



Å tru på eit liv før døden

Korleis kan me førebyggje sjølv mord hjå eldre pasientar i
heimesjukepleia?

Kandidatnummer: 144

VID vitenskapelige høgskole

Bergen

Bacheloroppgåve

Bachelor i sjukepleie

Kull 2016

Tal ord: 9569

04.04.2019

Opphavsrettar

Forfattaren har opphavsrettane til rapporten.

Nedlasting for privat bruk er tillate.

Samandrag

Sjølvmordsrata blant eldre har i mange år vore høg. Til tross for dette har det vore lite fokus på førebygging hjå denne gruppa. Denne oppgåva er eit litteraturstudium som tar sikte på å undersøke korleis ein kan førebygge sjølvmord hjå eldre i heimesjukepleia. Den tar for seg ulike risikofaktorar, samt vernefaktorar og korleis ein med utgangspunkt i desse kan førebygge at eldre menneske tar livet sitt. Problemstillinga vil blir drøfta i lys av relevant teori samt forskingsartiklar som freistar å forstå sjølvmord hjå eldre menneske. Joyce Travelbee sin sjukepleieteori vil bli brukt som rammeverk for oppgåva.

Nøkkelord: Eldre, Sjølvmord, Sjølvmordstankar, Førebygging

Abstract

The suicide rate among the elderly has been high for many years. Despite this, there has been little focus on prevention in this group. This thesis is a literature study. The aim of the study is to investigate how we can prevent suicide among elderly humans receiving home health care. It deals with different risk factors, as well as protective factors, and how we can prevent elderly people from taking their lives based on these factors. The thesis issue will be discussed in light of relevant theory, as well as research articles that tempt to understand suicide among the elderly. Joyce Travelbee's nursing theory will be used as a framework for the thesis.

Key words: Elderly, Suicide, Suicidal ideation, Prevention

Ny lærdom

Utruleg lenge var eg sterk og sprek
og kunne halde fram min vante veg
og trudde ikkje at slik vondt som råkar
så mange gamle folk, skulle råke meg.

Eg såg på gamle skrøplingar, og tenkte
at om dei for alvor sette viljen inn
kunne dei vel te seg mindre ynkelege.
Jo, det er sant. Så hard var eg, så blind.

No har eg lært nytt. Min eigen kropp
har drive meg på plass i skrøplinganes hær.
Ikkje kall oss stakkarslege når du ser oss.
Kall oss heller tapre. Det er det vi er

- Halldis Moren Vesaas: *Livshus* 1995

Innhald

1	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.2	Relevans for sjukepleia.....	2
1.3	Problemstilling.....	3
1.3.1	Avgrensing og konkretisering	3
2	Metode.....	5
2.1	Vitskapeleg ståstad og val av metode	5
2.2	Krav og framgangsmåtar i søk.....	6
2.3	Kjeldekritikk.....	7
2.4	Etiske og juridiske vurderingar.....	7
3	Teori	8
3.1	Joyce Travelbee sitt syn på sjukepleie.....	8
3.2	Heimesjukepleia	9
3.3	Den eldre pasienten.....	9
3.3.1	Alderisme	10
3.4	Eldre og sjølv mord	10
3.4.1	Risikofaktorar.....	11
3.4.2	Vernefaktorar.....	12
3.5	Førebyggjande tiltak	12
3.5.1	Kommunikasjon	13
3.5.2	Håp	13
3.6	Tidlegare forskning.....	13
3.6.1	Forskingsartikkel 1	13
3.6.2	Forskingsartikkel 2	14
3.6.3	Forskingsartikkel 3	15
3.6.4	Forskingsartikkel 4	16
4	Drøfting	17
4.1	Å sjå faresignala	17
4.2	Ingenting er for farleg å snakke om.....	19
4.3	Korleis førebygge sjølv mord i heimesjukepleia?	21
4.4	Haldningar knytt til sjølv mord	24
5	Avslutning	25

Litteraturliste 27

1 Innleiing

Kvart år døyr mellom 500 og 600 menneske som følgje av sjølv mord i Noreg. I følgje Folkehelseinstituttet vart det registrert 593 sjølv mord i 2017, 403 menn og 190 kvinner (2017b). Eldre over 65år står for rundt 20 prosent av alle sjølv mord i Noreg, men har trass i for dette vore lite i søkjelyset når det gjeld sjølv mordsførebygging. Bergen kommune lanserte sin første handlingsplan for sjølv mordsførebygging i 2018, der dei tydeleggjer at eldre er ei utsett gruppe som det er viktig å rette tiltak mot. Me står i dag ovanfor ei demografisk utvikling med fleire eldre, som betyr at dette er eit aukande problem dersom me ikkje gjer noko med det. I tråd med nasjonale retningslinjer for førebygging av sjølv mord i psykisk helsevern er det viktig at helsetenestene er i stand til å kjenne att sjølv mordsrisiko og eventuelt vise pasienten til spesialisthelsetenesta (Helsedirektoratet, 2017). I denne oppgåva skal eg sjå på risiko- og vernefaktorar for sjølv mord hjå eldre og korleis ein kan førebygge sjølv mord i heimesjukepleia. Sjukepleieteorien til Joyce Travelbee vil verte brukt som rammeverk for å opplyse problemstillinga i oppgåva.

1.1 Bakgrunn for val av tema

I løpet av sjukepleiarutdanninga har eg naturlegvis møtt mange eldre menneske, både i praksisperiodar og i jobbsamanheng. Dette er kanskje ikkje så rart sidan eldre menneske brukar nær halvparten av alle sjukehussengene på norske sjukehus og er den desidert største gruppa som får kommunale pleie- og omsorgstenester (Romøren, 2014, s.30). Sjølv om «eldre menneske» omfattar ei stor og ulikarta gruppe, har dei alle til felles at dei har levd eit liv. Når dei kjem inn i «den tredje alder», har dei fleire år bak seg enn dei har føre seg. Ein eldre pasient sa det slik: «Eg har framtida mi bak meg». Erkjenninga av dette gjer at det gjerne er naturleg for den eldre å tenkje på og å snakke om døden. Sjølv opplever eg at det å snakke om døden kan vere utfordrande, då eg har lite erfaring med dette og kan fort verte usikker. Eg har opplevd pasientar som ytrar at dei er «mett av dage», at dei synest livet er vanskeleg å leve, eller at dei rett og slett ikkje ønskjer å leve lenger. Samstundes kjenner eg til fleire eldre menneske som har lukkast med å ta sitt eige liv. Eg har valt dette temaet fordi eg er nysgjerrig på kvifor nokon eldre ønsker å ta livet sitt, og kva ein kan gjere for å førebygge at det skjer.

Samhandlingsreforma, som vart innført i 2012, har som eit sentralt mål å flytte tenester nærare der folk bur, noko som vil seie at fleire skal få nødvendig helsehjelp frå helse- og omsorgstenesta i kommunane framfor spesialisthelsetenesta (Fjørtoft, 2016, s. 19). For

sjukepleiarar i denne sektoren vil dette seie auka krav til kompetanse på ei rekkje felt. Eg trur det er viktig at denne kompetansen også dekkjer kunnskap om sjølv-mord hjå eldre, slik at ein kan avdekke sjølv-mordsfare og førebygge at det skjer. Hensikta med denne oppgåva er at eg som sjukepleiar ønsker å gjere meg betre kjend med sjølv-mordsutsette eldre og korleis ein kan oppnå god kommunikasjon om sjølv-mord. Eg ser dette som ei gyllen moglegheit til å fordjupe meg i eit tema som eg ønskjer å lære meir om.

1.2 Relevans for sjukepleia

Når me ser på statistikken over sjølv-mord, er det grunn til å tru at desse tala berre representerer eit minimum, fordi det er ei usikkerheit i sjølv-mordstala i Noreg. Det finst ei gråsona mellom ulykker og sjølv-mord, og sjølv-mord kan feilaktig verte registrert som ulykker (Folkehelseinstituttet, 2017). Dersom ein reknar med alle som gjer sjølv-mordsforsøk og alle med sjølv-mordstankar, er sjølv-mord eit problem som rårar svært mange eldre og deira pårørande (Kjølseth, 2014, s. 41). Så trass at sjølv-mord er eit relativt lite problem statistisk sett, er sjansa stor for at ein vil kome borti problematikken i løpet av sjukepleiarkarrieren sin.

Av dei som dør av sjølv-mord, er det mange som har vore i kontakt med kommunal helse- og omsorgsteneste i tida før dødsfallet. Dette viser ein studie som hadde som formål å undersøkje kontakt med primærhelsetenesta før sjølv-mord, frå 2000 til 2017. 80 prosent av dei undersøkte hadde hatt kontakt med primærhelsetenesta siste året og 44 prosent i løpet av den siste månaden (Stene-Larsen & Reneflot, 2019). Det er ikkje sikkert at denne kontakten hadde direkte samanheng med sjølv-mordsrisikoen, men funna seier noko om kommunal helse- og omsorgsteneste som ein arena for tidleg avdekking av sjølv-mordsåtferd.

Dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleia seier at «Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten». Retningslinjene seier òg at «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8).

