Agnieszka Konieczna, Bo Andersen Ejdesgaard 2010

Holdninger til selvmordsadfærd samt viden og værdier blandt udvalgte faggrupper

Center for Selvmordsforskning

Holdninger til selvmordsadfærd samt viden og værdier blandt udvalgte faggrupper

Cand.scient
Agnieszka Konieczna

Cand. mag
Bo Andersen Ejdesgaard

© Forfatterne og Center for Selvmordsforskning
Odense, 2010

Layout: Agnieszka Konieczna
Billede: Mary Larsen
"Unfinished Sympathy"

Det er tilladt at citere, kopiere m.v. fra denne rapport med tydelig kildehenvisning

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

2. udgave, 1. oplag,
2010

ISBN: 87-90291-94-8
978-87-90291-94-5

Forord

I forbindelse med selvmordsadfærd stilles to etiske teser over for hinanden: ”Selvmord er en menneskeret” eller ”Man skal så vidt muligt hindre folk i at forsøge selvmord”. I vor tid stilles der ofte spørgsmål ved disse påstande. Nogle fordømmer selvmordet på et principielt grundlag som en handling, der bryder med det kollektive ansvar, mens andre betragter handlingen modsat – som et udtryk for individets frihed og autonomi. Debatten omkring et menneskes ret til at begå selvmord rejser en mængde spørgsmål om liv, død og menneskeværd. Der findes ikke entydige og enkle svar på etiske spørgsmål, men det er vigtigt på arbejdspladsen at diskutere etikken i forbindelse med selvmordsadfærd og være bevidst om egen holdning til denne.

Blandt faggrupper, der qua deres beskæftigelse kommer i kontakt med selvmordstruede mennesker, er der ofte stor usikkerhed om, hvorledes selvmordsadfærd bedst håndteres og forhindres. Aktiv selvmordsforebyggelse kræver en række kompetente, engagerede og forpligtede faggrupper. Forebyggelse af selvmordsadfærd handler ikke kun om, hvilke kvalifikationer personalet har inden for deres fag, men også om deres faktuelle viden om selvmord og holdninger til selvmord. Viden og holdninger har stor betydning for måden, mennesker med selvmordsadfærd eller selvmordstanker behandles på, og dermed indirekte betydning for de selvmordstruedes adfærd. Det er uvist hvilke holdninger, de forskellige faggrupper har til selvmordsadfærd, og hvad deres holdninger er præget af. Foreliggende rapport vil blandt andet belyse, hvor stor viden faggrupperne har til selvmordsadfærd, hvad deres holdninger er, og hvilke etiske principper og erfaringer, der har indflydelse herpå.

Denne rapport er et resultat af et forskningsprojekt SAVE (Suicide, Attitudes, Values, Ethic), udarbejdet på Center for Selvmordsforskning i Odense. Rapporten præsenterer og beskriver resultaterne af en række interviews med forskellige fagpersoner samt spørgeskemaundersøgelser, hvor udvalgte faggrupper i Danmark har deltaget.

Der skal rettes en varm tak til alle fagpersoner, som har bidraget til, at projektet kunne gennemføres. Samtidig rettes en særlig tak til de fagpersoner, som har deltaget i interviewene. En stor tak til oversygeplejersker, afdelingssygeplejersker, præstenetværk, biskopper, Rigspolitiet, Kriminalforsorgen, Falck Danmark A/S Region Midt og Københavns Brandvæsen – Ambulanceafdelingen, for deres imødekommenhed i forbindelse med projektets gennemførelse.

Medarbejderne ved Center for Selvmordsforskning takkes for et inspirerende og spændende samarbejde igennem rapportens forskellige faser. Tak til cand.mag. Bo Andersen Ejdesgaard for hans hjælp med SAS analyse og til cand.scient. Børge Jensen for hans hjælp med den faglige diskussion af resultaterne. Konsulenterne Paul og Anne Margrethe Dyekjær takkes for korrekturlæsning. Centerleder ph.d. Lilian Zøllner er ansvarlig for projektets gennemførelse samt for rapportens udfærdigelse.

Indhold

1. Baggrund 6

2. Definition af begreber 9

3. Faggrupper 11

4. Holdning, etik, moral, ... 13

5. Metode 18

6. Resultater 24

7. Diskussion 53

8. Konklusion 60

Litteratur 62

Bilag

1 Baggrund

Holdninger til selvmord og etik

Tidligt i den kristne tid blev selvmord og selvmordsforsøg fordømt og betegnet som en synd. Op til 1800 tallet blev den kirkelige fordømmelse fulgt op af en lovgivning, som gjorde både selvmord og selvmordsforsøg til en forbrydelse. Herefter ændredes holdningen. Selvmord og selvmordsforsøg blev ikke længere betragtet som en synd eller en forbrydelse, men mere som en skamfuld handling [1].

I vor tid er der rent kulturelt en udbredt forståelse for, at selvmord og selvmordsforsøg er ulykkelige handlinger, der kan have baggrund i psykologiske, sociale, biologiske og personlige forhold, og at den selvmordstruede er en person i dyb nød, der har et stort behov for hjælp [2].

Alligevel er selvmord fortsat på mange måder et tabubelagt tema og mødes ofte med tavshed af mange mennesker - deriblandt fagfolk. For mange er selvmord et yderst følsomt emne, som de forbinder med stor sorg, savn, fortvivlelse og angst, hvilket gør det vanskeligt at tale om holdninger i denne forbindelse.

Holdninger er vigtige, fordi værdier kommer til udtryk gennem dem. Holdninger er præget af viden, erfaringer og personlige principper, og er baggrunden for den måde, man kommunikerer og handler på. Følelser udspringer af ens holdninger og værdier, og kan dermed have indflydelse på det enkelte menneskes kommunikative og praktiske handling.
Ud over den verbale kommunikation kommer også det nonverbale sprog til udtryk i kommunikation mellem mennesker. Derfor er det også vigtigt, at der er overensstemmelse mellem ord, kropssprog og handlinger.

Holdninger kommer til udtryk i handlinger, og handlinger bestemmes i høj grad af den enkeltes menneskesyn og etik. Ved konkrete handlinger bliver den etiske holdning til virkelighed, og den enkelte er på den måde med til at afgøre, hvad der er rigtigt og forkert.
Myter og fordomme, der bygger på frygt og uvidenhed, skaber afstand og manglende empati. Det kan påvirke holdningen til den selvmordstruede og dermed virke blokerende for selvmordsforebyggelsen.

I de senere år er der med stor intensitet blevet diskuteret, om det enkelte menneske har retten til at tage sit eget liv. Til spørgsmålet herom knyttes mange modsatrettede følelser, idet spørgsmålet har en etisk (bør/bør ikke), en juridisk (skal/skal ikke) og en eksistentiel (vil/vil ikke) dimension. Vi udfordres til at tænke over, hvad mennesker bør eller ikke bør gøre med deres liv. Spørgsmålet konfronterer os med vor egen død, vor udødelighed og selvmordet som egen valgmulighed. Juridisk set har alle i dag pligt til at forhindre selvmord, men samtidig har mennesker den mulighed, at de kan vælge at tage deres eget liv, hvis de ønsker det.

For en fagperson, som møder selvmordstruede mennesker, kan det være vanskeligt at forholde sig til spørgsmålet om retten til at tage sit eget liv. I mødet med det selvmordstruede menneske vil etiske dilemmaer af både privat og professionel art dukke op. I vanskelige hverdagssitua-

tioner, når etiske konflikter opstår, og værdier står i modsætning til hverandre, kan det være vanskeligt for fagpersonen at afklare, hvilke af principperne, han/hun bør prioritere, når alle principper bygger på at ville gøre det rigtige. Her i rapporten knytter spørgsmålet sig til to etiske principper, som anvendes i overvejelserne om det at være menneske. Det drejer sig om respekt for menneskets autonomi og dets integritet. Fagpersonen kan i den forbindelse rammes af en følelse af ambivalens og frustration. Det kan medføre uenighed og divergerende holdninger blandt personalet. Når der findes rigtig gode argumenter både for og imod retten til selvmord, hvilke argumenter skal fagpersonen så tage stilling til og lytte til? Som professionel og medmenneske vil man gerne gøre det rigtige, men man kan være i tvivl om, hvad det rigtige er.

I dag mener en del mennesker, at selvmord er en menneskeret, idet de betragter selvmordshandlingen, som et udtryk for individets frihed og autonomi. Men problemets etiske side er mere kompliceret. Betyder det, at alle som har selvmordstanker blot skal tage deres liv – fordi det er deres ret? Mange selvmordshandlinger er præget af ambivalens, og mange af de selvmordstruede har ikke gjort sig klare overvejelser om, hvad konsekvensen af et selvmordsforsøg vil være. Måske har de fortrudt handlingen allerede i løbet af det første døgn efter selvmordsforsøget. De fleste selvmordstruede personer, som har forsøgt selvmord, ønsker ikke at dø, men ønsker snarere at komme væk fra uudholdelige forhold i deres eget liv.

Et andet problem er, at autonomiprincippet, som en absolut værdi, kan komme i konflikt med fagpersonens pligt til at udøve livreddende behandling af selvmordstruede. En fagperson, som mener, at enhver har ret til at tage sit eget liv, kan havne i en konflikt, hvis han eller hun arbejder et sted, hvor arbejdsopgaverne indebærer at redde selvmordstruede.

Det er derfor af stor betydning for et vellykket møde mellem den selvmordstruede og fagpersonen, at fagpersonen har reflekteret over selvmordsproblemstillingerne og har taget stilling til de forskellige holdninger til selvmord. Herudover er det vigtigt, at fagpersonen har afklaret hvilke værdier og etiske principper han eller hun vægter højest og hvilken værdi, mennesket har for ham/hende. I refleksioner over hvorvidt selvmord er en menneskeret, må fagpersonen spørge, om der alene skal lægges vægt på den selvmordstruede persons autonomi, eller om der også bør gælde andre principper og værdier, som fx menneskelivets ukrænkelighed, ansvar, pligt, medmenneskelighed og næstekærlighed.

Når man taler om selvmordsadfærd og etik, handler det grundlæggende om, hvorvidt fagpersonens holdning til selvmord og dermed den selvmordstruede forpligter fagpersonen til at hjælpe den, som er i en stor emotionel krise.

Formål

Formålet med denne forskningsanalyse er at belyse, hvilke holdninger udvalgte faggrupper har til selvmordsadfærd med henblik på at intensivere forebyggelsesindsatsen.
Vi vil undersøge hvilke etiske principper, erfaringer og værdier samt hvilken viden, de faglige gruppers holdninger er præget af. Vi vil se på en række faktorer, der kan have betydning for holdningen til selvmordsadfærd, bl.a. alder, køn, profession, anciennitet, viden, tro og egen erfaring med selvmordsadfærd.

Problemformulering

1. Er der sammenhæng mellem holdninger til selvmordsadfærd og viden om emnet, erfaringer, værdier og menneskesyn?
2. Er der sammenhæng mellem viden om selvmordsadfærd og faglig erfaring?
3. Betyder kønsforskelle noget i forhold til viden om og holdninger til selvmordsadfærd?
4. Har alder betydning for viden om og holdninger til selvmordsadfærd?

Den overordnede problemformulering understøttes af en række underspørgsmål, som vi ligeledes vil besvare i rapporten:

1. Hvor stor viden har faggrupper om selvmord?
2. Hvordan er de faglige gruppers holdninger til selvmord?
3. Hvilke ambivalenser er der i holdningerne? Hvordan skal holdninger forstås?
4. Hvilke etiske principper og værdier er faggruppernes holdninger præget af?

Vi kan naturligvis ikke give endegyldige svar på alle disse spørgsmål, men vi vil forsøge at sammenfatte, hvad man ved herom ud fra foreliggende undersøgelse.

Målgruppen er de faglige grupper, der i større eller mindre grad er i kontakt med mennesker med selvmordsadfærd eller med selvmordstanker. Disse faggrupper er sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter (SOSU/SSA), ambulancereddere, politibetjente, præster og fængselspersonale.

Rapportens struktur

Rapporten er delt op i en teoretisk del og en empirisk del. Kapitel 1, 2, 3 og 4 udgør den teoretiske del. I kapitel 1 beskrives baggrunden. Kapitel 2 omfatter definitioner, som anvendes i selvmordsforskningen. I kapitel 3 beskrives de forskellige faggruppers funktion i relation til selvmordsadfærd. I kapitel 4 gøres rede for nogle af de begreber, der anvendes i debatten om etiske overvejelser. Først gøres der rede for, hvad holdning er, hvordan den skal forstås generelt og i relation til selvmordsadfærd. Dernæst gøres rede for begreber som etik og moral, samt begreber som vedrører centrale spørgsmål, som for eksempel hvad det vil sige at være et autonomt menneske, og hvad betyder det, at menneskelivet er ukrænkeligt. I empiridelen indgår kapitel 5 og 6. I kapitel 5, metode- og datakapitlet, beskrives metoden, som ligger til grund for undersøgelsen, og for hvordan undersøgelsen er blevet udført. Kapitel 6 indeholder de kvantitative og kvalitative resultater, vi har fået. De signifikante kvantitative resultater fremstilles i form af tabeller, og de kvalitative resultater i form af fagpersonernes personlige citater. Kapitel 7 er en diskussion af de kvantitative og kvalitative resultater. Sidste kapitel er en konklusion på hele undersøgelsen.

2 Definitioner af begreber

De centrale nøgleord, som anvendes i selvmordsforskningen:

Selvmord defineres ifølge WHO som:
"En handling med dødelig udgang, som afdøde, med viden eller forventning om et dødeligt udfald, havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde de af den afdøde ønskede forandringer" [3].

I WHO`s definition indgår

- At mennesket har haft et formål med sin handling, nemlig at dø.
- Selv havde foranstaltet og gennemført handlingen.

Definitionen forudsætter, at den afdøde havde viden eller forventninger om et dødeligt udfald, og at den afdøde havde ønske om forandringer. For begge forhold gælder, at det i sagens natur er vanskeligt at afgøre med sikkerhed. Trods dette er der i praksis mindre usikkerhed om klassificeringen af selvmord end selvmordsforsøg.

Selvmordsforsøg defineres ifølge WHO som:
"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" [3].
Definitionen er kompleks og omtaler flere betingelser, der skal være opfyldte.

- Selvmordsforsøget er en bevidst selvdestruktiv handling, dvs. at personen er klar over, at handlingen er skadevoldende.
- Handlingen er ikke vanemæssig, dvs. at den f.eks. ikke skyldes selvskade eller overdosering ved misbrug.
- Handlingen vil være skadevoldende, hvis ikke andre griber ind, dvs. at også tilfælde, hvor en person bliver forhindret i at foretage en selvmordshandling, er et selvmordsforsøg.
- Der behøver ikke at være et dødsønske, men intentionen med handlingen kan også være at komme væk fra en uudholdelig tilstand, at manipulere andre eller at få hjælp.

Selvmordstanker defineres som "et ret bredt spektrum spændende fra en kortvarig strejfende tanke til plagsomme, konstant tilstedeværende selvmordsovervejelser". Selvmordstanker omfatter både de tanker, der meddeles spontant, eller som bliver bekræftet gennem spørgsmål til vedkommende, og de tanker, som ikke meddeles andre. Begrebet omfatter den adfærd, hvor vedkommende selv beretter, at han/hun går med tanker om at afslutte livet [4].

Selvmordsadfærd dækker over en adfærd, hvorved en person verbalt, skriftligt eller på anden måde fremsætter trusler om at ville begå selvmord, forsøger at begå selvmord eller gennemfører selvmord [3].

Selvmordstruede mennesker forstås som mennesker, som udviser selvmordsadfærd, eller som har alvorlige selvmordstanker [3].

Andre begreber som anvendes i rapporten:

Faktuelle spørgsmål: Spørgsmål, der omfatter kendetegn, adfærd, hændelser eller ydre egenskaber; f.eks. alder [5].

Holdningsspørgsmål: Spørgsmål, der stilles med hensyn til at afdække personens mening/ holdning[5].

Positiv, accepterende holdning til selvmords-adfærd: Holdning, som bygger på princippet om autonomi og accept af selvmord som rationel adfærd.

Negativ, ikke-accepterende holdning til selvmordsadfærd: Holdning, som siger, at selvmord ikke er en acceptabel handling og derfor bør forebygges.

Positiv holdning over for den selvmordstruede: Holdning, som betragtes beskyttende, idet den selvmordstruede kan føle sig forstået og afholdt. Der arbejdes ud fra et princip om, at uanset hvad er selvmord ikke en løsning, og man skal til enhver tid forsøge at forebygge selvmordet.

Negativ holdning over for den selvmordstruede: Holdning, hvor den selvmordstruede bliver mødt med fordømmelse og afvisning.

3 Faggrupper

En effektiv forebyggelse af de mange og komplicerede årsager til selvmordsadfærd og behandling af selvmordstruede mennesker kræver en række kompetente faggrupper. Der er tale om faggrupper, som i deres daglige arbejde direkte konfronteres med selvmordsforsøg og selvmord. Endvidere faggrupper, som hovedsagelig har en indirekte kontakt til selvmordstruede og til mennesker, der er blevet efterladt ved nærtståendes selvmord.

Ambulancereddere

Ambulancereddere bliver kaldt ud til selvmord, selvmordsforsøg, trafikuheld samt andre større eller mindre skader og uheld. Ambulancereddere er, ligesom politiet, en af de faggrupper, som oftest er blandt de første, der møder pårørende og efterladte efter selvmord. Reddere har sjældent en egentlig rolle i behandlingen. De står ofte i en akut situation, hvor de skal visitere den person videre, der har forsøgt selvmord, og hvor de skal hjælpe pårørende og efterladte, som har behov for henvisningsmuligheder [6].

Politi

Politiet bliver altid tilkaldt ved selvmord. Det kræver ligsynsloven. Loven bruger begrebet "dødfunden", når et menneske dør, uden at der har været andre til stede. Hvis et menneske har været syg længe og dør derhjemme, mens ingen andre er til stede, kræves det også, at politiet bliver tilkaldt [6].

Politiet spiller en stor rolle i forhold til pårørende og efterladte. Ved selvmord eller mistanke om selvmord skal politiet sikre sig, at der ikke er sket en forbrydelse. Derfor skal de pårørende og øvrige efterladte afhøres. Derudover skal politiet undersøge omstændighederne omkring dødsfaldet for at afklare, om der er tale om selvmord, mord eller ulykke [6].

I forbindelse med undersøgelsen af omstændighederne ved dødsfaldet tages der billeder af den afdøde og af findestedet. Bevismaterialer, såsom våben, reb, medicinrester og evt. afskedsbreve vedlægges rapporten [6].
Politiet kommer også i kontakt med mennesker, der truer med eller forsøger at tage livet af sig [6].

Præster

Religionens betydning for vort syn på selvmord har spillet og spiller stadig en stor rolle for mange menneskers holdninger, både på det bevidste og på det ubevidste plan. Derfor har præster en afgørende rolle, når det drejer sig om selvmordstruede mennesker og om efterladte efter et selvmord [6].

Det er ikke hyppigt, præster bliver konfronteret med selvmordsforsøg eller selvmord; men når et menneske har begået selvmord, er det ofte præsten, der gennem samtaler støtter de pårørende og hjælper med tilrettelæggelse af begravelsesforløbet [8].

Præsten møder de efterladte, og præstens rådgivning kan være med til at afgøre, om familien f.eks. er åben om selvmordet. Skyld spiller en stor rolle for mange efterladte, og præsten

kan være med til at bearbejde skyldfølelsen. Det kræver, at præsten har viden om samtaleteknik og kendskab til viderevisitation. I forbindelse med selvmordstruede personer er det vigtigt, at præsten har en basisviden om selvmordsadfærd, identifikation og håndtering af mødet med den selvmordstruede [6,8].

Sundhedspersonale (Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter)

Hospitalet er det sted, hvor man oftest møder selvmordstruede mennesker med stor emotionel og psykisk smerte og efterladte efter et selvmord. Hver dag indbringes cirka tyve patienter efter selvmordsforsøg til landets skadestuer samt til akutte og medicinske modtageafdelinger [9]. Sundhedspersonalet er ansvarligt for sygeplejen af den enkelte patient, så behandlingen bliver så god som mulig. Sammen med patienten finder personalet ud af, hvilke behov patienten har. Derfor bliver sundhedspersonalet det centrale punkt for identifikation, vurdering, motivation og visitation af selvmordstruede, ved selvmordsforsøg, ved fremsatte selvmordstanker og ved mistanke om selvmordsfare [9].

Fængselsfunktionærer

I arresthusene sidder personer fængslet, som endnu ikke har modtaget deres dom eller som afsoner hæfte- eller korte fængselsstraffe. Fængslerne benyttes til personer, der er idømt fængselsstraf. Kriminalforsorgen sørger for, at frihedsstraffe bliver afsonet. Fængselsfunktionærerne har bl.a. til opgave at støtte de indsatte og motivere dem til at leve en tilværelse uden kriminalitet [10].
Fængselsfunktionærernes arbejde omfatter såvel sikkerheds- og kontrolopgaver over for de indsatte som pædagogiske opgaver. Fængselsfunktionærerne fungerer som sagsbehandlere for de indsatte ved at tale med dem om deres problemer samt støtte og motivere dem til en personlig udvikling, så deres muligheder for at klare sig efter afsoningen bliver bedre. Fængselsfunktionærerne skal vejlede, rådgive og hjælpe de indsatte, hvis disse har problemer [10]. Der kan også være situationer, hvor man "bare" skal lytte til de indsatte, hvis de har brug for at tale med nogen. Er der tale om selvmordstanker blandt indsatte, spiller fængselsfunktionærerne en vigtig rolle. En god samtale kan forhindre selvmord.

4 Holdning, Etik, Moral, Autonomi og Menneskets Ukrænkelighed

Holdning

Definition

Der findes mange definitioner, som viser forskellige tolkninger og syn på begrebet "holdninger".
Internationale Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences (2004) [12-15] definerer holdning som: "En prædisposition til at vurdere et objekt på en gunstig eller ikke gunstig måde. Denne prædisposition kan ikke observeres direkte og må udledes fra individets respons på holdningens objekt. Denne respons kan på den ene side spænde fra åbenlys adfærd (som at nærme eller fjerne sig fra objektet) og klart udtrykke sproglige udsagn, til på den anden side skjulte reaktioner, som kan undgå iagttagerens opmærksomhed såsom minimale ændringer i ansigtsudtryk o.l."

Allport (1935) [16,17] definerede holdning som en mental forudindtagethed, som er baseret på erfaring/kendskab, knyttet til et givet objekt eller situation og herved påvirker adfærd.

Ifølge Shaw & Wright (1967) [18,17] er holdninger baserede på evaluering af holdningsobjektets karakteristika og fører til motiveret adfærd.

Af disse definitioner ses, at holdninger er en latent variabel, som er knyttet til, hvordan vi forholder os til et objekt, der kan være mange forskellige ting: en genstand, en person, en situation og meget andet. Holdninger er baserede på erfaring, bygger på kendskab til holdningsobjektet og kan have indflydelse på den enkeltes adfærd.

Holdningsmodel

Lige som der findes mange og forskellige definitioner af holdningsbegrebet, er der også uenighed om, hvordan man bedst kan beskrive en holdning – altså hvilke komponenter eller elementer en holdning består af?

Ifølge psykologisk holdningsforskning [19] består en holdning af tre følgende komponenter:

- en kognitiv komponent (kendskab til/viden om objektet)
- en affektiv komponent (følelser mod objektet, dvs. den følelsesmæssige reaktion på objektet)
- en konativ adfærds-komponent (prædisposition til adfærd mod objektet)

Den kognitive komponent er kendskabskomponenten. Den indeholder vores kendskab til, viden om, opfattelser af, antagelser af, tanker og meninger om holdningsobjektet. Den kognitive komponent er et udtryk for, hvad vi ved, og hvad vi tror. Den kognitive komponent omfatter således fagpersonens generelle viden om selvmordsadfærd og selvmordsforebyggelse, erfaringer om, kendskab til og viden om den selvmordstruede person. For eksempel: fagpersonens fornuft kan eventuelt sige ham/hende, at meget syge mennesker alligevel skal dø inden længe, så det gør ikke den store forskel, om vedkommende tager sit eget liv. Her kan en større grad af viden og erfaring nuancere og eventuelt

ændre holdning.

Den affektive komponent er den evaluerende og følelsesmæssige komponent. Den følelsesmæssige vurdering af objektet anses for holdningens vigtigste aspekt. Den beskriver, hvordan vi vurderer et objekt. Denne komponent bliver fremstillet som positive eller negative følelser i forhold til objektet. Jo mindre kompleks holdningens kognitive aspekt er, des mere unuanceret "enten positiv eller negativ" er følelsesspektret også. Det kan aflæses som vore følelser udtrykt ved sympati eller antipati.

Her handler den affektive komponent om fagpersonens følelser og værdier i forbindelse med selvmord og selvmordsforsøg. Hvis fagpersonen taler med en person, der har selvmordstanker, eller som har et selvmordsforsøg bag sig, kan en række følelser komme til udtryk hos fagpersonen, og påvirke udfaldet af samtalen for den selvmordstruede. Det samme problem eksisterer i forbindelse med samtaler med efterladte.

Den konative komponent er handlingskomponenten. Den beskriver, hvordan vi agter at handle i forhold til det objekt, vore holdninger er rettet mod. Denne komponent vil være handling udtrykt ved aktiv reaktion eller ændret handling. Oplever fagpersonen en trang til at yde omsorg -: her må jeg gøre noget, eller bliver han/hun afvisende -: det her angår mig ikke?

Holdningens funktion

Hvorfor har vi holdninger? Holdninger har forskellige funktioner i vort mentale liv. Vi har holdninger for at kunne evaluere omgivelser. Gennem evaluering af forskellige situationer og objekter i vor omverden lærer vi at have bestemte holdninger [20]. Holdninger hjælper os med at finde sammenhæng og mening i tilværelsen, og de får os til at føle harmoni mellem det, vi opfatter som rigtigt og så vore handlinger. Holdninger gør det muligt at skelne mellem godt og ondt.

Holdningsdannelse

Holdninger kan dannes enten på baggrund af den enkeltes direkte erfaring med det pågældende holdningsobjekt eller kan være tillært. Holdninger dannes gennem hele livet, men de vigtigste perioder for holdningsdannelse er barndom og ungdom. Holdninger, som er dannet gennem barndommen og ungdommen, hvor forældre, søskende og andre voksne fungerer som "rollemodeller", og som er blevet kontinuerligt forstærkede, vil være godt befæstede og resistente mod ændringer [17]. Holdninger, der bygger på emotionelle evalueringer, anses for at være lettere tilgængelige og stærkere, end holdninger baserede på mere kølige og analytiske evalueringer [21]. To personer kan således have samme kendskab til et objekt, men evaluerer og reagerer forskelligt på den samme viden. De har dermed forskellige holdninger til objektet. Analogt hertil kan personer have forskelligt kendskab til objektet, men alligevel have den samme holdning til det [17].

