



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Vårdpersonalens kunskaper och interventioner av suicidalitet hos äldre

En beskrivande litteraturstudie

Iris Niiranen Wall

2013

Examensarbete 15 hp avancerad nivå

Specialistsjuksköterskeprogrammet: inriktning vård av äldre 60 hp
Handledare: Elisabeth Häggstöm
Examinator: Anna-Greta Mamhidir

Förord

Ett stort tack vill jag framföra till min handledare Elisabeth Häggström och examinatorn Anna-Greta Mamhidir för all hjälp jag har fått i samband med uppsatsskrivandet.

Vill även tacka Tom Haglund för hjälp med datakunskaper och min make Hans-Olof Wall som trogen har stått vid min sida med uppmuntran, stöd och korrekturläsning.

Jorden kan du inte göra om,
stilla din häftiga själ.
Endast en sak kan du göra,
en annan människa väl.

-Stig Dagerman-

SAMMANFATTNING

Syftet : Syftet med denna studie var, att utifrån vetenskaplig litteratur, beskriva vilka kunskaper vårdpersonalen har och vilka kunskaper de behöver om suicidalitet och suicidpreventiva åtgärder hos äldre. Syftet var även att granska de valda artiklarnas kvalitet avseende urvalsmetod. **Metod:** Denna studie är en beskrivande litteraturstudie med deskriptiv design. Femton vetenskapliga artiklar är hämtade från databaserna Cinahl/ PubMed, och från referenslistor. **Resultat:** Suicidproblematiken är i högsta grad ett folkhälsoproblem. Vårdpersonalen bör betrakta den äldre vårdsökande individen ur ett holistisk perspektiv: dvs. beaktning av patientens somatiska och psykiatriska sjukdomar, deras personlighet samt hur de lever sina liv socialt. Det kan ge fingervisning om att patienten befinner sig i riskzonen för suicid. De olika mätinstrumenten är hjälpmedel i att upptäcka depression och suicidala tankar och bör användas betydligt mer frekvent. Vårdpersonal som arbetar med äldre bör ha grundläggande kunskaper i geriatrisk psykiatri och gerontologi. Hur de äldre tänker och fungerar, vilket kommer både de äldre och vårdpersonalen tillgodo. Bättre kunskaper om de äldres suicidalitet är ett viktigt steg i prevention av suicid. Det är av stor vikt att i tidigt skede upptäcka äldre som befinner sig i riskzonen för suicid. **Slutsats:** De viktigaste budskapen för att förebygga suicidalitet, och som vårdpersonalen kan ge till de äldre är: du är inte ensam om att känna som du gör, vi förstår din situation och ser att du lider, och vi är villiga att hjälpa dig till ett drägligare liv.

Nyckelord: äldre, depression, psykisk ohälsa, riskfaktorer, suicidala tankar, suicid,

ABSTRACT

The aim of this study, based on literature review, was to describe health care providers knowledge in suicidality and suicidprevention in elderly and what more they need to learn about the subject. The further aim was to find out the methodological quality of the research articles due to selection. **Method:** The databases Cinahl, PubMed and references lists were used by the author, to identify research articles in this descriptive literature review. Fifteen articles that met the criteria were analyzed and the outcome is described in the findings. **Findings: :** Suicide in elderly is a major problem in public health. Health care providers need to view patients on a holistic perspective. Observing patients somatic and psychiatric diagnosis, their personal characteristics and social problems enables the detection of suicidal ideation among elders. Several screeninginstruments facilitates recognition of depression and suicidal ideation and ought to be used more frequently. To improve the professional skills in detecting depression and suicidal ideation and to prevent suicide, health care providers need a basic education in geriatric psychiatry and gerontology. With improved skills they will be more urged to support the elderly in mental health and themselves. Early detection of depression in elderly with suicidal ideations is of great importance. **Conclusion:** The most crucial message to prevent suicidality, given to the elderly, is as follow: you are not in a unique situation, we currently detect and understand your mental state of suffering and we are willing to give you access for professional help.

Keywords

Elderly, depression, psychiatric illness, risk factors, suicidal ideation, suicide.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SIDA

INTRODUKTION

Den äldre befolkningens demografi	1
Folkhälsopolitiska insatser avseende psykisk ohälsa och suicidalitet	1
Suicidens epidemiologi och tillvägagångssätt vid suicid i Sverige	2
Historik	3
Definitioner/begreppsförklaringar	4
Patofysiologi avseende suicid	6
Screeningsinstrument för depression och suicidal benägenhet	6
Diagnos och klassificering	7
Teoretisk referensram	7
Problematisering/Problemformulering	8
Syfte	10
Frågeställningar	

METOD

Design	10
Databaser och sökord	10
Urvalskriterier	11
Urvalsmetod och dataanalys	12
Forskningsetiska överväganden	16

RESULTAT

1. Identifiering av vårdpersonalens kunskaper och kunskapsbehov av psykisk ohälsa, depression och suicidalitet	16
<i>Bristande kunskaper om depression och suicidala tankar hos äldre</i>	
<i>Bristande kunskaper om de äldre riskpatienters personliga läggning och karaktärsdrag</i>	
<i>Bristande kunskaper ifråga om riskfaktorer hos äldre för att utveckla suicidalitet</i>	
<i>Bristande kunskaper om tillvägagångssättet vid suicid hos äldre</i>	

*Bristande kunskaper i kommunikation och bemötande
av deprimerade äldre och deras anhöriga*

2. Förbättringar och åtgärder på olika nivåer som vårdpersonalen kan tillämpa för att upptäcka och bemöta psykisk ohälsa, depression och förhindra suicid <i>Att lära sig beakta riskfaktorer och interventioner</i> <i>Att lära sig upptäcka psykisk ohälsa i tidigt skede</i> <i>genom att betrakta patienten med ett holistiskt synsätt</i> <i>Att få bättre utbildning angående depression/suicidala tankar</i> <i>Att lära sig förstå geriatrisk psykologi och att beakta</i> <i>riskbeteenden</i> <i>Att lära sig bli bättre på kommunikation</i> <i>Att genomföra förbättringar på olika organisationsnivåer</i>	20
---	----

Artiklarnas urvalsmetod	23
-------------------------	----

DISKUSSION

Huvudresultat	23
Resultatdiskussion	24
Diskussion av de valda artiklarnas urvalsmetod	28

Metoddiskussion	29
Slutsats	31

REFERENSER

BILAGOR

Bilaga 1 Tabell 1	
Figur 1	
Figur 2	
Figur 3	
Figur 4	

Bilaga 2 Sökhistorik

Bilaga 3 Artikelmatris

INTRODUKTION

Den äldre befolkningens demografi

Enligt Förenta Nationerna FN (2010) väntas världens befolkning växa till 8 miljarder människor år 2025 och 9 miljarder 2043. År 2011 passerade vi 7 miljarder människor i världen. Prognoserna visar att de kommer att finnas 1,5 miljarder människor som är 65 år och äldre år 2050. Då förväntas en sexdubbling av antalet vårdkrävande åldrar. Runt om i världen ökar medellivslängden i gott som alla länder. Behovet av medicinska insatser för den äldre delen av befolkningen bedöms att bli enorma i framtiden.

Idag bor mer än 10 miljoner människor i Sverige. Enligt Statistiska Centralbyråns (2012) prognoser kommer landets befolkning att öka till 11,6 miljoner år 2060. I framtiden kommer även ålderstrukturen att genomgå stora förändringar. Störst blir ökningen i åldersklassen 65 år och däröver. År 2060 förväntas det vara drygt 1 miljon fler i dessa åldrar än idag. År 2011 var medellivslängden knappt 84 år för kvinnor och nästan 80 år för män. Den beräknas till närmare 89 år för kvinnor och knappt 87 år för män år 2060, det vill säga en ökning med 5 år för kvinnor och 7 år för män (SCB, 2012). Geriatriska vårdinsatser kommer att behövas i mycket större utsträckning än som fallet är idag.

Folkhälsopolitiska insatser avseende psykisk ohälsa och suicidalitet

World Health Organization (WHO, 2007) uppmärksammar det faktum att många människor i världen lider av psykisk ohälsa och att suicidtalet är högt i många länder. Det saknas kunskaper, resurser och insatser för att bidra till en god mental hälsa hos befolkningen. ”Mental health care is an essential but often forgotten component of health care. Nurses are health care providers and they need to be able to contribute effectively to mental health care. In reality, however, most low and middle income countries do not have the adequate numbers of nurses, and the education and training of nurses in these countries provide little of knowledge and skills necessary for good mental health care.

The result is poor or no mental health care for those who need it.”(WHO, 2007, förord). Organisationen menar att även länder med god ekonomi inte har lyckats ge adekvat behandling till de som befinner sig i riskzonen. ” We know that people with mental disorders are stigmatized all over the world and that mental health services are far from

satisfactory, even in high income countries”(WHO, 2007, förord). Hittills har uppmärksamheten mestadeles riktats mot fysisk hälsa, och den psykiska hälsan har kommit i skymundan. Enligt WHO (2011) är suicidtalet högt i många länder. Högst ligger Litauen följt av Ryssland, Vitryssland, Kazakstan, Ungern och Guyana. Statistiken visar att män är överrepresenterade när det gäller könsfördelning i antalet suicid, förutom i Kina. Redan 1987 uppmanade WHO att varje land skulle upprätta ett nationellt program för suicidprevention. Även EU stödjer detta initiativ.

I Sverige har riktlinjer tagits fram för att få bukt med de individer som lider av psykiska sjukdomar med inslag av ångest eller depression, och som numera räknas som folksjukdomar. Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer för Vård vid Depression och Ångestsyndrom (2010) är först i sitt slag i evidensbaserad metodik för vård och behandling av dessa sjukdomar. Som ett led i en ny folkhälsopolitik har även Riksdagen antagit ett specifikt åtgärdsprogram för att komma tillrätta med suicidproblematiken : Nationellt program för Suicidprevention (NASP, 2008). De nationella organ som har fått uppdrag att förverkliga målet är bl.a Statens Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och NASP.

NASP som är statens och EU´s expertorgan har även fått i uppdrag att forska om äldres suicid. Enligt Whyte & Rovner (2006) måste den geriatriska vården fokusera mera på suicidprevention istället för intervention. Att förebygga depression hos äldre är att undvika problem i framtiden. Genom prevention förebyggs emotionellt lidande och suicid.

Vetenskapen om att vissa åkommor och sjukdomar med hög sannolikhet medför depressioner rättfärdigar att sätta in preventiva åtgärder. Dessa förebyggande insatser bör ske i ett tidigt stadie efter diagnosticeringen av dessa sjukdomar.

Suicidens epidemiologi och tillvägagångssätt vid i Sverige

Statistiska Centralbyråns sammanställning av suicid visar på höga siffror i antalet suicid per 100 000 invånare i Sverige. Sammanställningen grundar sig på Socialstyrelsens dödsorsaksregister (Bilaga 1, tabell 1). Män väljer i betydlig högre grad (tre gånger) att ta sitt liv i jämförelse med kvinnor. Detta gäller för alla åldrar. Statistiken för 2005-2007 visar att män 85+ toppar i antalet suicid/100.000 invånare (Bilaga 1, figur 1).

Statistiken för 2008-2010 visar att suicid för män i åldern 80-84 och män i åldern 85+ har minskat lite, medan män i åldern 50-54 har en förskjutning uppåt (Bilaga 1, figur 2). Detta betyder en liten minskning av antalet suicid för den äldsta delen av befolkningen.

Schylander och Rosengren (2009) menar att tillvägagångssättet i hur man begår suicid är kopplat till både ålder och kön. I gruppen män 65-79 år handlar det främst om hängning och skjutvapen. I gruppen 65-70 år för kvinnor är det förgiftning och hängning (Bilaga 1, figur 3).

I gruppen 80+ för män är hängning och skjutning övervägande. För kvinnor i denna grupp är den främsta skademekanismen förgiftning. Fall från högre höjd får också betydelse i denna åldersgrupp både för män och kvinnor (Bilaga 1, figur 4).

Historik

Att begå suicid har historiskt varit straffbart. Sedan kristningen av Sverige, ansågs Guds vrede falla över de människor som försökte begå suicid. Prästerskapet ansåg att deras kroppar inte var värdiga att läggas i vigd jord, utan de skulle begravas i ovigd jord långt från kyrkan.

Bruket av ordet suicid istället för självmord uppmuntras av Riksförbundet för Suicidprevention och Efterlevandestöd (SPES). De tycker att ordet självmord leder tanken till mord, som är en straffbar handling. SPES försöker att komma ifrån det stigma som suicid har inneburit och förespråkar mer öppenhet. Författaren kommer framöver att bruka ordet suicid, såvida inte ordet självmord står angivet i den svenska texten.

Durkheim (1983) försökte vid slutet av 1800-talet, få svar på vilka människor som begick suicid och varför de gjorde det. I hans forskning kom han bl a fram till att det begicks fler suicid under fredstid än under krigstid, ett överraskande fynd. Han började fundera över att ställa fenomenet självmord i ett för den tiden helt nytt sammanhang, nämligen det sociologiska. Han ansåg att människans beteende inte bara ska förklaras på ett psykologiskt plan. Människans beteende ska även ses i kontext av samhället den lever i och hur anpassningen (socialiseringen) sker till den. Individens beteende påverkas även i olika riktningar beroende på olika strömningar och förändringar i samhällsstrukturen. Ett exempel i dagens samhälle, är det ökande antal suicid i Grekland, vars befolkning är svårt drabbad av den ekonomiska nedgången i landet (Sonning, 2012). Tanken finns att personer som dör genom suicid är offer för ett samhälle som inte har tagit sitt ansvar. Flera ställer sig frågan: om samhällets hjälp är undermålig, kan skulden då betraktas som kollektivt? Oavsett så upplever många anhöriga suicid som en traumatisk händelse och lider av skam och skuld känslor livet ut. De förstår helt enkelt inte att de har missat det faktum att deras anhörig mådde psykiskt dåligt. Eller så känner de sig misslyckade för att

de inte lyckade skaffa adekvata vårdinsatser när de misstänkte psykisk ohälsa hos sina nära och kära.

Definitioner/begreppsförklaringar

Åldersindelning bland äldre

De flesta höginkomstländer har haft en vedertagen definition att man är en äldre person vid 65 års ålder. Detta berodde på att samhället var beredd att betala ut pension till personer som uppnådde denna ålder. Idag ser den politiska och ekonomiska situationen annorlunda ut, människornas livslängd ökar och pensionsåldern förskjuts uppåt. WHO har inte kunnat ena sig om en tydlig åldersmarkering, men anslutar sig till Förenta Nationernas linje att kalla personer över 60 år för äldre. Orsaken till svårigheten att åldersindela individer beror också på att WHO tycker att den tidigare indelningen från 65 års ålder inte gick att tillämpa på t ex Afrikas befolkning. Där anses en person som är 50-55 år som gammal (WHO, 2013). Författaren av föreliggande studie har noterat olika kohortsindelningar i äldreforskningen från statliga organ/organisationer Redan vid 50-55 års åldern anses man tillhöra seniorgruppen t ex vid boendeformer eller resor. I vissa studier börjar forskning om äldre vid 60 års åldern. Andra anser att yngre äldre är i 65-79 års åldern, och äldre-äldre är man från 80 års åldern. Ytterligare kan man se en indelning i unge-äldre, medel-äldre, gamla äldre och mycket gamla äldre.

Depression

Enlig Psykologilexikon (2013) är depression i psykiatrisk mening ett varaktigt tillstånd av svaghetskänsla, värdelöshetskänsla, skuld känslor, självmordstankar etc som ger upphov till avsevärda svårigheter, personligt, socialt och yrkesmässigt. I en del fall finns inslag av psykotiska drag, hörselhallucinationer och vanföreställningar om förföljelse, och hänsyftning utan emotionell reaktion. I hälften av fallen med inslag av aggressioner, grinighet, grälsjuka och häftiga känsloutbrott. Begreppet depression sträcker sig från tillfällig modfällighet till melankoli, den svåraste formen (Psykologilexikon, 2013). Enligt Wasserman (2011) är modfällighet inte att betraktas som sjukdom, utan som en naturlig del av livet.

