

*Ole Varming*

*Ældre  
menneskers  
selvmord*



*Faktaserien nr. 4 2002  
Center for Selvmordsforskning*

**Faktaserien**  
**Nr. 4**

© Forfatteren og Center for Selvmordsforskning  
Odense, 2002

Det er tilladt at citere, kopiere m.v. fra  
dette hæfte med tydelig kildehenvisning

Udgivet af  
Center for Selvmordsforskning  
Søndergade 17  
5000 Odense C  
Tel: (+45) 66 13 88 11  
Fax: (+45) 65 90 81 74  
E-mail: [info@selvmordsforskning.dk](mailto:info@selvmordsforskning.dk)

2. udgave, 1. oplag, oktober 2003

ISBN: 87-90291-22-0

# Indhold

<b>Forord</b>	<b>5</b>
<b>1. Problemets omfang</b>	<b>7</b>
<b>2. Mørketal</b>	<b>10</b>
<b>3. Risikofaktorer</b>	<b>13</b>
<b>4. Forebyggelse</b>	<b>19</b>
<b>5. Litteratur</b>	<b>29</b>
<b>6. Hvor henvender man sig?</b>	<b>30</b>



## Forord

Dette hæfte indgår i en række hæfter om fakta og forskning vedrørende selvmordstanker, selvmordsforsøg og selvmord. Hensigten med hæfterne er at formidle viden som grundlag for forebyggelse. Målgruppen er derfor alle, der enten er i uddannelses- forløb eller i forbindelse med deres arbejde kommer i kontakt med selvmordstruede mennesker.

Det foreliggende hæfte omhandler ældre menneskers selvmord og retter sig primært mod studerende på social- og sundhedsuddannelsen og sygeplejerskeuddannelsen. Endvidere henvender hæftet sig til de forskellige faggrupper, der i kraft af deres arbejde har med ældre mennesker at gøre.

Det er ambitionen at beskrive emnet på en sådan måde, at alle med interesse for forebyggelse af selvmordsadfærd kan få udbytte af læsningen. For dem, der ønsker at foretage videre studier, findes bagest en litteraturliste, som både rummer anvendt litteratur og forslag til yderligere læsning.

I 2. udgave af dette faktahæfte er der foretaget en betydelig sproglig og indholdsmæssig revision.

Oktober 2003  
Ole Varming



# 1. Problemets omfang

Den ældre del af befolkningen er den gruppe, der er vokset mest i løbet af de senere år. Når de store årgange fra midten af 1940-erne når den tidlige pensionsalder i ca. 2010, vil hver fjerde dansker være over 60 år. På samme tid vil en femtedel af de ældre være over 80 år, og antallet af ældre over 90 år vil være steget med ca. 60 procent, fordi en række faktorer (bl.a. forbedringer i hygiejne og levestandard) har bidraget til, at folk lever længere. Talmæssigt vil der - svarende til væksten i ældrebefolkningen - derfor blive tale om flere selvmord blandt ældre i fremtiden - også selv om selvmordsrisikoen holder sig på det nuværende niveau. Blandt andet derfor er det vigtigt at undersøge og forstå, hvad det er for selvmordsfremkaldende risikofaktorer, der kan ramme ældre.

Selv mord blandt ældre medborgere har i en årrække ikke haft offentlig bevågenhed og har først i de seneste årtier været genstand for opmærksomhed blandt klinikere og forskere. Den manglende opmærksomhed stammer delvis fra den myte, der hævder, at der kun kan gøres meget lidt for at behandle ældre mennesker, der ønsker at begå selvmord på grund af eksistentielle årsager. Nyere forskning viser imidlertid, at dette ikke er rigtigt.

Der er noget, der tyder på, at ældre i det moderne Danmark har sværere ved at blive ældre end tidligere generationer. Det tyder bl.a. forekomsten af selvmord hos gruppen af ældre over 65 år på. Der er således en stigende forekomst af selvmord med stigende alder. Hvert fjerde selvmord i Danmark begås således af en person over 65 år, idet omkring 250 ældre danskere hvert år begår selvmord. Samtidig er der grund til at anføre, at denne aldersgruppe kun udgør ca. 20 procent af befolkningen i

modsatning til begyndelsen af 1920-erne, hvor aldersgrupperne over 60 år kun udgjorde ca. 10 procent af befolkningen.

Dette er en kendsgerning samtidig med, at det er en kendsgerning, at selvmordsforekomsten for både mænd og kvinder er faldet i de seneste år. Hyppigheden nåede således et højdepunkt i 1980, hvorefter der skete et fald. Dette fald omfatter også de ældre, hvor der ligesom i resten af aldersgrupperne er og hele tiden har været en større selvmordsforekomst blandt mænd end blandt kvinder.

Der er dog en undtagelse fra denne tendens, idet selvmordsforekomsten blandt de ældste mænd har været stigende. I 1997 var selvmordsforekomsten således ca. 60 pr. 100.000 indbyggere for mænd ældre end 70 år, og i aldersgruppen over 80 år er selvmordshyppigheden tre gange så høj som i den øvrige befolkning. Mens der således kan påvises en entydig sammenhæng mellem alder og selvmordsrisiko for mænds vedkommende, har forekomsten for kvinders vedkommende gennem en årrække nået sit maksimum blandt de midaldrende, hvorefter risikoen har været faldende med alderen.