De stærke holdninger har også en såkaldt "kognitivt energibesparende funktion"[21] – en funktion, som sparer personen for at udregne "på ny", hvordan han/hun bør eller skal forholde sig til objektet. Holdninger er konservative, fordi vi ikke kan ændre dem fra den ene dag til den anden. De stærke holdninger er stabile og modstandsdygtige overfor modargumenter og letter afgørelser i beslutningsprocesser.

Holdninger og menneskesyn

Menneskesyn kommer til udtryk i holdninger, bl.a. når vi reflekterer over og forsøger at afklare egne holdninger til selvmord. Menneskesyn udtrykker vor grundlæggende opfattelse

af, hvad det vil sige at være menneske: om vi anser mennesket for at være ansvarlig for egne handlinger, at være et egoistisk væsen eller blot et produkt af det samfund og de livsvilkår, det fødes ind i. Menneskesynet har en afgørende betydning for den holdning, vi har til det, vi anser for rigtigt og forkert, godt og ondt.

Holdninger og værdier

Der er ikke altid overensstemmelse mellem den følelsesmæssige del af holdninger og den adfærd/handling, der udføres. Ej heller er der altid overensstemmelse mellem den vidensmæssige og følelsesmæssige del af holdningen over for et problem eller en person. Det kan bero på, at holdninger er sammenkædet med værdier hos det enkelte menneske.

Værdier udtrykkes som "individets ønskeforestillinger, der styrer dets præferencer i valget mellem handlingsalternativer" [22]. Præferencerne er således en opsummering af, hvordan personen tillægger forskellige objekter værdi i forhold til hinanden. Præferencerne angiver derved noget om, hvad et menneske opfatter som det mest ønskværdige i livet, og som han/hun stræber mest efter. Værdier betegner altså de præferencer, der regulerer handlinger [23].

Værdier er forbundet med moral og normer, og handler derved om, hvad der er godt og ondt, positivt og negativt, altså hvad man mener, at man selv eller andre bør gøre.

Værdier skabes og indlæres gennem deltagelse i en gruppe eller et fællesskab og udtrykkes gennem samtaler. Individets personlige værdier, erfaringer og handlinger tages med ind i et nyt fællesskab, hvilket betyder, at relationen mellem individet og fællesskabet kan forandre værdierne.

Sammenhæng mellem værdier og handlinger er ikke altid i balance. Da værdier ligger til grund for handlinger, og dispositionerne ikke altid udtrykkes i handlingerne, kan der opstå forskelle mellem individets værdier og dets handlinger. Derfor kan to personer, som har den samme holdning, udvise forskellig adfærd, fordi deres holdninger er knyttet til forskellige værdier.

Etik og Moral

Begrebet etik stammer fra det græske "ethikos", der igen er afledt af "ethos", som betyder "maner" eller "sædvane" og kan således oversættes til "det gode liv" eller "sædelære", dvs. læren om, hvorledes man bør handle [24]. Ordet moral kommer af det latinske "moralitas", som er afledt af "mores", der betyder "skik" eller "brug" [24].

I daglig tale anvendes ordene etik og moral ofte i samme betydning, og det er ikke helt rigtigt. Men, selvom etik og moral ikke er identiske begreber og ikke må forveksles, så har de en vigtig sammenhæng. Både etik og moral handler om retningslinjer for menneskers adfærd over for hinanden – hvordan man bør handle, og hvordan man ikke bør handle. Etik drejer sig om de filosofiske principper for, hvordan vi "bør" opføre os og behandle hinanden, mens moral mere drejer sig om de fællesregler for hvilke handlinger, der er rigtige eller forkerte [25].

Etik knytter sig til det indre, dvs. til tanker, overvejelser og forestillinger om, hvad der er den rigtige handling eller den gode livsførelse. Etik handler om gode relationer, altså hvordan du tager hensyn til og beskytter andre, både dine nærmeste og dem, du ikke er tæt knyttet til. Når man handler etisk, forsøger man derved

ikke bare at tilgodese sig selv og tilfredsstille sine egne interesser. I stedet tager man hensyn til andre mennesker, fordi man mener, at dette i den givne situation, er det rigtigste at gøre. Kort sagt kan etik defineres som "anskuelsen af det gode liv med og for den anden person" [26]. For at blive lykkelig på et etisk rigtigt grundlag må det enkelte menneske derfor indordne og tilpasse sig samfundets moral, dvs. det, der i et givet samfund anses for at være godt og rigtigt.

Moral bruges om menneskers tanker og handlinger, om den rette måde at handle og tænke på. Moral kan opfattes som forskrifter for handlinger, fordi moralen siger, hvad man bør eller bør undlade at gøre i samværet med andre mennesker. Dette gør etikken også, men med den forskel, at mens moral betoner rigtigt og forkert gennem påbud, forbud og indirekte handleanvisninger, så står etikken for moralbegrundelsen eller danner grundlag for de overordnede retningslinjer [27].

Moral knytter sig altså til normer for rigtig eller forkert adfærd. Moral er knyttet til en bestemt befolkning eller en gruppe. Moral er grundlag for love og nedskrevne regler. Alle moralregler udspringer af et bestemt menneskesyn eller et bestemt livssyn. Dog kan moralregler ændre sig i tidens løb bl.a. på grund af den kulturelle udvikling, uden at det grundlæggende menneskesyn har ændret sig/ behøver at ændre sig [28].

Næsten alle mennesker har holdninger til, hvordan de bør handle i bestemte situationer og til, hvordan andre personers handlinger skal vurderes. Moral kan herudfra defineres som de holdninger, hvis funktion det er at styre handlinger i situationer, hvor hensynet til andre mennesker (levende væsener) er involveret eller kunne være involveret. De foreskriver, hvad vi bør gøre, hvilke handlinger der er gode og rigtige, og hvilke der er onde og forkerte [29].

Autonomi – Retten til selvbestemmelse

Begrebet autonomi har sin oprindelse i de græske ord "auto", der betyder "selv" og "nomos", der betyder lov, og kan som sådan oversættes til selvlovgivende. Grundlæggende betyder ordet selvbestemmelse, selvstyring og selvstændighed [30].

Ifølge det moderne menneskesyn er mennesket per definition autonomt. At være autonom vil altså sige, at mennesket har en umiddelbar ret til selvbestemmelse og handlefrihed, dvs. lov til selv at bestemme, hvordan livet skal leves. Princippet indebærer også, at den enkelte er velinformeret, kompetent og et frit individ, der er i stand til at vurdere konsekvenserne af alternative muligheder, og som har evnen til at kunne tænke og føle uden at påvirkes eller styres af omverdenen. Yderligere indebærer princippet en pligt til at respektere denne evne og de valg, som den enkelte træffer vedrørende eget liv [31, 32].

Hvad består autonomi af? Ifølge Gerald Dworkin består autonomi af autencitet og uafhængighed [33, 34]. Autencitet begrundes med, at det er personen selv, der danner og former sin egen autonomi, og derfor er den oprindelig og ægte. For at et menneske kan siges at være autonomt, indebærer det, at den enkelte handler uafhængig af andre personer og andres interesser. Autonomi udvikles gennem hele livet.
Ud over at have retten til selvstyring af sit liv, har ethvert menneske brug for at kunne føle sig betydningsfuld i forhold til samfundet. Samfundet består af mennesker, og mennesker er dermed afhængige af hinanden. Det betyder, at autonomi kun kan ske i et fællesskab med

andre mennesker og kun har en funktion, når den enkeltes menneskelige behov, krav, færdigheder og rettigheder stilles i relation til andre menneskers.

Menneskets Ukrænkelighed

Princippet om menneskets ukrænkelighed indebærer, at man ikke må tilintetgøre den værdi, som ethvert menneske har i kraft af selve det: at være menneske. Mennesket forstås som et unikt individ med en ukrænkelig værdi. Princippet kan ses ud fra en religiøs forankring eller ud fra mere sekulære overvejelser. Den religiøse forankring har det grundlag, at livet er skænket os af Gud og derfor er helligt og ukrænkeligt. Livet er en gave, som den enkelte har ansvar for at forvalte, og som kun Gud kan tage igen. Et menneske, der på egen hånd eller med andres hjælp afkorter sit liv, forsynder sig mod Gud, krænker Guds autoritet [35].

Ud fra de sekulære overvejelser anses ethvert menneskes liv som et absolut gode. Værdier som integritet og værdighed er fremtrædende i kristen livsanskuelse og kristent menneskesyn. Menneskeværdien er absolut, uforanderlig og uafhængig af evnen til selvbestemmelse.

5 Metode

Projektet bygger på en kombination af to datakilder, en kvantitativ og en kvalitativ. Undersøgelsen er primært en spørgeskemaundersøgelse udført på stratificeret udvælgelse af faggrupper. Inden for hver faggruppe er undersøgelsen baseret på en klyngeudvælgelse.
Spørgsmålene i spørgeskemaet og i interviewguiden stammer fra litteratur om selvmordsadfærd og fra egne forventninger til, hvad der vurderes at være vigtigt for at opnå bedst mulig afklaring og afdækning af de enkelte faggruppers viden om og holdning til selvmordsadfærd.

Metodevalg

I. DEN KVANTITATIVE UNDERSØGELSE (SPØRGESKEMA)

I undersøgelsen blev der anvendt tre forskellige former for spørgeskemaer - nemlig webbaserede, papirbaserede og e-mailbaserede. De tre typer spørgeskemaer indeholdt også en (WHO) sundhedsdefinition på, hvordan selvmord, selvmordsforsøg, selvmordsadfærd og selvmordstruede mennesker defineres i relation til selvmordsproblematikken. Alle respondenter blev endvidere opfordret til at kontakte os pr. mail eller telefon, hvis der opstod et problem, eller der var tvivl i forbindelse med besvarelsen af spørgeskemaet.

Det er blevet tilstræbt at få ca. 500 besvarelser fra hver faggruppe. I forventning om at svarprocenten ville ligge omkring 50, blev der udsendt 800-1000 spørgeskemaer pr. gruppe med undtagelse af politigruppen, der fik tilsendt 500 skemaer.

Webbaserede spørgeskema

Et internetbaseret spørgeskema blev udarbejdet i e-survey-programmet Relationwise, der er et webbaseret værktøj til elektronisk dataindsamling. Spørgeskemaet blev distribueret via e-mail direkte til den enkelte respondents e-mailadresse. E-mailen indeholdt information om projektets formål og baggrund samt om respondenternes anonymitet. Derudover var der et personligt link (med eller uden password) til det elektroniske spørgeskema. Hvis respondenten ikke havde besvaret spørgeskemaet indenfor svarfristen (3 uger), blev der sendt en reminder til respondenten. I brevet eller e-mailen blev respondenten anmodet om at besvare og returnere skemaet, såfremt dette ikke allerede var gjort.

Papirbaserede spørgeskema

Der blev foretaget en forundersøgelse, der viste, at mange af respondenterne foretrak at besvare et papirbaseret spørgeskema. Spørgeskemaet og medfølgende brev med oplysninger om undersøgelsens formål og baggrund blev fremsendt med posten direkte til respondenternes adresse eller til en bestemt person på institutionen. Respondenterne blev bedt om at besvare spørgsmålene og aflevere spørgeskemaet direkte til centeret eller til en bestemt person på deres institution. Hvis der ikke forelå et svar, når svarfristen efter 3 uger var udløbet, blev der sendt en påmindelse til respondenten.

E-mailbaserede spørgeskema

Respondenter, hvis e-mailadresse var kendt, og som ikke havde besvaret eller havde problemer med at udfylde et webbaseret spørgeskema,

havde også mulighed for at udfylde et e-mail-baseret spørgeskema. Respondenterne modtog skemaet i form af et Word-dokument vedhæftet en e-mail med nødvendige oplysninger om projektet. Respondenterne besvarede spørgsmålene og sendte spørgeskemaet elektronisk tilbage til den pågældende forskers e-mailadresse. Reminderen blev sendt til de respondenter, der ikke havde besvaret skemaet efter svarfristens udløb.

Spørgeskemaets opbygning

Spørgeskemaet bestod af i alt 89 spørgsmål og indeholdt 3 typer : 10 baggrundsspørgsmål, 27 faktuelle spørgsmål og 52 holdningsspørgsmål. Baggrundsspørgsmålene omfattede demografiske oplysninger (alder, køn mv.) og oplysninger, som afdækkede andre væsentlige karakteristika for den faggruppe, der indgik i undersøgelsen. De faktuelle spørgsmål belyste respondenternes generelle viden om selvmordsadfærd. Spørgsmålene omhandlede den faktuelle viden om selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstanker samt viden om metodevalg ved selvmord, motiverne til selvmord og selvmordsforsøg. Holdningsspørgsmålene, som var formuleret som holdningsudsagn, sigtede mod at afdække respondenternes holdninger og stillingtagen til selvmord, selvmordsforsøg, selvmordstanker og selvmordstruede personer. Spørgsmålene drejede sig om såvel faglig som personlig holdning til selvmord, om selvmord er moralsk acceptabelt eller en egoistisk handling. Ligeledes drejede spørgsmålene sig om fagpersonernes accept af og forståelse for selvmord samt om evnen til at tage hånd om selvmordstruede mennesker. Spørgsmålene sigtede også mod at belyse respondenternes erfaring med selvmordsadfærd samt deres følelsesmæssige reaktion over for såvel det første som følgende møder med selvmordstruede personer. Resten af spørgsmålene drejede sig om, hvor megen tid respondenten havde anvendt på behandling af disse patienter samt hans/hendes empati for dem. De sidste spørgsmål i skemaet var specielle spørgsmål, som var mere eller mindre tilpasset den specifikke faggruppes arbejdsområde og blev kun stillet til de individuelle faggrupper. Til sidst i spørgeskemaet var der plads til yderligere kommentarer, hvilket gav mulighed for at identificere andre problemstillinger, som vi måske havde overset i undersøgelsen.

Vi har valgt at bruge lukkede spørgsmål, da det letter databearbejdningen og endvidere er tidsbesparende for deltagerne. Vi har dog stillet få åbne spørgsmål, hvor respondenterne har haft mulighed for at besvare med egne ord og dermed uddybe deres svar.

Både de faktuelle spørgsmål og holdningsspørgsmålene blev besvaret på ordinalskalaer med faste svarmuligheder, dvs. Likert skala. Der blev brugt en 5-trins skala til undersøgelse af viden (ja - helt sikkert, ja – måske, ved ikke, nej – måske, nej - helt sikkert) og holdning (helt enig, mest enig, hverken enig/uenig, mest uenig og helt uenig).

II. DEN KVALITATIVE UNDERSØGELSE (INTERVIEW)

Interviewundersøgelsen bygger på 7 strukturerede interviews med basis i en interviewguide. Fem interviews er individuelle, og et er et dobbelt interview. De interviewede er tilfældigt udvalgte personer, der hver repræsenterer en faggruppe.

For at få en forståelse af, hvorledes den enkelte fagperson opfatter selvmordsproblematikken, er der i undersøgelsen indsamlet beskrivelser af faggruppernes daglige erfaringer med selvmordsadfærd. For at gå i dybden og få et mere nuanceret billede af, hvordan faggrupper forholder sig til selvmordsadfærd, er der udarbejdet en interviewguide, der indeholder en række spørgsmål inden for temaet fordelt på nogle hovedområder.

Først stilles der nogle generelle spørgsmål om den interviewedes baggrund. Derefter udspørges den interviewede om faglige og personlige erfaringer med selvmord i familien og den nærmeste omgangskreds. Spørgsmålene drejer sig bl.a. om fagpersonens reaktion på det første møde med et selvmordstruet menneske. Dernæst spørges til fagpersonens faglige og personlige holdning til selvmordsadfærd og til, hvad fagpersonen generelt mener om den enkeltes ret til selvmord, også når det gælder ældre mennesker og nære familiemedlemmer. Videre spørges der til fagpersonens tanker og følelser omkring selvmordsadfærd i forhold til deres konkrete oplevelser med selvmordstruede. Til sidst stilles den interviewede spørgsmål om de faglige behov mht. viden, opkvalificering, samarbejde med andre fagpersoner og tidsmæssige ressourcer.

Interviewguiden er under forløbet blevet revideret på enkelte punkter.

Selv om interviewguiden generelt følges, kan det ikke undgås, at interviewene af og til påvirkes af de tanker og associationer, der opstår hos interviewdeltagerne undervejs.

Hvert interview varede 0,5 -1,5 time, afhængig af fagpersonens erfaringer med selvmordsadfærd og svar på spørgsmålene.

Dataindsamling

Der blev taget kontakt til de udvalgte faggrupper på følgende måde:

Sygeplejersker og SOSU'er

For at rekruttere sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (SOSU'er) til undersøgelsen blev der taget telefonisk eller skriftlig kontakt til sygehuse i landet. Projektet introduceredes for afdelingernes oversygeplejersker og afdelingssygeplejersker for at afklare, om man var interesseret i at deltage i spørgeskemaundersøgelsen. Afdelingerne be- eller afkræftede deltagelse med det samme. Derefter blev et aftalt antal spørgeskemaer sendt til afdelingerne, som så videresendte dem til projektets deltagere.

Præster

I samarbejde med tre præster, Palle Gerlach, Ingeborg Kastberg og Marianne Bach, blev spørgeskemaet tilpasset, så det harmonerede med præsternes daglige arbejde. Skemaet blev sammen med informationen om projektet sendt til alle biskopper i landet. Biskoppernes anbefaling af projektet blev sammen med spørgeskemaet videresendt elektronisk eller pr. brev til tilfældigt udvalgte præster i de respektive stifter.

Politiet

Rigspolitiet i København blev kontaktet og informeret om undersøgelsens formål og metode for at få accept af projektet. Derefter blev politidirektøren i hvert af de 12 politidistrikter kontaktet pr. e-mail med information

om rigspolitichefens tilladelse samt de nødvendige oplysninger om projektet. En liste med et bestemt antal polititjenestemænds e-mailadresser blev udleveret elektronisk til centeret. Deltagerne blev herefter kontaktet via deres e-mail.

Fængselspersonale

Der blev rettet skriftlig henvendelse til Kriminalforsorgen i København med det formål at introducere projektet. En liste med fængselspersonalets mailadresser blev udleveret, hvorefter deltagerne blev kontaktet via e-mail. Spørgeskemaet blev tilpasset fængselspersonalets arbejdsrutiner i samarbejde med Kriminalforsorgen.

Ambulancereddere

Falck Danmark A/S Region Midt og Københavns Brandvæsen – Ambulanceafdelingen blev kontaktet for at informere om projektet. Spørgeskemaerne blev enten sendt med post til institutionen eller til respondenternes hjemadresser. I brevet blev respondenterne orienteret om undersøgelsens formål, projektets baggrund samt respondenternes anonymitet.

Analyse af data

I. SPØRGESKEMA

De besvarede papirbaserede og e-mailbaserede spørgeskemaer blev læst igennem for at opfange eventuelle fejl, såsom ubesvarede spørgsmål og fejlregistreringer. Efterfølgende blev skemaerne indtastet elektronisk i databasen.

Spørgeskemaer analyseres kvantitativt ved brug af SAS statistikprogram 9,1, og data analyseres ved hjælp af logistisk regression.

Multipel logistisk regression

Logistisk regression anvendes ofte, når man vil se sammenhæng mellem en afhængig variabel (her holdning/viden) og en uafhængig variabel eller risikofaktor. Er der flere end en uafhængig variabel, kaldes det multipel logistisk regression [36], og det er især den metode, vi anvender i den nærværende rapport.

Vi vil forsøge at estimere holdning/viden, som funktion af forskellige uafhængige variable (tabel 1 s.22). Især er det interessant at undersøge, hvad der påvirker sandsynligheden for at være "enig/uenig". Disse såkaldte risikofaktorer (køn, alder, profession, erfaring osv.) der viser om fagpersonen er "tilhænger af selvmord som en menneskeret/ har stor viden om emnet" eller "ikke er tilhænger af/ har lille viden om", analyseres ved hjælp af logistisk regression. Denne metode gør os i stand til at vurdere, om tilstedeværelsen af en risikofaktor medfører, at fagpersonen "accepterer eller ikke accepterer selvmord" – "har viden om eller ikke har viden om selvmordsadfærd".

Den multiple logistiske regressionsmodel beskriver, hvorledes fordelingen af en afhængig Y-variabel med to mulige værdier "enige" (Y= 1) eller "ikke enig" (Y= 0), afhænger af de forskellige uafhængige variable $x_1, x_2, x_3 \ldots, x_k$ (tabel 1) .

Den logistiske regressionsmodel postulerer, at den betingede sandsynlighed P for Y= 1 givet værdien af de uafhængige variable x_k er lig med

$$P(Y = 1|x) = \frac{e^{g(x)}}{(1+e^{g(x)})}$$

således at logit-værdien g(x) for Y er en lineær funktion af værdierne af x-variablene:

$$g(x) = \mathrm{h}\left[\frac{P(Y=1)}{P(Y=0)}\right] = \beta_0 + \beta_1 \cdot x_1 + \beta_2 \cdot x_2 + \ldots + \beta_k \cdot x_k$$

hvor

β_0 og $\beta_1, \beta_2, \ldots, \beta_k$ - værdierne er modellens parametre, også kaldt regressionskoefficienter. [36, 37].

Odds ratio og referencegruppe

Den logistiske regression knytter en odds ratio (OR) til hver faktor [36]. Odds ratio angiver, hvor mange gange større eller mindre sandsynligheden for at fagpersoner er "enig"/har "lille viden" hvor faktoren er til stede set i forhold til fagpersoner, hvor faktoren ikke er til stede.
Formålet med OR er at give en beskrivelse af forskellene mellem de enkelte grupper, når der samtidigt kontrolleres for uafhængige variable i grupperne. OR måler for hver uafhængig variabel (risikofaktor) forskellen mellem den aktuelle gruppe og en referencegruppe (tabel 1). En referencegruppe er en gruppe, som andre grupper sammenlignes med. Referencegruppen kan kendes ved, at OR er 1,00 (tabeller i bilag 1, 2 og 3). Hvis der er uafhængighed mellem variablene, betyder det, at der ingen forskel er, og dermed bliver OR lig med 1 for den aktuelle gruppe. Hvis OR for den aktuelle gruppe er større end 1, er der flere, der har svaret "enig" til spørgsmålet end i referencegruppen. Hvis OR er mindre end 1, er der færre, der har svaret "enig". Jo mere OR afviger fra 1, desto stærkere er sammenhængen mellem variablene. Enkelte steder i tabeller i bilag 1 og 2 er der ikke bereg-

Tabel 1 Modellens uafhængige variable og anvendte kategorier samt referencegruppe i undersøgelsen

Uafhængige Variabler	Kategorier	Referencegruppe
køn	mand, kvinde	kvinde
alder	under 39 år, 40-49 år, over 50 år	under 39 år
profession	sygeplejersker, SOSU'er, fængselsfunktionær, politi, ambulancereddere, præster	sygeplejersker
erfaring	stor erfaring, lille erfaring	lille erfaring
viden	stor viden, lille viden	lille viden
selvmordstanker	ja, nej	nej, har ikke haft selvmordstanker
selvmord/forsøg i familien	ja, nej	nej, der var ikke selvmord/forsøg i familien
tro	troende, ikke troende	ikke troende

net OR, fordi p-værdien ikke er statistik signifikant.

Der er til alle odds ratio knyttet en p-værdi. P-værdien angiver sandsynligheden for at finde odds ratio med en værdi, som er lige så høj/lav som den værdi, den logistiske regression returnerer, hvis den sande oddsratioværdi er 1,00. Hvis p-værdien er tæt på 0, så ved vi, at odds ratioens sande værdi ikke er 1,00, og derfor må der være sammenhæng faktoren og holdningen imellem. Hvis p-værdien er tæt på 0, så benævnes sammenhængen som værende en signifikant sammenhæng. Er p-værdien på 5% eller mindre, så slutter vi, at p-værdien er tæt nok på 0 til, at vi vil kalde sammenhængen signifikant. Signifikansgrænsen for, at resultatet ikke skyldes tilfældigheder sættes til $p<0,05$; $p<0,01$ eller $p<0,001$. Er p-værdien stor ($p>0,05$; $p>0,01$ eller $p>0,001$) må 0-hypotesen accepteres. Er p-værdien lille ($p<0,05$; $p<0,01$ eller $p<0,001$) dvs. tæt på 0, kalder man sammenhængen signifikant, og dermed må man acceptere, at resultatet ikke skyldes tilfældigheder og i stedet acceptere den alternative hypotese.

Beregning af viden

Der var i alt 27 vidensspørgsmål i spørgeskemaet. Rigtigt svar (ja eller nej, afhængig af spørgsmål) fik 1 point. Forkerte svar eller "ved ikke"- svar fik 0 point. Det vil sige, at man ialt kunne få 27 point. En gennemsnitsbesvarelse blev beregnet til 15 point og blev anvendt som tærskelværdi. De fagpersoner, der har 15 eller mere end 15 point, har stor viden. Fagpersoner med mindre end 15 point har lille viden.

Beregning af faglig erfaring

Fagpersoner med 0-4 års anciennitet og/eller intet møde med en selvmordstruet person, anses som fagpersoner med lille erfaring. Fagpersoner, der har mødt en selvmordstruet person og har 5 års ancienitet eller mere, anses som fagpersoner med stor erfaring.

II. INTERVIEW

I den kvalitative analyse argumenteres og dokumenteres interviewet ud fra forskerens forståelseskontekst. Udsagn fra interviewdeltagerne tematiseres efter spørgeskemaets kategorier.

III. ETIK OG VÆRDIER BLANDT FAGPERSONERNE

I den foreliggende undersøgelse blev faggrupperne ikke direkte spurgt om deres etiske holdninger og værdier i forbindelse med selvmordsadfærd. Spørgsmål blev besvaret ud fra forskerens forståelseskontekst ved at læse faggruppernes besvarelser på værdibaserede udsagn. Etik og værdier bliver derfor kort omtalt i diskussionsafsnittet.

6 Resultater

STUDIEDEL I – SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN

I alt blev der udsendt 4100 spørgeskemaer. Der blev indsamlet 2237 besvarelser, hvoraf 489 var ufuldendte eller forkert udfyldt. Skemaer med ubesvarede vigtige spørgsmål blev kasseret. Det endelige antal besvarelser beløber sig herefter til 1748 - fordelt på 1403 webbaserede, 326 papirbaserede og 19 e-mailbaserede.

