



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 210

Eksamensnavn: SYBA3900

Dato: 29.05.2017

Klasse: 3B

Kull: 2013

Antall ord: 11205

Bacheloroppgave i sykepleie

Selv mord blant eldre

Selv mordstanker og-atferd blant hjemmeboende eldre; hva er årsakene, og hvordan kan sykepleier hjelpe?



Dato: 29.05.2017

Antall ord: 11205

SAMMENDRAG BACHELOROPPGAVE

Tittel på oppgaven:

SELMORD BLANT ELDRE ”Burde vi forstått”?

Sammendrag (Abstract):

BAKGRUNN: Eldre mennesker over 65 år er de som oftest begår selvmord. Selv om de i enkelte tilfeller ga signaler om dette til pårørende eller helsepersonell ble signalene ikke tatt alvorlig. Det er et økende problem at eldre ikke sees og at samfunnet ikke verdsetter de eldre sine erfaringer og kunnskap.

HENSIKT: Hensikten er at sykepleier skal inneha kompetanse og trygghet i arbeid med eldre og selvmord. Sykepleier skal kjenne til faresignalene og deretter kunne vise samhandling, omsorg og forståelse til det beste for pasienten.

FREM GANGSMÅTE: Oppgaven er basert på et litteraturstudium som innbefatter forskning og faglitteratur. Dette blir presentert og drøftes opp mot problemstillingen.

DISKUSJON, FUNN OG KONKLUSJON: Oppgaven viser til at kunnskap, forståelse og trygghet er viktig for sykepleier å inneha i arbeid med eldre og selvmordsproblematikk. Det viser til manglende grad av dette i forskningsfunn. Her trengs det kompetansebygging og det å kunne se den eldre som et menneske med egen identitet. Eldre mennesker er ikke en ensartet gruppe, men like ulike som mennesker i andre aldersgrupper. Samfunnet trenger å opplyses og ta de eldre med i betraktning. De eldre innehar kompetanse og livserfaring som den yngre generasjon kunne hatt nytte av. Når noen eldre i dag føler seg verdiløse og velger selvmord som løsning, er det noe som er galt i samfunnets syn på de eldre. Eldre med selvmordsatferd mistror helsevesenet og opplever manglende hjelp når de virkelig behøver det. Sykepleier må kunne forstå dette og inneha handlingsverktøy til det beste for den eldre pasienten med selvmordsproblematikk.

Nøkkelord:

Suicide, Suicide prevention, Suicidal behavior, Hope, Late-life suicide, Hjemmesykepleie, Selvbestemmelse, Verdig omsorg

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.	1
1.2 Hensikt med oppgaven.....	2
1.3 Problemstilling med avgrensning.	2
1.4 Begrepsavklaring.	3
1.4.1 Eldre.	3
1.4.2 Selvmordsatferd.	3
1.4.3 Selvmordsprosessen.	3
1.5 Oppgavens disposisjon.	4
2.0 METODE	5
2.1 Allmenn litteraturstudie som metode.....	5
2.2 Søkeprosess.....	5
2.3 Kildekritikk.....	5
2.4 Presentasjon av forskning.	7
3.0 TEORI	15
3.1 Årsaker og risikofaktorer til selvmord blant eldre.....	15
3.2 Kommunikasjon.....	16
3.3 Relasjonsbygging.	17
3.4 Aldring.	17
3.4.1 Fysisk aldring.....	17
3.4.2 Psykologisk aldring.....	18
3.5 Lovverk og retningslinjer.	19
3.5.1 Pasient-og brukerrettighetsloven (1999).....	19
3.5.2 Helse-og omsorgstjenesteloven (2011).....	20
3.5.3 Helsepersonelloven (1999).....	20
3.5.4 Verdighetsgarantien (2010).....	21
3.5.5 Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (2014-2017).	21
3.7 Joyce Travelbee.	22
3.7.1 Samhandling og sykepleierens ansvarsområde.	22
3.7.2 Håp og håpløshet.	24
4.0 DRØFTING	25
4.1 Årsaker til selvmord.	26
4.2 Sykepleierens rolle i kompetanse for forebygging.	29
4.3 Tverrfaglig samarbeid mellom pårørende og primærkontakter.	34
4.4 Er alderdom et privilegium?	36
5.0 KONKLUSJON	39
LITTERATUR	40

1.0 INNLEDNING

Dette kapittelet handler om bakgrunn for valg av tema, hensikten med oppgaven, problemstilling med avgrensning, og til slutt begrepsavklaring og oppgavens disposisjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

En stor andel av selvmord i Norge skjer blant eldre over 65 år. Dette til tross for et godt oppbygget helsevesen, gjennomsnittlig god økonomi hos de eldre og avanserte medisinske behandlingstilbud (Kjølseth, 2014). I en undersøkelse der bosted på tidspunktet for selvmordet var registrert, viser statistikken at 89 % var hjemmeboende. Kun 11 % var på institusjon (Kjølseth, Ekeberg & Teige, 2002).

Den svenske historikeren Birgitta Odén har sagt dette;

”Selvmord er et følsomt mål på samfunnets moral” (Lindvåg, 2015).

Dette betyr at selvmordshyppigheten er et bilde på hvordan samfunnet ivaretar sine eldre (Kjølseth, 2014).

De eldre er en gruppe som lett glemmes når handlingsplaner og politiske strategier vedtas (Kjølseth, 2015).

I Helsedirektoratets nye handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading er det fire linjer om støtte av eldrecentre (2014).

Selve handlingsplanen innbefatter tiltak som skal redusere forekomsten av selvmord, bedre oppfølging og ivaretagelse av pårørende og etterlatte.

Planen har til hensikt å øke kompetansen blant helsepersonell. Dette kan også bidra til økt forståelse og bevissthet når det gjelder eldre og selvmord, selv om tiltak mangler i handlingsplanen rettet mot eldre.

Selvmord blant eldre er økende på verdensbasis (Kjølseth, 2014) og selvmord tar flere liv enn trafikkulykker (Håkonsen, 2009).

Hva kan sykepleier bidra med i selvmordsforebyggende arbeid?

I både jobb og praksis har jeg hatt erfaring med eldre mennesker som uttrykte tristhet og tomhet, og at de hadde en oppfatning av livet som meningsløst og uten glede. De fortalte at håpet om en bedre tilværelse er fraværende, og at de føler seg usynlige. De formidlet ønske om å få slippe, de ønsket å dø. Hvordan møter sykepleier en slik atferd? Hvordan blir atferden tolket og hvordan bygge kompetanse?

1.2 Hensikt med oppgaven.

Hvordan vil sykepleier møte en hjemmeboende eldre med selvmordsatferd?

Forskning peker på hjelpeløshet og manglende støtte fra arbeidskolleger i forhold til helsepersonell som møter selvmordutsatte mennesker (Kjølseth, Ekeberg & Steihaug, 2014). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er det å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten en av oppgavene (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Opgavens mål er å bidra til debatten om eldre og selvmord.

Jeg har valgt å vektlegge sykepleiers evne til å bygge håp, styrke identiteten til pasienten og se på hvordan dette lar seg gjøre ved hjelp av tillit, relasjonsbygging, kommunikasjon og kompetanseheving.

Hvordan oppfatter samfunnet de eldre og hvorfor begår de selvmord?

1.3 Problemstilling med avgrensning.

Forskningsspørsmålet i bacheloroppgaven vil bli som følgende:

Selvordstanker og-atferd blant hjemmeboende eldre; hva er årsakene, og hvordan kan sykepleier hjelpe?

Den omfatter årsaker til selvmord og hva sykepleier i sin rolle og som fagperson og menneske kan bidra for å forhindre dette.

Den omfatter eldre som bor hjemme og er over 65 år.

Det er ikke fokus på ulikheter kjønnsmessig, ikke på måter selvmordet ble begått på og heller ikke geografiske ulikheter/likheter.

1.4 Begrepsavklaring.

1.4.1 Eldre.

WHO definerer mennesker mellom 60-74 år som ”eldre” og mennesker over 75 år som ”gamle” (Engedal, 2009).

1.4.2 Selvmord.

To begreper om selvmord;

Suicide is the act of deliberately killing oneself (WHO, 2017) og;

Selvmord er en bevisst, villet handling som individet har foretatt seg for å skade seg selv, og hvor skaden har ført til døden (Stengel, 1969).

Disse to forklaringen på selvmord har litt ulike perspektiv.

Der Stengel (1969) sier at selvskading kan være grunnlaget for selvmord, altså ikke med døden som formål, sier WHO (2017) at dødslengselen er den eneste bakgrunnen for selvmordet. Jeg velger å anvende begrepet til WHO (2017) fordi forskning viser at eldre sjelden utfører selvskading eller mislykkede selvmordsforsøk.

Selvmordsforsøk hos eldre har vært estimert til 4:1, og i den øvrige befolkning forøvrig er mellom 8:1 og 15:1. Hos de yngre er det estimert 200:1 (Kjølseth, 2014).

1.4.2 Selvmordsatferd.

Samlebetegnelsen på selvmordsforsøk, selvmordstanker og selvmord (Helsedirektoratet, 2014).

1.4.3 Selvmordsprosessen.

Ordet selvmordsprosess ble første gang anvendt av psykolog og forfatter Solveig Chronstrøm-Beskow (Vråle, 2009).

Begrepet ble videreført av professor i psykiatri, Nils Retterstøl.

Han definerer selvmordprosessen som en handling som starter med tanker, så utvikler det seg til selvmordsforsøk, og til slutt selvmord.

Et fullbyrdet selvmord kan opptre spontant eller grunnet tilgang på metode. Prosessen innehar for eksempel sosial isolasjon, aggresjon, flukt fra virkeligheten, håpløshet, meningsløshet og psykisk lidelse (Vråle, 2009).

Jeg har, for å forenkle, valgt å omtale sykepleier som ”hun” og pasienten som ”han”.

1.5 Oppgavens disposisjon.

Innledningen av besvarelsen inneholder bakgrunn for valg av tema, presentasjon av problemstilling med avgrensning, begrepsavklaring og oppgavens disposisjon.

Etter innledningen kommer det metodekapittel. Her presenteres valg av metode, søkeprosess og kildekritikk. Her blir også funn av forskning presentert.

Etter metodekapitlet kommer et teorikapittel. Her blir det presentert teori som er aktuell for senere å kunne svare på problemstillingen.

I drøftingsdelen er det både teori og funn av forskning, og disse diskuteres opp mot hverandre. Til slutt oppsummeres funn og svar på problemstillingen.

2.0 METODE

2.1 Allmenn litteraturstudie som metode.

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012, s. 111).

