



Forebyggelse af ældre mænds selvmord Indsatsområder og anbefalinger

af

Jan-Henrik Winsløv, Cand. psych.

Annette Erlangsen, Ph.d.

Elene Fleischer, Ph.d.

Forskergruppen Ældre & Selvmord

2005

Forebyggelse af ældre mænds selvmord - Indsatsområder og anbefalinger
1.udgave, 2. oplag 2006

© Winsløv JH, Erlangsen A, Fleischer E og
Center for Registerforskning, Aarhus Universitet, 2005.

Forsidefoto: Peer Bentzen, www.pbz.dk
Tryk: Sundhedsstyrelsen, København

Rapporten kan hentes på:
www.geronet.dk
www.elene.dk

Yderligere information om Forskergruppen Ældre & Selvmord:
www.geronet.dk

Forebyggelse af ældre mænds selvmord Indsatsområder og anbefalinger

af

Jan-Henrik Winsløv, Cand. psych.

Annette Erlangsen, Ph.d.

Elene Fleischer, Ph.d.

Forskergruppen Ældre & Selvmord

2005

INDHOLD

Forord	2
Negative livsændringer og somatiske lidelser	4
<i>Anbefalinger i forhold til negative livsændringer</i>	<i>5</i>
Opfølgning efter ældres selvmordshandling	8
<i>Anbefalinger i forhold til selvmordsforsøg</i>	<i>8</i>
Identifikation og behandling af depression hos ældre	9
<i>Anbefalinger i forhold til depressive lidelser</i>	<i>10</i>
Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde	12
<i>Anbefalinger i forhold til tværfagligt og tværsektorielt samarbejde</i>	<i>13</i>
Integration af de frivillige	14
<i>Anbefalinger i forhold til synliggørelse og integration af flere frivillige</i>	<i>14</i>
Vidensformidling og holdningsændrende tiltag	16
<i>Anbefalinger i forhold til uddannelse og holdningsændrende tiltag</i>	<i>17</i>
Målrettet forskning	19
<i>Anbefalinger i forhold til forskning</i>	<i>20</i>
Forskergruppen Ældre & Selvmord	22
Litteratur	26

FORORD

Ældre mennesker udgør den aldersgruppe, som har den højeste selvmordsrate, det er især ældre mænd, som hyppigst begår selvmord.¹ Mens mænd fyldt 75 år eller derover i 2000 havde en selvmordsrate på 52 selvmord per 100.000, havde hele den mandlige befolkning til sammenligning en selvmordsrate på 23 per 100.000.² Generelt udføres ældres selvmordshandlinger med en højere selvmordsintention end yngre menneskers.^{3 4} De ældre benytter typisk voldsommere selvmordsmetoder, som er uden fortrydelsesmuligheder, hvorfor chancerne for overlevelse er små. Forebyggende tiltag over for selvmord blandt de ældste aldersgrupper er derfor særdeles nødvendige.

Hverken herhjemme eller i udlandet er der blevet gennemført selvmordsforebyggende projekter, som specifikt har fokuseret på ældre mænd. I perioden 1998 – 2004 gennemførtes i Danmark et nationalt handlingsprogram til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord, hvor forebyggelsen af ældres selvmord blev fremhævet som et indsatsområde.^{5 6} I den forbindelse blev der kun gennemført et enkelt modelprojekt, som var rettet mod ældre menneskers selvmord.⁷⁻⁹ Denne mangel påpeges i handlingsplanens evaluering.¹⁰

Selvmod er en kompleks problemstilling i den forstand, at selvmordshandlinger udspringer af flere forskellige forhold og årsagsfaktorer. En forebyggende indsats skal derfor ydes på flere forskellige niveauer: fra det samfundsmæssige og institutionelle niveau, som for eksempel opkvalificering af sundheds- og omsorgspersonale, og ændring af rutiner på somatiske sygehuse, til det individuelle niveau, der omfatter identificering af ældre, som mistrives eller er selvmordstruede.

Formålet med denne rapport er at bringe en oversigt over centrale indsatsområder til forebyggelse af ældre mænds selvmord. Rapporten er resultatet af de løbende erfaringsudvekslinger, der finder sted i Forskergruppen Ældre & Selvmord. Anbefalingerne udspringer således af erfaringer fra forebyggelses- og forskningsprojekter, som specifikt har

været rettet mod ældre menneskers selvmord, og af årelange erfaringer fra engagementer i ældres levevilkår, sundhed og trivsel gennem klinisk praksis og frivilligt arbejde.

Rapporten er inddelt efter indsatsområder til en forbedret identifikation og intervention af selvmordstruede ældre mænd. Disse områder omfatter negative livsændringer, opfølgning efter ældres selvmordshandling, identifikation og behandling af depression hos ældre. Dertil kommer indsatsområder til forebyggelse gennem tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, integration af frivillige, samt forbedret vidensformidling og holdningsændrende tiltag. Hvert indsatsområde afsluttes med en række anbefalinger angående den videre forskning og forebyggelse af ældre mænds selvmord. Afslutningsvis præsenteres medlemmerne i Forskergruppen Ældre & Selvmord og gruppens arbejde.

Rapportens væsentligste anbefalinger er:

- At belastende og stressfyldte hænders indflydelse på ældre mænds selvmordsrisiko bliver undersøgt.
- At man inden for ældre- og sundhedssektoren bliver mere opmærksomme på belastende livsændringers betydning og konsekvenser for den enkelte ældre, samt opkvalificeres med forskningsbaseret viden om risikofaktorer for ældre mænds selvmord.
- At der gøres brug af kombinationsbehandling over for depressive lidelser, så behandlingen omfatter medikamentel såvel som psykologibehandling.
- At der indsamles større viden om de forhold, der har indflydelse på identifikation og behandling af depressive lidelser hos ældre mænd
- At man får belyst ældres og professionelles holdninger til selvmordsproblematikken
- At offentlige og frivillige tilbud i lokalområdet dækker ældre mænds behov og ønsker, samt at formidlingen af eksisterende tilbud og aktivitetsmuligheder optimeres.

NEGATIVE LIVSÆNDRINGER OG SOMATISKE LIDELSER

Adskillelige undersøgelser viser, at negative livsændringer hos de ældre kan føre til depression,^{11 12} posttraumatisk stressforstyrrelse¹³ og i værste fald selvmord.¹⁴⁻¹⁸ Omskiftninger i tilværelsen som følge af pensionering, tab af ægtefælle eller invaliderende sygdomsforløb vil påvirke det aldrende menneske på flere områder. De kan vække bekymringer om fremtiden, og usikkerhed om man vil kunne klare de nye krav, man står overfor. Håndteringen af disse livsændringer og tab er afhængig af, hvorledes man oplever dem, og de psykologiske, helbredsmæssige, sociale og materielle ressourcer man har til sin rådighed.¹⁹⁻²²

