

Julie Beate Pilskog
Katrine Skjong

Når livet ikke har mening

When life has lost its meaning
Antall ord: 8794

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Ingunn Klauset Hunstad
Mai 2019

Julie Beate Pilskog
Katrine Skjong

Når livet ikke har mening

When life has lost its meaning
Antall ord: 8794

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Ingunn Klauset Hunstad
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Sammendrag

Bakgrunn: Hvert år tar rundt 80 eldre mennesker i Norge livet sitt, og det er stor grunn til å anta at det forekommer mørketall i selvmord blant eldre. Videre er selvmord blant eldre et tema som får lite oppmerksomhet i utdanningen til helsepersonell.

Hensikt: Studiens hensikt er å bevisstgjøre sykepleiere om forebygging av selvmord blant eldre, og på den måten øke kunnskapsgrunnlaget.

Metode: Systematisk litteraturstudie.

Resultat: Resultat viser viktigheten av relasjonsbygging og påvirkningskraften sykepleiers holdninger har på relasjonen. Videre viser resultatet til kunnskap om selvmord, eldre som pasientgruppe og individet, samt rammefaktorene: tid, kompetanse og kontinuitet.

Konklusjon: Studien viser at ved gode holdninger og kunnskap kan sykepleier bygge en god relasjon til den selvmordsnære eldre. Gjennom relasjonen vil pasienten få tillit til sykepleier og via dette kan man ha samtaler om de tyngre tankene. Videre gir dette mulighet for å bygge felles fundament med pasientens ønsker og behov i fokus. Ved at sykepleier investerer tid og møter den eldre med empati kan det føre at smerten lindres og den eldre øyner håp.

Nøkkelord: Eldre, forebygging, selvmord og sykepleie

Abstract

Background: Each year nearly 80 elderly people in Norway commit suicide, but there is great reason to assume that there are undocumented suicides among the elderly. Furthermore, suicide among the elderly is a topic which receives little attention in the education of health personnel.

Aim: The aim of the study is to raise awareness among nurses about the prevention of suicide among the elderly, thereby increasing the knowledge base.

Method: Systematic review study.

Results: The results show the importance of building a relationship and the influence nurses' attitudes have on the relationship. The results also refer to knowledge about suicide, the elderly and the individual, as well as the framework factors time, competence and continuity.

Conclusion: With a good attitude and knowledge, nurses can build a good relationship with the suicidal elderly. Through this relationship, the patient can gain trust in the nurse and together they can talk about their heavy thoughts. Furthermore, this gives the opportunity to build a common foundation, based on the patient's wishes and needs. By investing time and meeting the elderly with empathy, the nurse can help to relieve the pain and give new hope to the suicidal elderly.

Keywords: Elderly, prevention, suicide and nursing

Forord

lyset
du treng
finst

Helge Torvund

Innhold

1	Innledning	10
1.1	Bakgrunn for valg av tema	10
1.2	Oppgavens hensikt og problemstilling	10
1.3	Avgrensinger	10
1.4	Definisjoner og begreper	11
1.5	Oversikt over oppgavens videre oppbygging	11
2	Teoribakgrunn	12
2.1	Eldre og selvmord	12
2.2	Sykepleiers rolle og etikk	12
2.3	Kari Martinsen	13
2.4	Joyce Travelbee	13
3	Metode	15
3.1	Datainnsamling	15
3.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.1.2	Søkestrategi	16
3.1.3	Kvalitetsvurdering	16
3.1.4	Etiske vurderinger	16
3.2	Analyse	17
4	Resultat	18
4.1	Relasjon	18
4.2	Holdninger	19
4.3	Kunnskap	19
4.4	Rammefaktorer	20
5	Diskusjon	22
5.1	Metodediskusjon	22
5.2	Relasjonsbygging med den eldre	23
5.3	Holdningenes påvirkningskraft	24
5.4	Kunnskap for bedre pleie	26
5.5	Rammefaktorenes betydning	28
6	Konklusjon	31
	Referanser	32
	Vedlegg	37

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Vedlegg 2: Litteratormatrise (8 stk.)

1 Innledning

Dette kapittelet presenterer bakgrunnen for valg av tema, hensikt og problemstilling. Videre presenteres avgrensninger, begrepsavklaring og oppgavens videre oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge Statistisk sentralbyrå tar rundt 500 mennesker livet sitt i Norge hvert år, omtrent 80 av disse er eldre (SSB, 2018). Det er stor grunn til å anta at det forekommer "mørketall" i denne aldersgruppen, ettersom det sjeldnere gjøres obduksjoner når den avdøde er gammel. Selvmordet kan derfor klassifiseres med en annen dødsårsak (Kjølseth, 2014, s.39). I de siste nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern blir ikke eldre nevnt (Helsedirektoratet, 2008), men i 2014 kom Helsedirektoratet med en handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading med særlig fokus på tidlig intervensjon og forebygging. I denne nevnes eldre som en gruppe som er spesielt utsatt for sosial isolasjon, en psykososial risikofaktor for selvmord. Handlingsplanen har med ett spesifikt tiltak som gjelder eldre: "Støtte til å utvikle aktiviteter og tiltak for å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning blant eldre" (Regjeringen, 2014, s. 49). Regjeringen arbeider nå med en ny handlingsplan mot selvmord (Regjeringen, 2018). Videre er selvmord blant eldre et tema som har fått lite oppmerksomhet i media, i samtaler og i utdanningen til helsepersonell (Kjølseth, 2014, s. 11).

Med denne bakgrunnen samt egne erfaringer er dette et aktuelt tema som engasjerer oss. Det er et tema vi ønsker å få økt bevissthet rundt, og via denne studien ønsker vi å øke det generelle kunnskapsnivået om eldre og selvmordsforebygging. Videre er det et håp at studien kan være et lite bidrag i forskningen på feltet.

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å bevisstgjøre sykepleiere om forebygging av selvmord blant eldre, og på den måten øke kunnskapsgrunnlaget. Med dette utgangspunktet er det formulert følgende problemstilling:

"Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge selvmord blant eldre?"

1.3 Avgrensninger

Studien er avgrenset til sykepleieperspektiv, og omfatter eldre over 65 år. Oppgaven er ikke avgrenset ytterligere med tanke på kjønn eller en spesiell arena, men fokuserer på de ulike arenaene der man i sykepleieprofesjonen møter eldre.

1.4 Definisjoner og begreper

Eldre:

Flertallet av internasjonale studier setter aldersgrensen på eldre til 60, eller oftest 65 år. Omkring denne alderen oppfattes en som eldre av andre og etter hvert en selv. I selvmordsammenheng blir 65 år en naturlig grense for å regnes som eldre (Kjølseth, 2014, s. 12).

Forebygging:

Forebygging omhandler å redusere eller fjerne betydningen av risikofaktorer og samtidig styrke beskyttende faktorer (Kjølseth, 2014, s. 107).

Selvmord:

Store medisinske leksikon definerer selvmord som "en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, der denne skaden har ført til døden" (SML, 2016).

1.5 Oversikt over oppgavens videre oppbygging

Studien vil gå inn på relevant litteratur og teori for å belyse oppgavens problemstilling, deretter gjøres det rede for metode og datainnsamlingsprosessen. Videre tar studien for seg resultatene fra de utvalgte forskningsartiklene og systematiserer dem i kategorier. I diskusjonsdelen blir studiens styrker og svakheter diskutert og resultatene drøftet opp mot teoribakgrunnen. Til slutt vises det til hvordan problemstillingen besvares.

2 Teoribakgrunn

I oppgaven har det blitt anvendt relevant pensumlitteratur og annen teori for å belyse problemstillingen. I dette kapitlet belyses eldre og selvmord, sykepleiers rolle, ansvar og etikk. Kapitlet tar også for seg sykepleierteoriene til Travelbee og Kari Martinsen.

2.1 Eldre og selvmord

Omkring 65 års alderen oppfattes en gjerne som eldre av andre og etter hvert av en selv (Kjølseth, 2014, s.12). Den eldre pasienten kan igjen defineres som et menneske som har ett eller flere helseproblemer som fører til at kontakt med helsevesenet er nødvendig. Aldersforandringene kommer gradvis, og selv om eldre pasienter har et aldersspenn fra 60-100 år er det som regel de over 75 år som opplever aldersforandringer som fører til sviktende helse. Forandringene fører til en økt disposisjon for sykdom og problemer med å klare seg i dagliglivet (Ranhoff, 2016, s. 79-80). Eldre med et negativt syn på alderdommen og som ikke vil akseptere de fysiske forandringene, kan få problemer med å mestre tap. Dette kan lede til sosial tilbaketrekning og ensomhet, som igjen kan føre til psykiske lidelser som depresjon og angst, eller i verste fall selvmordstanker (Ranhoff, 2016, s. 165).

Selvmord er en bevisst handling, der målet er å skade seg selv med døden til følge (SML, 2016). Grunnleggende kunnskap om selvmord kan være relevant for alle aldersgrupper, men når fokuset er mot eldre som gruppe, kreves det innsikt i aldringsproblematikk. Hos eldre blir den generelle motstandskraften mindre og de er i en fase i livet der store endringer ofte trer i kraft (Kjølseth, 2014, s. 15). Det er naturlig at eldre tenker mer på døden enn yngre og dødsønsker hos eldre vil ikke nødvendigvis medføre selvmord. Ordene og tankene kan være en form for å uttrykke smerte og lidelse, altså en "psykologisk ventil" (Kjølseth, 2014, s. 78 og 36).

2.2 Sykepleiers rolle og etikk

Et behov for sykepleie kan oppstå dersom ytre hendelser, alder eller sykdom fører til at en person befinner seg i en situasjon der dennes egne ressurser ikke lenger strekker til for å ivareta deres grunnleggende behov og helse (Kristoffersen mfl., 2016, s. 16). En sykepleiers handlinger må ifølge Norsk Sykepleierforbunds retningslinjer være forankret i fagets verdigrunnlag samt aktuell og anerkjent fagkunnskap (NSF, 2011b). Sykepleieren må vise respekt for det enkelte menneskets liv ved å utøve en kunnskapsbasert praksis basert på forskning, erfaring og pasientens ønsker og behov. Sykepleier har flere viktige funksjoner overfor pasienter: helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og undervisning (Kristoffersen mfl., 2016, s.17). Sykepleiernes etiske grunnlag er en viktig norm som går ut fra de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Disse samsvarer stort sett med de internasjonale retningslinjene og gjelder derfor i hele verden. De yrkesetiske retningslinjene baseres på omsorgsetikk og vektlegger verdier

som omtanke og medfølelse, i stedet for regler og prinsipper. Omsorgsetikken fremhever relasjonen og ansvaret mennesker har for hverandre, der omsorgen og ansvaret for pasienten er sentral (NSF, 2011a).

