

Eldre med selvmordsrisiko – behandling og oppfølging

Ved Ildri Kjølseth

I de fleste industrialiserte land er det de eldre (over 75 år) som har den høyeste selvmordshyppigheten. Til tross for omfanget har det inntil de senere år vært relativt liten forskningsinteresse for dette problemområdet. Fra omkring år 2000 er det imidlertid publisert flere case control-studier om Eldres selvmord, og gjennom disse har man fått økt kunnskap om hvilke forhold/ faktorer som gir økt selvmordsrisiko hos de eldre (Waern, 2000; Beautrais, 2002; Harwood et al., 2001; Duberstein et al., 2004).

De viktigste risikofaktorene

Psykisk sykdom, først og fremst depresjonstilstander, er en sterk og gjennomgående risikofaktor i alle studiene, og påvises hos opp mot 90 % av eldre selvmordsofre i flere undersøkelser (Heisel, 2006). Alkoholmisbruk kan være en risikofaktor også i eldre aldersgrupper (Waern, 2000).

Forekomsten av selvmordstanker/ dødsønsker blant eldre varierer i forskjellige populasjonsstudier, men påvises hyppigere hos eldre med somatisk og/eller psykiatrisk sykdom (Jorm et al., 1995; Skoog et al., 1996).

Eldre som har gjort selvmordsforsøk, har betydelig økt risiko for senere død av selvmord (Hawton & Harriss, 2006). Eldre selvmordsforsøkere har høy grad av suicidal intensjon, og det må tas hensyn til dette i behandlingen og oppfølgingen av disse pasientene.

Betydningen av somatisk sykdom og funksjonssvikt for selvmordsrisiko hos eldre er usikker, men det kan se ut til at somatisk sykdom er en risikofaktor spesielt hos menn (Waern, 2000). Kroniske smertetilstander og sansesvikt kan ha betydning for risiko (Harwood et al., 2006).



Eldre med et sterkt selvstendighets- og kontrollbehov som opplever sykdom med akutt funksjonssvikt, er særlig utsatt for selvmordsrisiko. Det er derfor grunn til å være spesielt oppmerksom overfor eldre som kommer i en slik situasjon.

Tilgang til skytevåpen kan være avgjørende for utfallet ved selvmordskriser. Den høye dødeligheten ved Eldres selvmordsforsøk kan delvis ha sammenheng med valg av selvmordsmetoder. I et norsk materiale over selvmord i aldersgruppen over 65 år var det hele 33 % av mennene som anvendte skytevåpen (Kjølseth et al., 2002).

Sosial isolasjon ser ut til å være en betydningfull risikofaktor. I en undersøkelse av Beautrais (2002) ble det funnet en klar sammenheng mellom graden av sosial interaksjon (nettverk) og selvmordsrisiko blant eldre.

Eldre kan ha spesielle personlighetstrekk som gjør at de får problemer etter hvert som den aldersbetingete funksjonsreduksjonen inntreffer. Personer som er rigide og har dårlig tilpasningsevne, kan ha problemer med å mestre aldringsforandringer, og dette kan medføre selvmordsrisiko (Clark, 1993).

Hvor stort er problemet med selvmordsrisiko hos eldre?

Mange av de påviste risikofaktorene forekommer hyppig i en eldre normalbefolkning. Å miste ektefelle og sosialt nettverk eller å bli rammet av sykdom og funksjonssvikt hører alderdommen til for mange. Forekomsten av depresjon i en eldre normalbefolkning oppgis å være fra 17–37 % (Alexopoulos, 2001). Selvmord er likevel en svært sjelden hendelse, også i en eldre befolkning. Isolert sett har derfor de påviste risikofaktorene liten prediktiv verdi, men i klinisk virksomhet vil kunnskap om disse faktorene gi viktig informasjon i vurderingen av den enkelte pasient.

Selvmordsforsøk er også sjeldnere blant eldre enn hos yngre. Noen sikker

registrering av antallet selvmordsforsøk i Norge er ikke tilgjengelig, men estimater fra utenlandske studier angir at det kan være 4 selvmordsforsøk for hvert gjennomførte selvmord i eldre aldersgrupper (McIntosh et al., 1994).

