

## Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark

# Forord

Danmark tog i november 1996 initiativ til at udarbejde en national handlingsplan for en samlet forebyggende indsats overfor selvmordsadfærd i Danmark.

Selvordshyppigheden har traditionelt ligget højt i Danmark i forhold til mange andre europæiske lande, men har i de senere år været faldende, og selvmordsraten for 1996 er den laveste i mange år. Danmark ligger stadig forholdsvist højt placeret i Europa, når det gælder selvmord og selvmordsforsøg. Man kender ikke baggrunden for det fald, der har været i selvmordshyppigheden siden 1980, og det er ikke muligt at forudsige om udviklingen fortsætter, stabiliserer sig eller vender.

Knap 900 selvmord (1996) synes måske ikke meget i forhold til de ca. 60.000 årlige dødsfald i Danmark, men antallet svarer nogenlunde til det samlede antal af trafikdræbte, dødsfald blandt AIDS-patienter og narkomaner. Hvert enkelt selvmord har sin egen tragiske historie, og der er et stort antal familier og pårørende, for hvem selvmordet efterlader dybe spor og følelser som skyld, skam, vrede og sorg. Også det nære netværk og det omgivende samfund berøres af selvmordshandlinger, og især i behandlingssystemet vil der ofte være personale, som vil gøre sig selvbejdelse og føle sig utilstrækkelige. For behandlingssystemet er selvmordet et tegn på, at indsatsen har været mislykket eller måske slet ikke sat i værk. Selvmordet kan virke som en påmindelse om eller ligefrem en anklage for, at hjælpen ikke har været tilstrækkelig eller ikke har været synlig og let tilgængelig.

Der sker formentlig ti gange så mange selvmordsforsøg som fuldbyrdede selvmord. Også selvmordsforsøg er en alvorlig og ulykkelig hændelse, som har store konsekvenser for den enkelte og dennes familie og omgivelser. Det er langt fra sikkert, at man har forstået rækkevidden af den påvirkning, som et selvmordsforsøg har på den enkelte og de nærmeste omgivelser. Både menneskeligt og samfundsøkonomisk er selvmordsadfærd en meget tung byrde. Forebyggende aktiviteter skal rette sig mod flere led i selvmordsprocessen. Vigtige målsætninger for de forebyggende aktiviteter er at hindre det første selvmordsforsøg og at forhindre gentagelser.

Selvordsadfærd lader sig påvirke, selvom man endnu ikke altid med sikkerhed kan pege på, hvilke indsatser, der er effektive. Der er ikke grundlag for at indtage en opgivende holdning over for mulighederne for at forebygge selvmordsadfærd.

Selvordsadfærd griber ind i mange forhold i samfundet, og forebyggelsen må indtænkes i mange forskellige sammenhænge. Dette udkast til handlingsplan indeholder forslag til initiativer på adskillige af samfundets arenaer, og en samlet implementering af forslagene vil have et betydeligt omfang. En del af handlingsplanens forslag ligger i forlængelse af aktiviteter, som allerede finder sted, mens andre forslag vil kræve iværksættelse af nye initiativer. Nogle af de foreslåede aktiviteter vil kunne indarbejdes uden ekstra omkostninger, mens andre vil kræve, at der afsættes ekstra midler til formålet. Det er udvalgets håb, at beslutningen om en dansk handlingsplan for forebyggelse af selvmordsadfærd vil blive fulgt op af en vedtagelse af planens enkelte elementer og de nødvendige bevillinger.

/Signatur Merete Nordentoft/

Merete Nordentoft

Formand for udvalget

# I. Indledning

## 1.1 Baggrund

I begyndelsen af 1980'erne udarbejdede Verdenssundhedsorganisationen (WHO) og medlemslandenes regeringer en fælles målsætning: "Sundhed for alle år 2000". I 1984 udmøntede de medlemslande, der er tilknyttede den europæiske region af WHO, denne meget brede målsætning i 38 konkrete delmål. Delmål 12 drejer sig om selvmordsadfærd: "Senest år 2000 bør der være sket en vending i den nuværende stigende tendens i selvmord og selvmordsforsøg." Disse delmål er nu udvidet til også at omfatte det 21. århundrede.

Selvom selvmordsdødeligheden i Danmark generelt har været faldende siden 1980, ligger Danmark stadig højt i forhold til lande, som vi normalt sammenligner os med, fx Sverige og Norge.

Der har indtil nu ikke været en samlet, koordineret indsats til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. I de seneste par år har der imidlertid været en skærpet samfundsmæssig opmærksomhed omkring problematikken, og i november 1996 forpligtigede den daværende sundhedsminister og socialministeren sig til at udarbejde en national strategi til forebyggelse af selvmordsadfærd i Danmark. Der blev herefter nedsat en arbejdsgruppe til at udforme et kommissorium og udpege et tværfagligt udvalg, som skulle udarbejde et forslag til en national handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord.

Udvalget blev nedsat i foråret 1997 under Sundhedsstyrelsen og har afsluttet udvalgsarbejdet i juli 1998.

### **Kommissorium for: udvalget til udarbejdelse af "Forslag til en handlingsplan til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark" (uddrag).**

Hovedformålet med at iværksætte en national handlingsplan er at søge at reducere antallet af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark.

Ifølge kommissoriet skal udvalgets forslag til en tværsektoriel handlingsplan til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg baseres på en statusbeskrivelse og omfatte en overordnet målsætning samt idékatalog og en prioriteret plan vedrørende undervisning og uddannelse, information og øvrige forebyggelsesinitiativer, behandlingsindsats, social støtte og rådgivning samt dataindsamling og forskning.

Relevante ansvarlige og interesserede parter har deltaget i arbejdet som observatører. Det drejer sig om repræsentanter fra Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Undervisningsministeriet og Forskningsministeriet samt Amtsrådsforeningen i Danmark, Kommunernes Landsforening, Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune og Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S).

### **Udvalgets sammensætning:**

Ph.D., MPH, overlæge Merete Nordentoft, Bispebjerg Hospital (formand)

Amtssocialdirektør Anette Laigaard, Storstrøms Amt

Cand. Psych. Ida Koch, Ungdomsrådgivningen, Frederiksberg Kommune

Seniorforsker, centerleder Unni Bille-Brahe, Center for Selvmordsforskning i Odense

Cand. Psych. Bente Hjorth Madsen, leder for Center for Selvmordsforebyggelse i Århus

Overlæge, dr.med. Preben Bo Mortensen, Risskov

Professor Anker Brink Lund, Handelshøjskolen i København, udtrådt

Professor, overlæge Niels Michelsen, Københavns Kommunes Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltning

Praktiserende læge, Villy Meineche Schmidt, Kokkedal

Ledende socialrådgiver Dorthe Askholm, Ålborg Sygehus, udtrådt

Socialrådgiver Bente Falk Nielsen, Den Sociale Højskole i Odense, indtrådt pr. 15.3.1998

**Sekretariat:** Fuldmægtig Kristin Gudnason, koordinator, Sundhedsstyrelsen

Fuldmægtig Kirsten Nielsen og assistent Lisbeth Storm Møller, Sundhedsstyrelsen.

**Observatører:**

Kontorchef Mogens Jørgensen og kontorchef Bjarke Thorsteinsson, Sundhedsministeriet

Seniorkonsulent Poul Pedersen, Socialministeriet

Pædagogisk konsulent Bo Ørsnes, Undervisningsministeriet

Fuldmægtig Poul Frederiksen, Forskningsministeriet

Fuldmægtig Miriam Wilmont, Amdsrådsforeningen i Danmark

Konsulent Malene Unger, Kommunernes Landsforening

Embedslæge Nils Rosdahl, Københavns Kommune

Forebyggelseskonsulent Tine Thorsboe, Frederiksberg Kommune

Sundhedsfaglig konsulent Dorte Bagger, Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S)

Udvalgsmedlemmerne og sekretariatet har deltaget i diverse arbejdsgrupper. Herudover har følgende **eksterne arbejdsgruppemedlemmer** deltaget:

Fuldmægtig Kirsten Frederiksen, Sundhedsstyrelsen

Embedslæge Kate Runge, Århus Amt

Kontorchef Olaf Ingerslev, Sundhedsstyrelsen

Praktiserende Psykiater, Bodil Andersen

Cand. Psych. Kirsten Drejer, Forebyggelsescentret i København

Cand.psych. Per Hensen, Askovgården

Konsulent Ester Malmberg, Udviklings- og formidlingscentret i Hillerød

Videnskabelig projektkoordinator Gert Jessen, Center for Selvmordsforskning

Leder af familieafdelingen Niels Dueholm, Karlebo Kommune

Pædagogisk konsulent Bo Ørsnes, Undervisningsministeriet (observatør i udvalget)

*Høringspart:* Psykiatrichef Agnete Iversen, Sønderjyllands Amt

Sundhedsstyrelsen har varetaget sekretariatsbetjeningen af udvalget. Der er af Sundhedsministeriet bevilget 1 mio. kr. til udarbejdelsen. Handlingsplanen er afleveret den 3. august 1998 til Medicinaldirektør Einar Krag.

### **Disposition:**

Handlingsplanen er inddelt i 4 hovedafsnit: 1) En *indledning*, som indeholder definitioner, formål og udvalgets holdninger til forebyggelse af selvmordsadfærd, resumé af anbefalinger og konklusioner samt erfaringer og sammenligningsgrundlag fra de eksisterende nordiske nationale programmer. 2) En *statusdel*, hvor aktuel status vedrørende statistik, forskning og forebyggelsestiltag er opgjort og brugt som basis og inspiration for udvalgets anbefalinger. 3) *Handlingsplanen*, som indeholder en overordnet målsætning og anbefalinger vedrørende følgende temaer: Specifik forebyggelse; forebyggelse vedrørende risikofaktorer og risikogrupper; generel forebyggelse; grund-, videre- og efteruddannelse og dataindsamling og forskning samt 4) *Opfølgingsdelen*, som indeholder en prioriteret plan og forslag til implementering af handlingsplanen. Der udgives i tilgift et selvstændigt bilagshæfte, som indeholder en uddybende status over den aktuelle selvmordsadfærd, statistik og forskning samt eksempler på specifikke tiltag og behandlingsaktiviteter i Danmark.

## **1.2 Udvalgets delmål**

1. Personer, som er selvmordstruede skal identificeres og uanset eventuel psykisk sygdom, misbrug, alder, køn og etnisk baggrund, tilbydes relevant behandlingstilbud.
2. Øget kendskab til risikofaktorer og risikogrupper med henblik på at styrke indsatsen over for risikogrupper.
3. Styrkelse af den enkeltes ressourcer og minimering af samfundsmæssige belastninger.
4. Den mistrovsel som eksisterer hos nogle børn og unge må reduceres, og der må sigtes mod at give dem kompetence til at mestre eget liv og indgå i positive, sociale fællesskaber.
5. Øget professionel kompetence i forhold til arbejdet med personer med selvmordsadfærd.
6. Øget viden om selvmordsadfærd gennem forskning og evaluering samt uddannelse.
7. Modvirke at selvmordsadfærd generelt opfattes som accepteret og normalt. Udbrede den etiske holdning, der ligger til grund for handlingsplanen - at hjælp nytter.

## **1.3 Definitioner**

I handlingsplanen bruges både betegnelserne *personer med selvmordsadfærd* og *selvmordstruede*.

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

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

Selv mord og selvmordsforsøg er defineret i henhold til WHO's definitioner.

### **Selv mord:**

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

### **Selv mordsforsøg:**

*"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".*

### **Selv mordsforsøg og selvmordshyppigheder:**

For at kunne sammenligne hyppighed for selvmordsforsøg og selvmord mellem forskellige befolkningsområder eller over tid, må antallet sættes i relation til baggrundsbefolkningens størrelse. Hyppigheder opgives derfor i rater, beregnet som antal selvmordsforsøg eller selvmord pr. 100.000 i befolkningen pr. år. Normalt opgives raten for den voksne befolkning, dvs. 15 år og ældre, idet selvmordsadfærd forekommer forholdsvis sjældent blandt børn under 15 år. Rater beregnet på grundlag af de totale befolkningstal vil derfor undervurdere hyppighederne i den voksne befolkning.

## **1.4 Forklaringsmodeller**

I selvmordsforskning indgår en række forklaringsmodeller. *Sociologiske forklaringsmodeller* beskæftiger sig på makroniveau med de kulturelle, sociale, økonomiske, politiske og religiøse træk og mekanismer i samfundet, der kan påvirke menneskers tilbøjelighed til selvmordsadfærd. De *psykologiske forklaringsmodeller* bevæger sig som regel på mikroniveauet og beskæftiger sig med individet og med samspillet mellem det enkelte individ og hans miljø. De *psykiatriske forklaringsmodeller* beskæftiger sig med sammenhænge mellem psykiske lidelser og selvmordsadfærd, og som et specielt felt inden for denne forklaringsmodel har nyere *neurobiologisk forskning* belyst sammenhængen mellem signalstoffer i hjernen og selvmordsadfærd.

Der er en stigende erkendelse af, at selvmordsadfærd er et multifaktorielt fænomen, og at de forskellige forklaringsmodeller ikke er i modstrid, men tværtimod supplerer hinanden. Tværvideenskabelighed og tværfaglighed bliver derfor en væsentlig forudsætning for at opnå den forståelse af selvmordsadfærd, som er en forudsætning for en effektiv forebyggende indsats.

I handlingsplanens anbefalinger tages afsæt i forskellige forklaringsmodeller og kombinationer af disse. Der skal her kort nævnes nogle kulturelle, etiske og sociale forhold, som påvirker samfundets holdninger til den selvmordstruede person og de aktiviteter, som iværksættes i relation til selvmordsproblematikken.

## **1.5 Etik og holdninger til selvmord**

### **Selv mordets betydning for individ og samfund**

Selv mordets betydning refererer til, hvordan selvmordsforsøg og selvmord opfattes i forhold til de kulturelle og sociale værdier, der således får indvirkning på samfundets holdninger til selvmordstruede. Igennem historien har holdningerne til selvmordsadfærd i samfundet gået fra stærke religiøse og juridiske sanktioner og fordømmelse til accept. Selv mordets betydning har således ændret sig igennem tiden og varierer fra én kultur til en anden.

Selv mord betragtes af nogle som en utilgivelig synd, af andre som en psykotisk handling, en menneskeret, en rituel handling eller en utænklig handling. Andre mener, at en selvmordstruet person skal sygeliggøres eller behandles som et offer. Der er i den offentlige debat i den senere tid været givet udtryk for, at selvmord er menneskets privilegerede ret.

Et selvmord er en afvigende måde at dø på, som ikke kan forstås uafhængigt af den mening og den betydning, som døden har i det samfund og i den kultur, som den selvmordstruede handler i. Selvmordet er derfor vanskeligt at forstå i Danmark, hvor livet har en høj værdi, og døden, hvis man ser bort fra underholdningskulturen, er noget, man distancerer sig fra, frygter og mystificerer.

Det er et vigtigt led i den menneskelige modningsproces, at kunne forholde sig til vilkårene omkring liv og død og hermed tage stilling til egne livskvaliteter. Forudsætningerne herfor er blevet vanskeligere end tidligere, og måske er det mange gange alligevel ikke så svært at forstå, at nogle begår selvmord eller forsøger derpå. Nogle mennesker marginaliseres i forhold til fællesskabet og lever dybt ensomme midt iblandt os. Samfundet har udviklet sig i retning af en øget individualisering, og personlige erfaringer med døende mennesker og dyr er blevet mere sjældne.

Det er chokerende for os, når et menneske vælger at dø fremfor at leve videre i det sociale fællesskab. Selvmordshandlingerne har betydning og mening. Et selvmordsforsøg eller selvmord har ikke bare konsekvenser for den selvmordstruede; det får også sociale konsekvenser og fører ofte til store psykosomatiske, psykiske og sociale problemer for de pårørende eller venner, kolleger, behandlere osv. Ifølge FN berøres ca. 5 personer ved hvert selvmordsforsøg eller selvmord. Det vil sige, at der i Danmark hvert år er ca. 60.000 mennesker, som har selvmordsproblematikken inde på livet.

### **Værdier og menneskesyn**

Menneskesyn og værdier kommer til udtryk i holdninger, som er præget af de erfaringer og normer som er knyttet til forskellige måder at handle på. Nogle gange opstår der dilemmaer, fordi vores personlige værdier ikke er afklarede, eller fordi der er uoverensstemmelse mellem faglige, personlige og sociale værdier. Det er vigtigt at gøre sig klart hvilken holdning, man ønsker at handle ud fra i relation til selvmordsproblematikken.

WHO's generelle etiske principper for forebyggelse omfatter:

- \* respekt for mennesker
- \* medmenneskelighed
- \* aldrig gøre skade
- \* retfærdighed

**Respekt for mennesker** involverer menneskets autonomi, dvs. retten til selvbestemmelse og respekt for individet. Det medfører også aspekter som fortrolighed og respekt for privatlivet.

**Medmenneskelighed** refererer til den etiske pligt samfundet og samfundets borgere har til at fremme sundhed og trivsel. Dette indebærer også en pligt til at beskytte personer, som er sårbare eller afhængige, og som skal beskyttes mod misbrug eller skade.

**Aldrig gøre skade** forbyder tilsigtet misbrug af mennesker og påførelse af skade på andre.

**Retfærdighed** drejer sig om lighed; alle mennesker har ret til at blive behandlet ens.

Ved forebyggelse kan et menneskes rettigheder være i modstrid med andre principper. Specielt de to første principper kan stå i modsætning til hinanden. Hensynet til etiske principper og moralværdier sætter ofte beslutningstageren i et dilemma, fordi sådanne hensyn ofte er uforenelige. Man ønsker at bevare sundhed, livskvalitet og trivsel, men samtidig ønsker man at respektere det enkelte menneskes ret til selv at bestemme i egne anliggender. Samfundet har et medansvar for bevarelse af sundhed og forebyggelse af mistrivsel og selvmordsadfærd. Samfundet har således pligt til at afhjælpe de farer og risici, som det enkelte menneske af forskellige grunde ikke er i stand til at overskue, vurdere eller beskytte sig imod.

Visse restriktioner er således retfærdiggjort, hvis handlingerne er til skade for vedkommende selv eller andre. En selvmordstruet person har ofte ikke sin fulde dømmekraft, specielt ikke hvis vedkommende er psykotisk, i affekt eller krise. Vedkommende har dermed ikke tilstrækkelige forudsætninger for at udøve sin autonomi og må derfor beskyttes imod sine handlinger.

I forbindelse med selvmordsadfærd stilles 2 etiske påstande op over for hinanden: "selvmord er en menneskeret" eller "man skal så vidt muligt hindre folk i at forsøge selvmord".

*Den første etiske påstand*, "det er en menneskeret at begå selvmord", udspringer af en opfattelse af selvmord som en rationel handling. Den bygger på 3 hovedantagelser: a) selvmord er en frivillig handling, b) den selvmordstruede person ønsker at dø og c) at den uudholdelige livssituation ikke er mulig at forandre.

For det første er det i højeste grad tvivlsomt, om selvmordet nogensinde kan betegnes som en frivillig handling. Tværtimod tyder det på, at selvmordet for de fleste selvmordstruede er en tvungen handling, fordi de ikke kan se andre udveje.

For det andet viser erfaringer, at de fleste selvmordstruede personer eller personer, som har forsøgt selvmord, ikke ønsker at dø, men snarere ønsker at komme væk fra de uudholdelige omstændigheder i deres liv.

Endelig er indvendingerne mod den tredje antagelse, at det *er* muligt at ændre mange af de lidelsesfyldte forhold i en selvmordstruet persons liv.

Indtager man den holdning, at selvmord er en menneskeret, reducerer man samfundets etiske ansvar over for mennesker i nød. Man bør tværtimod understrege, at vi både på det samfundsmæssige og det personlige plan har et kollektivt ansvar for at beskytte ethvert menneskes ret til et værdigt liv. Medmenneskeligheden prioriteres således højere på dette punkt end menneskets autonomi.

*Den anden etiske påstand*, "man skal så vidt muligt hindre folk i at forsøge selvmord", danner grundlaget for alt forebyggelsesarbejde og er således den grundlæggende holdning for de strategier, som foreslås iværksat i handlingsplanen.

Udvalgets forslag til handlingsplanen tager udgangspunkt i, at det ikke er acceptabelt, at mennesker ender deres liv med at begå selvmord eller gør forsøg derpå. Der bør, på flere niveauer, arbejdes på, at mennesker ikke betragter selvmordsforsøg og selvmord som en acceptabel løsning eller eneste udvej, når livet er svært eller synes ubærligt.

## 1.6 Forebyggelsesprincipper

Forebyggelse af selvmordsadfærd inkluderer en række aktiviteter, alle med det sigte at påvirke de faktorer og situationer, som er af betydning for, at mennesker forsøger at begå selvmord. Set i et forebyggelsesperspektiv er alle medvirkende faktorer lige vigtige.

Udgangspunktet er, at det nytter at hjælpe, og derfor bør der sættes ind med forebyggende tiltag:

- \* i hverdagslivet, i medmenneskelige relationer, og omkring den enkelte person,
- \* i forhold til den måde hvorpå institutioner, som skoler og arbejdspladser, fungerer i forhold til et etisk og socialt ansvar
- \* i forhold til subkulturer
- \* ved at forbedre de sociale betingelser, som sårbare og udsatte personer lever under
- \* igennem professionel støtte og behandling

Det er ligeledes vigtigt at være opmærksom på, at personer med selvmordsadfærd kan være mere eller mindre synlige. Personer i en selvmordsproces kan opdeles i følgende grupper:<sup>1</sup>

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

En sådan deling viser behovet for en bred forebyggelsesindsats, og det selvmordsforebyggende arbejde skal derfor iværksættes på 3 niveauer:

**Specifik selvmordsforebyggelse:** Initiativer eller handlinger, der griber forebyggende ind i selvmordsprocessen, dvs. over for personer der har forsøgt eller overvejer selvmord.

**Forebyggelse i forhold til særlige risikofaktorer og risikogrupper:** Initiativer eller indsatser over for faktorer, der øger risikoen for selvmordsadfærd, og i forhold til specielle befolkningsgrupper, der er kendetegnet ved en sådan øget risiko. Hertil hører også intervention i forhold til tilgængelighed af selvmordsmidler.

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

I nedenfor viste model ses de forskellige stadier i en selvmordsproces i forhold til de tre forebyggelsesniveauer. Derudover præsenteres de forskellige aktører, som kan være med til at intervenere aktivt i forhold til selvmordsadfærd.

### Fig. 1.1 - Model over forebyggelse og behandling på forskellige niveauer

/Model over forebyggelse og behandling på forskellige niveauer/

Kilde: Frit efter Hammerlin, Y, Schelderup, G, "Når livet bliver en byrde", p.p. 250, 1994, Ad Notam Gyldendal

## 2. Internationale erfaringer

I 1987 blev der på en international konference for socialministre vedtaget et dokument "Guiding Principles for Development of Social Welfare Policies and Programs in the Near Future". Dokumentet blev tiltrådt af De Forenede Nationers Generalforsamling i 1987 og endelig godkendt i 1991 som hovedramme for lokale, regionale og internationale indsatser på socialområdet<sup>2</sup>.

Med udgangspunkt heri blev der i 1989 udarbejdet et sæt internationale retningslinjer, hvor blandt andet behovet for, at landenes regeringer udarbejdede nationale strategier for forebyggelse af selvmordsadfærd understregedes: "Det anbefales, at der oprettes nationale råd, der skal være ansvarlig for udarbejdelsen af et nationalt program, hvis formål skal være "at fremme, koordinere og støtte tværsektionelle forebyggende aktiviteter på det nationale, det regionale og det lokale niveau"<sup>3</sup>.

I 1993 arrangerede FN og WHO en ekspertkonference om forebyggelse af selvmordsadfærd. Vigtigheden af oprettelsen af nationale råd blev igen understreget, og der blev udarbejdet et nyt sæt retningslinjer til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord<sup>4</sup>. Her omtales vigtigheden af at få udarbejdet en national handlingsplan, og der gives retningslinjer til støtte for dette arbejde.

Norge, Sverige og Finland har på nuværende tidspunkt iværksat nationale forebyggelsesstrategier, og den finske handlingsplan er benyttet som model i FN's retningslinjer.

## 2.1 Nationale initiativer i de øvrige nordiske lande

Finland udarbejdede en national handlingsplan på selvmordsområdet i 1987, Norge i 1994 og Sverige i 1995. Danmark iværksatte udarbejdelsen af en national handlingsplan i sommeren 1997. Det har i udarbejdelsen af den danske handlingsplan været naturligt for udvalget at trække på de nordiske landes erfaringer.

**Den norske handlingsplan** er udarbejdet af et tværfagligt referencepanel, som blev nedsat i 1993. På baggrund af dette forslag blev der af Stortinget bevilget 6 mio. NOK. pr. år i 5 år (1994-1999). Bevillingen er senere forhøjet med yderligere 10 mio. NOK. - i alt 40 mio. NOK. til brug for at iværksætte handlingsplanen. Social- og Helsedepartementet har uddelegeret gennemførelsen af handlingsplanen til Statens Helsetilsyn med en tværfaglig referencegruppe tilknyttet.

Den overordnede målsætning er, at sundhedsvæsenet skal bidrage til at reducere selvmordshyppigheden i Norge, som har været stigende siden slutningen af 1960'erne (ca. 550 selvmord i 1995 og ca. 10-15 gange så mange selvmordsforsøg. Handlingsplanen tager primært sigte på den indirekte selvmordsforebyggelse rettet mod særlige risikogrupper. Der er oprettet 4 universitetscentre fordelt i landet, hvor Seksjon for Selvmordsforskning- og Forebygging fungerer som kompetencecenter tilknyttet Oslo Universitet<sup>5</sup>.