2.3 Kari Martinsen

Kari Martinsen er en norsk sykepleier og anerkjent professor i filosofi som er særlig kjent for sin omsorgsfilosofi (Martinsen, 2003). Martinsen definerer omsorg i sykepleie som et forhold mellom minst to mennesker som innebærer en form for gjensidighet. Omsorgsteorien til Martinsen kan deles inn i tre punkt basert på fellesskap, forståelse og holdning. Omsorg er en sosial relasjon basert på hvordan vi forholder oss til hverandre, hvor forholdet mellom mennesker er det vesentligste. Fellesskapet er forutsetningen for at tilværelsen skal gi mening, man tar hensyn til de rundt seg for sin egen del. Videre har omsorg med felles medmenneskelig eksistens å gjøre og baserer seg på forståelsen for medmennesker. For at mennesker skal kunne forstå hverandre må det være noe som binder dem sammen, ved å utvikle felles erfaringer kan man forstå andres situasjon. Til slutt skal omsorg være ekte ved at man forholder seg til de man møter med en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. Anerkjennelsen baserer seg på å verken overvurdere eller undervurdere hans situasjon og hans evner, og å heller ikke forvente noe tilbake. Dette kalles generalisert gjensidighet (Martinsen, 2003, s. 69-71). Videre er sykepleielære og medisinske kunnskaper viktige i sykepleieprofesjonen. Man blir ikke automatisk faglig dyktig eller i stand til å utøve sykepleie med omsorg uten at kunnskapen praktiseres. Å møte den eldre med omsorg gjennom omsorgsarbeid innebærer dermed en rekke forutsetninger basert på både kunnskap og ferdigheter. Det karakteristiske ved omsorgsarbeid er at mottakeren av omsorg befinner seg i en ikke-selvhjulpens situasjon og at omsorgsrelasjonen vedvarer. Dette innebærer ansvar og forpliktelse fra omsorgsutøverens side, og at omsorgsrelasjonen er basert på generalisert gjensidighet (Martinsen, 2003, s.75). Sykepleier har ansvar for den svake, og dette ansvaret forplikter til handling. Man må engasjere seg i den svake pasientens situasjon, og hjelpe pasienten til å bli en deltaker i sitt eget liv (Martinsen, 2003, s.62).

2.4 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee er en anerkjent sykepleier og lærer. Hun har utviklet en sykepleieteori som baserer seg på en mellommenneskelig prosess, der mennesket er et unikt individ (Travelbee, 2005). Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor sykepleier og den syke påvirker hverandre gjensidig og er et resultat av samspillet dem imellom. Formålet med menneske-til-menneske-forholdet formulerer Travelbee som "å hjelpe et individ, en familie eller et samfunn til å unngå eller mestre opplevelsen av sykdom og lidelse, og, eventuelt, å finne mening i denne opplevelsen" (Travelbee, 2005, s.29-30). Sykdom er en erfaring som kan ha en selvaktualiserende betydning for den syke og kan påvirke holdningene deres. Den syke er avhengig av at noen hjelper han til å finne mening i sykdommen (Travelbee, 2005, s.37). Videre beskriver Travelbee at det foregår kommunikasjon mellom sykepleier og den syke ved ethvert møte. Kommunikasjon er adferd som involverer fysisk og mental aktivitet både hos avsender og mottaker av budskapet, det kan bli sett på som en prosess for overføring av tanker og følelser. Sykepleier bruker kommunikasjon til å søke og gi informasjon, og den syke bruker kommunikasjon for å få hjelp. All interaksjon med pasienter gir sykepleieren en

anledning til å bli kjent med dem som mennesker og til å ivareta behovene deres. Via kommunikasjon blir sykepleier i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2005, s. 135-137). En sykepleier bør inneha evnen til å bruke seg selv terapeutisk. For å bruke seg selv effektivt i relasjoner er det vesentlig at man har kunnskap om hvordan egen adferd påvirker andre. Travelbee påpeker at sykepleier må ha flere spesifikke evner for å bruke seg selv terapeutisk: selvforståelse, selvinnsikt, forståelse for menneskelig adferd og evnen til å tolke egen samt andres adferd. I tillegg til dette må sykepleier også ha evnen til å vite når man skal involvere seg og når man skal holde tilbake (Travelbee, 2005, s.44-45).

3 Metode

Dette kapitlet tar for seg datainnsamling med tilhørende søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier samt kvalitetsvurdering og etiske vurderinger. Til slutt analyseres materialet fra datainnsamlingen.

3.1 Datainnsamling

Et systematisk litteratursøk defineres som en studie som utgår fra en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Hensikten med en slik studie er å etterkomme en syntese av data fra tidligere empiriske studier. For å lykkes med en systematisk litteraturstudie er det en forutsetning at det finnes tilstrekkelig med forskning på det aktuelle emnet (Forsberg og Wengström, 2013, s.26-30). Litteratursøket ble gjennomført i perioden november 2018 til mars 2019. For å finne frem til gode søkeord ble det brukt et PICO-skjema. PICO er en strukturert metode som tar utgangspunkt i problemstillingen og ut ifra dette kan man sette sammen søkestrategier. PICO står for Patient/Population, Intervention, Control og Outcome. Ettersom kontrollgruppe ikke var relevant for problemstillingen ble PICO-skjema brukt etter Population, Intervention og Outcome (Forsberg og Wengström, 2013, s. 60-61).

P Patient/population	I Intervention	C Control	O Outcome
Selv mord Eldre	Forebyggende		Forebyggende tiltak mot selvmord
Suicide Aged	Preventative		Preventative measures against suicide

Tabell 1.1: PO skjema

3.1.1 Inklusjons-og eksklusjonskriterier

Søkene er avgrenset til kun å inneholde artikler som er fagfellevurdert eller forskningsartikler. Videre er søkene avgrenset til artikler fra perioden 2000 til 2018. Dette ettersom det opplevdes utfordrende å finne relevant forskning fra de siste ti årene. Videre inklusjonskriterier er at artiklene skal ha et sykepleieperspektiv og være skrevet på et språk som er forståelig for forfatterne: engelsk, norsk, svensk eller dansk. Artiklene er valgt ut ifra om de er relevante og kan brukes til å besvare problemstillingen.

3.1.2 Søkestrategi

Å søke systematisk i databaser omhandler å formulere en god problemstilling, bestemme kriterier for søket og bruke gode søkeord som utgår fra problemstillingen. For å kombinere søkeordene og oppnå gode resultater brukes de boolske operatørene AND, OR og NOT (Forsberg og Wengström, 2017, s. 69).

For å besvare problemstillingen er det utført et systematisk litteratursøk i anerkjente databaser for å finne forskning relevant for problemstillingen. Databasene som ble benyttet var PsycINFO og SveMed+. Her ble det lagt inn inklusjons- og eksklusjonskriterier samt relevante søkeord for å finne forskning. Ordene som ble søkt på var ulike kombinasjoner for eldre, selvmord, forebygging, sykepleie, samt på ulike arenaer der sykepleier møter eldre. Via dette ble det funnet seks artikler. Et litteratursøk kan utføres via databaser eller manuelle søk (Forsberg og Wengström, 2017, s. 63). To av artiklene ble funnet med manuelle søk i Oria og Google Scholar. Viser til vedlegg 2 for fullstendig søkehistorikk.

3.1.3 Kvalitetsvurdering

Verdien av en systematisk litteraturstudie går ut ifra hvordan man indentifiserer og vurderer relevante artikler. Når forskningsartikler skal kvalitetsvurderes er det viktig å se om studiens hensikt, problemstilling og resultat er tydelig beskrevet. Videre burde man vurdere studiens design, utvalg, metode, analyse og tolkning. For å kvalitetssikre artiklene er det hensiktsmessig å bruke en sjekklister (Forsberg og Wengström, 2017, s. 104). Samtlige artikler ble sikret at de var fagfellevurdert, før de ble gjennomgått med sjekklister. Det ble benyttet sjekklister fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016) og Forsberg og Wengström (2017, s. 191-207). Sju av artiklene ble sjekket opp mot metoden kvalitativ forskning og en av artiklene ble sjekket opp mot metoden oversiktsartikkel. Via sjekklister ble det sett at studiens hensikt, resultater og gyldigheten var tydelig beskrevet samt at metode og utvalgsstrategi var hensiktsmessig. Etter endt kvalitetsvurdering kan artiklene vurderes mellom høy, middels eller lav kvalitet, studier med lav kvalitet bør ikke inkluderes i en systematisk litteraturstudie (Forsberg og Wengström, 2017, s. 105). Sju av artiklene ble bedømt til å være av høy kvalitet og en av middels kvalitet.

3.1.4 Etske vurderinger

Ifølge Forsberg og Wengström er det krav om etisk gjennomgang i vitenskapelig forskning. Vitenskapsrådet har gitt ut retningslinjer for god medisinsk forskning for å sørge for at fusk eller uærlighet ikke skal forekomme. Det er viktig å velge studier som har fått godkjenning fra etisk komite eller som har gjennomgått grundige etiske overveielser. Etske vurderinger bør gjøres vedrørende utvalg og presentasjonen av resultatet. Det er et krav at alle resultater skal komme tydelig frem, både de som støtter og de som ikke støtter hypotesen. Videre skal alle artikler som er inkludert i studien komme tydelig frem, og at disse skal lagres i minimum 10 år (Forsberg og Wengström, 2015, s.59). Samtlige artikler i denne studien er gjennomgått med tanke på etiske hensyn. Sju av artiklene har grundige beskrivelser om utvelgelsesprosessen av deltakere og om gjennomførelsen av studien. Videre har samtlige artiklene presentert alle resultat på en

oversiktlig måte, samt at artiklene som er brukt i de utvalgte studiene kommer tydelig frem. Sju av artiklene hadde enten etisk godkjenning fra komite, egen redegjørelse eller beskrevet den etiske vurderingen i utvalgsprosessen. Oversiktsartikkelen hadde etisk vurdering i form av at samtlige resultater var inkludert og at artikkelbakgrunnen var tydelig beskrevet.

Interessen for å innhente ny informasjon skal alltid veies opp mot kravet om å beskytte de individene som deltar i studien (Forsberg og Wengström, 2015, s. 132). Informantene deltok frivillig i studiene og hadde mulighet for å trekke seg når de ville. For å holde informantene anonyme ble det benyttet spørreskjema og lydopptak som ble slettet etter endt analysing.

3.2 Analyse

Forsberg og Wengström (2015) beskriver analyse som å dele opp fenomenet i mindre deler, og deretter sette det sammen på en ny måte. For å analysere materialet er det tatt i bruk en innholdsanalyse, der man trinnvis kategoriserer data for å identifisere tema (Forsberg og Wengström, 2015 s. 152-153). Det er tatt utgangspunkt i Evans' (2002) innholdsanalyse.

Datainnsamling:

Evans (2002, s. 25) definerer datainnsamling som å bestemme inklusjonskriterier og utføre søk i ulike databaser for å finne relevante artikler. Prosessen av datainnsamlingen gjøres rede for i metodekapittelet der det beskrives hvordan de åtte artiklene ble funnet.

Identifisere nøkkelfunn:

Ifølge Evans (2002, s. 25) er neste trinn i analysen å identifisere nøkkelfunn i artiklene ved å lese artiklene gjentatte ganger for å få et helhetlig inntrykk. Deretter samler man sammen hovedfunn. Etter utført datainnsamling ble artiklene nummerert for å opprettholde kontroll. Nøkkelfunnene ble identifisert ved å lese gjennom artiklene flere ganger samtidig som sentrale funn ble markert og notert. For å kategorisere funnene ble de samlet i et eget skjema.

Samle funnene til tema på tvers av studier:

I dette trinnet blir funnene samlet til temaer. Dette blir utført ved å identifisere gjennomgående temaer, samt å finne likheter og ulikheter (Evans, 2002, s. 25). Temaene ble funnet ved å fargekode kategoriene som gikk igjen i nøkkelfunnene. Deretter ble temaene gjennomgått på nytt og sammenlignet med tanke på likheter og ulikheter.

