

Helsepersonells erfaringer med selvmordsrisiko hos hjemmeboende eldre personer

Anna Aure Monsen

Vernepleier

Hjemmetjenesten, Glomstua omsorgssenter

Lise-Merete Alpers

Intensivsykepleier og førsteamanuensis

Fakultet for helsevitenskap, Institutt for sykepleie, VID vitenskapelige høyskole

Selv mord

Psykisk helse

Eldre

Hjemmetjeneste

Sykepleien Forskning 2023;18(93191):e-93191

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2023.93191](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2023.93191)

Sammendrag

Bakgrunn: I Norge vil andelen eldre i befolkningen øke betraktelig de kommende årene. Personer over 65 år mottar i mindre grad psykisk helsehjelp sammenliknet med resten av befolkningen. Det er en økning i antallet selvmord og selvmordsforsøk blant eldre. Helsepersonell i hjemmetjenesten har derfor et viktig ansvar i møte med hjemmeboende eldre med selvmordsrisiko.

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke helsepersonells erfaringer med selvmordsrisiko hos hjemmeboende eldre personer.

Metode: Studien har et eksplorativt og deskriptivt design og en hermeneutisk tilnærming. Vi foretok seks kvalitative dybdeintervjuer med ansatte i hjemmetjenesten i en stor og en liten kommune i Norge. Deretter gjennomførte vi tematisk innholdsanalyse av intervjuene.

Resultat: Analysen viste at helsepersonell i hjemmetjenesten erfarer at mange eldre synes at tilværelsen er meningsløs, blant annet fordi de føler seg ensomme og som en belastning for andre. Informantene påpekte også at det er varierende grad av selvmordsforebyggende tiltak, og at organiseringen av hjemmetjenesten påvirker kvaliteten og kontinuiteten i kontakten med de eldre. I tillegg vektla de at det finnes få lavterskeltilbud for eldre som virker selvmordsforebyggende.

Konklusjon: Kompetanse hos helsepersonell i hjemmetjenesten er avgjørende for å kartlegge selvmordsrisikoen hos hjemmeboende eldre. I tillegg har det stor betydning at tjenesten er organisert på en måte som fører til kontinuitet og forutsigbarhet for pasientene. Dette er viktig for å utvikle en god relasjon til den enkelte pasienten, noe som igjen gjør det lettere å oppdage selvmordsrisiko. Tilstrekkelig tid er også avgjørende for dette arbeidet.

Introduksjon

Selv mord er et av vår tids store folkehelseproblem (1). I 2022 ble det registrert 610 tilfeller av selvmord i Norge, hvor 28 prosent var 60 år eller eldre. Økningen i antallet selvmord var fra 2020 til 2022 størst i aldersgruppen 80 til 89 år (2). I «Handlingsplan for forebygging av selvmord» innførte regjeringen i 2020 en nullvisjon for selvmord (3). Handlingsplanen skal bidra til at selvmordsforebygging prioriteres høyere enn tidligere.

Den økende andelen eldre i befolkningen kan føre til at antallet selvmord blant eldre øker. Mens hver åttende person i dag er over 70 år, er det forventet at det gjelder hver femte person i 2060. Det er også forventet at antallet over 80 år tredobles, og at antallet over 90 år omtrent femdobles (4).

Til tross for at hyppigheten av selvmord er høy blant eldre, har dette fått lite oppmerksomhet i norsk offentlig diskurs (5) og i tidligere forskning. Det er derfor behov for å rette søkelyset mot eldre og selvmordsrisiko, slik denne studien gjør. Samhandlingsreformen har ført til et utvidet tilbud i kommunene og stor satsing på hjemmebasert omsorg (6).

Reformen har også resultert i at eldre pasienter blir raskere utskrevet fra sykehus (7). En stor andel eldre mottar dermed kommunale omsorgstjenester, og helse- og omsorgstjenester i hjemmet har økt betraktelig (8).

