



**Høgskulen  
på Vestlandet**

# **BACHELOROPPGAVE**

**Forebygging av selvmord blant eldre**

**Bachelor i sykepleie  
SK 152  
Avdeling for helsefag  
Institutt for sykepleieutdanning  
02.06.2017**

**6880 ord  
Av Camilla Braastad  
Veileder: Liudmila Solenova**

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

# Sammendrag

## Tittel

Forebygging av selvmord blant eldre

## Bakgrunn for valg av tema

I praksis hvor jeg var i hjemmetjenesten møtte jeg pasienter som uttrykte et ønske om å dø. Jeg opplevde at det var flere ulike holdninger blant sykepleierne i disse situasjonene. På bakgrunn av dette ønsker jeg å se mer på relasjonen mellom sykepleier og pasient spesielt i hjemmetjenesten, der jeg opplever at mye av det forebyggende arbeidet med selvmord kan gjøres.

## Problemstilling

Hvordan forebygge selvmord blant hjemmeboende eldre?

## Metode

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke litteraturstudie som metode, noe som betyr at jeg ikke har brukt egen forskning, men tatt i bruk forskning og litteratur gjort av andre. Jeg har belyst temaet i oppgaven gjennom relevant faglitteratur og forskningsartikler som omhandler selvmord hos eldre med fokus på forebygging. Egne erfaringer fra praksis er også tatt med i oppgaven.

## Oppsummering

Selvmordshyppigheten er i perioder høyest blant de eldre i Norge. For å kunne forebygge selvmord er det viktig å ha kunnskap om risikofaktorene for den aktuelle pasientgruppen. Ensomme eldre med nedsatt funksjonsevne og et lite sosialt nettverk er de med størst selvmordsrisiko.

Hjemmesykepleien, sammen med fastlegen, vil være hovedarenaen for å fange opp selvmordsutsatte eldre. Både forskning og litteratur viser at det å ha et fokus på de psykososiale behovene til pasienten, sammen med en god relasjon, virker forebyggende på de selvmordsutsatte i denne aldersgruppen.

## Nøkkelord

Eldre, selvmord, forebygging, hjemmesykepleie

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Avgrensing av problemstilling	1
1.4 Definisjon av begreper	2
1.5 Oppgavens oppbygging	2
<b>2 Metode</b>	<b>3</b>
2.1 Litteraturstudie som metode	3
2.2 Søkeprosessen	3
2.4 Kildekritikk	4
2.4.1 Forskningsartikler	4
2.4.2 Annen litteratur	4
<b>3 Teori</b>	<b>5</b>
3.1 Selvmord og risikofaktorer	5
3.3 Forebygging av selvmord blant eldre	5
3.2 Holisme i hjemmesykepleien	6
3.4 Relasjonen mellom sykepleier og pasient	6
3.4 Omsorg og kommunikasjon i henhold til Joyce Travelbee	7
3.5 Etikk i sykepleien	8
<b>4 Resultat og funn</b>	<b>9</b>
<b>5 Drøfting</b>	<b>11</b>
5.1 Case fra praksis	11
5.2 Hva skjer når den eldre varsler om selvmord?	12
5.2 Holisme i hjemmesykepleien? Utfordringer og muligheter	12
5.3 Relasjonen mellom sykepleier og pasient	14
5.4 Reagere eller akseptere? Etisk dilemma eller unnlåtelsessynd?	15
<b>6 Konklusjon</b>	<b>17</b>
<b>Litteraturliste</b>	<b>18</b>
Vedlegg 1	

## 1 Innledning

Det er i dag 812 000 personer, nær 16 prosent av befolkningen i Norge, som er over 65 år (Folkehelseinstituttet, 2015). Eldre i Norge får i dag ta del i et velutbygget helsevesen, og det gis stadig ny avansert medisinsk behandling til denne aldersgruppen. Til tross for god velferdsutvikling er det likevel et faktum at en stor andel av selvmord i Norge skjer blant eldre over 60 år (Kjølseth, 2014, s.39). Statistikk viser at fra 2011 til 2015 var det mellom 75 og 100 selvmord hvert år i alderen over 65 år (Folkehelseinstituttet, 2015), og dette kan antagelig bare ses som et minimumstall. I denne aldersgruppen spesielt er det stor grunn til å anta at det forekommer "mørketall", at selvmord klassifiseres med en annen dødsårsak. Dette fordi det sjeldnere gjøres obduksjoner når avdøde er gammel (Kjølseth, 2014, s.39). Det ses økt selvmordsrisiko hos eldre med lite nettverk og få sosiale kontakter, og ensomhet er en viktig årsak til selvmordsforsøk hos mange. Hjemmesykepleien, sammen med fastlegen, vil være hovedarenaen for å fange opp selvmordsutsatte eldre (Kjølseth, 2014, s.112). I hjemmesykepleien har vi en mulighet for å møte pasienten på en annen måte enn på en institusjon, og rammene ligger til rette for å bli godt kjent med personen bak lidelsen.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I praksis hvor jeg har vært i hjemmetjenesten møtte jeg pasienter som uttrykte et ønske om å dø. I disse situasjonene opplevde jeg at det er var flere ulike holdninger blant sykepleierne rundt dette problemet. Det jeg reagerte sterkt på var blant annet likegyldighet og at det ikke ble tatt på alvor. På bakgrunn av dette ønsker jeg se mer på relasjonen mellom sykepleier og pasient spesielt i hjemmetjenesten, der jeg opplever at mye av det forebyggende arbeidet rettet mot selvmord kan gjøres. Jeg har også selv opplevd at en eldre slektning tok selvmord, og dette var en ytterligere årsak til at jeg fikk interesse for dette temaet.

### 1.2 Problemstilling

Hvordan forebygge selvmord hos hjemmeboende eldre?

### 1.3 Avgrensning av problemstilling

I oppgaven min har jeg valgt å skrive om eldre hjemmeboende personer fra 65 år og oppover som mottar hjelp fra hjemmetjenesten. Forskning viser ulikheter mellom kjønnene blant selvmordstruede pasienter, men jeg kommer ikke til å legge vekt på ulikhetene mellom kjønn i denne oppgaven da jeg ønsker å fokusere på forebygging generelt. Pasientgruppen er både ensomme personer eller de som bor sammen med en partner, da forskning viser at begge gruppene er selvmordsutsatt. Jeg tar sikte

på at pasientgruppen er mentalt og kognitivt friske. I oppgaven presenter jeg ulike risikofaktorer, men går ikke i dybden på de ulike faktorene da det ikke står i tråd med oppgavens fokus. Jeg velger bort medikamentell behandling i oppgaven, og selv om dette er relevant i forebygging av selvmord, er det ikke et fokus i min besvarelse. Oppgaven kommer til å fokusere på å bygge gode sykepleier-pasient forhold i hjemmetjenesten.