Studiepopulation

Baggrund

Som det fremgår af tabel 2 på side 25 og 26, bygger resultaterne på 32% (n =563) besvarelser fra sundhedspersonalet (424 sygeplejersker og 139 sosu`er), 20% (n = 341) besvarelser fra præster, 17% (n = 303) fra ambulancereddere, 20% (n = 348) fra fængselsfunktionærer og 11% (n = 193) fra politiet. Af nedenstående tabel ses, at køn og alder ikke er ligeligt fordelt mellem de forskellige erhvervsgrupper. Sygeplejerske- og sosuarbejdet er et kvindedomineret erhverv (henholdsvis 94,6% og 83,5%), hvorimod ambulanceredder-, politi- og fængselsfunktionærgruppen hovedsageligt udgøres af mænd. I modsætning til andre faggrupper, er der imidlertid en lige fordeling af mænd (50,7%) og kvinder (49,3%) i gruppen af præster. Samlet består hele studiepopulationen af lige mange mænd 50,7% (n=886) og kvinder 49,3% (n=862). Med hensyn til aldersfordeling befinder de fleste respondenter sig i aldersgruppen -39 og 40-49 år. 45,8% af sygeplejerskerne, 45,6% af politiet og 60,1% af fængselsfunktionærerne er i aldersgruppen -39 år, mens sosu`er og ambulancereddere ligger i aldersgruppen 50+ på henholdsvis 39,6% og 40,3%. Blandt præsterne er der lige så mange i aldersgruppen 40-49 (39,0%) som i gruppen over 50 år (39,9%). Hovedparten af respondenterne er gift (63,6%), har et barn eller flere børn (76,9%), og bor sammen med partner og børn (47,7%). Anciennitetsdata viser en stor spredning blandt respondenterne. De fleste har været erhvervsaktive i 0-4 og 5-9 eller 20-24 og 25-29 år. Respondenterne er blevet spurgt om, hvorvidt de selv har haft selvmordstanker, og om der har været selvmord/selvmordsforsøg i familien. Omkring 21% af respondenterne har selv haft selvmordstanker, heraf 20,8% af sygeplejerskerne, 22,3% af sosu`erne, 19,1% af ambulanceredderne, 29,2% af præsterne, 17,1% af politiet og 14,0% af fængselspersonalet. 27,5% har svaret, at der har været selvmord i deres familie. På spørgsmålet om respondenterne har mødt selvmordstruede personer, har 98,2% svaret ja.

Tabel 2. Sociodemografisk karakteristika af faggrupper i studiet (n = 1748)

	Sygeplejer-sker	SOSU'er	Ambulance-reddere	Præster	Politiet	Fængsels-funktionær-er	Total
	(n=424)	(n=139)	(n=303)	(n=341)	(n=193)	(n=348)	(n=1748)
Køn							
Kvinde	94,6%	83,5%	3,3%	49,3%	19,2%	37,4%	49,3%
Mand	5,4%	16,5%	96,7%	50,7%	80,8%	62,6%	50,7%
Alder							
- 39	45,8%	24,5%	39,7%	21,1%	45,6%	60,1%	39,7%
40 - 49	30,9%	36,0%	19,8%	39,0%	30,1%	29,2%	31,6%
50+	23,4%	39,6%	40,3%	39,9%	24,4%	10,7%	28,8%
Civilstand							
Ugift	28,8%	18,0%	26,4%	7,2%	37,3%	36,2%	25,7%
Gift	59,7%	66,2%	67,0%	82,1%	54,9%	50,9%	63,6%
Separeret/ skilt	9,4%	13,0%	5,9%	9,4%	7,3%	11,8%	9,3%
Enke/enke-mand	2,1%	2,9%	0,7%	1,2%	0,5%	1,2%	1,4%
Har barn/ børn							
Nej	24,6%	17,3%	24,3%	10,9%	29,5%	30,8%	23,1%
Ja	75,4%	82,7%	75,8%	89,1%	70,5%	69,2%	76,9%
Boform							
Alene	11,8%	13,7%	13,2%	10,3%	15,0%	19,7%	13,8%
M. partner	31,6%	43,9%	43,2%	28,5%	31,6%	29,5%	33,6%
M. partner og børn	49,5%	38,9%	42,9%	55,9%	49,7%	44,2%	47,7%
M. barn/børn	7,1%	3,6%	0,7%	5,6%	3,6%	6,7%	4,9%

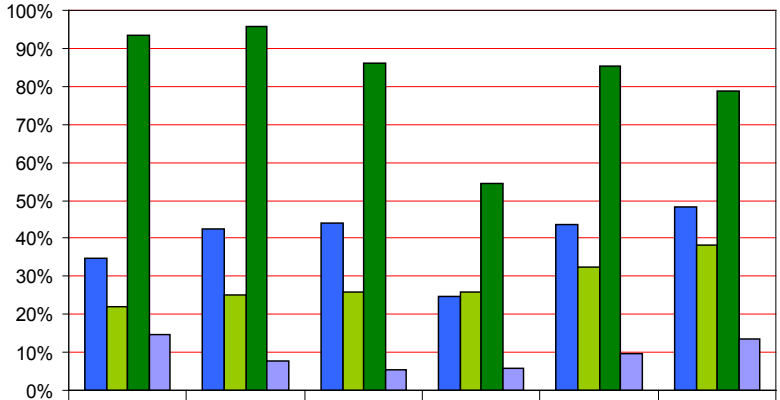
	Sygeplejer-sker	SOSU'er	Ambu-lance-reddere	Præster	Politiet	Fængsels-funk-tionærer	Total
Anciennitet							
0-4	25,2%	18,7%	13,5%	14,1%	24,4%	29,2%	21,2%
5-9	16,5%	17,3%	16,2%	18,5%	16,1%	24,6%	18,4%
10-14	11,6%	11,5%	7,9%	19,4%	6,7%	15,6%	12,7%
15-19	13,0%	9,4%	5,3%	18,8%	6,2%	7,0%	10,5%
20-24	12,0%	10,1%	19,8%	11,7%	16,6%	13,3%	13,9%
25-29	9,0%	18,0%	16,2%	11,1%	17,1%	8,7%	12,2%
30+	12,7%	15,1%	21,1%	6,5%	13,0%	1,7%	11,0%
Religiøsitet							
Troende	69,8%	72,7%	46,7%	99,7%	46,9%	49,7%	65,8%
Ikke troende	15,1%	12,2%	29,5%	0,0%	32,8%	20,8%	17,4%
Ateist	4,1%	2,9%	5,6%	0,0%	10,4%	8,5%	4,9%
Ved ikke	11,1%	12,2%	18,2%	0,3%	9,9%	21,1%	11,9%
Selvmord i familien							
Nej	72,2%	69,1%	73,9%	65,9%	73,6%	79,2%	72,5%
Ja	27,8%	30,9%	26,1%	34,1%	26,4%	20,8%	27,5%
Selv haft selvmordstanker							
Nej	79,3%	77,7%	80,9%	70,8%	82,9%	86,0%	79,5%
Ja	20,8%	22,3%	19,1%	29,2%	17,1%	14,0%	20,5%
Mødt selvmordstruede personer							
Nej	0,9%	0,7%	2,0%	3,8%	2,1%	8,0%	3,2%
Ja	99,1%	99,3%	98,0%	96,2%	97,9%	92,0%	96,8%

Viden om selvmordsadfærd

Hvorfra har faggrupper deres viden?

Af faggruppernes besvarelser på spørgsmålet om hvorfra de havde deres viden om selvmordsadfærd (figur 1), fremgik det at hovedparten af faggruppernes viden først og fremmest stammede fra deres arbejdserfaring. Faggrupperne angav derudover, at de også havde fået deres viden via uddannelsen og ud fra deres egen livserfaring. En mindre del af faggrupperne angav under "andet", at kurser, foredrag, temadage, artikler, fagbøger og diverse medier samt samtaler med kolleger og andre professionelle også var kilder til deres viden om selvmordsadfærd.

Figur 1 Kilder til faggruppers viden

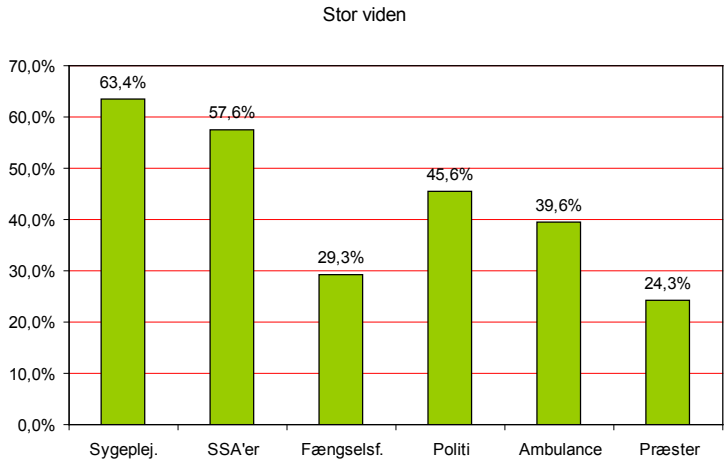


	Sygeplej.	SSA'er	Fængselsf.	Politi	Ambulance	Præster
Uddannelse	34,9%	42,5%	44,2%	24,6%	43,5%	48,4%
Egen erfaring	22,2%	25,2%	25,7%	25,8%	32,6%	38,1%
Arbejdserfaring	93,4%	95,7%	86,1%	54,5%	85,5%	78,9%
Andet	14,6%	7,9%	5,3%	5,6%	9,8%	13,5%

Hvor stor viden har faggrupper?

Der blev stillet en række spørgsmål til faggrupperne for at evaluere deres faktuelle viden om selvmordsadfærd (tabel 1, bilag 1). Af figur 2, der angiver faggruppernes samlede viden, ses, at der var markante professionsforskelle i viden blandt faggrupperne. Samlet havde knap halvdelen (42%) af faggrupperne helt eller delvis svaret korrekt på spørgsmålene, mens 58% af faggrupperne havde manglende viden. Præster, fængselsfunktionærer, politi og ambulancereddere havde signifikant lavere viden end referencegruppen sygeplejersker. Den simple regressionsanalyse viste, at især præster (75,7%) og fængselsfunktionærer (70,7%) havde markant lavere værdier for viden end sygeplejersker (36,6%) - (henholdsvis OR=0,19 $p<0,0001$ og OR=0,24 $p<0,0001$). Justering af andre forklarende faktorer ved en multipel regressionsanalyse reducerede effekten af profession på viden blandt faggrupper med laveste vidensværdier. Effekten var signifikant forskellig for præster (OR=0,21 $p<0,0001$), fængselsfunktionærer (OR=0,37 $p<0,0001$) og ambulancereddere (OR=0,60 $p<0,05$) (tabel 2, bilag 1). Disse resultater viser, at 3 faggrupper havde signifikant mindre viden end referencegruppen sygeplejersker.

Figur 2 Faggruppeforskelle i viden om selvmordsadfærd



Viden i forhold til køn

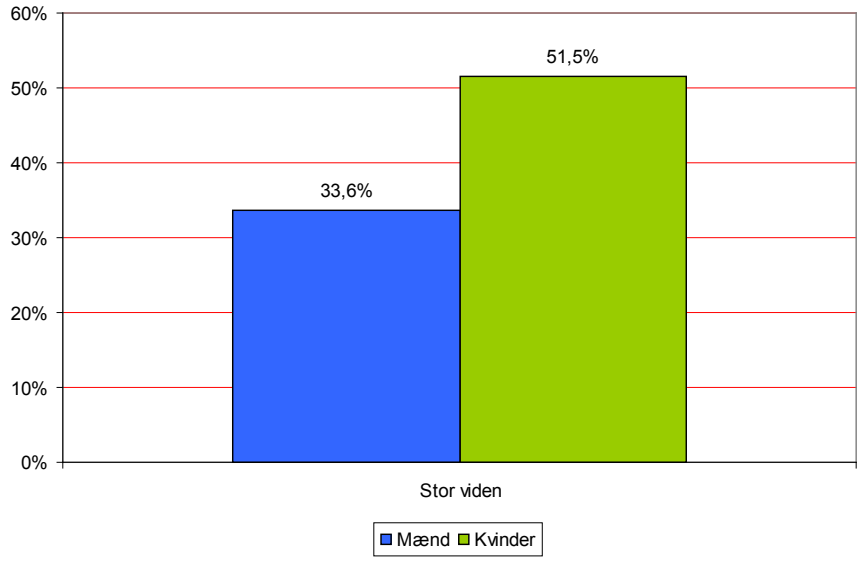
I alle faggrupper viste det sig, at der blandt kvinder var en større andel med stor viden om selvmordsadfærd, end der var blandt mænd. Som det fremgår af figur 3, havde kun 33,6% af mændene stor viden om selvmordsadfærd mod 51,5% af kvinderne. Hvis andre forklarende faktorer ikke indvirkede, og man udelukkende fokuserede på køn, var viden om selvmordsadfærd størst blandt kvinder. Således viste resultaterne af simpel regressionsanalyse, at kønnet havde en signifikant effekt på viden (OR=0,48 p<0,01). Justering for disse faktorer i den multiple regressionsanalyse reducerede effekten af kønsvariablen på viden (OR=0,67 p<0,0001) (tabel 3, bilag 1).

Denne kønsforskel optrådte ikke signifikant blandt faggrupperne enkeltvis.

Viden i forhold til alder

Betragter vi fordelingen af viden om selvmordsadfærd i alle faggrupper i forhold til alder, ses det, at alderen er uden betydning. Uanset faggruppe har alle aldersgrupper samme værdier

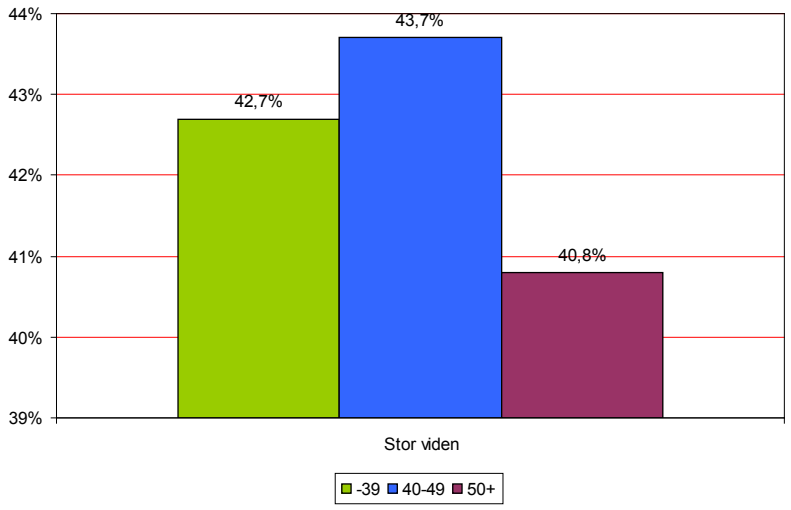
Figur 3 Viden om selvmordsadfærd fordelt efter køn



for viden, dog viser gruppen over 50 år en tendens til at have lavere faktuel viden end gruppen af -39-årige. Forskellen er dog meget lille og ikke statistisk signifikant (figur 4 og tabel 4 i bilag 1).

Heller ikke blandt faggrupperne enkeltvis er der nogle signifikante aldersforskelle at iagttage. Blandt ambulancereddere viser den multiple analyse dog, at der blandt de 50+-årige er signifikant færre med stor viden, end der er blandt de -39-årige (OR=0,45 p<0,05) (tabel 5 i bilag 1).

Figur 4 Aldersforskelle i viden om selvmordsadfærd blandt alle faggrupper samlet

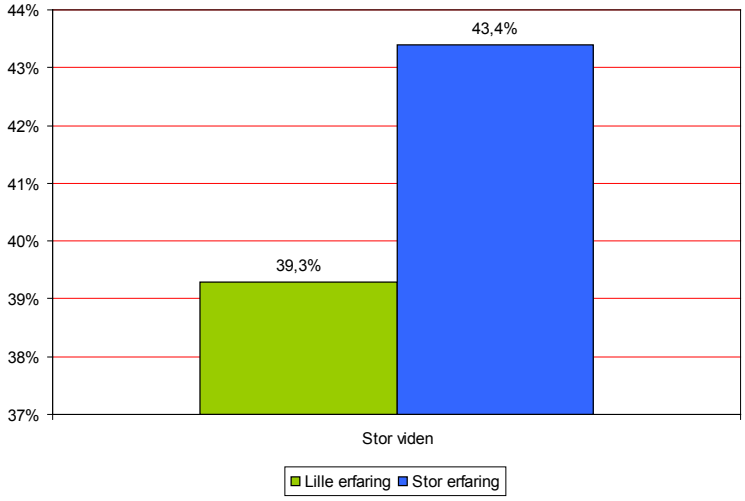


Viden i forhold til erfaring

I figur 5 vises fordelingen af vidensværdierne i forhold til fagpersonernes erfaringer med selvmordsadfærd og selvmordstruede mennesker. Andelen af faggrupper med lille og stor erfaring udgjorde henholdsvis 23,2% og 76,8% (ikke vist i tabellen). Af figuren fremgår det, at gruppen med stor erfaring tilsyneladende har større viden end gruppen med lille erfaring. Dog viser den multiple regressionsanalyse ingen signifikant forskel i viden på effekten af faggruppernes erfaringer, hvilket indikerer, at gruppen med lille og stor erfaring tilsyneladende har samme viden (tabel 6, bilag 1).

Blandt faggrupperne enkeltvis viste den multiple regressionsanalyse, at en signifikant større andel af ambulancereddere med stor erfaring havde større viden end gruppen med lille erfaring (OR=3,14 p<0,01) (tabel 7, bilag 1). Samlet havde også sygeplejersker og SOSU'er med stor erfaring markant højere vidensværdier end dem med lille erfaring (OR=1,74 p<0,05) (tabel 8, bilag 1). I modsætning hertil havde fængselsfunktionærgruppen med stor erfaring mindre viden om selvmordsadfærd end fængselsfunktionærer med lille erfaring (OR=0,48 p<0,05) (tabel 9, bilag 1). Der var ingen signifikante forskelle for øvrige faggrupper.

Figur 5 Erfaringsforskelle i viden om selvmordsadfærd



Holdninger til selvmordsadfærd

Holdninger i forhold til profession

Tabel 1 i bilag 2 viser i procent de enkelte faggruppers holdninger til selvmord udfra en række forskellige udsagn, hvor svarmulighederne er: enig/uenig.

Hovedparten af fagpersonerne er af den mening, at selvmord skal forebygges, og at de har ret og pligt til at forhindre selvmord. Størstedelen af fagpersonerne er også uenige i, at selvmord er en menneskeret, og at gamle og unge mennesker har ret til at tage deres eget liv. Den multiple regressionsanalyse viste markante professionsforskelle i forbindelse med spørgsmålene, der drejede sig om retten til selvmord. Som det fremgår af tabellen, skiller politi og præster sig ud som henholdsvis de mest og mindst accepterende i forhold til udsagnet: "selvmord er en menneskeret". 37,8% af politiet og 9,0% af præsterne var enige i, at selvmord er menneskeret (henholdsvis OR=2,15 p<0,01 og OR=0,29 p<0,0001) set i forhold til referencegruppen sygeplejersker, hvor 22,5% var enige.

Svarene på udsagnet: "Gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv", viser igen, at politiet var mest og præsterne mindst enige i dette (OR=4,04 p<0,0001 og OR=0,37 p<0,0001) sammenlignet med sygeplejerskerne (23,5%). En signifikant større andel af fængselsfunktionærerne (33,9%) var også enige heri (OR=2,31 p<0,01) set i forhold til referencegruppen. Til udsagnet om retten til selvmord blandt unge mennesker viste den multiple regressionsanalyse, at der ingen statistisk signifikante professionsforskelle var. Alle faggrupper var af den mening, at unge mennesker ikke har ret til at tage livet af sig selv.

Faggrupperne havde en anden holdning til selvmord, når det handlede om spørgsmål vedrørende accept af selvmord under visse omstændigheder og selvmord som handling til at afslutte en uhelbredelig sygdom. Igen skilte politiet og præsterne sig ud fra andre faggrupper ved at være mest og mindst enige i spørgsmålet om, at selvmord kan retfærdiggøres under visse omstændigheder. 73% af politiet (OR=3,10

p<0,0001) og 35,0% af præsterne (OR=0,49 p<0,01) var enige heri - set i forhold til 52,4% af sygeplejerskerne. På spørgsmålet om hvorvidt selvmord er en acceptabel handling for at afslutte en uhelbredelig sygdom, erklærede en signifikant større andel af fængselsfunktionærer (57,5% OR=3,03 p<0,0001), ambulancereddere (67,6% OR=2,57 p<0,01) og politifolk (76,2% OR= 4,66 p<0,0001) sig enige end andelen af sygeplejersker (48,1%). Præster udgjorde derimod en gruppe, der var mindst enig i udsagnet (20% OR= 0,23 p<0,0001).

I spørgsmålene om hvorvidt selvmord skal forebygges, og hvorvidt man har ret og pligt til at forhindre selvmord, var der ingen signifikante professionsforskelle i den multiple analyse.
Faggrupperne fik også spørgsmål om deres accept og forståelse af selvmordsadfærd. Som det fremgår af tabel 1 (bilag 2) er hovedparten enig i, at selvmord er en egoistisk handling. Faggrupper, der er mest enige i dette udsagn, sammenlignet med referencegruppen sygeplejersker (59,7%), er politi (77,2% OR=3,08 p<0,01), ambulancereddere (77,4% OR=2,71 p<0,01) og fængselsfunktionærer (78,3% OR=2,68 p<0,01). Også signifikant flere fængselsfunktionærer (24,3% OR=5,82 p<0,0001), politifolk (15,5% OR=2,90 p<0,01) og ambulancereddere (24,1% OR=5,92 p<0,0001) end sygeplejersker (8,1%), er af den mening, at folk, der begår selvmord, er kujoner.

Undersøgelsen fandt ingen signifikante professionsforskelle vedrørende udsagnene "kun specialister kan hjælpe den selvmordstruede, ikke familie/venner" og "det er ligegyldigt at hjælpe selvmordstruede".

Holdninger i forhold til køn

Analysen af data i den multiple logistiske regressionsanalyse viser, at der ingen sammenhæng er mellem variablen køn og holdning. Den simple regressionsanalyse (tabel 2 i bilag 2) viser derimod, at mænd er mere tilbøjelige til at acceptere retten til selvmord blandt gamle mennesker end kvinderne er (OR = 1,47, p<0,01). Blev respondenterne bedt om at svare på spørgsmålet om, hvorvidt de har pligt til at forhindre selvmord, svarede en signifikant mindre andel af de adspurgte mænd end kvinder, at de var enige (OR = 0,50, p<0,05). Ser man på kønsfordeling af besvarelser på udsagnet "Folk, der begår selvmord, er kujoner", er der flere mænd end kvinder, der er enige i dette (OR = 1,72; p<0,01). Til spørgsmålet om hvorvidt selvmord er egoistisk, mente flere mænd end kvinder, at det er en egoistisk handling (OR = 2,04, p<0,0001). Hvorvidt selvmord er en acceptabel handling for at afslutte en uhelbredelig sygdom, angav flere mænd end kvinder (OR = 1,43; p<0,01), at det kunne accepteres.

Ser man på fordelingen af holdningsværdierne blandt faggrupperne enkeltvis, viser analysen (tabel 3, bilag 2), at blandt fængelsfunktionærerne, er der signifikant færre mænd (50,3%) end kvinder (69,7%), der mener, at selvmord er en acceptabel handling for at afslutte en uhelbredelig sygdom (OR=0,28 p<0,05).

Holdninger i forhold til alder

I tabel 4 (bilag 2), som angiver respondenternes holdningsforskelle fordelt efter alder, ses, at alle tre aldersgrupper (-39; 40-49; 50+) tilsyneladende har samme holdning til og forståelse af selvmordsadfærd - på nær to spørgsmål (holdningsudsagn). I forbindelse med udsagnet "Folk, der begår selvmord, er kujoner" var respondenterne fra grupperne 40 til 49 år (11,3%; OR=0,60 p<0,05) og over 50 år (9,9%; OR=0,51 p<0,01) mindre enige i, at det er kujonagtigt at tage livet af sig selv, end aldersgruppen under 39 år var (20,2%). Til

spørgsmålet om hvorvidt selvmord er en egoistisk handling, mente 68,4% af de 40-49 årige (OR=0,57 p<0,01) og 57,4% af gruppen over 50 år (OR=0,40 p<0,0001), at handlingen er egoistisk set i forhold til referencegruppen under 39 år (77,9%).

Regressionsanalysen af svarene blandt de enkelte faggrupper viste kun få signifikante forskelle (tabel 5, bilag 2). I gruppen, bestående af sygeplejersker og SOSU'er (47,1%), var der færre over 50 år (OR=0,48 p<0,05), der var enige i, at selvmord er en egoistisk handling, end der var i gruppen under 39 år. Det samme resultat var gældende for ambulancereddere over 50 år, hvor 66,4% (OR=0,15 p<0,05) var enige sammenlignet med 84,4% af de -39-årige.

Blandt gruppen af ambulancereddere over 50 år var der signifikant færre (21,7%), der var enige i (OR=0,44 p<0,05), at gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv, end der var i gruppen under 39 år (39,5%). Inden for gruppen af fængselsfunktionærer var der tydelige forskelle, idet der var signifikant færre 40-49- årige fængselsfunktionærer (80,4% OR=0,13 p<0,05), der var enige i udsagnet "Jeg har ret til at forhindre selvmord", end der var i gruppen af fængselsfunktionærer under 39 år (86,8%).

Holdninger i forhold til viden

Af tabel 6 (bilag 2) fremgår det, at fagpersoner med stor viden om selvmordsadfærd i større grad er enige i, at selvmord er en menneskeret (OR=1,39 p<0,05), og at unge mennesker har ret til at tage deres eget liv (OR=1,49 p<0,05). Udover dette blev der ikke fundet signifikante sammenhænge.

Holdninger i forhold til erfaring

I tabel 7 (bilag 2) vises fordelingen af holdningsværdierne i forhold til erfaring. Andelen af respondenter med lille og stor erfaring udgjorde henholdsvis 23,2% og 76,8%. Som det fremgår af tabellen, er der ingen signifikante forskelle i holdningsværdierne mellem grupperne med lille og med stor erfaring samlet i den multiple analyse for alle faggrupperne.

Ser man på fordelingen af holdningsværdierne blandt faggrupperne enkeltvis (tabel 8, bilag 2), viser analysen, at fængselsfunktionærer med stor erfaring er af den mening, at de har ret til at forhindre selvmord (OR=6,26 p<0,05), og at selvmord er en acceptabel handling for at afslutte en uhelbredelig sygdom (OR=5,40 p<0,01). Omvendt er fængselsfunktionærer med stor erfaring i mindre grad enige i, at folk, der begår selvmord, er kujoner (OR=0,34 p<0,05), end fængselsfunktionærer med lille erfaring er.

Holdning i forhold til tro

Det fremgår af tabel 9 (bilag 2), at fagpersoner, som er troende (66%), i mindre grad accepterer selvmord som en ret, end ikke-troende fagpersoner gør (22%). Analysen af svarene i den multiple regression viser, at gruppen af troende fagpersoner i mindre grad er enige i, at selvmord er en menneskeret (OR=0,60 p<0,01), og at gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv (OR=0,47 p<0,0001), end gruppen af ikke-troende fagpersoner er. Til spørgsmålet om hvorvidt selvmord kan retfærdiggøres under visse omstændigheder, erklærede 48% af troende og 65% af ikke-troende fagpersoner sig enige (OR=0,65 p<0,01). På udsagnet "Selvmord er en acceptabel handling til at afslutte en uhelbredelig sygdom", erklærede 70% (OR=0,49 p<0,01) af gruppen af ikke-troende fagpersoner sig enige, hvorimod der var en signifikant mindre andel af troende fagpersoner (44%), der var enige i udsagnet.

