

Færre selvmordsforsøg og selvmord

Perspektiver for indsatsen.

Definitioner

I handlingsplanen bruges både betegnelserne personer med selvmordsadfærd og selvmordstruede.

Selvmondsadfærd forstås som en sammenfattende betegnelse for selvmordstrusler, selvmordsforsøg og fuldbyrdede selvmord.

Det at være *selvmordstruet* bruges om en bredere gruppe. Til de selvmordstruede hører personer med selvmordsadfærd eller alvorlige selvmordstanker.

Selvmod og selvmordsforsøg er defineret i henhold til WHO's definitioner:

Selvmod

"En handling med dødelig udgang, som afdøde med viden eller forventning om et dødeligt udfald selv havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde de af den døde ønskede forandringer".

Selvmondsforsøg

"En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser".

Forord

Denne rapport gengiver indlæg fra en konference om forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord, som Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord afholdt den 27. september 1999 i Odense.

Referencegruppen er nedsat i tilknytning til Socialministeriet, Sundhedsministeriet og Undervisningsministeriet. Konferencen er det første mere synlige arrangement som opfølgning af det forslag til handlingsplan, som er udarbejdet af et udvalg under Sundhedsstyrelsen ("Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark", 1998).

Handlingsplanen skal over en femårig periode følges op af referencegruppen, som skal være med til at vurdere den samlede indsats på området.

Formålet med handlingsplanen og dermed referencegruppens arbejde er at bidrage til at skærpe opmærksomheden om indsatsen for at forebygge selvmord, herunder sætte fokus på og udvikle indsatsen over for selvmordstruede og personer, der har forsøgt selvmord. Foruden de selvmordstruede selv er der også et hensyn at tage til de familier, der bliver ladet tilbage efter et selvmord eller til de familier, som har en selvmordstruet iblandt sig.

Handlingsplanen gennemgår en lang række forslag til indsatser, der kan nedsætte antallet af selvmordsforsøg og selvmord. En del af handlingsplanens forslag ligger i forlængelse af aktiviteter, som allerede finder sted, mens andre forslag vil kræve iværksættelse af nye initiativer.

Formålet med konferencen var at præsentere og drøfte handlingsplanen og dens opfølgning, at præsentere lokale planer og strategiovervejelser om forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord samt at formidle en faglig dialog gennem fem workshops, der satte fokus på problemstillinger, som handlingsplanen berører.

Konferencen henvendte sig til nøglepersoner i amterne, kommunerne og det frivillige sociale arbejde. Et andet formål var således også at medvirke til dannelse af netværk, som kan støtte det lokale arbejde og formidle viden og erfaringer til professionelle og frivillige inden for området. Derfor bringes konferencens indhold via nærværende rapport til de mange, som ikke havde mulighed for at deltage, men som gennem deres arbejde er i berøring med selvmordsproblematikken, og som derfor kan have interesse i de emner, der blev behandlet på konferencen.

Souschef Frode Svendsen, Socialministeriet
Kontorchef Bjarke Thorsteinsson,

Hovedpunkterne i handlingsplanen

Indlæg ved overlæge Merete Nordentoft, Bispebjerg Hospital

Ph.D., MPH Merete Nordentoft er overlæge på Bispebjerg Hospital og har været formand for det udvalg under Sundhedsstyrelsen, som har udarbejdet handlingsplanen.

Handlingsplanen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord arbejder med tre forebyggelsesniveauer, og i dette indlæg gør formanden for udvalget bag handlingsplanen rede for planens konkrete anbefalinger

Ud af de cirka 60.000 årlige dødsfald i Danmark er de knap 900 selvmord. Gennem de seneste 20 år har der været et fald i selvmordshyppigheden, og selvmordsraten for 1996 er den laveste i mange år. Alligevel ligger Danmark stadig forholdsvis højt placeret i Europa, når det gælder selvmordsforsøg og selvmord. Der sker formentlig ti gange så mange selvmordsforsøg som fuldbyrdede selvmord.

Ser man på antallet af selvmord over en årrække, viser det sig (figur 1), at det er gået meget op og ned. Forekomsten af selvmord er højere blandt mænd end blandt kvinder, men forskellen er blevet mindre med årene.

Figur 1: Selvmord i Danmark 1835-1996

Ser man på selvmordshyppigheden i byerne og på landet, viser det sig, at selvmordsraten de to steder gennem de seneste cirka 20 år har nærmet sig hinanden - for mændenes vedkommende er forskellen fuldstændig forsvundet. Dette skyldes især et stærkt fald i selvmordsraten i hovedstaden.

Selvmordshyppigheden er stigende med stigende alder. For selvmordsforsøg forholder det sig omvendt. Figur 2 viser en statistik over selvmordsforsøg i Fyns Amt, opgjort på aldersgrupper. Der findes ikke nogen pålidelig, landsdækkende statistik, der viser denne sammenhæng. Langt flere unge end ældre forsøger at begå selvmord, og blandt de 15-19-årige er der over fire gange så mange piger som drenge, der forsøger. En tilsvarende figur, der viste fuldbyrdede selvmord, ville omvendt vise, at der var flere ældre (og blandt disse flere mænd end kvinder) der

begår selvmord. Det er altså forskellige populationer, man har med at gøre, når det drejer sig om selvmordsforsøg og selvmord.

Figur 2: Aldersspecifikke rater for selvmordsforsøg i 1996 (Fyns Amt)

Forudsætningerne for forebyggelsen kan illustreres med figur 3, som viser de tre forskellige forebyggelsesniveauer: Specifik forebyggelse, forebyggelse i forbindelse med risikofaktorer og risikogrupper samt generel forebyggelse.

Figur 3: Forebyggelsens forudsætninger

Specifik forebyggelse

Initiativer eller handlinger, der griber forebyggende ind i selvmordsprocessen, det vil sige over for personer, der har forsøgt eller overvejer selvmord.

Risikofaktorer og risikogrupper

Initiativer over for faktorer, der øger risikoen for selvmordsadfærd, og i forhold til specielle befolkningsgrupper, der er kendetegnet ved en sådan øget risiko. Hertil hører også intervention i forhold til tilgængelighed af selvmordsmidler.

Generel forebyggelse

Forskellige støttende og afhjælpende tiltag af psykologisk, pædagogisk og social art med det formål at højne livskvaliteten og øge menneskers muligheder for at påvirke deres eget liv. Det tilstræbes at styrke individets egne ressourcer og dermed sætte det bedre i stand til at håndtere livskriser og belastende problemer. Den generelle forebyggelse omfatter også bearbejdning af holdningerne til selvmordsadfærd.

Som en forudsætning for indsatsen på de tre forebyggelsesniveauer skal der ske en opgradering af forskningen og den statistiske registrering, og også uddannelsessiden skal styrkes.

Tre stadier i selvmordsprocessen

Personer med selvmordsadfærd kan være mere eller mindre synlige. De kan opdeles i følgende grupper (Yngve Hammerlin og Georg Schelderup: Når livet bliver en byrde (Gyldendal, 1994):

1. De ikke synlige/ikke synliggjorte er personer med belastende sociale, psykiske eller fysiske problemer og som derfor er i en risikogruppe, men som ikke har ytret deres selvmordstanker eller handlinger.
2. Synlige/synliggjorte er personer, der søger hjælp eller markerer eksistentielle kriser på en måde, der identificerer dem som selvmordstruede. De er enten synliggjort af andre eller har synliggjort sig selv i forhold til tanker eller ønsker om at begå selvmord. Da de er synliggjorte, kan der iværksættes konkrete behandlings- eller støttetilbud.
3. De tydelige/tydeliggjorte er den gruppe, som professionelle og andre har defineret som behandlings- og omsorgstrængende, for eksempel fordi de har forsøgt selvmord og derfor må have aktiv hjælp.

Handlingsplanens konkrete forslag

Handlingsplanen giver en række anbefalinger inden for de tre forebyggelsesniveauer, som er nævnt i det foregående.

Generel forebyggelse:

Den generelle forebyggelse vil ifølge sagens natur være meget bred, så meget af det, der foregår vil være rettet imod at forbedre livskvaliteten, øge netværk, forebygge misbrug, mobning m.v. Mange af disse tiltag vil altså ikke være rettet alene mod forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord.

- Gennem forskellige samfundsmæssige tiltag skal der sigtes imod at øge menneskers livskvalitet og reducere de samfundsmæssige forhold, som er med til at skabe mistro og marginalisere dele af befolkningen i forhold til det øvrige samfund.
- Gennem pædagogiske og psykologiske tiltag skal man træne børn, unge, voksne og ældre mennesker i at håndtere konflikter og kriser.
- Skoler og fritidsordninger skal aktivt deltage i at udvikle livsmod hos børn og unge samt at skabe en atmosfære, der opfordrer til fællesskab.
- Det sociale og frivillige netværk skal styrkes og udvikles.

Risikofaktorer og risikogrupper:

- Der skal gøres en intensiveret opfølgingsindsats for at mindske den øgede risiko for selvmordshandlinger blandt psykisk syge og misbrugere af alkohol eller stoffer. Personer i disse grupper har den største selvmordsrisiko blandt risikogrupperne. For eksempel har alkoholmisbrugere 20 gange så stor selvmordsrisiko som baggrundsbefolkningen, mens den tilsvarende risikofaktor for de psykisk syge er 40 (1987) – en faktor, som har været stærkt stigende gennem de seneste par årtier. Tidspunktet umiddelbart efter udskrivelse er det værste, og derfor en der lagt vægt på en hurtig opfølgingsindsats.
- Uddannelse af praktiserende læger skal forbedres i forhold til diagnostik og behandling af misbrug og psykiske sygdomme.

I forhold til øvrige risikogrupper, herunder fysisk syge, etniske minoriteter, institutionsanbragte og fængslede, skal opmærksomheden på risikoen for selvmord. For eksempel viser tal vedrørende de fysisk syge, at selvmordshyppigheden blandt folk, der får stillet en alvorlig fysisk diagnose (fx sklerose eller kræft), er fordoblet. Derfor skal læger tænke på, hvordan diagnosen gives til patienten, og sikre, at der er tilstrækkelige, opfølgende støttetilbud. Noget tilsvarende gælder for de andre områder, der er nævnt under dette punkt.

- Vedrørende ældre og unge skal der være opmærksomhed på den øgede risiko for selvmordsadfærd og på, at der eksisterer relevante støtte- og behandlingsmuligheder. Blandt de ældre er der mange, der begår selvmord, mens selvmordsforsøg og selvmordstanker er særligt udbredt blandt de unge.
- Tilgængeligheden til de mest anvendte selvmordsmetoder skal reduceres.

For mændenes vedkommende har forgiftning og hængning siden 1920'erne været de to mest benyttede selvmordsmetoder og er det stadig. Skydning ser ud til at optræde med stigende hyppighed blandt mænd, hvilket kunne tale for at ændre våbenloven for at mindske tilgængeligheden til denne metode. At tilgængeligheden til farlige remedier har en betydning for selvmordsmetoden kan ses af, at skydning er langt den almindeligste selvmordsmetode i USA.

Kvinderne har hele tiden haft forgiftning som den dominerende selvmordsmetode, men gennem de seneste 20 år er metoden faldet dramatisk. Det skyldes tre forhold: husholdningsgassen er blevet mindre giftig, man bruger ikke længere barbiturater til sovemedicin, og det smertestillende stof, der hedder dextropropoxyphen, kan i dag kun ordineres på særlige recepter. Til gengæld ser det for kvindernes vedkommende ud til, at antallet af hængninger stiger lidt, hvilket er bekymrende, da det jo er meget vanskeligt at mindske tilgængeligheden til denne metode.

Vi har undersøgt, hvordan selvmordsforsøg med svage smertestillende midler har udviklet sig. Figur 4 viser udviklingen i antallet af udskrivninger efter forgiftning med disse midler, og heraf er langt de fleste selvmordsforsøg. Fra omkring 300 udskrivninger om året i 1977 er der i løbet af 20 år sket en femdobling til omkring 1.500 om året i 1996.

Figur 4: Udvikling i antal udskrivninger efter forgiftning med svage smertestillende midler

Figur 5 viser, at det er de unge piger, som indlægges med disse forgiftninger. Gruppen hedder de 11-20-årige, men i praksis er pigerne mellem 15 og 19 år. Dødeligheden ved forgiftning med svage smertestillende stoffer har dog været nogenlunde konstant, hvilket skyldes, at man på de medicinske afdelinger er blevet bedre til at behandle den slags forgiftninger. Ikke desto mindre er der hvert år 40 mennesker, der dør af sådanne forgiftninger, hvilket sammenlignet med andre lande er et højt tal.

Figur 5: Personer indlagt i 1996 efter forgiftning med svage smertestillende midler

På denne baggrund har vi anbefalet, at man ikke bør udlevere de svage smertestillende midler i ubegrænset mængde, som tilfældet nærmest er i dag. Hvis man kun kan få 25 styk ad gangen og i blisterpakning, imødegår man de impulshandlinger, hvor folk tømmer et glas med måske 150 piller.

Specifik forebyggelse:

- Personer, som er selvmordstruede, skal identificeres og tilbydes et relevant behandlingstilbud.
- De selvmordstruede skal vurderes hurtigt og korrekt med den nødvendige faglige ekspertise. Strukturen i tilbuddene skal tilpasses de lokale forhold, og det enkelte amt skal ikke nødvendigvis varetage denne funktion gennem en enkelt instans.
- Selvmordstruede uanset alder, køn, etnicitet, eventuel psykisk sygdom eller misbrug skal kunne tilbydes et relevant behandlingstilbud. Det anbefales, at der etableres en vifte af behandlingsmuligheder til at dække behovet i de forskellige grupper. I dag findes der en række steder tilbud til selvmordstruede, som for eksempel udelukker folk, der samtidig har et misbrug.
- Hjælpen til selvmordstruede skal etableres efter et støttende og ledsagende princip for at effektivere den anbefalede behandling. Man skal altså sørge for at lede folk på vej og ikke slippe dem, før de er kommet hen i det regi, hvor de skal være. I nogle tilfælde skal de helt bogstaveligt overleveres for at sikre, at de når frem. Undersøgelser viser nemlig, at der er stor risiko for, at de ikke følger råd om at opsøge behandling, hvis ikke det tilrettelægges meget grundigt.

Disse punkter er hurtigt nævnt, men når det kommer til at gennemføre dem i praksis, indebærer det en kæmpe arbejdsindsats at etablere den nødvendige vifte af muligheder samt at sikre sig, at folk virkelig kommer hen til det rette behandlingstilbud.

Uddannelse:

- På tværs af de tre forebyggelsesniveauer anbefaler handlingsplanen, at man forbedrer undervisningen og uddannelsen af alle faggrupper, som arbejder med selvmordstruede personer i forebyggelsesregi eller behandlingsregi.

Information:

- Der skal udarbejdes informationsmateriale, som oplyser om støttetilbud, og desuden skal der tilvejebringes materiale, som fokuserer på at udbrede kendskab og holdninger til selvmordsadfærd. Meget af dette materiale skal oplyse om lokale støttemuligheder og derfor udarbejdes lokalt.

- Der skal tages kontakt til medierne med henblik på at udarbejde et sæt etiske regler for behandling af selvmordsstof. Man ved, at sensationel omtale af selvmord, hvor man fokuserer på det enkelte individs oplevelsesramme og handlinger, faktisk er farligt. Jo mere man kan identificere sig med den person, der bliver skrevet om, desto større er risikoen for, at det smitter.

Statistik:

- Kvaliteten af registreringen af selvmordsforsøg skal forbedres. Der er ganske betydelige fejl i den nationale registrering af selvmordsforsøg. For eksempel fandt vi et stort antal 0-2-årige, som havde foretaget selvmordsforsøg, og det er jo en klar fejl.
- Der skal gennemføres en obligatorisk registrering af, hvilken type præparat der anvendes ved forgiftningsselv mord. I dag registreres der i mange tilfælde 'uspecificerede', hvilket bør forbedres, fordi man kan mindske selvmordshyppigheden ved at gribe ind over for de farlige stoffer.
- Man skal årligt følge den meget høje selvmordsrate blandt psykiatriske patienter og personer, der har forsøgt selvmord. Denne registrering skal suppleres med en monitorering af selvmordsforsøg blandt psykiatriske patienter.

Forskning:

- Handlingsplanen gøres til genstand for evaluering, blandt andet gennem en registrering af, om handlingsplanens delelementer er implementeret. Dette skal ske over en femårig periode.
 - Der skal foregå en egentlig følgeforskning. Denne forskning skal omfatte følgende områder:
 - Måling af effekten af forstærket uddannelsesindsats hos de alment praktiserende læger vedrørende diagnosticering af psykisk sygdom og misbrug.
 - Måling af effekten af øget indsats over for psykiatriske patienter.
 - Evaluering af behandlingstilbud til mennesker, der har forsøgt selvmord.
 - Måling af effekten af at mindske tilgængeligheden af hyppige selvmordsmetoder.
 - Der skal gennemføres forskning på andre områder som for eksempel årsager til fald i selvmordsdødeligheden, årsager og motiver bag selvmordsforsøg og selvmord samt psykologiske karakteristika hos personer med selvmordsadfærd m.v.
 - Dansk selvmordsforskning skal styrkes og udbygges, også i forhold til internationalt samarbejde.
-

Figur 6 viser de forskellige stadier i en selvmordsproces i forhold til de tre forebyggelsesniveauer. Derudover præsenterer figuren de forskellige aktører, som kan være med til at intervenere aktivt i forhold til selvmordsadfærd.

"Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark", august 1998, er udarbejdet af et udvalg under Sundhedsstyrelsen. I forbindelse med arbejdet har udvalget indhentet en række statistiske data, der belyser selvmordssituationen i Danmark. Endvidere er der indsamlet oplysninger om forskning, konkrete projekter og initiativer til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord. Alle disse data udgør baggrunden for handlingsplanen og er samlet i en bilagsdel.

Handlingsplanen koster 150 kr. eksklusiv forsendelse og gebyr. Den kan købes gennem Sundhedsstyrelsens Publikationer, c/o Schultz Information, Herstedvang 12, 2620 Albertslund, telefon 70 26 26 36, fax 43 63 62 45, e-mail sundhed@schultz.dk, hjemmeside: www.sundhed.schultz.dk.

Handlingsplanen kan læses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk.

Referencegruppens arbejde

Indlæg ved kontorchef Bjarke Thorsteinsson, Sundhedsministeriet

Bjarke Thorsteinsson leder Sundhedsministeriets 5. kontor, som står for forebyggelsen. Han indgår i formandskabet for den referencegruppe, som skal følge og støtte arbejdet med at virkeliggøre handlingsplanen.

Handlingsplanens anbefalinger skal gerne blive til mere end gode hensigter. Derfor skal en referencegruppe følge og koordinere det arbejde, som foregår i amterne, kommunerne og de frivillige organisationer. Indlægget gør rede for referencegruppens funktion og for nogle af de konkrete opgaver, gruppen vil tage fat på.

Et nyhedsbrev, en hjemmeside og en guide til brug for amternes planlægning. Det er tre af de konkrete tiltag, som planlægges af den referencegruppe, som er nedsat i forbindelse med handlingsplanen. Referencegruppen skal følge og koordinere den

lokale indsats over for selvmordsforsøg og selvmord. Endvidere skal gruppen være med til at sikre samarbejdet mellem stat, amter og kommuner i opfølgningen af handlingsplanens forslag.

- Forebyggelsen på selvmordsområdet er, ligesom den generelle forebyggelse, en opgave der løses i amterne og kommunerne, og i forhold til selvmordsområdet har de frivillige organisationer også noget væsentligt at byde på, fastslog Bjarke Thorsteinsson.

Officielt indledte man arbejdet med handlingsplanen i december 1998, hvor socialministeren, sundhedsministeren, undervisningsministeren og forskningsministeren meldte ud, hvilke initiativer de havde sat i gang her og nu, og hvordan man ville planlægge arbejdet fremover.

Socialministeren nævnte blandt andet initiativer vedrørende alkohol- og stofmisbrug, selvmordsforskning og de frivillige organisationer. Undervisningsministeren fokuserede på kompetenceopbyggende initiativer forhold til relevante uddannelser, for eksempel læger, psykologer og lærere. Sundhedsministeren fremhævede primært forbedringer inden for psykiatriområdet. Referencegruppen vil ved årsskiftet 1999/2000 evaluere, hvad der er sket i forhold til de udmeldte initiativer.

Funktion og opgaver

- Ansvar og opgaverne er fordelt på en lang række myndigheder, institutioner m.v. I lighed med mange andre forebyggelsesområder har opgaven eller problemet mange ejere, sagde Bjarke Thorsteinsson og nævnte nogle eksempler på konkrete opgaver:

- Kortlægning af forebyggende tiltag på centrale områder
- Generel information
- Tværgående formidling af erfaringer
- Kontakt til uddannelsesmiljøet
- Igangsætning af forsøgs- og udviklingsarbejde
- Vurdering af forskningsbehov
- Evaluering af den samlede handlingsplan.

Bjarke Thorsteinsson understregede, at det selvmordsforebyggende arbejde så vidt muligt skal integreres i de eksisterende strukturer. De forskellige områder har altså hver især ansvaret for at forbedre indsatsen på deres eget område. Koordinationen vil foregå gennem særlige udvalg eller netværksarbejde, ligesom det også er gennem netværkssamarbejde, at udveksling af viden og erfaringer skal ske.

Prioritering af indsatsen

Handlingsplanen giver over hundrede anbefalinger, men planen indeholder ingen egentlig prioritering af indsatsen. I forbindelse med Folketingets debat i begyndelsen af 1999 var alle partier imidlertid enige om, at der er behov for en styrket indsats over for selvmordsforsøg og selvmord.

Blandt en række af konkrete initiativer, som referencegruppen har taget, nævnte Bjarke Thorsteinsson dagens konference.

- Desuden vil vi udgive et nyhedsbrev, som kan medvirke til at styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde og derigennem også styrke dialogen mellem praktikere og forskere. Nyhedsbrevet skal udkomme et par gange om året, og det vil blive inspireret af de tilsvarende nyhedsbreve, som findes i Norge og Sverige.

- Vi vil også etablere en hjemmeside, og nyhedsbrevets mere dybdeborende faglighed kan derved suppleres med et aktuelt formidlingsforum mellem praktikere og forskere. Emnerne kan for eksempel være handlingsplanen, forebyggelse, forskning, statistik, undervisning, amtslige planer, frivillige organisationer, kurser og møder, pårørende samt krisehjælp, sagde Bjarke Thorsteinsson.

Han oplyste videre, at der skal udarbejdes en spørgeguide til amterne. Handlingsplanen anbefaler, at der lokalt foretages en slags status over indsatsen på det selvmordsforebyggende område. Spørgguiden skal være et hjælperedskab i denne proces. Udover at støtte amterne i at planlægge arbejdet, ønsker referencegruppen, at spørgguiden kan danne grundlag for en evaluering af, hvordan planen skrider frem.

- Derudover ønsker vi i referencegruppen at bidrage til, at forskning og lokale udviklingsarbejder intensiveres. Det kan blandt andet være modelprojekter om, hvordan man kunne tilrettelægge selvmordsforebyggelsen på måder, som også er realistiske og bæredygtige i mere tyndt befolkede amter. Også uddannelsesområdet bør udbygges. Andre prioriteringer vil vi vente med melde ud, indtil de økonomiske rammer for de kommende års arbejde er fastlagt, sagde Bjarke Thorsteinsson.

Vanskelig evaluering

Handlingsplanen skal evalueres, og det er besluttet, at denne evaluering skal være ekstern og fokusere på, i hvilken grad anbefalingerne er opfyldt. Det er ikke nogen enkel opgave, konstaterede Bjarke Thorsteinsson, blandt andet fordi en lang række af anbefalingerne også behandles i andet regi, men under andre overskrifter. Det gælder især for den generelle forebyggelse.

Eksempelvis indeholder Regeringens folkesundhedsprogram et selvmordsmål under ældre og unge (initiativerne 10.7 og 9.5). Et andet regeringsinitiativ skal sammenfatte den eksisterende viden om social arv, herunder er overførsel af selvmordsadfærd til næste generation. Endelig har Kriminalforsorgen sin egen

indsats på dette område, oplyste Bjarke Thorsteinsson. Han opfordrede til slut de lokale til at hjælpe referencegruppen med at opbygge et velfungerende netværk.

Figur 7: Organiseringen af indsatsen mod selvmordsforsøg og selvmord.

Bredt sammensat referencegruppe

Referencegruppen er tværfagligt sammensat og består af fire sagkyndige: overlæge Merete Nordentoft fra Bispebjerg Hospital, professor Elsebeth Lynge fra Institut for Folkesundhed, forstander Per Hansen fra Askovgården og forskningsleder Unni Bille Brahe fra Center for Selvmordsforskning. Desuden er der to repræsentanter fra Kontaktudvalget for det Frivillige Sociale Arbejde (afdelingschef Birgitte Holst fra Ældresagen og korshærchef Bjarne Lenau Henriksen fra Kirkens Korshær) samt bestyrelsesmedlem Morten Thomsen fra Livslinien. Endelig har referencegruppen repræsentanter fra Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Københavns og Frederiksberg kommuner samt fra Socialministeriet, Sundhedsministeriet og Undervisningsministeriet.

Formandsskabet deles af Socialministeriet og Sundhedsministeriet. Souschef Frode Svendsen fra Socialministeriets 7. kontor (handicappede og resourcesvage) deler formandsstolen med kontorchef Bjarke Thorsteinsson fra Sundhedsministeriets 5. kontor (forebyggelse). Sekretariatet varetages af Sundhedsstyrelsen og Center for Selvmordsforskning.

Til referencegruppens aktiviteter er der i 1999 afsat 2,4 millioner kroner.

Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008 kan bestilles i Sundhedsministeriet, tlf. 33 92 33 60, eller downloades fra programmets hjemmeside: www.folkesundhed.dk.

Uddannelsesinitiativer

Indlæg ved pædagogisk konsulent Bo Ørsnes, Undervisningsministeriet

Bo Ørsnes er pædagogisk konsulent i Undervisningsministeriet og har været observatør i det udvalg under Sundhedsstyrelsen, som har udarbejdet forslaget til handlingsplanen.

Kendskab til selvmordsproblematikken bør indgå i uddannelsen og efteruddannelsen af alle de faggrupper, som kommer i berøring med selvmordstruede. Handlingsplanen anbefaler, at disse uddannelses tilbud modulopbygges, og i et projekt under Undervisningsministeriet og Center for Selvmordsforskning udvikles undervisningsmoduler, som afprøves gennem en række pilotprojekter på uddannelsesinstitutionerne

Handlingsplanen anbefaler en udbygning af systematisk uddannelse og opkvalificering af alle de faggrupper, der i forbindelse med deres profession kommer i kontakt med personer med selvmordsproblemer.

De pågældende faggrupper har forskellige grader af involvering og også forskelligartede indfaldsvinkler. Behovet for uddannelse vil derfor variere meget, afhængig af hvor direkte kontakten er til selvmordstruede personer, men handlingsplanen anbefaler, at alle faggrupperne som minimum skal have en generel basisviden.

Derfor bør følgende emner indgå i alle uddannelsesforløb:

- Forekomst af selvmord, selvmordsforsøg samt selvmordstrusler og -tanker
- Teorier og forklaringsmodeller
- Risikofaktorer og risikogrupper
- Forebyggelse og behandling ? herunder hvor man kan hente hjælp
- Holdninger og etik.

Det er desuden vigtigt, at alle faggrupper tør involvere sig og sprede den holdning, at selvmordsforsøg og selvmord ikke er en acceptabel udvej på svære problemer.

Faggrupperne i frontlinien

For de faggrupper, der direkte skal behandle og vurdere selvmordstruede personer (fx læger, psykologer, socialrådgivere og sygeplejersker) er formålet med uddannelse på dette område især at formidle viden og færdigheder i forhold til den selvmordsforebyggende behandling.

I det omfang det ikke allerede indgår i de respektive uddannelser, bør de nævnte faggruppers studieplaner indeholde følgende elementer:

- Baggrunds- og risikofaktorer
- Håndtering af mødet med den selvmordstruede
- Viden om tegn på selvmordsadfærd

- Viden om vurdering af selvmordsrisiko
- Samtaleteknik
- Krise og konfliktintervention
- Viden om behandlingsmetoder og deres tilgængelighed
- Visitation til behandling og efteromsorg
- Kendskab til betydningen af en tværfaglig indsats
- Holdninger og etik.

Også på dette uddannelsesfelt fremhæves betydningen af fælles holdninger og etik. Erfaringer viser nemlig, at de eksisterende holdninger ofte er private, tabubelagte og baseret på myter.

Lærere og pædagoger

En særlig gruppe af fagpersoner udgøres af lærere og pædagoger, idet undervisningen og opkvalificeringen her retter sig mod dels at forbedre deres muligheder for at håndtere problemer i forbindelse med selvmordsadfærd eller anden selvdestruktiv adfærd, dels at øge deres kendskab til og brug af sundhedsfremmende og trivselsskabende metoder.

Derfor bør følgende temaer indarbejdes i det pædagogisk/psykologiske undervisningsmodul på de pædagogiske grunduddannelser:

- Basisviden om signaler/symptomer på omsorgssvigt og mistriivsel
- Håndtering af de basale elementer, der fremmer trivsel og god atmosfære i en gruppe/klasse
- Kendskab til forskellige trivselsskabende metoder, såsom metoder til konfliktløsning, indsigt i mestringsstrategier, livsmodundervisning og andre metoder til opbyggelse af børn og unges selvfølelse og handlekompetence i forhold til egen trivsel.

Modulopbygget undervisning

Faggrupper som læger, psykologer, sygeplejersker, lærere og socialrådgivere har efter endt grunduddannelse adgang til formaliserede videreuddannelser. Undervisningen på området bør være kombineret teoretisk og praktisk/klinisk, således at man kan sikre en egentlig handlekompetence på både det diagnostiske og behandlingsmæssige område. De studerende under videreuddannelse bør også inspireres til at udføre forskning og udviklingsarbejde inden for området.

Alle faggrupper bør tilbydes efteruddannelse i form af kortere eller længere kurser, der kan være rettet mod en særlig faggruppe, et fagområde eller en institution med tværfaglig deltagelse. Det kan være psykiatriske afdelinger, skadestuer, døgninstitutioner og lignende. Tværfaglige kurser, der sigter specifikt på arbejdspladsens målgruppe, vil her være optimale.

Både lægfolk og professionelle, der arbejder som frivillige eller er ansat i den frivillige sektor, bør ifølge handlingsplanen have mulighed for relevante kurser og for at kunne trække på lokal ekspertise, for eksempel fra et lokalt koordinerende vidensorgan.

Endelig anbefaler handlingsplanen, at der oprettes en eller flere enheder, som er ansvarlige for at udarbejde forskellige undervisningsmoduler, i samarbejde med de relevante uddannelsesinstitutioner og fagorganisationer.

Det anbefales, at der udarbejdes moduler for:

- En obligatorisk undervisning på grunduddannelserne
- Videreuddannelser, der specielt sigter mod forskning og videreudvikling
- Efteruddannelse, der sigter mod opkvalificering af tidligere uddannet personale
- Kurser, der retter sig imod særlige personalegrupper eller specifikke opgaver
- Kurser og opkvalificeringsmuligheder for frivillige.

Undervisningsministeriets indsats

I forbindelse med offentliggørelsen af handlingsplanen i 1998 meldte undervisningsministeren ud, at viden om forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord og en etisk ansvarlig anvendelse af denne viden skal fremmes i uddannelsessektoren. Samtidig skal fællesskab og ansvar fortsat styrkes med henblik på den forebyggende indsats og styrkelsen af den enkeltes personlige udvikling?.

Denne mere generelle udmelding blev suppleret med en række indsatser, som ministeren ville iværksætte på grund-, efter- og videreuddannelser, i grundskolen samt på ungdomsuddannelserne.

I forhold til grund-, efter- og videreuddannelserne omtales sidst i indlægget et udviklingsprojekt om undervisningsmoduler i forhold til selvmordsproblematikken. Hvad angår grundskoleområdet, er der netop udsendt et større materiale, 'Skolens Mobbemappe?', der med et spørgeskema giver mulighed for at afdække graden og karakteren af mobning på den enkelte skole. Materialet giver også forslag til opbygning af en handlingsplan mod mobning og til at styrke fællesskabet og den enkeltes livsmod. Skolens Mobbemappe kan også læses på Undervisningsministeriets hjemmeside: www.uvm.dk.

Ifølge Regeringens folkesundhedsprogram bør der udarbejdes kriseberedskabsplaner på alle skoler. Antallet af skoler, der udarbejder disse planer, vil derfor sandsynligvis stige kraftigt de kommende år. Det vil være til gavn for børn og unge i tabs- og krisesituationer og desuden fremme den almene trivsel på skolerne. I Folkesundhedsprogrammet fremhæves også de mange skoler, der deltager i WHO's projekt Den Sundhedsfremmende Skole.

Publikationen 'Vejledning om Pædagogisk Psykologisk Rådgivning', der indeholder beskrivelse af PPR's mulige arbejdsopgaver på småbørns- og skoleområdet, udsendes sidst på året. Hvad angår ungdomsuddannelserne er der endnu ikke fundet en generel løsning, der giver mulighed for adgang til Pædagogisk Psykologisk Rådgivning i forbindelse med selvmordstanker eller selvmordsadfærd.

Udviklingsprojekt om selvmordsundervisning

Til sidst vil jeg kort gøre rede for det projekt om videreudvikling af undervisningsmoduler om selvmordsproblematikken, som Undervisningsministeriet udfører i samarbejde med Center for Selvmordsforskning.