I 2004 ble det registrert 121 selvmord i aldersgruppen over 60 år i Norge. Deres forholdstallet er riktig, skulle dette tilsa en årlig forekomst på nesten 500 selvmordsforsøk i denne aldersgruppen.

Registreringen av selvmord blant eldre er sannsynligvis beheftet med usikkerhet, og de reelle tall kan være høyere. Dette innebærer at alle som behandler eller omgås eldre risikerer å møte denne problematikken, alt fra eldre som gir uttrykk for dødsønsker eller selvmordstanker, til selvmordsforsøk og gjennomførte selvmord.

Siktemålet med denne artikkelen er å beskrive noen viktige aspekter ved behandling og oppfølging av eldre som er utsatt for selvmordsrisiko, dvs. som har en eller flere karakteristika som tilhører etablerte risikofaktorer. Artikkelen retter seg mot primærhelsetjenestenivået, og omfatter ikke behandling av selvmordstruede eldre i (alders)psykiatriske avdelinger.

Behandling og oppfølging

Det foreligger lite forskningsbasert kunnskap om effektive selvmordsforebyggende behandlingsmetoder for eldre. Vi må derfor ta utgangspunkt i etablert kunnskap om risikofaktorer og behandlingsstrategier som sikter mot å redusere disse faktorene, i håp om at en slik effekt også skal redusere selvmordsrisikoen. Primært er det viktig at helsepersonell, men også andre hjelpere som møter eldre, har tilstrekkelig kompetanse til å diagnostisere og fange opp eldre som er i en særlig risikosituasjon.

Det er spesielt viktig med oppmerksomhet i forhold til depresjonstilstander hos eldre. Det er grunn til å merke seg at en relativt høy andel av eldre selvmordsofre ikke lider av alvorlig depresjon, men



snarere kan ha lettere depressive symptomer i form av såkalt dystymi. Det kan være vanskelig å gjenkjenne depresjon hos eldre fordi symptombildet i denne aldersgruppen ofte er atypisk. Somatiske symptomer med redusert appetitt, søvnløshet, initiativløshet, irritabilitet og smerteplager kan dominere symptombildet, og stemningsleiet behøver ikke virke nedsatt (Serby & Yu, 2003; Frazer et al., 2005). Det kan også være vanskelig å skille mellom depresjon og demens, særlig tidlig i forløpet. Symptomene er overlappende ved disse tilstandene, og opplevelsen av kognitiv svikt kan utløse en reaktiv depresjonstilstand (Ehrt & Årslund, 2005).

Flere studier viser god effekt av intervensjon med antidepressiver og/eller psykoterapi hos eldre (Frazer et al., 2005). Det er vist at denne behandlingen også fører til reduksjon i selvmordstanker (Bruce et al., 2004). Forskjellige former for psykoterapi er vist å være effektive i behandling av eldre med depresjoner, og her er det en beklagelig underbehandling av eldre (Frazer et al., 2005; Klausner & Alexopoulos, 1999).

Det er viktig at eldre som er under depresjonsbehandling, følges nøye opp. I et svensk materiale ble det funnet at en høy andel av de eldre som tok sitt liv, sto på antidepressiv behandling (Waern, 2000). I hvilken grad selvmordene hadde sammenheng med medikamentsvikt er usikkert, men funnet kan være et signal på at eldre trenger spesiell oppfølging for effektvurdering og medikamentjustering. I nyere studier om depresjonsbehandling av eldre er det tatt hensyn til dette i behandlingsoppleggene: Spesialtrenete "depression care managers" (sykepleier, sosionom etc.) fulgte opp de eldre pasientene indi-

viduelt, og i samarbeid med pasientens lege sikret de en optimal behandling (Bruce et al., 2004; Unützer et al., 2002).

Skrøpelige eldre kan ha problemer med å komme seg til behandling eller kontroll hos legen, noe som kan føre til hyppige reseptfornyelser pr. telefon. Dette kan være spesielt uheldig for denne pasientgruppen, som trenger nøye oppfølging av terapieffekt også med tanke på eventuelle bivirkninger.

Det er viktig å understreke at eldre med depresjonstilstander krever en helhetlig tilnærming, både diagnostisk og terapeutisk. Tiltak i forhold til medisinske og sosiale problemer kan være like viktig som å gi antidepressiver, også i forhold til selvmordsrisiko.

