

Kathrine Valset Straalberg
Madelen Sletteberg

Sykepleierens møte med den selvmordstruede eldre pasienten

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Geir Vegard Berg

Mai 2021

Kathrine Valset Straalberg
Madelen Sletteberg

Sykepleierens møte med den selvmordstruede eldre pasienten

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Geir Vegard Berg
Mai 2021

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



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Sykepleierens møte med den selvmordstruede eldre pasienten	Dato:	20.05.2021
Forfattere:	Kathrine Valset Straalberg Madelen Sletteberg		
Veileder(e):	Geir Vegard Berg		
Stikkord/nøkkelord:	Eldre, selvmord, sykepleie, holdninger, kunnskap		
Antall sider/ord:	Antall vedlegg:	1	
44/10989			
<p>Bakgrunn: I 2020 kom regjeringen med en ny handlingsplan for forebygging av selvmord, og innførte med dette en nullvisjon. Hvert år er det mellom 70 og 120 eldre som begår selvmord i Norge, og dette er en gruppe det finnes lite kunnskap og forskning om i forbindelse med selvmord. Sykepleiere har en viktig rolle i å avdekke selvmordstanker og forebygge selvmord hos eldre, da det er en yrkesgruppe som ofte møter de eldre i deres hverdag.</p> <p>Hensikt: Undersøke hvordan man som sykepleier kan identifisere risiko for selvmord hos eldre pasienter.</p> <p>Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Det har blitt foretatt strukturerte søk i ulike databaser etter vitenskapelige artikler som omhandler og belyser identifisering av selvmordsrisiko hos eldre. Seks artikler ble inkludert for å svare på problemstillingen.</p> <p>Resultat: For at sykepleier skal kunne oppdage selvmordsrisiko hos eldre pasienter er det viktig med riktig kunnskap og kompetanse. Sykepleiers evne til å opprette en mellommenneskelig sykepleier-pasient-relasjon er også viktig. Relasjonen bygges ved hjelp av gode kommunikasjonsferdigheter hvor man blir kjent med pasienten og skaper tillit. Sykepleiers holdninger når det gjelder eldre og selvmord er avgjørende for oppdagelse av selvmordsrisiko hos den eldre pasienten.</p> <p>Konklusjon: For at sykepleier skal kunne oppdage selvmordsrisiko hos eldre pasienter er det avgjørende å ha kunnskap, gode holdninger og kommunikasjonsferdigheter.</p>			

ABSTRACT

Title:	The nurse's contact with the elderly suicidal patient	Date: 20.05.2021
Authors:	Kathrine Valsset Straalberg Madelen Sletteberg	
Supervisors:	Geir Vegard Berg	
Keywords:	Elderly, suicide, nursing, attitudes, knowledge	
Number of pages/words: 44/10989	Number of appendix: 1	
<p>Background: The government released their new plan for suicide prevention in 2020, and with this they introduced a vision zero for death by suicide. Every year between 70 and 120 elderly commit suicide in Norway, and this is a group there is little knowledge and research in connection to suicide. Nurses have a key role in detecting suicidal ideation and prevent suicide in the elderly, because they meet with the elderly in their everyday life through their work.</p> <p>Aim: To investigate how nurses can identify suicide risk among elderly patients.</p> <p>Method: The study is a literature review. Systematic searches in different databases have been carried out in order to find research articles which can give insight into identifying suicide risk in the elderly. Six articles were included to answer the research question.</p> <p>Results: In order for nurses to detect suicide risk in elderly patients, it is important to have the right knowledge and competence. The nurse's ability to establish an interpersonal nurse-patient relationship is also of importance. The relationship is built with good communication skills where the nurse gets to know the patient and create trust. The nurse's attitudes towards the elderly and suicide is critical for detection of suicide risk in elderly patients.</p> <p>Conclusion: In order for a nurse to be able to detect suicide risk in elderly patients, it is crucial to have knowledge, good attitudes and communication skills.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Hensikt og problemstilling	5
2.0 Bakgrunn	5
2.1 Historisk perspektiv	5
2.2 Psykologiske forklaringsmodeller	6
2.3 Helsepersonell sitt møte med selvmordstruede eldre	7
2.4 Risikofaktorer	8
2.5 Sykepleieteoretisk perspektiv	8
3.0 Metode	9
3.1 Litteraturstudie	9
3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	9
3.3 Søkestrategi	10
3.4 Utvelgelse av artikler	11
3.5 Analyse av resultatene	13
4.0 Presentasjon av resultater	14
4.1 Presentasjon av de utvalgte artiklene	14
4.2 Sammenfattet resultat	20
4.2.1 Kunnskap og holdninger	20
4.2.2 Risikofaktorer og beskyttende faktorer	23
4.2.3 Kommunikasjon	25
5.0 Diskusjon	26
5.1 Kunnskap og holdninger	26
5.2 Risikofaktorer og beskyttende faktorer	29
5.3 Kommunikasjon	32
5.4 Metodediskusjon	34
5.5 Forskningsetiske overveielser	35
5.6 Implikasjoner for praksis	35
6.0 Konklusjon	36
7.0 Litteraturliste	37
Vedlegg 1: Søkehistorikk	41

1.0 Innledning

I 2020 kom regjeringen med en ny handlingsplan for forebygging av selvmord. De innførte med denne en nullvisjon og et verdisyn om at vi har ingen å miste (Helsedirektoratet, 2020). Omfanget av selvmord har vært uendret de siste 20 årene, selv om det har vært fokus på forebygging og kunnskapsutvikling på dette området. Hvert år er det nærmere 500-600 mennesker som tar sitt eget liv i Norge (Folkehelseinstituttet, u.å.), og en gruppe det dessverre finnes lite kunnskap om i forbindelse med selvmord er eldre (Helsedirektoratet, 2020).

Det finnes utallige definisjoner på hvem som tilhører gruppen eldre. En geriater med doktorgrad i tematikken selvmord blant eldre, Ildri Kjølseth (2014), definerer eldre som de fra 65 år og oppover. Vi velger å gjøre det samme da de fleste studier som omhandler dette temaet avgrenser alderen dertil. I Norge er det mellom 70 og 120 eldre som begår selvmord hvert år (Folkehelseinstituttet, u.å.). Den demografiske utviklingen i Norge viser at dagens eldre lever lengre, og at det blir flere eldre i årene fremover (Meld. St. 15 (2017-2018)). Det betyr at samfunnet trenger et godt rustet helsevesen med kompetanse og kunnskap om den eldre befolkningens utfordringer, behov og ressurser. Sykepleiere har en viktig rolle i dette da det er en yrkesgruppe som ofte møter de eldre i deres hverdag; enten det er på sykehuset, på sykehjemmet, eller i hjemmetjenesten.

I en studie utført av Hauge et al. (2018) kommer det frem at ca. 80% av de som har begått selvmord, har vært i møte med primærhelsetjenesten i løpet av det siste året før de tok livet sitt. Dette illustrerer at primærhelsetjenesten kommer i kontakt med disse sårbare menneskene, og at det finnes en mulighet for å oppdage denne problematikken tidlig. Derfor har sykepleiere en viktig rolle i å oppdage selvmordstanker blant eldre de møter gjennom arbeidet. Sykepleie som yrkesutøvelse har pasientens helse, livskvalitet og mestring som sentrale mål (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011). Det å hjelpe pasienter vi møter som ikke lenger finner det meningsfullt eller godt å leve er derfor en grunnleggende oppgave som må tas på alvor.

1.1 Hensikt og problemstilling

Vi tenker det første steget i selvmordsforebyggende arbeid er å oppdage selvmordsrisiko. Hensikten med oppgaven er derfor å finne ut hvordan man som sykepleier kan identifisere risiko for selvmord hos eldre pasienter. Det vil være aktuelt å se nærmere på eksisterende kunnskap og kompetanse, holdninger til temaet, og eventuelle barrierer som finnes. Problemstillingen vi ønsker å svare på er:

Hvordan kan sykepleier oppdage selvmordsrisiko hos eldre pasienter?

2.0 Bakgrunn

2.1 Historisk perspektiv

Den eldre delen av befolkningen har vokst opp i en tid hvor selvmord var enda mer tabubelagt enn det er i dag. Historisk sett har det opp igjennom vært både religiøse og strafferettslige reaksjoner når det kommer til selvmord (Austad, 2020). Det var for eksempel forbudt å arve noe av en som begikk selvmord, og de som begikk selvmord kunne ikke gravlegges i viet jord. Derfor snakker kanskje ikke eldre så åpent omkring temaet selvmord, fordi det er sterkt forbundet med skam og stigma til tross for større åpenhet i moderne tid.

Det finnes mange myter og sagn om selvmord eller frivillig død hos eldre fra gammelt av. Blant annet finnes det fra Norge en fortelling om fjellfinnene som streifet rundt i fjellene med reinflokken sin. Livet på fjellet med storm og snø om vinteren var en stor utfordring, og de gamle som ikke var i stand til å hjelpe seg selv, ble til en byrde for de andre. Da kunne de velge mellom *reinskyss* og *kaldbad* for å omkomme slik at de kunne avlaste resten av "flokken". Reinskyss innebar at de ble fastbundet til en pulk og deretter skjøvet utfor den bratte fjellskrenten. Ved kaldbad ble det hogget hull i isen, hvor de med hender og føtter fastbundet, ble senket ned i dypet. Fra islandske sagafortellinger finner vi et fenomen som kalles «ættestup». Kjølseth (2014) beskriver dette som en handling hvor eldre og arbeidsuføre mennesker selv kaster seg, eller blir kastet, utfor et stup for at de skal

omkomme. Tanken bak var at de ikke lenger kunne gjøre nytte for seg, og at de ble en for stor byrde for fellesskapet. Kjølseth (2016) påpeker videre at det er vanskelig å vite hvilke hendelser som faktisk fant sted. Likevel kan det tenkes at en slik tankegang har vært med på å danne et grunnlag for nåtidens holdninger til eldre, hvor de ofte anses som en byrde når de når en viss alder. Funksjonsfall og økende hjelpebehov medfører at eldre i mindre grad blir sett på som ressurssterke, og i større grad oppfattes som belastende.

Når det gjelder nåtidens fremstilling av eldre i media, fremhever Kjølseth (2016) at denne i Norge er todelt. På den ene siden fremstilles alderdommen som den tiden av livet hvor mange eldre er spreke og aktive, og dermed har høy livskvalitet. Samtidig skapes det et bilde av eldre som en økonomisk byrde for samfunnet. Eldre som gruppe blir av mediene fremstilt som utfordrende og kostbar, og de blir ofte omtalt som *eldrebølgen*, eller *eldretsunami*. Det er dessverre sjelden at denne aldersgruppen fremstilles som positiv og ressurssterk.