Projektet skal afdække eksisterende undervisningstiltag vedrørende selvmordsproblematikken samt afklare ønsker, behov og muligheder for implementering af undervisningsmoduler på grund-, efter- og videreuddannelsesniveau. Endvidere skal projektet udvikle, afprøve og evaluere mindst syv typer undervisningsmoduler, rettet mod forskellige faggrupper inden for følgende fagområder:

- Lærere, pædagoger m.fl.
- Vejledere og undervisere ved gymnasier, handelsskoler, erhvervsskoler m.fl.
- Socialrådgivere
- Sygeplejersker, social- og sundhedsuddannede, sundhedskonsulenter m.fl.
- Praktiserende læger, psykiatere, psykologer m.fl.
- Falck, politi, fængselsvæsen, militær m.fl.
- Andre, for eksempel frivillige organisationer.

Der har været afholdt et inspirationsforum med repræsentanter fra de forskellige uddannelsesområder, og flere herfra har vist interesse for at etablere pilotprojekter. Næste fase i projektet er en dialogrunde med de kommunale og faglige foreninger for at registrere deres tiltag, behov og muligheder.

Pilotprojekter i gang

De undervisningsmoduler, der udvikles, skal i første omgang rettes mod uddannede fagpersoners efteruddannelse og opkvalificering. I samarbejde med uddannelsesinstitutionerne skal modulerne derefter indpasses i grund- og videreuddannelserne. Alt efter faggruppe vil vægtningen af indholdet variere, som det også fremgår af handlingsplanen.

Der er på flere uddannelsesområder indledt pilotprojekter, som bliver evalueret og hvis erfaringer vil indgå i projektet:

- Klubpædagoguddannelsen
- Alment praktiserende læger
- Skoler og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning
- Danmarks Lærerhøjskole
- Døgninstitutioner
- Personale på sygehuse.

Herudover er der planlægning af pilotprojekter i gang vedrørende psykiatriområdet, lægeuddannelsen, Kriminalforsorgen, plejepersonale samt social- og sundhedsassistenter.

Projektledelsen, der består af Gert Jessen fra Center for Selvmordsforskning og undertegnede, prioriterer i samarbejde med referencegruppen retningen i projektet, med henblik på at udvikle undervisningsmoduler på de områder, hvor der er størst behov og samtidig ønske og vilje til at bringe projektet videre.

"Skolens Mobbemappe" hedder et materiale, som Undervisningsministeriet i september 1999 har sendt ud til alle folkeskoler. Mappen giver mulighed for at afdække graden og karakteren af mobning på den enkelte skole. Desuden er der forslag til opbygning af en handlingsplan mod mobning og til at styrke fællesskabet og den enkeltes livsmode. Skolens Mobbemappe kan også læses på Undervisningsministeriets hjemmeside: www.uvm.dk.

"Vejledning om Pædagogisk Psykologisk Rådgivning" vil indeholde en beskrivelse af Pædagogisk Psykologisk Rådgivnings mulige arbejdsopgaver på småbørns- og skoleområdet. Vejledningen udsendes sidst i 1999 og vil også kunne læses på www.uvm.dk.

De frivilliges rolle

Indlæg ved bestyrelsesformand Jeppe Kristen Toft, Livslinien

Jeppe Kristen Toft er bestyrelsesformand for den landsdækkende, frivillige organisation Livslinien, der arbejder med at forebygge selvmordsforsøg og selvmord. Organisationen driver blandt andet en anonym telefonrådgivning for selvmordstruede, deres pårørende og efterladte. Desuden tilbyder man foredrag og undervisning til unge, indsamler viden og oplyser om selvmordsproblematikken.

De professionelle mangler stadig tillid til kvaliteten af de frivilliges arbejde. Derfor bør man støtte de frivillige organisationer, så de bliver bedre rustet til at indgå i et samarbejde med det etablerede system. For de frivillige tilbud er nødvendige i forebyggelsen af selvmordsforsøg og selvmord.

Frivillige og professionelle bør diskutere kvaliteten af det frivillige arbejde, for det er nødvendigt at opbygge en bedre tillid til de frivillige, hvis de skal udfylde deres rolle i forebyggelsen af selvmordsforsøg og selvmord.

Det fastslog Jeppe Kristen Toft i sit indlæg på konferencen. Han pegede på, at de frivillige organisationer allerede i dag supplerer det professionelle behandlingssystem, og noterede med tilfredshed, at handlingsplanen også satser på de frivilliges indsats.

- Jeg vil gerne rose udvalget bag handlingsplanen for den tillid, I har vist de frivillige ved at tildele os en så stor og vigtig rolle i det kommende forebyggelsesarbejde. Det er tydeligt, at I har forstået mulighederne for og set nødvendigheden af et samarbejde mellem de frivillige tilbud og det etablerede systems tilbud, sagde han med adresse til referencegruppen og udvalget bag planen.

- Jeg er sikker på, at de frivillige vil gøre alt, hvad de kan, for at leve op til forventningerne.

Gensidig accept

Jeppe Kristen Toft slog fast, at de frivillige organisationer, der arbejder med selvmordsforebyggelse, hvert år modtager tusinder af henvendelser fra selvmordstruede mennesker, pårørende og efterladte. De frivillige kommer altså i kontakt med rigtig mange af de mennesker, som handlingsplanen er rettet mod.

- En del af de mennesker, som henvender sig til de frivillige organisationer, har ikke selvmordstanker, men mange har, og mange af disse ville måske ikke have henvendt sig til det etablerede system. De er bange for at blive stemplet, registreret, for ikke at blive taget alvorligt eller for at blive svigtet. Bange for, at der ikke er tid til dem, sagde han.

Efter Jeppe Kristen Tofts opfattelse kræver et udbygget og frugtbart samarbejde imidlertid, at de forskellige grupper nærmer sig hinanden.

- Det er nødvendigt med en gensidig accept af forskellighederne. Ikke kun det frivillige og det etablerede system imellem, men også inden for de frivillige tilbud. Hvis vi sammen skal fremstå som områder, der supplerer og hjælper hinanden, må vi have tillid til, at de arbejdsopgaver, vi påtager os eller får tilbudt, også bliver løst i overensstemmelse med arbejdets vigtighed, understregede han.

De frivillige skal kvalificeres

Når frivillige skal være med til at visitere de mennesker, som henvender sig til det frivillige system, er det vigtigt, at de frivillige er rustede til opgaven, fortsatte Jeppe Kristen Toft. Derfor skal de forsynes med de nødvendige visitationsredskaber, og de skal også have de nødvendige muligheder for at gå videre med henvendelserne, hvis ikke de selvmordstruede selv har overskud til det. Det kræver kvalificering af de frivillige, understregede han.

- Hvis man ikke mener, at vi har den nødvendige kompetence, men stadig ønsker, at vores tilbud skal indgå i den samlede forebyggelsesplan, så må man hjælpe os med at få udviklet denne kompetence.

- Det ville være forfærdeligt, når vi nu har fat i disse mennesker, hvis ikke vi kunne hjælpe dem videre. Når de selvmordstruede sidder over for os eller er i telefonen, har vi muligheden for at give dem mod til selv at tage et initiativ, og det er det første skridt ud af problemerne.

- Denne proces tager tid, men det er her, at de frivillige kan træde til. Vi har tiden og engagementet til at hjælpe dem videre i systemet, hvis der er brug for det. Hvilke andre tilbud har fat i så mange mennesker inden for netop denne specifikke målgruppe af selvmordstruede?

Et nødvendigt supplement

Jeppe Kristen Toft mente, at de frivillige er i stand til at forholde sig til selvmordsproblematikken på en anden måde, end de professionelle kan.

- Styrken ved tilbuddene inden for det frivillige felt er selvsagt, at vi når så mange af de mennesker, som det etablerede system har svært ved at nå. Og grunden hertil skal måske findes der, hvor tilbuddene er opstået. De frivillige tilbud er ofte blevet til som svar på en mangel i det etablerede behandlingssystem. Og set i det lys er de både relevante og nødvendige. De supplerer som sådan det offentlige system så fint, at det ville have været en åbenlys fejl ikke at regne med og satse på de frivilliges hjælp i det kommende forebyggelsesarbejde.

- Til trods for forskelligheden blandt de frivillige og deres tilbud – en forskellighed, som i vores øjne er nødvendig for at afspejle brugerne og de berørte – har vi det fællestræk, at vi tager udgangspunkt i det enkelte menneskes specifikke problemer og ikke i, hvilke behandlingstilbud der måtte eksistere. Og da erfaringer med snævre tilbud ikke udelukkende har været positive, håber vi at denne fleksibilitet vil være en model for det fremtidige forebyggelsesarbejde, sagde Jeppe Kristen Toft.

Netværk vejen frem

Efter Jeppe Kristen Tofts opfattelse mangler der i det forebyggende arbejde en bro, der kan forbinde de forskellige tilbud og derved lette vejen rundt i systemet for den

selvmordstruede. Handlingsplanens forslag om lokale vidensenheder, der kan opsamle, koordinere og udvikle lokal viden er derfor en udmærket ide, syntes han.

- Foruden at oplyse om lokale henvisningsmuligheder kunne sådanne enheder være et stærkt redskab i forbindelse med udvikling af den fornødne kompetence. Her tænker jeg også på de uddannelses- og efteruddannelseserfaringer, som de forskellige frivillige organisationer har fået i forbindelse med dygtiggørelsen af deres frivillige. Erfaringer, der i samarbejde med diverse fagfolk kunne udvikles til regionale kurser til alle med interesse i forebyggelsesarbejdet, sagde Jeppe Kristen Toft og gjorde det klart, at de frivillige med handlingsplanen forventer et reelt samarbejde med det etablerede system.

Jeppe Kristen Toft mente videre, at netværk mellem frivillige og fagfolk kan være med til at sikre, at den samlede fælles viden og kompetence inden for lokalområdet vokser i takt med, at erfaringerne fra de enkelte tilbud bliver gennemgået. Han sluttede sit indlæg med en opfordring til de professionelle.

- Det er vigtigt, at de frivillige ikke kun inddrages for syns skyld. Hvis I ønsker at leve op til de løfter, som udvalget har givet de frivillige ved at inddrage dem i forslaget til handlingsplanen, så må I hjælpe os. I skal turde bruge de frivillige og stille jeres viden og kompetence til rådighed for os. I skal ikke være bange for at kritisere os eller stille krav til os. Vi skal nok holde fast i det, der er vores særegenhed.

Lokal strategi for forebyggelsen

Indlæg ved kontorchef Frank Ingemann Jensen, Vejle Amt

Frank Ingemann Jensen er kontorchef i sundhedsforvaltningen i Vejle Amt med ansvar for sundhedsfremme og sygesikring. Vejle Amt har siden 1998 baseret selvmordsforebyggelsen på en ?Strategiplan til forebyggelse af selvmordsadfærd?.

Vejle Amt har valgt at systematisere selvmordsforebyggelsen og indpasse den i amtets sundhedsplan. En treårig strategiplan med tre millioner kroner i ryggen skal kvalificere det selvmordsforebyggende arbejde blandt både professionelle og frivillige. Planen giver gode muligheder for at udbygge samarbejdet med kommunerne

I Vejle Amt har vi en strategiplan til forebyggelse af selvmordsadfærd. Vi har ansat en koordinator, der skal lede arbejdet med at implementere planen, og vi har afsat nogle puljemidler til at støtte arbejdet. Over en treårig periode er der afsat tre

millioner kroner til selvmordsforebyggelse. Det lyder måske ikke af meget, men det er faktisk et stort beløb i et lille amt som vores, når man tænker på den lange ønskeliste, vi har til vores sundhedsvæsen.

Det er altså lykkedes af få afsat forholdsvis mange ressourcer til et enkelt forebyggelsesområde, som endda ikke har den store bevågenhed. Det er der tre vigtige årsager til:

- I efteråret 1996 var selvmordsforebyggelse i fokus på landsplan. Der blev afholdt en høring, og der var også megen debat i medierne.
- På det tidspunkt var vi i gang med at udarbejde en sundhedsplan for amtet, hvor vi fokuserede på ulighed i sundhed. Det har også lidt relation til selvmordsforebyggelse, og vi havde en klar opfattelse af, at den selvmordsforebyggende indsats, der blev gjort i vores sundhedsvæsen, var uacceptabel. Derfor kom spørgsmålet om selvmordsadfærd ind i vores sundhedsplan.
- Vi har i amtet haft en række ildsjæle inden for det offentlige, men også inden for det frivillige arbejde. De har set problemet og behovet for at gøre noget ved det.

Det er vigtigt for selvmordsforebyggelsen, at arbejdet kan forankres i vores sundhedsplan. Det har dannet grundlag for, at vi har kunnet følge strategiplanen konkret op ved at afsætte de nødvendige bevillinger til arbejdet. Vigtigt er det også, at det står i sundhedsplanen, at vi skal gøre dette arbejde. Dermed er det blevet helt naturligt at inddrage selvmordsforebyggelse i samarbejdet om udarbejdelsen af de kommunale sundhedsredegørelser.

Prioritering af specifik forebyggelse

Det overordnede mål for sundhedsområdet i Vejle Amt er at opnå størst mulig sundhed for borgerne i amtet. Det skal ske ved

- at fremme sundhed og forebygge sygdom
- at tilrettelægge god undersøgelse, behandling pleje og træning
- at lindre smerte, bekymring og sorg for dem, som rammes af sygdom.

Vi nævner sundhedsfremme og forebyggelse først som en helt klar opgave for vores sundhedsvæsen. Desuden udtrykker de tre underpunkter i formålet en erkendelse af, at der er en del patienter, vi ikke kan gøre raske. Over for disse mennesker har sundhedsvæsenet den opgave at lindre. Vi ville egentlig gerne have skrevet, at man også skulle trøste, men det var der for megen modstand imod. Jeg synes, at arbejdet med selvmordsforebyggelse passer fint ind i forlængelse af de overordnede mål.

Sundhedsplanens delmål om selvmordsforebyggelse er placeret under 'Ulighed i sundhed'. Der står, at amtet 'i nærmeste fremtid skal søge at udarbejde en plan for en indsats til forebyggelse af selvmord. Indsatsen skal tilrettelægges i et

samarbejde med kommuner og stat samt tage udgangspunkt i de hidtidige erfaringer fra det sociale område og især være rettet mod at etablere en målrettet opfølgning for de mennesker, der har forsøgt at begå selvmord?.

Målet for selvmordsforebyggelse retter sig altså især imod den specifikke forebyggelse, hvor indsatsen for Vejle Amts vedkommende hidtil har haltet. Men også risikogrupperne har et stor vægt i planen.

Arbejdet frem mod planen

I maj 1997 blev den arbejdsgruppe nedsat, som skulle udarbejde strategiplanen, og arbejdsprocessen har været parallel med arbejdet med amtets sundhedsplan. Et år senere var strategiplanen færdig.

Arbejdsgruppen var tværfaglig og tværsektoriel. Den bestod af en psykiatrisk læge, en embedslæge, en skadestuesygeplejerske, en fra misbrugsbehandlingen, en fra distriktpsychiatrien, to frivillige, en fra SSP-samarbejdet (politimand), en præst, en fra socialforvaltningen og en fra sundhedsforvaltningen. Desværre glemte vi i første omgang de praktiserende læger, som formentlig har en vigtig rolle i dette arbejde. Det blev vi først opmærksomme på, da arbejdet var ved at være færdigt, men det har vi forsøgt at rette op på senere.

Kommissoriet for arbejdet var at udarbejde en strategiplan til en samlet amtlig indsats til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord. Der er altså ikke tale om en handlingsplan, som går i detaljer med det forebyggende arbejde, der skal udføres. Planen omfatter i stedet en beskrivelse af

- de konkrete tiltag, amtet skal gøre for på bedste vis at fremme eksisterende og nye tiltag på området
- hvordan det samordnende arbejde mellem offentlige og private organisationer og mellem kommuner og amt konkret kan ske
- organisering og styring af det samlede selvmordsforebyggende arbejde
- økonomien til at omsætte strategiplanen til daglig drift.

Strategiplanen var klar i sommeren 1998, og det blev politisk besluttet at arbejde videre med den.

Organisering og indhold

I december 1998 blev der så ansat en projektkoordinator, som koordinerer arbejdet og støtter de lokale netværk. Det sker blandt andet gennem at afholde temadage, arrangere kurser og skabe overblik over de eksisterende tilbud. Koordinatorens arbejde skal også munde ud i planer for, hvad amtet skal gøre på lidt længere sigt.

Til at støtte projektkoordinatoren har vi nedsat en baggrundsgruppe, som består af de samme faggrupper som forberedelsesgruppen med den forskel, at vi denne gang

har husket at medtage en praktiserende læge i gruppen. Desuden har vi inviteret amtets 16 kommuner til at deltage i en kommune-kontaktgruppe, hvilket 12 kommuner har sagt ja til. Meget af det selvmordsforebyggende arbejde foregår jo i kommunerne og kan indarbejdes i kommunernes sundhedsredegørelser. Der er meget stor forskel på kommunernes ressourcer til at indgå i arbejdet, for vi har kommuner fra 50-60.000 indbyggere og helt ned til 5.000 indbyggere.