Det må gjøres en grundig somatisk utredning som også omfatter en vurdering av den Eldres funksjonsevne og evt. hjelpebehov. Depresjon hos eldre har ofte sammenheng med somatisk sykdom (Serby & Yu, 2001).

Polyfarmasi er et problem hos mange eldre, og de kan være utsatt for bivirkninger pga. interaksjoner. Enkelte medikamenter (antihypertensiva, steroider) kan muligens i seg selv utløse depressive symptomer, selv om dette er noe usikkert pga. mangel på kontrollerte studier (Kotlyar et al., 2005).

Anoreksi er et vanlig symptom hos deprimerte eldre, og allmentilstanden kan være betydelig redusert pga. dette. Det å sikre en tilfredsstillende næringstilførsel (og en måltidssituasjon som stimulerer appetitten) er en viktig del av behandlingen.

Flere studier har vist at manglende nettverk og derav følgende sosial isolasjon øker selvmordsrisikoen hos eldre (Beautrais, 2002; Duberstein et al., 2004). Det er derfor viktig å treffe tiltak som kan bedre den sosiale situasjonen for den eldre, for eksempel ved tilbud om dagsenter, besøkstjeneste eller telefonkontakt. Et telefonbasert støttesystem for eldre, såkalt "tele-help/telecheck service", er utprøvd i Italia (De Leo et al., 2002). Eldre som anses å ha økt selvmordsrisiko på bakgrunn av sykdom, funksjonssvikt, sosial isolasjon etc., kan få tilgang til en slik telefonkontakt. Opplegget er i utgangspunktet basert på korte, uformelle samtaler, men med mulighet for intervensjon

om nødvendig. Gjennom en 10 års periode var det signifikant færre selvmordsdødsfall blant eldre enn forventet i regionen der ordningen ble gjennomført. Effekten var særlig uttalt blant kvinner.

I en japansk studie (ikke kontrollert) viste man at samfunnsbasert innsats i form av sosiale aktivitetstilbud kombinert med opplæring i psykisk helse førte til nedgang i selvmordshyppighet hos eldre (Oyama et al., 2005). Helsearbeidere bør være spesielt årvåke når flere risikofaktorer samspiller: eksempelvis når eldre med et lite sosialt nettverk rammes av sykdom og funksjonssvikt.

Flere studier viser at mange eldre selvmordsofre ikke har vært i kontakt med psykiatrisk behandlingsapparat (Owens et al., 2004; Cattel & Jolley, 1995). Dette kan skyldes hindringer i forhold til diagnostikk og behandling. De eldre (og deres pårørende) kan ha en oppfatning om at psykiske plager skyldes alderen i seg selv, eller er ledd i annen sykdom. Som tidligere nevnt kan psykisk sykdom hos eldre også ofte fremtre med somatiske symptomer.

Eldre har generelt høyere terskel for å søke hjelp ved psykiske problemer, og dette gjelder særlig eldre menn som også har størst selvmordsrisiko. Organiseringen av behandlingstilbudet for eldre med psykiske sykdommer er derfor viktig fordi denne aldersgruppen er avhengig av en primærhelsetjeneste med tett og velfungerende samarbeid mellom de forskjellige instanser.

En nyere amerikansk studie viste at eldre i større grad nyttiggjorde seg psykiatriske helsetjenester som var integrert i primærhelsetjenesten sammenlignet med en vanlig henvisningspraksis til spesialist (Bartels et al., 2004). Å øke beredskapen omkring de Eldres psykiske helse i primærhelsetjenesten, helst i integrert samarbeid med alderspsykiatrisk spesialisttilbud, blir derfor et viktig mål i forhold til oppfølging av selvmordstruete eldre.

Hjemmebaserte tjenester

Personalet i de hjemmebaserte tjenestene (hjemmesykepleiere, hjemmehjelpere) har en sentral og særdeles viktig rolle, både ved å kunne fange opp eldre som er selvmordstruete, og i forhold til oppfølging av dem som har gjort selvmordsforsøk. Det kan også være viktig å treffe tiltak i forhold til medikamenter

og/ eller våpen som befinner seg i hjemmet til selvmordsnære eldre.