Verdighetsgarantien skal sikre at eldreomsorga vert tilrettelagd slik at ho bidrar til ein meningsfylt, trygg og verdig alderdom.

«De kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov» (2010, § 2).

1.3 Problemstilling

Tema kring døden kan, av mange årsaker, vere vanskeleg for oss å snakke om. Spesielt kan ein kjenne seg usikker når ein trur at nokon ønsker å ta sitt eige liv. Men akkurat i desse tilfella, er det livsviktig at me snakkar om det. Eg ynskjer difor å drøfte denne problemstillinga:

«Korleis kan me førebyggje sjølv mord hjå eldre pasientar i heimesjukepleia?».

1.3.1 Avgrensing og konkretisering

Med eldre meiner eg i denne oppgåva dei som er 65år og eldre. Alderdom er på mange måtar eit relativt omgrep, og «dei eldre» er på ingen måte ei homogen gruppe. Både samfunnsmessige faktorar og subjektive opplevingar hjå den enkelte spelar inn. «Den tredje og den fjerde alderen» varer frå ein er omkring 65år, med eit skilje på 80år (Romøren, 2014, s.31-32). Når ein når den tredje alderen vil omgjevnadane, og etter kvart ein sjølv, oppfatte ein som eldre og det vert difor naturleg å setje grensa for å reknast som «eldre» i sjølv mordssamanheng her (Kjølseth, 2014, s. 12).

På grunn av omfanget av temaet vel eg å avgrense arenaen for møte med desse pasientane til heimesjukepleia. Eg vil likevel påpeike at problemstillinga og eventuelle funn i oppgåva kan vere aktuell for sjukepleiarar på sjukehus, i poliklinikkar, på legekantor og andre arenaer der ein treff eldre som potensielt kan ha auka fare for sjølv mord.

Eg vil avgrense oppgåva til å handle om rolla til sjukepleiaren i møte med den sjølv mordsutsette pasienten, med relevans for sjukepleiarar i heimesjukepleia. Eg vil til dømes ikkje gå inn på diagnostisering og medisinerer av pasienten, fordi dette er legen sitt område. Eg ønskjer i hovudsak å sjå på sjølv mordsførebygging på individnivå, sjølv om samfunnsmessige faktorar òg er nemnde.

Sjølvskading har ein nær samanheng med sjølv mord. Dette er likevel to forskjellige ting då metodane ved sjølv mordsforsøk ofte skil seg frå metodane ved sjølvskading. Sjølvskading er oftare eit uttrykk for å ville dempe kjensler eller påverke andre, enn det er eit ønske om å dø (Helsedirektoratet, 2017). Eg kjem ikkje til å gå inn på sjølvskading noko større i oppgåva. I oppgåva vil eg kome inn på at det finst ulike nivå av førebygging; primær, sekundær og

tetriær. På grunn av omfanget av dette temaet og storleiken på oppgåva, går eg ikkje særleg innpå den tetriære førebygginga.

2 Metode

Når ein skal skaffe eller etterprøve kunnskap, kan metoden fortelje oss noko om korleis me skal gå til verks. Ein metode er ein framgangsmåte som hjelper oss til å samle inn den informasjonen me treng til undersøkinga vår. Ein vel den metoden som passar best til å belyse det spørsmålet eller den problemstillinga ein har. Me skil blant anna mellom kvantitative og kvalitative metodar, der den kvantitative metoden gjer data i form av målbare einingar mens den kvalitative tar for seg meiningar og opplevingar, som verken let seg måle eller talfeste (Dalland, 2017, s. 51–52).

I dei neste avsnitta vil det verte lagt fram vitenskapleg ståstad og val av metode, krav og framgangsmåte i søk og kjeldekritikk, samt etiske og juridiske vurderingar.

2.1 Vitenskapleg ståstad og val av metode

Denne oppgåva er ein litteraturstudie. Det er ein studie som systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder. Dette går ut på å samle inn og gjennomgå litteratur med eit kritisk blikk, for så å samanfatte det ein har funne (Thidemann, 2015, s. 80). Føremålet med denne framgangsmåten er å gje lesaren ei god forståing av den oppdaterte kunnskapen på det området som problemstillinga etterspør, samtidig som ein syner korleis ein har kome fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 81).

Kompleksiteten av problemstillinga som skal drøftast i oppgåva gjer det nødvendig å nytte ulike vitenskaplege perspektiv. Forklarande, naturvitenskapleg kunnskap ser på den fysiske kroppen og på korleis sjukdomsprosessar i kroppen oppstår. I dette perspektivet er ein på jakt etter samanhengen mellom årsak og verknad (Dalland, 2017, s. 39-40). For at ein som sjukepleiar skal kunne gjere gode observasjonar og setje i verk tiltak for sjølvmordsførebygging, er det nødvendig med kunnskap om den normale aldringsprosessen til mennesket. Mens naturvitenskapane hjelper oss til å forklare, bidreg humanvitenskapane med å forstå. Hermeneutikk betyr læra om fortolking. Å fortolke er å prøve å finne meininga i noko eller å forklare noko som i utgangspunktet er uklart. Fenomenologi betyr læra om fenomen. Eit fenomen er det som vert oppfatta av sansane, og ei fenomenologisk tilnærming er retta mot verda slik ho konkret vert opplevd og erfart frå perspektivet til pasienten (Dalland, 2017, s. 45). Eldre pasientar har ofte samansette sjukdomsbilete. Det essensielle er å plukke opp kva problem som er mest framståande hjå pasienten slik at han får ei individuell og god omsorg.

Det samfunnsvitskaplege perspektivet er òg naturleg å dra inn. Det er stor variasjon i sjølvmondsratar mellom ulike land, noko som kan indikere at det i tillegg til forhold ved det enkelte mennesket, er viktig kva for samfunn den eldre lever i (Kjølseth, 2014, s. 47).

Sjølvmond blant eldre menneske er eit forskingsfelt der både kvalitativ og kvantitativ forskning kan supplere kvarandre. Forskingsartiklane som er valde i oppgåva, er hovudsakleg av kvalitativ karakter. Den kvalitative metoden er mellom anna kjenneteikna av at forskaren ser eit fenomen innanfrå. Metoden i djupna på det ein undersøker, og dei dataa ein samlar inn, tar sikte på å få fram samanheng og heilskap. Framstillinga prøver på å formidle forståing (Dalland, 2017, s. 53). Eg trur dette passar godt til oppgåva mi fordi det kan vere lurt at førebygging av eit problem bør basere seg på ei forståing av problemet.

2.2 Krav og framgangsmåtar i søk

Eg byrja søkjeprosessen med å gå inn i Svemed+ for å finne aktuelle søkjeord. Her fann eg MeSH-termene Aged, Suicide, Suicidal Ideation, Risk Factors og Home Health Nursing. Då eg ikkje fann nokon MeSH-trem for «førebygging», nytta eg «prevention» i fritekst i kombinasjon med dei andre søkeorda. I forkant av søket sette eg søkeorda mine inn i eit PICO-skjema for å prøve å strukturere spørsmålet mitt. I tillegg brukte eg PEO-skjema, som er meir velegna for kvalitativ forskning, ettersom eg synest at det kunne passe til oppgåva mi. Eg har nytta meg av søkemotorane Svemed+, CINAHL, Pubmed og PsycInfo i søket. Eg brukte MeSH-termene i ulike kombinasjonar og fekk stort sett mange resultat. For å avgrense søket, huka eg av for fagfelleverderte artiklar og at dei skulle vere forskingsartiklar.

Forskingsartiklar som var eldre enn 10 år vart ekskluderte frå søket. Dette avgrensa resultatata til handterbar storleik. Etterpå gjekk eg gjennom resultatata eg fekk ved å lese overskriftene, og luka raskt ut dei artiklane som ikkje verka interessante. Dei artiklane som verka relevante ut i frå tittelen, klikka eg meg vidare innpå for å lese samandraget. Her kunne eg også sjå kva for emneord som var hovudemneord, og dermed kanskje virka ekstra relevante for mi oppgåve.

Eg har tatt i bruk sjekklister frå helsebiblioteket for kritisk gjennomgang av den valde forskingslitteraturen.

2.3 Kjeldekritikk

Alle fagbøkene som er brukte i oppgåva, er henta frå biblioteket til høgskulen. Eg har også tatt utgangspunkt i pensum-litteratur for sjukepleiarstudiet, som den fundamentale yrkespraksisen byggjer på, og funne relevant litteratur for oppgåva mi her. Ved å sjå på referansane i desse bøkene har eg kome fram til nokon av forskingsartiklane som er brukt i oppgåva. Faglitteraturen som er brukt, er skriven på norsk, noko som er bra sidan det minskar sjansen for mistydingar. Forskingsartiklane er skrivne på engelsk, noko som kan gje opphav til mistolking. Trass i at det er relativt lite forskning og litteratur å finne om temaet, har eg funne teori som eg meiner er relevant for å kunne svare på oppgåva. I det rettleiande materialet for førebygging av sjølv mord og sjølvskading frå Helsedirektoratet har eg funne mykje oppdatert og god kunnskap om emnet. Litteraturen som er brukt, er av nyare dato, altså mindre enn ti år gammal om ein ser bort frå sjukepleieteorien til Travelbee.