**Den svenske handlingsplan** blev påbegyndt i 1994, idet Sverige nedsatte et Nationalt råd för Självordsprevention, bestående af repræsentanter for kirken, forsvaret, politiet, Landstinget, kommuner og amter samt Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet og Centrum för Suicidforskning och Prävention. Forslagene til en svensk handlingsplan på området lå klar i midten af 1995. Den svenske nationale strategi lægger stor vægt på en øget bevidsthed og viden om selvmordsproblematikken i befolkningen generelt, og denne vidensformidling skal både tage hensyn til svensk kulturtradition og moderne forskning.

Programmet har som overordnet mål varigt at mindske antallet af selvmord og selvmordsforsøg, som ligger på ca. 1700 selvmord og ca. 20.000 selvmordsforsøg om året (1996). Der arbejdes efter en tredelt forebyggelsesmodel: Direkte-, indirekte- og almen selvmordsforebyggelse.

Til forskel fra de andre nordiske handlingsplaner er den svenske handlingsplan ikke udviklet som følge af en regeringsbeslutning. Der er heller ikke efterfølgende en samlet opbakning fra regeringens side til programmet. De tre initiativtagende instanser, Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet og Centrum för Suicidforskning och -Prävention har fordelt ansvaret for at iværksætte de foreslåede tiltag på hvert sit område. For at sikre gennemførelsen af planen er der nedsat et nationalt råd, som på nuværende tidspunkt har siddet i en treårig fastlagt periode<sup>6</sup>.

**Det finske nationale program til forebyggelse af selvmord** blev igangsat i slutningen af 1980'erne og er hovedsageligt baseret på statusrapporten "*Suicides in Finland 1987*".

I planlægningsfasen har der været nedsat 12 regionale grupper, der bl.a. har analyseret alle tilfælde af selvmord og selvmordsforsøg forekommet igennem et år, hvorefter over 1000 forskere, planlæggere og specialister fra flere fagområder har været medvirkende til at formulere strategien for det finske program. Målsætningen er på sigt at reducere selvmordsdødeligheden med 20%.

Da der i Finland er store regionale forskelle i selvmords- og selvmordsforsøgsraterne, har det været klart fra begyndelsen, at forebyggelsen skulle foregå på regionalt niveau, og at indsatsen skulle være tværsektionel. Yderligere peger man på vigtigheden af, beslutninger om forebyggelse kun kan realiseres i en social kontekst.

Den organisatoriske ramme for det finske forebyggelsesprogram tager sit afsæt i en decentral implementering af den vedtagne strategi. Der arbejdes med 3 forebyggelsesniveauer: 1) generel forebyggelse, dvs. en bred indsats for at bedre folks levevilkår samt deres færdigheder i at tackle problemer og kriser, 2) speciel forebyggelse, rettet mod risikogrupper og 3) specifik forebyggelse rettet mod mennesker, der har forsøgt selvmord eller har selvmordstanker.

De finske handlingsplan understreger, at målsætningerne kun kan opfyldes på det nationale plan, hvis amter, kommuner og social- og sundhedsvæsenet samarbejder og bidrager med hvert deres ansvarsområde<sup>7</sup>.

### Samstemmende strategier

Selvom der er forskel på de tre handlingsplaner med hensyn til organisering og prioriterede sektorer, er der følgende parallelle anbefalinger:

- \* forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg skal være et tværsektorielt anliggende
- \* uddannelsen af fagpersoner skal styrkes
- \* indsatsen over for særlige risikogrupper skal styrkes
- \* opfølgings- og visitationstilbud efter selvmordsforsøg skal styrkes
- \* børn og unges livsbetingelser og mestringsevne skal forbedres.

Disse anbefalinger går bl.a. også igen i WHO's og FN's retningslinjer for selvmordsforebyggelse.

## 3. Konklusioner og anbefalinger

Udvalgets forslag til handlingsplanen tager udgangspunkt i, at det ikke er acceptabelt, at mennesker ender deres liv med at begå selvmord eller gør forsøg derpå. Der bør, på flere niveauer, arbejdes på, at mennesker ikke betragter selvmordsforsøg og selvmord som en acceptabel løsning eller eneste udvej, når livet er svært eller synes ubærligt.

I 1996 var der ca. 900 danskere, som begik selvmord og ca. 10.000, der forsøgte på det. Selvmordshyppigheden har været faldende siden 1980, og antallet af selvmord i 1996 er det laveste i mange år. Danmark er dog stadig forholdsvis højt placeret i forhold til andre europæiske lande. Baggrunden for det fald, vi har set siden 1980, er ikke kendt, og det er ikke muligt at forudsige, om det fortsætter eller vender.

Selvmordshyppigheden er størst blandt ældre mennesker, og navnlig blandt mænd. I modsætning hertil er det yngre mennesker og især yngre kvinder, der hyppigst *forsøger* selvmord. Der har i halvfemserne været en markant stigning i selvmordsforsøg blandt 15-19 årige piger. Det er også i de yngste aldersgrupper, at der er flest, der foretager flere forsøg i løbet af et år. Undersøgelser tyder ydermere på, at der specielt blandt unge foretages et betydeligt antal selvmordsforsøg, som ikke registreres.

På trods af problemets alvor, findes der meget få specifikke forebyggende tiltag eller rådgivnings- og behandlingstilbud til personer med selvmordsadfærd. Der mangler opfølgningstilbud efter endt indlæggelse efter selvmordsforsøg, især til de personer, som ikke ville kunne få tilbud inden for psykiatrien eller misbrugsbehandling. Dog skal nævnes, at mange selvmordsforsøg og selvmord sker umiddelbart efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling, hvilket tyder på, at der her er behov for en intensiveret opfølgning. Der savnes endvidere en koordineret indsats både på amtskommunalt og på nationalt plan.

Hovedformålet med at iværksætte en national handlingsplan er at søge at reducere antallet af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark.

### 3.1 Delmål og anbefalinger

**1. Personer, som er selvmordstruede skal identificeres og uanset eventuel psykisk sygdom, misbrug, alder, køn og etnisk baggrund, tilbydes et relevant behandlingstilbud.**

**Anbefalinger:**

\* Personer, som er selvmordstruede bør vurderes hurtigt og korrekt med den nødvendige faglige ekspertise.

\* Hjælp til selvmordstruede etableres efter et støttende og ledsagende princip, således at pågældende ikke slippes før anden støtte er iværksat.

## **2. Øget kendskab til risikofaktorer og risikogrupper med henblik på at styrke indsatsen over for risikogrupper.**

### **Anbefalinger:**

\* Iværksættelse af intensiveret opfølgingsindsats over for psykisk syge og misbrugere.

\* Skærpet opmærksomhed angående selvmordsrisiko over for øvrige risikogrupper herunder fysisk syge, etniske minoriteter, institutionsanbragte og fængslede.

\* Opmærksomhed over for ældre, unge samt efterladte på øget risiko for selvmordsadfærd og etablering af relevante støtte- og behandlingsmuligheder.

\* Uddannelsen af alment praktiserende læger bør forbedres i forhold til diagnostik og behandling af psykiske sygdomme, herunder misbrug.

\* Reducering af tilgængelighed til de mest anvendte selvmordsmetoder.

## **3. Styrkelse af den enkeltes ressourcer og minimering af samfundsmæssige belastninger.**

### **Anbefalinger:**

\* Iværksættelse af sociale og sundhedspolitiske tiltag, der sigter mod at øge menneskers livskvalitet og reducerer mistrivsel, marginalisering og stigmatisering af dele af befolkningen i forhold til det øvrige samfund.

\* Gennem forskellige pædagogiske og psykologiske tiltag at øge børns, unges, voksnes og ældres evne til at håndtere konflikter og kriser.

\* Sociale og frivillige netværk bør styrkes og udvikles.

\* Udarbejdning af informationsmateriale, som oplyser om støttetilbud samt fokuserer på udbredelse af kendskab til og holdninger til selvmordsadfærd.

\* Samarbejde med medierne med henblik på udarbejdelse af et sæt etiske retningslinier for behandling af selvmordsstof.

## **4. Den mistrivsel, som eksisterer hos nogle børn og unge må reduceres, og der må sigtes mod at give dem kompetence til at mestre eget liv og indgå i positive, sociale fællesskaber.**

### **Anbefalinger:**

\* Skoler og fritidsordninger må aktivt videreudvikle og indføre livsmodundervisning samt arbejde bevidst på at skabe en atmosfære, der opfordrer til fællesskab.

## **5. Øget professionel kompetence i forhold til arbejdet med personer med selvmordsadfærd.**

### **Anbefalinger:**

\* Alle faggrupper, som er i kontakt med selvmordstruede personer bør sikres basal viden om selvmordsadfærd på grunduddannelsen samt forbedret undervisning på videre- og efteruddannelser.

## **6. Øget viden om selvmordsadfærd gennem forskning og evaluering samt uddannelse.**

### **Anbefalinger i forbindelse med indsamling af statistisk materiale:**

\* Landsdækkende registrering af selvmordsforsøg.

\* Obligatorisk registrering af præparattype ved forgiftningsselv mord.

\* Selvmordsrater blandt psykiatriske patienter og blandt personer, der har forsøgt selvmord, følges årligt og suppleres med registrering af selvmordsforsøg blandt psykiatriske patienter.

### **Anbefalinger med hensyn til forskning:**

\* Følgeforskning inden for områder såsom måling af effekter af forstærket uddannelsesindsats hos de alment praktiserende læger; effekten af øget indsats over for psykiatriske patienter; evaluering af behandlingstilbud i forbindelse med selvmordsforsøg; effekten ved at mindske tilgængeligheden af hyppigt forekomne selvmordsmetoder.

\* Forskning på andre områder, som fx årsager til selvmordsdødeligheden, årsager og motiver bag selvmordsforsøg og selvmord, psykiske karakteristika ved personer med selvmordsadfærd mv.

\* Styrkelse og udbygning af dansk selvmordsforskning, også i forhold til internationalt samarbejde.

### **Anbefalinger i forbindelse med evaluering:**

Evaluering af handlingsplanen bl.a. gennem registrering af om handlingsplanens delelementer er implementeret.

## **7. Modvirke at selvmordsadfærd generelt opfattes som accepteret og normalt. Udbrede den etiske holdning, der ligger til grund for handlingsplanen at hjælpe nytter.**

### **Anbefalingerne foreslås iværksat igennem følgende 3 niveauer:**

1) Specifik forebyggelse, der er direkte rettet mod selvmordsprocessen.

2) Forebyggelse rettet mod særlige risikofaktorer og risikogrupper for selvmordsadfærd.

3) Generel forebyggelse og information, der sigter mod at forbedre menneskers levevilkår samt deres evne til at tackle problemer og kriser.

### **Vedrørende implementering af Handlingsplanen anbefales:**

\* De i Handlingsplanen foreslåede anbefalinger iværksættes over en 5-årig periode.

\* Opgaver løftes gennem et tværsektorielt samarbejde mellem det statslige, amtskommunale og det kommunale niveau med inddragelse af den frivillige sociale sektor.

\* Nedsættelse af en national koordinerende styregruppe, som har ansvaret for gennemførelse af Handlingsplanen.

\* Iværksættelse af regionale og lokale forsøgs- og udviklingsprojekter.

## 3.2 Summary

The National Board of Health has established a committee, which began its work in June 1997 and published its recommendations for a National Programme for Prevention of Suicide and Suicide Attempts in August 1998.

The committee's recommendations are based on the position that it is not acceptable that people end their lives by committing suicide or trying to do so. Therefore, endeavours should be made - on several levels - to reject suicide attempts and suicides as being acceptable solutions or the only way out when life is difficult or seems unbearable.

In 1996, 900 Danes committed suicide and about 10,000 attempted suicide. The suicide rate has been on the decline since 1980, and the number of suicides in 1996 was the lowest for many years. Yet, the Danish suicide rate is still relatively high compared to that of other European countries. The reasons for the downward trend since 1980 are not known, and it is impossible to predict whether this trend will continue or change.

The suicide rate is highest among the elderly, notably among men. On the other hand, younger people, especially young women, most frequently *attempt* suicide. The 90s have seen a marked increase in the suicide rate among girls between the ages of 15 to 19. Moreover, it is also within these youngest age groups that most suicide attempts are made within a year. Studies seem to show that especially among teenagers there are considerable numbers of suicide attempts, which are not registered.

Despite the seriousness of the problem very few specific preventive measures or consultative and treatment offers are being offered people with suicidal behaviour. There is a lack of aftercare treatment after discharge from hospital in connection with suicide attempts, especially as far as those not eligible for psychiatric or abuse treatment are concerned. It should be noted that many suicide attempts and suicides occur shortly after discharge from psychiatric wards, which indicates the demand for a more intensive aftercare. Moreover a co-ordinated effort both on county and national level is called for.

The main purpose of making a national action plan is to reduce the number of suicide attempts and suicides in Denmark.

### Goals and recommendations

**1. Suicidal persons are to be identified and irrespective of possible mental illness, abuse, age, gender and ethnic background offered relevant treatment.**

#### Recommendations:

\* Suicidal persons should be quickly and correctly assessed by the necessary professional expertise.

\* Establishing aid for suicidal persons according to a supportive and attendant principle so that the suicidal person is not left on his/her own before other relevant support is started.

**2. An increased knowledge of risk factors and groups at risk with the purpose of reinforcing the effort towards groups at risk.**

#### Recommendations:

\* The establishment of an intensified follow-up effort vis-à-vis the mentally ill and abusers.

\* Increased attentiveness regarding the suicide risk within other risk groups such as the physically ill, ethnic minorities, the institutionalised and prisoners.

\* Attentiveness regarding the elderly, young people and the bereaved in terms of possible suicidal behaviour and the establishment of relevant supportive and treatment measures.

\* The education of general practitioners to be improved in terms of diagnostics and treatment of mental illnesses including abuse.

\* Reduction of the availability of the most common suicide methods.

### **3. Improving the resources of the individual and minimising social strains.**

#### **Recommendations:**

\* Establishing social efforts and political efforts within the health area aiming at increasing the human life quality to reduce unhappiness, marginalisation and stigmatisation of part of the population compared to the rest of the society.

\* By means of various pedagogical and psychological efforts to increase the ability of children, young people, grown-ups and the elderly to deal with conflicts and crises.

\* Social and volunteer networks should be strengthened and developed.

\* Preparing material informing of supportive offers and focussing on improving the general knowledge of and attitudes to suicidal behaviour.

\* Co-operating with the medias with a view to working out a set of ethical guiding lines for the presentation of suicidal matters.

### **4. Disadvantaged children and young people ought to be given tools, which enable them to master their own lives and enter into positive, social communities.**

#### **Recommendations:**

\* Schools and recreation centers should actively redevelop and introduce life incentive classes including endeavour consciously to create an atmosphere which invites a sense of community.

### **5. Increased professional competence in the field of working with suicidal persons.**

#### **Recommendations:**

\* All professional groups being in contact with suicidal persons must get basic knowledge about suicidal behaviour in their basic training, including in-depth studies on higher levels and retraining courses.

### **6. Increased knowledge about suicidal behaviour by means of research, evaluation and education.**

#### **Recommendations regarding the collection of statistical material:**

\* Registration of suicide attempts on a national level.

\* Mandatory registration of preparation type in cases of suicides caused by poisoning.

\* Suicide rates among psychiatric patients and persons having attempted to commit suicide are to be followed-up yearly and to be supplemented with registration of suicide attempts among psychiatric patients.

## **Recommendations regarding research**

\* Additional research within areas such as measuring the effects of reinforced education among general practitioners; the effect of increased efforts vis-à-vis psychiatric patients; evaluating treatment offers in connection with suicide attempts; the effect of reducing the availability of specific frequent suicide methods.

\* Research within other areas, such as for instance the reasons behind the suicide mortality, causes and motives behind suicide attempts and suicides, psychical characteristics in suicidal persons, etc.

\* Reinforcing and upgrading Danish suicide research including international cooperation.

### **\* Recommendation concerning the evaluation:**

Evaluation of the action plan, i.a. by registering whether the part elements of the action plan have been implemented.

## **7. Discourage that suicidal behaviour is generally perceived to be accepted and normal.**

**Spread the ethical attitude on which the action plan is based - that help is useful.**

**We suggest that the recommendations be established by means of the following three levels:**

- 1) Specific prevention directly aimed at the suicide process.
- 2) Prevention aimed at specific risk factors and groups at risk concerning suicidal behaviour.
- 3) General prevention and information aiming at improving human lives including the ability of the individual to deal with problems and crises.

### **Recommendations concerning the implementation of the action plan:**

\* The proposed recommendations in the action plan are to be implemented over a 5-year period.

\* Tasks are dealt with by means of co-operation between state, county, municipal and local communities. At the same time the voluntary social sector is included.

\* Appointing a national coordinating governing body being responsible for the implementation of the action plan.

\* Implementation of regional and local experimental and development projects.

# **II. Status**

## **4. Selvmordsadfærd i Danmark (resumé)**

### **Resumé af statusopgørelse 1998**

Som basis for handlingsplanen er udarbejdet en statusopgørelse over det statistiske materiale, der findes vedrørende selvmordsadfærd i Danmark. Denne statusopgørelse udgives som selvstændig publikation og indeholder baggrundsmateriale for handlingsplanen. Statusopgørelsen indeholder også en sammenfatning af forskningsresultater, danske som internationale, vedrørende vigtige risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøg. Herudover indeholder

opgørelsen en status over dansk selvmordsforskning. Her præsenteres et kort resumé af det statistiske materiale vedrørende selvmord og selvmordsforsøg og af den status, der er foretaget vedrørende dansk selvmordsforskning. Sammenfatning af aktuel viden om risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøg er ikke resumeret i dette afsnit, men derimod integreret i handlingsplanens kapitel 7 om risikofaktorer.

## Selv mord i Danmark

Der eksisterer i Danmark et righoldigt materiale vedrørende selvmord, idet dansk selvmordsstatistik går helt tilbage til 1835. Der har, som det fremgår af figur 4.2, gennem årene været store variationer i selvmordshyppigheden, der var særlig høj i sidste halvdel af forrige århundrede og igen omkring 1980, hvor den var næsten dobbelt så høj, som i 1996. Som i de fleste andre lande har selvmordshyppigheden gennem alle årene været højere for mænd end for kvinder, men forskellene mellem selvmordshyppigheden for de to køn er blevet mindre.

I 1996, som er det seneste år, der aktuelt foreligger selvmordsstatistik for, var det samlede antal af selvmord i Danmark 892, hvor af ét blev begået af en dreng under 15 år.

Der var i alt 630 mænd, der døde ved selvmord, svarende til 29,7 per 100.000 i baggrundsbefolkningen (15 år og derover) og 261 kvinder, svarende til 11,8.

### Figur 4.2 Selvmordsrater pr. 100.000 (0 år og over) fordelt på køn, 1835-1996.

/Selvmordsrater pr. 100.000 (0 år og over) fordelt på køn, 1835-1996/

*Kilde: Registeret for Selvmord, Center for Selvmordsforskning*

Set i forhold til, at der hvert år i alt dør mere end 60.000 mennesker i Danmark, kan tallene synes små, men problemets alvor kan illustreres ved, at omtrent hvert femte dødsfald blandt 20-29 årige i de senere år skyldtes selvmord; at selvmord blandt 30-39 årige er den næsthøypigste dødsårsag, kun overgået af cancer, og at der forekommer godt 1 1/2 gang flere dødsfald ved selvmord, end i trafikken.

Både for mænd og kvinder gælder, at der er større selvmordshyppighed med stigende alder. En fjerdedel af alle selvmord begås af ældre over 65 år. For mændenes vedkommende har selvmordshyppigheden været faldende fra 1980 til 1995 undtagen for de ældste og de yngste. For kvindernes vedkommende har der i det sidste årti i alle aldersgrupper været en faldende tendens. Man kender ikke årsagen hverken til den stigning, der var i selvmordshyppigheden op til 1980 eller til det fald, der har været fra 1980 og i de følgende 15 år.

Der er i perioden 1922 til 1995 sket store ændringer i de metoder, der bruges ved selvmord. Ved periodens begyndelse var hængning den mest almindelige metode både blandt mænd og kvinder, men efterhånden er selvforgiftning blevet den hyppigst anvendte metode, navnlig blandt kvinder. I begyndelsen af halvfjerdserne udgjorde selvforgiftning stadig den største andel af selvmordene både blandt mænd og kvinder, mens hængning ved periodens slutning var den hyppigst anvendte metode blandt mændene. Når perioden 1922 til 1995 betragtes samlet, har selvmord ved skydning været stigende, men siden 1980 er der ikke sket væsentlige ændringer i selvmordshyppigheden ved skydning. Den faldende tendens i selvmordshyppigheden siden 1980 kan både for mænds og kvinders vedkommende for en meget stor del forklares som et resultat af fald i antallet af selvmord ved forgiftning.

Tidligere var selvmordshyppigheden i og omkring hovedstaden markant højere end i det øvrige land, men denne forskel er i de seneste år for mændenes vedkommende næsten forsvundet, og for kvindernes vedkommende reduceret betydeligt.

I statusopgørelsen er selvmordsstatistikens pålidelighed diskuteret, og det blev i den forbindelse undersøgt, om det betydelige fald i obduktionsfrekvensen, som har fundet sted i Danmark siden 1977, kunne have påvirket de officielle selvmordstal. Det viste sig imidlertid, at faldet næsten udelukkende skyldtes et fald i antallet af obduktioner af personer, der var døde på hospital, fortrinsvis ved naturlig død og i mindre omfang ved ulykker. Der er derfor ikke grund til at tro, at faldet i det samlede antal af obduktioner påvirker pålideligheden af selvmordsstatistikken.

Traditionelt har de danske selvmordstal ligget højt i forhold til hyppighederne i de øvrige lande i den vestlige verden. Internationalt har der været store forskelle mellem landene, hvad angår udviklingen i selvmordshyppigheden, men i de senere år har der tegnet sig to meget tydelige tendenser: Selvmordshyppigheden i de vesteuropæiske lande er faldet betydeligt, mens der i de østeuropæiske lande har været en markant stigning.

### **Selvmordsforsøg i Danmark**

I modsætning til, hvad der gælder for fuldbyrdede selvmord, findes ikke hverken i Danmark eller i andre lande landsdækkende statistikker over selvmordsforsøg. I Landspatientregisteret i Sundhedsstyrelsen er der både en betydelig underdiagnosticering og fejlregistrering af selvmordsforsøg, og i statusopgørelsen er der derfor udelukkende præsenteret data fra Fyns Amt. Her er der siden 1989, som led i et projekt initieret af WHO, sket en løbende registrering af alle selvmordsforsøg, der kommer til behandlingssystemets kendskab. Den fynske befolkning, der udgør ca. 10 procent af den danske befolkning, regnes for at være repræsentativ for hele den danske befolkning.

I overensstemmelse med erfaringerne fra andre lande, viser de fynske opgørelser, at der sker 8-10 gange så mange selvmordsforsøg, som der sker fuldbyrdede selvmord. I 1996 var antallet 171 per 100.000 (15 år og over), fordelt på 163 per 100.000 mænd og 218 per 100.000 kvinder. Det er rimeligt at anslå, at der årligt er ca. 10.000 personer i Danmark, der foretager selvmordsforsøg.

I modsætning til selvmord, hvor hyppigheden er højest blandt mænd og blandt ældre generelt, er det yngre mennesker og især yngre kvinder, der hyppigst forsøger selvmord.

Hyppigheden af selvmordsforsøg har, ligesom hyppigheden af selvmord, været faldende i perioden 1989 til 1996, dog bortset fra blandt de 15-19 årige piger, hvor der i 90'erne har været en markant stigning. I de unge aldersgrupper, blandt kvinderne er forholdet mellem antallet af selvmord og selvmordsforsøg sikkert snarere 1:30. Det er også i de yngste aldersgrupper, at der er flest, der foretager flere forsøg i løbet af et år.

To forskellige danske undersøgelser har vist, at der blandt unge (henholdsvis 15-24 årige og 16-24 årige) er ca. 5 procent, der angiver tidligere at have foretaget selvmordsforsøg, og at kun omkring halvdelen af disse forsøg havde medført kontakt til sundhedsvæsenet. Disse tal tyder på, at der måske specielt blandt unge, foretages et betydeligt antal selvmordsforsøg, som aldrig kommer til sundhedsmyndighedernes kendskab.

Både med hensyn til alders- og kønsfordeling er der således stor forskel på selvmord og selvmordsforsøg. Dette kan delvist forklares med, at forgiftning er en hyppigt anvendt metode ved selvmordshandlinger, specielt blandt yngre kvinder, og dødeligheden ved selvmordshandlinger med forgiftning er mindre end ved andre metoder.

Forgiftning er anvendt som metode i et flertal af de selvmordsforsøg, der kommer til behandling i sundhedsvæsenet, mens såkaldt voldelige metoder er anvendt i ca. 20 procent af de registrerede selvmordsforsøg. Der har i perioden 1977 til 1992 været en betydelig stigning i antal indlæggelser med forgiftning med svage smertestillende midler. Antallet af personer, der indlægges med forgiftning med svage smertestillende midler er næsten femdoblet siden 1977, idet det er steget fra 266 til 1211 personer årligt. Forgiftninger med svage smertestillende midler optræder hyppigst hos unge piger.

Et særligt problem er de mange gengangere. I gennemsnit tegner hver person, der forsøger selvmord sig inden for et år for 1,25 forsøg. I en 6 års opfølgingsundersøgelse fra Registret for Selvmordsforsøg i Fyns Amt fra 1989-90 er det vist, at der blandt personer, der behandles i sundhedsvæsenet efter første selvmordsforsøg, er godt 30 procent, der gentager forsøget i løbet af en 6 års opfølgingsperiode, mens det blandt personer, der havde foretaget selvmordsforsøg en eller flere gange tidligere, er over 50 procent, der i opfølgingsperioden gentager forsøget.

Konkluderende kan man sige, at der i disse år hver dag sker ca. 20 behandlingskrævende forsøg på selvmord, der fører til kontakt med behandlingssystemet, og at der dagligt dør 2-3 personer ved fuldbyrdet selvmord.