Tidligere forskning

I Norge mottar personer over 65 år i mindre grad psykisk helsehjelp sammenliknet med resten av befolkningen. Årsaker kan være at de ikke ønsker slik hjelp på grunn av stigma, men også at de ikke blir informert om behandlingsalternativer (9). Når det gjelder depresjon, er det trolig en underdiagnostisering blant eldre. Uten behandling er dødeligheten tre ganger så høy sammenliknet med gjennomsnittet i den eldre befolkningen. Blant eldre dominerer menn uten ektefelle selvmordsstatistikken (2, 10). Eldre menn utfører selvmord med større beslutsomhet enn yngre, og metodene er mer radikale (11).

Hos aldersgruppen 65 år og oppover foreligger det trolig mørketall fordi annen dødsårsak blir oppført, obduksjon blir sjeldnere gjennomført, og eldres dødsfall ikke alltid blir meldt som selvmord til tross for mistanke om det (12). For at helsepersonell skal kunne oppdage og møte eldre som er i faresonen, er det viktig med kunnskap om eldres selvmordsatferd og om at selvmordstanker sjelden tas opp av den eldre selv (13).

Helsepersonell i hjemmetjenesten har et ansvar for å hjelpe hjemmeboende eldre til å utvikle strategier og støtte for å innfri deres helsebehov. Det må gjøres før de begynner å planlegge selvmord. Et slikt arbeid er dermed avgjørende i en tidlig fase (14). Hjemmetjenesten har gode muligheter til å oppdage pasienter med depressive symptomer dersom de har gode relasjoner og god kommunikasjon med de eldre, og kunnskap om og forståelse for deres sårbarhet (15).

Hensikten med studien

Hensikten med studien var å undersøke helsepersonells erfaringer med selvmordsrisiko hos hjemmeboende eldre personer.

Metode

Studien har et eksplorativt og deskriptivt design med en hermeneutisk tilnærming i tråd med Gadammers vitenskapsfilosofi (16). Vi gjennomførte kvalitative dybdeintervjuer i januar og februar 2020. Kvale (17) beskriver slike intervjuer som samtaler der forskeren aktivt søker informasjon fra informanter for å forstå deres perspektiver, meninger og erfaringer i dybden. Braun og Clarkes (18) metode for tematisk innholdsanalyse er benyttet.

Utvalg

Informantene ble rekruttert fra en stor og en liten kommune i Norge. Vi sendte forespørsel til enhetslederne for hjemmetjenesten, som videreformidlet kontakt med aktuelle avdelingsledere. Avdelingslederne fikk tilsendt informasjonsskriv som beskrev hensikten med studien og hva deltakelsen innebar, samt en samtykkeerklæring. I samarbeid med avdelingslederne gjorde vi et hensiktsmessig utvalg (17), som innebar at aktuelle informanter skulle ha kunnskap og/eller erfaring med eldre og selvmordsrisiko.

I den største kommunen med cirka 700 000 innbyggere (kommune 1), var hjemmetjenestene delt inn i tre grupper med generell hjemmesykepleie, rehabilitering, rus og psykiatri. I den minste kommunen, med omkring 30 000 innbyggere (kommune 2), var tjenestene inndelt etter distrikt, uavhengig av hjelpebehov og diagnose.

Inklusjonskriterier var helsefaglig utdanning, minimum fagbrev og/eller treårig høyskoleutdanning, minimum 50 prosent stilling og mer enn ett års erfaring fra hjemmetjenesten. Kriteriene bidro til at vi rekrutterte informanter med relevant erfaring og kunnskap. Fire av informantene var sykepleiere og en var helsefagarbeider. Det var fem kvinner og en mann i alderen 27–59 år (gjennomsnittsalder 40,5 år). De hadde 3–20 års arbeidserfaring fra hjemmetjenesten (tabell 1).

Tabell 1. Oversikt over informanter

Informant	Yrkesbakgrunn	Kommune	Kjønn	Arbeidserfaring
1	Sykepleier	Kommune 1	Kvinne	4 ½ år
2	Helsefagarbeider m/videreutdanning	Kommune 1	Kvinne	12 år
3	Sykepleier	Kommune 1	Kvinne	3 år
4	Sykepleier m/videreutdanning	Kommune 2	Kvinne	20 år
5	Sykepleier	Kommune 2	Mann	4 ½ år
6	Sykepleier	Kommune 2	Kvinne	11 år

Datasamling

Data ble samlet gjennom kvalitative dybdeintervjuer (17) med informantene. Vi benyttet en intervjuguide, som besto av seks hovedspørsmål, under intervjuene i tillegg til et innledende spørsmål om informantens bakgrunn. Eksempler på spørsmål var: «Har du erfaringer med eldre som har gitt uttrykk for at de ikke ønsker å leve?» og «Hvordan vurderer du at eldre mennesker er i faresonen for å ta sitt eget liv?»