Beskriv fenomenet:

Siste trinn i analysen er å beskrive fenomenet via temaene som er opprettet. Dette utføres ved at man skriver ned funnene og refererer til de originale artiklene. Via dette blir nøyaktigheten av beskrivelsen validert (Evans, 2002, s. 25). Studien fant fire hovedtema: relasjon, holdninger, kunnskap og rammefaktorer, som blir beskrevet i resultatkapittel.

4 Resultat

Dette kapitlet tar for seg de sentrale funnene som kom frem gjennom analysearbeidet. Ifølge Forsberg og Wengstöm (2015, s. 41) skal resultatene presenteres på en presis og logisk måte, leseren skal gjennom dette kunne bedømme om resultatene besvarer problemstillingen.

4.1 Relasjon

Viktigheten av å bygge en relasjon til den selvmordsnære er et funn som går igjen i samtlige artikler (Kjølseth og Steihaug, 2010; Berland mfl., 2018; Vanlaere mfl., 2007; Larsson mfl., 2007; Halvordsrud mfl., 2014; Sun mfl., 2006; Adamek og Kaplan, 2000; Vatne, 2006). For å etablere relasjon viste funn til nødvendigheten av å konversere åpent med pasient om selvmordstanker. Selvmord må bli tatt opp ved at sykepleier spør direkte eller har lengre samtaler med pasienten om selvmordstanker. *"I would directly ask the patients, do you have suicidal ideas? If they want to die I ask what methods have you thought about?"* (Sun mfl., 2006, s.686). Ved å stille spørsmål om selvmordstankene kan sykepleierne oppnå forståelse (Larsson mfl., 2007; Vanlaere mfl., 2007; Kjølseth og Steihaug, 2010). Når pasienten velger å dele med sykepleier er det viktig at man er aktiv i samtalen og tar den eldre seriøst ved engasjement (Vanlaere mfl., 2007; Larsson mfl., 2007). *"Sykepleierne fremhever ansvaret for å gripe øyeblikket når pasienten viser den tilliten det er å snakke om selvmordstanker, planer eller forsøk"* (Vatne, 2006, s.32).

God relasjon oppstår når sykepleier og pasient kommuniserer (Kjølseth og Steihaug, 2010; Halvordsrud mfl., 2014; Sun mfl., 2006; Vatne, 2006). Halvordsrud mfl. (2014) og Sun mfl. (2006) poengterer viktigheten av en god relasjon for å se endringer ved pasienten og oppnå en helhetlig vurdering. Når relasjonen er god er det enklere for sykepleier å se fysiske og psykiske endringer hos pasienten som kan føre til selvmord. Ved å bekrefte pasientens psykiske smerte bygger sykepleier en terapeutisk relasjon basert på empati (Vatne, 2006). Funnet viser at sykepleierne opplever at relasjon basert på tillit og forståelse spiller en viktig rolle. Ved hjelp av en god relasjon er det mer sannsynlig at pasienten vil åpne seg om de tunge tankene (Kjølseth og Steihaug, 2010; Vanlaere mfl., 2007; Berland mfl., 2018; Sun mfl., 2006). Det er viktig at pasienten kan stole på sykepleier, via dette vil det skape trygghet for pasienten å åpne seg:

In order to take care of these suicidal patients, I try to build a trusting relationship with them. If I can build a good trusting relationship with them, they will trust me. They will give me the information I need and then we can explore their problems and try to help them to prevent future suicide attempts (Sun mfl., 2006, s.687).

Videre er det viktig at sykepleier er der for pasienten (Kjølseth og Steihaug, 2010; Vanlaere mfl., 2007; Larsson mfl., 2007; Halvordsrud mfl., 2014; Sun mfl., 2006). Ved

”å være der” gir sykepleier tid til pasienten til å dele livshistorien sin. Videre krever ”å være der” at sykepleier lytter aktivt. Aktiv lytting forutsetter at sykepleier er tilsted både mentalt og fysisk. I samtale med pasient må sykepleier prøve å unngå avbrytelser og argumentasjon slik at pasienten kan føle seg forstått (Larsson mfl., 2007).

4.2 Holdninger

Sykepleieres holdninger og hvordan de spiller inn i relasjonen til pasienten er fremtredende i samtlige artikler (Kjølseth og Steihaug, 2010; Berland mfl., 2018; Vanlaere mfl., 2007; Larsson mfl., 2007; Halvordsrud mfl., 2014; Sun mfl., 2006; Vatne, 2006). *”The attitude of the health service,(...), is significant for how elderly people experience their contact with this service”* (Kjølseth og Steihaug, 2010, s. 943). Dette bekreftes av Larsson mfl. (2007) og Sun mfl. (2006) som poengterer at sykepleier må vise en ikke-dømmende holdning i samhandling med pasientene.

Sykepleier må respektere verdigheten til den eldre pasienten i situasjoner hvor selvrespekten avtar. I livets siste fase opplever flere eldre funksjonstap og tap av autonomi, ivaretagelse og respekt av Eldres autonomi er derfor avgjørende. Videre er det viktig at sykepleier tilbyr en spesifikk sykepleie til aldersgruppen (Kjølseth og Steihaug, 2010; Vanlaere mfl., 2007). Sykepleier må være respektfull overfor de eldre og deres verdighet i utførelsen av sykepleie (Kjølseth og Steihaug, 2010; Berland mfl., 2018; Vanlaere mfl., 2007; Larsson mfl., 2007; Sun mfl., 2006; Vatne, 2006). Selv om sykepleiere kan forstå pasienters ønske om å dø, er det ikke en handling som kan aksepteres (Berland mfl., 2018; Vatne, 2006).

Når sykepleier oppnår forståelse for pasient gjennom samtale er det enklere å bygge en god relasjon og dermed bidra til forebygging av selvmord (Kjølseth og Steihaug, 2010; Vanlaere mfl., 2007; Larsson mfl., 2007; Halvordsrud mfl., 2014). Kjølseth og Steihaug (2010) beskriver at sykepleierne kan føle at de ikke forstår pasienten, dette gjorde det vanskeligere å hjelpe dem. Ved forståelse for pasientens sårbarhet kan sykepleier bekrefte pasientens psykiske smerter, som kan bidra til trygghet samt at pasient åpner seg (Vanlaere mfl., 2007; Vatne, 2006; Larsson mfl., 2007). En annen faktor som spiller inn for at pasienten skal dele sine tanker og problem er at sykepleier viser empati i samtale (Larsson mfl., 2007; Sun mfl., 2006). Uten empati for pasienter er det vanskelig å forstå hvor vondt de har det: *”If you don’t have empathy, you have no way of realising the patients torment and discomfort, or how serious or how strongly they feel about attempting suicide”* (Sun mfl., 2006, s.687).

4.3 Kunnskap

I samtlige artikler går kunnskap om selvmord, pasientgruppen og individet igjen (Kjølseth og Steihaug, 2010; Berland mfl., 2018; Vanlaere mfl., 2007; Larsson mfl., 2007; Halvordsrud mfl., 2014; Sun mfl., 2006; Adamek og Kaplan, 2000; Vatne, 2006).

Sykepleierne i Sun mfl. (2006, s.686) opplever at de trenger mer kunnskap enn hva de har: *"Sometimes when we come across obstacles and difficulties that we cannot solve we need someone else to help us. Nurses need more education."* Sykepleier må vite hva som karakteriserer selvmordsnære eldre og hvilke årsaksforhold som ligger bak (Kjølseth og Steihaug, 2010; Berland mfl., 2018; Vanlaere mfl., 2007; Larsson mfl., 2007; Sun mfl., 2006; Adamek og Kaplan, 2000; Vatne, 2006). Selvmordsadferd kan presenteres ulikt hos eldre. For effektiv rolleutførelse må man være klar over hva som kan føre til selvmordstanker hos eldre, slik at det enklere kan observeres. Ifølge Berland mfl. (2018) var ensomhet en faktor som kan lede til selvmordstanker blant eldre. Det er viktig at man har kunnskap til å kunne identifisere ensomhet hos eldre før det utvikler seg til en kronisk tilstand. Videre uttrykte sykepleierne i Adamek og Kaplan (2000) at høy kunnskap om behandling av depresjon var viktig, siden depresjon ofte er en bakenforliggende årsak til selvmord blant eldre. Teoretisk kunnskap og klinisk erfaring har stor påvirkning på sykepleiernes forståelse for ansvaret til å forebygge selvmord (Vatne, 2006).

Sykepleierne i Vatne (2006) beskrev viktigheten av å vite hva pasienten trengte for å ville leve som utgangspunkt for videre handling. Sorg hos den eldre kan være uforståelig for de som ikke har de samme opplevelsene. Det er derfor viktig at man har kunnskap om den helhetlige situasjonen, ved at man kjenner til pasientgruppen og deres spesifikke behov, samt at man kjenner individets livshistorie (Kjølseth og Steihaug, 2010; Berland mfl., 2018). Dette kan gjøres ved at man har en god relasjon basert på tillit. Når man oppnår tillit fra pasienten vil man enklere kunne samle inn god informasjon om hvordan de har det (Sun mfl., 2006). Via samtaler kan man enklere prøve å forstå smerten som fører til eldres selvmordstanker og -planer (Vatne, 2006). Sykepleiere bør ha kunnskap om at å forebygge selvmord ikke er deres ansvar alene. En vellykket behandling vil i stor grad avhenge av pasientenes egne ønsker om å leve og deres vilje til å kjempe imot destruktive krefter (Vatne, 2006).

4.4 Rammefaktorer

Betydningen av tid, kontinuitet og kompetanse går igjen i flere artikler (Kjølseth og Steihaug, 2010; Berland mfl., 2018; Vanlaere mfl., 2006; Larsson mfl., 2007; Halvorsrud mfl., 2014; Sun mfl., 2006; Adamek og Kaplan, 2000). Funn viser til viktigheten av at sykepleier er tilgjengelig og tilstede i situasjonen. Når pasienter har dårlige dager må man prøve å sette av tid til å gjennomføre en samtale, selv om at tiden ikke alltid tillater det (Kjølseth og Steihaug, 2010; Berland mfl., 2018; Larsson mfl., 2007; Halvorsrud mfl., 2014; Sun mfl., 2006). *"Jeg må faktisk sette meg ned og ta den tiden. Så kan jeg være mindre hos noen som har en bedre dag. Det burde ikke være slik, det burde være tid til alle"* (Berland mfl., 2018, s.70). Flere artikler peker på mangelen av tid og tidspress som store problemer. Mindre tid fører blant annet til at det blir vanskeligere å kunne observere og behandle eldres selvmordstanker, samt at det svekker muligheten til å bygge en relasjon med den eldre (Berland mfl., 2018; Vanlaere mfl., 2006; Halvorsrud mfl., 2014; Sun mfl., 2006). Videre beskrives det at behovet for kompetanse påvirker kontinuitet: *"Hvilken kompetanse som kreves for å utføre oppgavene kan bli styrende framfor hensynet til kontinuitet i pasientkontakten"*

(Halvorsrud mfl., 2014, s. 247). Restriksjoner på kompetansedekning og dermed mangel på kontinuitet for pasientene kan gi flere følger. Selvmordsatferd kan bli vanskeligere å oppdage og følge opp, noe som kan føre til at selvmordsatferden ikke blir behandlet (Berland mfl., 2018; Halvorsrud mfl., 2014; Adamek og Kaplan, 2000).

5 Diskusjon

Dette kapitlet vil ta for seg metodediskusjon der det diskuteres styrker og svakheter ved det systematiske litteratursøket vårt. Videre går kapitlet inn på resultatdiskusjonen der resultat fra artiklene og relevant litteratur drøftes opp imot hverandre for å gi svar på problemstillingen: Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge selvmord blant eldre?