Udgangspunktet for strategiplanen er, at forebyggelsen skal finde sted i det bestående system. Der har således ikke på forhånd været afsat ressourcer til at udbygge den eksisterende indsats. I stedet er det hensigten at bruge ressourcerne bedre.

Vi gør meget ud af undervisningsområdet og mener, det er nødvendigt at give uddannelsestilbud både til de professionelle og til de frivillige. Vi har altså som offentlig myndighed også påtaget os opgaven med at kvalificere det frivillige arbejde.

Strategiplanen peger på tre store forebyggelsesopgaver:

- Amtet bør støtte de lokale tiltag, der allerede eksisterer (foruden den faglige, moralske og koordineringsmæssige støtte er der også afsat penge til økonomisk at støtte lokale initiativer).
- Amtet bør afdække behov og igangsætte nye forebyggelsestiltag.
- Amtet bør sikre koordinering af alle amtets tilbud og tiltag, samt forestå vidensopsamling, undervisning og supervision af personale, som arbejder med forebyggelse af selvmord eller som ønsker at gå i gang.

Konkret skal der arbejdes med:

- Samordning og kontinuitet i behandling (synliggøre problematikken og skabe overblik over den samt sørge for at etablere lokale netværk).
- Opkvalificering af frivillige og professionelle hjælpere.
- Henvendelsesmuligheder samt opfølgingsmuligheder.

Arbejdet indtil nu

Indtil nu er der sket følgende i arbejdet med strategiplanen:

- Der er ansat en koordinator. Koordinatoren vil få hjælp af endnu en medarbejder.
- Der er nedsat en baggrundsgruppe.
- Der er nedsat en kommune-kontaktgruppe.
- Der er etableret en auditgruppe. Gruppen består af forskellige fagpersoner, som sammen med embedslægen gennemgår nogle eksempler på selvmord, for at identificere, hvor problemerne er, og hvordan man kan forbedre forebyggelsen.

- Der er organiseret undervisningstilbud via sundhedsvæsenets uddannelsescenter, blandt andet for personalet på sygehusene.
- Der har været afholdt temadage.
- Der er etableret et generelt undervisningstilbud til alle i amt, kommuner og det frivillige arbejde.
- Der er ydet støtte til lokale aktiviteter.

Vi har i forvejen en række gode koordineringsorganer mellem sundhedsområdet og socialområdet og på tværs af faggrupper, men det er nødvendigt med et særligt fokus på selvmordsområdet, hvis dette område skal indgå i det eksisterende samarbejde. Indtil nu har vi gjort den erfaring, at det ikke er nogen let opgave.

I forhold til undervisning har vi i første omgang rettet tilbuddene mod de personer inden for det professionelle system, der har den direkte kontakt med selvmordstruede personer. Det vil blandt andet sige sygehuspersonale, praktiserende læger, politiet m.fl. Det er dog ikke udelukket, at mere brede undervisningstilbud senere kan komme på tale.

Det, at vi har indledt arbejdet med en strategiplan og ikke en handlingsplan, har betydet, at vi efterfølgende har skullet igennem en ny proces med at omsætte strategiplanens anbefalinger til konkrete initiativer. Det er nødvendigt at udarbejde en strategiplan først, der beskriver problemstillingen, men man skal være opmærksom på, at bagefter er der et stort arbejde med at konkretisere strategiplanen.

Den kommende indsats

Næste indsats bliver over for skadestuerne, hvor vi ønsker at sprede nogle erfaringer fra Horsens Sygehus til de andre sygehuse for at fremme en generel kvalificering af det selvmordsforebyggende arbejde her. Desuden vil vi skaffe os et samlet overblik over de eksisterende tilbud, som de lokale professionelle og frivillige kan bruge i dagligdagen. Endelig vil vi udarbejde en handlingsplan for arbejdet i den resterende tid af den treårige projektperiode.

Der er ikke lagt op til, at vi skal lave en større evaluering. Projektet vil således for eksempel ikke blive målt ud fra antallet af selvmordsforsøg og selvmord. Vurderingen af, om projektet efter de tre år har været en succes, vil i høj grad hvile på, hvor langt det er lykkedes at skabe overblik over området, danne netværk og indarbejde nogle bedre procedurer for eksempel på skadestuerne. Efter projektperioden skulle mange af ideerne altså gerne være omsat til drift.

I forbindelse med arbejdet ønsker vi at skabe nogle varige ændringer i den viden, de holdninger, vaner og traditioner, der er hos dem, der har kontakt med de berørte af selvmordsadfærd. Det vil være bestemmende for, at vi på længere sigt kan skabe afgørende forbedringer på dette vigtige område.

"Strategiplan til forebyggelse af selvmordsadfærd i Vejle Amt" (Vejle Amt, 1998). Planen kan rekvireres ved henvendelse til Vejle Amt, telefon 75 72 31 44 - lokal 2536.

Strategiplan i praksis

Workshopindlæg ved projektkoordinator Karin Oudshoorn, Vejle Amt

Det kræver benarbejde, når en overordnet strategiplan skal føres ud i livet, for de administrative strukturer er ikke indrettet til det. En opsøgende projektkoordinator og samarbejdsgrupper på tværs af sektorer og fag er et vigtigt element i virkeliggørelsen af Vejle Amts strategiplan

Vejle Amts treårige projekt, der skal føre amtets "Strategiplan til forebyggelse af selvmord" ud i livet, indebærer et meget bredt samarbejde mellem forskellige aktører på selvmordsområdet. Projektet har fra begyndelsen været lagt an som tværsektorielt og tværfagligt, og indebærer desuden samarbejde mellem det politiske og det administrative niveau samt inddragelse af den frivillige sektor. Problemet er, at de administrative strukturer ikke er indrettet på den form for samarbejde.

Som nyansat projektkoordinator i december 1998 indledte jeg derfor arbejdet med at bruge megen tid på at tage ud og hilse på folk, der arbejdede med selvmordsforebyggelse, for derved at skabe mit eget netværk.

Selvmondsproblematikken synes lille i den enkelte faggruppe, hvorfor andre problemer kommer først i deres prioritering, og ingen oplever det som oplagt for dem at udvikle deres kompetencer i forhold til denne problematik. Derfor bliver selvmordsproblematikken let bagatelliseret og henvist til andre instanser.

Tre hovedopgaver

Amtets strategiplan blev vedtaget i august 1998, og opfølgningen af planen omfatter tre hovedopgaver:

- Ændre holdninger og vaner hos det personale, som har direkte kontakt med selvmordstruede. Der skal opmærksomhed på selvmordsproblematikken, og derudover skal information og uddannelse af personalet styrkes.
- Opbygge procedurer og modeller. Vi skal skabe et overblik over de eksisterende tilbud, som også skal synliggøres. Desuden skal vi opbygge faglige og tværsektorielle netværk samt udvikle modeller for samarbejdet.
- Etablere specialiserede tilbud. Det kan for eksempel være at henvise selvmordstruede til opfølgende behandling/støtte, blandt andet i lokalområderne. Der kan ofte være tale om mennesker, som ikke i forvejen tilbydes hjælp. Punktet omfatter også vejledning, supervision og undervisning af professionelle og frivillige.

Ændring af holdninger og vaner hos personale er bestemt det vigtigste sted at tage fat. De mange myter om selvmord gør folk usikre på, hvordan de skal handle i forhold til folk, der har forsøgt selvmord eller har selvmordstanker.

Det eksisterende hjælpeapparat kan udrette meget, hvis det tilføres mere viden om selvmordsproblematikken, så personalet får lettere ved at tale om selvmord med de mennesker, der er berørt af det.

Vejle Amt har afsat tre millioner kroner over tre år til projektet.

Til at følge projektet dannede vi en baggrundsgruppe, der var bredt sammensat af: to fra det psykiatriske område, en embedslæge, en sygeplejerske, en fra amtets misbrugscenter, to fra det frivillige arbejde, en fra psykiatريفorvaltningen, en præst, en fra politiet, en fra sundhedsforvaltning, en praktiserende læge samt projektkoordinatoren.

Hensigten med baggrundsgruppen var, at jeg som projektkoordinator kunne indgå en alliance med de forskellige faggrupper for at fremme, at faggrupperne gjorde det selvmordsforebyggende projekt til deres eget. Baggrundsgruppens medlemmer skal over for deres bagland medvirke til at sætte fokus på emnet.

Selvmordsproblematikken berører mange forskellige faggrupper. Det er af stor betydning, at den enkelte faggruppe tager fat på, hvordan selvmordsproblematikken behandles i eget regi. Først når den enkelte faggruppe har taget stilling til sine egne muligheder og begrænsninger, er der grundlag for et tværfagligt samarbejde.

Lokal kvalificering af arbejdet

Vi nedsatte også en kommunekontaktgruppe med kontaktpersoner fra kommunerne. Gruppen har følgende formål:

- Samarbejde og inspiration mellem kommuner og amt.
- Samarbejde og inspiration mellem kommuner.
- Kendskab til den enkelte kommunes beredskab i forhold til selvmordstruede.

- Afdækning af, i hvilke netværk og tværfaglige grupper i den enkelte kommune det er relevant at medtage selvmordsforebyggelsen. Identifikation af mangler, stærke sider og udviklingsområder i det nuværende beredskab i den enkelte kommune i forhold til selvmordsforebyggelse.
- Kendskab til, hvilke ønsker der måtte være til udvikling eller eventuelle tiltag, som kan foregå i amtsligt regi, i et samarbejde mellem flere kommuner eller som et koordinerende arbejde mellem allerede eksisterende instanser.
- Koordinatorens kontakt i den enkelte kommune, hvor videre kontakt kan formidles til relevante personer.
- Via kommunernes kontaktpersoner skabe lokal opmærksomhed om selvmordsproblematikken.

Ud af 16 kommuner har 12 kommuner valgt at have en kontaktperson i forbindelse med selvmordsforebyggelse.

Vejle Amt har valgt at medtage selvmordsforebyggelsen i samarbejdet om kommunernes redegørelser i forbindelse med udarbejdelsen af amtets sundhedsplan. Det sikrer, at alle kommuner tager politisk stilling til, hvor mange ressourcer de vil sætte af til selvmordsforebyggelsen.

For at formidle viden om selvmordsadfærd til så mange mennesker som muligt og ikke kun fagpersoner, som er i kontakt med selvmordstruede, er der også etableret en undervisningsgruppe. Målgruppen for undervisningen er for eksempel politifolk, frivillige og sundhedsfaggrupper. En række lokale nøglepersoner - for eksempel læger, skadestuepersonale og studievejledere - skal tilbydes udvidet undervisning.

Skadestueprojekt

Skadestuen på Horsens Sygehus har gennemført et projekt i forhold til patienter, der behandles for selvmordsforsøg, og erfaringerne fra det projekt ønsker vi at udbrede til amtets andre sygehuse. Målet er, at alle skadestuer i Vejle Amt har en procedure for, hvordan man behandler patienter, der har forsøgt at begå selvmord.

Med det nye projekt skal personalet på alle amtets skadestuer skal have en sikkerhed i, hvordan de skal behandle disse mennesker. Der skal desuden opbygges et lokalt netværk af relevante henvisningssteder, hvor folk kan modtage opfølgende hjælp efter et endt somatisk behandling. Herunder skal det afklares, hvilke steder som er relevante for henholdsvis unge og ældre. Hver enkelt skadestue bør udvikle sin egen model ud fra de lokale forhold og muligheder.

Skadestueprojektet omfatter følgende aktiviteter:

- En temadag for sygehuspersonale.
- Et tredages kursus for personale, der arbejder med at udvikle procedurerne i den enkelte afdeling.

- Opbygning af en erfarings-/netværksgruppe.
- Tilførsel af midler til uddannelse, udvikling, mere tid til patienten, supervision m.m.

Det kan vise sig, at man bør have et fast specialtilbud for folk, der har forsøgt selvmord eller som har selvmordstanker. Dette henvisningssted kan ligeledes stå for at vedligeholde viden hos fagpersoner, der kommer i kontakt med selvmordstruede, samt give supervision og vejlede. Før man udvikler et specialtilbud, må man imidlertid arbejde på at kvalificere det eksisterende hjælpeapparat.

"Strategiplan til forebyggelse af selvmordsadfærd i Vejle Amt" (Vejle Amt, 1998). Planen kan rekvireres ved henvendelse til Vejle Amt, telefon 75 72 31 44 - lokal 2536.

Tværfaglige teams i Storstrøms Amt

Workshopindlæg ved afdelingssygeplejerske Anette Bech Hansen, Centralsygehuset i Næstved

Efter en forsøgsperiode forventer Storstrøms Amt at etablere et permanent tilbud om samtaler til personer, der har forsøgt at begå selvmord. Tværfaglige kriseteams på amtets sygehuse skal i tæt samarbejde med de somatiske afdelinger hjælpe patienter videre til andre støttetilbud i lokalområdet.

I 1994 tog sygehussocialrådgiver Lise Roslyng initiativ til at iværksætte et tilbud til patienter, der havde forsøgt at tage deres eget liv og som ikke var psykiatriske patienter. Både fra mit arbejde som afdelingssygeplejerske på skadestue/modtagelse på Centralsygehuset i Næstved og fra min tid på intensivafdeling havde jeg oplevet, at der ikke fandtes tilbud om efterbehandling efter endt somatisk behandling. De patienter, der ikke allerede var i det psykiatriske system, ønskede ofte ikke at komme det, da mange naturligt nok ikke følte sig sindssyge.

Da der i forvejen eksisterede tilbud for de psykiatriske patienter og misbrugerne, valgte vi som målgruppe for projekt ?de 15-40-årige, der havde forsøgt at tage deres eget liv, og som ikke var i psykiatrisk behandling eller misbrugende?.

Derpå begyndte vores arbejde med at få andre med på ideen. Vi søgte om midler mange steder og fik mange afslag. Men med penge fra Storstrøms Amts Sundhedsforvaltnings Forebyggelsespulje gik vi i gang med et projekt, som skulle løbe i perioden 1994-96. Samtidig med vores projekt indledte Centralsygehuset i Nykøbing-Falster et lignende projekt.

I Næstved bestod behandlerteamet fra begyndelsen af en socialrådgiver, en psykolog og to sygeplejersker, som tilbød støttende samtaler. På Centralsygehuset i Nykøbing-Falster blev tilbuddet samtaler med en privatpraktiserende psykolog, som kunne tilkaldes. Senere blev de to projekter slået sammen til et tværsektorielt projekt mellem socialforvaltningen og sundhedsforvaltningen.

Ideen med to uens projekter var naturligvis at foretage en sammenligning på langt sigt for derefter at kunne vælge det bedste fra de to projekter ud til et muligt permanent tilbud. Mens Næstved-projektet har kunnet fokusere mere på den sociale side og har henvist til andre tilbud, har man i Nykøbing-Falster via den privatpraktiserende psykolog kunnet tilbyde en længere terapeutisk behandling, men her har der været en mindre grad af henvisning til andre støttetilbud.

I det permanente tilbud satser man på at kombinere de to modeller ved at etablere tværfaglige teams og samtidig have muligheden for med kort varsel at kunne trække på nogle privatpraktiserende psykologer.

I det følgende vil jeg nøjes med at beskrive erfaringerne fra projektet i Næstved.

Samtale og visitation

Det var et stort arbejde at få projektet til at fungere. Alle i teamet havde jo et job ved siden af, der skulle passes. Vi udarbejdede en struktur for samtalerne, journaler, evaluering og statistik. Da de to år var gået, fik vi penge fra Socialministeriet til forlængelse med yderligere to år. Vores team er nu reduceret til tre personer.

Formålet med projektet har været at give indtil ti støttende samtaler til patienter, som blev indlagt på skadestue eller medicinsk afdeling efter selvmordsforsøg. Målgruppen blev under projektet ændret til at omfatte alle voksne over 15 år, som efter endt akut somatisk behandling er blevet tilbudt et samtaleforløb med henholdsvis sygehussocialrådgiver, sygeplejerske og psykolog. Den primære målgruppe er somatiske patienter, defineret som patienter, der ikke har en psykiatrisk lidelse eller er misbrugere af medicin, alkohol eller narkotika.

Patienterne bliver henvist til projektet på følgende måde:

- En projektmedarbejder ringer hver morgen til skadestue/modtagelse og hører, hvilke patienter inden for målgruppen, der måtte være blevet indlagt i det forløbne døgn. Kun køn, alder og selvmordsmetode kan oplyses sammen med afdelingen, hvor de ligger. Under patientens indlæggelse kontaktes personalet på den respektive afdeling, og afdelingen skønner sammen med patienten og afdelingslægen, om projektets tilbud er det rette for patienten.
- Herefter mødes en projektmedarbejder med patienten i afdelingen. Her får patienten information om projektets indhold og betingelser, og som regel aftaler man her en tid for første samtale. Patienten får også en folder om projektet.

