakonalt foretak. En av informantene sier:

Vi selger inn - i grunnvollene på huset her så bygger det kristne menneskesyn der alle er like mye verdt, uavhengig av skrøpelighet, alder, sosial status, nettverk og så videre (I. 2)

Og det poengteres at uansett hvem en er og hvilken rolle en har innenfor foretaket så er man organisasjonen. De mener det er viktig fordi det forventes utenfra, men også viktig for ens egen identitet. Man må vite hva det kristne menneskesyn betyr og hva slags følger det får for jobben en utfører. Det gir det riktige perspektivet. Dette gir også forutsigbarhet for brukerne. De vet hva de kan forvente og de kan også vite noe om hva de får i forhold til respekt og holdninger fra både ansatte og frivillige.

5.1.2: Mestring

Mennesker er ulike og når endringer og tapsopplevelsene kommer i økende grad, handler det om sårbarhet og mestring. En av informantene sier:

Det er forskjell på den enkeltes sårbarhet. Det vet man kanskje ikke så mye om. Det er noe som er nedfelt i oss, hvordan vi takler belastningene.. men du har noe inne i deg.. hva som avgjør hvordan du skal klare deg... (I.2)

Det handler om å finne sin egen mestringsressurs. Hva har jeg, og hva gjør jeg med det jeg har? Noen ganger trenger man å få hjelp, nettopp til å se sine ressurser og hva en kan gjøre med de. Fokusgruppen peker på verdien av å kunne glede seg over de små ting, det å kunne være til stede her og nå og sette pris på øyeblikket og kunne glede seg over en samtale. Videre peker de på viktigheten av å kunne forberede seg på å bli gammel og være bevisst hvordan man skal takle de utfordringer som kan komme, både av tap og endringer.

... det er en viktig ting for oss som rekrutterer unge eldre til å bruke tidlig pensjonistalder til å forberede seg sånn at du mestrer ... og har en sunn innstilling... enkle grep... (I.3).

Det er en ting å forberede, noe annet å planlegge. Mange legger vidløftige planer for hvordan de skal tilbringe pensjonisttilværelse og alderdom, og så kommer endringene kanskje både brått og uventet, og alderdommen blir ikke slik man hadde tenkt. Da blir tapsopplevelsen om mulig enda større. Det å forberede seg på endringene, det å finne ressurser i seg selv og tenke igjennom hvordan man vil takle det å bli avhengig av andre, er derimot verdifullt, selv om man aldri kan forberede seg ett hundre prosent på det som kan komme.

Forberedelsen handler kanskje også om å få bekreftet sin identitet. En av oppsøkerne sier:

Å få dem til å fortelle om livet og fortiden og opplever seg selv igjen... så finner de lettere den plassen man har igjen (I.4)

Det handler om å få en bekreftelse på hvem en er, og få aksept for det man har gjort og det man har blitt. Ikke minst fra seg selv. En bevisstgjøring gjør at man kan finne verdi og ressurser i seg selv, slik at man kan kjenne at til tross for endringer både i forhold til egen kropp og relasjoner, så er man den man er. Det endres ikke. Det gir et fotfeste for vegen videre.

En av informantene sier: "Det handler om å tåle" og en annen sier:

Så lenge det gir mening kan man tåle alt. Man kan finne mening også i lidelse (I .1).

Det er kanskje relativt, tenker jeg, at man kan tåle alt. Likevel, det er mulig å finne mening i lidelse. Ikke det at lidelsen i seg selv har en mening, men at man til tross for lidelsen kan

finne mening. Både finne veier i den og gjennom den. Og det handler nok om å tåle og akseptere virkeligheten og forholde seg til den. Og ingen kan fortelle deg hva du skal tåle, men du kan gjennom møte med andre finne mening som gjør at du kan tåle.

Å se en sammenheng - det tror jeg er viktig for mange... og se at jeg kan mestre noe for noen andre. At du ser deg selv i et sosialt fellesskap - at du ser deg som en del av en gruppe - nettverkssammenheng (I.1)

Det å finne seg selv i et trygt fellesskap gir gjerne sammenheng og trygghet. Det å være en del av et større hele, gir en perspektiv som kan løfte en ut av sin egen, noen ganger lille virkelighet. Ved å få være seg selv innenfor et fellesskap kan selvtilliten påvirkes og man kan bli i bedre stand til å takle de utfordringer som kommer.

5.1.3: Autonomi

Autonomien ligger dypt i oss, og blir kanskje mer og mer verdifull og vernet om i dagens samfunn. Også eldre mennesker har rett til selvbestemmelse. Men når ensomhet og isolasjon råder, kan det være vanskelig å se mulighetene og hva som er til det beste for en selv. I sin ensomhet kan verden utenfor oppleves utrygg, og samvær kan oppleves som skremmende. Derfor mener fokusgruppen at noen ganger må samvær gis til tross for både hensynet til autonomi og den andres uttalte ønsker, og at man oppfordrer til sosial aktivitet selv om den andre ikke ser det som lystbetont. Det kan også være vanskelig å ta stilling til noe man kjenner lite til. Derfor er det viktig med informasjon så man kan ta egne valg, basert på egne interesser og ressurser. Noen ganger må også gjentagende informasjon og oppmuntring gis slik at det oppleves trygt og man gir det et forsøk.

Det er heller ikke så lett å tenke seg inn i et fellesskap når man føler seg alene, og ensomheten og isolasjonen er overveldende. Selv de som har nettverk og familie har ikke alltid opplevelse av å forstå seg inn i et nettverk, og en av informantene sier:

Hvor viktig er da vår rolle, litt den der at noen må pushes fordi de opplever at familien ikke kan være det de ønsker den skal være, og det handler kanskje ikke om familien, men om brukeren.. De klarer ikke å leve i den virkelighetshverdagen som familien forventer f eks. Man har opplevelse av å ha mye bedre tid og dagene blir store og tomme... Noen må da pushes for å bli sett av noen andre enn familien (I.1)

Det å ”pushe” betyr at man noen ganger må gå på tvers av autonomiprinsippet til en viss grad. I praksis kan kanskje dette oppleves som mas, men med en åpen og inviterende holdning, der

den andre ser at du vil han og henne vel og ikke gir opp, kan det åpne opp for deltagelse. Man kan samtidig ivareta den andres autonomi gjennom trygge relasjoner der man kan få være seg selv og hvor den eldre opplever å bli tatt på alvor og deres innvendinger blir hørt og forstått. Samtidig ivaretas autonomien ved at den eldre kan være med å forme og utvikle det fellesskapet man blir en del av.

Mange eldre sliter med depresjon og mister initiativet og overskuddet til å være sosial. Det er heller ikke fristende å være med i et muntert fellesskap når man bare er trist eller bli en del av en stor setting der en ikke kjenner noen fra før. For mange vil det være en hjelp å bli ”hanket inn i en trygg setting” (I.1). Det diakonale foretaket har også som styrke å se de mest sårbare, som fanges opp av blant annet oppsøker-tjenesten. De har grupper de kaller trivselsgrupper som er tilrettelagt for enten underernærte, syke eller deprimerte og også begynnende demente. De som har vært i en slik gruppe, opplever å ”blomstre”, og de sier det er det eneste de gleder seg til hele uka. Der åpnes også muligheten for å se seg selv inn i en annen og større sammenheng.

I det diakonale foretaket empirien er hentet fra, er de klare på å ha visse rammer som ivaretar beboernes autonomi. Blant annet er det brukerne selv som skal ta kontakt med husvertene. Men noen ganger må de likevel gjøre unntak og ha en viss grad av fleksibilitet der de er til stede når det trengs som mest.

Noen ganger må vi ta en kontakt, selv om det er utenfor de rammene vi har. En grunntanke er at vi prøver å være obs. Men når det trengs som mest, er vi tilstede (I.2).

Utfordringen er jo å vite når det trengs som mest. Men det å være tilgjengelig og ha opparbeidet tillit og nære relasjoner gjør at det er lettere å fange opp behovet og få lov å være til stede når det er påkrevd.

Når man skal invitere inn i et fellesskap er det viktig å legge forholdene til rette. Slik signaliseres at en er ønsket inn i et fellesskap og at aktivitet er viktig.

Vi legger til rette, med å hente og bringe, kjøretjeneste, informasjon hver eneste dag for å bli oppmerksom på og huske. Det er ofte vi erfarer at det er dagen i dag, men å ha et hjelpemiddel der noen minner deg på hva du kan være med på... Det viktigste er at vi tar kontakt, vi ser dem og de sitter ikke bare der for seg selv - vi oppsøker og forteller... (I.3).

5.1.4: Ansvar

Å arbeide med eldre er givende og verdifullt. Likevel kan det være krevende å møte mennesker i en sårbar fase. Man kjenner på ansvaret for den andre og kan oppleve maktesløshet i forhold til de utfordringene som møter. En av oppsøkerne sier:

Det er en vanskelig utfordring i forhold til eldre som ikke klarer å komme seg ut.. det er en bøyg og en hindring som er vanskelig å ta tak i og vi møter mye ensomhet, og depresjon og tapsfølelse hos mange som gjør at den oppgaven kan være veldig krevende (I.3).

Informantene har opplevd at noen de gav mye hjelp, støtte og tilrettela for, likevel valgte å ta sitt eget liv. En annen så de ikke, da vedkommende ikke hadde søkt kontakt og meldt sitt behov. Dette har utløst mange refleksjoner, også i fellesskapet.

Vi har snakket mye ... det skjedde, og vi klarte ikke å fange det opp. Det er vondt og det gjør noe med oss...(I.2)

Hvor ligger ansvaret for den andre? Ansvaret ligger hos den enkelte, konkluderer gruppen. En av informantene sier:

Det er viktig å speile overfor den eldre at du selv har et ansvar for livet ditt, det må du bære, det må du ta, også i lidelsen og tapet, i den siste delen av livet ditt, det er viktig å speile også.. slik at vi ikke skal få følelsen av at det er vi som skal bære , men det er du som skal bære og vi skal gå sammen med deg.. (I.1)

Du har et ansvar som medmenneske og ansatt, men den enkelte har ansvar for eget liv. Det er en samfunnsrett å gjøre krav på, men noen ganger kan kravet og forventningene bli så store til at samfunnet skal bistå og hjelpe med alt, at man blir hjelpeløs og fratras eget ansvar. En av informantene sier at det må gå en grense for hvor mye man kan forvente av andre mennesker. Det er et spørsmål om hvor mye vi forventer at andre skal bære for oss. Informantene peker på at den enkelte eldre har et ansvar for å formidle hva han eller hun trenger i den situasjonen de er og hva som skal til for å kunne tåle å stå i denne situasjonen.

Det er kanskje ikke alle man får til å hjelpe. Selv om man har brukt all sin kompetanse og handlet etter det bildet man mener og oppfatter er en god alderdom, er det ikke sikkert det holder. Det er til syvende og sist ens eget valg om man skal leve eller dø. En av informantene sier:

Det er kanskje ikke alle vi klarer å hjelpe... Det er en erkjennelse ... at vi kanskje ikke klarer å hjelpe... Det er et valg. Noen kommer vi i mål med, noen som finner en plass og tilhørighet, for andre er det ikke nok (I.2)

Når man står i en slik situasjon og et arbeid som krever en, er det viktig å løfte frem det man klarer. Selv om en ikke klarer å nå alle og komme i mål med alle, er det viktig å glede seg over at en klarer å se noen. Samtidig må en ikke se seg tilfreds med det. Man må være åpen for nye situasjoner og utvikle seg slik at man kan bli enda mer rustet til å være der når det trengs som mest, utvikle systemer og rammer, slik at det kan favne flest mulig.