5.1 Metodediskusjon

Metodekapitlet i oppgaven har tatt utgangspunkt i Forsberg og Wengström (2015) og analysen har gått ut ifra Evans (2002) analysemetode. Disse er tatt i bruk ettersom de er anerkjente og anbefalte metoder. Dette sees på som en styrke ettersom de kan ha bidratt med å bedre kvaliteten på studien. Studien er skrevet i par, som er en styrke da alt innhold har blitt diskutert og analysert sammen. Via dette har det oppstått en felles forståelse. Forfatterne av studien er forholdsvis nye og uerfarne til metoden systematisk litteratursøk. Vi har satt oss grundig inn i både søke- og skriveprosessen, men fant det utfordrende å finne relevant forskning. Dette er en svakhet, og manglende erfaring kan være en faktor som har bidratt til dette.

En styrke med studien er at den inneholder åtte artikler som samsvarer med hverandre og belyser problemstillingen på en relevant måte. Ettersom det oppleves som et utfordrende felt å finne forskning på, ble søkeparametere utvidet til å inneholde artikler fra de siste 20 årene. Ved å utvide søket ble det funnet fem artikler som er utenfor den originale 10- årsgrensen. Disse artiklene er fra 2000-2007. Dette kan sees på som en svakhet ettersom forskning betraktes som en "ferskvare"; stadig utgis det oppdatert forskning (Forsberg og Wengström, 2017, s. 104). Valget forsvarer med at funn i de eldre artiklene samsvarer med funn i de nye, samt at flere av de nyere artiklene henviser tilbake til forskning som er skrevet fra 1990 og frem til i dag. På bakgrunn av dette anses artiklene å være relevante for å besvare problemstillingen og for den nåværende sykepleiepraksisen. Videre er sju av artiklene kvalitative. Kvalitative artikler har stor dybde på informasjon ettersom utvalget ofte er lite. Oversiktsartikkelen derimot har et bredt utvalgt og en liten dybde. Man kan si at artiklene bygger hverandre opp. Dette er en styrke, særlig med tanke på at funn fra samtlige artikler samsvarer med hverandre.

Alle artiklene har blitt etisk vurdert og kvalitetssikret. Via kvalitetsvurderingen ble sju av artiklene vurdert av høy kvalitet, og en ble bedømt av middels kvalitet.

Oversiktsartikkelen (Vanlaere mfl., 2007) var av middels kvalitetsvurdering ettersom det var uklart hvordan utvalgsprosessen av artiklene var gjennomført. Dermed kan artikkelen være en svakhet. For å kvalitetssikre og etisk vurdere denne har referanselisten blitt gjennomgått, der artikkelutvalget ble sjekket for kritisk og etisk vurdering, samt at de var fagfellevurdert. I tillegg samsvarer funn i studien med funn fra

de andre artiklene, samt den er publisert i et ledende tidsskrift. Artikkelen ble derfor ansett relevant for studien.

Videre er sju av artiklene fra vestlig kultur, henholdsvis: Norge, Belgia, Sverige og USA. Den siste artikkelen er fra Taiwan. Dette kan sees på som en styrke og en svakhet. Det at artikkelen er fra ulik kultur kan sees på som en svakhet, men ettersom resultat fra artikkelen samsvarer med resten av funnene blir det ansett som en styrke. Videre ble de engelske artiklene oversatt til norsk, dette kan sees på som en svakhet da man fort kan miste innhold eller oversette på feil måte. Dette ble dog utført for at det skulle bli oversiktlig og enklere å forstå.

5.2 Relasjonsbygging med den eldre

Å bygge en god relasjon ble opplevd som essensielt av flere sykepleiere i forebyggingen av selvmord blant eldre. I samtlige artikler opplever sykepleierne at gode relasjoner oppstår når sykepleierne fremmer kommunikasjon, er tilstede både mentalt og fysisk, samt at man ser den eldre som et individ (Kjølseth og Steihaug, 2010; Berland mfl., 2018; Vanlaere mfl., 2007; Larsson mfl., 2007; Halvordsrud mfl., 2014; Sun mfl., 2006; Adamek og Kaplan, 2000; Vatne, 2006).

Kommunikasjon kan beskrives som en prosess der mennesker overfører følelser og tanker til hverandre (Kristoffersen, 2016, s. 34). Kommunikasjon mellom mennesker skjer enten man er bevisst på det eller ei, og foregår både under samtaler og når man er taus (Travelbee, 2005, s.135). Ifølge Travelbee skal en sykepleier gå bevisst inn i interaksjon og kommunikasjon med følgende mål i tankene: å skape en relasjon med den syke, å identifisere og fastslå sykepleiebehovene, og å realisere sykepleiers hensikt og mål. Kommunikasjon er en prosess som er med på å skape et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2005, 135-152).

Samtlige artikler beskriver at sykepleier må aktivt fremme samtalen med den eldre pasienten. Sykepleier må konversere med den eldre om både hverdagslige og tyngre emner. Ved hjelp av samtale kan man lære om både situasjon og pasient, og man bygger etterhvert en relasjon. Kjølseth og Steihaug (2010) beskriver at det ikke er en selvfølge at pasientene åpner seg og forteller om eventuelle selvmordstanker. Om sykepleier observerer tegn og risikofaktorer knyttet til selvmord er det sykepleiers ansvar å ta det opp med pasient. Selvmord kan være et vanskelig tema å ta opp grunnet manglende kunnskap samt en svak relasjon. Litteraturen sier at sykepleier kan vegre seg for å spørre direkte om selvmordstanker i frykt for at temaet kan øke risikoen for selvmordsforsøk (Håkonsen, 2015, s 375). Det er nødvendig å snakke åpent med den eldre om eventuelle selvmordstanker ettersom flere kan være motvillige til å snakke om selvmord om de ikke blir spurt direkte. Ved å konversere om selvmordstankene viser sykepleier vilje til å arbeide med den eldre selvdestruktivitet (Hummelvoll, 2016, s. 216). Under samtale med den eldre kan han være ambivalent i forhold til selvmordet. Selvmordstanker kommer ikke plutselig men oppstår gjennom en lang prosess der pasienten har gått gjennom mange faser. Selvmordet kan bli sett på som en handling

som skal "løse" en vanskelig livssituasjon. Man kan dermed si at den eldre ikke har et ønske om å dø, men et ønske om å flykte fra smerten (Håkonsen, 2015, s. 368-369). Vatne (2006) bekrefter dette ved å poengtere at de fleste selvmordsnære ønsker å leve om man kan bedre livsbetingelsene. Det er essensielt at sykepleier forstår smerten som fører til selvmordstanker. Videre er sykepleier ansvarlig for å gripe øyeblikket når pasienten viser tillitt til å snakke om selvmordstanker. Sykepleier må ta aktiv del i samtalen, der man er tilstede både fysisk og psykisk og lytter aktivt til den eldre.

Sykepleierne erfarer at ved å lytte til livshistorien til den eldre gir det mulighet for forståelse og innblikk i hvordan pasienten har det. Ved å lytte aktivt og gi tid til å fortelle åpner det rom for tillit, gjennom dette kan man etablere en relasjon (Vanlaere mfl., 2006; Larsson mfl., 2007; Halvorsrud mfl., 2014; Vatne, 2006). Litteraturen hevder at å lytte er en forutsetning få å kunne nå inn til pasientens problem og selvoppfatning (Hummelvoll, 2016, s. 40) Aktiv lytting krever at sykepleier investerer energi og fokuserer på pasienten. Dette kan ofte være utfordrende da manglende tid og mange arbeidsoppgaver kan stjele fokus. Om sykepleier ikke lytter vil dette kunne bli oppfattet av den eldre og kan bidra til følelsen av at sykepleier ikke er interessert i han som individ. Pasienten vil trolig ikke fortelle noe meningsfylt før han er sikker på at budskapet blir mottatt seriøst og med empati. Om den eldre frykter at han skal bli latterliggjort eller avvist kan det føre til en barriere for samtalen og dermed relasjonen (Travelbee, 2005, s. 137 og 160). Sykepleier må gå målrettet inn for å lytte, noe som innebærer at man vier sin udelte oppmerksomhet til pasienten, ikke avbryter og er bevisst på eget kroppsspråk. Videre forutsetter aktiv lytting at sykepleier må bekrefte pasienten ved å respondere, responsen sykepleier uttrykker viser at sykepleier har interesse for og bekrefter den eldre (Kristoffersen, 2016, s. 374). Funn beskriver at ved å være der for pasienten psykisk og fysisk samt i tid, sted og rom åpner det for terapeutiske muligheter. Sykepleier bør innta en passiv rolle der man kan sitte og lytte uten å handle umiddelbart. Via dette får den eldre mulighet til å gi uttrykk for smerten, og sykepleier får innblikk i hva som er viktig for pasienten (Vanlaere mfl., 2006). Dette gir rom for sykepleier til å bidra til å finne ut hva som kan gi mening og håp for den eldre. Når sykepleier skal bidra til å gi den selvmordsnære eldre håp, må man huske at de er i den siste livsfasen, og det kan derfor være utfordrende å finne ut hva som kan gi håp (Torbjørnsen, 2016, s. 546). Vanlaere mfl. (2006) beskriver at gjennom relasjon og samtale kan sykepleier finne ut hva som gir mening til den eldre. Ved å finne noe som er meningsfylt for pasienten kan man også bygge håp og mestring. Dette støttes av litteraturen som sier at sykepleier gjennom medlevelse, tilstedeværelse og samtale kan hjelpe pasienten til å finne mening, samt håp om at smerten kan lindres og at livssituasjonen kan mestres (Hummelvoll, 2016, s. 211).

5.3 Holdningenes påvirkningskraft

Funn viser at sykepleierens holdninger overfor den eldre er av betydning for både relasjonsutviklingen og for virkningen av tiltak. For å nå inn til den eldre er det nødvendig at sykepleierne tilnærmer seg pasienten gjennom å vise respekt for autonomi, individ og deres iboende verdighet. Sykepleier må ha innsikt i at holdningen man utstråler kan påvirke pasienten (Kjølseth og Steihaug, 2010; Berland mfl., 2018; Vanlaere mfl., 2007; Larsson mfl., 2007; Halvorsrud mfl., 2014; Sun mfl., 2006; Vatne, 2006). Dette vises igjen i litteraturen der å bruke seg selv terapeutisk beskrives som å

bruke egen personlighet og kunnskap for å bidra til lindring av plager hos pasienten. Sykepleier skal gå målrettet inn for å bruke seg selv terapeutisk. For å gjøre dette effektivt må sykepleier ha innsikt og selvforståelse i egen adferd, samt evnen til å tolke både egen og pasientens adferd (Travelbee, 2005, s. 44-45).