Denne studien er en litteraturstudie. Dette betyr at jeg ved systematisk søk har lett etter kunnskap i relevante databaser og har anvendt faglig og nyttig litteratur som jeg etter grundig arbeid mener har vist faglig gode svar på problemstillingen.

En litteraturstudie krever kritisk vurdering av funn av artikler med tanke på kvalitet, resultat og anvendelse (Dalland, 2012).

2.2 Søkeprosess.

I søkeprosessen ble databasene **Cinahl**, **Pubmed**, **Svemed+** og **Helsebiblioteket** brukt. Manuelle søk er anvendt ved å kontakte en overlege i geriatri som har skrevet doktorgrad på mitt emne. Manuelle søk er også brukt på den måten at jeg brukte referanselisten på allerede pre-reviewed artikler.

Mine søkeord var som følger; **Suicide**, **Nurses**, **Home health care**, **Elderly**, og **Prevention**.

2.3 Kildekritikk.

Kildekritikk er den kompetansen en bør inneha for å validere den forskning og teori som man velger å anvende i oppgaven. Kildekritikk er kort fortalt evnen til å nyttiggjøre seg av metoder for å fastslå om en kilde er sann (Dalland, 2012).

Søk er gjort på anerkjente databaser som **Cinahl**, **Pubmed**, **Svemed+** og **Helsebiblioteket**.

Før jeg vurderte relevansen og fagligheten i artiklene, ble sammendraget gjennomlest for å konkludere raskt om de kunne være med på å besvare problemstillingen.

Deretter er det sjekket om de var fagfellevurdert. Jeg så etter forskning mellom år 2007-2017 da forskning av nyere dato anses som mest relevant.

Fagfelleverdert betyr at de gjennomgås av et eksperter innen det eksakte området (Dalland, 2012).

Jeg har også henvendt meg til en ekspert innen tema selvmord og eldre.

Kontakten har vært via mailkorrespondanse og jeg har anvendt manuelle søk ved å se på referanselisten til forskning utført av henne og andre.

Svakheten ved å anvende hovedsakelig artikler fra en forskergruppe kan være at problemet belyses i et smalere perspektiv. Det må påpekes at undertegnede har satt seg grundig inn i temaet ved å lese langt mere litteratur, og anser at utvalget som er valgt her gir en god bredde og er relevant for de hjemlige forhold.

Det er valgt å bruke hovedsakelig forskning fra norske forhold, da dette er noe jeg ønsker å sette fokus på og vite mer om.

Teorien fra fagbøker er hentet fra pensumlitteratur i sykepleiestudiet fra alle studieår, og det er anvendt bøker om selvmord jeg anser som faglig korrekte til å besvare problemstillingen.

Jeg har også brukt **Google Scholar** for å finne artikler som kan bidra til en helhetlig faglig besvarelse.

2.4 Presentasjon av forskning.

Tittel og årstall: When elderly people give warning of suicide (2012)

Forfattere: Kjølseth, I. & Ekeberg, Ø.

Hensikten: Den har til hensikt å kartlegge til hvem og hvordan eldre mennesker gir signaler om selvmord. Den ser på 23 selvmord begått av eldre over 65 år, og 63 personer som kjente avdøde godt ble intervjuet i etterkant av selvmordet. Her ble de spurt om eventuelle signaler den eldre ga før selvmordet og hvordan de mottok dette.

Metode: Dette er en kvalitativ studie der det anvendes intervju med personer som stod den døde nær.

Database: Pubmed

Den fant ut at selv om over halvparten av de eldre ga signaler om selvmordstanker, førte dette ikke til forebyggende eller forhindrede tiltak. Risikofaktorer som depresjon, somatisk sykdom, funksjonssvikt og manglende sosialt nettverk ga heller ikke bedre oppfølging rundt selvmordsproblematikken. De personene som stod den eldre nær, som fastlege, hjemmesykepleier, pårørende eller andre, klarte heller ikke å fange opp signalene som førte til selvmordet. Signalene ble møtt på fire måter: Ikke tatt alvorlig, hjelpeløshet, utslitthet og aksept av selvmordet. Selv om den eldre i noen tilfeller formidlet dødsønske direkte, så ble det ikke forstått. I over halvparten av de 23 selvmordene, ga den eldre signaler til nære rundt seg. De ble gitt til 11 pårørende, 5 hjemmesykepleiere og 2 fastleger. Manglende kompetanse, og at de ikke skjønnte alvorligheten i signalene, førte til at ingen tiltak ble satt i gang.

Tittel og årstall: Elderly people who committed suicide - their contact with the health service. What did they expect, and what did they get? (2010).

Forfattere: Kjølsest, I., Ekeberg, Ø. & Steihaug, S.

Hensikten: Denne studien har til hensikt å se hvordan de eldre blir møtt av helsevesenet i en selvmordstruet fase. Den ser på kvaliteten i helsevesenet og hva de eldre har forventet av denne.

Metode: Dette er en kvalitativ studie der det anvendes intervju med personer som stod den døde nær.

Database: Pubmed/manuelt søk

Den formidler at tillit er essensielt for å forebygge selvmord blant eldre som bor hjemme. De eldre er truet i sin autonomi og verdighet. De var generelt mistenksomme til den hjelp de ble tilbudt og ofte avviste de nødvendig hjelp. De manglet helt tillit til helsevesenet, ofte etter tidligere erfaringer. De hadde opplevd fremmedgjøring, og de følte seg umyndiggjort. De følte de mistet sin identitet som menneske og ble generalisert etter alder.

Tittel og årstall: Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death (2009).

Forfattere: Kjølseth, I., Ekeberg, Ø. & Steihaug, S.

Hensikten: Denne har til hensikt å finne ut om hvordan de eldre opplevde livet før de begikk selvmord.

Metode: Det er en kvalitativ studie. Det er benyttet intervju med personer som stod den eldre nær. 63 personer med tilknytning til 23 selvmord. Dette er fastleger, sykepleiere og pårørende.

Database: Pubmed/manuelt søk.

Det er delt inn i tre elementer; Den eldres opplevelse av livet, hans oppfatning av seg selv og hans befatning med døden.

De eldre føler at alt som har gitt dem mening i livet har forsvunnet. Livet blir en byrde og nå har de fått nok. De føler de har mistet seg selv, de er bare et skall ingen kan nå inn til. De har mistet sin selvrespekt og sin autonomi. De ønsker å dø og aksepterer at nå er det ikke mer liv å kjempe for.

Tittel og årstall: Effects of a late-life suicide risk-assessment training on multidisciplinary healthcare providers (2012).

Forfattere: Huh, J. T., Weaver, C. M., Martin, J. L., Caskey, N. H., O'Riley, A., Kramer, B. J.

Hensikten: Denne ønsket å se på om kunnskap kunne tillæres og da skape en bedre allianse og forebygging rundt selvmord og eldre. Sykepleiere, leger, sosialarbeidere og psykologer anvendte workshop for å øke bevisstheten rundt selvmord.

Metode: Personer fra ulike faggrupper deltok på workshop. De ble intervjuet før og etter denne for å få indikasjon på nytten av workshopen.

Database: Cinahl

En spesialdesignet workshop som ble arrangert for å øke kompetansen innen selvmord og eldre ga god effekt. Personene som deltok ble modigere i å ta fatt i temaet, de fikk bedre selvtillit, og den økende kompetansen kom de eldre til gode med bedre forebyggingstiltak. Det å kunne jobbe med eldre med kriser og selvmordstruet atferd var hovedpoenget med workshopen.

Det å sette ulike faggrupper sammen for å la dem utvikle erfaring og tverrfaglig kompetanse ga god respons hos deltakerne i den videre jobben med selvmord og eldre.

Tittel og årstall: Selvmordsforebyggende arbeid-fagfolks forståelse av kyndig praksis (2009).

Forfattere: Jessen, P. B. & Holtan, A.

Hensikten: Hensikten er å lære helsepersonell å håndtere selvmordstruede personer med mer trygghet, samt å kunne tolke faresignalene.

Metode: Her er det anvendt intervju med objekter som deltok i Vivat-kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Dette kurset har som hovedmål å lære helsepersonell å tyde faresignaler ved selvmord, kunne gripe inn og håndtere situasjonen på en trygg og selvtillitsbasert måte. 52 % av deltakere på 48 svarte ja til å delta i en fokusgruppe x4 med 5-8 deltakere. Her var hensikten å se hvordan deltakerne seg imellom kommuniserte om temaet selvmord.

Database: Munin open research archive (suicidologi).

Funnene er at det anvendes både kyndig og ukyndig praksis. Kyndig praksis er trygghet i at man ikke kan hjelpe alle, og at man ikke påtar seg ansvar hvis noe går galt. Å tilby hjelp, men tenke at mennesker selv er ansvarlig for sine handlinger. Ukyndig praksis er at hjelperen påtar seg det hele og fulle ansvaret dersom selvmord allikevel blir fullbyrdet.

Det er viktig med åpen og trygg relasjon og god kommunikasjon. Denne artikkelen har som hovedmål å se på kompetansen til helsepersonell knyttet til selvmordsforebygging. Selv etter et to- dagers Vivat-kurs ga noen av deltakerne fortsatt uttrykk for skyldfølelse over selvmord begått av pasienter de hadde ansvaret for. De var redde for å spørre pasienten direkte om selvmord, og det endte isteden med taushet og tilbaketrekking. Kurset ville sette den kyndige praksis i fokus, der hjelperen framgår som trygg, hun makter å stå i situasjonen fordi hun ikke legger alt ansvaret over på seg selv. Dette får hjelperen til å virke kompetent og får pasienten til å åpne seg.

Tittel og årstall: Older people's dependence on caregiver's help in their own homes and their lived experience of their opportunity to make independent decisions (2012)

Forfattere: Breitholtz, A.

Hensikten: Det er økende antall eldre i verden. Det trengs endringer i hjemmesykepleien da de eldre forventes å bo hjemme mye lengre. Denne studien ville se på de eldres mulighet til å bevare autonomien og ta selvstendige valg.

Metode: 12 eldre hjemmeboende mennesker ble intervjuet. De var alle avhengige av hjemmesykepleie.

Database: Cinahl

De eldre har ulike behov for autonomi ettersom hvilke personligheter de er. De må behandles som individ. Alle mennesker har ulik fortid, de er ikke en ensartet gruppe. Å være avhengig av hjelp er stressende og påvirker de eldre på en negativ måte. De resignerte og var lojale mot helsepersonell og godtok at de hadde det travelt, selv om de ikke behandlet den eldre som et individ. Studien avslutter med at helsepersonell som jobber i hjemmesykepleien må endre sitt syn på de eldre. De må respektere den eldre som et individ med selvbestemmelsesrett.

Tittel og årstall: Pasientenes beskrivelser av hjemmesykepleien når ressursene er begrenset (2009).