Det er et stort behov for å styrke kompetansen i selvmordsforebygging innenfor de respektive yrkeskategorier som arbeider med eldre. Et større dansk modellprosjekt i Vejle har satsset på selvmordsforebygging nettopp gjennom kompetanseoppbygging i den kommunale hjemmepleien og samtidig på utvikling av samarbeidet både mellom faggrupper internt, og eksternt mellom hjemmepleien og frivillige (Holler et al., 2004). Evalueringen av prosjektet viste at pleiepersonalet hadde tilegnet seg bedre kunnskaper. Men kanskje like viktig var en endring i holdninger: De følte seg bedre rustet til å reagere i ord og handlinger når de sto overfor eldre med selvmordsproblematikk.

Kommunikasjon av suicidalitet

Kommunikasjonen mellom den eldre og omgivelsene er et sentralt punkt i forhold til oppfølging og behandling av eldre med selvmordsrisiko. Det hevdes at eldre gir færre varsler om selvmord. Undersøkelser viser at en høy andel av de eldre har hatt kontakt med primærlege kort tid før selvmordet uten at selvmordsproblematikk var noe tema (Luoma et al., 2002). En svensk undersøkelse viste imidlertid at nesten 75 % av pårørende på forhånd hadde oppfattet signaler om selvmord fra den eldre (Waern, 2000). Disse funnene kan være uttrykk for at eldre sjeldnere gir varsler til helsepersonell, eller de kan være uttrykk for at Eldres varsler i mindre grad blir hørt og/eller tatt på alvor.

Igen handler det om at helsearbeidere som møter eldre, må ha kunnskap til å se hvilke eldre som kan være utsatt for risiko, ha evne og mot til å kommunisere med den eldre om problemet, og handle i forhold til situasjonen.



Det er også grunn til å påpeke at helsepersonell kan ha holdninger som fører til en mer passiv reaksjon overfor selvmordssignaler fra eldre. Det er påvist at leger både gjenkjenner og diagnostiserer depressive symptomer og selvmordsrisiko hos eldre pasienter, men de er mindre aktive i behandlingen av eldre enn yngre pasienter med tilsvarende symptomatologi (Uncapher & Areal, 2000).

Legene som deltok i undersøkelsen, oppfattet ofte suicidale tanker hos den eldre pasienten som rasjonelt betinget, og de var også mer pessimistiske med hensyn til effekt av behandling hos denne aldersgruppen. (Uncapher & Areal, 2000)

Å se den Eldres familie som viktig samarbeidspartner i behandlingsopplegget er viktig i geriatrisk sammenheng, og får her ekstra betydning i forhold til deres kunnskap om evt. selvmordssignaler.

Det å skille en depresjon fra en tilstand med livstretthet og eksistensiell sorg hos en gammel pasient, kan være vanskelig. Likevel erfarer vi ofte at pasienten gir klare og tydelige svar dersom vi spør direkte om vedkommende har selvmordstanker/planer.

Suicidalitet hos eldre må alltid tas på alvor. Graden av selvmordsfare vil være avgjørende for på hvilket nivå behandlingen kan skje. Selvmordsforsøk hos eldre har som beskrevet, høy intensjonalitet, og bør føre til innleggelse i sykehus. Det hadde vært ønskelig at disse pasientene ble direkte innlagt i en alderspsykiatrisk avdeling, men dette er sjelden mulig i dagens helsevesen. Innleggelse i akuttpsykiatriske avdelinger har flere negative sider for eldre, bl.a. fordi uro kan utløse forvirring hos pasienter i denne aldersgruppen.

Et godt alternativ kan være overføring til en geriatrisk avdeling etter avsluttet behandling i akuttavdeling. Mange av disse pasientene har samme kjennetegn som geriatriske pasienter generelt: et sammensatt symptom-bilde med både somatiske, psykiske og sosiale problemer, og dermed stort behov for geriatrisk

kompetanse og utredning.

Overføring direkte til en geriatrisk avdeling/post forutsetter at pasienten er vurdert psykiatrisk, og at den psykiske tilstanden ikke er for dårlig. Det er videre en forutsetning at personalet har kompetanse i selvmordsproblematikk hos eldre, og føler seg trygge i behandlingssituasjonen. Det er nødvendig at pasientens sikkerhet kan ivaretas på en tilfredsstillende måte.