Holdningene til sykepleier viser å ha en effekt på tillit og relasjon. Respekt for pasientens iboende verdighet er en gjennomgående holdning som vektlegges. Ved å se den eldre som et individ kan sykepleier bekrefte den eldre som en verdifull person (Kjølseth og Steihaug, 2010; Berland mfl., 2018; Vanlaere mfl., 2007; Sun mfl., 2006). Dette samsvarer med litteratur som sier at tillit må være basert på sykepleierens respekt for den eldre. Sykepleieren må se det helhetlige mennesket og vise respekt for den personen som er og den personen som var (Kjølseth, 2014, s 124). Kristoffersen mfl. (2016, s. 23) beskriver at ved å vise interesse for pasienten og hans særegne livshistorie, viser sykepleier respekt for individet. Videre kan respekten den eldre mottar fra sykepleier være med på å bygge opp pasientens selvrespekt (Hummelvoll, 2016, s. 89). Som sykepleier er det viktig å se hver enkelt pasient som unik ved å ta utgangspunkt i den enkeltes opplevelser og behov. Dette skaper grunnlaget for samhandling og forutsetter en anerkjennende relasjon mellom sykepleier og pasient (Kirkevold, 2015, s. 108). Vanlaere mfl. (2006) sier at ved å se og respektere pasienten som en person, kan sykepleier formidle budskapet om at den eldre betyr noe og er verdt sykepleiers oppmerksomhet og tid. Om sykepleier har en slik holdning kan det medføre at den eldre opplever en følelse av egenverd, noe som kan resultere i økt livsmot for den selvmordsnære. For å øke pasientens følelse av mestring er det viktig å se på pasienters eksisterende ressurser og hva de mestrer fra før (Kvaal, 2015, s.448). For å etablere god personsentrert omsorg er det en fordel at den eldre får knytte relasjon til få sykepleiere som kjenner deres situasjon godt. Denne forutsigbarheten kan føre til at den eldre føler seg tryggere, noe som igjen kan føre til at den eldre deler mer åpent om de vanskelige tankene (Kirkevold, 2015, s.108).

Den eldre pasienten er i en livsfase hvor de gradvis mister fysiske funksjoner og blir mindre selvhjulpne. Det er derfor viktig at sykepleier inkluderer og samhandler med pasienten, via dette viser sykepleier respekt for den Eldres autonomi (Kjølseth og Steihaug, 2010; Vanlaere mfl., 2007; Vatne, 2006). Litteraturen sier at ved å respektere den Eldres rett til selvbestemmelse innenfor de rammer og kapasitet pasienten har, vil sykepleier ivareta den personlige integriteten til den eldre (Kirkevold, 2017, s. 97). Gjennom samtale og lytting kan sykepleier få klarhet i hvordan den eldre ønsker at pleien skal være. Man kan sette felles mål med pasientens valg og vurderinger i fokus, via dette vil sykepleier vise respekt for pasientens autonomi og integritet. Dette er av betydning for at sykepleier kan få innblikk i hva som er viktig for pasienten (Kirkevold, 2017, s. 97). Sykepleier har informasjonsplikt, det er viktig å gi korrekt informasjon på en måte som gjør at den eldre forstår hva som blir formidlet. Via informasjon sikrer sykepleier at den eldre har best mulig grunnlag til å medvirke og ta avgjørelser for å ivareta egen helse samt egen behandlingsprosess (Slettebø, 2016, s. 218). Derimot er det å vise respekt for pasientens autonomi en balansegang mellom pasientens egen

selvbestemmelse og eventuell bruk av tvang (Slettebø, 2016, s. 218). Selvmord kan regnes under Helsepersonelloven (1999, §7) som en akutt livstruende situasjon. Om selvmordstankene har utviklet seg til selvmordsplaner er sykepleier pliktig til å gi den eldre påtvungen helsehjelp. Dette vises igjen i Sun mfl. (2006) der sykepleierne reflekterer over hvordan de skal gripe inn uten å krenke pasientens autonomi. Ved tilstrekkelig informasjon og omsorgsfull pleie erfarte sykepleierne at de kunne samhandle med pasienten uten å krenke privatliv og autonomi.

For å etablere tillit og relasjon til den eldre må sykepleier ha innlevelsesevne. Ved å vise empati kan sykepleier sette seg inn i pasientens situasjon og dermed skape forståelse. Via dette åpnes muligheten for å samhandle med den eldre (Kristoffersen mfl., 2016, s.22). Dette bekreftes av Vatne (2006) som poengterer at følelsesmessig involvering i pasientens situasjon er nødvendig for å opprette en terapeutisk relasjon. Martinsen (2003, s. 16) sier at dersom omsorgen skal være ekte, må man forholde seg til den eldre med en anerkjennende holdning ut fra hans situasjon. I dette ligger gjensidighet, utviklet gjennom samhandling. Videre poengterer Berland mfl. (2018) at det er viktig at sykepleier erkjenner og aksepterer at den eldre føler på håpløshet, men ikke at det skal resultere i selvestruktiv atferd. Ved å anerkjenne og bekrefte følelsene til den eldre åpner dette for kommunikasjon om det som er av betydning for den eldre. Larson mfl. (2007) bekrefter dette ved å fremme viktigheten av at den eldre får snakke om selvmordstanker uten at sykepleier avbryter eller argumenterer. Sykepleier må la pasienten føle på håpløsheten og vise dem at de blir tatt seriøst ved å respondere på en engasjert måte. Dette vises igjen i litteraturen som poengterer at det må være et skille mellom forståelse og aksept. Ved forståelse har man mulighet til å sette seg inn i pasientens situasjon og dermed fremme forebyggende tiltak. Mens ved aksept står man i fare for å akseptere situasjonen, noe som kan føre til passivitet (Kjølseth, 2014, s.94).

5.4 Kunnskap for bedre pleie

For å forebygge selvmordsadferd er det viktig at man har kunnskap om bakenforliggende forhold og risikofaktorer. Med slik kunnskap kan man vurdere hvilke tiltak og hvilken behandling som skal igangsettes (Aarre mfl., 2017, s. 237). Samtlige artikler viser at sykepleiers kunnskap om selvmord, eldre som aldersgruppe og individet er av stor betydning for å oppdage selvmordsnære eldre og å kunne handle utfra situasjonen (Kjølseth og Steihaug, 2010; Berland mfl., 2018; Vanlaere mfl., 2007; Larsson mfl., 2007; Halvordsrud mfl., 2014; Sun mfl., 2006; Adamek og Kaplan, 2000; Vatne, 2006). Vatne (2006) poengterer at faglig kunnskap forplikter sykepleier til handling. Dette går igjen i retningslinjene for sykepleiere hvor det står at man skal jobbe via en kunnskapsbasert praksis (NSF, 2011b). Sykepleier må være i stand til å bruke kunnskap på rett måte (Sun mfl., 2006). Dette innebærer at kunnskap kombineres med sensitivitet og holdningskompetanse (Nortvedt, 2016, s. 108-109).

For å utføre sykepleierrollen effektivt må sykepleiere ha kunnskap om hva som fører til selvmordstanker og hva som karakteriserer en selvmordsnær eldre. Når man vurderer selvmordsadferd må man tenke på at årsaksforhold til selvmordstanker blant eldre er

sammensatt (Kjølseth og Steihaug, 2010; Berland mfl., 2018; Halvordsrud mfl., 2014). Sykepleier må legge vekt på psykologiske forhold som sinnsstemning, tanker og handlinger av negativ karakter, i tillegg til følelsesmessig begrensning når man vurderer selvmordsfare (Hummelvoll, s. 214). Ifølge funn er ensomhet og depresjon psykologiske årsaksforhold som kan lede til selvmordstanker hos eldre (Berland mfl., 2018 og Adamek og aplan, 2000). Dette kan sees i sammenheng med litteraturen som sier at eldre og ensomme mennesker er i faresonen, i tillegg til dem med depressive lidelser (Hummelvoll, 2016, s.215; Kjølseth, 2014, s.48) Depresjon er en vanlig plage i alderdom som ofte er knyttet til ensomhet (Ranhoff, 2016, s. 164). Sosiale møteplasser kan være et forebyggende tiltak mot ensomhet blant eldre (Regjeringen, 2019; Kjølseth, 2014, s.109). Berland mfl. (2018) sier at sentralt i forebygging av ensomhet er å skape sosiale arenaer tilpasset eldre som for eksempel kafé og omsorgssenter. Ifølge Vatne (2006) vil kunnskapen sykepleier har om selvmord påvirke forståelsen overfor ansvaret for å hindre selvmord.

Sykepleierne i Sun mfl. (2004) og Adamek og Kaplan (2000) beskrev at sykepleiere generelt har for lite kunnskap om selvmord og trenger trening i selvmordsforebygging. Uten kunnskap vil man ikke ha et overblikk over situasjonen. Om man ikke vet hva man skal se etter er det vanskeligere å forebygge selvmord. Å forebygge selvmord avhenger av pasientens egen vilje til å leve, med andre ord er selvmordsforebygging et felles ansvar som går på sykepleiers kunnskap og kompetanse samt pasientens vilje. Berland mfl. (2018) påpeker at selvmordsatferd ofte er et rop om hjelp og det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om selvmordsadferd for å forhindre at tanker blir til handling. Sykepleiers oppgave blir å bidra til å påvirke lysten den eldre har til å leve gjennom tiltak som går på å mestre selvmordstankene.

Når et menneske eldes kommer aldersforandringene gradvis, noe som fører til økt disposisjon for sykdom og problemer i hverdagen, sykepleier må derfor ha kunnskap om eldre som pasientgruppe. Eldre er mer utsatt for psykisk og fysisk sykdom grunnet at den generelle motstandskraft blir mindre, noe som fører til aldersforandringer. Eldre har behov for å se livet sitt som meningsfylt fremfor uforløst (Thorsen, 2016, s.59). Dette innebærer aksept av hvordan livet har blitt, mens et negativt syn på livet og alderdommen kan føre til problemer med å mestre tap (Ranhoff, 2016, s.165). Kunnskapsgrunnlaget til sykepleier bør innebære kunnskap om de ulike aldersrelaterte sykdommene. Blant eldre er de vanligste somatiske helseproblemene muskel-/skjelettplager, syns -og hørselssvekkelser, høyt blodtrykk og hjertesykdom (Romøren, 2016, s. 32). Av psykiatriske helseproblemer er angst og depresjon vanlige plager i høy alder (Ranhoff, 2016, s. 164). Flere tidligere studier viser at somatisk sykdom er assosiert med selvmordsrisiko hos denne gruppen. Problemet med somatiske risikofaktorer for selvmordsatferd er at det kan være vanskelig å plukke opp ettersom de fleste eldre lider av kroniske lidelser (Kjølseth, 2014 s. 46 og s. 55). Den eldre har et ønske om å videreføre livet slik de har vært vant med på tross av endrede

forutsetninger, og sykepleier må respektere pasientens egenbestemmelse (Kirkevold, 2016, s.107).

Sykepleier bør ha kunnskap om individet. Norsk Sykepleierforbund sier at sykepleien skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients opplevelser, ønsker, behov og verdier (NSF, 2011b). Det dreier seg om personsentrert omsorg. Det er viktig at den eldre blir anerkjent som en særegen person med individuelle ønsker og behov, opparbeidet gjennom et helt liv (Kirkevold, 2016, s.107). Vatne (2006) og Berland mfl. (2018) poengterer at man må skaffe seg et helhetlig bilde ved å kjenne livshistorien til den eldre. Ved å finne ut hvem den eldre er og har vært, kan man enklere se helheten i deres nåværende situasjon og merke forandringer i deres væremåte (Halvordsrud og Kvarme, 2014). Dette samsvarer med Martinsen (2003, s.71), som beskriver at omsorg henger sammen med forståelsen for andre. Kunnskap om individet samles inn på en helhetlig måte gjennom samtale, observasjon og informasjon fra andre (Hummelvoll, 2016, s.206). Sykepleier må ha noen sentrale ferdigheter for å virkeliggjøre idealet om personsentrert omsorg, og slik skaffe seg kunnskap om individet. Sykepleier må ha evnen til å være oppmerksom, noe som innebærer observasjon og samtaler med den eldre for å finne ut hvordan de har det og hva de trenger. Det kreves gode kommunikasjonsferdigheter og tilstrekkelig tålmodighet og tid. Til slutt må sykepleier ha kompetanse til å understøtte pasientenes evner (Kirkevold, 2016, s. 108). Personsentrert sykepleie forutsetter en relasjon hvor sykepleier verdsetter pasientens kunnskap, forståelse og erfaring. Samhandlingen dem imellom må bygges på samarbeid, gjensidig avhengighet og likeverdighet. Når pasient og sykepleier har en relasjon over tid, blir det lettere å bygge på pasientens ønsker og verdier (Kirkevold, 2012, s. 108-109).