2.2 Psykologiske forklaringsmodeller

Psykiateren Irwin Yalom (1980) er opptatt av mening som et viktig fenomen i den eksistensielle psykoterapien og relaterer selvmord til tap av mening. Ifølge Yalom (1980) opplever et individ mening i livet når hen har et mål å strekke seg etter eller en funksjon å oppfylle. Disse ideene om mening og hensikt kan være særlig relevant for forståelsen av selvmord blant eldre. Opplevelsen av mening og formål i livet kan påvirkes i alderdommen. Hvis det påvirkes negativt slik at man føler det ikke lenger er noen mening med livet, kan det oppstå en uheldig tankerekke som går mot selvmord som en mulig løsning.

Psykolog Edwin Shneidman (1993; 1994) tilhørte den kognitive psykologtradisjonen, og mente at selvmord kunne forklares ut fra individets udekkede behov; som mangel på kjærlighet, tap av kontroll, ydmykelse eller brutte relasjoner. Krisen gir en uutholdelig psykisk smerte, opplevd hjelpeløshet og håpløshet. Selvmord blir den eneste kriseløsningen og kan fungere som smertelindring, det foreligger ikke nødvendigvis et ønske om å dø. Denne teorien har blitt videreutviklet av Thomas Joiner (2005) - en verdensledende forsker på selvmordsatferd i nyere tid. Han forsket først på depresjon, og oppdaget at selvmord er den alvorligste tilstanden knyttet til diagnosen, samtidig som det er et tema det finnes lite

forskning om. Joiners interpersonlige teori legger vekt på tre faktorer som er grunnleggende; manglende tilhørighet, opplevelsen av å være en byrde, og en evne til å kunne påføre en selv smerte. Manglende tilhørighet og opplevelse av å være en byrde er to hovedkategorier Joiner har kombinert fra blant annet Shneidmans teori om forskjellige udekkede behov. Evnen til å påføre en selv smerte er noe Joiner mener er sentralt for å kunne begå selvmord, og at dette er en evne som kan “øves opp” ved selvskading eller tidligere selvmordsforsøk. På denne måten blir terskelen for smerte lavere for hver gang, og risikoen for fullført selvmord øker.

2.3 Helsepersonell sitt møte med selvmordstruede eldre

I en amerikansk undersøkelse (Unchaper og Areán, 2000) fant de ut at helsepersonell var mindre aktive i behandling av eldre suicidale pasienter enn yngre, og at legene var mer tilbøyelige til å oppfatte selvmordstanker blant eldre som normalt. I tillegg hadde de mindre tro på at behandling ville hjelpe for denne aldersgruppen.

Kjølseth (2014) beskriver at det er viktig å møte den selvmordstruede eldre pasienten med forståelse, da det åpner opp for å kunne hjelpe. Samtidig bør man være obs på at forståelse kan føre til en form for aksept av situasjonen den eldre befinner seg i. Aksept kan fort føre til en passivisering hvor man ikke ser på det som et problem som må løses, men en situasjon som er håpløs og uhelbredelig. På bakgrunn av dette er det viktig å være klar over egne holdninger i et problemområde som er så kompleks som selvmord, og at man klarer å skille mellom forståelse og aksept.

Det finnes kanskje ingen fasit på hvordan man skal kommunisere med og tilnærme seg denne pasientgruppen. Ifølge Kjølseth (2014) er det typisk at den eldre pasienten med risiko for å begå selvmord, ikke er villig til å dele disse mørke tankene med helsepersonell. Det kan ha sammenheng med at de ikke vil tape ansikt, og at det ligger i deres natur å avvise tilbud om samtale og annen hjelp. Derfor er det viktig at helsepersonell tar initiativ til å komme de eldre i møte, og forsøker å opparbeide tillit samt skape en god relasjon.

2.4 Risikofaktorer

Austad (2020) beskriver noen viktige risikofaktorer som er verdt å bemerke seg vedrørende selvmord hos eldre. Blant disse er risikofaktorer som tidligere selvmordsforsøk, psykiske lidelser, rusmisbruk, psykososiale faktorer, somatiske sykdommer eller hvis du er en eldre mann. Psykososiale faktorer kan være ensomhet, tap av partner og andre kriser, mens somatiske sykdommer kan være slik som kreft, nevrologiske sykdommer eller kroniske smertetilstander. Blant psykiske lidelser er depresjon en vanlig årsak til selvmordstanker blant eldre. Det er mange teorier om hvorfor menn er mer utsatt for selvmord enn kvinner, men på grunn av oppgavens omfang går vi ikke nærmere inn på det.

Eldre dør oftere av selvmordsforsøkene sine enn den yngre generasjonen (Austad, 2020). Det finnes flere ulike forklaringer på hvorfor det er slik. For eksempel kan det være knyttet til dårligere fysisk helse og økt sårbarhet, slik at de lettere kan dø av komplikasjonene fra et selvmordsforsøk. I tillegg bor eldre ofte alene, og blir dessverre sjelden reddet sammenlignet med yngre mennesker. En annen faktor er at eldre gjerne benytter seg av mer dødelige selvmordsmetoder. Dette i kombinasjon med et sterkere ønske om å dø, og at de er i mindre tvil om de faktisk vil dø, gjør at selvmordsvarsler fra eldre alltid må tas på alvor (Kjølseth, 2014; Austad, 2020).

2.5 Sykepleieteoretisk perspektiv

Temaet selvmord blant eldre kan sees på i sammenheng med det sykepleieteoretiske perspektivet til Joyce Travelbee. Travelbee (1971) sin interaksjonsfilosofi handler om samhandlingen mellom sykepleieren og pasienten. Teorien baserer seg på et eksistensialistisk syn hvor fenomenet lidelse er en uunngåelig del av livet. Sykepleierens oppgave blir da å hjelpe den syke og lidende i å finne mening i sin egen tilværelse, og å kunne mestre hva situasjonen innebærer. Dette skjer gjennom en mellommenneskelig prosess hvor sykepleier og pasient lærer hverandre å kjenne utenom deres oppgitte roller som 'sykepleier' og 'pasient'. Det vil si at sykepleieren blir kjent med pasienten som et individ, som kan skilles fra alle de andre pasientene, slik at akkurat denne pasients særegne behov kan identifiseres. Travelbee (1971) utpeker kommunikasjon som den viktigste faktoren for å etablere denne mellommenneskelige relasjonen. Hun mener at mennesket har en tendens til å søke etter mening i møte med lidelse, sykdom og smerte. Lidelse er en

fellesmenneskelig erfaring, i og med at det er en naturlig del av livet, men opplevelsen av lidelse er svært personlig og individuell. Likeledes er menneskets opplevelse av mening i tilværelsen individuell, og enhver må finne sin egen mening, det er ikke noe man kan få av andre. Likevel kan man få hjelp til å finne sin egen mening, hvis man er i en situasjon hvor man ikke klarer det selv, og her kan sykepleierens rolle være sentral. Travelbee (1971) mener at det å akseptere lidelse som en del av livet, og finne mening i situasjonen, kan være en kilde til personlig vekst og utvikling.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie, som vil si at det er en systematisk gjennomgang av skriftlige kilder, hvor det å systematisere består av å samle inn, analysere og sammenfatte funnene (Magnus og Bakketeig, 2000). Når man utfører en litteraturstudie, identifiserer man en problemstilling og søker å svare på denne ved å søke etter og analysere relevant litteratur. En litteraturstudie kan på denne måten føre til mer innsikt i et tema ved å finne og sammenligne relevant litteratur, eller det kan avdekke kunnskapshull og behov for videre forskning (Aveyard, 2014). For å svare på problemstillingen vil det foretas et strukturert søk etter 5-8 artikler. Artikkene utvelges etter inklusjons- og eksklusjonskriterier som beskrives nedenfor. Videre vil det bli gjort en presentasjon av de utvalgte artikkene og en analyse av resultatene.

3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Artikkene må være av nyere dato de siste tjue årene, det vil si fra 2000-2021. Forskingen i artikkene må ha funnet sted i Norge, eller andre land som har et sammenlignbart samfunn slik at resultatene kan overføres til Norge. Artikkene må omhandle pasientgruppen *eldre*, og definere denne gruppen enten lik eller nær vår definisjon, altså fra 65 år og oppover. Veldig

spesifikke problemstillinger som omhandler eldre og selvmord, for eksempel “eldre med kols og selvmordstanker”, blir ikke tatt med. Innholdet i artiklene må være rettet mot sykepleiere, eller ha en tydelig sykepleierfaglig relevans for utøvelse av klinisk sykepleie. Artiklene må presentere relevant forskning som oppfyller kriteriene for en vitenskapelig artikkel, det må også være fagfellevurderte artikler. Både kvalitative og kvantitative forskningsartikler er ønskelig. Artiklene må være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk.

3.3 Søkestrategi

Som søkestrategi ble problemstillingen først delt i flere søkeord, eller emneord, slik at det skulle bli så oversiktlig som mulig å gjennomføre strukturerte søk. Et verktøy som er nyttig med tanke på dette er PICO-skjemaet, som deler emneord i grupperingene pasient/problem, intervensjon, sammenligning og resultater. Det ble også søkt på et mer generelt nivå etter artikler i Google Scholar. Ved funn av artikler med eventuelle relevante referanser, ble referanselisten gjennomgått. Det var likevel de systematiske søkene som ga flest relevante resultater, og alle artiklene ble derfor valgt ut fra disse. Databasene Ageline, Cinahl, PsycInfo, PubMed og Medline ble vurdert som aktuelle for søk etter artikler til å svare på problemstillingen. Relevante artikler ble funnet i Ageline, PsycInfo og PubMed.

Søkeprosessen viste seg å være noe utfordrende, og det ble gjort noen justeringer og utprøvelser av andre type søkeord underveis. Søkeresultatene ble begrenset av at det var vanskelig å finne relevante artikler spesifikt for temaet vårt, og mye som kanskje kunne vært relevant fikk vi ikke tilgang til via NTNU sine ressurser. Derfor måtte vi tenke litt bredere når vi gjorde søkene, og benyttet også andre søkeord enn de vi opprinnelig hadde som utgangspunkt i PICO-skjemaet. Etter hvert som vi fant artikler ble vi også interessert i å inkludere en artikkel med en mer positiv vinkling som beskrev beskyttende faktorer eller motstand mot selvmord, snarere enn risikofaktorer. Dette er illustrert i søk nummer 4 (se vedlegg). PICO-skjemaet som ble benyttet som utgangspunkt i søkene er lagt ved nedenfor, og søkehistorikken i de ulike databasene kan sees som vedlegg.