#### 1.4 Definisjon av begreper

**Eldre** blir i flertall av nyere studier definert fra alderen 60 og oftest fra 65 år. Rundt dette tidspunktet oppfattes en også som eldre av omgivelsene og etterhvert en selv, slik at alderen 65 år blir den naturlige grensen for å regnes som eldre i selvmordssammenheng (Kjølseth, 2014, s. 12).

**Selvmord** beskrives som en handling som individet foretar for å skade seg selv med intensjon om å dø, og hvor skaden har ført til døden (Helsedirektoratet, 2014).

**Forebygging** Forebygging handler om å redusere eller fjerne betydningen av risikofaktoren, og samtidig styrke beskyttende faktorer (Kjølseth, 2014).

#### 1.5 Oppgavens oppbygging

Videre i oppgaven skal jeg gjøre rede for valget av metode og presentere fremgangsmåten av søkeprosessen etter forskningsartikler og annen litteratur. I teoridelen vil jeg presentere litteratur og nyere forskning knyttet til emnet. Videre i drøftingsdelen vil jeg drøfte faglitteraturen mot nyere forskning og egne erfaringer. I konklusjonen vil jeg synliggjøre hvordan jeg har svart på problemstillingen.

## 2 Metode

### 2.1 Litteraturstudie som metode

For å svare på denne oppgaven har jeg valgt litteraturstudie som metode. En metode forteller oss hvordan vi skal arbeide for å etterprøve eller skaffe kunnskap. Begrunnelsen for valget av metode vil være at vi mener at akkurat den vil belyse temaet og gi oss gode data (Dalland, 2012, s. 111). En litteraturstudie er en studie som samler inn litteratur, kritisk går igjennom litteraturen og til slutt sammenfatter det. Hensikten med en litteraturstudie er å gi en oppdatert og god forståelse av kunnskapen til leseren (Thidemann, 2015, s.79). For å lykkes med et systematisk litteraturstudie er det en forutsetning at det finnes tilstrekkelig med forskning på det aktuelle emnet (Forsberg & Wengström, 2013, s.26).

### 2.2 Søkeprosessen

Jeg har utført et systematisk litteratursøk i min søkeprosess etter forskningsartikler. Databasene jeg søkte i var Academic Search Elite, hvor jeg inkluderte Cinahl og Medline, og SveMed+. For å finne oppdatert forskning avgrenset jeg søket til de siste ti årene, fra 2007-2017. I Academic Search Elite avgrenset jeg også søket til engelskspråklige artikler for å få treff på flere artikler jeg har mulighet til å bruke. SveMed+ brukte jeg for å finne gode synonymord på engelsk ved å søke i MeSH. Svensk MeSH er en søkebase som fungerer både til å finne synonymord og som oversetter av medisinske ord. Her søkte jeg på ordene på norsk og fant ord og synonymord på engelsk. Ordene jeg søkte på til slutt var eldre/elderly, selvmord/suicide, selvmordsforebygging/ suicide prevention, older adults, social factors og late life depression da disse ordene er relevante i forhold til problemstillingen og tema. Jeg søkte først på ordene hver for seg, men fikk da mange treff og lite relevante artikler. Jeg kombinerte deretter flere av søkeordene og søkte med AND (vedlegg 1). I SveMed+ søkte jeg også på ordet *hjemmesykepleie* for å finne forskning på norsk, svensk eller dansk. For å velge ut forskningsartikler leste jeg først gjennom overskrifter, og på de artiklene jeg vurderte som relevante leste jeg gjennom sammendraget.

For å finne relevant faglitteratur knyttet opp mot problemstillingen søkte jeg i Oria. Jeg søkte først etter forfatteren Ildri Kjølseth da jeg visste at hun hadde en bok om eldre og selvmord. Videre søkte jeg etter "selvmordsforebygging" og "selvmord", og avgrenset søket fra 2007-2017. Jeg leste også gjennom tidligere pensumlister fra sykepleiestudiet. Videre forsøkte jeg å finne tidligere bacheloroppgaver med lignende tema, og valgte å se på litteraturlistene for å se om det fantes relevant litteratur der. Gjennom søkemotoren Google har jeg søkt meg frem på nettet etter tidsskrifter, rapporter og avhandlinger som handler om selvmord blant eldre og forebygging.

## 2.4 Kildekritikk

### 2.4.1 Forskningsartikler

Hos kunnskapssenteret sin nettside finner vi flere ulike sjekklister for vurdering av forskningsartikler, og for å kunne stole på resultatene i vitenskapelige artikler er det ofte behov for å vurdere den metodiske kvaliteten (Kunnskapssenteret, 2015). Det er viktig å bruke riktig type sjekklister for riktig type artikkel. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke en systematisk oversiktsartikkel, en kvalitativ studie, to autopsystudier og en prevalensstudie. En systematisk oversiktsartikkel finner, vurderer og oppsummerer enkeltstudier på et tema. Oversikten bruker systematiske metoder for å identifisere, utvelge og kritisk vurdere relevant forskning. Det er strenge inkluderingsmetoder og disse er med på å gi studien større tyngde samt et klart svar på problemstillingen (Helsedirektoratet, 2010). Jeg mener derfor det er en styrke å bruke denne artikkelen da den har sett på og vurdert flere studier på det samme tema. En annen artikkel jeg presenterer benytter kvalitativ metode i sin studie. Hensikten med en slik studie er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som opplevelser og erfaringer, tanker og meninger. En kvalitativ studie bør ha en god beskrivelse av hvordan informantene er valgt ut, og hvordan datasamlingen er gjort. Analysen av innsamlet data skal også komme klart frem (Thidemann, 2015, s. 78). Jeg ser på denne artikkelen som en styrke da det er intervjuet personer med erfaring på emnet. To forskningsartikler jeg benytter er autopsystudier, hvor data er samlet inn ved å intervjuer familie, pårørende, leger og andre som kjente den avdøde. Autopsystudier anses å være godt egnet for å studere selvmord og selvmordstendenser (Isometsä, 2001). Jeg vurderer derfor også disse to artiklene som en styrke til min oppgave. Jeg har også inkludert en artikkel som er en prevalensstudie, det betyr at de måler forekomsten av et tilfelle på et gitt tidspunkt. Det benyttes også en kontrollgruppe i studien til sammenligning av resultater (Helsedirektoratet, 2010). Jeg mener også at denne type forskningsartikkel kan være en styrke i min oppgave. En ytterligere styrke med forskningsartiklene er at de er fra ulike land, som betyr at vi har ulike helsesystem og mulig et ulikt syn på problemet. Dette mener jeg vil være en styrke fordi det gir et bredere perspektiv. Det kan ha oppstått misforståelser i oversettingen av forskningsartiklene fra engelsk til norsk, noe som kan være en svakhet.