Uafvendelige tab som varig fysisk svækkelse eller tab af ægtefælle kan medføre tabt livsindhold, svækket selvværd og øget isolation.²³ De fleste ældre mennesker kan klare at komme igennem sådanne belastninger på egen hånd, ofte hjulpet på vej af venner og pårørende. Men der er andre, som har brug for udefrakommende støtte eller behandling for at komme igennem krisen uden alvorlige fysiske og psykiske konsekvenser. Omkring 45% af ældre mænd, som begår selvmord i Danmark, har været indlagt på somatisk afdeling i løbet af det sidste år inden selvmordet.²⁴ Studier viser desuden, at somatisk sygdom medfører en højere selvmordsrisiko.^{14, 16-18 25} Det drejer sig typisk om lidelser, der medfører varigt nedsat funktionsniveau og ukontrollable problemer, som for eksempel sansetab, cancer eller følgerne af blodpropper eller blødninger i hjernen. Oplevelsen af fysiske smerter har vist sig at have en betydelig indflydelse på udviklingen af selvmordstanker og – handlinger.²⁶⁻²⁸ Flere undersøgelser peger på, at ældres smerteoplevelse hyppigt overses og derfor underbehandles, ligesom de i mindre omfang end yngre aldersgrupper henvises til smerteklinikker.²⁹⁻³¹ Tab af ægtefælle er en anden belastende situation, som især øger mænds selvmordsrisiko.^{15 32} Ligeledes kan pensionering være en stressfuld hændelse for nogle.³³

Studier viser, at oplevelsen af håbløshed er en bedre prædiktor for fremtidige selvmordshandlinger end graden af depression.^{34 35} Det er derfor væsentligt, at kriser og praktiske problemer bliver identificeret og afhjulpet, inden de når et niveau, hvor de forekommer den ældre mand umulige at løse. I nogle tilfælde er det tilstrækkeligt, at den ældre får praktisk hjælp i hjemmet, mens der i andre tilfælde vil være tale om behov, som

kan dækkes ind med en besøgsven eller samtaler med præsten, der har begravet ens kone. Endelig kan der være tilfælde, hvor der er behov for professionel intervention af forskellig art. Den kan omfatte hjælp til behovsudredning og anskaffelse af hjælpemidler eller andre kompenserende tiltag, som eksempelvis hjemmehjælp eller tilpassende ændringer af bolig. Men den professionelle intervention kan også bestå i øget opmærksomhed omkring smertelindring og –håndtering, kriseintervention, samt kortlægning af det ældre menneskes brug af medicin og alkohol til psykologisk smertelindring.

Anbefalinger i forhold til negative livsændringer

Generelt bør sygdom og tab betragtes således, at der tages udgangspunkt i den betydning og de konsekvenser, modgangen har for den enkelte. Den ældre skal have mulighed for at tale om den sorg, frygt eller bekymring, der knytter sig til belastningen eller tabet. Det er desuden væsentligt at finde ud af, om vedkommende oplever at have de nødvendige ressourcer til sin rådighed. Kun i denne sammenhæng kan intervenerende og kompenserende tiltag udføres, og den gamle føle sig set og hørt. Endelig er det væsentligt, at personer, som møder de ældre i disse situationer, er opmærksomme på, at de står over for et menneske, hvis krise og sorgproces kan være så vanskelig, at den potentielt kan udvikle sig til en depression. Det er således nødvendigt, at frontpersonalet har tilstrækkelig viden om sorg, depression og krisereaktioner hos gamle mennesker.

- **Faste rutiner på landets somatiske sygehuse**

Det anbefales, at der på somatiske hospitaler introduceres rutiner, så personalet ikke blot forholder sig til de medicinske aspekter af en ældres lidelser, men også de personlige konsekvenser, som kroniske sygdomme og fysisk svækkelse medfører. Dette kan iværksættes ved at tilknytte personale, som kan tale med aldrende patienter om de problemer, de står overfor som følge af deres sygdom, og assistere med organiseringen af kompenserende tiltag. En vurdering af sygdommes personlige konsekvenser og tilbud om kompenserende tiltag kan f.eks. integreres i den nye Elektroniske Patient Journal (EPJ) på linje med ordineret medicin. Herved sikres det, at patienters særlige problemer og behov, som følge af sygdom, vurderes rutinemæssigt.

- **Eksisterende sygesikringstilbud om psykologbehandling**

Det anbefales, at ældre- og sundhedssektoren er opmærksom på, at udsatte ældre ofte er berettiget til eksisterende sygesikringstilbud, der omfatter psykologbehandling i forbindelse med kriser og traumer. Det bør derfor rutinemæssigt vurderes, om den ældre har behov for professionel kriseintervention ved tab af ægtefælle, invaliderende eller smertefulde lidelser, eller andre belastende hændelser.

- **Ressourcer og rutiner på landets ældrecentre**

Ligeledes er det vigtigt, at der på ældrecentre tilknyttes personale (eventuelt i samarbejde med frivillige organisationer), som kan være til rådighed for de gamle, der opsøger dem, ligesom dette personale kunne foretage opsøgende besøg, når nogen af ældrecentrets brugere rammes af svære tab eller belastninger. Denne personalegruppe kunne også opsøge de ældre i kommunen, som ikke er integreret i eksisterende tilbud.

- **Kønsdifferentieret tilbud fra de kommunale forebyggende hjemmebesøg**

De eksisterende forebyggende hjemmebesøg bør suppleres, når ændringer optræder i den ældres hverdag, eksempelvis til mænd, der enten står over for at skulle pensioneres eller netop er blevet det. Formålet er at give dem mulighed for at tale om de problemer, der kan knytte sig til overgangen til pensionisttilværelsen, og være dem behjælpelig med håndtering af denne livsændring. Et lignende tilbud kunne iværksættes over for mænd, der inden for en kort periode er blevet enkemænd eller som er ved at flytte på plejehjem. Begge tilbud bør omfatte opfølgende besøg.

- **Formalisering af tværsektorielt og tværfagligt samarbejde**

Der bør kortlægges mulige samarbejdspartnere, der ikke er ansat i pleje- og ældresektoren, og samarbejdsrelationer mellem hjemmeplejen, præster og frivillige bør styrkes. I praksis bør det støttende og ledsagende princip være det centrale. Med fordel vil hjemmeplejen og de frivillige organisationer kunne samarbejde også i de fremtidige storkommuner. Det ville være hensigtsmæssigt, at der ved oprettelse af forebyggelsescentre i kommunerne blev sammensat en bred faglig styregruppe bestående af professionelle og frivillige.

- **Opkvalificering af det faglige og frivillige personale**

For alle personer, der arbejder i ældresektoren, hjemmeplejen og som frivillige, bør der være adgang til den fornødne teoretiske viden om depression, smertelindring og smertehåndtering, tab, krise og sorg, alkoholmisbrug og selvmordsadfærd. Plejepersonale bør besidde fagspecifik viden om, hvad de negative livsændringer, der er forbundet med aldringsprocessen, kræver af den fagligt ansvarlige. Der skal desuden være muligheder for at få færdighedstræning i den tunge eller vanskelige kommunikation om døden, så den enkelte kan håndtere samtaler om livstræthed og livsmæthed.

OPFØLGNING EFTER ÆLDRES SELVMORDSHANDLING

Selvom der forekommer langt færre selvmordsforsøg blandt ældre end i yngre aldersgrupper, er selvmordsforsøg hos de ældre typisk af en langt mere alvorlig karakter. De ældre tager hyppigt forholdsregler mod andres indgriben og anvender typisk voldsommere metoder. Det beror ofte på tilfældigheder, når et ældre menneske overlever et forsøg på selvmord.^{36 37} Sandsynligheden for, at en ældre persons selvmordsforsøg senere vil lykkes, er således meget høj.³⁸

Anbefalinger i forhold til selvmordsforsøg

Personer, uanset alder, som har udført et selvmordsforsøg, indlægges typisk på somatiske afdelinger til behandling af de fysiske men. Det er vigtigt, at der også gives en målrettet og specifik behandling i forhold til selvmordsadfærden.³⁹ En målrettet psykologisk hjælp og støtte er nødvendigt for at kunne forhindre flere selvmordshandlinger.