Tabell 1: PICO-skjema med aktuelle søkeord

Patient/problem - pasient/problem	Intervention - Intervensjon	Comparison - Sammenligning	Outcome - Resultater
Eldre	Sykepleie		Selvmondsforebygging
Elderly	Nursing		Suicide prevention
Aged	Nurse		Suicide reduction
Older	Nursing Care		Suicide intervention
Elder	Nursing practice		Suicide
Geriatric	Nursing intervention		Suicidal ideation
Older adults	Training		
	Care		

3.4 Utvelgelse av artikler

Vi startet utvelgelsen av artiklene med å se etter interessante titler i søkelisten, deretter leste vi gjennom sammendragene til artiklene for å vurdere egnethet og relevans for litteraturstudien. De artiklene som virket interessante og relevante ble så vurdert ut fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene, samt kritisk lesning og gjennomgang av innholdet i artiklene. 6 spørsmål ble tatt i betraktning først for å vurdere artiklene kritisk:

1. Hvor ble informasjonen funnet av oss; systematisk søk, tilfeldig funn, referanseliste, eller lignende?
2. Hva slags forskningsstudie er artikkelen og hva er hovedfunnene?
3. Hvordan har forfatterne kommet frem til konklusjonene?
4. Hvem har skrevet artikkelen; eksperter på fagområdet, organisasjon, eller andre?
5. Når ble artikkelen skrevet?
6. Hvorfor har artikkelen blitt skrevet?

(Aveyard, 2014, s. 109).

De artiklene som ga tilfredsstillende svar på disse spørsmålene ble vurdert videre. For at en kritisk analyse av artiklene skulle bli så systematisk som mulig, benyttet vi oss av CASP (Critical Appraisal Skills Programme). Vi brukte sjekklister de har laget for å vurdere forskjellige typer artikler som kvalitative studier eller randomiserte kontrollerte studier (CASP, 2020). Skjemaene stiller ulike spørsmål som skal vurderes, for eksempel om studien har en tydelig problemstilling som skal besvares, om metoden er egnet til dette, om resultatene er pålitelige og om studien er minst mulig partisk. Med bakgrunn i denne analysen ble 6 artikler valgt ut for å svare på problemstillingen.

Enkelte artikler er inkludert selv om de ikke er fullstendig i tråd med inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Alle artiklene er bedømt til å være sykepleierfaglige relevante, samt relevante for besvarelsen av problemstillingen. I tillegg oppfyller alle artiklene kravene om å være av nyere dato, problemstillingen er ikke for spesifikk, og de er fagfellevurderte og vitenskapelige. Når det gjelder målgruppen omhandler 3 av artiklene eldre over 65 år og en artikkel eldre over 50 år. Dog omhandler en artikkel eldre uten definisjon av alder, mens en artikkel er uten fokus på alder i det hele tatt. I artikkelen som omhandler eldre, men som ikke spesifiserer alder, er det likevel snakk om beboere på et sykehjem, hvor vi kan anta at de fleste er rundt en alder som stemmer med vår definisjon. I tillegg anser vi fokuset på sykepleiers erfaringer og holdninger rundt temaet til å være veldig relevant for oppgaven, og velger derfor å inkludere artikkelen. Artikkelen uten noe fokus på alder har vi valgt å ta med fordi den vurderes til å være relevant likevel. Den undersøker sykepleiers tilnærming til pasienter med selvmordstanker, og hvordan de går frem for å opprette en god relasjon med disse pasientene.

Artiklene er fra Norge, USA, Canada, Frankrike og Belgia. Utenom den ene som faktisk er fra Norge, ble det vurdert at de resterende landene også er akseptable og overførbare til norske forhold. Det må tas med i betraktningen at selv om det er vestlige land med forholdsvis like kulturer, vil det være forskjeller vi ikke kan vite om før det gjøres flere lignende studier i Norge. Tatt i betraktning at det ikke var en overflod av forskning å velge mellom på dette temaet, anser vi de utvalgte artiklene som nyttige for å besvare problemstillingen.

3.5 Analyse av resultatene

Det ble utført en tematisk analyse av artiklene, hvor vi fulgte prosessen beskrevet i Aveyard (2014). Først ble artiklene oppsummert ut i fra studiens hensikt, metode, hovedfunn og relevans for besvarelsen av problemstillingen. Dette er presentert i tabeller for å gi en tydelig oversikt over artiklene. Deretter ble resultat- og diskusjonsdelene i hver artikkel nøye gjennomgått og sammendrag ble skrevet fra hver. Dette var utgangspunktet for å begynne å identifisere temaer i funnene fra artiklene. Slik ble det mulig å se mønstre; hvilke temaer som skiller seg fra hverandre, og hvilke som går igjen i flere artikler. Videre ble temaene utviklet ved at lignende temaer ble koblet sammen, og likheter og ulikheter ble vurdert. Dette var en frem-og-tilbake prosess hvor vi undersøkte om vi hadde den mest nøyaktige beskrivelsen av temaenes innhold, og om temaene adresserte problemstillingen vår. Det sammenfattede resultatet ble så skrevet ut i fra den tematiske analysen, hvor vi identifiserte tre hovedtemaer.

4.0 Presentasjon av resultater

4.1 Presentasjon av de utvalgte artiklene

“When elderly people give warning of suicide”

Forfattere Publiseringsår Tidsskrift Land	Kjølseth, I. og Ekeberg, Ø. 2012 <i>International Psychogeriatrics</i> Norge
Hensikten	Hensikten med studien er todelt. Det første var å undersøke i hvilken grad den selvmordstruede eldre ga signaler til omverdenen på sin suicidalitet. Deretter var det fokus på å undersøke hvordan disse signalene ble oppfattet og håndtert.
Metode	Dette er en kvalitativ studie bestående av intervjuer med pårørende, hjemmesykepleiere og fastlege tilknyttet 23 eldre pasienter som har begått selvmord. Alle som deltok ble blant annet spurt om hvilke observasjoner de gjorde i forkant av selvmordet, og hvilke tanker og reaksjoner de hadde i etterkant.
Hovedfunn	Flere pårørende, hjemmesykepleiere og fastleger kunne fortelle at de ikke hadde tatt signalene de oppfattet på alvor, eller at de ikke oppfattet noen. Selvmordet kom derfor som et sjokk.
Relevans for litteraturstudien	Artikkelen er høyst relevant for oppgaven vår, med tanke på problemstilling, metode og funn. Den gjør seg ekstra aktuell ettersom den er norsk, og skrevet av blant annet en av Norges fremste eksperter på selvmord blant eldre.

“Health status and suicide in the second half of life”

Forfattere	Conwell, Y., Duberstein, P. R., Hirsch, J. K., Conner, K. R., Eberly, S. og Caine, E. D.
Publiseringsår	2009
Tidsskrift	International Journal of Geriatric Psychiatry
Land	USA
Hensikten	Å identifisere assosiasjonen mellom selvmord blant eldre og faktorer som somatiske og psykiatriske lidelser, begrensninger i funksjonsnivå, og rapporterte sykehusopphold, poliklinisk behandling, og hjemmesykepleie.
Metode	En retrospektiv kasus-kontroll studie hvor 86 eldre som døde av selvmord ble sammenlignet med 86 levende eldre, matchet mot alder, kjønn, rase og bosted. Pårørende til de avdøde og kontrollgruppen ble intervjuet og medisinske journaler ble analysert.
Hovedfunn	Psykiatriske lidelser som alvorlig depresjon, angst og tidligere selvmordsforsøk er sterkt forbundet med selvmord. Demens, delir, rusmisbruk og psykoselidelser er ikke det. Dårlig helse er forbundet med selvmord, samt opplevelse av funksjonsnivå i det daglige. Sannsynligheten for sykehusopphold og mottakelse av psykiatrisk behandling var større hos de som hadde begått selvmord.
Relevans for litteraturstudien	Artikkelen illustrerer sammenhengen mellom eldre og deres risikofaktorer for selvmord. Den gir informasjon om hvilke omstendigheter som kan være relevant for sykepleiere å være oppmerksom på.

“Barriers to the Prevention of Suicide in Nursing Homes”

<p>Forfattere</p> <p>Publiseringsår</p> <p>Tidsskrift</p> <p>Land</p>	<p>Couillet, A., Terra, J.-L., Brochard, N. og Chauliac, N.</p> <p>2017</p> <p>Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention</p> <p>Frankrike</p>
<p>Hensikt</p>	<p>Å undersøke hvordan helsepersonell i sykehjem forholder seg til selvmord blant eldre fra et sosialt perspektiv, og om disse holdningene og perspektivene kan være barrierer mot å forebygge selvmord.</p>
<p>Metode</p>	<p>Det er både en observerende og kvalitativ studie, hvor semi-strukturerte en-til-en intervjuer ble utført med 18 pleiere fra tre ulike sykehjem.</p>
<p>Hovedfunn</p>	<p>De fant at helsepersonellens holdninger i stor grad samsvarte med andre tilsvarende studiers funn, og at de var som følger; selvmord blant eldre blir sett på som et uttrykk for autonomi, og en naturlig respons på lidelse som følge av aldring, særlig i forbindelse med livskvaliteten til eldre på sykehjem. Disse holdningene hindrer fokus på selvmordsforebygging, og mer kunnskap og trening i dette temaet kan være en mulig løsning. I tillegg kom det frem i studien at det var stor forskjell på pleiernes verdisyn og idealene for god sykepleie, og det som var mulig å få til i praksis på et sykehjem.</p>
<p>Relevans for litteraturstudien</p>	<p>Intervjuene av sykepleierne på de ulike sykehjemmene gir et godt innblikk i aktuelle holdninger og tanker rundt eldre og selvmord, og hvordan disse kan stå i veien for å oppdage selvmordsrisiko.</p>

“Reasons for living, meaning in life, and suicide ideation: investigating the roles of key positive psychological factors in reducing suicide risk in community-residing older adults”

<p>Forfattere Publiseringsår Tidsskrift Land</p>	<p>Heisel, M. J., Neufeld, E. og Flett, G. L. 2015 Aging & Mental Health Canada</p>
<p>Hensikt</p>	<p>Å identifisere positive faktorer som bidrar til å redusere selvmordsrisiko, og hvordan disse faktorene kan fremme god mental helse og velvære, i tillegg til å beskytte mot selvmordstanker blant eldre hjemmeboende.</p>
<p>Metode</p>	<p>Dette er en kohortstudie hvor 173 eldre deltok i intervjuer og fylte ut spørreskjemaer knyttet til RFL (reasons for living) og MIL (meaning in life), for å kunne identifisere hvilke positive faktorer som hadde innvirkning på den mentale helsen og selvmordsrisiko.</p>
<p>Hovedfunn</p>	<p>RFL og MIL var betydelig negativt assosiert med selvmordsrisiko. Særlig opplevd mening med livet så ut til å beskytte mot selvmord. Det konkluderes blant annet med at det er av stor betydning å undersøke positive psykologiske faktorer i sammenheng med negative, når man vurderer selvmordsrisiko blant eldre.</p>
<p>Relevans for litteraturstudien</p>	<p>Studien gir et innblikk i eldre over 65 år sine egne oppfatninger og erfaringer av hva som gir livet mening, og hvilke faktorer som er positive for den mentale helsen.</p>

“Effects of a Late-Life Suicide Risk-Assessment Training on Multidisciplinary Healthcare Providers”