De støttende samtaler er oftest individuelle, men projektet kan også tilbyde gruppesamtaler. Ved den første samtale visiteres videre til andre instanser, hvis vi skønner, at der kræves mere end støttende samtaler. Især de unge visiteres oftest videre til børne- og ungepsykiatrien eller til psykolog. Patienterne registreres ikke som psykiatriske patienter og kan i øvrigt vælge at være anonyme. For de patienter, der ikke er anonyme, modtager deres egen læge efter forløbet en orientering.

Det er en stor fordel at have en psykolog tilknyttet projektet. Sværere problemstillinger og tvivl bliver vendt med psykologen. Vi henter ligeledes megen hjælp til supervision. Ofte er vi to medarbejdere til samtalerne, især i starten. Det er godt at kunne aflaste hinanden, og tværfagligheden har været meget værdifuld.

Ved projektets begyndelse blev der nedsat en styregruppe med en repræsentant fra relevante forvaltninger, sygehusafdelinger m.v. Gennem projektperioden har der løbende været afholdt fælles undervisning og supervision for projektmedarbejderne, og her har også medarbejderne fra projektet ved Centralsygehuset i Nykøbing-Falster deltaget.

Permanent tilbud

Storstrøms Amt har i 1996 nedsat en koordinationsgruppe, som blandt andet skal udarbejde og iværksætte en handlingsplan for efterbehandlingstilbud til personer, der har forsøgt at begå selvmord. Gruppen følger også udviklingen i antallet af selvmordsforsøg og selvmord og sammenholder dem med udviklingen på landsplan. Storstrøms Amt har gennem en årrække haft en selvmordsrate, der ligger 10 procent over landsgennemsnittet med en stigende tendens.

Et udkast til handlingsplanen er kommet, og jeg vil her koncentrere mig om et enkelt punkt fra forslaget:

- Alle borgere, der forsøger selvmord og ikke har psykiatrisk behandlingsbehov, skal tilbydes ambulante rådgivning og behandling, koordineret af et kriseteam ved hvert sygehus.

Ved skadestue/modtagelse er der i forvejen etableret et team bestående af sygeplejersker, specielt uddannede i kriseintervention. En af disse sygeplejersker kan tilkaldes ved alvorlige, kriseskabende situationer for patienter og/eller pårørende. Der har været stor interesse i at efteruddanne sig som krisesygeplejerske.

Koordinationsgruppen foreslår, at der fremover etableres permanente kriseteams ved centralsygehusene i Næstved og Nykøbing-Falster.

- Et kriseteam skal som minimum bestå af psykolog, sygehussocialrådgiver og sygeplejerske.
- Det enkelte team skal tilrettelægge indsatsen efter lokale behov.
- Skadestuen skal nemt kunne kontakte teamet, som også selv skal være opsøgende.
- Det er afgørende, at de enkelte medarbejdere i teamet er uddannede i kriseintervention og selvmordsadfærd. Teamet må kende samtlige lokale muligheder for efterbehandling og visitation.
- Teamet skal være tværfagligt, og der skal være ledelsesforankring til såvel sygehus- som socialregi.

Der er foreslået en personalenormering, hvor der på hvert af de to centralsygehuse afsættes 37 psykologtimer per uge, 10 socialrådgivertimer per måned og 10 sygeplejersketimer per måned. Hertil kommer eventuelle kriseteams, tilknyttet amtets øvrige sygehuse. Psykologen fra det nærmeste centralsygehus foreslås at fungere enkelte dage på disse sygehuse.

Foreløbig har projektet kun en tidshorizont på ét år ad gangen. Et eventuelt permanent tilbud skal efter planen bevilges 2,3 millioner kroner om året til lønninger. Derudover skal tilbuddet fungere inden for de eksisterende rammer på sygehusene.

De tværfaglige teams indgår i en større amtslig forebyggelsesplan, som omfatter følgende andre indsatser:

- Etablering af netværk af nøglepersoner i forhold til unge (ungdomsuddannelser, seminarier, m.v.)
- Forebyggende undervisning på ungdomsuddannelserne
- Forbedret ind- og udskrivning af psykiatriske patienter
- Mulighed for psykiatrisk tilsyn inden for et døgn (i dag: en uge)
- Indsats over for misbrugere
- Undervisning af fagpersoner gennem temadage
- Øget samarbejde mellem den offentlige og private indsats.

Det er foreslået, at der ansættes en amtslig projektkoordinator, som kan koordinere de samlede tilbud og sikre implementeringen af dem.

Projektet i Næstved

I perioden 1.4.1994 - 31.12.1998 har 140 personer fået hjælp gennem projektet i Næstved. Af dem var 78 % kvinder, og 22 % var mænd. Ud af de 140 personer var 33 % under 25 år, 43 % var 25-44 år og 24 % var over 44 år.

Projektet i Nykøbing-Falster

I Nykøbing-Falster har 110 personer fået hjælp i projektperioden 1.10.1994 - 31.12.1998. Deraf var de 72 % kvinder, og 28 % var mænd. Ud af de 110 personer var 25 % under 25 år, 39 % var 25-44 år og 35 % var over 44 år.

En centermodel fra Århus Amt

Workshopindlæg ved psykolog Bente Hjorth Madsen, Center for Selvmordsforebyggelse

Hurtig henvisning fra de somatiske sygehusafdelinger er afgørende for, om patienter med selvmordsforsøg får opfølgende hjælp. Diagnosticering og visitation bør foretages af professionelle, som samtidig skal være velorienterede om de øvrige behandlingstilbud i amtet, viser erfaringer fra Center for Selvmordsforebyggelse i Århus Amt. Indlægget beskriver indledningsvis nogle af disse erfaringer og giver dernæst nogle forslag til principper for den specifikke forebyggelse.

Center for Selvmordsforebyggelse blev oprettet i 1996 for at styrke indsatsen over for mennesker, der forsøger selvmord eller har svære overvejelser om det. Langt størstedelen af centerets tid går således med den specifikke forebyggelse, som er direkte rettet mod selvmordsprocessen. I det følgende vil jeg koncentrere mig om den bedst afgrænsede del af målgruppen, nemlig dem, der har forsøgt selvmord.

De personer, der har forsøgt selvmord, henvises efter somatisk behandling. Det er en veldefineret gruppe, mens det modsat kan være meget vanskeligt at afgrænse de selvmordstruede generelt. Vi ved samtidig, at denne del af målgruppen er en højrisikogruppe, for 10 procent af dem, der har forsøgt at tage livet af sig, ender faktisk med at begå selvmord.

Flere henvises fra egen læge

Hvor mange vi ser af dem, der forsøger selvmord, ved vi desværre ikke så meget om. I det hele taget mangler vi viden om, hvor mange personer, der foretager selvmordsforsøg i Århus Amt og hvor mange, der bliver behandlet for det. Selv har vi foretaget en lille undersøgelse i forhold til en medicinsk afdeling, der behandler leverskader. Over en tremåneders periode var der kun 2 ud af 28, som forlod afdelingen uden at få et behandlingstilbud i psykiatrien eller hos os.

Vi får flest henvisninger fra Århus Kommunehospital, for de tager sig af alle forgiftningerne af Panodil-typen i Århus Kommune. Også fra den psykiatriske skadestue modtager vi mange patienter. En stærkt voksende gruppe kommer imidlertid fra de praktiserende læger, og det kan gå hen at blive et problem. Der er omkring 380 praktiserende læger i amtet, og hvis de hver blot henviser et par stykker om året, drukner vi i patienter. Men vi har et godt samarbejde med de praktiserende læger, og det er vigtigt, for 70-75 procent af dem, der tager livet af sig, har været i kontakt med deres læge inden for den seneste måned.

De selvmordstruede er en meget forskelligartet gruppe. Nogle vil ende med at tage livet af sig uden nogensinde at blive identificerede som selvmordstruede. Men en ti gange så stor gruppe foretager selvmordsforsøg, mens et uvist antal har alvorlige selvmordstanker. Derfor bør selvmordsforebyggelsen sætte ind helst inden det første selvmordsforsøg. Det er dog meget usikkert, om vi dermed har at gøre med potentielle selvmordere.

Konkurrerer ikke med private psykologer

Der kan godt være et problem i at tage selvmord ud som et ekspertområde, som man gør i et center som vores. Der er jo ikke noget fællestræk for mennesker med selvmordsadfærd – gruppen omfatter lige fra ganske almindelige, velfungerende mennesker over personlighedsforstyrrelser til de sværeste psykotiske tilfælde. Derfor kræver det en meget bred psykiatrisk erfaring at vurdere, hvilket tilbud patienterne skal have.

Århuscenterets tilbud er rettet mod de mennesker, der ikke ville kunne få et behandlingstilbud, for eksempel inden for psykiatrien. Efter min mening har et velfungerende menneske, som foretager et alvorligt selvmordsforsøg, brug for hjælp. Det er typisk dem, man kan lave en korttidsterapi med.

Vi har den opfattelse, at vores patienter er glade for centerets tilbud, men også de mange henvisere er tilfredse med, at der er en klar grænse for, hvornår vi overtager patienten.

Om det er god sundhedsøkonomi at etablere forebyggelsescentre, kan man kun få noget at vide ved at opgøre, hvor mange indlæggelsesdage man sparer på de somatiske afdelinger i forhold til udgifterne til centeret. Vi har ikke undersøgt det, men jeg tror godt, at regnskabet kunne holde. Vi har her på centeret valgt, at det

primært er os, der skal visitere alle selvmordsforsøgere. Man kunne sige, at vi dermed konkurrerer med de privatpraktiserende psykologer under Sygesikringen, som de praktiserende læger henviser til. Det mener imidlertid hverken vi eller de praktiserende psykologer. Men nogle af de patienter, som har været hos os til afklarende samtaler, får muligvis efterfølgende en henvisning til en privatpraktiserende psykolog via egen læge.

I forhold til de efterladte efter selvmord, har vi forsøgt at tilbyde gruppeterapi, men det viste sig, at det var umuligt for os at holde de grupper i gang - trods meget stærk annoncering. Her findes der så i stedet et gedigent tilbud hos de privatpraktiserende psykologer.

Udover at dokumentere, hvad centeret foretager sig, har vi tilknyttet meget små forskningsprojekter som for eksempel et audit-forum i samarbejde med embedslægeinstitutionen. Det vil være hensigtsmæssigt, at man fremover tilknytter mere forskning til et center som vores.

I et lille land som Danmark er det umuligt at påvise årsager til bevægelser i selvmordstallene på amtsplan. I Århus Amt har vi gennem to år haft audit-forum i forhold til alle selvmord, hvor alt materiale i forbindelse med disse er gennemgået, og der er udarbejdet spørgeskemaer til de praktiserende læger. Alligevel kan vi ikke trække gedigne resultater ud af materialet. Det er for lille til, at man kan bruge det til for eksempel at tilrettelægge indsatser over for særlige grupper. Derfor er der meget brug for forskning, som dækker hele Danmark.

Retningslinier for somatisk personale

I det følgende foreslås nogle principper for den specifikke forebyggelse.

Personalet på de somatiske sygehusafdelinger bør have enkle retningslinier over for patienter, der har forsøgt selvmord. Mange er nemlig i tvivl om, hvorvidt man skal tilbyde hjælp til de patienter, hvis selvmordsforsøg ikke var alvorligt ment. Derfor har vi valgt at sige, at alle patienter som har været behandlet efter tilsigtede, selvskadende handlinger, betragter vi som hørende til centerets målgruppe.

Det somatiske personale har længe ønsket at kunne henvise disse patienter til et tilbud om hjælp. Opgaven for personalet er at få så god en kontakt med patienten, at denne siger ja til et af de specifikke forebyggelsestilbud, der måtte være at henvise til i det pågældende amt.

Alle amter har muligheden for at tilbyde et psykiatrisk tilsyn, men ikke alle har det som en fast procedure at give dette tilbud til patienter, der har forsøgt selvmord. En fast procedure kan lette arbejdet for personalet, som dermed ikke behøver at tale detaljeret med patienten, men kan koncentrere sig om at være bindeled til et opfølgende tilbud. Man kunne eventuelt ønske sig, at alle de psykiatriske tilsyn til selvmordsforsøgere blev varetaget fra et center. Det ville kvalificere arbejdet, men i realiteten kan patienterne stadig sige nej, og nogen gør det.

Blandt de patienter, der siger ja til tilsyn, er der en gruppe, som det psykiatriske system ikke har noget behandlingstilbud til og som derfor kan anbefales kontakt til et eventuelt center eller specialistteam.

Principper for henvisning

Jeg vil nævne nogle principper for en god kontakt mellem den somatiske behandling og en selvmordsforebyggende opfølgning.

- Henvisningsproceduren skal være enkel. Det somatiske personale handler meget hurtigt, for behandlingen varer i nogle tilfælde kun få timer.
- Alle fagpersoner på afdelingen skal kende mulighederne for opfølgning. Alle faggrupper på afdelingen skal kunne henvise. Patienten skal guides til den første kontakt med centret/specialistteamet.
- Ansvar herfor kan også overdrages til pårørende, særligt når det drejer sig om unge under 18 år.
- Bedst er det at aftale en tid, som ligger direkte i forlængelse af udskrivning. Mange vil bagatellisere den handling, de har foretaget, og kan derfor være svære at motivere senere. Andre mener måske ikke, de har ret til hjælp, fordi de bebrejder sig selv det skete. Derfor må personalet, for at yde den nødvendige støtte, udvise en vis autoritet. At patienten skal køres nogle kilometer ud til et center betyder ikke så meget, men det bør ske, inden vedkommende når hjem. Patienterne skal ideelt set have den første samtale inden et døgn efter selvmordsforsøget, for da er de stadig rystede og derfor mere åbne over for hjælp.
- Næstbedst er det, hvis patienten udskrives fra afdelingen med en aftalt tid i hånden.
- Tredjebest er det, hvis patienten kontaktes telefonisk dagen efter udskrivning. Det må vi nogle gange nøjes med, hvis patienten allerede er udskrevet, når vi kontakter afdelingen efter at have fået faxet en henvisning.
- Fjerdebedst er det, hvis patienten indkaldes skriftligt efter nogle dage.
- Ikke godt nok er det, hvis patienten blot får en folder og opfordres til at kontakte centeret. Over for disse patienter har vi ingen mulighed for at følge op, for vi ved ikke, at de findes.
- Meget dårligt er det, hvis patienten blot sendes hjem med en formaning om ikke at gøre sådan noget igen!

Fagligt kvalificeret opfølgning

Det er vigtigt, at opfølgningen består af et fagligt kvalificeret tilbud. Derfor skal det ikke være et frivilligt tilbud, men et offentligt, tværfagligt team. Hos os har vi valgt, at teamet skal bestå af psykiater, socialrådgiver og psykolog.

- Der skal foretages en afklaring og en udredning af patientens problematik. Desuden skal man foretage diagnosticering og visitation af patienten. Netop her kan det godt glippe for de frivillige organisationer, og derfor er det ikke

et område, hvor det professionelle system skal slække på kravene. Centeret kan gennem disse funktioner medvirke til tidlig opsporing af psykisk sygdom.

- Vi afpasser rådgivningen efter behovet i hvert enkelt tilfælde.
- Kriseterapi er i mange tilfælde relevant, fordi selvmordsforsøg ofte foretages i forbindelse med en akut krise.
- Bearbejdning af personlige problematikker er der oftest brug for. Det er nemlig ikke nogen normal handling at forsøge selvmord, uanset situationen. Man skal derfor ikke "legalisere" det på baggrund af kærestesorg eller andet. Efter den første samtale bør vægten således flyttes fra den konkrete baggrund for selvmordsforsøget over til, hvad man kunne kalde mestringsstrategier, med udgangspunkt i hvad der får patienten til at reagere sådan i en presset situation. Hvordan håndterer patienten skuffelser og modgang.
- Social koordinering med andre aktører i området. Her vil en strategiplan som den i Vejle Amt være et godt redskab.
- Psykoedukation, altså det at undervise patienten i vedkommendes psykiske lidelse/risiko for selvmord. Vi forklarer for eksempel forskellen imellem krise og depression. Patienten skal lære at administrere sin sårbarhed.
- Strategier ved tilbagefald handler om at lære patienterne at kunne trække i håndbremsen, inden de gør noget så impulsivt igen. For eksempel kan det hjælpe, blot at patienten har et kort med relevante telefonnumre, hvis de kommer i en akut krise igen.
- Opfølgning af behandlingen har været diskuteret meget. Vi følger op tre måneder efter endt behandling og råder på det tidspunkt patienterne til at henvende sig igen, hvis de får brug for det. Andre steder følger man mere intensivt op, men der mangler undersøgelser af, hvad der virker bedst.

Center for Selvmordsforebyggelse

Center for Selvmordsforebyggelse ligger i forbindelse med Psykiatrisk Hospital i Risskov ved Århus, og centeret har desuden kontaktsteder på centralsygehuse i Silkeborg og Randers. Udover de faste åbningstider i dagtimerne besvares telefonen døgnet rundt, idet der uden for åbningstiden omstilles til modtagelsen på Psykiatrisk Hospital.