5.2: Møtet med den andre - i et forebyggingsperspektiv

Vi har allerede vært inne på betydningen av å se og bli sett. Det å fange opp de mest sårbare og utsatte, og gi utfordring og hjelp til å kunne delta i fellesskapet og lære seg å mestre liv og forandring. Men uansett hvor mye man arrangerer og legger til rette, så koker det ned til det nære møtet og den gode samtalen, sier informantene. Derfor skal vi nå se på hva dette innebærer, og også hvilken betydning det faglige blikket har i denne sammenhengen.

5.2.1: Møtet og samtalens betydning

I møte med enkeltmennesker blottlegges det ytre, og i møte med sorg og ensomhet blir møtet avgjørende. Det utfordrer oss, der vi selv blir sårbare og samtidig vist tillit. En av informantene sier:

Det er så mye som er på stell, fra det offentlige og økonomi. Det er veldig mye som er bra i det norske samfunnet.. Men ensomhet og sorg er det ikke noe middel for. Det er det møtet med andre mennesker som kan være en hjelp, og det er den største utfordringen jeg møter ute.. (I.3)

Når vi møtes slik, stilles det forventninger. Hva kommuniseres og hva ønsker den andre av meg? Vi må innstille oss på å høre den andre, både det som blir sagt og det som blir usagt, og vi må vite hva vi vil gjøre med det. Det handler om holdninger, om å være åpen og tilgjengelig for den andre og om hva jeg ønsker skal åpenbares i møtet med den andre. En av informantene sier:

Vi kan gå helt ned til individnivå: hva forventer den enkelte av meg. Det første handler om i holdninger hvordan jeg møter hver enkelt hver eneste dag i forhold til den enkeltes ønske, kommunikasjon og behov (I.1)

Fokusgruppen sier at de er opptatt av å få til en god velkomst i møte med menneskene de kommer i kontakt med. De mener en god velkomst er ”å få et godt møte og en verdighet i møte med oss”. Da handler det om å bli sett og få anerkjennelse, slik at man kan bygge videre på det første møtet.

Hva skal til for at den andre opplever seg sett og møtt? Informantene peker på at det kan være så utrolig vanskelig, men også så utrolig lett å kunne nå gjennom til den andre.

...og det kan være så mye og så uendelig lite. Men det med smil...det å gi en klem... det holde en hånd...noen setter ikke pris på det, men jeg har tro på fysisk nærhet. Det å kjenne at noen er tilstede, med håndtrykk, et blick, et klapp - vi har to ører og en munn. (I.1)

Det er så fort å kunne sabotere møtet med den andre, ved å bruke munnen mer enn ørene. Det er så lite som skal til for å at den andre ikke føler seg møtt. En må derfor være veldig bevisst på hvordan en er, og hva en signaliserer. En av informantene sier at man må tenke nøye over:

Hvem er jeg for den jeg står overfor til enhver tid? Hva speiler jeg og hva har jeg å tilby i de øyeblikkene vi har sammen, det er så utrolig viktig (I.1).

Det handler også om tid. Mange skulle så gjerne hatt mer tid, og i helsevesenet opplever både pleiere og brukere at tiden ikke strekker til. En av fordelene med å være en diakonal institusjon med en ekstra plussfaktor er nettopp at man har mer tid og kan være mer fleksibel enn kommunalt ansatte i bydelen. Likevel er spørsmålet om det er varigheten på møtet som er avgjørende for kvaliteten og om det er tiden som gjør at den enkelte føler seg sett og møtt. Informantene er enig i at det ikke nødvendigvis er tiden i seg selv, men holdningen som er avgjørende:

.. det viktigste er den holdningen at man utstråler at man har tid, selv om man bare treffes i kort tid og at man er rolig og lytter bra og gir mye rom for alt som dukker opp...(I.4)

Det handler nettopp om å være til stede når man er til stede.

Det å være til stede når du er tilstede, i de små glimtene i hverandres liv, at vi kan bety noe for den andre... Det er små glimt som berører min sjel og mitt sinn, og som gir meg bekræftelse... det henger jo sammen... det å være selvstendig handler også om å oppleve seg sett og i en sammenheng. Det er viktig å få bekræftelse. (I.1)

Noen møter krever mer enn andre. Noen mennesker trenger også mer tid for å kunne vise oss tillit og åpne seg. For informantene legger vekt på at det krever noe mer enn å se den andre bare en gang. I noen tilfeller kreves gjentatte møter over tid for å skape tillit og trygghet. Det krever en viss kontinuitet, varhet og innsikt for å se og forstå. Og det betyr også at et møte kan komme til å innebære mer enn det en tenker og er forberedt på.

Foretaket som fokusgruppen representerer har ikke spesiell kompetanseheving i forhold til å snakke med de eldre om døden. Men de har fokus på samtalekompetanse. Og de påpeker:

Vi tror på å møte folk på en ærlig måte. Det er ikke alltid det er kommunikasjonskompetansen det står på, men å være et medmenneske..(I.1)

Dette gjør at man ikke må ha en mastergrad i kommunikasjon eller være ekspert i sjelesorg. Man trenger heller ikke være prest eller psykolog. Det handler om å dra det ned til det helt enkle, det å være medmenneske. Men samtidig være bevisst sin rolle som samtalepartner, og være til stede, lytte, se og bekrefte. Skape øyeblikk som inngir tillit og åpenhet.

Det er også forskjell på menn og kvinner i forhold til det å snakke om vanskelige ting. Generelt kan man vel si at kvinner er mer vant til å snakke om følelser og problemer. Når det gjelder å snakke om døden er kvinnene mer seriøse i forhold til tema, mens mennene har en mer fleipete tone, ifølge fokusgruppen. Men de er enige i at det de fleste er interessert i å snakke om, er livet med alt hva det innebærer. Det legges til rette for samtalegrupper og her kan man få rom til å snakke om det som er vanskelig. De sier at samtalegruppene handler om liv og tro og folks hverdag. Der kan man snakke om det som opptar en her og nå, og få sette ord på bekymringer og utfordringer som møter i alderdommen, og livet for øvrig.

5.2.2: Faglig blikk og profesjonalitet

Dette bringer oss videre til noe som blir løftet frem som ganske vesentlig. De vektlegger det faglige blikket i møte med den andre, og i forebyggingen generelt. Det er ikke bare teoribasert kompetanse som teller, men den erfaringsbaserte. Det å ha både frivillige og ansatte som innehar denne kompetansen og som kan se mer enn det som er mest åpenbart, gir en større innsikt og en dypere forståelse av hvordan mennesker har det. De beskriver det faglige blikket slik:

... vi kan se et større bilde en bare en liten bit, og kanskje se at her trenger man hjelp på andre måter enn det vedkommende klager på... (I.2)

For noen ganger kan ”fru Olsen” klage på vasken som lekker, eller posten som alltid er forsinka. Så handler det kanskje om et ønske om å bli sett, eller en frustrasjon over egen begrensning og opplevelse av tap og ensomhet. Men det må være en sammenheng mellom den kompetansen en innehar, det faglige blikket, og de ressursene en rår over for å kunne møte de behovene den andre har.

Dette handler videre om profesjonalitet og vilje til å utvikle seg selv og tjenesten, slik at prioriteringer blir gjort på best mulig måte. Da må faglige øyne inn for å se behovet og kartlegge hva som skal til og hvordan det skal gjennomføres innenfor de rammene en har. Noen ganger strekker en kanskje ikke til med egen kompetanse og da legges det vekt på tverrfagligheten:

Vi bruker hverandre og setter det på dagsordenen. Inviterer tverrfaglig andre grupper for å øke fagligheten (I.1)

Mindre forhold og tett samarbeid gjør også sitt til at relasjonene blir tette, og veien til brukerne er kort. Dette kan gi større innsikt til de eldre sin hverdag og gjøre at tiltak blir iverksatt der det trengs og at tiltakene vil være relevante og treffende. Slik blir ressursene brukt på en riktig måte, effektiviteten blir bedre og brukerne får følelsen av å bli sett og tatt på alvor.

5.3: Livskvalitet

I det siste kapitlet i analysen vil jeg se på hvilken betydning brukermedvirkning og aktivitet har for livskvaliteten og hva dette gjør i et forebyggingsperspektiv.

5.3.1: Ressursperspektivet og brukermedvirkning

Mange eldre opplever seg selv som ”gått ut på dato”. De føler også i stor grad at de har ”falt ut av samfunnet” og at de ikke lengre henger med. Mange opplever seg som en belastning. Dette handler også om de holdningene som finnes, og som media reflekterer, der eldrebølgen blir sett på som et problem. Videre er samfunnet blitt veldig digitalt og teknisk. Dette vanskeliggjør hverdagen for mange og de føler seg utestengt og mobbet, sier fokusgruppen. Derfor er det så viktig å se på de eldre sine ressurser, og gi de respons på hva de kan bidra med:

Vi har fokus på å kunne bruke de eldre og deres ressurser. Det tror vi er nøkkelen - å få respons på seg selv - at du faktisk kan bidra med noe (I.1)

Dette gjør at du får respons på deg selv som menneske. Det gir selvtillit og du opplever deg betydningsfull. Man kan se at man faktisk har noe å tilby selv i høy alder, til tross for en skrøpelig kropp og dårlig hukommelse, en funksjon til tross for funksjonsnedsettelse.

...så får du en tilbakemelding på at det fungerer, at du er betydningsfull. Det å se at du kan ha en funksjon til tross for at du har noen tap i livet og funksjonsnedsettelse, så kan du ha en oppgave som fungerer for deg og som du trives i. (I.1)

Det handler om å ”løfte de eldre opp”, sier gruppen, ved at de selv får en opplevelse og tro på at de innehar ressurser og at de fortsatt kan bidra med noe. Det kan være å sette koppen på plass etter seg i kantina, hjelpe til at driften går rundt, eller rett og slett være noe for et annet menneske ved å ta følge til grupper, ringe og minne på aktiviteter eller lignende. De nevner også et eksempel på en som strevde med å betale regninger som skulle få hjelp av en annen eldre som hadde datakunnskap. Det å finne disse ressursene og skape koblinger handler jo også om at de ansatte har relasjoner til brukerne og kan se de:

Men med de tette relasjonene vi får, så kan vi si at det har vi virkelig tro på, du har noe å bidra med på mange områder ... (I.2)

Gruppen der eldre hjelper eldre, mentor + , bærer også preg av å finne den enkeltes ressurser. Både til den som skal være mentor og den som skal være mottaker. Og det legges vekt på en likevekt mellom partene, slik at de kan finne et likeverdig møtepunkt, og det skal være lystbetont. Det skal være:

..Vinn- vinn, da, og vi hører mentorene sier at de får så mye igjen, det er et eksempel der en har fortalt hvordan det påvirker begge to og gir veldig mye tilbake (I.5)

Videre er senteret opptatt av brukermedvirkning. Dette handler også om å gi bekreftelse på at de eldre fortsatt har ressurser og noe å bidra med. Dessuten er det en god pekepinn i forhold til å se om tilbudet holder mål og treffer slik det skal. Det gjør at tilbudet kan utvikles og forbedres i forhold til de som faktisk skal bruke det. En av informantene sier at brukerrådet er aktivt med og hjelper ledelsen til å se om en er på rett kurs i forhold til de tilbudene de har.