<p>Forfattere</p> <p>Publiseringsår</p> <p>Tidsskrift</p> <p>Land</p>	<p>Huh, J. T., Weaver, C. M., Martin, J. L., Caskey, N. H., O’Riley, A. og Kramer, B. J. 2012</p> <p>The American Geriatrics Society</p> <p>USA</p>
<p>Hensikt</p>	<p>Hensikten med studien er å øke bevisstheten rundt selvmordsrisiko blant eldre over 65 år, samt forbedre metode for tilnærming og håndtering innad i helsepersonellet.</p>
<p>Metode</p>	<p>Randomisert kontrollstudie, bestående av et seminar hvor deltakerne blir bedt om å reflektere over egne holdninger, reaksjoner og handlinger i møte med eldre pasienter som er i selvmordsfare.</p>
<p>Hovedfunn</p>	<p>Resultatene i studien antyder at undervisning og trening på identifisering og håndtering av selvmordsrisiko hos eldre, kan være gunstig for helsepersonell uavhengig av deres faglige bakgrunn. Tilpassede seminarer kan bidra til at kompetanse knyttet til å gripe inn når eldre er i krise eller i selvmordsfare, økes. Barrierer til hinder for adekvat vurdering av selvmordsrisiko blant eldre, er blant annet mangelfull erfaring og lav selvtillit. Dette tyder på at det er et stort behov for bedre tilgang til kompetanseøkning.</p>
<p>Relevans for litteraturstudien</p>	<p>I studien får man et innblikk i helsepersonell sitt syn på håndtering av eldre pasienter i selvmordsfare, samt refleksjoner de gjør seg i etterkant av seminaret. Funnene fra denne studien kan belyse viktigheten av økt kunnskap og kompetanse.</p>

“Contact and communication with patients experiencing suicidal ideation: A qualitative study of nurses’ perspectives”

Forfattere	Vandewalle, J., Beeckman, D., Van Hecke, A., Debyser, B., Deproost, E. og Verhaeghe, S.
Publiseringsår	2019
Tidsskrift	Journal of Advanced Nursing
Land	Belgia
Hensikt	Å undersøke og forstå kjerneelementene i hvordan sykepleiere på psykiatriske institusjoner oppretter relasjoner med pasienter med selvmordstanker.
Metode	En kvalitativ studie hvor 19 sykepleiere fra fire forskjellige psykiatriske institusjoner ble intervjuet.
Hovedfunn	Sykepleierne hadde en tilnærming til pasientene preget av å skape et miljø for åpenhet og genuin kommunikasjon, og å utvikle et nøyaktig og meningsfullt bilde av pasienten. Det var fokus på interpersonlige relasjonsprosesser som å utvikle tillit og bli kjent med pasientene. Sykepleiere hadde ulike tilnærminger til pasientene ut i fra om de var mest opptatt av å følge protokollen for å vurdere selvmordsrisiko, eller å anerkjenne og skape en relasjon til pasienten.
Relevans for litteraturstudien	Artikkelen gir en god innsikt i sykepleiers tilnæringsmetoder til pasienter med selvmordstanker, og belyser viktigheten av en mellommenneskelig fremgangsmåte med fokus på å skape en god relasjon til selvmordstruede pasienter.

4.2 Sammenfattet resultat

Vi har delt inn resultatene i de tre hovedtemaene vi identifiserte i artiklene; kunnskap og holdninger, risikofaktorer og beskyttende faktorer, og kommunikasjon. De aktuelle artiklens resultater innenfor hvert tema er presentert nedenfor.

4.2.1 Kunnskap og holdninger

Vi har identifisert kunnskap og holdninger som et tema fordi vi mener det er en sammenheng mellom disse.

I studien til Kjølseth og Ekeberg (2012) som omhandler holdninger, finner vi en todelt hensikt. Den første er å undersøke i hvilken grad den selvmordstruede eldre viste tegn på sin suicidalitet, ved eksempelvis å være veldig opptatt av døden, eller gi uttrykk for at de ønsket å avslutte livet. Den andre hensikten innebar å undersøke hvilke holdninger som befant seg i omgivelsene, som i denne studien er pårørende, sykepleiere og fastleger. Flere pårørende til avdøde av selvmord rapporterte at de ofte følte seg hjelpeløse og usikre i møte med den eldre selvmordstanker. Mange eldre snakket mye om døden og at de ikke ønsket å leve lenger, fordi døden var bedre enn livet - ifølge dem selv. De pårørende på sin side ante ikke hvordan de skulle takle tanker og følelser knyttet til å være pårørende til en selvmordstruet, og de visste ikke hva de kunne gjøre for å være til hjelp. Samtidig følte de at det ikke var noe sted de selv kunne be om hjelp heller. Denne usikkerheten og utryggheten skapte en frykt for både å bli involvert, samtidig som de ønsket å ikke være involvert, og dette gjorde at de følte de ikke strakk til. Følelsen av utilstrekkelighet var også gjenkjennbar hos sykepleierne som oppga at de ofte var usikre på hva de skulle gjøre i møte med en eldre, selvmordstruet pasient. Sykepleierne opplevde nemlig ofte at de eldre var åpne med dem om selvmordsplanene sine. Fastleger mottar sjeldnere advarsler fra den eldre enn hva sykepleierne og pårørende gjør, noe som kan tyde på at nettopp kartlegging og oppfølging bør være mer i fokus.

Flere av informantene kunne fortelle Kjølseth og Ekeberg (2012) at de ikke tok signalene på alvor, da den eldre ønske om å begå selvmord virket fjern, og de oppfattet det som usannsynlig at de faktisk kom til å gjennomføre det. Dette til tross for at den eldre hadde gitt klare advarsler i forkant. Det var vanskelig å tro at selvmordet ville bli en realitet, selv om

de ofte hørte den eldre snakke om det. Noen eldre snakket så ofte om selvmordsplanene- og tankene sine, og over så lang tid, at informantene begynte å tolke det som tomme trusler. Flere følte seg slitne av all praten om selvmord, død og meningen med livet, og kunne reagere med å føle irritasjon og sinne over at den eldre til stadighet snakket om disse tingene. På den annen side var det flere som ga uttrykk for forståelse og aksept for den Eldres valg om å ta sitt eget liv. Dette var på bakgrunn av at de forstod at den eldre ønsket å dø, tatt i betraktning deres helsetilstand og livskvalitet. De så på dette valget som noe som måtte respekteres, og at det var berettiget. Fokus på pasientens autonomi stod med andre ord sterkt, selv om dette innebar en aksept for at livet til pasienten opphørte.

Studien til Couillet et al. (2017) berører også holdninger blant helsepersonell. De foretok en studie hvor 18 personer ble intervjuet, deriblant sykepleiere og pleieassistenter mellom 18-60 år. Flestparten hadde vært i kontakt med eldre beboere som enten hadde selvmordstanker, gjort selvmordsforsøk eller begått selvmord. Hovedtemaene som gikk igjen ble organisert i fire deler:

1. Selvmord som et uttrykk for autonomi: Å respektere pasientenes autonomi kan forstås som muligheten til å handle i egen interesse, samt å kunne leve livet på egne premisser. For enkelte blir selvmord et uttrykk for autonomi, da alder og erfaring medfører en visdom som gjør eldre i stand til å gjøre et informert valgt angående selvmord. Å begå selvmord kan fremstå som den eneste måten å uttrykke autonomi, på bakgrunn av fysiske og psykiske begrensninger. Flere følte derfor at de hadde lite grunnlag for å forhindre Eldres valg om å begå selvmord.
2. Selvmord som et svar på aldersrelatert lidelse: Helsepersonellet så på selvmord blant eldre som en naturlig respons på lidelse som alderen hadde brakt med seg; eksempelvis sorg, isolasjon og kronisk sykdom. Samtlige av helsepersonellet følte de ikke var kapable til å bidra med å minske lidelsen. De anså det derfor som "greit" at de eldre prøver å finne en løsning for å gjøre slutt på lidelsen, selv om dette innebar selvmord.
3. En forståelig handling i dagens samfunn: Helsepersonellet fortalte at dagens samfunn byr på lite rom for eldre, fordi sykehjemmene er lokalisert i utkanten av byene, og pårørende kommer sjelden på besøk. Selvmord begått av eldre ble gjerne sett på som mindre tragisk enn selvmord begått av yngre, fordi de eldre allerede hadde levd et liv.

4. Omgivelsene på sykehjemmene som en faktor som leder til selvmord: Samtlige i helsepersonellet fortalte om hvor traumatisk det kunne være å bli flyttet inn på et sykehjem. De følte på at de eldre ikke var frie til å komme og gå, spise, legge seg og stå opp som de vil, men at de måtte følge sykehjemmets rutiner. Flere eldre kom på sykehjemmet for å dø, og mange medpasienter var preget av demens. Flere av helsepersonellet følte også på at de ikke hadde nok tid og ressurser for hver pasient, og følte seg ofte utilgjengelige for beboerne.

I Huh et al. (2012) var hensikten med studien å øke kunnskap og kompetanse blant helsepersonell. Dette ble utført gjennom et 6 timers seminar utviklet for å kunne gjenkjenne selvmordsrisiko hos eldre, og hvordan man skal håndtere det videre. Metoden som ble benyttet i denne studien gikk ut på at deltakerne fikk servert to kasuser som presenterte eldre i selvmordsfare. De ble deretter bedt om å skrive et refleksjonsnotat ut fra dette, med fokus på tilnærming og plan for videre handling. Ut i fra disse refleksjonsnotatene ble det vektlagt om deltakeren: (1) identifiserte høy alder som en risikofaktor for selvmord, (2) kom med indikasjoner på at andre faktorer kunne ha en tilknytning til selvmordsrisiko, og (3) tok den høye alderen i betraktning i forbindelse med hvordan de håndterte selvmordsfaren.

Huh et al. (2012) fant med dette at undervisning og trening på identifisering og håndtering av selvmordsrisiko hos eldre viser seg å være gunstig for helsepersonell. Tilpassede seminarer som dette kan ha stor effekt på helsepersonellens evner og selvtillit. Slike seminarer kan også bidra til kompetanseøkning knyttet til eldre som er i krise eller selvmordsfare, og gjøre helsepersonell mer kapable til å håndtere slike situasjoner. Flere av deltakerne i studien kunne fortelle at de opplevde et skifte i sin forståelse av selvmordsfare blant eldre. Det var ikke bare deres bevissthet rundt hvordan man bør tilnærme seg og håndtere selvmordsfare som økte, men også deres personlige holdninger og kunnskap omkring temaet. Deltakende helsepersonell hadde i tillegg tilnærmet lik gevinst av å delta i studien uavhengig av om de var sykepleiere, psykologer eller miljøterapeuter, noe som tyder på at seminaret var egnet for alle uavhengig av faglig bakgrunn og kompetanse. Hele 93% av deltakerne uttrykte at de, høyst eller fullstendig sannsynlig, kom til å videreføre sin nytilkomne kunnskap fra seminaret til sin arbeidsplass. På en oppfølging 3 måneder senere, kunne 90% si seg enig i at seminaret hadde økt deres bevissthet omkring "selvmord i siste halvdel av livet". Samtidig oppga 86% at de var interessert i å lære mer om temaet, og 84%

sa seg enig i at seminaret hjalp dem med å forbedre sin egen evne til å foreta en selvmordsrisikovurdering på eldre. På oppfølgingen 3 måneder senere kunne flere deltakere rapportere at de hadde gjort flere endringer på sin arbeidspraksis med hensyn til selvmordsrisikovurdering og håndtering. En deltaker uttalte at de hadde stilt mer inngående spørsmål om depresjon når de foretok vurderinger, en annen at de hadde fulgt ekstra nøye med hvis det var forandringer i livssituasjonen. En tredje sa de benyttet listen over risikofaktorer som et verktøy i møte med suicidale veteraner, og at dette verktøyet hjalp de med videre vurderinger.