### **Sammenhængen mellem generelle forhold og selvmordsadfærd**

Forskning i samfundsmæssige forholds indflydelse på selvmordsraten opstiller hypoteser om, at høj selvmordshyppighed er et udtryk for uhensigtsmæssigt samspil mellem samfund og individ. Forhold som arbejdsløshed, skilsmisser og familieforhold i øvrigt, ensomhed, mobning, religion, juridiske forhold, og befolkningens holdninger til personer med selvmordsadfærd er også undersøgt. Flere store europæiske undersøgelser af sammenhængen mellem samfundsmæssige forhold og hyppigheden af selvmordsadfærd har konkluderet, at sådanne sammenhænge ikke er statiske, men ændrer sig med samfundenes udvikling.

Der er påvist sammenhæng mellem lovgivning og strafferamme omkring selvmord, befolkningens holdninger til selvmordsadfærd og selvmordshyppigheden: I lande, hvor der er stramme regler omkring assisteret selvmord, tilskyndelser eller råd om selvmordsmetoder, er befolkningens holdning til selvmordsadfærd præget af, at selvmord ikke er en acceptabel handle måde, og der er lavere selvmordshyppighed.

Der er også forskningsmæssigt grundlag for at antage, at mediernes omtale af kendte personers selvmord eller endog fiktive selvmord kan have indflydelse på selvmordshyppigheden.

### **Effekt af behandling**

Der er meget dårlig dokumentation for effekten af forskellige behandlingstiltag. En del undersøgelser viser, at personer med selvmordsadfærd, som får behandling, får det bedre, men de færreste undersøgelser er randomiserede (baseret på lodtrækningsprincip). Det er derfor ofte ikke muligt at afgøre, om det er behandlingen, der har en god effekt, eller om de personer, der søger behandlingstilbudet under alle omstændigheder ville have en bedre prognose. Der er iværksat en international undersøgelse, som har til formål at belyse effekten af interventioner i forhold til personer, der har forsøgt selvmord.

### **Dansk forskning i selvmordsadfærd**

Hverken i Danmark eller andre lande er selvmordsforskningen så langt udviklet, at en række fundamentale spørgsmål vedrørende baggrunden for status og udvikling i antal selvmord og selvmordsforsøg kan besvares.

I modsætning til de fleste af de lande i den vestlige verden, som Danmark sædvanligvis sammenlignes med, har der i Danmark gennem årene været en forholdsvis begrænset forskningsmæssig interesse for problemet. I de senere år er aktivitetsniveauet dog blevet noget optrappet, hvilket fremgår af den litteratursøgning vedrørende dansk selvmordsforskning, der indgår i statusopgørelsen.

Selvom dansk selvmordsforskning i sammenligning med andre lande er lille, har danske forskere og forskningsgrupper i et vist omfang igennem mange år bidraget til den internationale selvmordsforskning. Det har blandt andet drejet sig om forskning i forekomst og udbredelse af selvmordsforsøg, opfølgning af mennesker behandlet for selvmordsforsøg, statistiske opgørelser over hyppigheden af selvmord i Danmark, samt undersøgelser af forekomst af risikofaktorer for selvmord blandt psykiatriske patienter, herunder effekten af behandling.

Centralt i selvmordsforskningen står spørgsmål om:

- \* Hvor mange begår eller forsøger selvmord?
- \* Kan der peges på grupper, der har øget risiko for selvmord eller selvmordsforsøg?
- \* Hvad ved man om de bagvedliggende og udslagsgivende årsager?
- \* Hvad kan man gøre for at forebygge selvmordsadfærd?
- \* Hvilke konsekvenser er der for de efterladte og omgivelserne?

Forskningen foregår ved mange forskellige institutioner, inddragende flere faggrupper, dog uden nogen større grad af koordinering. En institution, Center for Selvmordsforskning i Odense, har som led i udmøntningen af Socialministeriets

satsreguleringspulje siden 1994 været finansieret over finansloven. Centret har aktuelt fem ansatte og et årligt budget på 1,9 mio. kr. Centrets to registre vedrørende henholdsvis selvmord og selvmordsforsøg er godkendt som offentlige registre. Centret har siden 1994 haft status som "WHO Collaborating Centre for Prevention of Suicide." Udover forskningsopgaver har centret haft betydelige aktiviteter med hensyn til undervisning og vidensformidling.

Udover bevillingen til Center for Selvmordsforskning er der ingen faste bevillinger til selvmordsforskning i Danmark. Forskningen finansieres ved enkeltstående projektbevillinger, eller som delprojekter i andre studier, der ikke har selvmordsforskning som hovedtema. Det er derfor vanskeligt at vurdere den samlede aktuelle størrelse af selvmordsforskning i Danmark. Udvalget skønner, at det næppe, for nuværende, overstiger 3 mio. kr. årligt, inklusive de ovenstående 1,9 mio. kr.

På visse områder har den danske forskningsaktivitet været lille. Det drejer sig om biologisk selvmordsforskning, forskning i psykologiske aspekter i forbindelse med selvmordsadfærd, forskning vedrørende betydningen af kulturelle forhold, holdninger, lovgivning, kommunikation, mv., samt forskning der benytter sig af metoden psykologisk autopsi. Sidstnævnte kan nævnes som en metode, hvorigennem selvmordsforskere i andre lande har indhentet betydelig viden om selvmordsadfærd og forebyggelsesmuligheder.

Inden for andre områder byder Danmark på gode forskningsmuligheder. Danmark er et af de lande i verden, hvor muligheden for registerforskning er størst, og der er gode muligheder for at etablere banebrydende projekter inden for det registerbaserede epidemiologiske område. Dette gælder også selvmordsforskning blandt psykiatriske patienter, idet man i Danmark råder over det eneste landsdækkende psykiatriske register i verden. Tilsvarende vil en bedre registrering af selvmordsforsøg afgørende bidrage til mulighederne for forskning inden for dette område.

## **5. Forespørgsel vedrørende selvmordsforebyggende tiltag og den aktuelle behandlingsindsats**

### **5.1 Metode**

For at danne sig et overblik over den aktuelle indsats, har udvalget forespurgt alle landets amter og kommuner med over 20.000 indbyggere (56 i alt) om eksisterende initiativer og aktiviteter vedrørende dels forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord, dels behandlingsindsats på området. Enslydende spørgsmål er sendt til direktørerne og forvaltningscheferne inden for social- og sundhedsvæsenet og børne-ungeafdelingen i amterne, Frederiksberg Kommune og Københavns Kommune samt til social- og sundhedsforvaltningen i kommunerne. De indsamlede oplysninger har været med til at danne baggrunden for udvalgets anbefalinger.

Alle amter har besvaret henvendelsen. Besvarelsene er imidlertid noget uens og viser en stor spredning i forebyggelsesindsatsen. I nogle amter er der allerede en koordinering i gang på området, mens man i andre amter ikke har udviklet specifikt selvmordsforebyggende tiltag. Desuden har der vist sig at være et manglende kendskab fra amternes side om hvad, der foregår på kommunalt plan og i de forskellige sektorer.

I den samlede oversigt inddrages desuden udvalgets egen viden på området og oplysninger om projekter støttet af Socialministeriets og Sundhedsministeriets puljer.

Det er heraf muligt at aflæse nogle generelle tendenser i det selvmordsforebyggende arbejde, både hvad angår nyere initiativer, forbilledlige indsatser og mangelfuldt dækkede områder.

Der skal her gives en kort redegørelse for de tilbud, der forefindes i amterne samt en konklusion på dette. På grund af den uensartede besvarelse af udvalgets forespørgsel, har udvalget valgt ikke systematisk at gengive amternes og kommunernes besvarelser, men at beskrive de følgende eksempler på specifikke tilbud og projekter mere indgående i det supplerende bilagshæfte.

### **5.2 Specifikke opfølgings- eller behandlingstilbud til selvmordstruede i Danmark**

Meget få amter har tilbud, der specifikt retter sig mod selvmordstruede. Blandt de få specifikke tilbud kan nævnes de tre centre for selvmordsforebyggelse i henholdsvis København, Odense og Århus.

**Center for selvmordsforebyggelse i København** er startet i 1992 som et behandlingsprojekt, finansieret ved hjælp af Sygekassernes Helsefond, Sundhedsministeriets Sundhedspulje og Københavns Kommune. Centret betjener både Frederiksberg Kommune og Københavns Kommune. Pr. 1. januar 1998 er centret efter en 6-årig periode videreført af H:S, (Hovedstadens Sygehusfællesskab). Målgruppen er borgere mellem 16-45 år, som tilbydes døgnophold i 14 dage. Klienterne henvises af læger og er således lægeligt afklaret på henvisningstidspunktet.

**Center til forebyggelse af selvmordsadfærd i Odense** er ligeledes startet som projekt i 1992. Det er i 6 år finansieret af Sygekassernes Helsefond, Sundhedsministeriets Sundhedspulje og Fyns Amt. I 1998 er det videreført af Fyns Amt, og skal herefter betjene alle borgere i amtet. Når der er tale om børn og unge under 15 år, henvises der til Børnepsykiatrisk afdeling. Behandlingen er ambulant, og de fleste klienter henvises fra Odense Universitetshospital, men alle kan henvende sig.

**Center for selvmordsforebyggelse i Århus** er oprettet af amtet i 1996, og er hermed det eneste center, som fra starten har været amtskommunalt og permanent, dog med krav om evaluering. Målgruppen er alle personer med selvmordsadfærd samt deres pårørende i Århus Amt. Behandlingen er ambulant og foregår i dagtimerne, men med telefonpasning døgnet rundt. Der stilles ingen krav om henvisningsformen, og mulighed for anonym behandling foreligger.

Alle tre centre er permanente specialenheder med lettilgængelige behandlingstilbud til mennesker, der har forsøgt selvmord eller har overvejelser herom.

De tre centre er organisatorisk etableret under psykiatrien, men målgruppen er mennesker, der ikke i forvejen har et behandlingstilbud eller ville kunne få det. Ingen af centrene modtager psykisk syge eller misbrugere.

Aldersmæssigt er der i de to centre i Odense og Århus ingen øvre og nedre grænse. Centret i København var fra starten tænkt som et ungdomscenter, men aldersgrænsen er nu hævet til 45 år.

Centrene varetager, udover rådgivning og behandling også undervisningsopgaver og yder konsulentbistand.

Centrenes behandlingstilbud er af kortere varighed, men med en form for opfølgning, som primært lægger vægt på læring af aktuelle problemer og håndtering af vanskelige livssituationer fremover.

Personalet er tværfagligt og uddannet til at have med målgruppen at gøre.

Fælles for de tre centre er ydermere, at der i behandlingen samarbejdes med klienternes pårørende, og at der også gives støttetilbud til disse. Efterladte visiteres til behandling hos psykolog ansat under sygesikringsordningen. I Odense har man etableret en sorggruppe for efterladte, og i Århus har der igennem "*Projekt Opsøgende indsats*" været tilbud om deltagelse i en gruppe for efterladte over 18 år, som har mistet en nærtstående ved selvmord inden for de sidste to år.

For alle tre centre er det essentielt at vægte eller styrke dialogen med forskellige samarbejdspartnere for at udbrede kendskabet til centrenes aktiviteter blandt henvisningsinstanser og efterfølgende nøglepersoner.

### 5.2.1 Andre specifikke tiltag

*Askovgården* i Københavns Kommune har fra 1. januar 1996 haft projektet *Lev Livet* som et selvmordsforebyggende tilbud, finansieret af Socialministeriet for en 2-årig periode. Projektet er indtil videre forlænget til efteråret 1998, og det er hensigten at gøre tilbudet permanent, da de foreløbige erfaringer viser et stort behov. Der har været knyttet 3 psykologer og 25 frivillige til projektet. Askovgården overgår imidlertid til brugerbetaling fra 1. august 1998. Tilbudet vil i så fald ikke være let tilgængeligt i økonomisk forstand. De frivillige medarbejdere, som bl.a. fungerer som støttepersoner, vil ikke fortsætte i den fremtidige ordning.

Af andre specifikke tiltag kan nævnes *Handlingsplan til forebyggelse af selvmord* i Frederiksborg Amt; *Forslag til strategiplan til forebyggelse af selvmordsadfærd* i Vejle Amt; *Vælg Livet*, forskningsrapport (0-5) udgivet af København Kommune i 1996 m.h.p. kortlægning, prioritering og forberedelse af selvmordsforebyggelse i Københavns Kommune. *Håndbog til støtte i arbejdet med selvmordstruede unge* udgivet af Ungdomscentret i Århus Kommune i december 1997 til støtte for fagpersonale. Disse har, efter udvalgets oplysninger, ikke resulteret i eller kun resulteret i begrænsede tiltag.

### **5.2.2 Eksempler på opfølgningstilbud og visitationsprocedurer specifikt rettet mod selvmordstruede**

Den manglende specifikke indsats over for selvmordstruede, har medført, at der inden for de sidste par år er udviklet projekter, hvor man specifikt søger at tilgodese de selvmordstruedes behov, når de i forbindelse med selvmordsforsøg henvender sig i skadestuen eller indlægges på somatiske afdelinger. På nogle somatiske skadestuer og hospitaler har man etableret rådgivnings/opfølgningstilbud til selvmordsforsøgere, som ikke er misbrugere eller har en psykisk sygdom. Her kan nævnes *Det Tværfaglige udviklingsprojekt på Ålborg Sygehus, centralsygehusene i Næstved og Nykøbing F. i Storstrøms Amt, skadestuen på Horsens Sygehus samt på Amtssygehuset i Herlev.*

### **5.3 Forebyggende indsats over for udsatte, hvor en betragtelig del er selvmordstruede**

Alle amter har mere generelle tilbud til psykisk syge, narko- og alkoholmisbrugere, børn og unge m.m. De fleste amter nævner dog, at der ikke findes nogle specifikt selvmordsforebyggende tilbud til særlige risikogrupper.

Der er ingen beskrevne tiltag i forhold til selvmordstruede mennesker med en anden etnisk baggrund end dansk, især ikke hvis vedkommende taler dårligt dansk.

Der er meget få amter og kommuner, der nævner tilbud til en bredere målgruppe, fx har selvmordstruede personer over 40 år meget begrænsede støtte- og behandlingstilbud, og for personer der ikke er sindslidende, som er midaldrende eller ældre, beskrives få tilbud.

#### **Inden for sundhedssektoren**

Behandling af selvmordstruede foregår primært gennem offentlige instanser som sygehusenes skadestuer, intensive afdelinger og psykiatriske afdelinger eller i misbrugsbehandlingen, hvor tilbudene ikke er rettet specifikt mod selvmordsproblematikken. Nogle få amter nævner en indsats over for selvmordstruede, ældre mennesker. Fx nævner *Århus Amt*, at der inden for *Geronto-psykiatrien på Psykiatrisk Hospital* er udbredt interesse blandt gerontopsykologerne for at arbejde med selvmordstruede ældre, og at personalet underviser plejepersonale og omsorgspersoner i problematikken.

#### **Inden for Socialektoren**

I socialt regi er der en del tilbud af mere generel karakter, som tager sig af børn og unge, der mistrives eller er i krise, og hvor unge med selvmordsadfærd og -tanker kan henvende sig eller få hjælp. I mange amter og kommuner råder socialforvaltningerne over børne- og ungdomsrådgivninger og familierådgivninger, som vil gribe ind enten via henvisninger fra egen læge, via offentlige og private institutioner, eller ved selvhenvendelse. Nogle har udvidet åbningstid og mulighed for anonym henvendelse.

I socialt/psykologisk regi nævnes her *Frederiksberg Ungdomsrådgivning og Ungekontakten i Århus* som eksempler på, hvordan der kan tilbydes rådgivning og behandling af unge efter selvmordsforsøg og unge med selvmordsovervejelser samt deres pårørende og efterladte.

På baggrund af af besvarelsene fra amter og kommuner er det samlede indtryk, at det ud over henvendelse på landets skadestuer og lægevagter, generelt er vanskeligt at få akut hjælp uden for dagtimerne for personer med selvmordstanker.

*Ålborg Sociale skadestue* er et eksempel på et værested i socialt regi, hvor personer i krise eller med selvmordstanker kan henvende sig efter kontortid.

#### **I uddannelsessektoren findes følgende tilbud:**

De pædagogisk/psykologiske rådgivningers målgrupper (PPR) er børn med problemer i folkeskoleregiet. De visiteres videre, hvis der skønnes behov for mere intensiv professionel hjælp. Til dækning af elever og studerendes behov på ungdomsuddannelser og videreuddannelser er der i nogle amter gymnasiepsykologordninger og studenterrådgivninger. Et eksempel er HF/Gymnasiepsykologordningerne i *Fyns Amt*, i *Frederiksberg* og *Lynby-Taarbæk kommuner*.

## **5.4 Frivilligt socialt arbejde**

Frivilligt socialt arbejde er en samlet betegnelse for frivillig indsats, frivillig organisation og aktiviteter, som frivillige organisationer driver, hvad enten det sker med frivillig eller lønnet arbejdskraft, og som foregår på det sociale eller sundhedsmæssige område.

Frivillige arbejder typisk som lægmænd, men der er også professionelle, fx psykologer og socialrådgivere, som er involveret i frivilligt arbejde. Der kan desuden være tilknyttet lønnet personale, som typisk indgår i administrationen eller som rådgivere.

I "lov om social service", som trådte i kraft 1. juli 1998, føjes nye elementer til samspillet mellem de frivillige sociale organisationer, foreninger med sygdomsbekæmpende formål, mv. og det offentlige system. Bestemmelserne, der findes i § 115, vedrører samarbejde, økonomisk tilskud og opfølgning. Der er ikke krav om, hvornår og i hvilket omfang, der skal samarbejdes, men alene tale om en generel forpligtelse til samarbejde.

I alle amter er der private organisationer, som supplerer de offentlige rådgivnings- og behandlingstilbud. Mange amter og kommuner samarbejder med og yder økonomisk støtte til de forskellige private initiativer. De private organisationer erstatter ikke de offentlige tilbud, men er et supplement.

Der findes få tilbud, hvor målgruppen specifikt er selvmordstruede personer eller personer, som har forsøgt at begå selvmord, mens der findes en række tilbud, hvor selvmordstruede forekommer. Det er typisk: telefonrådgivning, akut krisehjælp, væresteder og selvhjælpsgrupper<sup>8</sup>.

En stor del af de anonyme telefonrådgivninger modtager henvendelser fra mennesker, der direkte eller indirekte er berørte af selvmordsproblematikken. Dette gælder bl.a. de mange rådgivninger, lokale som landsdækkende, for somatisk eller psykisk syge, *Sind-linien*, *Aids-linien* og *Børns Vilkårs telefon*.

Eksempler på private initiativer, hvor målgruppen specifikt er selvmordstruede personer og deres pårørende, er bl.a.: "*Livslinien*", hvis kernefunktion er telefonrådgivning; projektet "*Støttecenter for selvmordstruede og deres familier*", som er et tilbud om personlig støtte, tilknyttet "*Kolding Selvhjælp*" samt "*selvmordsforebyggelsesgruppen*" under netværksgruppen i *Fredericia*, der koordinerer lokalt netværkssamarbejde på alle niveauer.

## **5.5 Konklusioner på udvalgets forespørgsel**

\* Der er i Danmark kun et sparsomt udbud af specifikke selvmordsforebyggende tiltag. I mange amter savnes specifikke rådgivnings- og behandlingstilbud til selvmordstruede. Dette gælder i særlig grad de personer, som ikke ville kunne få et tilbud inden for psykiatrien eller misbrugsbehandlingen.

\* Der savnes en koordineret tværsektoriel oversigt over de enkelte behandlings- og opfølgningstilbud ved udvist selvmordsadfærd. Der savnes også en koordineret indsats lokalt og på nationalt plan, således at selvmordstruede sikres en kvalificeret professionel behandling og opfølgning.

\* På de behandlende sygehusafdelinger savnes faste procedurer for psykiatriske tilsyn samt for visitation, hvilket kan bero på manglende kendskab til visitationsmuligheder eller reelt fravær af sådanne muligheder. Omkring halvdelen af selvmordsforsøgere uden psykiatrisk diagnose udskrives til hjemmet uden yderligere tilbud.

\* Alle amter har etableret generelle tilbud til børn og unge. Selvmordstruede i andre aldersgrupper har imidlertid kun overvejende sygesikringsordningen vedrørende psykologhjælp som tilbud, hvilket på nuværende tidspunkt forudsætter et egentligt selvmordsforsøg. Nogle vil på grund af egenbetaling ikke kunne udnytte dette tilbud.

\* Der mangler døgnåbne kontaktmuligheder, hvor selvmordstruede mennesker kan henvende sig.

\* Praksis vedrørende inddragelse af alment praktiserende læge i opfølgningen af behandlede patienter er meget varierende og tilfældig.

\* Der er stor variation i tilbudene fra amt til amt til selvmordstruedes pårørende og efterladte udover psykologer tilknyttet sygesikringsordningen og alment praktiserende læger.

\* De private organisationer yder en stor indsats i det opfølgende arbejde over for personer med selvmordsadfærd eller personer i krise, men deres tilbud omfatter normalt en bredere gruppe. Der mangler koordineret indsats og kvalificeret viden på området.

Indtrykket er, at der er en stigende bevågenhed og erkendelse af problematikken vedrørende personer med selvmordsadfærd. Flere amter har nedsat tværfaglige udvalg med det formål at forbedre indsatsen på området.

Der mangler stadigvæk lokale enheder eller team, der kan udvikle og formidle den opsamlede viden samt samarbejde med et centralt organ, således at de eksisterende behandlings- og forebyggelsestiltag bliver opkvalificerede og koordinerede på lokalt såvel som nationalt plan.

I de amter, hvor der er etableret tilbud, har udvalget indtrykket af, at man er opsat på at fortsætte indsatsen ved at udvikle nye tilbud og at styrke det tværfaglige samarbejde. Der er således en del erfaringer at trække på i det videre arbejde.

## III. Handlingsplan

### 6. Specifik forebyggelse

Ved **specifik selvmordsforebyggelse** forstås initiativer eller handlinger, der griber forebyggende ind i selvmordsprocessen i forhold til personer med selvmordsovervejelser eller i forhold til personer, der har forsøgt selvmord.

Specifik selvmordsforebyggelse omfatter ikke generel sygdomsforebyggelse eller forebyggelse af sociale eller andre lignende problemer. Specifik forebyggelse omfatter således ikke forandringer i organiseringen af det samfundsmæssige liv eller andre generelle samfundsmæssige forhold, der måtte have indflydelse på forekomsten af selvmordsadfærd.

#### Principper for arbejdet med selvmordstruede

Selvmordstruede personer har ofte gennem en længere periode været belastede på flere områder. Ofte er belastningen yderligere forværret af en akut udløsende anledning, og selvmordstruede personer er prægede af at være i krise. For en dels vedkommende er psykisk sygdom af stor betydning for selvmordsadfærden. Selvmordstruede personer ser ofte deres situation i et unuanceret sortsyn, har svært ved at inddrage deres netværk, og kan ikke finde relevante handlemuligheder. De ser deres situation som fastlåst og oplever fremtiden som ufremkommelig, præget af uoverstigelige barrierer. De er præget af uoverkommelighedsfølelse, følelseskaos og desperation. Når selvmordstruede

personer kommer i kontakt med behandlingssystemet, er det derfor af stor betydning, at de professionelle, som de kommer i kontakt med, anvender et *støttende og ledsagende princip* for at sikre, at behandlingen effektueres, selvom den selvmordstruede tvivler på nytten af behandling, er for svækket til at opsøge flere instanser, eller ikke har gennemslagskraft til at sikre sig konkrete aftaler i behandlingssystemet. Hvis den selvmordstruede skal tages vare på i et andet regi end vedkommende er kommet til primært, indebærer det støttende og ledsagende princip, at man sørger for, at der sikres en overdragelse, eventuelt med personledsagelse, i de tilfælde, hvor det er usikkert, om den selvmordstruede selv kan forestå henvendelse i et nyt regi.

Vurderingen af den selvmordstruede skal, uanset hvordan den er organiseret, omfatte en afklaring af personens eventuelle sociale og personlige problemer, afdækning af eventuelt misbrug af alkohol eller stoffer og diagnosticering af eventuel psykisk sygdom.

Behandlingen af den selvmordstruede kan organiseres på mange forskellige måder og tilrettelægges i forskellige regier. Nedenfor redegøres for hvilke specifikke behandlingstilbud, der kan være brug for. Som et alment princip gælder, at behandlingstilbudene bør være *behovsorienterede og fleksible*.

### **Målsætning for den specifikke selvmordsforebyggende indsats**

Den ambitiøse målsætning i handlingsplanen for det specifikke forebyggende arbejde er:

*at personer, som er selvmordstruede skal identificeres og have et relevant behandlingstilbud.*

Den specifikke forebyggelse kan, lidt skematisk og forenklet, opdeles i 3 elementer: Identifikation, afklaring/vurdering/visitation og behandling, som alle bør styrkes, forbedres eller forandres.

Lokalt vil der være mange forskellige måder, hvorpå de 3 elementer kan tilvejebringes. I nogle tilfælde vil den samme professionelle, som identificerer problemet, også kunne vurdere patienten eller klienten og forestå behandlingen, men i de fleste tilfælde vil der være tale om et samarbejde mellem forskellige instanser. Det er af stor betydning, at de involverede parter er velkvalificerede i forhold til opgaven, og at samarbejdet parterne imellem er velfungerende.

## **6.1 Opkvalificering af identifikation**

Mennesker, plaget af selvmordsimpulser og -tanker og mennesker, der har forsøgt at tage livet af sig, kan forekomme i alle sammenhænge. Det anses som afgørende i det forebyggende arbejde, at disse mennesker 'ses' og 'høres', således at de kan tilbydes hurtig og relevant hjælp.