Suicidförsök

”Ett suicidförsök innefattar den situationen då någon uppvisat ett uppenbart eller skenbart livshotande beteende med avsikten att riskera sitt liv eller ge intryck av att ha haft detta syfte med handlingen, men där det inte har varit dödligt” ,(Internetmedicin, 2012).

Suicidala tankar

Dessa tankar kan förekomma sporadiskt eller flera gånger om dagen. De kan vara passiva - det vore lättare för alla om jag var död- eller aktiva -individen har redan kommit så långt i den suicidala processen att han funderar ut tillvägagångsättet för att begå suicid (Szanto et al., 1996).

Den suicidala processen

Beskrivning av den tid som pågår, från den första allvarliga tanken om suicid, till att individen genomför suicidhandlingen, (NASP, 2006).

Suicid/själv mord

Psykologilexikonet (2013) definierar självmord som en avsiktlig destruktiv handling som leder till döden. Durkheim (1983) försökte förklara fenomenet med att varje dödsfall är ett direkt eller indirekt resultat av en positiv (aktiv) eller negativ händelse, utförd av den avlidna. Med aktiv händelse menade han att använda sig av skademekanismer, med passiv händelse menade han tex vägran att inta mat och dryck.

Williams et al. (2005) beskriver suicid som ett psykologiskt olycksfall och menar att under en lång tid utvecklade suicidplaner stimuleras av ytterligare händelser som exploderar i en suicidal handling. Dessa ibland små ytterligare stimuli kan göra att bågaren rinner över. I folkhälsosammanhang och i suicidspreventiva åtgärder används även termen självdestruktiv händelse.

Suicidalitet

Samlingsnamn för suicidtankar, suicidförsök och fullbordad suicid.

Skadehändelse med oklar avsikt

”Med denna term menas att man inte har kunnat fastställa huruvida det fanns en avsikt (självdestruktiv handling eller övergrepp av annan person) eller om det var en olyckshändelse (oavsiktlig händelse)”, (Kunskapscentrum för Äldres Säkerhet, 2009).

Patofysiologi avseende suicid

Lindqvist (2010) kom fram till att deprimerade personer med suicidala tankar även verkar ha låga halter av stresshormonet kortisol i hjärnan och även inflammatoriska förändringar i ryggmärgsvätskan pga höga halter av interleukin (IL)-6.

Janetlidze et al. (2011) forskning visar på förhöjda halter av vissa cytokiner i plasman hos suicidala personer jämfört med icke- suicidala personer med depression. De fann förhöjda halter av interleukin (IL)-6 och tumor necrosis factor (TNF)-a samt låga halter av interleukin (IL)-2 och aldosteron.

Detta fynd kan tydas som att suicidala patienter med depression har större obalans i immunsystemet än andra.

Screeningsinstrument för depression och suicidal benägenhet

Geriatric Depression Rating Scale (GDS) är ett vedertaget screeningsinstrument avsett för att identifiera depressioner hos äldre (Brink et al., 1982). Initialt bestod den av 30 frågor som tangerar de olika symtom som uppkommer vid depression.

Idag finns det flera modifierade modeller i form av versioner med mindre antal frågor och med anpassning för olika logografiska skriftsystem. Geriatric Depression Scale är mycket användbar och lätt att hantera. Sharp och Lipsky (2002) förespråkar en ökad användning av mätinstrumentet. Personer utan vårdutbildning och även vårdbehövande äldre kan lätt använda sig av skalan. Den är konstruerad för äldre personer som har god eller lätt nedsatt kognitiv förmåga. Har dessa personer gjort Mini Mental Test med resultat lägre än 15 poäng på 30 poäng-skala, rekommenderas inte GDS. Mini Mental Test är inget diagnosinstrument, men består utav ett enkelt test som ger en grov uppskattning av testpersonens kognitiva förmåga såsom minne, koncentrationsförmåga, tids- och rumsuppfattning. (Folstein et al., 1975).

Det mätinstrument som används för suicidal benägenhet heter Suicide Assesments Scale – SUAS (Stanley et al., 1986). Den består utav 20 frågor, med graderingspoäng 1-4 och max 80 poäng. Det finns även en SUAS-S som fungerar som självskattningsinstrument.

Instrumentet har till syfte att uppskatta om personens har suicidal benägenhet och hur stor denna är. Nimeus et al., (2006) tycker att SUAS och SUAS-S är lätta att använda och att mätinstrumenten har hög reliabilitet och validitet.

Diagnos och klassificering

Sedan 1948 har WHO haft ansvar för den internationella sjukdomsklassificeringen med diagnoskoder (International Statistical Classifications of Disease and Related Health Problems, ICD-10). Syftet är att kunna göra översiktlig statistik och sammanställningar med vetenskapligt syfte. Den svenska versionen heter ICD-10-SE.

Socialstyrelsen ICD-10-SE har tilläggs-koder bl a kapitel XX från 1999 för självmord och självmordsförsök under samlingsnamnet destruktiv handling. I denna finns en koppling till skademekanismen som avsiktlig destruktiv handling genom fall, drunkning eller hopp från högre höjd (Socialstyrelsen,2013).

Teoretisk referensram

Antonovsky (1991) beskriver att människans uppfattning av meningsfullhet är den viktigaste aspekten i hans KASAM –teori, som står för ”känsla av sammanhang”. Teorin består av tre dimensioner : begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Människor med suicidal tankar upplever livet som outhärdligt, icke hanterbart och utan mening. I nuvarandet är lidandet för stort att bära.

Men människan gör ständigt omprioriteringar av känslolivet. På kort tid kan känsla av meningslöshet ter sig meningsfull igen, beroende på interventioner med positiva förändringar i livet. Enligt Malmsten (2001) ska omvårdnad bygga på etisk värdegrund. Principerna är följande: självbestämmandeprincipen, principen att inte skada, göra gott principen och rättvis principen. Dessa principer är vägledande och utgör en beskrivning över hur patienter ska bli betraktade.

Den internationella etiska koden för sjuksköterskor (ICN, 2008, s.9) innehåller fyra områden eller koder som sammanfattar riktlinjer för etiskt handlande. De är riktade till yrkesverksamma sjuksköterskor och ledare, lärare och forskare inom sjuksköterskeutbildningen samt sjuksköterskeorganisationer inom respektive land. Koden som behandlar sjuksköterskan och professionen beskriver att : ”sjuksköterskeorganisationer skall utveckla policyer, strategier, riktlinjer och standarder som är relaterade till omvårdnadsforskning”. Sjuksköterskan i sin tur skall: ”stimulera arbetsplatsen att bedriva, sprida och använda forskning som är relaterad till omvårdnad och hälsa”. Svensk Sjuksköterskeförening (2012, s.6) har därför kommit ut med en skrift om omvårdnad som förordar att målet för omvårdnad är ”att främja patientens hälsa och välbefinnande,

förebygga ohälsa samt lindra lidande. Människans sårbarhet gör att hon utsätts för lidande: ”Människans sårbarhet utmanas i svåra livssituationer i samband med beroende och ohälsa och med en etisk utmaning till vårdaren som handlar om framtiden : att hjälpa människan att överleva, växa och uthärda”, (Svensk Sjuksköterskeförening, 2012, s. 8).

Problematisering och problemformuleringen

Hur man möter livets svårigheter beror till stor del på individens personlighet. Om människan i allmänhet känner till vilken blodgrupp den tillhör, så har den sällan insikt om vilken sorts personlighet den har. Individens psykologiska profil är inget man i normala fall förknippar med traditionell vård. Kunskapen om den egna personligheten kan vara av betydelse, för att förstå individens förmåga till coping och återhämtning.

Velting (1999) påvisar att individer som har svag psyke med neurotiska inslag upplever livet mer krävande och livets problematik svårare att hantera. Vissa utmaningar och motgångar verkar för dem helt oöverstigliga. Deras sköra psykiska hälsa gör att de lätt blir offer för aggression, negativism, modfällighet och suicidtankar. Personer som däremot har en tydlig psykiatrisk diagnos ev. med återkommande depressioner och suicidförsök är synliggjorda inom vården.

Det finns en tydlig korrelation mellan depression och suicidförsök. Men ibland förekommer det att den äldre patienten inte uppfyller kriterier för klinisk diagnos, sålunda anses patienten inte vara deprimerad i medicinsk mening och får sig inte denna diagnos tillskriven. Denna avsaknad blir en försvårande igenkänningsfaktor för vårdpersonalen. (Sirey et al. 2008). Dessa patienter hör inte till gruppen äldre med depression, och förblir följaktligen osynliga och fångas inte upp inom vårdens skyddsnät.

Att anta offerpositionen är också ett sätt att handskas med frustrationen om en förändrad tillvaro. Att som människa tycka illa om sig själv, för att man upplever sig som en sjuk värdelös individ som parasiterar på samhället styrks av Jahn et al. (2011). De har kommit fram till att det finns en tydlig koppling mellan äldre som upplever sig själv som en belastning för samhället samt depression med suicidtankar. Att tycka illa om sig själv för att man betraktar sig själv som gammal, sjuk och värdelös individ som inte längre bidrar med något konstruktivt till samhället är också enligt Wilsson et al. (2005) en orsak till suicidtankar. Enligt Chochinov et al. (2005) kan äldre skapa sig en mental bild av sig själva som att andra ser dem som ett besvärligt vårdfall. Suicidtankar kan börja gro

under dessa omständigheter. Nyström och Nyström (2007) instämmer om svårigheter för den deprimerade att kommunicera om sina problem samt behovet av att slippa känslan att ligga till last för andra människor. Enligt Beskow (2009) uppfattar den äldre personen att han har det svårt att uthärda livet, men ser ingen koppling till att detta skulle vara tillräcklig anledning för att söka upp läkare. Att fundera ut ett plan på eget bevåg, hur man ska ta livet av sig upplevs som ett steg framåt i problemlösningsprocessen, då det upplevs att denna utväg ger en känsla av frihet och kontroll.

I det allra flesta fall ligger psykisk ohälsa ofta med inslag av beroendeproblematik, ångest och depressioner till grund för suicidala handlingar. Många äldre människor går omkring och mår psykiskt dåligt. Det är en grupp som ibland har täta vårdkontakter, men som i många fall inte får den hjälp de behöver (Cullum et al., 2006). Det finns många äldre som är deprimerade utan att de själva förstår sitt mentala tillstånd, följdvis sker ingen kommunikation kring detta. Inte heller uppfattar omgivningen alltid vad det är frågan om. Vårdpersonalen har svårt att bedöma hur de äldre egentligen mår och det är ännu svårare att bedöma om man inte känner till personen innan. Det är inte lätt att veta om de har suicidala tankar. Att upptäcka depressioner och psykisk ohälsa i ett tidigt stadium är till synes ett sätt att komma till rätta med suicidproblematiken. Suominen et al. (2004) studie visar att endast en tredjedel av de patienter som hade begått suicid var diagnosticerad med depression före sin död. Endast få patienter hade fått hjälp av psykiatri för depression. Vårdpersonalen borde känna till hur depressioner manifesterar sig hos äldre patienter av manligt och kvinnligt kön och kunna göra riskbedömningar ifall de äldre har suicidala tankar. Vilken livssituation de äldre befinner sig i och hur de äldre lever sina liv borde ge en fingervisning om att de kanske befinner sig i gränslandet till psykisk ohälsa. Vetenskapen om detta skulle kunna vägleda personalen att de kan vara dags att se lite närmare på patienten psykiska välbefinnande på ett professionellt sätt. Författaren av föreliggande litteraturstudie menar att professionella yrkesutövare borde vara väl insatta i problematiken kopplade till denna patientgrupp. Ändå verkar så inte vara fallet. Måhända ligger svårigheten i att vårdpersonalen behöver ha insikter, en välövad klinisk blick och en professionell fingertoppkänsla för att kunna förstå när det krävs en intervention. Det verkar finnas en kunskapslucka hos vårdpersonalen. Författaren undrar varför det ofta händer att vårdpersonalen missar diagnoser förknippade med psykisk ohälsa och suicidala tankar, och varför flera patienter förblir underbehandlade. Det finns stor anledning att titta närmare på personalens kunskaper kring äldres psykiska ohälsa och suicidala tankar.

Syfte

Syftet med denna studie var, att utifrån vetenskaplig litteratur, beskriva vilka kunskaper vårdpersonalen har och vilka kunskaper de behöver om suicidalitet och suicidpreventiva åtgärder hos äldre. Syftet var även att granska de valda artiklarnas kvalitet avseende urvalsmetod.

Frågeställningarna

1. Vilka kunskaper har vårdpersonalen och vilka kunskaper behöver de om psykisk ohälsa och suicidalitet hos äldre?
2. Hur kan vårdpersonalen vid vårdkontakter, bli bättre på att identifiera och bemöta äldre som befinner sig i riskzonen för suicid?
3. Vilken kvalitet uppnår de valda vetenskapliga artiklarnas urvalsmetod?

METOD

Design

Denna studie har genomförts som en litteraturstudie med deskriptiv design (Polit och Beck, 2008). En välformulerad fråga inom ett forskningsområde ligger till grund för en litteraturstudie. Litteraturstudien syftar till att få en helhetssyn genom att belysa tre områden: a) vilka kunskaper som finns inom ett specifikt område b) om forskningsresultaten är pålitliga c) vad studien kan tillföra forskningen eller om den har klinisk relevans (Polit & Beck, 2008). Litteraturstudier kan också generera nya frågor inom kunskapsområdet. Litteraturstudier är en metod som med fördel kan användas för att undersöka förekomsten av ett fenomen i en större population, och när resultat ska uppnås under en begränsad tidsperiod.

Databaser och sökord

Enligt Polit och Beck (2008), är Cinahl och PubMed databaser som är lämpliga att använda sig utav för att inhämta vetenskapliga artiklar, då litteraturstudien handlar om ett omvårdnadsvetenskapligt ämne.

Sökorden som motsvarar uppsatsens syfte var i Cinahl: depression, elderly, knowledge, suicide, prevention, geriatric, risk factor, care and health. På PubMed var sökorden suicidal ideation, geriatric, prevention, risk factors, psychiatric och intervention. Genom

MeSH- sökning framträdde ordet suicidal ideation för sökning i PubMed, denna term var givande då den beskriver den mentala föreställningen av suicid och suicidtankar. Genom sin tesaurus- hierarki länkade den också till suicidhandlingar i artiklarna. Detta gällde dock inte i kombinationen med ordet intervention då utfallet blev större med kombinationen av ordet suicide. Ord kombinerades i syftet att få fram bästa möjliga antal träffar. För att kunna söka på databasen Cinahl användes den booleska operatör AND. Detta gjordes även i PubMed, fast där länkas sökorden automatiskt. Sökuppslagen skrivna inom ”-tecken visade sig ge bättre träffsäkerhet i PubMed. Försök att använda vissa befintliga ord med trunkering hade ingen effekt på utfallet. Sökordkombinationerna med nurs* gav inte det förväntade resultat på Cinahl, ordet care gav bättre utfall (Bilaga 2).

Urvalskriterier

Artiklarna handlar om vårdpersonal som läkare, sjuksköterskor, undersköterskor samt annan personal som ansvarar för de äldres hälsa. Författaren ser suicidförebyggande verksamhet som en målverksamhet för samtlig vårdpersonal.

Inklusions- och exklusionskriterier

Artiklar med både kvalitativa och kvantitativa ansatser och som motsvarar syftet, ingår i studien. Språkkriterier på annat språk än engelska valdes bort, då de flesta artiklar numera skrivs/översätts initialt på engelska för att kunna publiceras i ansedda vetenskapliga tidskrifter. Limits Cinahl : English, abstract available, published 2003-2013, peer reviewed, human, research article, aged 65+, linked full text.