Forskingsartiklane er av kvalitativ karakter og tar utgangspunkt i subjektive opplevingar. Dette er viktig å merke seg fordi subjektive opplevingar kan avvike frå det fleirtalet opplever, eller meiner om noko, og nødvendigvis ikkje kan representere resten av befolkninga.

2.4 Ethiske og juridiske vurderingar

Oppgåva er skriven i tråd med *Retningslinjer for akademisk oppgaveskriving – APA ved VID Vitenskapelige høgskole* (VID, 2017). Fag- og forskingslitteraturen som er nytta, er vorte lagd fram, og eg har også lagt fram korleis eg har gått fram for å finne dei forskjellige kjeldene. Alle kjelder er kritisk vurdert i forhold til reliabilitet og relevans for oppgåva.

I teksten kjem det fram nokre situasjonsbeskrivingar frå røynda, som er eigne erfaringar frå tida som sjukepleiarstudent. Personane er anonymiserte og situasjonsskildringane er modifisert på ein slik måte at dei ikkje vil bli kjende att, så dermed er personvernet til pasientane sørgt for.

3 Teori

I dette kapitlet vil eg presentere den valde litteraturen og fag- og forskingsartiklar som er relevante for å svare på problemstillinga.

3.1 Joyce Travelbee sitt syn på sjukepleie

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2017, s. 29).

Travelbee definerer på sjukepleie ved å leggje vekt på at sjukepleie er ein mellommenneskeleg prosess, fordi det alltid dreier seg om menneske. «Prosessen» er ei rekkje hendingar som skjer mellom sjukepleiaren og individet som har behov for den hjelpa sjukepleiaren kan gje. Desse sjukepleiesituasjonane er av dynamisk karakter, der sjukepleiar er ein endringsagent som alltid arbeider for å få til forandring (2017, s. 30).

Den profesjonelle sjukepleiaren har to hovudfunksjonar, og dette kjem tydeleg fram i definisjonen til Travelbee. Den første er at sjukepleiaren hjelper sjuke menneske med å mestre erfaringar med sjukdom og liding. Dette avheng av evna til sjukepleiaren til å etablere ei tilknytning til den sjuke, som gjer at han kjenner seg forstått og at han ikkje åleine (2017, s. 35). Å finne meining i sjukdom og liding utgjer den andre funksjonen, og dette er den vanskelegaste oppgåva til den profesjonelle sjukepleiarane, men ein må ikkje unngå henne (Travelbee, 2017, s.37).

Det finst ingen pasientar, i følge Travelbee. Det einaste som finst er enkeltmenneske som har behov for omsorg, tenester og assistanse frå andre menneske. Ho understrekar at «sjukepleiar» er eit omgrep ho berre nyttar av praktiske kommunikasjonsomsyn (2017, s. 17). Med dette vender Travelbee seg bort frå «sjukepleiar pasient-forholdet», som ho meiner er til hinder for å opprette ein god relasjon til pasienten. Ved at ein behandlar nokon som ein «pasient» kan det skje ein menneskeleg reduksjonsprosess som avhumaniserer mennesket (2017, s. 68).

3.2 Heimesjukepleia

Heimesjukepleie er eit tilbod til alle som har behov for nødvendig helsehjelp heime, anten det er sjukdom, svekt helse eller livssituasjon som ligg til grunn for hjelpebehovet. Helsehjelp vert utført av helsepersonell og er handlingar som har førebyggjande, diagnostisk, behandlande, helsebevarande eller rehabiliterande formål (Fjørtoft, 2016, s. 17). Eit overordna mål for heimesjukepleia er at den enkelte skal få hjelp til å meistre kvardagen sin, og at kvardagen skal vere så god som mogleg i eigen heim (Fjørtoft, 2016, s. 25). Sjukepleiaren arbeider for å styrkje ressursane og livsmotet til pasienten gjennom fagleg kunnskap om og evne til å sjå og forstå situasjonen til pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 12).

Å møte pasienten i hans eigen heim gjev ei unik moglegheit til å kartlegge behov for hjelp. Heimen kan fortelje mykje om identiteten og ressursane til pasienten, og om meistring av daglege funksjonar. Heimen kan altså gje viktige data om tilstanden og situasjonen til den enkelte (Fjørtoft, 2016, s. 37).

3.3 Den eldre pasienten

Eldre menneske har levd eit langt liv som har gitt dei mange og varierte erfaringar (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 21). Livet formar den eldre, slik at dei vert meir ulike enn dei som ikkje har levd like lenge (Ranhoff, 2014, s. 79). Aldringsprosessen er med på å auke forskjellen ytterlegare når den set sine spor og helsa sviktar (Kirkevold et al., 2014, s. 21). To individ som er like gamle er difor svært ulike både når det gjeld funksjonsnivå og korleis sjukdom kjem til uttrykk. Det er viktig at sjukepleiaren tar omsyn til dette i omsorga for den eldre pasienten (Ranhoff, 2014, s. 79).

Aldring kan definerast som summen av alle biologiske prosessar som svekkjer kroppen slik at han til slutt dør (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 13). Den normale aldringsprosessen byrjar allereie frå ca. 25 år (Mensen, 2014, s. 53). Han set spor i alle organ og gjer dei mindre og mindre funksjonsdyktige, men ikkje nødvendigvis funksjonsudyktige. Til dømes vil syn og høyrsel verte svekt utan at ein vert blind eller døv med mindre det kjem av sjukdom (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 13). Det er altså viktig å skilje mellom normale aldersforandringar og sjukdom (Mensen, 2014, s. 53). Reservekapasiteten som organa i kroppen er utrusta med, vert også svekka med alderen, og dette gjer dei eldre meir utsette i møte med sjukdom eller

ulykker. Til slutt vil reservekapasiteten vere så minimal, at det vert vanskeleg å stå i mot belastningar og fysisk stress (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. s. 54).

Eit anna trekk ved den eldre pasienten er mindre tydelege teikn på sjukdom og symptom enn hjå yngre pasientar. Redusert allmenntilstand og nedsett evne til å gjere dagleglivets aktivitetar er typiske teikn på helsesvikt. Meir diffuse teikn på sjukdom gjer det vanskelegare å observere og vurdere tilstanden til pasienten og avgjere når lege bør kontaktast (Kirkevold, 2014, s. 123).

Endringar i evna til å lære og å løyse problem, endringar i minne og i intelligens høyrer alle til under psykologiske aldersforandringar. Minnet blir svekt med alderen, og det skjer endringar i sjølvbiletet. Personlegdommen derimot, viser seg å halde seg ganske stabil. Like fullt vil mange tileigne seg nokon av dei negative bileta av alderdommen som ein vanlegvis møter i samfunnet i dag (Romøren, 2014, s. 31). Taps- og kriseopplevingar er vanleg ved høg alder. Når store sorger rammar er det sosiale nettverket og den fysiske helsetilstanden viktig for meistring (Snoek & Engedal, 2017, s. 223).

3.3.1 Alderisme

Begrepet «alderisme» oppstod i USA, og betyr å ha fordømmar og diskriminerande haldningar ovanfor eldre menneske på grunnlag av alderen deira. Alex Comfort, ein britisk geriatar sa det slik:

«Alderisme er ideen om at folk sluttar å vere folk – at dei sluttar å vere som folk flest, eller at dei blir til menneske av ein bestemt og underlegen type – i kraft av å ha levd et bestemt tal år» (sitert i Kjølseth, 2014, s. 18).

Den demografiske utviklinga med eit aukande tal eldre vert sett på som ei økonomisk utfordring og ei belastning for samfunnet. Denne gruppa eldre samfunnsborgarar vert sjeldan eller aldri sett på som ein ressurs (Kjølseth, 2014, s. 19).

3.4 Eldre og sjølv mord

Sjølv mordsforsøk er sjeldnare hjå eldre enn yngre, det typiske er at dei gjennomfører sjølv morderet. Det finst ikkje nasjonale tal på førekomst av sjølv mordsforsøk og sjølv skading (Folkehelseinstituttet, 2017), men forholdet mellom sjølv mordsforsøk og gjennomførte

sjølv mord har vorte estimert til 4:1 hjå eldre, kontra 1:15 hjå resten av befolkninga (Kjølseth, 2014, s. 36). Dei eldre bruker meir radikale metodar enn yngre ved utføring av sjølv mord (Snoek & Engedal, 2017, s. 276). I tillegg er dei meir fysisk sårbare, dei har høgare intensjonsgrad og planlegg gjerne meir grundig (Kjølseth, 2014, s. 36).

3.4.1 Risikofaktorar

Årsakene til at ein person forsøker å ta sitt eige liv er vanlegvis samansette. Stort sett er det meir enn ein risikofaktor til stades. Kombinasjonen av ei rekkje uheldige forhold, kan gje ei kjensle av håplausheit og makteslausheit (Helsedirektoratet, 2017). Sjølv mordsratene blant menn over 70 år er 4-5 gongar høgare enn hjå jamaldrande kvinner. Menn har stort sett høgare sjølv mordsførekomst enn kvinner i dei aller fleste land. Ein kan difor seie at sjølv mord er eit fenomen som særleg rammar menn (Kjølseth, 2014, s. 64).