Viden om selvmordssignaler og den suicidale proces er nødvendig for at kunne identificere selvmordsovervejelser, som kan være udtrykt meget vagt. Desuden er en vis grad af kommunikationsfærdigheder og personligt mod nødvendigt for at kunne afdække, om en person er selvmordstruet. Civile borgere skal som medmennesker være opmærksomme på, at personer i nød kan hente hjælp, og der bør formidles viden om, hvor man kan få oplysninger om, hvor hjælpen findes.

Nogle møder i kraft af deres funktion, som fx beboerrådgivere i specielt belastede boligområder, støttekontaktpersoner eller fagforeningsansatte, oftere mennesker, der er selvmordstruede. Det er vigtigt, at de pågældende ved hvortil, de kan henvise mennesker med selvmordsadfærd eller selvmordstanker.

Medarbejdere ved forskellige telefonlinier vil ofte blive konsulteret vedrørende selvmordstanker eller selvmordsadfærd. Det er vigtigt, at medarbejderne ved disse telefonlinier, uanset om de er professionelle eller uden specifik faguddannelse, ved hvordan de skal rådgive om støtte- og behandlingstilbud. På en telefonlinie vil det ofte være umuligt, selv for professionelle, at bedømme selvmordsrisiko, og derfor er henvisning til nærmere vurdering ved relevante instanser, fx psykiatrisk skadestue, ofte afgørende.

En række faggrupper støder i deres arbejde på selvmordstruede personer. Det drejer sig om professionelle, der generelt har med mange borgere at gøre: såsom skolelærere, studievejledninger på skoler og ungdomsuddannelser, studiekontorer på videregående uddannelser, den pædagogisk psykologiske rådgivning (PPR), pædagoger på

døgninstitutioner, hjemmehjælpere, politifolk, personer ansat i private sociale institutioner, personalet i socialforvaltninger og fagpersoner, der har at gøre med mennesker af anden etnisk baggrund end dansk.

En del professionelle støder i deres arbejde ofte på selvmordsproblematikken. Det drejer sig om personalet (sygeplejersker, læger, sosu-assistenten og andre) på de afdelinger, der modtager patienter med selvmordsadfærd (medicinske og kirurgiske afdelinger, skadestue), lægevagter, psykiatriske udrykningsordninger, personale på de psykiatriske afdelinger, i psykiatriske skadestuer, i distriktskykiatriske centre og i kommunernes sociale tilbud til sindslidende. Specielt på de psykiatriske afdelinger vil der ofte være indlagte patienter med en høj risiko for selvmordsadfærd. Alment praktiserende læger, personale på plejehjem og misbrugsinstitutioner og psykologer, som fungerer under sygesikringsordningen, vil også jævnligt komme i situationer, hvor de kommer i kontakt med selvmordstruede personer.

Herudover er der en række grupper, der har nogle ret specifikke opgaver, og som i forbindelse med disse jævnligt er konfronteret med selvmordsadfærd. Det gælder bedemænd, præster, politi, brandmænd og ambulanceførere.

I kapitel 9 gives forslag til hvorledes selvmordsproblematikken kan indgå i de respektive uddannelser og efteruddannelser, således at professionelle i bred forstand bliver langt bedre end i dag, til at identificere en selvmordsproblematik, møde den selvmordstruede og hjælpe vedkommende videre til en vurdering *før* behandling, eller direkte *ind* i et behandlingstilbud.

## 6.2 Vurdering/afklaring og visitation

I mange tilfælde vil den person, der identificerer en selvmordstruet person, ikke selv kunne vurdere og eventuelt diagnosticere klienten/patienten, og man skal derfor kunne henvise vedkommende til en relevant fagperson eller en instans, med henblik på dels en vurdering og afklaring og dels en eventuel visitering til relevant hjælp og behandling.

Det er vigtigt, at den selvmordstruede hurtigt, støttende og ledsagende gives tilbud om videre hjælp. Det er afgørende, at personer med selvmordsadfærd visiteres til det mest velegnede behandlingstilbud for at undgå forsinkelse af effektiv behandling og øget risiko for selvbeskadigelse og selvmord. Dette forudsætter en kvalificeret udredning og vurdering af pågældende persons psykiske tilstand, den konkrete og akutte livsfare, vedkommendes ressourcer og handlekompetence, netværk og andre forhold, som kan have relevans for visitering til det rette behandlingstilbud. Det er væsentligt, at vurderingen omfatter en afklaring af personens eventuelle sociale og personlige problemer, afdækning af eventuelt misbrug af alkohol eller stoffer og diagnosticering af eventuel psykisk sygdom.

På baggrund af en sådan grundig udredning skal der tages stilling til i hvilket regi, den fortsatte behandling bedst foregår. Der skal tages stilling til, om der er behov for psykiatrisk behandling, om der eventuelt er indikation for tvangsindlæggelse eller om vedkommende bør tilbydes behandling uden for psykiatrien, og i så fald hvor.

Personer med selvmordsadfærd, som bringes ind på sygehus, bliver aktuelt ikke altid vurderet ved psykiatrisk tilsyn. Der er sygehuse, hvor der ikke er etableret lettilgængelig mulighed for psykiatrisk tilsyn, og ofte fremlægges psykiatrisk tilsyn som et tilbud til patienten, fremfor at være en indarbejdet rutine.

På hospitalsafdelinger med kontakt til personer med selvmordsadfærd skal der umiddelbart kunne foretages en kvalificeret afklaring og vurdering af personens helhedssituation, herunder personens psykiske tilstand, således at relevant behandling kan iværksættes. Denne vurdering bør som et minimum indeholde vurdering ved psykiatrisk tilsyn, og det skal, når patientens fysiske tilstand tillader det, kunne gennemføres inden for det første døgn.

Det bør tilstræbes, at al visitering af selvmordstruede personer foregår hurtigt, korrekt, støttende og eventuelt også ledsagende. Den, der identificerer problemstillingen og eventuelt har en fortrolig og tillidsfuld kontakt med den selvmordstruede, skal påtage sig ansvaret for at følge pågældende videre fx indtil anden indsats er effektueret. Dette er især meget væsentligt, når den selvmordstruede er et stort barn eller en ung.

### Den udredende/vurderende og visiterende funktion

Det anbefales, at der i hver amt eller større kommuner etableres enkle og lettilgængelige lokale funktioner, der kan konsulteres eller inddrages med henblik på at foretage en vurdering af klienten/patienten og af den mest hensigtsmæssige støtte og behandling. Disse skal etableres med de fornødne faglige ressourcer, evt. som team bestående af psykiatrisk-, psykologisk- og socialrådgiverekspertise. I tillæg har teamet som opgave, hurtigt og ledsagende at visitere klienter/patienter til eventuel videre behandling.

Teamets medarbejdere, der forestår nævnte opgave, kan, afhængigt af opgavens karakter, enten tilkaldes til vurdering og visitation af klienter/patienter eller klienter/patienter kan henvises til teamet. I nogle situationer kan professionelle nøjes med telefonisk at konsultere teamets medarbejdere med henblik på vejledning om passende visitation.

Opgaven bør tilpasses lokale forhold, men i løsningen bør der etableres *faste procedurer og klare retningslinier* for ansvarsområdet. Det er væsentligt, at de vurderende/visiterende funktioner besidder eller kan rekvirere en opdateret viden om lokale og aktuelle støtte- og behandlingstilbud, såvel i behandlingssystemet, i socialforvaltningsregi, i private som i frivillige organisationer.

Funktionen kan implementeres i et selvmordsforebyggende center (se nedenfor), i en socialforvaltning, eller den kan sikres i forbindelse med oprettelse af en liaisonpsykiatrisk enhed (enhed, der udgår fra psykiatrisk afdeling med det formål at tilbyde psykiatrisk udredning, diagnostik og behandling til de somatiske afdelinger) på et sygehus, hvor en fast, tværfaglig gruppe, bestående af psykiatere, psykologer og socialrådgivere forestår alle vurderinger og visitationer af personer med selvmordsadfærd.

Det skal pointeres, at vurdering og visitation i en række tilfælde kan foretages af den person eller institution, der først identificerer selvmordsadfærd. Her vil inddragelse af det vurderende og visiterende team være overflødig.

Det anbefales, at man såvel ved vurdering som ved visitation af personer med anden etnisk baggrund end dansk, som kun dårligt taler eller forstår dansk, inddrager tolk og fagpersoner med relevante kvalifikationer. Tilsvarende skal vurdering og visitation af børn og unge forestås af professionelle med særlig forstand på disse aldersgrupper.

### **Lokal opdateret koordineret vidensfunktion**

Det er af afgørende betydning, at det vurderende og visiterende team og alle andre har adgang til helt opdateret viden om lokale behandlings- og støttetilbud for selvmordstruede, pårørende og efterladte.

Det anbefales, at hvert amt og kommune sørger for, at opdateret viden om lokalområdets egentlige behandlingstilbud, støttende tilbud, eventuelle selvhjælpsgrupper mv., i såvel offentligt som i privat regi, om visitationsprocedurer til disse steder og deres kapacitet og faglige tilbud, - at al denne viden er samlet ét sted, kendt for borgere og professionelle.

Om en sådan funktion skal placeres i en social- og sundhedsforvaltning eller i et selvmordsforebyggende center er mindre afgørende og må afhænge af amtets interne organisering samt geografiske og demografiske sammensætning. Det er vigtigt, at det sikres, at viden om de lokale tilbud regelmæssigt tilflyder de instanser, der er tillagt visitationsopgaven.

## **6.3 Behandling og social støtte til personer med selvmordsadfærd, deres pårørende og efterladte til personer der har begået selvmord**

Udvalgets undersøgelse af de selvmordsforebyggende initiativer og behandlingstilbud for selvmordstruede, deres pårørende og tilbud til efterladte af selvmordsdøde viser, at indsatsen generelt er ukoordineret, og mange steder mangler det nødvendige psykosociale helhedssyn. Disse forhold danner baggrund for de følgende anbefalinger.

Behandlingen af selvmordstruede personer kan finde sted i forskellige regi'er, afhængigt af den selvmordstruedes tilstand og problematik og den lokale organisering af opgaverne. I det følgende gennemgås den specifikke indsats til selvmordstruede på de vigtigste områder.

Målsætningen for behandlingsindsatsen i forhold til personer, der har foretaget selvmordsforsøg eller personer, der har påtrængende selvmordsovervejelser, er, at alle får et kvalificeret behandlingstilbud. Især er det afgørende at personer, der har foretaget selvmordsforsøg, tilbydes en relevant, individuelt tilpasset opfølgende indsats. Denne indsats kan, afhængigt af den problematik, der er den væsentligste for den pågældende, varetages af forskellige instanser, så som det psykiatriske behandlingssystem, misbrugsbehandlingssystemet, specifikke tilbud rettet mod personer med selvmordsadfærd, støtte og behandlingstilbud i socialforvaltningens regi, hos privat praktiserende psykiatere eller psykologer.

Det er vigtigt, at indsatsen er aktivt opfølgende, idet mange oplever fasen efter selvmordsforsøg kaotisk og har brug for tydelig vejledning og håndfast støtte. Det er vigtigt, at behandlingstilbudet indeholder en mulighed for at genoptage kontakten, hvis en kritisk fase skulle indtræde efter at behandlingsforløbet er afsluttet. Der kan ikke sættes nogen fast tidsgrænse for, hvor længe behandlingsindsatsen skal foregå, men forskningsresultater tyder på, at det første år efter selvmordsforsøg er det mest sårbare, idet det er i den periode, der er størst risiko for gentagelse af selvmordshandlinger.

Behandlingen bør foretages ud fra individuel hensyntagen til, hvad personen selv ønsker og hvilken behandling, der konkret skønnes mest relevant.

For pårørende til personer med selvmordsadfærd er det væsentligt med en opfølgende støtte, som med fordel kan være en integreret del af den hjælp, der tilbydes den selvmordstruede.

### **6.3.1 Selvmordsforebyggende centre**

Med henblik på at sikre en systematisk og højt kvalificeret indsats i forhold til behandling af mennesker som er selvmordstruede eller som har forsøgt selvmord, men som ikke er præget af alvorligere sindslidelser eller svært misbrug, kan specialiserede centre etableres, således som det er allerede sket i tre amter. (jf. bilagsdelen).

Erfaringer fra allerede eksisterende centre tyder på, at mennesker, der falder inden for centrenes målgruppe, ofte vil være belastet af følelsesmæssige og adfærdsmæssige vanskeligheder, samt af belastninger i mellem menneskelige forhold. Hertil kommer ofte sociale problemer af enhver art.

Centrene skal kunne modtage personer fra alle aldersgrupper og ligeledes kunne yde en tværfaglig indsats overfor mennesker af fremmed herkomst, hvad enten de er vokset op i Danmark eller kommet til landet som voksne.

Af væsentlige principper for centrenes virke kan nævnes:

- \* Adgangen til behandling skal være enkel og hurtig.
- \* Tilbudet skal gives på grundlag af en tværfaglig vurdering af tilstanden og livssituationen.
- \* Behandlingstilbudene skal være fleksible ud fra en behovsvurdering.
- \* Vægten skal lægges på korttidsterapeutiske tiltag.
- \* Opsøgende arbejde skal være en mulighed for at sikre kontaktetablering- eller fastholdelse.
- \* Efter afslutning af behandlingen skal der tilbydes opfølgning.
- \* Afsluttede klienter opfordres til at henvende sig ved behov (åben dør politik). Pårørende eller professionelt netværk skal kunne inddrages.

Som en konsekvens af ovenstående arbejdsområder skal centrene normeres tværfagligt med socialrådgivere, psykologer og psykiatere.

Udover de behandlingsmæssige opgaver kan centrene fungere som koordinerende instans af det lokale selvmordsforebyggende arbejde samt udføre konsulent-, undervisnings- og supervisionsopgaver, både som planlagte opgaver og i akutprægede situationer, fx i relation til børne/unge- området.

I regioner med større byer vil sådanne centre naturligt kunne etableres. I andre geografiske områder vil et netværk af specialister formentligt være optimalt.

### **6.3.2 Behandling hos psykologer med sygesikringsoverenskomst**

Siden 1992 har personer i akut krise, opstået som følge af en række specifikke hændelser, haft mulighed for at modtage behandling (i alt 12 timer) med tilskud fra sygesikringen hos psykologer med sygesikringsoverenskomst. Visitation til denne ordning sker via patientens egen læge. Denne ordning omfatter efterladte til selvmordsdøde.

Siden midten af 1995 har også personer, der har forsøgt at tage sit eget liv, været omfattet af ordningen. I perioden januar-november 1997, blev 585 personer henvist efter selvmordsforsøg. Egenbetalingen er aktuelt (april 1998) 214 kr. pr. samtale, dvs. 40 procent af normaltaksten.

Med denne ordning blev forholdene for kriseramte mennesker betydeligt forbedret. Men ordningen er behæftet med en række generelle problemer og problemer, der specifikt knytter sig til behandlingen af personer, der har forsøgt selvmord.

Handlingsplanen foreslår ændringer, der kan afhjælpe disse problemer. Egenbetalingen er for nogle patienter for stor, hvilket kan forhindre, at de får den nødvendige behandling.

Det anbefales

*\* At det offentlige fx socialforvaltningen, efter en konkret trangsvurdering altid betaler egenandelen, hvis patienten ikke selv kan.*

*\* At personer, der har forsøgt selvmord samt efterladte prioriteres og således ikke risikerer at skulle stå på venteliste til behandling.*

*\* At der skal være mulighed for at dispensere for 12 timers reglen i de få tilfælde, hvor dette er indiceret, og at patienten sikres relevant efterbehandling eller anden støtte efter, at den mest akutte fase er overstået.*

*\* At andre end alment praktiserende læger skal have henvisningsret, fx hospitalslæger og psykologer.*

*\* At også alvorlige selvmordsovervejelser/impulser skal kunne berettige behandling ved sygesikringspsykolog.*

### **6.3.3 Socialforvaltningens behandlingsansvar i forhold til mennesker med selvmordsadfærd og pårørende og efterladte**

Det anbefales, at amterne i samarbejde med kommunerne tilrettelægger det selvmordsforebyggende arbejde udfra lokale og geografiske forhold samt, at amtet til stadighed følger og evaluerer indsatsen lokalt.

Socialforvaltningernes opgave er først og fremmest at sikre, at et relevant, kvalificeret og hurtigt behandlingstilbud forefindes til personer med selvmordsadfærd, som ikke er psykisk syge og derfor ikke skal behandles i det psykiatriske regi. Ligeledes skal socialforvaltningerne kunne sikre at pårørende til personer, der har forsøgt selvmord, samt efterladte kan tilbydes den fornødne støtte og eventuelle behandling. Dette gælder ikke mindst børn og unge, som har mistet en forældre ved selvmord, eller hvis forældre har forsøgt selvmord.

I mange amter og kommuner råder socialforvaltningerne over institutioner, der kan varetage behandlingsopgaver i forhold til den selvmordsberørte målgruppe, altså til selvmordstruede, pårørende og efterladte. Ligeledes har en del amter og kommuner overenskomst med relevante behandlingsinstitutioner i det private regi. Det mest karakteristiske er dog, at der i langt de fleste amter og kommuner er persongrupper, der ikke er sikret et behandlingstilbud. Det kan fx være misbrugere med suicidaladfærd, ældre, unge eller andre klientgrupper.

I det enkelte amt bør der findes kvalificerede tilbud til alle personer med selvmordsadfærd, uanset alder, etnisk baggrund, eller en eventuel misbrugsproblematik.

Selv mordstanker og selvmordsforsøg optræder hyppigere hos unge end i andre aldersgrupper. Det er konstateret, at langt de fleste unge, som har alvorlige selvmordsovervejelser, udviser selvmordsadfærd eller foretager egentligt selvmordsforsøg, allerede er i kontakt med et eller flere offentlige eller private tilbud, almene eller specielle. Specifik forebyggelse af selvmord og selvmordsadfærd hos unge mennesker under myndighedsalderen bør derfor primært ske via en styrkelse af samarbejdet mellem de eksisterende behandlings-, støtte-, og rådgivningstilbud, som findes i såvel offentligt som i privat regi. Der bør i hvert amt eksistere åbne ungdomsrådgivninger, hvor unge selvmordstruede kan tilbydes behandling ved psykologer og socialrådgivere.

Det anbefales, at der i amterne er et antal døgnpladser for selvmordstruede personer, der ikke behandlingsmæssigt hører til i det psykiatriske regi, men som i en kortere krisepræget periode har behov for mere intensiv kontakt, støtte og eventuelt behandling. Sådanne pladser kan etableres på allerede eksisterende institutioner, fx på plejehjem, på ungdomspensioner, på krisecentre o.lign. Et sådant døgntilbud bør ikke være fælles for børn/unge og voksne, og det er vigtigt, at der også eksisterer døgntilbud for ikke-myndige personer. Sådanne døgnåbne tilbud kan tillige fungere som lokal telefonvagt for mennesker i krise, som uden for normal kontortid har behov for hjælp.

En specifik selvmordsforebyggende indsats bør også omfatte socialt støttende og netværksudviklende tilbud. I en del tilfælde vil der være behov for, at personer med selvmordsadfærd - uanset alder, etnisk baggrund, eventuel misbrugsproblematik og eventuel sindslidelse - kan henvises til opfølgende støtte i selvhjælpsgrupper, aktivitets- og væresteder og lignende. En sådan henvisning kan være et relevant tilbud parallelt med terapeutisk behandling eller som opfølgning efter endt behandling.

Fokus bør være på den sociale og netværksudviklende støtte samt på den personlige udvikling af evnen til problemløsning og livsmestring.

Det anbefales:

*\* At amter og kommuner undersøger, hvad der allerede findes af relevante tilbud i deres område og derefter tager stilling til det eventuelle behov for etablering af yderligere netværkstilbud.*

*\* At socialforvaltningerne sikrer, at der findes relevante, kvalificerede behandlingstilbud til personer med selvmordsadfærd, som ikke er psykisk syge.*

*\* At socialforvaltningerne sikrer, at pårørende til personer, der har forsøgt selvmord, og efterladte kan tilbydes den fornødne støtte og eventuelle behandling.*

*\* At der i amterne forefindes et antal døgnpladser, for selvmordstruede, ikke psykisk syge personer, der er i en krisepræget periode.*

*\* At der i kommunerne bør være netværksudviklende tilbud, som personer med selvmordsadfærd kan benytte, når den akutte tilstand er overstået.*

### **6.3.4 Behandlingstilbud til skoleelever og andre personer under uddannelse**

De eksisterende pædagogisk/psykologiske rådgivninger (PPR) bør rustes, både fagligt og normeringsmæssigt, til at kunne tilbyde støtte/rådgivning og behandling til elever, der udviser selvmordsadfærd, såfremt de ikke bedst tilbydes

behandling i psykiatrisk regi. PPR bør derfor normeres således, at behandlingstilbud kan realiseres umiddelbart og om nødvendigt opkvalificeres til denne behandlingsopgave gennem efteruddannelsesprogrammer.

I de kommuner, hvor PPR ikke systematisk har et tilbud til elever på ungdomsuddannelserne, skal elever, der udviser selvmordsadfærd sikres andre støtte- og behandlingsmuligheder. Dette kan i nogle geografiske områder fx realiseres ved, at de eksisterende behandlingstilbud til studerende (Studenterrådgivningerne) udvider deres målgruppe til at omfatte alle uddannelsessøgende eller ved, at studerende får adgang til anden gratis og akut behandling i socialforvaltningens regi.

Etablering af de tidligere nævnte amtslige centre vil kunne dække en del af den anbefalede behandlingskapacitet, og etableringen af centrene ville derfor naturligt kunne ske som et tværforvaltningsmæssigt initiativ.

Der skal være adgang til ambulant psykiatrisk behandling og konsulentbistand, og der skal være mulighed for børne- og ungdomspsykiatrisk indlæggelse i akutte og alvorlige tilfælde, når der er tale om psykiatiske problemstillinger.

### 6.3.5 De frivilliges rolle i specifik forebyggelse

Erfaringerne fra udvalgets indsamling af eksempler på de frivilliges indsats er, at der kun er få tilbud, hvor de frivillige har opbygget egentlige tilbud inden for specifik forebyggelse. De frivilliges rolle må i forhold til specifik forebyggelse helt afhænge af, hvorvidt de frivillige er fagligt relevant uddannede eller ikke. Frivillige, der har en professionel behandleruddannelse, og som arbejder ulønnet i en privat organisation, kan påtage sig vurderende, visiterende og behandelende opgaver på linie med tilsvarende uddannede i fx offentlige institutioner.

Frivillige uden relevant uddannelse skal ikke varetage behandlingsopgaver, men visitere videre til fx det tværfaglige, visiterende team for korrekt visitering til behandling. Erfaringerne fra udvalgets undersøgelse af den frivillige indsats på området viser da også, at forholdene er nogenlunde som ovenstående. Mange frivillige vil i deres arbejde komme i kontakt med selvmordstruede. Derfor er det vigtigt, at de frivillige trænes i at identificere selvmordstruede, rustes til at samtale med disse mennesker og på en betryggende måde kan lede dem videre og motivere dem for den yderligere hjælp, som den frivillige ikke kan tilbyde.

De frivillige udgør en væsentlig funktion i forhold til at yde støtte, kontakt og omsorg i forhold til selvmordstruede, pårørende og efterladte, når et eventuelt behandlingsarbejde er afsluttet eller sideløbende med dette.

Eksempel på efterfølgende eller supplerende tilbud er deltagelse i selvhjælpsgrupper. Disse bør erfaringsmæssigt ikke anvendes i akutte faser for selvmordstruede, pårørende eller efterladte. Derimod er der gode erfaringer med selvhjælpsgrupper som opfølgning på egentlige professionelle tilbud. De frivillige hjælpeorganisationers åbningstider og lettilgængelighed, ofte uden for almindelig kontortid, kan være en stor fordel i dette arbejde. Eksempel på en rådgivende funktion kan være telefonlinier.

Frivillighedsindsatsen må ses som et væsentligt og nødvendigt supplement til offentlige tilbud til mennesker, der er berørte af en selvmordsproblematik, men kan ikke erstatte dette, med mindre der er tale om private institutioner med uddannet personale.

For frivillige, der arbejder inden for specifik forebyggelse anbefales følgende funktioner:

*\* At frivillige rustes til at identificere selvmordsadfærd, kommunikere med mennesker om selvmord og kvalificeres til at visitere sådanne videre til udredning eller anden professionel hjælp.*

*\* At frivillighedsformidlinger og selvhjælpsgruppeorganiseringer støttes af det offentlige til at varetage fx kontakt- og omsorgsopgaver samt opfølgingsopgaver i forhold til mennesker, der er berørte af selvmordsproblematik til dannelsen af selvhjælpsgrupper, væresteder mv.*

*\* At rekruttering af frivillige sker efter grundig vurdering af de frivilliges modenhed og afklarethed om eget liv, holdninger til selvmordsproblematikken, viden og kendskab til egne grænser, lytteevner og evne til at rumme stærke følelser.*

*\* At frivillige, der arbejder inden for dette område, har mulighed for at modtage supervision af relevante uddannede til denne opgave og tilbydes kurser og anden nødvendig undervisning.*

*\* At de frivilliges indsats på området løbende evalueres og justeres inden for organisationen.*

### **6.3.6 Behandling af personer med selvmordsadfærd hos alment praktiserende læger**

Den praktiserende læges rolle i forbindelse med selvmordsadfærd vil være at identificere problematikken, forestå behandlingen eller visitere selvmordstruede til andet behandlingstilbud.

Lægen skal undersøge og vurdere tilstedeværelse og alvorlighed af selvmordstanker, eventuelle selvmordsimpulser og selvmordshandlinger. Denne undersøgelse ligger til grund for en vurdering af, om patienten er farlig for sig selv. Hvis lægen mener, at der foreligger overhængende fare for selvmord eller selvmordsforsøg, som det ikke er muligt overbevisende at tale patienten fra, skal lægen tilbyde patienten indlæggelse i psykiatrisk afdeling. Såfremt dette ikke accepteres af patienten, må lægen overveje muligheden af at indlægge patienten mod dennes vilje, hvis betingelserne herfor er tilstede.