Forfattere: Tønnesen, S., Førde, R. & Nortvedt, P.

Hensikten: Denne studiens hensikt var å få kunnskap om pasientenes erfaringer med hjemmesykepleiens tjenester.

Metode: Kvalitative dybdeintervjuer ble gjennomført med 9 pasienter i hjemmesykepleien.

Database: Svemed+

Hjemmesykepleiens verdier trues av organisatoriske begrensninger på grunn av ressursmangel. Pasientenes verdighet blir truet. Omsorgsrelasjoner er vanskelige å bygge mellom pasient og sykepleier, og det sykepleierfaglige nivået på tjenestene reduseres. De eldre opplevde krenkelse og skyld, men noen var også fornøyde med de tjenestene de mottok.

Tittel og årstall: Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients (2016).

Forfattere: Vatne, M. & Nåden, D.

Hensikten: Hensikten var å intervju pasienter med selvmordsforsøk om deres erfaringer med helsevesenet og hva deres tanker og opplevelser om meningsfull og god hjelp bestod i.

Metode: 10 personer mellom 21-52 år, 4 kvinner og 6 menn ble spurt om de ville delta i en studie der de ble intervjuet av spesialpsykologer ansatt i akuttpsykiatrien. og i kriseteam.

Database: Manuelt søk

Hovedfunnene var at kompetanse, kommunikasjon, non-verbal og verbal, var meget viktig. Helsepersonell som anvendte håp, empati og sympati var de som nådde inn til pasientene. Det å møte selvmordtruede pasienter med følsomhet og verdighet var essensielt. Dette kunne avgjøre om pasienten valgte å ta livet sitt eller ikke. Det å inspirere til håp, tillit og ekte engasjement er helsepersonell tjent med i selvmordsforebygging.

3.0 TEORI

I dette kapittel skal jeg presentere teori som er relevant for oppgaven. Jeg velger å ikke ta for meg forskning i teoridelen, men kun teoretisk materiale funnet i fagbøker eller artikler. Dette for å systematisere besvarelsen min, da forskningsmateriale ikke er lett å oppdrive rundt temaet eldre og selvmord i Norge.

3.1 Årsaker og risikofaktorer til selvmord blant eldre.

Aldersgruppen 65 år og eldre har hatt økt hyppighet på selvmord etter 2.verdenskrig, og i nesten alle land har denne aldersgruppen høy selvmordsrate (Farberow,1999). Det å eksakt vite antall selvmord blant eldre er komplisert. Dette fordi de eldre ofte blir møtt med forutinntatte holdninger også etter sin død. Med dette menes at dødsårsaken ikke alltid blir undersøkt eller bekreftet. Det kan også være at alvorlige sykdommer kan medføre at dødsårsaken blir tillagt alvorlighetsgraden av den gamles sykdom (Farberow,1999).

Hvorfor ser vi annerledes på eldre og selvmord? Det er kanskje fordi redselen for en alderdom der funksjonssvikt og avhengighet er skremmende for de fleste, og at det medfører en slags aksept for handlingen den eldre begår.

Forskning viser at de eldre hadde grunnleggende angst før selvmordet. Denne angsten hadde innhold av frykt for tap av egenomsorgsevne og selvbestemmelse (Kjølseth, Ekeberg & Steihaug, 2010). De følte identitetstap og at håpet for en bedre hverdag var borte. De stod ved "the turning point" i en prosess der livet måtte ende i døden og dens befrielse (Crocker & Evans, 2006).

Når det gjelder det sosiologiske perspektivet, kan selvmord settes i sammenheng med hvilket samfunn den eldre lever i, hvilken status de eldre i samfunnet innehar, og hvilken grad av respekt de gis (Kjølseth, 2014). Det å tilhøre et samfunn og oppleve en sterk og trygg identitet betyr mye for et menneske, om man er ung eller gammel. Når de eldre begynner å føle at de er en byrde for familien og samfunnet generelt, er det noe feil med vårt syn på alderdom. De eldre kan også ha tap av nære pårørende og miste sin sosiale rolle, og de kan få sykdom som hemmer livsutfoldelsen.

I et psykologisk perspektiv kan aldersforandringer bidra til økt selvmordsfare. Forskning viser at med økende alder skjer det en nedgang i kognitive funksjoner. Dette er spesielt relatert til hukommelse og former for problemløsning. Et paradoks i dette er at emosjonelle reguleringer også kan bedres med årene, og negative følelser minskes og positive forsterkes. Dette bidrar til at hukommelsen relatert til positive minner blir bedre og bedre. Dette kalles ”positivity effect”
 De eldre selvmordsutsatte hadde imidlertid vanskelig for å regulere positive tanker og nyttiggjøre seg disse. De hadde heller ikke mange gode minner fra barne- og ungdomstid, og kunne ikke heller ikke tenke fremtidsrettet i en positiv vinkling (Kjølseth, 2014).

Somatisk sykdom med påfølgende funksjonssvikt, depresjon, isolasjon, ensomhet og belastninger i livet er andre faktorer som utgjør en selvmordsrisiko hos eldre over 65 år (Kjølseth, 2014).

3.2 Kommunikasjon.

Uten kommunikasjon står hjelperen uten verktøy for å bygge en bro over til den andre. Språket og dets betydning er essensielt for å skape en relasjon med tillit, åpenhet og trygghet. Sykepleieren i sin rolle som profesjonell skal møte pasienten på en bekræftende, oppmuntrende og styrkende måte (Eide & Eide, 2010).

Her kan kommunikasjonsferdigheter anvendes. Diktet til Stein Mehren omfavner dette ;

*Langt inne i språket, syv stemmer
 Innenfor den stemmen vi tror vi kjenner
 finnes det ord som er så såre at vi skjelver når vi bruker dem.
 Som når en fugl, med lette vinger
 stryker over en munn som forsøker
 å rykke selve sorgen opp med roten
 ved å si de aller enkleste tingene (Eide & Eide, 2010, s.32)*

Omsorg er tittelen til dette diktet. Det sier noe om kommunikasjon som innebærer vilje og ønske om å innstille seg på den andre, være lyttende, være til stede, men også

være tilstede i seg selv, inneha trygghet for å makte å ta imot hva den andre sier, selv om det innbefatter vonde og sterke følelser og tanker (Eide & Eide, 2010). I forhold til møtet mellom den eldre med selvmordstanker og sykepleieren, er tryggheten og empatien hos sykepleier viktig for å makte å stå i ensomheten og angsten den eldre føler.

3.3 Relasjonsbygging.

Det er essensielt at sykepleier har evne til å forstå hva pasienten formidler både verbalt og non-verbalt. Dette igjen fordrer at sykepleier har utviklet ferdigheter som blant annet evne til å styre og veilede i samspillet med pasienten, evne til å tie stille og vente når det er nødvendig og evne til å evaluere ens egen deltakelse i samhandlingen (Travelbee, 1999).

Sykepleier bruker seg selv terapeutisk i en livslang læringsprosess, ved bruk av erfaringsbasert kunnskap (Eide & Eide, 2010).

Eldre mennesker må bli møtt med følelsen av å kunne *være* den personen de er, kjenne seg betydningsfull og ikke generaliseres inn i en gruppe fordi de er i høy alder. Her har sykepleier ansvaret for å møte pasienten med respekt, understøtte identiteten, finne pasientens ressurser og gi ham støtte og hjelp til å utnytte disse (Berg, 2014). Dette kan skape en god og fruktbar relasjon, og i selvmordsforebygging er relasjon det viktigste.

3.4 Aldring.

3.4.1 Fysisk aldring.

Aldring i seg selv er ingen sykdom. Alle arter har en maks oppnådd levealder. Kroppen gjennomgår naturlige aldersforandringer og det oppstår økt risiko for sykdommer. Kroppen endrer også sammensetning. Det kan innebære økt fettandel med 30-45%. Dette er viktig å vite i forhold til opptak av legemidler, da fettoppløselige legemidler bindes og gir sterkere effekt (Mensen, 2010). Huden blir tynnere og mindre elastisk. Nyrefunksjonen minsker til 70 % etter fylte 70 år. Smaksfølelsen svekkes og tennene endres. Hjernens størrelse reduseres i størrelse grunnet tap av nevroner og hjertet blir mindre effektivt. Muskel-og beinmasse reduseres grunnet at hver muskelcelle blir mindre, og opptaket av kalsium reduseres (Mensen,

2010). Dette har betydning for kroppens yteevne. Alt dette gjør den eldre mer fysisk sårbar.

Det er imidlertid viktig å ikke fullstendig generalisere dette, da eldre mennesker er individuelle både i kropp og levemåte, samt at de innehar ulike genetiske forutsetninger.

3.4.2 Psykologisk aldring.

Sosialgerontologi er læren om sosial og psykologisk aldring, og hva dette innebærer i et samfunnsperspektiv (Thorsen, 2010). Hvordan vi ser på aldring i et helhetlig bilde og hvordan vi skal gripe det an. Hvordan skal vi legge til rette for en god alderdom?

Jeg nevner nå tre teorier;

Eriksons utviklingsteori;

Alderdommen er en egen livsfase. Han ser på menneskets evne til å samle erfaringer på en tilpasningsdyktig måte og anvende dette til noe positivt i den fasen man er i. Han deler inn livet i faser, og alle fasene skal mestres på en god og akseptabel måte. Dette kaller han egointegritet (Thorsen, 2010). Fasene består av: Spedbarnsfasen er grunnleggende tillit versus mistillit. Tidlig barndom er autonomi versus tvil og skam. Førskolealder er initiativ versus skyldfølelse. Skolealder er arbeidsevne versus mindreverd. Ungdomstiden er identitet versus rolleforvirring. Tidlig voksen alder er intimitet versus isolasjon. Voksen alder er generativitet versus stagnasjon. Til slutt moden alder som er egointegritet versus fortvilelse. Her mener Erikson at alderdommen kan innebære å akseptere livet som det er blitt, mens fortvilelsen er motsatsen, når personen ikke takler livet (Thorsen, 2010).

Sosiologen Elaine Cumming og psykologen William Henry lanserte i 1961

Tilbaketrekningsteorien;

Den viser til at alderdommen innebærer en naturlig prosess med å trekke seg tilbake, og at samfunnet er med på å forsterke denne kraften. Samfunnet og den gamles naturlige handling i å forberede seg til døden, gi plass til yngre krefter (Thorsen, 2010). Samfunnet er med på dette, med blant annet pensjonering og aldersgrenser. Mange eldre har lyst og evne til å jobbe lengre, men de blir hindret i avtaleverket angående alder (Kjølseth, 2014). Teorien fremhever at de eldre skal inneha ro og ettertanke og viser også til barrierer mot samfunnsdeltakelse (Thorsen, 2010). Når

eldre går ut av jobb, enten frivillig eller ikke, havner de naturlig nok utenfor både læring og integreringen i samfunnet (Kjølseth, 2014).