### 2.4.2 Annen litteratur

Jeg har i størst mulig grad valgt ut litteratur som er gitt ut de siste ti årene da jeg ønsker at litteraturen skal være oppdatert. Av annen litteratur har jeg brukt pensumbøker fra høgskolen, disse mener jeg er pålitelige kilder da de er valgt ut av skolen. Forfatterne av de andre bøkene jeg har inkludert i oppgaven har alle erfaring fra arbeid innen geriatri, psykiatri eller hjemmesykepleien, enten som leger eller sykepleiere. Jeg ønsker også å bruke en fagartikkel som handler om hva som er faglig forsvarlig hjemmesykepleie.

## 3 Teori

### 3.1 Selvmord og risikofaktorer

Selvmord er en handling med dødelig utgang, som den avdøde selv har gjennomført med viten forventning om et dødelig utfall (Ekeberg, 2016, s.11). Mye av den grunnleggende kunnskapen som finnes om selvmordsatferd vil være relevant for alle aldersgrupper. Men det er viktige forhold ved de eldre selvmordsatferd som gjør det nødvendig at temaet får egen omtale i Norge. Selvmord blant de yngre årsklassene har de siste årene vært løftet frem i offentligheten, det er satt lys på forebyggingsstrategier, årsaksforhold og viktigheten av åpenhet om temaet. Forebygging av selvmord hos de eldre har ikke vært et tema i Norge, hverken i den offentlige eller faglige debatten. Det kan se ut som selvmord blant de eldre fortsatt er et større tabuområde, selv om det er her selvmordshyppigheten er høyest i perioder (Kjølseth, 2014, s.10).

All forebygging starter med kunnskap om hvem som er selvmordsutsatt. En risikofaktor som øker selvmordsrisikoen blant eldre er tidligere selvmordsforsøk og utsagn om selvmord, og det er derfor viktig å ta alle former for selvmordsatferd på alvor. Intensjonen om å dø er nesten alltid sterk blant de eldre (Kjølseth, 2014, s.69). Størst risiko ses hos de med alvorlig depresjon, men også hos de med lettere depressive symptomer. Likevel er det viktig å huske at ikke alle selvmordsutsatte eldre er deprimerte. Somatisk sykdom er også en risikofaktor for selvmord hos eldre. Her bør en være spesielt oppmerksom på sykdommer som medfører funksjonssvikt (Kjølseth, 2014, s. 70). Når sykdom og funksjonssvikt medfører økt hjelpebehov, kan den eldre føle seg som en byrde, og slike følelser kan være en belastning. Konflikthet i nær familie er også en risikofaktor, det samme gjelder tap av partner. Eldre med få sosiale kontakter og lite nettverk har økt selvmordsrisiko, og en norsk undersøkelse viste at ensomhet var en viktig årsak til selvmord hos mange, men opplevelsen av ensomhet er individuell og vanskelig å måle (Kjølseth, 2014, s. 70).

### 3.3 Forebygging av selvmord blant eldre

Mange land har høye selvmordstall blant eldre, men selvmordsforebygging i denne aldersgruppen har aldri vært et fokus. Forebygging handler om å redusere eller fjerne betydningen av risikofaktoren, og samtidig styrke beskyttende faktorer. Når det gjelder eldre i selvmordsfare, er det to hovedregler: Det viktigste er at selvmordsvarsler alltid må tas på alvor da intensjonen bak deres selvmordsatferd alltid er sterk. Den andre er at tilnærmingen til den eldre alltid må ha et bredt perspektiv. Det mest karakteristiske trekket ved eldre med selvmordsrisiko er deres uvilje mot å komme med problemene sine til helsepersonell. Det viktigste i arbeidet med eldre med selvmordsrisiko er derfor kommunikasjon, å skape en god relasjon med den eldre og opparbeide tillit



(Kjølseth, 2014, 109). Dersom den eldre gir signaler som tyder på selvmordsrisiko, eller at en som hjelper ser forandring i væremåte og handlinger, er det viktig at disse fører til en reaksjon. Oppmerksomhet er viktig, og når en har en mistanke om at det kan være noe alvorlig, er det nødvendig å gå inn i situasjonen. Hjelperen må bruke sin erfaringskunnskap og sitt faglige skjønn for å kunne bli deltagende oppmerksom, og det vil kreve både ydmykhet og tilbakeholdenhet for at den eldre får myndighet til å ha subjektstatus i sitt eget liv (Kjølseth, 2014, s. 123).

### 3.2 Holisme i hjemmesykepleien

Hjemmesykepleie er et tilbud til hjemmeboende personer når de trenger hjelp i kortere eller lengre tid på grunn av livssituasjon, sykdom, alderdom eller svekket helse (Fjørtoft, 2012, s.19). Det er viktig å se at hjemmesykepleie handler om mennesker og deres liv, ikke bare isolerte oppgaver som skal utføres. Det er nødvendig å ha en helhetlig tilnærming til pasienten (Fjørtoft, 2012, s.19).

Sykepleierollen i hjemmesykepleien gir gode forutsetninger for å yte god sykepleie. Arenaen for samhandlingen er pasientens domene, og dette er det motsatte av situasjoner i sykehus og andre institusjoner, der det er helsepersonellet som eier arenaen. Det dannes et annet maktforhold og en forutsetning for et mer likeverdig forhold mellom de to partene i hjemmet enn på en institusjon. Vi møter pasienten på en annen måte, og vi får et innblikk i pasientens livssituasjon og et kjennskap til han som et helt menneske i materiell og sosial kontekst (Solheim, 2004, s.98). Undersøkelser viser at pasienter ofte opplever krenkelser i omsorgssituasjonen og at hjemmesykepleie er omsorg på systemets premisser. Hjelpen er ikke omsorgsfull når tjenesten er uforutsigbar og tiden ikke er tilstrekkelig til å ta individuelle hensyn (Tønnesen & Nortvedt, 2012). Tid er den rammefaktoren som ofte blir sett på som den mest styrende faktoren for tjenesten. Tiden er ofte for knapp til å imøtekomme pasientens behov da hverdagen i hjemmesykepleien ofte er hektisk (Fjørtoft, 2012, ss.159-180).

### 3.4 Relasjonen mellom sykepleier og pasient

Vår profesjonelle omsorg som sykepleiere består av fagkunnskap, etikk og juridiske rettigheter, men pasientens tillit til sykepleieren har like mye å gjøre med vår faglige kompetanse som med vår oppførsel og hvordan vi framstår overfor andre mennesker (Kristoffersen & Nortvedt, 2014, s.84).

