



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sykepleie, forskning og fagutvikling**
- Bacheloroppgave

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: **Prosjektoppgave**

Leveringsfrist: **21.02.14 kl 14.00**

Kandidatnr.: **17**

Antall ord: **8818**

Burde jeg forstått?

Selv mord blant eldre- Forekomst, risikofaktorer og mulig forebygging. En litteraturstudie



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

ABSTRACT

Tittel: Burde jeg forstått? Selvmord hos eldre. Forekomst, risikofaktorer og mulig forebygging - en litteraturstudie.

Bakgrunn: I Norge ser vi en nedgang i selvmordsraten blant eldre de siste årene, og vi ligger nå under det europeiske gjennomsnittet. Flertallet av eldre som begår selvmord, har i forkant av handlingen formidlet sitt dødsønske til enten helsepersonell eller pårørende. Likevel står sykepleiere i hjemmetjenesten ovenfor en faglig utfordring ved å avdekke Eldres suicidalitet.

Problemstilling: Hvilke faktorer er predisponerende for selvmord blant eldre, og hvordan kan sykepleiere avdekke selvmordstanker hos pasienten?

Metode: Oppgaven er bygget opp som en litteraturstudie.

Resultat: Manglende sosial kontakt, redusert funksjonsevne og negative endringer i livet er vist å være predisponerende for suicidal atferd hos eldre. Sykepleiere i hjemmetjenesten har ikke nok kunnskaper om, eller vier ikke nok oppmerksomhet til, Eldres suicidalitet.

Konklusjon: Manglede sosial kontakt, og funksjonsendringer er relatert til suicid. Det er et behov for å heve kunnskapen om Eldres suicidalitet.

Nøkkelord: Selvmord, eldre, hjemmesykepleie

-

Title: Should I understand? Suicide in the elderly. Incidence, risk factors and possible prevention - a literature review

Background: In Norway, we see a decline in the suicide rate among the elderly in recent years, and Norway is below the European average. The majority of elderly people who commit suicide have spoken about their wish to die, to either health professionals or family members. Nurses in home care is facing a professional challenge in uncovering suicidality in the elderly.

Thesis question: What factors are predisposing to suicidality in the elderly, and how can a nurse reveal a patients suicidality?

Method: The thesis is structured as a literature review.

Results: Lack of social contact, disabilities and negative changes in life has been shown to evoke suicidal behavior in the elderly. Nurses in home care do not have enough knowledge or not paying close enough attention, to suicidality in late life.

Conclusion: A lack of social contact, and functional changes is related to suicide. There is a need to increase the knowledge about the elderly suicidality There is a need to increase the knowledge about suicidality in the elderly.

Keywords: Suicide, elderly, home care

Innhold

1.0 INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn.....	4
1.1.1 Forekomst.....	4
.....	9
1.1.2 Predisponerende faktorer.....	9
1.2 Oppgavens formål.....	10
1.3 Problemstilling.....	10
1.4 Avgrensning:	10
1.5 Begrepsavklaring.....	11
1.5.1 Eldre	11
1.5.2 Selvmord.....	11
1.6 Oppgavens struktur	11
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	12
2.1 Kommunikasjon.....	12
2.1.1 Prosessuelt kommunikativt perspektiv.....	12
2.1.2 Non-verbal kommunikasjon.....	12
2.2 Psykologisk perspektiv	13
2.2.1 Bakgrunn for en selvmordshandling.....	13
2.2.2 Psykologisk aldring	13
2.2.3 Selvbilde.....	14
2.3 Hjemmesykepleie	14
2.4 Kjønnsforskjeller	16
2.5 Etske og juridiske utfordringer	17
3.0 METODE.....	19
3.1 Litteraturstudie som metode.....	19
3.2 Oppgavens metodikk	19

3.2.1 Søkestrategi	20
3.2.2 Kvalitetsvurdering av artikler	20
3.3 Forskningsdesign.....	21
3.3.1 Autopsystudie	21
3.3.2 Systematisk oversiktsstudie.....	21
3.3.3 Prevalensstudie	21
4.0 ETIKK.....	22
4.1 Eierskap og bruk av litteratur	22
4.2 Helsinkideklarasjonen	22
4.3 Etske aspekter rundt oppgaven.....	22
5.0 RESULTAT	24
5.1 Why suicide? Eldery people who committed suicide and their experience of life in the period before their death.	24
5.2 When elderly people give a warning of suicide.	25
5.3 A systematic Review of Social Factors and Suicidal Behavior in Older Adulthood.....	25
5.4 Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression	27
6.0 DISKUSJON.....	29
6.1 Fellestrekk og bakgrunn for diskusjon.....	29
6.2 Formidlingen av et dødsønske	29
6.2.1 Sykepleierens rolle	29
6.2.2 Pårørendes rolle	31
6.3 Den sosiale kontaktens innvirkning.....	32
6.4 Forbedring av praksis	35
6.5 Morgendagens utfordringer	36
7.0 KONKLUSJON	38
REFERANSELISTE	39

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

I 2012 ble det begått 515 selvmord i Norge. 78 av selvmordene ble begått av eldre over 65 år, hvorav 55 var menn og 23 var kvinner (SSB, 2014a) (*Se tabell 1 og 2*). I Europa skjer det gjennomsnittlig 21,9 selvmord pr. 100 000 innbygger i aldersgruppen 65+ (Verdens helseorganisasjon, 2014a). I Norge er forekomsten av selvmord blant eldre lav sammenlignet med andre europeiske land, men likevel en faglig utfordring helsepersonell står ovenfor.

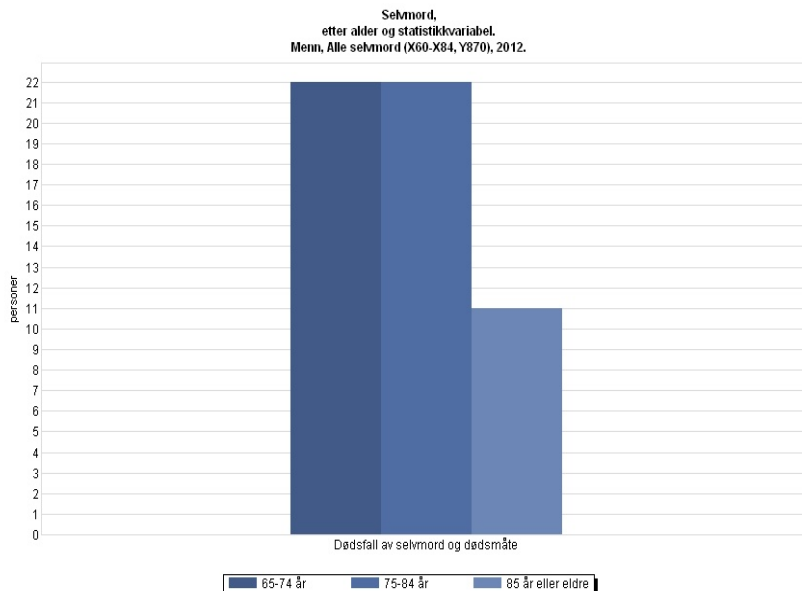
Med bakgrunn i erfaring fra hjemmesykepleien, har jeg valgt selvmord blant eldre som tema for bacheloroppgaven. Grunnen til at jeg ønsker å se nærmere på litteraturen på området er at jeg finner det både trist og forståelig, samtidig som jeg anser det som en faglig utfordring for sykepleier. Selvmord blant eldre er et problem som har krav på større oppmerksomhet.

1.1.1 Forekomst

Siden 70-tallet har forekomsten av selvmord blant eldre i Norge økt. Dette gjelder for den øvre aldersgruppen, 75+, hvor vi ser en jevn stigning i antall suicid. For de yngre eldre (65-74) ser man en nedgang de siste førti årene. Foruten om på 80- og 90-tallet, da forekomsten nærmest var det dobbelte av hva vi ser i dag, i aldersgruppen 65-74 år (SSB, 2014a). (*Se tabell 3*).

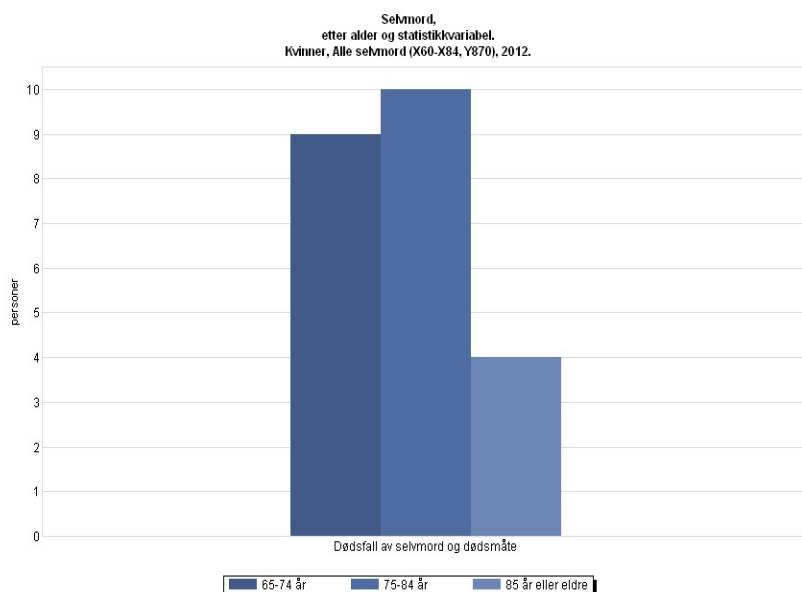
Nærmere 90 % av eldre som velger å ta sitt eget liv, hadde en depresjon i forkant av selvmordet (Kjølseth, 2006). I følge Kvaal (2008 s. 388) har opp til 23 % av eldre hjemmeboende en form for depresjon. Dette ofte er relatert til funksjonshemninger og avhengighet av andres hjelp. Videre skriver Kvaal (2008 s. 391) at det sannsynligvis er flere tilfeller av depresjon hos eldre hjemmeboende, ettersom underdiagnostisering er utbredt. Nettopp den høye forekomsten av depresjon hos eldre, og sammenhengen mellom selvmord og depresjon, gjør at dette er et aktuelt tema som krever større oppmerksomhet.