5.5 Rammefaktorenes betydning

Funn viser at kontinuitet, fordeling av tid og kompetansedeling spiller en rolle for utføring av tiltak som kan bidra til selvmordsforebygging.

Kontinuitet skal bidra til en ubrutt sammenheng i behandling og omsorg, noe som vil si at tjenestene og tiltakene henger sammen (Orvik, 2015, s.77). De fleste eldre pasienter foretrekker å etablere en relasjon med én eller få sykepleiere. Når en pasient møter mange pleiere kan de føle seg fremmedgjort og usikre på hvem som har hovedansvar for deres pleie. Ved fast personal, primærsykepleie og godt samarbeid mellom helsepersonell, kan man sikre kontinuitet i oppfølgingen av eldre og dermed skape trygghet og forutsigbarhet (Orvik, 2015, s. 78; Kirkevold, 2012, s.108; Berland mfl., 2018). Det kan være utfordrende å sikre kontinuitet i sykepleien. Ansvar og oppgaver blir ofte fordelt på flere sykepleiere, og man får ikke gått til sine primærpasienter, dette frarøver sykepleierne friheten til å iverksette oppfølging over tid. Hensynet til hvilken kompetanse som kreves blir ofte styrende fremfor hensynet til kontinuitet (Halvordsrud mfl., 2014), sykepleie-kompetansen må gå dit den trenges mest. Faren ved mangel på kontinuitet er at sykepleierne ikke kjenner til pasientene like godt, noe som kan lede til

at man bare ser diagnosen og de eksakte sykepleieprosedyrene man skal gjøre og ikke mennesket bak som trenger hjelp (Sykepleien, 2016).

Kvalitet på sykepleie forutsetter tilstrekkelig tid og at sykepleier har muligheten til å ta vare på hensynet av tidsbruk mellom pasient, produksjon og profesjon. Pasienttiden avhenger av pasientens dagsform og innebærer tilstrekkelig tid, produksjonstid omhandler tiden brukt til organisering av pasientforløp, og profesjonstiden omfatter tiden helsepersonell har til disposisjon og fordelingen av den (Orvik, 2015, s.90). Balansen mellom de tre kan bli en kamp om tiden. Kjørseth og Steihaug (2010) viser at tid er av stor betydning for at sykepleierne skal kunne yte god pleie til pasienter. Dette samsvarer med Martinsen som beskriver at disponering av tid er av stor betydning for at sykepleierne skal kunne yte god pleie til pasienter. Tid blir ansett som en ressurs man disponerer og må benytte på best mulig måte (Martinsen, 2012, s. 130 og s. 139-140). Om en pasient har en dårlig dag bør sykepleier distribuere tiden sin til å gjennomføre en samtale med dem. Noen minutter ekstra kan bety stor forskjell for pasienten (Halvorsrud mfl., 2014). Manglende tid og tidspress nevnes som barrierer for å kunne observere og behandle selvmordstanker (Berland mfl., 2018; Adamen og Kaplan, 2000; Halvorsrud mfl., 2014). Dette samsvarer med Martinsen (2003, s. 79) som beskriver at underbemanning og tidspress gjør at man ikke blir like godt kjent med pasienter, og man får heller ikke muligheten til å snakke om de tyngre tingene ettersom det er krevende å starte en samtale uten tid til å holde den gående.

Kunnskaper og ferdigheter hos enkeltpersoner blir til kompetanse når den deles med andre. Kompetanse starter på individnivå og knytter en klinisk virksomhet sammen til en organisatorisk enhet (Orvik, 2015, s. 22-23). En sykepleiers kompetanse er rettet direkte mot pasientenes sykdom, gjennomføring av behandling og hjelp til pasienter for å leve med konsekvensene (NSF, 2019). Forskning fra Sykepleien (Nydal mfl., 2016) viser at sykepleiere ofte står i et spenn mellom ideal og realitet. Oppgavene blir flere, kravene til effektivisering blir større samtidig som at man skal hjelpe flere pasienter. Problemet med dette er at det ikke alltid tildeles mer tid eller flere ressurser til å utføre oppgavene. Dette fører til at sykepleierne blir under et krysspress på grunn av gapet mellom pasientenes behov og ressursene man har til å ta vare på behovene. Dette sees i sammenheng med funn fra Berland mfl. (2018), Adamen og Kaplan (2000) og Halvorsrud mfl. (2014), om at tidspress legger press på kontinuitet og kvaliteten på sykepleien.

Alle pasienter har rett til omsorg, avhengig av pleiebehov, men uavhengig av hvem de er (Nordtvedt, 2017, s. 98-99). Sykepleier må arbeide for en rettferdig ressursfordeling med tanke på kompetanse, kontinuitet og tid innen helsetjenesten. Dette kan gjøres ved å blant annet samarbeide med kollegaer, der man deler vesentlig informasjon om pasienter i rapporter og planlegge arbeidsdagen med tanke på hvilken kompetanse som trengs hvor (Orvik, 2015, s. 22-23, s.79, s. 90). Mye av arbeidet og tiltakene som kan settes inn med tanke på rammefaktorer må igangsettes på et høyere organisatorisk plan (Kirkevold, 2015, s. 103). Kontinuitet er et individuelt men samtidig kollektivt fenomen som i prinsippet forutsetter få personer, men i praksis ofte mange. Kontinuitet henger derfor sammen med bemanning og organisering (Orvik, 2015, s. 79). Tid er en

knapphetsressurs som er avhengig av prioritering og bemanning (Orvik, 2015, s.91). Kompetanse avhenger av kunnskapen fellesskapet bærer på, og praksiskunnskap blir til i en vekselvirkning mellom kompetansen og den organisatoriske sammenhengen (Orvik, 2015, s.23-24). Sykepleier må gjøre det beste ut av de rammefaktorene de er presentert med.

6 Konklusjon

For at sykepleier skal bidra til å forebygge selvmord blant eldre er det avgjørende å etablere en god relasjon. Relasjonen må bygges på tillit, respekt og forståelse. Videre åpner relasjonen for god kommunikasjon. Gjennom samtale kan sykepleier få innsikt i den eldre, hans liv og nåværende situasjon. For at relasjonen skal være ekte må sykepleier være klar over egne holdninger. Studien viser at holdningene til sykepleier er avgjørende for relasjonen. Ved å være klar over holdningens påvirkningskraft kan sykepleier møte den selvmordsnære med holdninger basert på forståelse, respekt for individet og dets iboende verdighet. En god relasjon er ikke tilstrekkelig i seg selv for å bidra til å forebygge selvmord. For at relasjonen skal være terapeutisk er det nødvendig at sykepleier har kunnskap om selvmord, aldersgruppen eldre og om individet. Denne kunnskapen er av stor betydning for å oppdage selvmordstanker og videre gjennomføre forebyggende tiltak. Studien viser at relasjonen er avhengig av tid, kontinuitet og kompetanse. For at sykepleier skal oppnå en relasjon er det avgjørende at man har tid til å skape relasjonen. Videre vises det at ved god kontinuitet er det enklere å oppdage endringer samt å følge opp den enkelte pasienten. Sykepleiers kompetanse være avgjørende for å bidra effektivt til forebygging av selvmord.

Studien viser at ved gode holdninger og kunnskap kan sykepleier bygge en god relasjon til den selvmordsnære eldre. Gjennom relasjonen vil pasienten få tillit til sykepleier og via dette kan man ha samtaler om de tyngre tankene. Videre gir dette mulighet for å bygge felles fundament med pasientens ønsker og behov i fokus. Ved at sykepleier investerer tid og møter den eldre med empati kan det føre at smerten lindres og den eldre øyner håp. Videre anbefaler forfatterne ytterlig forskning med fokus på selvmord blant eldre, samt sykepleiers rolle i forebyggingen av selvmord.

Referanser

Adamek, ME., Kaplan, MS. (2000) Caring for depressed and suicidal older patients: A survey of physicians and nurse practitioners, *The International Journal of Psychiatry in Medicine* [Internett], 30 (2), s. 111-125, DOI: 10.1080/13607863.2010.501056

Berland, A., Solheim, A., Holm, A-L. (2018) Eldre pasienter som ønsker å dø, *Nordisk sygepleje-forskning* [Internett], 8, s. 63-74, DOI: 10.18261/issn.1892-2686-2018-01-06

Eide, H og Eide, T. (2016) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data, *Australian Journal of Advanced Nursing* [Internett], 20 (2), s. 22-26. Tilgjengelig fra: <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf> [Lest 8. april 2019]

Forsberg, C., Wengström, Y., (2017) *Att göra systematiska littraturstudier*. 4. utg. Lettland: Natur & kultur

Halvorsrud, L., Pahr, I., Kvarme, LG. (2014) Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten, *Sykepleien*, [Internett], 9 (3), s. 242-248, DOI: 10.4220/sykepleief.2014.0133

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. [Internett] Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> [Lest 04. Desember 2018]

Helsedirektoratet (2008) *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. [Internett] Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf> [Lest 04. Desember 2018]

Helsepersonelloven. Lov 2. juli 1999 nr. 7 om helsepersonell m.v.

Hummelvoll, J.K. (2016) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Håkonsen, K.M. (2015) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M. (2016) Den gamles integritet. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 94-105

Kirkevold, M. (2016) Personsentrert og individualisert sykepleie. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 106-121

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

Kjølseth, I. Ekeberg, Ø., Steihaug, S. (2010) Elderly people who committed suicide--their contact with the health service. What did they expect, and what did they get, *Aging & Mental Health* [Internett], 14 (8), s. 938-946, DOI: 10.1080/13607863.2010.501056

Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F.N. Skaug, E-A. Grimsbø, G.H (2016) Hva er sykepleie. I: Grimsbø, G.H. (red) *Grunnleggende sykepleie, bind 1. Sykepleie – fag og funksjon*. 3 utg. Gyldendal Norsk Forlag AS., s.15-27

Kristoffersen, N.J. (2016) Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I: Grimsbø, G.H. (red) *Grunnleggende sykepleie, bind 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. 3 utg. Gyldendal Norsk Forlag AS., s.15-64

Kristoffersen, N.J. (2016) Å styrke pasientens ressurser. I: Grimsbø, G.H. (red) *Grunnleggende sykepleie, bind 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. 3 utg. Gyldendal Norsk Forlag AS., s. 349-406

Kvaal, K. (2016) Angst og depresjon I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 438-451

Larsson, P., Nilsson, S., Runeson, B., Gustafsson, B. (2007) Psychiatric Nursing Care of Suicidal Patients Described by the Sympathy–Acceptance– Understanding–Competence Model for Confirming Nursing, *Archives of Psychiatric Nursing*, [Internett], 21 (4), s.222-232, DOI: 10.1016/j.apnu.2007.02.010

Martinsen, K. (2012) *Løgstrup & sykeplejen*. Aarhus: Forfatteren og forlaget Klim

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. 2 utg. Otta: Universitetsforlaget