5.3.2: Livskvalitet og aktivitet

Når man bli eldre mister man noen arenaer der man før har hatt fellesskap og nettverk. Dette er arenaer som har gitt en verdi som menneske ved å "være noe". En av oppsøkerne peker på at det hun møter er nettopp den ensomheten som kommer av at man ikke lengre har noe å gå til, et fellesskap å være en naturlig del av. Derfor handler det mye om å gjenopprette denne balansen. Ved å fortsatt være en del av et fellesskap og finne nye arenaer der man kan delta og være aktiv, kan man gjenvinne sin selvrespekt og oppleve seg verdifull. Siden alle mennesker er forskjellig må også tilbudene være like forskjellig. Dette er også fokusgruppen opptatt av, og de sier at de prøver å ha det så bredt som mulig: "både strikking og opera" (I.1).

De har tilbud om en kulturkafé der de bringer kulturen til den eldre, når den eldre ikke lengre er i stand til å oppsøke den ute. De sier at de tilbyr "smalt", som betyr at ikke nødvendigvis flertallet bestemmer hva som skal tilbys, men at det blir tatt hensyn til spesielle ønsker og behov, selv om det er få som ønsker dette. Det betyr for eksempel en pianokonsert, som kan bety mye for noen få. Videre har de skapt en møteplass mellom generasjoner der de eldre sine ressurser blir vektlagt, og de får bekreftelse på at det livet de har levd er verdifullt og betydningsfullt for nye generasjoner. En av informantene sier:

Vi tror det øker livskvalitet ved eldre løftes opp ved at de formidler sine kunnskaper og erfaringer til unge folk. Det har vært gode møteplasser... Alt dette for å gi folk gode opplevelser, sosiale kontakter, forebygge ensomhet... og ja... (I.2)

Det pekes også på at menn og kvinner er forskjellige og ønsker ulike aktivitets tilbud. Mange møteplasser for eldre også i diakonal sammenheng har vært kvinnedominert både i innhold og av brukere. Og fokusgruppen mener at eldresentrene kanskje har vært litt ukritiske, der tilbudet har blitt for kvinnedominert, med for eksempel håndarbeid. Men de tror dette er i ferd med å endres og at det er en større bevisstgjøring på dette nå. På senteret har de helt fra start hatt egne tilbud tilrettelagt for menn, med for eksempel snekkerverksted, dataklubb, samtalegrupper for menn med mer. De referer til en av de eldre som kaller snekkerverkstedet og senteret for sitt andre hjem, nettopp fordi han har funnet en plass der.

Det er viktig å finne struktur og oppgaver i hverdagen. Det hjelper eldre til å finne mening i tilværelsen og også gi holdepunkter i hverdagen når hukommelsen blir dårligere. Mange som opplever mye smerter og store utfordringer av ulike art, opplever også at det å ha noe å gå til gjør at hverdagene kan tåles. En av informantene sier det slik:

Hvilke muligheter har du i hverdagen til å bli sett og samtidig ha en struktur som gjør at det blir et allright liv å leve, at hverdagene kan tåles, for jeg tror at det handler om å tåle, men at hverdagene også kan leves i det å tåle. For jeg tror - mange sier her: ”Når jeg er her så glemmer jeg at jeg har vondt, ikke sant, jeg har nesten ikke tenkt på det i hele dag!” Og så kommer de hjem og er alene og så kommer smerten...(I.1)

5.3.3: Den åndelig dimensjon

Hva kan så åndelige verdier som diakonien bygger på ha å si i et forebyggingsperspektiv? Verdier som likeverd og verdighet er sentrale for diakonien, selv om dette også er verdier som samfunnet vårt generelt vil støtte seg til og legge vekt på. Når eldre opplever å miste kontakten med arenaer der de tidligere har vært aktive, så kan de oppleve seg uverdige og lite verdifulle som vi har vært inne på. Her har åndelige verdier en betydning for mange. Og fokusgruppen peker på å bringe inn det kristne nestekjærlighetsbudet med fokus på likeverd og det å være noe for den enkelte.

Men hvis vi tar det ned helt til det enkle, så handler det jo om et fellesskap og at noen ser deg i hverdagen og gi deg bekreftelse på at du er sett og verdt. Det viktigste nesten...(I.2)

Det å ivareta den enkeltes verdighet, gi bekreftelse på at du er et menneske skapt av Gud med stor verdi, er vesentlig. Uansett alder og funksjon tapes ikke denne verdien. Dette kan formidles gjennom møtet med den enkelte, der man blir sett, bekreftet og ønsket. Videre er fellesskapet vesentlig i kristen sammenheng. Det betyr også noe at det diakonale tiltaket har en åndelig dimensjon. Her kan du få del i noe større og noe mer enn den trivielle virkeligheten. Det å kunne løftes opp til et annet plan, og ha noe å tro på som gir en kraft til å mestre og tåle er en god hjelp for mange. Også det å ha mennesker rundt seg som deler samme tro og som man kan dele bønnefellesskap med kan være viktig. Dette kan ikke det offentlige by på i samme grad. Kapellanen i fokusgruppen viser også til at noen opplever at de får del i den kristne tro på sine eldre dager, og at de gjennom andaktene får bli kjent med hva den kristne tro innebærer og hva slags verdier det tilfører livet. Og han sier:

Den åndelige biten som vi eier, men ikke det offentlige, tror jeg er viktig. Den hjelper mange som kanskje ellers ville tenkt at livet ble tomt, men gjennom det åndelige får erfare at livet er mer enn bare et levd liv og ikke noe mer (I.6)

Videre er det diakonale foretaket bærer av et håp. Et håp om Guds nærvær for den som er alene og ensom. Og fokusgruppen mener dette er noe man ærlig og frimodig kan formidle, selv om man skal vise profesjonalitet og faglighet.

Håpet er også bærer av evigheten. Når livet nærmer seg slutten er det naturlig å undre seg over meningen med livet og hva som kommer etter. Det er mer naturlig å spørre. Og det å ha et evighetshåp å formidle og tro på gjør møtet med døden lettere å bære, samtidig som livet blir lettere å tåle. For mange er det et behov å snakke om det med noen, og det er viktig å legge til rette og åpne for også slike tema, der man kan få dele det man tenker på, for å møte det man ikke ser. Slik kan det også bli en forberedelse til avslutningen av livet. På et senter med mange eldre kommer døden tett på, og mange mister nye bekjentskap og relasjoner. Dette er belastende og utfordrende. Men samtidig mener fokusgruppen at døden blir en naturlig del av hverdagen, og at avslutningen på livet er viktig og at den gjøres verdig. De peker på viktigheten av åpenhet, både ved å snakke om den som er borte, og også kunne uttrykke hvordan man opplever det og sette ord på frykten. De opplever at mange ønsker å være med i begravelser og minnestund.

5.4: Oppsummering av funn

Funnene viser at i et forebyggingsperspektiv er ressurser viktig, både økonomisk og menneskelige. Det pekes også på viktigheten av en bevisstgjøring for hvilke verdier en står for og praktiserer, der verdighet, likeverd og medmenneskelighet er sentrale. Det å kunne drive oppsøkende virksomhet kan nå de mest sårbare og utsatte, og mest ensomme og isolerte. Samtidig pekes det på samarbeidet med det offentlige og det å være en katalysator mellom den eldre og offentlige tjenester. Det er viktig å løfte opp den andres mestningsressurser, hjelpe den enkelte til å se hva de har og hva de kan oppnå, se og forstå seg inn i en sammenheng, og oppmuntre til aktivitet og fellesskap. Samtidig må tilbudet være bredt og relevant som sikres gjennom blant annet brukermedvirkning, og forholdene legges til rette slik at flere kan benytte de. Den åndelige dimensjonen er også viktig, der de eldre kan finne styrke og kraft til å tåle og finne mening i tilværelsen, men også ha et håp om et liv etter dette. Likevel - møtet med den enkelte blir vektlagt som noe av det viktigste, der man noen ganger må tørre å være til stede når det trengs som mest, selv om det kan gå på bekostning av autonomiprinsippet, og der man møter den andre på en ærlig måte, med et faglig blikk, og gjennom tillit og kontinuitet kan se og bekrefte den andre.

6: Drøfting

I drøftingskapitlet vil empiri, teori og kontekst møtes og bli prøvd på hverandre. Målet med dette kapitlet er å gi svar på spørsmålet i problemstillingen, og bekrefte eller avkrefte antagelsene som ble gitt til å begynne med. Vi vil drøfte hvordan risikofaktorene kan møtes og forebygges i diakonien, betydningen av diakoniens verdier, fellesskapets rolle og møtet med den enkelte, ressursperspektivet og autonomiprinsippet. Kapitlet er delt i tre, der vi først skal se på diakoniens rolle i et forebyggingsperspektiv, for så å se på det nære møtet og til slutt på livskvalitet og åndelig dimensjon.

6.1: *Kall til handling - diakoniens rolle i forebyggingen*

Handlingsplan for forebygging av selvmord peker på at selvmordsproblematikken er sammensatt og må løses i samarbeid. Det er ikke kun den spesialiserte omsorg og kunnskap som må være i fokus, men at ulike perspektiv fra ulike samfunnsområder vil være av stor betydning i en nasjonal strategi. Videre er det viktig å finne strategier som når flere i risikoutsatte grupper blant eldre som har fått endret sin livssituasjon (Statens Helsetilsyn 2000). Det vil i dette kapitlet bli sett på hva diakonien kan bidra med i forhold til det offentlige og på ulike strategier på bakgrunn av risikofaktorer og empiri i lys av diakoniteori.

6.1.1: Se - bedømme - handle

Som vi har sett er selvmordsproblematikken kompleks. Det er fortsatt mye skam og tabu knyttet til selvmord og det er trolig mange mørketall (Engedal 2000, Moksnes 2007). Risikofaktorene er mange og sammensatte og gjør det utfordrende i forebyggingsarbeidet. Forebyggingen har vært preget av den spesialiserte helsetjenesten, med et snevert handlingsrom og med begrensede omsorgs- og virksomhetsområder og oppgaver (Hammerlin /Schjeldrup 1994). De eldre når sjelden frem til psykiatrien da de ikke har definert psykisk sykdom og har heller ikke klare symptomer på dette. Symptomene er sammensatte og atypiske og siden de eldre sin situasjon er så kompleks, må det også inn et bredere fokus på hvordan man møter den eldre og hvordan man forebygger (Kjølseth 2010). Retterstøl mener at holdninger er vesentlige for å oppdage og forebygge selvmordsfare, og at selvmordsforebyggende programmer ikke kun må rettes mot risikogrupper (1995). Det må til en universal forebygging for å imøtegå denne problematikken, ifølge Kjølseth, og det innebærer alle som har som mål å oppnå bedre sosiale forhold for eldre, som helsetiltak og mulighet til å velge disse og tiltak som forebygger isolasjon og ensomhet (Kjølseth 2010).