Mens omfanget af selvmord generelt viser en faldende tendens, er faldet ikke slået igennem for den ældre generation. Den samme tendens ses i andre landes tilsvarende undersøgelser. En ny amerikansk undersøgelse viser således, at amerikanere, der er ældre end 65 år, har en selvmordshyppighed på 16.9 pr. 100.000, men hvis man undersøger aldersgruppen fra 75 til 84 år, går hyppigheden op til 19.7 pr. 100.000.

Selvmordsforsøg er meget almindelige i forbindelse med unges eksistentielle kriser, hvor den ulykkelige hændelse ofte kan fortolkes som et råb om hjælp. Hos ældre er det imidlertid karakteristisk, at de som regel benytter metoder, der er ment alvorligt, til at tage deres eget liv. Ca. 55 procent af de selvmord, der begås af mænd over 80 år, sker ved hængning.



Andre definitive metoder er skud, drukning og dødelige udspring. Kvinder i samme aldersgruppe benytter i 30 procent af tilfældene hængning, men anvender oftere medicinforgiftning. Hvis et selvmord hos ældre ikke lykkes, bliver et ud af fire tilfælde gentaget og lykkes. I modsætning til unge har ældre i de ældste aldersgrupper således en klar hensigt med deres handling. Selvmordsforsøg hos ældre er derfor en advarsel, som skal tages meget alvorligt og sjældent kan opfattes som et råb om hjælp.

Størstedelen af de ældre, der begår selvmord, bor i eget hjem. Næsten hvert tiende selvmord blandt ældre sker på plejehjem eller i beskyttet bolig. Det er mange flere, end det kan forventes, da kun 6 procent af de ældre bor i sådanne boliger.

## 2. Mørketallet

Begrebet mørketal anvendes i almindelighed om skjult kriminalitet, men bruges her med den følgende betydning: *Den del af selvmordene, der aldrig bliver registreret af offentlige myndigheder.* Tidligere kunne mennesker, der havde begået selvmord, ikke blive begravet på en kristen kirkegård. Derfor kan der have været et stærkt pres på de læger, der skulle skrive dødsattesten, således at den kunne lyde på noget andet end selvmord, selv om der uden tvivl var tale om selvmord. Dette gjorde man bl.a. for at skåne familien.

### **Selv mord i andre kulturer**

Desuden skal det huskes, at selvmord blandt ældre mennesker ikke behøver at være et tabuområde i alle kulturer: For eksempel var det i den gamle grønlandske kultur almindeligt, at gamle mennesker gik til fjelds, når de følte, at tiden var kommet, hvor de ikke mere kunne bidrage til fællesskabet, og når de selv syntes, at de i for høj grad lå familien til byrde.

Der er også grund til i denne sammenhæng at anføre, at også i antikken var der tale om holdninger til døden, som er anderledes end i det moderne samfund, for eksempel gjorde stoikere og epikuræere sig til talsmænd for at 'mors voluntaris', dvs. den frivillige død, som ifølge denne holdning var den eneste anstændige måde at ende livet på.

### **Kamuflerede selvmord**

I andre tilfælde giver uforklarlige dødsulykker mistanke om kamuflerede selvmord, som bidrager til mørketallet. Sådanne tanker kan opstå i forbindelse med bilulykker, der ikke kan forklares på rationel måde, f.eks. ulykker på lige landevej uden

modkørende biler.

Der kan være mange andre eksempler på selvmord, der ikke registreres af de offentlige myndigheder, og som derfor medvirker til, at selvmordsstatistikken ikke fortæller hele sandheden.

### **Tavse selvmord**

Et af de fænomener, som forskerne har beskæftiget sig meget med, og som bidrager kraftigt til mørketallet, er de såkaldte tavse selvmord. De defineres som at have til hensigt, ofte tilsløret, at begå selvmord på ikke-selvpåført voldelig måde ved ikke at tage føde til sig eller ved at nægte medvirken til nødvendig medicinsk behandling. Psykologiske, fysiologiske, sociale, etiske, kulturelle, økonomiske og situationsbestemte årsager kan alle spille en rolle i forbindelse med den ældre persons ønske om at dø. Primært er det dog den foretrukne selvmordsmetode hos depressive, sengeliggende ældre. Ifølge en amerikansk undersøgelse vil tavse selv- mord næsten altid lykkes, fordi motivationen og hensigten om at dø er til stede.

Tavse selvmord bliver ofte ikke erkendt som selvmord. Det skyldes mange forskellige årsager: Fravær af egentlig psykisk sygdom, tilstedeværelse af indlysende medicinske klager og nylige personlige tab giver familie og plejepersonale et falsk indtryk af, at den ældre har faktiske årsager til at tage afsked med tilværelsen. Andre forklaringer kan være, at den ældre ikke trives, har givet op eller lider af et 'sygeligt dødsyndrom'. På den måde undgår den ældre let at vække familiens og plejepersonalets mistanke om sine hensigter. Ud fra misforstået bekymring for det ældre familiemedlem og for at spare det for yderligere lidelser kan familien med henvisning til disse oplevede årsager vise modstand mod nødvendig, lægelig behandling og intervention. Med deres holdninger kan de tilkendegive, at der ikke skal gøres noget, fordi døden

måske ses som et resultat af uafvendelig, alderdomsbetinget svækkelse.

I mange tilfælde vil grundige undersøgelser nemlig vise, at der er tale om sindstilstande, som kan behandles.