På 80-tallet gjorde Hawton og Fagg (1988) viktig forskning. De fant ut at mennesker som vurderes til å stå i fare for selvmord, har hundre ganger høyere risiko for å dø som følge av selvpåført skade, i forhold til de som ikke regnes som risikogrupper. Det er spesielt mennesker som opplever sviktende helse i form av funksjonssvikt som er utsatt for selvmord (Kjølseth, 2006). En av utfordringene med selvmordsforebyggende arbeid er at det foreligger lite forskningsbasert kunnskap om effektive behandlingsmetoder. Det er derfor viktig at sykepleiere i hjemmetjenesten, og helsevesenet generelt, har kunnskap om risikosignaler og predisponerende faktorer for suicidalitet blant eldre. Det understrekes at sykepleierne må være spesielt oppmerksomme på tegn til depresjon, da dette synes relatert til suicid (Kjølseth, 2006). Utfordringene i det selvmordsforebyggende arbeidet vil bli trukket frem og belyst grundigere i diskusjonen.



Tabell 1: *Selvmord blant eldre menn, 2012.*

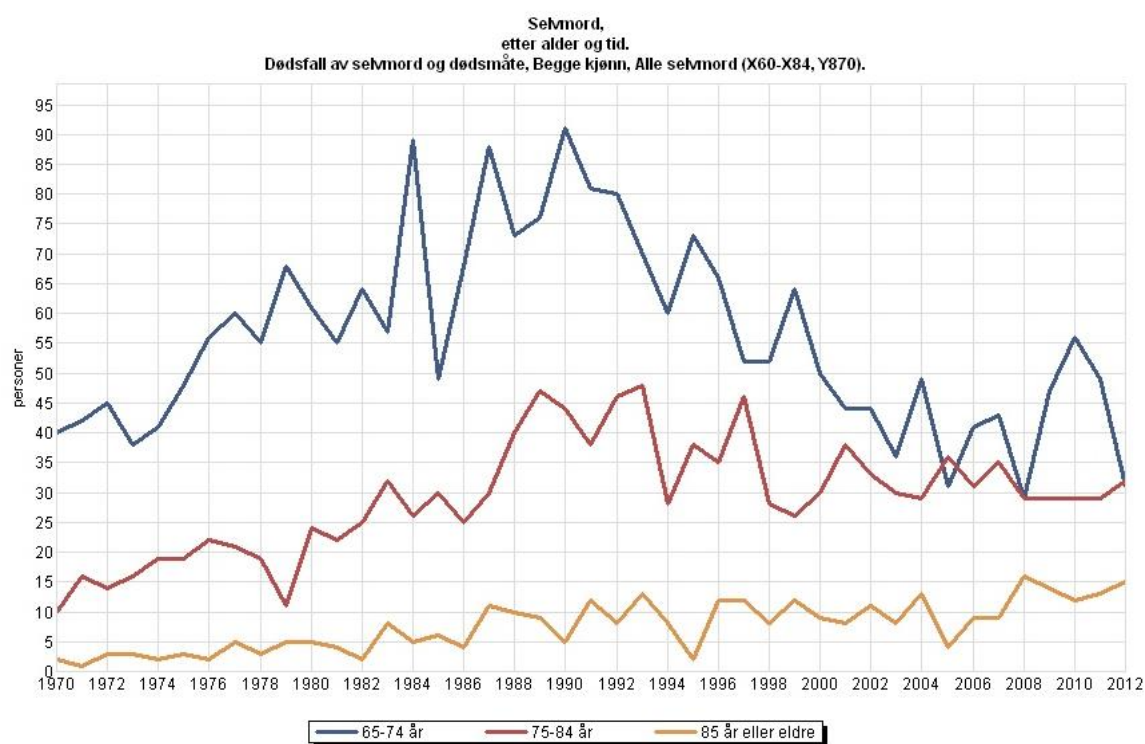
Kilde: Statistisk sentralbyrå



Tabell 2: *Selvmord blant eldre kvinner, 2012*

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 3: *Selv mord blant eldre, 1970-2012*



Kilde: Statistisk sentralbyrå

1.1.2 Predisponerende faktorer

Innenfor suicidologien opererer man med begrepet predisponerende faktorer. I Store Medisinske leksikon forklarer Roald (u.å.) predisponerende faktorer som et samlebegrep for flere mulige årsaker til at sykdom opptrer. Altså, hva som utløser sykdom. WHO (2013) skriver i sin selvmordsforebyggende strategi at det er tre hovedgrupper predisponerende faktorer for selvmord. *De individuelle faktorene*; dette innebærer om vedkommende har forsøkt selvmord tidligere, opplever håpløshet og ensomhet/sosial isolasjon, misbruker substanser, lider av kronisk psykisk- eller fysisk sykdom, med flere. *De sosiokulturelle faktorene*; stigmatisering rundt å søke hjelp er den viktigste årsaken blant de sosiokulturelle faktorene. Enkelte kulturelle- og religiøse tilknytninger kan også sees som predisponerende faktorer. Den siste gruppen årsaker er *situasjonsbetinget*; dette innebærer økonomiske tap, nylig tap av ektefelle/partner eller familie, eller andre stressfulle og traumatiske opplevelser.

Tellervo et al. (2004 s.78) tar for seg risikomomenter for selvmord blant eldre. I likhet med WHO (2013) hevder forfatteren at psykiske og fysiske begrensninger hos eldre er relatert til økt fare for selvmord. Videre beskrives hvilke hendelser som kan lede til

selvmord hos eldre. Forfatteren peker her på depresjon, pensjonering, økonomiske vanskeligheter og nylig tap av ektefelle som signifikante årsaker. Mennesker med fysiske sykdommer og begrensninger har også i følge Tellervo et. al (2004 s.78) lettere for å utvikle depresjoner. Dette gjelder også omvendt, og som vi vet øker selvmordsrisikoen ved depresjon.

1.2 Oppgavens formål

Oppgaven har til hensikt å belyse problematikken rundt Eldres suicidalitet, sett i et sykepleieperspektiv, for på den måten å øke sykepleieres årvåkenhet ovenfor problemet. Oppgaven vil omhandle avdekking av suicidrisiko og utløsende bakenforliggende årsaker. På tross av at selvmordstallene er lave i forhold til andre europeiske land, er det fortsatt en utfordring sykepleiere møter. Resultater fra relevante studier og annen litteratur vil bli diskutert. Avslutningsvis blir det presentert forslag til forbedring av dagens praksis, og fremtidige utfordringer.

1.3 Problemstilling

Forskningsspørsmålet i bacheloroppgaven vil være:

Hvilke faktorer er predisponerende for selvmord bland eldre, og hvordan kan sykepleier avdekke selvmordstanker for å forebygge et suicid?

1.4 Avgrensning:

Oppgavens omfang tillater ikke å utforske alt arbeidet rundt selvmordsforebyggelse, oppfølging og behandling. Oppgaven begrenses derfor til å omhandle predisponerende faktorer, og hva en sykepleier kan gjøre for å avdekke en eventuell suicidrisiko.

Pasientgruppen som blir omtalt i oppgaven er eldre hjemmeboende som er i kontakt med helsevesenet via hjemmesykepleien.

1.5 Begrepsavklaring

1.5.1 Eldre

Verdens Helseorganisasjon (WHO) (2014b) definerer *eldre* som en person som har fylt 65 år, eller er eldre. WHO understreker at definisjonen av eldre som 65 år og oppover primært er gjeldene for utviklings- og vestlige land. Det synes naturlig å bruke denne definisjonen, da oppgaven skal kunne relateres til norske forhold, samt at flere av de inkluderte studiene er norske og selv anvender WHO's definisjon av eldre.

1.5.2 Selvmord

Selvmord blir definert av WHO på følgende måte: *"An act deliberately initiated and performed by a person in the full knowledge or expectation of its fatal outcome"* (OECD, 2013). Med dette menes at personen utøver en aktiv handling, med hensikt i å avslutte livet.

I oppgaven blir ordene selvmord og suicid brukt synonymt. Begrepene pasient og bruker vil også bli brukt vekslende om mennesker som mottar hjemmesykepleie.

1.6 Oppgavens struktur

Oppgaven innledes med bakgrunn, begrepsavklaring, avgrensning og presentasjon av problemstillingen. Her presenteres statistikk og epidemiologien bak selvmord. I avgrensningen innledes det til oppgavens rammeverk. I kapittel 2.0 presenteres rammeverket, ulike perspektiver og gjeldene teorier på området, som gir utgangspunkt for besvarelsen av oppgaven. Metodedelen beskriver litteraturstudie som metode og søkestrategien som er blitt brukt for å finne frem til de inkluderte studiene. Kapittel tre omhandler de etiske aspektene rundt oppgaven og metoden litteraturstudie, samt en presentasjon av Helsinkideklarasjonen. Resultater fra relevant forskning på området presenteres i kapittel fire. Dette innebærer fire ulike studier om teamet. Oppgaven avsluttes med en diskusjonsdel. Her trekkes det frem detaljerte funn fra de inkluderte studiene. Disse funnene blir sett i lyset av det teoretiske rammeverket, og annen relevant litteratur. Diskusjonsdelen leder frem til en konklusjon og svarer på problemstillingen. Avslutningsvis i oppgaven fremkommer referanselisten.

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Kommunikasjon

2.1.1 Prosessuelt kommunikativt perspektiv

For å kunne avdekke et selvmordsønske eller fastslå en selvmordsrisiko er sykepleier avhengig av kommunisere godt med brukeren i hjemmetjenesten. Oppgaven vil belyse kommunikasjonen med brukerne i et prosessperspektiv.

Ved å ha et prosessuelt perspektiv i kommunikasjonen betyr det at sykepleieren og brukeren vektlegger verbale- og nonverbale følelsesuttrykk i like stor grad. Stemme, kroppsholdning, bevegelser og uttrykk knytter komplekse følelser og ønsker sammen med den verbale kommunikasjonen. Dette påvirker både bevisste og ubevisste følelser og opplevelser hos partene, i tillegg til tillit og mistillit. Den nonverbale kommunikasjonen i en samtale er sentral, da det vekker de overnevnte følelsene og fornemmelsen mellom partene (Eide og Eide, 2010). Dette kommunikative perspektivet er relevant for problemstillingen for å kartlegge hvordan sykepleieren kan avdekke selvmordsfare hos brukeren. Dette skyldes at tanker om selvmord ikke alltid uttrykkes verbalt. Dette vil begrunnes i resultat- og diskusjonsdelen.