En annen teori; *Aktivitetsteorien* mener at verdier må opprettholdes i synet på de gamle.

Dette er ikke en standardisert teori, men en måte å tenke på i forhold til de eldre i samfunnet.

Den mener blant annet at aktivitet er viktig, den forkaster en passiv og tilbaketrukket alderdom. Den fremhever aktivitet og deltakelse. Samfunnet bør oppfordre til denne teorien ved å sette mer fokus på vilkårene for en alderdom der de eldre kan delta og inneha en posisjon der de kan bidra og føle seg verdifulle (Thorsen, 2010).

3.5 Lovverk og retningslinjer.

De gamle må behandles på lik linje med den øvrige befolkningen. De innehar den samme verdigheten både som individ og pasient. I de yrkesetiske retningslinjer står det at respekt for pasientens integritet og verdighet skal ivaretas (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Det står ikke noe om aldersgrenser eller noe annet for den gamle pasienten. Det er lovverk og retningslinjer som styrer eldreomsorgen, men den gamle må bli sett som et menneske med fortid og nåtid. De er ikke en ensartet gruppe, men individer på lik linje med alle andre mennesker.

3.5.1 Pasient-og brukerrettighetsloven (1999).

Denne loven skal bidra til å fremme tillitsforhold mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme trygghet og ivareta integritet, respekt og menneskeverd. Implisert i denne ligger det en sterk grad av selvbestemmelsesrett hos pasienten. Det står i loven at;

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbudet (1999).

3.5.2 Helse-og omsorgstjenesteloven (2011).

Denne lovens formål er å forebygge, behandle og tilrettelegge til fremme for mestring av sykdom, skade og funksjonsnedsettelse.

Loven skal bidra til likeverd og likestilling og den skal sikre at den enkeltes verdighet og integritet blir beholdt ved utøvelsen av helsetilbudet.

Den gjelder ved helse-og omsorgstjenester som tilbys av kommunen.

Den skal også tilby velferd-og aktivitetstiltak til eldre, barn og funksjonshemmede ved behov.

Forskrift om individuell plan.

Denne planen skal tilbys alle med behov for langvarige helse-og omsorgstjenester.

Denne forskriften ligger under helse-og omsorgstjenesteloven (2011).

Den skal inneholde opplysninger om pasientens ressurser, behov og mål.

Den skal også inneholde føringer for tverrfaglighet og hvordan tiltakene skal gjennomføres for å nå de målene som er beskrevet.

3.5.3 Helsepersonelloven (1999).

Helsepersonell må yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Her er helsepersonellens faglige kvalifikasjon viktig.

Dette betyr at man ikke skal gå ut over sin kompetanse, men da søke bistand fra annet kompetent helsepersonell.

Helsepersonell er også pliktige til å holde seg oppdaterte, til å utføre kunnskapsbasert praksis.

Dette innebærer å søke etter forskning hvis man ønsker å holde en faglig god kvalitet som sykepleier, erfaringsbasert kunnskap som betyr at ved erfaring tillærer man seg en trygghet, og til slutt brukermedvirkning, det vil si trekke inn pasienter og brukere i sin kompetanseutvikling.

3.5.4. Verdighetsgarantien (2010).

Denne forskriften har som formål å sikre en meningsfull, verdig og trygg alderdom. Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten skal legge til rette for at individuelle behov samsvarer med en tilværelse preget av individualisme og respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett.

Helsepersonell skal også tilby samtaler om eksistensielle spørsmål.

3.5.5 Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (2014-2017).

Denne handlingsplanen skal tjene som et hjelpemiddel i å forebygge selvmord i årene fremover. Den bygger på tidlig intervensjon, og har som formål å være et ledd i forebygging på de arenaer hvor selvmordutsatte mennesker lever.

Den sier også noe om kunnskapsbygging, både blant tjenesteapparat og blant strategier og tiltak.

Selvmondsforebygging er både på individ- og samfunnsnivå, og handlingsplanen er delt inn i delmål: God psykisk helse og mestring i befolkningen, redusert forekomst av selvmord og selvskading i risikogrupper og god oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte (Helsedirektoratet, 2014).

Når forskning viser at de eldre er i en risikogruppe, så er det av stor betydning at dette i årene fremover blir tatt tak i. Norge er tjent med et kunnskapsbasert tjenesteapparat som virkelig satser på de grupper der selvmordsfaren er påtakelig.

Gruppen eldre vil vokse i årene fremover, så dette er et satsingsområde regjeringen forhåpentlig setter høyt på dagsplanen.

3.7 Joyce Travelbee.

3.7.1 Samhandling og sykepleierens ansvarsområde.

En trygg relasjon fordrer god og gjensidig kommunikasjon. Dette er et av Joyce Travelbee`s moment i hennes syn på sykepleie.

Jeg velger å anvende hennes teori innen sykepleie fordi hun ser på de mellommenneskelige aspektene. Hun ser på enkeltindividet som noe verdifullt, og hun påpeker at sykepleier skal forstå pasienten ved bruk av dyp innsikt og ekte empati. Hun har anvendt ordet ”endringsagent” om sykepleierrollen. Det vil si at sykepleier i samhandlingen med pasienten skal omforme negative faktorer til positive. Joyce T. mener pasienten kan oppleve å være i en situasjon der mangel på håp og mening er fremtredende. Dette innbefatter at sykepleier må bruke seg selv terapeutisk og etablere et likeverdige menneske-til-menneske forhold. Sykepleier må også prøve å gi pasienten hjelp til å få tilbake håpet, og at han aksepterer sin sårbarhet som menneske (Kristoffersen, 2011).

Kommunikasjonsferdigheter er et viktig verktøy her. Kommunikasjon er ifølge Travelbee essensielt i å bygge et menneske-til-menneske-forhold. Hun mener at å anvende kommunikasjon bygger relasjoner og tillit mellom pasient og sykepleier. Her kan pasienten fritt snakke, og sykepleier kan bidra til en åpen og trygg kommunikasjon. Sådan kan sykepleier planlegge og utføre den behandling pasienten trenger (Kristoffersen, 2011).

Hun har sagt dette;

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lindre, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene (Kirkevold, 2009).

Joyce T. kategoriserer lidelse i ulike grader. Den jeg vil nevne er pasientens opplevelse av lidelse som går over til en ”fortvilt ikke bry seg” fase til terminal ”apatisk likegyldighet” fase. Disse mener Joyce T. er faser som utfordrer sykepleier i en mellommenneskelig ”øyeblikkelig-hjelp-situasjon”. Likegyldigheten over tilstanden og den apatiske væremåten hos pasienten kan ende fatalt (Kirkevold, 2009).

Joyce T. fremholder at det er av stor betydning at sykepleier kan hjelpe og støtte pasienten i det å finne mening i livets ulike utfordringer.

Pasienten kan inneha disse spørsmålene:

Hvorfor skjedde dette? Og; hvordan skal jeg overleve dette?''.

Spørsmålet; hvorfor meg? er innebygget i disse. Det siste spørsmålet peker på vanskeligheter for pasienten å akseptere livet som det er blitt. Følelsen av nederlag, selvmedlidenhet og fortvilelse kan lett eskalere i depresjon, selvhat og en uutholdelig livsfølelse (Kirkevold, 2009).

Når det gjelder å etablere god og tillitsfull kontakt med pasienten har Joyce T. beskrevet dette i fem faser:

Det første møtet. Her er pasient og sykepleier ukjent for hverandre. De er påvirket av generalisering. Sykepleier ser på pasienten som pasient og ikke individ, og pasienten har sin oppfatning av sykepleieren som rolle. Her må sykepleier makte å utvikle syn på pasienten som et unikt individ (Kristoffersen, 2012).

Fremvekst av identitet. Her vil både pasienten og sykepleier prøve å se på hverandre som individ, ikke stereotyper (Kristoffersen, 2012).

Empati. Her må sykepleier kunne sette seg inn i pasientens ståsted uavhengig av om hun liker ham eller ikke. Det er i situasjoner der empati er fremtredende, at nærhet og kontakt kan oppnås, mener Travelbee. Her er sårbarheten til pasienten viktig å respektere. Sykepleier må ikke oppføre seg slik at pasientens tillit blir sviktet (Kristoffersen, 2012).

Travelbee definerer empati som å forsøke å forstå et individ, evnen til å nå inn til mennesket. Her presiserer hun at sykepleier må inneha en viss distanse, hun skal ikke tenke og føle som pasienten, men makte å involvere seg slik at hun kan forstå pasientens psykologiske ståsted (Eide & Eide, 2010).

Sympati og gjensidig forståelse og kontakt. Her mener Travelbee at sykepleier må føle den andres ubehag og oppriktig ville hjelpe. Sykepleier er engasjert i personen og ikke bare i pasienten.

Hun mener sympati er et resultat av den empatiske prosessen. Sympati er en ekte følelse av å ville oppriktig hjelpe pasienten og bidra med dette aktivt.

Gjensidig forståelse er en fase der sykepleieren oppriktige ønsker å hjelpe pasienten, og at dette gir resultater. Hun utnytter sine kunnskaper og ferdigheter med tiltak til det beste for pasientens ve og vel (Kristoffersen, 2012).

3.7.2 Håp og håpløshet.

Travelbee mener at smerte og lidelse er uunngåelig i et menneskes liv. Sykepleier skal hjelpe pasienten og hans familie til å finne mening i disse lidelsene. Hun nevner også at sykepleier skal hjelpe et samfunn med å forebygge sykdom og lidelse (Kristoffersen, 2011). Sykepleier må prøve å implementere mening i livet hos pasienten når hans egne ressurser ikke strekker til. Det er da ordet håp kan anvendes. Håp om hjelp fra andre når meningsløsheten har tatt overhånd. Travelbee anvender ordet håp i sin teori.

Hun begrunner dette med at har en person håp, kan tilværelsen bli mindre uutholdelig, og at et menneske søker etter mening i møte med lidelse.

Håp gir valgmuligheter, som igjen gir følelsen av autonomi og frihet (Kristoffersen, 2011).

Her presiserer hun at ønskene knyttet til håp må være realistiske og oppnåelige. Dagdrømmer er noe hun verdsetter at pasienten kan inneha.

En sykepleiers oppgave må være å bidra til å gjenvinne håp hos pasienten, unngå følelsen av håpløshet (Travelbee, 1999).