- **Rutiner på somatiske afdelinger udvides til også at omfatte ældre**

Der bør være øget opmærksomhed på ældre mennesker, der indlægges som følge af en overdosis medicin. Selvom handlingen bortforklares med glemsomhed eller forvirring, bør det vurderes, om der ligger selvmordsintentioner bag, og i givet fald bør patienten behandles for dette. Sundhedsstyrelsen har til dette formål udarbejdet vejledningen ”Vurdering og visitation af selvmordstruede – vejledning til sundhedspersonale”.⁴⁰ Heri anbefales et støttende og ledsagende princip til alle, der indlægges i somatisk sygehus efter selvmordsadfærd. Desuden lægger vejledningen op til at fremme etableringen af lokale samarbejdsaftaler mellem sygehus (bl.a. skadestue og modtageafdelinger) og relevante partnere i den primære sundheds- og socialektor med henblik på den videre opfølgning af selvmordstruede patienter.

IDENTIFIKATION OG BEHANDLING AF DEPRESSION HOS ÆLDRE

Adskillige studier har fundet, at depression er forbundet med en forhøjet selvmordsrisiko.^{18, 24, 41 42} Det er påvist, at flertallet af de ældre mennesker, der tager deres liv, har haft en depressiv lidelse. Af disse har størstedelen været i antidepressiv behandling og således haft kontakt til sundhedsvæsenet.⁴²⁻⁴⁴ Andre har muligvis ophørt den antidepressive behandling, enten som følge af medicinens bivirkninger, eller fordi behandlingseffekten udeblev. Det anslås, at 10-15% af de ældre har en depression eller depressive symptomer.¹¹ Hos ældre mennesker over 80 år menes depressive lidelser at være mere udbredt, og hos gamle mennesker, der enten er indlagt på medicinske afdelinger eller bor i plejebolig, har man fundet en forekomst af depressive lidelser på helt op til 35% af de undersøgte (ibid). Trods øget opmærksomhed menes det, at kun halvdelen af ældre med depression bliver tilstrækkeligt udredt og behandlet.⁴⁵

At depressive lidelser hos ældre forbliver udiagnosticerede, og derfor også ubehandlede, hænger blandt andet sammen med det atypiske symptombillede, som depressive lidelser hos ældre mennesker frembyder.^{11 45} Kun få studier har belyst kønsrelaterede forskelle i forbindelse med ældre menneskers depressive lidelser. Deres fund tyder på, at der er færre mænd end kvinder, som lider af depression i alderdommen.^{46 47} Da blandt andet alkoholmisbrug, vredladenhed og bekymret hypokondri kan være tegn på depression hos ældre mænd, kan det være vanskeligt at stille en korrekt diagnose.^{48 49} Denne problemstilling forstærkes yderligere af, at man hos ældre ofte kan have flere lidelser samtidigt.⁴⁵

Behandlingen af depression har udviklet sig markant over de seneste 15 år. Nyere antidepressive præparater som SSRI'er (selektive serotonin reuptake inhibitors) er blevet introduceret og udgør nu den største andel af den medicinske depressionsbehandling for ældre mennesker. En fordel ved SSRI'er og anden ny depressionsmedicin er, at de generelt har langt færre bivirkninger end de traditionelle tri-cykliske antidepressiva. Dertil kommer, at forskningen på dette område stadig er under udvikling. Undersøgelser af ny depressionsmedicin indeholdende testosteron tyder på, at denne har en lovende virkning på ældre mænds depression, som i nogle tilfælde kan opstå i forbindelse med hormonforandringer.^{50 51}

Ligesom udviklingen på det medikamentelle område, kan man også konstatere en udvikling inden for det psykoterapeutiske område. Flere undersøgelser har vist, at især kognitive og interpersonelle behandlingsformer er effektive over for depressive lidelser hos ældre.^{11 52} Ved sammenligning af effekten af forskellige behandlingsformer, så er kombinationsbehandling, hvor både medicin og psykologbehandling indgår, mest effektiv, også når det drejer sig om at hindre tilbagefald.^{11 53} Selvom ikke alle ældre profiterer af medicinsk behandling alene, og mange oplever svære bivirkninger som følge af medicinsk antidepressiv behandling, så tilbydes supplerende psykoterapeutisk eller anden psykologisk behandlingsform kun sjældent.⁴⁸ Herhjemme er det kun Gerontopsykiatrien i Århus Amt, der i større målestok kan tilbyde psykoterapeutisk intervention i forhold til depressive lidelser hos ældre over 70 år.⁵⁴

Anbefalinger i forhold til depressive lidelser

Generelt anbefales det, at fagpersonalet inden for ældreomsorgen og sundhedssektoren er opmærksomme på, at det at være trist eller deprimeret ikke er en naturlig følge af alderdommen, men derimod kan være et tegn på krise eller en depressiv lidelse. Det bør derfor sikres, at plejepersonale får øget deres viden om psykiske lidelser hos ældre, og i særdeleshed om affektive lidelser. Holdninger, der udtrykker, at ældres behandlingsmuligheder er mindre end yngre aldersgrupper, når det drejer sig om disse lidelser, bør minimeres. Endelig bør personalegrupper, der varetager behandling af psykiske lidelser hos ældre, opkvalificeres og tilføres yderligere ressourcer, så ældres behandlingsmuligheder øges og gøres tidssvarende.

- **Opkvalificering af frontpersonalet i ældresektoren**

Frontpersonalet, særligt hjemmehjælpere, bør tilføres øget viden om affektive lidelser og posttraumatiske stressforstyrrelser hos ældre. Både hvad angår årsagerne til disse lidelser, deres symptomatologi og behandlingsmuligheder. Frivillige inden for ældreområdet kan med fordel tilbydes lignende kurser.

- **Ældre i antidepressiv behandling hos egen læge**

For at modvirke skuffelse og styrke den ældres motivation til behandlingsforløbet bør egen læge gøre opmærksom på, at korrekt medicinering bliver afpasset individuelt, og

at det ofte er nødvendigt at tilpasse medicineringen til den enkelte. Herunder bør patienten informeres om, at der findes andre præparater, der kan prøves, hvis det først prøvede enten ikke virker eller har for mange bivirkninger. Desuden bør den ældre informeres om, at der kan opstå kendte og evt. ukendte bivirkninger, hvis den ældre er i behandling med andre medikamenter.

Egen læge bør løbende vurdere, hvorledes behandlingen kan optimeres og suppleres med andre tiltag som for eksempel psykologbehandling. Ligeledes bør egen læge løbende vurdere behandlingseffekten, og den ældres indstilling til behandlingsforløbet. I den forbindelse er det væsentligt, at det aktivt vurderes, om den ældre har selvmordstanker, og i hvilket omfang den ældre er præget af håbløshed. Andre sider af tilværelsen, som familiære og sociale forhold, livsindhold og interesser, bør også drages ind i samtalerne, dels for at sikre, at den ældre bliver set og hørt på flere niveauer, dels fordi de rummer information om tilgængelige ressourcer eller yderligere modgang i tilværelsen. Ved vanskeligt behandlelige depressioner anbefales det, at egen læge snarest henviser patienten til specialister i gerontopsykiatri.

- **Optimering af den antidepressive behandling**

Behandling med flere anti-depressive eller stemningsstabiliserende præparater samtidigt kan øge effekten af tidligere iværksat antidepressiv behandling. Denne form for behandling anvendes ved svært behandlelige depressioner, men bør kun iværksættes af gerontopsykiatere.