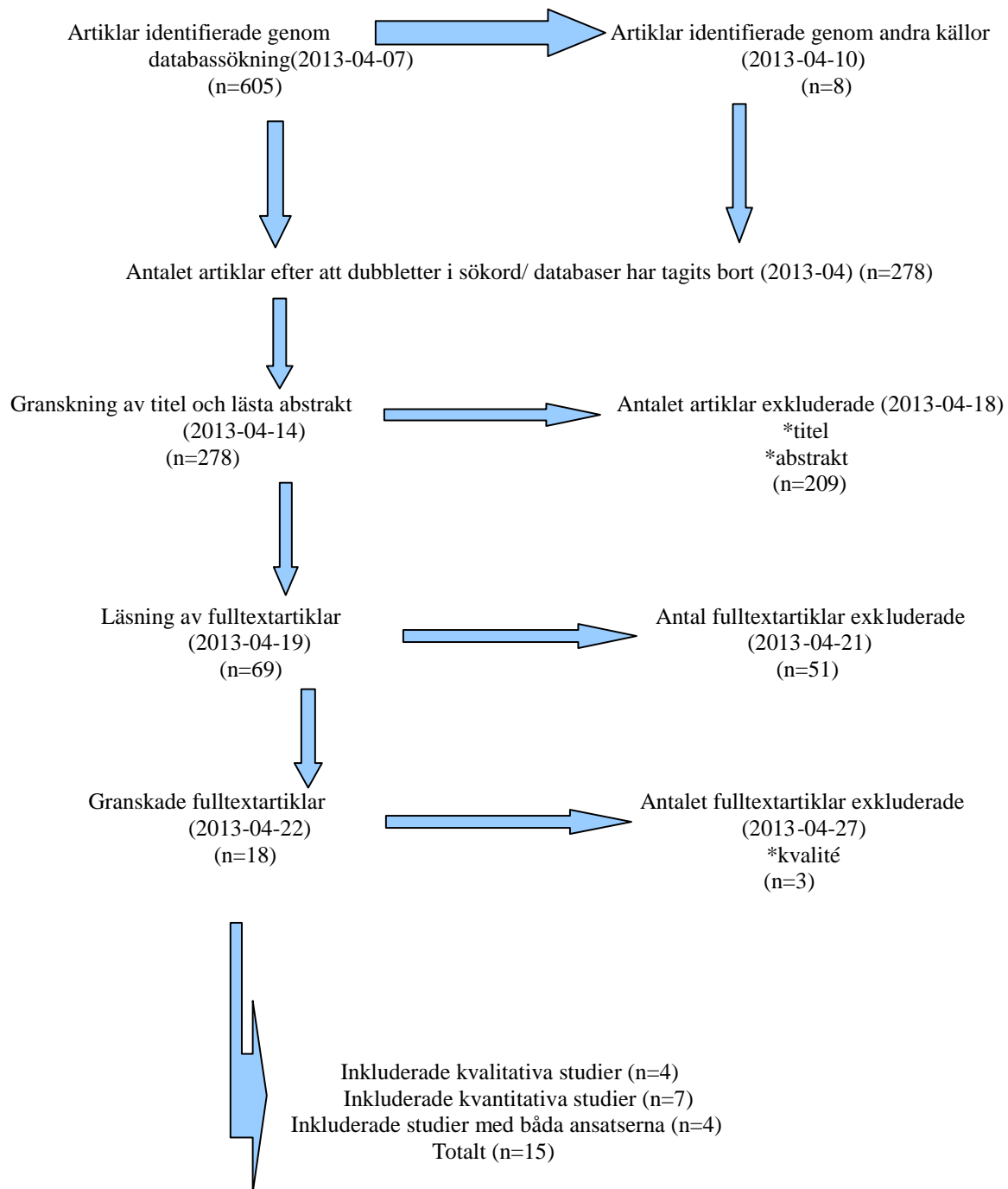
Limits PubMed : English, abstract available, full text available, human, published 2003-2013, aged 65+. Peer review ingår automatisk i PubMed.

Artiklarna har genom sin snäva formulering ”elderly” uteslutit suicid hos människor i övriga åldersgrupper.

Läkarassisterad suicid är ett kriterium som inte ingår i resultatet.

Urvalsmetod och dataanalys

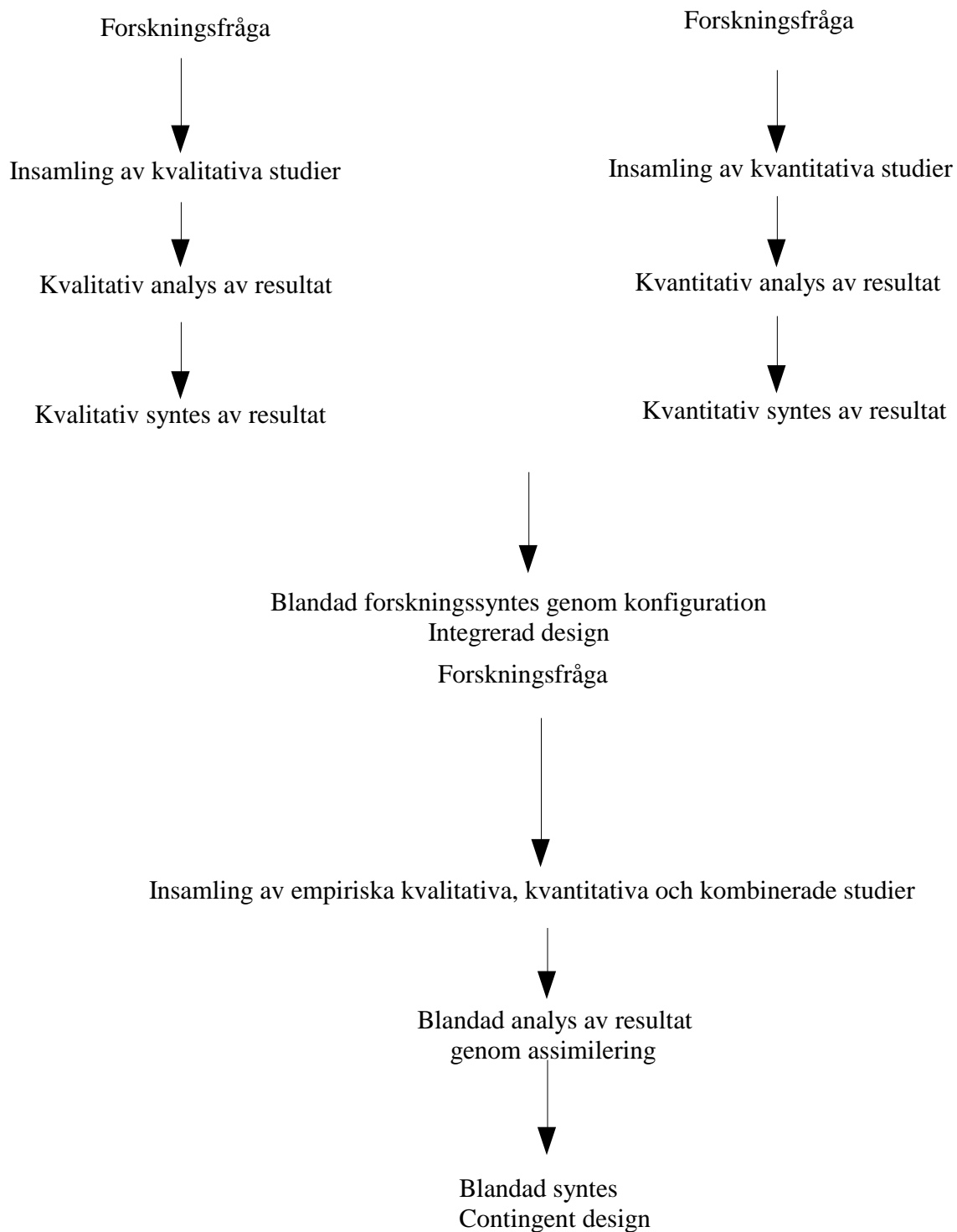
På databaserna identifierades artiklar (n=605) genom sökordkombinationer. Ytterligare artiklar (n=8) inhämtades genom andra källor. Totalt antal artiklar (n=613). Många artiklar förekom i båda databaser. De visade sig även vara dubletter vid olika sökord och sökordkombinationer. Dessa artiklar blev utgallrade. Urvalet gjordes på så sätt att kvarvarande artiklarnas (n=270) och (n=8) titlar granskades noga för att se om den motsvarade syftet och när så var fallet lästes abstraktet. Artiklar (n=61) och (n=8) återstod efter exkludering för titeln och abstrakt. Författaren av föreliggande litteraturstudie läste igenom fulltext på dessa återstående artiklar (n=69). På grund av angiven mängdbegränsning utvaldes artiklar (n=18) ut för kvalitetgranskning. Artiklar (n=3) valdes bort på grund av för låg kvalitet. Artiklarna (n=13) i resultatet kommer från sökningar i ovanstående databaser. Övriga artiklar (n=2) i studien är de som hade hämtats genom andra källor och klarade granskningen. Totalt inkluderas artiklar (n=15) i föreliggande studie. Samtliga artiklar är inregistrerade i Cinahl eller/och PubMed. Författaren använde PRISMA- gruppens flödesschema för insamling av systematiska litteraturstudier (Moher et al., 2009). PRISMA flödesschema organiserar antalet identifierade studier med kvalitativ och kvantitativ metod, antalet studier som exkluderas samt orsaken till varför artiklarna blev bortvalda.



Figur 1. Flödesschema inspirerat av PRISMA-gruppen (Moher et al., 2009).

Denna litteraturstudie använder sig av kvalitativ metasummering, även kallad metasyntes. Vetenskapliga artiklar består av kvalitativa eller kvantitativa studier, samt ibland kombination av båda ansatserna. Metasummering passar som forskningsssyntes när studien

innehåller antingen kvalitativa artiklar, kvantitativa eller båda (Sandelowski et al., 2007). Idag har även den kvalitativa forskningen inom hälsa och omvårdnad i stort vunnit terräng, förut dominerade de kvantitativa studier. Metasumming förenar de olika resultaten i en resultatsammanfattning och visar dessutom inbördesrelationen mellan de två. Kvalitativ metasumming riktar uppmärksamheten till resultatet och vidgar betydelsen och tillämpningen i praktik av empirisk forskning. Sandelowskis et al. (2006) schematiska bild visar hur metasumming fungerar (Figur 2).



Figur 2. Forskningsyntes (Sandelowski et al., 2006).

Polit, Beck och Hunglers (2006) protokoll för kvalitetsgranskning har använts och redovisas i en matris, som har modifierats av författaren så att den passar denna studie. Artiklarnas resultat har analyserats och sammanställts i olika kategorier utifrån frågeställningarna. Huvudkategorier kommer att understödjas av underkategorier (Polit & Beck , 2008).

Forskningsetiska överväganden

För att göra en litteraturoversikt behövs ingen ansökan om tillstånd från etiska kommittén. Författaren försäkrar sig om att informationssökningen, resultatet och dess analys motsvarar syftet. Ingen förvanskning av resultatet har medvetet skett och inget resultat som motsäger författarens förförståelse har borttagits

RESULTAT

Resultatfyndet av 15 vetenskapliga artiklar redovisas. Författaren kunde utifrån frågeställningarna och utifrån gemensamma nämnare identifiera två kategorier med tillhörande underkategorier. En kategori handlar om vårdpersonalens kunskaper och kunskapsbehov i olika aspekter rörande psykisk ohälsa, depressioner och suicidala tankar hos äldre: här ingår fem underkategorier. Den andra kategori handlar om vad vårdpersonalen kan göra för att bli bättre på att upptäcka och bemöta psykisk ohälsa, depression samt att förebygga suicid hos äldre: här ingår sex underkategorier.

Identifiering av vårdpersonalens kunskaper och kunskapsbehov av psykisk ohälsa, depression och suicidalitet.

Bristande kunskaper om fenomenet depression och suicidal tankar hos äldre.

Raue et al. (2007) påpekar att äldre som har aktiva eller passiva suicidal tankar är ett folkhälsoproblem. Fisher et al. (2003), McCabe et al.(2009), Rowe et al. (2006), Raue et al. (2007) och Suominen et al. (2003) menar att depression hos äldre ofta är underdiagnostiserad. Enligt McCabe et al. (2009) framkom att vårdpersonalen hade dåliga yrkeskunskaper i att upptäcka och diagnostisera depression hos äldre. Orsaken till vårdkontakter uppges ofta vara fysiska besvär, och därför koncentrerar vården sig på de fysiska sjukdomar hos äldre. Mc Cables et al. (2009) studie visar att det finns flera orsaker till varför inte depressioner upptäcks. Multidiagnoser gör ofta att depressionens symtom

maskeras. Fisher et al. (2003) framhåller att läkaren har för vana att samtala om suicidala tankar och alkoholvanor med företrädesvis yngre patienter. När läkaren diskuterar psykisk ohälsa görs det företrädesvis med de manliga patienter. Det visade även att antalet diagnostiska frågor var fler och att de resurser som gavs som behandling var större för manliga patienter. Även samtal om alkoholkonsumtion och suicidala tankar förekom mestadels i kontakten med manliga patienter. Det var signifikant att läkaren missade att upptäcka depression hos äldre, troligtvis på grund av att de äldre var bra på att kamouflera situationen (Fisher et al., 2003).

McCabe et al. (2009) & Raue et al.(2007) visar att underdiagnostisering även beror på ideligen avbrutna vårdkedjor, och med tydliga kommunikationsproblem i den egna organisationen samt underbemanning som då förstärker problematiken. Tsai et al. (2005) visar att vårdpersonalen inte såg hur smärtupplevelse påverkade de äldres livskvaliten och att det fanns ett tydligt samband mellan smärta och depression. De äldre behövde själva ta initiativ när det gäller att fråga personalen om hjälp för smärtlindring, de i sin tur behövde diskutera med behörig vårdpersonal. Detta gjorde att de äldre drog sig för att fråga och att de i första hand försökte hitta alternativa sätt att lindra smärtan.

Bristande kunskaper om de äldre riskpatientens personliga läggning och karaktärsdrag

Kjölseth et al. (2010), McCabe et al. (2009) & Mellor et al. (2008) kom fram till att de äldre 65+ ofta upplevde stort motstånd i att anförtro sig om deras mentala och kognitiva hälsa vid vårdkontakter. Kjölseth et al. (2010) tycker att orsaken till detta var att patienten var rädd att förlora ansiktet samt att behandlas som ett barn. De äldre kände sig sårbara och trodde att de skulle förlora sin värdighet. Rädsla att förlora sin autonomi var stor. Ofta ville de inte ta emot hjälp utifrån och vägrade in i det sista intervention. När de äntligen fick hjälp till slut tyckte de äldre att hjälpen inte gick till på det sätt de hade hoppats på. Detta spädde på deras stora misstänksamhet mot vårdpersonalen. De fick ett stort motstånd för allt vad sjukhusets hjälp stod för. De tyckte att kommunikationen fungerade dåligt och kände ett allmänt avståndstagande (Kjölseth et al., 2010). Deras studie visar att vissa äldre innerligen hoppas att vårdpersonalen vid vårdkontakter ska förstå situationen, om hur de egentligen mår, utan att de själva behöver avslöja det. Andra kan bli irriterade över att frågor överhuvudtaget ställs, för de tycker själva att de är bortom all räddning. Svårigheten ligger i att det ofta finns outtalade förväntningar om att den andra personen ska vara först

ut med att ta upp frågan om den psykiska ohälsan (Kjölseth, et al., 2010). Med detta menas att vårdpersonalen hoppas att de äldre avslöjar hur de mår och de äldre hoppas att vårdpersonalen märker hur dåligt de mår. Även de som reagerar argt när frågan ställs om deras psykiska ohälsan, hoppas att slippa den livssituationen de befinner sig i. Men de själva förstår inte på vilket sätt vården skulle kunna hjälpa dem. Rowe et al. (2006) studerade de äldres personlighet och kunde se ett visst mönster rörande beteendet de uppvisade : irritation, frustration över förlorad autonomi, aggression, agitation, kritisk beteende, vägran att ta läkemedel och psykiatrisk intervention, svårhanterlighet samt argsinthet. Även tidigare suicidförsök är en tydlig indikator. Rowe et al. (2006) ser ett tydligt samband mellan riskfaktorer och patienters personliga egenskaper, då de äldre i kontrollgruppen upplevde svåra livssituationer. De uppvisade andra karaktärsdrag än experimentgruppen. Här finns en tydlig korrelation mellan hur olika individer reagerar i fråga om stressårbarhet, copingstrategier och återhämtningsförmåga. Uttrycket: det är inte hur man har det, utan hur man tar det stämmer in på studiens resultat. Enligt Tsai et al. (2005) studie, gick det att få hjälp med smärtbehandling, men de äldre valde i första hand att kureras själva, då få sjuksköterskor och läkare fanns tillgängliga på det boende där de äldre kallas brukare.