Det er viktig at sykepleier lytter og bekrefter den andres syn på livet. Samtidig må sykepleier bidra til at pasienten endrer syn på sin dødslengsel, hun må være en bærende støtte i endringsarbeid. Hun må bruke forståelse, medfølelse og aksept i sin måte å formidle på. Sykepleier må signalisere at hun takler pasientens motløshet og desperasjon, dette kan bidra til at pasienten føler seg verdifull og sett. Respekt er viktig i relasjonen mellom sykepleier og en selvmordtruet pasient (Lorentsen, 2009). Kraften i ordet håp må ikke undervurderes, selv om pasienten er gammel og ikke har noen framtidsutsikter. Håp forbindes ofte med framtiden, men knyttes dette mot identitet og opplevelse av mening, og så settes i sammenheng med pasientens livsløp, kan selvmordsatferden lettere forstås (Vråle, 2009).

Joyce Travelbee mener at hvis pasienten innehar sterk grad av håpløshet, mestrer han ikke å løse vanskeligheter eller problemer (1999). Grunnen til dette er at han har gitt

opp og har en tro på at det er umulig å skape endringer eller at det eksisterer valgmuligheter. Pasienten har ikke tro på at det fins hjelp, og selv om noen prøver å gi ham håp motsetter han seg disse. Pasienten føler seg fanget i en felle: "Entrapment" teorien. Pasienten vil da innta en holdning som; "Ikke bry deg" og total negativitet og apati (Travelbee, 1999).

Jeg har i dette avsnittet anvendt ordet pasient, men til forsvar for Travelbee sin teori så liker hun ikke ordet pasient, hun mener pasient-begrepet sletter ut mennesket som individ. Jeg har allikevel valgt å bruke ordet pasient for å forenkle min besvarelse.

4.0 DRØFTING

Med bakgrunn i gjennomgått litteratur og forskning, vil jeg i dette kapittelet prøve å svare på problemstillingen min. Jeg vil anvende funn fra forskning, og fra litteraturen i del 3.0. Jeg vil også bruke egne erfaringer og tanker i drøftingen. Jeg ønsker å se på hvorfor eldre begår selvmord, hvilke signaler de gir i forkant og hvordan dette blir

mottatt. Jeg vil så drøfte dette mot hva sykepleiers rolle i å forebygge dette innbefatter.

Her trekker jeg inn tillit, håp, empati, kommunikasjon og relasjonsbygging.

Så diskuterer jeg tverrfaglighet, pårørende sin rolle, kompetansebygging, og til slutt alderdommens forutsetninger i dagens samfunn.

4.1 Årsaker til selvmord.

Det kan være flere og ofte sammensatte grunner til at eldre begår selvmord.. De kan lide av depresjon, somatisk sykdom, funksjonssvikt, sosial isolasjon, og aldersrelaterte eksistensielle utfordringer (Kjølset, Ekeberg & Steihaug, 2010).

Det er viktig at sykepleier kan gjenkjenne faresignalene og innehar handlingsverktøy for å kunne hjelpe og finne løsninger til eldre med denne problematikken.

Det er viktig å kunne skille mellom årsakene til selvmord for å lettere kunne sette inn tiltak.

Hvorfor noen holder ut livet og andre velger selvmord har med personlighetstrekk å gjøre.

Funn peker i retning av at selvmordsutsatte typisk er rigide i sitt tankemønster og i liten grad innehar fleksibilitet (Kjølseth, 2014).

Flere studier viser også at eldre med selvmordsatferd i stor grad har sterk autonomi og selvbestemmelse, og har en lukket personlighet. Med dette menes at de ikke evner helt å åpne seg, selv ved sterk mistanke om selvmord og ved direkte spørsmål fra de som står den eldre nær (Kjølseth & Ekeberg, 2012). De mangler også egointegritet.

Med dette begrepet menes at livet er levd og leves på en god og akseptabel måte (Thorsen, 2010). Her må det nevnes at selv med sterk grad av egointegritet kan inneha selvmordstanker og atferd. Ved alderdom, ensomhet og sykdom kan de ha mistet mye livskvalitet i forhold til å ha hatt et rikt og trygt liv (Kjølseth, 2014). Et godt liv kan i dette perspektivet gi større fallhøyde.

Hvorfor begår noen eldre selvmord og andre ikke? Dette kan ha med tilpasning, evnen til å ta imot hjelp, se at det kan nytte og ikke inneha like sterk grad av autonomi som eldre som begår selvmord. Det har, kort beskrevet, noe med karakteristika av personlighet, trygghet og det å makte å underkaste seg et system man ikke innehar kontroll over. I følge Kjølseth (2014), er det viktig at eldre med selvmordsatferd blir

satt mer i søkelys, at helsepersonell innehar kompetanse om dette, og at samfunnet i seg selv verdsetter og viser respekt for eldre mennesker og deres livserfaring.

Nå vil jeg ta for meg ulike grunner til selvmord blant eldre;

Depresjon er et klart signal om at personen kan være i faresonen for å begå selvmord.

Det er tidligere i oppgaven nevnt at eldre kan oppleve at negative følelser minskes med årene, og at den emosjonelle reguleringen bedres (Kjølseth, 2014).

Samtidig skjer det en rekke biologiske aldersendringer i kropp og hjerne hos de eldre, som kognitive forstyrrelser, somatisk sykdom og funksjonssvikt. Tap og savn av sosial støtte er også ofte belastende. Dette taler imot at alderdommen gir gode betingelser. Den kan innebære utfordringer for et menneske som tidligere har hatt et aktivt, rikt og levende liv. Når sykdom og ensomhet tar styring over livsbetingelsene, kan depresjon bli en konsekvens. Det må imidlertid nevnes at også store deler av den øvrige massen eldre innehar de samme risikofaktorene som hos dem som begikk selvmord. Når det gjelder depresjon, kan eldre ha atypiske symptomer på dette, og ikke vise de mest typiske tegn. Dette kompliserer diagnoseutredningen, og selv om sykepleier innehar nok kunnskap, er det ikke lett å utrede. Forskning viser også at få av de eldre som begikk selvmord hadde depresjon som utgangspunkt (Kjølseth, Ekeberg & Steihaug, 2010).

Forutinntatte holdninger til eldre kan bidra til at man mistolker signaler som indikasjoner på aldring. Depresjon kan bli sett på som normalt hos eldre grunnet uvitenhet om alderdom, og kan ende i konklusjon på at selvmord er rasjonelt og akseptabelt (Farberow, 1999). Kan det også være et problem at helsepersonell og andre som står den eldre nær ikke tør ta fatt i problematikken? Men som nevnt ovenfor er det ikke lett å vurdere depresjonstilstander hos eldre. Mange helsepersonell har uttalt at de eldre hadde vært triste over tilstanden livet hadde brakt dem; de ønsket å leve, men følte håpløshet over fremtiden. Dette kan tolkes som at oppfatningen av egen livssituasjon hadde en realitetsvurdering som var ekte og ikke influert av depresjon. Depresjon kan altså også være en måte å tilpasse seg livet her og nå på, og at den eldre ikke orker å inngå kompromiss med livets tilstand. Han mister troen på et bedre liv (Kjølseth, Ekeberg & Steihaug, 2010).

Somatisk sykdom og funksjonssvikt er også faktorer som kan svekke livsappetitten.

Det er lett å identifisere seg med håpløsheten og angsten ved å bli hjelpeløs og avhengig av andre.

På dette området kan det være lettere for utenforstående og føle på den eldre sin angst for fremtiden og den hjelpeløsheten han måtte føle. Det er enkelte sykdommer som medfører større grad av selvmordsfare. Eksempler på dette er sykdommer for fører til synstap, tap av bevegelse og kroniske smerter (Kjølseth, 2014).

Nå må det nevnes at den eldre "sense of coherence" er av betydning her. Det betyr at menneskets holdning til nye situasjoner gir ulike tilnæringsmåte til sykdom (Walseth & Malterud, 2004). Her er det viktig at sykepleier kjenner til pasientens forhistorie for bedre å vurdere hans pågangsmot og kraft. Det er vanlig at pasienter kan inneha en følelse av nederlag og tanken på at: hvorfor skjedde dette meg? Joyce Travelbee mener dette er naturlige følelser som alle kan ha, og at sykepleier her må bygge opp pasientens tro på at ting kan endre seg. Her er det viktig å ikke bygge "luftslott", men gi pasienten realistiske forhåpninger og tro på endring (Kristoffersen, 2011).

Mennesker har en innebygd autonomi som knytter seg til vår individualitet, og det kan være svært fremmedgjørende å miste denne verdien. Det at eldre mister autonomien gjør selvmordet mer forståelig for folk, enn for eksempel selvmord blant yngre som opplever sykdom. Det er mer naturlig for de yngre å kjempe for livet, de har en fremtid, mens de eldre påtaketlig ikke har det (Kjølseth, 2014). Her kan det diskuteres om fremtidshåp er det eneste som kan gjøre livet bedre her og nå. Man må se på det enkelte individ for å finne et svar.

Selve oppfattelsen og opplevelsen av å ha en sykdom er ulikt fra person til person.

Her er også den enkeltes relasjon til helsepersonell av stor betydning. Når man trenger hjelp for å klare seg i hverdagen, er det ekstra viktig at helsepersonell er oppmerksom på trygghetsskapende relasjonsbygging. Har den eldre tro på at hjelp nytter og tar imot med åpne armer, kan dette bidra til et godt samarbeid.

Når forskning imidlertid viser til at individuell omsorg i hjemmetjenesten ikke er tilstede grunnet tidsaspektet, kan dette gi utfordringer hos sykepleier ansatt i hjemmetjenesten (Tønnesen, Førde & Nortvedt, 2009). Dette kan gå ut over den eldre sin opplevelse av å kunne få hjelp ut over de programfestede rutinene. En annen studie viser til at selvbestemmelsen hos den eldre som mottar hjemmesykepleie ikke

er av det beste. Hvordan den eldre ser på dette kommer an på personlighet og evnen til tilpasning (Breitholtz, Snellman & Fagerberg, 2011).

Dette tilsier at forbedring innen hjemmesykepleie angående det å respektere pasientens grad av selvbestemmelse må til.

De ansatte trenger kunnskap om dette, det trengs viten om person-sentrert omsorg (Breitholtz, Snellman & Fagerberg, 2011).

Mange eldre opplever stor grad av ensomhet. Denne følelsen kan være altoppslukende, og den eldre kan helt miste livsappetitten.

Her må sykepleier inneha nok kompetanse for å sette seg inn i problemstillingen og behandle den selvmordtruede som et individ og ikke som en gruppe. I følge en studie er kompetanse blant helsepersonell manglende når det gjelder selvmord og forebygging (Jessen & Holtan, 2009). Det trengs kompetansebygging for å kunne mestre og takle problematikken.