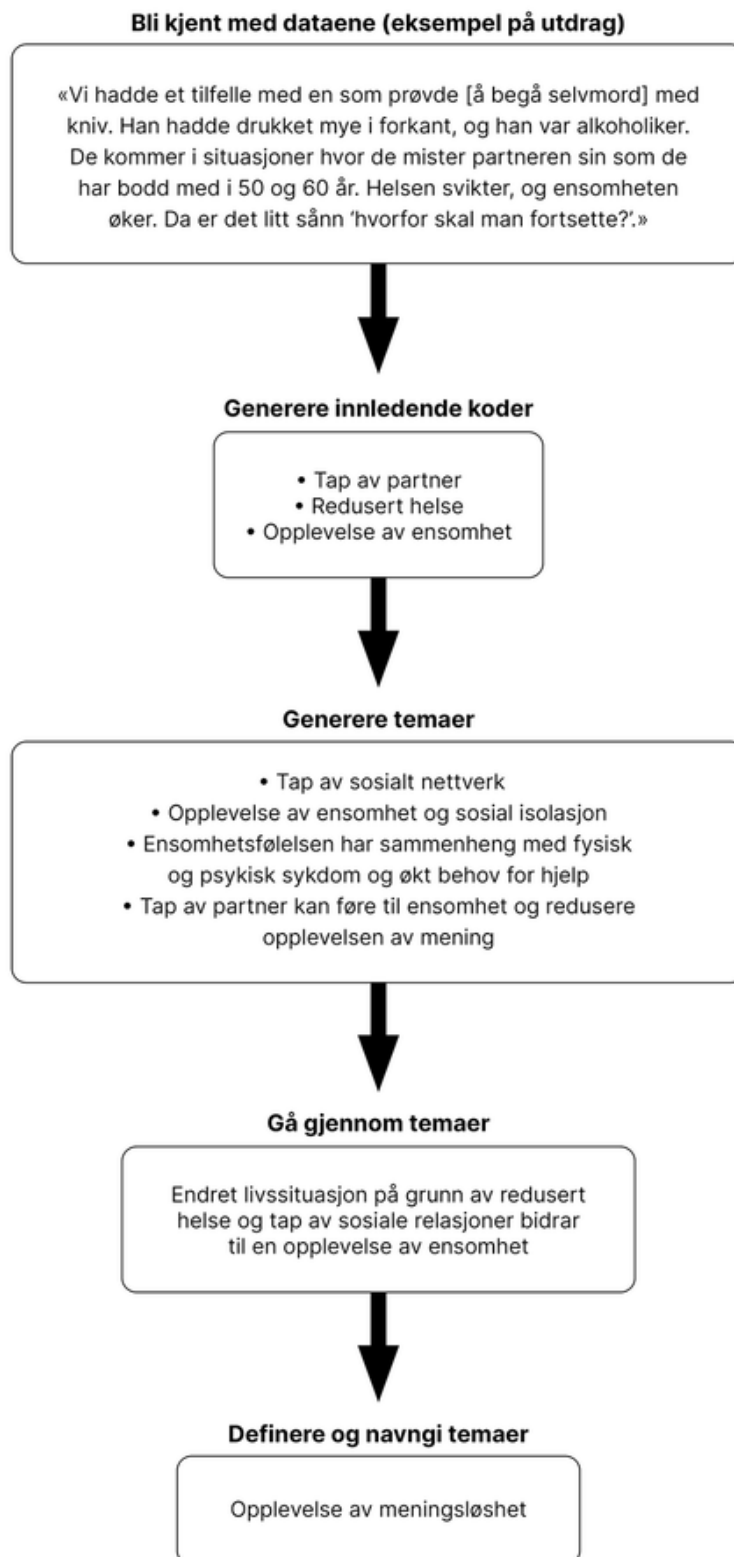
Førsteforfatteren gjennomførte intervjuene i et møterom på informantenes arbeidsplass. Intervjuene varte fra 20 til 45 minutter, ble tatt opp elektronisk og transkribert ordrett.