I det profesjonelle møtet er vi nødt til å bruke våre følelser som en ressurs for å kunne forstå den andres situasjon. Ved at vi som hjelpere er følelsesmessige åpne, vil vi i større grad oppfatte hva pasienten opplever og bedre skjønne hvordan vi kan hjelpe. Gjennom evnen til empati vil hjelperen orientere seg mot den andre og settes i stand til oppfatte de moralske kravene i situasjonen. Den moralske forpliktelsen handler om å minske og lindre den andres lidelse (Sneltvedt, 2016, s.149).

Forholdet mellom sykepleier og pasient skjer i en profesjonell sammenheng, og sykepleierens moralske ansvar innebærer at våre handlinger er basert på fagkunnskap. I vurderingen av hvordan vi skal handle godt for og med pasienten inngår både følelsesmessige og kognitive elementer. I det kognitive inngår forestillingsevnen, som kan forklares som en moralsk fantasi som setter oss i stand til å oppfatte det den andre opplever uten selv å ha opplevd og erfart det samme (Sneltvedt, 2016, s.150).

### 3.4 Omsorg og kommunikasjon i henhold til Joyce Travelbee

Sykepleiedefinisjonen til Joyce Travelbee bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og at smerte og lidelse er en uunngåelig del av menneskelivet. Sykepleie består ut i fra dette på å hjelpe den lidende til å finne mening i situasjonen, og dette skjer gjennom etableringen av et menneske-til-menneske forhold (Kristoffersen, 2014, ss. 213-216). Travelbee mener at det er avgjørende at pasienten og sykepleieren ikke betrakter hverandre som roller, men som unike personer og hvor de *ser* hverandre. Dette fordi sykepleiens mål og hensikt bare kan oppnås ved etableringen av et menneske-til-menneske forhold (Kristoffersen, 2014,s.219). Kommunikasjon utspiller seg kontinuerlig når mennesker møtes og er en prosess hvor en deler tanker og følelser med hverandre, både verbalt og ikke-verbalt. Travelbee beskriver det som sykepleierens viktigste redskaper i etableringen av et menneske-til-menneske forhold med pasienten. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten, og har mulighet til å se hva som skiller denne pasienten fra tidligere pasienter. Ved å bli kjent med pasienten som person vil sykepleieren kunne identifisere hans særegne behov, og dette er en forutsetning for å planlegge og utføre sykepleie som samsvarer med hans behov. Sykepleieren må også kunne skille mellom sine egne behov og pasienten sine, og ikke overføre sine behov på pasienten (Kristoffersen, 2014, s.221).

Å kunne bruke seg selv terapeutisk er i følge Travelbee et kjennetegn ved en profesjonell sykepleier, og det innebærer at en bruker personligheten sin på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandling med pasienten. Travelbee mener at evnen til å bruke seg selv terapeutisk må utvikles hos sykepleiere. Selvinnsikt, forståelse for menneskelige atferd og evnen til å forutse sin egen og andres atferd er viktig. En terapeutisk bruk av seg selv er knyttet til fornuft og intellekt. Ved en dyp innsikt i andre menneskers vilkår og forståelse av egne holdninger og verdier knyttet til sykdom, lidelse og død kan sykepleieren bruke seg selv på en bevisst og gjennomtenkt måte i forholdet med andre mennesker (Kristoffersen, 2014, s. 222). Av nyere teoretikere finner vi norske Kari Martinsen som har et lignende syn på sykepleie i sin teori.

### 3.5 Etikk i sykepleien

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiefaget utgjør kvalitetskrav eller standarder for hvordan faget skal utøves. I de yrkesetiske retningslinjene finner vi punkt 2.12 som sier: "Sykepleieren bidrar ikke til aktiv dødshjelp (eutanasi), og hjelper ikke pasienten til selvmord" (NSF, 2016). Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkeltes menneskets liv (NSF, 2016). I arbeid med selvmordsutsatte pasienter må vi forholde oss til de yrkesetiske retningslinjene samt tre sentrale etiske prinsipper; autonomiprinsippet, velgjørhetsprinsippet og ikke skade-prinsippet. Prinsippet om pasientautonomi får stadig en mer fremtredende plass i Norge. Retten til å få en autonom beslutning respektert er både en juridisk og en etisk rettighet (Brinchmann, 2016, s.89). Tidligere var velgjørhetsprinsippet og ikke skade-prinsippet ett prinsipp, dette mulig fordi de disse prinsippene hører tett sammen og kan betraktes som to sider av samme sak. Forståelsen av hva som gjør godt, og hva som skader, forutsetter hverandre (Brinchmann, 2016, s.87). Velgjørhetsprinsippet handler likevel om plikten til å gjøre godt mot andre, mens ikke-skade prinsippet handler om plikten til å ikke skade andre.

## 4 Resultat og funn

### **1. A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood (Fässberg, van Orden, Duberstein, Erlangsen, Lapierre, Bodner, Canetto, De Leo, Szanto og Waern, 2012)**

Funnene i denne studien viser at i industrialiserte land vil begrenset sosial kontakt kunne ses i sammenheng med suicidal oppførsel, selvmordsforsøk og selvmord senere i livet. Resultatene viser liten sammenheng mellom å bo alene mot å bo sammen med familie i forhold til selvmordsrisikoen. Det fantes heller ingen sammenheng mellom den eldre sivilstatus og det å ha et ønske om å avslutte livet. Religion var også et av temaene studien vurderte, men det kunne heller ikke ses noen sammenheng mellom å være religiøs og selvmordsrisiko. Studien konkluderer med at forebyggende tiltak, både på individnivå og systemnivå, som baseres på å øke sosial kontakt og en følelse av tilhørighet kan redusere risikoen for selvmord.

### **2. Elderly people who committed suicide – their contact with the health service. What did they expect, and what did they get? (Kjølseth, Ekeberg & Steihaug, 2010)**

Dette er en norsk autopsystudie som har samlet data ved kvalitative intervjuer. De har intervjuet 63 personer; slektninger, allmennleger og hjemmesykepleiere som kjente til selvmord gjort av eldre over 65 år. 12 av informantene var hjemmesykepleiere. Studiens resultat viser at det var mange av de eldre som hadde mistro til helsevesenet. Denne mistroen ble bekreftet da de var i situasjoner hvor de ønsket og trengte mer hjelp. De eldre følte at de ikke ble hørt eller at de ble møtt med lite forståelse. Kommunikasjonen mellom de eldre og hjelperne hadde vært dårlig. De eldre fortalte ikke om sine problemer, og hjelperne kunne derfor heller ikke forstå at det var et problem. Dersom de eldre hadde fortalt om sin mistro til hjelperen, opplevde de at de ikke ble forstått. Frykten for å miste sin autonomi var også et tema i resultatet, da de eldre var redd for at dersom de fortalte om sine problemer ville hjelperen ta over situasjonen. Studien konkluderer med at kontakten mellom helsevesenet og de eldre må baseres på tillit for å kunne forebygge selvmord. Organiseringen og strukturen i helsevesenet, og hver enkelt sykepleiers kontakt med den eldre, må ivareta den enkeltes verdighet.