Udredning og intervention af depressive lidelser hos ældre mænd bør inkludere undersøgelse af, om patienten lider af demens eller anden psykisk sygdom. Endelig bør behandlingsmulighederne for depression hos gamle mennesker udvides, så ældre i højere grad kan henvises til psykoterapeutisk behandling udført af psykologer med erfaring på ældreområdet. I bestemte amter er der desuden iværksat forsøgsordninger, hvor der gennem egen læge kan henvises til psykologbehandling for depressive lidelser.

Ældre, der oplever store bivirkninger eller manglende effekt ved medikamentel behandling, bør tilbydes psykoterapeutisk behandling.

TVÆRFAGLIGT OG TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE

Da selvmordshandlinger som nævnt udspringer af flere forskellige forhold og årsagsfaktorer, må den forebyggende indsats ydes på flere forskellige niveauer. Dette indebærer nødvendigvis et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, så flere personalegrupper og sektorer kan yde en koordineret forebyggende indsats.

Forebyggelsesprincipper bør således inkludere aktiviteter, der har til hensigt at påvirke de faktorer og situationer, som kan medføre, at et ældre menneske ønsker at dø og forsøger at begå selvmord. Set i et forebyggelsesperspektiv er alle potentielle risikofaktorer vigtige. Sygdomme er et lægeligt ansvarsområde. Støtte ved tab, kriser og sorg kan gives af frontpersonale, det vil sige personale som er i direkte kontakt med de ældre, ligesom præster og frivillige også er ressourcepersoner i den sammenhæng. Disse personer bør imidlertid være særligt opmærksomme på, om kriser og sorgforløb udvikler sig til behandlingskrævende lidelser. Patologiske sorg- og kriseforløb, samt depression og misbrugsproblemer kræver fagspecifik ekspertise af psykologer eller læger inden for ældreområdet. Derimod kan sociale ensomhedsproblemer og visse praktiske problemer, som for eksempel indkøbsproblemer med fordel afhjælpes gennem den frivillige sektor.⁵⁵

Den generelle forebyggelse kan ydes af primærsektorens frontpersonale og den frivillige sektor. Afhjælpende tiltag kan være af pædagogisk og psykologisk art og har det formål generelt at højne livskvaliteten og styrke den ældres egne ressourcer. Dermed kan det ældre menneske gives en større tiltro til at kunne mestre livskriser og belastende problemer. I denne generelle forebyggelse bør desuden indgå en bevidstgørelse og bearbejdning af såvel ældre menneskers som netværkets holdninger til selvmord.

For at udnytte de tilgængelige økonomiske og faglige ressourcer bedst muligt, er det tvingende nødvendigt, at samarbejdet mellem forskellige faggrupper såvel som samarbejdet mellem professionelle og frivillige opprioriteres.

Anbefalinger i forhold til tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

- Både formelle og uformelle samarbejdsmuligheder bør kortlægges: Kortlægningen bør omfatte de samarbejdsmuligheder, der er mellem ældresektorens forskellige parter og sektorer; det være sig mellem social og omsorgssektoren, hospitalssystemet og egen læge, eller mellem hjemmeplejen, præsterne og de frivillige. Kortlægningen bør også omfatte det eksisterende samarbejde, da det kan give en større viden om gode samarbejdsmuligheder eller eventuelle vanskeligheder i samarbejdet mellem sektorer.
- Nedsætte fagligt brede og tværsektorielle styregrupper omkring fremtidige forebyggelsescentre, hvor nøglepersoner opkvalificeres til at være ansvarlige for vedligeholdelse af netværk
- Ledelser af frivillige organisationer bør tage ansvaret for udvælgelse og opkvalificering af de frivillige alvorligt, således at barriererne mellem de frivillige og professionelle mindskes, og at de frivillige fremstår som ligeværdige og reelle samarbejdspartnere omkring de ældre.
- Det anbefales, at der gennem samarbejde mellem embedslægeinstitutionerne, de praktiserende læger og de ansvarlige for hjemmeplejen eller plejehjem etableres et formelt samarbejde, så der blandt andet kan gennemføres audit efter ethvert selvmord.
- At det tværsektorielle samarbejde styrkes gennem afholdelse af fælles temadage
- Der bør nedsættes regionale netværksgrupper eller tematiske netværk, som kan fastholde og videreudvikle den kompetence, som er fremkommet i forbindelse med den nationale handleplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord. Sådanne grupper kan ligeledes bidrage til, at der forsat sker en udvikling af det selvmordsforebyggende arbejde.

INTEGRATION AF DE FRIVILLIGE

Det er ikke alle sociale, fysiske og emotionelle behov, som kan dækkes i de ældres nære netværk, ligesom ikke alle ældre har et nært netværk. De allerede eksisterende tilbud om frivillige besøgsvenner, aflastningstilbud og aktiviteter udfylder her en vigtig rolle. En nyligt udgivet rapport fra Gerontologisk Institut konkluderer, at både den ”stærke” besøgsven og den ”svagere” besøgte får en forøget livskvalitet ved at udvide sit netværk.⁵⁵ En målrettet oprettelse af besøgsordninger kan sammen med f.eks. hjemmehjælp være med til at bryde en social isolation. Projekter rettet mod ældre efterladte, hvor man har opsøgt sørgende med individuel intervention, har haft positiv indflydelse på sorgprocessen.^{56 57} Ved nogle af landets større kirker er der frivillige tilknyttet kirken, som giver tilbud om hjælp til efterladte.

Anbefalinger i forhold til synliggørelse og integration af flere frivillige

- De frivillige organisationers tilbud kunne synliggøres ved, at deres tilbud samles og løbende opdateres, så det bliver muligt for de ældre at orientere sig om de tilbud, der er i deres hjemkommune. Oplysningerne skulle være tilgængelige på Internettet og i en pjece, der placeres hos de praktiserende læger, på bibliotekerne og hos hjemmeplejen. Formålet er, at ældre kan orientere sig i, hvilke tilbud der reelt forefindes.
- Det anbefales, at de frivilliges arbejdstimer analyseres ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv, så ældre frivilliges ligeværd og ressourcepotentiale synliggøres.
- Frivillige organisationer på ældreområdet bør støttes i deres samarbejde med kommunale institutioner både økonomisk og med professionelle ressourcer.
- Som forsøgsordning kunne man etablere besøgstilbud (med supervision af psykologer) til samtlige enker og enkemænd over 60 år.

- Det anbefales, at man muliggør udveksling af erfaringer mellem de forskellige frivillige organisationer, også på tværs af kommunegrænser. Det sidste er væsentligt for mindre kommuner, hvor netværk vil være mere spredt.
- Erfaringsmæssigt er det primært kvinder, som gør brug af eksempelvis Ældre Sagens social-humanitære aktiviteter, som besøgsvennskaber og tryghedsopkald m.m. Det kan tyde på at disse tilbud ikke har mænds interesse. Dette forhold kalder på udvikling af nye typer tilbud med fokus på fælles interesser og aktiviteter – frem for tilbud, hvor hovedindholdet er samtale og overskriften tydeligt er at afhjælpe ensomhed.