Norsk sykepleierforbund, NSF (2011a) *Etikk på 123* [Internett] Oslo: NSF. Tilgjengelig fra: <http://yrkesetikk.nsf.no/etikk-pa-1-2-3>
[Lest 12. mars 2019]

Norsk sykepleierforbund, NSF (2019) *Sykepleieres særegne kompetanse* [Internett] Oslo: NSF. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/637201/539369/Sykepleieres-saeregne-kompetanse>
[Lest 15. mars 2019]

Norsk sykepleierforbund, NSF (2011b) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [Internett] Oslo: NSF. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
[Lest 15. mars 2019]

Nortvedt, P. (2017) *Omtanke, en innføring i sykepleiens etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ranhoff, AH. (2016) Den gamle pasienten. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 79-91

Ranhoff, AH. (2016) Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 162-173

Regjeringen (2014) *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017*. [Internett] Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon (DSS). Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf
[Lest 12. april 2019]

Regjeringen (2018) *Hvert år tar flere enn 500 personer livet sitt i Norge. Regjeringen har nå startet arbeidet med en ny handlingsplan mot selvmord*. [Internett] Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon (DSS). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/verdensdagen-for-selvmondsforebygging-10-september-regjeringen-starter-arbeidet-med-ny->

handlingsplan/id2610508/
[Lest 12. april 2019]

Romøren, TI. (2016) Eldre, helse og hjelpebehov. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 29-38

Slettebø, Å. (2016) Juridiske rammer og etiske utfordringer. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 212-224

Statistisk sentralbyrå, SSB (2018) *Antall selvmord i 2012, statistikk*. [Internett] Oslo: SSB. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/08877/chartViewColumn/>
[Lest 04. desember 2019]

Store medisinske leksikon, SML (2016) *Selvmord*. [Internett] Oslo: SML. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/selvmord>
[Lest 05. April 2019]

Sun, FK., Long, A., Boore, J., Tsao, L-I. (2006). A theory for the nursing care of patients at risk of suicide, *Journal of Advanced Nursing*, [Internett], 53 (6), s.680-690, DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03774.x

Sykepleien (2016) *Stressa syke-pleiere i kommunene*. [Internett] Oslo: Tidsskriftet Sykepleien. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/effektivitet-i-kommunehelsetjenesten-0>
[Lest 08. Mai 2019]

Thorsen, K. (2016) Aldringsteorier. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 58-72

Torbjørnsen, T. (2016) Ritualer og åndelig omsorg. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 538-548

Travelbee, J. (2005) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Vanlaere, L., Bouckaert, F., Gastmans, C. (2007) Care for suicidal older people: current clinical-ethical considerations, *Journal of Medical Ethics*, [Internett], 33, s.376-381, DOI: 0.1136/jme.2006.017897

Vatne, May (2006) Psykiatriske sykepleieres forståelse av eget ansvar i arbeid med selvmordsnære pasienter, *Vård i Norden*, [Internett], 26 (79), s.30-35, DOI: <https://doi.org/10.1177/010740830602600107>

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Vedlegg 2: Litteraturmatriser (8 stk)

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Elderly people who committed suicide--their contact with the health service. What did they expect, and what did they get?						
S1 Suicide Prevention	04.12.18	PsycINFO	3921			
S2 Nurses OR home care OR nursing OR health care services	04.12.18	PsycINFO	140977			
S3 Geratric Patients OR Gerontolog OR Aging OR Elder Care OR Geriatrics	04.12.18	PsycINFO	78179			
S4 S1 AND S2 AND S3 + Limitations	04.12.18	PsycINFO	3	2	2	1
Eldre pasienter som ønsker å dø						
S1 Aged	22.01.19	SveMed+	27204			
S2 Home Health Care OR Nursing Home	22.01.19	SveMed+	2597			
S3 Patient	22.01.19	SveMed+	21430			
S4 S1 AND S2 AND S3 + limitations	22.01.19	SveMed+	123	7	2	1
Care for suicidal older people: current clinical-ethical considerations						
S1 Suicide OR Suicidal Older People OR Suicide Prevention	27.02.19	PsycINFO	25276			
S2 Elder Care	27.02.19	PsycINFO	4046			
S3 S1 AND S3 + Limitations	27.02.19	PsycINFO	9	3	1	1
Psychiatric Nursing Care of Suicidal Patients Described by the Sympathy-Acceptance- Understanding-Competence Model for Confirming Nursing						
S1 Sucide	27.03.19	Google Scholar				
S2 Nursing Care	27.03.19	Google Scholar				

S3 S1 AND S2	27.03.19	Google Scholar					1
Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten							
S1 Omvårdnad I hemmet	17.12.18	SveMed+	64				
S2 Äldre	17.12.18	SveMed+	17472				
S3 S1 AND S2 + Limitations	17.12.18	SveMed+	24	6	2		1
A theory for the nursing care of patients at risk of suicide							
S1 Suicide	27.03.19	Oria					
S2 Nursing Care	27.03.19	Oria					
S3 S1 AND S2	27.03.19	Oria					1
Caring for depressed and suicidal older patients: a survey of physicians and nurse practitioners							
S1 Geriatric Patient OR Gerontology OR Aging OR Elder Care OR Geriatrics	20.03.19	PsycINFO	78875				
S2 Nurses OR Public Health Service Nurses OR Home care OR Nursing OR Nursing Homes OR Health Care Services	20.03.19	PsycINFO	146778				
S3 Suicide OR Suicide Prevention	20.03.19	PsycINFO	25211				
S4 S1 AND S2 AND S3 + Limitations	20.03.19	PsycINFO	48	10	6		1
Psykiatriske sykepleieres forståelse av eget ansvar i arbeid med selvmordsnære pasienter							
S1 Suicide	20.03.19	SveMed+	1189				
S2 Nursing Care	20.03.19	SveMed+	6651				
S3 S1 AND S2 + Limitations	20.03.19	SveMed+	35	3	1		1

Vedlegg 2: Litteraturmatriser

Litteraturmatrise 1

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat	Relevans
<p>Kjølseth, I. Ekeberg, Ø. Steihaug, S. (2010) Elderly people who committed suicide-- their contact with the health service. What did they expect, and what did they get, <i>Aging & Mental Health, vol 14:8, s. 938-946</i></p> <p>DOI: 10.1080/13607863.2010.501056</p>	<p>Studiens hensikt var å etterforske hvordan selvmordsadferd hos eldre ble mottatt av helsetjenesten og hva som karakteriserte deres kontakt med temaet.</p>	<p>"suicide", "elderly", "psychological autopsy", "prevention", "qualitative"</p>	<p>Det ble utført en autopsistudie basert på kvalitative intervju. Intervjuene ble gjort med mennesker som hadde kjent en av de 23 eldre over 65 år som hadde begått selvmord, der selvmord ble "etterforsket". Av informantene var 12 av dem hjemme-sykepleiere.</p> <p>En systematisk tekst-kondensasjonsmetode ble anvendt for analyse av intervjuene.</p>	<p>Resultatet var seks ulike kliniske implikasjoner av betydning for forebygging av selvmord:</p> <p>Holdningene til sykepleierne i praksis var avgjørende</p> <p>Verdigheten til de eldre er avhengig av å bli sett og prioritert</p> <p>Man må vise omsorg i kontakt med eldre slik de kan gjenvinne selvrespekt</p> <p>Kunnskap og forståelse er viktig for å bevare autonomi</p> <p>Proaktiv kommunikasjon</p>	<p>Denne artikkelen er relevant ettersom den omhandler selvmord og eldre</p> <p>Studien viser til relasjon mellom sykepleier og pasient. Det er viktig at brukerne som sliter med selvmordstanker blir tatt på alvor. Ved å bygge en god relasjon til pasienten kan sykepleier fremme god kommunikasjon og dermed fange opp varselsignal, samt sørge for at de får den hjelpen de trenger.</p>

Litteratormatrise 2

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat	Relevans
<p>Berland, A. Solheim, A. Holm, A-L. (2018), eldre pasienter som ønsker å dø, <i>Nordisk sygeplejeforskning, vol: 8, s. 63-74</i></p> <p>DOI: 10.18261/issn.1892-2686-2018-01-06</p>	<p>Hensikten med denne studien er å utforske helsepersonells erfaringer, oppfatninger og tiltak knyttet til eldre pasienter som har uttrykt at de ønsker å dø.</p>	<p>"Døds-ønsker", "eldre pasienter", "ensomhet", "fokusgruppeintervjuer", "håp", "mening"</p>	<p>Kvalitativt fokusgruppeintervju ble gjennomført i 2016 med åtte helsepersonell i pasientnært arbeid fra hjemmesykepleien i tre kommuner i Norge.</p> <p>De åtte kvinnene som deltok var i alderen 27-50+ år, seks var sykepleiere og to var omsorgsarbeidere, og de hadde gjennomsnittsansienitet på 12 år. Deltakerne ble bedt om å fortelle om sine erfaringer og oppfatninger av personer som ønsker å dø.</p> <p>Studien brukte en kvalitativ tematisk innholdsanalyse.</p>	<p>Resultatene avdekket ett tema: Når livet ikke har mening og 5 undertema: <i>å være uten håp; et rop om hjelp; å ha mistet livsgnisten; å oppleve å være til byrde, og å være ensom og mangle sosialt nettverk.</i></p> <p>Flere i utvalget mente at pasientene måtte slippe å forholde seg til stadig nytt helsepersonell. Oppfatningen var at da ville pasientene være mer åpne om det som var vanskelig.</p> <p>Videre konkluderer forskningen med at det er dårlig dekning på psykiatrisk hjelp i kommuner, noe som fører til at pasienter kan dø av alderdom mens de venter.</p> <p>Videre sees det på at økonomien i kommunene kan være avgjørende for hvor mye tid de i hjemmetjenesten har til å snakke med pasientene.</p> <p>Funnene viste at deltakerne kunne forstå pasientenes ønske om å ikke leve lengre, men det var likevel ikke noe de kunne akseptere.</p>	<p>Denne forskningen er relevant for oppgaven ettersom den går inn på erfaringer til norske sykepleiere</p> <p>Studien viser til ansvaret sykepleier har.</p> <p>Spesielt med tanke på når det kommer til strategier for å støtte og veilede eldre som trenger hjelp til å forebygge selvmordsplaner.</p>

Litteratormatrise 3

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat	Relevans
<p>Vanlaere, L, Bouckaert, F, Gastmans, C (2007) Care for suicidal older people: current clinical-ethical considerations, <i>Journal of Medical Ethics, Vol 33, s.376-381</i></p> <p>doi: 0.1136/jme.2006.017897</p>	<p>Denne studiens hensikt er å informere om omsorg av suicidale eldre ved å gå gjennom fakta om selvmord, verdier som har en rolle i forståelsen av selvmord, og klinisk-etiske overveielser.</p>	<p>"Suicidal older people", "elder care", "social values"</p>	<p>Denne studien har brukt en kvalitativ tilnærming og metoden systematisk litteratursøk for å besvare hypotesen sin. Forskningartiklene de har benyttet er fra år 1988-2005, med en overvekt av artikler fra rundt år 2000.</p>	<p>Resultatet viste at i omsorg for suicidale mennesker er det viktig å vurdere om ens egen omsorg fostrer selvtillit, selvverdi og verdighet hos den eldre suicidale. Man må respektere at den eldre har en egen virkelighetsoppfatning, og man må forsøke å opprettholde deres selvinnsett.</p> <p>Resistent-modellen viser hvordan omsorg kan fungere i praksis ved å støtte autonomien, verdigheten og ansvaret til eldre suicidale. Man må tillate eldre å ha kontroll over egen situasjon, slik at de kan ta ansvar for seg selv. For å få til dette er det viktig at man diagnostiserer og behandler suicidalitet.</p>	<p>Denne artikkelen tar for seg omsorgsperspektivene av selvmord, samt viktigheten av tidlig diagnostisering og intervensjoner. Studien er relevant for praksis ettersom den beskriver forebyggende tiltak av selvmord med fokus på eldre. Den går inn på aldringsproblematikk som tap av autonomi, verdighet og mening. Den fokuserer på hvordan man kan forebygge selvmordstanker som kan oppstå gjennom kommunikasjon, holdninger og kunnskap.</p>