2.1.2 Non-verbal kommunikasjon

Det finnes spørreskjema og scoringsverktøy for avdekking av selvmordsfare og depresjon. Disse kan være til god hjelp for sykepleiere, men faller utenfor oppgavens rammer. Martin og Hamilton (2005) har skrevet en fagartikkel som omhandler avdekking av selvmordsfare ved hjelp av non-verbal kommunikasjon. I artikkelen kritiseres blant annet den velrennomerte psykiateren Aron T. Becks ulike modeller for avdekkelse av selvmordstanker, for kun å basere seg på hva pasienten uttrykker verbalt. Denne påstanden underbygger forfatterne med teori fra Devito (2000), Corey (1996) French (1994) og Argyle (1983). Det synes naturlig at sykepleiere i hjemmetjenesten bør vektlegge brukerens kroppsspråk i like stor grad som hva han/hun uttrykker verbalt. Videre hevder Martin og Hamilton (2005) det samme som Kjølsesteths, Ekebergs og Steinhaugs (2010b) forskning viser: En overvekt av de som gjennomfører selvmord har vært i kontakt med helsevesenet kort tid før selvmordet ble gjennomført. Videre refererer

Martin og Hamilton (2005) til Archinard et. al. (2000) som hevder at sykepleiere bør vie mer fokus til brukerens non-verbale uttrykk, fordi dette kan medføre nye observasjoner i samtalen.

2.2 Psykologisk perspektiv

2.2.1 Bakgrunn for en selvmordshandling

For å kunne hjelpe selvmordstruede eldre, må vi først forstå selvmordshandlingen. Herrestad og Mehlum (2005 s.35) forklarer suicidalhandlinger som behovstilfredsstillelse. De viser til den amerikanske suicidologen Edwin Scneidman, og hans forklaring på selvmordshandlingen som en reaksjon på udekkede psykologiske behov. Disse behovene handler om kjærlighet og aksept, og menneskets avhengighet å føle tilhørighet. Videre påpeker Scneidman at det er et udekket behov for kontroll, i kombinasjon med hjelpeløshet og frustrasjon, som kan lede til en suicidalhandling. Dette skyldes menneskers behov for autonomi og prestasjon, i tillegg til orden og forståelse. Videre beskrives truet selvbilde, skam og nederlag som predisponerende for suicidal atferd. Det siste udekkede psykologiske behovet Schneidman påpeker er behovet for en nær relasjon. Ved mangel på disse grunnleggende psykologiske behovene vil det i følge Schneidman kunne føre til psykisk smerte av alvorlig karakter. Dette er kjent som en fellesnevner for de fleste selvmord (Herrestad og Mehlum 2005 s.35).

2.2.2 Psykologisk aldring

Nordhus (2012 s.25) hevder det er viktig at sykepleiere har en viss kunnskap om psykologisk aldring for å kunne avdekke selvmordsfare. De psykologiske forskjellene mellom mennesker økter i takt med alderen, og å se på eldre som en ensartet gruppe vil derfor være et dårlig utgangspunkt for helsepersonell. Nordhus (2012, s. 25) presiserer også at økt alder ofte fører med seg helse- og funksjonstap. Dette kan komme til syne blant annet i form av redusert kognisjon- og sanseintrykk. Ved tap av ektefelle i alderdommen er det redusert sannsynlighet for å stifte nye bekjentskaper, som igjen kan lede til sosial isolasjon. Dette er alle faktorer som er relatert til økt selvmordsfare hos eldre (Tellervo et al. 2004, s. 78-79).

2.2.3 Selvbilde

Selvoppfattelse og selvbilde blir beskrevet av Renolen (2008, s. 117-127). Forfatteren hevder at selvoppfattelsen varierer gjennom livet, og aldri er konstant. Renolen (2008, s. 117-127) påpeker også at selvoppfattelsen ikke alltid er synonym med hvordan man som menneske blir oppfattet av andre rundt seg, og hvordan følelsen en har om seg selv blir påvirket av ytre faktorer. Dette gjelder tilbakemeldinger fra andre i form av komplementer og bekreftelser. Dette bringer oss til temaet om hvordan sykepleier i hjemmesykepleien kan avdekke en selvmordsfare hos eldre brukere ved å forstå brukerens selvfølelse. Sykepleieren må altså basere sine vurderinger også på brukerens oppfatning av seg selv, og ikke bare sykepleierens egen tolkning. Grov (2011, s. 56) tar også for seg selvbilde, og opplevelsen av hjelpeløshet. Forfatteren understreker at det er store individuelle forskjeller på hvordan hver enkelt takler rolle- og/eller funksjonsendringer. Dette kan blant annet handle om å bli rammet av en kronisk alvorlig sykdom, eller å miste sin kjære. Grov (2011, s. 56) hevder at slike forandringer ofte fører med seg refleksjoner og sorg. Videre forklarer hun at å bli satt tilbake fysisk eller psykisk påvirker selvbilde, anerkjennelse og sosial posisjon, som er helt sentrale verdier som må oppfylles for å kunne leve et godt liv.

Det finnes flere måter å se funksjonstap og økt avhengighet på. Grov (2011, s. 63) trekker frem hva som kan antas å gi styrke og nytt livsmot når noen blir rammet av fysiske eller psykiske begrensninger som følge av sykdom eller andre tragedier. Hun trekker frem evnen til å mestre og takle den motgangen man møter. I tillegg til mestringsevnen, hevder hun at ved motgang kan man finne glede i å se at noen stiller opp og bryr seg.

2.3 Hjemmesykepleie

I en studie utført av Kjølseth, Ekeberg og Teige (2002) kommer det frem at 89 % av eldre som tar sitt eget liv bor hjemme, og at 70 % av selvmordene skjer nettopp i hjemmet. Hjemmesykepleien synes derfor å være en naturlig arena for oppgaven. Denne settingen kan anses som unik, ettersom pasienten ikke er i en institusjon der han/hun må tilpasse seg institusjonenes regler, rutiner og døgnrytme. I hjemmesykepleien er det helsepersonellet som er på besøk. Dette legger en rekke føringer for hvordan sykepleiefaget utøves.

Fjørtoft (2012, s. 31) beskriver hvordan hjemmet er et symbol på vår identitet, hvor vi kjenner trygghet og selvstendighet. Hjemmet har et fysisk og et materielt aspekt, og at det er utformingen og gjenstandene som brukeren bringer til hjemmet som gjør dette unikt. Når hjemmesykepleien kommer inn i livet til brukeren skal hjemmet tilpasses også som en arbeidsplass. Dette kan medføre en krenkelse ovenfor brukerens selvstendighet og trygghet i hjemmet. Som sykepleier i hjemmetjenesten er det viktig å bemerke seg disse endringene, og hvilken innvirkning de har på brukeren (Fjørtoft 2012, s. 31). I en offentlig utredning (NOU, 1992:1) trekkes frem betydningen av at brukere i hjemmetjenesten skal ha et privat hjem. Dette anses som et grunnleggende behov for privatliv, integritet og intimitet. Denne betydningen fordrer at sykepleiere i hjemmetjenesten har en bevisst holdning til deres egen arbeidsplass, og at denne først og fremst er et hjem for brukeren.

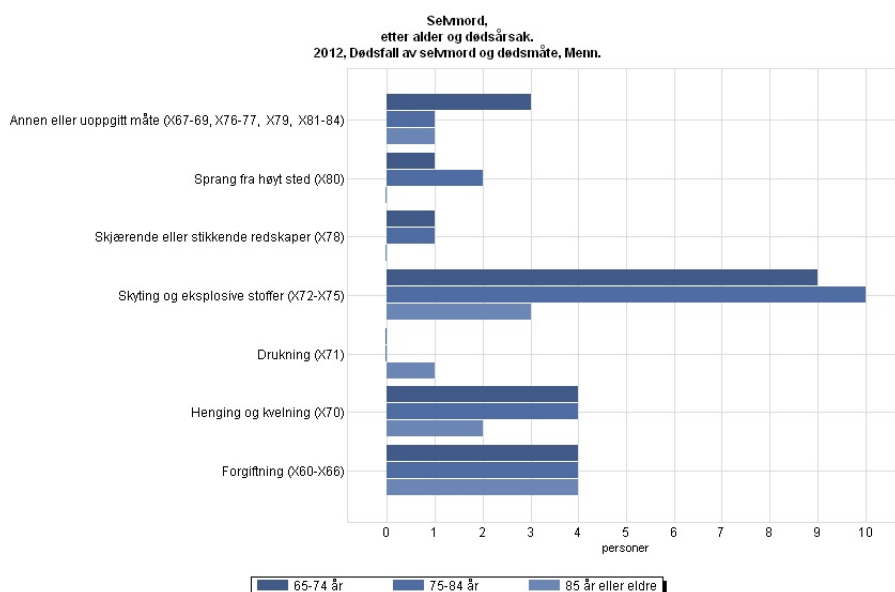
Sosial isolasjon og manglende sosial kontakt er som tidligere nevnt predisponerende for selvmord hos eldre (Tellervo et al., 2004 s.78; Kjølseth et al., 2002). Birkeland og Flovik (2011, s. 67-71) beskriver hvordan hjemmesykepleien har ansvaret for å dekke brukernes sosiale behov. Videre trekker forfatterne frem årsaker til frafallet av venner hos eldre. Herunder nevnes det tre ulike årsaker. 1) de dør. 2) de blir syke og har problemer med å flytte seg. 3) de opplever det vanskelig å besøke en venn eller venninne som har blitt syk og hjelpetrengende. Dette betyr at det hviler et stort ansvar på familien og hjemmesykepleien for å dekke brukerens sosiale behov. I hvor stor grad familien velger å involvere seg er svært varierende.

Kunnskapsmangel hos ansatte i hjemmesykepleien blir trukket frem av Kjølseth (2006). Her hevner hun at det er et stort behov for å styrke kompetansen i kommunehelsetjenesten. Videre skriver Kjølseth at sykepleierne som møter de eldre må ha kunnskaper om hvordan kommunisere med brukeren om suicidalitet, og at det er en kardinalfeil å ikke spørre en deprimert og livstrett bruker om han eller hun har selvmordstanker. Kjølseth (2006) går også inn på området som handler om gjennomføringsevne. Hun presiserer at eldre har høy gjennomføringsevne, og at hvis det foreligger en akutt fare for selvmord er dette indikasjon for øyeblikkelig innleggelse i institusjon.