4.2.2 Risikofaktorer og beskyttende faktorer

Det er viktig å undersøke både risikofaktorer og beskyttende faktorer for å skape et helhetlig bilde, derfor er dette et tema.

Conwell et al. (2009) hadde i sin studie som hensikt å identifisere assosiasjonen mellom selvmord blant eldre og ulike risikofaktorer. Slike faktorer innebar blant annet somatiske og psykiatriske lidelser, begrensninger i funksjonsnivå, rapporterte sykehusopphold, poliklinisk behandling, samt bruk av hjemmesykepleie. Det fremheves at psykiatriske lidelser slik som alvorlig depresjon og angst er sterkt forbundet med selvmord. Faren øker i tillegg dersom det tidligere er gjort selvmordsforsøk. Dårlig helse viser seg i studien å være en risikofaktor, men det fremkommer også at det er selve opplevelsen av funksjonsnivået i det daglige som er sterkest forbundet med selvmord. På den annen side kommer det frem at lidelser og tilstander slik som demens, delir, rusmisbruk og psykoselidelser ikke er forbundet med økt fare for selvmord. Av de som har begått selvmord, ser man en økt forekomst av sykehusopphold, samt mottakelse av psykiatrisk behandling. Til sammenligning har kardiovaskulære sykdommer og lungesykdommer omtrent lik forekomst i begge gruppene, mens leddgikt var mer vanlig i kontrollgruppen. Avdøde av selvmord var oftere i behandling for psykiske lidelser, og hadde en eller flere innleggelser i psykiatrien fra tidligere. Imidlertid var det ikke særlig forskjell mellom gruppene når det kom til antall konsultasjoner hos fastlege siste uken eller måneden før selvmordet. Avdøde av selvmord hadde likevel en eller flere innleggelser på medisinsk eller kirurgisk avdeling det siste året de levde, og benyttet seg oftere av hjemmesykepleie den siste måneden eller året av sitt liv. De som begikk selvmord hadde i tillegg høyere forbruk av benzodiazepiner og

antidepressive medikamenter, mens bruk av antipsykotiske legemidler hadde omtrent lik forekomst i begge gruppene.

I Heisel, Neufeld og Flett (2015) sin studie var målet å undersøke om *grunner til å leve* og *mening med livet* kan fremme mental helse og velvære, og beskytte mot selvmordstanker hos eldre. De undersøkte også legitimiteten i måleegenskapene til skjemaet de brukte for å undersøke grunner til å leve; *Reasons for Living Scale - Older Adult version* (RFL-OA). I RFL-OA er det utsagn som “det ville såret familien min for mye, jeg vil ikke at de skal lide” eller “livet er for vakkert og dyrebart”. Man skal gi et tall fra 1-6 og rangere hvor viktig utsagnet er som en grunn til at man ikke vil ta sitt eget liv, der 1 er veldig uviktig og 6 er veldig viktig. Menning med livet ble målt med skjemaet *Experienced Meaning in Life Scale*. Utsagn som “jeg prøver å finne mening i livet på tross av smerte og lidelse” og “min spiritualitet hjelper meg å føle meg tilknyttet til noe større enn meg selv” måles på en liknende måte. Potensielle sammenhengende faktorer som selvmordstanker, depresjon, ensomhet, opplevd sosial støtte, fysisk funksjonsnivå, og kognitivt funksjonsnivå ble målt med aktuelle vitenskapelige skjemaer og metoder. Resultatene ble kontrollert for kjønn, alder, og nivå av offentlig utdanning. Eldre kvinner fikk høyere verdier på RFL-OA enn eldre menn. Ingen signifikant forskjell mellom alderskategoriene eller nivå av utdanning. Religiøse skåret høyere enn ikke-religiøse. Forfatterne undersøkte også påliteligheten til RFL-OA summene, som de fant til å være sterk.

RFL-OA skårer var negativt assosiert med målt ensomhet, depresjons-alvorlighetsgrad, og selvmordstanker. Det var en positiv assosiasjon mellom RFL-OA skår og målt mening med livet, opplevd sosial støtte, og tilfredshet med livet. RFL-OA skår var ikke signifikant forbundet med kognitiv funksjon eller begrensninger i aktiviteter i dagliglivet. Forfatterne gjorde så en multippel regresjonsanalyse for å teste deres modell for selvmordstanker, som inkluderer betraktelse av negative og positive psykologiske faktorer. Når grunner til å leve og mening med livet ble sett i sammenheng, ble ikke grunner til å leve lenger avgjørende for variasjonen i selvmordstanker. Dette kan indikere at mening med livet er viktigere som beskyttelsesfaktor mot selvmordstanker enn det grunner til å leve er.

4.2.3 Kommunikasjon

Det siste temaet vi vurderte som essensielt å ta med, er kommunikasjon.

Vandewalle et. al (2019) ville undersøke kjerneelementene i tilnæringsmåten sykepleiere benytter i møte med suicidale pasienter. De utførte intervjuer med sykepleiere som jobber på psykiatriske institusjoner hvor pasienter med selvmordstanker er svært vanlig. Analysen deres ga to tilknyttede kjerneelementer. Sykepleiere bygger relasjoner med suicidale pasienter på en slik måte at de *skaper et miljø for åpen og genuin kommunikasjon*, samtidig som de fokuserer på å *utvikle et godt og helhetlig bilde av pasienten*. Sykepleiere legger vekt på ulike aspekter ved pasientkontakten, avhengig av om de følger en mer rutinemessig tilnærming, preget av avdelingens protokoller og utfylling av skjemaer, eller en relasjonell tilnærming, preget av empatisk kommunikasjon og tilstedeværelse.

Sykepleierne oppga at en stor andel av pasientene med selvmordstanker uttrykte at det er vanskelig å ta det første steget for å ta kontakt. Disse pasientene kan være vanskelige å nå på grunn av deres sosiale og emosjonelle isolasjon. Sykepleierne understreket viktigheten av kontinuerlig aktiv involvering i pasientene. De gjorde dette gjennom blant annet å ta initiativ til kontakt ved formelle og uformelle anledninger, være tilstede, tilgjengelig, og vennlig. Som en del av avdelingens rutiner spørres det om selvmordstanker allerede i første møte med pasienten. Noen sykepleiere oppga at de gjør dette ved å spørre direkte, noe de oppfatter som en god måte å få informasjon på, samtidig som det signaliserer at selvmordstanker ikke er farlig å snakke om. Andre sykepleiere oppga at de heller spør om selvmordstanker indirekte ved å spørre om hvordan pasienten har det. Videre utforsker de tegn de observerer, uttrykker bekymring for pasientene, eller bruker andre kreative metoder, slik som tegning for å uttrykke følelser. Disse indirekte tilnærmingene er ment som en måte å utforske preferansene til hver enkelt pasient når det gjelder å snakke om selvmordstanker, og blir sett på som en mer behagelig måte for både pasienten og sykepleieren.

Sykepleierne beskrev at pasienter ofte ikke tør å snakke om sine selvmordstanker, da de føler seg utrygge eller ikke klare for å gjøre det. Dette var en stor utfordring for sykepleierne fordi det blir vanskelig å utvikle et godt klinisk bilde av pasienten. Noen pasienter føler mye skam tilknyttet selvmordstankene, eller har blitt avvist ved tidligere forsøk på å snakke om det. Pasientene kan også ha vanskeligheter med å bygge tillit til sykepleierne, eksempelvis på grunn av mentale lidelser, eller frykt for restriksjoner under oppholdet hvis de deler

selvmordstankene. Sykepleierne fortalte at de formelle prosedyrene kunne få pasientene til å føle seg kontrollerte og utrygge, og at det derfor kunne bli vanskelig å vurdere selvmordsrisiko nøyaktig. Noen av sykepleierne prøvde derfor å minimalisere den påtrengende karakteristikken av prosedyrene. Noen gjorde dette for å få mer ut av vurderingen, mens andre gjorde det for å skape en genuin relasjon til pasienten. Noen pasienter er vanskelig å vurdere fordi de tilsynelatende ikke gir noen varsler eller signaler på selvmordstanker. Dette var en erfaring fra mange av sykepleierne som har opplevd å miste pasienter til selvmord, hvor de ikke ga noen tegn på forhånd. Sykepleierne fremhevet også viktigheten av å være klar over egne følelser rundt selvmord. Man må reflektere over dette ofte for å opprettholde en innsikt i egne holdninger, slik at disse ikke skal påvirke det profesjonelle arbeidet.

5.0 Diskusjon

5.1 Kunnskap og holdninger

En av hovedtemaene i både studien til Kjølseth og Ekeberg (2012) og Couillet et al. (2017) er at selvmord blant eldre blir sett på som et uttrykk for autonomi. Den eldres valg om at livet ikke er verdt å leve lenger er et valg den eldre har rett til å ta, og er noe som bør respekteres. Det at de eldre har levd et langt liv og har mye erfaring og visdom, gjør at de kan ta et informert valg om å ønske å dø. I Couillet et al. (2017) sin studie ble det også tatt opp at selvmord kanskje var den eneste måten å uttrykke autonomi på. De eldre bodde på sykehjem, hvor det ofte er en del begrensninger i å styre livet sitt selv, samt de fysiske og psykiske begrensningene som følger med alderdommen. Dette gjorde at sykepleierne følte de måtte respektere valget i enda større grad. Det er selvfølgelig viktig å ivareta pasientens autonomi og medbestemmelsesrett så mye som mulig. Likevel er det viktig å vurdere pasientens autonomi i forbindelse med selvmord ut i fra de etiske verdisyn som er aktuelle når det gjelder dette.