Her har diakonien sin plass, da den kan supplere både i form av helsetiltak med diakonale institusjoner og sentre og med trivselstiltak lokalt. Spørsmålet er om den har ressurser og vilje til å gå inn i dette.

Retterstøl peker på viktigheten av å bygge ut helsetjenester i åpen omsorg (1995).

Oppsøkende tjeneste og tilrettelagt hjemmeomsorg virker forebyggende, men det virker ikke som det er særlig stor politisk vilje til å gjøre noe med dette. Helseomsorgen blir stadig mer og mer presset økonomisk og krav om effektivitet øker. Mange eldre har også mistro til helsevesenet, mye fordi kommunikasjonen med den eldre er for dårlig, men også fordi hjelpen kommer for sent i forhold til behov (Kjølseth 2010). Diakonien som fokusgruppen representerer, kan gi en ekstra plussfaktor i omsorg nettopp på grunn av bred støtte, økonomisk og gjennom frivillighet. Utfordringen blir når diakonien presses økonomisk og trues av effektivitetens krav. Derfor er det viktig å få frem hva diakonien kan bidra med, og at den har en aktualitet og viktig i rolle som supplement til det offentlige.

Spørsmålet er også om viljen til samarbeid er til stede, og viljen til å se muligheter og vurdere hva som gir best forebygging. Oppsøkerne i foretaket opplever seg selv som en katalysator der de er en mellominstans mellom det private og det offentlige. Det gir forutsigbarhet for de eldre når tjenestene samarbeider, og det blir forutsigbarhet for de som utfører tjenestene. Det er ikke enkelt å finne frem i helsesystemene og hvem man skal kontakte for ulike behov. Da er det godt det finnes noen som kjenner systemene og som kan veilede.

Samhandlingsreformen peker på at det er flere eldre med sammensatte sykdommer og at dette krever bedre koordinering og mer fokus på forebygging slik at eldre får riktig hjelp til riktig tid, og at dette er reformens mål (2009). Sykdom og helseproblemer øker når den eldre opplever ensomhet og isolasjon. Det å komme tidlig nok inn med informasjon og hjelp på nåværende behov kan være økonomisk lønnsomt. Den eldre kan kanskje klare seg lengre hjemme, oppleve trygghet og forutsigbarhet, og ikke minst finne egne ressurser. Ifølge diakoniplanen må det overordnede perspektivet til diakonien være å stå sammen ”med alle mennesker av god vilje i arbeidet med å ivareta de grunnleggende verdiene i samfunnet” (Kirkerådet 2008: 8). Dette samarbeidet må også innebære samarbeid på tvers av frivillige organisasjoner og kirkesamfunn. Kanskje burde også en plussfaktor innebære informasjon og samarbeid ikke bare med det offentlige, men med andre som har arbeid for og med eldre. Selv om det diakonale foretaket empirien er hentet fra, har mange tilbud og godt samarbeid med helsetjenesten, kan det likevel være noen som faller utenom som kan ha behov for andre

tilbud. Ofte mangler det en samordnet koordinering mellom ulike tilbud og aktører, og det er viktig å vite om hverandre og anbefale hverandres tiltak til det beste for de eldre, og ikke minst stå sammen når ressursene er begrenset.

I tillegg til effektivisering har holdningene i det modernistiske samfunnet betydning for hvordan de eldre ivaretas. Mange eldre opplever seg selv som en samfunnstrussel på grunn av fremstillingen om eldrebølgen som samfunnskrevende (Kjølseth 2010). De opplever også at de ikke lengre er produktive i et samfunn som krever effektivitet og produktivitet, og de faller utenfor på grunn av den tekniske utviklingen ifølge mine informanter. Kjølseth peker på at et samfunn som fremhever individets utvikling og muligheter, vil gjøre at eldre sin status blir degradert og ressursene vil prioriteres de yngre (2010). Hva kan diakonien bidra med inn i en slik verdidebatt og i forhold til fordeling av ressurser? Hammerlin og Schjeldrup peker på at den sosiale beredskapen mot selvmord handler dypest sett om menneskesyn og moral og må være bredest mulig. Forhold som skapes må preges av likeverd, forståelse, solidaritet og gjensidighet (Hammerlin /Schjeldrup 1994: 154). Diakonien sin identitet handler nettopp om at mennesket har en grunnleggende verdi gjennom Guds skapelse, i å være skapt i Guds bilde. Ifølge Nordstokke er det her menneskets verdi og verdighet har sine dypeste røtter (2010:25). Videre stadfestes vår verdi ved at vi får del i Kristi nåde og hans gjerning gjennom Hans forsoningsverk. Nordstokke peker på at på grunn av dette må den diakonale praksisen være raus og ubetinget, og den skal formidle forsoning, oppreisning og forvandling (ibid). Videre bygger diakonien på et grunnleggende menneskesyn der alle er likeverdige, og at Guds kjærlighet gjelder alle mennesker. Denne identiteten må ligge til grunn i møte med alle utfordringer og alle mennesker. Der mennesker opplever seg selv som uverdige og utsatt har diakonien en spesiell rolle. Å sette søkelyset på de eldre sin verdighet og deres ressurser kan løfte deres status og plass i samfunnet. Videre har diakonien et ansvar for å løfte de mest utsatte og sårbare gruppene frem i samfunnsdebatten.

Dette handler om hvilket ansvar diakonien har som samfunnsaktør. Hvis vi ser selvmordtendensen ut fra et samfunnsperspektiv, handler det om at individ og samfunn hører sammen og er avhengig av hverandre (Hammerlin /Schjeldrup 1994). Denne gjensidigheten kan også diakonien støtte seg til. Diakonien er bygd på fellesskapet som er en Guds gave, og den erfarer kun ved at vi anerkjenner hverandre og bygger på gjensidighet. Det gjelder ikke minst å anerkjenne de eldre og verdsette deres erfaring og visdom. Dette har også informantene fått erfare gjennom generasjonsmøter der eldre deler av sine erfaringer til yngre

og yngre hjelper eldre. Ved at diakonien kan bidra med inkluderende fellesskap, der anerkjennelse, gjensidighet, likeverd og nestekjærighet står i fokus, vil også dette virke forebyggende for selvmordsproblematikken. Dette innebærer også å ta høyde for den eldre sin utsatthet og sårbarhet, og at fellesskapet kan ha plass og rom for alle.

Videre skal diakonal praksis være oppsøkende, ved å spørre: ”Hvem er min neste?” og å stille seg til disposisjon både som fellesskap og enkeltperson (Kirkerådet 2008: 5). Diakonien store oppgave er å se de som ellers ikke blir sett. Dette er en stor utfordring, det handler om vilje og holdninger, men også om ressurser. En oppsøkende tjeneste som når de som ellers ikke blir nådd, er en viktig faktor for det forebyggende arbeidet i foretaket empirien er hentet fra. Dette har ikke kommunen ressurser til. Og det har heller ikke de fleste menigheter. Men her handler det også om en allmenn diakoni, som vi alle kan ta ansvar for. Det å bli oppmerksom på sine medmennesker rundt seg og stille seg til disposisjon, er både enkelt og krevende. Men for den det gjelder kan det være avgjørende. Og diakonien er både et være og gjøre, og for å kunne bidra må vi være villige til å handle (Kirkerådet 2008).

For å kunne gi relevant diakoni trenger vi å utvikle vår holdnings- og handlingskompetanse (Korslien / Notland: 2011). Dette gjør vi ved å la oss berøre og se, bedømme og handle. Diakonien må både bruke faglig og allmenn innsikt som erfaring og kunnskap gir, og spesiell kunnskap som fås gjennom tro og åpenbaring (Fanuelsen 2009). Ved at diakonien kombinerer disse får omsorgen et bredere syn i møte med den utsatte. Man skal ikke underslå betydningen av allmenn kompetanse og medmenneskelig nestekjærighet, samtidig som det må være fokus på faglig kompetanse også i diakonien, ”faglig blikk” som fokusgruppen kaller det. Noen ganger handler det om mer enn det man først ser. Dette gir også mulighet til et tettere samarbeid med det offentlige og øker muligheten til å fange opp de som ellers ikke blir sett og gi riktig hjelp til riktig tid. Videre er det også viktig at diakonien er troverdig (Engel 2006). Da er også fagligheten nødvendig, og man må være villig til å være i endring. Det å tørre å ta mennesket på alvor og være relevant for den enkeltes behov, er et viktig forebyggings tiltak som fokusgruppen er inne på. Da må det tas høyde for den enkeltes sårbarhet og utsatthet og skape arenaer der den enkelte kan ivaretas, utvikles og være seg selv. Samtidig må det være vilje til samarbeid med alle aktører, både offentlige og frivillige, for ingen kan klare denne oppgaven alene. Det gir også et bredere tilbud og rommer flere av de en ønsker å hjelpe.

6.1.2: Å mestre og bestemme

Som vi har vært inne på i kontekstkapittelet er det ulike risikofaktorer i forhold til selvmord. Tap og reorientering er kanskje av de mest sentrale faktorene. Mange eldre opplever tap av nære relasjoner, men også tap i forhold til helse og sosial status. Sårbarhet for endringer og utfordringer gjør at det blir vanskelig å finne mening i tilværelsen (Kjølseth 2010). Durkheim peker på individets evne til integrering, og selv om de eldre må sies å være integrert i "sitt gamle liv", er det vanskeligere i deres nye tilværelse, der de kanskje har blitt alene eller flytter og må finne nytt nettverk. Mange har opplevd integrering i arbeidslivet, men må starte på nytt i pensjonisttilværelsen. Det er her fokusgruppen har et godt poeng i forhold til at vi må forberede oss på å bli eldre. Men man kan ikke ta høyde for alle eventualiteter, likevel kan man tenke igjennom hva man skal gjøre som pensjonist, tenke hvordan livet innrettes om man blir alene og så videre. Dette er noe kanskje diakonien må ta på alvor også lokalt, og løfte det opp i samtale og undervisning. Og det er viktig å komme tidligere inn med informasjon og dialog hos yngre eldre.

Thorsen peker på at tiden ikke leger alle sår (2005). Sorgarbeid er noe kirken har vært opptatt med i lang tid, og kan sies å være ganske gode på. Likevel kan det være langt mellom sorggruppene, og det er kanskje de som har mest ressurser i øyeblikket som melder seg på en slik gruppe. Min erfaring er at noen velger å holde seg borte fra kirke og menighet når de har det tungt, for de opplever ikke at det er rom for å ha det vanskelig. Det handler igjen om holdninger og ressurser. Diakonien må ta dette på alvor. Kirkene har et ekstra ansvar for de sørgende og har mulighet til å hjelpe mennesker med å finne mening. Når livet blir en byrde og man opplever å miste noe av seg selv, som Kjølseth referer til (2010), så gjelder det å finne noe å leve for. Dette er ikke så lett på egen hånd. Det er derfor viktig å bli sett og bli bekreftet. Videre peker gruppen på viktigheten av å finne sin identitet ved å fortelle sin historie. Det gjelder også å finne sin mestringsressurs og se sammenhenger, og kunne få hjelp til å tåle når hverdagene blir tunge og vanskelige.