Ved samtalen med patienten må den praktiserende læge undersøge om patienten lider af en depressiv tilstand eller anden psykisk lidelse og iværksætte eller henvise til relevant behandling herfor.

Ved siden af medicinsk behandling af depressive tilstande vil den praktiserende læge efter en særlig aftale med sygesikringen kunne tilbyde samtalebehandlinger (hvor dette er indiceret) ofte under supervision.

I de tilfælde hvor den praktiserende læge skønner, at tilfældet ikke kan håndteres forsvarligt i almen praksis, skal lægen kende muligheder for videre visitation til relevante behandlingstilbud. Disse må være organiseret således, at muligheden for umiddelbart henvisning og vurdering er til stede.

### **6.3.7 Behandling af patienter med selvmordsadfærd på psykiatrisk afdeling, i distriktskykiatrien og hos praktiserende speciallæge i psykiatri**

Blandt personer med selvmordsadfærd har en del brug for akut psykiatrisk behandling. Det kan dreje sig om, at selvmordsfaren er så overhængende, at akut lukket psykiatrisk afdeling er det regi, hvor selvmordsfaren bedst kan afværges. Der kan også være tale om, at stærke selvmordsimpulser opstår under en behandlingskrævende svær depressiv episode, som et led i skizofreni eller anden psykotisk tilstand, eller i forbindelse med svær personlighedsforstyrrelse. Behandling af psykisk syge med selvmordsadfærd bør foregå på psykiatrisk afdeling i akutte faser. I faser, hvor selvmordsfaren er mindre og patientens tilstand i øvrigt tillader det, kan den foregå på distriktskykiatriske centre eller hos praktiserende speciallæger i psykiatri.

For børn og unge med selvmordsadfærd bør ambulant børne-ungdomspsykiatrisk behandling eller konsulentbistand være en tilgængelig mulighed, ligesom indlæggelse på børne-ungdomspsykiatrisk afdeling bør kunne etableres akut.

I behandlingen af overhængende selvmordsfare er det nødvendigt at sikre patientens fysiske overlevelse. Det kan indebære, at patienten ikke får lov at gå uden for afdelingen, i alvorlige tilfælde heller ikke i følge med personale. Det kan også indebære, at patienten får en fast vagt, og at genstande, som kan anvendes selvdestruktivt fjernes fra patienten. Det indebærer, at personalet, og specielt de læger, der træffer afgørelse om hvilke rammer, der skal være om patienten under indlæggelsen, bør være veluddannede og trænede i at vurdere tegn på selvmordsadfærd. Patienten må udspørges om selvmordstanker, selvmordsplaner, eventuelle konkrete forberedelser af selvmordsforsøg, overvejelser om farlighed af forskellige metoder, afskedsbrev etc. I vurdering af selvmordsrisiko lægges vægt på svarene på ovenstående

spørgsmål og på, om patienten på overbevisende måde tager afstand fra selvmordsimpulser. Patienterne må udspørges om oplevelse af håbløshed og syn på fremtiden. Herudover må patientens psykiske tilstand tages i betragtning. Svært forpinte depressive patienter er ofte selvmordsfarlige, fordi de ikke har noget håb om ændring i deres tilstand, samtidigt med at depressivt farvede vrangforestillinger kan drive dem til selvmord. Patienter, der lider af skizofreni kan være selvmordsfarlige i akut psykotiske perioder, men også i perioder, hvor de psykotiske symptomer er relativt velbehandlede og de (egentligt) har et realistisk syn på deres fremtid.

Blandt patienter indlagt på psykiatrisk afdeling er der en betydelig selvmordsrisiko. De psykiatriske afdelinger skal være indrettet, så mulighederne for at begå selvmord i afdelingen er så få som muligt. Ved en gennemtænkt indretning af afdelingen, kan selvmord konkret vanskeliggøres betydeligt uden at miljøet på afdelingen lider herunder. Personale på psykiatriske afdelinger skal opkvalificeres gennem blandt andet efteruddannelse, således at de bliver bedre til at vurdere tegn på selvmordsfare og til at kommunikere med patienter omkring en selvmordsproblematik.

Selvmordshyppigheden blandt psykiatriske patienter er højest umiddelbart efter udskrivning, hvilket må søges forebygget ved en særlig opmærksomhed på selvmordssignaler i forbindelse med udskrivning og en intensiveret, opfølgende indsats hurtigt efter udskrivelse.

Behandling i distriktpsykiatrisk center eller hos praktiserende speciallæge i psykiatri kan komme på tale, når der ikke er akut overhængende selvmordsfare. Begge steder er der mulighed for at tilbyde længerevarende forløb, og dette vil de fleste tilfælde være indiceret.

Det anbefales:

*\* At behandling af psykisk syge med selvmordsadfærd i de akutte faser foregår på psykiatrisk afdeling i akutte faser.*

*\* At personer, der skønnes at være i akut overhængende selvmordsfare, indlægges på psykiatrisk afdeling, som er det regi, hvor selvmordsfaren bedst kan afværges.*

*\* At indlæggelse på børne-ungdomspsykiatrisk afdeling kan etableres akut.*

*\* At læger, der træffer afgørelse om hvilke rammer, der skal være om patienten under indlæggelsen, er veluddannede og træned i at vurdere tegn på selvmordsadfærd.*

*\* At de psykiatriske afdelinger indrettes, så mulighederne for at begå selvmord i afdelingen er så få som muligt.*

## **6.4 Tavshedspligt og underretningspligt**

Personale, der forestår behandling af personer, der har foretaget selvmordsforsøg, skal søge at indhente informeret samtykke fra disse til at viderebringe helbredsoplysninger til relevante instanser, fx den alment praktiserende læge. Det generelle princip, som bør følges, er at søge at opnå samarbejde med patienten om dette og dermed respektere patientens autonomi. I situationer, hvor det ikke er lykkedes at indhente patientens informerede samtykke hvis fx en patient, der er indbragt efter selvforgiftning, er gået fra en hospitalsafdeling, uden at det var aftalt - kan den behandlende læge i henhold til forslag til "lov om patienters retsstilling" §24, stk. 2,1 og 2 videregive oplysninger, hvis dette er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, eller hvis videregivelsen skønnes at være nødvendig af væsentlige hensyn til patienten. Oplysninger om behandling af selvmordsforsøg opfattes af udvalget som værende omfattet af disse bestemmelser.

Unge under 18 år med selvmordsadfærd bør være omfattet af bestemmelser i "lov om social service" vedrørende almindelig underretningspligt og særlig underretningspligt §§ 35 og 36. Den særlige underretningspligt betyder, at personer i offentlig tjeneste og hverv har en særlig forpligtelse til at underrette socialforvaltningen, når de gennem deres virksomhed bliver bekendt med forhold, der må give formodning om, at den unge kan have behov for social bistand. Socialministeriet har også udsendt en bekendtgørelse om underretningspligt overfor kommunen, hvorefter også privat praktiserende læger omfattes af underretningspligten. Oftest kan underretning foretages i samarbejde og forståelse med den unge. Forældrene bør underrettes samtidig.

Alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger i psykiatri, distriktspsykiatriske centre og psykiatriske afdelinger bør rutinemæssigt underrettes, hvis en patient, som har været i behandling hos den pågældende læge, i afdeling eller center, dør ved selvmord.

## 6.5 Afslutning

Målsætningen for det specifikke forebyggende arbejde er, at alle personer, som er selvmordstruede skal identificeres og tilbydes relevant hjælp.

Inden amterne eller kommunerne påbegynder en styrkelse af den selvmordsforebyggende indsats, anbefales det, at der lokalt foretages en undersøgelse af allerede eksisterende tiltag, af deres ressourcer og kapacitet i forhold til lokalsamfundets demografiske sammensætning og geografiske forhold, samt i forhold til forekomst af selvmord og selvmordsadfærd i området. En sådan undersøgelse bør omfatte tilbud såvel i offentligt som i privat regi, herunder også af eventuelle tilbud på frivillig basis, og vil kunne afdække lokale ressourcer og eventuelle mangler.

I ovenstående er der nævnt en række funktioner, som betingelser for at denne målsætning kan opfyldes:

*\* Det identificerende led bør opkvalificeres gennem en styrkelse af den afklarende, vurderende og visiterende funktion. Der bør etableres en vifte af behandlingstilbud, målrettet mod forskellige tilstande, og grupper, således at det uanset alder, køn, eventuelt misbrug eller etnisk herkomst er muligt at tilbyde individuelt tilpassede behandlingstilbud.*

*\* Opfølgning efter behandlingen bør styrkes, såvel socialt som personligt.*

Handlingsplanen bidrager med ideer og anbefalinger til hvorledes disse funktioner kan udfyldes og organiseres, fx ved at etablere lokale tværfaglige specialistteams, en lokal opdateret videnkoordinering samt lokale centerdannelser til behandling af selvmordstruede, deres pårørende og efterladte.

Hvert enkelt amt/kommune må finde den model, som forekommer mest relevant og realiserbar set både fra et myndighedsperspektiv og fra et brugerperspektiv. Det afgørende er, at de nævnte funktioner dækkes - ikke hvorledes de organiseres.

## 7. Risikofaktorer og risikogrupper

Bag hvert enkelt selvmord og hvert enkelt selvmordsforsøg vil der altid ligge en personlig historie, men samtidig kan der peges på bestemte grupper i samfundet, der har en øget risiko for selvmordsforsøg og selvmord. Kendskab til disse grupper og til de risikofaktorer, der gør sig gældende, er derfor af stor betydning, når man skal udpege mulige veje til forebyggelse af selvmordsadfærd.

Det er vigtigt at holde sig for øje:

*\* At selvmordsadfærd er et multifaktoriel fænomen, der sjældent eller aldrig kan henføres til en enkelt årsag eller bagvedliggende risikofaktor.*

*\* At det at tilhøre en risikogruppe ikke nødvendigvis betyder, at man før eller siden vil udvise selvmordsadfærd.*

*\* At langt fra alle, der udviser selvmordsadfærd, kan placeres i en risikogruppe.*

*\* At den enkeltes sårbarhed også er påvirket af en lang række forhold af mere overordnet eller generel karakter, som fx den samfundsmæssige struktur, samfundets normer og værdier.*

Ved en *risikofaktor for selvmordsadfærd* forstås en faktor, hvis tilstedeværelse øger sandsynligheden for, at en person med denne risikofaktor udviser selvmordsadfærd. Man skal dog samtidig være opmærksom på, at udtrykket *risikogruppe* eller *risikofaktor* kan virke misvisende, da det kan give det indtryk, at det er en gruppe med meget stor

risiko. Det er i denne forbindelse vigtigt at huske, at selvmord er en ret sjælden hændelse, således at det i gennemsnit i den voksne danske befolkning er ca. 2-3 pr. 10.000 personer, der i løbet af et år vil begå selvmord. Dette betyder, at når man taler om risikofaktorer, der fx tidobler risikoen for selvmord, betyder det altså, at i denne særlige gruppe vil måske 2-3 pr. 1.000 personer i løbet af et år begå selvmord. Dette betyder igen, at 997-998 inden for et år *ikke* vil begå selvmord, selvom de tilhører en sådan risikogruppe. Det er herudover således, at det inden for de enkelte risikogrupper i praksis er umuligt med sikkerhed at forudsige, hvem der vil begå selvmord, selvom man altså ved, at gruppen som helhed har en stærkt øget risiko.

Ovenstående betragtninger gælder også i nogen grad for selvmordsforsøg. Selvmordsforsøg er imidlertid langt hyppigere end selvmord, og i flere af de risikogrupper, som gennemgås i det følgende, optræder selvmordsforsøg hos en betragtelig andel.

Der er en række forhold, man skal tage højde for, når man vil bruge viden om risikogrupper i forbindelse med forebyggelse:

1. Hvor stærk og veldokumenteret er sammenhængen mellem den pågældende risikofaktor og selvmordsadfærd?
2. Hvor udbredt er den pågældende risikofaktor?
3. Kan risikofaktoren i sig selv forebygges eller gøres mindre udbredt?
4. Er der en mulighed for at reducere risikoen for selvmordsadfærd inden for den pågældende risikogruppe?
5. Er det muligt at gøre dette, uden at følgerne bliver uacceptable for det flertal i gruppen, som ikke udviser selvmordsadfærd?
6. Vil der være andre positive eller negative virkninger af en eventuel forebyggende indsats?

Der eksisterer stor viden om en række risikofaktorer, men viden om, hvordan disse risikofaktorer samvirker og indbyrdes afhænger af hinanden, er ret begrænset. De vigtigste risikofaktorer kan opdeles i *sociale risikofaktorer, psykiatrisk og somatisk sygdom og kontakt til sundhedssektoren, psykologiske og biologiske risikofaktorer og tidligere selvmordsadfærd*.

I det følgende gennemgås ganske kort de risikofaktorer, som der i international og dansk forskning er belæg for kan være med til at øge risikoen for selvmordsadfærd, samt de risikogrupper, der i det praktiske liv er muligt at nå.

## 7.1 Psykiske sygdomme

Sammen med selvmordsforsøg er psykiske sygdomme den væsentligste risikofaktor for selvmord. Både psykiske sygdomme, der behandles i det psykiatriske behandlingsvæsen og det flertal af psykiske lidelser, som behandles af egen læge, praktiserende speciallæge eller eventuelt slet ikke behandles, er forbundet med øget selvmordsrisiko. Ved undersøgelser med metoden *psykologisk autopsi* (gennemgang af forhold omkring et selvmord med inddragelse af al tilgængelig viden fra journalnotater i sygehus og hos egen læge, pårørendes oplysninger mv.) er det påvist, at de, der er døde ved selvmord, i langt de fleste tilfælde havde behandlingskrævende psykisk sygdom. Opfølgingsundersøgelser af psykiatriske patienter viser også, at der er en stor overdødelighed ved selvmord, og også danske undersøgelser viser, at psykiatriske patienter har en høj og stigende dødelighed af selvmord. Dødeligheden har været stigende i en periode, hvor resten af befolkningens selvmordsdødelighed i øvrigt har været faldende. I Danmark begås knap halvdelen af alle selvmord af personer, der mindst én gang har været indlagt på en psykiatrisk afdeling og 30 procent af alle mennesker, der begår selvmord, har inden for det seneste år været - eller var aktuelt - indlagt på en psykiatrisk afdeling. Risikoen er således særligt forøget i det første år (ca. 67 gange under indlæggelse, mere end 300 gange forhøjet den første uge efter udskrivelse, for herefter i løbet af det første år at falde til ca. 30 gange øget risiko). Alle diagnosegrupper, fx psykoser som skizofreni, spiseforstyrrelser og angstlidelser, er udsatte, men der er en særlig høj risiko forbundet med depressioner og beslægtede lidelser.

Mange enkeltstående undersøgelser har vist, at psykiske sygdomme (depression, personlighedsforstyrrelser, alkoholmisbrug og skizofreni) også er væsentlige risikofaktorer for selvmordsforsøg, men på grund af den mangelfulde registrering af selvmordsforsøg har det ikke været muligt at gennemføre landsdækkende registerundersøgelser af sammenhængen mellem selvmordsforsøg og psykisk sygdom.

Selvom litteraturen vedrørende selvmordsforsøg blandt psykisk syge er begrænset, er der ikke tvivl om, at selvmordsforsøg optræder med øget hyppighed, specielt blandt patienter med depression og personlighedsforstyrrelser.

Hvad angår de psykiske lidelser, der ikke behandles i psykiatrisk regi, er det nævnt nedenfor, at en øget indsats med henblik på bedre diagnostik og behandling i almen praksis ville være en relevant indsats i forhold til denne risikogruppe.

Hvad angår de mennesker, der behandles i det psykiatriske system, giver de undersøgelser, der foreligger, ikke anledning til at udvælge enkelte mindre grupper psykiatriske patienter som særligt sårbare eller relevante for intervention. Generelle tiltag over for hele patientgruppen synes derimod mere relevante. Den særligt forhøjede risiko i den første korte tid efter udskrivelse kunne tyde på, at en intensiveret opfølgning i denne periode kunne være relevant. Ligesom for mennesker med tidligere selvmordsforsøg, er det også i denne risikogruppe således, at der ikke eksisterer tilstrækkelig viden om effekten af forskellige former for forebyggelse og behandling. En forebyggende indsats må således omfatte en fortsat evaluering af effekten heraf, ligesom man har brug for yderligere viden om særlige risikofaktorer for selvmordsadfærd blandt mennesker med psykisk lidelse.

For at afværge selvmordsadfærd hos indlagte psykisk syge personer er det afgørende, at de tilbydes kvalificeret og tilstrækkelig behandling, der retter sig mod den tilgrundliggende lidelse og hjælp til at håndtere den livskrise, de ofte er i. Specielt i forhold til patienter med selvmordsproblematik er kontinuitet i behandlingen af stor betydning, hvilket blandt andet kan sikres gennem en forbedret kontaktpersonordning. Inddragelse af familien i behandlingen kan betyde en væsentlig styrkelse af forståelsen for patientens tilstand, både i familien og i behandlingssystemet. Mange steder er der behov for, at aktivitets- og beskæftigelsesmulighederne for indlagte udbygges, og at selve behandlingstilbudet kvalificeres og intensiveres.

Det anbefales, at psykosociale, farmakologiske og psykologiske aspekter inddrages i behandlingsindsatsen, således at den ofte nødvendige medikamentelle behandling gives i kombination med social støtte og psykoterapeutisk behandling. Behandlingen af psykisk syge patienter med selvmordsadfærd afhænger af deres sygdom og tilstand. Det gælder for alle diagnostiske grupper, at i den første uge efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling er selvmordsrisikoen foruroligende høj. Dette forhold peger på, at mange psykiatriske patienter ikke er tilstrækkeligt hjulpet efter udskrivelsen, og at der er behov for at psykiatriske patienter tilbydes et mere intensivt, kontinuert behandlingsforløb efter udskrivelse, end det aktuelt er tilfældet.

Patienter med depressive lidelser har også høj risiko for selvmordsadfærd, og det er væsentligt at der blandt lægerne på psykiatrisk afdeling er høj kompetence med hensyn til diagnostik af depression.

Det burde være en generel standard, at alle patienter, der udskrives til fortsat psykiatrisk behandling skal have tilbudt en ambulant samtale inden for en uge efter udskrivelsen.

Vedrørende psykisk sygdom anbefales

*\* At standarden i det psykiatriske behandlingssystem højnes, hvad angår udredning, diagnostik og behandling.*

*\* At standarden blandt personalet i det psykiatriske behandlingssystem højnes med hensyn til viden om selvmordsadfærd og selvmordsrisiko.*

*\* At patienter tilbydes hjælp til at håndtere den livskrise, de ofte er i, specielt i tiden kort efter første kontakt med det psykiatriske behandlingssystem.*

*\* At planlægningen af udskrivelse påbegyndes i god tid, og der sikres tilstrækkelig behandling og støtte efter udskrivelse.*

*\* At opfølgningen i perioden umiddelbart efter udskrivning intensiveres og at der indføres den generelle standard, at alle patienter, der udskrives til fortsat psykiatrisk behandling, skal have tilbudt en ambulant samtale inden for den første uge.*

*\* At såvel psykosociale, farmakologiske som psykologiske aspekter inddrages i behandlingsindsatsen.*

*\* At familien i større grad inddrages i behandlingen.*

*\* At en forebyggende indsats må omfatte en fortsat evaluering af effekten heraf.*

## **7.2 Alkohol- og stofmisbrug**

En stor og væsentlig risikogrube for selvmordsadfærd er mennesker med stof- eller alkoholmisbrug. Mange selvmordsforsøg og selvmord bliver begået af personer, der aktuelt er påvirkede af alkohol, medicin eller stoffer, men herudover udgør personer med et egentligt stof- eller alkoholmisbrug en betydelig del af de personer, der begår selvmord eller selvmordsforsøg. Sundhedsstyrelsen anslår, at der i Danmark er 80.000 personer med alkoholmisbrug. Talmæssigt er der altså tale om en stor risikogrube. En gennemgang af dødsattester for personer, døde ved selvmord har vist, at alkoholdiagnoser var påført en fjerdedel af disse dødsattester. Undersøgelsesresultater fra Fyns Amt tyder på, at mellem en fjerdedel og halvdelen af alle personer med selvmordsforsøg havde et stort dagligt alkoholforbrug. Af en nyligt offentliggjort undersøgelse af selvmordsadfærd blandt alkoholmisbrugere fremgår det, at mere end en tredjedel tidligere havde foretaget mindst ét selvmordsforsøg. I en stor dansk opfølgningsundersøgelse af personer i kontakt med alkoholambulatorium er fundet en 20 gange øget selvmordsrisiko, sammenlignet med baggrundsbefolkningen.

Det er vanskeligt at vurdere antallet af stofrelaterede indlæggelser, men dødeligheden hos narkomaner steg markant fra 1990 til 1994, og har herefter stabiliseret sig til 266 personer i 1996. Der er næppe tvivl om, at stofmisbrugere har en øget selvmordsrisiko, men der knytter sig særlige vanskeligheder til at afgøre om et forgiftningsdødsfald skyldes et ulykkestilfælde eller en egentlig selvmordshandling.

Blandt alkohol- og stofmisbrugere gælder det, som blandt mennesker med andre psykiske lidelser, at det ikke er muligt at afgrænse mindre grupper, som særligt skal være fokus for en forebyggende indsats. Man må snarere sigte imod at nedbringe forekomsten af alkoholisme og stofmisbrug, sikre at behandlingstilbudene til mennesker, der tilhører disse risikogrupper, bliver så effektiv som mulig, samt at opkvalificere de personalegrupper, der arbejder med misbrug med hensyn til viden om selvmordsadfærd.

Der er i amterne eller kommunernes socialforvaltninger etableret behandling for personer med alkohol og stofmisbrug. En del institutioner, der varetager behandling inden for rusmiddelområdet er ikke i stand til selv at varetage behandling af selvmordsadfærd og må derfor i visse tilfælde visitere til andet behandlingstilbud, eventuelt indlæggelse.

Det anbefales:

*\* At fortsat styrke bestræbelserne på at nedbringe forekomsten af alkoholisme og andet misbrug.*

*\* At der bør eksistere tilstrækkelige og relevante tilbud inden for misbrugsområdet til både mennesker med alkohol- og stofmisbrug.*

*\* At institutioner, der forestår misbrugsbehandling må være opmærksomme på, at selvmordsrisikoen er høj både i ustabile faser, hvor misbruget ikke er under kontrol og i tilsyneladende stabile faser.*

*\* At personale i misbrugsinstitutioner oplæres i at være opmærksomme på signaler vedrørende selvmordsadfærd.*

*\* At der etableres rutiner for hvorledes klienter kan vurderes fx af speciallægekonsulenten, tilknyttet psykolog eller i amtets udredende/vurderende og visiterende funktion vedrørende selvmordsforebyggelse.*

*\* At alle alkoholmisbrugere, når de søger behandling, rutinemæssigt udspørges om tidligere selvmordsadfærd og selvmordstanker.*

### **7.3 Tidligere selvmordsforsøg**

En lang række af de øvrige risikofaktorer for selvmordsadfærd, der er nævnt i dette afsnit, er risikofaktorer for både selvmord og selvmordsforsøg. Men gruppen af mennesker, der forsøger selvmord, er i sig selv én af de risikogrupper, der har den største risiko for fornyede selvmordshandlinger. Risikoen for, efter det første selvmordsforsøg, at foretage nye forsøg er ca. 20 - 30 procent, og blandt personer, der har forsøgt flere gange tidligere, er risikoen for gentagne selvmordsforsøg endnu højere. Risikoen for fuldbyrdet selvmord er 20-30 gange forøget i forhold til baggrundsbefolkningen. Ved opfølgningsundersøgelser af personer, der har foretaget selvmordsforsøg, er det vist, at mellem 5 og 10 procent dør ved fuldbyrdet selvmord i løbet af en opfølgningstid på 5 til 10 år, og risikoen er størst i det første år. Opfølgningsundersøgelser viser også, at specielt de, som også tidligere har foretaget et eller flere selvmordsforsøg, er enlige, misbrugere eller har en alvorlig psykisk lidelse, er i størst risiko for senere at dø ved selvmord.

Tidligere selvmordsforsøg er en kendt risikofaktor for gentagne selvmordsforsøg, og for en mindre gruppes vedkommende er der tale om et forløb med mange gentagne forsøg.

Som beskrevet tidligere, er der ikke på landsplan noget systematisk behandlingstilbud til denne gruppe, men en række lokale initiativer i retning af særlige tilbud til mennesker, der forsøger selvmord. Det er endnu ikke tilstrækkeligt undersøgt, om en sådan indsats er effektiv med hensyn til at forebygge senere selvmord. Forsøg på at sammenholde resultaterne af flere undersøgelser viser ingen sikker reduktion i selvmordshyppigheden. Selvmordsforsøg er dog ofte forbundet med andre alvorlige problemer, som i sig selv kan være risikofaktorer for selvmord. Det kan dreje sig om misbrug, psykisk sygdom, alvorlige sociale problemer og følelsesmæssig krise, altsammen forhold der i sig selv kan være grund til et behandlingstilbud.

Det anbefales:

*\* At der allerede ved første selvmordsforsøg, uanset "farligheden" af forsøget, gives et målrettet og individuelt tilpasset behandlingstilbud.*

Der henvises i øvrigt til [kapitel 6](#).

### **7.4 Fysiske sygdomme**

En lang række fysiske sygdomme er også forbundet med øget risiko for selvmordsadfærd, selvom øgningen er langt mindre udtalt end blandt mennesker med tidligere selvmordsforsøg, eller mennesker med psykiske lidelser. Der eksisterer flere undersøgelser både af mennesker med kræft, sukkersyge, dissemineret sklerose og andre sygdomme, der alle peger på en øget selvmordsrisiko. Overdødeligheden ved selvmord hos personer, der har fået diagnosticeret en alvorlig fysisk sygdom er størst den første tid efter at de har fået diagnosen at vide.