Ser man på hvilke holdningsforskelle i forhold til

tro, de enkelte faggrupper havde, er der også her store divergenser (tabel 10, bilag 2). Undersøgelsen viser, at troende sygeplejersker og SOSU'er i mindre grad er enige i, at gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv (OR=0,57 p<0,05), og at selvmord er en acceptabel handling for at afslutte en uhelbredelig sygdom (OR=0,54 p<0,05), end gruppen af ikke-troende sygeplejersker og SOSU'er er.
Gruppen af troende politifolk var i mindre grad enige i, at selvmord er en menneskeret (OR=0,43 p<0,05), og at gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv (OR=0,36 p<0,01). Til spørgsmålet om hvorvidt selvmord er en acceptabel handling for at afslutte en uhelbredelig sygdom, var der også en mindre andel af troende (68,9%) end ikke-troende politifolk (86,8%), som var enige heri (OR=0,17 p<0,01).

Der var også færre troende ambulancereddere, der mente, at selvmord er en menneskeret (OR=0,43 p<0,05), samt at de gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv (OR=0,36 p<0,01) .

Holdning i forhold til egne erfaringer med selvmordsadfærd

På spørgsmålet om hvorvidt fagpersonerne havde haft selvmordstanker, eller der havde været selvmord/forsøg i familien, svarede 20% af respondenterne, at de havde haft selvmordstanker, og 28% havde selvmord/forsøg i deres familie. Analysen af svarene i tabel 11 (bilag 2) viser en tydelig tendens til, at fagpersoner, der havde selvmordstanker, i større grad accepterede selvmord end dem, der ikke havde det. Således var ca. 27% enige i, at selvmord er en menneskeret (OR=2,18 p<0,0001), 32,7% mente, at gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv (OR=2,14 p<0,0001), og 14,1% var af den mening, at unge mennesker har ret til at tage deres eget liv (OR=2,07 p<0,01). Gruppen af respondenter, der havde selvmordstanker, var også mest enig i, at selvmord kan retfærdiggøres under visse omstændigheder (OR=1,46 p<0,05), og at selvmord er en acceptabel handling for at afslutte en uhelbredelig sygdom (OR=1,57 p<0,05).

Der var ingen signifikante holdningsforskelle mellem respondenterne, der havde eller ikke havde selvmord/selvmordsforsøg i familien.

Følelser ved allerførste møde med selvmordstruede mennesker

Undersøgelsen viser, at 96,8% af respondenterne har mødt selvmordstruede personer. For 16% af fagpersonerne har mødet været som studerende, og for 38% af fagpersonerne skete det i privatlivet. 92% angiver, at mødet fandt sted i forbindelse med arbejdet. Det betyder, at langt de fleste af fagpersonerne har mødt et eller flere selvmordstruede mennesker. Ser man på hvilke grupper af selvmordstruede, fagpersonerne var i kontakt med, er fordelingsopgørelsen følgende: 25% har været i kontakt med mænd under 18 år, 84% med mænd mellem 18 og 64 år og 32% med mænd over 65 år. For kvindernes vedkommende er tallene: 42% af fagpersonerne har været i kontakt med kvinder under 18 år, 79% med kvinder mellem 18 og 64 år og 32% med kvinder over 65 år. På forespørgsel om hvad fagpersonerne manglede i forbindelse med mødet, fordeler svarene sig således: 49% af dem manglede generel viden, 48% manglede færdigheder og erfaring, 16% manglede en person at snakke med efter mødet, og 15% manglede intet. 10% af fagpersonerne angav under "andet", at de manglede viden om det videre forløb, manglede samarbejdspartnere og tættere samarbejde med psykiatrisk afdeling, manglede mere tid til samtale med den selvmordstruede, supervision, samtaleteknik, den selvmordstruedes sygehisto-

rie og flere tilbud på steder, hvor den selvmordstruede kunne få hjælp.

Ud over forskelle i viden om og holdninger til selvmordsadfærd var vi interesserede i at få at vide, hvilke følelser der kom frem hos fagpersonerne ved deres allerførste møde med selvmordstruede mennesker.

Som det fremgår af figur 8, er det omsorg (62%), medlidenhed (45%) og forståelse (43%), der oftest kommer frem hos faggrupperne. Uro (37%), angst (18%) og vrede (18%) er også følelser fagpersonerne får, når de møder selvmordstruede mennesker. Et lille antal af fagpersonerne får følelsen af ligegyldighed (4%), afsky (4%) og afvisning (5%). Under kategorien "andet" angav fagpersonerne mest nervøsitet, usikkerhed, sorg, medfølelse, nysgerrighed, bekymring samt irritation og afmagt som følelser ved det første møde.

Følelser ved første møde med selvmordstruet i forhold til profession

Der er signifikant flere fængselsfunktionærer (23,9% OR=1,91 p<0,01) og signifikant færre præster (9,7% OR=0,47 p<0,01), der føler vrede ved det første møde med en selvmordstruet person sammenlignet med referencegruppen sygeplejersker (21,9%) (figur 9 og tabel 1 i bilag 3) .

I trangen til at yde omsorg adskiller sygeplejerskerne (79,5%) og SOSU'erne (82%) sig klart fra de andre faggrupper. Et signifikant antal af præsterne (65,1% OR=0,43 p<0,0001), politiet (61,1% OR=0,57 p<0,05), ambulanceredderne (60,1% OR=0,49 p<0,01) og fængselsfunktionærerne (31,9% OR=0,15 p<0,0001) har derimod ikke denne trang til omsorg.

Trangen til at afvise den selvmordstruede er derimod mindre tilstede blandt fængselsfunktionærerne (3,2% OR =0,33 p<0,05) og ambulanceredderne (2,0% OR =0,16 p<0,01), end den er hos sygeplejerskerne (7,8%).

Der er færre fængselsfunktionærer (29,9% OR =0,39 p<0,0001), ambulancereddere (42,6% OR=0,61 p<0,05) og præster (42,5% OR=0,62 p<0,01) end sygeplejersker (50,5%), der har forståelse for selvmordsadfærd ved deres første møde med selvmordstruede personer (tabel 1, bilag 3).

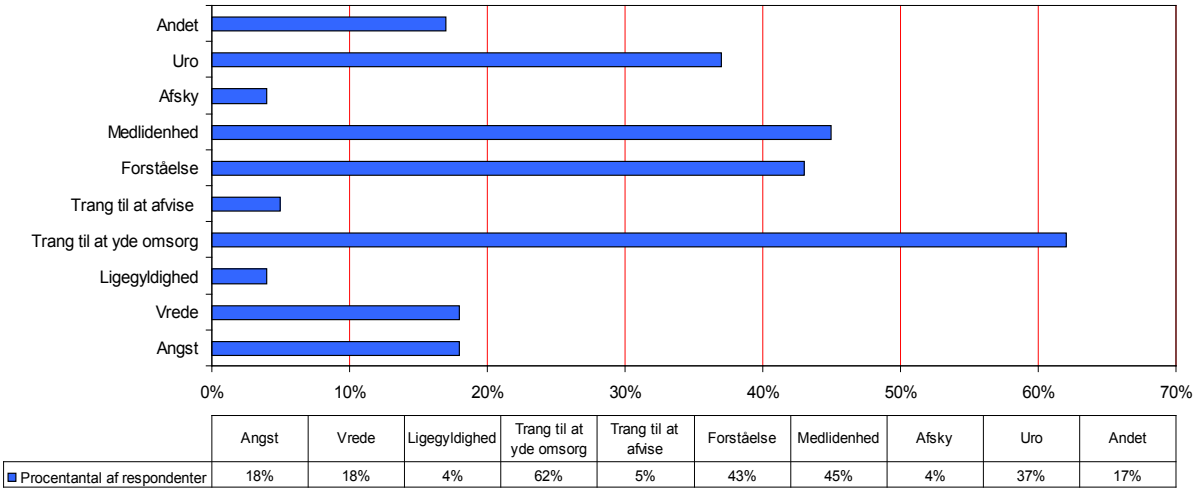
Blandt SOSUér (30,2% OR=0,51 p<0,01)og fængselsfunktionærer (27,3% OR=0,46 p<0,01) er der signifikant færre, der føler medlidenhed, mens signifikant flere politifolk (56,5% OR=1,74 p<0,05) og ambulancereddere (55,8% OR=1,89 p<0,01) har denne følelse set i forhold til sygeplejersker (44,6%).
I oplevelsen af afsky adskiller kun fængselsfunktionærerne sig ved i større grad end sygeplejerskerne (3,5%) at føle dette (6,3% OR= 2,26 p<0,05).
Flere fængselsfunktionærer (42,2% OR=1,80 p<0,01) og præster (51,9% OR=1,97 p<0,0001) føler uro ved det første møde med selvmordstruede. Der er færre politifolk (22,3% OR=0,59 p<0,05) og ambulancereddere (21,8% OR=0,56 p<0,05), der oplever dette – sammenlignet med sygeplejersker (35,6%).

Analysen af data fandt ingen professionsforskelle i følelsen af angst og ligegyldighed (tabel 1, bilag 3).

Følelser ved første møde med selvmordstruet i forhold til køn

Det fremgår af den multiple regressionsanalyse, at en sammenligning med kvinder viser, at færre mænd føler vrede (OR=0,53 p<0,01), men at flere føler ligegyldighed (OR=2,68 p<0,05) og forståelse (OR=1,38 p<0,05) (tabel 2, bilag

Figur 8 Antal af respondenter, der viser forskellige følelser ved første møde med selvmordstruede mennesker



	Angst	Vrede	Ligegyldighed	Trang til at yde omsorg	Trang til at afvise	Forståelse	Medlidenhed	Afsky	Uro	Andet
Procentantal af respondenter	18%	18%	4%	62%	5%	43%	45%	4%	37%	17%

3).

Blandt gruppen af sygeplejersker og SOSU'er er der signifikant flere mænd end kvinder, der føler ligegyldighed (OR=5,74 p<0,05) og færre, der føler medlidenhed (OR=0,43 p<0,05) (tabel 3, bilag 3).

Færre mandlige end kvindelige fængselsfunktionærer føler vrede (OR=0,44 p<0,05). Færre mænd end kvinder ansat i politiet har trang til at yde omsorg (OR=0,26 p<0,01), og færre mandlige præster end kvindelige føler vrede (OR=0,41 p<0,05) og uro (OR=0,64 p<0,05). (tabel 3, bilag 3).

Følelser ved første møde med selvmordstruet i forhold til alder

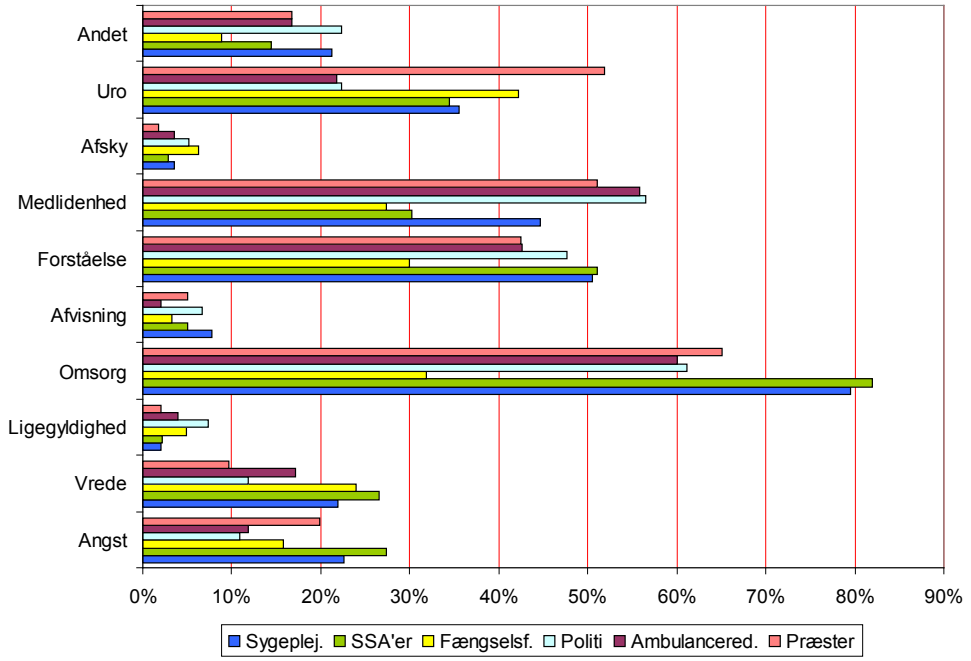
For faggrupperne generelt viste dataanalysen, at der i de tre aldersgrupper var en signifikant forskel på respondenternes følelsesregister. I den multiple analyse følte færre af de 50+-årige ligegyldighed (2,2% OR=0,32 p<0,05) og afsky (1,2% OR=0,37 p<0,05) end de -39-årige (henholdsvis 5,2% og 5,5%). Flere af de 40-49-årige følte uro (42,8% OR= 1,41 <0,05) og trang til at afvise den selvmordstruede (7,8% OR=2,42 p<0,01), end de -39-årige (3,6% og 29,7%) gjorde (figur 11 og tabel 4 i bilag 3).

I de enkelte faggrupper følte færre af de 50+-årige sygeplejersker og SOSU'er medlidenhed (33,8% OR=0,55 p<0,05) end deres -39-årige kolleger (46,5%), mens flere af de 40-49-rige følte vrede (28,7% OR=1,82 p<0,05) og trang til at afvise den selvmordstruede (11,1% OR= 2,94 p<0,05) set i forhold til de -39-årige (henholdsvis 16,2% og 5,3%) (tabel 5, bilag 3).
For de resterende faggruppers vedkommende optrådte der ingen signifikante forskelle i den multiple analyse, hvilket kan tillægges populationernes ringe størrelse og deraf manglende styrke i beregningerne.

Følelser ved første møde med selvmordstruet i forhold til viden

Regressionsanalysen fandt ingen signifikante forskelle i fagpersoners følelser ved det første møde med en selvmordstruet og deres viden på området.

Figur 9 Følelser ved første møde i forhold til profession



Følelser ved første møde med selvmordstruet i forhold til erfaring

Undersøgelsen viser med stor tydelighed, at flere fagpersoner med stor erfaring føler vrede (19,9% OR=1,70 p<0,01), trang til at yde omsorg (65,8% OR=1,70 p<0,01) og forståelse for den selvmordstruede (46,3% OR=1,58 p<0,01) end fagpersoner med mindre erfaring (henholdsvis 13,3%, 49,4% og 32,8%). (Se fig. 11 og tabel 6 bilag 3).

Flere ambulancereddere (64,2% OR=2,28 p<0,05) og præster (71,0% OR=3,96 p<0,01) med stor erfaring har trang til at yde omsorg end samme faggrupper med lille erfaring (henholdsvis 37,0% og 34,6%) (tabel 7, bilag 3).

Flere fængselsfunktionærer med stor erfaring viser vrede (29,8% OR=2,77 p<0,05) end gruppen med mindre erfaring (8,2%), mens det samme ikke gør sig gældende for sygeplejersker, SOSU'er og politiet (tabel 7, bilag 3).

Følelser ved første møde med selvmordstruet i forhold til tro

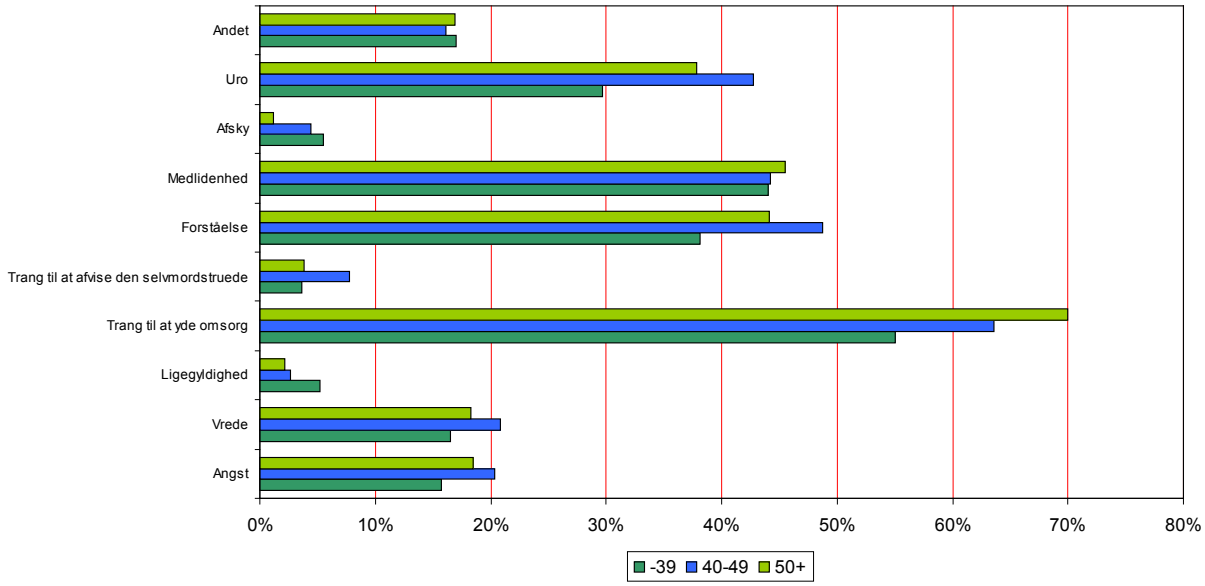
Gruppen af troende fagpersoner viser i højere grad trang til at yde omsorg (67,9% OR=1,51 p<0,01) end gruppen af ikke-troende fagpersoner (54,1%) (figur 13 og tabel 8 i bilag 3).

Regressionsanalyse på hver af de seks faggrupper viser, at også flere troende ambulancereddere (68,8% OR=1,76 p<0,05) har "trang til at yde omsorg" end de ikke-troende (52,8%). Færre troende sygeplejersker og SOSU'er føler "afsky" 2,8% OR=0,32 p<0,05) i forhold til ikke-troende (5,9%) (tabel 9, bilag 3).

Følelser ved første møde med selvmordstruet i forhold til egen erfaring med selvmordsadfærd

I figur 14 og tabel 10 (bilag 3) ses, at der er flere fagpersoner, der selv har haft selvmordstanker, og som har haft selvmord/selvmordsforsøg i familien, som har forståelse ved mødet med en selvmordstruet person (henholdsvis 56,9%

Figur 10 Følelser ved første møde i forhold til alder



OR=1,81 p<0,0001 og 49,6% OR=1,34 p<0,05) end det gælder for fagpersoner, der ikke selv har oplevet selvmordsadfærd (henholdsvis 39,9% og 41,0%). Signifikant flere fagpersoner med selvmord/forsøg i familien har trang til at afvise selvmordstruede (6,9% OR=1,68 p<0,05), end fagpersoner uden selvmord/selvmordsforsøg i familien har (4,3%).

Følelser ved møde med selvmordstruede mennesker i forhold til arbejdserfaring

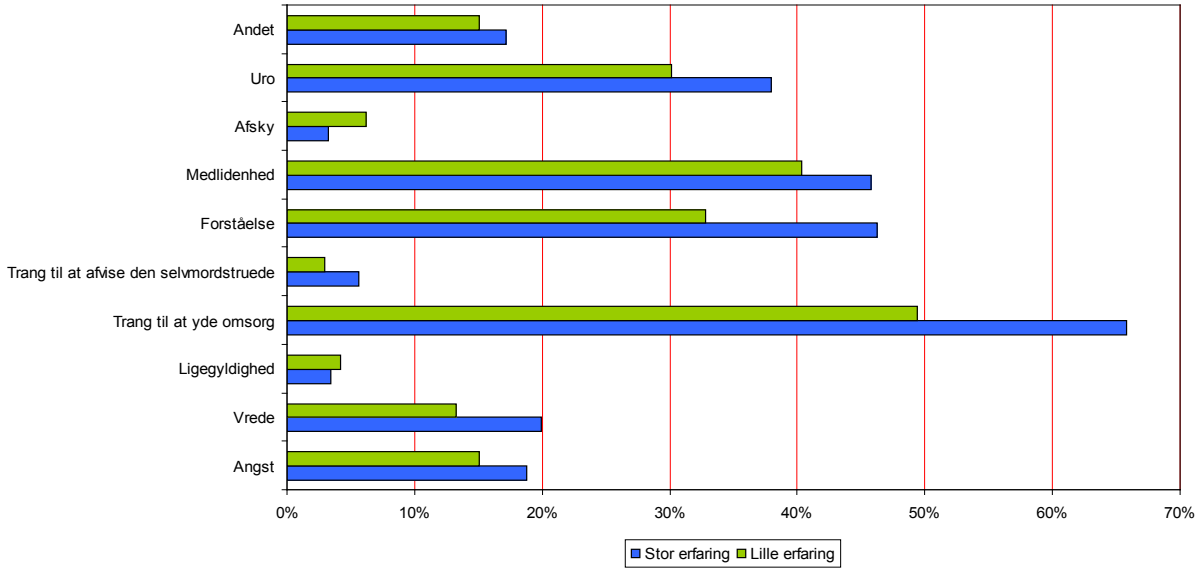
Fagpersonerne blev spurgt om hvilke følelser, der opstod hos dem ved mødet med selvmordstruede mennesker, efter at de havde fået erfaring med og kendskab til selvmordsadfærd. Da fagpersonerne havde mulighed for at svare med egne ord, var nogle af deres svar korte, andre lange og uddybende. I alt 1478 fagpersoner havde svaret på spørgsmålet, heraf 26% sygeplejersker, 8% social- og sundhedsassistenter, 16% fængselsfunktionærer, 12% politifolk, 18% ambulancereddere og 20% præster. Svarene viste, at fagpersonerne havde en bred vifte af forskellige følelser afhængig af situationen, samtalen med den selvmordstruede person og begrundelsen for handlingen. Følelserne var også afhængige af, hvorvidt mødet med den selvmordstruede foregik privat eller i offentligt regi.

Fagpersonerne følte, at erfaring hjalp dem i mødet med selvmordstruede. De følte mindre usikkerhed og uro, og at de var bedre til at håndtere selvmordsadfærd.

Med den erfaring jeg har fået via mit arbejde, har jeg fået mere tolerance i forhold til de selvmordstruede. Derfor bruger jeg mere tid til at lytte til dem for at kunne give den mest optimale vejledning og hjælp. På jobbet er jeg mere kontant, men privat spiller følelserne en stor rolle, idet man ikke så let kan distancere sig fra opgaven (problemet). (Politibetjent)

Jeg er mere forberedt og har mere

Figur 11 Følelser ved første møde i forhold til erfaring

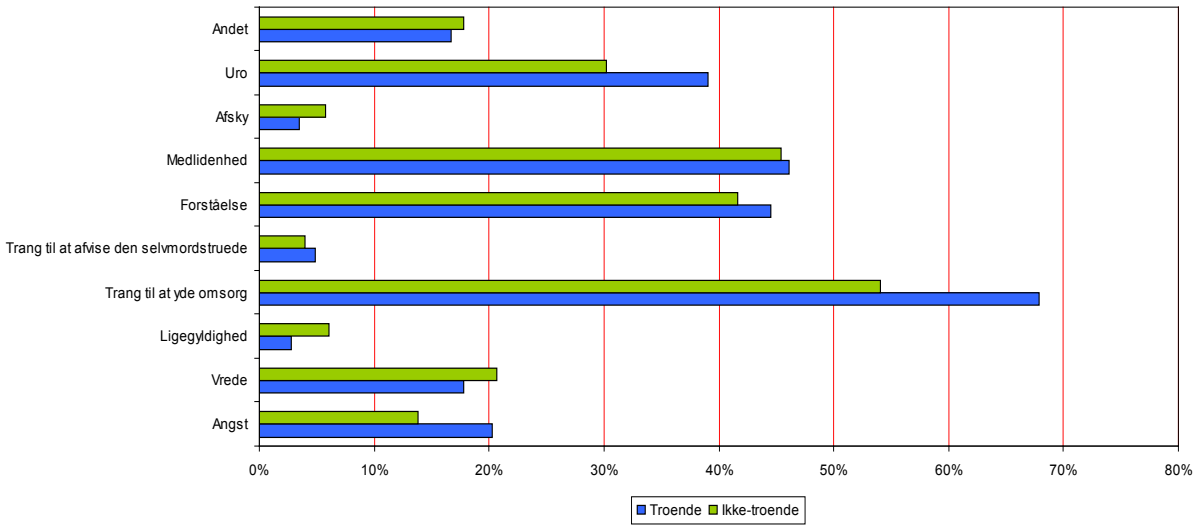


erfaring, hvorfor jeg også kan vejlede/ hjælpe den selvmordstruede bedre, hvilket gør mig mere rolig, men fortsat får jeg følelsen af tristhed og medlidenhed. (Politibetjent)

Jeg er langt mere rolig i situationen. Har større erfaring og viden om emnet. (Præst).

Det er stort set det samme, men det, at man har mere erfaring, gør, at man er mere rolig og har lettere ved at tage hånd om personen. Det, at man ken-

Figur 12 Følelser ved første møde i forhold til tro



der de steder, man kan køre de personer hen, der har brug for professionel hjælp, er også en rar ting at have med i rygsækken. (Politibetjent)

Erfaringen gør, at jeg ikke er bange for at gå i gang, men jeg kan stadig have en følelse af et stort ansvar, idet ens handlinger og ord og vurderinger kan have meget stor betydning for et andet menneskes fremtid. (Sygeplejerske)

Det er stadig svært, men det bliver lettere, jo mere erfaring man får. (Politibetjent)

Medlidenhed og forståelse. Har generelt mere viden og flere redskaber til at gå ind i situationerne, og dermed bedre vilkår for at yde håb. (Sygeplejerske)

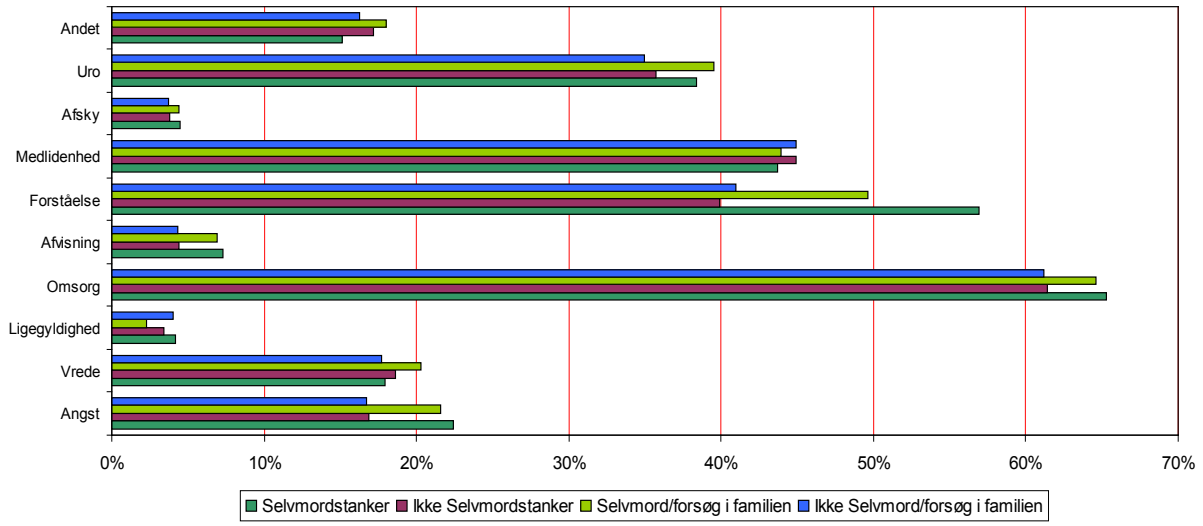
Jeg har efterhånden fået en vis professionalisme, men jeg er stadigvæk berørt som medmenneske. (Præst)

Svarene viser, at fagpersonerne tit bliver påvirket følelsesmæssigt af selvmordsadfærd på deres arbejde.
De fleste fagpersoner svarede, at de følte medlidenhed med og omsorg for den selvmordstruede person. De havde forståelse for den selvmordstruede persons situation og i nogle tilfælde også for begrundelserne for handlingen. De havde et stort ønske om at hjælpe de selvmordstruede til at se deres situation på en anden måde og at motivere dem til at have lyst til at leve.