Kjølseth peker også på at mange eldre sin sårbarhet kommer til uttrykk på grunn av at de mister kontroll - en kontroll som er blitt lært på grunn av en vanskelig barndom og som har gitt mestring i livet (2010). Durkheim mente at fattigdom var en måte å gi kontroll på, og at dette var bra for individet gjennom å lære selvdisciplin og måtehold (Hammerlin / Schjeldrup 1994). Man kan jo spørre seg om han hadde ment dette i dag, der kontroll på grunn av blant annet fattigdom har blitt en risikofaktor for selvmord blant eldre. Kontrollen har også gitt de

en viss makt der de har fått det slik som de har ønsket. De har hatt en tydelig og sterk autonomi, som det har vært veldig viktig å holde på. Når autonomien blir truet, er selvmord en måte å opprettholde kontrollen på. Kjølsseth peker på viktigheten av at helsevesenet ivaretar den eldre sin autonomi, og det gjelder både å se og forstå den enkeltes sårbarhet (2010). Men det handler om en allmenn vilje til å forstå, og at vi alle, også i diakonien tar høyde for den eldre sitt behov for kontroll og medbestemmelse. Det er jo ikke alltid vi vet hva som er best for den andre, for vi vet ikke hvordan det oppleves å være i deres situasjon. Fokusgruppen peker på viktigheten av det faglige blikket, der de kan se bak det ytre, og utvise en innsikt som ivaretar den andres autonomi. Faglighet er viktig også i diakonien, og både erfaringsbasert og teoribasert kompetanse må løftes frem slik at sårbare og utsatte grupper blir sett og ivaretatt på best mulig måte.

Ifølge Fanuelson peker Vetlesen på at autonomi ofte favoriseres over omsorg (2009).

Blir vi så redd for å trække på den andres autonomi, at vi ikke tørr å vise omsorg? Omsorg kan være så mangt, og alle tolker den ut fra egen forståelse og omsorgen må ta hensyn til hvordan mennesker ser på seg selv i dagens samfunn (Fanuelson 2009). Hvordan den eldre ser på seg selv, er viktig for diakonien for å forstå og kunne gi relevant omsorg. Fokusgruppen legger vekt på betydningen av å ta de eldre på alvor og å gi omsorg til de som trenger det mest. Men som de også sier, er det ikke alltid at den eldre selv ser betydningen av å få hjelp eller frykten for avhengighet er for stor. Da er det viktig å gi små, vellrettende puff, som Thorsen kaller det (2005), eller som en av informantene kaller å bli ”pushet” og ”hanket inn”. For som gruppen sier så er det ikke alltid lystbetont å bryte ut av ensomhet og isolasjon, det kan også der og da oppleves som det eneste trygge. Men ved å bryte ut av ensomheten, kan man igjen finne mening og kanskje til og med klare å bygge relasjoner og gjenoppta kontroll og mestring i eget liv. Skal diakonien klare dette må den være villig til å spørre om tiltakene en har er relevant og treffer de som trenger det mest, og være villig til å gi samvær når det trengs som mest. Dette skal vi se nærmere på i neste kapittel om det nære møtet og betydningen av samtalen.

6.2: En kaffe og en krise - det nære møtet

Diakoniplanen poengterer at vi er ”skapt i Guds bilde til å være medmennesker. Vi er utlevert til hverandre og vi er avhengige av hverandre og alt annet som lever (Kirkerådet 2008: 5).

Løgstrup hevder at vi er forbundet til hverandre gjennom skapelsen og Jesu forsoningsverk.

Men Løgstrup stiller spørsmål om hva dette møtet må bestå i, nettopp ved å være så knyttet til

Gudsforholdet. Vi skal derfor nå først se på hva det nære møtet innebærer i diakonal sammenheng og hva det kan bety i et forebyggingsperspektiv, og videre skal vi se på hva møtet fordrer av oss og hvor ansvaret for den andre ligger.

6.2.1: En tone blir antatt

En av oppsøkerne i fokusgruppen erfarer at når hun kommer hjem til et annet menneske som opplever sorg og ensomhet er det ikke nødvendigvis samtale om hva slags tiltak de ønsker og trenger, men det er selve møtet. Man har kanskje en tanke om hva som skal skje i dette møtet, og man har en tanke om hva den andre trenger å bli møtt med, men så er det den andres liv man blir servert sammen med kaffekoppen, og det er møtet med den andre som blir avgjørende. Løgstrup kaller det en etisk fordring, der du aldri har med den andre å gjøre uten å holde noe av dens liv i dine hender, og ”vi er hverandres verden og hverandres skjebne” (Løgstrup 1999 [1956]: 37).

Det ligger en uuttalt fordring i ethvert møte, ifølge Løgstrup (1999 [1956]) uansett omstendighetene for møtet. Det er ikke noe man kan planlegge. Men selv om selve møtet er planlagt kan det likevel gi rom for det Løgstrup kaller de spontane livsytringer. Det er dette jeg ser også fokusgruppen er opptatt av, nemlig å være åpen for hva møtet kan innebære og være åpne for hva den andre fordrer. Diakoniplanen er inne på at diakonien blir virksom i handling ved å stille seg til disposisjon for den andre (Kirkerådet 2008). At det har noen grenser, skal vi komme inn på i neste kapittel, men utgangspunktet er å ha en grunnleggende innstilling i møte med den andre, både som enkeltmennesker og som diakonalt fellesskap. Nestekjærligheten er ifølge Løgstrup ”det sinnelag som hjelpeløsheten kaller på” (I Vetlesen 1996: 75). Dette er en grunnleggende verdi i diakonien, som kaller på omsorg og vilje til handling (Fanuelsen 2009, Kirkerådet 2008). Hvis det ikke fremkaller omsorg, hevder Løgstrup at mennesket blir fratatt sin verdi og betydning (I Vetlesen 1996). Når vi kjenner til hvordan mange eldre mennesker har det, utfordrer det oss. For man kan ikke være nøytral ifølge Løgstrup, det er ensbetydende med avvisning og dermed ødeleggelse (I Vetlesen 1996). Og i forhold til dette tema, er det nettopp det som skjer. Mangel på omsorg og nestekjærlighet, eller evnen til å ta imot denne, fører til ødeleggelse og i verste fall tap av liv. Det er denne omsorgen det diakonale foretaket empirien er hentet fra, har tatt på alvor og stadig ønsker å bli bedre på.

I fordringens radikalitet ligger det at det er noen mennesker det er vanskelig å møte (Løgstrup 1999 [1956]). Det utfordrer oss også i diakonien. For det handler ikke om å møte bare de en trives med og forstår, men også de som utfordrer ens egen komfortsone. Men noen ganger handler det kanskje nettopp om å ha et faglig blikk og få øye på hva som ligger bak oppførsel og uttalelser, og ved å løfte det opp kan det såreste komme frem og bli møtt. Man kan få bekreftelse på den man er, og ikke på det man gjør eller sier. Løgstrup peker på at man må la den andre være mer enn sine handlinger (1999 [1956]).

Som vi har vært inne på er det mange eldre som sliter med relasjoner og det å by å seg selv. Mange har få å snakke med og er ikke vant til å snakke om følelser og det som oppleves vanskelig. De er vant til å ha kontroll og ikke vise tegn på svakhet (Kjølseth 2010). Da kan det også være vanskelig for andre å nå inn til dem. Men det handler om tillit og legge til rette for. Tillit hører til i ethvert møte og samtale, hevder Løgstrup. Det handler også om å driste seg frem for å bli møtt (1999 [1956]: 39). Mange som har et sterkt behov for kontroll, opplever nettopp at de ikke blir møtt. De har opplevd dette i møte med helsevesenet også. Løgstrup peker på at når man møtes med reservasjon, likegyldighet og avvisning, blir det mistro. Og dette kan igjen føre til at tilliten nøytraliseres på forhånd i neste møte (ibid). Det har også Kjølseth sett i sin forskning, at mennesker som først har fått mistro, bekrefter denne og ikke har tillit eller forventninger til helsevesenet (2010). Her kan diakonien komme inn og bygge bro mellom knuste forventninger og håp, og mellom individet og det offentlige.

Hva skal til i et møte for at det skal bety noe for den andre? Informantene sier at det er ”så lite og så mye”. Det kan være et fysisk nærvær, opplevelsen av å bli sett, eller få bekreftelse på den du er. Det kan også være så lite som skal til for å ikke bli møtt. Når jeg startet dette arbeidet var min tanke at diakonien har bedre tid i møtet med den enkelte og at ved å ta seg tid vil en også komme nærmere den andre og det blir rom for å snakke om dypere ting. Men det er ikke nødvendigvis fokusgruppen enig i. Det handler om å være til stede når du er til stede, sier informantene. Og det handler om en holdning mer enn tid. Og det er kanskje slik en ”tone blir antatt” (Løgstrup 1999 [1956]). Kvalitet kan være viktigere enn tid, for du kan ha en lang samtale om ingenting, mens du kan ha en kort samtale som rommer alt. Likevel må man noen ganger gi samvær når det trengs som mest, poengterer Thorsen (2005). Dette vil i noen forhold også kreve tid og kontinuitet. Fokusgruppen peker på at i dette bygges også tilliten, det å vise den andre at du er villig til å gå sammen med et stykke på veien. For mange ganger tror jeg vi aksepterer en avvisning altfor fort, og vi bekrefter den andres oppfattelse av at vi

ikke har tid og interesse for deres liv. Det kan være deres eget forsvar for avvisning som gjør at de ikke tar imot tilliten i møtet.

6.2.2: Liv eller død

Den etiske fordring er relativ. Hvor mye av den andres liv kan det forventes at du skal holde i dine hender? Hvor mye ansvar har vi for den andre og hvor går grensene? Løgstrup mener det kan være så lite, men også så mye, ja, hele livet kan være lagt i våre hender (1999 [1956]). Fokusgruppen har erfaringer på at det ikke er alle de klarer å hjelpe, og at til tross for gode tiltak så har den andre valgt å ta sitt eget liv. Hvem har ansvaret? Hva kunne gjort annerledes? Løgstrup poengterer at man kan ikke bestemme over den andres reaksjoner og heller ikke være herre over den andres vilje (ibid). Her kommer igjen autonomiprinsippet inn. Selv om man tror at man vet hva som er best for den andre er det ikke sikkert at det er tilfelle. Viljen til å forstå den andre må være koblet til viljen å la den andre være herre og ha makt over eget liv. Det er en balansegang mellom avhengighet og makt. Som vi også har sett ut fra Kjølseth sin forskning er det mange som nettopp er redd for avhengighet og som ønsker kontroll (2010). Da er dette ekstra viktig å være oppmerksom på. Spørsmålet som er hentet fra Bibelen stilles i diakoniplanen: ”Hva vil du jeg skal gjøre for deg” (Kirkerådet 2008: 5), handler nettopp om la den andre være herre i sitt eget liv. Dette er også informantene inne på. Det er den enkeltes ansvar å sette ord på hva man trenger for å kunne tåle. Men man må kunne speile dette, og vise at jeg er interessert i vite hva du trenger og ønsker av meg og villig til å handle på det.