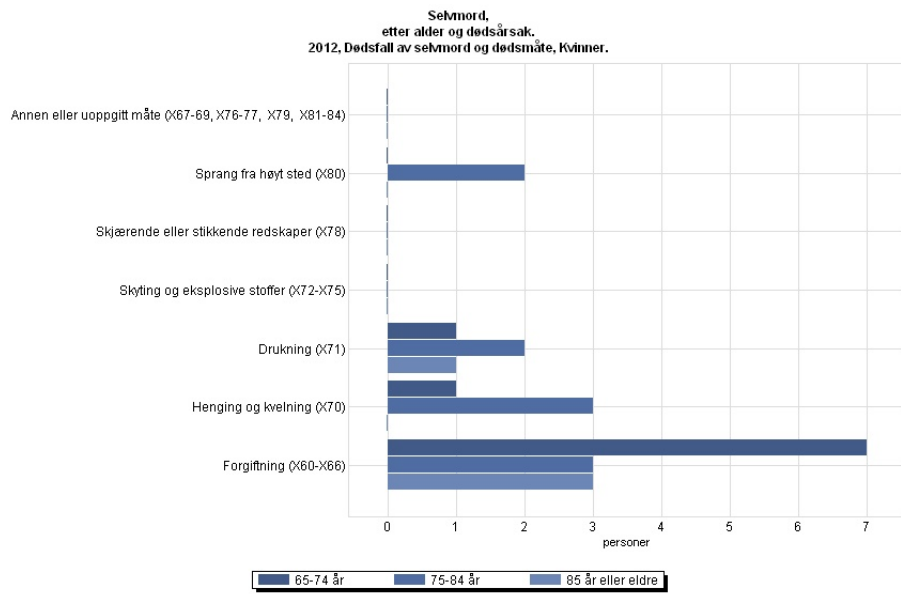
2.4 Kjønnforskjeller

Ut ifra Statistisk sentralbyrås tall (2014a) kan vi se tydelige kjønnforskjeller i eldres suicidalitet. I 2012 var det over dobbelt så mange menn som kvinner blant eldre som valgte å avslutte livet ved selvmord. Vråle (2009, s. 39) hevder at menn ofte bruker mer voldsomme metoder enn kvinner, og at de muligens derfor har høyere gjennomføringsevne. I en studie gjennomført av Kjølseth et al. (2002) kommer det frem at somatisk sykdom som årsak til selvmord, primært forekommer blant menn. Studien viser også at menn har høyere forekomst av dramatiske metoder, som skyting og henging. Dette bør sannsynligvis sees i sammenheng med høy gjennomføringsevne. Hos kvinner er det vanligst med forgiftning eller drukning. Kjølseths et al. (2002) funn om kjønnforskjeller i selvmordsmetodikken samsvarer med SSBs tall fra 2012 (SSB, 2014b) (Se tabell 4 og 5).

Videre skriver Vråle (2009, s.39) at menn kanskje har større sjanse for å begå selvmord, ettersom det i vår kultur er mindre aksept for å snakke om problemer som mann enn som kvinne. Når det gjelder kvinner er det blant de eldre det forekommer flest selvmord. Hos menn var statistikken tilsvarende tidligere, men har nå endret seg til at det er flest unge fremfor eldre menn som tar sitt eget liv (Vråle, 2009 s.39).



Tabell 4:
*Selvordsmetode,
menn, 2012*



Tabell 5:
*Selv mordsmetode,
kvinner, 2012*

2.5 Etske og juridiske utfordringer

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011 s.5) heter det at:

Sykepleiefagets begrunnelse er mennesket selv og respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet skal prege praksis. Sykepleie skal fortsatt baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene.

Vråle (2009, s. 54) stiller spørsmål om hva barmhjertighet er, i en sammenheng hvor livet er uutholdelig. Som det er kjent, har ofte eldre mennesker som velger å avslutte livet ved selvmord, opplevd en krenkelse i egen verdighet i forkant av handlingen. Denne krenkelsen skyldes ofte en funksjonssvikt eller tilbakesettelse fysisk eller psykisk (Tellervo et. al. 2004 s.78 ;WHO, 2013).

Den Europeiske Menneskerettighetskonvensjonen (1953) sikrer retten til liv. Konvensjonen sikrer derimot ikke retten til å dø, og kan derfor kritiseres for å frarøve menneskets autonomi. Sykepleieres yrkesutøvelse er regulert av helsepersonelloven (1999), hvor det i § 7 heter at:

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og

brugerrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen. Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser. Plikten gjelder ikke i den grad annet kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Oppgaven er skrevet som en litteraturstudie, med utgangspunkt i fire artikler. Vilhelm Aubert definerer metode i Dallan (2008, s. 83) på følgende måte:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”.

Denne definisjonen kan anses som universell, og omfatter også metoden litteraturstudie.

Mulrow og Oxman (1997; I Forsberg og Wengström, 2013 s.27) definerer systematisk litteraturstudie som at studiet utgår fra et tydelig formulert forskningsspørsmål og besvares systematisk gjennom å indentifisere, velge og vurdere og analysere relevant forskning.

Denne definisjonen velges ut fordi den kort forklarer hvordan oppgaven har blitt utarbeidet. En litteraturstudie kan enten stå alene, eller som en del av et større prosjekt for å kartlegge oppgavens plassering innenfor temaet, og undersøke tidligere studier på det gitte fagområdet (Frederiksen og Beedholm, 2012 s. 47). I denne oppgaven står metoden litteraturstudie alene. Oppgaven kan ikke kalles systematisk, da det kun er et lite utvalg studier som er inkludert.

3.2 Oppgavens metodikk

Når en utfører en litteraturstudie går man gjennom en arbeidsprosess. Dette innebærer å kartlegge tidligere forskning på området gjennom å bruke en aktiv søkestrategi og lese tidligere studier med et kritisk og analytisk blikk (Forsberg og Wengström, 2008 s. 35).

I denne oppgaven vil litteraturstudiet inneholde fire artikler. Studiene som er tatt med i oppgaven er to kvalitative autopsystudier, en systematisk oversiktsstudie og en prevalensstudie. Oversiktsstudiet inkluderes for å gi oppgaven en større tyngde, ettersom denne artikkelen oppsummerer tidligere forskning på området. De kvalitative autopsystudiene gir en dypere forståelse for temaet, da disse bygger på kvalitative dybdeintervjuer med informanter fra ulike profesjoner og tilknytning til brukeren.

Prevalensstudiet er inkludert for å lettere kunne plassere selvmordstruede eldre i samfunnet. Denne studien sammenligner ulike grupper eldre, og forekomsten av selvmord innad i disse gruppene.

3.2.1 Søkestrategi

Søkestrategien for oppgaven er bygget opp ved å foreta målrettede søk i aktuelle databaser for medisin- psykiatri- og sykepleieforskning. Søkordene som ble brukt er: Nurs*, suicide* (suicide assessment, suicidal ideation, suicide prevention mf.) home care, home care professionals, home nursing, communication*, elder*, old* og preventing*. I enkelte databaser var det mulighet for å avgrense søket til å kun inneholde aldersgruppen 65+, denne begrensningen av søket ble benyttet der det var tilgjengelig. Videre ble søket avgrenset til å kun inneholde artikler med abstract (sammendrag) og full-text. Ved oppnådde søkeresultatet har undertegnede lest gjennom abstracts til artikler med relevante MeSH-terms og emneord. I søkeprosessen har det vært et kriterie at studiene skal kunne relateres til norske forhold. Studiene som er inkludert i oppgaven er derfor primært utført i Norge eller andre vestlige land.

3.2.2 Kvalitetsvurdering av artikler

Ved vurdering av artiklene har undertegnede fulgt vurderingskriteriene til nettportalen for det nasjonale kunnskapssentert for helsetjenesten, Kunnskapssenteret.no. Ved vurdering av de kvalitative artiklene har det også blitt brukt Malteruds (2011, s. 211 ; Frederiksen og Beedholm, 2012 s. 51) retningslinjer for vurdering av kvalitet, relabilitet og mulighet for generalisering og lignende. I oppgaven har det vært et kriterie at studiene skal være relevante for dagens praksis. Dette innebærer blant annet at artiklene ikke er over 10 år gamle. Dette har medført at funnene blant tidligere studier har gitt få treff i databasene. Dette skyldes trolig lite forskning på området de siste årene. I oversiktsartikkelen bekreftes også dette, hvor det oppfordres til ytterligere forskning på området selvmord blant eldre.

3.3 Forskningsdesign

3.3.1 Autopsystudie

Et psykologisk autopsystudie gjennomføres ved å samle data via intervjuer med familie, pårørende, sykepleier, leger og andre bekjente av avdøde. Denne formen for studie syntetiserer også informasjon fra ulike kanaler, som blant annet lege- og sykepleierdokumentasjon. Autopsystudier ansees som en godt egnet metode for å studere selvmord og selvmordstendenser (Isometsä, 2001).

3.3.2 Systematisk oversiktsstudie

Et systematisk oversiktsstudie oppsummerer tidligere forskning på et valgt område. Det fastsettes klare inkluderingskriterier for å kritisk vurdere og velge ut tidligere studier. Forskerne fastsetter klare metoder for å kunne ekskludere studier med systematiske skjevheter (bias). De strenge inkluderingskriteriene benyttes for å gi oversiktsstudien større tyngde, og et konkret svar på forskningsspørsmålet (Kunnskapssenteret, 2008; The Cochrane Library, 2013).

3.3.3 Prevalensstudie

Prevalensstudie måler forekomsten av et gitt tilfelle, på et gitt tidspunkt. I denne sammenhengen måles forekomsten av selvmord blant eldre. Prevalensstudie er en form for tverrsnittstudie. For å måle forekomsten i den valgte gruppen, benyttes det også en kontrollgruppe for å sammenligne resultatene av forekomsten (Kunnskapssenteret, 2008).

4.0 Etikk

4.1 Eierskap og bruk av litteratur

Når man utfører et litteraturstudie er det viktig å understreke at funnene og teorien som kommer frem i oppgaven er utført av noen andre, og at dette ikke er en egne funn. Det betyr at forfatteren av litteraturstudie må opplyse om hvem som er de rettmessige eierne av dataene (Miles og Huberman, 1994, s.294). I oppgaven gjøres dette gjennom å referere til artiklene og litteraturen med henvisning til forfatternavn, sidetall og årstall og publikasjonssted. Oppgaven benytter seg av APA-metoden for referering.