VIDENSFORMIDLING OG HOLDNINGSÆNDRENDE TILTAG

Blandt professionelle og frivillige i ældresektoren er der ofte en stor usikkerhed om, hvorledes sorg, kriser, depression og især hvorledes misbrug og selvmordsadfærd bedst håndteres. Undervisning i mestring af belastende livsændringer, modvirkning af livstræthed og genoprettelse af ældre menneskers værdighedsfølelse indgår ikke konsekvent som temaer i studieplanlægning eller fagbeskrivelser. Hverken på grunduddannelserne eller i videre- og efteruddannelsesstilbuddene. I de seneste år har Center for Selvmordsforskning med støtte af Socialministeriet, gennemført forsøgs- og udviklingsarbejde på grunduddannelsesniveau.⁵⁸ Der har ligeledes været et modelprojekt i Vejle Amt, som var et udviklingsprojekt med fokus på kompetenceudvikling, samt udvikling af det interne og eksterne samarbejde. Projektet var målrettet som en videreuddannelse af personalet i hjemmeplejen.⁷⁻⁹

Den professionelle kompetence består af 3 elementer, der bør være centrale i al opkvalificering, uanset uddannelsesniveau. Det første element er den *personlige kompetence*, som blandt andet rummer holdninger, refleksionsvillighed, samarbejdsevne, kommunikative færdigheder, og evnen til at se kritisk på sig selv. Dernæst er der de *faglige kundskaber*, der for sygeplejersker omfatter medicinsk viden, nogle manuelle færdigheder og erfaring i udøvelse af omsorg. Endelig er der *teoretiske kundskaber*, der i denne forbindelse omfatter en specifik viden om ældre, herunder en teoretisk og forskningsbaseret viden om blandt andet aldring, den patologiske sorgproces, depression og selvmord.

I forbindelse med forebyggelse af selvmord blandt ældre, må de berørte personalegrupper nødvendigvis forholde sig til forskellige holdninger om selvmord og assisteret selvmord. Blandt andet fordi holdninger indgår som en del af den adfærd og den kommunikation, der udspiller sig i relationen mellem mennesker.⁵⁹ Der har hersket en udbredt overbevisning om, at det er muligt at have en personlig holdning til selvmord som en acceptabel løsning og en anden holdning som professionel,⁶⁰ hvor man ikke opfatter selvmordet som en accepteret løsning. De seneste års forskning og arbejde i den kliniske hverdag viser, at særskilte holdninger ikke blot kan reserveres til enten det personlige eller det professionelle domæne. Forhold som uddannelsesniveau, religiøst tilhørsforhold, personlige erfaringer med selvmordsproblematikken og viden om depression og selvmordsadfærd hos ældre spiller en central rolle for holdninger til selvmord.^{8, 45, 46 58-67}

Det er oplagt, at sundheds- og omsorgspersonale, i deres uddannelses- og opkvalificeringsforløb, forholder sig til de forskellige holdninger, der er til selvmordsproblematikken. Herigennem får den enkelte klarlagt egne holdninger til områdets problemstillinger. Den refleksive praksis bør fortsættes og videreudvikles, eventuelt i forbindelse med supervision af frontpersonalet.

Anbefalinger i forhold til uddannelse og holdningsændrende tiltag

- Det anbefales, at der på uddannelserne inden for sundheds- og omsorgsområderne bør være kurser, som fokuserer på områder som livsmæthed og -træthed, for på den måde at få en debat og viden om begreberne død og selvmord. Ligeledes bør der i ethvert uddannelsesstilbud indgå moduler, der øger den enkeltes bevidsthed om egne holdninger til selvmord, aldring og værdighed, samt ansvar og respekt for den enkelte. I forbindelse med supervision af frontpersonalet og frivillige i ældresektoren bør en del af supervisionen bestå i, at deltagerne forholder sig til deres egne holdninger vedrørende ”det gode liv”, død og selvmord.
- Den opkvalificerende indsats bør øges, især af frontpersonalet i hjemmeplejen og på plejehjem. Her kan man med fordel trække på de erfaringer, der er gjort af Forebyggelsesafdelingen i Vejle Amt og af Center for Selvmordsforskning de sidste 3 år.
- Den frivillige sektor bør opkvalificeres, så de frivillige bliver bedre rustet i deres frivillige indsats. Dette vil ligeledes medføre at de frivillige vil være bedre i stand til at udføre deres opgave også på længere sigt. Her kan med fordel trækkes på de erfaringer, Livslinien har opnået med deres procedurer i forhold til de frivillige.
- Desuden anbefales Udviklingen af en kommunepakke, således at alle kommunale ansatte får adgang til en ensartet viden om værdien af livskvalificerende indsatser i forhold til ældre mænd.

- Der bør oprettes og vedligeholdes en hjemmeside, hvor der formidles forskningsbaseret viden om udsatte ældre, i særdeleshed ældre mænd, med relevante link.

MÅLRETTET FORSKNING

For at kunne intensivere og styrke forebyggelsen af selvmord er det vigtigt at få øget viden om risikofaktorer for ældres selvmord, og i særdeleshed ældre mænds. Der mangler stadig uddybende forskning med særlig fokus på ældre mænd i følgende områder: specifikke risikogrupper for selvmord, beslutningsprocessen som fører til selvmord, oplevelse af og holdninger til depressionsbehandling, afhængigheden af offentlige ydelser, samt brugen af disse og holdninger til selvmord.

I en opgørelse over ældres selvmord i Århus Amt fremgår det, at ca. 76% af alle selvmord udføres af personer bosiddende i eget hjem. Heraf har 22% været tilknyttet hjemmeplejen. Omkring 11% af selvmordene blev udført af ældre, som boede på plejehjem eller i beskyttet bolig, hvorimod kun 5% befandt sig på somatisk eller psykiatrisk hospital på selvmordstidspunktet.^{68 69} Der findes endnu ingen kønsspecifik opgørelse over oplysninger som disse på trods af det kunne målrette den forebyggende indsats.

Sammenhængen mellem bestemte belastende livshændelser, som f.eks. partners død, egen somatiske eller psykiske sygdom, visse former for alkoholmisbrug og risikoen for at begå selvmord er, som tidligere nævnt, dokumenteret.^{18, 24, 39, 70 71} Men hverken danske eller internationale studier har undersøgt, hvorvidt andre hændelser eller forventninger om livsændringer medfører en højere selvmordsrisiko. Vigtige hændelser, som endnu ikke er vel undersøgte, omfatter bl.a. pensionering, sygdom hos nærtstående, plejehjemsflytning, smertefuld eller kronisk sygdom, alkohol- og medicinmisbrug.

Når størstedelen af de ældre, der tager deres liv, har udvist depressive symptomer på dødstidspunktet,^{42 44} er det væsentligt at få mere viden om, hvorledes diagnosticering såvel som behandling af ældre mænds depression kan forbedres. Som nævnt, savnes der studier, der belyser særlige forhold i forbindelse med symptomatologi og behandlingseffekt for ældre mænd. Desuden er de forhold, som har indflydelse på ”compliance”, dvs. evnen og muligheden for samarbejde omkring behandlingsforløb, hos ældre, endnu ikke belyst. Disse forhold kan omfatte: Oplevelsen og håndteringen af eventuelle bivirkninger og/eller manglende effekt, indflydelsen af de pårørendes og den ældres indstilling til

behandlingsforløbet, ældres holdninger til behandling af psykiske lidelser, og hvad de ældre har oplevet som positivt eller negativt i deres behandlingsforløb.