4.2 Sykepleierens rolle i kompetanse for forebygging.

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund, 2011). Uttrykket; *det usagtes magi* startes dette avsnittet med (Vråle, 2009). Dette fordi å gi pasienten rom for tankedeling, og at den andre gjenkjenner dette og kan gi kraft tilbake. Den kraften kan bestå av omsorg, respekt, tillit og empati.

Forskning viser til at selvmordtruede har stor nytte av engasjement fra helsepersonell som kan inspirere dem til håp (Vatne & Nåden, 2016). Hva håper den eldre på, og hvordan kan sykepleier møte forhåpningene? Det kan være ulikt fra person til person, og fra store håp til små håp. Det er kanskje korrekt å gjette på at den eldre med selvmordstanker har håp om omsorg og en god dag (Torbjørnsen, 2010).

Eldre generelt kan ha positivt syn på livet grunnet et reflektivt og fortidsrettet perspektiv. Når forskning viser til at eldre som begår selvmord ofte har en barndom og fortid preget av svik og hardt liv, er det retrospektive heller ikke nødvendigvis et trygt landskap. De er også typisk beslutsomme og innehar en altoppslukende stahet på grunn av livets forutsetninger (Kjølseth, Ekeberg & Steihaug, 2010). Dette kan komme til syne når de trenger hjelp. De mistror helsevesenet og autonomien er meget sterk. De har i en viss grad rett i sine antagelser om at hjelpen de mottar ikke er av

beste karakter En studie viser til at tidsknapphet påvirker samhandlingen mellom pasient og sykepleier (Tønnesen, Førde & Nortvedt, 2009).

Det kan komplisere arbeidet til sykepleieren, da det ikke alltid kan være like lett å identifisere selvmordsatferd i forhold til aldersrelaterte endringer og livsmønstre.

Forskning viser at mange av de eldre prøvde å gi signaler før de begikk selvmordet, men at de hadde vanskeligheter med å nå inn til mottakerne av disse signalene (Kjølseth & Ekeberg, 2012). Signalene var blant annet disse;

De eldre snakket om døden over en tidsperiode, og fortalte at de ønsket å dø. De argumenterte over disse ønskene og noen eldre i studien hadde vist frem våpen og ammunisjon som de ytret behov for at dette ble tatt i fra dem. Dette viser at de også uttrykker redsel over sine egne tanker og ønsker om døden. Flere eldre i studien har døden som samtaleemne og noen sier direkte ut at; ”Jeg kommer til å dø snart” (Kjølseth & Ekeberg, 2012). Hvorfor blir ikke disse direkte signalene tatt seriøst blant pårørende og helsepersonell? Ser vi på dette som naturlig for eldre; at de i denne livsfasen mentalt forbereder seg på døden? Har dette noe med at eldre ikke blir tatt like mye på alvor som de yngre?

Forskning viser at eldre med selvmordstruet atferd er generelt skeptiske til helsevesenet og avviste hjelp (Kjølseth, Ekeberg & Steihaug, 2010).

En annen forskning viser også til at eldre som mottok hjemmesykepleie opplevde følelsen av krenkelse og at deres individuelle behov ikke ble tatt hensyn til (Tønnesen, Førde & Nortvedt, 2009). I følge Travelbee er det å behandle pasienten som et unikt individ meget viktig (Kristoffersen, 2011). Paradokset ligger i at for å forebygge selvmord hos eldre hjemmeboende er tidsaspektet av stor betydning. Å bli kjent med og forstå den eldre tilstrekkelig godt til å sette inn de rette selvmordsforebyggende tiltak kan ta tid. Er sykepleierens tid for knapp kan kommunikasjonen og observasjonene bli av dårligere karakter. Den eldre kan også lide under dette, og få forsterket håpløshetsfølelsen.

Når forskning viser til at karakteristika hos eldre med selvmordstruet atferd er mistenksomhet, samt sterk grad av autonomi og avvisende atferd, er tidsaspektet av større betydning. Dette er ikke mennesker som åpner seg lett, og sykepleier må innta en tillitsbyggende holdning og vise empati og forståelse (Kjølseth & Ekeberg, 2012).

Når det gjelder eldre er håp ikke alltid rettet mot fremtiden, men om her og nå. Det er helt essensielt at samtalepartner forstår ensomhetsfølelsen i selvmordstanken og gir pasienten tro på at han ikke står alene i dette.

Sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot til pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011). Her kan non-verbal kommunikasjon være av stor betydning i skapelsen av en trygg og tillitsfull relasjon.

Forskning viser til viktigheten av kroppsspråk (Vatne & Nåden, 2016).

Grunnleggende her er å sitte ned når man samtaler med den eldre, og våge å se den eldre inn i øynene. En annen studie viser til at de mest karakteristiske trekkene ved eldre med selvmordsrisiko, er uvilje og motstand mot tett involvering og det å utlevere seg selv. De stoler ikke på helsepersonell, og denne reservertheten i emosjonelle uttrykk kan også skape problem for sykepleier som ønsker å hjelpe ham (Kjølseth, Ekeberg & Steihaug, 2009). Her må sykepleier opptre med kløkt og ”invitere seg selv inn”. Det er naturlig å føle usikkerhet i en slik situasjon, og det må ikke skapes en kunstig situasjon der sykepleier opptrer som ”verdensmester”. Naturlig ydmykhet er bra, dette skjærper sykepleiers sanser, og hun tenker over sine handlinger.

En arbeidsmetode sykepleier kan anvende er veiledet selvbestemmelse. Denne arbeids- og kommunikasjonsmetoden kan styrke pasientens opplevelse av autonomi. Det forutsetter at pasienten kan ta selvstendige beslutninger om eget liv. Her kan det utvikles, i samarbeid med pasient og sykepleier, konkrete mål og tilgang til tjenester ved bruk av arbeidsark. Dette gir pasient og sykepleier gode arbeidsbetingelser der likeverd og individualitet står høyt (Kirkevold, 2010). Vil her nevne viktigheten av at sykepleier husker på det pasienten har fortalt ved neste møte. Et arbeidsark fungerer kun hvis sykepleier viser at hun bryr seg og virkelig ønsker å hjelpe.

Dan McAdams, en amerikansk psykolog har sagt dette:

”If you want to know me, you must know my whole story, for my story defines who I am” (Kjølseth, 2014, s 118).

Disse ordene kan være en veiviser for videre kommunikasjon med den eldre. Det å kjenne til livshistorien kan bidra til ekte og fruktbar kommunikasjon (Kjølseth, 2014). Dette, sammen med kunnskap om selvmord, vil være viktig i videre relasjonsbygging. Sykepleier må våge å spørre den eldre om selvmord, og kjenne til hvordan hun skal opptre ut ifra de svarene hun får. Forskning viser til at kompetanse knyttet til selvmordsforebyggende arbeid er meget viktig for å makte å stå i det.

En studie viser til at workshop der sykepleiere, sosialarbeidere, psykologer og leger sammen utveksler kunnskap og erfaringer bidrar til bedre forståelse og selvtillit i arbeidet med eldre og selvmord (Huh, Weaver, Martin, Caskey, Riley & Kramer, 2012).

Sykepleieren har tendens til å utforme sin omsorg og pleie etter den innsikt og ekspertise hun har tilegnet seg (Kirkevold, 2010). En sykepleier har sagt dette: *”Det går an, faktisk, å vandre noe sammen med dem, og lytte til de og være i lag....jeg tror det er dette med å våge å hive seg ut på uten å vite om man er svømmedyktig, det kreves den en del mot på”* (Jessen & Holtan, 2009).

Her er trygghet hos sykepleier viktig, og trygghet dannes av erfaring og teoretisk kunnskap. Det å kjenne til samtalens betydning for å føle seg sett, hørt og bekreftet. Hvis man opptrer med uvitenhet og blir redd for å trå feil, kan det ende med at de riktige spørsmålene ikke stilles. Det å kun anvende taushet eller ikke tørre å stille direkte spørsmål kan være en konsekvens av dette (Jessen & Holtan, 2009).

En annen studie viser også til at åpenhet og bruk av direkte spørsmål får mottakeren til å forstå realitetene. Taushet kan også være innbringende i samhold med selvmordutsatte, da er det viktig at tausheten har en ro og noe ekte over seg. En pasient har sagt dette:

”It is very nice, you feel it, even if the do not talk about it, it is still somehow present in the spirit an in actions...the way in which I was received made me calm” (Vatne & Nåden, 2016).

I følge helse-og omsorgstjenesteloven (2011) skal det sikres at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og til å ha en meningsfull tilværelse. Og i følge verdighetsgarantien (helse-og omsorgsdepartementet, 2010), skal eldreomsorgen tilrettelegges slik at det bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.

I arbeid med eldre og selvmord i hjemmesykepleien kan tid være en hindring i et slikt samarbeid. Funn peker i retning av at individet og dets verdighet ikke blir ivaretatt fordi helsearbeidere jobber under stress (Breitholtz, Snellman & Fagerberg, 2011).

Hvordan kan eldre med selvmordstanker i det hele tatt make å se for seg en fremtid, i en tilstand av fullstendig mangel på å kunne ta egne valg siden systemet er blitt slik? Det som kan avhjelpe er at den eldre får mulighet til å bli kjent med en fast sykepleier som kommer til hjemmet hans, dette å kunne bygge opp en tillitsbasert relasjon og et dypere bekjentskap.

Forskning viser også til at voksne sykepleiere er mer verdsatt hos den eldre, dette fordi modenheten til sykepleier bidrar til at hun har lettere for å sette seg inn i den eldre sine tanker og behov (Breitholtz, Snellmann & Fagerberg, 2011). Noen eldre opplever også tillit til sykepleier fordi hun opptrer med fleksibilitet og impulsivitet, hun følger ikke bare rutiner og liste over det hun skal utføre.

En eldre person har sagt dette:

”She knows most things about me and I know her well too... We joke most of the time about things and poke fun at each other... It is no problem for her to pick out a clean pair of trousers for me because she knows where I have my things... so we are really close” (Breitholtz, Snellman & Fagerberg, 2011).

Fra pasientens synspunkt skal det ikke være nødvendig at han er prisgitt hvem som tilfeldigvis kommer innom, det bør være en forutsigbar og rettferdig pleie.

En viktig sykepleierfaglig oppgave er å legge til rette for kontinuitet i behandlingen og oppfølgingen av den eldre (Kirkevold, 2010).

Sykepleier kan benytte motiverende samtale/intervju som et verktøy (MI). Dette er en evidensbasert samtalemetode. I eldreomsorgen er den nyttig for å etablere kontakt og utforskning av behov. Den er også effektiv i det å la den eldre fortelle om sine tanker om eksistensielle spørsmål, om livet og om døden (Ivarsson & Ortix, 2016). Selv om tiden kan være knapp, har korte MI-samtaler som 10-15 minutter vist seg å ha effekt på atferdsendring hos den eldre. Her må det tilpasses til emne, hvor interessert den eldre er i å snakke og hva formålet er med samtalen (Ivarsson & Ortiz, 2016).