### **3. Risikofaktorer**

En almindelig, men ikke videnskabelig påvist årsag til selvmordsadfærd hos ældre, er, at det er de ensomme og håbløst syge, der tager denne beslutning.

#### **Århus-undersøgelsen**

Årsagerne til ældres selvmord er blevet undersøgt i Århus, hvor ti års selvmord i perioden 1983-92 blev analyseret. Denne undersøgelse viste, at de ældre stort set havde været raske i forhold til deres alder. Der var således kun ganske få oplysninger om sansedefekter og invaliderende sygdom. Der var også kun få, der havde kræftlidelser - 7 procent blandt mændene og 9 procent blandt kvinderne. Derimod er der meget, der tyder på, at angsten for at få kræft, især for dem, der har passet kræftsyge familiemedlemmer, kan være en større risiko end selve sygdommen.

Det samme resultat er en række andre udenlandske undersøgelser nået til, selv om en enkelt amerikansk undersøgelse hævder, at personer med cancer havde en 52 gange større risiko for at dø som følge af selvmord. Disse forskningsresultater udelukker ikke, at der er en lille gruppe af ældre, der har så ulidelige smerter og er så håbløst syge, at de ikke udholder at leve videre.

#### **Psykiske lidelser er en risiko**

Mens fysiske sygdomme således ikke tyder på at være den største selvmordsrisiko, peger megen forskning på, at psykiske lidelser, især depressioner, skal betragtes som den største risikofaktor. Ganske vist viste den omtalte Århus-undersøgelse, at det kun var 20 procent, der havde været i

behandling for en psykisk lidelse, og kun ca. 10 procent havde været det op til dødstidspunktet. Ifølge en amerikansk undersøgelse havde størstedelen (84 procent) af en gruppe ældre, der begik selvmord, ikke konsulteret en psykiater i løbet af det sidste år af deres liv.

### **Depressioner overses**

Tallene kan imidlertid næppe betragtes som udtryk for den totale forekomst af psykisk lidelse hos selvmordsramte ældre, fordi depressioner som nævnt ofte overses. En række amerikanske forskningsresultater peger således på, at hvis psykisk lidelse betragtes under synsvinklen depression, er det denne psykiske lidelse, der er den primære årsag til selvmord hos ældre.

Depression overses ofte, fordi depressioner hos ældre som regel er forbundet med mange forskellige former for fysiske klager og selvrådig adfærd, som dominerer over den psykiske tilstand. Den hyppige forekomst af aldersbetinget fysisk sygdom, som generelt ikke er ualmindelig hos ældre mennesker, og som ofte forekommer sammen med uafvendelig svækkelse, medvirker således til, at der kan blive vanskeligheder med at stille den rigtige diagnose. Dertil kommer, at en depression kan fremtræde med symptomer på adskillige medicinske sygdomme, hvilket yderligere gør det vanskeligt at vurdere, om der i virkeligheden er tale om en depression.

### **Sekundære årsager**

Når forskningen viser, at depression kan betragtes som hovedårsagen til selvmord blandt ældre, er det især fordi dette begreb samtidig inkluderer en lang række andre selvmordsrisici, der derfor kan betragtes som sekundære årsager og måske som udløsende årsager til selvmord, fordi de har medvirket til at fremkalde depression hos den ældre, jf. tabel 1.

*Table 1.* Faktorer der kan forårsage depression hos ældre mennesker (efter Simon, 1989)

#### Fysisk sygdom

- Tab af nære relationer
- Placering på institution
- Tab af selvstændighed
- Tab af økonomiske resurser
- Tab af erhvervsmæssig identitet
- Tilstedeværelse af psykiatrisk sygdom
- Narkotika
- Alkohol
- Fysisk og følelsesmæssig mishandling
- Genetisk-biologisk sårbarhed for depression

Selv mord forårsages med andre ord sjældent af en enkelt begivenhed eller årsag, men skyldes som regel et samspil mellem en række faktorer, som medfører depression og en følelse af håbløshed. Det er derfor vigtigt at være i stand til nøjagtigt og hurtigt at diagnosticere depressioner, fordi de beskadiger evnen til at træffe relevante og alsidige beslutninger om den daglige tilværelse. De ødelægger også den pågældende persons livssyn og livsmod.

#### **Definition af depression**

Da depressioner er nøglebegrebet i denne sammenhæng, er der grund til, at alle, der har med ældre mennesker at gøre, har den nødvendige viden om, hvorledes depressioner giver sig udtryk. En almindelig definition af en depression er den følgende: Det er en psykisk forstyrrelse med forskellige symptomer: Mangel på initiativ, mangel på glæde ved sædvanlige aktiviteter, nedtrykthed, selvbebrejdelser, manglende selvværd, mangel på energi, sørgmodighed, søvnforstyrrelser og forskellige grader af uro og angst; til disse symptomer føjer der sig tillige legemlige symptomer, bl.a.

langsom puls, hjertebanken og appetitløshed.