Bristande *kunskaper ifråga om riskfaktorer hos äldre för att utveckla suicidalitet*

Studierna pekar ut att livsleda (Ayalon, et al. 2007 & Rowe, et al, 2006) och kognitiv svikt (Ayalon, et al., 2007) är två riskfaktorer som har en stark korrelation när det gäller äldre med suicidal tankar. De kan vara av aktiv eller passiv karaktär. Hos patienter med kognitiv svikt förekommer fler och återkommande suicidal tankar. Erlangsen et al. (2005) visar i sin studie att flera och längre sjukhusvistelser hade betydande negativa effekter för de äldre. Multidiagnoser, särskild hos äldre kvinnor är en riskfaktor enligt Erlangsen et al. (2005), Raue et al. (2007), Meeks et al. (2008), McCabe et al. (2009), Rowe et al. (2006) och Suominens et al. (2003) studie. Den sistnämnda studien pekade särskilt på vissa sjukdomar som hypothyreos, diabetes, epilepsi, reumatoid artrit, ögonsjukdomar, sjukdomar i luftvägarna och hjärtbesvär. Rowe et al. (2006) kom fram till att funktionshinder gör att de äldre tycker att livskvalitén minskar betydligt för dem. Kroppens sjukdomar och skröplighet upplevs som ett hinder att göra saker, fast önskan och lusten finns därtill. De äldre hamnar i en situation där autonomin blir försvagad. Brist på social umgänge (Raue et al., 2007) ansträngda familjerelationer (Rowe et al., 2006) och

bristande stöd från familjen (Rowe et al., 2006), är fler bidragande orsaker varför patienter går omkring med suicidala tankar. Rowe et al. (2006) menar att även ett beroende som hög alkoholkonsumtion och ekonomiska besvär/fattigdom utgör riskfaktorer för att begå suicid. Enligt Meeks et al. (2008), Suominen et al. (2003), Rowe et al. (2006) och Tsai et al. (2005) är kronisk smärta en viktig riskfaktor för depression och suicidala tankar. Meeks et al. (2008) menar att kronisk smärta utgör en grogrund för sömnsvårigheter. Deras studie visar också att personlighetstörningar spelar roll. Suominen et al. (2003) och Rowe et al. (2006) menar att psykiatrisk komorbiditet (två eller flera psykiatriska diagnoser) och komorbida somatopsykiatriska diagnoser spelar roll i suicid. Raue et al. (2007) menar att depressionens svårighetsgrad har avgörande betydelse för suicid. Rowe et al. (2006) har kommit fram till att traumatiska upplevelser som plötsliga dödsfall hos nära och kära kan vara en tydlig indikation för suicid och suicidala tankar.

Tsai et al. (2005) och Meeks et al. (2008) upplevde att vårdpersonalen inte såg tydliga samband mellan depression, smärta och undermålig smärtbehandling

Bristande kunskaper om tillvägagångssättet vid suicid hos äldre

Patienter som har suicidala tankar och som får psykofarmaka kan uppsåtligen använda dessa läkemedel för att begå suicid. Enligt Carlsten et al. (2003) hittas ofta läkemedelskoncentration i kroppen då personerna har försökt begå suicid. Här förekommer två olika former av tillvägagångssätt. Delvis används benzodiazepiner som ensamt läkemedel för att ge den dödande effekten och dels används de tillsammans med andra metoder som t ex drunkning. Särskilt kvinnor använder sig av förgiftningsmetoden som det vanligaste sättet att begå suicid, medan det är det tredje vanligaste sättet för män. De nya gruppen läkemedel med benzodiazepinerlikande hypnotika gav ingen förändrad bild. Även med dessa piller har patienter försökt att begå suicid. Denna grupp av hypnotika bör även ses i denna kontext. Carlsten et al. (2003) uppmärksammade att flera patienter hade sökt upp sin läkare kort före deras död och hade klagat på sömnproblem och ångest. Läkaren koncentrerade sig på dessa problem och missade att kolla upp dem för depression. Med mycket stor försiktighet bör hypnotika skrivas ut till deprimerade patienter. Suominen et al. (2003) kom fram till att andra vanliga tillvägagångssätt för suicid är drunkning, gasning, hängning och skjutning.

Bristande kunskaper i kommunikation och bemötande av deprimerade äldre och deras anhöriga.

Beträffande brist på kommunikation beskriver Kjölseth et al. (2010) att läkarna kände sig träffade när de fick höra att deras patienter hade begått suicid. De trodde sig ha full kontroll över situationen men förstod att det fanns betydande kommunikationsproblem. En läkare medgav att han inte förstod situationens allvar då han fokuserade på vad patienten uppgav som kontaktorsak. Enligt Kjölseth et al. (2010) och Mc Cabe et al. (2009) händer det att personalen ser och kanske anar hur det egentligen står till med patienten, men att de inte alltid avsätter tid och energi för att angripa situationen. I vårdkontakter är tiden knapp och vissa patienter skulle behöva mer tid för samtal och utvärdering. En sjuksköterska tyckte att sådana samtal var plågsamma och jobbiga (Kjölseth et al., 2010).

De äldre tyckte att vårdpersonalen var dålig på att behandla depressioner (Mellor et al., 2008) och att de hade dåliga kunskaper om depression överhuvudtaget. De upplevde att kommunikationen om psykisk ohälsa och välbefinnande var dålig. De anhöriga upplevde att vårdpersonalen inte tycktes bry sig om den psykiska delen av människan. De anhöriga märkte även tydliga kommunikationsproblem internt mellan vårdpersonalen beträffande hur de äldre mådde psykiskt. Vissa i vårdpersonalsgruppen brydde sig ändå om att kommunicera med anhöriga om varför patienten var vid "low mood". De anhöriga uppfattade att de äldre fick för lite tid att umgås med vårdpersonalen, de trodde att det berodde på den stora vårdbelastningen.

Förbättringar och åtgärder på olika nivåer som vårdpersonalen kan tillämpa, för att upptäcka psykisk ohälsa, depression och förhindra suicid hos äldre.

Att lära sig beakta riskfaktorer och interventioner

Carlsten et al. (2003) menar att utskrivning av läkemedelsgruppen benzodiazepiner och benzodiazepinerliknande preparat bör ske med yttersta försiktighet och administreringen bör ske under noggrann övervakning. De menar även att överblivet läkemedel inte ska finnas kvar i patientens närhet och att de ska tas med för att förstöras av apoteket.

Erlangsen et al. (2005) menar att det är viktigt att vårdpersonal observerar, särskilt äldre äldre efter längre sjukhusvistelser pga. de negativa effekter som detta hade på dem. Enligt Ayalon et al. (2007) bör personer med kognitiv svikt beaktas befinna sig i riskzonen för

suicidala tankar. Funktionshindrade äldre är utsatta individer och Rowe et al. (2006) menar att man även bör se på de äldre med snäva ekonomiska ramar som har svårt att klara sig på acceptabel ekonomisk nivå som riskkandidater.

Erlangsen et al. (2005), Rowe et al. (2006), McCabe et al. (2009) Raue et al. (2007) och Suominen et al. (2003) föreslog i sin studie bättre behandling för varje individuell diagnos för patienter med multidiagnoser. För behandling av psykiatriska diagnoser och depressioner finns psykofarmaka, antidepressiva läkemedel och psykosociala interventioner att tillgå. Dessa insatser är suicidförebyggande i stor grad.

Tsai et al. (2005) belyser korrelationen mellan depression och smärta samt vikten av effektiv smärtbehandling. Meeks et al. (2008) visar att god smärtlindring leder till förbättrad sömnkvalitet hos äldre patienter, men påpekar samtidigt att mera forskning behövs. Raue et al. (2007) menar att det är viktigt att vårdpersonalen känner igen riskfaktorer för att kunna se om patienten befinner sig i riskzonen.

Att lära sig att upptäcka psykisk ohälsa i tidigt skede genom att betrakta patienten med ett holistisk synsätt.

Suominen et al. (2003) påpekar vikten av tidig diagnos och tidiga interventioner.

Att i tidigt stadium upptäcka psykiska sjukdomar och depression är gynnsamt för god behandlingseffekt och för att förebygga suicid. Eisses et al. (2005) menar att lära sig att använda och tolka mätninginstrument gav positiva utfall, då detta enkla sätt att screena för depression är effektiv.

McCabe et al. (2009), Mellor et al. (2008) samt Raue et al. (2007) efterlyser vårdpersonal med ett större engagemang och att de lär sig att betrakta patienter med ett holistisk synsätt.

Att få bättre utbildning om depression/suicidala tankar

Ayalon et al. (2007), Eisses et al. (2005), Huh et al.(2012), Kjölseth et al. (2010), Mellor et al. (2008), McCabe et al. (2009), Mellor et al (2008) och Tsai et al. (2005) betonar vikten av utbildning i denna problematik. Eisses et al. (2005) och Huh et al. (2012) bevisade att olika utbildningsinsatser hade en positiv effekt för både vårdpersonal och de äldre patienterna med depression. Raue et al. (2007) påpekar att de äldre är en mycket tacksam grupp att bistå med interventioner av olika slag.

Eisses et al. (2005) visar att vårdpersonalen efter genomförd utbildningen förstod vikten av

att kommunicera om psykisk ohälsa samt att koppla in experter där det behövs. Huh et al. (2012) menar att det gav effekt att se suicidala tankar och suicidal benägenhet i ett annat ljus, utöver att de själva bättre förstod att de själva hade en avgörande roll i att upptäcka och behandla. Oavsett vilken utbildningsbakgrund vårdpersonalen hade, upplevde gruppen att interaktionen med att gå igenom bedömningar om suicidbenägenhet och olika suicidbehandlingar var stimulerande och lärorikt.

Att lära sig förstå geriatrisk psykologi och att beakta riskbeteenden

Eftersom många äldre försöker kamouflera och förneka mental ohälsa för rädslan att förlora sin värdighet, krävs det av vårdpersonalen en mogenhet och känslighet för att försöka vinna de äldres förtroende att ta emot interventioner (Kjölseth et al., 2010).

Patienten vill behålla sin värdighet och vill bli behandlade med respekt.

Ayalon et al., (2007) menar att vårdpersonalen bör ha kunskaper om att patienter med livsleda och kognitiv svikt löper stor risk att begå suicid. Rowe et al. (2006) pekar på vikten av att vårdpersonalen upptäcker de äldre som saknar förmåga att klara stressiga situationer, som är sårbara och som har svårt att återhämta sig efter motgångar. Om de dessutom saknar stöd från partner eller vänner, är omgivna av trassliga familjeförhållanden och uppvisar ett icke-socialt beteendemönster är de i riskzonen. När det blir mycket av allt under en längre tidsperiod blir det svårt att bemästra situationen och mörka tankar dyker upp.

Att lära sig bli bättre på kommunikation

Som läkare är det viktigt att ställa frågor kring de äldres psykiska hälsa och deras alkoholvanor vid vårdkontakter (Fisher et al., 2003). De gäller också att se patienten i rätt genusperspektiv dvs även kvinnor har rätt till god diagnostik och likavärdiga behandlingar. Fisher et al. (2003) menar att diagnostiska frågor bör vara lika oavsett kön. Mellor et al. (2008) och McCabe et al. (2009) tycker att kommunikation mellan vårdpersonalen och patienter måste bli bättre och tydligare, även anhöriga efterfrågar mer information. Det påpekas även att kommunikationen om de äldres psykiska ohälsa, vårdpersonalen emellan och med läkare behöver förbättras. Tsai et al. (2005) ser i sin studie att de äldre måste fråga om smärtlindring, kommunikationen bör ske i motsatt riktning här. Äldre patienter som söker sig till vårdcentralen för läkarkontakt kan söka hjälp för olika åkommor som

egentligen är relaterade till depression. För att inte missa denna diagnos är det fördelaktigt att ställa frågor kring patientens välbefinnande och psykiska hälsa, (Fisher et al., 2003). Personalen behöver ha fingertoppkänsla i kommunikationen för att inte eliminera patientens förtroende (Mellor et al., 2008 & McCabe et al., 2009).

Att genomföra förbättringar på olika organisationsnivåer

Kjölseth et al. (2010), McCabe et al. (2009) och Mellor et al. (2008) efterlyser tydligare kliniska riktlinjer och genomgripande förändringarna på organisationsnivån. Mellor et al. (2008), McCabe et al. (2009) och Tsai et al. (2005) studie pekade även på hög arbetsbelastning. Samtliga pekade även på underbemanning på arbetsplatsen.

Artiklarnas urvalsmetod

I resultatet ingår 15 artiklar som beskriver sina olika urvalsmetod. Carlsten et al. (2003), Erlangsen et al. (2005), Fischer et al. (2003), Huh et al. (2012), Suominen et al. (2003) och Meeks et al. (2008) använder sig utav strategiskt urval. Ayalon et al. (2007), Eisses et al. (2005), Raue et al. (2007), Rowe et al. (2006) och Tsai et al. (2005) har valt en randomiserat urvalsmetod. Kjölseth et al. (2010), McCabe et al. (2009) och båda artiklar från Mellor et al. (2008a, 2008b) har ett ändamålsurval.

DISKUSSION

Huvudresultat

Femton studier har tagits fram och analyserats i resultatet. Suicidproblematiken är i högsta grad en folkhälsoproblem. Det är av stor vikt att i tidigt skede uppmärksamma de äldre som befinner sig i riskzonen för suicid. Vårdpersonalen bör betrakta den äldre vårdsökande individen ur ett holistisk perspektiv: dvs patientens somatiska och psykiatriska sjukdomar, deras personlighet och hur de lever sina liv socialt kan ge fingervisningar om att patienten befinner sig i riskzonen för suicid. De olika mätinstrumenten är bra hjälpmedel och bör användas betydligt mer frekvent. Basutbildning av personal i geriatri och gerontologi ger kunskaper om hur de äldre tänker och fungerar. Bättre kunskaper om de äldres suicidalitet är ett viktigt steg i prevention av suicid.

Resultatdiskussion

Epitetet vårdpersonal har en stor bredd, här ingår olika grupper av yrkesutbildad personal, som läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, undersköterskor och vårdbiträden. I resultatet framkom att att yrkesgruppen sjuksköterskor mestadels är spindeln i nätet. De är länkarna till att interventioner sker, att läkartider blir bokade och att expertis inkallas. Samtidigt är det oftast andra yrkesgrupper i vårdpersonalen som står för informationen om psykisk ohälsa till sjuksköterskan, beroende på att de tillbringar mer tid med patienten. Sker ingen ordentlig kommunikation angående patientens välbefinnande till sjuksköterskan brukar inte heller processen rörande utredning av patientens psykiska hälsa fortlöpa tillfredsställande. På vårdcentraler i Sverige går tidsbeställningar för läkarbesök oftast genom sjuksköterskan som på telefonisk väg försöker ta reda på kontaktorsaken. Sjuksköterskan utför någon form av triage, ifall patienten bedöms behöva akut tid eller inte. Säger patienten till sjuksköterskan att han har ont i höger ben är detta kontaktorsaken och denna ankomstorsak koncentrerar läkaren sig på. Sannolikt kommer patientens eventuella psykiska ohälsa ej att diskuteras. Dessa yrkeserfarenheter har i allafall författaren av denna litteraturstudie. På vårdinstitutioner för äldre gör läkare endast interventioner på sjuksköterskans inrådan och ofta är tiden för personlig kontakt ytterst begränsad. Även boendeformer avgör interventionerna. Bor man i servicelägenheter eller är man brukare är sjuksköterskans närvaro ofta en bristvara. Detta verkar var ett faktum internationellt enligt vad resultatet visar.

Den äldre delen av befolkningen går ofta omkring med odiagnostiserad depression och suicidala tankar (Fisher et al., 2003, Raue et al., 2007 & Suominen et al., 2003). Denna osynlighet beror på flera faktorer. De äldre patienterna har överlag mer aversion mot allt vad sjukhus och vårdkontakter innebär. (Kjølseth et al., 2010). Författaren av föreliggande litteraturstudiens yrkeserfarenhet är att många äldre har bara vårdkontakter när det är absolut nödvändigt och efter lång tids uppskjutande.