4.2 Helsinkideklarasjonen

World Medical Association (WMA) har utarbeidet Helsinkideklarasjonen. Denne er etisk retningsgivende for all medisinsk- og helsefaglig forskning. Deklarasjonen omfatter all forskning som utføres med og på mennesker. Deklarasjonen vektlegger informantene og deltageres rettigheter, herunder retten til opplysninger, personvern og deltagelse i studiet (WMA, 2013). Fra Helsinkideklarasjonen trekker Slettebø (2010, s.209) frem at hensynet til deltagerne alltid skal gå foran hensynet til forskningen eller samfunnsnyttien studien kan medføre. Herunder hevder hun at nytten skal vurderes opp mot mulig skade før forskningen igangsettes. Under punkt 6. i Helsinkideklarasjonen (2013) presiseres det at hovedformålet med medisinsk- og helsefaglig forskning blant annet er å øke forståelsen, og utvikle kunnskap for å kunne forebygge ytterligere skade eller sykdom. Videre understrekes det at forskningsmetodikken må vurderes underveis i studiet for å sikre kvaliteten på forskningen. Punkt 6 i Helsinkideklarasjonen er derfor spesielt nærliggende for denne oppgaven, med tanke på at studiene som er inkludert i oppgaven omfatter forebygging av, og forståelse for, selvmord blant eldre.

4.3 Etske aspekter rundt oppgaven

Flere av studiene som er inkludert i denne oppgaven har en kvalitativ tilnærming (Kjølseth og Ekeberg 2012, og Kjølseth, Ekeberg og Steinhaug, 2010a). I disse studiene er det utført dybdeintervju med bekjente av avdøde. Grunnet denne tilnærmingen rammes studiene spesielt av punkt 6 i Helsinkideklarasjonen (WMA, 2013), med tanke på å øke forståelsen og fremme kunnskap om forebygging. I oversiktsartikkelen som er inkludert i

oppgaven fremkommer det ingenting om de etiske aspektene til studien. Heller ikke i vurderingen av de inkluderte artiklene nevner Fässberg et al. (2012) om det er lagt vekt på de etiske aspektene til ved inkludering av artikler. Oversiktsartikkelen blir likevel inkludert i denne oppgaven, da dette studiet kan gi et godt og oversiktlig bilde av temaet selvmord blant eldre i tillegg til at den er fagfellevurdert, som gir den større akademisk tyngde.

Ved litteratursøk har undertegnede vektlagt om artiklene har foretatt en etisk vurdering av forskningen. Det er i liten grad sannsynlig at deltagelse i de inkluderte studiene kan medføre skade for informantene, da flertallet av studiene har gjort intervjuer med informantene etter at deres bekjente har gjennomført selvmord. Videre har undertegnede hatt et nøkternt syn på funnene fra studier og annen skrevet litteratur. Likevel vil det i oppgaven bli trukket paralleller for å se sammenhenger og kunne fremstille en konklusjon i slutten av oppgaven.

5.0 Resultat

5.1 Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death.

Kjølseth, I., Ekeberg, Ø., Steinhaug, S., (2010a)

Studien er en autopsystudie, med formål å avdekke hva som utløser selvmordstanker, og medfører at eldre velger å ta sitt eget liv. Studien har en kvalitativ tilnærming til problemstillingen, hvor informantene ble intervjuet av forfatterne. Informantene i studien var familie, slekt, venner, helsepersonell eller andre bekjente av avdøde. 63 informanter deltok i studien. Disse var knyttet til 23 tilfeller av selvmord. Aldersgruppen for pasientene var 65 år eller eldre. Studien er utført i Norge.

Resultatet fra studien viser at det er tre hovedtemaer som førte til at de eldre valgte å begå selvmord.

Faktor 1) *Opplevelsen av hvordan deres eget liv er.* Herunder kommer det frem at flere av informantene hadde gitt uttrykk for at livet ikke lenger var verdt å leve, og at de var ”lei av å leve” eller at de ikke lenger hadde noe å leve for. Informantene påpekte også at avdøde hadde gitt uttrykk for at sykdom hadde lagt store begrensninger i livet, og at avdøde opplevde tap av verdighet og stolthet.

Faktor 2) *Selvbylde/selvoppfattelse.* Herunder kommer det frem i intervjuene at de eldre opplevde fysiske begrensninger som svært belastende. Dette innebar blant annet eliminasjonsproblematikk, funksjonssvikt, og tap av verdighet.

Faktor 3) *Dødsforestillinger.* Dette temaet handler om hvordan de eldre opplevde å akseptere døden som en utvei på problemene deres. Dette innebar blant annet at de ga uttrykk for at de var mentalt forberedt på å dø. En av informantene forteller også at hennes far fortalte at han var nysgjerrig på hvordan døden var. Videre fortalte informantene at deres bekjente hadde uttrykket at de så frem til døden, og at døden var bedre enn livet slik det var nå.

5.2 When elderly people give a warning of suicide.

Kjølseth, I., Ekeberg, Ø., (2012)

Studien er en autopsystudie som samler data ved kvalitative intervjuer med familie, slekt, helsepersonell (fastlege og ansatte i hjemmesykepleien) og andre som kjente avdøde, samt at det syntetiseres informasjon via kanaler som blant annet pasientjournaler. Studien har som hensikt å kartlegge hvordan, og til hvem, eldre viste tegn til suicidalitet i forkant av handlingen, og hvordan disse signalene ble mottatt hos de som fikk beskjeden. Studien tok for seg 23 tilfeller av selvmord, med 63 informanter. Studien ble utført i Norge.

Resultatene fra studien viser at blant de 23 tilfellene av selvmord, var det 14 som ga beskjed eller viste tegn til suicidalitet i forkant av handlingen. Av disse 14 tilfellene var det 11 som ga beskjed til familie, 5 til ansatte i hjemmesykepleien og 2 til fastlege.

Flere av de eldre hadde sagt at de ikke lenger ønsket å leve livet slik det var blitt, og at det var bedre om de døde. I noen tilfeller hadde enkelte av familiemedlemmene blitt vist ammunisjon eller våpen av brukeren. I et tilfelle hadde en eldre mann sagt til en ansatt i hjemmesykepleien at han ikke kom til å være tilgjengelig neste gang pleieren kom på besøk.

Blant informantene ble signalene om selvmord mottatt på ulike måter. De ble enten ikke tatt seriøst, de ble mottatt med hjelpeløshet, de ble mottatt med utmattelse og handlingslammelse eller de ble akseptert og forstått. Hvordan de ble mottatt var avhengig av hvilke av informantene det gjaldt. I intervjuene kommer det frem at hjelpeløshet var hyppigst blant familiemedlemmer, mens det for hjemmesykepleien var avfeieelse og bagatellisering som var hyppigst, i tillegg til forståelse for handlingen. Flere av informantene forklarer også at de etter hvert ble lei av at den eldre så ofte snakket om døden, og mangel på livsglede. Det kommer frem i studien at dette primært gjaldt familie, og da spesielt barn av avdøde.

5.3 A systematic Review of Social Factors and Suicidal Behavior in Older

Adulthood.

Fässberg, M.M, van Orden, K. A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E.,... Waern, M. (2012)

Studien er en systematisk oversiktsstudie som tar for seg 16 tidligere publiserte artikler, hvor to av disse artiklene baseres på samme studie. Dermed omfatter artikkelen forskning fra totalt 14 studier som ble omfanget av inkluderingskriteriene. Kriteriene for inkludering i oversiktsartikkelen var at aldersgruppen skulle omfatte pasienter som er 65 år eller eldre. Videre skulle artiklene omfatte sosiale faktorer, selvmord, selvmordsønsker og eller –tanker eller suicid oppførsel. Artikler som var skrevet på andre språk enn engelsk ble ikke inkludert i oversiktsartikkelen. Studien tok sikte på å svare på spørsmålene:

- Hvilke sosiale faktorer er relatert til selvmordstanker, -forsøk, eller gjennomføring av selvmord blant eldre?
- Hvilket behov er det for ytterligere forskning på området selvmord blant eldre?
- Hva fører dette med seg for videre forebygging av selvmord for denne aldersgruppen?

Ved avklaringen av hvilke sosiale faktorer som har medvirkning på selvmordstanker eller gjennomføring av selvmord blant eldre kommer det frem i studien at sosiale forhold er avgjørende for om eldre har selvmordstanker eller gjennomfører selvmord. Dette gjelder spesielt for industriland, og kan derfor relateres til norske forhold. I oversiktsstudien ble det inkludert enkelte studier fra Asia. Det er varierende resultater i studiene fra vestlige land og de asiatiske studiene. I oppgaven vektlegges funnene fra de vestlige landene i større grad, ettersom disse lettere kan relateres til norske forhold.

Artikkelen presiserer at det kun ble gjort 16 funn som oppfylte inkluderingskriteriene. Forfatterne oppfordrer derfor til videre forskning på temaer selvmord blant eldre. Spesielt vektlegger forfatterne viktigheten av autopsystudier. Kjølseth og Ekeberg (2012) og Kjølseth et al. (2010a) er to autopsystudier som er inkludert i oppgaven, og oppfyller ønskene til forfatterne av oversiktsartikkelen.

Når det gjelder videre forebygging av selvmord blant eldre bør man se på funnene fra oversiktsstudien. I artikkelen presiseres det at resultatet, altså at sosiale forhold har en positiv effekt i tilnærmingen til selvmord hos eldre, fordrer et økt fokus på sosial kontakt for eldre hjemmeboende. Ved å øke fokuset på dette, vil det i følge forfatterne kunne redusere forekomsten av selvmord blant mennesker i aldersgruppen 65+.

5.4 Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression

Szanto, K., Dombrowski, A.Y., Sahakian, B. J., Mulsant, B. H., Houc, P. R., Reynolds C.F., Clark, L. (2012)

Studien er en prevalensstudie. Denne formen for studie måler prevalensen, altså forekomsten, av tilfeller som finnes på et gitt tidspunkt. I studien deltok 90 informanter, hvorav 24 var deprimerte, og hadde gjennomgått tidligere selvmordsforsøk. 38 av informantene var deprimerte, uten at de tidligere hadde forsøkt selvmord. De resterende 28 deltagerne var en kontrollgruppe som bestod av eldre som ikke var preget av depresjon, hadde hatt tidligere selvmordsforsøk, eller noen form for psykiatrisk bakgrunn. Studien inkluderte personer i aldersgruppen 60+. WHO (2014b) har definert eldre som 65+, og denne definisjonen brukes som utgangspunkt i oppgaven. Likevel er det ønskelig å inkludere denne studien. Dette gjøres på bakgrunn av manglende forskning av god kvalitet på området, samt at flere former for studier vil gi et bredere bilde av temaet, og dermed gi oppgaven en større akademisk tyngde.