### **Spørgeskema om depression**

For hver tre ældre, der begår selvmord, har de to opsøgt deres læge inden for en måned før selvmordet. Konsultationen har imidlertid i de fleste tilfælde ikke fået den ældre til at tage en anden beslutning. Forklaringen kan være, at lægen er blevet præsenteret for patientens smerteproblemer og ikke er blevet konfronteret med det egentlige problem. Der er derfor grund til, at lægen er opmærksom på muligheden af, at der kan være tale om en depression. Der er mange muligheder for at foretage en sådan undersøgelse. En af dem kunne være at anvende et spørgeskema, jf. tabel 2:

*Tabel 2. Geriatrisk Depressions Skala (efter Simon, 1989)*

1.	Er De grundlæggende tilfreds med Deres liv?	Ja/nej
2.	Har De stoppet mange af Deres aktiviteter?	Ja/nej
3.	Føler De, at Deres liv er tomt?	Ja/nej
4.	Keder De Dem ofte?	Ja/nej
5.	Er De i godt humør det meste af tiden?	Ja/nej
6.	Er De bange for, at der skal ske Dem noget ondt?	Ja/nej
7.	Føler De Dem lykkelig det meste af tiden?	Ja/nej
8.	Føler De Dem ofte hjælpeløs?	Ja/nej
9.	Foretrækker De ofte at blive hjemme i stedet for at gå ud og opleve noget nyt?	Ja/nej
10.	Føler De, at De har flere problemer med hukommelsen end de fleste andre?	Ja/nej
11.	Oplever De, at det er vidunderligt at leve netop nu?	Ja/nej
12.	Oplever De, at De nærmest er temmelig værdiløs sådan som De har det netop nu?	Ja/nej
13.	Føler De Dem fuld af energi?	Ja/nej
14.	Føler De, at Deres situation er håbløs?	Ja/nej
15.	Oplever De, at de fleste mennesker har det bedre end Dem?	Ja/nej



Resultatet af en besvarelse af skemaet kan opgøres på følgende måde: Nej-svar til spørgsmålene 1, 5, 7, 11 og 13 og ja-svar på resten tæller hver ét point. Et samlet pointantal på 5 antyder formodning om depression, mens et antal points større end 10 giver stærke indikationer om depression.

En besvarelse af et skema som det ovenstående kan naturligvis ikke stå alene. Men en besvarelse kan give anledning til, at læge, psykolog eller andre ikke overser en ældre persons depression, fordi så meget andet peger i andre retninger.

### **To cases**

Betydningen af at undersøge om et ældre menneske lider af en depression, kan illustreres med et par cases:

En 85-årig mand på et plejehjem holder op med at spise, fordi han har besluttet at fremskynde sin død efter en række personlige tab. Læge og plejepersonale opfatter beboeren som forstandsmæssigt kompetent og accepterer derfor hans beslutning med det resultat, at han dør. Det fremgår imidlertid af hans journal, at man kun har interesseret sig for hans forstandsmæssige kompetence og undladt at inddrage overvejelser over hans følelsesmæssige kompetence. På grund af denne undladelse kan muligheden for behandling af en depression være blevet overset, fordi der var en almindelig holdning hos læge og plejepersonale gående ud på, at den uafvendelige svækkelse gjorde det umuligt at gribe ind med behandling.

I en anden sygehistorie er der tale om en kvinde på 59 år, som har været fysisk syg i hele sit liv. Da hun bliver fysisk svagere, indlægges hun på et hospital, hvor hun beslutter at sulte sig

ihjel. Til trods for hendes mundtlige og skrevne instruktioner om sin planlagte død, tvangsmader man hende, og da hun får det bedre, iværksættes efter aftale med familien og patienten behandling for depression med det resultat, at hun ender med at værdsætte sin tilværelse.

Selv om ældre menneskers ret til at tage bestemmelse om deres egen død i almindelighed skal respekteres, når den intellektuelle kompetence er til stede, skal både familie, læger og plejepersonale være opmærksomme på at gøre forsøg på at få den ældre til at medvirke i en behandling for depression. Erfaringen viser, at den følelsesmæssige kompetence ikke altid følger den intellektuelle, og at depressioner kan behandles med godt resultat. Flere forskellige muligheder for behandling af depressioner står således til rådighed for ældre depressive mennesker. Elektrochokterapi, antidepressive lægemidler og psykoterapi kan således komme på tale.

Næppe alle selvmord kan forhindres, men ved at kortlægge mulighederne og bruge den opnåede viden til at ændre holdninger hos familie, professionelle og samfundet til ældre medborgere, kan antallet af selvmord måske begrænses. Under alle omstændigheder skal forsøget gøres.

## 4. Forebyggelse

Selv om der som sagt er noget, der tyder på, at ældre mennesker i dag har vanskeligere ved at acceptere at blive ældre end tidligere generationer, vil de fleste normale, sunde mennesker som regel være i stand til at tilpasse sig den uafvendelige aldringsproces. Sagt med andre ord er de fleste ældre mennesker i besiddelse af nogle mestringsstrategier, der anvendes for at klare nye eller truende livssituationer. Desuden må det erkendes, at mange mennesker efterhånden gennemlever en større del af alderdommen uden at være plaget af kroniske lidelser og handicaps. Der er også en tendens til, at de ældre er begyndt at tage mere vare på sig selv, og at de ikke mere resignerer så let over for smerter og ubehag, men insisterer på at blive behandlet.

Der er imidlertid ældre mennesker, der af den ene eller anden grund giver op og overvejer selvmord. De kan opfattes som mennesker, der ikke har denne fundamentale evne til at klare nye livssituationer. Flere undersøgelser tyder imidlertid på, at dette ikke blot er noget, der pludselig er opstået, men at disse mennesker ikke på noget tidspunkt har været i stand til at tilpasse sig de livskriser, de er blevet udsat for. Nogle forskere forestiller sig, at mestringsstrategierne hos de ældre, der har begået selvmord, er blevet ødelagt tidligt i livet på grund af dybe konflikter, konflikter, som ikke har kunnet løses sent i livet, men sætter sig igennem som selvmord senere i tilværelsen.