Äldre människor som uppvisar beteendeförändringar och deras omgivning uppfattar inte alltid om att detta kan vara uttryck för depression. Epitetet ”han är helt omöjligt att ha att göra med” är ingen ovanlig uttryckssätt för anhöriga. Inte sällan vägrar någon i personalen att gå in i rummet, för att slippa tampas med patientens avoghet och negativism.

Vid vårdkontakter är den äldre patienten ofta ovillig att ta upp psykisk ohälsa med läkaren

(Fisher et al., 2003). Den psykiska ohälsan kanaliseras i kroppslig smärta och symptom från multidiagnoser. Läkarna och vårdpersonalen koncentrerar sig på kontaktorsaken, utan att se bakom masken (Fisher et al., 2003). Utöver detta tänker de inte alltid att äldre patienters fysiska och psykiska beteendemönster i symtomatik ofta differentierar sig från yngre patienter. Författaren av denna litteraturstudie har ofta sett att äldre patienter som plötsligen beter sig förvirrat, inte i första hand förknippas med att ha urinvägsinfektion. Samma sak med sura och griniga patienter på morgonen, sällan tänker vårdpersonalen på att patienten kanske har svåra apnéer på natten och lider av syrebrist i hjärnan. Denna okunskap beror på att vårdpersonal ofta saknar utbildning i att dra paralleller mellan somatik och beteende. Ofta skyller vårdpersonalen på att de äldre har beteendestörningar beroende på dålig karaktär. Ibland beskylls patienten lida av begynnande demens, ett uttryck som används oftast som samlingsnamn för alla oförklarliga psykiska symtom. Detta sätt att tänka är bekvämt och ställer inga krav på djupare analys.

Åt andra sidan är det inte alltid lätt för vårdpersonalen att visa engagemang. Skulle eventuellt frågor ställas om den äldre patientens psykiska hälsa och livssituation som hon/han befinner sig i och interventioner föreslås, skulle inte sällan patienten bli arg, slå ifrån sig all inblandning och uppleva de nyfikna frågor som översitteri (Kjölseth et al., 2010). Författaren av denna litteraturstudie tror att den äldre patienten sällan har kunskaper om sambandet psykiska sjukdomar, depression och dess symtomatik och inte känner till de olika behandlingarna. De ser kanske ingen mening med att få hjälp och tycker att det lika väl får vara. Personen ser sig själv i ett vakuum av hopplöshet och börjar leta utvägar för att slippa lidandet. Suicidala tankar dyker ibland upp sporadiskt, ibland flera gånger om dagen (Raue et al., 2007). Vissa tänker passiva tankar... det vore bättre för alla om jag vore död... . Andra har kommit så långt i sin suicidal process att de börjar smida planer på vilket tillvägagångsätt de kommer att använda. Kvinnorna börjar inte så sällan samla på läkemedel (Carlsten et al., 2003). Män börjar fundera ut platser där de skulle kunna hänga sig. Eller så börjar de tänka på jaktvapnet de har i vapenskåpet (Suominen et al., 2003). Med kunskaper om detta är det viktigt att sjuksköterskan ansvarar för att medicineringen verkligen tas och inte samlas i en hög i nattduksbordet. En kollega till författaren av denna litteraturstudie berättade, om en patient som spottade ut tablettorna ur munnen och samlade dem i ihålligheten under fönsterbrädan på patientrummet. Denna äldre man tyckte att nattduksbordet var ett dåligt ställe att samla på, för där var

sannolikheten stor att vårdpersonalen kunde hitta tablettorna och kanske skälla på honom. Hur kan livet missa sin glans? Livspartnern är kanske avliden, vännerna döda för länge sedan och kontakterna med barnen kanske inte så täta som de önskar. Maten smakar inte längre, kroppsfunctionerna slutar fungera som de ska, kroppen gör ständigt ont, de går inte att sova längre än några timmar, att leva sitt liv på det här sättet är inte lätt förstås författaren av föreliggande litteraturstudie. Ibland har man blivit så funktionshindrad att man behöver hjälp med precis allting, som förut gjordes av bara farten kommenterar Rowe et al. (2006). Att känna sig fången i sin kropp, inte längre kan eller ha ork för att göra det man gjorde förr, kan skapa frustration, och ilskan tas ut på andra. Har man råkat ut för många sjukhusvistelser (Erlangsen et al., 2005) där man upplevde att läkare tog beslut över ens huvud kan det kännas skrämmande (Kjølseth et al., 2010). Har man råkat ut för stroke känner man inte igen sig själv längre och frustrationen och aggressioner ger sig till känna. Lider man av svåra ögonsjukdomar och har begränsad syn känns livet trist. Är hörseln nedsatt undviker man människor för att man inte hör vad de säger eller folksamlingar som ger ett brus i hörselapparaten. Här vore det bra med ganska omgående support för äldre som får denna diagnos, anser författaren av denna litteraturstudie. Många äldre går fortfarande omkring med för svaga och fettneidsmutsade glasögon, svårinställda hörselapparater och löständer som glappar. Att inte se och höra bra och inte kunna äta ordentligt skapar isolering och utanförskap. Utanförskapet är i längden ohållbart, livet känns meningslöst och livsledan ger sig till känna. Ändå finns en djup innersta önskan att få hjälp till "ett drägligare liv". Fingertoppkänsla är viktigt att tänka på. Alla vårdkontakter med äldre patienter måste innehålla komponenter som syftar till fysiskt och psykiskt välbefinnande. Frågor skall ställas för att komma fram till rätt diagnos. Kroppsställningen och kroppsspråket hos vårdpersonalen är en sak att tänka på. Läkarna står inte sällan vid den äldres säng eller soffa och tittar ner på patienten. Detta är redan ett utgångsläge som inte är gynnsamt. Frågan "hur känner du dig?" blir då ofta besvarad med "jo, tack det är bra!" eller "det är jämna plågor". I bästa fall pekar patienten på sina svullna fötter eller visar upp de krokiga fingrar som smärtar hela tiden. Frågan om hur man mår inuti är som bortblåst och förblir obesvarad. Som författaren av föreliggande litteraturstudie skrev i resultatet finns det flera olika aspekter att beakta och arbetssätt att tillgå för att i tidigt skede upptäcka depression, livsleda och suicidala tankar. Att se på patienten i kontext med de riskfaktorer som omger

den, symptom som de har och med det riskbeteende de uppvisar finns det goda chanser att upptäcka psykisk ohälsa. Psykiatriska diagnoser som schizofreni, borderline, depressiva faser av bipoläritet kan anses som bidragande faktorer till suicid.

Genom olika screeningsinstrument som MNT, GDS, SUAS och psykiatriska samtal kan man differentiera patientens diagnos från demens till depression, depression med suicidala tankar till suicidalbenägenhet. Personalen behöver mer kunskap om psykisk ohälsa, depression och suicidala tankar. De behöver förstå hur olika aspekter interagerar med varandra och vad den äldre patientens beteende kan betyda. De behöver känna trygghet från ledningen, att det är okey att ställa frågor till patienten som upplevs som lite "obekväma". De behöver veta att vården av den psykiska delen av människan är en del av professionen (Mellor et al., 2008). De behöver kommunicera om patientens psykiska hälsa med kollegor och läkare (Mellor et al., 2008). De behöver veta vad olika behandlingar innebär och att det finns expertis på området att vända sig till.

Om fattigdom och brist på social support som riskmoment ger Nils Horner (2013) som är utrikeskorrespondent i Asien ögonvittneskildringar i Sveriges Radio. Programmet belyser det stora antalet äldre som driver runt och lever sitt liv vind för våg som hemlösa.

Författaren av denna litteraturstudie fick höra om de "bortglömda fall", äldre boende i pyttesmå rum i höghus, som de i princip aldrig lämnar för de får inte hjälp att komma ut. Enligt Horner (2013) saknar Sydkoreas politiska system pensionsutbetalningar till äldre med egna barn, med hänsyn till Konfucius lära att föräldrar sörjer för barn och barn för föräldrar. Många döttrar och söner i unga åldrar eller som själva har kommit i pensionsåldern kan eller vill inte ta hand om sina föräldrar, som då tvingas leva i misär. I bästa fall får de äldre lite bistånd av frivilliga hjälporganisationer, oftast bara under veckodagarna. Situationen förekommer i många länder. Fenomenet suicid ökar i världen där äldre är direkt beroende av ekonomiska eller sociala insatser som bidrar till ett drägligt liv, men där skyddsnet saknas i ländernas politiska system.

I resultatet framkom att enkla interventioner som att ha en riskchecklista till hands (Huh et al., 2012) och att avsätta mer tid till människan i patienten gav positiva resultat (Tsai et al., 2005 & Mellor et al., 2008). De anhörigas förslag om att skicka med en levnadsbeskrivning som också beskriver patientens personliga egenskaper, kan vara en tillgång vid nyintagning på olika institutioner (Mellor et al., 2008). Dessa dokument kan vara en vägledning när patienten uppvisar ett förändrat beteende.

Författaren av denna litteraturstudie menar att det är av vikt att förstå att den äldre

generationen ofta har en annan syn på psykisk hälsa, att de ofta inte vet så mycket om läkemedelsbehandlingar och interventioner. Många äldre tror att det är en svaghet och därför skambelagt att må psykiskt dåligt. Människor med depression och suicidala tankar tycker livet är outhärdligt, icke hanterbart och utan mening. Dessa upplevelser står i motsats till Antonovsky (1991) KASAM- teori om vilka förutsättningar det måste finnas för att livet skall vara värd att leva. Vårdpersonalen har till uppgift att lindra lidandet och göra sitt bästa för att få deras liv meningsfullt igen. Positiva interventioner och professionellt beteende av personalen kan göra att livet känns bättre. Fingertopkänsla, förtroendeskapande och givande samtal med interventioner av specialister är ett sätt att arbeta. Sjuksköterskornas etiska kod pådriver implementering av forskning. Tid måste avsättas för patienten och för vidareutbildning i att ta del av nya forskningsresultat.

Diskussion av de valda artiklarnas urvalsmetod

Av de valda kvantitativa studier hade (n=4) strategisk urval. Strategisk urval betyder att urvalsmetoder bygger på att välja informationskällor eller informanter som forskarna vet är källor eller informanter med kunskaper om de för forskningsområdets valda ämne eller delar därav (Kvale, 1997). Av de valda kvalitativa studierna hade (n=4) ändamålsurval och används när forskaren väljer utifrån eget omdöme. I studien förekom (n=3) randomiserade urval. Randomiserat urval kan förekomma då forskarna vill att deltagarna ska fördelas slumpvis till grupperna. Av de studier som innehöll både ansatser hade (n=2) strategiskt urval och (n=2) randomiserat urval.

Metoddiskussion

Författaren av denna litteraturstudie valde att analysera 15 studier för att få ihop den mängd av material som behövdes för att syftet och frågeställningarna skulle kunna besvaras tillfredställande. Att använda sig av en litteraturstudie var ett bra val med tanke på tid och resursmöjlighet. De valda studiernas innehåll spände över hela frågeställningen. Suicidproblematiken är komplex. Denna komplexitet visade sig redan i insamlingsskedet. Psykiska sjukdomar och depression ligger till grund för suicidala tankar och suicidala tankar ligger till grund för den suicidala processen. Denna komplexitet att inte kunna distrahera depression från suicidalitet och yrkeskunskaper om ämnet gjorde att författaren av denna litteraturstudie i tidigt skede insåg att resultatet skulle bli innehållsrikt och att analysen skulle vara tidskrävande. En forskningssyntes enligt Sandelowskis modell (2006) passade in och denna metasummering utgör en bredare grund för implementering.

Författaren av denna litteraturstudie kom fram till att den suicidala processen kan vara till synes smygande och i det närmaste osynlig för ett otränat öga när den har kommit igång. Vårdpersonalens bristande kunskaper om ämnet avslöjar hur dominoeffekten av depression med suicidala tankar, med sitt ibland accelererande sätt, gör att förekommen situation utan diagnos och intervention kan ta en ände med förskräckelse. Då blir både vårdpersonalen och närstående förvånade och chockade över vad de upplever som ett oväntat dödsfall. Bland de äldre med sjukdomsdiagnoser är det viktigt att avslöja vilka som har suicidala tankar. Ett annat sätt är att titta på de äldres beteendemönster och vilket liv de lever.

Kombinationen av sökorden i artikelsök visade sig ge rätt utfall med detta resonemang och täckte alla frågeställningar. Sökningarna skedde på databaserna Cinahl och PubMed. Ytterligare användbara artiklar hittades i referenslistor (Moher et al., 2009). Utbudet var mycket stort. Tyvärr visade det sig att flera passande, till synes mycket intressanta studier var mer än tio år gamla. Dessa fanns inte med i utfallet på artikelsök, där en parameter var begränsning till de sista 10 år. Vissa artiklar handlade om förorenad luft i storstadsmiljö som gav depression med suicidala tankar, andra om mikroblödningar i hjärna. Författaren av denna litteraturstudie var tvungen att välja bort artiklar på grund av anvisningen att ha med ett begränsat antal studier i examensarbetet, men förstod att forskningen har kommit fram till att riskfaktorerna var många och att fler och fler upptäcks. Forskarna hade helt klart för sig att även äldre påverkades av dessa riskfaktorer, men för få studier finns för att

verifiera i vilken grad dessa skiljer sig mellan äldre och yngre. Författaren av denna litteraturstudie kan däremot inte bortse från det faktum att äldre som har haft stroke ofta har efterföljande depression. Skulle de ha suicidala tankar har alla patienter möjligtvis inte den mentala styrkan att utföra processen, eller praktiska möjligheter att begå suicid. Kanske skulle strokepatienter kunna räknas med på listan av riskpersonligheter.

De valda artiklarna i denna litteraturstudie är både kvantitativa (n=7), kvalitativa (n=4) och artiklar med båda ansatserna (n=4). Kvantitativ forskning inom medicin och omvårdnad har traditionellt varit överhängande kvantitativ, men kvalitativ forskning har vunnit terräng. Även blandade forskningsansatser är vanligt förekommande. Men att forska kvalitativt om suicid är inte enkelt. Den äldre generationen har svårt att lämna ut sina känslor, att känna sig ensam och trött på livet är inget man gärna talar om, särskilt inte när man går omkring med suicidala tankar. Den förekommande kvalitativa forskningen handlar mestadeles om läkare som uttalar sig om patienten, eller om anhöriga som uttalar sig om den avlidne. När de äldre själva kommer till tals handlar det om hur vårdpersonalen bemöter dem eller hur vårdpersonalen brister i kunskap. Ett sätt att komma in på detta svåra område är att screena de äldre med de olika mätinstrument som står till buds, och kommunicera om resultatet som är fallet i några artiklar.

Artiklar från ett stort geografisk område är inkluderade: Sverige (n=1), Finland (n=1), Norge (n=1), Holland (n=1), Israel/USA (n=1) och USA (n=6), China(n=1) och Australien (n=3). Fördelen med denna spridning är att studien i detta avseende har större generaliserbarhet oavsett etnicitet eller kulturbakgrund.

Några artiklar beskriver exklusionskriterier och bortfallet av informanter väldigt ingående och det blir svårare för läsaren att anknyta hur många personer som egentligen har deltagit i studien. Vissa artikelförfattare diskuterar svagheter i resultatet och hur generaliserbarheten är för studien, men inte alla. Polit och Beck (2008) menar att reabiliteten är den exakthet som mätinstrument har och hur tillförlitliga mätningarna blir om man upprepar dessa flera gånger i följd. Tillförlitlighet står i förhållande till exaktheten i kvantitet eller kvalitet vid mättillfällena=låg variationsvidd. Validiteten är att mäta det som avses att mäta och hur väl det mäts : dvs. mätinstrumentets sensitivitet och specificitet (Polit & Beck, 2008).