Da flere af disse sygdomme også kan øge risikoen for at udvikle depression, ville det være relevant at vide, i hvilken grad dette kan forklare den øgede selvmordsrisiko, men en sådan viden eksisterer kun i meget begrænset omfang.

Det anbefales:

*\* At personale på somatiske afdelinger og alment praktiserende læger er opmærksomme på, at der i den første tid efter diagnostik af alvorlig legemlig lidelse er øget risiko for selvmordsadfærd.*

*\* At der bør ske en fortsat udvikling af smertebehandling.*

*\* At der lægges vægt på, at diagnosen meddeles patienten på en velovervejet og hensynsfuld måde, og at der ydes særlig omsorg og støtte i den første tid efter diagnostik af alvorlig fysisk lidelse.*

## **7.5 Pårørende og andre mennesker, som berøres af selvmord og selvmordsforsøg**

Efterladte har en forøget risiko for selv at foretage selvmordshandlinger. Begrebet "suicidal transmission" dækker over sammenhængen imellem tidligere selvmordsforsøg eller selvmord blandt ens nærmeste pårørende og den enkeltes egen øgede risiko for senere selvmordsadfærd. Årsagen til dette er formentlig både en form for indlæring, hvor selvmord og selvmordsadfærd opfattes som en acceptabel måde at løse problemer på, og genetisk arvelige årsager, eventuel i sammenhæng med en arvelig tilbøjelighed til psykiske sygdomme.

De efterladte befinder sig ofte i et følelsesmæssigt kaos. Tab forårsaget af selvmord eller den trussel om tab, som selvmordsforsøget udløser, er uhyre kompliceret. Omstændighederne er ofte dramatiske og selvmordshandlingen er for mange efterladte helt uventet.

Såvel de efterladte som de pårørende har et stort behov for professionel støtte. Manglende bearbejdning af de vanskelige og ofte modstridende følelser, kan medføre en patologisk sorgudvikling, der er kendetegnet ved stærkt forringet livskvalitet med svære psykiske symptomer.

Også andre end den umiddelbare familie berøres af selvmordsforsøg og selvmord. Fx kan lokomotivførere, der påkører personer, der begår selvmord ved at kaste sig ud foran et tog, bagefter få alvorlige psykiske problemer.

Det anbefales:

*\* At familierne til personer, der har foretaget selvmordsforsøg, inddrages i behandlingstilbud og pårørende bør tilbydes en opfølgende støtte.*

*\* At alle efterladte modtager et akut, opsøgende tilbud om støtte.*

*\* At der eksisterer forskellige tilbud om længerevarende behandling til efterladte.*

*\* At der eksisterer tilbud om krisebehandling til lokomotivførere og andre, der ufrivilligt involveres i andres selvmordshandlinger.*

*\* At der sikres en særlig indsats til børn, hvis forældre har taget livet af sig eller forsøgt på det.*

## **7.6 Andre risikogrupper**

Selvordsadfærd blandt etniske minoriteter i Danmark optræder muligvis med lidt større hyppighed end hos den danske del af befolkningen, men den eksisterende viden herom er begrænset. I behandlingen af etniske minoriteter med selvmordsadfærd er det vigtigt, at der anvendes professionel tolk, når de pågældende ikke behersker det danske sprog fuldstændigt. Det kan også være nødvendigt at tilkalde professionelle med særlig viden om den pågældendes kultur, og det kan være relevant at henvise til efterbehandling på et af de behandlingssteder, der i større byer eksisterer for mennesker fra andre kulturer.

Mennesker anbragt i institution synes at have forhøjet risiko for selvmordsadfærd. Danske opgørelser tyder på, at dette er tilfældet for institutionsanbragte børn og unge. Både i danske og i udenlandske undersøgelser er det dokumenteret, at hyppigheden af selvmordsadfærd er forhøjet i fængsler og arresthuse.

Visse erhvervsgrupper har en øget selvmordsrisiko. Fx ved man, at læger har en høj risiko. Dette skyldes formentlig bl.a., at læger har en større viden om og nemmere adgang til effektive selvmordsmetoder. Personer, der i deres arbejde kommer ud i særligt kritiske og livstruende situationer kan også have en øget risiko. Fra udenlandske studier ved man,

at selvmordsadfærd er relativt udbredt blandt militærpersonale. Dette kan være relevant i forbindelse med, at flere danske soldater udstationeres i konfliktområder.

Det anbefales:

*\* At der i behandlingen af selvmordsadfærd hos personer med anden etnisk herkomst end dansk anvendes professionel tolk, når de pågældende ikke behersker det danske sprog fuldstændigt. Professionelle med særlig viden om den pågældendes kultur skal kunne tilkaldes, og der bør eksistere muligheder for henvisning til specialiseret efterbehandling for mennesker fra specielle kulturer.*

*\* At personale, der arbejder med institutionsanbragte og i fængsler og arresthuse er opmærksomme på øget risiko for selvmordsadfærd.*

*\* At man ved udsendelse af danske soldater til konfliktområder er opmærksom på øget risiko for selvmordsadfærd.*

## 7.7 Visse aldersgrupper

I Danmark, som i fleste andre lande, er selvmordsrisikoen større blandt mænd end blandt kvinder, dog er denne forskel mindsket igennem de senere år. Selvmordsrisikoen stiger med stigende alder, og forekommer sjældent blandt børn under 15 år.

For selvmordsforsøg er fordelingen omvendt både i Danmark og i de fleste andre lande. Der er flere kvinder end mænd, der forsøger selvmord, og det er yngre mennesker, der hyppigst forsøger selvmord. De ældre har altså en forøget selvmordsrisiko og de unge en forøget selvmordsforsøgsrisiko.

### Børn og unge

Selvordshyppigheden blandt de 15-19 årige har siden 1990 ligget mellem 5 og 10 per 100.000 for mændenes vedkommende og mellem 2 og 3 per 100.000 for kvinderne. For 20-29 årige mænd har selvmordshyppigheden siden 1990 ligget mellem 15 og 25 per 100.000 og for kvinder i samme aldersgruppe mellem 3 og 7 per 100.000. Blandt børn er den registrerede selvmordshyppighed lille (2 til 3 børn i aldersgruppen 10-14 år per år), men selvmordsforsøg og selvmordstanker er ikke sjældne.

Opgørelser vedrørende selvmordsforsøg i Fyns Amt tyder på, at selvmordsforsøg forekommer hyppigst blandt helt unge piger (15-19 år), og at der i denne aldersgruppe er knap 300 piger per 100.000, der årligt forsøger selvmord. Samtidigt viser det sig, at det er i de unge aldersgrupper, at flest gentager forsøget i løbet af et år.

En spørgeskemaundersøgelse blandt 15-24 årige i det danske uddannelsessystem har vist, at 40 procent på et tidspunkt havde haft alvorlige selvmordstanker og at 5 procent havde foretaget mindst et selvmordsforsøg<sup>9</sup>. I en undersøgelse gennemført af Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi i 1994, blev det påvist, at 13 procent af de adspurgte 16-24 årige, inden for det sidste år havde haft tanker om at tage deres eget liv. I samme undersøgelse angav 5 procent, at de tidligere havde foretaget selvmordsforsøg, men at kun ca. halvdelen af disse oplyste, at selvmordsforsøget havde medført kontakt med sundhedsvæsenet. Begge undersøgelser viste, at der måske specielt blandt unge foretages et betydeligt antal selvmordsforsøg, som aldrig kommer til sundhedsmyndighedernes kendskab, og at der altså er tale om et betydeligt mørketal.

Visse dårlige forhold i barndommen og under opvæksten kan være med til at forhøje risikoen for selvmordsadfærd - ikke alene i børne- og ungdomsårene, men også senere i livet. Specielt døgnanbragte børn og unge udgør en risikogrube for selvmordsadfærd, men selvmordstanker i puberteten er så hyppigt forekommende, at man må antage, at den voldsomme udvikling, som almindelige unge gennemgår i pubertetsårene i sig selv udgør en risiko.

Der er god grund til at tro, at de fleste af de unge, der dør ved selvmord kunne have fået et liv, der indeholdt kvaliteter, de ikke havde øje for i det fatale øjeblik, hvor de foretog selvmordshandlingen. For en del er der tale om, at de først efter et selvmordsforsøg bliver klar over rækkevidden af deres handling. Mange har på tidspunktet for

selvmordsforsøget kun en meget uklar forestilling om, hvad de forventer, der sker med dem som konsekvens af selvmordshandlingen. Det er meget almindeligt, at selvmordshandlinger fortrydes, og forskning på området tyder på, at også selvmordshandlinger ved anvendelse af voldelige eller såkaldt determinante metoder fortrydes.

Det anbefales:

*\* At de sociale myndigheder øger opmærksomheden på børn, der udsættes for dårlige forhold og omsorgssvigt.*

*\* At der oprettes åbne ungdomsrådgivninger over hele landet.*

Udvalgets øvrige anbefalinger vedrørende forebyggelse af selvmordsadfærd blandt børn og unge er integrerede i kapitel 6, 8 og 9.

## **Ældre**

Selvmordshyppigheden blandt ældre, og specielt blandt ældre mænd, er høj, og de anvender ofte voldelige metoder ved selvmordet. En fjerdedel af alle selvmord begås af mennesker over 65 år. I en undersøgelse i Århus Amt fandt man, at 87 procent af selvmordene fandt sted i eget hjem, 9 procent på plejehjem eller beskyttet bolig og 4 procent på sygehus eller andre steder<sup>10</sup>.

Det er ikke kun de alvorligt syge eller ældre uden nære pårørende, der tager deres eget liv. Alting omkring ældre mennesker foregår i et tempo, som det kan være svært for de ældre at klare. Familien har travlt, og dette gælder også de, der professionelt skal levere pleje og omsorg. Dette kan give ældre oplevelsen af, at ingen har tid til at tage sig af dem. Depressioner, som er hyppige hos ældre, kan muligvis også overses på grund af travlhed.

Der vil være mange flere raske ældre i de kommende år, men der vil også være ældre, som har brug for omsorg og pleje. I begyndelsen af næste århundrede vil hver fjerde dansker være fyldt 65 år. Selvmord blandt ældre må således også fremover forventes at være et stort problem i Danmark.

Sygelighed, ensomhed, isolation og modløshed er faktorer, som har betydning for selvmordsadfærd blandt ældre. Lige vigtig er imidlertid den angst eller modvilje mange ældre nærer i forbindelse med den voksende hjælpeløshed og afhængighed af andre.

Det anbefales:

*\* At fysiske og psykiske problemer, herunder depressioner skal identificeres, udredes og behandles med respekt for den enkeltes integritet og værdighed.*

*\* At plejepersonale, herunder hjemmehjælp og hjemmepleje, får den viden, der skal til for at opfange og reagere på signaler om, at den ældre går med selvmordstanker.*

*\* At pårørende og andet socialt netværk opmuntres til større omsorg for deres ældre.*

*\* At ældreomsorgsarbejde, også i privat regi, støttes og udbygges for derved at bryde isolation og ensomhed.*

*\* At medier og offentlige instanser medvirker til at ændre holdningen således, at det ikke kun er ungdommens værdier, der er i højsæde, men at alderdommen også er en værdifuld fase i livet.*

## **7.8 Den alment praktiserende læges rolle**

Som nævnt ovenfor, er psykisk sygdom en af de væsentligste risikofaktorer for selvmord. Psykiske sygdomme udgør nogle af de mest almindelige og også mest omkostningskrævende sygdomme i det danske behandlingssystem<sup>11</sup>. Flere

undersøgelser peger på, at mellem 20 og 30 procent af en voksen befolkning i den vestlige verden i løbet af et år vil få en psykisk lidelse. De mest almindelige af disse er angstlidelser, depressioner og alkoholmisbrug<sup>12, 13</sup>. Langt den største del af disse mennesker konsulterer egen læge, men et problem er, at den alment praktiserende læge kun i ca. halvdelen af de tilfælde, hvor patienten har en psykisk lidelse, erkender denne. De alment praktiserende læger havde diagnosticeret psykisk lidelse i under halvdelen af de tilfælde, hvor man ved et psykiatrisk forskningsinterview fandt skizofreni eller depressive lidelser<sup>14</sup>.

Meget tyder på, at de alment praktiserende læger kan uddannes bedre til at spørge om følsomme emner, så som alkoholforbrug, selvmordstanker og psykiske symptomer i øvrigt. I en finsk undersøgelse af alle, der i 1987 døde ved selvmord fandt man, at selvom halvdelen havde haft kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 4 uger før selvmordet og 10 procent på selve dagen, så var selvmordstanker meget sjældent drøftet ved kontakter til den alment praktiserende læge<sup>15</sup>.

Betydning af den manglende erkendelse af psykisk lidelse er bedst studeret, hvad angår depressioner. Adskillige negative konsekvenser, både psykiske, sociale og generelt helbredsmæssige er dokumenteret<sup>16</sup>. På Gotland har sådanne undersøgelser ført til, at man gennemførte et forsøg med uddannelse af alment praktiserende læger i forbedret evne til at diagnosticere og behandle depressioner. Forsøget så ud til at have medført en nedsat selvmordsrisiko i en periode, især blandt kvinder.

Alle psykiske lidelser, også de der ikke behandles i det psykiatriske hospitalsvæsen, er forbundet med en øget risiko for selvmordforsøg og selvmord<sup>17</sup>. Der mangler fortsat viden om, hvorvidt bedre diagnostik af andre psykiske sygdomme end depression har effekt på selvmordsrisikoen. Yderligere undersøgelser vedrørende depression er samtidig nødvendige.

En bedre uddannelse af alment praktiserende læger, med hensyn til træning i samtale om følsomme emner og diagnostik af psykisk sygdom, vil betyde en generelt bedre diagnostik og behandling i almenpraksis. En øget mulighed for læger for at få specialassistance, hvad angår videre udredning af patienterne eller eventuelt en form for supervisorsordning i almen praksis, vil samtidig betyde en mere fokuseret brug af psykofarmaka og andre behandlingsformer samt en nedsat selvmordsrisiko, jf. kapitel 9.

Det anbefales:

*\* At der etableres efteruddannelses tilbud til alment praktiserende læger for at bedre evnen til at opdage selvmordsrisiko og diagnosticere depression, alkoholmisbrug og angsttilstande.*

## 7.9 De frivilliges rolle

Mange frivillige organisationer retter deres indsats mod forskellige risikogrupper. Her kan nævnes tilbud som fx: væresteder, caféer, telefonrådgivninger, interesseorganisationer samt sygdomsbekæmpende organisationer med en bred vifte af aktiviteter, herunder forebyggelse såvel som patientstøtte. Inden for patientstøttearbejdet ydes professionel rådgivning til patienter, pårørende og efterladte samt støtte til socialt udviklingsarbejde. Herudover står organisationerne for et udstrakt frivilligt socialt arbejde, der består af patientbesøg, oprettelse af selvhjælpsgrupper, besøgstjeneste og bistand til pårørende, der plejer døende i eget hjem.

Som eksempler på risikogrupper, der kan ydes tilbud fra frivillige organisationer kan nævnes: alkoholmisbrugere, narkomisbrugere, somatisk alvorligt syge, psykisk syge, ældre og personer med spiseforstyrrelser.

Det anbefales:

*\* At organisationer, der retter sig mod risikogrupper bliver gjort opmærksomme på deres brugeres risiko for selvmord og selvmordsforsøg, at frivillige får kendskab til selvmordsadfærd og oplæres i identifikation af selvmordssignaler samt gøres opmærksomme på forebyggelses-muligheder og visitationsveje.*

*\* At der sikres supervision af frivillige, der i forbindelse med arbejdet kommer ud for, at en bruger begår selvmord eller forsøger selvmord.*

*\* At selvhjælpsgrupper ses som et vigtigt tilbud for pårørende og efterladte, når den første akutte fase er overstået. Der skal dog sikres kvalificeret ledelse af gruppen.*

## **7.10 Forebyggelse vedrørende tilgængelighed af selvmordsmetoder**

Langt fra alle selvdestruktive handlinger resulterer i selvmord, og opfølgende undersøgelser viser, at selv om der er en stor overdødelighed ved selvmord, så er det dog 9 ud af 10, der efter selvmordsforsøg ikke dør ved selvmord i løbet af en 10 års opfølgingsperiode. Dette taler for, at det kan mindske selvmordshyppigheden, hvis farlige selvmordsmetoder gøres mindre tilgængelige. Undersøgelser af dødsønske ved selvmordsforsøg viser, at halvdelen skifter mening allerede inden for det første døgn efter selvmordsforsøget. Hos praktisk talt alle, der forsøger selvmord, er der et betydeligt moment af ambivalens. Der kan dermed ligge en forebyggende effekt i blot fysisk at vanskeliggøre selvmord, og ved at mindske dødeligheden af de metoder, der anvendes ved selvmordsforsøg.

Internationalt er der store forskelle på selvmordsmetoder. I USA, hvor skydevåben er let tilgængelige, er skydning langt den hyppigste selvmordsmetode. Lægers høje selvmordsrate ved forgiftningsselv mord, peger på detaljeret viden om de enkelte stoffers farlighed og let adgang til medikamenter som en vigtig faktor. Det er vist, at når en selvmordsmetode bliver vanskeligere tilgængelig, fører det ikke almindeligvis til, at der anvendes en anden metode i stedet for.

I de senere år er der internationalt gjort flere forsøg på at gøre det nemmere at begå selvmord. Der er udkommet vejledninger i selvmord både i bogform og på Internettet, og der er udviklet en selvmordsmaskine. Udvalget tager skarpt afstand fra sådanne initiativer og anbefaler, at der dæmnes op for udspreddning af sådanne budskaber. Der skal tværtimod tages initiativer, der fysisk vanskeliggør selvmord, så som opretholdelse af begrænsninger på udskrivningsmuligheder af medikamenter som barbiturater og dextroproxifen, og en opretholdelse og skærpelse af en restriktiv våbenlov både med hensyn til besiddelse og opbevaring af våben.

Det er uheldigt, at midler til forgiftningsselv mord kan fås i håndkøb i store, let tilgængelige portioner.

Det anbefales, at behandling af forgiftningstilfælde på landets medicinske afdelinger gennemføres efter de videnskabelige speciallægeselskabers nyeste retningslinier.

Ved indretningen af stationer og toget må der tages hensyn til, hvordan muligheden for selvmord og ulykker kan begrænses. I indretningen af behandlingsinstitutioner for patienter, der udviser selvmordsadfærd, må der sørges for at muligheden for udspring og hængning mindskes.

Det anbefales:

*\* At svage smertestillende midler i håndkøbsudsalg kun forefindes i blisterpakninger med op til 25 tabletter, og at der kun kan købes én pakke ad gangen. Pakninger med mere end 25 tabletter bør være receptpligtige.*

*\* At den restriktive våbenlov ikke alene opretholdes, men skærpes både med hensyn til besiddelse og opbevaring af våben.*

## **7.11 Sammenfatning og anbefalinger**

De væsentligste risikofaktorer, som er relevante for selvmordsforebyggelse er tidligere selvmordsadfærd, psykisk sygdom og stof- og alkoholmisbrug. En række tiltag vil kunne forudses at nedsætte risikoen for selvmordsadfærd, samtidig med at de vil have andre positive virkninger.

Derfor anbefaler udvalget bl.a.:

*\* At behandlings- og støttetilbud til psykisk syge bedres, specielt i perioden umiddelbart efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling.*

*\* At uddannelse vedrørende selvmord og selvmordsforsøg bedres for de personalegrupper, der behandler psykiske sygdomme og alkohol- og stofmisbrug.*

*\* At der til personer, der foretager selvmordsforsøg, allerede ved første forsøg gives målrettede og individuelt tilpassede behandlingstilbud.*

*\* At der gives tilbud om opfølgende behandling til alle personer med selvmordsadfærd.*

*\* At alment praktiserende læger opkvalificeres gennem uddannelse i diagnostik og behandling af psykiske sygdomme og alkohol- og stofmisbrug.*

*\* At der sættes et maksimum for mængden af smertestillende midler i håndkøbsudsalg.*

*\* At effekten af den forebyggende indsats evalueres gennem etablering af den nødvendige følgeforskning.*

## **8. Generel forebyggelse**

Danmark er et rigt og højtudviklet land, der bl.a. med sit uddannelsessystem og sit social- og sundhedsvæsen ofte fremhæves i international sammenhæng for sine mange kvaliteter. Ikke desto mindre har vi en række problemer, der i omfang og alvor ligner de problemer, der ses i mange andre lande. Her hentydes fx til en betydelig arbejdsløshed samt problemer som prostitution, kriminalitet og misbrug. Som tidligere nævnt er forekomsten af selvmordsforsøg og selvmord højere end i de fleste andre lande, vi almindeligvis sammenligner os med. På trods af den høje velfærdsstandard i Danmark, må der således være forhold i samfundet, der enten producerer sådanne problemer eller ikke påvirkes i positiv retning af den generelle velfærd. Dette er et paradoks, som ingen hidtil har været i stand til at forklare.

Handlingsplanen tager udgangspunkt i, at individet og samfundet skal ses i et sammenhængende forhold, således at årsager, konsekvenser af og tiltag mod selvmordsforsøg og selvmord må forstås i forhold til samfundets forskellige sociale systemer samt kollektive og individuelle handlinger. Selvmordsproblematikken omhandler de mest grundlæggende sider af den måde, vi lever sammen på. Nogle lever i gode fællesskaber og andre marginaliseres og lever dybt ensomme midt iblandt os. Selvmordsforsøg og selvmord skal således ikke bare betragtes som et individuelt, men også som et socialt såvel som et kulturelt problem, både i forhold til de bagvedliggende forklaringer og til konsekvenser af handlingerne. Forebyggelsen må derfor inkorporere kulturelle og sociale tiltag.

Ved generel forebyggelse sigtes på at fremme positive udviklingstendenser for alle borgere og at styrke den enkeltes ressourcer og modstandskraft. Der sigtes ligeledes på at ændre de forhold, der producerer problemer i samfundsstrukturen samt at minimere belastninger i de forskellige befolkningsgrupper.

Ved et godt liv forstås foruden sundhed, tilstedeværelsen af livskvalitet og livsmod. Ved livskvalitet forstås graden af, hvor spændende, nyttigt, aktivt og rigt et liv, man har og hvor tilfreds man er med det. Livsmod kan beskrives som en elementær oplevelse af tilværelsens meningsfuldhed<sup>18</sup>.

Generel forebyggelse har således at gøre med organiseringen af det sociale liv og henviser hermed til samfundsgoder så som: adgang til uddannelse, mulighed for beskæftigelse, gode boligforhold. Trygge familiemæssige vilkår og muligheder for samvær og fællesskab er ligeledes med til at øge livskvaliteten. Generel forebyggelse omhandler også forskellige støttende psykologiske, pædagogiske og sociale tiltag, hvis formål er at øge menneskers muligheder for selvbestemmelse og indflydelse på eget liv samt evne til at håndtere livskriser og belastninger.

Generel forebyggelse retter sig bredt mod samtlige tegn på mistroivsel og sygdom i samfundet og ikke mod forekomsten af et særligt symptom eller problem, såsom selvmordsadfærd eller misbrug.

De fleste samfundsforskere mener, at der eksisterer en uspecifik sammenhæng mellem de overordnede samfundsforhold og forandringer i disse og forekomst af symptomer eller problemer, det være sig hos det enkelte menneske, i en gruppe af mennesker eller i befolkningen som helhed.

Selvom det er vanskeligt og måske umuligt på en entydig måde at dokumentere de overordnede strukturelle forholds betydning for forekomst af selvmordsadfærd i en population, har samfundsforskere lige siden Durkheim (1897) haft den opfattelse, at samfundsmæssige forhold har indflydelse på såvel forekomst af selvmordsadfærd som andre udtryk for dysfunktion. Det er ligeledes opfattelsen, at indbyggere, der lever under fælles accepterede normer og traditioner, er beskyttede i forhold til selvmordsadfærd, mens samfund, hvor de kulturelle forhold er i omvæltning, og normer og værdier er usikre og omstridte, synes mere sårbare i forhold til selvmordsadfærd.

Metoderne i arbejdet for at ændre sådanne forhold er oplysning, reducere af de vilkår, der fremmer negativ individualisering, ulighed og isolation samt andre forhold, der presser nogle så hårdt, at de fx vælger ikke at ville leve. Ændring af institutioner i samfundet kan også komme på tale, så de agerer mere sundhedsfremmende og livsfremmende.

Som led i reducere af de negative tendenser er det vigtigt at arbejde for at ændre befolkningens holdning over for selvmordsadfærd. Det er fx væsentligt at modarbejde den eksisterende holdning, at selvmordsadfærd er en forståelig adfærd, en menneskeret, og at selvmordsadfærd ikke lader sig forebygge. Det er vigtigt at styrke den opfattelse, at personer med selvmordsadfærd kan få kvalificeret hjælp til at leve og finde en mening med livet.

### **Generel forebyggelse og selvmordsadfærd**

Som det fremgår af forrige kapitel er der forskellige grupper i samfundet med særlig risiko for selvmordsadfærd. Det er ofte mennesker, hvis liv er karakteriseret ved svære psykosociale belastninger og som befinder sig i samfundets periferi.

Social ulighed og ulighed i sundhed omtales lidt populært som 80/20 problematikken. Hermed menes, at ca. 80 procent af befolkningen trives, har udviklingsmuligheder og del i de samfundsmæssige goder, medens de 20 procent mistrives og bærer på en række belastende symptomer. Flere undersøgelser<sup>19</sup> tyder på, at afstanden bliver stadig større mellem de to grupper. Bekæmpelse af den sociale ulighed nævnes da også som WHO's mål for sundhed for alle år 2000. Som før nævnt, er det ikke ensbetydende med, at disse 20 procent vil forsøge eller begå selvmord, men de tidligere nævnte risikogrupper er en del af disse 20 procent.