Sammenlignet med kvinder, så er ældre mænds deltagelse i en lang række sociale arrangementer mindre. Det er uvist, hvad dette kan hænge sammen med, om det for eksempel kan skyldes, at de eksisterende tilbud ikke tilgodeser mænds interesser i tilstrækkelig grad. Det er desuden uvist, om problematiske relationer og konflikter til hjemmeplejen eller sundhedsvæsenet for eksempel kan øge tilbøjeligheden til at begå selvmord på samme måde, som familiekonflikter gør.^{17, 62 72}

Over en 11-årig periode har man i en engelsk survey-undersøgelse observeret en stigende accept af assisteret selvmord.⁷³ Mens de fleste undersøgelser enten har fokuseret på holdninger til assisteret selvmord generelt eller de professionelles holdninger hertil, så findes der kun få studier af ældres holdninger til selvmordsproblematikken.⁷⁴⁻⁷⁶ Der er således behov for en større viden om hvilke faktorer, der har indflydelse på dannelsen af holdninger på dette område. Ligeledes bør det undersøges, om en betegnelse som 'ældrebyrden', der kendes fra den samfundsøkonomiske og –politiske debat, har indflydelse på de ældres selvopfattelse og deres sociale position i samfundet.

Anbefaling i forhold til forskning

Generelt anbefales det, at fremtidig forskning inden for dette område anvender forskellige undersøgelsesmetoder – både kvalitative og kvantitative metoder, og at der udføres undersøgelser fra et tværfagligt perspektiv. Det anbefales videre, at hidtil ubenyttede metoder, som for eksempel den psykologiske autopsi tages i brug for at supplere eksisterende viden. Denne metode består i, at man på baggrund af oplysninger fra blandt andet politi, embedslæge, pårørende, kan rekonstruere tiden op til et selvmord og dermed kortlægge hændelsesforløbet og risikofaktorerne.⁷⁷ Ligeledes vil sammenligninger af forskellige regioner, såvel nationalt som internationalt, kunne give udsagn om evt. virksomme effekter af forebyggende tiltag.

- Det anbefales, at man i større udstrækning får belyst kønsforskellen i betydningen af negative livsændringer og belastende livsforhold. Helt specifikt mangler vi viden om,

hvorvidt sygdom hos partner, plejehjemsflytning, pensionering og forventningen om negative livsændringer kan øge selvmordsrisikoen hos ældre mænd. Det samme gælder betydningen af problematiske relationer til professionelle, alkohol- og medicinmisbrug, samt smertefuld sygdom. Ligeledes vides det ikke, i hvilken udstrækning selvmord blandt ældre udføres som et drab af partner, der er efterfulgt af eget selvmord.

- Det anbefales, at der iværksættes studier til belysning af, hvilke forhold der har indflydelse på sorg og krisereaktioner hos ældre mænd. Der opfordres til, at man anlægger et socialpsykologisk og biologisk perspektiv på problemstillingen.
- Det anbefales, at der udføres studier, der i større grad end hidtil, kan belyse, om ældre mænds depressive lidelser bliver identificeret og behandlet i tilstrækkelig grad, samt hvorledes behandlingen evt. kan optimeres. Studier på dette område bør omfatte den ældres indstilling til den iværksatte behandling, samt andre personlige forhold, der kan have henholdsvis en positiv og negativ effekt på behandlingsforløbet.
- Der bør undersøges, om de offentlige og frivillige tilbud i lokalområdet dækker ældre mænds behov og ønsker, samt om formidlingen af eksisterende tilbud og aktivitetsmuligheder kan forbedres.
- Både ældres og professionelles holdninger til selvmordsadfærd bør undersøges. Heri bør indgå emneområder som: 'opfattelsen af det gode liv', "en værdig død", "dødsangst" og "opfattelsen af aldring og alderdom".
- Der bør iværksættes undersøgelser for at opnå en større viden om de efterladte efter gamle menneskers selvmord. Fokus bør blandt andet være, om sorg- og krisereaktionen kan medføre en højere risiko for at begå selvmord.

FORSKERGRUPPEN ÆLDRE & SELVMORD

I forbindelse med den nationale handleplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord blev der i 2001, med støtte fra Socialministeriet, gennemført et Forskerseminar i Dansk selvmordsforskning arrangeret af Referencegruppen til Forebyggelse af Selvmordsforsøg og Selvmord. I den anledning blev Forskergruppen Ældre & Selvmord etableret på initiativ af Elene Fleischer.

Forskergruppen Ældre & Selvmord er et åbent forum, hvor alle med faglig interesse for problemstillingen ældre og selvmord er velkommen til at deltage. Gruppen har typisk 5 – 6 møder om året, hvor nye og igangværende projekter præsenteres og diskuteres. Således har Forskergruppen bl.a. fungeret som baggrunds- og ressourcegruppe for følgende projekter:

- Det afsluttede Modelprojekt ”*Forebyggelse af selvmord blandt gamle*” i Vejle Amt ved Karin Oudshoorn og Elene Fleischer.
- Det afsluttede Ph.d.-projekt ”*Disparities in the suicide of the old and oldest old in Denmark*” ved Annette Erlangsen.
- Det afsluttede bogprojekt ”*Selvmod blandt gamle mennesker – myter, viden og forebyggelse*” med Jorit Tellervo som redaktør og initiativtager.
- Workshops om ”*Ældre og selvmord*” ved 2., 3. og 4. Årsmøde for Dansk Selvmordsforskning, arrangeret af Center for Selvmordsforskning, Odense.
- Dokumentarfilmen ”*Når livet bliver for langt*” af Christian Grønning.
- Minikonferencen: ”*Selvmod blandt ældre – at klæde organisationen på*” ved den Nationale Konference om Selvmordsforebyggelse, 7. juni, 2004, Nyborg.
- Det igangværende Ph.d.-projekt ”*Ældres selvmord og selvmordsforsøg – en komparativ interviewundersøgelse af ældres livshistorie og oplevelser af belastninger i alderdommen*” ved Jan-Henrik Winsløv.

Derudover har flere af gruppens medlemmer været involveret i produktionen af det materiale, der i de sidste år er udkommet i Danmark om emnet, ligesom flere af gruppens medlemmer har publiceret artikler i internationale og nationale tidsskrifter. Endelig kontaktes gruppens medlemmer ofte af nyhedsmedierne.

I forbindelse med den internationale konference ”10th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour” i 2004 i København oprettede Forskergruppen Ældre & Selvmord et internationalt netværk for forskning omkring selvmord og ældre. Gruppen består bl.a. af *Prof. Diego De Leo*, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Australien, *Prof. Yeates Conwell*, Center for the Study and Prevention of Suicide, USA, *Dr. Magda Wærn*, Göteborgs Universitet, Sverige, *Dr. Heidi Hjelmeland*, Psykologisk institut, Norge og *Dr. Reinhard Lindner*, Center for Therapy and Studies of Suicidal Behavior, Tyskland. Næste internationale møde finder sted ved American Association of Suicidology’s årsmøde i april 2005, som afholdes i Denver, Colorado, USA. Der planlægges yderligere møder ved fremtidige konferencer,

Forskergruppen Ældre & Selvmord omfatter selvmordsforskere, præster, repræsentanter fra sygeplejen, den kliniske gerontopsykologi, gerontopsykiatrien og organisationer som Livslinien og Ældresagen. Alle medlemmer har det til fælles, at de fagligt beskæftiger sig med selvmordstruede og udsatte ældre. Samtlige af gruppens medlemmer har bidraget til diskussionerne i denne rapport. Man bedes rette henvendelse til de hovedansvarlige, såfremt yderligere oplysninger ønskes. Følgende er hovedansvarlige for rapporten::

Psykolog **Jan-Henrik Winsløv**. Tovholder for Forskergruppen Ældre & Selvmord, ansat som projektforsker ved Gerontopsykiatrisk Afd., Psykiatrien i Århus Amt og Center for Gerontopsykologi, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet. Ph.d.-stud. ved Center for Sundhed, Menneske og Kultur, Institut for Filosofi, Aarhus Universitet.