Uppsatsens validitet är beroende av den metodologiska ansatsen eller den design som har valts ut. Evidensstyrkan i författarens arbete, påverkas av varje enskild artikels metodval,

antalet informanter som varje studie har och resultatanalys. Specialistsjuksköterskor med inriktning vård av äldre samt även annan vårdpersonal med lednings- och personalansvar kan ordna temadagar och föreläsningar om suicidalitet och interventioner hos äldre. Denna uppsats ger möjligheter att, genom sin utformning, närma sig ämnet på ett enkelt sätt. Författaren hoppas att denna uppsats bidrar till att vårdpersonalen blir mer medveten om och bättre uppmärksammar psykisk ohälsa och depression med suicidala tankar, hos äldre, i syfte att minska lidandet och suicid.

Slutsats

Suicid går att förebygga. Vårdpersonal som arbetar med äldre bör ha grundläggande kunskaper i geriatri och gerontologi, dessa kunskaper kommer både de äldre och vårdpersonalen tillgodo. Det är av stor vikt att i tidigt skede upptäcka äldre som befinner sig i riskzonen för suicid. Det viktigaste budskapet för att förebygga suicidalitet, som vårdpersonalen kan ge till de äldre är: du är inte ensam om att känna som du gör, vi förstår din situation och ser att du lider, och vi är villiga att hjälpa dig till ett drägligare liv.

REFERENSER

*Markerade artiklar ingår i resultatet

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2:uppl.). Stockholm : Natur och Kultur.

*Ayalon, L., Mackin, S., Arean, P. A., Chen, H. & Mc Donnell Herr, E. C. (2007). The Role of Cognitiv Funtioning and Distress in Suicidal Ideation in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55: 1090-1094.

Beskow, J. (2009). Kognitiv Suicidprevention – Ett nytt sätt att förstå suicidalitet. *Socialmedicinsk Tidskrift nr 4*.

Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P.H., Adey, M. & Rose T.L. (1982). Screening Tests for Geriatric Depression. *Clinical Gerontologist: the Journal of Aging and Mental Health*, 1 (1): 37-44.

Carlsten, A. Chefsapotekare. Läke medelsverket. Tel. 018 17 46 00 vx.
anders.carlsten@mpa.se (personlig kommunikation, 2012-04-03).

*Carlsten, A., Waern, M., Holmgren, P. & Allebeck, P. (2003). The Role of Benzodiazepines in Elderly Suicides. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31: 224-228.

Chochinov, H.M., Hack, T., Hassard T., Kristjansson, L.J., McClement, S. & Harlos, M. (2005). Understanding the will to live in patients nearing death. *Journal of Psychomatics*, 46: 7-10.

Cullum, S., Tucker, S., Todd, C. & Brayne, C.(2006). Screening for Depression in Older Medicial Inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (5) : 469-476.

Durkheim, E. (1983). *Själv mordet*. Nyutgåva. Lund: Argos/Palmkrons Förlag

*Eisses, A. M., Kluiter, H., Jongenelis, K., Pot, A.M., Beekman, A.T.F. & Ormel, J. (2005). Care Staff Training in Detection of Depression in Residential Homes for the Elderly. *British Journal of Psychiatry*, 186: 404-409.

*Erlangsen, A., Vach, W. & Jeune B. (2005). The Effect of Hospitalization with Medical Illness in the Suicide Risk in the Oldest Old. *Journal of American Geriatrics Society*, 53: 771-776.

*Fischer, L.R., Wei, F., Solberg, L., Rush, W.A. & Heinrich, R.L. (2003). Treatment of Elderly and Other Adult patients for Depression in Primary Care. *Journal of American Geriatrics Society*, 51: 1554-1562.

FN/United Nations Department of Economy and Social Affairs. World Population Prospect : the 2010 revision

Hämtat : 2013-0-25

<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>

Folstein, M., Folstein, S. & McHugh., P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychology Research*, 12: 189-198.

Horner, N. (2013). Radioprogram : *Självmod bland Sydkoreas fattiga*. Ekonyheter. Studio Ett. Sveriges Radio.

*Huh, J.T., Weaver, C.M., Martin, J.L., Caskey, N. H., O'Riley, A. & Kramer, B.J. (2012). Effects of a Late-Life Suicide Risk Assessment Training on Multidisciplinary Healthcare Providers. *Journal of American Geriatrics Society*, 60: 775-780.

Internetmedicin. Depression hos vuxna

Hämtat: 2013-02-04

<http://internetmedicin.se>

Internetmedicin. Suicidriskbedömning.

Hämtat: 2013-02-06

<http://internetmedicin.se>

Jahn, D. R., Cukrowicz, K.C., Linton, K. & Prabhu, F. (2011). The mediating effect of perceived burdensomeness on the relation between depressive symptoms and suicide ideation in a community sample of older adults. *Journal of Aging and Mental Health, 1* (2): 214-220.

Janetlidze, S., Mattei, D., Westrin, Å., Träskman-Bendz, L. & L. Brundin, L. (2011). Cytokiner levels in the blood may distinguish suicide attempters from depressed patients. *Brain, Behavior and Immunity, 25* (2): 335-339.

*Kjölseth, I., Ekeberg, Ö. & Steihaug S. (2010). Elderly People who Committed Suicide – their Contact with the Health Service. What did they Expect, and what did they Get? *Journal of Aging and Mental Health, 14* (8): 938-946.

Kvale, S. (1997). Den kvantitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.

Lindqvist, D. (2010). *Redefining Suicidal Behavior-Rating Scales and Biomarkers*. Doktorsavhandling; Lund Universitet.

Malmsten, K. (2001). *Etik i basal omvårdnad*. Lund :Studentlitteratur.

*McCabe, M., Davison, T., Mellor, D. & George, K. (2009). Barriers to Care for Depressed Older People: Perceptions of Aged Care among Medical Professionals. *International Journal of Aging and Human Development, 68* (1): 53-64.

*Meeks, T.W., Dunn, L., Kim, D.S. Golshan, S., Sewell, D., Atkinson, J.H. & Lebowitz B. D. (2008). Chronic Pain and Depression among Geriatric Psychiatry Inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*: 637-642.

*Mellor, D., Davison, T., McCabe, M. & George, K. (2008a). Professional Carers Knowledge and Response to Depression among their Aged-Care Clients. The Care Recipients Perspective. *Journal of Aging and Mental Health*, 12 (3): 389-399.

*Mellor, D., Davison, T., McCabe, M. & George, K. (2008b). The Management of Depressed Elderly Care Recipients : Family Perspectives in the Skills of Professional Carers. *Journal of Community Health Nursing*, 25: 44-61.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman D.G. The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting items for Systematic Reviews and Meta-Analysis. PRISMA-flow diagram.

Hämtat: 2013-03-03

<http://www.prisma-statement.org>

NASP/ Nationell Centrum för Suicidforskning och Prevention av Psykisk Ohälsa. Nationellt program för suicidprevention (2008).

Hämtat: 2013-02-01

<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=17407&a=41933&l=sv>

Niméus, A., Hjalmarsson Ståhlfors, F., Sunqvist, C., Stanley, B. Träskman-Bendz.L. (2006). Evaluation of a modified interview version of the Suicide Assessment Scale. *Journal of European Psychiatry*, (21): 471-477.

Nordin, H. Statistiksamordnare. Socialstyrelsen.Tel. 075-247 34 58.

henrik.nordin@socialstyrelsen (personlig kommunikation, 2012-01-23)

Nyström, M.E. & Nyström, M. (2007). Patients`experience of recurrent depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 28 (7): 673-690.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8 th ed.) Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2006). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. Philadelphia. (6 th ed). Philadelphia : Lippincott, Williams & Wilkins.

Psykologilexikon/ Natur och Kultur. Depression och självmord.

Hämtat: 2013-02-06

<http://www.psykologiguident.se>

*Raue, P.J., Meyers, B.S., Rowe, J.L., Heo, M. & Bruce, M.L.(2007). Suicidal Ideation among Elderly Homecare Patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 22(1): 32-37.

Riksförbundet för Suicidprevention och Efterlevandestöd (SPES)

Tillgänglig: <http://www.spes.nu>

(2013-02-06)

*Rowe, J., Bruce, M.L. & Conwell, Y. (2006). Correlates of Suicide Among Home Health Care Utilizers Who Died by Suicide and Community Controls. *Journal of Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 36 (1) feb.

Sandelowski, M., Barroso, J. & Voils, C.I. (2007). Using Qualitative Metasummary to Synthesize Qualitative and Quantitative Descriptive Findings. *Research in Nurse Health*, 30: 99-111.

Sandelowski, M.,Voils, C.I. & Barroso, J. (2006). Defining and designing mixed research synthesis studies. *Research in the Schools*, 13: 29-40.

Schylander/Rosenberg.Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap.

Kunskapscentrum för Äldres Säkerhet (2009). Skador bland äldre personer.

Hämtat: 2013-02-06

<http://www.msb.se/ribdata/filer/pdf/25570.pdf>

Sharp,L. & Lipsky, M. (2002). Screening for Depression Across a Lifespan : a Review of Measures for Use in Primary Care Settings. *Journal of American Family of Physicians*, Sep:66 (6): 1001-1009.

Sirey, J.A., Bruce, M.L., Carpenter, M., Booker, D., Reid, M.C, Newell., K. & Alexopoulos, G.S. (2008). Depressive symptoms and suicidal ideation among older adults receiving home delivered meals. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23: 1306-1311.

Socialstyrelsen. Klassificering och koder.

Hämtat: 2013-02-04

Tillgänglig på : <http://www.socialstyrelsen.se>

Socialstyrelsen (2010). *Nationella Riktlinjer för Vård av Depression och Ångestsyndrom*. Västerås : Edita Västra Aros.

Sonning, S. (2012). Radioprogram. *Självordsförsöken ökar i dagens Grekland*.

Dagens Eko, 28 nov. 2012

Stanley, B., Träskman-Bendz, L. Stanley, M. (1986). The Suicide Assessment Scale : a scale evaluating change in suicidal behaviour. *Psychopharmacology Bulletin*, 22: 200-205.

Statistiska Centralbyrån. Befolkningsstatistik 2012-2060.

Hämtat: 2013-02-02)

<http://www.scb.se>

*Suominen, K., Henriksson, M., Isometsä,E., Conwell, Y., Heilä, H. & Lönnqvist J. (2003). Nursing Homes Suicides- a Psychological Autopsy Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18: 1095-1101.

Suominen, K., Isometsä, E., Lönnqvist, J. (2004). Elderly Suicide Attempters with Depressions are often Diagnosed after the Attempt. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 198 (1): 35-40.

Svensk Demenscentrum. Mini Mental Test

Hamtad: 2013-08-11

<http://www.svenskdemenscentrum.se>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Åtta45

Svensk Sjuksköterskeförening. ICN:s Etiska Kod för Sjuksköterskor.

Hämtat : 2013-08-31

<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Szanto, K., Reynolds, C.H.F., Frank, E., Stack, J., Fasiczka, A.L., Miller, M., Mulsant, B.H., Mazumdar, S. & Kupfer D.J. (1996). Suicide in Elderly Depressed Patients: Is Active vs Passive Suicidal Ideation a Clinically Valid Distinction? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4(3): 197-207.

*Tsai, Y-F., Wei, S-L., Lin, Y-P. & Chien, C-C. (2005). Depressive Symptoms, Pain Experiences and Pain Management Strategies among Residents of Taiwanese Public Elder Care Homes. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30 (1).

Velting, D.M. (1999). Suicidal ideation and the five factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 27 (5): 943-952.

Waern, M. Professor/överläkare. Sektionen för psykiatri och neurokemi. Göteborgs Universitet. Tel. 031-342 21 64.

margda.waern@neuro.gu.se (personlig kommunikation, 2012-01-23 och 2013-10-18)

Wasserman, D.(2011). *Depression: The Facts*. Oxford University Press.

Williams, J.M.G., Barnhofer, T., Crane, C. & Beck., A.T. (2005). Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 114: 412-431.

Wilsson, K.G., Curran, D. & MacPherson, J.C. (2005). A burden to others. A common source of distress for the terminally ill. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34: 115-123.

Whyte, E. M. & Rovner, B.(2006). Depression in Late-Life: Shifting the Paradigm from Treatment to Prevention. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (8): 746-751

World Health Organization (2007). Nurses in mental health. Suicide prevention and special programmes.

Hämtat: 2013-01-22

http://www.who.int/mental_health/evidence/nursing_atlas_2007.pdf

World Health Organization (2011). Suicide rates per 100,000 by country, year and sex.

Hämtat: 2013-01-22

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en

World Health Organization (2013). Health statistics and health information. Definition of an older or elderly person.

Hämtat: 2013-08-21

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

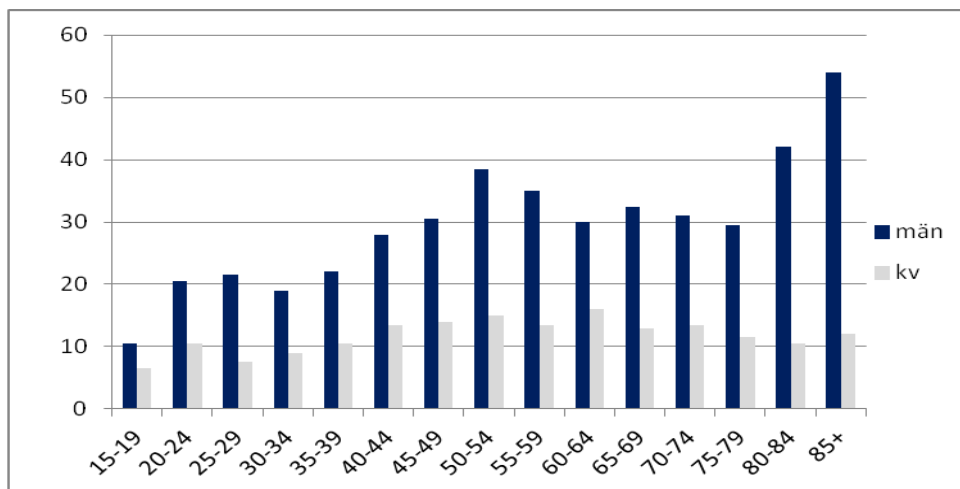
.

Bilaga 1

Tabell 1. Antal självmord per 100 000/åldern/kön (2008-2010). Källa Socialstyrelsen.

Sammanställning Henrik Nordin.

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
män	11,3	25,6	25,1	20,6	21,9	25,7	29,4	40,7	33,2	31,9	31,8	27,3	27,1	39,2	49,7
kv	6	8,8	7,6	7,9	7,8	11,3	13,4	16,3	14,6	13,4	13,3	12,1	10	8,4	10,9

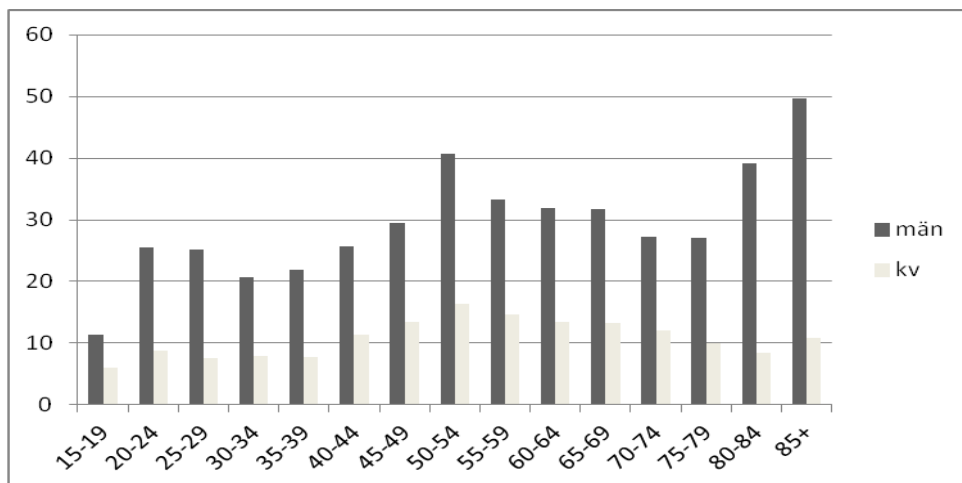


Figur 1. Självmordstal efter ålder och kön: 2005-2007.

Antal döda per 100 000 i självmord (inklusive skadehändelser med oklar avsikt).