### **3. Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression (Szanto, Dumbrowski, Sahakian, Mulsant, Houck, Reynolds og Clark, 2012)**

Dette er en prevalensstudie, som betyr at de måler forekomsten av tilfeller på et gitt tidspunkt. Det deltok 90 informanter i studien, hvor det også var en kontrollgruppe av 28 eldre som ikke var preget av depresjon. Funnene fra studien viser at de eldre som har forsøkt selvmord har en signifikant lavere kognitiv funksjonsevne enn de i kontrollgruppen. Blant de eldre som hadde forsøkt selvmord

var det høyere forekomst av ensomhet i form av lite sosialt nettverk og lite nære venner. Gruppen som hadde forsøkt selvmord hadde også mindre kontakt med barna enn de i kontrollgruppen. Det kom også fram at i kontrollgruppen drev en tredjedel med frivillig arbeid, mens blant de som hadde forsøkt selvmord var det ingen. I studiens konklusjon bekrefter de at et sosialt støttende nettverk vil virke forebyggende hos den aktuelle gruppen.

#### **4. Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie** (Birkeland, 2013)

Dette er en kvalitativ forskningsartikkel med bakgrunn i at det stadig er flere eldre som benytter seg av hjemmesykepleie og at mange av disse bor alene og kan være utsatt for ensomhet og sosial isolasjon. Resultatet viser at hverken sykepleierne eller pasientene opplever at ensomhet er et problem, men at noen av pasientene er ensomme eller sosialt isolerte. Flere eldre som bor alene og er hjelpetrengende vil være utsatt for sosiale tap, som kan medføre savn, sorg, utrygghet og ensomhet. Denne artikkelen konkluderer med at det er stort fokus på praktisk og fysisk hjelp i hjemmesykepleien, men at det også kunne vært mer rom for den psykososiale situasjonen. Større bevissthet på dette kan legge til rette for tiltak som kan bedre den sosiale situasjonen for en del pasienter.

#### **5. *When elderly people give warning of suicide*** (Kjølseth & Ekeberg, 2012)

Dette er en psykologisk autopsystudie som har samlet data ved kvalitative intervju. 63 informanter ble intervjuet om 23 selvmord begått av eldre over 65 år. Informantene var familie, fastleger og sykepleiere fra hjemmetjenesten. Intervjuene viste fire hovedtemaer i reaksjonene som følge av varslingen, disse var at det ikke ble tatt på alvor, hjelpeløshet, utmattelse og aksept. Totalt 14 av 23 av de eldre varslet fra før selvmordet ble begått. Selv om over halvparten av de eldre varslet noen før selvmordet førte det ikke til igangsetting av forebyggende tiltak. Sammen med passive holdninger, manglende evne til å kjenne igjen risiko for selvmord og mulighet for behandling, ble iverksettelsen av tiltak hindret. Studien diskuterer til slutt hvordan selvmordsvarsler fra eldre kan bli tatt på alvor.

## 5 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte sykepleierens rolle i møte med selvmordstruede eldre og hvordan sykepleieren kan forebygge selvmord hos den aktuelle pasientgruppen. Selvmord blant eldre er et komplekst tema, det er en rekke faktorer som spiller inn og det finnes ulike tiltak som er sentrale og viktige.

Jeg vil starte med å presentere en case fra praksis og drøfte hvordan sykepleieren i hjemmesykepleien kan hjelpe når en tror det er selvmordsfare. Videre ønsker jeg å drøfte hvordan en god relasjon mellom sykepleier og pasient kan virke forebyggende for denne pasientgruppen. Avslutningsvis vil jeg drøfte etiske problemer med selvmord hos eldre.

### 5.1 Case fra praksis

Da jeg var student i praksis i hjemmesykepleien møtte jeg en eldre mann som jeg fikk god kontakt med. Han bodde alene, og hadde ingen familie eller venner i området lenger. Han var en tidligere aktiv mann, og hadde drevet mye med blant annet jakt. Veggene i stuen hans var fulle av medaljer og diplomer, så det var tydelig at dette var noe han var veldig stolt av. Mannen hadde tjenester fra hjemmesykepleien som innebar å få utlevert en dagsdosett med medisiner hver dag. Dagen jeg møtte han hadde jeg ekstra tid, og valgte å sette meg ned for prate med han. Han kunne da fortelle at jeg var den første som hadde satt meg ned med han på flere år, da de fleste leverte medisinene i døra for så å gå videre. De hadde alltid dårlig tid. Jeg ga han dosetten, men han sa han pleide å ta medisinene senere. Da vi hadde snakket en stund begynte han å plukke ut noen av tablettene fra dosetten og legge disse i en eske på bordet. I esken var det flere tabletter, og det var tydelig at dette var noe han hadde gjort en stund. Da jeg spurte, kunne han fortelle at han sparte disse tablettene, som var sterke smertestillende medisiner, til en senere anledning hvor han kanskje hadde større smerter. Vi snakket en god stund, og han fortalte meg etterhvert mye om hvor aktiv og sosial han hadde vært tidligere, og hvor ensomt og tungt han hadde det nå. Han hadde de siste årene gjennomgått mye sykdom og hadde nå redusert funksjonsevne og mye smerter. Han var veldig smertepåvirket under samtalen og jeg foreslo at han kunne ta en av tablettene nå, men han ønsket ikke dette, han skulle spare de.

Etter besøket mitt hos mannen snakket jeg med sykepleierne på jobb. Jeg fortalte om situasjonen slik den hadde framstått for meg, og hva jeg var bekymret for. For meg var det tydelig at han var deprimert og ensomt, og ikke følte han hadde noe å leve for lenger, noe som hadde kommet fram under samtalen vår. Sykepleierne reagerte ikke på den måten jeg hadde forventet da jeg fortalte om

dette. Det virket som ingen av de tok det på alvor, og det virket som alle kunne forstå og akseptere mannens valg om å ikke leve lenger. Han hadde det jo vondt, var ensom og gammel, og det var ikke så mye de kunne gjøre med den situasjonen.