Det er en balansegang mellom hva en skal og bør ta ansvar for, og Løgstrup peker på forskjellen mellom å ta ansvar for og ansvar fra, og han hevder: ”Hvis man tilraner seg et ansvar som ligger utenfor ens menneskelige mål, øver man unngåelig vold mot dem man har påtatt seg ansvaret for” (ibid: 69). I møte med den eldre som opplever at livet er over og at man ikke har mer å leve for (Kjølseth 2010) er det lett å tenke at man må ta ansvar fra. Men da fratrar man kontrollen fra den andre, og gjør vedkommende enda mer hjelpeløs. Vi legger også et veldig stort ansvar på oss selv, for om den andre velger å ta sitt eget liv, opplever vi oss som ansvarlige. Vi har et stort ansvar i møte med den andre, men noen ganger ligger det utenfor ens menneskelige mål å gjøre noe med det. Da må man som fokusgruppen er inne på innse at man har gjort så godt man har kunnet, og at ansvaret ligger hos den enkelte.

Det er også en balansegang hvor mye man kan og bør gjøre for den andre. Selv om den andre fordrer mye, er det uansett deres eget ansvar. For mange eldre er det en kompleks situasjon de

er i. Det er mange risikofaktorer hos hver enkelt i forhold til selvmord. Det er også svært individuelt hvordan hver enkelt takler den situasjonen de har kommet i. Det er ingen lik gruppe som fordrer det samme (Kjølseth 2010, Engedal 2000, Thorsen 2005). Fokusgruppen sier at noen ganger må man kanskje si til den andre at jeg kan ikke bære for deg, men sammen med deg.

En av de spontane livsytringene som Løgstrup er inne på, er talens åpenhet (1999 [1956]), og i samtalen med eldre er det også viktig å tenke på hva dette kan bety. I møte med den andres sårbarhet kan ord såre. Ord kan oppleves som overgrep mot den andres selvfølelse og verdighet. Eldre som opplever å miste kontroll over livet, kan oppleve ord som truende. En av informantene er inne på at det er viktig å huske på at man har to ører og en munn, altså lytt mer enn du prater. Dette handler også om respekt for den andres urørlighetssone. Hvor nært kan jeg gå før jeg trækker over? Her har relasjoner en betydning, der man kjenner hverandre, men også bruk av ”det faglige blikk”.

Det er et spenningsforhold mellom ansvaret for eget liv og å vise uselvviskheter mot den andre (Løgstrup 1999 [1956]). Noen ganger kjenner vi i møte med andre, og også eldre, at det øker livsmotet. Vi får noe tilbake i det vi gir. Mens andre ganger kan vi kjenne at møtet tapper oss for energi. Her ligger utfordringen også i utøvelsen av diakonal omsorg. Man har et ansvar for seg selv i møte med den andre. Det kan være også at den andre krever mer enn vi kan gi, og går ut over vår egen urørlighetssone. Løgstrup mener fordringens radikalitet ligger i at den andre ikke kan stille fordringen (ibid), likevel opplever vi at den er der og at den er for stor for oss. Fokusgruppen snakker da om å bruke hverandre, og å dele erfaringer og faglighet. Selv om vi ofte står alene i diakonal sammenheng er det viktig å spille på andre, både innenfor diakonien og tverrfaglig. For skal man ha noe å gi, må man ta vare på seg selv.

6.3: Å få lov å velge livet når livet går mot slutten

I dette kapitlet skal vi se på hva helsen har å si for forebygging av selvmord. Hva påvirker folks livsglede og livskvalitet, og hva kan diakonien bidra med for å ivareta den enkeltes ressurser? Har den noe mer å tilby? Vi skal først gå inn på hva som bidrar til økt livskvalitet for så å se på betydningen av den åndelige dimensjonen og diakoniens styrke i forhold til å finne mening i livet.

6.3.1: Leve tross alt

Helse oppstår der menneskene bor, arbeider og elsker og blir påvirket av sin kontekst ifølge Fugelli og Ingstad (2009). Som Kjølseth har sett er det mange som opplever tap av selvet i møte med alderdommen. De mister relasjoner både i nær familie og arbeidsfellesskap og de opplever seg unyttige og til byrde. Hva skal til for at de igjen finner livsglede og livsmot?

Som *Helse på norsk* (2009) har kommet frem til, er det flere grunnstoff som påvirker helsen, som blant annet fravær av sykdom. Dette er ganske utopisk for eldre mennesker. Hammerlin og Schjeldrup peker på at sykdom får sosiale konsekvenser, og at det er en sammenheng mellom den syke kroppen og den sosiale rollen (1994). Sykdom må ikke romantiseres, ifølge Fugelli og Ingstad, men det er mulig å finne livsglede selv med en skrøpelig kropp (2009). Blant annet sier fokusgruppen at med struktur og oppgaver, og ved å finne mening i tilværelsen, kan hverdagene tåles. Til tross for sykdom og smerter, kan man finne gleder og pauser fra smertene.

Mange opplever også å miste seg selv, sitt selvbilde og verdi når de blir eldre (Kjølseth 2010). I møte med helsevesenet blir de ofte møtt som objekt med sin sykdom, og ikke som subjekt (Fugelli 2011). Dette gjør også noe med selvbildet. Det å bli bekreftet som den de er, med levd liv, gjør at de vinner igjen sitt selvbilde og opplever seg som en del av en sammenheng. Dette handler også om behovet for å være til nytte, og finne mening når mye av det livet tidligere er bygd på er borte. Fokusgruppen ser at ved å legge vekt på ressursperspektivet finner mange tilbake til en meningsfull hverdag, der de kan bety noe for andre i tillegg til at det å gjøre noe nyttig gir trivsel. Dette er også noe av det som fremmer helse ifølge Fugelli og Ingstad (2009). Fokusgruppen legger vekt på at det er gjennom de relasjonene de får med brukerne at de kan gi respons og tilbakemelding på de eldre sin betydning og verdi. Derfor er relasjonsbygging viktig. Likedan er møtet mellom generasjonene viktig i forhold til at den eldre opplever seg viktig og fortsatt har noe å by på. Dette er også Nordstokke inne på i forhold til anerkjennelse både på tvers av kjønn og alder (2010). Alt dette styrker verdigheten til den eldre, og dermed helsen (Fugelli /Ingstad 2009).

Løgstrup peker på at gjennom livsytringene barmhjertighet, medfølelse, talens åpenhet og tillit kan man fremme den andres livsutfoldelse og slik fremmer tilværelsen til den andre. (1999 [1956]). Hva fremmer den andres livsutfoldelse? Det kan være aktivitet og mulighet til å velge disse. Videre må det være mulighet å velge aktiviteter som passer for den enkelte.

For helse handler også om frihet til å få lov å gjøre egne valg, og kunne være seg selv (Fugelli / Ingstad 2009). Da må aktivitetene være tilpasset i forhold til det, og ikke alltid la flertallet bestemme, eller økonomien for den saks skyld, selv om den naturlig nok spiller inn. Videre er det viktig å legge til rette for den andres livsutfoldelse. Retterstøl peker på viktigheten av sosiale treffsteder, transporttjeneste for å motvirke isolasjon, mildere overgang til pensjonstilværelsen med mer (1995). Alt dette har foretaket tatt på alvor. Og selv om de ikke kan måle forebyggingsverdien i det, kan de måle trivselsfaktor og se endringer i folks liv.

Frihet handler om fellesskap, da fellesskap gir frihet og trygghet (Fugelli / Ingstad). Frihet kommer til sin rett kun i et raust og rettferdig samfunn ifølge Fugelli (2009). Dette bekrefter også diakonien som bygger på at Guds nåde er en fri gave og derfor må være raus og ubetinget (Nordstokke 2010). Frihet er i fellesskapet, der gjensidighet og anerkjennelse må stå i fokus. Fellesskap gir mulighet til utfoldelse og selvrealisering, ved å få bekreftelse på seg selv og finne sin plass i et større nettverk. Det som truer friheten ifølge Fugelli, er at vi skal være like, være fullkommen, være flinke, være trygge for enhver pris og opptatt av materielle goder (2008). Diakonien styrke er å fokusere på andre verdier, men vi må være de bevisst og utøve de i praksis. Da må også diakonien tørre å stoppe opp og spørre om tiltakene er relevante, og om de treffer riktig (Engel 2006, Korslien / Notland 2011). Det å spørre ” hva vil du jeg skal gjøre for deg?” (Kirkerådet 2008) handler også om brukermedvirkning, og at de som skal bruke tiltakene er med å forme disse og gi tilbakemelding slik at en stadig er i utvikling og endres i takt med samfunnet og brukerne. Her handler det også om å ta høyde for at kjønnene er forskjellige. I og med at det er flest menn som tar sitt eget liv (Kjølstad 2010, Thorsen 2005) er det viktig at de tiltakene vi iverksetter også treffer deres interesser og ressurser. Fokusgruppen nevner snekkerverksted, dataklubb og samtalegrupper for menn der de kan få snakke om det som opptar de, som er med på å øke deres trivsel og forebygge ensomhet og isolasjon. Igjen vil jeg trekke frem viktigheten av å samhandle med andre aktører, slik at tilbudene fanger vidt og at også de som ikke ønsker direkte diakonale tiltak kan finne seg til rette andre steder.

Vi har vært inne på at utfordringene for den eldre handler om å tilpasse seg et liv i endring (Kjølseth 2010). Fugelli og Ingstad påpeker at man må kunne tilpasse seg et liv i forandring for å kunne finne balanse. Dette gir likevekt, som også er viktig for helsen (2009). Fokusgruppen peker på at aktivitet er med på å opprette balansen i livet igjen, etter å ha mistet arenaer hvor en har vært aktiv. Fugelli og Ingstad nevner betydningen av å se sine

begrensninger og være fornøyd med det man har. Alternativet er å hige etter det uopnåelige og slik oppleve utilstrekkelighet og tilkortkommenhet (2009). Det fremmer ikke helse, men derimot risiko for selvmord. Fokusgruppen sier at deres rolle er å peke på hva en har, og finne glede i det som skjer her og nå. Noen ganger handler det kanskje nettopp om å kunne stå opp og gå på kjøkkenet om morgenen (ibid: 2009).

Man kan fort bli sykeliggjort i dagens samfunn, og bli behandlet som objekt for sin sykdom uten at hele mennesket blir møtt (Fugelli 2011). Mennesket er sammensatt og spesielt de eldre med ulike fysiske plager grunnet alderdom, tapsopplevelser og isolasjon på grunn av endringer (Kjølseth 2010). Helse er mer enn en syk eller frisk kropp, og den er relasjonell der mennesker er vevd sammen (Fugelli / Ingstad 2009). Det gir diakonien en utfordring i å løfte frem mennesket, og spesielt den eldre, som et helt og sammensatt individ bestående av ånd, sjel og legeme. Både i møte med den enkelte, i fellesskapet og i samfunnsdebatten. Som en samarbeidspartner til helsevesenet er dette ekstra viktig, slik at helsepersonell også blir oppmerksom på helheten, og kan se hva som kan ligge bakenfor sykdom og plager, og slik avdekke en eventuell depresjon og selvmordstanker. Videre kan diakonien tilby noe mer, ved å være oppmerksom på og ta høyde for den åndelige dimensjons betydning for den enkelte og deres helse.