Risikoen er således forøget blandt bistandsmodtagere og førtidspensionister, samt blandt arbejdsløse, og man kan tænke sig, at dette afspejler generelle negative effekter af marginalisering, som ofte er en følge af bl.a. ledighed. Samtidig må man dog huske, at langt størstedelen af selvmord blandt personer i erhvervsaktiv alder begås af mennesker, der er i fuldtidsarbejde.

Ifølge WHO<sup>20</sup> kan erhvervsaktive mennesker, der er underlagt meget belastende arbejdsvilkår også have øget risiko for selvmordsadfærd. En af årsagerne til dette kan være stressrelaterede faktorer, hvor den enkeltes evne til at reagere i forhold til stress ses som en afgørende faktor for den mentale sundhed. Også mobning på arbejdspladser nævnes som en arbejdsrelateret belastning i flere norske og svenske undersøgelser.<sup>21</sup>

Enlige og herunder særligt enlige uden børn har en øget risiko for selvmordsforsøg og selvmord i forhold til mennesker, der bor sammen med en partner. Disse statistiske sammenhænge afspejler antagelig blandt andet generelle følgevirkninger af ensomhed og social isolation. Der foreligger undersøgelser, der tyder på, at konflikter med de nærmeste i mange tilfælde var den anledning, der udløste selvmordsforsøget. Desuden ved man, at børn og unge af misbrugende forældre i særlig grad er udsat for omsorgssvigt med efterfølgende udviklings- og helbredsfølger.<sup>22</sup>

## **8.1 Indsatsområder**

Mennesker er forskelligt rustet til at mestre en krisesituation. Under ufavorable omstændigheder kan enhver krise blive uoverskuelig. Kriser får nogen gange mennesker til at foretage overilede handlinger, og mennesker i krise skal derfor have mulighed for hjælp og støtte. Det bør tilstræbes, at livsbetingelserne i hverdagen generelt forbedres, og at der gøres en indsats for at styrke den enkeltes modstandsdygtighed og selvtilid.

De fleste forvaltningsgrene og sektorer i samfundet bør involveres, fordi generel forebyggelse har med alle livsområder at gøre. For at opnå den nødvendige helhed i indsatsen fordrer dette både tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

Generel forebyggelse kan således omsættes igennem følgende indsatsområder:

- \* en aktiv forebyggende social- og sundhedspolitik
- \* målrettet indsats på skoler, fritidsinstitutioner og arbejdspladser
- \* opkvalificering af professionelle (se kap. 9)
- \* styrkelse af det sociale netværk, og af det frivillige engagement
- \* oplysning og holdningsbearbejdelse

### **Den politiske arena**

Der bør fra beslutningstageres side sættes på at fjerne de forhold, der fører til marginalisering, stigmatisering og udstødelse af samfundet. Dette er relevant ved overvejelser vedrørende generel forebyggelse, hvor man også må forudse, at den generelle økonomiske politik og hvorledes niveauet af det sociale forsørgelsesgrundlag er indrettet, kan have betydning for befolkningens selvmordsdødelighed. Ydermere ses en sammenhæng mellem selvmordsadfærd og andre mistrivelsesproblemer såsom alkohol- og narkotikamisbrug. Det er i den forbindelse vigtigt at koordinere de sundhedspolitiske forebyggelsestrategier, således at den generelle indsats koordineres med tiltag, fx på alkohol- og narkotikaområdet.

Det anbefales:

- \* *At forhold der bidrager til marginalisering begrænses, og at de negative effekter af marginalisering i forhold til samfundet imødegås.*
- \* *At generelle sundheds- og socialpolitiske tiltag på selvmordsområdet koordineres med andre forebyggelsesområder.*

### **Tidlig indsats i familie, skole- og fritidsinstitutioner**

Flertallet af børn og unge i Danmark lever under tilfredsstillende levevilkår, som giver dem mulighed for udvikling og læring; de vokser op i familier præget af trykke, omsorgsfulde og stimulerende rammer med gode muligheder for at udvikle sociale fællesskaber med voksne såvel som med jævnaldrende.

En undersøgelse har vist, at omkring 10-15 procent af tidens børn og unge lever under omstændigheder, der må betegnes som præget af risiko for fejludvikling. Heraf er 9 procent vurderet som egentlig truede eller symptombærende<sup>23</sup>. De bærer ofte præg af mistrivsel, der kan vise sig i form af forskellige symptomer såsom: social isolation eller tilbagetrækningstilbøjelighed, tristhed og modløshed, lav selvtilid og duelighed, kontaktproblemer samt skole- og uddannelsesproblemer. Andre undersøgelser peger tilsvarende på en gruppe unge, der udviser symptomer på mistrivsel i skolen, i fritiden, i familien og kammeratgruppen. Der tales om urolige og ensomme børn og unge, præget af manglende engagement, uden fortrolig kontakt til andre mv.<sup>24</sup>

Generel forebyggelse i forhold til børn og unge må styre bredt imod en forbedring af børns og unges udviklings- og opvækstvilkår. Det omfatter samtlige sammenhænge hvori børn og unge indgår: Familie, skole- og uddannelsessystem, fritidssektoren, arbejdsmarkedet og døgninstitutionsmiljøer. En generel forebyggende indsats omfatter en mobilisering af professionelle og andre voksne, der har med børn og unge at gøre. Rammer for udvikling, vækst og trivsel bør fremmes for alle børn og unge, og der bør gribes tidligt ind med støttende og afhjælpende tilbud, når tegn på mistrivsel eller andre symptomer viser sig.

Indsatsen omhandler således børne/unge- og familiepolitik, uddannelsespolitik, sundhedspolitiske forhold og prioriteringer samt opkvalificering af mennesker, der i deres hverdag har ansvaret for børn og unge.

Den generelle forebyggelse over for børn og unge bør koordineres med andre forebyggelsesgrene, fx mod misbrug, spiseforstyrrelser, osv., idet mange observationer og strategier for forebyggelse er de samme, og strategierne sigter bredt.

Der skal være bedre muligheder for at forældre kan påtage sig deres omsorgs- og opdragelsesopgaver samt generelt have et kvalificeret samvær med deres børn. Det er ikke tilstrækkeligt at påpege forældres ansvar og forpligtelser, hvis dele af befolkningen kun har ringe muligheder for at omsætte idealerne til praksis.

Hverdagen i uddannelsesinstitutionerne må tilrettelægges således, at det ikke blot fremmer elevernes eller de studerendes faglige kvalifikationer, men også fremmer den enkelte elevs mulighed for personlig vækst og trivsel. Uddannelsessteder og fritidsinstitutioner bør tilse, at der eksisterer de fornødne rammer for at børn og unge kan udvikle personlige kvalifikationer og etablere stærke og trygge fællesskaber.

Voksenlivets og arbejdslivets krav om faglige kvalifikationer har i mange år været stigende, hvilket fremmer konkurrencementalitet og individualisering. For mange volder dette ikke særlige problemer, men for de børn og unge, som har vanskeligheder ved at honorere de store krav, kan det medvirke til udstødning. Mobning er et problem i mange uddannelsesinstitutioner og kan føre til alvorlige psykosociale og faglige problemer. Ifølge en undersøgelse om skolebørns trivsel ses, at 12 procent af skolebørnene føler, at de bliver mobbet<sup>25</sup>. Erfaringer fra svenske og norske uddannelsessystemer viser imidlertid, at mobning kan reduceres væsentligt.

Udvalget støtter:

- \* *At børnefamiliers vilkår styrkes.*
- \* *At tilbud om hjælp, råd og vejledning udbygges for de børn og unge samt familier, som viser tegn på mistrivsel.*
- \* *At børn og unge undervises i livsmod, mestringsstrategier og sociale færdigheder (se kap. 9).*
- \* *At lærere og andre professionelle voksne, der har med børn og unge at gøre, rustes til at opfange tidlige signaler på mistrivsel hos det enkelte barn eller unge og i gruppen som helhed.*

Udvalget anbefaler:

- \* *At mobningstendenser og andre udstødningstendenser modarbejdes.*
- \* *At der på uddannelses-, døgn- og fritidsinstitutioner udvikles et kriseberedskab til børn, unge og voksne, som udsættes for traumatiserende hændelser. Muligheder for rådgivning og behandling bør kunne iværksættes.*
- \* *At flere skoler tilslutter sig WHO-projektet omkring de sundhedsfremmende skoler.*

### **Indsats i forbindelse med arbejdspladser**

Der bør udvikles en forståelse for betydningen af ansattes psykiske sundhed, arbejdsforhold og miljø, der tilrettelægges således, at ansatte får mulighed for at udvikle sociale færdigheder og stressmestrings-teknikker samt evne til og muligheder for at deltage i beslutningsprocessen.

Mobning på arbejdspladser og dermed mistrivsel eller udstødning fra arbejdspladsen er også et område, hvor der må sættes ind. I forbindelse med længerevarende sygdom og misbrug kan det anbefales, at offentlige såvel som private organisationer udarbejder en politik for bevarelse af medarbejdere i jobbet.

## Styrkelse af det sociale netværk

Det er veldokumenteret, at der er sammenhæng mellem socialt netværk og helbred. Det sociale netværk udgør den væsentligste del af den uformelle støtte i et menneskes liv. Familien er for mange mennesker den mest stabile og betydningsfulde del af netværket, men også venner, bekendte, naboer og kolleger spiller en væsentlig rolle.

En del mennesker har imidlertid ikke sådanne stabile netværk og en del af netværksfunktionerne må derfor overtages af mere eller mindre formaliserede omsorgsinstitutioner, private såvel som offentlige. Dette kan være en nødvendighed i et moderne samfund, men indebærer samtidigt den risiko, at vi bliver dårligere til at tage os af hinanden.

Det er således vigtigt, at beslutningstagere og professionelle understøtter mulighederne for at mobilisere sociale, uformelle netværk. Den almindelige borger opfordres til at opdyrke det nære netværk til familie, venner og nærmiljø, således at opmærksomhed og solidaritet over for hinanden øges. Især for ældre mennesker er det sociale netværk med til at fastholde følelsen af mening med livet. På arbejdspladser er det relevant at uddanne lederne, så de forstår, at social støtte og fællesskaber har såvel en menneskelig som en økonomisk værdi. Undersøgelser har vist, at sygefravær, sygdom og tidlig død reduceres betydeligt med et godt socialt netværk<sup>26</sup>.

## Netværksarbejde i de frivillige organisationer

Mennesker, der ikke har et socialt netværk, kan have vanskeligheder ved at få dækket deres behov for kontakt, hjælp eller støtte i krisesituationer. Deltagelse i gruppeaktiviteter må derfor betragtes som en måde at forebygge ensomhedsproblemer på og skabe sig en mere meningsfuld tilværelse. Her har de frivillige organisationer en væsentlig opgave, som almindeligvis ikke kan løftes af offentlige institutioner.

Der bør på det kommunale plan være frivillighedsformidlinger og selvhjælpsorganiseringer, der mobiliserer og koordinerer dette frivillige arbejde.

Det anbefales:

*\* At frivillighedsformidlinger og selvhjælpsgruppeorganiseringer støttes kommunalt, idet de bidrager til generel forebyggelse, fx ved at være netværksskabende og ved at være den organisatoriske ramme om selvhjælpsgrupper, samværsgrupper mv. Det forudsætter tilsvarende, at disse opfylder visse kvalifikationskrav.*

## 8.2 Forebyggelse igennem information

Selv mord har gennem årene været et udpræget tabu-emne. Af flere årsager er information og åbenhed imidlertid meget vigtig. Konkret og eksakt viden om selvmordsproblemet er en forudsætning for såvel behandling som forebyggelse kan komme til at fungere optimalt. Information kan endvidere bidrage til at aflive myter og uhensigtsmæssige forestillinger om selvmord og mennesker med selvmordsadfærd. Information er således vigtig for holdningsdannelsen.

Det er imidlertid ikke ligegyldigt, hvordan informationerne formidles og hvad der formidles. Den senere tid har netop bragt disse forhold ind i debatten, og centralt står her spørgsmålet om hvorvidt selvmord imiteres; om omtalen af selvmordsforsøg eller selvmord kan inspirere til selvmordsadfærd og i hvor høj grad en eventuel virkning afhænger af, hvor og hvordan emnet præsenteres. Idealet må være at kunne kommunikere åbent om selvmord og selvmordsadfærd, uden samtidigt at fremstille selvmordsadfærd som en acceptabel måde at reagere på.

Der har i disse år vist sig en stigende interesse for information om selvmord og selvmordsforsøg. Interessen viser sig blandt andet ved de mange henvendelser fra skoleelever, der beder om information i forbindelse med en projekt opgave, fra lærere og pædagoger, der ikke føler sig tilstrækkelig udrustet til at tackle eventuelle problemer i klassen og på skolen samt fra forskellige uddannelsesinstitutioner, der ønsker at give deres elever en vis basisviden om selvmordsproblemet.

*Udvalgets holdning er, at der generelt ikke skal undervises om emnet i skolerne, men at der udarbejdes kvalificeret informationsmateriale, som kan rekvireres efter behov.*

Det anbefales:

*\* At der på lokalt såvel som på statsligt niveau udarbejdes og spredes offentligt tilgængelig information om muligheder for hjælp og støtte til mennesker i belastede situationer, herunder livskriser og samlivsbrud. Sådanne brochurer bør lægges ud på biblioteker, i venteværelser, på skoler, mv.*

### **Mediernes indvirkning**

Selv om information om selvmord og især om selvmordsforebyggelse kan og bør ske gennem flere kanaler, blandt andet under hensyntagen til, hvilken målgruppe det drejer sig om, er medierne den vigtigste informationskilde for befolkningen som helhed.

Når mediernes omtale af selvmord kan have en imitations-effekt, hænger det blandt andet sammen med menneskers tilbøjelighed til at ville efterligne personer, som de ser op til og som står som efterlignelsesværdige. I flere undersøgelser gøres der da også opmærksom på, at virkningen af en selvmordsreportage er størst, når det drejer sig om en kendt person, fx en rockstjerne eller fotomodel.

En væsentlig forudsætning for at en omtale om selvmord kan have en smitte- eller imitationseffekt er, at 'modtageren' i forvejen er sårbar og derfor 'modtagelig for smitte'. Jo mere modellen ligner modtageren fx med hensyn til alder og køn og jo mere han/hun kan identificere sig med modellen og hans/hendes situation, jo mere modtagelig er vedkommende.

Hvis selvmordet eller selvmordsforsøget fremstilles som en acceptabel handling kan konsekvenserne blive, at den enkelte betragter selvmordsadfærd som en egnet løsningsmodel, når livet volder vanskeligheder<sup>27</sup>. Budskabet bliver endnu tydeligere, hvis der ikke samtidig informeres om andre problemløsninger og eksisterende hjælpemuligheder.

Meget tyder på, at omtale af selvmord i medierne kan få selvmordshyppigheden til at stige. Derfor må medierne også kunne benyttes i forebyggelsen af selvmordsadfærd. De medier det drejer sig om, er TV, dags- og ugeaviser, tidsskrifter, magasiner af forskellig slags og Internettet.

Det skal understreges, at den danske medieverden med et par enkelte undtagelser er præget af en fin etisk holdning, sammenlignet med medieverdenen i en del andre lande. Når udvalget mener, at medierne skal inddrages i det forebyggende arbejde, er det for at være på forkant med udviklingen og forsøge at sikre, at dette høje etiske niveau bevares.

Der bør derfor tages kontakt til medierne med henblik på at for udarbejdet et sæt regler for, hvordan 'selvmordsstof' bør behandles.

## **8.3 Samlede anbefalinger omkring den generelle indsats**

Det anbefales:

*\* At forhold der fremmer marginalisering begrænses og marginalisering i forhold til samfundet imødegås.*

*\* At der er øget opmærksomhed over for voksne og ældre, som er ensomme eller udsat for pludselige kriser.*

*\* At børnefamiliers vilkår styrkes og at støttetilbud udbygges for de familier samt børn og unge, som viser tegn på mistrivsel.*

*\* At der i uddannelsessystemet og i fritidsordninger satses på at integrere livsmodsunervisning og mestringsteknikker i børn og unges hverdag.*

*\* At sociale instanser, professionelle og forældre samarbejder og at indsatsen koordineres.*

*\* At der på uddannelses- og fritidsinstitutioner udvikles et kriseberedskab, dvs. en handlingsplan, så der på de pågældende steder vides hvordan, der skal handles og hvor, der skal søges hjælp, hvis personer kommer i krise, der sker uventede dødsfald eller andre katastrofer.*

*\* At mobning og andre udstødningsmekanismer modarbejdes på arbejdspladser, skoler mv.*

*\* At det sociale og frivillige netværk styrkes og støttes ressourcemæssigt.*

*\* At der som en del af samfundsdebatten over for beslutningstagere og opinionsdannere, fx medierne, fortsat argumenteres for ideologier og holdninger, der promoverer medmenneskelig omsorg, omsorg fra offentlige såvel som private instanser, således at andre menneskers problemer opleves som betydningsfulde.*

*\* At der gøres en indsats fra samtlige aktørers side for, at selvmordsadfærd ikke opfattes som noget normalt, rimeligt eller acceptabelt.*

*\* At der udarbejdes kvalificeret informationsmateriale både til undervisning og til alle borgere om støtte og rådgivningsmuligheder.*

*\* At der i samarbejde med medierne udarbejdes et sæt etiske retningslinjer for omtale af selvmordsadfærd.*

## **9. Grund-, videre- og efteruddannelse**

En effektiv forebyggelse og behandling af selvmordsadfærd forudsætter en kvalificeret indsats fra en række faggrupper, og udvalget anbefaler en udbygning af systematisk uddannelse og opkvalificering af alle disse faggrupper.

For at være i stand til at identificere hvilken form for hjælp, behandling og visitation, der er brug for i den enkelte situation, er det nødvendigt at etablere både generelle og mere specifikke uddannelses tilbud til alle faggrupper, der i forbindelse med deres professionsudøvelse kan tænkes at komme i kontakt med personer med selvmordsproblemer.

Der er tale om forskellige faggrupper med forskellige grader af involvering og forskelligartede indfaldsvinkler. Nogle faggrupper konfronteres direkte med selvmordstruede personer i deres daglige arbejde gennem behandling, vurdering eller visitation. Andre faggrupper har hovedsageligt en indirekte kontakt til selvmordstruede, hvor det drejer sig om mere eller mindre synliggjorte selvmordsovervejelser.

Fælles for de respektive faggrupper er, at læren om selvmordsadfærd indtil videre kun i meget begrænset omfang har indgået i de respektive grunduddannelser, og at udbuddet af uddannelse i øvrigt har været forholdsvis sparsomt og tilfældigt.

Behovet for uddannelse, i form af grund-, videre- og efteruddannelse samt enkeltkurser af kortere eller længere varighed, vil variere i forhold til de forskellige uddannelser. Dog bør alle de pågældende faggrupper under grunduddannelsen tilegne sig en generel basisviden. Kapitlet gør derfor rede for de minimumskrav, der bør være til professionelle, uanset om de har en direkte eller indirekte kontakt med selvmordstruede personer.

### **9.1 Grunduddannelse**

I alle uddannelsesforløb anbefales det at viden om følgende elementer indgår:

- \* forekomst af selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstrusler og -tanker
- \* teorier og forklaringsmodeller
- \* risikofaktorer og risikogrupper

- \* forebyggelse og behandling, herunder om hvor, man kan hente hjælp

- \* holdning og etik

Som beskrevet i indledningen er det grundlæggende at få diskuteret hvilken holdning man har til selvmordsadfærd. Handlinger i forhold til personer med selvmordsadfærd er i høj grad bestemt af holdninger og etik. Det er vigtigt at turde involvere sig og at sprede den holdning, uanset i hvilket regi man arbejder, at selvmordsforsøg og selvmord *ikke* er en acceptabel udvej på svære problemer.

### **Læger, psykologer, socialrådgivere og sygeplejersker**

For personale, der kommer i direkte behandlings- og vurderingskontakt med selvmordstruede personer, er formålet især at formidle viden og færdigheder i forhold til den selvmordsforebyggende behandling. Følgende områder bør i den udstrækning, de ikke allerede er det, indarbejdes i de nedennævnte faggruppers studieplaner som obligatoriske elementer:

- \* Baggrundsfaktorer og risikofaktorer ved selvmordsforsøg og selvmord.

- \* Forklaringsmodeller (psykologiske, sociologiske og psykiatriske).

- \* Håndtering af mødet med den selvmordstruede person.

- \* Viden om signaler på selvmordsadfærd.

- \* Viden om selvmordsrisikovurdering: selvmordsrisiko i forskellige grupper og vurdering af selvmordsrisiko på basis af viden om risikofaktorer og på basis af oplysninger og adfærd fra den selvmordstruedes side.

- \* Samtaleteknik.

- \* Krise- og konfliktintervention, specielt for de grupper, der forestår samtalebehandling.

- \* Viden om forskellige behandlingsmetoder og deres tilgængelighed.

- \* Visitation til videre behandling/efteromsorg.

- \* Kendskab til betydningen af tværfaglighed, tværsektorielt samarbejde og opfølgning.

- \* Holdninger og etik

Det er vigtigt at have diskuteret og opnået konsensus omkring holdninger og etik over for personer med selvmordsadfærd, ikke mindst i en behandlingssituation. Et eksempel på dette er personalet på skadestuer og akutte medicinske modtageafdelinger, som kan have svært at forholde sig til, at der indkommer personer med selvmordsforsøg, måske gentagne gange, sideløbende med patienter med akut livstruende medicinske tilstande. Ofte mangler der en fælles holdning, fordi holdninger til selvmordsforsøg og selvmord er private og tabubelagte og ofte baseret på myter, der ikke har hold i virkeligheden. Det drejer sig fx om myten om, at personer, der forsøger selvmord flere gange, aldrig begår selvmord, og myten om at de, der giver udtryk for selvmordstanker ikke er i en risikogruppe. Diskussionen om de etiske forhold drejer sig specielt om, hvor aktiv man fra sundhedsvæsenets side skal være over for personer med selvmordsadfærd. Der er i den sammenhæng brug for en gennemgang af de juridiske forhold.

For lægers vedkommende kan anbefales, at en del af den teoretiske undervisning om selvmordsproblematikken indgår i fagene medicinsk sociologi og medicinsk psykologi, som ligger tidligt i uddannelsen. Herudover skal der i undervisningen i psykiatri indgå yderligere teoretisk undervisning, samt undervisning af mere praksisrettet karakter.

For *psykologer* anbefales det, at basisuddannelsen (bachelorniveau), der omfatter samtlige psykologstuderende, skal indeholde teoretisk undervisning om selvmordsproblematikken. Studerende, der siden specialiserer sig inden for klinisk orienterede discipliner (fx klinisk psykologi og sundhedspsykologi) skal tilbydes undervisning af mere praksisorienteret karakter.

*Sygeplejersker* får via deres grunduddannelse handlekompetence i at pleje syge, forebygge sygdom og arbejde sundhedsfremmende. Sygeplejersker uddannes til at vurdere og iværksætte relevante handlinger samt drage omsorg for den enkelte, familien og samfundet. Det anbefales, at inddrage undervisning om holdninger og etik over for selvmordsadfærd tidligt i grunduddannelsen, fx på modulet 'det sunde og raske menneske' eller under modulet 'lidelse', da holdninger helst skal præges så tidligt i forløbet som muligt. Et udbygget kendskab til selvmordsadfærd og risikofaktorer bør indgå i psykologi/sociologimodulet og i psykiatriblokken sidst i uddannelsen.

*Socialrådgivere* er via deres grunduddannelse kvalificeret til at tilrettelægge og udføre socialt arbejde. De er således i stand til at identificere, beskrive, analysere, vurdere og handle i forhold til livsbetingelser og de sociale problemer på individ-, gruppe-, organisations-, og samfundsniveau. I forhold til selvmordsforebyggelse, vil der være behov for en øget viden om risikofaktorer og risikogrupper samt om faresignaler i forbindelse med aktuell selvmordsrisiko.

Konkret kan denne viden indplaceres under flere af de socialfaglige hovedområder, som uddannelsen består af. Hovedsageligt vil det dog kunne dækkes af hovedområdet, 'Menneskers udvikling og interaktion'.

### **Faggrupper, der i kraft af deres arbejdsfunktion kan møde selvmordsadfærd**

*Ergoterapeuter, fysioterapeuter, social- og sundhedshjælpere, sosuassistenter, plejere og afspændings-pædagoger* er personalegrupper, som medvirker i behandlingsfasen omkring den selvmordstruede. Det er vigtigt at indlægge basisviden om selvmord i grunduddannelsen, således at behandlingsarbejdet opkvalificeres tværfagligt, da pågældende faggrupper tilføjer elementer til behandlingen ud fra deres specifikke faglige baggrund.

### **Præster**

Præster møder unge især i relation til deres konfirmationsforberedelse, hvor mange eksistentielle spørgsmål tages op. Præsternes største opgave er formentlig over for mennesker, som har problemer eller har lidt tab i forbindelse med selvmord. I den forbindelse er det vigtigt, at præster har en vis basisviden om selvmordsadfærd, identifikation og håndtering af mødet med et selvmordstruet menneske. Derudover kan præsterne have specialopgaver i form af støtte til pårørende og efterladte, samtaleteknik og kendskab til viderevisitation. Disse parametre bør inddrages i de relevante fag på pastoralseminarierne.

### **Politi, brandvæsen, Falck og fængselspersonale**

For disse grupper kan opgaven i nogle tilfælde være at identificere en selvmordsrisiko, i andre tilfælde er det åbenlyst, at der er tale om allerede fuldbårde selvmord og selvmordsforsøg, og opgaven vil da være at håndtere denne problematik. Disse grupper har sjældent en egentlig rolle i behandlingen, men står i en akut situation, hvor der skal visiteres videre eller med de pårørende og efterladte, som har behov for henvisningsmuligheder. I og med de konfronteres med selvmordsadfærd, er det vigtigt, at de igennem deres allerede eksisterende pædagogiske undervisning opnår færdigheder i at håndtere disse situationer, samt at der er muligheder for udvidet opdatering, fx i form af temadage.