Centeret har ansat fire psykologer (den ene som daglig leder), en psykiater, en socialrådgiver og to sekretærer. To dage om ugen er der udstationeret en psykolog på centralsygehuse i henholdsvis Randers og Silkeborg.

I 1998 havde centeret 449 nyhenvisninger, heraf 59 % kvinder og 41 % mænd. En fjerdedel er under 21 år, og her er pigerne i stort overtal. Der er konstant 100 patienter i aktiv behandling.

72 % af de henviste patienter får den første samtale inden for tre døgn efter henvisningen. Resten er der lavet aftaler med, men ikke alle patienter kan begynde i behandling med det samme. Normalt tilbyder centeret maksimalt 10 samtaler, og næsten 60 % af patienterne i behandling afslutter behandlingen efter 1-3 samtaler.

Antallet af selvmord i Århus Amt er fra 1990-98 næsten halveret (fra 126 til 68), hvilket er et væsentligt større fald end det, der i den samme periode er sket i resten af landet. Tallene er dog for små til at sige noget om, hvorvidt det store fald skyldes centeret.

Udover patientbehandlingen fungerer centeret som videnscenter og varetager også en koordinerende funktion i amtet.

Center for Selvmordsforebyggelse har i 1999 udgivet en beretning for perioden 1996-98.

Indsats over for psykisk syge

Workshop ved overlæge Merete Nordentoft, Bispebjerg Hospital

Denne workshop fokuserede på deltagernes diskussion af en række emner, foreslået af Merete Nordentoft. I det følgende er hovedpunkterne i denne diskussion refereret. Referatet omfatter også enkeltudsagn og udtrykker ikke nødvendigvis en enighed blandt deltagerne.

Psykisk syge udgør den vigtigste risikogruppe for selvmord. Det er den talmæssigt største risikogruppe og den gruppe, der har den mest forøgede risiko for selvmord.

Der er ikke de store forskelle på selvmordsrisikoen for de forskellige diagnostiske grupper, men de affektive lidelser (manio-depressive) har lidt større selvmordsrisiko end de øvrige diagnostiske grupper. Alt i alt bør man tænke på at udvikle foranstaltninger, der kan mindske selvmordsrisikoen i hele gruppen af psykisk syge.

Man ved, at den første uge efter udskrivelse er forbundet med den højeste selvmordsrisiko. Man bør i forbindelse med udskrivelse overveje, om patienterne udskrives for tidligt, om de udskrives uden tilstrækkeligt grundig evaluering af selvmordsfare, om der er tilstrækkelige støtteforanstaltninger efter udskrivelse, om disse foranstaltninger indsættes tilstrækkeligt tidligt, og om der er gjort noget for at introducere patienten til støtteforanstaltningerne inden udskrivelse.

De psykisk syge, som har været indlagt inden for det seneste år, tegner sig for en tredjedel af alle selvmord i Danmark, og selvmordsforekomsten blandt psykisk syge er cirka 40 gange så stor som i den danske befolkning som helhed.

I det følgende gengives diskussionens hovedpunkter.

Audit bearbejder skyldfølelse

Der bør afholdes et audit* på den psykiatriske afdeling/institution, som oplever, at en person begår selvmord. I denne audit-proces skal personens forløb kortlægges, for at afdelingen/institutionen kan lære af forløbet. I denne sammenhæng blev det nævnt, at det er meget almindeligt, at nogle blandt personalet nærer stærke skyldfølelser, hvis en person har begået selvmord på en psykiatrisk afdeling/institution. Et audit-forløb kan være gavnligt til at bearbejde sådanne skyldfølelser blandt personalet.

Uddannelse via rollespil

Uddannelse af personale er et meget væsentligt element, når man skal forebygge selvmord. Personalet bør trænes i for eksempel rollespil, der gør dem i stand til at fange faretruende signaler hos en selvmordstruet person. Det er her særlig vigtigt, at personalet gennem samtaleteknik lærer at stille de rigtige spørgsmål til personen. Til det brug findes der forskellige skemaer, der kan anvendes som støtte for en samtale med en selvmordstruet person. Rollespillene kan endelig give den enkelte medarbejder øvelse i at tale om selvmord og erkende sin eventuelle fordømmende holdning.

Sygehuspersonale bør generelt også vide noget mere om psykiatri. En faglig oprustning på dette område vil kunne medvirke til at forebygge selvmord. Endvidere vil en diskussion af etik og holdninger i forhold til selvmord være et relevant led i en uddannelse af personalet.

Der sker så få selvmord, at man på et sygehus med 140 senge kun vil opleve ét selvmord om året. På de mindre sygehuse er det således meget vanskeligt at oparbejde en ekspertise på området, og derfor er der brug for nogle "superbrugere" på det enkelte sygehus, der kan vejlede de kolleger, der pludselig står med et problem. Disse vejledere skal løbende efteruddannes og holdes à jour med aktuel viden om selvmord.

Instruks om selvmordstruede

På de psykiatriske afdelinger/institutioner kunne der være en instruks eller nogle retningslinier i forhold til behandlingen af selvmordstruede. Retningslinier af den type er netop blevet udarbejdet i Sverige. Referencegruppen blev opfordret til at drøfte spørgsmålet om udarbejdelse af en sådan instruks.

Der bør på de psykiatriske afdelinger/institutioner etableres en opfølgningssprocedure, som skal anvendes, når en person har forsøgt selvmord. Man skal blandt andet sikre sig, at der er knyttet en forbindelse fra det ene regi til det næste.

Også i forbindelse med udskrivning af psykiatriske patienter fra sygehus er der behov for bedre procedurer. Undersøgelser viser nemlig, at selvmordsrisikoen er særlig høj umiddelbart efter udskrivning fra psykiatrisk afdeling. Den første uge efter udskrivning bør man især være opmærksom.

Holdninger og etik

Den måde, hvorpå samtaler med selvmordstruede finder sted, hænger sammen med holdninger. Fordomme hører ikke kun hjemme i den almene befolkning, de findes også langt ind i de professionelle rækker. For eksempel er det en myte, at folk, der taler om at begå selvmord, ikke gør alvor af det, ligesom det heller ikke er rigtigt, at folk, der uden held forsøger at begå selvmord, ikke er de samme som faktisk begår selvmord.

Undersøgelser blandt personale på intensivafdelinger har faktisk vist, at ser man på holdninger til personer, der har forsøgt selvmord, er de generelt set fjendtlige. Det hænger sammen med en opfattelse af, at selvmordsforsøgerne forstyrrer det 'rigtige' arbejde med at redde mennesker, der uden eget ønske er kommet i livsfare.

Nogle mente, at handlingsplanen placerer sig der, hvor man er bange for at vise forståelse for, at et menneske forsøger at begå selvmord. Det blev påpeget, at det at vise forståelse for handlingen ikke er det samme som at sige, at 'enhver har ret til at begå selvmord?'. Der mangler i handlingsplanen en dialektik, så man på den ene side har en forståelse af handlingen og på den anden side ikke kan bære, at et menneske skal have lov til at tage livet af sig. Uden den dialektik kommer der let en moraliserende tone i budskabet.

I forhold til medierne har undersøgelser imidlertid vist, at en indfølelse holdning til et selvmord kan medføre, at selvmordet smitter, så her er der en ide i, at man ikke accepterer selvmord som en løsning på personlige problemer.

Undersøgelser tyder på, at der er ambivalens blandt både dem, der forsøger selvmord, og dem, der begår selvmord. En stor finsk undersøgelse viste således, at en stor del af de personer, der havde begået selvmord, havde søgt hjælp hos en læge på dagen for selvmordet. Man kan derfor gå ud fra, at de selvmordstruede ikke er afklarede, men rummer en konflikt, som en hjælper kan blande sig i.

Det mest effektive ville faktisk være at forbyde selvmord! I lande, hvor religionen fordømmer selvmord, holder dette mange potentielle selvmordere tilbage. Ser man på, hvorfor hyppigheden af selvmord er faldet over de seneste 20 år, hænger det måske sammen med, at man fra officiel side har meldt ud, at selvmord ikke er en

acceptabel udvej på problemer. Det er dog umuligt at bevise en sådan sammenhæng.

Indsats over for ældre

Workshopindlæg ved embedslæge Kate Runge Nielsen, Århus Amt

Selv mord blandt ældre skal tages lige så alvorligt som selvmord i andre aldersgrupper. Ofte er der tale om almindelige livskriser, men selvmordsønsket kan også skyldes, at den ældre ikke behandles med respekt. De praktiserende læger og hjemmeplejen bør spille en vigtig rolle, når det drejer sig om at opfange depressioner hos de ældre, og også familien har et ansvar.

Kate Runge Nielsen redegjorde i indlægget for sit syn på selvmord blandt ældre og for sin rolle i forebyggelsesarbejdet. Hovedpunkterne i indlægget var:

- Når ældre begår selvmord, er der ikke bare tale om en gammel, som har fået nok af livet. Sagerne er betydeligt mere komplekse. Der kan være tale om "systemvold", for eksempel dårlig/respektløs behandling fra plejepersonalets side. Der kan også være tale om, at væsentlige beslutninger, som placering på plejehjem, foretages hen over hovedet på den ældre. Eller måske har den ældre en depression, som ikke bliver behandlet.
- Der er i Århus oprettet en audit-gruppe bestående af en psykiater, en psykolog og embedslæge Kate Runge. Audit-gruppen undersøger alle selvmord i amtet.
- En interessant opdagelse fra audit-gruppen er, at to tredjedele af de ældre, der begår selvmord, har besøgt deres praktiserende læge inden for de sidste fire uger før selvmordet. Dette viser, at praktiserende læger har en vigtig rolle at spille i forhold til at identificere personer, herunder ældre, med selvmordstanker.
- Når ældre begår selvmord, er der ikke tale om et råb om hjælp. De bruger oftere end yngre selvmordere "sikre" metoder, såsom skydning og hængning.
- Udover systemvold kan en selvmordsudløsende faktor være "pseudoskilsmisser" - altså en situation, hvor den ene part anbringes på plejehjem. Dette kan naturligvis være udtryk for den omtalte systemvold, men kan også være udtryk for, at den raske partner ikke ønsker at bo sammen med den svagelige.
- Partnerens død er også en selvmordsudløsende faktor.

- Vi skal huske, at cirka 90 procent af de ældre er velfungerende. Kun 10 procent er fysisk og psykisk dårlige. Ressourcerne bør gå til den sidste gruppe.

Flest selvmord blandt ældre

- Hvert år tager over 200 ældre danskere deres eget liv. Det svarer til, at 25 procent af alle selvmord i Danmark begås af personer over 65 år, men aldersgruppen udgør kun cirka 15 procent af befolkningen. Mens omfanget af selvmord generelt viser en faldende tendens, er faldet ikke slået igennem for den ældre generation.

Langt størstedelen af de ældre, der begår selvmord, bor i eget hjem, og flere mænd end kvinder tager deres eget liv. Hyppigheden stiger med alderen, og i aldersgruppen over 80 år er selvmordshyppigheden tre gange så høj som i den øvrige befolkning. Der er tale om ældre mennesker, der af den ene eller anden - ofte velovervejede - grund ikke vil leve mere.

Diskussion

Efter indlægget havde deltagerne i workshoppen en diskussion, som blandt andet indeholdt følgende elementer:

Depressioner

- Det skal tages alvorligt, at mange ældre lider af behandlingskrævende depressioner. Depressionerne kan være svære at opdage. Ofte siger de ældre i stedet, at de lider af fysiske symptomer. Den udbredte opfattelse af, at ældre ofte brokker sig, står også i vejen for opdagelsen af depressioner hos ældre.
- Depressioner hos ældre er en alvorligere tilstand end hos yngre mennesker, på grund af de ældres svagere helbred.
- De praktiserende læger skal være mere opmærksomme på forekomsten af depression hos ældre.

Hjemmepleje

- Der mangler en opkvalificering af hjemmeplejen. De ansatte skal være bedre til at lytte til de ældre, tale med dem og opfange psykiske signaler.

Desuden er det nødvendigt, at de bliver bedre til at behandle de ældre med respekt.

- Ofte vil selvmordstruede ældre kunne identificeres ved det forebyggende hjemmebesøg. Det er vigtigt, at personalet, som foretager disse besøg, instrueres bedre i tegn på selvmordsadfærd og i at foretage en personlig samtale om emnet med den ældre.
- Det fremgår imidlertid af en vejledning til Lov om social service, at det ikke er hjemmehjælpens opgave at yde hjælp mod ensomhed.

Plejhjem

- Der er en overrepræsentation af ældre på institution, som begår selvmord. Det handler ofte om, at de ældre bliver behandlet uværdigt/uden respekt.
- Plejepersonalet mangler tid til at sætte sig ned og tage den personlige samtale.

Familien

- Familien har også et ansvar for den ældres velbefindende, selvom vedkommende er flyttet ind på et plejhjem. Plejehjemmene bør opfordre familierne til at tage ansvar.
- Der ligger en svær opgave i at få familien til at tage større ansvar for de ældre.

Generelt

- Forebyggelse af selvmord blandt ældre handler grundlæggende om respekt og værdighed - om samfundets syn på ældre.
- Vil den næste generation af ældre være mindre tilbøjelige til at begå selvmord som følge af tab af partner? Det kan man umiddelbart forestille sig, eftersom en del af de kommende ældre vil have et større netværk og en anden selv- og familieopfattelse. Man kan i fremtiden forestille sig to grupper af ældre: en gruppe bestående af privilegerede, krævende ældre med bedre netværk end den nuværende gruppe af ældre - men også en svagere gruppe, for hvem selvmord måske i højere grad bliver en løsning.

Forslag til forebyggelsen

- Det forebyggende hjemmebesøg kan bruges til at oplyse den ældre om aktiviteter i kommunen, med henblik på at mindske vedkommendes ensomhed og isolation.
- I mange tilfælde kræves der dog mere end et netværk, nemlig hvis der er tale om en behandlingskrævende depression. I denne forbindelse er de praktiserende læger vigtige. De skal gøres mere opmærksomme på

depressioner blandt ældre. Lægen har visitationsmulighederne, hun kan koordinere indsatsen og involvere andre.

- Ovenstående kræver dog ofte mere end ti minutters konsultation. Det er vigtigt, at den praktiserende læge prioriterer at afsætte tid til at tale med patienten.
- Problemstillingen behandlingskrævende depression versus isolation/manglende livsindhold er ikke nødvendigvis en modsætning. Det handler ikke om piller eller ikke piller, men om den rigtige medicinering på det rigtige tidspunkt.
- I dag tages ofte beslutninger hen over hovedet på de ældre. Det er nødvendigt at inddrage de ældre i beslutninger, der vedrører deres eget liv. Det gælder også beslutninger om helt konkrete forhold, for eksempel hvordan plejen skal foregå.

Anbefalinger fra workshopen

Deltagerne opsummerede diskussionen i følgende anbefalinger, som især er rettet imod arbejdet i kommunerne.

De ældre skal gøres værdifulde. De skal behandles med respekt. Alle, der omgås ældre, bør vise, at også ældre mennesker har en værdi. De, der arbejder professionelt med ældre, skal lære, at det forholder sig sådan. De skal lære en indfølelse i forhold til de ældre.

De ældre skal inddrages i familien og have et netværk. Det er vigtigt at få de ældres familie til at forstå, at familien stadig har et ansvar, selvom den ældre bor på plejehjem. Social- og sundhedspersonalet skal gøre de ældre opmærksomme på mulighederne for socialt samvær og aktiviteter.

Depressioner skal opfanges. Udover den praktiserende læge spiller også hjemmeplejen en rolle. Ofte kan den ældre fanges i selvmordsprocessen, som sjældent er spontan. For eksempel tager ældre, der planlægger selvmord, ofte afsked med familie og bekendte.

Omsorgs-/krisearbejde til efterladte ældre skal iværksættes. En sådan indsats bør ikke kun omfatte ældre, hvis partner er død, men også ældre som kommer ud for, at deres børn dør. Der kan være tale om opsøgende arbejde, eller der kan være tale om pårørende grupper.

Tilbud til efterladte

Workshopindlæg ved sygeplejerske Elisabeth Karlsson, Center for Forebyggelse af Selvmordsadfærd

Et selvmord berører en lang række mennesker, der stod den afdøde nær. Center for Forebyggelse af Selvmordsadfærd i Fyns Amt har gennem fem år haft et tilbud om åben sorg-gruppe for efterladte efter selvmord.

Center for Forebyggelse af Selvmordsadfærd tilbyder hjælp både til selvmordstruede og til pårørende og efterladte i forbindelse med selvmordsforsøg og selvmord. Mennesker, der har forsøgt selvmord og som bor i Odense Kommune, kan deltage i et behandlingsforløb, hvor deres pårørende også kan deltage efter behov.