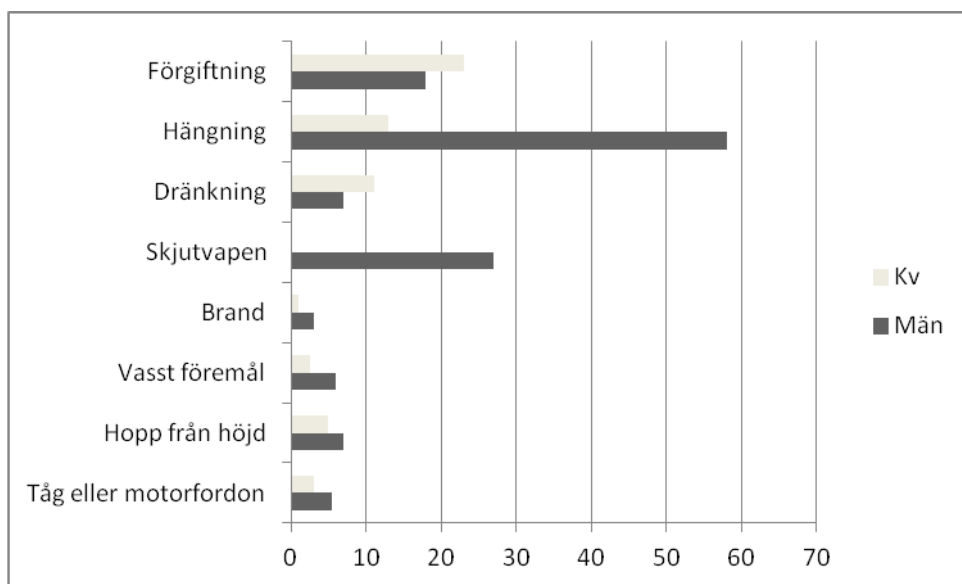
Källa: Socialstyrelsen. Publicerad i Tidningen Valfärd.

Sammanställning: Henrik Nordin, Socialstyrelsen.



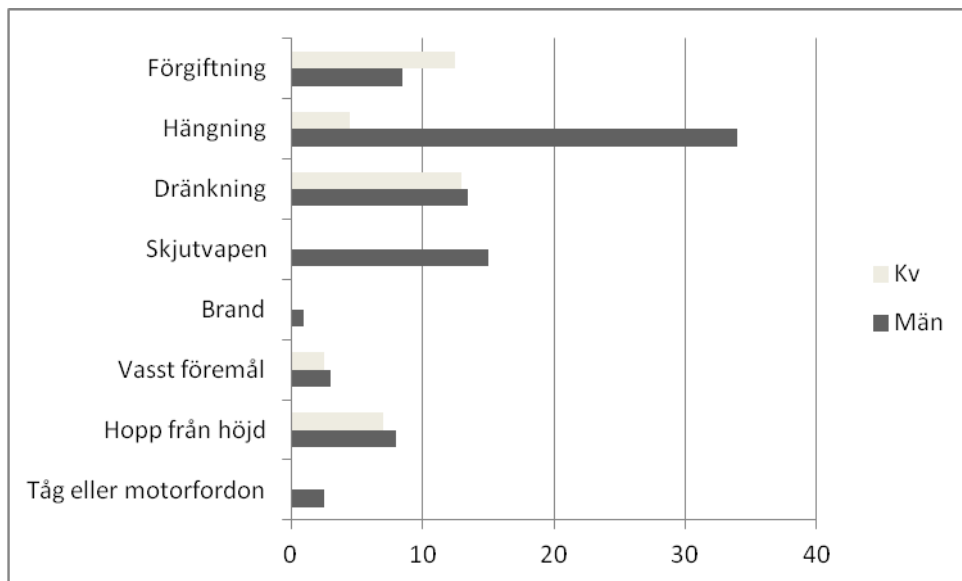
Figur 2. Själv mordstal efter ålder och kön: 2008--2010.

Antal döda per 100 000 i självmord (inklusive skadehändelser med oklar avsikt). Källa: Socialstyrelsen. Sammanställning: Henrik Nordin, Socialstyrelsen



Figur 3. Antal döda i åldern 65-79 år till följd av självdestruktiva händelser. Medelvärde för 2003 efter skademekanismer.

Källa: MSB Jan Schylander och Kunskapscenter för Äldre Tommy Rosenberg (2009).



Figur 4. Antal döda i åldern 80+ till följd av självdestruktiva händelser. Medelvärde för 2003-2005 efter skademekanismer.

Källa: MSB Jan Schylander och Kunskapscenter för Äldre Tommy Rosengren (2009).

Bilaga 2. Sökhistorik i databaserna Cinahl och PubMed

Databas	Sökdatum	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar/abstract	Lästa fulltextartiklar	Använda artiklar
Cinahl	20130407	Depression AND elderly	389	102	11	
Cinahl	20130407	Depression AND elderly AND knowledge	13	13	5	3
Cinahl	20130407	Depression AND elderly AND suicide	8	8	1	1
Cinahl	20130407	Suicide AND elderly	18	18	18	5
Cinahl	20130407	Suicide AND elderly AND prevention	7	7	3	
Cinahl	20130407	Suicide AND geriatric	10	10	2	1
Cinahl	20130407	Suicide AND geriatric AND risk factors	7	7	1	
Cinahl	20130407	Suicide AND geriatric AND care	10	10	1	1
Cinahl	20130407	Suicide AND geriatric AND health	10	10	2	1
PubMed	20130407	("suicidal ideation") AND geriatric	46	13	2	
PubMed	20130407	("suicidal ideation") AND geriatric AND prevention	13	13	1	
PubMed	20130407	("suicidal ideation") AND geriatric AND ("risk factors")	27	25	4	
PubMed	20130407	("suicidal ideation") AND geriatric AND psychiatric	34	21	6	1
PubMed	20130407	Suicide AND geriatric AND intervention	13	13	4	

Bilaga 3 . Artikelmatrix

Författare Land År	Titel	Syfte	Design	Urvalsmetod/Datainsamlingsmetod	Urval I:Inklusionskriterier E:Exklusionskriterier	Analys	Resultat	U r v a l s m e t o d
Ayalon. L. et al. Israel/USA 2007	The role of cognitive functioning and distress in suicidal ideation in older adults.	Att utvärdera vilken betydelse kognitiv funktion, livsleda, alkoholkonsumtion, upplevd hälsotillstånd och demografi har, för patienter som går omkring med suicidala tankar.	Jämförelsestudie	Tvärnittets- datainsamling Randomiserat urvalsmetod Strukturerat frågeformulär med bedömningsinstrument Intervjuer med strukturerade frågor /bedömningsinstrument över telefon	Informanter: Äldre (n=15 590) I: patienter inskrivna på vårdcentraler, hälsocenter eller sjukhus E: -resultat på kognitiv test mer än 16 poäng -demensdiagnos	Kvantitativ analys Hierarchical Logistic Regressions test Chi-squaretest P=test	Livsleda och kognitiv svikt pekades ut som två viktiga faktorer som bestämt kan förutspå passiva och aktiva suicidala tankar. Patienter med kognitiv svikt har flera och återkommande suicidala tankar. Äldre-äldre , kvinnor och äldre under stor stress är mera utsatt för aktiva suicidtankar. Vårdpersonalen bör ha kunskaper om att patienter med denna diagnos löper högre risk att begå suicid.	S t o r t a n t a l i n f o r m a n t e r I n f o r m a n t a l e t d i s k u t e r a s B e g r ä n s n i n g i

									a n t a l e t f r å g o r o m s u i c i d a l i t e t d i s k u t e r a s . B r i s t e n a t t k o l l a u p p p a t i e n t e n s u t b
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

								i l d n i n g s n i v å / n i v å n a t t f ö r s t å f r å g o r n a i n n e b ö r d d i s k u t e r a s .
Carlsten, A. et al. Sverige 2003	The role of benzodiazepines in elderly suicides.	Att studera effekten av läkemedelsgruppen benzodiazepiner.	Retrospektiv studie Jämförelse-studie	Strategiskt urval Dödsorsaksregistret Obduktionsprotokoll	Informanter: Data från personer 65 år eller äldre, 1992-1996 (n=2245) I: - avlidna - dödsorsakskoden för suicid ICD-9 E950-E959 (n= 1815) eller med skadehändelse med oklar avsikt (n=430)	Kvantitativ analys Fatal Ratio (FR) användes för läkemedlets Defined Daily Dose (DDD).	Några preparat i gruppen benzodiazepiner var använd som skademekanism i 39 % av förgiftningsrelaterade suicid. Benzodiazepiner var använd i 72% av fallen som ensam läkemedel. I 90 % av suiciden användes Flunitrazepam och Nitrazepam. Dödsorsaken blev ofta drunkning i eget badkar med stor mängd benzodiazepiner i kroppen, män (67%) och kvinnor (78%). De nya mediciner (benzodiazepinerliknade hypnotika) Zopicone och Zolpiderm utgör	S t o r t a n t a l i n f o r m

							knappast förbättring ur suicidsynpunkt. Dessa läkemedel skall föreskrivas med yttersta försiktighet till personer med depression och administreringen skall ske under noggrann övervakning.	a n t e r
Eisses, A.M.H. et al. Holland 2005	Care staff training in detection of depression in residential homes for the elderly.	Att utvärdera om vårdpersonalen, efter utbildning, har blivit bättre på att upptäcka och behandla äldre med depression	Interventionsstudie	Randomiserat urval Experimentgruppen fick utbildning Kontrollgruppen gav omvårdnad som tidigare. Frågeformulär med självskattningsskala Observationer	Informanter: Äldre patienter som blev utvalda (n=426) – (n= 113)= (n=313) Personal (m=85) i experimentgrupp och kontrollgrupp I: Patienter med misstänkt depression E: -Patienter som dog, som var för sjuka att delta, som hade hörselnedsättning, afasi eller demens Bortfall (n=113) I: Patienter med misstänkt depression.	Kvantitativ analys Newcombes metod 10 för oberoende test ANOVA test T-test	Vårdpersonalen blev bättre att upptäcka och diagnostisera depression hos äldre. Äldre med depression fick bättre behandling och utfallet av behandlingen blev positiv. Men förekomsten av depressiva symtom bland patienterna minskade bara marginellt.	A n t a l p a t i e n t e r s o m f i c k d i a g n o s d e p r e s s i o n v a r l å g t . D e t l å g a i n f o r m

								a n t a n t a l e t d i s k u t e r a d e s . D e t v å o l i k a d e l t a r g a r u p p e r n a h a d e o l i k a f ö r r u t s ä t t n i n g
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								ar ge no m » ra nd o m i se d » u r v a l b e g r ä n s a d
Erlangsen, A. et al. USA 2005	The effect of hospitalisation with medical illness on the suicide risk in the oldest: a population-based register study.	Att jämföra om inläggning på sjukhus och längden av vårdtiden under sjukhusvistelsen spelar roll varför äldre 80+ begick självmord och hur liknande omständigheter påverkade äldre 65-79 och personer i medel-åldern 52-64.	Retrospektiv studie Jämförelse-studie	Strategiskt urval Befolkningsregistret Dödsorsaksregistret Diagnoskoder (ICD)-10 för inläggning samt diagnoskoder (X60-X84) –(Y87) för suicid.	Informanter: Data från personer 52 år och äldre boende i Danmark under 1996-1998 (n=1 684 205). I: Antal personer som begick suicid (n=1 184) under åren 1996 tom1998 varav män (n= 779) och kvinnor (n=405)	Kvantitativ analys Event- history analys Analysis using time-varying covariates	Inläggning på sjukhus för en fysisk åkomma , under de två sista åren, hade betydande negativ effekt på den mentala hälsan av de personer som begick suicid. Resultatet var signifikant för äldre, men mest framträdande hos de äldsta äldre. Multidiagnoser ökar även risken för suicid, särskild hos de äldsta kvinnor. Vårdpersonalen bör uppmärksamma dessa korrelationer.	S t o r t a n t a l i n f o r m a n t e r D e t s t o r a a n t a l e t

								i n f o r m a n t e r d i s k u t e r a s
Fischer, L.R. et al. USA 2003	Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care.	Att utröna om vilket synsätt det finns och vilken behandling det ges på vårdcentralen för deprimerade äldre patienter jämfört med deprimerade yngre patienter.	Interventionsstudie Longitudinal studie	Strategiskt urval Patientjournaler Intervjuer med frågeformulär Uppföljning efter 3 månader med frågeformulär: for Alcohol Use, Geriatric Depression Scale, Checklist for Chronic Health Problems och Health Survey Health Status Measure	Informanter: vuxna (1023) varav äldre patienter inom primärvården (n=272) I: - depressiondiagnos - (ICD-)-9 code311	Kvantitativ analys Significans test Chi-square test Modifierad version av Dillman metod Logistic Regressions Analys	Studien påvisade att depression hos äldre är underdiagnostiserad. Samtal om patientens suicidala tankar eller alkoholvanor hade läkare företrädesvis med yngre patienter. Diagnosen depression gav företrädesvis till manliga patienter. Flera diagnostiska frågor ställdes till yngre eller manliga patienter, och fler interventioner sattes in för dem. Läkare missar ofta att ställa diagnosen depression beroende på okunskap om depressionens specifika symtom hos äldre och de äldres sätt att kamouflera symtomerna. Kvinnor med lågmälda personligheter ignorerades	S t o r t a n t a l i n f o r m a n t e r
Huh, J. et al. USA 2012	Effects of a late-life suicide risk-assessment training on multidisciplinary healthcare providers.	Att utvärdera effekten av specifik utbildning "suicidal riskbedömning för äldre patienter" utbildning för vårdpersonal	Interventionsstudie	Strategiskt urval Datainsamling före och efter 6,5 timmars videoutbildning i form av workshops Strukturerat frågeformulär med självbedömningsinstrument Semi-strukturerade frågor/diskussion	Informanter: Vårdpersonal (n= 132) I: arbete inom krigsveteraners vårdenheter.	Kvantitativ analys P= test Standardavvikelse Kvalitativ analys Innehållsanalys av deltagarnas förbättrade kunskaper	Positiva effekter av suicidal riskbedömnings utbildning -vårdpersonalen vågade ställa "djupare" livsfrågor -när någon patient blev fick oväntad dödsfall eller klagade över smärta övervakades patienten noga -använde checklista med riskfaktorer ofta - vågade utbilda läkarstuderenter i riskbedömningar Att utbilda vårdpersonal i att upptäcka och behandla patienter med suicidala tankar och suicidalbenägenhet är en positiv insats i förebyggande av suicid hos äldre.	S t o r t a n t a l d e l t a g a r e D e n k o r t a

								u t b i l d n i n g s t i d e n d i s k u t e r a s .
Kjølseth, I. et al. 2010 Norge	Elderly people who committed suicide- their contact with the health service. What did they expect, and what did they get?	Att undersöka hur äldre som dog i suicid hade upplevt bemötande och erfärit förekommen behandling under tidigare vårdkontakter.	Beskrivande studie Psykologisk autopsy studie (rekonstruktiv)	Ändamålsurval Öppna /semistrukturerade intervjufrågor Två timmars inspelade samtal	Informanter: Skriftlig information av vårdadministratörer på vårdcentraler om att uppgä förekommen suicid och föreslå eventuella informanter. Informanter: Familj eller bekanta (n=63) till äldre (n=23) bestående av släktingar (n=34), distriktsläkare (n=17) och sjuksköterskor inom hemsjuk-vården (N=12) I: - suicid-avlidna - 2 till 6 månader efter dödsfallet	Kvalitativ analys Innehållsanalys Systematisk text- kondensering efter Malteruds metod.	De äldre 65+ upplevde motstånd mot att anförto sig i vid vårdkontakter, när de kände att de började få problem med deras kognitiva/ mentala hälsa. De var rädda för att förlora sin autonomi och därför bestämde de sig för att vägra ut all hjälp utifrån. Försök från vårdpersonalen att hjälpa till misslyckade ofta. Hjälptill sist accepterades tyckte de äldre att de inte fick de förväntade insatser, och då tyckte de att det blev som de hade trott. Stor avighet mot allt vad sjukhus eller omvårdnad innebär.	B e g r ä n s a d a n t a l i n f o r m a n t e r
McCabe, M. et al. Australien 2009	Barriers to care for depressed older people: perceptions of aged care among medical professionals.	Att utvärdera kunskapsnivå land vårdpersonalen för att kunna upptäcka depression hos äldre och identifiera de hinder som finns bland dem för att i ett så tidigt stadie som möjligt kunna upptäcka depression.	Beskrivande studie	Ändamålsurval Intervju med semi-strukturerade frågor	Informanter: Vårdare (n=21) Sjuksköterskor (n=4) Läkare (n=10) Enhetschefer (n=7) I: -arbete inom äldre vården	Kvalitativ analys Innehållsanalys	Vården fokuserade särskilt på fysiska sjukdomar hos äldre. Vårdpersonalen hade dåliga yrkeskunskaper i att upptäcka och behandla depression hos äldre. Andra orsaker till underdiagnostisering skyldes på underbemanning, avbruten vårdkedja, multidiagnoser, motståndet hos patienterna som inte ville avslöja hur de egentligen mädde, kommunikationsproblem i organisationen samt brist på engagemang. Forskarna förordar särskilt utbildning, ändrat personligt förhållningssätt, bättre kommunikation och kliniska riktlinjer för att upptäcka och behandla depression hos äldre.	L å g t a n t a l i n f o r m a n t e r