At der er tale om en person, der har et særligt behov for omsorg og forståelse. At det er vigtigt for mig at sørge for, at der bliver taget hånd om personen. (Politibetjent)

Jeg forbereder mig på at bruge den tid,

Figur 13 Følelser ved første møde i forhold til egen erfaring med selvmordsadfærd



der er nødvendig for at lytte og rumme. (Social-og-sundhedsassistent)

Omsorg for personerne og få dem talt fra selvmordet. Finde lyspunkter i deres liv, så de har lyst til at leve videre. (Politibetjent)

Medlidenhed, ønske om at formidle et budskab om at livet er en rutchebane, der går op og ned, men at livet er fantastisk og bør holdes helligt og forsvares og beskyttes.(Politibetjent)

Hjælpe den selvmordstruede til at se blot det mindste håb/grund til at leve videre. (Fængselsbetjent)

Til tider kan jeg godt forstå ønsket om at "få det overstået", men opfatter det mere som den selvmordstruedes ønske om at kunne "spole tiden frem" til en bedring i sin tilstand, end som et egentligt ønske om suicidal. (Social-og sundhedsassistent)

Forståelse og respekt for selvmordstruede, der nøje har overvejet deres situation, og som på "fornuftig" vis har besluttet at afslutte deres liv. (Politibetjent)

Sympati og forståelse – fordi jeg sagtens kan forstå, at man kan være der, hvor livet gør uendeligt ondt. Og en trang til at være der og lytte og prøve at hjælpe igennem, lige meget hvad der kræves og lige meget hvor lang tid, det tager. (Præst)

Sorg, fordi der er så megen reel lidelse og smerte hos de selvmordstruede, og samtidig har de et håb om dog at måtte kunne leve på trods af de mange og komplekse grunde til at give op. Ofte ser jeg, at de har oplevet tab på mange livsvigtige område, og har været stærke og kæmpet hårdt for at holde livsviljen oppe og løse tilværelsens problemer på en hensynsfuld måde over for andre mennesker og med både ægte ansvarlighed og personlige styrke. Ofte har de givet utroligt meget og fået utrolig lidt. Ofte vender de berettigede aggressioner indad i stedet for udad. Jeg føler sorg, når jeg ser hvilke odds, de har haft imod sig i mange forskellige sammenhænge. Jeg føler sorg over, at der sjældent er blot, én grund, men rigtig mange ikke selvforskyldte grunde til at der til slut blev en grund for meget, og nu kunne de ikke mere holde til det. (Præst)

Nysgerrighed over hvad der har ført dette menneske til at være selvmordstruet og ønsket om at kunne støtte dette menneske til at bearbejde disse tanker. (Præst)

Jeg har efterhånden fået en vis professionalisme, men jeg er stadigvæk berørt af det som medmenneske.
Når de fortæller om, hvad de har været igennem, er det svært at finde et argument for, at de ikke skal tage deres liv (…). Oftest har de trukket så mange nitter i deres liv, at man ikke kan bebrejde dem, at de har lyst til at give op. (Præst)

Medlidenhed – fordi de befinder sig i en livssituation, som de ikke kan overskue. (Politibetjent)

Ønske om at beskytte, yde omsorg, give tro til personen om at det nytter at kæmpe for livet. (Social- og sundheds-assistent)

Fagpersonerne får tit følelsen af frustration, angst og bekymring for, om det, de siger og gør, er det rigtige. De er bange for, at de ikke kan redde den selvmordstruede, og at vedkommende vil tage livet af sig.

Angst for om jeg er i stand til at nå dem og hjælpe dem til at kunne se deres situation på andre måder, end den, der fremkalder tanken om selvmord. (Præst)

Angst for ikke at kunne redde dem og vise dem glæden ved livet. (Fængsels-betjent)

Irritation over, at de ikke kan finde ud af at leve livet. (Politibetjent)

Følelsen af utilstrækkelighed og angst for ikke at kunne hjælpe. (Præst)

Angst for at det lykkes for personen at begå selvmord, og at jeg har fejlet. (Fængselsbetjent)

Følelsen af angst og bekymring for om jeg nu siger det rigtige eller gør det rigtige for personen. (Præst)

Bekymring over det store ansvar jeg føler, jeg står med. En forestilling om at mine ord og handlinger har meget stor (alt for stor) betydning. Det er skræmmende for mig. (Præst)

Af og tit lidt frustration og ærgrelse når det er svært at nå vedkommende og få bygget bro mellem det sted, hvor jeg er og det sted, hvor vedkommende er. Jeg bliver bevæget og ulykkelig, fordi vedkommende er blevet så ulykkelig og fortvivlet, at vedkommende mener, at den bedste løsning er, at han/hun ikke længere er her, dvs. overvejer at tage sit eget liv som den bedste løsning. (Præst)

Frustration, følelsen af ikke at kunne hjælpe. (Sygeplejerske)

Nogle fagpersoner har skrevet, at de ikke engagerer sig følelsesmæssigt men holder en professionel distance til deres arbejde ved at vise en professionel empati.

Som fagperson prøver jeg at være så professionel som mulig, dvs. ikke tænke følelser men pleje og behandling således, at selvmordstruede får den mest optimale behandling. (Sygeplejerske)

Forsøger at udvise ro og professionalisme og skabe en atmosfære af tillid og tryghed. (Sygeplejerske)

Det er en del af mit arbejde, så det er den professionelle holdning, der træder i karakter. I nogle tilfælde kan jeg godt have svært ved at se hvorfor, hvor jeg i andre situationer godt kan se, hvad der er skyld i forsøget. (Sygeplejerske)

Ingen følelser. Ønsker som professionel at forstå baggrunden for personens handlinger. (Sygeplejerske)

Da det er på det professionelle plan og som "hjælper", jeg møder patienterne

på P, er det vel ikke så meget egne følelser, der kommer frem, men måske mere en erkendelse af at der ikke bare gives én løsning på et selvmordsforsøg, og at det er svært at rumme mange forskellige menneskers afmagt og forsøg og angst. (Præst)

Som professionel ambulancemand kommer der ikke de store følelser op, kun at handle ud fra det jeg har lært. (Ambulanceredder)

Jeg ser det rent professionelt og agerer derfor ud fra det. Jeg har empati, men vi er uddannet til at håndtere sådanne mennesker, og det synes jeg, at jeg gør godt. Så følelsen er empati og villighed til at hjælpe personen. (Ambulanceredder)

Ingen følelser. Behandler dem professionelt, både privat og på arbejde. (Politibetjent)

Den professionelle indgangsvinkel til min erfaring gør mig i visse tilfælde måske lidt følelseskold, selv om jeg forsøger at agere med følelse. (Politibetjent)

Forsøge at være professionel og reagere/handle derudfra. (Social- og sundhedsassistent)

Mange udtrykker vrede og mener, at selvmord er en egoistisk handling, fordi selvmordstruede svigter og påfører deres pårørende smerte.

Selvmord er afslutningen på en krise for den, der begår selvmord, men det er fortsættelsen/begyndelsen på en krise for de efterladte. (Præst)

Vrede og medfølelse, synes ikke man kan være bekendt over for sine nærmeste at gøre sådan noget, især ikke hvis man har børn. (Social-og sundhedsassistent)

Vrede over den smerte de påfører deres nærmeste. (Præst)

Selvmordstruede er forskellige i deres fremtræden. Nogen føler jeg sympati, følelse og forståelse for, og nogen føler jeg samtidig let vrede overfor, hvis de fralægger sig ansvaret for deres liv og ikke vil se hvilken smerte, de kan påføre andre og se, hvilke andre handlemuligheder de har. (Sygeplejerske)

Medlidenhed og vrede over at de kan være så feje overfor familie og venner. (Politibetjent)

Vrede over, at man kan tænke sådan, egoistisk. Svært at sætte sig ind i de frustrationer over, at de ikke "bare" kan "tage sig sammen". (Politibetjent)

Én, jeg kender meget godt, mødte jeg med kærlig vrede, fordi hun udsatte mange mennesker for bekymringer. (Præst)

At det er for nem en måde at slippe ud af sine problemer. At man skaber endnu større problemer for de efterladte. (Ambulanceredder)

Vrede og ligegyldighed, da jeg synes, de fleste selvmordstruede er kujoner, der bare tager den nemme løsning og

smutter fra det hele. Der er enkelte undtagelser, hvor det er meget syge mennesker uden et normalt fungerende liv, der kan jeg godt sympatisere og forstå deres beslutning. (Ambulanceredder)

Fagpersoner viser vrede, irritation og ligegyldighed, når de møder selvmordstruede, der truer med selvmord eller tager piller flere gange på kort tid.

Vrede over selvmordstruede som siger: "Hvis ikke jeg får det sådan og sådan, så har jeg ikke lyst til at leve. Hvis ikke du hjælper mig, så slår jeg mig selv ihjel. (Præst)

Irritation - specielt overfor dem der bruger selvmordstrusler i forhold til deres børn. (Politibetjent)

Afhængig af hvad det er for trusler, og hvad det er for en pt. Er det én, der truer med det for at opnå noget, bliver jeg vred. Er der et reelt problem, får jeg omsorgsfølelse. (Social-og sundhedsassistent)

Irritation over de unge pigers opførsel. De er ofte appellerende, sårer dybt deres ekskærester, som føler stor skyld. (Sygeplejerske)

Når det drejer sig om unge med kærestesorg eller andre "små problemer", kan jeg godt føle vrede og ærgrelse over, at et ungt menneske måske skal risikere livsvarige mén p.g.a. den dumme handling, de begår i øjeblikket. (Ambulanceredder)

Hvis det er én med gentagne indlæggelser, kan det dog godt være lidt et irritationsmoment, at personen kommer igen og igen. (Sygeplejerske)

Det kommer an på, hvilke patienter det er. Ved unge, der har taget piller, ryster jeg bare på hovedet. Andre føler jeg meget for. (Sygeplejerske)

Alt afhængig af grunden til at personen er selvmordstruet, får jeg en følelse af, at jeg er nødt til at hjælpe personen. Nogen personer mener, at de skal tage deres liv, fordi deres kæreste er gået fra dem, og at de aldrig kommer videre. Dem føler jeg en smule vrede overfor, da der jo i livet kommer mange af den slags forhindringer for lykken. (Politibetjent)

Afmagt og frustration er også følelser, der ofte præger fagpersonerne i forbindelse med behandlingen af den selvmordstruede og det videre forløb. Mange fagpersoner, især sygeplejersker og ansatte i politiet, mangler troen på, at det offentlige system kan hjælpe og føler, at systemet ikke virker. De mener, at samfundet svigter selvmordstruede, fordi der er mangel på pladser, behandlere og et videre forløb for den selvmordstruede. De mener også, at der er for få muligheder for at få hjælp og for lidt tid til en samtale for at opnå "en ægte kontakt" med en selvmordstruet.

Frustration og afmagt over at psykiatrisk regi ikke gør mere for at hjælpe de mennesker, som gentagne gange forsøger at begå selvmord. (Sygeplejerske)

Frustration over at den selvmordstruede ikke føler sig taget alvorligt i det etablerede behandlingssystem. (Præst)

Afmagt. Der er for få tilbud i sundhedsvæsenet til disse mennesker. (Sygeplejerske)

Undren over at systemet ikke er gearet til at lave et optimalt efterforløb. (Sygeplejerske)

Vrede over manglende tilbud til den selvmordstruede. For lidt tid på afdelingen til selvmordstruede personer. (Social- og sundhedsassistent)

Irritation over at det psykiatriske system ikke har plads til og vil modtage selvmordstruede. (Fængselsbetjent)

Stor frustration over at der mangler steder/behandlere at henvise til. Når kl. er 16.00, lukker Danmark, og der er få tilbud tilbage. Men det er netop i mørketimerne, jeg ofte har haft behov for at kunne henvise til andre. (Politibetjent)

Frustration over at samfundet mange gange ikke har relevante tilbud til dem. (Sygeplejerske)

Jeg bliver frustreret over ikke at kunne hjælpe dem nok. Synes der mangler behandlingstilbud. Føler vi bliver mødt med modstand, når vi henvender os til andre behandlingssteder. (Sygeplejerske)

Irritation over at der mangler et sted, hvor politiet kan "aflevere" den selvmordstruede person. Det virker til, at der ikke er meget hjælp at få, når man forsøger selvmord, trods at mange selvmord virker som et nødhjælpsråb. Har flere gange oplevet at folk, der har forsøgt selvmord, bliver skadestuebehandlet og efterfølgende blot sendt hjem til den samme hverdag igen. Det er ikke et velfærdsamfund værdigt. (Politibetjent)

Et ønske om et bedre tilbud til dem end der er i dag. Det er ikke meget, der bliver gjort. Psykologer er jo sparet væk. (Sygeplejerske)

At der ikke er sat ressourcer nok af i det offentlige system til behandling og opfølgning. (Social-og sundhedsassistent)

Den største gruppe af selvmordstruede, jeg møder, er de unge, der spiser piller som et råb om hjælp. Hos dem har jeg en følelse af, at jeg naturligvis skal yde omsorg, så de ikke tager skade af pillerne, men føler mig lidt hjælpeløs overfor deres psykiske tilstand, da de fleste af disse pt. efter endt behandling bliver udskrevet med et psykiatrisk tilsyn med konklusionen, at de ikke kan gøre noget for patienten. (….). Min følelse er, at det eksisterende sundhedssystem ikke har nogle tilbud til dem, men det er noget, de selv må finde ud af i samarbejde med familie og forældre. Psyk. tager sig kun af patienter, hvis der reelt er tale om psykotiske patienter. Alle andre har ikke nogen ordentlig behandlingspartner. Jeg føler, de er uden for min rækkevidde. Denne gruppe er den sværeste at håndtere. (Sygeplejerske)

STUDIEDEL 2 - INTERVIEWUNDERSØGELSEN

7 personer har deltaget i interviewundersøgel-

sen: 1 oversygeplejerske, 2 præster, 2 fængselsfunktionærer, 1 fællestillidsrepræsentant for ambulancereddere og 1 politibetjent.

Fagpersonernes erfaringer med selvmordsadfærd

I den første del af interviewet får vi indblik i interviewdeltagernes faglige og personlige erfaringer med selvmord og selvmordsforsøg. Erfaringer der fortæller om fagpersonernes oplevelser med selvmordstruedes sorg, smerte, fortvivlelse og deres følelsesmæssige påvirkning som følge heraf.

Jeg har erfaringer med mennesker, som blev indlagt, fordi de har taget et eller andet (alkohol, stoffer eller medicin). Mennesker, som bliver påvirket af det, de der har taget, og så vågner de op stille og roligt. Jeg har oplevet, at de har været dybt deprimeret, ulykkelige og skamfulde, og flove over det, de har gjort. Det var meget, meget svært for dem at vågne op og finde ud af, at de var i live, når de endelig havde sagt farvel til deres verden. En stor skyld og skam inkluderet. (Oversygeplejerske)

Min erfaring med det er, at de vil begå selvmord. At de er meget beslutsomme omkring det. Min tidligere erfaring er, at de bruger det som redskab til at komme ind i systemet og få hjælp. Det har jeg ikke opfattelsen af i dag. Nu virker det for mig, som at folk har besluttet sig. (Politibetjent)

Jeg har oplevet et selvmordsforsøg, da jeg ikke havde været ret længe i systemet. Og det kan jeg huske, fordi det var en, der var under 18 år. De vidste godt, det var et selvmordsforsøg, og det vidste jeg ikke, for der kommer man til sådan en dreng, som simpelthen skriger efter hjælp og som har skåret sig hele vejen op ad armen. (...). Det der var et råb om hjælp. Jeg kan huske, det har påvirket mig meget, at sådan en ung fyr virkelig vil prøve, men alligevel ikke vil tage sit liv (...). Da jeg var under instruktionen, synes jeg, at det var barsk. (Fængselsbetjent)

Blandt interviewdeltagerne var der to, der fortalte om personlige oplevelser knyttet til familien og arbejdskredsen.

En i min familie har begået selvmord. Hvor jeg også stod med den samme fornemmelse af: Hvad er det dog, der er sket? Hvad har vi dog gjort? Hvorfor så vi det ikke? Hvorfor undgik vi det ikke? Hvorfor forebyggede vi det ikke? Hvorfor fik vi hende ikke sat i behandling? Det synes jeg personligt, det var en svær oplevelse, en oplevelse (...). Som måske allermest skabte vrede. Måske også selvfølgelig skyld og skam og sorg, men også vrede over at man blev forladt og uden at havde sagt farvel til (...). Først var jeg dybt chokeret. Der gik lang tid, før det gik op for mig. Det må være noget, hun har gået med og tænkt på i lang tid uden at fortælle mig det. Jeg synes, at det var en voldsom, traumatisk måde, hun valgte at gøre det på. Det var helt utroligt, at man kunne finde på at forlade os på den måde. (Oversygeplejerske).

Oversygeplejersken fortalte også om sin kollegas død:

En ansat, som har begået selvmord for få uger siden. Der har jeg nogle erfaringer, som viser, hvor meget det gør for omverdenen, for folk som kender hende, hvor meget det skaber sorg og skyld, angst og ulykke, at man kan gå sammen med en kollega og gå på arbejde og så dagen efter, så har hun taget sit eget liv. Det personale, som fik at vide, at deres kollega har begået selvmord, var faktisk meget rystet. De var meget indstillet på: kunne vi have gjort noget, kunne vi have sagt noget?(...) De synes, at det var for dårligt af dem som fagpersoner, at de ikke har set, at deres kollega har haft det så slemt. Hun var på arbejde lørdag og søndag og begik selvmord mandag, og det var meget, meget svært for dem, der var sammen med hende i weekenden. Det rejste mange spørgsmål, det rejste meget skyld, skyldfølelse. Mange arbejdskollegaer fik udtrykt sin vrede og vrede over, at hun kunne gøre det overfor sin mand, sit barn og overfor dem, og at hun ikke var ærlig i forhold til de problemer, hun har haft (...) Det er de samme følelser, der går igennem (...) man føler sig forladt og lidt snydt – meget på en eller anden måde. Det skaber forvirring og uro og også vrede. (Oversygeplejerske).

Sygehuspræst fortalte om sin søn, der mistede sin kæreste.

Ja, det var min søn, der forsøgte at tage livet af sig. Da han var 16 år, da han var på en efterskole og blev kæreste med en af de andre elever. Det var første gang, han virkelig blev forelsket og oplevede, hvor stor en ting det kan være. Der sker en ulykke, og kæresten dør. Han var helt uden for rækkevidde, da han kom hjem derfra. Der gik nok en uges tid, jeg var omkring ham hele tiden. Han havde været sammen med nogle kammerater en aften og skulle overnatte. Da ringede en af kammeraternes mor, hvor han overnattede, at han havde slugt en del panodiler om natten. Hun var heldigvis sygeplejerske. Hun havde taget sig af ham. Jeg var til læge med ham, og lægen spurgte ham, om det var hans mening at dø, men det vidste han ikke, men han sagde mange gange, at han bare ikke skulle leve, at han havde mistet hende (…). Det var meget traumatisk (…) Vi tog til hendes begravelse (…). På særlige dage tager vi på kirkegården med blomster. En dreng på 16 år er ikke meget for at tale om følelser, men når vi har været der på kirkegården, så græder han.

Allerførste møde

Fagpersonerne fortalte også om, hvor stort et indtryk det allerførste møde med en selvmordstruet person gjorde, og hvordan de blev berørt af dette.

Der har været en kvinde, som har taget nogle piller, fordi hun ville dø, fordi hun har fået at vide, hun har fået lungekræft og var frygtelig, frygtelig bange. Hun skulle gennem smerter, lidelse og følelse af at blive kvalt, og hendes familie skulle opleve hende sådan. Det ville hun skåne både sig selv og sin familie for. Hun kom på hospitalet og vågnede op i en dyb, dyb fortvivlelse, og da oplevede jeg meget stærkt, hvor smertefuldt det er for den selvmordstruede, at skulle se omgivelserne i øjnene, når

man har valgt [livet] fra og forsøgt at komme væk.(...) Da hendes far kom og så hende og sagde til hende "hvad har du dog gjort, hvordan kunne du dog finde på det, og hvad med os?". Det gjorde faktisk meget stort indtryk på mig at se, hvor svært det var at komme tilbage til livet igen. Det, synes jeg, det var meget gribende. De pårørende var der meget, og hun var hurtigt ude igen. Hun gjorde et stort indtryk på mig, fordi jeg kunne se, hvor svært det var for hende at vågne op… I den situation var jeg tilskuer. Jeg observerede hende meget; hvordan hun havde det. Jeg mærkede meget og følte meget den smerte, hun måtte have og observerede en meget dyb fortvivlelse, da manden kom. Jeg kan huske, at jeg ønskede at kunne komme ind og hjælpe hende, forklare hende, at jeg godt kan give hende noget smertestillende. Det er en alvorlig, dødelig sygdom; der er ting at gøre. Der er håb.(…) Man kan gøre noget ved det. At der er muligheder. Jeg kom aldrig ind på [livet] af hende, fordi det gik så stærkt. Jeg manglede erfaring. (Oversygeplejerske)

Første gang jeg for alvor skulle snakke med en, der var selvmordstruet, var det moderen, der henvendte sig. Det var en ung pige, der blev indlagt på sygehuset, efter hun havde prøvet at tage livet af sig. Moderen ringede til mig og bad om at snakke med hende. (…) Samtalen varede 1 time. Jeg var ikke chokeret, men jeg var fortvivlet på moderens og pigens vegne. Jeg synes ikke at ens løsningsmodel – når man er teenager skal være at spise en masse piller. Så på den måde var jeg berørt af det, fordi det altid er voldsomt, når unge "vælger" – jeg ved ikke om de vælger - eller overvejer at gøre et eller andet, som kunne føre til selvmord.. (Sognehospice- og sygehuspræst)

Et af de første møder med en selvmordstruet var her på sygehuset. Det var en patient, som var indlagt som følge af, at hun havde forsøgt selvmord(...) Jeg var nok mest ked af det - trist på hendes vegne - over at hendes liv var så dårligt. Jeg troede, hun virkeligt følte, at det kunne hun heller ikke gøre godt nok, når hun ikke døde af det, altså at hun overlevede. Det var en smerte for hende, at hun gjorde det (…). Jeg gav udtryk for min forståelse. At hendes liv var så svært, at hun var presset helt ud til kanten… Vi prøvede om der var nogle ting, hun kunne lave om på, så det kunne blive lidt mere tåleligt at være i det her liv. Jeg kan huske, at vi sluttede med at bede for hende, at hun kunne få mere ro i sindet og sjælen.
Jeg oplever, at sygdom er for drøjt, at man ikke orker længere, og det ville være rart at kunne slippe ud af det. (Sygehuspræst)

I starten reagerer man selvfølgelig professionelt. Du går i gang med at yde førstehjælp. Og det fokuserer du på. Alle de andre tanker kommer stille og roligt, når du sidder og skriver rapport, eller når du går i gang med at finde ud af, hvilken familie der hører til den selvmordstruede. Reaktionen kommer senere. (Politibetjent)

Som det fremgår af disse korte citater, uanset om fagpersonerne var personligt involverede

eller involverede i kraft af deres profession, bliver de påvirkede af selvmordsadfærd. De rammes af en bred vifte af forskellige følelser. Ud over følelser af sorg og tab, rammes fagpersonerne ofte af chok, vrede og skyld. Skyldfølelsen opstår ofte ud fra spørgsmålet: Hvorfor?

I nogle situationer, afhængig af relation til den selvmordtruede og omstændighederne, oplever fagpersonerne også en følelse af afmagt. Det kan være svært at lytte til selvmordstruedes skæbne eller erfare, at man ikke kan nå ind til den selvmordstruede.

Håndtering af selvmordsadfærd

Fællestillidsrepræsentanten for ambulancereddere fortæller, hvor vigtigt det er, ikke at bebrejde sig selv og føle sig skyldig, når selvmordet sker:

Man kan gøre meget for at forhindre en i at begå selvmord (...). Selvom man gør sit yderste, kan der være nogle, man ikke kan redde og dermed erkende, at der er ting, man ikke altid kan have indflydelse på(...) Jeg kan ikke gøre noget ved det. Man skal gøre op med sig selv, at det er en beslutning, den enkelte har taget.

Man skal passe på, at man som politi mand ikke tager offerrollen. Det er ikke vores opgave. (Politibetjent)

Fællestillidsrepræsentanten for ambulancereddere understreger igen og igen, hvor stor hjælp en kollegasamtale kan være til at håndtere selvmord og komme af med skyld- og afmagtsfølelse. De mener, at det er vigtigt at kende egne begrænsninger og erkende egen magtesløshed. Man skal ikke kunne klare alting selv. Man skal lytte til sig selv, så man ved, hvornår det er tid at forsøge at inddrage flere og søge vejledning hos andre.