Når det drejer sig om de efterladte efter selvmord, kommer vores målgruppe fra hele Fyn. Ifølge de seneste tal var der i 1996 på Fyn 107 selvmord og anslået 10 gange så mange selvmordsforsøg, altså 1.070. Hvis man regner med, at hver person, der begår selvmord, har fem nærtstående familiemedlemmer (børn, forældre m.fl.), blev altså cirka 535 mennesker dybt berørt af de 107 selvmord på Fyn i 1996.

Vi har i centeret gennem fem år haft en åben sorggruppe for efterladte, og til den gruppe har vi haft visitationssamtaler med cirka 60 mennesker, som umiddelbart har ytret ønske om hjælp til deres sorgarbejde. Af disse har cirka 40 efter samtalen taget imod tilbuddet, som i øvrigt er gratis. For at kunne deltage i gruppen skal den enkelte være ude af sin akutte krisetilstand.

Gruppen af efterladte er også dækket af den offentlige sygesikring og er herigennem berettiget til 12 samtaler hos en psykolog. Dette er hovedsageligt beregnet som et akut tilbud, som skal påbegyndes senest et halvt år efter dødsfaldet.

Reaktioner hos efterladte

Jeg vil kort ridse nogle af de hyppigste reaktioner op, som de efterladte efter et selvmord har og som for mig at se også fortæller noget om, at de har brug for støtte, hjælp eller behandling.

- Chok
- Kaos
- Skyld
- Skam
- Savn

- Vrede
- Forstenethed
- Søvnforstyrrelser
- Fortvivlelse
- Angst
- Ked af det.

De efterladte vil selvfølgelig være meget forskellige, både hvad angår deres faktiske situation og deres reaktioner. Men måden, hvorpå sorgen skal bearbejdes, er påfaldende ens. Jeg vil her nævne et typisk eksempel på en efterladt.

En 40-årig kvinde har mistet sin mand for 10 måneder siden, da manden begik selvmord. Hun er nu alene med to teenagebørn, som hun har svært ved at styre. Hun har vanskeligt ved at stille krav til dem og magter ikke at inddrage dem i det huslige arbejde, som hun dårligt kan klare alene.

Kvinden klager over dårlig nattesøvn med voldsomme mareridt. Især synet, der mødte hende, da hun fandt manden hængende i laden, gentager sig på forskellig vis. Hun har svært ved at tale med andre om disse problemer. Den 40-årige har genoptaget sit arbejde og fungerer nogenlunde, bortset fra at hun ikke husker så godt som tidligere og i perioder er ukoncentreret.

Efter mandens selvmord har kvinden fået store vanskeligheder med at styre sine følelser. Hun kan pludselig blive meget ked af det uden at kunne forklare det nærmere. Derfor har hun problemer med at være sammen med mange mennesker. Hun bruger megen tid på at analysere hændelsen for at finde ud af, hvad hun burde have gjort anderledes, så selvmordet kunne have været undgået.

Referatet af debatten om tilbud til efterladte og pårørende findes på side 33.

Åben sorggruppe

I centerets åbne sorggruppe tilbydes efterladte efter selvmord individuel sorgterapi sammen med andre, der er i en lignende situation. Ideen med denne form for terapi er blandt andet at understrege det almenmenneskelige og sunde i sorgprocessen. Samværet med andre hjælper de efterladte til at genvinde tilliden til verden, og fordi medlemmerne er på forskellige stadier i sorgprocessen, kan nye i gruppen få inspiration og håb gennem de andre. Når deltagerne oplever de øvrige gruppemedlemmer gennemleve smerten og ser deres lettelse ved at give slip, bliver

de mindre skræmte af deres egne følelser. Gruppen ledes af to terapeuter, som har en toårig terapeutuddannelse med fokus på tab og traumer.

Visitation. Når efterladte kontakter centeret telefonisk vedrørende den åbne sorggruppe, taler man med dem om de nærmere omstændigheder ved selvmordet og deres egen situation i den forbindelse. Der bliver aftalt en tid for en halvanden time lang samtale, hvis formål er at afklare, om sorggruppen er det rigtige tilbud for den pågældende. Efter samtalen har den efterladte nogle dages betænkningstid i forhold til sin deltagelse i sorggruppen.

Metode. Der er plads til otte medlemmer ad gangen i den åbne sorggruppe, som mødes én gang om ugen. Medarbejderne arbejder med gruppen i to timer, hvorefter gruppen har en times socialt samvær uden medarbejderne, som dog kan tilkaldes. Der er tale om individuel behandling i gruppen. Dette betyder, at medarbejderne i løbet af de to timer taler med hver enkelt om dennes situation og proces. Dette arbejde foregår i overværelse af de øvrige gruppedeltagere og virker derved som katalysator for de øvrige proces. Det er meget individuelt, hvor længe folk er i gruppen, og det varierer fra tre måneder til et år

Brevskrivning. Medlemmerne af den åbne sorggruppe får som hjemmeopgave at skrive breve til den, de har mistet. Brevene læses op i gruppen, og de svære følelser i den forbindelse deles med gruppen. Efterfølgende får gruppedeltagerne til opgave at dele følelserne med familie, venner eller bekendte uden for gruppen. Metoden giver klarhed og overblik, når kaotiske følelser skal adskilles, og den styrker også deltagernes mod til at turde bruge deres netværk på en anden måde

Gråd. Den dybe gråd er det mest betydningsfulde i sorgarbejdet. Når kroppens spændinger løsnes, opnås en sundere balance, som den enkelte vil opleve som en enorm lettelse.

Genetablering af netværket. Gruppebehandlingen hjælper den enkelte til at forvalte sorgen og smerten, så vedkommende atter bliver i stand til at indtræde i et samspil med omgivelserne.

Begrænsning. En åben sorggruppe vil ikke være relevant for efterladte, der havde store psykiske problemer inden tabet. De mennesker vil have brug for et mere langvarigt, intensivt terapiforløb.

Frivillige et nødvendigt supplement

Workshopindlæg ved **Susanne Berner**, leder af aktivitetshuset
Husmandsstedet, Årslev Kommune

En væsentlig styrke hos de frivillige er, at de har god tid til den enkelte og at de kan dække nogle af de tidspunkter, hvor det offentlige system holder lukket. Selvhjælpsgrupper og hjælp til at styrke det personlige netværk er nogle af de tilbud, som karakteriserer det frivillige arbejde. Men for at kunne fungere, har de frivillige organisationer brug for støtte fra det professionelle system.

Det er vigtigt at klargøre, hvad der adskiller de frivillige tilbud fra de professionelle. I systemet kender man nogenlunde varen. Man ved, at lægen, socialrådgiveren, psykologen har en bestemt uddannelse og kompetence. I den frivillige verden står det ikke på døren, hvad man går ind til. Tilbuddene er mangeartede, og brugernes forventninger lige så forskellige.

Det er ikke de frivilliges opgave at sikre de nødvendige tilbud om støtte. De frivillige skal ikke gøre, men være, selvom de selvfølgelig kan medvirke til at løse den enkeltes problemer. De frivillige kan være sammen med den person, som søger hjælp – stå bi, som vi sagde før i tiden. Og det er netop her, at en væsentlig styrke hos de frivillige organisationer ligger. De har meget mere tid til den enkelte, og de kan dække nogle af de tidspunkter, hvor det offentlige hjælpesystem ikke tilbyder hjælp.

Udover at kunne tilbyde denne hjælp, skal de frivillige også kende til de øvrige steder – offentlige såvel som frivillige – hvor personen kan få yderligere hjælp og støtte.

Selvhjælpsgrupper for pårørende

Over for pårørende til mennesker, der har forsøgt selvmord, kan det være relevant at tilbyde en selvhjælpsgruppe, fordi det giver mulighed for at udveksle erfaringer med andre i samme situation. Derved sker der for den enkelte en almengørelse af vedkommendes situation, som ellers ofte af personen selv opfattes som enestående.

Når man opretter en selvhjælpsgruppe er der en række forhold, som er vigtige at huske:

- Der skal være en igangsætter, som kan sørge for at udarbejde nogle spilleregler for gruppens funktion.
- Der skal tales om tavshedspligt i gruppen (hvad det betyder, og hvordan man praktiserer det).
- Der skal laves klare aftaler vedrørende afbud til møderne og udtræden af gruppen.
- Der skal fastlægges en samtale- og mødekultur. Man kan aftale at tale i runder, eller at en ad gangen er 'på?'. Det er vigtigt, at gruppens medlemmer

får en fælles forståelse af, at man lytter til hinanden uden at overtage historien.

- Gruppens medlemmer må ikke udøve terapi eller missionere for egne sandheder.
- Det er nødvendigt, at alle er i stand til at bære, at andre i gruppen bliver kede af det.
- For de frivillige er det meget vigtigt at have information om, hvor de selv kan få hjælp, når de kommer i tvivl om det, de gør. De skal desuden kende til, hvilke krisesympotomer, der kræver professionel hjælp. Desuden bør de frivillige, der leder grupperne, have professionel supervision.

Styrkelse af det personlige netværk

Også over for efterladte efter selvmord kan en selvhjælpsgruppe give en nødvendig støtte, men her bliver styrkelse af personens netværk også vigtigt. Dette for at forebygge 'enkepesten', som består i, at ingen tør omgås den efterladte, fordi de har svært ved at forholde sig til vedkommendes situation og er bange for at komme til at sige noget forkert.

Disse netværksaktiviteter går ud på at hjælpe personen til at skabe nye kontakter og indgå i et fællesskab. Hvordan det præcist skal foregå, afhænger naturligvis meget af, hvad personen er interesseret i og selv kan bidrage med.

Mennesker, som har mistet en nærtstående ved selvmord har, udover at de føler sig alene, ofte en følelse af skyld eller af ikke at være god nok. De vil ofte føle, at der var noget, de skulle have gjort eller ikke gjorde godt nok.

At få værdi igen, at mærke, at man kan bidrage med noget og deltage i et samspil med andre, er et dybt menneskeligt behov. Det er vigtigt at have venner, og det er netop noget som efterladte efter selvmord kan miste.

Professionel opbakning

For at det frivillige arbejde kan fungere, er det desuden vigtigt, at det professionelle system bakker de frivillige op. Det er således vigtigt, at de frivillige

- ved, hvor de kan få hjælp
- ved, hvortil i det professionelle system de kan henvise folk
- har adgang til professionel supervision
- har mulighed for egenterapi for at undgå at brænde ud
- får den økonomiske støtte, som muliggør disse foranstaltninger.

De frivillige tilbud skal være synlige, og det skal klart fremgå, hvad de kan og ikke kan. De frivillige tilbud er fleksible og kan matches med den enkelte person, der søger hjælp. De frivillige har både styrker og begrænsninger i forhold til det professionelle system. Gør man sig dem klart, og gives de frivillige den fornødne

støtte, kan de udgøre et værdifuldt supplement til det professionelle behandlingssystem.

Referat af debatten om tilbud til efterladte og pårørende

Debatten centrerede sig om, hvad der skal til for at opfange de pårørende og efterladte.

- Skal der være flere tilbud til pårørende/efterladte?
- Kræver det opsøgende arbejde?
- Eller er det tilstrækkeligt med generel information, fx pjecer på biblioteker?

En deltager pegede på, at tilbuddene i et vist omfang skal være skræddersyet til forskellige målgrupper.

Kolding Selvhjælp berettede om deres succes med at give støtte til selvmordstruede og deres pårørende. I et treårigt projekt dannede de selvhjælpsgrupper for unge. De gjorde meget ud af at nå de unge selvmordstruede via uddannelsesstederne og erhvervsvejledningerne på skolerne. Erfaringen var blandt andet, at vil man have kontakt med de 18-26-årige, er det vigtigt at kalde det for hjælp til personlig udvikling og ikke hjælp til selvmordstruede.

Deltagerne i workshoppen konstaterede, at det er nødvendigt med en vifte af tilbud for at matche de forskellige behov. Nogle efterladte/pårørende kan hjælpes via opsøgende arbejde, andre vil have gavn af en pjece, der er tilgængelig på biblioteket. Afgørende for hvilket tilbud der er tilstrækkeligt, er hvor i sorgprocessen/bearbejdelsen de efterladte/pårørende er. Efterladte og pårørende befinder sig i grundlæggende forskellige situationer. Efterladte har mistet og er i en sorg-/krisesituation. Pårørende har brug for hjælp til at finde ud af, hvad de kan gøre her og nu – hvordan de skal reagere for at hjælpe den selvmordstruede.

Det etablerede system har pligt til at interessere sig for de pårørende. Folk i frontlinien (politi, Falck, praktiserende læger m.fl.) bør kunne oplyse efterladte/pårørende om, hvor de kan henvende sig i forbindelse med selvmordsforsøg eller selvmord. Det blev dog påpeget, at det etablerede systems manglende interesse skyldes, at der ikke findes tilstrækkelige tilbud at henvise til.

Registreringen i forbindelse med selvmordsforsøg eller selvmord bør forbedres, så det bliver muligt at identificere eventuelle pårørende/efterladte. Det kan medvirke til, at man kan tilbyde dem kvalificeret hjælp, og en sådan indsats vil være forebyggende, da de pårørende/efterladte udgør en risikogruppe i forhold til selvmord.

Endelig blev der peget på behovet for forskning i nye områder af selvmordsproblematikken, for eksempel:

- Hvordan reagerer folk, der finder selvmordere?
- Hvorfor er det ofte sådan, at de efterladte ikke ønsker at have noget med det etablerede system at gøre?

Netværk

Referencegruppen har oprettet en hjemmeside, der skal fungere som et aktuelt formidlingsforum mellem praktikere og forskere på selvmordsområdet. Hjemmesiden har adressen:
www.selvmordsforebyggelse.dk.

For at handlingsplanens anbefalinger kan føres ud i livet, er det vigtigt, at der etableres netværk mellem både professionelle og frivillige, som arbejder med selvmordsområdet. I et netværk kan der genereres viden og erfaring, og medlemmerne af netværket kan støtte og inspirere hinanden fagligt samt løse opgaver i fællesskab.

Netværk kan sammensættes meget forskelligt, alt efter opgavernes karakter. Netværkene kan således have en faglig eller tværfaglig sammensætning, og de kan virke inden for én sektor eller på tværs af sektorer (sundheds-, social- og undervisningssektor).

Netværk kan etableres i offentligt eller frivilligt regi eller en kombination heraf, og de kan fokusere på et enkelt af handlingsplanens forebyggelsesområder eller på tværs af flere forebyggelsesområder. Et område kan for eksempel være specifik forebyggelse, og der kan eventuelt yderligere fokuseres på konkrete projekter som skadestueprojekter. Netværket kan endelig have en bred eller en snæver geografisk afgrænsning. Kombinationsmulighederne er mangfoldige.

I overensstemmelse med handlingsplanens intentioner vil referencegruppen prioritere tværfaglige, tværsektorielle og geografisk brede netværk.

På konferencen for nøglepersoner den 27. september 1999 blev der lagt op til, at referencegruppen aktivt ville gå ind i dannelsen af netværk og formidle en kontakt mellem de deltagere, der ønskede at indgå i netværk, hvilket cirka en fjerdedel gjorde. Imidlertid var der ikke tilstrækkeligt mange tilbagemeldinger fra deltagerne til, at der på nuværende tidspunkt kan etableres meningsfulde netværk. Referencegruppen vil arbejde videre med etablering af netværk og vil inddrage de fremsatte ønsker i arbejdet.

For at fremme kontakten mellem de mange deltagende nøglepersoner indbyrdes og mellem deltagere og de læsere af rapporten, som ikke havde mulighed for at deltage, følger her deltagerlisten fra konferencen.

Fr. Lisbet Aabling
Sygeplejerske, geriatrisk team
Køge Kommune
Geriatrisk Team
Lykkebækvej 1
4600 Køge
Tel: 56 63 15 00, lokal 4380

Fr. Jytte Aaen
Vicechefsygeplejerske
Hjørring/Brønderslev
Sygehus
Bispensgade 37
9800 Hjørring
Tel: 98 92 72 44

Fr. Ingelise Andersen
Forebyggelseskonsulent
Frederiksborg Amt
Sundhedsforvaltningen
Kgs. Vænge 2
3400 Hillerød
Tel: 48 20 52 37

Hr. René Andersen
1. Reservelæge
Amtssygehuset i Esbjerg
Gl. Vardevej 101
6715 Esbjerg
Tel: 79 18 28 41

Fr. Bette Agertoft Andersen
Gymnasiepsykolog
Fyns Amt
Gymnasierådgivningen
Ørbækvej 268
5220 Odense SØ
Tel: 65 56 14 81

Fr. Lis Omann Andersen

Adm. oversygeplejerske
KAS Glostrup
Psykiatrisk Afd. P
Ringvejen
2600 Glostrup
Tel: 43 23 34 27

Fr. Anne Andersen
Ledende socialrådgiver
KAS Gentofte
Niels Andersens Vej 65
2900 Hellerup
Tel: 39 77 37 71

Fr. Vibeke Drevsen Bach
Daglig leder
Livslinien
Postboks 1157
1010 København K
Tel: 33 32 11 19

Fr. Dorte Bagger
Sundhedsfaglig konsulent
Hovedstadens Sygehus-
fællesskab
Bredgade 34
1260 København K
Tel: 33 48 38 13

Fr. Lisbeth Bendtsen
Klinisk psykolog
Viborg Amt
Blåkærgård
Røddingvej 11
8800 Viborg
Tel: 86 67 50 88

Hr. Sigurd Benjaminsen
Overlæge
Odense Universitets-
hospital
Psykiatrisk afdeling P.
5000 Odense C
Tel: 65 41 41 62

Fr. Susanne Berner
Koordinator
?Husmandsstedet?