Blant dei psykiske lidningane er det depresjonar som utgjer den største faren for sjølv mord (Vråle, 2018, s. 39). Sjølv mord er vanlegare ved langvarige og tilbakevendande psykiske problem (Helsedirektoratet, 2017). Tap av ektefelle er ein viktig risikofaktor for sjølv mord hjå eldre. Sorgprosessen kan vere så tung at livet er vanskeleg å halde ut, spesielt det første året. I kjølvatnet av tapet kjem ofte sosial isolasjon og depresjon (Snoek & Engedal, 2017). Tap av yrkesrolle og posisjon kan vere vanskeleg å takle, spesielt for menn. Ein anna risikofaktor av betydning for sjølv mord er alvorleg somatisk sjukdom som fører til funksjonssvikt, og dermed er ein trussel om tap av autonomi og avhengigheit (Snoek & Engedal, 2017, s. 277). Det ser ut til at dette gjelder menn spesielt. Det er enkelte sjukdomstilstandar som er forbundet med særleg risiko. Blant anna lungesjukdommar, sjukdommar som gjer sansesvikt eller smertetilstandar, nevrologiske sjukdommar og urogenitalsjukdommar (Kjølseth, 2014, s. 70). 20-30% av alle (yngre og eldre) som har gjort sjølv mord har alkohol i blodet ved dødstidspunktet. På bakgrunn av dette antar ein at bruk av alkohol og alkoholisme kan vere ein mogleg risikofaktor. Men om alkohol er ein utløysande årsak, eller om det er nytta for å «drikke seg til mot», er uvisst (Snoek & Engedal, 2017, s. 277).

Tidlegare sjølv mordsåtferd aukar risikoen for seinare sjølv mordsforsøk betydeleg. I tillegg kan sjølv mord i familien spele inn, då det kan gjere andre familiemedlem meir utsett. Dette grunna smerteopplevinga det gjer å vere etterlat eller at sjølv mord i ein familie kan opplevast som ein måte å løyse problem på (Vråle, 2018, s. 44).

3.4.2 Vernefaktorar

Helsedirektoratet (2017) listar opp følgjande vernefaktorar som kan verke beskyttande mot sjølvmondsåtferd:

- Tidleg identifisering av psykiske lidingar og god behandling for desse
- Sosial tilhøyrse og meiningsfulle relasjonar
- God sjølvkjensle, problemløysingsferdigheiter og konfliktløysingsevne
- Avgrensa tilgang til metodar for sjølvmond
- Evne og vilje til å søke hjelp for sine problem
- Tilgjengelege tenester med riktig kompetanse.

Helsedirektoratet påpeiker at enkelte vernefaktorar kan opptre med ulik styrke gjennom livsløpet (2017).

3.5 Førebyggande tiltak

Dei førebyggande tiltaka handlar om å forsøke å fjerne eller redusere betydninga av risikofaktorar, samt styrke vernefaktorane (Kjølseth, 2014, s. 107). Førebygginga av sjølvmond bør vere like samansett som årsaksforholda (Snoek & Engedal, 2017, s. 171).

Desse tiltaka kan settast inn på forskjellige nivå, med førebygging på primært, sekundært og tertiært nivå. Det primærførebyggande arbeidet omfattar samfunnet, det skjer i eit tverrfagleg samarbeid og bygger på fleirfagleg kunnskap (Vråle, 2018, s. 61). Tiltaka rettar seg mot heile befolkninga og har som mål å redusere sjølvmond blant eldre generelt (Kjølseth, 2014, s. 107). Dei sekundærførebyggande tiltaka rettar seg mot personar eller grupper som har risikofaktorar og difor kan vere særleg utsett for å utvikle sjølvmondsproblem (Vråle, 2018, s. 65). Dei mest fokuserte tiltaka er dei tertiærførebyggande som rettar seg mot eldre som openbart er sjølvmondstrua. Desse gjeld for dei som har sjølvmondstankar eller -planar, eller dei som har gjort tidlegare sjølvmondsforsøk (Kjølseth, 2014, s. 108).

3.5.1 Kommunikasjon

Eit kvart møte mellom sjukepleiar og pasient vil innehalde verbal eller nonverbal kommunikasjon. Sjukepleiar skal planlegge og lede kommunikasjonen med den sjuke slik at den tener sjukepleias mål og hensikt (Travelbee, 2017, s.135). Ulike kommunikasjonsteknikkar som opne spørsmål, spegling og å dele sanseintrykk vert brukt for å oppnå god kommunikasjon med pasienten (Travelbee, 2017, s. 154-155). Å forstå menneske handlar mykje om kommunikasjon. Kunnskap og ferdigheiter er grunnlaget for sjukepleiaren sin kommunikasjon, både om målgruppa samt kommunikasjonsferdigheiter (Fjørtoft, 2016, s. 179).

3.5.2 Håp

Når det gjeld sjølvordstrua menneske kan det førekome ein viss grad av tvilrådigheit eller ambivalens, eit håp om at noko likevel skal knytte ein til livet. Dette håpet er viktig å leite fram, fordi den inneheld kimen til forandring (Snoek & Engedal, 2017, s. 166). Håp gjer menneske i stand til å meistre vonde og vanskelege situasjonar som tap, tragediar, nederlag, einsemd og liding. Ein del av sjukepleiarrolla er å hjelpe sjuke menneske til å oppleve håp for å meistre sjukdom og liding (Travelbee, 2017, s. 117).

Travelbee relaterer håp til ønsker og val, og karakteriserer håp som framtidsoorientert (2017, s. 119). Den som er utan håp prøver ikkje å løyse problem eller meistre vanskelege situasjonar i livet, fordi han ikkje trur forandringar er mogleg. Ein person utan håp kjenner seg som fanga i ei felle, der det ikkje er råd å kome seg fri (Travelbee, 2017, s. 122).

3.6 Tidlegare forskning

3.6.1 Forskingsartikkel 1

Understanding self-harm in older people: a systematic review of qualitative studies (Wand, Peisah, Draper & Brodaty, 2018) er ein oversiktsartikkel over kvalitative studiar som undersøker grunnar til at eldre menneske driv med sjølvskading. Åtte studiar er inkludert i analysen, der tre av studiane omhandla indirekte sjølvskading, som å nekte å ete eller å ta medisinar, mens dei resterande fem omhandla sjølvordsåtferd. Artikkelen gjer ein separat analyse av sjølvordsåtferd Artikkelen ønsker i utgangspunktet å sjå på sjølvskading, men påpeiker at det er skilnad mellom sjølvskading og sjølvordsåtferd både når det gjeld metode

og intensjon. Difor har dei valt å gjere to separate analyser, der den eine berre dreier seg om sjølvmondsåtfærd.

I analysen av dei fem artiklane som handla om sjølvmond kom ei fram til fire tema: «Tap og gjenvinning av kontroll» inkluderte tap relatert til død av nære, fysisk dårleg helse, smerter, immobilitet, skuffelsar i relasjonar, sosial status og sosial støtte. Dette førte til tap av kontroll, auka avhengigheit og redusert autonomi. Dei fann også at sjølvmondsforsøket for nokon representerte ei moglegheit til å ta tilbake kontrollen og på denne måten unngå uønskte situasjonar som å hamne på sjukeheim. «Framandgjering – å vere fråkopla og usynleg» handla om at dei eldre kjente seg framandgjort ovanfor familien og samfunnet generelt. Ei sterk kjensle av at ingen brydde seg førte til einsemd, isolasjon og at dei kjente seg usynleg. Dette kom ofte av kognitiv oppfatning heller enn sosial isolasjon, basert på negative stereotypiar hjå den eldre. Det viste seg at mangel på rutinemessige og sosiale aktivitetar bidrog til einsemd, men representerte også til moglegheit for endring. «Meiningslausheit og grunn til å leve» er omtalt som eit viktig tema på grunn av sitt potensielle rom for endring. Fortellingar frå dei eldre seier at dei ikkje lenger er i stand til å gje av seg sjølv eller å oppnå noko i livet, og at dei har eit strekt behov for å kjenne seg nyttige og trengte. «Oppsamla lidning og eit smertefullt liv» omhandla sjølvmondet som eit flukt i frå eit langt og smertefullt liv.

Artikkelen konkluderer med at å forstå individuelle oppfatningar og erfaringar som fører til sjølvskading og sjølvmondsåtfærd kan vere til hjelp for klinikarar, slik at dei kan gjere meir sensitive og heilskaplege vurderingar, samt motkjempe «alderisme».

3.6.2 Forskingsartikkel 2

Eldre pasienter som ønsker å dø (Berland, Solheim & Holm, 2018) er publisert i Nordisk sygeplejeforskning som er eit vitenskapleg og fagfellebedømt tidsskrift. Forskingsartikkelen har som hensikt å utforske helsepersonells erfaringar, oppfatningar og tiltak knytt til eldre pasientar som har uttrykt at dei ønsker å dø. Det er gjort eit kvalitativt fokusgruppeintervju med åtte helsepersonell frå heimesjukepleia i tre kommunar i Noreg. Seks av dei åtte er sjukepleiarar, mens to er helsefagarbeidarar.