Kan træffes på tlf. 77 89 27 54 og e-mail: jhw@geronet.dk

Adjunkt **Annette Erlangsen** Ph.d. Tovholder for den Internationale Netværksgruppe for Ældre og Selvmord. Ansat på registerforskningsprojekt om determinanter for ældres selvmord ved Center for Registerforskning, Aarhus Universitet og Center for the Study and Prevention of Suicide, University of Rochester Medical Center, USA.

Kan træffes på e-mail: aer@ncrr.dk

Forsker og Konsulent **Elene Fleischer** Ph.d. Speciale kommunikationsvidenskab og selvmordsadfærd. Tilknyttet Center for Forebyggelse af Selvmordsadfærd i Odense, Psykiatrisk Afd. P, Odense Universitetshospital.

Kan træffes på tlf. 26 98 30 28 og www.elene.dk. e-mail: fleischer@elene.dk

Forskergruppens øvrige medlemmer var ved rapportens afslutning, primo 2005:

Lise Bender, specialist i klinisk gerontopsykologi, Gerontopsykiatrisk Afd. D, i Århus Amt.

Jeanette Boye König, hospitalspræst ved Vejle Sygehus.

Michael Esmann, souschef på Livslinien, København.

Birthe Jonsen, ansvarlig for de frivillige, Ældre Sagen, København.

Søren Juul-Nielsen, overlæge ved Gerontopsykiatrisk Afd. D, Psykiatrien i Århus Amt.

Tove Lausen, overlæge ved Gerontopsykiatrisk Afd. D, Psykiatrien i Århus Amt.

Tove Madsen, ledende sygeplejerske ved Forebyggelsesteamet i Frederiksberg kommune.

Maja O'Connor, psykolog, Den sociale højskole i Århus.

Karin Oudshoorn, tidl. koordinator på det selvmordsforebyggende arbejde i Vejle Amt.

Kate Runge, speciallæge i samfundsmedicin og tidl. Embedslæge i Århus Amt.

Antti Samppa, overlæge ved gerontopsykiatrisk team, Roskilde Amts sygehus, Fjorden.

Rachel Santini, Kultursociolog, ernæringsfysiolog, Dansk Institut for Folkesundhed, Kbh.

Jorit Tellervo, bogredaktør, sygeplejerske og billedkunstner, København.

Karin Vigsø, sygeplejerske, Gerontopsykiatrisk ambulatorium i Haderslev.

Jytte Aaen, sygeplejerske ved Sygehus Vendsyssel, Hjørring.

Forskergruppen Ældre & Selvmord kan varetage følgende opgaver:

For fremtidige projekter kan Forskergruppen fungere som ressource- og baggrundsgruppe, sådan som den hidtil har fungeret for de tidligere nævnte projekter – det forudsætter blot, at de projektansvarlige deltager aktivt i forskergruppens virke. Ligeledes vil flere af gruppens medlemmer være i stand til at påtage sig formelle arbejdsfunktioner og eventuelt indtræde i styregrupper for projekter omkring udsatte og selvmordstruede ældre. Det kan eksempelvis være med forsknings- og forebyggelsesprojekter, ved etableringen af forebyggelsescentre i kommunerne eller ved udvikling af formaliserede samarbejdsrelationer mellem den professionelle og frivillige sektor.

Flere af forskergruppens medlemmer er aktive i udviklingen af fremtidige projekter omkring ældre og selvmord. Det drejer sig dels om forskning, samt vidensformidling til frivillige og lægfolk, men også om konceptualisering af kommunale forebyggelsescentre.

LITTERATUR

1. Erlangsen A, Bille-Brahe U og Jeune B (2003) Differences in suicide between the old and the oldest old. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 58B; 314-322.
2. Dødsårsagsregisteret 2000 (2004) Sundhedsstyrelsen: København.
3. Nowers M (1993) Deliberate Self-harm in the Elderly: A Survey of one London Borough. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8; 609-614.
4. Harwood D og Jacoby R (2000) Suicidal behaviour among the elderly. I Hawton K og Heeringen K van (red.) *The International handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley & Sons: West Sussex, 275-91.
5. Forslag til Handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. (1998) Sundhedsstyrelsen: København. URL: <http://www.sst.dk/publ/publ1998/selvmod/suhpsmra/index.htm>.
6. Regeringens redegørelse til Folketinget om Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008 (1999) Folketingets Sundhedsudvalg: København.
7. Oudshoorn K og Fleischer E (2002) Ældre og selvmord i Vejle Amt. Vejle Amt: Vejle.
8. Oudshoorn K og Fleischer E (2003) Forebyggelse af selvmord blandt ældre i Vejle Amt. Evalueringsrapport. Vejle Amt: Vejle.
9. Holler, Fleischer, E og Oudshoorn, K (2004) Ældre og selvmord – forebyggelse af selvmord blandt ældre. Langtidseffekten af undervisningen. Vejle Amt: Vejle.
10. Evaluering af modelprojekter til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord (2004) Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord, Socialministeriet samt Indenrigs- og sundhedsministeriet: København; 7-8.
11. Blazer DG (2003) Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 58A; 249-265.
12. Kraaj V, Arensman E og Spinhoven P (2002) Negative Life Events and Depression in Elderly Persons: A Meta-Analysis. *Journals of Gerontology* 57B; 87-94.
13. O'Conner M (2001) Ældre efterladte. Traumatisering, social støtte og forebyggelse i teoretisk og empirisk belysning. Dansk Krise- og katastrofepsykologisk selskab.
14. De Leo D et al. (1999) Blindness, Fear of Sight Loss, and Suicide. *Psychosomatics* 40; 339-344.
15. Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U og Vaupel, JW (2004) Loss of partner and suicide risks among the oldest old: a population-based register study. *Age and Ageing* 33; 378-383.

16. Erlangsen A, Vach W, Jeune B (i tryk) The impact of hospitalization with somatic diagnoses on the suicide risk among the oldest old: a population-based register study. *Journal of the American Geriatrics Society*.
17. Rubenowitz E, Waern M, Wilhelmson K, Allebeck P (2001) Life events and psychosocial factors in the elderly suicides - a case-control study. *Psychological Medicine* 31; 1193-1202.
18. Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmson K, Allebeck P (2002) Burden of illness and suicide in elderly people: Case-control study. *British Medical Journal* 324; 1355-1359.
19. Daatland SO og Solem PE (2000) Aldring og Samfunn. En innføring i socialgerontologi. Fakkbokforlaget: Bergen.
20. Hendry LB og Kloep M (2002) Lifespan Development. Resources, Challenges and Risks. Thomson Learning: London.
21. Lazarus RS (1991) Emotion & Adaptation. Oxford University Press: New York.
22. Munk K (1999) Belastninger i Alderdommen. Sundhed, Menneske og Kultur - Skriftserie, Nr 1, 1999, Aarhus.
23. Hooyman NR, Kiyak HA (1995) Personality and social adaptation in old age. *Social gerontology. A multidisciplinary perspective*. Allyn and Bacon: Boston, MS; 210-222.
24. Erlangsen A (2004) Disparities in suicide among the old and oldest old in Denmark. Ph.D.-afhandling, Epidemiologi, Syddansk Universitet: Odense.
25. Harwood D, Hawton K, Hope T og Jacoby R. (2000) Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15; 736-743.
26. Catell HR (1988) Elderly suicide in London: an analysis of coroners inquests. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 551-561.
27. Smith MT, Edwards RR, Robinson RC og Dworkin RH (2004) Suicidal ideation, plans, and attempts in chronic pain patients: factors associated with increased risk. *Pain* 111; 201-208.
28. Juurlink DN et al. (2004) Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of Internal Medicine* 14; 1179-1184.
29. Hadjistavropoulos T, LaChapelle D, Hale C og MacLeod FK (2000) Age- and appearance-related stereotypes about patients undergoing a painful medical procedure. *The Pain Clinic* 12; 25-33.
30. Mitchell C (2001) Assessment and management of chronic pain in elderly people. *British Journal of Nursing* 10; 296-304.