Analyse

Med forankring i Gadammers (16) hermeneutiske filosofi gjennomførte vi en tematisk innholdsanalyse i tråd med Braun og Clarkes (18, 19) metode, som består av seks faser.

I den første fasen gjorde vi oss kjent med dataene ved å lese de transkriberte intervjuene gjentatte ganger. I fase to utformet vi de innledende kodene, mens temaer ble generert i fase tre. I den fjerde fasen gjennomgikk begge forfatterne temaene på nytt sammen med de kodede datautdragene og hele datasettet. I den femte fasen definerte vi to hovedtemaer med undertemaer. I fase seks valgte vi ut hvilke sitater som skulle brukes under hvert tema, før resultatene ble beskrevet (18, 19). En illustrasjon av analyseprosessen vises i figur 1.

Figur 1. Illustrasjon av analyseprosessen



Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), referansenummer 556166. Alle deltakerne ga skriftlig informert samtykke og ble gjort oppmerksom på at de kunne trekke seg fra studien når som helst uten å måtte begrunne det. Innsamlede data er behandlet konfidensielt. De transkriberte intervjuene ble lagret på en forskningsserver, og de elektroniske opptakene ble slettet. Vi sikret deltakernes anonymitet ved at vi ikke har oppgitt noen opplysninger som kan bidra til at de kan identifiseres (17).

Resultater

Analysen av intervjuene viste to hovedtemaer relatert til hvordan helsepersonell i hjemmetjenesten erfarte selvmordsrisikoen til hjemmeboende eldre, og hvilke tiltak som iverksettes. Hovedtemaene er «Opplevelse av meningsløshet» og «Varierende grad av selvmordsforebyggende tiltak». Begge har to undertemaer (tabell 2).

Tabell 2. Hovedtemaer og undertemaer

Opplevelse av meningsløshet Opplevelse av ensomhet Opplevelse av å være en belastning
Varierende grad av selvmordsforebyggende tiltak Organisering av hjemmetjenester påvirker tilbud Få lavterskeltilbud

Opplevelse av meningsløshet

Et gjennomgående funn var informantenes erfaringer med eldre som ga uttrykk for at livet ikke lenger har noen mening. Opplevelsen av meningsløshet ble sett i sammenheng med opplevelsen av ensomhet og det å være en belastning for andre.

Opplevelse av ensomhet

Alle informantene beskrev at mange av de hjemmeboende eldre opplevde ensomhet og sosial isolasjon. De fortalte om eldre som har mistet store deler av sin sosiale omgangskrets, hvor besøket fra hjemmetjenesten var deres eneste «høydepunkt» i løpet av dagen. Ensomheten hadde sammenheng med fysisk og psykisk sykdom, økt hjelpebehov eller andre store livsendringer som kunne øke risikoen for selvmordsatferd. Et eksempel på en livsendring var å miste partneren sin, som igjen førte til ensomhet og manglende mening med å leve. En informant beskrev det slik:

«Vi hadde et tilfelle med en som prøvde [å begå selvmord] med kniv. Han hadde drukket mye i forkant, og han var alkoholiker. De kommer i situasjoner hvor de mister partneren sin som de har bodd med i 50 og 60 år. Helsen svikter, og ensomheten øker. Da er det litt sånn ‘hvorfor skal man fortsette?’» (informant 4).

Denne informanten satte ord på hvordan ensomhet og tap av helse, i kombinasjon med stort inntak av alkohol, kan henge sammen med selvmordsrisiko.