I studien avdekkar dei eit hovudtema; «Når livet ikkje har mening». Dei har funne fem undertema til dette; *å vere utan håp, eit rop om hjelp, å ha mista livsgnisten, å oppleve å vere*

til byrde og å vere einsam og mangle sosialt nettverk. Deltakaren fortalte om eldre som opplevde livet som håpløst, noko som kunne gjere seg gjeldande når helsetilstanden deira vart forverra i form av tilleggssjukdommar eller tilleggsbyrder. Mange av deltakarane hadde opplevd pasientar som sjølvskada eller trua med å ta livet sitt, der dei tolka dette som eit rop om hjelp. Dei pasientane som deltakarane hadde treft flest av, var dei som hadde mist livsgnisten. Dette gjaldt hovudsakleg dei eldste over 90 år. Mange eldre opplevde at dei var til bry, at dei hadde vorte ein belastning for barna sine og ikkje hadde noko å gje tilbake. Diskusjonen avdekkja at mange av dei som ikkje ønska å leve var einsame og sakna sosialt nettverk. Det kjem ikkje fram av resultata kva for tiltak som er gjort i forhold til dei eldre med dødsønske, sjølv om dette var ei av hensiktene med studien.

Studien konkluderer med at helsepersonell har eit viktig ansvar for rettleiing og støtte til eldre heimebuande pasientar som treng hjelp til sine spesielle helsebehov.

3.6.3 Forskingsartikkel 3

“*Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death*” (Kjølseth, Ekeberg & Steihaug, 2009) er ein norsk studie om eldre sine sjølv-mord. Det overordna målet for prosjektet var å utvikle kunnskap som kunne bidra til forståing av eldre sine sjølv-mord i Norge. Dette er ein psykologisk autopsistudie basert på kvalitative intervju. Psykologisk autopsi rekonstruerer sjølv-mordet gjennom intervju med informantar som kjente den avdøde godt.

Funna i studien vart delt inn i tre hovudemne: «Livserfaring», med to delemne; *livet er levd* og *livet som ein byrde*. Alt som hadde gåve verdi til livet var tapt, og livet vart opplevd som ein byrde. Neste emne handla om den avdøde si «Oppfatning av seg sjølv», som var ei kjensle av å miste seg sjølv. Funksjonelt fråfall betydde at dei ikkje lenger hadde handlefriheit og sjølv-bestemming. «Oppfatning av døden» hadde også to delemne; *aksept* og *døden er betre enn livet*. Livet var i sin siste fase, og dei eldre såg ut til å akseptere døden, som dei også kunne sjå på som ei lette.

Studien konkluderer med at ein kan argumentere for at sjølv-mord bør verte sett på som eit eksistensielt val. Summen av dei ulike formene for belastning hadde gjort livet til ei byrde dei ikkje lenger kunne bære. Alderen gjorde at dei var i ein fase av livet som medførte nærheit til døden, noko som kunne opplevast som ein lette.

3.6.4 Forskingsartikkel 4

Elderly people who committed suicide – their contact with the health care service. What did they expect, and what did they get? (Kjølseth, Ekeberg & Steinahug, 2010) er ein norsk kvalitativ studie om baserer seg på dei same sjølvmoda som i forskingsartikkel 3. Formålet med denne studien var å undersøke korleis forholdet hadde vore mellom dei eldre og hjelparane i helsevesenet.

Det kom fram tydelege fellestrekk mellom dei eldre i studien, og tre hovudtema vart tydelege. Dei eldre hadde uttrykt generell mistru til helsevesenet, kommunikasjonen med hjelparane var ofte dårleg eller mangelfull og mange hadde fått bekrefta si mistru den siste tida dei levde. Bakgrunnen for denne mistrua var at dei eldre ikkje trudde at dei ville få tilfredsstillande hjelp dersom dei skulle trenge det, og dei frykta å hamne på sjukeheim eller sjukehus. Denne mistrua førte til at mange ikkje oppsøkte lege, og at dei aviste hjelp, sjølv om dei hadde behov for det. Mange av dei eldre fekk mistrua si til helsevesenet bekrefta når dei etter kvart fekk større hjelpebehov. Dei eldre vart ikkje sett og akseptert med dei behova dei hadde.

Kontakt mellom desse menneska og helsetenesta må føre til tillit for å forhindre sjølvmod. Eldre menneske med sjølvmodsrisiko er sårbare og kjenner seg forringa dersom helsepersonell truar autonomien deira. All kontakt mellom dei eldre og helsepersonell må bevare verdigheita til dei eldre, ved måten helsepersonell møter eldre på og ved eit system som oppfyller behova til dei eldre.

4 Drøfting

4.1 Å sjå faresignala

Kjølseth hevdar at «All førebygging startar med kunnskap om kven som kan vere utsett for sjølvmondsfare» (2014, s. 69). Her fortel statistikken at menn er meir utsett enn kvinner. Me veit at eldre er ei utsett gruppe, då sjølvmondsrata er høg. Vidare er det gjort mykje forskning på å finne risikofaktorar for sjølvmond. Psykiske lidningar, somatisk sjukdom, belastande livshendingar, tap av ektefelle, sosial isolasjon som følgje av lite nettverk og er døme på faktorar som kan føre til auka fare for sjølvmond. Tidlegare sjølvmondsforsøk og sjølvskading skal også takast alvorleg. Til tross for at det finst mykje kunnskap om risikofaktorar knytt til sjølvmond, er det avgrensa kor mykje dei åleine fortel oss om kven som kjem til å ta livet sitt. Fleirtalet har alle desse faktorane til stades, utan at dei står i noko utprega sjølvmondsfare. Det kan verke nyttig å undersøke kva dei ulike risikofaktorane betyr for den enkelte, og å finne empirisk kunnskap om emnet.

Ein risikofaktor som mange forbind med sjølvmond er psykiske lidningar, og kanskje då spesielt depresjon. Rundt 25% av alle sjølvmond vert gjort av pasientar som er eller har vore innlagt i psykisk helsevern dei siste tre åra. Talet psykisk sjuke blant dei som gjer sjølvmondsforsøk varierer mellom 4 og 53 % i ulike undersøkingar (Snoek & Engedal, 2017, s. 171). Ein kan altså ikkje setje likskapsteikn mellom psykiske lidningar og sjølvmond, men må sjå det som ein kompleks heilheit i samanheng med dei andre faktorane. I den eine forskingsartikkelen, som freista å forstå eldre sine sjølvmond, fann dei at svært få av dei eldre som tok sitt eige liv hadde vore sett på som deprimerte den siste tida (Kjølseth et al., 2010). Når dette er sagt er det mange eldre som ikkje vert diagnostisert med depresjon, til tross for ein depressiv lidning. Ei årsak til dette er at dei kan ha atypiske symptom som kan forvekslast med andre lidningar, ei anna er at eldre ikkje alltid oppsøker hjelp for psykiske problem. Ofte vert depressive symptom tolka som normale aldringsteikn, og vert dermed ikkje tatt alvorleg. Det er viktig å poengtere at det alltid er auka fare for sjølvmond ved depresjon, og ein bør difor vere merksam på eventuelle faresignal (Fjørtoft, 2016, s. 86).

Alvorleg somatisk sjukdom kan gje auka fare for sjølvmond og samanhengane mellom somatisk lidning og sjølvmond kan vere mange (Vråle, 2018, s. 43). Tap av helse, nedsett fysisk funksjon, auka avhengigheit og nedsett autonomi er særlege faktorar (Wand et al., 2018). Fysiske handikap kan gjere det vanskeleg å omstille seg. Like fult påpeikar Kjølseth at

førekomsten av somatisk sjukdom er høg hjå eldre, og at dei fleste eldre lever med sjukdommen sin utan å ville ta sjølv-mord (2014, s. 56). Travelbee listar opp ei rekkje faktorar som påverkar den enkelte sine sjukdomsoppfatningar og reaksjonar på ei sjukdomsdiagnose. Blant anna kva symptoma betyr for den sjuke og korleis dei truar hans vanlege måte å takle livet på, samt den symbolske tydinga av det område av kroppen som er involvert. I tillegg har pasientane sine førestillingar om helsepersonell og hjelpa dei kan tilby betydning for reaksjonen (2017, s. 96). I teorien såg me at aldri-prosessen er individuell og at sjukdom kjem til uttrykk på forskjellige måtar hjå den eldre (Renhoff, 2014, s. 79). Som sjukepleiar kan det difor vere lurt å ha fokus på kva sjukdommen betyr for den enkelte, og korleis den påverkar livet til den eldre. Det er berre pasienten sjølv som veit kva plager som er mest framståande for han, noko som betyr at sjukepleiaren må vere merksam og lytte til pasienten.