Mosevænget 1
5792 Årslev
Tel: 65 99 29 19

Fr. Unni Bille-Brahe
Forskningsleder
Center for Selvmords-
forskning
Tietgens Allè 108
5230 Odense M
Tel: 66 13 88 11

Hr. Jørn Bols
Oversygeplejerske
Aalborg Sygehus
Ortopædisk afdeling
Postbox 365
9100 Aalborg
Tel: 99 32 21 45

Fr. Lisbeth Bom
Socialrådgiver
Ungdomspsykiatrisk
Ambulatorium
Rådmandsengen 3
4700 Næstved
Tel: 55 72 14 01, lok. 4171

Fr. Mette Bo Christensen
Projektkoordinator
Ribe Amt
Sundheds- og
forebyggelsesafdelingen
Sorsigvej 35
6760 Ribe
Tel: 75 42 42 00

Hr. Andreas Christensen
Journalist
Stickelbergs Bureau
Jægergårdsgade 14, 3. sal
8000 Århus C
Tel: 86 18 15 22

Hr. Brian Christensen
Journalist
Søndagsavisen
Gladsaxe Møllevej 28

2860 Søborg
Tel: 39 57 75 00

Fr. Ingeborg Conrad
Faglig sekretær
Center for Selvmords-
forskning
Tietgens Allé 108
5230 Odense M
Tel: 66 13 88 11

Hr. Henrik Dam
Overlæge
Rigshospitalet
Psykiatrisk afdeling
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
Tel: 35 45 61 75

Fr. Marianne Elm
Psykolog
Askovgården, Psykologhuset
Koesgade 60
2200 København N
Tel: 35 39 72 42

Fr. Birgit Erichsen
Uddannelseskonsulent
Kriminalforsorgens
Uddannelsescenter
Odensegade 94
2100 København Ø
Tel: 35 38 52 33, lok. 213

Fr. Trine Friis
Fuldmægtig
Amtsrådsforeningen
Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø
Tel: 35 29 81 06

Hr. Tage Gissel
Socialrådgiver
Center for Forebyggelse af Selvmordsforsøg
Tietgens Alle 108
5230 Odense M
Tel: 69 90 82 07

Fr. Pia Gredal
Dukkespill./historiefortæller
Teatret Gadesjakket
Jagtvej 50
5000 Odense
Tel: 66 11 06 84

Fr. Katherine Grønqvist
Sundhedskonsulent
Vestsjællands Amt
Sundhedsafdelingen
Alléen 15
4180 Sorø
Tel: 57 87 24 08

Fr. Helle Hansen
Socialrådgiver
Aalborg Sygehus
Ladegaardsgade 5, 1
9000 Aalborg
Tel: 99 32 18 32

Fr. Anette Hansen
Afdelingssygeplejerske
Centralsygehuset i Næstved
Skadestuen
Ringstedgade 61
4700 Næstved
Tel: 55 72 14 01

Fr. Merete Hansen
Socialrådgiverpraktikant
Frederiksberg Ungdoms-
rådgivning
Stockflethsvej 6, 2
2000 Frederiksberg
Tel: 38 19 70 87

Fr. Anette Hansen
Distriktssygeplejerske
Augustenborg Sygehus
6440 Augustenborg
Tel: 74 43 31 00

Fr. Karin Dahl Hansen
Journalist
Kristeligt Dagblad

Rosengården 14
København K
Tel: 33 48 05 71

Hr. Claus Harbeck
Læge
Ungdomscentrets
Træningshøjskole
Nørholmsvej 13
9000 Aalborg
Tel: 98 18 05 00

Fr. Birgitte Holst
Afdelingschef
Ældre Sagen
Vester Farimagsgade 15
1606 København V
Tel: 33 96 86 43

Fr. Jette Høirup
Socialrådgiver
Fyns Amt
Børne- og Unge-
rådgivningen Vestfyn
Indre Ringvej 11
5560 Aarup
Tel: 64 43 34 77

Hr. Frank Ingemann Jensen
Kontorchef
Sundhedsforvaltningen
Vejle Amt
Damhaven 12
7100 Vejle
Tel: 75 83 53 33

Hr. Gert Jessen
Projektkoordinator
Center for Selvmords-
forskning
Tietgens Allè 108
5230 Odense M
Tel: 66 13 88 11

Hr. Leif Johannisson
Speciallæge i psykiatri
Center for Forebyggelse af Selvmordsadfærd
Tietgens Allè 108

5230 Odense M
Tel: 65 90 81 07

Hr. Trygve Johansen
Socialrådgiver
Ungdomspsykiatrisk Ambulatorium i Aalborg
Mølleparkvej 10
9000 Aalborg
Tel: 96 31 15 73

Fr. Anni Jørgensen
Forstander
Bocentret Ringbo
Granvej 14
2880 Bagsværd
Tel: 44 44 52 11, lokal 203

Hr. Ebbe Frank Jørgensen
Embedslæge
Embedslægeinstitutionen
Vedelsgade 17 A
7100 Vejle
Tel: 75 82 37 99

Fr. Elisabeth Karlsson
Distriktssygeplejerske
Center for Forebyggelse af
Selvmordsadfærd
Tietgens Allè 108
5230 Odense M
Tel: 65 90 81 07

Fr. Ulla Knudsen
Daglig leder
Kolding Selvhjælp
Slotsgade 22
6000 Kolding
Tel: 75 50 79 02

Fr. Hanne Ditlev Knudsen
Afd. Sygeplejerske
Centralsygehuset i Esbjerg
Medicinsk afdeling 271
Holmebakken 6
6700 Esbjerg
Tel: 75 45 70 75

Fr. Bente Krogh

Socialrådgiver
Nordjyllands Amt
Rådgivningsafdelingen
Børn og Unge
Amtsgården 1
Niels Bohrs Vej
9220 Aalborg SØ
Tel: 96 35 17 61

Fr. Tove Winther Kvist
Psykolog
Vestsjællands Amt
Rådgivningsenheden
Alléen 15
4180 Sorø
Tel: 57 87 25 30

Hr. Carsten Køhler
Overlæge
Centralsygehuset i Holbæk
Afdeling V
Gl. Ringstedvej 1
4300 Holbæk
Tel: 59 43 32 01, lokal 4162

Fr. Karina Langhoff-Sørensen
Fuldmægtig
Socialministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K
Tel: 33 92 92 43

Fr. AnneMarie Bønnelykke Larsen
Amtspolitiker
Vejle Amt
Damhaven 12
7100 Vejle
Tel: 75 65 83 32

Fr. Lene Leth
Planlægger
Horsens Kommune
Sundheds- og
Socialforvaltningen
Rådhusstorvet 4
8700 Horsens
Tel: 75 61 43 44, lokal 4241

Hr. Peer Liisberg
Adm. Overlæge
Psykiatrisk Hospital
i Århus , afdeling C
8240 Risskov
Tel: 86 17 83 77, lokal 2012

Hr. Rasmus Lomborg
Socialrådgiver
Den Sociale Skadestue
Vor Frue Stræde 6
9000 Aalborg
Tel: 98 12 32 92

Fr. Bente Hjorth Madsen
Ledende psykolog
Center for Selvmords-
forebyggelse
Bækkelundsvej 16
8240 Risskov
Tel: 86 17 02 22

Hr. Lars August Meyer
Socialrådgiver
Den Sociale Skadestue
Vor Frue Stræde 6
9000 Ålborg
Tel: 98 12 32 92

Hr. Hans Ulrik Mikkelsen
Overlæge
Børne og Ungdoms-
psykiatrisk Hospital
Harald Selmers Vej 56
8240 Risskov
Tel: 86 17 77 66

Fr. Mette Mohr
Forebyggelseskonsulent
Frederiksborg Amt
Sundhedsvæsenet
Forebyggelses- &
sundhedsfremmeafdelingen
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød
Tel: 48 20 52 40

Fr. Elsebeth Mohr

Psykolog
Center for Forebyggelse af
Selvmord i København
Griffenfeldtsgade 44,
opgang 5 A
2200 København N
Tel: 35 28 98 98

Fr. Helle Mundus
Socialrådgiver
Hillerød Sygehus
Socialrådgiverafdelingen
Helsevej 2
3400 Hillerød
Tel: 48 29 44 78

Fr. Lisbet Møller
Leder
SIND-Linien
L.I. Brandes Alle 4
1956 Frederiksberg C
Tel: 35 36 24 36

Fr. Kate Runge Nielsen
Embedslæge
Embedslægeinstitutionen for Århus Amt
Østergade 1
8000 Århus C
Tel: 87 30 10 60

Fr. Kirsten Nielsen
Fuldmægtig
Sundhedsstyrelsen
Amaliegade 13
Postboks 2020
1012 København K
Tel: 33 91 16 10, lok. 5005

Fr. Anne Møller Nielsen
Sygeplejerske
Hillerød Sygehus
Jespervej 255
3400 Hillerød
Tel: 48 25 27 08

Hr. Jens Nissen
Fuldmægtig
Ledelsessekretariatet

Skovagervej 2
8240 Risskov
Tel: 86 17 83 77, lokal 3734

Fr. Merete Nordentoft
Overlæge, Ph.D, MPH
Bispebjerg Hospital
Bisbjerg Bakke 23
2400 København NV
Tel: 35 31 26 36

Hr. Per Nørgaard
Psykolog
Storstrøms Amt
Socialforvaltningen
Herlufvænge 14 A
4700 Næstved
Tel: 55 70 04 11

Fr. Lilli Olesen
Formand
Kolding Selvhjælp
Slotsgade 22
6000 Kolding
Tel: 75 50 79 02

Fr. Karin Oudshoorn
Projektkoordinator
Vejle Amt
Sundhedsforvaltningen
Damhaven 12
7100 Vejle
Tel: 75 83 53 33

Fr. Gunvor Rosenfeldt Pape
Psykolog, centerleder
Center for forebyggelse af selvmord i København
Griffenfeldsgade 44
Opgang 5 A
2200 København N
Tel: 35 28 98 98

Fr. Viola Pedersen
Sygeplejerske
Horsens Sygehus
Skadestuen
Heliosvej 7
7100 Vejle

Tel: 75 83 66 70

Hr. Poul Pedersen
Seniorkonsulent
Socialministeriet
7. kontor
Holmens Kanal 22
1060 København K
Tel: 33 92 92 37

Hr. Steen Bo Pedersen
Fuldmægtig
Psykiatrien i Ringkjøbing Amt
Østergade 29
6950 Ringkøbing
Tel: 96 75 38 05

Fr. Lise Petersen
Pædagogisk konsulent
Danmarksgade 17,2
5000 Odense

Hr. Lars Skytte Petersen
Fuldmægtig
Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
Tel: 33 92 34 88

Fr. Tinie Raagard Petersen
Fuldmægtig
Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
Tel: 33 92 33 60

Fr. Susanne Poulsen
Ledende socialrådgiver
Hillerød Sygehus
Psykiatrisk Sygehus
Helsevej 2
3400 Hillerød
Tel: 48 29 44 70

Hr. Olav Poulsen
Korshærspræst
Sct. Nicolai Tjenesten
Nikolaj Plads 15

1067 København K
Tel: 33 14 81 07

Fr. Inger Helt Poulsen
Projektleder
Roskilde Amt
Forebyggelsesafdelingen
Køgevej 80
4000 Roskilde
Tel: 46 30 35 17

Fr. Hanne Rasmussen
Vicekontorchef
Københavns Amt
Psykiatrisekretariatet
Stationsparken 27
2600 Glostrup
Tel: 43 22 32 20

Fr. Helle Rasmussen
Kontorchef
Københavns Kommune
Familie- &
arbejdsmarkeds-
forvaltningen
Bernstorffsgade 17
1592 København V
Tel: 33 17 33 71

Hr. Ole Rasmussen
Forhandlingschef
Amtsrådsforeningen
Dampfærgevej 22
København Ø
Tel: 35 29 82 51

Fr. Annette Roesen
Fung. Overlæge
Sct. Hans Hospital
Afdeling U
Munkesøvej 25
4000 Roskilde
Tel: 46 33 47 47

Hr. Søren Rohde
Hospitalsdirektør
H:S Bispebjerg Hospital
Bispebjerg Bakke 23

2400 København NV
Tel: 35 31 24 01

Fr. Lise Roslyng
Socialrådgiver
Storstrøms Amt
Socialforvaltning
Herlufvænge 14 A
4700 Næstved
Tel: 55 73 04 11

Fr. Ulla Høgelund Ross
Cand. ?psych.
Askovgården
Korsgade 60
2200 København N
Tel: 35 39 72 42

Fr. Ellen Schlosser
Souschef
Kolding Sygehus
Skadestuen
Skovvængen 2- 8
6000 Kolding
Tel: 75 53 32 22, lokal 3040

Hr. Peter Storm
Psykolog
Distriktspsykiatrisk Hus
Fynsgade 12
7000 Fredericia
Tel: 75 91 51 00

Hr. Søren Surland
Psykolog
Københavns Kommune
Familie og arbejds-
markedsforvaltningen
Bernstorffsgade 13
1592 København V
Tel: 33 17 33 03

Hr. Frode Svendsen
Souschef
Socialministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K
Tel: 33 92 47 06

Fr. Jonna Svenningsen
Sygeplejerske, souschef
Amtssygehuset i Esbjerg
Gl. Vardevej 101
6700 Esbjerg
Tel: 30 71 34 99

Hr. Søren Kr. Sørensen
Socialoverlæge
Børn- og Ungelæge-
ordningen
Frederiks Allè 26, 1. th.
8000 Århus C
Tel: 89 40 31 35

Fr. Dorthe Sørensen
Sygeplejerske
Centralsygehuset i Esbjerg
Enghavevej 3
6800 Varde
Tel: 75 22 13 64

Fr. Tine Thorsboe
Forebyggelseskonsulent
Frederiksberg Kommune
Ndr. Fasanvej 57
Hovedvejen opg. 17, 2.sal
2000 Frederiksberg
Tel: 38 81 21 21, lokal 3113

Hr. Bjarke Thorsteinsson
Kontorchef
Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
Tel: 33 92 32 60

Hr. Jeppe Toft
Bestyrelsesformand
Livslinien
Postboks 1157
1010 København K
Tel: 33 32 11 19

Hr. Hans Trier
Embedslæge
Embedslægeinstitutionen

for Vestsjællands Amt
Rolighed 7
4180 Sorø
Tel: 57 83 12 00

Hr. Henrik Trykker
Embedslæge
Embedslægeinstitutionen
for Sønderjyllands Amt
Storetorv 10, 2
6200 Aabenraa
Tel: 74 62 19 16

Hr. Jørgen Tybjerg
Adm. overlæge
Psykiatrisk afd. Horsens
Sundvej 30
8700 Horsens
Tel: 79 27 44 44

Hr. Kurt Vadgaard
Behandlerleder, psykolog
Århus Kommune
Ungekontakten
Nørre Allé 30
8000 Århus C
Tel: 89 40 31 92

Fr. Anne Vang
Fuldmægtig
Københavns Sundhedsforvaltning
Planlægnings- og
folkesundhedskontoret
Sjællandsgade 40
2200 København N
Tel: 35 30 35 70

Fr. Jette Weiland
Sygeplejerske
Børns Vilkår
Børnetelefonen
Fridtjof Nansens Plads 2
2100 København
Tel: 35 55 55 59

Fr. Miriam Wilmont
Fuldmægtig
Amtsrådsforeningen

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø
Tel: 35 29 81 97

Fr. Gerda Winther
Adm. chefpsykolog
Glostrup Amtssygehus
Psykiatrisk Afd. P
Nordre Ringvej
2600 Glostrup
Tel: 43 23 34 76

Fr. Anne Marie Winther
Afdelingssygeplejerske
Odense Universitets-
hospital
Psykiatrisk Afsnit P1
J. B. Winsløvsvej
5000 Odense C
Tel: 65 41 41 56

Hr. Bo Ørsnes
Pædagogisk konsulent
Undervisningsministeriet
H.C. Andersens Boulevard 43
1553 København V
Tel: 33 92 56 69

[Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord](#) Version 1 den
1. december 1999

Denne publikation findes på adressen

<http://www.sst.dk/publ/publ1999/selvmod/default.htm>

Copyright (c) Sundhedsministeriet, Socialministeriet