I studien ble personer med demens, bipolare lidelser, schizofreni, schizoaffektive lidelser, eller andre former for kognitiv- og eller mental svikt ekskludert. For å måle eventuell kognitiv svikt benyttet forfatterne seg av MMS-testen (Mini Mental Status). Personer med score 23 eller lavere ble ekskludert. Også personer som har blitt behandlet med ECT i løpet av det siste halvåret ble ekskludert. Det samme gjaldt personer med nevrologiske lidelser, blant annet apoplexia cerebri, epilepsi og tumor cerebri.

Studiens formål var å undersøke hvorvidt manglende sosial kontakt kan relateres til selvmordsrisiko blant eldre. Forfatterne tok utgangspunkt i en tese basert på tidligere forskningsresultater; at eldre med tidligere selvmordsforsøk vil være preget av manglende sosial kontakt, i form av lite nettverk og sosial tilbaketrekning, sammenlignet med deprimerte eldre uten selvmordsrisiko, og eldre uten noen form for psykiatrisk sykdomshistorikk. I studien ble det vektlagt graden av sosial kontakt. Dette i form av antall besøk over en gitt tidsperiode, kvaliteten på det sosiale samværet og størrelsen på nettverket.

Funnene fra studien viser at blant de som har forsøkt selvmord ser man en signifikant lavere kognitiv funksjonsevne, sammenlignet med kontrollgruppen. Videre finner studien ut at blant de selvmordsforsøkende er det høyere sannsynlighet for misbruk av substanser. Det kommer også frem av studien at blant de eldre som hadde forsøkt selvmord var det høyere forekomst av enslighet i form av lite sosialt nettverk og få nære vennskap. Studien gjør ingen klare funn om antall barn har noen innvirkning på selvmordsrisiko, men gruppen som hadde forsøkt selvmord rapporterte om mindre kontakt med sine barn, sammenlignet med kontrollgruppen. Studien finner ingen signifikante forskjeller med tanke på religiøs tilknytning. En tankevekker studien bringer frem er at ingen av de som hadde forsøkt selvmord bedrev noen form for frivillig arbeid, mens en tredjedel av kontrollgruppen var med i en form for frivillig arbeid.

6.0 Diskusjon

6.1 Fellestrekk og bakgrunn for diskusjon

Ved gjennomgang av tidligere studier på området kan vi se at det er visse felles predisponerende faktorer som utpeker seg hos selvmord blant eldre. En fellesnevner er at de fleste eldre som velger å ta selvmord har opplevd en endring i livet den siste tiden. Dette forekommer i form av fysisk sykdom, redusert livskvalitet med nedsatt selvbilde, manglende eksistensiell mening og -tilhøring, og opplevelsen av at livet er en byrde i seg selv, eller at brukeren selv er en byrde for omgivelsene. Manglende sosial tilhørighet og -nettverk kan også sees som en fellesnevner blant eldre som har suicidale tanker, eller velger å avslutte livet ved selvmord (Kjølseth et al. 2010a; Kjølseth og Ekeberg, 2012; Fässberg et al., 2012; Szanto et al., 2012).

6.2 Formidlingen av et dødsønske

6.2.1 Sykepleierens rolle

Spørsmålet i problemstillingen tar sikte på å undersøke hvordan en sykepleier i hjemmetjenesten kan avdekke selvmordsfare hos eldre. Kjølseth og Ekeberg (2012) fant i sin studie ut at blant 23 selvmord var det 14 personer som hadde uttrykket verbalt at de hadde selvmordstanker. Blant disse fjorten var det fem personer som hadde uttrykket selvmordsønske til sykepleier i hjemmetjenesten. Sykepleiere i hjemmetjenesten har altså en viktig rolle i å avdekke selvmordsfare hos brukere. At mer enn en tredjedel uttrykker nettopp til sykepleieren at de har selvmordstanker, bekrefter dette.

Kjølseth et al. (2010a) gjør interessante funn i sin studie. I artikkelen kommer det frem at flertallet av sykepleierne i hjemmetjenesten ikke hadde observert depressive symptomer eller tegn hos brukeren i forkant av selvmordshandlingen. En av informantene uttrykker følgende: *"Now and then he was a bit down, but not depressed. He acknowledged that life was approaching its end, and that was a burden."* Basert på erfaring fra hjemmesykepleien er det ønskelig å trekke frem tre mulige årsaker til at sykepleiere ikke har observert faresignalene for selvmord. 1) Sykepleieren har ikke tid, mulighet eller kunnskap til å observere depressive tegn på suicidalitet hos brukeren. 2) Sykepleieren har ikke god nok forståelse for, og kunnskap om, depresjon hos eldre, med tanke på

symptomer, psykologisk aldring og psykiske reaksjoner på nedsatt funksjonsevne. 3) Sykepleieren ser de depressive signalene, men avfeier de bevisst eller underbevisst, og tar derfor ikke signalene på alvor. Sistnevnte er den mest skremmende reaksjonen. I Kjølseth og Ekebergs (2012) studie forteller en sykepleier i hjemmetjenesten følgende: *"It just never occurred to us. If we had thought along those lines we would have seen there was a change"*. Dette vitner om at sykepleieren ikke tar signalene på alvor, eller har nok kunnskap til å forstå varselsignalene i forkant av selvmordshandlingen. Når en ser tilbake vil man lettere se hva man har oversett, eller at man ikke har tatt signalene alvorlig. Dette bekrefter en annen sykepleier i den samme studien. Vedkommende uttaler følgende: *"In retrospect I can see that she gave me plenty of hints. But I didn't understand them"*. At sykepleieren her uttaler at han/hun ikke forstod hintene brukeren ga, kan vitne om manglende kunnskap, forståelse og årvåkenhet for selvmordshandlinger hos eldre.

Dette bringer oss til den nonverbale delen av kommunikasjonen mellom sykepleier og bruker. Som Eide og Eide (2009, s 76-81) hevder, spiller den nonverbale kommunikasjonen en stor rolle i en samtale. At sykepleieren ikke vektlegger kroppsspråk og holdning i stor nok grad er nærliggende å tenke seg ut ifra funnene i Kjølseth og Ekebergs (2012) studie. Ved å vektlegge brukerens nonverbale kommunikasjon vil sykepleieren kunne få et bedre helhetlig bilde av brukerens livssituasjon og sinnsstemning. Det er da viktig å observere kroppslige uttrykk, i form av ansiktsuttrykk og holdning. At det bør vies mere tid til å observere brukerens nonverbale kommunikasjon mener også Archinard et al (2000; I Martin og Hamilton, 2005).

Eide og Eide (2009, s. 77) hevder at den nonverbale kommunikasjonen er hovedsakelig følelses- og relasjonsorientert, mens den verbale kommunikasjonen er saks- og innholdsrelatert. Man kan tenke seg at fler enn fjorten personer forsøkte å gi beskjed om sine selvmordstanker, slik det kommer frem studien til Kjølseth og Ekeberg (2012). Som vi vet er nonverbal kommunikasjon hovedformen å uttrykke følelser på. Det er derfor viktig at sykepleiere har en lyttende holdning ikke bare til det verbale, men også til hva pasienten uttrykker nonverbalt.

At sykepleieren bør observere pasientens sinnsstemning i tillegg til de verbale uttrykkelsene, er åpenbart. Likevel kan dette være en utfordring. For å kunne forstå reaksjonene til brukeren, er det sentralt at sykepleieren kjenner til pasientens

sykehistorie. Dette innebærer blant annet sinnsstemning og tidligere væremåte. Dette forutsetter at sykepleieren kjenner pasienten som person. I dagens helsetjenester blir det ofte benyttet rullerende vaktlistor i hjemmesykepleien. Dette betyr at brukeren ikke har en eller flere faste sykepleiere, men at de ruller, slik at sykepleierne skal få et helhetlig bilde av alle brukerne i sonen. En slik strukturering av hjemmetjenesten kan synes å by på utfordringer for sykepleier, med tanke på å knytte en relasjon til brukeren. Ved å ha en tettere relasjon og en bedre kjennskap til brukeren er det sannsynlig at man lettere kan fange opp faresignaler om suicidalitet.

6.2.2 Pårørendes rolle

I studien til Kjølseth og Ekeberg (2012) kom det frem at 11 av de 14 brukerne ga beskjed til sin familie i forkant av selvmordshandlingen. I studien kommer det ikke frem hvorvidt brukeren bodde sammen med noen av familiemedlemmene. Birkeland og Flovik (2011, s. 145-148) hevder at familien kan være en god ressurs for ansatte i hjemmesykepleien. Dette forutsetter at familien har interesse av et samarbeid for å sikre best mulig helsehjelp til sin nære. Dette er personer som antageligvis kjenner vedkommende godt, og dermed kan være en viktig brikke i sykepleien som blir gitt til brukeren. Heisel, Conwell, Pisani og Duberstein (2011) bekrefter dette gjennom sin studie, hvor det fremkommer at familiemedlemmer ofte er i stand til å avdekke en selvmordsfare hos vedkommende. Dette understreker viktigheten av et godt samarbeid mellom sykepleier og pårørende til brukere av hjemmetjenesten, og hvordan dette kan være avgjørende for å oppdage suicidal atferd hos pasienten.

Også verdens helseorganisasjon (2013) trekker i sin selvmordsforebyggende strategi frem behovet for tverrfaglighet og samarbeid med relevante ressurspersoner. Som Heisel et al. (2011) har funnet ut av, er familien og øvrige pårørende nyttige medhjelpere i en slik sammenheng. Utfordringen kan hvile på personvernet, og brukerens rett til privatliv og selvstendighet. Det er heller ikke gitt at pårørende i alle tilfeller ønsker et tett samarbeid med hjemmesykepleien. Ei heller at brukeren selv ønsker det. I så tilfelle må dette respekteres. Hvilket betyr at sykepleieren ikke kan sette sin lit til pårørende, men at behovet for kompetanseøkning blant sykepleierne, kan synes å være veien å gå for å avdekke selvmordsfare hos eldre.

6.3 Den sosiale kontaktens innvirkning

Fässberg et al. (2012) og Szanto et al. (2012) har i sine studier undersøkt den sosiale kontaktens innvirkning på suicidal adferd hos eldre. Felles for studiene er at de beskriver manglende sosial kontakt og -nettverk som to tydelige predisponerende faktorer for utvikling av selvmordstanker, eller gjennomføring av selvmord hos eldre. Dette bekrefter altså Edwin Scneidmans teori om at udekkede psykologiske behov som tilhørighet, kjærlighet og aksept vil medføre en større risiko for selvmord (Herrestad og Mehlum, 2005 s.35).