## 5.2 Hva skjer når den eldre varsler om selvmord?

Selvmordsvarsling innebærer at personen signaliserer tanker om å ta sitt liv, både direkte og indirekte. Varslinger kan være direkte trusler om selvmord, eller handlinger som tyder på at den eldre tenker på å avslutte livet. Dette eksempelvis ved å søke etter metoder, som medisiner eller våpen (Kjølseth, 2014, s. 101). Vråle (2013, s.47) påstår at de fleste som tar livet sitt har varslet enten direkte eller indirekte i forkant. Dette går i tråd med studien til Kjølseth og Ekeberg (2012) hvor halvparten av de eldre som tok livet sitt hadde varslet fra til enten familie, fastlegen eller en sykepleier fra hjemmesykepleien før selvmordet. Resultatene fra studien viser at varslingen i hovedsak ble møtt med aksept, utmattelse, hjelpeløshet eller at signalene ikke ble tatt på alvor. Dette bekrefter det jeg opplevde i praksis da den eldre mannen viste meg boksen med tabletter, og uttrykte et ønske om ikke lenger å leve. Jeg ble møtt med de samme holdningene av sykepleierne da de tilsynelatende aksepterte mannens valg, og ikke tok dette på alvor.

I følge Kjølseth (2014, s.102) er det to viktige forutsetninger som må være til stede for å kunne forebygge varslede selvmord blant eldre. Først er det viktig at alle som møter de eldre, i denne sammenheng sykepleiere i hjemmesykepleien, må være klar over at alle signaler om selvmord alltid må tas på alvor. Dernest må de som fanger opp signalene sørge for at den eldre får god og tilstrekkelig hjelp. Det kan være viktig å ha rutiner der en spør pasienten om de har selvmordsplaner eller om de har gjort forberedelser. Pasienten kan oppleve dette som avslørende, men mange pasienter forteller at det er en lettelse at noen spør, og opplever seg da forstått (Vråle, 2013, s.47). Det kan også oppleves vanskelig for sykepleieren og skulle ta opp dette med den eldre pasienten, men dette er nødvendig mener også Kjølseth (2014). Ekeberg (2016, s.123) nevner også hvor viktig det er å ta tak i varsler om selvmord. Dersom vedkommende har tilgjengelige midler i hjemmet, som medikamenter, kan det være viktig å fjerne det som er unødvendig eller eventuelt dosere det i mindre porsjoner.

## 5.2 Holisme i hjemmesykepleien? utfordringer og muligheter

Noen ganger er pasientens ønske om mer praktisk hjelp en maskering av behov for nærhet og sosiale behov (Solheim, 2004, s.142). Denne påstanden kan ses i sammenheng med funn fra studien til Birkeland (2013) hvor resultatet viser at sykepleierne i hjemmetjenesten i noen tilfeller kun har en fysisk-somatisk orientering, og at en dermed mister helhetsperspektivet i forhold til pasienten og

overser psykososiale behov. I forebygging av selvmord hos hjemmeboende eldre er de psykososiale behovene mulig de viktigste, og det er viktig å se at sykepleierens oppgaver handler om mennesker og deres liv, ikke bare isolerte oppgaver som skal utføres. Det er nødvendig å ha en helhetlig tilnærming til pasienten (Fjørtoft, 2012, s.19). I praksis i hjemmetjenesten hvor jeg møtte den eldre mannen, som var tydelig preget av ensomhet og av å ha et lite sosialt nettverk, opplevde jeg at sykepleierne mente at å ivareta pasientens psykososiale behov ikke var deres jobb. De var der for å hjelpe til med det praktiske, og kunne ikke gjøre noe med pasienters sosiale situasjon, noe som igjen støtter funnene i studien til Birkeland (2013).

Solheim (2004, s.143) påstår at ensomhet er et av de problemområdene hjemmetjenesten i dag ikke takler på en tilfredsstillende måte. Dette var det jeg selv også opplevde i praksis i hjemmesykepleien, da sykepleierne mente dette ikke var deres jobb. Ensomhet, i likhet med andre psykososiale problemer og behov er problemstillinger hjemmesykepleien må ta stilling til og handle i forhold til. Definisjonen på ensomhet er en opplevelse av å være alene og ha få nære, samtidig som dette ikke er en situasjon en ønsker å være i (Solheim, 2004, s. 142). Og for en del eldre er nettopp disse problemene større enn helsesvikten. I studien til Fässberg et al. (2012) viser resultatene at eldre med lite sosialt nettverk, og de som føler seg ensomme har større selvmordsrisiko enn de eldre med et godt sosialt nettverk. Studien til Szanto et al. (2012) viser også dette resultatet. Dette bekrefter at ensomhet er et problemområde sykepleierne i hjemmetjenesten bør ta tak i.

Hjemmesykepleien, sammen med fastlegen, vil være hovedarenaen for å fange opp selvmordsutsatte eldre (Kjølseth, 2014, s.112). I hjemmesykepleien har vi en mulighet for å møte pasienten på en annen måte enn på en institusjon, og rammene ligger til rette for å bli godt kjent med personen bak lidelsen. Likevel ser en at personer som mottar hjelp fra hjemmesykepleien ofte føler seg krenket da tjenesten er uforutsigbar og tiden ikke er tilstrekkelig for individuelle hensyn (Tønnesen & Nortvedt, 2012). Dette kan forklares med tidspress da tiden ofte er for knapp til å imøtekomme pasientens behov da hverdagen i hjemmesykepleien ofte er hektisk (Fjørtoft, 2012, ss.159-180). Tid kommer oftest tilbake i litteraturen som den faktoren som gjør det umulig for sykepleierne i hjemmetjenesten å ta tak i slike problemer, en har ikke tid til de gode og viktige samtale. I studien til Birkeland (2013) viser også resultatene at sykepleierne i hjemmetjenesten ikke har tid til å ta seg av det psykososiale behovet til pasienten. Kjølseth (2014, s.120) ser på saken annerledes, hun påstår at det ikke vil være et spørsmål om tid, men om evnen til å gripe øyeblikket. Det er i følge henne mulig å ta tak i disse problemene, og mener det bør være ståstedet for alle sykepleiere som møter eldre i selvmordsfare.



Sykepleieren må være mottakelig når den eldre åpner for samtale, sette seg ned og være til stede for han eller henne. Det er viktig at den eldre får anledning til å snakke, og hjelperen skal ikke snakke det bort, men bekrefte. Det er et poeng å begynne med åpne spørsmål, og dersom svarene fra den eldre bekrefter en mistanke, må sykepleieren gradvis bli mer konkret (Kjølseth, 2014, s. 120). Dette går i tråd med Travelbees syn på sykepleie, og hvordan vi kan bruke oss selv terapeutisk i samhandling med pasienten. Hensikten med å bruke seg selv terapeutisk er å fremme en forandring hos pasienten som bidrar til å lindre eller redusere lidelsen hans. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten, og har mulighet til å se hva som skiller nettopp denne pasienten fra tidligere pasienter (Kristoffersen, 2014, s.221).