Slettebø (2009) sier i sin bok at autonomi som prinsipp er avhengig av 4 forskjellige faktorer før man kan vurdere om pasienten er autonom eller ikke. Disse faktorene er

kompetent pasient, konsistent ønske, adekvat informasjon og frihet fra ytre press. Om en pasient som ønsker å begå selvmord er kompetent eller ikke er vanskelig å svare på. Hvis pasienten lider av psykiske lidelser som depresjon eller angst, kan man argumentere for at dette påvirker pasienten på en slik måte at selvmord virker som en løsning. I fravær av disse lidelsene hadde pasienten kanskje ikke vurdert selvmord. Ved depresjon og angst kan man få tankeforstyrrelser som gjør det vanskelig å tenke rasjonelt, og man blir mer preget av tilstanden enn av fornuftige tankemønstre man vanligvis har (Slettebø, 2009). Faktoren *konsistent ønske* reiser også noen spørsmål i forbindelse med selvmord. Man kan ha selvmordstanker over lengre tid, men er ønske om å dø konsistent og vedvarende? Ville ønske om å dø vært annerledes om situasjonen var annerledes? Ofte blir selvmord sett på som en siste løsning på problemer man ikke ser andre løsninger på. Da er det naturlig å tenke at ønsket om å ta livet sitt vil variere ut i fra situasjonen. Adekvat informasjon og frihet fra ytre press er kanskje ikke like relevante i denne sammenheng. De eldre vil stort sett være klar over konsekvensene ved å velge selvmord, og det ytre presset på å velge selvmord vil forhåpentligvis være fraværende. Det betyr ikke at det ikke vil kunne være opplevd ytre press, slik som følelsen av å være en byrde, og at samfunnet eller de nærmeste helst ville vært en foruten.

Ut i fra studiene til Kjølseth og Ekeberg (2012) og Couillet et al. (2017), samt en etisk vurdering, kan det argumenteres for at man må være forsiktig med å se på selvmord blant eldre som et uttrykk for autonomi. Dette er så det ikke skal bli en barriere for å oppdage og vurdere selvmordsrisiko på en god måte. Særlig med tanke på at det å vurdere selvmord blant eldre som et autonomisk valg, ofte fører til en aksept og forståelse, som igjen kan føre til passivisering. Begge studiene som drøftes her er kvalitative, og er gjort i relativt små skalaer, derfor kan vi ikke være helt sikre på at resultatene er overførbare til samfunnet forøvrig. Likevel blir resultatene noe sikrere med tanke på at begge studiene har lignende funn når det gjelder helsepersonellets holdninger.

Forståelse for den eldre ønske om å ta sitt eget liv er et av de andre temaene som ble tatt opp i både Kjølseth og Ekeberg (2012) og Couillet et al. (2017). Den eldre livskvalitet blir vurdert som så manglende at selvmord fremstår som et naturlig og berettiget valg. Helsepersonellet i Couillet et al. (2017) oppga også at de ikke følte seg i stand til å hjelpe de eldre med å minske lidelsen, og forsonte seg derfor med selvmord som den eneste løsningen. Joyce Travelbees (1971) sykepleieteori, som ble presentert i bakgrunnen, er

aktuell her. Teorien baserer seg i stor grad på at lidelse er en uunngåelig del av livet, og at det som er viktig er å kunne finne mening i tilværelsen på tross av lidelse. Når eldre pasienter opplever lidelsen som så stor at de ikke lenger finner en mening med å leve, er det ifølge Travelbee sykepleieren sin oppgave å hjelpe pasienten med å mestre tilværelsen. Selv om det er naturlig at mange sykepleiere i møte med syke eldre får forståelse for den Eldres selvmordstanker, og føler seg hjelpeløse når det kommer til å minske lidelsen, er det viktig å gjøre seg en kritisk refleksjon over disse tankene og følelsene som oppstår. Det er mulig å sympatisere med den Eldres lidelse og følelse av håpløshet, men samtidig ha en holdning om at noe kan gjøres. Gjennom god kommunikasjon og etablering av mellommenneskelige sykepleier-pasient-relasjoner, kan sykepleieren bli kjent med pasientens særegne behov og tørre å se når den eldre signaliserer et ønske om å dø. Å oppdage selvmordsrisiko blant eldre er det første steget i å forebygge selvmord, men man kan ikke starte denne prosessen hvis man møter signalene til de eldre med egen håpløshet og fortvilelse.

Noe som kan være med på å påvirke holdninger rundt et tema betraktelig er kunnskap. I studien til Huh et al. (2012) kjennetegnes behovet for økt kunnskap og kompetanse hos helsepersonellet vedrørende selvmordsproblematikk hos eldre. Undervisning og trening på identifisering og håndtering av selvmordsrisiko vektlegges som en viktig faktor for å gjøre helsepersonell bedre rustet til å møte denne pasientgruppen. Deltakerne fortalte at det ikke var kun deres bevissthet som økte, men også deres holdninger og kunnskap, noe som kan illustrere hvordan dette henger sammen. Vi har bare én artikkel som belyser sammenhengen mellom kunnskap og selvmordsrisikovurdering, men vi mener det er en studie av god kvalitet som har gitt pålitelige resultater. En svakhet i studien er at det ikke var mulig å gjennomføre den på en slik måte at deltakerne var blindet, og at vurderingen av utfallene er subjektiv. Likevel synes vi at den subjektive vurderingen er nyttig, fordi den sier noe om deltakernes holdninger og refleksjoner i sammenheng med kunnskap.

Videre er viktigheten av kunnskap noe som belyses på et politisk nivå i Norge.

Dette tydeliggjøres i den nye handlingsplanen for forebygging av selvmord (Helsedirektoratet, 2020), hvor mål nummer 6 blant annet går ut på at kunnskap og kompetanse må økes, og at dette er nødvendig for å kunne yte forsvarlige helsetjenester. Det understrekes videre at det er viktig med kunnskap om ulike grupper i befolkningen, slik som

for eksempel eldre, og at med riktig kompetanse vil det være mulig å forebygge, avdekke, avverge og følge opp selvmordsproblematikk. Kjøseth (2014) påpeker imidlertid at det første steget i selvmordsforebygging på individnivå vil være å gjenkjenne eldre som kan ha økt risiko. For at man skal være i stand til det, må man ha riktig kunnskap, og ikke minst være oppmerksom. Videre drøftes risikofaktorer og beskyttende faktorer, som det kan være særdeles relevant for sykepleier å ha kunnskap om, for å kunne identifisere og vurdere selvmordsrisiko hos eldre.

5.2 Risikofaktorer og beskyttende faktorer

I studien til Conwell et al. (2009) fremkommer det blant annet at psykiatiske lidelser som depresjon og angst er sterkt forbundet med selvmordsrisiko blant eldre. Dette er risikofaktorer som er nevnt i bakgrunnskapittelet i belysning av annen forskning, og er ikke egentlig ny informasjon. Likevel er det studier som viser at særlig depresjon hos eldre, samt tilknyttede selvmordstanker, ikke blir tatt på alvor (Unchaper og Areán, 2000; Kjøseth, 2014). Depresjon blir ofte sett på som en naturlig reaksjon på alderdommen, og det den bringer med seg av helseproblemer og funksjonsfall. Som følge av dette minsker troen på at behandling kan hjelpe, selv om det finnes mye god behandling for depresjon. Depresjon sammen med angst viser seg å være en enda større risikofaktor for selvmord, ifølge denne studien, og andre lignende studier som har blitt gjort på dette temaet (Oude Voshaar et al., 2015; Bakkane Bendixen et al., 2018). Det å gjenkjenne og kartlegge depresjon og angst hos eldre, og ta dette på alvor som risikofaktorer for selvmord, kan derfor være verdifullt for sykepleiere i arbeidet med å vurdere selvmordsrisiko. I tillegg er tidligere selvmordsforsøk en stor risikofaktor for nye forsøk (Conwell et al., 2009; Helsedirektoratet, 2014), og dette er derfor en særdeles viktig faktor å vurdere.

Det kom frem i Conwell et al. (2009) at lidelser og tilstander som demens, delir, rusmisbruk og psykoselidelser ikke er forbundet med økt selvmordsrisiko. Dette viker fra annen forskning på mange områder. På en side kan det tenkes at demens ikke er en risikofaktor, fordi det er en tilstand hvor det kan bli svært vanskelig å planlegge og gjennomføre et selvmord. På den andre siden kan nettopp fallet i livskvalitet som følge av demens, gjøre at denne gruppen er i større fare (Austad, 2020). Angående rusmisbruk er det en del forskning

som viser at nettopp dette er en risikofaktor for selvmord (Helsedirektoratet, 2014, s.12-13). Avviket kan muligens ha med aldersgruppen å gjøre, da studien til Conwell et al. (2009) undersøkte spesifikt aldersgruppen 50 år og oppover. Selv om studien er av god kvalitet når det gjelder metode og utførelse, er det umulig for bare én studie å gi helt sikre svar som kan overføres til den eldre befolkningen generelt. Derfor kan det være mange grunner til at rusmisbruk ikke var en faktor i denne undersøkelsen. Det kan også hende at studien til Conwell et al. (2009) bare hadde et for lite utvalg til å fange opp dette som en risikofaktor.

Når det gjelder somatiske sykdommer, fant Conwell et al. (2009) at kardiovaskulære sykdommer og lungesykdommer hadde omtrent lik forekomst i gruppene, noe som tyder på at dette ikke er en faktor som er forbundet med økt risiko for selvmord. Derimot er somatiske sykdommer som kreft og nevrologiske sykdommer en risikofaktor, noe som samsvarer med annen litteratur (Helsedirektoratet, 2014). Dette er veldig alvorlige sykdommer med store konsekvenser for funksjonsnivå og hjelpebehov, smerter og håpløshet, noe som kan være grunnlaget for større selvmordsrisiko.

Det studien fant angående somatiske sykdommer og helse som kanskje er mest interessant, er at dårlig helse så ut til å være mindre forbundet med selvmordsrisiko enn opplevelsen av funksjonsnivå. Dette kan henge sammen med det som ble nevnt ovenfor, at lavere funksjonsnivå og økt behov for hjelp kan ha mye å si for livslysten. Dette er noe å være spesielt oppmerksom på i selvmordsforebyggingen blant eldre, da dette ofte er en gruppe med lavere funksjonsnivå og økt hjelpebehov. Dessuten er det innenfor selvmordsforskningen et fokus på at opplevelsen av å være en byrde er disponerende for selvmordstanker (Joiner, 2005). Dette er også et punkt som virker særlig aktuelt for eldre, siden det er en gruppe som kan synes det er spesielt vanskelig å måtte be om hjelp, samt oppleve å ikke klare seg selv (Cukrowicz et al., 2011). Hvor påvirket den eldre pasienten ser ut til å være av opplevd funksjonsnivå kan derfor være noe en sykepleier kan undersøke, og ha en god mulighet til å vurdere, da det ofte er sykepleiere som hjelper de eldre som ikke klarer seg selv i hverdagen.