Opplevelse av å være en belastning

Noen av informantene fortalte om eldre som følte seg som en belastning for både hjemmetjenesten, de pårørende og andre nære personer. De kunne være mennesker som tidligere hadde vært store ressurser for familien, som nå var blitt pleietrengende og helt avhengig av andres hjelp. I tillegg til fysisk sykdom strevde flere psykisk. En av informantene forklarte:

«Vi hadde et tilfelle med en mann, med mye somatiske plager, som ga uttrykk for at han var deprimert. Vi plukket det liksom ikke opp. Han tok selvmord i dusjen, mens kona var på stua. Det var ingen som så den komme. Jeg tror bare han ble lei, og han følte at han var en belastning for kona og hjemmetjenesten» (informant 2).

Her hadde ikke de ansatte i hjemmetjenesten reagert på noen form for selvmordsatferd hos den eldre mannen, og selvmordet kom som et sjokk. En annen informant fortalte noe av det samme:

«De føler seg som en byrde for pårørende og oss i hjemmetjenesten: 'Jeg skulle ikke vært her.' De føler seg som en byrde: 'Det hadde vært bedre uten meg.'» (informant 5).

Flere av informantene mente at det er viktig å være oppmerksom på eldre som føler seg som en belastning. De hadde erfaring med at flere eldre i ulik grad ga uttrykk for at de var «mett av dage». Det viste seg ofte som vage kommentarer som «nå gir jeg opp» eller «nå orker jeg ikke mer».

Flere knyttet slike utsagn til de eldres opplevelse av å være en belastning. Noen av informantene hadde også opplevd at de eldre fortalte dem mer konkret at de ikke orket å leve lenger, for eksempel at de ønsket «å hoppe utfor verandaen». En informant meddelte at de samme personene ofte gjentok slike kommentarer.

Variierende grad av selvmordsforebyggende tiltak

Alle informantene påpekte mangelen på selvmordsforebyggende tiltak i hjemmetjenesten og at det finnes få lavterskeltilbud for eldre.

Organisering av hjemmetjenester påvirker tilbud

Informantene fra kommune 1 fortalte at de brukte primærkontaktsystem. De mente at denne organiseringen bidro til kontinuitet og forutsigbarhet for pasientene:

«Vi har jo veldig mye fokus på primærkontaktsystem, at det skal være kontinuitet, og at alle brukerne har en kontakt som de vet hvem er, og er veldig klar over at er deres kontaktperson. Vi jobber mye med relasjonsbygging. Så vi kjenner situasjonen til brukerne veldig godt og kanskje vet litt hva som trykker også» (informant 3).

Helsefagarbeideren ved avdelingen for rehabilitering fortalte at de arbeidet mye med å bryte sosial isolasjon og motivere til fysisk aktivitet. De arbeidet også med å trekke inn pårørende og besøksvenn fra frivillige organisasjoner. I tillegg la de til rette for samarbeid med Distriktpsykiatrisk senter (DPS) og Fleksibel aktiv oppsøkende behandling (FACT-team).

En av informantene fra denne kommunen mente at mange eldre ikke passer inn i de eksisterende tilbudene. Det foreligger for eksempel ikke noe tilbud for de som kun har en depresjon eller angst. En sykepleier fortalte at flere også faller utenfor tilbudet FACT-team for eldre. Til tross for at målgruppen er de over 65 år, benyttes det i praksis en øvre aldersgrense:

«Vi har snakket om dette fordi vi har ei som har blitt ganske deprimert, som vil holde det skjult for dattera si. Så var vi sånn 'hva skal vi gjøre med det?' Hun var for gammel til å være med på FACT Eldre, hun er for gammel til å være kvalifisert til det. Og da er det litt sånn bingo om fastlegen tar tak i det, eller om han setter henne på tabletter» (informant 1).

Sykepleieren mente at medikamentell behandling kunne fungere bra, men at det var behov for andre tiltak i tillegg.

Informant 5 fortalte at hun anså det som viktig å komme inn på et tidlig tidspunkt for å hjelpe pasienten med å mestre dagliglivet. Hun mente at det kan forebygge psykiske problemer og eventuell selvmordsrisiko blant eldre hjemmeboende. I denne kommunen var det besøkstjenester samt mulighet for å samarbeide med frivillige organisasjoner. Informant 6 fortalte at de kan henvise pasienter til hverdagsrehabilitering i kommunen, det vil si et tverrfaglig team, som er opptatt av opptrening for at pasienten skal mestre dagligdagse gjøremål. Ansatte fra teamet kommer hjem til pasientene for å gjennomføre rehabiliteringen.