6.3.2: Tro og håp

Retterstøl peker på religionens betydning i forhold til selvmordsforebygging (1995). Religion kan bety mye for folks helse, spesielt i vår moderne tid, ifølge Fugelli og Ingstad (2009). Når det ikke oppleves som viktig for egen helse, kan det ha sammenheng med at folk har mistet troen på egen tro og at de undervurderer den, og spørsmålet er om kirken har tatt monopol på religiøsitet (ibid). Diakonien må også spørre om den har plass til mangfold når det gjelder den åndelige betydningen i folks liv, eller om troen er forbeholdt de såkalt rettroende.

Fokusgruppen peker på viktigheten av å få snakke om livet og alt det innebærer, og det gjelder også tro og mening med livet. Her er målet at alle blir hørt og møtt med respekt.

Diakonien hevder at den må handle ut fra kulturell og samfunnsmessig kontekst og samtidig se menneskenes liv ut fra en teologisk tolkningshorisont (Fanuelsen 2009), og den viktigste tolkningshorisonten er vel den at Gud skapte alle i sitt bilde, og at Jesu forsoningsverk gjelder alle mennesker. Livet og troen er gitt av Gud, og derfor er diakoniens oppdrag å møte mennesker som likeverdige og verdifulle, også i møte med deres åndelige liv.

Fugelli og Ingstad peker på religionens betydning i et samfunn preget av fragmentering og uro (2009). Som vi har sett i kontekstkapittelet er det mange eldre som opplever å falle utenfor et samfunn som er i endring, ikke minst digitalt. Dette har også fokusgruppen erfaring med. Det gir uforutsigbarhet og utrygghet og mangel på kontroll (Kjølseth 2010). Tidligere hadde normene stor betydning for folks liv og innenfor kristendommen gav den tydelige retningslinjer og var veiviser både for samliv og nærvær (Fugelli / Ingstad 2009). Samtidig har normene vært med på å virke fordømmende overfor de som ikke har klart å oppfylle disse, og de har også vært til dels både snevre og trange. På den måten har kristne normer og praksis hemmet helsen til folk (ibid). Ifølge Kjølseth hevder Durkheim at religion beskytter mot usikkerhet i folks liv, og derfor er forebyggende for selvmord (2010). Normene er nok mer uklare nå, og for mange fører det med seg usikkerhet. I et samfunn som er i stadig endring, er det viktig å vite at noe er konstant. Om ikke normene er de samme, og heller ikke samfunnet, er evangeliet det samme og diakonien har det samme oppdrag. Dette kan gi fast holdepunkt for mange. Normene skal være veiledende når livsytringene ikke holder, ifølge Løgstrup (1999 [1956]). Da må en bevisstgjørelse og refleksjon til. Han påpeker likevel at man ikke må legge beslag på normen, for først da har kjærligheten en sjanse (ibid).

Fugelli og Ingstad mener at sosiale og eksistensielle verdier vil fremme helsen og dette er jo også de verdiene diakonien bygger på. De beskriver moderniteten som et eksistensielt tomrom der det blir satt spørsmålsteget ved selve livet (2009). Informantene sier at den åndelige biten vi eier hjelper mange til å erfare at livet er mer enn levde liv. Det gir mening og verdi. De mener også at troen kan gi kraft til å mestre og tåle. Fugelli og Ingstad peker på verdien av sammenheng og forståelighet. Kjølseth peker på at mange har tatt sitt eget liv da de ikke har funnet noen mening i å leve (2010). Hvis diakonien kan bidra med å møte mennesker på åndelige behov, og slik gjøre at de finner mening og sammenheng med tilværelsen, vil også dette virke forebyggende for selvmord. Samtidig er diakonien bærer av en tro på en livgivende Gud som vil fremtid og håp (Nordstokke 2010). Fokusgruppen peker på viktigheten av å formidle håpet om at det er en som ser en, og er nærværende. Et eksistensielt håp om et liv etter dette, kan også fremme helse ifølge Fugelli og Ingstad (2009). Samtidig er det her viktig å ta høyde for at ikke alle eier dette håpet og som søker annen mening. Det må gis rom for andre syn, også innenfor diakonale foretak, og deres tanker omkring død og liv må anerkjennes uten å bli møtt med hva som er riktig og feil tro. Det diakonale tiltaket empirien er hentet fra, legger vekt på at mennesker skal få en verdig

avslutning. Det er viktig å signalisere at alle blir behandlet med respekt og verdighet når de dør uavhengig av tro og liv.

Diakonien bygger på, som vi har vært inne på, verdier som likeverd, verdighet og nestekjærlighet (Nordstokke 2010). Dette er åndelige verdier, men også verdier som ifølge Fugelli og Ingstad fremmer helse (2009). Fokusgruppen sier at det å bli sett og få bekreftelse på at man har verdi er kanskje det viktigste, sammen med fellesskap. Her ligger mye av sakens kjerne. Hvordan skape fellesskap som er inkluderende og som kan se hver enkelt og gi bekreftelse på deres verdi? Det må være fellesskap som tar hver enkelt på alvor, og som tør å gi rom for menneskets sårbarhet og levde liv. På samme tid som fellesskapet er trygt og forutsigbart må det være åpent nok til at mennesker kan være seg selv på godt og vondt. Det å gi rom for å snakke både om død og liv, om tvil og tro gir mulighet til å kunne søke mening og håp. Kanskje det noen trenger mest er aksept, tilgivelse og forståelse. Diakonien bygger på troen om at Jesus kan sette mennesker i frihet, gjennom sitt forsoningsverk (2010). Fokusgruppen mener det er viktig å være tydelig på hva vi tror på og være frimodig å bære det frem. Dette er en utfordring for diakonien, som i sin streben etter respekt og toleranse kan bli for utydelige i møte med søkende og sårbare mennesker. Men det er en balansegang mellom tydelighet og respekt.

Fugelli og Ingstad advarer mot at religionen blir brukt som et medium i folks helse. De mener det viktige er å peke på den rollen og livsbetydningen religionen har i folks liv. Det må tas høyde for hvilken rolle dette spiller både i forebygging og behandling, mener de. Dette gjelder også helsevesenet, som må styrke den sjelelige og åndelige omsorgen (2009). Det handler om å se helhet og ta høyde for at mennesket er både ånd, sjel og legeme. Diakonien står for et menneskesyn som ser mennesket som et helt menneske, skapt i samfunn med hverandre, skaperverket som helhet og skaperen selv (Nordstokke 2010). Fugelli og Ingstad peker også på at helhet er relasjonell, der menneskene er vevd sammen (2009). Derfor er det nødvendig at diakonien kan bidra overfor offentlig helsevesen med å fremme viktigheten av å se mennesket som helt menneske, og ved å møte enkeltmennesker med ydmykhet, verdighet og inkluderende og åndelig fellesskap. Slik kan vi utgjøre en forskjell og virke forebyggende i forhold til selvmord.

7. Konklusjon

Så er tiden kommet for å konkludere. *Hvordan kan diakonien bidra for å forebygge selvmord blant eldre?*

Min første antagelse var at diakonien ikke alltid når de som trenger det mest, og at tiltakene ofte er for de sprekeste eldre. Dette er nok også langt på veg tilfelle. Samtidig har vi her sett at diakonal virksomhet kan nå også de som er sårbare og utsatt. Dette kan oppnås gjennom et variert tilbud som både inkluderer kvinner og menn og åpne fellesskap som gir rom for menneskers levde liv, tro og tvil. Diakonien kan også gjennom samhandling med andre aktører gi et bredere tilbud, og nå flere. Med fokus på de eldre sine ressurser kan holdninger endres og gjennom brukermedvirkning kan diakonien utvikles og bli relevant for de som trenger det mest. Samtidig har vi sett at noen ganger utfordres autonomien, der man må hjelpe den andre til å se hvilke muligheter som finnes, og noen ganger må samvær gis når det trengs som mest. Likevel kan autonomien ivaretas ved å legge til rette slik at den andre får mulighet til å få være herre i eget liv.

Min andre antagelse var at for å nå de mest ensomme og isolerte må man drive oppsøkende virksomhet. Dette har også blitt bekreftet, gjennom å vise at oppsøkende diakoni kan nå de som trenger det mest. Møtet med den andre bygger på tillit, og gjennom å bygge relasjoner og møte den andre på en ærlig måte, ved å se og bekrefte, kan man gi rom for samtale. Dette fører oss videre til den tredje antagelsen som er at diakonien kan bidra også når mennesker opplever depresjon og har selvmordstanker. Gjennom erfaring og faglig kompetanse kan mennesker bli sett, og man kan vurdere og se muligheter der andre har sett begrensninger. Verdien diakonien står for løfter opp menneskeverd, likeverd og anerkjennelse, og kan gi stemme til de utsatte og sårbare i det offentlige rom. Det er også verdier som kan gi mening i det meningsløse, og som kan gi styrke til å tåle liv og hverdag, og som gir håp for fremtid og evighet.

Diakonien har virkelig noe å bidra med i forebygging av selvmord blant eldre om den har vilje til å se og møte de som trenger det mest, løfte eldre frem som en viktig ressurs, legge til rette for aktivitet og livskvalitet, tilby inkluderende fellesskap, bruke ressursene på riktig måte og samhandle med alle gode krefter for å forebygge selvmord. Men først og fremst handler det om det enkelte møtet, med eller uten kaffe, og vilje til å se og bekrefte den andre slik at krisen og håpløsheten blir forvandlet til håp og livsmot.

Litteraturliste:

Engedal, Knut (2000): *Urunde hjul, alderspsykiatri i praksis*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Fanuelsen, Olav (2009): Kirkens omsorgstjeneste. I: Johannesen, K.I / Jordheim, K/ Korslien, K.K (red.): *Diakoni - en kritisk lesebok*. Tapir Akademisk forlag, Trondheim 2009.

Fugelli, Per (2011): *Fastlegen - og helsens grunnstoffer*. I *Utposten* nr. 4.

Fugelli, P / Ingstad, B (2009): *Helsens grunnstoffer – og noen freidige spørsmål*. I: *Utposten* nr. 8, 2009.

Fugelli, P / Ingstad, B (2009): *Helse på norsk - god helse slik folk ser det*. Gyldendal Akademisk

Fugelli, Per (2008): *Frihet er helsens grunnstoff*. I *Minerva* 2008: nr. 2.

Hammerlin, Y / Schjeldrup, G (1994): *Når livet blir en byrde: Selvmordforståelse og problemer ved forebygging*. Ad Notam Gyldendal.

Helse - og omsorgsdepartementet (2009): St.meld. nr. 47: *Samhandlingsreformen*

Helse- og omsorgs departementet (2013): Verdens Helseorganisasjon WHO. URL: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/internasjonalt_helsearbeid/verdens-helseorganisasjon-who.html?id=435126. (Lest 26.02.13)

Henriksen, J.O / Vetlesen, A.J (2000): *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Gyldendal Akademisk, 2. Utg.

Johannesen, A / Tufte, P.A / Christoffersen,L (2011): *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt Forlag AS, Oslo. 4. Utgave.