Følgende kasuistikk illustrerer denne problematikken:

Sigurd S. var 86 år gammel og hadde vært enkemann i mange år da han ble innlagt etter et alvorlig selvmordsforsøk. Han overlevde fordi snoren han forsøkte å henge seg i, røk. Han skadet strupehodet og var medtatt etter innleggelsen. Han hadde en livshistorie med mye slit og mange tap både i familierelasjoner og arbeidsliv. Fra barnsben av hadde han klart seg selv, og dette preget personligheten hans. Han var stolt og hadde ikke lett for å be om hjelp. Han trivdes godt i en liten trygdeleilighet og hadde tidligere mestret alt det praktiske selv. I tiden før selvmordsforsøket hadde tingene hopet seg opp. Han klarte ikke matstell og egenomsorg lenger, allmenntilstanden ble dårligere, og han mistet kontakten med de få han kjente i nabolaget. Da han fikk høre at han kanskje måtte flytte fra leiligheten der han hadde bodd i en årrekke, ble det for mye.

Undersøkelsene viste at Sigurd S. hadde hatt et lite hjerneslag som hadde gitt kognitive utfall, noe som bidro til at egenomsorgsevnen sviktet. Han virket moderat deprimert og fikk derfor antidepressiv medikasjon i tillegg til opptrening for sine funksjonsutfall. Tilstanden bedret seg både fysisk og psykisk, men funksjonssvikten etter slaget var så uttalt at han ikke ville kunne klare seg hjemme. Etter en tid aksepterte han at han trengte hjelp, og at sykehjem var en god løsning.

Sigurds historie viser mange typiske trekk ved Eldres selvmordsproblematikk: Han bodde alene og hadde lite nettverk. En akutt somatisk sykdom hadde ført til funksjonssvikt og manglende egenomsorgsevne hos en person som alltid hadde satt sin ære i å klare seg selv uten hjelp

fra andre. Han uttrykte at han nå følte seg verdiløs, og opplevde trusselen om bli flyttet fra leiligheten som en bekref- telse på dette.

Hos mange eldre er selvfølelsen i uttalt grad avhengig av yteevnen. Når denne svikter, blir opplevelsen av å være uten verdi uutholdelig og selvmordsforsøk kan bli konsekvensen (Kjølseth & Ekeberg, 1997). Det å få pasienten til å akseptere og motta hjelp blir en viktig del av be- handlingen.

Den somatiske utredningen med avkla- ring av somatisk diagnose var viktig. Antidepressiv medikamentell behandling var også nødvendig. Kanskje betød det likevel mest at han fikk tid og anledning til å fortelle sin historie til noen som lyttet? Jeg tror han opplevde at han fikk gjenopprettet sin verdighet, og derved kunne han også lettere akseptere institu- sjonsplass som en god løsning.

Konklusjon

Depresjon, ensomhet og svekket helse er de viktigste risikofaktorer for selv- mordsatferd hos eldre. Risikoen er større blant eldre som har hatt mye ansvar og knyttet mye av sin selvfølelse og egen- verdi til å være aktiv og gjøre noe for andre. Selvmordsforsøk blant eldre er oftere alvorlig ment enn blant yngre. Deprimerte eldre profiterer ofte godt på behandling.

For å lykkes i arbeidet med å hindre selvmord hos eldre, er det viktig at depre- sjon og suicidalitet ikke aksepteres som normale aldringsfenomener. Det handler også om å utvikle et samfunn der eldre med funksjonssvikt og hjelpebehov ikke trenger å oppleve seg selv som en belast- ning for andre. Og det handler om å ut- vikle et helsevesen der eldre med psykiske plager får nødvendig behandling i en organisasjonsform som er tilpasset deres spesielle behov.



Ildri Kjølseth er geriater og ansatt ved Regionalt senter - vold, traumer og selvmordsforebygging i Helse Øst, der hun forsker på selvmords- problematikk blant eldre.