### **Personlighedsteori**

Der er derfor meget, der tyder på, at en dybere forståelse af selvmord blandt ældre mennesker skal fokusere på deres personlighed og dennes udvikling i løbet af hele deres

tilværelse. Én af de tilgængelige personlighedsteorier giver bl.a. forståelse for den forskel i selvmordshyppighed, der findes blandt ældre mænd og kvinder, hvor al tilgængelig statistik fra både USA og Vesteuropa fortæller, at der kan konstateres flest selvmord blandt ældre mænd. Denne forskel, som også er vigtig i et forebyggelsesmæssigt perspektiv, er led i en psykologisk teoridannelse, der omfatter to forskellige personlighedsdimensioner, som kaldes henholdsvis *'virkelyst'* (agency) og *'fællesskab'* (communion).

'Virkelyst' har at gøre med menneskers ønske om dominans, social magt, kontrol over omgivelserne og selvbestemmelse (autonomi), mens 'fællesskab' har at gøre med omsorg, grundlæggende tillid, evne til at elske, følelse af harmoni med omgivelserne og sociale interesser. Teorien er blevet anvendt til forståelse af selvmord blandt ældre, idet både almindelige erfaringer og megen forskning peger på, at mænd især er præget af virkelyst, og at kvinder især er præget af fællesskab, herunder af ønsker om omsorg og som skabere af trykke rammer.

### **Amerikansk undersøgelse**

I en undersøgelse i USA, hvor der i en periode på fem år forekom 31.541 selvmord blandt personer i alderen 65 år og opefter, undersøgte denne teori to hovedbegreber. Af det samlede antal var 25.565 mænd og 5.976 kvinder. Alderstidspunktet for selvmordet faldt for kvinders vedkommende jævnt fra 65 års alderen, mens alderstidspunktet for mænds vedkommende steg stejlt fra 65 års alderen op til 85 år, hvorefter kurven faldt brat til 100 års alderen.

I forbindelse med en analyse af disse selvmord blev for hver af de to hoveddimensioner undersøgt en række baggrundsfaktorer. For mænds vedkommende blev der indhentet

oplysninger om bl.a. årlig indtægt, disponibel indtægt, fattigdom og indtægt anvendt på bolig. For kvindernes vedkommende fik forskerne viden om bl.a. antal børn opvokset sammen med begge forældre, antallet af hjemløse og immigranter i nærmiljøet, hjem, hvor der boede mere end én person pr. værelse, skilsmisse- og kriminalitetshyppighed.

### **Mænds selvmord**

Den samlede analyse viste, at for mænds vedkommende var der en klar sammenhæng mellem deres selvmord og en række økonomiske forhold, der alle har at gøre med kontrol, autonomi og uafhængighed, mens der for kvindernes vedkommende fandtes sammenhæng mellem deres selvmord og en række sociale faktorer i deres miljø. Uden at der er tale om en egentlig årsagssammenhæng, ser det således ud til, at der er en sammenhæng mellem ældre mænds aldersbetingede reducerede muligheder for at have kontrol over deres egen økonomiske og statusmæssige situation og deres ønske om at tage deres eget liv, ligesom forøgede muligheder for at opretholde denne kontrol medfører reduceret selvmordshyppighed hos ældre mænd. Det er den situation, som mænd, der pensioneres, oplever, hvor den økonomiske og statusmæssige situation påvirkes i negativ retning med kun svage muligheder for igen at kunne rettes op, når man er blevet pensioneret. Måske kan denne nye situation forklare, hvorfor mange mænd vælger selvmordet efter 65 års alderen.

### **Kvinders selvmord**

For ældre kvinders vedkommende ser der ud til at være sammenhæng mellem reducerede muligheder for selvmord, når der er tale om social stabilitet i deres miljø, hvorimod ustabilitet i form af kriminalitet, mennesker uden bolig og mange immigranter ser ud til at fremkalde flere selvmord hos ældre kvinder. Kvinders situation efter 65 års alderen ændres efter

denne teori ikke afgørende, fordi deres omgivelser som regel ikke ændres afgørende, og de derfor kan fortsætte en tilværelse, der ikke er meget ændret i forhold til tidligere og i hvert fald ikke på samme måde som mændenes tilværelse.

### **Flere årsager til selvmord**

Denne personlighedsteori, der handler om psykologiske forskelle på mænd og kvinder, giver mulighed for forståelse af nogle af de spørgsmål, der melder sig om ældres selvmord. Selvmord skal i almindelighed ikke forstås som en idé, der pludseligt er opstået, men som en konsekvens af en lang række problemer, der kan række tilbage i tilværelsen. Der er således kun sjældent én årsag til et selvmord, men som regel altid mere end én eller mange årsager, som det er nødvendigt at kortlægge, hvis man skal have fuld forståelse for den valgte livsafslutning.