								L å g t a n t a l i n f o r m a n t e r d i s k u t e r a s
Mellor, D. et al. Australien 2008 ^a	Professional carers' knowledge and response to depression among their aged-care clients: the care recipients perspective.	Att undersöka varför vårdpersonal på vårdhem och hemsjukvården inte upptäcker och reagerar på depressioner hos sina äldre patienter.	Beskrivande studie	Ändamålsurval Semi-strukturerad frågeformulär med bedömningsinstrument Personlig intervju med semi-strukturerade frågor med klinisk psykolog Intervju enligt DSM-IV Axis I Disorders	Informanter : Patienter (n=15) på äldreboende (n=8) på vårdhem (n=4) i hemmet (n=3) I: Depressiondiagnos E: Kognitiv nedsättning Vårdpersonal I: -ovanstående boenden.	Kvalitativ analys Innehållsanalys	Fast informanterna talade i positiva ordalag om vårdpersonalen, tyckte de att vårdpersonalens yrkes-kunskaper i att upptäcka och behandla depression var undermåliga. Överhuvudtaget var kommunikationen mellan vårdpersonalen om patienternas psykiska hälsa och välbefinnande i det närmaste obefintliga. De äldre tyckte att det var lättare att prata med äldre personal, särskilt äldre sjuksköterskor Forskarna förordar utbildning i området, en holistisk människosyn och genomgripande förändringar på organisationsnivå.	L å g t a n t a l i n f o r m a n t e r
Mellor, D. et al. Australien 2008 ^b	The management of depressed elderly care recipients: family perspectives on the skills of professional carers.	Att utröna hur de äldres anhöriga uppfattar vårdpersonalens bemötande av depressiva äldre och deras yrkeskunskap om depression.	Beskrivande studie	Ändamålsurval Intervju med semi-strukturerade frågor	Informanter : Anhöriga till deprimerade patienter (n=15) I: -depression -samtliga anhöriga måste ha kontakt med patienten minst en gång i veckan -patienten är inskrivna i äldreboende eller får hemsjukvård.	Kvalitativ analys Innehållsanalys	Anhöriga till deprimerade äldre upplevde att vårdpersonalen tycktes vara benägen att undvika att bemöta psykisk ohälsa hos sina äldre patienter. Överlag tyckte de att vårdpersonalen inte verkade se sig själv som vårdare av patientens "psykiska" del. De tyckte även att vårdpersonalen inte verkade diskutera förekomsten av	L å g t a n t a l

							<p>depression i vårdssamtal med sina kollegor/ avdelningschefer.</p> <p>De verkade inte heller diskutera symptom med läkarna.</p> <p>Anhöriga tyckte att vårdpersonalen verkade ha dåliga kunskaper om depression.</p> <p>Viss personal hade ändå lättare att prata med anhöriga och fråga varför patienten verkade var bekymrad eller vid "low mood".</p> <p>På grund av de äldres obenägenhet att öppna sig och deras rädsla för översitteri tyckte de anhöriga att vårdpersonalen måste närma sig detta delikata ämne med fingertoppskänsla.</p> <p>De föreslog att patienterna skulle föra med sig en levnadsbeskrivning/patientjournal som även beskrev deras psykiska (o)hälsa.</p> <p>De anhöriga tror att patienter med psykisk ohälsa får lite tid att prata med vårdpersonalen, beroende på arbetsbelastning.</p>	<p>i n f o r m a n t e r r L å g t a n t a l e t i n f o r m a n t e r d i s k u t e r a s</p>
<p>Raue, P.J. et al. USA 2007</p>	<p>Suicidal ideation among elderly homecare patients.</p>	<p>Att identifiera förekomsten och sambandsfaktorer av äldre med suicidala tankar. Att följa patientens utveckling i sin psykiska ohälsa. inom ett år av äldre med suicidala tankar.</p>	<p>Jämförelsestudie Longitudinal studie.</p>	<p>Randomiserat urval Patientregister för DSM-IV, The Hamilton Rating Scale och Mini Mental Test Intervju med strukturerade frågor om patientens psykiska hälsa</p>	<p>Steg 1 : Informanterna identifierade genom patientjournaler förd av Visiting Nurses Services. Informanter =Äldre >65 år (n=539) under 2 års tid eller deras anhöriga (n=355). I: - att vara ny- inskriven i hemsjukvården i för medicinsk eller kirurgisk omvårdnad. -att kunna ta emot information på engelska eller spanska Steg 2: Äldre (n=539) – (n=139) (n= 400) hade intervjuats E: - var ej kontaktbara (n=64) -hade avlidit under tidens gång (n=75) bortfall (n=139).</p>	<p>Kvantitativ analys SPSS, version 13.0 ANOVA med Scheffe's post hoc test, Fischers test Bonferroni correction Signifikans- test Two-tailed p-values test Multiple Logistic Regression för uppskattning av suicidala tankars omfattning</p>	<p>Äldre med passiva suicidala tankar (n= 57) Äldre med aktiva suicidala tankar. (n=6) Depressionens svårighetsgrad, multidiagnoser och brist på socialt umgänge är enskilda faktorer som har hög samband med äldre som har suicidala tankar. Efter ett år visades att många patienterna fortfarande umgicks med suicidala tankar. Avgörande faktorer: underbehandling, avbruten vårdkedja och bristande interventioner med läkare och specialister. Äldre patienter med suicidala tankar, både passiva och aktiva utgör en viktig utmaning i folkhälsan. Denna grupp är ett tacksamt mål för insatser genom förebyggande insatser, antidepressiva läkemedel, adekvat behandling för patienter med multidiagnoser och genom psykosociala interventioner.</p>	<p>M e d e l s t o r t a n t a l i n f o r m a n t e r A n t</p>

								a l e t i n f o r m a n t e r d i s k u t t e r a s i s t u d i e n
Rowe, J. et al. USA 2006	Correlates of suicide among home health care utilizers who died by suicide and community control.	Att undersöka närmare varför 14 äldre patienter i hemsjukvården valde att begå suicid jämförd med annan grupp äldre i kommunen.	Fallstudie Psycho-logical autopsy study Retrospektiv studie Jämförelse studie	Randomiserat urval av patienter i kontrollgruppen Intervjuer med anhöriga/vänner till de avlidna.	Informanter= Anhöriga till patienter (n=18) varav män (n=13) kvinnor (n=5) Experimentgrupp = (n=14) I: -Suicid -avlidna -Varit inskrivna i hemsjukvården Kontrollgrupp= (n=4) I: patienter inskrivna i hemsjukvården	Kvalitativ analys Korrelationsbeskrivning Kvantitativ analys Korelationsanalys	De personer som begick suicid i experimentgruppen led mer av livsleda, psykisk ohälsa, suicidala tankar, alkoholberoende, kronisk smärta, anstängda familjerelationer, brist på stöd av familjen och finansiella besvär jämfört med kontrollgruppen. Karaktärsdrag, beteende och personliga egenskaper som de äldre hade visat upp i experimentgruppen: förlorad autonomi, irritation, aggression, vägrande av psykiatrisk behandling, agitation, vägrande av medicinsk behandling, svårhanterlig personlighet, vägran att inta läkemedel, argsinhet, frustration, kritisk beteende, smärta. Kontrollgruppen verkade inte på samma sätt ha karaktärsdrag, uppvisa beteende och personliga egenskaper som experimentgruppen fast det förekom även där dödsfall, multidiagnoser, begränsad funktionalitet och ansträngda familjerelationer. Riskfaktorer för suicid i experimentgruppen: multidiagnos, funktionshindrad, depression, suicidala tankar, brist på social stöd, plötslig dödsfall i familjen, djup depression, psykos, alkoholberoende, ansträngda familjerelationer, kronisk smärta, livsleda, tidigare suicidförsök, mindre umgängeskrets, plötsliga funktionella begränsningar, död av partner, dödsfall inom vänkretsen, ekonomiska svårigheter.	L å g t a n t a l i n f o r m a n t e r L å g t a n t a l i n f o r m a n t e r

							<p>Äldre som fick hemsjukvård behöver omfattas av ett vårdssystem som ser patienter på ett holistiskt sätt.</p> <p>Vårdpersonalen bör känna igen de riskfaktorer och beteenden som gör att patienten kan befinna sig i riskzonen för suicidala tankar och beteende.</p> <p>De är en tacksam grupp och ger en unik möjlighet för vårdpersonal att göra interventioner mot suicidrisk hos äldre patienter.</p>	t e r d i s k u t e r a s
Suominen, K. et al. Finland 2003	Nursing home suicides- a psychological autopsy study.	Att beskriva sambandsfaktorer bland förekomna suicider hos äldre patienter på vårdhem under ett års tid.	Psychological autopsy study Retrospektiv studie Longitudinell studie 1 år	Strategiskt urval DSM-IV diagnos Dödsorsaksregistret Polisregister Obduktionsprotokoll Patientjournaler Interviewer med släktingar och vårdpersonal	Informanter = Anhöriga och vårdpersonal Avlidna (n=12) varav män (n=9). I: -suicid-avlidna -varit boende på vårdhemmet i minst ett år under tidsperioden 1987-1988.	Kvantitativ analys Kappa-test Kvalitativ analys Innehållsanalys Re-analys av en tredje oberoende psykiater	<p>Patienterna som hade begått suicid led av somatiska multidiagnoser dvs Axis I-III diagnoser.</p> <p>Trefjärdedelar verkade ha lidit av psykisk ohälsa/depressiva symtom</p> <p>Endast en tredjedel av de som dog i suicid hade fått diagnosen depression före sin död.</p> <p>Två patienter hade fått hjälp av psykiatrik före sin bortgång.</p> <p>Äldre patienter som lider av multidiagnoser behöver adekvat behandling/smärtilindring i både somatisk som psykiatrisk vård.</p> <p>Åtta patienter hade försökt hänga sig själv.</p> <p>Tre patienter drunknade, en patient hade skjutit sig själv.</p> <p>Tre patienter hade försökt begå självmord tidigare genom läkemedelsförgiftning och en genom gasning.</p> <p>Fyra av tolv patienter hade haft upprepade kontakter med psykiatrik under sitt liv.</p> <p>Tre patienter var alkoholberoende</p> <p>Fyra patienter hade läkemedel i kroppen i form av utskriven psykofarmaka.</p> <p>Fyra patienter levde med kroniska smärta.</p> <p>Samtliga levde ensamma, de flesta hade förlorat sin partner.</p> <p>Multidiagnoser som förekom var bl a som hypothyreos, diabetes, blindhet, glaucoma, epilepsi, reumatoid artrit, lungcancer, kronis bronchit, höftprotes, hjärtbesvär, astma osv.</p> <p>Läkemedel administrerades genom vårdpersonal och tillgången var begränsad, ingen suicid med förgiftning hade förekommit under tiden.</p> <p>Äldre patienter behöver i ett tidigt skede undersökas om de lider av depression/suicidala tankar, och</p>	L å g t a n t a l i n f o r m a n t e r L å g t a n t a l i n f o r m a n t e r d i s k u t e r a s

							därmed löper risk för suicid.		
Meeks, T.M. et al. USA 2008	Chronic pain and depression among geriatric psychiatry inpatients.	Att undersöka hur korrelationen mellan kronisk smärta, multidiagnoser, längden på hospitaliseringen samt sömnkvaliteten påverkar suicidala tankar hos äldre som var inlagda på psykiatriska kliniker.	Deduktiv-hypotetisk ansats Retrospektiv studie Longitudinell studie 2år	Strategiskt urval Cross-sectional datainsamling Patientjournaler Vårdplaneringar	Informanter = Patienter som varit inlagda på kliniken (n=177)- (n=29)=(n=148) I: - tidsperiod juli 2003 och juni 2005 - inskrivna på geriatriska psykiatriska kliniken - diagnos: någon form av depression E: - bipolär diagnos, schizofreni och schizoaffectiva störningar - patienter med låga poäng Mini Mental Test bortfall =(n=29) Experimentgrupp: äldre med depression och kronisk smärta. Kontrollgrupp: äldre med depression utan kronisk smärta.	Kvantitativ analys Intra-class korrelation Kappa- värdetest Logistik modell med Firth's metod. Chi-square analys T-test Multivariate regressions analys Logistic regression analys P=value test. Odds Ratio för att minska bias.	62% av patienter med depression led av kroniska smärtor. Patienter med kroniska smärtor var högriskpatienter för suicidala tankar. Denna patientgrupp hade även större sömnproblem, fler multidiagnoser och personlighetsstörningar än jämförelsegruppen äldre med depression utan kronisk smärta. Kronisk smärta, sömnsvårigheter, multidiagnoser och personlighetsstörningar behövs studera vidare för att se korrelationen. Hypotesen med längre vistelsetid på sjukhus/kronisk smärta förblev obevisat i denna forskning Adekvat smärtlindring som leder till en tillfredställande sömn kan vara en viktig preventiv insats mot äldre som har suicidala tankar, men mer forskning på det området behövs för att säkerställa bevis.	S t o r t	
Tsai, Y.F. et al. China 2005	Depressive symptoms, pain experiences and pain management strategies among residents of Taiwanese public elder care homes.	Att utforska sambandet mellan depression, smärtaupplevelse och smärtbehandling hos äldre i statliga Taiwanesiska äldreboende.	Retrospektiv studie	Randomiserat urvalsmetod Frågeformulär med Geriatric Depression Scale GDS-S i kortversion modifierat för den Chinesiska marknaden Frågeformulär med bedömningsinstrument för smärtans förekomst och intensitet Frågeformulär med Brief Pain Inventory BPI-C modifierat för den Kinesiska marknaden. p-test : 0,02 Semi-strukturerat frågeformulär över om hur patienterna själv behandlade sin smärta eller genom intervention.	Informanter= Äldre över 65 (n=215 – (n=15)=(n=200) I: - inskriven i ett boende - ingen allvarlig kognitiv nedsättning E: - patienter som inte ville delta (n=5) + - patienter som inte kunde uppfylla kriterierna (n=10) bortfall=(n=15).	Kvantitativ analys Deskriptiv statistisk analys Barthel Index Chi-square test T-test P= test Kvalitativ analys Innehållsanalys för smärtbehandlingens utfall	Förekomsten av smärta var signifikant högre hos de äldre som hade depression än de som inte hade det. 60% tog vanliga värktabletter mot smärta, många promenerade bort sitt beteende. De var avogt inställda till västerländsk läkemedelsbehandling. De fick ofta bättre smärtlindring efter att själv ha frågat efter behandling . De sjukdomar som var mest relaterade till depression var i urinvägarna, i matsmältningssystemet och artrit. Få äldre försökte få lindring i deras smärtsituation genom att använda sig av alternativa behandlingsmetoder. Adekvat smärtlindring gavs bara när läkare kunde skriva ut mediciner, de flesta försökte bota sig själva med egenvård Författarna kom fram till att vårdpersonalen behövde bättre utbildning och högre yrkeskompetenser i depression, smärta och smärtlindring. De uppmärksammade även underbemanningen på äldreboende.	S t o r t	