Noen av informantene mente at hjemmeboende eldre ikke får tilstrekkelig hjelp, blant annet fra spesialisthelsetjenesten: «Vi kan oppleve å stå litt alene i det som tjeneste, ikke som ansatt, nødvendigvis» (informant 3).

Flere av informantene fortalte at avvisning fra psykiatrien forekom på grunn av alder og prioritering av yngre mennesker. En av dem uttrykte: «Det er svært lite for eldre. Det er liksom de unge som blir prioritert. Jeg tenker at det hadde vært viktig for de eldre òg, men litt har vi da. Noen får hjelp, men de er i 60-årene» (informant 6).

Flere av informantene fortalte at de hadde lite tid og minimalt med rom for ekstra samtaler eller tilsyn ved behov, noe de også opplevde var allmennhetens oppfatning av hjemmetjenesten: «den travle hjemmetjenesten». Likevel mente flere at tidsbruk, handlingsrom og evnen til å skape gode relasjoner og vurdere selvmordsrisiko hadde sammenheng med erfaring. Informant 2 forklarte dette ved å si følgende: «Samtalen med eldre og når du har mye erfaring, så har du lettere for å ha en god kommunikasjon i forhold til å snu dem ved depresjon og tankegangen. Ved måten du snakker på.»

Få lavterskeltilbud

Flere av informantene vektla betydningen av tilbud som kan bryte sosial isolasjon og ensomhet blant eldre. De fortalte at dagsentertilbudet ble mest benyttet. Kommune 2 hadde dagsenter med ulike avdelinger, hvor ett dagsenter hadde en avdeling for mennesker med demens.

Informantene mente at demensavdeling bidro til mer tilrettelagte aktiviteter: «Folk isolerer seg og kommer seg ikke ut. Det var en som ikke hadde vært ute på fire år. Da er det jo lavterskeltilbud som er aktuelle» (informant 2). Informantene mente at dagsenter er et godt tilbud for mange, men at det er få andre alternativer for dem som ikke ønsker å benytte det.

Et tiltak som fungerte i kommune 1, var å hjelpe eldre som hadde mistet kontakten med pårørende: «Vi har jo for eksempel opplevd å møte brukere som har mistet kontakten med pårørende, og ønsker å få den igjen. Da har vi jobbet med å få til det da, rett og slett. Knytte den kontakten igjen til familie og gamle venner, eller naboer» (informant 3). Slike tiltak gikk under vedtak om psykisk helsearbeid. Der legges det vekt på om det er mulig å iverksette slike tiltak.

Diskusjon

Rollebrudd og funksjonstap som risikofaktorer for selvmord

Funn fra studien viser at følelsen av meningsløshet kan ses i sammenheng med lite innhold i livet og store livsforandringer, deriblant svekket sosialt nettverk og funksjonstap. Dette kan gjøre det utfordrende å opprettholde identiteten og de rollene man tidligere har hatt, blant annet i familien. Forskeren McIntosh (20) omtaler dette som rollebrudd, noe som kan øke risikoen for psykiske problemer (21, 22).

Eldre som tidligere har vært selvhjulpne og kommer i en livssituasjon hvor de blir avhengig av andres hjelp, kan få endret selvbilde (20). Tap av fysisk helse og behov for hjelp kan øke selvmordsrisikoen (11). Ifølge informantene fører funksjonstap og følelsen av ikke lenger å være en ressurs for andre til opplevelsen av å være en belastning. Helsepersonell i hjemmetjenesten møter eldre som opplever slike tap, noe som understreker hvor viktig det er å ha kunnskap om og være oppmerksom på risikofaktorer for selvmord (20).

Ensomhet kan øke selvmordsrisikoen

Alle informantene i studien hadde erfaring med ensomhet og sosial isolasjon blant eldre. Tidligere forskning viser at 19,5 prosent av eldre hjemmeboende ofte eller alltid opplever ensomhet (23). Ensomhet ses i sammenheng med å ha mistet sosialt nettverk, som igjen fører til sosial isolasjon. Resultatene i studien viser at helsepersonell hadde erfart at ensomhet kan øke selvmordsrisikoen.