Den psykologiske personlighedsteori giver også en forklaring på, hvorfor ældre mænd i højere grad end ældre kvinder vælger selvmord. Det sandsynliggøres, at det er et større nederlag at blive sat uden for i en passiv tilværelse, når mænd pensioneres og ikke længere i så høj grad som tidligere har muligheder for at træffe selvstændige afgørelser. Dette er i modsætning til ældre kvinder, der i højere grad har mulighed for at fortsætte den vante tilværelse i trygge rammer. For mange kvinder ændres tilværelsen ikke radikalt, fordi de passerer 65 års alderen, måske fordi de fortsætter med mange af de aktiviteter, som de har taget sig af i hele deres tilværelse (madlavning, vask, strygning etc.). Kvinder synes også at være mere tolerante over for smerter end mænd, måske fordi de livet igennem har oplevet fødsler, menstruation og menopause. Derfor kommer øgede smerter i alderdommen ikke i så høj grad bag på dem som på mænd. Med andre ord kan man derfor sige, at ældre kvinders mestringsstrategier sammenlignet med

ældre mænds i højere grad betyder, at deres selvmordsrisiko er mindre.

Selv om disse psykologiske forskelle mellem ældre mænd og kvinder ikke giver anledning til klare retningslinjer for forebyggelse af selvmordsrisici blandt ældre mennesker, peger mange erfaringer og forskningsresultater på, at tab af værdighed, selvstændighed og tryghed er væsentlige faktorer. Det er tab, der kan opleves som særligt store for nutidens generation af ældre, fordi de har været vant til at have både ansvar og selvstændighed.

### **Sundhedsstyrelsens handlingsplan**

Hvis der skal overvejes praktiske muligheder for at forebygge selvmord blandt ældre, handler det først og fremmest om at respektere og at inddrage de ældre mere, når der skal træffes beslutninger, som vedrører deres egen tilværelse. Det drejer sig om at finde praktiske muligheder for at indrette en tilværelse for ældre, hvor de anbefalinger, som Sundhedsstyrelsens *Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmord i Danmark* (1998) har givet for ældreområdet omsættes i praksis:

- Fysiske og psykiske problemer, herunder depressioner, skal identificeres, udredes og behandles med respekt for den enkeltes integritet og værdighed
- Plejepersonale, herunder hjemmehjælp og hjemmepleje, bør tilføres den viden, der skal til for at opfange og reagere på selvmordssignaler
- Pårørende og andet socialt netværk bør opmuntres til at vise større omsorg for ældre
- Ældreomsorgsarbejde, også i privat regi, bør støttes og udbygges for at bryde isolation og ensomhed
- Medier og offentlige instanser bør medvirke til at ændre holdningen, så ikke kun ungdommens værdier er i højsædet, men også alderdommen opfattes som en

## værdifuld fase i livet

Det er ikke muligt at forebygge alle selvmord. Det gælder bl.a. de relativt få selvmord, der skyldes håbløs sygdom og vedvarende smerter, og som kun dårligt kan lindres med smertestillende midler. Det er imidlertid muligt at forebygge mange fremtidige selvmord, hvis der lyttes til den vejledning, som selvmordsforskningen giver om årsager og om betydningen af samfundets holdninger til ældre mennesker.

### **Afmagt og ensomhed**

Hvis man beder mennesker i alle aldre berette om, hvad det er, der gør, at de finder livet værd at leve, får man næsten altid enslydende svar: Det er først og sidst tilstedeværelsen af andre mennesker i deres liv. Selv om en fjerdedel af den danske befolkning lever alene, vil de fleste før 65-års alderen have haft kontakt med andre mennesker i kraft af deres arbejde, fritidsinteresser og naboskab.

Efter 65-års alderen falder en del af disse muligheder bort med det resultat, at mange, f.eks. blandt de barnløse, kan komme til at opleve både afmagt, manglende tryghed og ensomhed, især i forbindelse med voksende hjælpeløshed og afhængighed af andre. Det er derfor en central forebyggelsesmæssig opgave for alle i omgivelserne at hjælpe til med at modvirke disse oplevelser hos ældre ved at vise dem omsorg og nødvendig behandling. Det gælder læger, psykologer, plejepersonale og ikke mindst de nærmeste pårørende og venner.

Som nævnt tidligere er mere eller mindre skjulte depressioner en af hovedårsagerne til selvmord hos ældre. Alle med kendskab til de ældre, de omgås, har muligheder for at bemærke de signaler, der kan være på begyndende eller igangværende depressioner. Eksempelvis kan der være bivirkninger ved mange former for medicinering med



depression til følge. Signaler om sådanne bivirkninger kan opsamles af alle, der har kendskab til ældres adfærd i forbindelse med besøg hos dem.

Der er også grund til at undersøge, om der er konkrete årsager til ældres depressioner og afmagtsfølelser. Det *kunne* f.eks. være, at mismodet skyldtes utilstrækkelig hjemmehjælp, mangel på beskyttede boliger og lang ventetid på hospitalsbehandling, og at det var ændringer af disse ting, der var den selvmordsforebyggende indsats for pårørende og omsorgspersonale. Hvis praktiske problemer af denne art er årsagen til den ældres depression, burde det ikke være vanskeligt at hjælpe vedkommende.

Det forebyggende hjemmebesøg kan bruges til at oplyse den ældre om aktiviteter i kommunen med henblik på at mindske vedkommendes ensomhed og isolation.

### **Signaler**

Uanset om depressioner skyldes det ene eller det andet, er det vigtigt at opfange signaler på mistriksel hos ældre. Disse signaler kan vise sig både i adfærden som tanker og som følelser.