### 5.3 Relasjonen mellom sykepleier og pasient

En god relasjon mellom sykepleier og pasient i hjemmesykepleien må være basert på trygghet og tillit, og dette er nødvendig for at pasienten skal motta tilpasset fysisk og psykososial omsorg (Kristoffersen & Nortvedt, 2014, s.113). I studien til Kjølseth et al. (2012) viser resultatet et en god og åpen kommunikasjon mellom sykepleieren og den selvmordsutsatte eldre åpenbart er viktig. Et av hovedtemaene i resultatet viser at kommunikasjonen mellom sykepleieren og den eldre ofte hadde vært mangelfull eller dårlig forut for selvmordet. Dette samsvarer med Travelbees sykepleieteori, hvor hun sier at kommunikasjon er det viktigste redskapet vi har i etableringen av en god relasjon med pasienten.

Etableringen av en god relasjon med pasienten skapes i følge Travelbee når vi klarer å se forbi hverandres roller, og kan danne et menneske-til-menneske forhold. Hun mener at det er avgjørende for relasjonen at vi ikke betrakter hverandre som roller, men som unike personer hvor vi *ser* hverandre (Kristoffersen, 2014, s.219). Dette går overens med det Kjølseth (2014) presenterer som det viktigste i forebyggingen av selvmord hos eldre, at den eldre blir *sett* og at noen lytter. I eksempelet fra praksis opplevde jeg også at det var lettere for den eldre mannen å åpne seg når jeg hadde satt meg ned, *så* han og lyttet til det han fortalte. Det bekrefter at dersom pasienten blir *sett*, og *føler* at noen lytter bidrar dette til at relasjonen blir sterkere, og det blir lettere for pasienten og åpne seg for sykepleieren. I studien til Fässberg et al. (2012) viser også resultatene at å ha en fortrolig person, en person en har en god relasjon til, kan virke forebyggende hos eldre selvmordstruede pasienter.

I studien til Kjølseth et al. (2012) viser også resultatet at de eldre har en mistro til helsevesenet. Mistroen ble forsterket i situasjoner hvor de ønsket og trengte mer hjelp, da de følte at de ikke ble hørt eller ble møtt med lite forståelse. Vår profesjonelle omsorg som sykepleiere består av

fagkunnskap, etikk og juridiske rettigheter, men pasientens tillit til sykepleieren har like mye å gjøre med vår faglige kompetanse som med vår oppførsel og hvordan vi framstår overfor andre mennesker (Kristoffersen & Nortvedt, 2014). Kjølseth (2014, s.124) skriver at det er viktig for forebyggingen av selvmord at sykepleieren bygger tillit med pasienten og at denne tilliten er basert på respekt for den eldre. Respekt for den personen som *var*, og som fortsatt *er*. Dette kan igjen ses i sammenheng med Travelbee sin teori om det unike mennesket. Gjennom kommunikasjon, og etterhvert tillit, blir vi kjent med pasienten som person og vil kunne identifisere hans særegne behov. Dette er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre sykepleie som samsvarer med hans behov (Kristoffersen, 2014, s.221).

Fokus på en god relasjon i forebyggingen av selvmord blant eldre kommer frem som det viktigste i studien til Birkeland (2013), Szanto et al. (2012) og hos Fässberg et al. (2012). Eldre med en fortrolig person, et støttende nettverk eller en styrket sosial situasjon har mindre selvmordsrisiko enn de eldre som ikke har dette. Dette bekrefter at en god relasjon mellom sykepleierne i hjemmetjenesten og de eldre ensomme pasientene kan virke selvmordsforebyggende.

#### 5.4 Reagere eller akseptere? Etisk dilemma eller unnlattessynd?

Det kan virke som vi i dagens samfunn har lettere for å forstå at eldre mennesker tar sitt eget liv.

I studien til Kjølseth og Ekeberg (2012) viste et av funnene at mange av de som ble intervjuet uttrykte en form for forståelse, nærmest respekt, for den Eldres beslutning om å avslutte livet. Dette samsvarer med reaksjonene til sykepleierne jeg meldte fra til i praksis. De kunne forstå mannens valg om å eventuelt avslutte livet da de både hadde kjent han lenge og sett lidelsen hans over lengre tid. I følge Travelbee (2014) og Sneltvedt (2016) er det en viktig egenskap for sykepleieren å kunne sette seg inn i pasientens situasjon for å få en forståelse av hvordan han har det. Og innsikt i den Eldres situasjon kan gi forståelse, men må forståelse bety aksept? Kjølseth (2014) skriver om en samtale med en sykepleier som sa: "Jeg forstår han. Han hadde jo ikke noe liv lenger. Faktisk har jeg respekt for valget han tok". Videre mener hun at slike aksepterende holdninger kan påvirke forebyggingen av selvmord hos eldre med selvmordsrisiko på en negativ måte. Alle selvmord blant eldre kan ikke hindres, men ved at forståelsen av de Eldres selvmord fører til styrking av forebyggingstiltak og ikke aksept, vil flere kunne vært unngått.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiefaget utgjør kvalitetskrav eller standarder for hvordan faget skal utøves. I disse står det blant annet at sykepleieren ikke skal hjelpe pasienter til selvmord, som betyr at ved mistanke om selvmordsfare er vi nødt til å reagere, ikke akseptere (NSF,2016). Dette går overens med Kjølseth (2014) sin påstand. Vi som sykepleiere er bundet av plikter, men

likevel omtales forebygging av de eldres selvmord ofte som et etisk dilemma. Dette på bakgrunn av hva som vil være det beste for pasienten. Pasientautonomi har fått en stadig mer fremtredende plass i Norge, og retten til å få en autonom beslutning respektert, er både en juridisk og en etisk rettighet (Brinchmann, 2016, s.89). Jeg opplevde også i praksis at sykepleierne var opptatt av at pasienten skulle få ta en autonom beslutning, og at dette var hans valg. I studien til Kjølseth et al. (2012) viste også resultatet at de eldre var redd for å miste sin autonomi dersom de ble avhengig av hjelp. Dette viser at autonomiprinsippet er et viktig prinsipp for både pasienten og sykepleierne i en slik situasjon.

Dersom pasienten uttrykker et ønske om å avslutte livet, må vi også ta med i vurderingen at vi alltid skal gjøre det som er best for pasienten. Autonomiprinsippet kan derfor ikke gjelde absolutt, da det ofte kommer i konflikt med andre prinsipper, som for eksempel velgjørenhetsprinsippet og ikke skade-prinsippet i forbindelse med selvmord. Brinchmann (2016) mener at det kan bli feil å være for opptatt av prinsippet om autonomi, og at helsepersonell i større grad må være oppmerksomme på forholdet mellom autonomi, sårbarhet og integritet hos pasienten. Et etisk dilemma oppstår der det er en konflikt mellom pasientens autonomi og vår profesjonelle plikt til å hjelpe (Slettebø, 2016, s.44). På bakgrunn av dette kan en forstå at det å hjelpe selvmordsutsatte eldre oppleves som et etisk dilemma. Når ulike prinsipper ikke går overens er vi nødt til å handle ut i fra det vi vurderer som beste løsning. I forbindelsen med forebygging av selvmord blant eldre, vil det kunne oppleves som et etisk dilemma da vi er nødt til å vurdere hva som er det beste for å hjelpe pasienten. Dette kan trekkes tilbake til at sykepleierne i hjemmetjenesten også er usikre på om de psykososiale behovene, og ensomhet, var deres ansvar å ta tak i. Når en ikke ser på dette som sin arbeidsoppgave kan det være vanskelig å se hvordan vi kan hjelpe en selvmordstruet eldre pasient på en god måte.