Alderdommen fører til ei vissheit med seg mange tap. Dess lengre ein lever, dess fleire tap vil ein måtte hanskast med. Å miste nokon eller noko ein har kjær er ei belastning, anten det er tap relatert til død av ektefelle, sosiale relasjonar, fysisk helse eller sosial støtte (Wand et al., 2018). Felles for tap er at dei kan føre til sosial isolasjon og problem med å meistre ein ny livssituasjon. Mennesket sine evner til å meistre belastande hendingar i livet, samt evne til problemløysing, vert påverka av endringar i sosiale forhold og funksjonsevne som følgje av aldring (Snoek & Engedal, 2017, s. 223). Endringar som forringar det sosiale nettverket og fysisk helsesvikt kan føre til at den eldre vert dårlegare til å takle belastningar. Samtidig er det viktig å påpeike at alle menneske også har ein grad av resilens, eller motstandskraft, til å meistre kriser og nederlag. Her vil evne til å finne håp om betring, til å finne meining og nytt fotfeste i livet vere viktige element. Som sjukepleiar må ein vite og tru at slike ressursar finst i den enkelte pasient og arbeide for å bygge opp desse (Bergen kommune, 2018). Sjukepleiar si støttande rolle er noko Travelbee legg stor vekt på. Det å støtte eit menneske i krise, set mykje større krav til både innsikt, forståing, kunnskap og ferdigheiter enn ei kvar teknisk komplisert prosedyre gjer, meiner ho (2017, s. 22)

I ein tredje studie har Kjølsseth leita etter fellestrekk i personlegdomstrekk hjå eldre som har tatt sjølv-mord (2014, s. 82). Her fann ho at rigiditet i tankemønster og lite fleksibilitet var noko som gjekk att. Men det kan tenkast at ein bør vere forsiktig med å lite for mykje på karakteristiske personlegdomstrekk då dette kan skape stereotypiar. Igjen kan dette føre til at ein ser på eldre, sjølv-morsutsette med visse «briller», og kan på denne måten kome til å

«oversjå» dei som ikkje passar til denne karakteristikken. Ein veit uansett ikkje om sjølvordstankar føreligg, før den eldre har gåve uttrykk for dette, eller ein har spurt.

Statistikk kan fortelje oss ein heil del om risikofaktorar hjå den eldre. Kor mange av sjølvordar er gjort av menn? Kor mange har psykiske sjukdommar? Kor mange har somatiske sjukdommar, og er det nokon sjukdommar som utmerkar seg? Som nemnt fortel dei oss lite om kven som kjem til å ta sjølvord åleine. Den kvalitative forskinga me har sett på i teoridelen kan hjelpe oss til å forstå meir av korleis dei ulike risikofaktorane spelar inn og hjelpe oss til å forstå det heile. Tap av kontroll er nært knytt til sjukdom og tap, kjensle av at ingen bryr deg har samanheng med opplevinga av familien og helsevesenet, å kjenne seg til bry er tungt for den eldre som ikkje føler han har noko å gje tilbake lengre (Wand et al., 2018). Dersom ein ikkje tar sikte på å forstå den eldre med sjølvordstankar, vert arbeidet med å førebygge og hjelpe den sjølvordsutsette vanskeleg.

4.2 Ingenting er for farleg å snakke om

Det ikkje er uvanleg å høyre utsegn om at eldre kjenner seg trøyte og ferdige med livet, Kjølseth påpeiker at dette ikkje nødvendigvis dreier seg om eit aktivt dødsønske (2014, s. 61). Det går an å skilje mellom passive og aktive dødsønsker, der dei passive dødsønska, i motsetning til dei aktive, ikkje vil føre til handling (Berland et al., 2018). Alle kan ha dagar der dei synest at livet kan vere ekstra vanskeleg. At den eldre gjer uttrykk for dette, er gjerne ikkje noko ein automatisk forbinder med sjølvordsfare. Ein skal likevel hugse på at alle pasientar med tankar om død må takast på alvor.

I situasjonar der det føreligg mistanke om sjølvordstankar, bør ein legge opp til ein samtale med pasienten om dette (Helsedirektoratet, 2017b). Mistanke kan oppstå på grunnlag av det ein veit om pasienten og kunnskap om risikofaktorar. Sjukepleiar må vere klar over at ikkje alle pasientar vil ta opp dette temaet sjølv, og har difor eit ansvar her (Snoek & Engedal, 2017, s. 278). Samtidig kan dette vere eit vanskeleg tema å kome inn på og å spørje om. Ein kan vere redd for svaret ein får, og å skulle «stå i det» med pasienten. Spesielt utfordrande kan det vere dersom ein er ung sjølv, og har lite erfaring med død og sjølvord.

Det er vesentleg at ein tar seg god tid til å lytte til eldre med sjølvordstankar, og prøve å finne ut kva som ligg bak desse tankane (Helsedirektoratet, 2017b). Det er viktig at sjølvordsvarslar frå eldre vert tatt på alvor, då intensjonen bak sjølvordsåtferda hjå denne

gruppa alltid er sterk (Kjølseth, 2014, s. 126). I ein slik samtale er det kanskje mest naturleg å bevege seg trinnvis inn mot sjølvordstankane, men ein kan også spørje direkte (Kjølseth, 2014, s. 118). Tidspres er ofte eit faktum, men bør ikkje verte ei orsak for å ikkje ta det opp. Dersom ein skulle ha hastverk, bør ein setje av tid for samtale med den eldre så raskt som mogleg (Fjørtoft, 2016, s. 86). Leiinga har ansvar for at finst tilstrekkelege ressursar og fleksibilitet i tenestene for å mogleggjere slike samtalar (Helsedirektoratet, 2017b).

For å kunne snakke med eldre om dødsønske og sjølvordstankar er god relasjon, samhandling og kommunikasjon gode nøkkelord (Fjørtoft, 2016, s. 179). Dersom pasienten ikkje har tillit til sjukepleiar, kan det vere vanskeleg å få til ein slik samtale. I ein norsk kvalitativ studie om helsepersonells erfaringar med dødsønske, viste det seg at pleiarane oppfatta sjølvordsforsøk som eit rop om hjelp (Berland et al., 2018). Det kan tenkast at mangelfull kommunikasjon kan ha spelt inn her. Ein annan studie viser at dårleg og mangelfull kommunikasjon kan føre til mistru til helsevesenet. Kommunikasjonen var prega av at pasientane ikkje fortalte pleiarane om problema sine, og at pleiarane ikkje innsåg at problema fantes. Somme eldre utrykte misnøye etter interaksjon med helsepersonell, fordi dei ikkje kjente seg forstått (Kjølseth et al., 2010). All kommunikasjon må legge vinn på å oppnå tillit og å bevare verdigheita til dei eldre (Kjølseth et al., 2010).

I samtale med menneske med sjølvordstankar anbefaler Helsedirektoratet at ein bør fokusere på at problem let seg løyse og at situasjonar kan endre seg. Ein bør styrke alternative meistringsstrategiar (2017b). Travelbee omtalar sjukepleiar som ein «endringsagent», som arbeider for å få til forandring. Kjølseth på si side seier at ein skal vere klar over at ein ikkje kan kome med løysingar i alle situasjonar. Sjølv om ein så gjerne har lyst til å løyse problema til den eldre, er det fort å gløyme at dette vert eins eigne løysingar og ikkje pasienten sine (2014, s. 120). Ein bør kanskje fokusere på ei tilnærming som bekrefter alvorret, med ei samtidig tilnærming som kommuniserer håp (Helsedirektoratet, 2017b). Ein lytte til pasienten og vise respekt og forståing for dei tankane og kjenslene pasienten har, samtidig som ein viser at ein ikkje er einig i desse tankane. Det vil vere avgjerande at pasienten opplever at andre er genuint interesserte og bryr seg om korleis det går vidare (Hummelvoll, 2012, s. 214).

I forhold til sjølvord høyrer ein gjerne om at det kan ha «smitteeffekt» (Vråle, 2018, s. 64). Dette vil seie at sjølvordstankar, -forsøk og sjølvord kan smitte over til enkelte utsette individ, som er i ein sårbar situasjon. Denne tankegangen kan føre til at somme kan vere

redde for at å spørje om sjølvordstankar kan stimulere til slike tankar. Forsking viser at det å snakke opent med andre om sjølvord, på ein ivaretakande måte, ikkje er forbunde med risiko (Helsedirektoratet, 2017b). «Smitteeffekt» er kanskje noko som er meir gjeldande blant unge, der sjølvord i større grad kan vere ein impulsiv reaksjon på ei krise. Sjølvord blant eldre har, som nemnt i teorien, ein høgare intensjonsgrad og er gjerne planlagt over lengre tid. Likevel kan det vere lurt å grunnkje kvifor ein spør om dette, og legge opp til ein samtale rundt det. Slik at det ikkje vert noko ein berre kasta ut i lufta, for så å

4.3 Korleis førebygge sjølvord i heimesjukepleia?

Som nemnt i teoridelen kan førebygging gjerast på ulike nivå. Primærførebyggande tiltak rettar seg mot alle eldre. Det handlar om å skape eit samfunn det er godt å verte gammal i. Gode helsetenester er ein viktig faktor for dette (Kjølseth, 2014, s. 108). Eit døme på primærførebygging er at sjølvordsrata kan reduserast betrakteleg dersom helsepersonell trenast opp til å identifisere tidlege teikn på depresjon og bidra til at behandling vert sett i gang (Vråle, 2018, s. 62). I primærførebyggande arbeid er det eit poeng å ikkje gjere sjølvord til eit hovudtema (Vråle, 2018, s. 64). Fokuset bør ligge på det som hindrar sjølvord. Vernefaktorar på samfunnsnivå kan vere gode levekår, kollektivism og fellesskapskjensle. Den primære førebygginga er i hovudsak eit ansvarsområde for kommunane, politikarane og media. Men kanskje eit område der alle må ta ansvar, dersom det skal verte forandringar.