Det er vigtigt at dele sine oplevelser med kollegaer og ikke bare lade dem hobe sig op eller mene, at man skal kunne klare alting selv (...) Jo mere du får snakket om tingene, jo nemmere, bliver det at give slip på tingene, og det er det, vi gør. Vi bruger meget tid på den her "terapisamtale". Det er utrolig vigtigt for os, at vi får snakket om det, og får nye kollegaer gjort klar, at det er lovligt at snakke om tingene, det er lovligt at snakke om alt. (Fællestillidsrepræsentant for ambulancereddere)

Gode kollegaer, kollegaer, som kender og har prøvet det. Fordi det ikke kan hjælpe noget, at jeg går hjem til min familie, fordi mennesker normalt ikke forstår, hvad det drejer sig om. Det gør kolleger. De ved, hvad det drejer sig om. Det er dem, man skal snakke med om det, og man skal ikke snakke med ret mange andre. (Fællestillidsrepræsentant for ambulancereddere)

Det er også godt at kende sin egen begrænsning, så man kan henvise til sin kollega. Du skal have hjælp, det skal bare ikke være mig. Jeg har en kollega, som jeg vil tro vil være rigtig god. Det er ikke fordi, jeg ikke gider snakke med dig, men det er bare fordi, jeg er i tvivl, om jeg er den, du har brug for. (Sognehospice- og sygehuspræst)

For at komme af med sin afmagt, tror jeg, man er nødt til at acceptere, at nogle gange kan det ikke lade sig gøre. (Sygehuspræst)

Holdninger til selvmordsadfærd

Har holdninger betydning for ens arbejde?

Fagpersonerne udtaler sig om, hvor vigtigt det er at have en holdning til selvmord, og det skal være en professionel holdning. Den personlige holdning og den professionelle holdning skal være den samme – at selvmord skal forhindres så meget som overhovedet muligt.

Det er meget vigtigt at have en ikke dømmende holdning. Som professionel skal man ikke bedømme/fordømme. Man skal acceptere, at nogen er kommet i en situation, hvor en har brug for hjælp, og har måske ikke haft en anden mulighed at reagere på. (Oversygeplejerske)

Det er i hvert fald vigtigt, at man gør sig klart, at de her mennesker, de skal hjælpes. Det er utrolig vigtigt, at man ikke bare skubber det fra sig. Man må ikke bare sige, at det er deres egen skyld, og det må de selv klare. Det kan de ikke selv klare. De skal have hjælp... For hvis man ikke har empati og holdninger overfor mennesker og det at være et menneske, så kan man slet ikke have noget med det her arbejde at gøre. Hvis de mener, at det er folks privilegerede ret at tage deres eget liv, så skal de ikke være ambulancereddere. Det er simpelthen et must i et arbejde som ambulanceredder. Det er et must, at man har det empatiske gen. (Fællestillidsrepræsentant for ambulancereddere)

Holdning til selvmordsadfærd

Nedenstående citater beskriver, hvad fagpersonerne mener om selvmord som en menneskeret, og hvilket syn de har på selvmordsadfærd og på selvmordstruede. Er selvmord en egoistisk handling, eller opfattes selvmord som en selvopofrelse og befrielse? Der er forskellige meninger om dette.

Jeg synes, at det er noget af det mest egoistiske, man kan gøre at tage sit eget liv, for der tænker man kun på sig selv. Man tænker ikke på dem, man har omkring sig. Hvis de ikke har nogle nære venner eller familiemedlemmer, jamen så er det alt det, der er omkring dig. (…) Det smitter af på de andre indsatte og påvirker i den grad også dem, der er på arbejde. (Fængselsbetjent)

Når de har det rigtig, rigtig dårligt, så tænker de ikke egoistisk. De kan jo ikke tænke ud fra andet end deres egen verden, så selvfølgelig gør de det. Det må være samfundets pligt på en eller anden måde at hjælpe dem, så de ikke står i den situation og skal vælge. I det øjeblik kan de kun vælge en vej… de kan ikke begynde at tænke på, hvordan dem, der finder dem, tænker. Så langt tænker de jo slet ikke. (Fængselsbetjent)

I dag oplever jeg tit, at personer, som forsøger selvmord, må ud et sted, hvor deres relation til andre mennesker ikke kan nå dem mere. Hvor man ikke tænker, at jeg har en ægtefælle, har børn og har forældre at tage hensyn til. De kan ikke nå én og derfor er der kun én selv i det der mørke. Nej, det er ikke en egoistisk handling, det er en ensom handling. (Sygehuspræst)

Fællestillidsrepræsentanten for ambulancered-

derne mener, at selvmord er en egoistisk handling, medmindre der er tale om en uhelbredelig sygdom:

Selvmord er egoistisk. Grunden til, at jeg synes, at det er egoistisk, det er, fordi det er den nemmeste udvej. Man efterlader nogen med en smerte og skyld, måske…Hvis man har en uhelbredelig sygdom og vil tage sit eget liv vil jeg tage udgangspunkt i den individuelle bedømmelse. Det er så svært at sige "at det er egoisme", hvorimod det godt kan være noget andet.

Fagpersonerne er af den mening, at det er uhyre vigtigt at komme selvmordstruede mennesker i møde med forståelse for, at selvmordsforsøg er et råb om hjælp, og at selvmordstruede er syge og har brug for hjælp.

Min faglige holdning er, at selvmordstruede er mennesker, som skal behandles med størst mulig omsorg, og de må absolut ikke fordømmes. De skal have al den støtte, der overhovedet er mulig. Det kan være tilbud om psykiatrisk hjælp, det kan være terapi, det kan være samtalebehandling, men det er vigtigt, at man ikke sender dem ud igen uden at få gjort noget eller tilbudt noget. (Oversygeplejerske)

Langt de fleste selvmordsforsøg er et råb om hjælp, og at de egentlig ikke ønsker det her, men det er deres eneste måde, de kan råbe folk op på. De har måske forsøgt ad andre veje ved at fortælle, at de har det dårligt, men der var ikke nogen, der har hørt på dem. Man skal have mere tid til hinanden og lytte til, hvad det er, folk siger. (Fællestillidsrepræsentant for ambulancereddere)

Min holdning er, at man ikke skal begå selvmord. Det skal man ikke have retten til, fordi alle ved, at ens liv kan gå hen og ændre sig.(…) Vi skal være med til at se det, inden det sker. Gøre alt hvad vi kan for dem herinde, så de ikke står den situation. (Fængselsbetjent)

Om det er en menneskeret? Det vil jeg sige, at det er, hvis man har det så dårligt. Jeg tror, at ingen vælger selvmord som en let løsnin(...)Jeg har forståelse for, at man kan nå dertil. (Sygehuspræst)

Fagpersonerne har en anden holdning til selvmordsadfærd, når det drejer sig om sygdom og ældre mennesker.

Der har jeg en dobbeltholdning. Altså man kan være mæt af livet, men stadigvæk har de også børnebørn osv. Det er jo ekstremt at sige: Min mormor, min morfar har begået selvmord. Det sætter nogle tanker i gang hos små børn. Jeg kan godt forstå, at et menneske på 95 år, hvor ægtefællen er død, og stort se hele familien er væk, bliver mæt og træt af livet. Så kan jeg godt forstå det. Det kan jeg sætte mig ind i, fordi man ingen familie har, og man er alene... (Politibetjent)

Man har ikke retten til at tage sit eget liv. Det kommer an på under hvilke omstændigheder. Hvis man er uhelbredeligt syg, og man får det værre og værre (…) Hvis man får en dødsdom på 4-6 måneder, så vil jeg gerne sove ind, tror jeg. Men det skal selvfølgelig være i

harmoni med familien. Så får man sagt et værdigt farvel til livet. Jeg oplever så ofte, at de uhelbredeligt syge stort set ikke er til stede i den sidste tid af deres liv. Man kommer herfra, på en værdig måde... Hvis det var en ung mand på min søns alder, så vil jeg tænke: Bare vedkommende havde givet tid, så havde der måske vist sig helt nye udsigter. (Fællestillidsrepræsentanten for ambulanceredderne)

Hvis jeg møder et menneske, som er kronisk syg, eller hvor det kun går til den dårlige side, der kan jeg godt forstå, at sådan må det føles, at nu må det holde op… (Sygehuspræst)

Ældre mennesker har større magt til at vælge, om de vil leve mere eller ej… De har måske gået et helt liv igennem og er kommet til den konklusion, at der ikke er mere for mig her. Der er ikke noget, jeg ønsker. Det, synes jeg, er lidt anderledes. De har forhåbentligt prøvet lidt af hvert. Så ja, det må være dem, der skal bestemme selv. De unge derimod er temmelig tit frustrerede. De ældre har gennemtænkt det mere. (Fængselbetjent)

Uanset hvilken alder man har, så er det ikke nødvendigvis en ret, man har. Det er en falliterklæring, at man kan mene, at bare når man er gammel nok, så er det i orden. Det er en falliterklæring fra samfundet, og det er selvfølgelig en falliterklæring fra de mennesker, der er omkring de ældre mennesker. (Sognehospice- og sygehuspræst)

Holdning til selvmordstruede, der gentager selvmordforsøg

Min holdning er, at de er syge, at de er styret af et eller andet, som de ikke selv har styr over. Det er ikke noget, de kan gøre ved. Det er den sidste udvej for dem. (Fællestillidsrepræsentant for ambulanceredderne).

Der er det svært at beholde denne professionalisme, fordi de på en eller anden måde, synes jeg, også kan misbruge den. (Oversygeplejerske)

Fagpersonernes behov

Sidst i interviewet får deltagerne spørgsmål om deres ønsker og behov. Svarene afdækker behov for mere faglig og teoretisk viden samt ønske om mere tid til samarbejde – internt og eksternt.

Behov for mere viden

Fagpersonerne synes, at de mangler viden og redskaber til at håndtere selvmordsadfærd. De oplever at mangle den indsigt, der skal til for at håndtere samtalen med selvmordstruede mennesker. I forbindelse med disse væsentlige punkter er der behov for flere kurser – bl.a. med psykologer, terapeuter og mere erfarne kolleger.

Man har stadigvæk et kursus, der hedder psykologi. Men det er for lidt i forhold til, hvad man havde før. Før havde man det i 7 hverdage – psykologi, krisepsykologi, og det synes jeg, at det var rigtigt godt. Nu ligger det i selve uddannelsen- måske 2-3 dage max. Man snakker om de her ting, men det er mest i forhold til at håndtere store ulykker. Ikke i forhold til selvmord. Vi er

4000 reddere i dag, og så mange selvmord kommer vi ikke ud for. Men man kommer sikkert ud for flere, end man regner med... Psykologikursus kunne godt være en fordel, hvor man kunne få nogle værktøjer, men ellers synes jeg, at en samtale med en kollega er det bedste. (Fællestillidsrepræsentant for ambulancereddere)

Jeg synes, at vi også har brug for undervisning i, hvordan man håndterer selvmordsadfærd. (Oversygeplejerske)

... Samtaleøvelser i praktisk samtale med en selvmordstruet for at få afdækket hvad der rør sig i én selv. (Sognehospice- og sygehuspræst)

Et kursus hvor man får at vide, hvad det er, vi skal huske, hvad skal vi være opmærksomme på, hvad for nogle valgmuligheder det er rigtigt dumt at bruge, og hvad for nogle valgmuligheder er det bedre at bruge. (Sogne- hospice- og sygehuspræst)

Behov for mere tid og flere medarbejdere

De interviewede fagpersoner følte ofte, at de ikke kunne komme med en optimal arbejdsindsats på grund af manglende tid og medarbejdere. Fagpersonerne gav udtryk for et stort behov for mere tid til samtale med, hjælp til og omsorg for selvmordstruede mennesker.

Man kan godt føle, at man ikke har tid. For somme tider kan man godt mærke, at der står én og gerne vil snakke med en af os, og det har vi ikke tid til. Vi har et princip, at man helst ikke sidder inde på sengen hos den indsatte (...) Vi er kun 2 på gangen til de 38 indsatte. Der har vi måske lidt svært ved at sætte sig ind i den situation, fordi netop den indsatte har brug for at snakke med én af os. Og det er der simpelthen ikke tid til, fordi der er andre ting, der skal gøres i løbet af en dag. Og det er noget, man kan blive frustreret over. (Fængselsbetjent)

Behov for intern/eksternt samarbejde

Samarbejde mellem kollegaer og andre professionelle bliver også omtalt.

Jeg kunne godt tænke mig at have et tættere samarbejde med de professionelle indenfor det her felt. Et tættere samarbejde med psykiatrisk skadestue for at få et mere opkvalificeret forhold til at håndtere det her. At lære noget mere om det af dem som er kloge på det her, komme i kontakt med dem. (Oversygeplejerske)

En kollega, som man kan udveksle erfaringer med, og en til at snakke med om de problematikker, der er i forbindelse med selvmordsadfærd. Internt fagligt samarbejde mellem præster som først nu er ved at komme i gang. Samarbejde for at få og udveksle erfaringer. (Sognehospice- og sygehuspræst)

7 Diskussion

I det foreliggende studie er viden om og holdninger til selvmordsadfærd blandt udvalgte faggrupper blevet undersøgt med henblik på at intensivere forebyggelsesindsatsen. Formålet med projektet er at undersøge, hvorvidt faggruppers profession, alder, køn, erfaring, viden, tro og personlig erfaring med selvmordsadfærd synes at påvirke deres holdninger til selvmord. Projektets andet konkrete mål er at undersøge og belyse, hvilke etiske principper, menneskesyn og værdier de faglige gruppers holdninger er præget af.

Metodiske overvejelser

Der er nogle metodiske begrænsninger i projektet med hensyn til undersøgelsen af viden og holdninger. Vi har modtaget svar fra 2237 fagpersoner, hvilket svarer til 55%. Da 12% af spørgeskemaerne ikke var besvaret på en måde, der egnede sig til statistisk analyse, omfatter resultaterne kun 1748 besvarelser, hvilket giver en svarprocent på 43%. Den lave svarprocent (43%) bevirker, at resultaterne i undersøgelsen skal tages med nogle kraftige forbehold.

97% af fagpersonerne i undersøgelsen har mødt selvmordstruede personer. 20% af respondenterne har svaret, at de har haft selvmordstanker, og 28% har selvmord/forsøg i deres familie. Dette betyder, at der ikke er tvivl om, at selvmordsadfærd er et kendt fænomen for de fleste fagpersoner.
Manglende svar i undersøgelsen kan antagelig skyldes manglende interesse for projektet, tidsmæssige begrænsninger, manglende fortrolighed med og begrænset adgang til computer og internet. En anden mulig årsag til projektets lave besvarelsesprocent kan være, at undersøgelsen startede samtidigt med den kommunale Sygehusreform og Politireform.

Spørgeskemaet i undersøgelsen var langt og bestod af 89 spørgsmål. Et væsentligt problem ved et langt spørgeskema er, at fagpersonerne svarer for hurtigt, hvilket kan medføre ureflekterede svar. Herudover er det ikke muligt at vide, om fagpersonerne har svaret oprigtigt på spørgsmålene, eller om de har svaret det, som de mener, er det "socialt korrekte" at svare. Det er også muligt, at der er opstået en situation, hvor fagpersonen ikke har forstået, hvad han eller hun har skullet svare på. Vi har prøvet at forhindre dette ved at være præcise med sprogbrugen i spørgeskemaet, dvs. undgå spørgsmål med dobbelt betydning.

Det næste afgørende spørgsmål er, om de fagpersoner, der har besvaret det elektroniske eller papirbaserede spørgeskema, adskiller sig fra populationen på en måde, som kan have afgørende betydning for undersøgelsens konklusioner. Det er således i det konkrete tilfælde værd at overveje, om personer, som har vist interesse for projektet, har andre holdninger - eller mere reflekterede eller nuancerede holdninger – hertil, end fagpersoner, der har undladt at deltage og at returnere spørgeskemaet.

Da der kun er blevet foretaget få interviews (7 respondenter), bør resultaterne i rapporten tages med et vist forbehold.

Viden om selvmordsadfærd

De samlede resultater af undersøgelsen viser, at fagpersonerne ikke har detaljeret viden om selvmordsadfærd. Den største kilde, hvorfra faggrupper får deres informationer om selvmordsadfærd, stammer hovedsageligt fra deres arbejdserfaring, uddannelse og personlige erfaringer. Det ser ud til, at der er en tendens til, at faktuel/almen viden om selvmordsadfærd kun i ganske få tilfælde bidrager til at forklare, om faggruppernes specifikke holdninger til selvmordsadfærd og selvmordstruede er positive eller negative. Disse resultater kan derfor tyde på, at faktuel viden om selvmordsadfærd i sig selv er af begrænset vigtighed for fagpersonernes holdninger til selvmordsadfærd, og at fagpersonerne snarere reagerer og handler ud fra erfaringsbaseret viden end ud fra almen, teoretisk viden. Derudover viser resultater opnået i interviewanalysen også, at fagpersonerne mere udtrykker et stort behov for praktisk viden som f.eks. samtaleteknik og håndtering af selvmordsadfærd end behov for den almene viden.

Viden og profession

Samlet har knap halvdelen (42%) af faggrupperne svaret korrekt på spørgsmål ved at score 15 eller flere points, mens 58% af faggrupperne havde manglende viden. Heraf havde 75,7% af præsterne, 70,7% af fængselsfunktionærerne og 60,4% af ambulanceredderne lavere viden i forhold til referencegruppen sygeplejersker (36,6%). Derudover brugte alle grupper, især præster, politi, fængselspersonale og ambulancereddere stadig mytedannende udtalelser om selvmord og selvmordsforsøg. For eksempel er følgende udsagn ofte blevet betragtet som rigtige: ”De fleste selvmordsforsøg er mislykkede selvmord”, ”Forud for et selvmord har der ofte været selvmordsforsøg” og ”Mennesker, der truer med selvmord, gør det sjældent”.
Udsagn som: ”De fleste selvmordsforsøg er impulsive handlinger” og ”Mennesker, som foretager flere selvmordsforsøg, ønsker ikke at dø”, blev derimod anset som forkerte. Fagpersonerne har også svaret forkert på udsagn vedrørende selvmordsadfærd blandt unge og gamle mennesker. Det er også vigtigt at bemærke de relativt mange ”ved ikke”-besvarelser. Disse resultater tyder derfor på, at faggrupperne ikke har ret stor viden om fakta om selvmordsadfærd - såsom selvmordsprocessen, risikofaktorer og risikogrupper.

Viden og alder

Da gruppen af ældre fagpersoner har haft mere omfattende kontakt med selvmordstruede og har større erfaring med selvmordsadfærd end yngre fagpersoner, har vi fremsat den hypotese, at de har større faktuel viden om selvmordsadfærd end gruppen af yngre fagpersoner. Men denne hypotese blev ikke understøttet i vores undersøgelse. Resultaterne viser, at viden blandt ældre fagpersoner ikke er signifikant forskellig fra den, som findes blandt yngre fagpersoner. Både grupperne af -39, 40-49 og 50 +- årige fagpersoner ser ud til at befinde sig på samme vidensniveau. Det er ikke klart, hvorfor ”ældre” og” mere erfarne” fagpersoner ser ud til at have samme viden som ”yngre” og ”mindre erfarne” om selvmordsadfærd. Dog kan det antages, at ældre fagpersoner har mere viden om de fleste selvmordsaspekter, hvorimod de unge har en mere almen viden.

Viden og erfaring

Vi fandt, at der var sammenhæng mellem viden og erfaring i 3 faggrupper. Analysen af hver faggruppes viden viser, at sygeplejersker og ambulancereddere med stor erfaring har større viden om selvmordsadfærd end faggrupper med lille erfaring. I modsætning hertil havde fængsels-

funktionærgruppen med stor erfaring (23,2%) mindre viden om selvmordsadfærd end fængselsfunktionærgruppen med lille erfaring (76,8%).
Disse resultater kan igen tyde på, at viden stort set er signifikant associeret med fagpersonens profession og uddannelse.

Viden og køn

Tidligere undersøgelser har vist, at kvinder har større viden om selvmordsadfærd end mænd [36, 37]. Resultaterne i den foreliggende undersøgelse understøtter dette. 33,6% af mændene besidder stor viden om selvmordsadfærd mod 51,5% af kvinderne. Forklaringen på, hvorfor kvinder har større viden end mænd, kan være, at viden er signifikant associeret med profession. I vores undersøgelse udgør kvinder hovedsageligt gruppen af sygeplejersker som igennem deres uddannelsesforløb modtager meget mere viden om selvmordsadfærd end andre faggrupper.

Holdninger til selvmordsadfærd

Selvmord som en menneskeret i forhold til respondenternes profession

Den foreliggende undersøgelse viser, at fagpersonernes værdier og holdninger til selvmordsadfærd er præget af det humanistiske menneskesyn. Et menneskesyn der bygger på respekten for det enkelte menneskes liv og på et fælles moralsk ansvar for andre mennesker.

Det fremgår af undersøgelsen, at 58,3% af fagpersonerne er imod "retten til selvmord", og de vægter således livet højere end autonomien. Et selvmordstruet menneske betragtes ikke som et uafhængigt, autonomt væsen, men mere som et menneske, der lever i et fællesskab, og hvis handlinger influerer på andre mennesker. De fleste fagpersoner (68,9%), især fængselsfunktionærer (78,3%), ambulancereddere (77,4%) og ansatte i politiet (77,2%) er således enige om, at selvmord er en egoistisk handling.

Af de 62,5% fagpersoner, der mener, at selvmord er en kujonagtig handling, er faggrupper som fængselsfunktionærer (24,3%), ambulancereddere (24,1%) og politimænd (15,5%) igen mest enige. Svaret på, at selvmord er en kujonagtig handling, antyder, at selvmord er negativt, og muligvis mere afspejler fagpersonernes emotionelle reaktion end den anskuelse, at det er en modig handling, som har en mere positiv og kognitiv konnotation.

Holdninger og køn

Den multiple regressionsanalyse viser, at der ikke er sammenhæng mellem køn og holdning. Dog - selvom holdninger ikke varierer med kønnet i vor undersøgelse, viser resultaterne, at fagpersoner, der er af den mening, at selvmord er en negativ og egoistisk handling, hovedsagelig er mænd. En mulig forklaring kan være, at mænd ifølge den simple regressionsanalyse ser ud til at have en mere negativ holdning til selvmordsadfærd og selvmordstruede end kvinder. Dog accepterer flere mænd (30%) end kvinder (24%), at gamle mennesker har ret til at tage livet af sig. 55,5% mænd mod 46,7% kvinder er også af den mening, at uhelbredelig syge har ret til at tage deres eget liv.
Kun det mandlige fængselsfunktionærer accepterer i mindre grad selvmord som en acceptabel handling til at afslutte sygdom med, end kvindelige fængselsfunktionærer gør.

Resultaterne viser også, at mænd føler mindre pligt til at forhindre selvmord, mere ligegyldighed, men også mere forståelse og mindre vrede end kvinder. I forhold til deres kvindelige kolleger viser mandlige sygeplejersker mere ligegyldighed og mindre medlidenhed, fængselsfunk-

tionærer viser mindre vrede, politimænd viser mindre omsorg, og præster viser mindre vrede og uro.

Disse resultater tyder på, at mænd reagerer mindre følsomt på selvmordsadfærd og selvmordstruede end kvinder.

Selvmord som en menneskeret blandt ældre mennesker i forhold til respondenternes profession

Fagpersonerne føler sig forpligtede over for og viser ansvar for selvmordstruede. Fagpersonerne mener, at de har ret (84,3%) og pligt (92,3%) til at gribe ind, når et menneske forsøger at tage livet af sig. Fagpersonerne er også af den mening, at selvmordstruede bør beskyttes. Der var klart flest fagpersoner, der var enige om, at selvmord ikke er en rationel handling (56,7%), og at selvmord skal forebygges (93,8%).
Dog - når det gælder retten til selvmord blandt gamle mennesker og accepten af selvmord ved en uhelbredelig sygdom og under særlige omstændigheder, går fagpersonerne på kompromis med deres værdier. 35% af fagpersonerne er således enige om, at gamle mennesker har ret til at begå selvmord. Ansatte i politiet (51,3%) og fængselsfunktionærer (33,9%) var mest og præster (9,4%) mindst enige om dette set i forhold til sygeplejersker (23,5%).

65% af fagpersonerne føler også, at selvmord er en etisk forsvarlig handling til at afslutte en uhelbredelig sygdom, og 64% er af den mening, at under særlige omstændigheder er selvmord en menneskeret. Politiet (73,4%) accepterer igen mest og præster (35%) mindst "retten til selvmord" under visse omstændigheder - set i forhold til sygeplejerskegruppen (52, 4%). Ansatte i politiet (37,8%) og præster (9,0%) skiller sig ud som dem, der henholdsvis mest og mindst accepterer "selvmord som en menneskeret" - set i forhold til sygeplejersker (22,5). 76,2% af politiet, 67,6% af ambulanceredderne og 57,5% af fængselsfunktionærerne har mest og præsterne (20%) mindst positiv holdning til "retten til selvmord" for mennesker med uhelbredelig sygdom set i forhold til sygeplejerskegruppen (48,1%).

Disse resultater tyder på, at fagpersonerne har den holdning, at selvmord i forbindelse med en uhelbredelig sygdom og under visse omstændigheder, kan være en rationel handling, selvom hovedparten mener, at selvmord bør forhindres.

Der var derimod ingen signifikante professionsforskelle i udsagnet, der drejede sig om retten til selvmord blandt unge mennesker. Hovedparten af alle faggrupper (77,50%) er således af den mening, at unge mennesker ikke bør have ret til at tage livet af sig.

En mulig forklaring på, hvorfor fagpersonerne bedre kan acceptere selvmord blandt gamle mennesker end blandt unge, er, at selvmord anses for en velovervejet handling blandt gamle mennesker, hvorimod selvmordsadfærd blandt unge mere ses som en impulsiv handling og som et råb om hjælp. På den anden side kunne en uddybende forklaring være, at der i det seneste årti er sket væsentlige ændringer i samfundets syn på ældre mennesker. I de sidste 10 år er det blevet mere og mere acceptabelt at tage sit eget liv f.eks. på grund af uhelbredelig sygdom, hvorimod det at afslutte sit liv, fordi man mener, at livet ikke har noget indhold, stadig er helt uacceptabelt. Alternativt kan der være tale om at anerkende, at smerte eller en psykisk lidelse er en acceptabel grund til, at ældre mennesker begår selvmord som en udvej for at slippe for en langsom død i smerte og lidelse.

Holdning og alder

Alder bliver ofte anset for at være omvendt relateret til det, at acceptere selvmord; jo højere alder, desto lavere accept af selvmord [40,41]. Ifølge vore data ser det ud til, at forskelle i holdninger blandt fagpersoner under 39 år, 40-49 år og over 50 år, ikke er afhængige af alderen alene, men kan være afhængige af en kombination af alderen og fagpersonens profession. Undersøgelsen viser, at samlet har alle tre aldersgrupper (-39; 40-49; 50+) tilsyneladende samme holdning til selvmordsadfærd på nær to spørgsmål (holdningsudsagn). Grupperne af fagpersoner fra 40-49 år og over 50 år er mindre enige om, at det er kujonagtigt at tage livet af sig (11,3% og 9,9%), og at selvmord er en egoistisk handling (68,4% og 57,4%) end aldersgruppen under 39 år (henholdsvis 20,2% og 77,9%). Der var også færre af de 40-49-årige (60%) og 50-årige (47,1%) sygeplejersker og Sosu'er samt ambulancereddere (66,4%) over 50 år, som var enige om, at selvmord er en egoistisk handling, end der var i gruppen under 39 år (henholdsvis 80,5% og 84,4%).