Sykepleier må prøve å styrke den eldre sin indre motivasjon til å endre tankesett, hun må ønske å hjelpe til at den eldre foretar et velbegrunnet valg i positiv retning.

Det å benytte individuell plan kan også være et nyttig hjelpemiddel.

Den gir en helhetlig og langsiktig tenking som eldre med selvmordsatferd kan ha nytte av. Det ligger nytte i at sykepleier ikke bare gir opp etter kort stund, men at planen skal følges opp og at pasienten vet dette. En slik ”kontrakt” kan bidra til å skape tillit og trygghet mellom pasienten og helsevesenet. Pasienten kan selv aktivt delta i utformingen av en individuell plan, noe som helt konkret skaper autonomi.

Dette kan være meget viktig for en den selvmordtruede eldre (Kirkevold, 2010)

Det å utøve såkalt telefonstøtte har også påvist effekt i riktig retning. Her kan de eldre ringe eller bli ringt til i en øyeblikkelig-hjelp situasjon eller over en tid. Kanskje det er lettere for eldre som ikke ønsker helsepersonell inn i hjemmet sitt, å snakke med

dem i telefonen. Det fordrer at de eldre har god hørsel, og er villig til å inngå et visst samarbeid med de som ønsker å hjelpe (Kjølseth, 2002).

Selvmordsforebygging blant eldre over 65 år er komplisert og når det er lite forskning rundt emnet så er det viktig med sykepleier sin kompetanse og engasjement.

4.3 Tverrfaglig samarbeid mellom pårørende og primærkontakter.

Det å prøve å danne et tverrfaglig team i møte med den eldre selvmordutsatte er viktig. I hjemmetjenesten innebærer dette samarbeid med blant annet fastlegen, psykiatritjenesten, sosialtjenesten og andre instanser som kan bidra til et godt og helhetlig tjenestetilbud til pasienten. Sykepleier må kjenne til hvilke samarbeidspartnere hun har til rådighet og hun må kunne koordinere det samlede helsetilbudet til pasienten (Fermann & Næss, 2010). Når flere studier viser til manglende kompetanse hos sykepleier rundt selvmord og eldre (Kjølseth, 2014), kan tverrfaglighet bidra til å samle all kompetanse på et sted. Pårørendes rolle er en viktig faktor i tverrfaglig samarbeid. De har kompetanse i form av å være de som vanligvis best kjenner den gamle; vaner, styrke og sårbarhet, rutiner og behov.

Sykepleieren må samhandle med de pårørende og behandle deres opplysninger med fortrolighet (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Pårørende kan være en ressurs for både den eldre og sykepleieren. Tilstedeværelse i seg selv er bekreftende på at den eldre har sin plass og verdi et nettverk, bestående av slekt, venner og omsorgspersoner. Dette er på den annen side en utfordring, når studier viser at eldre med selvmordsatferd generelt mangler nettverk og sosial kompetanse. (Kjølseth, Ekeberg & Steihaug, 2009). Dersom den eldre allikevel har familie, kan det være verdifullt om man kan trekke dem inn som sosialt nettverk og samarbeidspartnere. Her er det viktig at samarbeidet foregår slik at de beslutninger som blir tatt er greit for alle parter, slik at den eldre får opprettholdt sin integritet og selvbestemmelse (Kirkevold, 2010).

Når forskning viser at pårørende til de eldre som har begått selvmord opplevde blant annet hjelpeløshet og utslitthet, må støtte til pårørende være en oppgave til sykepleier som jobber i hjemmetjenesten (Kjølseth & Ekeberg, 2012)..

Begrepet ”postvention” er alt som innbefatter tiltak som kan bidra til å redusere negative følelser etter opplevd selvmord i nær relasjon. Når funn peker i retning at etterlatte etter selvmord står igjen med traumatiske tanker og handlinger, er det å ta

vare på pårørende meget viktig (Helsedirektoratet, 2011). Å kjenne til reaksjoner til pårørende etter et selvmord er av stor betydning for å kunne sette ting i kontekst.

I følge helse-og omsorgstjenesteloven skal det ytes øyeblikkelig hjelp ved kriser og nødvendig helsehjelp til alle som bor i kommunen (2011).

Dette innebærer at den selvmordtruede har rett til å motta hjelp og at etterlatte skal tilbys hjelp etter selvmord.

Helsepersonell bør legge til rette for en forutsigbar og samarbeidende dialog til pasienter og brukere av helse-og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2012).

Dersom pasienten samtykker skal pårørende ha informasjon om helsetilstand og den hjelp som ytes (Pas-og brukerrettighetsloven, 1999). Det kan lette et samarbeid hvis all informasjon er tilgjengelig. Pårørende har selvstendige rettigheter når pasienten eller brukeren har åpenbare psykiske problemer (Helsedirektoratet, 2012).

Dette betyr i praksis at pårørende kan være med på å påvirke og medvirke til de tjenester kommunen tilbyr. Forskning påpeker at helsepersonell ikke er gode nok på å bruke pårørendes erfaringer og refleksjoner. De kan være gode ”veiledere” i utviklingen av sykepleierfaget (Kirkevold, 2010). Utfordringen i dette er samtidig at forskning viser til at eldre med selvmordsproblematikk ikke ønsker hjelp fra verken helsepersonell eller pårørende. De er emosjonelt ”lukket”, men samtidig har de vist signaler på selvmordet før det ble begått, som nevnt tidligere (Kjølseth & Ekeberg, 2012).

De virker å inneha en ambivalens som helsepersonell og pårørende kan være observante på.

Istedenfor å reagere med håpløshet, utslitthet og aksept av selvmordstankene til de eldre, kan omsorg og tilstedeværelse være det som trengs slik at selvmordet ikke begås, selv om de eldre prøver å skyve dem unna.

Forskning viser til at pårørende opplever håpløshet og usikkerhet i møte med selvmordsatferd og de visste ikke hvordan de skulle håndtere dette (Kjølseth & Ekeberg, 2012).

Kunnskap om selvmord kan sykepleier tillære seg via kunnskapsbasert praksis og så nyttiggjøre seg denne kunnskapen i videreføring av denne til pårørende.

Sykepleie har også en undervisende rollefunksjon;

Sykepleier skal gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2011) og;

Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven (Helsepersonelloven, 1999).

I tillegg til allerede nevnte tverrfaglige ressurser, finnes det tilbud fra Mental Helse og i kirkelig regi. En god hjelp for mange er Hjelpetelefonen. Dette er et samtaletilbud med profesjonelle veiledere, og er alltid tilgjengelig. For de som foretrekker det finnes nettalternativet Sidetmedord.no (mental helse). I kirkelig regi har vi Den Norske Kirkes diakonitjeneste (diakonforbundet, 2017) og Fransiskushjelpen som er et tilbud fra Den Katolske Kirke (fransiskushjelpen, 2017) Disse foretar hjemmebesøk, og er ved fysisk tilstedeværelse kanskje de beste alternativene for eldre med selvmordsatferd.

4.4 Er alderdom et privilegium?

Det ville være ønskelig å uten videre kunne svare ja på dette, men situasjonen i Norge tilsier et langt mere varierende svar.

Det å sterkere anerkjenne de eldres verdi i befolkningen kan i seg selv ha en forebyggende effekt på selvmordsatferd. Det må være et mål å tilby en ”sunn aldring” og styrke de eldre sin psykiske og fysiske helse. Vet de eldre at de har betydning i seg selv, uavhengig av å skulle produsere noe til samfunnet i form av for eksempel jobb, kan dette bety mye for identitet og evne til tilpasning inn i alderdommen.

Sykepleier må våge å være med på samtaler om eksistensielle spørsmål, hun må formidle håp og mening. Dette kan være enkle og oppnåelige råd som kan bety mye for den eldre som føler at livet er over (Kjølseth, 2016).

Autonomi og egointegritet anses i vestlige samfunn som viktig for personlig utvikling. Det legges stor vekt på individualisering og selvstendighet. I mange andre kulturer derimot er felleskapet viktigere enn individet (Thorsen, 2010). Når det gjelder samfunnets syn på eldre i Norge, er fellestanken fraværende. Her er det ageism som er den rådende tankegangen. Ageism er en holdning der diskriminering er vanlig grunnet alder (Engedal & Hanevold Bjøkløf, 2014). De eldre sees på uten verdi fordi de anses som skrøpelige og udugelige. Nå må det påpekes at flertallet av eldre er oppegående og spreke og klarer seg godt til tross for høy alder. Når unge mennesker

med selvmordstanker og atferd lettere får hjelp enn eldre over 65 år, råder det en slags urettferdig tankegang og praksis. Eldre mennesker har like stor nytte av behandling som yngre mennesker, så det er ingenting som tilsier at de ikke bør få den samme muligheten til hjelp som andre aldersgrupper.

Når det til stadighet fortelles historier i media og andre steder om de gamles elendighet, bidrar dette ikke til et positivt syn på alderdommen. Vi mennesker prøver å holde oss krampaktig unge og eldre mennesker blir henvist til egne steder i samfunnet så de ikke minner oss på det uungåelige (Engedal & Hanevold Bjørkløf, 2014).

Den eldre kan oppleve forfall i både kropp og tanker. Framtidsutsiktene kan være så skremmende at det å leve i nuet er vanskelig hvis ikke omgivelsene møter den eldre med likeverdig omsorg og støtte. Usynliggjørelsen som den eldre kan kjenne på, går på bekostning av selvbilde og identitet, og den eldre blir sårbar

Vi lever i en tid der eldre og gamle mennesker skal være gjennomslittige som glass, og de skal helst ikke merkes (Fleischer, 2011). De eldre har midlertid fond av kunnskap som livet har gitt dem, og dette gir gode betingelser for å vite noe om samtiden og bidra. Dette må mer frem i dagens samfunn.

Studier peker i retning av at sykepleiere i hjemmetjenesten kan oppleve hjelpeløshet og utslitthet i møte med den selvmordutsatte (Kjølseth, Ekeberg & Steihaug, 2010). Kommer dette av for lite kompetanse eller kommer det av et syn på eldre som en belastende gruppe som ikke gir noe tilbake og som anses å ikke ha en fremtid? Er de eldre påvirket av samfunnets aldersfiendtlige holdning slik at frykten for å ikke få tilfredsstillende hjelp utgjør den største selvmordsrisikoen? Er det for lett å akseptere selvmordet hos den eldre?

Regjeringen har nå presentert en handlingsplan som de kaller ”Leve hele livet”. den skal gi bedre forutsetninger for alderdom i form av blant annet sammenheng i helsetjenestene og en rettferdig fordeling.