Når det gjeld sekundærførebygging, rettar denne seg som sagt mot eldre med risikofaktorar. For å repetere aktuelle risikofaktorar for sjølvord, har me: det mannlege kjønn, psykisk sjukdom, tap av ektefelle, tap av arbeid, somatisk sjukdom, konflikter i familien, nedsett fysisk funksjon og tap av sjølvstendigheit og autonomi. I tidlegare forskning har me også sett at mistillit til helsevesenet (Kjølseth et al., 2010), oppleving av å vere ein byrde (Berland et al., 2018) og å kjennes seg usynleg og unyttig i familien og samfunnet (Wand et al., 2018) er faktorar som gjer auka fare for sjølvord. I sekundær førebygging gjeld det å vite om risikofaktorane og vere merksam i møte med den eldre. Nokre av risikofaktorane kan vere vanskeleg å gjere noko med, mens andre representerer ein moglegheit for endring. Igjen skal me rette fokuset mot vernefaktorane: god behandling av psykiske lidningar, sosial tilhøyrsl, god sjølvkjensle og tilgjengelege tenester med riktig kompetanse.

God behandling retta mot grunnlidinga innan psykisk helse, anten det er depresjon eller andre lidingar, er viktig for å førebygge sjølvmondsforsøk (Helsedirektoratet, 2017).

Heimesjukepleiaren må kontinuerleg observere og vurdere effekt av behandlinga, slik at den enkelte får den tilpassinga han treng. Til dømes skal sjukepleiar vurdere verknad og eventuelle biverknadar av legemiddel og vurdere om det er teikn på forverring i lidinga. Situasjonen kan endre seg raskt eller gradvis, og ein må vite kva ein skal sjå etter (Fjørtoft, 2016, s. 169). Vesentleg for å kunne sikre kvalitet og kontinuitet, er dokumentasjon. Dette sikrar at sjukepleia vert gjort fagleg forsvarleg og at den er etterprøvbar. God kommunikasjon legg til rette for oversikt og nøyaktigheit i ein hektisk kvardag, og vil samstundes fremje individuell sjukepleie (Fjørtoft, 2016, s. 184). Men det har vist seg i praksis at nokon behov vert prioritert meir enn andre. Det kan sjå ut til at grunnleggande fysiske behov har ein tendens til å kome før dei psykososiale behova. Å prioritere knappe ressursar er nødvendig i heimesjukepleia, men det er viktig å vere bevisst på at ein prioriterer, og kva ein prioriterer (Fjørtoft, 2016, s. 191).

Sosialt fellesskap og oppleving av tilhøyrslø og støtte er viktig for trivsel, meistring og kjensle av eigenverd. Det kan redusere risikoen for einsemd og isolasjon. Tilhøyrslø er viktig for å føle at ein har ein funksjon og bidrar i samfunnet (Helsedirektoratet, 2017). Ei oppgåve for sjukepleiar er å kartlegge det sosiale nettverket til pasienten, dette kan innebere familie, vener eller naboar. Storleiken på nettverket til den enkelte og kor mykje kontakt det er, varierer veldig frå person til person (Fjørtoft, 2016, s. 174). Fjørtoft meiner at kontakt med familie og vener er avgjerande for livskvalitet, og heimesjukepleia samarbeider ofte med desse partane for å sikre best mogleg omsorg heime (2016, s. 162). Men som nemnt, er det mange som ikkje har et stort nettverk rundt seg. Hjå nokre eldre er relasjonane prega av avstand eller konflikhtar, slik at kontakten er avgrensa. Andre har mista dei som stod dei nærast. Vråle påpeiker at oppleving av einsemd er særige og at det ikkje behøver å medføre sjølvmondsfare. Toleransen for einsemd kan vere ulik frå person til person (2018, s. 35). Det kan tenkast at ei slik kartlegging ikkje berre bør sjå på storleik og kor mykje kontakt det er, men på korleis pasienten opplever at kvaliteten på denne kontakten er, og kva det betyr for han. For ein kan ha mange menneske rundt seg, og likevel kjenne seg einsam. Eller ein kan ha få menneske rundt seg, utan å kjenne særleg på einsemda.

Det finst ulike tilbod som eldre med lite sosialt nettverk eller som kjenner seg einsame kan nytte. Det finst aktivitetssenter eller eldresenter, som kan vere fint dersom ein ønsker å

sosialisere seg og samtidig drive med meningsfulle aktivitetar som ein interesserer seg for. Faste aktivitetar kan bidra til ei kjensle av at ein har ein stad ein skal vere, og at nokon ventar ein. Dette gjer moglegheit for å verte kjent med andre eldre, som kanskje er i same situasjon og som veit korleis det er å vere einsam. Til tross for at det finst forskjellige tilbod og fysiske arenaer for deltaking, er det enkelte som vil ha problem med å nytte seg av desse (Bergen kommune). Det kan vere fysiske avgrensingar eller sosial angst til dømes. Då er det godt det finst andre tiltak, som «spisevenn, besøksvenn, støttekontakt og fleire. Desse har moglegheit for å treffe pasienten der han er. Det er nyttig for heimesjukepleia og vite om og samarbeide med aktuelle frivillige organisasjonar, som til dømes har besøksvenner. Det er ikkje lenge sida det sto om 87 år gamle Aud frå Trondheim, som ikkje lengre hadde nokon vener, då dei alle er døde. Ho fortalte at livet ikkje hadde meining lengre. Gjennom Røde Kors fekk ho til slutt ein besøksvenn, noko som gav livet meining att for Aud (Kringstad & Børstad, 2018).

God sjølvkjensle og problemløysingsferdigheiter er viktige vernefaktorar i møte med kriser. Samtale om eksistensielle tema som håp og lidning kan hjelpe den enkelte til å sjå nye moglegheiter og på denne måten ha ein helsefremmande effekt. Sjukepleiar kan invitere til ein slik samtale, men det er vesentleg at pasienten ønsker det. Som me har sett på tidlegare er tillit og tid viktige nøkkelfaktorar (Fjørtoft, 2016, s. 125). Å verte tatt på alvor og møtt på ein empatisk måte kan styrke sjølvkjensle og hjelpe den eldre til å fokusere på mål og ønske om betring i møte med kriser. Å få hjelp til meistring og mobilisere metningsmåtar kan gjer at situasjonen verkar meir overkommeleg, at det finst håp. Men psykiske problem og lidning er framleis prega av skam og stigma for enkelte eldre. Dette kan gå ut over den eldre si vilje og evne til å søke støtte og hjelp. Det er viktig at den eldre vert møtt med vennlegheit, openheit og at ein ikkje er dømmande.

Tertiærførebyggande tiltak er retta mot eldre som openbart er sjølv-mordstrua. Det vil sei eldre som har sjølv-mordstankar eller -planar eller som har gjort tidlegare sjølv-mordsforsøk. Kjølsteh understrekar at sjølv-mordvarsjar frå eldre alltid skal takast på alvor, då intensjonen alltid er sterk. I tillegg påpeiker ho viktigheita av ei brei tilnærming. Det må gjerast ei grundig geriatrisk vurdering, med fokus på det somatiske, det psykiske og det sosiale. Fastlegen er sentral i denne vurderinga. Ved akutt sjølv-mordsfare eller djup depresjon må pasienten leggast inn i eigna institusjon. Dersom det ikkje er akutt kan det vere aktuelt med korttidsopphald i sjukeheim eller oppfølging i heimen (2014, s. 126-127). Sjølv om fastlegen tar avgjersla, vil denne bygge på gode observasjonar frå heimesjukepleiaren. Arbeid med

menneske i sjølvordskriser må bygge på kontakt og allianse, å ha ein fast sjukepleiekontakt vil verte viktig i ein slik situasjon. At personalet har det travelt, og at det er stor utskifting blant personalet, kan forsterke pasienten sine mørke tankar. Pasienten kan kjenne seg oversett (Bergen kommune, 2018).

4.4 Haldningar knytt til sjølvord

I tida me lever i har me ideal som å vere ungdommeleg, skjønnheit, prestasjonsevne, produktivitet og yting. Slike samfunnshaldningar kan gå ut over dei eldre, då dei ikkje nødvendigvis klarer å leve opp til desse ideala. Mange fryktar det å verte gammal, og synest synd på dei eldre (Kjølseth, 2014, s. 17). I den første forskingsartikkelen som er presentert i teorien konkluderer dei med at å søke forståing for eldre sine sjølvord, kan bidra til å hindre aldersdiskriminering rundt sjølvord. Dei meiner altså at behandling av eldre med sjølvordsfare er prega av «alderisme», og at somme eldre må nøye seg med ei resept på antidepressiva for sine sjølvordsplagar (Wand et al., 2018,). Mens sjukdom hjå yngre menneske utløyser ein kamp om livet, syns det å vere ei slags forståing for at sjukdom og funksjonssvikt kan føre til eit ønske om å sleppe frå livet hjå eldre menneske (Kjølseth, 2014, s. 55). Ein kan tenke seg at personlege haldningar hjå helsepersonell kan få betydning for både behandlinga og førebygginga som blir gjort. Kanskje er det viktig at ein kjenner etter kva haldingar ein har sjølv til problemstillinga, og reflekterer rundt dette i møte med den sjølvordstrua.