Ambulancereddere over 50 år (21,7%) er mindre enige om, at gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv end ambulancereddere under 39 år (39,5%).
Blandt fængselsfunktionærer er det derimod 80,4% af de 40-49-årige, der er mindre enige om at have "ret til at forhindre selvmord", end der er i gruppen af fængselsfunktionærer under 39 år (86,8%).

Selvom alderen ikke har vist sig at være signifikant associeret med holdninger til selvmordsadfærd, understøtter disse resultater dog den hypotese, at ældre fagpersoner i mindre grad accepterer selvmord, men udviser mere forståelse over for selvmordstruede, end yngre fagpersoner gør.

Gruppen af fagpersoner over 50 år viser mindre ligegyldighed og afsky end gruppen af fagpersoner under 39 år. Derimod føler gruppen af yngre fagpersoner (under 39 år) i mindre grad trang til at afvise den selvmordstruede og mindre uro end gruppen af 40-49-årige fagpersoner. Ældre sygeplejersker og SOSU'er føler mindre medlidenhed end yngre kolleger (- 39 år), mens de 40-49-årige i større grad føler vrede og trang til at afvise den selvmordstruede end deres yngre kolleger (-39 år) gør.
Resultaterne viser, at fagpersoner i alle aldersgrupper både rummer positive og negative følelser, hvilket tyder på, at holdninger i høj grad er præget af den affektive komponent.

Holdning og viden

Selvom der ikke blev fundet signifikante forskelle i holdningen til selvmordsadfærd blandt faggrupperne i forhold til viden, viser vore resultater, at fagpersoner med stor viden om selvmordsadfærd har en lille tendens til lettere at acceptere selvmord som en menneskeret end fagpersoner med lille viden. Der blev heller ikke fundet nogle signifikante forskelle i "følelser ved allerførste møde med en selvmordstruet person" forhold til viden.

Holdning og erfaring

Det næste vigtige punkt vedrører betydningen af sociale relationer mellem selvmordstruede og fagpersoner. Personlige erfaringer, samvær og hyppigere kontakt med selvmordstruede mennesker har vist sig at være fremmende for positive holdninger til selvmordstruede, mens det "ukendte" fører til mere kritiske holdninger og derfor muligvis er med til at skabe fordomme.

Resultater fra det foreliggende studie viser, at der ikke er et signifikant forhold mellem fagpersonernes erfaringer og deres holdninger til

selvmordsadfærd på nær en faggruppe.
Fordelingen af holdningsværdierne i forhold til erfaring blandt faggrupperne enkeltvis viser, at fængselsbetjentene med stor erfaring er mest enige om, at de har ret til at forhindre selvmord, og at selvmord er en acceptabel handling til at afslutte en uhelbredelig sygdom.

Fagpersoner med stor erfaring føler mere vrede men også omsorg og forståelse end gruppen med lille erfaring. Ambulancereddere og præster med stor erfaring føler mere omsorg, hvor fængselsfunktionærer med stor erfaring føler mere vrede end deres kolleger med mindre erfaring.

Dette tyder på, at mere erfarne fagpersoner har en mere positiv holdning til selvmordstruede. En mulig forklaring kan være, at mere erfarne fagpersoner føler, at de tager sig af mennesker med depressioner og derfor har mere empati for dem. Eldrid [42] fremhæver, at selvmordstruede mennesker søger en person til at tage sig af dem. Det kan muligvis være, at mere erfarne mennesker er klar over dette, og derfor er blevet mere empatiske over for selvmordstruede. Følelsen af vrede kan derimod skyldes, at de selvmordstruede betragtes som opmærksomhedssøgende af fagpersonerne.

Holdning og tro

I Danmark er der mange, som ikke er religiøse, og som har et meget frit og uhøjtideligt forhold til religion. Hvor stor en rolle religion spiller i holdningerne til selvmordsadfærd blandt fagpersonerne, kan vi ikke afgøre. Vores undersøgelse viser dog, at holdningen til, hvorvidt et menneske har ret til at begå selvmord eller ej, er forbundet med fagpersonens tro.
Troende fagpersoner er mindre enige om, at selvmord er en menneskeret (18%), og at gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv (20,9%) end gruppen af ikke-troende fagpersoner (henholdsvis 30,7% og 42,8%). Derudover accepterer troende fagpersoner i mindre grad selvmord under visse omstændigheder (48%) og selvmord til at afslutte en uhelbredelig sygdom (44%) end gruppen af ikke-troende fagpersoner (henholdsvis 65% og 70%). Det ser ud til, at de mere negative holdninger hos religiøse fagpersoner, afspejler religionens misbilligelse af selvmord.

Gruppen af troende fagpersoner viser også mere omsorg end ikke-troende fagpersoner. Troende ambulancereddere viser mest omsorg og troende sygeplejersker og SOSUer viser mindst afsky.

Holdninger og selvmordstanker hos fagpersoner /selvmord i familien

Det viser sig også, at fagpersoner, der har haft selvmordstanker, har en signifikant mere positiv holdning til selvmord end fagpersoner uden personlig erfaring med selvmordsproblematikken. 26,5% af fagpersoner med selvmordstanker er enige om, at selvmord er en menneskeret, 32,7% mener, at gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv, og 14,1% er af den mening, at unge mennesker har den samme ret. Gruppen af fagpersoner med selvmordstanker, er også mere enige om, at selvmord kan retfærdiggøres under visse omstændigheder, og at selvmord er en acceptabel handling til at afslutte en uhelbredelig sygdom end gruppen uden selvmordstanker.
Der var derimod ingen signifikante holdningsforskelle mellem de respondenter, der havde, og de der ikke havde selvmord/selvmordsforsøg i familien.

Gruppen af fagpersoner med selvmordstanker viser også mere forståelse. Fagpersoner med selvmord i familien viser mere afsky end fag-

personer uden personlige erfaringer med selvmordsproblematikken.

Disse resultater tyder på, at holdninger til selvmord til en vis grad er formet af personlige erfaringer, og til en vis grad kan forme personens følelser og måde at reagere på.

Holdning og følelser

Undersøgelsen peger på klare forskelle i faggruppernes følelser og holdninger til selvmordsadfærd og selvmordstruede. En mulig forklaring herpå er, at faggruppernes arbejdsvilkår er forskellige. Derudover adskiller faggrupperne sig fra hinanden i de mål, der sættes - både i forbindelse med mødet med og i behandlingen af de selvmordstruede. Yderligere årsager kan være, at holdningerne er situationsbestemte og afhængige af relationen til den selvmordstruede og den selvmordstruede persons karakteristika.

Et tilsyneladende empatisk og optimistisk syn på selvmordstruede mennesker synes at være almindeligt udbredt blandt de fleste faggrupper. Selvmordstruede mennesker bliver mødt med sympati, omsorg, medmenneskelighed og forståelse, men også med ligegyldighed, irritation og vrede. Fagpersonernes udtalelser tyder ofte på, at de snarere udtrykker sympati over for de selvmordstruede, hvis deres motiv for selvmordsforsøget er sygdom end over for de personer, der bruger selvmordsforsøget som en trussel eller til at få opmærksomhed. Fagpersonerne viser negative følelser over for selvmordstruede, hvis de truer med selvmord eller gentagne gange tager piller i løbet af kort tid. Dette er i overensstemmelse med et tidligere studie af Wassermann et al. [43], som viser, at følelser og reaktioner blandt personalet på intensivafdelinger afviger over for selvmordstruede alt efter, om patienterne er klassificerede som neurotiske, præpsykotiske/psykotiske eller har et misbrugsproblem. Personalet følte vrede mod patienter med alkohol- eller stofmisbrugsproblemer og empati med patienter, som personalet let kunne identificere sig med. Patienter, som blev anset for at være virkelig psykisk syge, blev også mødt med mere forståelse.

Konklusion

Undersøgelsen viser, at viden kun er signifikant associeret med køn og profession og ikke med alder og erfaring. Flere end halvdelen af fagpersonerne har ikke en detaljeret viden om selvmordsadfærd. Mænd og faggrupper som præster, fængselsfunktionærer og ambulancereddere har laveste viden. Udtalelser fra alle faggrupper – men især fra præster, politi, fængselsfunktionærer og ambulancereddere – er præget af mytedannelser om selvmordsadfærd.

De evaluerede variable: profession, tro, egen erfaring med selvmordsforsøg og selvmord i familien, viser sig at være signifikant associerede med holdninger til selvmordsadfærd. I modsætning til vore forventninger var andre faktorer som køn, alder, viden og erfaring hverken relaterede til negative eller positive holdninger til selvmordsadfærd.
Det fremgår af undersøgelsen, at faggruppernes følelser og holdninger til selvmordsadfærd og til selvmordstruede er forskellige. Fagpersonerne har stort set en negativ holdning til selvmordsadfærd og er imod retten til selvmord. De mener, at de har ret og pligt til at forhindre selvmord, og at selvmord skal forebygges. De fleste fagpersoner - især fængselsfunktionærer, ambulancereddere og politi - er enige om, at selvmord er en egoistisk og kujonagtig handling. Der er klare forskelle i holdningerne mellem politi-og præstegruppen. Gruppen af præster udtrykker mest negativ holdning til selvmordsadfærd. Ældre, mere erfarne og troende fagpersoner accepterer også i mindre grad selvmord og har en mere positiv holdning til selvmordstruede. Fagpersoner med selvmordstanker har også en signifikant mere positiv holdning til selvmord, end fagpersoner uden personlig erfaring med selvmordsproblematikken har.

Dog viser resultaterne, at mænd og faggrupper som politi og fængselsfunktionærer er de grupper, der især accepterer retten til selvmord blandt gamle mennesker. De fleste fagpersoner, især politi, ambulancereddere og fængselsfunktionærer accepterer retten til at afslutte uhelbredelig sygdom. Det er atter præster, der giver udtryk for den mest negative holdning til disse problematikker.

Uanset hvor megen erfaring fagpersonerne har, og hvor gamle de er, viser undersøgelsen, at fagpersonerne på deres arbejde bliver følelsesmæssigt påvirkede af selvmordsadfærd. Dog udtrykker en del af fagpersonerne klart, at erfaring hjælper dem i mødet med selvmordstruede mennesker. De føler mindre usikkerhed og uro og er bedre til at håndtere selvmordsadfærd. Fagpersonerne har en bred vifte af blandede følelser - fra omsorg, medlidenhed og forståelse til ligegyldighed, irritation og vrede. Mænd føler mere ligegyldighed, men mere forståelse og mindre vrede. Ældre og mere erfarne fagpersoner udviser mere forståelse, men også vrede. Troende fagpersoner føler mere omsorg og mindre afsky.
Mange fagpersoner, især sygeplejersker og politifolk, føler afmagt og frustration over manglende optimal behandling af de selvmordstruede samt over, at der, trods gentagne forsøg på selvmord, mangler en opfølgning af behandlingen. De oplever, at mangel på pladser, behandlere, lang ventetid på at komme til en samtale medfører, at selvmordstruede igen forsøger at

begår selvmord.

De nuværende resultater understreger behovet for undervisning – især med fokus på mænd – for at komme myter om selvmord og selvmordsadfærd til livs.

Der er tilsyneladende uoverensstemmelser i fagpersonernes holdninger til de to udsagn: ”Nogle situationer retfærdiggør selvmord” og ”Samfundet har ret og pligt til at foretage forebyggende indgreb for at forhindre selvmord”.
Dette indikerer, at selvmordsproblematikken er meget mere kompleks end det at diskutere ”enighed eller uenighed” i forbindelse med et sæt udsagn.

Litteratur

1. Bille-Brahe, U. (2000). Sociology and suicidal behaviour. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), The international handbook of suicide and attempted suicide (pp. 189). Chichester, UK: John Wiley.

2. Silova K, Tallaksen DW, Amundsen K et al (red.): Førstehjelp ved selvmordsfare. Tromsø: Vivat, 2001

3. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Del I og II. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.

4. Retterstøl et al: Selvmord – et personlig og samfunnsmessig problem. Gyldendal norsk Forlag AS 2002

5. Hansen, Erik Jørgen og Andersen, Bjarne Hjorth(2000): Et sociologisk værktøj -introduktion til den kvantitative metode. København: Hans Reitzels Forlag

6. http://www.sorgenvedselvmord.dk/

7. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Del III København: Sundhedsstyrelsen, 1998.

8. Lindhardt Mogens: Præsten og selvmordet. Suicidologi, 2006

9. Vurdering og visitation – rådgivning til sundhedspersonale. Sundhedsstyrelsen, 2007

10. UddannelsesGuiden.dk (http://www.ug.dk/)

11. Kriminalforsorgen - Bliv fængselsfunktionær (http://www.statsfaengslet-vridsloeselille.dk/job--uddannelse/bliv-faengselsfunktionaer.aspx)

12. Attitude Change: Psychological. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 2004, Pages 894-899 R. E. Petty

13. Attitude Formation. Function and Structure. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 2004, Pages 899-905 S. Chaiken

14. Attitude Measurement. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 2004, Pages 905-908 N. Schwarz

15. Attitudes and Behavior. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 2004, Pages 909-913 A. S. R. Manstead

16. Allport, G.W. (1935): Attitudes. In C. Murchison (Ed) Handbook of Social Psychology, Worcester, Mass: Clark University Press.

17. Iversen A.C.H. Forhold mellom holdning og handling i sosialpsykologisk forskning. (http://www.e-management.no/DesktopModules/ViewAnnouncement.aspx?ItemID=323&Mid=694)

18. Show, Marvin E. and Wright Jack M.:

Scales for the Measurements of Attitudes McGRAW-Hill, 1967.

19. Psykologisk leksikon, 2005

20. Andersson Bjarne: Socilogiens brug af begreberne "holdning" og "værdi". dansk sociologi, 2004

21. Fazio, R. H. (1995): Attitudes as object-evaluation associations: Determinants, consequences, and correlates of attitude accessibility. In R. E. Petty J. A. Krosnick (Eds.), Attitude strength: Antecedents and consequences (pp. 247-282). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

22. Grundelach Peter, Riis Ole. Danskernes værdier. Forlaget Sociologi, 1992

23. Engelstad Fredrik. Værdier (http://www.leksikon.org/art.php?n=2705)

24. da.wikipedia.org

25. Lindhardt, J. (1988). I.B.G. Schuster: Moral og Etik. Etikens privatisering. Aarhus: Anis: og Yngve Hammerlin og Egil Larsen. Menneskesyn i teorier om mennesket. Ad Notam Gyldendals AS 1997

26. Kemp Peter: Etisk livssyn og moralsk praksis I: Medicinsk Etik. Daniel Andersen; Carl, Erik Mabech og Poul Riis (red.) København,1985, 11-73

27. Hammerlin Yngve; Larsen Egil: Menneskesyn i teorier om mennesket. Ad Notam Gyldendal, 1997

28. Zøllner Lilian: Liv og død – En undersøgelse af holdninger til organdonation og obduktion. Kroghs Forlag, 1999

29. Hostrup Hanne. Etik og Moral - om retten til ansvar. Tale på 1. danske Gestalt-konference "FIGUR-GRUND", København, 3.maj 2003 (http://www.gfdk.com/konf03/etik-moral.doc)

30. Stokkebæk, Anne "Psykologi 1 – udviklingspsykologi" Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København 1999

31. Zøllner Lilian. Selvmord, assisteret selvmord og aktiv dødshjælp – hverdagssprogets etiske dimension. (http://selvmord.wnm.dk/filecache/14816/1131026646/omsorg-zoellner.pdf)

32. http://rudar.ruc.dk/bitstream/1800/1442/3/humdok.pdf

33. Dworkin G. The theory and practice of autonomy. Cambridge, Mass.: Cambridge University Press, 1988:6].

34. Kaasby Nis. Spørgsmål 1:Redegørelse om autonomiprincippet. (http://kaasby.com/filosofi.doc)

35. Det Etiske Råd, "Dødshjælp – en redegørelse", s. 118

36. Hosmer David W. ; Lemeshow Stanley: Applied Logistic Regression. AWiley & Sons, Inc, 2000

37. Kreiner Svend: Statistisk Problemløsning - Præmisser, Teknik Og Analyse. 2007, 2. udgave, Jurist- og Økonomforbundet, 2 udgave, 2007

38. Overholser James; Steven Evans; Anffffffthony Spirito: Sex differences and their

relevance to primary prevention of adolescent suicide. Death Studies, 1091-7683, Volume 14, Issue 4, 1990, Pages 391 – 402

39. Overholser J.; Evans S.; Spirito A.: Sex differences and their relevance to primary prevention of adolescent suicide. Death Studies, 14, 1990, 391-402

40. White H.; Stillion J.M.: Sex differences in attitudes toword suicide. Psychology of Women Quarterly, 1988, 12, 357-366

41. Stack S., Wasserman I., and A. Kposowa. 1994. "The Effects of Religion and Feminism on Suicide Ideology: An Analysis of National Survey Data." Journal for the Scientific Study of Religion 33(2):110–21

42. Sawyer, D., and J. Sobal. 1987. "Public Attitudes Toward Suicide: Demographic and Ideological Correlates." Public Opinion Quarterly 51:92–101

43. Eldrid J.: Caring for the Suicidal. Constable, London (1988)

44. Wolk Wasserman D.: The intensive care unit and the suicide attempt patient. Acta Psychiatr Scand, 1985, 71, 581-595

Bilag 1 Viden

Tabel 1 Faggruppeforskelle i viden om selvmordsadfærd

	Sygeplejer-sker	SOSU'er	Fængsels-funktion-ærer	Politi	Ambulance-reddere	Præster	Total
Selvmord skyldes kun psykisk sygdom							
Ja	11%	10%	19%	12%	25%	19%	17%
Nej	88%	86%	77%	87%	71%	77%	80%
Ved ikke	1%	4%	5%	1%	5%	4%	3%
Selvmord er genetisk arveligt							
Ja	25%	29%	27%	20%	37%	32%	29%
Nej	61%	58%	59%	58%	41%	44%	53%
Ved ikke	13%	14%	14%	22%	22%	24%	18%
Unge forsøger oftere selvmord end ældre							
Ja	55%	56%	56%	42%	59%	33%	50%
Nej	30%	30%	14%	35%	24%	36%	27%
Ved ikke	15%	14%	31%	22%	17%	31%	22%
Ældre begår selvmord oftere end yngre							
Ja	49%	47%	25%	33%	31%	41%	38%
Nej	31%	33%	38%	35%	47%	23%	34%
Ved ikke	20%	19%	38%	33%	21%	36%	28%
Flere kvinder end mænd forsøger selvmord							
Ja	60%	52%	35%	41%	59%	36%	48%
Nej	18%	26%	23%	21%	16%	27%	21%
Ved ikke	22%	22%	42%	37%	25%	36%	31%
Flere mænd end kvinder begår selvmord							
Ja	45%	41%	37%	32%	34%	49%	40%
Nej	28%	31%	23%	27%	37%	14%	26%
Ved ikke	28%	28%	40%	41%	29%	37%	34%
De fleste selvmordsforsøg er mislykkede selvmord							
Ja	41%	47%	50%	31%	58%	38%	44%
Nej	47%	39%	37%	52%	35%	42%	42%
Ved ikke	12%	14%	13%	17%	7%	20%	14%

	Sygeplejer-sker	SOSU'er	Fængsels-funktion-ærer	Politi	Ambulan-cereddere	Præster	Total
Bedring efter en selvmordskrise betyder, at selvmordsrisikoer er overstået							
Ja	7%	6%	15%	4%	8%	11%	9%
Nej	88%	86%	73%	85%	84%	79%	82%
Ved ikke	5%	7%	12%	10%	9%	10%	9%
Den selvmordstruede forbliver altid selvmordstruet							
Ja	19%	19%	24%	32%	41%	35%	28%
Nej	69%	71%	55%	48%	36%	46%	54%
Ved ikke	13%	10%	21%	20%	23%	19%	18%
Forud for et selvmord har der ofte været selvmordsforsøg							
Ja	52%	49%	51%	59%	72%	54%	56%
Nej	34%	38%	28%	22%	15%	24%	26%
Ved ikke	15%	13%	21%	19%	14%	22%	18%
Selvmord er en velovervejet handling							
Ja	57%	58%	53%	53%	56%	63%	57%
Nej	35%	37%	37%	37%	34%	22%	33%
Ved ikke	8%	4%	11%	10%	9%	15%	10%
De fleste selvmordsforsøg er impulsive handlinger							
Ja	51%	49%	49%	36%	59%	33%	47%
Nej	36%	42%	38%	46%	29%	50%	40%
Ved ikke	13%	9%	13%	18%	12%	17%	14%
Selvmord sker ofte uden advarsler							
Ja	31%	35%	43%	24%	37%	29%	33%
Nej	59%	54%	40%	63%	49%	57%	53%
Ved ikke	10%	12%	17%	12%	15%	14%	13%
Mennesker, der truer med selvmord, gør det sjældent							
Ja	34%	37%	64%	53%	54%	31%	45%
Nej	48%	45%	20%	27%	26%	48%	36%
Ved ikke	18%	18%	16%	20%	20%	21%	19%
At spørge til selvmordstanker kan fremprovokere selvmordsforsøg							
Ja	5%	5%	18%	7%	13%	10%	10%
Nej	84%	80%	53%	67%	59%	74%	70%

	Sygeplejer-sker	SOSU'er	Fængsels-funktionæ-rer	Politi	Ambu-lancereddere	Præster	Total
Ved ikke	11%	15%	29%	26%	28%	16%	20%
Mennesker, som taler om selvmord, tager ikke deres liv							
Ja	24%	36%	32%	20%	25%	18%	25%
Nej	60%	45%	32%	51%	41%	66%	50%
Ved ikke	16%	19%	36%	29%	33%	16%	25%
Mennesker, som foretager flere selv-mordsforsøg, ønsker ikke at dø							
Ja	33%	37%	40%	35%	42%	28%	35%
Nej	50%	43%	27%	38%	38%	48%	41%
Ved ikke	17%	20%	34%	27%	21%	24%	24%
De fleste selvmordsforsøg skyldes konflikter med familien/kæresten							
Ja	64%	67%	65%	70%	53%	38%	58%
Nej	20%	24%	12%	16%	27%	30%	22%
Ved ikke	17%	9%	23%	13%	19%	32%	20%
De fleste selvmord skyldes ensom-hed							
Ja	72%	67%	64%	64%	98%	70%	73%
Nej	15%	22%	14%	18%	1%	11%	12%
Ved ikke	13%	12%	23%	18%	1%	19%	15%
Mange selvmordsforsøg skyldes et ønske om hævn eller straf af andre							
Ja	34%	39%	45%	34%	86%	28%	44%
Nej	46%	37%	31%	42%	5%	41%	34%
Ved ikke	20%	24%	24%	24%	9%	32%	22%
Selvmordsforsøg er for det meste et råb om hjælp							
Ja	96%	83%	85%	85%	81%	89%	91%
Nej	3%	6%	1%	1%	18%	3%	5%
Ved ikke	1%	1%	4%	5%	1%	8%	3%
Nogle mennesker forsøger at tage deres liv for at få opmærksomhed							
Ja	62%	67%	79%	79%	88%	54%	70%
Nej	29%	21%	7%	9%	11%	21%	17%
Ved ikke	9%	12%	15%	12%	1%	24%	12%

Tabel 2 Faggruppeforskelle i viden om selvmordsadfærd

	Sygeplejersker	SOSU'er	Fængselsfunk-tionærer	Politi	Ambulancered-dere	Præster
	(n=424)	(n=139)	(n=348)	(n=193)	(n=303)	(n=341)
Lille viden	36,6%	42,5%	70,7%	54,4%	60,4%	75,7%
Stor viden	63,4%	57,6%	29,3%	45,6%	39,6%	24,3%
OR simpel	1	0,78	0,24***	0,48***	0,38***	0,19***
OR multipel			**0,37***		**0,60***	**0,21***

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 simpel og multipel regressionsmodel

Tabel 3 Kønsforskelle i viden om selvmordsadfærd

	Mænd	Kvinder
	(n=886)	(n=862)
Lille viden	66,4%	48,5%
Stor viden	33,6%	51,5%
OR simpel	0,48***	1
OR multipel	**0,67****	

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 simpel og multipel regressionsmodel

Tabel 4 Aldersforskelle i viden om selvmordsadfærd

	– 39	40-49	50+
	(n=693)	(n=552)	(n=503)
Lille viden	57,3 %	56,3 %	59,2 %
Stor viden	42,7 %	43,7 %	40,8 %

Tabel 5 Aldersforskelle i viden om selvmordsadfærd blandt ambulancereddere

	– 39	40-49	50+
	(n=121)	(n=60)	(n=122)
Lille viden	48,8%	55,0%	55,7%
Stor viden	51,2%	45,0%	44,3%
OR (multipel)	1		**0,45***

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 6 Erfaringsforskelle i viden om selvmordsadfærd

	Stor erfaring	Lille erfaring
	(n=1343)	(n=405)
Lille viden	56,6%	60,7%
Stor viden	43,4%	39,3%
OR (simpel)	1,19	1

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 simpel regressionsmodel

Tabel 7 Erfaringsforskelle i viden om selvmordsadfærd blandt ambulancereddere

	Stor erfaring	Lille erfaring
	(n=257)	(n=46)
Lille viden	50,2%	67,4%
Stor viden	49,8%	32,6%
OR (multipel)	**3,14****	1

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 8 Erfaringsforskelle i viden om selvmordsadfærd blandt sygeplejersker og SOSU'er samlet

	Stor erfaring	Lille erfaring
	(n=428)	(n=135)
Lille viden	37,2%	46,7%
Stor viden	62,9%	53,3%
OR (multipel)	**1,74***	1

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 9 Erfaringsforskelle i viden om selvmordsadfærd blandt fængselsfunktionærer

	Stor erfaring	Lille erfaring
	(n=228)	(n=183)
Lille viden	73,3%	77,6%
Stor viden	26,8%	22,4%
OR (multipel)	**0,48***	1

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Bilag 2 Holdninger

Tabel 1 Faggruppeforskelle i holdninger til selvmord.