Fysiske funksjonstap bidrar til mindre sosial aktivitet og igjen en økende grad av ensomhet. Det er derfor viktig med tiltak som bevarer fysisk helse, som rehabilitering, slik en av kommunene i utvalget hadde. Forskning viser at fysisk aktivitet virker positivt på den psykiske helsen (24), og kan dermed være selvmordsforebyggende.

Gode relasjoner krever kontinuitet

Kontakten mellom helsepersonell og hjemmeboende eldre krever kontinuitet for å kunne skape en god relasjon (25). For at helsepersonell skal oppdage symptomer på depresjon, kan de være helt avhengig av en god relasjon. Funn fra studien viser at lang erfaring i hjemmetjenesten har betydning for god kommunikasjon, som åpner for dypere samtaler og gjør terskelen lavere for å snakke om det som kjennes vanskelig.

Ifølge Gjevjon (25) kan det å skape gode relasjoner være utfordrende fordi ansatte i hjemmetjenesten forholder seg til mange pasienter, og pasientene forholder seg til mange ulike fagpersoner. Hjemmetjenesten er påvirket av streng prioritering, tidspress og mangel på kontinuitet (15). Det svekker mulighetene til å skape gode relasjoner.

Også Helse- og omsorgsdepartementets (3) handlingsplan for å forebygge selvmord legger vekt på at gode sosiale relasjoner er forbundet med redusert selvmordsrisiko, og at det er viktig å avdekke depresjon og andre psykiske plager for å kunne arbeide selvmordsforebyggende. Helsepersonell har en viktig oppgave med å kartlegge sosial isolasjon hos eldre, slik at intervensjoner som øker sosialt engasjement, kan iverksettes (26).

Kompetansebehov hos helsepersonell

I en veiledning fra Helsedirektoratet (27) legges det vekt på at kommunene skal sikre at helsepersonell har nødvendig kompetanse til å identifisere og følge opp personer med selvmordsrisiko. En fordel med organiseringen i kommune 1, som hadde en egen gruppe som fokuserte på psykiatri, var at helsepersonellet der hadde ekstra kompetanse på dette området.

Helsepersonell må være klar over at selvmord blant eldre eksisterer i den grad det gjør, og at eldre sjelden tar opp selvmordstanker i samtaler. Forskning viser at helsepersonell kan føle seg usikre i møte med tematikken (13), noe våre funn bekrefter. En informant opplevde usikkerhet under et besøk til en pasient som tidligere hadde forsøkt å begå selvmord. Det kan handle om for lite kunnskap og manglende kompetanse til å kommunisere om temaet. Denne usikkerheten viser hvor viktig det er å sette selvmord blant eldre på dagsordenen og ufarliggjøre samtaleemnet i et kollegialt miljø. Det er også avgjørende å arbeide med kompetanseheving på området.

Informantene i hjemmetjenesten opplevde at det manglet tilbud innen psykisk helse for de eldre, og ga uttrykk for at eldre er nedprioritert ved DPS. Ifølge en studie av Hovland og Nordhus (9) har heller ikke ansatte ved DPS nødvendig kompetanse til å møte eldre med psykiske lidelser. Det kan dermed tyde på at det er behov for økt kompetanse både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Konklusjon

Hos hjemmeboende eldre kan funksjonstap, opplevelsen av å være en belastning, ensomhet og rollebrudd være risikofaktorer for selvmord. Kompetanse og erfaring hos helsepersonell i hjemmetjenesten er avgjørende for å kunne kartlegge selvmordsrisikoen.

Organiseringen av hjemmetjenester har betydning for kontinuiteten i kontakten med og utviklingen av gode relasjoner til den enkelte pasienten, noe som er viktig for å oppdage selvmordsrisiko. Tilstrekkelig tid er også avgjørende for selvmordsforebyggende arbeid.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



KOMPETANSEHEVING TRENGS: Hyppigheten av selvmord er høy blant eldre. Likevel mangler det selvmordsforebyggende tiltak i hjemmetjenesten, og det finnes få lavterskeltilbud for eldre.