Litteratormatrise 4

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat	Relevans
<p>Larsson, P. Nilsson, S. Runeson, B. Gustafsson, B. (2007) Psychiatric Nursing Care of Suicidal Patients Described by the Sympathy–Acceptance–Understanding–Competence Model for Confirming Nursing, <i>Archives of Psychiatric Nursing, Vol 21:4</i>, s.222-232</p> <p>doi: 10.1016/j.apnu.2007.02.010</p>	<p>Studien hensikt var å beskrive psykiatrisk sykepleie av psykiatriske pasienter fra et handlingsteoretisk og bekreftende perspektiv ved hjelp av Sympati-Aksept-Forståelse- Kompetanse – modellen (SAUC).</p> <p>Studien spurte sykepleiere om to hovedspørsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Er sykepleiere klar over betydningen av møter for suicidale pasienter? 2. Har sykepleiere mål- og- handlingsstrategier for å styrke suicidale pasienter som personer med egne ressurser? 	<p>“Empathy”, “nurse Attitudes”, “professional Competence”, “psychiatric nursing suicide”, “attempted”, “prevention”, “control”</p>	<p>Det ble utført en kvalitativ spørreundersøkelse og semi-strukturerte intervju blant sykepleiere på ulike ambulante sykehusavdelinger i Stockholm, Sverige. Prøven bestod av psykiatriske sykepleier, 23 kvinner og 6 menn mellom alderen 27-64 år. Erfaringen deres rangerte fra 6-34 år i psykiatrien. 21 av sykepleierne returnerte spørre-skjemaene etter intervjuene. Båndopptakene ble deretter analysert ved kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>Resultatet viste at funnene kunne bli delt i tre hovedtema med subkategorier innen SAUC-modellen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personlig støtte/ ikke-personlig støtte 2. Selv-støtte/ ikke-selv-støtte 3. Selv-perspektiv/ ikke-selv-perspektiv <p>Via disse fasene jobber sykepleierne overordnet for å nå de overordnede målene.</p>	<p>Denne studien er relevant for bachelor ettersom den tar for seg sykepleie til suicidale pasienter gjennom en modell som baseres på sympati, aksept, forståelse og kompetanse. Via å bruke disse holdepunktene går studien inn på hvordan an kan forebygge selvmordsadferd.</p>

Litteratormatrise 5

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat	Relevans
<p>Halvorsrud, L. Pahr, I. Kvarme, LG. (2014) Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten, <i>Sykepleien</i>, s. 242-248</p> <p>DOI: 10.4220/sykepleief.2014.0133</p>	<p>Hensikten med studien er å bidra til kunnskap om hvordan hjemmesykepleier beskriver pasienter med mild depresjon, som omtales som nedstemte, og hvilke tiltak som tilbys denne gruppen inne hjemmesykepleierens handlingsrom.</p>	<p>"Eldre", "hjemmesykepleier", "depresjon", "livskvalitet"</p>	<p>Studien benyttet et kvalitativt beskrivende forskningsdesign med semistrukererte intervjuer.</p> <p>Utvalget bestod av ti kvinnelige hjemme-sykepleiere i alderen 30-56 år, som hadde arbeidet i hjemmesykepleie i 1.5-16 år og som var utdannet sykepleiere i 2-23 år. Alle var fra et byområde i Norge og hadde minst 50 % stilling.</p> <p>Det ble benyttet en beskrivende analysemetode på fire trinn.</p>	<p>Et godt kjennskap til pasient er nødvendig for at sykepleiere skal se endringer i pasienters faste mønster som kan være negative (tristhet, dårlig personlig hygiene, økt behov for å snakke etc.), i tillegg er god tid viktig for at pasient kan dele hvordan de har det.</p> <p>"Det lille ekstra" har som hensikt å sette til verks tiltak for å få pasient ut av nedstemthet. Dette bygger på tre tema; samtale, praktisk hjelp og bidrag til nye/utvidede tiltak.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for oppgaven ettersom den tar for seg hvordan sykepleiere møter eldre mennesker med depresjon. Depresjon er ikke et tema i problemstillingen vår men det er ofte en av grunnene til selvmord og selvmordstanker. Videre tar artikkelen for seg relasjonsbygging til bruker, samt tiltak for å forebygge nedstemthet og depresjon.</p>

Litteratormatrise 6

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat	Relevans
<p>Sun, FK. Long, A. Boore, J. Tsao, L-I. (2006). A theory for the nursing care of patients at risk of suicide, <i>Journal of Advanced Nursing</i>, Vol 53:6, s.680-690</p> <p>Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03774.x</p>	<p>Hensikten med denne studien var først og fremst å utforske psykiatriske sykepleieres og pasienters perspektiv av sykepleie som ble gitt til suicidale pasienter. I tillegg ville forfatterne bak studien utvikle en sykepleieteori for å veilede pleie gitt til selvmordsnære pasienter.</p>	<p>" Grounded theory interviews", " mental health", " observer-as-participant", " psychiatric nursing", " suicide", " therapeutic relationship"</p>	<p>Den kvalitative metoden grounded theory (databasert teoriutvikling) ble brukt</p> <p>Data ble samlet inn ved å først utføre deltaker-observasjoner ila en dag, før semistrukturerte intervju ble utført. Spørsmålene omhandlet pleie, kommunikasjon, selvmordsforsøk og selvmord i henhold til suicidale pasienter.</p> <p>Utvalget bestod av 15 sykepleiere og 15 pasienter. Sykepleierne hadde minst 6 måneder psykiatrisk sykepleie erfaring og erfaring med suicidale pasienter. Alle var kvinner mellom 21-49 år som jobbet på tre ulike sykehus i Taiwan.</p> <p>Materialet samlet inn ble verifisert ved å sammenligne med videre teoretisk innsamlet data og litteratur. Det ble videre analysert ved hjelp av en syntese fra Strauss og Corbin som omfattet åpen, aksial og selektiv koding.</p>	<p>Fem hovedkomponenter ble identifisert: Årsaksforhold, Kontekst, Intervensjonsforhold, Handlings- og samspillsstrategier og konsekvens. Ut fra disse hovedkategoriene med undertemaer kom det frem en kjernekategori: sikker og omsorgsfull sykepleie via et godt terapeutisk forhold. Via disse ble det utviklet en teori som skal hjelpe sykepleier til å forebygge selvmord</p>	<p>Denne studien utvikler en egen teori for hvordan sykepleiere skal forebygge selvmord. Studien er relevant ettersom den viser til hvordan gode terapeutiske relasjoner kan oppstå og hvordan dette kan bidra til å forebygge selvmord. Den viser til positive sider ved tiltakene, samt den henviser til hvordan det kan påvirke pasientene negativt om sykepleier ikke utøver god og helhetlig sykepleie. Studien fokuserer på både de mentale og de fysiske aspektene som bidrar til selvmordstanker og adferd.</p>

Litteratormatrise 7

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat	Relevans
<p>Adamek, ME, Kaplan, MS. (2000) Caring for depressed and suicidal older patients: A survey of physicians and nurse practitioners, The International Journal of Psychiatry in Medicine, Vol 30:2, s. 111-125</p> <p>DOI: 10.1080/13607863.2010.501056</p>	<p>Studies hensikt var å beskrive mønster man fant innen observasjon, behandling og henvisning innen psykisk helse på feltet deprimerte og suicidale eldre pasienter. Det ble intervjuet leger og sykepleiere innen primærhelse-tjenesten.</p>	<p>"Geriatric depression", "Suicide", "Primary care"</p>	<p>Det ble utført en kvalitativ spørreundersøkelse blant leger og sykepleiere bestående av 20 spørsmål. Legene ble tilfeldig valgt ut fra nasjonale databaser i USA innen de to medisinske feltene som omhandler flest eldre (indremedisin og familiepraksis), sykepleiere ble tilfeldig valgt ut fra registrerte sykepleiere i staten Illinois. De 166 legene og 340 sykepleierne som svarte bestod av begge kjønn, flere ulike raser, ulik alder, ulik arbeidserfaring, ulike arbeidssteder innen primærhelse-tjenesten og ulike bosteder.</p> <p>Det ble utført en statistisk analyse basert på Chi-i-andre-testen som sammenlignet respons fra leger og sykepleiere.</p>	<p>Den vanligste metoden sykepleier benyttet for å forebygge selvmord blant eldre var å observere og behandle uten medisiner og heller tilby kortvarig rådgivning. Sykepleiere sine metoder var varierende. De henviste pasienter til kortvarig fremfor langvarig terapi, og mindre til sykehusopphold og ECT. Sykepleiere henviste videre pasienter til psykiatere, men oftest til kriseteam, klinikker for psykisk helse eller til sosialarbeidere. Pasient-faktorer som "uvillig til å søke hjelp" og "ikke overholde behandling" var de vanligste barrierene blant sykepleiere, samt "mangel av trening innen geriatri"</p>	<p>Studien viser hvordan sykepleiere observerer, behandler og henviser deprimerte og suicidale pasienter over 65 år.</p> <p>Sykepleiere utfører flere tiltak hos disse pasientene for å forebygge at selvmord finner sted. Videre viste studien til at det er en større orientering mot en psykososial tilnærming blant sykepleiere.</p>

Litteratormatrise 8

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat	Relevans
<p>Vatne, May (2006)</p> <p>Psykiatriske sykepleieres forståelse av eget ansvar i arbeid med selvmordsnære pasienter, <i>Vård i Norden, Vol 26:79, s.30-35</i></p> <p>doi: https://doi.org/10.1177/010740830602600107</p>	<p>Studiens hensikt er å belyse den psykiatriske sykepleierens forståelse av eget ansvar i arbeid med selvmordsnære pasienter.</p>	<p>"Suicide", "Suicidal patients", "attitudes", "responsibility", "psychiatric nurses"</p>	<p>Studien har utgangspunkt i en hermeneutisk erkjennelsestradisjon. Det ble utført kvalitative forskningsintervju basert på en intervjuguide.</p> <p>Utvalget består av fire personer med erfaring fra ulike praksisfelt i psykiatrien, med sju-seksten års erfaring etter videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. Alle hadde minst to års erfaring med kontraktarbeid som intervensjonsmetode.</p>	<p>Tre temaer med deltemaer vokste frem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansvar som etisk holdning - Kunnskap forplikter til handling - Pasienten som en ansvarlig person 	<p>Studien er relevant for problemstillingen ettersom den går inn på ansvaret sykepleiere har ovenfor den selvmordsnære pasienten. Den fokuserer på hvordan etikk og kunnskap ansvarliggjør sykepleier til handling og hvordan de kan bidra til å forebygge selvmord med fokus på dette. Samtidig fokuserer studien på å ansvarliggjøre pasienten slik at sykepleierne via dette kan gi pasienten innsikt i sin egen situasjon</p>