En annen ting som blir sett på i studien til Conwell et al. (2009) er de eldres kontakt med helsevesenet. De fant at de som begikk selvmord oftere hadde sykehusopphold og var i behandling for psykiatriske lidelser. Det var ikke noe forskjell i antall konsultasjoner hos fastlegen den siste uken eller måneden før selvmordet blant gruppene, men de avdøde

benyttet seg oftere av hjemmesykepleien. Det at hjemmesykepleien ble benyttet oftere kan vise til det som ble nevnt tidligere om økt hjelpebehov og funksjonsfall som faktor for økt selvmordsrisiko. Videre kan det også tyde på at hjemmesykepleiere har en viktig rolle i å fange opp selvmordsfare blant sine eldre pasienter. Dog skal det sies at i en travel hverdag, med mange besøk hos utallige pasienter hver dag, er nok ikke dette enkelt å få til. Likevel blir nok muligheten større hvis man har den kunnskapen og kompetansen som skal til for å vurdere selvmordsrisiko blant eldre, og vite hvilke tilnærminger som er nyttig for å få informasjon om dette fra pasientene.

I tillegg til risikofaktorer kan det være nyttig å kartlegge beskyttende faktorer hos pasienten. Heisel, Neufeld og Flett (2015) argumenterer med bakgrunn i sin studie for at grunner til å leve og mening med livet er betydelig negativt assosiert med selvmordstanker, noe de kontrollerte for demografiske variabler og negative psykologiske faktorer. Dette indikerer at viktige positive psykologiske faktorer kan virke som en beskyttelse mot fortvilelse og lidelse, heller enn å bare være det motsatte av psykologiske risikofaktorer. Mening med livet kan ha en robust beskyttende rolle mot selvmordstanker blant eldre, noe som støtter resultater fra annen forskning (Heisel og Flett, 2008; 2014). Positive og beskyttende faktorer kan være enklere å kartlegge, da det er lettere å snakke om grunner til å leve og mening med livet, enn det er å snakke konkret om selvmordstanker. I tillegg kan det bidra til å mestre vanskelige situasjoner og kan derfor være relevant å kartlegge (Ekeberg, 2016). Likevel kan man ikke utelukkende kartlegge positive faktorer, men det er et fint supplement for å skaffe seg et helhetlig bilde av pasienten.

Det at pasienten har enkelte risikofaktorer eller beskyttende faktorer kan ikke utelukkende fortelle oss noe om selvmordsfare. Man kan bruke kunnskap om og kartlegging av risikofaktorer og beskyttende faktorer som et utgangspunkt, men det må alltid gjøres en klinisk vurdering av pasienten i sin helhet. I tillegg burde denne vurderingen baseres på bare noen dager frem i tid, for å unngå for stor usikkerhet i vurderingen, og det er viktig å ha fokus på hva som kan bedres i pasientens liv, snarere enn å kun fokusere på å forhindre selvmord (Ekeberg, 2016). Den kliniske vurderingen er lettere hvis man har kjennskap til pasienten og det er opprettet en god relasjon som bygger på tillit og kommunikasjon. Hvordan man skal gå frem for å kommunisere med pasienten om selvmord er noe som diskuteres videre nedenfor.

5.3 Kommunikasjon

Eide og Eide (2017) viser til at når man jobber i eldreomsorgen, eller med eldre pasienter, møter man mennesker fra en annen generasjon enn den man selv tilhører. Dette kan medføre at man ikke så lett forstår den eldre, spesielt siden man er i ulike faser av livet. Det kan være vanskelig å vite hvordan den eldre pasientens somatiske sykdom påvirker deres sårbarhet og psykiske helse. En annen ting er at den eldre nødvendigvis ikke opplever seg selv som gammel og syk, men først og fremst som *seg selv*. Som sykepleier er det utfordrende å få rede på alt om pasienten, slik som livshistorie, relasjoner, tap, drømmer og bekymringer. Som oftest har man lite tid, og mye av den tiden man har går til stell og andre prosedyrer. Dermed kan det bli mindre tid til å bli kjent med pasienten, som kan medføre at det blir vanskeligere å oppdage signaler på selvmordsfare.

Eide og Eide (2017) beskriver kommunikasjon i relasjoner som en kombinasjon av initiativ, respons, og utveksling av tegn og signaler mellom to eller flere personer. For at man skal kunne forstå pasienten som person og kunne gi bedre hjelp og støtte, er det utvilsomt nyttig med gode kommunikasjonsferdigheter. Vandewalle et al. (2019) fant i sin studie at sykepleierne bygget relasjoner med suicidale pasienter ved blant annet å skape et miljø for åpen og genuin kommunikasjon. I møte med suicidale eldre mener vi derfor at en personorientert kommunikasjonsstil er den riktige å anvende. Eide og Eide (2017) understreker at denne måten å kommunisere på går ut på at man blant annet er en aktiv lytter, og at man observerer og fortolker både verbale og nonverbale signaler. Videre bør man tilstrebe å forstå hva den andre opplever som viktig, og forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål.

Et av målene med kommunikasjon er nettopp å skape en relasjon med et annet menneske. For at en god relasjon skal bygges, beskriver Lillestø (2010) tillit som et fundamentalt element mellom pasient og pleier, og som et minimumskrav når vi er i en posisjon hvor vi er avhengig av hjelp fra andre. Videre påpekes gjensidig tillit mellom mennesker, og å bli tatt på alvor, som en forutsetning for at vi skal føle at den andre holder sitt ord og er til å stole på. På bakgrunn av dette kan vi anslå at tillit er avgjørende for at pasienten skal føle seg trygg. Når pasientene føler seg trygge vil de lettere kunne dele sine tanker og følelser, samt vise sider av seg selv for å formidle at alt ikke er som det skal, og at de trenger mer hjelp. Studien til Vandewalle et al. (2019) viste nemlig til at suicidale pasienter som ble innlagt på

en psykiatrisk avdeling, ofte skjulte eller benektet at de hadde selvmordstanker eller planer når de ble spurt om dette under innkomstsamtale. Noe av årsaken kunne være at de fryktet det ville bli iverksatt restriktive og kontrollerende tiltak, noe de gjerne ville unngå. Vår oppfatning er derimot at dette også kan tyde på at når pasienten ikke føler seg trygg, som for eksempel under første møte med en fremmed i helsevesenet, vil de ikke like lett åpne seg opp og meddele hvordan de faktisk har det.

I studien til Vandewalle et al. (2019) er det som tidligere nevnt ingen aldersbegrensning, og det er derfor ikke avgrenset til selvmordsproblematikk hos kun eldre som pasientgruppe. Vi mener likevel at funnene her kan relatere til suicidale eldre også, ettersom ulike tilnæringsmåter og kommunikasjonsstiler i forbindelse med selvmord kan antas å være lik uavhengig av alder. Videre i studien til Vandewalle et al. (2019) understreker sykepleierne hvor viktig det er at man kontinuerlig er aktiv med å involvere seg i pasientenes hverdag, ved at man er tilstede og tilgjengelig, og ikke minst åpen og imøtekommende. I en travel hverdag som sykepleier tenker vi at det er forståelig at det kan være utfordrende å oppfylle dette i møte med hver enkelt pasient. Som sykepleier har man mye ansvar og mange arbeidsoppgaver, og det kan medføre at kommunikasjon med pasientene ikke alltid er optimal.

Vandewalle et al. (2019) finner i sin studie også ut at flere sykepleiere har en tendens til å utføre overdreven kontroll på den suicidale pasienten, samt ha en kontrollerende tilnærming. Istedenfor at man tok seg tid til å snakke og bli kjent med pasienten, ble det mer fokus på de bestemte tilsynene og eventuelt kartleggingsskjemaer. På den måten ble sykepleierens relasjon til pasienten preget av rutiner og kontroll, fremfor å være mer medmenneskelig, empatisk og forståelsesfull. Det påpekes at tilnærming istedenfor burde utføres på en måte som innebærer at man anerkjenner pasienten som person. I tillegg antydes det i studien at elementer som kan forhindre sykepleierne fra å oppnå en betydningsfull kontakt med pasientene, er blant annet begrenset tid og mangel på kompetanse, veiledning og emosjonell støtte.

5.4 Metodediskusjon

For å forsikre at artiklene vi valgte var aktuelle og passende for vår problemstilling, utarbeidet vi inklusjon- og eksklusjonskriterier. Kriteriene gikk blant annet ut på at artiklene måtte være publisert etter år 2000, fordi vi ville ha så ny forskning som mulig. Det foreligger dessverre lite forskning i dag som omhandler selvmordsproblematikk blant eldre, og vi måtte derfor ha et såpass bredt omfang på tidsavgrensningen. Dette gir en risiko for utdatert informasjon, siden forskningen på mange områder er i stadig utvikling og vil gi nyere informasjon etter hvert som flere studier blir utført. Vi har forskning fra fem ulike land. Det mest ideelle ville vært at alle studiene ble gjort i Norge, eller Skandinavia, for å sikre at resultatene er så overførbare til norske forhold som mulig. Dessverre er det ikke blitt gjort nok forskning i Norge på dette feltet til at vi kunne det. Vi har tatt med artikler som går utenom kriteriet som definerer eldre. Dette kan gjøre resultatene mindre gyldige for vår aldersgruppe, men de ble likevel tatt med da vi anså funnene som relevante og anvendelige nok for å besvare problemstillingen vår.

En svakhet ved litteraturstudien vår er at søkeordene og databasene som ble brukt er begrensede, og gir en risiko for at informasjon om temaet blir ekskludert grunnet manglende søkeord eller at vi ikke søkte i flere databaser. Vi har etter beste evne valgt ut artikler ut i fra relevans for problemstillingen og kritiske vurderinger av studiene, men det er umulig å komme bort fra at dette er en subjektiv prosess hvor vi har valgt ut de artiklene vi tror svarer godt på problemstillingen. Det ble brukt standardiserte sjekklister for å vurdere artiklene kritisk, men det vil likevel være en viss subjektivitet i utførelsen. Artiklene var også veldig forskjellige med tanke på problemstilling og metode, noe som gjorde det utfordrende å sammenfatte resultatene på en helhetlig måte. Dog vurderte vi artiklene til å ha en passende metode for deres problemstilling. Videre kan det at artiklene hadde ulik problemstilling og metode i forbindelse med temaet være en fordel for å samle informasjon fra ulike synsvinkler, og på den måten presentere et svar på problemstillingen som har bredde og gir en dypere innsikt.

5.5 Forskningsetiske overveielser

I artikkel 1, 3 og 6 blir det presisert at studiene er godkjent av forskningsetiske komiteer. Artikkel 5 nevner ikke noe i forbindelse med etiske overveielser, men tidsskriftet den er publisert i, *Journal of the American Geriatrics Society*, presiserer at hver godkjent artikkel må overholde punktene for etisk gjennomførelse av menneskelig eksperimentering, samt bli godkjent av en institusjonell komité, og inneholde informert samtykke av deltakerne. Det står også at dette skal skrives under metodeseksjonen i artikkelen, noe som ikke gjøres, men forfatterne presiserer i metodedelen at informasjonen ble innhentet under et utdanningsprosjekt hvor all data ble anonymisert. Artikkel 2 og 4 ble godkjent av sine respektive universiteter, og det er god grunn til å tro at universitetene vurderer etikk når de godkjenner forskningsprosjekter. Videre har de aktuelle tidsskriftene som artiklene er publisert i, henholdsvis *International Journal of Geriatric Psychiatry* og *Aging and Mental Health*, egne etiske retningslinjer som må følges om artikkelen skal bli publisert. Vi vurderer derfor at artiklene som er brukt til å svare på problemstillingen vår overholder forskningsetiske retningslinjer.