Illustrasjonsfoto: Shutterstock/NTB

1. Olsen E, Eidner OJ. Selvmord – et av vår tids store samfunnsproblem. Fremover. 13.09.2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fremover.no/selvord-et-av-var-tids-store-samfunnsproblem/o/5-17-605989> (nedlastet 31.08.2023).
2. Folkehelseinstituttet. Dødsårsaksregistret – statistikkbank 2022. Oslo: Folkehelseinstituttet; u.å. Tilgjengelig fra: <https://statistikkbank.fhi.no/dar/> (nedlastet 29.08.2023).
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Handlingsplan for forebygging av selvmord. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvord-2020-2025.pdf> (nedlastet 05.08.2023).
4. Statistisk sentralbyrå. Et historisk skifte: snart flere eldre enn barn og unge [internett]. Statistisk sentralbyrå; 03.06.2020 [hentet 05.08.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>
5. Austad G. Selvmord hos eldre. I: Tretteteig S, red. Psykiske sykdommer hos eldre. 1. utg. Oslo: Aldring og helse; 2020. s. 175–89.
6. Meld. St. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
7. Helsedirektoratet. Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter. Oslo: Helsedirektoratet; 2019.
8. Helsedirektoratet. Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2021.

9. Hovland A, Nordhus IH. Behandling av psykiske lidelser hos eldre. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2017;55(1):92–9.
10. Beghi M, Butera E, Cerri CG, Cornaggia CM, Febbo F, Mollica A, et al. Suicidal behaviour in older age: a systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2021;127:193–211. DOI: [10.1016/j.neubiorev.2021.04.011](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.011)
11. Snoek JE, Engedal K. Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
12. Kjørseth I. Eldre og selvmord. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014.
13. Kjørseth I. Selvmord og selvmordsfare. I: Engedal K, Tveito M, red. Alderspsykiatri. Tønsberg: Aldring og helse – akademisk; 2019. s. 290–9.
14. Berland A, Solheim A, Holm AL. Eldre pasienter som ønsker å dø. Nordisk sygeplejeforskning. 2018;8(1):63–74. DOI: [10.18261/issn.1892-2686-2018-01-06](https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2018-01-06)
15. Halvorsrud L, Pahr I, Kvarme LG. Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. Sykepleien Forskning. 2014;9(3):242–8. DOI: [10.4220/sykepleienf.2014.0133](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0133)
16. Gadamer HG. Truth and method. 2. utg. London: Sheed and Ward; 1989.
17. Kvale S. Doing interviews. 1. utg. London: Sage Publications; 2018.
18. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. Qualitative Research in Sport, Exercise and Health. 2019;11(4):589–97. DOI: [10.1080/2159676X.2019.1628806](https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806)
19. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 2008;3(2):77–101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
20. McIntosh JL, Santos JF, Hubbard RW, Overholser JC. Elder suicide: research, theory and treatment. Washington: Amer Psychological Association; 1994.
21. Eskeland KO. Alderspsykiatri og omsorgsarbeid. Oslo: Cappelen Damm; 2017.
22. Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. Suicide in older adults: current perspectives. Clinical Interventions in Aging. 2018;13:691–9. DOI: [10.2147/CIA.S130670](https://doi.org/10.2147/CIA.S130670)
23. Kirchhoff JW, Grøndahl VA, Andersen KL. Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie. Nordisk sygeplejeforskning. 2015;2(5):266–82. DOI: [10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-04](https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-04)
24. Danielsen KK. Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. Agder: Omsorgsbiblioteket; 2021. Rapport nr. 24. Tilgjengelig fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2771783/Fysisk%20aktivitet%20i%20psykisk%20helsearbeid.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (nedlastet 31.08.2023).
25. Gjevjon ER. Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2015;1(1):18–26. DOI: [10.18261/ISSN2387-5984-2015-01-06](https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2015-01-06)

26. Holm A, Salemonsens E, Severinsson E. Suicide prevention strategies for older persons – an integrative review of empirical and theoretical papers. *Nursing Open*. 2021;8(5):2175–93.
DOI: [10.1002/nop2.789](https://doi.org/10.1002/nop2.789)
27. Helsedirektoratet. Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging. Oslo: Helsedirektoratet; 2017.