I hjemmesykepleien har sykepleieren en profesjonell rolle. Vennlighet, åpenhet og faglig nysgjerrighet fra sykepleierens side skal ikke forhindre brukerens rett til privatliv og intimitet. Sykepleieren har en viktig jobb med å legge til rette for en god relasjon til brukeren, men kan ikke overskride privatlivets grense. Dette leder oss tilbake til pårørendes viktige rolle, ikke bare som informasjonskilde til hjemmesykepleien, men som tilretteleggere for sosial deltagelse, -aksept og kjærlighet for brukeren. Det er ikke å forvente at sykepleieren skal tilrettelegge og stå ansvarlig for brukerens sosiale liv. Dette på tross av at sykepleiens grunnlag er å fremme helse, som vi vet er avhengig av et tilfredsstillende sosialt liv.

Det er nærliggende å tenke seg at familien er en viktig ressurs i det sosiale samværet for brukeren slik som Birkeland og Flovik (2012) hevder. Likevel finner ikke Fässberg et al. (2012) i sin studie noe sammenheng mellom økt suicidalatferd og sosial kontakt med barn eller annen familie, fremfor sosial omgang med andre ikke-slektninger. Szanto et al. (2012) gjør oppsiktsvekkende funn. De fant ut at antall barn ikke har noen innvirkning på om personen gjennomfører eller forsøker selvmord. Det er tydelig sprikende funn fra studiene med tanke på familiens innvirkning. At familiens rolle enten påvirker i positiv retning, eller ikke påvirker brukeren i det hele tatt, tyder på at det ikke er *om* familien er involvert eller ei, men kvaliteten på relasjonen til familien som er av betydning. Man kan altså ikke slå seg til ro dersom pasienten har familie.

Som tidligere nevnt kan pårørende være en viktig støttespiller. Likevel kan det ikke forventes at pårørende stiller seg til disposisjon for å gi sosialt nettverk og kjærlighet til brukeren. Dermed hviler det er stort ansvar på sykepleien som initiativtager til å hjelpe

brukeren ut i sosiale sammenhenger, for å stifte bekjenskaper og oppleve sosial tilhørighet. Også i dette tilfellet kan vi se problemet med at brukeren ikke har et knippe faste sykepleiere å forhøde seg til, men mange ulike individer som kommer og går med ujevne mellomrom. Det er ikke å forvente at brukeren er like fornøyd med alle sykepleierne, og heller ikke ønsker å inkludere alle disse ulike personene inn i sitt liv i like stor grad.

I denne oppgaven er det ved litteraturgjennomgang ikke kommet frem til noen kjente årsaker til at familien er av liten betydning for om eldre gjennomfører selvmord eller ei. En mulig årsak en kan tenke seg er at ved depresjon og manglende livsgnist har man et større behov for å bli sett, og sosialt akseptert av andre enn familien. En mulighet er at brukeren opplever å være mer en byrde, med sine krav, fysiske- og psykiske begrensninger, tapte helse og lignende, ovenfor sin familie. Nettopp dette bekrefter to informanter i Kjølseths et al. (2010a) studie. Vedkommende forteller følgende: *"What a life! To get old and to realize that you can't fix things any more, can't remember"*, og *"He chose to bear the burden of his life completely alone"*.

Grov (2011, s. 56) påpeker hvordan mennesker har behov for å bli sett, akseptert og gitt en sosial posisjon. Herunder trekker hun frem gleden ved å se at noen bryr seg. For de eldre kan det være avgjørende å få sosial bekreftelse fra andre enn familien. Man kan anta at dette skyldes opplevelsen av å være en byrde for familien, slik som informantene i Kjølseth et al. (2010a) beskrev det. Dette leder oss til Renolen (2009, s.117-127) som tar opp selvfølelsen, og at dette handler om hvordan andre ser på oss. Hvis familien til brukeren oppfatter han/hun som er byrde, vil dette kunne medføre at brukeren selv også blir av den oppfatningen. Dette kan også være gjensidig. Det er derfor nærliggende å anta at brukerne har et behov for sosial aksept og omtanke fra andre enn familien, for eksempel sykepleieren.

Szanto et al. (2012) fant i sin studie ut at det var et lavere antall brukere med selvmordstanker, eller som gjennomførte selvmord, blant de som bedrev en eller annen form for frivillig arbeid. Hjemmesykepleien kan motivere brukerne til å delta på ulike former for sosial aktivitet. Dette kan være dagsentere, menighet, frivillig arbeid og lignende. Hjemmesykepleien bør organiseres rundt dette tilbudet, slik at brukerne får mulighet til å delta. Også her er det relevant å se hvilken rolle familien og/eller andre

bekjente kan ta for å styrke og ivareta brukerens sosiale omgang og -deltagelse. Bakgrunnen for lavere forekomst av suicidal atferd blant eldre som bedrev frivillig arbeid, fremkommer ikke. Likevel synes det naturlig at opplevelsen av å være til nytte, fremfor en byrde, samt å få muligheten til deltagelse, kan ha en helsefremmende effekt.

Szanto et al. (2012) fant i sin studie ut at blant eldre med selvmordstanker, var det over 60 %, nærmere bestemt 15 av 24, som hadde gjort første selvmordsforsøket etter de hadde fylt 60 år. Videre kommer det frem at alle nå hadde selvmordstanker og en aktiv plan for å gjennomføre selvmordshandlingen. Dette er oppsiktsvekkende funn, som sykepleierne bør se alvorlig på. Som vi vet fra annen litteratur øker selvmordsfaren signifikant når personen allerede har en konkret plan eller tidligere har forsøkt selvmord (Tellervo et al. 2004 s.78; WHO 2013). Aktuelle tiltak må derfor iverksettes umiddelbart. I likhet med annen kjent kunnskap utfordrer dette sykepleiernes årvåkenhet ovenfor selvmordstanker blant eldre mennesker.

I Szantos et al. (2012) studie kommer det frem at eldre som hadde forsøkt å ta selvmord, viste seg å ha et høyere temperament og opplevde større personlig ambivalens, enn eldre uten suicidal atferd. Videre i studien finner forfatterne også ut at eldre som har forsøkt selvmord har færre nære venner enn kontrollgruppen. Det er mulig å se disse to funnene i sammenheng. Aggresjon og personlig motstridene følelser kan legge begrensninger på det sosiale livet og den sosiale utfoldelsen. De ambivalente tankene til informantene blir ikke beskrevet i studien. Likevel kan man tenke seg at slike tanker kan omhandle tankene rundt å leve versus å dø, eller sosial deltagelse versus sosial regresjon. Dette kan muligens være en stor belastning for brukeren, og et problem han/hun ikke nødvendigvis klarer å håndtere på egenhånd. Sykepleieren bør derfor være oppmerksom på slike tanker, og intervensjoner avhengig av behovet.

6.4 Forbedring av praksis

At 14 av 23 eldre gir beskjed om selvmordstanker i forkant av selvmordshandlingen (Kjølseth og Ekeberg, 2012) vitner om at sykepleieren har en reell mulighet til å forebygge at brukerne gjennomfører selvmordet. Dette kan sykepleieren gjøre ved å nettopp fange opp faresignalene og ta brukerne på alvor. Grunnen til at sykepleierne kan fange opp faresignalene er at når 14 av 23 gir muntlig beskjed om at de ønsker å ta livet sitt, kan man anta at det også er en andel som forsøkte å gi beskjed og uttrykk for sine følelser og tanker nonverbalt, som ikke er avdekket i studiet. Dette gjenspeiler Archinard et al. (2000; I Martin og Hamilton, 2005) anbefalinger om at sykepleiere bør vie mer tid til den nonverbale kommunikasjonen med brukeren, for å kunne avdekke en eventuell selvmordsrisiko.

På den andre siden vet vi at flertallet av eldre som velger å begå selvmord er menn (SSB, 2014a). Som Vråle (2009, s. 39) hevder er det mindre aksept blant menn for å snakke om problemer. Ettersom det er flere menn enn kvinner som begår selvmord i aldersgruppen 65+, kan man derfor tenke seg at andelen som gir beskjed eller uttrykk for følelsene i forkant av handlingen ikke er større enn 14 av 23, som Kjølseth og Ekeberg (2012) fant ut av. Den aktuelle generasjonen er bestående av personer født før 50-tallet. Tidligere var det ikke like stor aksept for å snakke åpent om selvmord. Dette kan fortsatt prege denne generasjonen, og være en mulig årsak til at ikke alle gir uttrykk for sine følelser i forkant av en selvmordshandling. Dette fordrer at sykepleierne tar initiativ til å snakke sammen med brukeren om følelser, for på denne måten å kunne få et innblikk i brukerens livssituasjon. På den andre siden må vi som samfunn stille oss spørsmålet om hvor stor aksept det er for å snakke om suicidalitet i dag.

Fässberg et al. (2012) understreker i sin studie at det er behov for flere kvalitative psykologiske autopsystudier, som undersøker brukernes opplevelser av livet i forkant av selvmordshandlingen. Kjølseth og Ekeberg (2012) og Kjølseth et al. (2010a) har gjennomført nettopp kvalitative psykologiske autopsystudier, og er dermed inkludert i oppgaven for å gi større akademisk tyngde. Videre påpeker Fässberg et al. (2012) at helsearbeidere må forbedre sine kunnskaper, for å kunne avdekke en selvmordsidéasjon. Forfatterne sikter her spesielt til at helsearbeiderne må forstå aldersforandringer og det sosiale livets påvirkning på suicidal oppførsel og -tankegang. Disse anbefalingene er i

tråd med hva WHO (2013) trekker frem som sentrale elementer i sin selvmordsforebyggende strategi. Også Nordhus (2012, s. 25) anbefaler å øke kunnskapen blant sykepleiere. Hun trekker frem viktigheten av å forstå psykologisk aldring og generelle aldersforandringer, og dermed ikke se på eldre som en ensartet gruppe, men som enkeltindivider. Dette er sentrale elementer i arbeidet med å avdekke selvmordsfare hos eldre brukere av hjemmetjenesten, og bør derfor få et større fokus i fremtidens utøvelse av sykepleie.