Referanser

- Alexopoulos, G.S. & PROSPECT Group. (2001). **Interventions for depressed elderly primary care patients.** *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(6): 553-559.
- Bartels, S. J., Coakley, E. H., Zubritsky, C., Ware, J. H., Miles, K. M., Arean, P. A. et al. (2004). **Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use.** *American Journal of Psychiatry*. 161(8):1455-62.
- Beautrais, A. L. (2002). **A case control study of suicide and attempted suicide in older adults.** *Suicide & Life-Threatening Behavior*.32(1):1-9.
- Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds, C. F., III, Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H. et al. (2004). **Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial.** *JAMA*. 291(9):1081-91.
- Cattell, H. & Jolley, D. J. (1995). **One hundred cases of suicide in elderly people.** *British Journal of Psychiatry*.166(4):451-7.
- Clark, D. C. (1993). **Narcissistic crisis og aging and suicidal despair.** *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 23, 21-26.
- De Leo, D., Dello, B. M., & Dwyer, J. (2002). **Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment inter- vention in northern Italy.** *British Journal of Psychiatry*. 181:226-9.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., Conner, K. R., Eberly, S., Evinger, J. S., & Caine, E. D. (2004). **Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study.** *Psychological Medicine*. 34(7):1331-7.
- Ehrt U. & Årslund D. (2005). **Depresjon og demens: en differensialdiagnostisk utfordring.** *Suicidologi*.1:22-6.
- Frazer, C. J., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2005). **Effectiveness of treatments for depression in older people.** *Medical Journal of Australia*. 182(12):627-32.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., Harriss, L., & Jacoby, R. (2006). **Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case-control study.** *Psychological Medicine*, 36(9):1265-74.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2001). **Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study.** *International Journal of Geriatric Psychiatry*.16(2):155-65.
- Hawton, K., & Harriss, L. (2006). **Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: characteristics and outcome of a 20-year cohort.** *Int J Geriatr Psychiatry* 21(6):572-81.
- Heisel, M. J. (2006). **Suicide and its prevention among older adults.** *Canadian Journal of Psychiatry*. 51(3):143-54.
- Holler, M., Fleischer, E., Oudshoorn, K. O. (2004). **Modelprosjekt: ældre og selvmord: forebyggelse af selvmord blandt ældre: langtidseffekten af: undervisningen, samarbejdet, modelprojektet.** Vejle: Center for udvikling og uddannelse.
- Jorm, A. F., Henderson, A. S., Scott, R., Korten, A. E., Christensen, H., & MacKinnon, A. J. (1995). **Factors associated with the wish to die in elderly people.** *Age and Ageing*, 24, 389-392.
- Kjølseth, I. & Ekeberg, Ø. (1997). **Selvmordsforsøk hos eldre.** *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 117(27):3988-91.
- Kjølseth, I., Ekeberg, O., & Teige, B. (2002). **Selvmord blant eldre i Norge.** *Tidsskrift for Den norske lægeforening*.122(15):1457-61.
- Klausner, E. J. & Alexopoulos, G. S. (1999). **The future of psychosocial treatments for elderly patients.** *Psychiatric Services*.50(9):1198-204.
- Kotlyar, M., Dysken, M., & Adson, D. E. (2005). **Update on drug-induced depression in the elderly.** *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. 3(4):288-300.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). **Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence.** *American Journal of Psychiatry*159(6):909-16.
- McIntosh, J.L., Santons, J.F., Hubbard, R.W., & Overholser, J.C. (1994). **Attempted suicide/ parasuicide. I Elder suicide, research, theory and treatment, s. 36-39.** Washington: American Psychological Association.
- Owens, C., Lloyd, K. R., & Campbell, J. (2004). **Access to health care prior to suicide: findings from a psychological autopsy study.** *British Journal of General Practice*. 54(501):279-81.
- Oyama, H., Watanabe, N., Ono, Y., Sakashita, T., Takenoshita, Y., Taguchi, M. et al. (2005). **Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females.** *Psychiatry & Clinical Neurosciences*.59(3):337-44.
- Serby, M. & Yu, M. (2003). **Overview: depression in the elderly.** *Mount Sinai Journal of Medicine*. 70(1):38-44.
- Skoog, I., Aevarsson, O., Beskow, J., Larsson, L., Palsson, S., Waern, M. et al. (1996). **Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds.** *American Journal of Psychiatry*. 153(8):1015-20 .
- Uncapher H. & Arean PA. (2000). **Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients.** *Journal of American Geriatric Society*. 48(2):188-92.
- Unutzer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W., Jr., Hunkeler, E., Harpole, L. et al. (2002). **Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial.** *JAMA*. 288, 2836-2845.
- Waern, M. (2000). **Suicide in late life.** Doktor- avhandling. Institute of Clinical Neuroscience, Psychiatry Section, Göteborg University.