31. Miller LL og Talerico KA (2002) Pain in older adults. *Annual review of nursing research* 20; 63-88.
32. Szanto K et al. (1997) Suicidal ideation in elderly bereaved: the role of complicated grief. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 27; 194-207.
33. Kim JE og Moen P (2002) Retirement transitions, gender, and psychological well-being: A life-course, ecological model. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 57B; 212-222.
34. Beck AT et al. (1985) Hopelessness and eventual Suicide: A 10-year Prospective Study of Patients Hospitalized with Suicidal Ideation. *American Journal of Psychiatry* 142; 559-563.
35. Beck AT et al. (1990) Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication With Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry* 147; 190-195.
36. Draper B (1996) Attempted Suicide in Old Age. Editorial Review. *International journal of geriatric psychiatry* 11; 577-587.
37. Ekeberg O og Aargaard I (1991) Selvmord og Selvmordsforsøk blant eldre. In *Tidsskrift for den Norske lægeforening* 111; 562-564.
38. De Leo D et al. (2001) Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre study of suicidal behaviour. *International Journal Geriatric Psychiatry* 16; 300-310.
39. Benjaminsen S (2004) Selvmordsforsøg. Undersøgelse og behandling. Kvalitetssikringsprojekt 1994-2003. Odense Universitetshospital: Odense.
40. Vurdering og visitation af selvmordstruede. Vejledning til sundhedspersonalet (2004) Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen: København.
41. Harwood D, Hawton K, Hope T og 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; 155-165.
42. Conwell Y et al. (1996) Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry* 153; 1001-1008.
43. Heikkinen M, Aro H og Lönnquist J (1992) The partners' views on precipitant stressors in suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 85; 380-384.
44. Waern M, Beskow J, Runeson B og Skoog (1996) High rate of antidepressant treatment in elderly people who commit suicide. *British Medical Journal* 313; 1118.
45. Gulmann NC (2001) *Praktisk Gerontopsykiatri*, 3. udgave, Hans Reitzels Forlag: København.

46. Minicuci N et al. (2002) Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: the Veneto Study. *Journal of Gerontology: Biological Sciences* 57; 155-161.
47. Takkinen S et al. (2004) Gender differences in depression: a study of older unlike-sex twins. *Aging & Mental Health* 8; 187-195.
48. Reynolds III CF og Kupfer DJ (1999) Depression and Aging: A look to the future. *Psychiatric Services* 50; 1167-1172.
49. Winkler D et al. (2004) Gender differences in the psychopathology of depressed inpatients. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 254; 209-214.
50. Carnahan RM og Perry PJ (2004) Depression in aging men: the role of testosterone. *Drugs & Aging* 21; 361-376.
51. Orengo CA, Fullerton G og Tan R (2004) Male Depression: a review of gender concerns and testosterone therapy. *Geriatrics* 59; 24-30.
52. Karel JK og Hinrichsen G (2000) Treatment of Depression in late life – psychotherapeutic interventions. *Clinical psychology review* 20; 707-729.
53. Reynolds III CF et al. (1999) Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. A randomized controlled trial in patients older than 59 years. *The Journal of the American Medical Association* 281; 39-45.
54. Torpdahl P et al. (2004) Cognitive group psychotherapy vs. Antidepressant treatment of 70+ year-olds with mild to moderate depression. Præsentation ved 17. Nordiske Kongres i Gerontologi, Maj 2004, Stockholm
55. Wegéns, J (2003) Ensomheden i alderdommen – besøgsvenner og mulige alternativer. Skriftserien Nr. 7. Gerontologisk Institut: Aarhus.
56. Rønne M, Knudsen M og Rasmussen B (1988) Enkeprojektet. Rapport nr. 3. Århus Kommune: Århus.
57. Raphael B (1977) Preventive Intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry* 34; 1450-1454.
58. Idekatelog: inspiration til undervisning i selvmordsforebyggelse på grunduddannelserne (2004) Center for selvmordsforskning: Odense.
59. Fleischer E (2000) Den talende tavshed. Selvmord og selvmordsforsøg som talehandling. Odense Universitetsforlag: Odense.
60. Benjaminsen S (1994) Selvmord. Månedsskrift for praktisk lægegerning, 885-95.
61. Alston MH og Robinson BH (1992) Nurses' attitudes toward suicide. *Omega: Journal of Death and Dying* 25; 205-215.

62. Zweig RA, Hinrichsen GA (1993) Factors associated with suicide attempts by depressed older adults: A prospective study. *American Journal of Psychiatry* 150; 1687-1692.
63. Duberstein PR et al. (1995) Attitudes toward self-determined death: A survey of primary care physicians. *Journal of the American Geriatrics Society* 43; 395-400.
64. Ogden RD og Young MG (2003) Washington State social workers' attitudes toward voluntary euthanasia and assisted suicide. *Social Work in Health Care* 37; 43-70.
65. Rogers JR et al. (2001) Rational Suicide: An empirical investigation of counselor attitudes. *Journal of Counseling & Development* 79; 365-372.
66. Samuelsson M og Asberg M (2002) Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients. *International Journal of Nursing Studies* 39; 115-121.
67. Zehnder PW og Royse D (1999) Attitudes toward assisted suicide: A survey of hospice volunteers. *Hospice Journal* 14; 49-63.
68. Kristensen IB og Nielsen KR (1996) Selvmord hos ældre i Århus Amt. *Ugeskrift for Læger* 158; 579-583.
69. Bruvik-Ruhlmann PEG, Kristensen IB og Nielsen KR (2004) Selvmord hos ældre i Århus Amt i perioden 1993-2000. Et deskriptivt studium. *Ugeskrift for Læger* 166; 4151-4154.
70. Osgood NJ et al. (1995) Alcoholism and Aging: An Overview. I Osgood, N.J., Wood, H.E. og Parham, I.A.: *Alcoholism and Aging. An Annotated Bibliography and Review*, Greenwood Press: Westport, CT; 52.
71. Nielsen AS og Thorsen T (1998) Alkohol. I Schiødt H (red) *Synspunkter på Selvmord - en debatbog*. Center for Selvmordsforskning: Odense.
72. Winsløv JH, Bender L og Munk K (2004) Ældres selvmordsforsøg – risikoprofiler og forebyggelse af ældres selvmord. Præsentation ved 17. Nordiske Kongres i Gerontologi. Maj 2004, Stockholm.
73. O'Neill C, Feenan D, Hughes C og McAlister DA (2003) Physician and family assisted suicide: Results from a study of public attitudes in Britain. *Social Science & Medicine* 57; 721-731.
74. Bender ML (2000) Suicide and older African-American women. *Mortality* 5; 158-170.
75. Segal DL, Mincic MS, Coolidge FL og O'Riley A (2004) Attitudes toward suicide and suicidal risk among younger and older persons. *Death Studies* 28; 671-678.
76. Seidlitz L, Duberstein PR, Cox C og Conwell Y (1995) Attitudes of older people toward suicide and assisted suicide: An analysis of Gallup poll findings. *Journal of the American Geriatrics Society* 43; 993-998.

77. Shneidman ES. (1981) The psychological autopsy. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 11; 325-340.