For å vite hvilke grupper og enkeltindivid innad i den eldre populasjonen sykepleiere bør rette ekstra oppmerksomhet mot, kan et kartleggingsverktøy være til god hjelp. Det kan derfor anses som en svakhet ved oppgaven at denne typen hjelpemidler ikke er trukket inn, og at oppgaven dermed gir et ufullstendig svar. Likevel bør oppgaven betraktes som relevant, ettersom en stor andel av gjennomgått litteratur peker på de samme utfordringer og predisponerende faktorer for suicidalitet blant eldre.

WHO (2013) trekker i sin selvmordsforebyggende plan frem behovet for å øke de ansatte i primærhelsetjenestens kunnskaper om selvmord. Organisasjonen understreker spesielt avdekking av selvmordstanker som et viktig fokusområde. I likhet med WHO (2013) hevder Kjølseth og Ekeberg (2012) at helsepersonells kunnskaper om selvmord blant den eldre generasjonen, er et område som krever større fokus. I studien konkluderes det med at sykepleiere i hjemmetjenesten må bli tryggere på å forstå og håndtere selvmordstanker, -idéasjon og -handling hos eldre brukere. I studien til Kjølseth og Ekeberg (2012) forteller en sykepleier at det er lettere å forstå signalene når man ser tilbake på tiden før brukeren begikk selvmord. At det er lettere å forstå en selvmordshandling i et retroperspektiv, argumenterer for Kjølseth og Ekebergs (2012) anbefalinger om kollegastøtte, kompetanseheving og økt årvåkenhet blant ansatte i hjemmesykepleien.

6.5 Morgendagens utfordringer

I møte med selvmordsnære mennesker ser det ut som sykepleieren står ovenfor utfordringer med å forstå brukerens selvmordstanker. Vråle (2009 s.14) påpeker at man som helsepersonell må arbeide med de større dimensjoner, som håp og håpløshet, mening

og meningsløshet. Dette vil i følge forfatteren kunne medføre en nedgang i selvmordsstatistikken.

For å forebygge selvmord blant eldre vil det ifølge WHO (2013) være avgjørende at hjemmesykepleien arbeider sammen med fastlege, pårørende og andre involverte for å sikre tilstrekkelig oppfølging. Dette har allerede vært diskutert. Likevel trekkes det frem her, for å understreke utfordringene sykepleiere står ovenfor. Et slikt samarbeid kan initieres av sykepleieren, men avhenger også av de andre involverte partene.

I likhet med flere av de inkluderte studiene i oppgaven oppfordrer WHO (2013) til ytterligere forskning på området. I strategien påpeker WHO et behov for å trappe opp satsningen på selvmordforebyggelse. Dette innebærer økt årvåkenhet og et større fokus, i tillegg til kvalitetsvurdering og evaluering av dagens praksis.

For å kunne forebygge at eldre velger å begå selvmord må vi forstå de bakenforliggende årsakene. I fremtiden bør det derfor utvikles en dypere forståelse for hva som leder til suicidal atferd hos eldre, og hvilken påvirkning og rolle samfunnet har. Det oppfordres til å se på forekomsten av suicidalitet i et større perspektiv. Ved å anse temaet som et samfunnsproblem, vil man kunne operere i større dimensjoner enn på individnivå.

Begrunnet i det økende antallet eldre, og forutsett en prosentvis lik forekomst av suicid i den eldre generasjonen, virker det sannsynlig at vi vil oppleve flere selvmord i de kommende årene. I kombinasjon med dagens utvikling av helsevesenet, hvor pasientene bor hjemme så lenge som mulig, vil dette trolig medføre et behov for kunnskapsheving hos sykepleiere.

7.0 Konklusjon

Demografisk utvikling, med et økt antall eldre, vil medføre flere selvmord i aldersgruppen 65+. Suicidalitet hos eldre synes relatert til sosial tilhørighet, funksjonsevne og selvbilde. Sykepleierens kunnskap om selvmord generelt, og predisponerende faktorer spesielt, kan synes å være avgjørende i å forebygge og avdekke suicidalitet hos eldre. For å få en bredere forståelse bør det utøves videre forskning på området.

Referanseliste

- Brikeland, A., & Flovik, A. M. (2011) Sykepleie i hjemmet. Oslo: Akribe forlag AS.
- Dallan, O., (2008) Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Den Europeiske Menneskerettighetskonvensjonen (1950) European Court of Human Rights/Cour Européenne des Droits de l'Homme. Hentet 12/2/2014 fra: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf
- Eide, H., & Eide, T. (2010) Kommunikasjon i relasjoner. *Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fjørtoft A. K., (2012) Hjemmesykepleie. *Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Forsberg, C., & Wengström Y. (2013) Att göra systematiska litteraturstudier. *Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Forsberg, C., & Wengström Y. (2008) Att göra systematiska litteraturstudier. *Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Frederiksen, K., & Beedholm, K., (2012) Litteraturreview I: S. Glasdam. Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område. *Indblik i videnskabelig metoder*. (s.47-60) *København*: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, i samarbeid med Dansk Sygeplejeråd.
- Grov E. K. (2011) Å bli pasient og hjelpetrequende. I: Holter I.M., Mekki T.E. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. *Sykepleieboken 1*.(4. Utgave s.51-68) Oslo: Akribe forlag AS.
- Hawton, K. & Flagg, J (1988) Suicide and other causes of death following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*; 152: s. 359-366
- Heisel, M. J., Conwell, Y., Pisani, A. R., & Duberstein, P. R. (2011) Concordance of self- and proxy-reported suicide ideation in depressed adults 50 years of age or older. *Canadian Journal of Psychiatry- Revue Canadienne de Psychiatrie* (56) s. 219-226.

- Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64. Hentet 12/2/2014 fra: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Herrestad, H., & Mehlum, L., (2005) Uutholdelige liv. *Om selvmord, eutanasi og behandling av dødene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Illustrasjonsfoto. Colorbox.com. Hentet 10/1/2014 fra: <http://www.colourbox.com/image/depression-image-5458322>
- Isometsä, E. T. (2001) Psychological autopsy studies – a review. *Eur Psychiatry* (16) s. 379-385.
- Kjølseth, I., (2006) Eldre med selvmordsrisiko- behandling og oppfølging. *Suicidologi vol. 11 (3) s. 10-13*.
- Kjølseth, I., & Ekeberg, Ø., (2012) When elderly people give warning of suicide. *International Psychogeriatrics* (24) 9 s.1394-1401 doi: 10.1017/S1041610212000312.
- Kjølseth, I., Ekeberg, Ø., & Steinhaug, S., (2010a) Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death. *International Psychogeriatrics* (22) 2. S. 209-218. Doi: 10.1017/S1041610209990949
- Kjølseth, I., Ekeberg, Ø., & Steinhaug, S., (2010b) Elderly people who committed suicide- their contact with the health service. *What did they expect, and what did they get?* *Aging & Mental Health*. (14) 8. S. 938- 946.
- Kjølseth, I., Ekeberg, O., & Teige, B. (2002) Selvmord blant eldre i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. (15): 122. S. 1457-1461.
- Kunnskapssenteret (2008) Ordliste med forklaringer. Hentet 6/1/2014 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/ordliste>
- Kvaal, K. (2008) Angst og depresjon. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A.H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (s.383-395). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martin, D., & Hamilton, S., (2005) How to use non-verbal signs in assessments of suicide risk. *Nursing times* 102 (2) s. 36-38.

- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994) An Expanded sourcebook: *Qualitative Data Analysis*. London: SAGE Publications.
- Norsk sykepleierforbund (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. *ICNs etiske regler*. Hentet 20/1/2014 fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- NOU (1992:1) Trygghet- verdighet- omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
Hentet 16/1/2013 fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/4/4.html?id=350996>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2013) OECD Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics. *Suicide*. Hentet 11/2/2014 fra: <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/factbook-2013-en/12/01/03/index.html?itemId=/content/chapter/factbook-2013-97-en>
- Renolen, Å. (2008) Forståelse av mennesker. *Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Roald, B. (u.å) Store Medisinske leksikon. *Sykdomsdisposisjon*. Hentet 11/2/2014 fra: <http://sml.snl.no/sykdomsdisposisjon>
- Statistisk sentralbyrå (2013) Folkemengde etter alder, kjønn, sivilstand og statsborgerskap, 1. januar 2013 Hentet 11/2/2014 fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde>
- Statistisk sentralbyrå (2014a). Statistikkbanken. Hentet 16/1/2014 fra:
<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectout/ShowTable.asp?FileformatId=2&Queryfile=201411617575652329284SelvmordMaate&PLanguage=0&MainTable=SelvmordMaate&potsize=3>
<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectout/ShowTable.asp?FileformatId=2&Queryfile=2014116175945152329284SelvmordMaate&PLanguage=0&MainTable=SelvmordMaate&potsize=3>
<https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal /saveselections.asp>

Statistisk sentralbyrå (2014b) Statistikkbanken. Hentet 19/2/2012 fra:

<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectout/pivot.asp?checked=true>

<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectout/pivot.asp?checked=true>

Szanto, K., Dombrovski, A. Y., Sahakian, B. J., Mulsant, B. H., Houc, P. R., Reynoldds C. F., & Clark, L. (2012) Social emotion recognition, socail functioning, and attempted suicide in late-life depression. *Americal Journalof Geriatric Psychiatry*. (20) 3. S. 257-265. Doi: 10.1097/JGP.0b013e31820eea0c.

Tellervo, J. (red) Anneberg I., Briktoft, A., Bille-Brahe, U., Erlangsen, A., Fleischer, E., .. & Zøllner, V. (2004) Selvmord blandt gamle mennesker. *Myter, viden og forebyggelse*. København: Nyt Nordisk Forlag AS

The Cochrane Library (2013) About Cochrane Systematic Reviews and Protocols. Hentet 30/1/2014 fra:

<http://www.thecochranelibrary.com/view/0/AboutCochraneSystematicReviews.html>

Verdens Helseorganisasjon (2014a) Data and statistics. Geneve: WHO. Hentet 11/2/2014 fra: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>

Verdens Helseorganisasjon (2014b) Definition of an older or elderly person. Geneve: WHO. Hentet 11/1/2014 fra:

<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Verdens Helseorganisasjon (2013) Public health action for the prevention of suicide. *A framework*. Geneve: WHO

Vråle, G. B., (2009) Møte med det selvmordstruede mennesket. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

WMA (2013) Declaration of Helsinki - *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hentet 13/1/2014 fra:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>