Ændringer i adfærden kan for eksempel være, at den ældre ikke mere deltager i aktiviteter, der tidligere har gjort den pågældende glad og engageret.

Tankerne kan kredse om tidligere og nuværende fejltrin, som medfører, at omgivelserne omtales som værende bedst tjent med, at den ældre er død.

Følelserne kan præges af håbløshed og ensomhedsfølelse uden positive forestillinger om, hvad fremtiden kan bringe.

Ofte vil selvmordstruede ældre kunne identificeres ved det

forebyggende hjemmebesøg. Det er derfor vigtigt, at det personale, der foretager disse hjemmebesøg, kender tegnene og signalerne på selvmordsadfærd og er parat til at foretage en personlig samtale om emnet med den ældre.

### **Tale og lytte**

Tilfredse og glade mennesker begår ikke selvmord. Det drejer sig derfor om at medvirke til, at ældre føler sig værdsat, respekteret og mindre ensomme uanset, om de bor i eget hjem eller på plejehjem. Det er især en opgave for pårørende, der bør tage sig tid til jævnlige besøg hos det ældre familiemedlem. Opgaven går ud på at være nærværende og lyttende, så bl.a. endnu vage signaler på modløshed, der kunne være det første skridt på vejen mod en depression, opfanges i tide, og at mulige signaler, der *kunne* være forberedelse til selvmord, ikke affærdiges med hurtige og overfladiske bemærkninger om, 'at det går nok'.

På plejehjem og i ældreboliger er det på samme måde vigtigt, at social- og sundhedspersonalet har tid til at tale med og lytte til de ældre, så der også under disse kontakter er mulighed for at opfange vigtige signaler i god tid. For både pårørende og plejepersonalet gælder det, at det er afgørende for ældre mennesker, at de ikke afstår fra at tale om vigtige, eksistentielle problemer, hvis den ældre lægger op til det, og at man har noget at byde på, hvis emner af denne art kommer på tale. Hvis en ældre person gerne vil tale om noget af det, som mange mennesker betragter som et tabu- område, skal man prøve at overvinde sig selv og gå ind som partner i den vanskelige samtale og ikke med en hurtig og overfladisk bemærkning bringe et neutralt emne på bane. Det vil ofte dreje sig om eksistentielle emner som livet og døden. Da mange ældre også betragter dette emne som et tabuområde, vil det som regel være en lettelse for den ældre, at den pårørende eller plejepersonalet tør indlede en samtale om disse emner.

Et af de samtaleemner, som det kan være en stor opmuntring for alle parter at bringe på bane, er ældre menneskers fortælling om deres egen livshistorie, som ofte huskes godt med mange detaljer i modsætning til, hvad der skete i går. Især over for pårørende, her- under børn og børnebørn, kan det være berigende at lytte til den ældres oplevelser af et levet liv. Det kan det også være for den ældre, som under livsfortællingen har mulighed for at få lidt større perspektiv på sin tilværelse ved at sammenholde en øjeblikkelig selvopfattelse som en belastning både for sig selv og for andre med et liv, hvor der er løst en række vigtige opgaver.

På denne måde kan den ældre fortælle de pårørende, hvordan han eller hun ønsker at huskes af de efterladte. For omsorgspersonalet kan dette indblik i den ældres liv give vigtige informationer om personens mestringsstrategier, så eventuelle selvmordstanker bedre kan forstås, og der kan gives hjælp til at afværge dem.

## **Respekt**

Forebyggelse af selvmord handler grundlæggende om respekt og værdighed, dvs. om samfundets holdninger til og syn på ældre. I denne forbindelse er der grund til at huske på, at ca. 90 procent af de ældre er velfungerende mennesker, der som regel er i stand til at tage vare på sig selv, og at kun 10 procent er fysisk og psykisk dårlige. Alderen alen berettiger således ikke til at tro, at alle over en bestemt alder ikke kan klare deres egen tilværelse og skal have hjælp.

Uanset alder skal ældre vises respekt, så der f.eks. ikke tages beslutninger hen over hovedet på dem. De skal derfor inddrages i beslutninger, der vedrører deres eget liv. Det gælder også beslutninger om helt konkrete forhold, f.eks. hvordan plejen skal foregå og råd og hjælp med hensyn til kontakt med andre

mennesker.

Som sagt er mennesker, der tænker på at begå selvmord, ulykkelige og utilfredse. Med alle midler er det derfor omgivelsernes opgave at sørge for, at den viste respekt for de ældre medvirker til at forøge deres livsmod.

## 5. Litteratur

Corin, Ellen (1995). From a Cultural Stance: Suicide and Aging in a Changing World. *International Psychogeriatrics*, 7(2), 335-355.

De Leo, Diego (1998). Reasons for Living and the Paradox of Suicide in Old Age. *Crisis* 19(4), 147-151.

Madsen, Bente Hjorth (1999). Forebyggelse af selvmord blandt ældre. I: *Ældre og demens, depression & selvmord*. Ældreforum, pp. 50-53.

Schiødt, Henrik (red.) (1998). *Synspunkter på selvmord – en debatbog*. Odense: Center for Selvmordsforskning.

Simon, Robert I. (1989). Silent Suicide in the Elderly. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 17(1), 83-95.

*Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark, 1998.*

## 6. Hvor henvender man sig?

### Lokalt

Familie og venner

Kolleger

Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)

Gratis kommunal rådgivning, (jf. Serviceloven, kap. 3, §10-12)

Socialforvaltningen

Praktiserende læge

Lægevagten

Nærmeste hospital

Præst

### Nationalt

Livslinien 70 20 12 01

Linien 35 36 26 00

Sct. Nicolai Tjenesten 70 12 01 10

PsykiatriFondens TelefonRådgivning 39 25 25 25

Ældresagen 80 30 15 27

Anonyme Alkoholikere 70 10 12 24

Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser 70 10 18 18

[www.selvmordsforskning.dk](http://www.selvmordsforskning.dk)

[www.selvmordsforebyggelse.dk](http://www.selvmordsforebyggelse.dk)

[www.livslinien.dk](http://www.livslinien.dk)

[www.efterladte.dk](http://www.efterladte.dk)

## **Forebyggelsescentre**

### **Fyn/Region Syddanmark**

#### **Center for Selvmordsforebyggelse, Voksne**

- Odense: tlf. 65 48 17 70, mandag-torsdag kl. 9.00-16.00, fredag kl. 9.00-13.00
- Esbjerg: tlf. 79 18 37 78, mandag-fredag 8.00-13.00
- Aabenraa: tlf. 73 61 39 10, mandag-torsdag 9.00-15.00, fredag 9.00-14.00
- Fredericia: tlf. 76 20 32 00, mandag-torsdag 8.30-15.00, fredag 8.30-14.00

#### **Center for Selvmordsforebyggelse, Børn og Unge**

Tlf. 63 11 48 30, mandag-torsdag kl. 9.00-15.00, fredag kl. 9.00-12.00

### **Region Sjælland**

#### **Klinik for Selvmordsforebyggelse, Vordingborg/Slagelse**

Tlf. 55 35 13 88

### **Hovedstadsområdet**

#### **Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse i Hovedstaden, Voksne**

Tlf. 38 64 18 00.

#### **Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse i Hovedstaden, Børn og unge**

Tlf. 40 12 98 50

## **Region Midtjylland**

### **Klinik for Selvmordsforebyggelse, Risskov**

Tlf. 78 47 21 50, mandag-torsdag kl. 8.00-15.30, fredag kl. 8.00-15.00. For borgere fra Århus, Favrskov, Samsø, Randers, Norddjurs, Syddjurs, Silkeborg, Skanderborg, Odder, Horsens og Hedensted.

### **Center for Selvmordsforebyggelse, Herning**

Tlf. 78 47 45 25, Mandag-torsdag kl. 8.30-15.00, fredag kl. 8.30-13.00. For borgere i Herning, Ikast-Brande, Ringkøbing-Skjern, Holstebro, Lemvig, Struer, Skive og Viborg.

## **Region Nordjylland**

### **Center for Selvmordsforebyggelse**

Tlf. 97 64 36 10, mandag-fredag kl. 9.00-14.00.

*Alle tilbuddene er gratis.*

Læs mere om forebyggelsescentre samt rådgivnings- og informationsmuligheder på Center for Selvmordsforskning's hjemmeside: [www.selvmordsforskning.dk](http://www.selvmordsforskning.dk) under menupunktet "Forebyggelse".



## I Faktaserien:

1. *Definitioner på selvmordsadfærd og selvskade (2002)*  
Lilian Zøllner
2. *Unge selvmordsforsøg og selvmordstanker (2002)*  
Lilian Zøllner
3. *Fra tabu til myte. Fakta om selvmordsadfærd (2002)*  
Berit Sørensen
4. *Ældre menneskers selvmord (2002)*  
Ole Varming
5. *Selvmordsforsøg i Fyns Amt - trends og tendenser (2002)*  
Henrik Schiødt og Karin Andersen
6. *Signaler på selvmordsadfærd (2003)*  
Pia Langhoff
7. *Selvmord i Danmark - rateudvikling for perioden 1990-1999 (2003)*  
Erik Christiansen
8. *Alkoholmisbrug og selvmordsadfærd (2003)*  
Iben Stephensen & Søren Møller
9. *Sæsonsvingninger i selvmordsadfærd (2003)*  
Børge F. Jensen
10. *Ludomani og selvmordsadfærd (2003)*  
Søren Møller
11. *Selvmordsprocessen (2004)*  
Søren Møller & Iben Stephensen
12. *Arbejdsløshed og selvmordsadfærd (2004)*  
Søren Møller & Iben Stephensen
13. *Mobning og selvmordsadfærd (2004)*  
Iben Stephensen & Søren Møller



## ***Faktaserien***

*præsenterer studerende, kursister og andre med interesse for selvmordsforebyggelse for*

- *fakta om selvmord (antal og udvikling)*
- *fakta om selvmordsforsøg (antal og udvikling)*
- *korte forskningsbidrag*
- *studiemateriale*

*Det er tilladt at citere fra **Faktaserien** med tydelig kildehenvisning*

***Faktaserien** kan rekvireres ved henvendelse til centret. Pris kr. 25,00*

***Center for Selvmordsforskning** er oprettet 1989 og har siden 1999 været en selvejende institution under Socialministeriet*

***Center for Selvmordsforskning** indgår i European Network on Suicide Prevention and Research under WHO*

***Center for Selvmordsforskning** varetager*

- *forskning i selvmord og selvmordsforsøg*
- *registrering af selvmordsforsøg*
- *registrering af selvmord*
- *vidensformidling*
- *uddannelse*