Slik Kari Martinsen (1989) vurderer det er det en umoralsk handling, en unnlåtelsessynd, dersom vi lar pasienten handle ut fra eget ønske samtidig som vi er klar over at dette ikke er det beste for pasienten. I arbeidet med forebygging av selvmord blant eldre, vil det kunne ses på som en unnlåtelsessynd dersom vi ikke hjelper pasienten når vi har en mistanke om at han trenger hjelp. Disse motsetningsfylte synspunktene reiser spørsmål om forebygging av selvmord hos eldre er et etisk dilemma eller en unnlåtelsessynd. Men som sykepleiere er vi uavhengig av dette, nødt til å være klar over de etiske og moralske forpliktelsene vi har til pasienten, sammen med en innsikt og forståelse av de yrkesetiske retningslinjene.

## 6 Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven forsøkt å belyse hvordan sykepleiere kan forebygge selvmord blant eldre hjemmeboende personer. Det har vært både vanskelig og spennende å jobbe med denne oppgaven da det er lite forskning på forebygging, og fordi jeg nå ser hvor viktig det er å være bevisst på dette problemet. Selvmord blant eldre er et problem som er vanskelig å håndtere på en god måte, og en vanskelig problemstilling for sykepleiere å ta tak i. Med tid som en knapphetsressurs i utøvelse av sykepleie hos den aktuelle pasientgruppen og ingen formelle forebyggingsstrategier settes det begrensninger for sykepleierens bidrag til forebyggingen i dag. Forskning og faglitteratur viser likevel at det er viktig for den eldre å bli sett, og at personalet i hjemmesykepleien viser interesse i pasienten som person. Sykepleierne i hjemmetjenesten bør sette fokus på pasientens psykososiale behov, og få en holistisk tilnærming til pasienten hvor de psykososiale og fysiske behovene er likeverdige. Det kreves økt kompetanse i hjemmesykepleien for å takle slike problemstillinger, og det er nødvendig med mer oppmerksom både på individnivå og systemnivå.

## Litteraturliste

- Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Forskning*, 2(8), 114-122. Doi: 10.4220/sykepleief.2013.0049
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2012). *Metode- og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fjørtoft, A-K. (2012) *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget
- Folkehelseinstituttet (2015, 9. oktober). *Andelen personer over 65 år i befolkningen*. Hentet 10. Mai 2017 fra <https://www.fhi.no/hn/eldre/andelen-personer-over-65-ar-i-befol/>
- Folkehelseinstituttet (2015). *Dødsårsaksregisteret- statistikkbank*. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Forsberg, C., Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og Kultur
- Fässberg, M. M., van Orden, K. A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., . . . Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 722-745. Doi: 10.3390/ijerph9030722
- Helsedirektoratet (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading*. Hentet 10. Mai 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/117/Handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-og-selvskading-2014-2017-IS-2182.pdf>
- Isometsä, E.T. (2001) Psychological autopsy studies- a review. *European Psychiatry*, 16 (7), s. 379-385. Doi: 10.1016/S0924-9338(01)00594-6
- Kjølseth, I. (2014) *Eldre og selvmord*. Oslo: Cappelen Damm

- Kjølseth, I., Ekerberg, Ø., Steihaug, S. (2010) Elderly people who comitted suicide – their contact with the health service. What did they expect, and what did they get? *Aging & Mental Health*, 14 (8), 938-946. Doi: 10.1080/13607863.2010.501056
- Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (2.utg., s.208-280). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, P. (2014). Relasjon mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (2.utg., s. 83-133). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Martinsen, K. (1989) Omsorg, sykepleie og medisin. Oslo: Tano
- Slettebø, Å., (2016) Etiske dilemmaer. I B. S Brinchmann (Red.). *Etikk i sykepleien* (4.utg., s.43-53). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sneltvedt, T. (2016) Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg., s. 147-160). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Solheim, M. (2004). Eldre menneske med funksjonshemming. I M. Solheim, A. K. Aarheim (Red.), *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie* (2.utg., s.134-158). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Solheim, M. (2004). Min heim er min borg- og hjelparen er på pasienten sin arena. I M. Solheim, A. K. Aarheim (Red.), *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie* (2. Utg., s. 88-109). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Szanto, K., Dombrowski, A. Y., Sahakian, B. J., Mulsant, B. H., Houck, P. R., Reynolds C. F., Clark, L. (2012). Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (3), 257-265. Doi: 10.1097/JPG.0b013e3331820eea0c
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tønnessen, S., Nortvedt, P., (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?. *Forskning*, 3(7), 280-285. Doi: 10.4220/sykepleief.2012.0134

Vråle, G. B. (2013). *Møte med det selvmordstruede mennesket*. Oslo: Gyldendal Akademisk

## Vedlegg 1

Søkebase	Søkeord	Tilpasse trefflisten	Artikkel	Forfatter	År	Treff
Academic Search Elite	Elderly AND suicide AND prevention	Årstall: 2007-2017  Språk: Engelsk  Geografi: Europa	<i>Elderly people who comitted suicide – their contact with the health service. What did they expect, and wat did they get?</i>	Kjølseth, I., Ekeberg, Ø. & Steihaug, S.	2010	23
Academic Search Elite	Older adults AND social factors AND suicide	Årstall: 2007-2017  Språk: Engelsk	<i>A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood</i>	Fässberg, M. M., van Orden, A. K., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., ... Waern, M.	2012	14
Academic Search Elite	Late life depression AND suicide	Årstall: 2007-2017  Språk: Engelsk	<i>Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late life depression</i>	Szanto, K., Dombrowski, A. Y., Sahakian, B. J., Mulsant, B. H., Houc, P. R., Reynolds, C. F., Clark L.	2012	131
SveMed+	Hjemmesykepleie	Årstall: 2007-2017	<i>Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie</i>	Birkeland, A.	2013	35
Oria	Kjølseth og Ekeberg	Årstall: 2007-2016	When elderly people give warning of suicide	Kjølseth, I. & Ekeberg, Ø.	2012	21