	Sygeplejer-sker	SOSU'er	Fængsels-funktion-ærer	Politi	Ambulance-reddere	Præster	Total
	(n=424)	(n=139)	(n=348)	(n=193)	(n=303)	(n=341)	(N=1748)
Selvmord er en menneskeret							
Uenig	57,8%	58,3%	49,5%	39,4%	56,3%	80,7%	58,3%
Enig	22,5%	18,7%	21,3%	37,8%	20,3%	9,0%	20,8%
	1			**2,15****		**0,29*****	
Selvmord skal forebygges							
Uenig	2,6%	2,2%	4,3%	2,6%	3,9%	0,6%	2,7%
Enig	95,7%	92,0%	88,7%	92,7%	93,7%	97,5%	93,8%
Gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv							
Uenig	54,5%	54,7%	33,6%	29,5%	47,0%	81,9%	51,8%
Enig	23,5%	19,4%	33,9%	51,3%	32,3%	9,4%	27,1%
	1		**2,31****	**4,04*****		**0,37*****	
Unge mennesker har ret til at tage deres eget liv							
Uenig	77,4%	83,2%	69,3%	67,4%	80,7%	86,1%	77,5%
Enig	10,0%	5,1%	9,0%	18,7%	7,0%	7,4%	9,4%
Selvmord kan retfærdiggøres under visse omstændigheder							
Uenig	29,4%	30,2%	24,2%	15,1%	25,1%	47,8%	29,6%
Enig	52,4%	47,5%	51,3%	73,4%	61,0%	35,0%	52,4%
	1			**3,10*****		**0,49****	
Jeg har ret til at forhindre selvmord							
Uenig	6,9%	6,5%	5,3%	3,1%	7,0%	9,7%	6,7%
Enig	83,2%	84,8%	85,8%	92,2%	84,0%	80,0%	84,4%
Jeg har pligt til at forhindre selv-mord							
Uenig	2,6%	1,4%	2,7%	4,7%	6,6%	3,1%	3,5%
Enig	95,0%	92,1%	91,7%	90,7%	90,2%	92,0%	92,3%
Folk, der begår selvmord, er kujoner							
Uenig	71,3%	66,4%	41,7%	57,5%	51,1%	81,9%	62,5%
Enig	8,1%	9,5%	24,3%	15,5%	24,1%	6,3%	14,4%
	1		**5,82*****	**2,90****	**5,92*****		

	Sygeplejer-sker	SOSU'er	Fængsels-funktionæ-rer	Politi	Ambu-lancereddere	Præster	Total
Selvmord er en egoistisk handling							
Uenig	21,6%	15,9%	8,4%	6,7%	8,7%	21,6%	14,8%
Enig	59,7%	63,8%	78,3%	77,2%	77,4%	61,9%	68,9%
	1		**2,68****	**3,08****	**2,71****		
Selvmord er en acceptabel handling til at afslutte en uhelbredelig sygdom							
Uenig	27,3%	23,7%	13,6%	9,3%	14,8%	64,1%	27,4%
Enig	48,1%	49,6%	57,5%	76,2%	67,6%	20,0%	51,1%
	1		**3,03*****	**4,66*****	**2,57****	**0,23*****	
Kun specialister kan hjælpe den selvmordstruede,							
ikke familie/venner							
Uenig	84,1%	79,3%	70,4%	86,0%	78,9%	86,6%	81%
Enig	7,9%	8,9%	9,2%	4,7%	9,5%	5,9%	7,7%
Det er ligegyldigt at hjælpe selv-mordstruede							
Uenig	97,6%	98,5%	87,4%	92,8%	96,8%	99,1%	95,4%
Enig	1,2%	0,7%	1,4%	3,6%	0,4%	0,9%	1,3%

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 2 Kønsforskelle i holdninger om selvmord. Odds ratio og signifikansværdier fra simpel regressionsmodel

	Mænd	Kvinder
	(n=886)	(n=862)
Selvmord er en menneskeret		
Uenig	55,7%	61,0%
Enig	22,2%	19,3%
Selvmord skal forebygges		
Uenig	3,1%	2,3%
Enig	92,5%	95,1%
Gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv		
Uenig	47,5%	56,1%
Enig	30,0%	24,1%
OR (simpel)	**1,47****	1
Unge mennesker har ret til at tage deres eget liv		
Uenig	76,2%	78,8%
Enig	9,8%	9,0%

	Mænd	Kvinder
Selvmord kan retfærdiggøres under visse omstændigheder		
Uenig	28,7%	30,6%
Enig	54,9%	49,8%
Jeg har ret til at forhindre selvmord		
Uenig	6,8%	6,6%
Enig	85,2%	83,6%
Jeg har pligt til at forhindre selvmord		
Uenig	4,7%	2,4%
Enig	91,1%	93,4%
OR (simpel)	**0,50***	1
Folk, der begår selvmord, er kujoner		
Uenig	57,5%	67,5%
Enig	17,1%	11,7%
OR (simpel)	**1,72****	1
Selvmord er en egoistisk handling		
Uenig	10,6%	19,0%
Enig	73,4%	64,4%
OR (simpel)	**2,04*****	1
Selvmord er en acceptabel handling til at afslutte en uhelbredelig sygdom		
Uenig	24,9%	30,0%
Enig	55,5%	46,7%
OR (simpel)	**1,43****	1
Kun specialister kan hjælpe den selvmordstruede, ikke familie/venner		
Uenig	79,5%	82,6%
Enig	7,8%	7,7%
Det er ligegyldigt at hjælpe selvmordstruede		
Uenig	93,2%	97,7%
Enig	1,6%	1,0%

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 simpel regressionsmodel

Tabel 3 Kønsforskelle blandt fængselsfunktionærerne i holdninger til selvmordsadfærd

	Mænd	Kvinder
	(n=218)	(n=130)
Selvmord er en acceptabel handling til at afslutte en uhelbredelig sygdom		
Uenig	15, 1%	11,0%
Enig	50,3%	69,7%
OR (multipel)	**0,28***	1

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 4 Sammenhæng mellem respondenternes alder og holdning

	-39	40-49	50+
	(n=693)	(n=552)	(n=503)
Selvmord er en menneskeret			
Uenig	55,9%	58,8%	61,2%
Enig	21,3%	19,1%	21,9%
Selvmord skal forebygges			
Uenig	2,8%	2,1%	3,3%
Enig	93,3%	94,5%	93,8%
Gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv			
Uenig	44,3%	55,6%	57,9%
Enig	31,9%	25,4%	22,3%
Unge mennesker har ret til at tage deres eget liv			
Uenig	71,7%	80,5%	82,2%
Enig	11,6%	8,6%	7,3%
Selvmord kan retfærdiggøres under visse omstændigheder			
Uenig	29,6%	28,9%	30,6%
Enig	51,2%	53,5%	52,7%
Jeg har ret til at forhindre selvmord			
Uenig	6,4%	6,7%	7,0%
Enig	84,0%	83,0%	86,3%
Jeg har pligt til at forhindre selvmord			
Uenig	3,8%	2,5%	4,3%
Enig	91,2%	93,9%	92,0%
Folk, der begår selvmord, er kujoner			
Uenig	51,6%	67,2%	72,1%
Enig	20,2%	11,3%	9,9%
	1	**0,60***	**0,51****

	-39	40-49	50+
Selvmord er en egoistisk handling			
Uenig	9,7%	16,5%	19,8%
Enig	77,9%	68,4%	57,3%
		0,57**	**0,40*****
Selvmord er en acceptabel handling til at afslutte en uhelbredelig sygdom			
Uenig	21,8%	30,7%	31,6%
Enig	53,6%	50,7%	48,2%
Kun specialister kan hjælpe den selvmordstruede, ikke familie/venner			
Uenig	80,6%	83,0%	79,7%
Enig	7,7%	6,4%	9,1%
Det er ligegyldigt at hjælpe selvmordstruede			
Uenig	94,6%	96,5%	95,4%
Enig	0,8%	2,1%	1,0%

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 5 Holdningsforskelle blandt enkelte fagpersoner i forhold til alder

	-39	40-49	50+
Sygeplejersker og SOSU'er	(n=228)	(n=181)	(n=154)
Selvmord er en egoistisk handling			
Uenig	14,5%	22,2%	26,1%
Enig	80,5%	60,5%	47,1%
	1		**0,48***
Ambulancereddere	(n=121)	(n=60)	(n=122)
Selvmord er en egoistisk handling			
Uenig	4,4%	3,6%	15,5%
Enig	84,4%	85,7%	66,4%
	1		**0,15***
Gamle mennesker har ret til at tage deres liv			
Uenig	41,2%	44,6%	53,9%
Enig	39,5%	39,3%	21,7%
	1		**0,44***
Fængselsfunktionærer	(n=247)	(n=120)	(n=44)
Jeg har ret til at forhindre selvmord			
Uenig	3,8%	8,8%	2,4%
Enig	86,8%	80,4%	95,1%
OR	1	**0,13***	

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 6 Vidensforskelle i holdninger til selvmordsadfærd

	Stor Viden	Lille viden
	(n=742)	(n=1006)
Selvmord er en menneskeret		
Uenig	56,0%	60,3%
Enig	24,5%	17,8%
	1,39*	1
Selvmord skal forebygges		
Uenig	3,1%	2,4%
Enig	94,6%	93,2%
Gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv		
Uenig	50,5%	52,9%
Enig	29,3%	25,2%
Unge mennesker har ret til at tage deres eget liv		
Uenig	76,9%	78,0%
Enig	11,1%	8,0%
	1,49*	1
Selvmord kan retfærdiggøres under visse omstændigheder		
Uenig	28,2%	30,9%
Enig	57,9%	47,9%
Jeg har ret til at forhindre selvmord		
Uenig	7,2%	6,3%
Enig	84,8%	84,0%
Jeg har pligt til at forhindre selvmord		
Uenig	3,7%	3,5%
Enig	93,4%	91,4%
Folk, der begår selvmord, er kujoner		
Uenig	66,1%	59,6%
Enig	13,2%	15,4%
Selvmord er en egoistisk handling		
Uenig	16,1%	13,7%
Enig	68,3%	69,4%
Selvmord er en acceptabel handling til at afslutte en uhelbredelig sygdom		
Uenig	25,8%	28,8%
Enig	56,3%	46,9%
Kun specialister kan hjælpe den selvmordstruede, ikke familie/venner		
Uenig	85,6%	77,4%
Enig	6,8%	8,4%

	Stor Viden	Lille viden
Det er ligegyldigt at hjælpe selvmordstruede		
Uenig	97,8%	93,6%
Enig	1,1%	1,4%

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 7 Erfaringsforskelle i holdninger til selvmordsadfærd

	Stor erfaring	Lille erfaring
	(n=1343)	(n=405)
Selvmord er en menneskeret		
Uenig	59,2%	55,5%
Enig	20,4%	21,9%
Selvmord skal forebygges		
Uenig	2,7%	2,7%
Enig	93,9%	93,6%
Gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv		
Uenig	52,9%	48,3%
Enig	26,3%	29,6%
Unge mennesker har ret til at tage deres eget liv		
Uenig	79,3%	71,5%
Enig	8,3%	13,0%
Selvmord kan retfærdiggøres under visse omstændigheder		
Uenig	29,2%	31,4%
Enig	53,8%	47,3%
Jeg har ret til at forhindre selvmord		
Uenig	6,5%	7,4%
Enig	84,6%	83,6%
Jeg har pligt til at forhindre selvmord		
Uenig	3,7%	3,2%
Enig	92,6%	91,0%
Folk, der begår selvmord, er kujoner		
Uenig	64,9%	54,4%
Enig	12,9%	19,7%
Selvmord er en egoistisk handling		
Uenig	16,0%	10,7%
Enig	67,3%	74,4%

	Stor erfaring	Lille erfaring
Selvmord er en acceptabel handling til at afslutte en uhelbredelig sygdom		
Uenig	28,2%	24,7%
Enig	51,1 %	51,1 %
Kun specialister kan hjælpe den selvmordstruede, ikke familie/venner		
Uenig	81, 7 %	78,8%
Enig	7,8%	7,5%
Det er ligegyldigt at hjælpe selvmordstruede		
Uenig	95, 5 %	95,2%
Enig	1,3%	1,1%

Tabel 8 Erfaringsforskelle i Fængselsfunktionærers holdninger til selvmordsadfærd

	Stor erfaring	Lille erfaring
	(n=228)	(n=183)
Selvmord er en menneskeret		
Uenig	48,5%	51,5%
Enig	21,5%	20,8%
Selvmord skal forebygges		
Uenig	5,0%	2,9%
Enig	87,4%	91,2%
Gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv		
Uenig	29,5%	41,6%
Enig	36,0%	29,7%
Unge mennesker har ret til at tage deres eget liv		
Uenig	69,2%	69,6%
Enig	9,6%	7,8%
Selvmord kan retfærdiggøres under visse omstændigheder		
Uenig	22,5%	27,5%
Enig	52,0%	50,0%
Jeg har ret til at forhindre selvmord		
Uenig	4,0%	7,8%
Enig	86,0%	85,3%
	6,26*	1
Jeg har pligt til at forhindre selvmord		
Uenig	1,0%	5,9%
Enig	95,0%	85,3%
Folk, der begår selvmord, er kujoner		
Uenig	43,9%	37,3%
Enig	19,7%	33,3%

	Stor erfaring	Lille erfaring
	0,34*	1
Selvmord er en egoistisk handling		
Uenig	8,1%	8,9%
Enig	76,8%	81,2%
Selvmord er en acceptabel handling til at afslutte en uhelbredelig sygdom		
Uenig	9,3%	22,0%
Enig	59,8%	53,0%
	5,40**	1
Kun specialister kan hjælpe den selvmords-truede, ikke familie/venner		
Uenig	71,1%	69,0%
Enig	8,8%	10,0%
Det er ligegyldigt at hjælpe selvmordstruede		
Uenig	87,6%	87,0%
Enig	0,5%	3,0%

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 9 Trosforskelle i holdninger til selvmordsadfærd

	Troende	Ikke troende
	(n=1114)	(n=377)
Selvmord er en menneskeret		
Uenig	65,3%	46,9%
Enig	18,0%	30,7%
	0,60**	1
Selvmord skal forebygges		
Uenig	2,2%	4,3%
Enig	95,9%	89,7%
Gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv		
Uenig	61,2%	35,0%
Enig	20,9%	42,8%
	0,47***	1
Unge mennesker har ret til at tage deres eget liv		
Uenig	81,5%	72,9%
Enig	8,2%	12,5%
Selvmord kan retfærdiggøres under visse omstændigheder		
Uenig	33,6%	20,8%
Enig	47,7%	65,2%
	0,65**	1
Jeg har ret til at forhindre selvmord		
Uenig	7,1%	5,7%

Enig	84,0%	85,8%
Jeg har pligt til at forhindre selvmord		
Uenig	2,9%	4,6%
Enig	93,2%	91,1%
Folk, der begår selvmord, er kujoner		
Uenig	67,9%	53,8%
Enig	11,2%	19,6%
Selvmord er en egoistisk handling		
Uenig	16,5%	10,8%
Enig	66,1%	77,2%
Selvmord er en acceptabel handling til at afslutte en uhelbredelig sygdom		
Uenig	34,9%	12,0%
Enig	44,1%	69,8%
	0,49**	1
Kun specialister kan hjælpe den selvmord-struede, ikke familie/venner		
Uenig	82,8%	80,2%
Enig	7,8%	8,7%
Det er ligegyldigt at hjælpe selvmordstruede		
Uenig	97,2%	92,9%
Enig	0,9%	2,2%

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 10 Holdning til selvmordsadfærd i forhold til tro blandt de enkelte faggrupper

	Troende	**Ikke troende**
Selvmord er en menneskeret		
	Politiet	**Politiet**
	(n=90)	(n=83)
Uenig	47,8%	31,3%
Enig	32,2%	45,8%
	0,43*	1
	Ambulancereddere	**Ambulancereddere**
	(n=141)	(n=106)
Uenig	69,9%	50,0%
Enig	16,5%	27,0%
	0,43*	1
Gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv		
	Sygeplejersker SOSU'er	**Sygeplejersker SOSU'er**
	(n=397)	(n=102)
Uenig	58,7%	45,1%

	Troende	Ikke troende
	Sygeplejersker SOSU'er	**Sygeplejersker SOSU'er**
Enig	20,3%	32,4%
	0,57*	1

	Politiet	Politiet
Uenig	38,9%	20,5%
Enig	43,3%	60,2%
	0,36**	1
	Ambulancereddere	**Ambulancereddere**
Uenig	58,7%	39,4%
Enig	21,1%	44,4%
	0,36**	1

Selvmord er en acceptabel handling til at afslutte en uhelbredelig sygdom		
	Sygeplejersker SOSU'er	**Sygeplejersker SOSU'er**
Uenig	29,2%	19,0%
Enig	46,0%	59,0%
	0,54*	1

	Politiet	Politiet
Uenig	15,6%	3,6%
Enig	68,9%	86,8%
	0,17**	1

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 11 Holdninger til selvmordsadfærd i forhold til selvmordstanker og selvmord og/eller selvmordsforsøg i familie

	Har selv haft selvmordstanker		Selvmord/forsøg i familie	
	Ja	Nej	Ja	Nej
	(n=357)	(n=1384)	(n=478)	(n=1263)
Selvmord er en menneskeret				
Uenig	49,7%	60,6%	58,6%	58,2%
Enig	26,5%	19,3%	19,3%	21,4%
		2,18* **		
Selvmord skal forebygges				
Uenig	2,4%	2,8%	2,4%	2,8%
Enig	94,7%	93,6%	93,7%	93,8%
Gamle mennesker har ret til at tage deres eget liv				
Uenig	46,9%	53,1%	53,4%	51,2%
Enig	32,7%	25,6%	27,5%	26,9%
		2,14* **		
Unge mennesker har ret til at tage deres eget liv				
Uenig	71,2%	79,1%	77,8%	77,4%
Enig	14,1%	8,2%	8,9%	9,6%
		2,07 **		
Selvmord kan retfærdiggøres under visse omstændigheder				
Uenig	27,4%	30,3%	27,2%	30,6%
Enig	56,9%	51,2%	55,4%	51,2%
		**1,46* **		
Jeg har ret til at forhindre selvmord				
Uenig	8,8%	6,1%	6,5%	6,7%
Enig	82,1%	84,9%	84,3%	84,4%
Jeg har pligt til at forhindre selvmord				
Uenig	4,1%	3,4%	3,3%	3,7%
Enig	93,0%	92,1%	91,8%	92,4%
Folk, der begår selvmord, er kujoner				
Uenig	71,1%	60,2%	68,8%	60,1%
Enig	12,7%	14,9%	13,5%	14,8%
Selvmord er en egoistisk handling				
Uenig	16,9%	14,2%	17,1%	13,9%
Enig	67,8%	69,2%	68,1%	69,3%
Selvmord er en acceptabel handling til at afslutte en uhelbredelig sygdom				
Uenig	28,4%	27,1%	27,0%	27,5%
Enig	55,6%	50,0%	50,1%	51,5%
		**1,57* **		

	Har selv haft selvmordstanker		Selvmord/forsøg i familie	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Kun specialister kan hjælpe den selvmordstruede, ikke familie/venner				
Uenig	83,2%	80,5%	82,9%	80,3%
Enig	7,1%	7,9%	6,4%	8,2%
Det er ligegyldigt at hjælpe selvmordstruede				
Uenig	98,2%	94,7%	97,4%	94,7%
Enig	0,6%	1,5%	0,9%	1,4%

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Bilag 3 Følelser

Tabel 1 Faggruppesforskelle i følelser omkring selvmordsadfærd

	Sygeplejersker	SOSU'er	Fængselsfunk-tionærer	Politi	Ambulancered-dere	Præster
	(n=424)	(n=139)	(n=348)	(n=193)	(n=303)	(n=341)
Angst	22,6%	27,3%	15,8%	10,9%	11,9%	19,9%
Vrede	21,9%	26,6%	23,9%	11,9%	17,2%	9,7%
	1		**1,91****		**0,47****	
Ligegyldighed	2,1%	2,2%	4,9%	7,3%	4,0%	2,1%
Trang til at yde omsorg	79,5%	82,0%	31,9%	61,1%	60,1%	65,1%
	1		**0,15*****	**0,57***	**0,49****	**0,43*****
Trang til at afvise den selvmordstrude	7,8%	5,0%	3,2%	6,7%	2,0%	5,0%
	1		**0,33***		**0,16****	
Forståelse	50,5%	51,1%	29,9%	47,7%	42,6%	42,5%
	1		**0,39*****	**0,61***	**0,62****	
Medlidenhed	44,6%	30,2%	27,3%	56,5%	55,8%	51,0%
	1	**0,51****	**0,46****	**1,74***	**1,89****	
Afsky	3,5%	2,9%	6,3%	5,2%	3,6%	1,8%
	1		**2,26***			
Uro	35,6%	34,5%	42,2%	22,3%	21,8%	51,9%
	1		**1,80****	**0,59***	**0,56***	**1,97*****
Andet	21,2%	14,4%	8,9%	22,3%	16,8%	16,7%

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel model

Tabel 2 Kønsforskelle i følelser omkring selvmordsadfærd hos alle faggrupper samlet

	Mænd	Kvinder
	(n=886)	(n=862)
Angst	13,3%	22,7%
Vrede	14,9%	21,9%
	0,53**	1
Ligegyldighed	5,2%	1,9%
	2,68*	1
Trang til at yde omsorg	54,6%	69,6%
Trang til at afvise den selv-mordstrude	4,2%	5,8%
Forståelse	42,7%	43,7%
	1,38*	1
Medlidenhed	46,2%	42,8%
Afsky	3,7%	4,1%
Uro	33,0%	39,4%
Andet	16,3%	17,2%

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 3 Kønsforskelle i Sygeplejersker og SOSU'ers viden om og følelser omkring selvmordsadfærd

	Mænd	Kvinder
Sygeplejersker og SOSU'er	(n=46)	(n=517)
Ligegyldighed	6,5%	1,7%
	5,74*	1
Medlidenhed	23,9%	42,6%
	0,43*	1
Fængselsfunktionærer	(n=218)	(n=130)
Vrede	20,6%	29,2%
	0,44*	1
Politiet	(n=156)	(n=37)
Trang til at yde omsorg	57,7%	75,7%
	0,26**	1

	Mænd	Kvinder
Præster	(n=173)	(n=168)
Vrede	6,4%	13,1%
	0,41*	1
Uro	47,4%	56,6%
	0,64*	1

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 4 Aldersforskelle i følelser omkring selvmordsadfærd hos alle professioner samle

	– 39	40-49	50+
Angst	15,7%	20,3%	18,5%
Vrede	16,5%	20,8%	18,3%
Ligegyldighed	5,2%	2,7%	2,2%
			0,32*
Trang til at yde omsorg	55,0%	63,6%	70,0%
Trang til at afvise den selv-mordstrude	3,6%	7,8%	3,8%
		2,42**	
Forståelse	38,1%	48,7%	44,1%
Medlidenhed	44,0%	44,2%	45,5%
Afsky	5,5%	4,4%	1,2%
			0,37*
Uro	29,7%	42,8%	37,8%
		1,41*	
Andet	17,0%	16,1%	16,9%

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 5 Aldersforskelle i enkelte faggrupper omkring følelser til selvmordsadfærd

	-39	40-49	50+
Sygeplejersker og SOSU'er	(n=228)	(n=181)	(n=154)
Medlidenhed	46,5%	40,3%	33,8%
	1		**0,55***

	-39	40-49	50+
Vrede	16,2%	28,7%	26,6%
	1	**1,82***	
Trang til at afvise den selvmordstruede	5,3%	11,1%	5,2%
	1	**2,94***	

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 6 Erfaringsforskelle i følelser omkring selvmordsadfærd hos alle professioner samlet

	Stor erfaring	Lille erfaring
	(n=1343)	(n=405)
Angst	18,8%	15,1%
Vrede	19,9%	13,3%
	1,70**	1
Ligegyldighed	3,4%	4,2%
Trang til at yde omsorg	65,8%	49,4%
	1,70**	1
Trang til at afvise den selvmordstrude	5,6%	3,0%
Forståelse	46,3%	32,8%
	1,58*	1
Medlidenhed	45,8%	40,3%
Afsky	3,2%	6,2%
Uro	38,0%	30,1%
Andet	17,2%	15,1%

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 7 Erfaringsforskelle i følelser omkring selvmordsadfærd hos enkelte faggrupper

	Stor erfaring	Lille erfaring
Ambulancereddere	(n=257)	(n=46)
Trang til at yde omsorg	64,2%	37,0%
	2,28*	1
Præster	(n=286)	(n=55)
Trang til at yde omsorg	71,0%	34,6%
	3,96**	1
Fængselsfunktionærer	(n=228)	(n=183)
Vrede	29,8%	8,2%
	2,77*	1

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 8 Trosforskelle i følelser omkring selvmordsadfærd hos alle professioner samlet

	Troende	Ikke-troende
	(n=1114)	(n=376)
Angst	20,3%	13,8%
Vrede	17,8%	20,7%
Ligegyldighed	2,8%	6,1%
Trang til at yde omsorg	67,9%	54,1%
	1,51**	1
Trang til at afvise den selvmordstrude	4,9%	4,0%
Forståelse	44,5%	41,6%
Medlidenhed	46,1%	45,4%
Afsky	3,5%	5,8%
Uro	39,1%	30,2%
Andet	16,7%	17,8%

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 9 Trosforskelle i følelser omkring selvmordsadfærd hos enkelte faggrupper

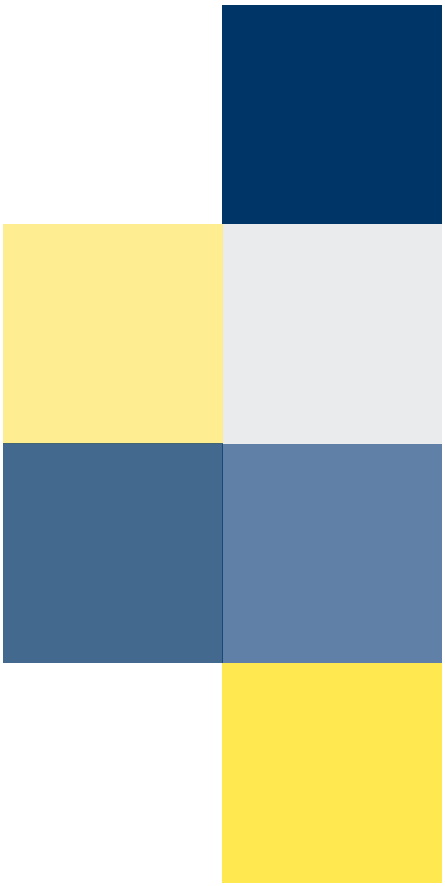
	Troende	Ikke-troende
Ambulancereddere	(n=141)	(n=106)
Trang til at yde omsorg	68,8%	52,8%
	1,76*	1
Sygeplejersker og SOSU'er	(n=397)	(n=102)
Afsky	2,8%	5,9%
	0,32*	1

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel

Tabel 10 Forskelle i følelser omkring selvmordsadfærd blandt alle professioner i forhold til selvmordstanker og selvmord/forsøg i familie

	Har selv haft selvmordstanker		**Selvmord/forsøg i familie**	
	Ja	Nej	Ja	Nej
	(n=357)	(n=1384)	(n=478)	(n=1263)
Angst	22,4%	16,9%	21,6%	16,7%
Vrede	17,9%	18,6%	20,3%	17,7%
Ligegyldighed	4,2%	3,4%	2,3%	4,0%
Trang til at yde omsorg	65,3%	61,4%	64,6%	61,2%
Trang til at afvise den selvmordstrude	7,3%	4,4%	6,9%	4,3%
			1,68*	1
Forståelse	56,9%	39,9%	49,6%	41,0%
	1,81***	1	**1,34***	1
Medlidenhed	43,7%	44,9%	43,9%	44,9%
Afsky	4,5%	3,8%	4,4%	3,7%
Uro	38,4%	35,7%	39,5%	35,0%
Andet	15,1%	17,2%	18,0%	16,3%

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 multipel regressionsmodel



www.selvmordsforskning.dk