Sjølvordet knyt seg til spørsmål om liv og død og om ansvar og integritet, noko som naturleg nok medfører etiske dilemma. Ei etisk bevisstgjerung er sentral for å ha ein trygg plattform å stå på. Hjelparen må sjølv ha eit modent forhold til etiske spørsmål, for å kunne hjelpe andre. Dette kan bidra til å møte pasienten med respekt for hans integritet. I motsett fall vil ein uklar bevisstheit om eigne verdiar og etiske standpunkt kunne føre til at ein ikkje ser pasienten sine behov på dette området (Vråle, 2018, s. 50). Ei bevisstgjerung av vår eigen etiske haldning til sjølvord kan skje ved at me i dialog med andre arbeider med å finne fram til vår personlege haldning til sjølvord (Vråle, 2018, s. 52). I forskinga har me sett at sjølvordet kan oppfattast som eit «rop om hjelp» (Berland et al., 2018), som ein måte å vinne att tapt kontroll (Wand et al., 2018) eller ei tru på at døden er betre enn livet (Kjølseth et al., 2009).

5 Avslutning

Det finst mange faresignal ein må sjå etter i møtet med pasienten i heimesjukepleia. Risikofaktorane for sjølv-mord er mange, nokon meir gjeldande enn andre. Menn er meir utsett enn kvinner syner statistikken. Samt er psykisk lidning som depresjon ein vanleg årsak. Mange eldre opplever tap og sorg i forbindelse med død i nære relasjonar. Alderdom fører med seg fleire risikofaktorar i seg sjølv, men faresignal kan ofte verte mistolka og oversett. Uansett vil det vere ei stor utfordring for sjukepleiaren å sjå heile pasienten.

Skam og stigma kan vere eit hinder i kartleggingsprosessen. Reaksjonen til sjukepleiaren er heilt avgjerande for pasienten, då han må føle seg trygg nok til å snakke om nære og såre ting. Ein ikkje-dømande og empatisk reaksjon vil verke tryggande. Det kan tenkast at dei fleste som ytrar tankar om sjølv-mord ynskjer ein reaksjon hjå lyttaren. Som sjukepleiar er det viktig å ta ytringa på alvor.

Sjukepleiaren kan skape eit tillitsforhold til pasienten, gjennom å sjå individet i sin heilheit. Innsatsen sjukepleiaren gjer for å prøve å forstå individet i form av deira tankar, følelsar, ønsker, tru og behov er vesentleg for å forstå situasjonen dei er i. Dette kan vere ei stor utfordring når tida heime hjå pasienten er avgrensa, men og ein moglegheit til å fremje helse. For å bruke tida så godt som mogleg er kunnskap og kompetanse viktig. Det å snakke om sjølv-mord er ikkje farleg i seg sjølv. Fokus i samtalen bør ligge på problemet og at det lar seg løyse. Positiv innstilling til ei løysing er effektivt, samtidig er håp nødvendig for å skape endring.

I det førebyggjande arbeidet vil riktig diagnostisering og behandling av underliggjande somatisk og psykisk sjukdom vere avgjerande for eit godt resultat. Sjukepleiaren sin rolle er viktig, det er me som har mest kontakt med pasienten. Han må vere merksam då det kan vere store individuelle forskjellar mellom eldre pasientar, som må takast i betraktning ved prioritering av tiltak. Einsemd hjå eldre er vanleg, medan forskjellen er stor i kva dei føler er nok sosial kontakt. Uansett finnes det kommunale og frivillige organisasjonar som hjelper eldre med å kome i kontakt med kvarandre og utføre aktivitetar. Informasjon er oftast lett tilgjengeleg, sjukepleiaren kan prøve å utlevere informasjon til rett sted og tid. Nokre har sosial angst eller sjukdom som gjer det utfordrande å kome seg nokon plass. I slike tilfelle kan det vere fornuftig å starte med andre tiltak.

For pasienten som alt har tankar eller planar om å ta sitt eige liv, og dei som tidlegare har gjort forsøk, må situasjonen takast på alvor. Ei grundig geriatrisk vurdering må til, der fastlegen er sentral. Ved akutt sjølvordsfare må innlegging i passande institusjon vurderast. Andre moglegheiter kan vere korttidsopphald på sjukeheim eller tett oppfølging i heimen.

Sentralt for sjølvordsførebygging er haldningar hjå heimesjukepleiar og anna helsepersonell. Forsking viser at aldersdiskriminering kan føre til at den eldre får mangelfull behandling. I dialog med andre kan me arbeide med å finne fram til haldningane våre og opparbeide ei etisk bevisstheit som kan bidra til å ha ein plattform å stå på i møte med den sjølvordsstrua eldre.

Kanskje kan tematikken i oppgåva sjåast i samanheng med eutanasi-debatten i Noreg. På den eine sida kan eutanasi kunne vere til hjelp med å gje eldre ei verdig avslutning på livet, som kanskje ikkje er like tabu-belagt som å ta sjølvord, men på den andre sida vil det kunne skape eit press på dei eldre om å ta sjølvord når dei blir ei byrde for andre. Dette er berre ein tanke. Elles er det eit aktuelt tema som kjem meir og meir fram i dagen. Det er ikkje lenge sida sjølvordsførebygging ikkje var eit tema i Norge eller resten av verda for så vidt. Verken i media eller i helsevesenet. Dette er eit forskingsfelt som har vorte neglisjert, endå sjølvordsrata blant eldre har vore høg i mange år. Med auka fokus på dette temaet, og dermed auka kunnskap, vil ein til slutt kunne gjere ei endring i positiv retning.

Litteraturliste

- Berland, A., Solheim, A. & Holm, A. H. (2018). Eldre pasienter som ønsker å dø. *Nordisk sygeplejeforskning* 1(8). 63-74. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2018-01-06>
- Bergen kommune. (2018, 29. november). Handlingsplan for selvmordsforebygging i Bergen Kommune. Henta frå: <https://www.bergen.kommune.no/politikere-utvalg/api/fil/1036597/Endelig-utkast-til-Handlingsplan-for-selvmordsforebygging-i-Bergen>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, K. & Bjørkløf, G. H. (2014). *Depresjon hos eldre: psykologisk og biologisk forståelse og behandling*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2017, 15. desember). Selvmord i Norge. Henta frå: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvmord-i-norge/>
- Folkehelseinstituttet. (2017). Årsaker til død. Henta 12. mars 2019, frå <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Helsedirektoratet. (2017, 29. juni). Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord. Henta frå: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/selvmord-og-selvskading/veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging-av-selvskading-og-selvmord#dialog-og-samarbeid-mellom-kommunen-og-frivillig-sektor-er-viktig>
- Helsedirektoratet. (2017, 11. juni). Veiviser: selvskading og selvmordsatferd som ikkje er tidlige kartlagt. Henta frå: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/selvmord-og-selvskading/veiviser-selvskading-og-selvmordsatferd-som-ikke-tidligere-er-kartlagt#selvskading>

- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2014). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kjølseth, I. (2014). *Eldre og selvmord*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kjølseth, I., Ekeberg, Ø. & Steihaug, S. (2010). Elderly people who committed suicide – their contact with the health care service. What did they expect, and what did they get? *Aging & Mental Health*, 14(8), 938-946.
<http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2010.501056>
- Kjølseth, I., Ekeberg, Ø. & Steihaug, S. (2009). Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 209-118. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990949>
- Kringstad, K. & Børstad, J. (2018, 13. desember). Aud (87) har møtt besøksvennen: -Nå er eg glad eg våkner om morgenen. *NRK*. Henta frå <https://www.nrk.no/>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler* (Rev. utg.). Oslo: Norsk sykepleierforbund. Henta frå https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Ranhoff, A. H. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 79-91). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 29-38). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Stene-Larsen, K. & Reneflot, A. (2019). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 9–17. <https://doi.org/10.1177/1403494817746274>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2017). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (8. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Verdighetsgarantien. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg (FOR-2010-11-12-1426)
Henta frå <https://lovdata.no/forskrift/2010-11-12-1426>
- VID Vitenskapelige høgskole. (2018). Fagplan, bachelor i sykepleie (Bergen) 2018-2019.
Henta frå <https://www.vid.no/planer/fagplan-bachelor-i-sykepleie-bergen-2018-2019/>
- VID Vitenskapelige høgskole. (2017). Retningslinjer for oppgaveskriving APA. Henta frå <https://www.vid.no/filer/retningslinjer-for-oppgaveskriving-apa-norsk/>
- Vråle, G. B. (2018). *Møte med det selvmordstruede mennesket* (4. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Wand, A. P. F., Peisah, C., Draper, B. & Brodaty, H. (2018). Understanding self-harm in older people: a systematic review of qualitative studies. *Aging & Mental Health*, 22(3), 289-298. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1304522>