Kirkerådet (2008): *Plan for diakoni i Den norske kirke*. Oslo

Kjølseth, Ildri (2010): *Control in life- and in death: An understanding of suicide among the elderly*. Faculty of Medicine - university of Oslo

Kjølseth, I / Ekeberg O (1997): *Suicide attemps among elderly*. Tidsskrift Norsk Lægeforening

Korslien, K / Notland, A (2011): *Metodiske overveielser i diakonalt arbeid. I: Dietrich, Stephanie/ Korslien, Kari Karsrud / Nordstokke, Kjell (red) (2011): Diakonien - kall og profesjon*. Tapir Akademisk forlag, Trondheim.

Løgstrup, K.E (1999 [1956]): *Den etiske fordring*. J.W. Cappelens forlag A/S.

Moksnes, Kjell Martin (2007): *Selvord hos eldre*. Demens og Alderspsykiatri vol. 11 nr 4.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og - forebygging (2013). UIO, Institutt for klinisk medisin. Det medisinske fakultet. URL:

<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/om/>. (Lest 15.04.13)

Nordstokke, Kjell (red) (2010): *Diakoni i kontekst*. Forvandling, forsoning, myndiggjøring. The Lutheran World federation.

Norsk Pensjonistforbund (1999): *Helse og livskvalitet i eldre år*. URL:

<http://www.nb.no/nbsok/nb/96a1aa3605e81b8fd3439c077eff7f92?index=5#0>. (Lest 26.02.13)

Retterstøl, Nils (1995): *Selvord*. Universitetsforlaget, 5. Utgave.

Statens Helsetilsyn (2000): *Handlingsplan mot selvmord - sluttrapport*. Skriftserie 3- 2000.

URL:http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/skriftserien/handlingsplan_selvmord_i_k-2720.pdf. (Lest 04.03.13)

Statistisk sentralbyrå (2012): URL: <http://www.ssb.no/aarbok/tab/tab-122.html> (Lest 25.05.12)

Store norske leksikon (2013). Store medisinske leksikon - *Alderdom*. URL:
http://snl.no/sml_artikkel.(Lest 15.04.13)

Thorsen, Kirsten (2005): *Ensomhet blant eldre, selvmordsrisiko og utfordringer*. Suicidologi,
Årg 10 nr 1

Vetlesen, A.J (1996): *Nærhetsetikk. Med bidrag av: Zygmunt Bauman, Per Nortvedt og Svend
Andersen*. Ad Notam Gyldendal AS, Oslo.

Vedlegg:

Informasjonsskriv og intervjuguide

Jeg takker for at dere har sagt dere villige til å være med på dette gruppeintervjuet. Mitt navn er Astrid H Andersen, for tiden korpsleder i Frelsesarmeen i Larvik, og masterstudent på diakonhjemmet. Det er i forbindelse med min masteroppgave jeg har tatt kontakt med dere for et intervju.

Temaet for oppgaven er ”forebygging av selvmord blant eldre” og problemstillingen er:

”Hvordan kan diakonien bidra for å forebygge selvmord blant eldre?”

Over 23 % av de som tar livet sitt pr år, er over 60 år (Moksnes, 2007: Demens og Alderspsykiatri vol. 11 nr 4). Det er også sannsynligvis mange mørketall, da mange velger å ikke melde eller undersøke nærmere når eldre dør, selv om mye tilsier at det er selvmord. Det er sjelden at de legger igjen brev (ibid).

Jeg har jobbet med eldre i mange år, som sykepleier i hjemmetjenesten og på sykehjem. Jeg har møtt mye ensomhet, sorg og maktesløshet i møte med alderdommen. Mange jeg har vært i kontakt med har uttrykt ønske om å dø. Det sies også at mange eldre lider av depresjoner som sjelden blir oppdaget hos fastlegene, da de gjerne søker legen av helt andre grunner som er reelle nok (Kirsten Thorsen, 2005: Suicidologi, Årg 10 nr 1). Mange har mistro til helsevesenet og tar derfor ikke kontakt eller kommuniserer hva deres behov og tanker er (Ildri Kjølseth, 2010). Min tanke er at diakonien og frivillige aktører har mye å bidra med i forhold til forebygging av selvmord hos denne aldersgruppen. Jeg vil blant annet fokusere på betydningen av menneskelig kontakt og menneskeverd. Grunnen til at jeg har tatt kontakt med dere er at dere har et stort og vidt arbeid blant eldre, på flere områder, og kombinerer helsevesen med frivillig og diakonal virksomhet.

Metoden for oppgaven er kvalitativ. Intervjuet vil bli anonymisert. Struktur og arbeidsformer vil bli beskrevet, men institusjonen vil ikke bli navngitt. Dette også for å sikre brukerne av tilbudet. Jeg ønsker å bruke opptaker underveis, slik at jeg kan konsentrere meg om det dere sier, og får med mest mulig, riktigst mulig. Dere vil få mulighet til å lese oppgaven i helhet

når den er ferdig. Intervjuet vil tjene som eksempel på forebygging i oppgaven min. Datainnsamling ellers vil bestå av tidligere forskning på temaet "Eldre og selvmord" med bl.a Ildri Kjølheth's avhandling fra 2010: "Control in life- and in death: An understanding of suicide among the elderly."

Det er ikke mulig å forske eksakt på forebygging, da en ikke kan vite med sikkerhet om flere ville valgt å ta sitt liv om ikke de konkrete tiltakene var iverksatt. Likevel kan vi se på risikofaktorer og ved å eliminere noen av disse kan vi også anta at vi kan forebygge noen av selvmordene. Jeg vil derfor se på deres tiltak opp mot risikofaktorer og hva forskning tidligere har vist, og slik se hvilke forebyggingstiltak som finnes og hvordan det kan brukes videre av andre.

Intervjuguide:

Kort presentasjon av meg, tema og problemstilling.

Informasjon også muntlig om hvordan intervjuet foregår.

Presentasjon av de ulike roller og arbeidsoppgaver dere har:

- 1: Kan dere si litt kort om hvordan arbeidet er organisert og hva det rommer?
- 2: Kan dere si litt kort om hva slags rolle den enkelte av dere har i forhold til de eldre?
- 3: Hva gjør dere spesielle som en diakonal aktør, i forhold til offentlig helsevesen og andre ikke kirkelige aktører som gjør tilsvarende arbeid?
- 4: Hva tenker dere om temaet og problemstillingen jeg har gitt dere?
- 5: Er det kjent problematikk?

En av mine antagelser er at mange av de diakonale tiltakene som finnes, slik som formiddagstreff og lignende, ikke treffer de som trenger det mest.

- 6: Hva tenker dere om denne antagelsen?

7: Hvilke sosiale / diakonale tiltak kan dere tilby her?

8: Hvem benytter seg mest av de tilbudene som blir gitt? Kvinner eller menn?

9: Hvilke tiltak har dere spesielt rettet mot menn?

10: Hvilke erfaringer har dere gjort i forhold til de tiltakene dere har iverksatt?

Mange eldre opplever tap av nære relasjoner. Sorgen kan også forsterkes av nye tapsopplevelser, som tap av helse, tap av kontroll, tap av livsverdi m.m. (Ildri Kjøseth, 2010). Sorg og tap gir en følelse av å miste livsverdi og fører ofte til ensomhet og isolasjon.

11: Hvordan opplever dere graden av ensomhet blant eldre i området dere arbeider?

12: Opplever dere forskjell på menn og kvinners grad og opplevelse av ensomhet?

13: Hvordan kan man gjøre tapsopplevelser lettere å bære?

14: Hvordan kan man best forebygge ensomhet og isolasjon?

15: Er det forskjell på tiltak rettet mot menn og kvinner?

Holdninger kan også være en risikofaktor, der eldre opplever seg unyttige og til belastning for samfunnet. De blir i media mange ganger fremstilt som en økonomisk byrde for samfunnet (Ildri Kjøseth, 2010).

16: Hvordan opplever de eldre dere er i kontakt med disse holdningene?

17: Hva kan gjøres for at denne opplevelsen av å være en byrde blir mindre?

18: Hva kan gjøres for at eldre skal føle seg verdifulle og fortsatt finne mening med livet?

19: Hvilken betydning har livskvaliteten og hva kan gjøres for å bedre denne?

En definisjon på selvmord er: ”Selvmord kan forklares som et forsøg på å håndtere en smertelig situation, der oppleves som uutholdelig og håbløs, og hvor der ikke er utsikt til forandring. Langt de færreste har et ønske om at dø. Der er snarere tale om at de ønsker at flykte fra en uutholdelig situation eller en overveldende psykisk smerte. De søker fred og ro” (Thorsen: 2005:15 (referert fra Tellervo, 2004). Depresjon er en viktig risikofaktor og ofte vanskelig å oppdage (Ildri Kjøseth, 2010).

20: Møter dere mennesker som gir uttrykk for at de ikke lengre ønsker å leve?

21: Hva preger samtalen?

22: Er det forskjell på samtalen med kvinner og menn?

”Helt sentralt for å gi livet innhold, unnslipe ensomhet og opplevelse av meningsløshet er nærheten til andre som ser en. Da gjelder ikke verdien av autonomi, men anerkjennelsen av vår avhengighet av hverandre og vårt behov for å få være i lag - uten at det oppfattes som å være til bry. Vi må gi samvær når det trenges som mest..” (Thorsen, 2005: 9).

23: Hvordan opplever dere viktigheten av møtet med den enkelte og å se den enkelte?

24: Hvordan opplever dere at tidsbruk - varigheten på møtet - innvirker på kvaliteten og innholdet?

25: Hender det at samtalen handler om livets avslutning og døden?

26: Hvilke tiltak har dere for å øke kompetansen til ansatte og frivillige i forhold til å kunne samtale med eldre om døden?

Ildri Kjøseth (2010) sier at mange er redd for å miste sin autonomi når de blir eldre og i møte med helsevesenet, og derfor velger å ta sitt eget liv før eller når de blir avhengig av hjelp. ”Ensomme eldre kan trenge en helhetlig plan for hvordan de kan få et bedre sosialt liv, og små velrettende puff..” (Thorsen, 2005: 9).

27: Hvordan kan autonomien (selvbestemmelsen) ivaretas, samtidig som en hjelper mennesker videre og gir de ”velrettende puff” mot et bedre sosialt liv?

28: Hvordan kan man ivareta menneskers behov for kontroll samtidig som man gir den hjelp som behøves?

29: Hvordan kan overgangen til et liv i avhengighet bli lettere å takle?

Med oppgaven ønsker jeg å bevisstgjøre diakonale aktører på vårt ansvar og rolle i forhold til dette tema. Jeg ønsker også å bevisstgjøre det offentlige på de ressursene frivillige og kirkelige aktører sitter inne med i forhold til forebygging.

30: Hvordan ser dere på deres egen rolle som forebyggende aktør?

31: Hva vil dere si er den viktigste forskjellen dere kan bidra med i forhold til de eldre sin hverdag og opplevelse av alderdommen?

Avslutningsvis

32: Hva tror dere er det viktigste vi som privatpersoner og menigheter kan bidra med for å forbedre eldre sin livssituasjon, og å forebygge selvmord?

Jeg vil til slutt takke for at jeg fikk lov å komme!

Mvh Astrid Holm Andersen