Den skal øke kompetansen i den kommunale helse-og omsorgstjenesten.

Reformen har sett utfordringene i livets siste fase hos pasienter, brukere og pårørende. Det grunnleggende målet er at de eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet (Regjeringen, 2017).

Utfordringen i dette er at vi blir flere og flere eldre i Norge i årene fremover.

Dagens eldre over 70 år utgjør 11% av befolkningen, mens i 2060 vil den være på 19 % og i 2100 på 23 %.

Fra år 2025 vil Norge for alvor se en bratt økning i eldre over 70 år.

Ifølge beregninger vil andelen som er over 80 år øke fra omtrent 4 % til omlag 10 % i år 2060 (Syse & Pham, 2014). Dette fordrer et godt helse-og omsorgstjeneste apparat.

Det er positivt at regjeringen er klar over fremtidens utfordringer og danner en reform.

For eldre med selvmordsatferd er dette meget viktig.

Det å bli sett, tatt på alvor, at de betyr noe i samfunnet selv om de har rynker og ”grått” hår vil kanskje, sammen med å kunne kjenne et reelt egenverd, være viktigste bidraget til at eldre beholder gnisten og livsappetitten. Generalisering inn i en gruppe ikke-produktive som bare tapper samfunnets ressurser er ikke det som skaper individualisme, det skaper en generasjonskløft. Krefter de eldre innehar må benyttes, ikke være uønskede eller usynlige.

I boken ”Alle dør alene” av Hans Fallada (1893-1947) beskrives selvmord som noe som frigjør og lindrer en situasjon uten håp (Kjølseth, 2015).

Sigmund Freud i siste fase av uheldelig kreft, har sagt dette om alderdom og livsbetingelsen:

It may be that the gods are merciful when they make our lives more unpleasant as we grow old. In the end, death seems less intolerable than the many burdens we have to bear (Connel, Chin, Cunningham & Lawlor, 2004).

Slike utsagn fra kjente mennesker er med på å gi aksept til den elders selvmord.

For å utgjøre en holdningsendring til dette må samfunnet forstå at de hjelpetrengende eldre har en verdi, at livet kan leves med gode forutsetninger selv om det leves mer her- og- nå rettet og ikke fremtidsrettet.

Det er viktig at eldre får leve uten redsel for fremtiden, slik at nåtiden ikke blir for vanskelig.

Vi sykepleiere kan utgjøre en stemme for de som ikke lenger har den, vi kan formidle både i kraft av tanker og handlinger at eldre har betydning i seg selv. Deres livsvisdom og erfaring kan tilføre yngre mennesker refleksjoner over livet.

Vi må møte de eldre med likeverdige omsorg og støtte (Fleicher, 2011).

5.0 KONKLUSJON

Eldre over 65 år er de som begår oftest selvmord blant de ulike aldersgruppene i Norge. De opplever blant annet tap av identitet og autonomi. Dette på toppen av alvorlig sykdom med funksjonssvikt, depresjon og ensomhet, kan føre til selvmordsatferd hos den eldre med døden til følge. Eldre mennesker i dag har mistet sin plass, vi er ikke gode nok til å verdsette den Eldres kompetanse og livserfaring. Sykepleier mangler kunnskap og trygghet i møte med den selvmordsnære, og hjemmetjenesten tilbyr ikke nok tid til den enkelte. Møtet mellom to mennesker, den ene sykepleier og den andre et eldre menneske med livskrise og manglende håp, fordrer empati, verdig omsorg og at tiden strekker til. Tid skaper god observasjon, det skaper trygghet og rom for ekte engasjement.

Mennesker med selvmordsatferd og -tanker, uansett alder, trenger å bli møtt med forståelse og trygghet. De trenger sykepleiere som tør å gå inn i samtalen og stå sammen med pasienten i de utfordringene han møter. Det er behov for økende kunnskap når det gjelder selvmord og eldre, og sykepleier må kunne se hver pasient som unikt individ og jobbe mot samme mål; en trygg og givende relasjon, styrket håp og livsinnhold og en generelt bedre tilværelse.

LITTERATUR

- Berg, G. V. (2014). Eldre sykehuspasienter-helsefremmende tenkning i sykehuset en utfordring for sykepleien. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. (red.). *Helsefremmende sykepleie. I teori og praksis* (kap.6, s.121-135). Bergen: Fagbokforlaget
- Breitholtz, A., Snellman, I. & Fagerberg, I. (2011). *Older people`s dependence on caregiver`s help in their own homes and their lived experiences of their opportunity to make independent decisions*
International Journal of Older People Nursing 8, 139-148
Doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00338.x
- Connell, H. O., Chin, A.-V., Cunningham, , C. & Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: Suicide in older people. Hentet fra https://www.researchgate.net/profile/Brian_Lawlor/publication/8230676_Recent_developments_Suicide_in_older_people/links/02e7e51b6339169378000000/Recent-developments-Suicide-in-older-people.pdf
- Crocker, L. & Evans, C. L. (2006). *Giving up or finding a solution? The experience of attempted suicide in later life*. Aging Mental Health 2006; 14: 938-46
- Diakonforbundet (2017). Det Norske Diakonforbund
Hentet 18.05.17 fra www.diakonforbundet.no
- Engedal, K. (2009). *Alderdom*
Hentet fra <https://sml.snl.no/alderdom>

- Engedal, K. & Hanevold Bjørkløf, G. (2014). *Alderisme*
Hentet 11.05. 2017 fra
<http://www.hertervigforlag.no/alderdismen/>
- Farberow, N. L. (1999). Selvmord blant eldre. I Mehlum, L. (red.).
Tilbake til livet. *Selvmordsforebygging i teori og praksis*.
(kap.16, s. 253-278).
Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Fermann, T. & Næss, G. (2010). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I Kirkevold, M.,
Brodtkorb, K. & Hylén Ranhoff, A. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (kap.17, s196-219).
- Fleicher, E. (2011). *De usynlige gamle*
Hentet fra
<http://infolink2003.elbo.dk/PsyNyt/Dokumenter/doc/15808.pdf>
- Fransiskushjelpen (2017). Hjelp, lindre og være til stede hos mennesker i nød
Hentet 18.05.17 fra
<http://www.fransiskushjelpen.no>
- Helsedirektoratet (2011). *Etter selvmordet-Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord*. Hentet fra
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/602/Etter-selvmordet-veileder-om-ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord-IS-1898.pdf>
- Helsedirektorat (2012). Veileder om pårørende i helse-og omsorgstjenesten. Dialog med pårørende. Hentet fra
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parendeveileder/seksjon?Tittel=dialog-med-parorende-9245#legg-til-rette-for-forutsigbar-dialog-med-paarorende>

Helsedirektoratet (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading* (2014-2017). Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf

Helse-og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester m.m. (helse-og omsorgstjenesteloven)*.

Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven)*.

Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Huh, J. T., Weaver, C. M., Martin, J. L., Caskey, N. H., Riley, A. O & Kramer, B. J.

(2012). *Effects of a Late-Life Suicide Risk-Assessment Training on Multidisciplinary Healthcare Providers*

American Geriatrics Society 60:775-780, 2012

Doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03843.x

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser (5.utg.)*.

Oslo: Gyldendal Akademisk

Ivarsson, B. H. & Ortiz, L. (2016). *Motiverende samtaler. En praktisk håndbok for eldreomsorgen*

Oslo: Gyldendal Akademisk

Jessen, P. B. & Holtan, A. (2009). *Selvmordsforebyggende arbeid-fagfolks forståelse av kyndig praksis*

Suicidologi 2009, Årg. 14, Nr. 3

Kirkevold, M. (2010). Individuell sykepleie. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. &

Hylen Ranhoff, A. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (kap.9,s. 100-112).

Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M. (2010). Samarbeid med pasient og pårørende. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Hylén Ranhoff, A. Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten (kap.11, s.123-137). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kjølseth, I., Ekeberg, Ø. & Teige, B. (2002). *Selvord blant eldre i Norge*. Tidsskrift For Den Norske Legeforening 2002; 122:1457-61

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

Kjølseth, I. & Ekeberg, Ø. (2012). *When elderly people give warning of suicide* International Psychogeriatrics (2012), 24:9, 1393-1401
Doi: 10.1017/S10416110212000312

Kjølseth, I., Ekeberg, Ø. & Steihaug, S. (2012). *Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death.* International Psychogeriatrics 22(2), 209-218
Doi: 10.1017/S1041610209990949

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

Kjølseth, I. (2015). *Når eldre tar sitt eget liv, gjør det noe?* Tidsskrift for Den Norske Legeforening 4 (135),346-348

Kjølseth, I. (2016). Selvmord blant eldre. I Ekeberg, Ø. & Hem, E. (red.). *Praktisk selvmordsforebygging* (kap.8, s.91-102).

Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie 1. Sykepleiens grunnlag, rolle, ansvar* (kap. 6, s. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk

Lorentsen, V. B. (2009). *Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?*
Hentet fra
<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/hvordan-kan-sykepleieren-styrke-pasientens-hap>

Mensen, L. (2010). Biologisk aldring. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (kap.4, s. 51-57). Oslo: Gyldendal Akademisk

Mental helse. Om hjelpetelefonen
Hentet 18.05.17 fra
www.mentalhelse.no

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*
Hentet fra
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient-og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient-og brukerrettigheter (pasient-og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Slettebø, Å. (2010). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg for den gamle pasienten* (kap.15, s.169-180).

Stengel, E. (1969). *Suicide and attempted suicide*
Harmodsworth: Penguin

- Syse, A. & Pham, D. Q. (2014). Befolkningsframskrivelser 2014-2100: Dødelighet og levealder. Hentet fra https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/194976?_ts=1483a29e810
- Thorsen, K. (2010). Aldringsteorier. I Kirkevold, M. Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (kap.5. s.57- 68). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Torbjørnsen, T. (2010). Åndelig omsorg. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Hylen Ranhoff, A. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (kap.35, s. 456-464)
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien* Oslo: Universitetsforlaget
- Tønnesen, S., Førde, R. & Nortvedt, P. (2009). *Pasientenes beskrivelser av hjemmesykepleien når ressursene er begrenset. Omsorg på andres premisser.* Nordisk Tidsskrift for Helseforskning-nr 1-2009, 5 årgang
- Verdighetsgarantiforskriften (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=verdighetsgarantien>
- Vråle, G. B. (2009). *Møte med det selvmordstruede mennesket* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Walseth, L. T. & Malterud, K. (2004). *Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv*. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/2004/01/kronikk/salutogenese-og-empowerment-i-allmennt-medisinsk-perspektiv>

World Health Organisation (WHO) (2017) *Suicide*
Hentet fra
<http://www.who.int/topics/suicide/en/>