5.6 Implikasjoner for praksis

Etter å ha arbeidet med denne bacheloroppgaven, ser vi utvilsomt et stort behov for mer forskning på selvmord blant eldre. I samtlige kilder vi har benyttet påpekes det at eldre som gruppe har stor selvmordsfare, samtidig som det kommer frem at de sjeldnere anerkjennes og mottar hjelp for å redusere eller eliminere nettopp denne faren. I Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009)) er det stort fokus på primærforebygging og tidlig intervensjon, noe vi anser som høyst relevant når det kommer til forebygging av selvmord blant nettopp eldre. Kjølseth (2014) på sin side fremhever at for å gjøre det mulig å lykkes med selvmordsforebygging, er det nødvendig med tverrfaglig samarbeid på tvers av og mellom ulike nivåer og kommunale instanser. Hun trekker videre frem at eldres sammensatte problematikk nemlig krever kompetanse fra flere faggrupper, og ikke minst et tett samarbeid mellom de involverte partene. Slik det er i dag legger overordnede systemer rammer som begrenser hva den enkelte sykepleier eller helsearbeider kan gjøre i møte med den eldre suicidale pasienten. Det er derfor viktig at man som sykepleier i møte med den eldre pasienten skaper rom for at de kan snakke om hva enn som opptar dem (Kjølseth, 2014).

Igjen vil vi derfor trekke inn holdninger som en avgjørende faktor i møte med suicidale eldre, da dette kan legge grunnlaget for hvordan man møter og ivaretar disse pasientene.

6.0 Konklusjon

For at sykepleier skal kunne oppdage selvmordsrisiko hos eldre pasienter er det avgjørende å ha kunnskap, gode holdninger og kommunikasjonsferdigheter. Man må ha kunnskap om blant annet risikofaktorer for selvmord hos den eldre pasienten, som tidligere selvmordsforsøk, depresjon og angst. Det er også viktig å ha kunnskap om beskyttende faktorer for å kunne gjøre en mer helhetlig vurdering av selvmordsrisikoen, hvor særlig opplevelsen av mening med livet er betydningsfullt.

En annen betydelig faktor for at sykepleier skal kunne oppdage selvmordsrisiko hos den eldre pasienten er sykepleiers evne til å opprette en mellommenneskelig sykepleier-pasient-relasjon gjennom gode kommunikasjonsferdigheter.

Den enkelte sykepleiers holdninger når det gjelder eldre og selvmord er av stor betydning for oppdagelse av selvmordsrisiko hos den eldre pasienten. Sykepleier må kunne gjøre kritiske refleksjoner over egne følelser og tanker rundt dette temaet for å undersøke hvilke holdninger som er nyttige, og hvilke holdninger som skaper en barriere for å kunne oppdage selvmordsrisiko hos eldre. Vi har ingen å miste.

7.0 Litteraturliste

Austad, G. (2020) Selvmord hos eldre, i Tonga, J. og Bystad, M (red.) *Psykisk helse hos eldre - Mestring og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 137-160.

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care - a practical guide*. 3.utg. England: Open University Press.

Bakkane Bendixen, A., Engedal, K., Selbæk, G. og Hartberg, C. B. (2018) Anxiety Symptoms in Older Adults with Depression Are Associated with Suicidality, *Dementia and Geriatrics Cognitive Disorders*, 45(3-4), s. 180-189. doi: 10.1159/000488480

CASP (2020) *CASP Checklists*. Tilgjengelig fra: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
(Hentet: 26.03.21)

Conwell, Y., Duberstein, P. R., Hirsch, J. K., Conner, K. R., Eberly, S. og Caine, E. D. (2009) Health status and suicide in the second half of life, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(4), s. 371-379. doi: 10.1002/gps.2348

Couillet, A., Terra, J.-L., Brochard, N. og Chauliac, N. (2017) Barriers to the Prevention of Suicide in Nursing Homes, *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 38(6), s. 423-432. doi: 10.1027/0227-5910/a000466

Cukrowicz, K. C., Cheavens, J. S., Van Orden, K. A., Ragain, M. og Cook, R. L. (2011) Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults. *Psychology and Aging*, 26(2), s. 331-338. doi:10.1037/a0021836

Eide, H., Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling, etikk*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeberg, Ø. (2016) Vurdering av selvmordsrisiko, i Ekeberg, Ø. og Hem, E. (red.) *Praktisk selvmordsforebygging*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 117-134.

Folkehelseinstituttet (u.å.) *Dødsårsaksregisteret - statistikkbank*. Tilgjengelig fra:

<http://statistikkbank.fhi.no/dar/> (Hentet: 25.03.2021).

Hauge, L.J., Stene-Larsen, K., Grimholt, T.K., Oien-Odegaard, C. og Reneflot, A. (2018) Use of primary health care services prior to suicide in the Norwegian population 2006-2015, *BMC Health Serv Res*, 18(1), s. 619-626. doi: 10.1186/s12913-018-3419-9

Heisel, M. J., og Flett, G. L. (2008) Psychological resilience to suicide ideation among older adults. *Clinical Gerontologist*, 31(4), s. 51–70. doi: 10.1080/07317110801947177

Heisel, M.J., og Flett, G. L. (2014). Do meaning in life and purpose in life protect against suicide ideation among community-residing older adults?, i Batthyany, A. og Russo-Netzer, P. (red.) *Meaning in existential and positive psychology*. New York: Springer, s. 303–324.

Heisel, M. J., Neufeld, E. og Flett, G. L. (2015) Reasons for living, meaning in life, and suicide ideation: investigating the roles of key positive psychological factors in reducing suicide risk in community-residing older adults, *Aging and Mental Health*, 20(2), s. 195-207. doi: 10.1080/13607863.2015.1078279

Helsedirektoratet (2014) *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017*. Tilgjengelig fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf (Hentet: 10.05.2021)

Helsedirektoratet (2020) *Handlingsplan for forebygging av selvmord - 2020-2025 - ingen å miste*. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025.pdf> (Hentet: 26.03.2021)

Huh, J. T., Weaver, C. M., Martin, J. L., Caskey, N. H., O'Riley, A. og Kramer, B. J. (2012) Effects of a Late-Life Suicide Risk-Assessment Training on Multidisciplinary Healthcare Providers, *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), s. 775-780. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03843.x

Joiner, T. (2005) *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.

Kjølseth, I. og Ekeberg, Ø. (2012) When elderly people give warning of suicide, *International Psychogeriatrics*, 24(9), s. 1393-1401. doi: 10.1017/S1041610212000312

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

Kjølseth, I. (2016) Selvmordsatferd blant eldre, i Ekeberg, Ø. og Hem, E. (red.) *Praktisk selvmordsforebygging*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 91-107.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E. (2011) Om sykepleie, i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E. (red.) *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 15-29.

Lillestø, B. (2010) Sykepleiens tre dimensjoner, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS, s. 393-416.

Magnus, P. og Bakketeig, L. S. (2000) *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Meld. St. 15 (2017-2018) (2018) *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf> (Hentet: 26.03.2021)

Meld. St. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 10.05.2021)

Shneidman, E. (1993) *Suicide as psychache - A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. New Jersey: Jason Aronson Inc.

Shneidman, E. (1994) *Definition of suicide*. New Jersey: Jason Aronson Inc.

Slettebø, Å. (2009) *Sykepleie og etikk*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (1971) *Interpersonal aspects of nursing*. 2. utg. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Oude Voshaar, R. C., Van der Veen, D. C., Hunt, I. og Kapur, N. (2015) Suicide in late-life depression with and without comorbid anxiety disorders, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2), s. 146-152. doi: 10.1002/gps.4304

Unchaper, H. og Areán, P. A. (2000) Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients, *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(2), s. 188-192. doi: 10.1111/j.1532-5415.2000.tb03910.x

Vandewalle, J., Beeckman, D., Van Hecke, A., Debyser, B., Deproost, E. og Verhaeghe, S. (2019) Contact and communication with patients experiencing suicidal ideation: A qualitative study of nurses' perspectives, *Journal of Advanced Nursing*, 75(1), s. 2867-2877. doi: 10.1111/jan.14113

Yalom, I. (1980) *Eksistensiell psykoterapi*. Oversatt fra Existential Psychotherapy av M. Solli. Oslo: Arneberg Forlag.

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Søk nr. 1

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Elderly OR aged OR older OR elder OR geriatric	AgeLine		155,615
Nursing OR nurse OR nursing care OR nursing practice OR nursing intervention			30,492
Suicide prevention OR suicide reduction OR suicide intervention			205
		1 AND 2 AND 3	31

Søkeresultater:

Artikkel nr. 6: *“When elderly people give warning of suicide”* av Kjølseth og Ekeberg.

Artikkel nr. 10: *“Effects of a Late-Life Suicide Risk-Assessment Training on Multidisciplinary Healthcare Providers”* av Huh og Kramer.

Søk nr. 2

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Older	PubMed		466,618
2. Suicide			101,403
3. Nursing			821,057
4. Prevention			2,698,761
5. Training			2,057,450
		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	32

Søkeresultater:

Artikkel nr. 3: *“Barriers to the Prevention of Suicide in Nursing Homes”* av Couillet, Terra, Brochard og Chauliac.

Søk nr. 3

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Health status	PubMed		723,469
2. Suicide			101,886
3. Care			2,760,633
4. Aged			5,581,555
5. Impairment			762,021
6. Function			14,326,049
7. Utilization			3,762,346

8. Psychiatric			848,706
		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6 AND 7 AND 8	29

Søkeresultater:

Artikkel nr. 1: *“Health status and suicide risk in the second half of life”* av Conwell, Duberstein, Hirsch, Conner, Eberly og Caine.

Søk nr. 4

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Older Adults	PsycInfo		51871
2. Suicidal Ideation			9925
3. Resilience (Psychological) OR Meaning OR Meaningfulness OR Meaning in Life			36268
		1 AND 2 AND 3	10

Søkeresultater:

Artikkel nr. 2: *“Reasons for living, meaning in life, and suicide ideation: Investigating the roles of key positive psychological factors in reducing suicide risk in community-residing older adults”* av Heisel, Neufeld og Flett.

Søk nr. 5

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Communication	PubMed		677,538
2. Patient OR patients			7,391,089
3. Suicidal OR suicide			101,447
4. Nurse OR nurses OR nursing			947,845
5. Perspective OR view			648,863
		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	32

Søkeresultater:

Artikkel nr. 2 : *“Contact and communication with patients experiencing suicidal ideation: A qualitative study of nurses’ perspectives”* av Vandewalle, Beeckman, Van Hecke, Debyser, Deproost og Verhaeghe.