### **Journalister**

Udvalget anbefaler, at der på journalisthøjskolen undervises i holdninger og etik omkring selvmordsforsøg og selvmord, og om mediernes rolle i forebyggelsen.

### **Lærere og pædagoger, der beskæftiger sig med børn og unge**

En særlig gruppe udgøres af lærere og pædagoger, idet undervisningen og opkvalificeringen her retter sig mod to forskellige formål. Det ene drejer sig om at forbedre lærernes muligheder for at håndtere de problemer, som måtte opstå

i forbindelse med selvmordsadfærd i skolemiljøet, det være sig blandt lærere, elever eller i en elevs familie. Den anden form for undervisning drejer sig om at øge lærernes kendskab til og brug af forskellige sundhedsfremmende og trivselskabende metoder.

Det er derfor vigtigt at sikre, at der udover den tidligere nævnte basisviden om selvmordsadfærd, inkorporeres følgende minimumskrav i det pædagogisk/psykologiske undervisningsmodul på de pædagogiske grunduddannelser:

- \* Basisviden om signaler/symptomer på omsorgssvigt og mistrivsel.
- \* Håndtering af de basale elementer, der fremmer trivsel og god atmosfære i en gruppe/klasse.
- \* Kendskab til forskellige *trivselskabende* metoder, så som metoder til konfliktløsning, indsigt i mestringsstrategier, livsmodundervisning og metoder til opbyggelse af børn og unges selvfølelse og handlekompetence til egen trivsel.

## 9.2 Videreuddannelser

Efter endt grunduddannelse har en del af de nævnte faggrupper adgang til formaliserede videreuddannelser. I videreuddannelserne bør de basale elementer fra grunduddannelsen indgå, og undervisningen bør være kombineret teoretisk og praktisk/klinisk, således at en egentlig handlingskompetence både på det diagnostiske og behandlingsmæssige område sikres.

Videreuddannelsen bør også kunne inspirere de uddannelsessøgende til at udføre forsknings- og udviklingsarbejde inden for området.

For *lægers* vedkommende skal selvmordsforebyggelse indgå obligatorisk i speciallæge-uddannelsen i psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, almen medicin, intern medicin, ortopædkirurgi, samfundsmedicin. Der skal i disse specialistuddannelser indgå både teoretisk og praksisrettet undervisning om selvmordsproblematik.

For *psykologer*, der videreuddanner sig til specialist i psykoterapi og supervision, skal der tilbydes et overbygningskursus i selvmordsadfærd.

*Sygeplejerskernes* sygeplejefaglige diplomstudium indeholder ikke umiddelbart moduler, hvor undervisning i selvmordsadfærd ville falde naturligt ind, men der arbejdes med selvvalgte projektopgaver, hvor relevante temaer tages op, og her ville det være muligt at arbejde med selvmordsforebyggelse. Det Sygeplejevidenskabelige Kandidatstudium giver heller ikke umiddelbart i semesterplanerne plads til temaet selvmordsforebyggelse, men også her ligger der frie opgaver, hvor temaet kunne være en mulighed.

*Lærere* kan videreuddanne sig til Cand. pæd. psych. på Danmarks Lærerhøjskole. Læren om selvmordsadfærd bør indgå i denne uddannelse. I speciallæreruddannelsen på Danmarks Lærerhøjskole bør læren om selvmordsadfærd og om håndtering af trivselsfremmende metoder indgå.

*Socialrådgivere* har via grunduddannelsen bl.a. færdigheder i kontaktetablering/samtaleteknik, rådgivning og vejledning, social behandling samt sorg- og krisearbejde. Der vil være behov for en styrkelse, når det drejer sig om at indgå i længerevarende behandlingsopgaver samt opgaver, der er forbundet med forsknings- og udviklingsarbejde. På videreuddannelsesområdet findes der en lang række kortere- og længerevarende uddannelses tilbud, fra ugekurser til 1 eller 2 årige diplomuddannelser, hvor udvalget mener, der er mulighed for udvikling og kvalificering af nye arbejdsmetoder (i den 2 årige diplomuddannelse i familierapi eller i den 1 årige tværfaglige, sociale diplomuddannelse).

## 9.3 Efteruddannelse

Uanset uddannelsesmæssig baggrund kan man gennem sit job risikere at få selvmordsproblematikken ind på livet. Der bør derfor uanset faggruppe være tilbud om efteruddannelse i form af kortere eller længerevarende kurser og supervision med det formål at vedligeholde, opdatere, detaljere og supplere den viden og de færdigheder, der er tilegnet

grunduddannelse og videreuddannelse. I forbindelse med efteruddannelse må muligheden for at indhente supplerende viden gennem litteratur og elektroniske medier gøres synlig og tilgængelig.

Det er betydningsfuldt, at deltagelse i efteruddannelse er let tilgængelig, og at deltagelse støttes fra arbejdsgiverside. Efteruddannelsen må naturligvis tilpasses hver målgruppes specifikke behov og de lokale forhold.

Efteruddannelsen kan være rettet til en særlig faggruppe, til et fagområde eller institution med tværfaglig deltagelse, fx psykiatriske afdelinger, skadestuer eller ansatte i døgninstitutioner. I den forbindelse vil det være hensigtsmæssigt, at de forskellige efteruddannelser rettes ind efter behov i forhold til målgruppen, fx i forhold til tværfaglighed og andre uddannelser. Tværfaglige kurser, der sigter specifikt på arbejdspladsens målgrupper, vil være optimale.

Specielt på psykiatriske afdelinger bør der etableres undervisning af personale med henblik på opøvnning i at vurdere selvmordsrisiko. I forbindelse med selvmordsadfærd og specielt ved selvmord i afdelingen bør der gennemføres retrospektiv gennemgang (medical audit), dvs. at der som fast rutine foretages gennemgang af alle detaljer i forløbet op til selvmordet. Denne proces indebærer vigtige muligheder for undervisning og bearbejdning for impliceret personale og er hermed et led i forebyggelsen af næste selvmord. Personale, der har behandlingsansvar, bør oplæres i at kunne gennemføre en sådan gennemgang.

*Læger:* Der skal i Lægeforeningens regi udbydes efteruddannelseskurser med selvmordsforebyggelse som emne. Sådanne kurser kan være åbne for både alment praktiserende læger, speciallæger og læger under videreuddannelse. Der arbejdes med at indføre såkaldt kontinuerlig medicinsk efteruddannelse, og når denne implementeres, bør selvmordsforebyggelse indgå. Efteruddannelse af alment praktiserende læger bør fokusere på diagnostik af risikofaktorer, såsom alkoholmisbrug og depression, på træning i vurdering af selvmordsadfærd og på kriseintervention og håndtering af tab og traumer. Selvmordsforebyggelse bør derudover jævnligt indgå i de uddannelsesstilbud, der er etableret i Lægekredsforeningernes regi. I kap. 7 er omtalt et specifikt forslag til afprøvning af effekten af en forbedring af efteruddannelse for alment praktiserende læger.

*Psykologer:* Med henblik på erhvervelse af klinisk autorisation, bør et kursus i vurdering og behandling af selvmordstruede personer være obligatorisk. Psykologer med overenskomst med sygesikringen skal alle have et sådant kursus. Psykologer, der allerede har ydernummer skal, grundet deres særlige tilknytning til problematikken, tilbydes kurser. Psykologforeningen bør jævnligt udbyde kurser til medlemmer, således at psykologer, der ikke har modtaget ovenstående uddannelsesstilbud, kan kvalificere sig til at påtage sig arbejde, der på flere niveauer berører selvmordsproblematikken.

*Sygeplejersker:* Sygeplejerskernes efteruddannelse foregår på langt de fleste større sygehuse, og er ofte planlagt over længere tid. Her arbejdes der ofte med temaer, og det ville være oplagt at arbejde med selvmordsforebyggelse som et tema. Dansk Sygeplejeråd (DSR) udbyder efteruddannelseskurser, og de kunne stå for afholdelsen af selvmordsforebyggende kurser af kortere og længere varighed. DSR henvender sig til alle sygeplejersker. Ledere og mellemledere er her ofte formidlere af de holdninger, der er bærende i afdelingerne, hjemmeplejeordningerne m.m., og det er derfor især dem man skal nå, hvis man ønsker at ændre holdninger.

*Socialrådgivere* har mulighed for efteruddannelse igennem Den Sociale Kandidatuddannelse og dermed forøget kompetencen på det forskningsmæssige område. Andre faggrupper, fx sygeplejersker, kan tilmelde sig denne kandidatuddannelse.

*Lærere:* Efteruddannelse af lærere fra folkeskoler, fri- og efterskoler, klubber, produktionshøjskoler, mv. foregår oftest gennem Danmarks Lærershøjskole. Gymnasielærere eller andre kan også have behov for en mere specifik uddannelse inden for området. Da det er vigtigt, at de nævnte faggrupper som et minimum erhverver sig den viden, der indgår i grunduddannelsen inden for sundheds- og socialektoren, må de tilbydes specifikke kurser, eventuelt ved andre uddannelsesinstitutioner, i fagforeningsregi eller lign.

Som et eksempel kan nævnes, at der i samarbejde mellem Undervisningsministeriet, Danmarks Lærershøjskole, BUPL og Center for Selvmordsforskning er udarbejdet og afprøvet et kursuskoncept for medarbejdere tilknyttet undervisningssektoren, primært lærere, pædagoger, studievejledere mv. I kurset indgår viden om signaler/symptomer på omsorgssvigt og mistrivsel, og om redskaber til at imødegå sådanne problemer. Det anbefales, at kommunale og andre skolemyndigheder muliggør og opmuntrer til deltagelse i kursusrækken.

## 9.4 Det frivillige sociale arbejde og uddannelse

På relevante uddannelsessteder bør studerende orienteres om frivilligt socialt arbejde med det sigte, at styrke samarbejdet mellem det frivillige sociale arbejde og de offentlige ansatte.

Det anbefales:

*\* At lægfolk og professionelle, der arbejder som frivillige eller er ansat i den frivillige sektor, får mulighed for relevante kurser og ad hoc kunne trække på lokal ekspertise mht. undervisning og redskaber til at arbejde videre med, fx fra et lokalt koordinerende vidensorgan.*

## 9.5 Anbefalet indsats

Det anbefales, at der i forbindelse med opfølgning på handlingsplanen oprettes en enhed/enheder, som er ansvarlig for, at forskellige undervisningsmoduler udarbejdes i samarbejde med de relevante uddannelsesinstitutioner og fagorganisationer.

Det anbefales, at der udarbejdes moduler for:

*\* en obligatorisk undervisning på grunduddannelserne*

*\* videreuddannelser, der specielt sigter mod forskning og videreudvikling*

*\* efteruddannelse, der sigter mod opkvalificering af tidligere uddannet personale samt løbende vedligeholdelse af færdigheder og ajourføring af ny viden*

*\* kurser, der retter sig mod særlige personalegrupper eller omhandler specifikke opgaver*

*\* kurser og opkvalificeringsmuligheder for frivillige.*

## 10. Dataindsamling og forskning

Det er udvalgets opfattelse, at både dansk statistik på selvmordsområdet og dansk forskning bør forbedres og udvikles.

### 10.1 Anbefalinger vedrørende indsamling af data

Udvalget har i sin gennemgang fundet, at der i Landspatientregisteret er fejlregistreringer og en betydelig underrapportering af selvmordsforsøg. Vedrørende registrering af selvmordsforsøg har ved gennemgangen givet udvalget anledning til at anbefale:

*\* At der tages initiativ til en forbedring af kvaliteten af registrering af selvmordsforsøg i Landspatientregisteret, behandlet i sygehusvæsenets regi.*

*\* At det på længere sigt overvejes, om også selvmordsforsøg behandlet hos alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger og hos psykologer under sygesikringsordningen skal registreres.*

*\* At registreringen vedrørende selvmordsforsøg i Danmark bedres både med hensyn til dækningsgrad og med hensyn til mængden af indberettede oplysninger.*

Der foreligger i Nomescos regi et bud på en systematisk registrering, der er bygget op efter samme principper som ulykkesregistreringen. Dette bud på registrering må medinddrages i overvejelserne, når der skal tilrettelægges hvilken

registrering, der skal gennemføres som rutine i hele landet, og der skal foretages en særlig indsats for at gøre registreringen dækkende. Det anbefales, at erfaringerne fra selvmordsforsøgsregistreringen i Fyns Amt indgår.

Vedrørende registrering af selvmord skal udvalget yderligere anbefale:

*\* At der for at forbedre registreringen af selvmord gennemføres obligatorisk registrering af præparattype ved forgiftningsselv mord.*

*\* At der gennemføres regelmæssige opgørelser af selvmordsforekomst efter selvmordsforsøg, således, at det er tydeligt blandt de, der er døde ved selvmord, om og i givet fald, hvornår de tidligere har foretaget selvmordsforsøg.*

*\* At den meget høje selvmordsrate blandt psykiatriske patienter følges årligt og suppleres med en monitorering af selvmordsforsøg blandt psykiatriske patienter.*

## **10.2 Anbefalinger vedrørende forskning**

Det er udvalgets opfattelse, at der er behov for en selvstændig dansk selvmordsforskning. En effektiv forebyggelsesindsats mod selvmord og selvmordsforsøg kan ikke basere sig alene på internationalt opnåede forskningsresultater, men må på vigtige områder basere sig på resultater opnået i danske forskermiljøer, der deltager aktivt i internationalt forskningssamarbejde. Set i dette perspektiv er den danske forskning i selvmordsforsøg og selvmord for beskedent, og der er behov for at dansk forskning i selvmordsadfærd styrkes med øgede bevillinger, idet de nødvendige midler ikke kan fremskaffes ved en simpel omprioritering inden for igangværende selvmordsforskning. Det er vigtigt, at der bliver tale om en bred indsats, der inddrager og baserer sig på flere fagområder.

Styrkelsen skal omfatte såvel den klinisk forankrede selvmordsforskning, der inddrager psykiatrisk og psykologisk evaluering, den epidemiologiske selvmordsforskning og selvmordsforskning, der inddrager samfundsmæssige/sociologiske perspektiver. Der er tilstrækkeligt underlag i form af kvalificerede forskere til at gennemføre den øgede forskningsindsats.

Der er et særligt behov for at handlingsplanens forskellige initiativer gøres til genstand for selvstændig følgeforskning, der belyser effekten af disse. Der skal peges på følgende oplagte områder for en sådan følgeforskning:

*\* Undersøgelse af effekten af en forstærket uddannelsesindsats for at forbedre de alment praktiserende lægers evne til at udspørge om og diagnosticere psykisk sygdom, herunder alkoholisme, angst og depression.*

*\* Undersøge, om en øget indsats inden for det psykiatriske behandlingssystem kan mindske den meget høje selvmordsrate blandt psykiatriske patienter. Denne indsats kan omfatte bedre uddannelse af psykiatrisk personale i bedømmelse af selvmordsrisiko, bedre opfølgning psykiatrisk og socialt i perioden efter udskrivning, vurdering af forskellige elementer i behandlingens betydning for selvmordsrisiko, samt undersøgelser af muligheder for ved afdelingens indretning at gøre selvmord vanskeligere.*

*\* Evaluering af behandlingstilbud for mennesker, der har forsøgt selvmord. Sådan evaluering må både omfatte effekten blandt dem, der tilbydes behandling, og en vurdering af, i hvilken grad målgruppen for dette tilbud rent faktisk benytter sig af behandlingen, og vedbliver at modtage behandlingstilbudet.*

*\* Undersøgelser af mulige effekter af at mindske tilgængeligheden af visse selvmordsmetoder, fx hyppigt anvendte lægemidler.*

Herudover er det, med henblik på at evaluere om handlingsplanens rekommandationer iværksættes, nødvendigt med en løbende registrering af hvorvidt de enkelte elementer, der anbefales, er implementeret.

Det er udvalgets vurdering, at ét eller to Ph.D. forløb for hvert af de fire ovenfor nævnte områder inden for følgeforskningen vil være nødvendige, for at områderne kan dækkes tilstrækkeligt.

Ud over ovennævnte temaer for følgeforskning er der et generelt behov for styrkelse af selvmordsforskningen i Danmark. Ud over at belyse danske forhold, som direkte indgår i handlingsplanen, er det væsentligt at gennemføre studier, der kan bidrage til den internationale selvmordsforskning. I Danmark er der særligt gode muligheder for registerbaserede forskningsprojekter, og internationalt efterlyses netop undersøgelser, der på befolkningsplan kan belyse samspillet mellem forskellige risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøg:<sup>28</sup>

\* *Undersøgelser af mulige årsager til det stærke fald i selvmordsdødeligheden i Danmark siden 1980.*

\* *Undersøgelser der eventuelt ved brug af metoden psykologisk autopsi nøjere kan belyse de hændelsesforløb og motiver der ligger bag selvmord.*

\* *Undersøgelser af psykologiske karakteristika hos mennesker med selvmordsadfærd.*

\* *Undersøgelser af samspillet mellem arvelige, psykologiske og sociale risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøg.*

\* *Undersøgelser af risikoen for selvmord og selvmordsforsøg i særlige grupper, hvor dette er dårligt belyst, fx etniske minoritetsgrupper.*

Hvis blot nogen af ovennævnte emner for selvmordsforskningen i Danmark skal belyses, vil det være nødvendigt, at der gives bedre muligheder for at opnå økonomisk støtte hertil. Det vil være af afgørende betydning, at sådanne midler uddeles på en sådan måde, at man både sikrer den videnskabelige kvalitet af projekterne, og at man undgår dobbelt arbejde i form af, at adskilte grupper gennemfører små projekter med samme tema og formål. Man kan i denne sammenhæng overveje muligheden for at bruge midler til at etablere nye eller styrke eksisterende forskningsmiljøer og styrke koordineringen mellem miljøerne.

Disse formål kan opnås ved at tilføre området bevillinger som puljemidler, uddelt via forskningsrådene. Man kunne forestille sig, at en tværrådslig behandling af ansøgningerne vil være relevant i en del tilfælde med henblik på at fremme og koordinere selvmordsforskningen inden for flere fagområder. Med henblik på styrkelse af eksisterende eller nye forskningsmiljøer vil det være relevant, at udbyde bevillinger som rammebevillinger inden for området tillige med projektspecifikke bevillinger.

Uddannelsen af forskere gennem Ph.D.uddannelsen må prioriteres højt, og det er udvalgets opfattelse, at der i Danmark er tilstrækkeligt antal kvalificerede forskere, der kan forestå vejledning, og at det er muligt at rekruttere kvalificerede yngre forskningsinteresserede personer til Ph.D. uddannelsesforløb.

Udvalget peger på, at opgaverne omkring evaluering af indsatsen i forhold til personer med selvmordsadfærd bør centraliseres i et forskningscenter, hvor metoderne til evaluering kan forbedres. Et sådant forskningscenter bør være klinisk forankret og have relation til et universitet. Et sådant forskningscenter vil også kunne varetage uddannelsesopgaver i faget selvmordsforebyggelse i forhold til de faggrupper, der arbejder behandlingsmæssigt med personer med selvmordsadfærd. En sådan funktion kan oprettes som en ny institution eller etableres som et supplement til eksisterende forskningsmiljøer.

## IV. Opfølgning

### 11. Forslag til gennemførelse af handlingsplan

#### Anbefaling

Udvalget anbefaler, at der snarest tages initiativ til at følge op på de anbefalede strategier i handlingsplanen og sideløbende hermed iværksættes en evaluering af effekten af planen. Det anbefales, at planen gennemføres over en 5-årig periode.

De anbefalede strategier kræver en indsats på det statslige plan, det amtskommunale og det kommunale niveau samt af den frivillige sektor.

Det anbefales endvidere, at der etableres en national styregruppe med tilknyttet sekretariat med henblik på at koordinere og styrke samarbejdet mellem de mange aktører på centralt, regionalt og lokalt niveau, på tværs af sektorer og faggrænser samt mellem de frivillige organisationer og det offentlige.

### **Figur 11.3 Opgaver og samarbejdsrelationer i forbindelse med national forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord**

/Opgaver og samarbejdsrelationer i forbindelse med national forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord/

## **11.1 Opgaver på statsligt plan**

**Udvalget anbefaler**, at den centrale/statslige indsats i implementeringen af handlingsplanen omfatter:

\* Opfølgning og koordinering, generel information, rådgivning og formidling.

Det vil bl.a. sige, at udbrede kendskabet til handlingsplanen på statsligt, amtsligt og kommunalt plan samt i forhold til de frivillige; at følge op på de anbefalede initiativer; koordinere; formidle resultater; løse ad hoc-opgaver, fx rådgivende opgaver.

*Som eksempler på aktiviteter kan nævnes:* Landsdækkende møder med repræsentanter for amterne, Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune og H:S samt årlige møder, hvor de frivillige mødes med styregruppen. Udgivelse af nyhedsbrev med korte faglige artikler, oplysninger om kurser mv., ajourføring af den nyeste forskning, nye projekter samt udviklingsaktiviteter. Formidling af informationsmateriale om generel forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord. Regelmæssige åbne regionale informationsmøder for de mange aktører, der virker på området. Styrkelse af det internationale samarbejde.

\* Koordinering og styrkelse af forskning.

\* Forbedring af eksisterende statistik samt stillingtagen til hvilke former for rutinemæssig landsdækkende registrering, der skal gennemføres.

\* Uddannelse.

\* Iværksættelse af forsøgs- og udviklingsarbejde.

*Som eksempler på aktiviteter kan nævnes:* Videreudvikling af modeller vedrørende organisering og iværksættelse af handlingsplanen på amtskommunalt plan samt udvikling af modeller for samarbejde mellem de frivillige og offentlige organisationer. Udvikling af evaluerings- og dokumentationsredskaber til brug for frivillige, amter og kommuner. Igangsætning af modelprojekter, kvalitetsudvikling og kvalitetssikring.

\* Opgaver i relation til lokale forsøgs- og udviklingsprojekter, netværksarbejde i relation til forsøg og udvikling samt produktion og formidling af informationsmateriale.

\* Udarbejdelse af referenceprogrammer.

\* Evt. lovindgreb vedrørende tilgængelighed af selvmordsmetoder.

\* Evaluering.

Det bemærkes, at listen ikke er udtømmende.

## **11.2 Tilrettelæggelse af indsatsen på statsligt/centralt niveau - Den nationale styregruppe til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord**

Til at forestå opgaverne med at implementere og koordinere gennemførelsen af den nationale handlingsplan anbefaler udvalget, at der etableres *en national styregruppe*.

Styregruppen skal være et koordinerende, rådgivende og styrende organ med hovedopgave at sikre en opfølgning på de anbefalede strategier i handlingsplanen.

### **Den nationale styregruppes opgaver**

Udvalget anbefaler, at styregruppens arbejdsopgaver som udgangspunkt omfatter:

- \* opfølgning og koordinering
- \* selvstændige udviklingsopgaver
- \* forskning
- \* evaluering

Med hensyn til forskningsopgaven anbefaler udvalget, at én af to modeller anvendes til fastsættelse af styregruppens funktion (i prioriteret rækkefølge):

a) Styregruppen får beslutningskompetence i forbindelse med støtte til forskningsprojekter - efter faglig indstilling fra repræsentanter for forskningsrådene. Bevillinger og administration forestås af styregruppens sekretariatet, jf. nedenfor.

b) Styregruppen får en rådgivende og koordinerende funktion. Bevillinger og administration forestås af de respektive ministerier efter faglig indstilling fra repræsentanter for forskningsrådene.

Med hensyn til evalueringsopgaven anbefaler udvalget, at styregruppen får ansvar for at iværksætte en evaluering af den samlede handlingsplan. Der indbygges en midtvejsstatus, med henblik på en eventuel justering af handlingsplanen.

### **Sammensætning af den nationale styregruppe**

Udvalget foreslår, at styregruppen sammensættes af 3-5 udpegede, sagkyndige medlemmer, en repræsentant for Kontaktudvalget til det frivillige sociale arbejde samt en repræsentant fra henholdsvis Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Undervisningsministeriet, Amtsrådsforeningen i Danmark, Kommunernes Landsforening, H:S, Københavns og Frederiksberg Kommuner.

Styregruppen kan indkalde andre faglige specialister eller andre ministerier, som fx Forsknings- og Justitsministeriet på ad hoc basis.

### **Sekretariat for styregruppen**

Udvalget anbefaler, at der oprettes en sekretariatsfunktion for den nationale styregruppe. Sekretariatet foreslås oprettet i tilknytning til et af de involverede ministerier. Nogle udviklingsopgaver kan placeres uden for sekretariatet hos eksterne institutioner med særlig viden på området. Sekretariatet anbefales bemanded med 2-3 AC- og 1 HK-årsværk, alt efter hvor mange opgaver, der tillægges styregruppen.

## **Finansiering**

Udvalget foreslår, at bevillinger til finansiering af styregruppens opgaver samt varetagelse af sekretariatsopgaver finansieres over Finansloven som øremærkede bevillinger.

### **11.3 Opgaver på amtsligt og kommunalt niveau**

**Udvalgets anbefalinger til amternes og kommunernes indsats er delt op i:**

- \* Specifik forebyggelse.
- \* Forebyggelse i forhold til risikofaktorer og risikogrupper.
- \* Generel forebyggelse.

#### ***Opgaver på amtsligt niveau***

##### **Specifik forebyggelse**

En målsætning i handlingsplanen er, at personer med selvmordsadfærd skal identificeres og modtage et relevant behandlingstilbud. Amtets rolle er at sikre, at indsatsen er tilrettelagt således, at der findes tilbud i amtet, som kan leve op til denne målsætning.

Udvalgets forslag til opfyldelse af målsætningen omfatter bl.a.:

- \* Oprettelse af selvmordsforebyggende centre, og/eller nedsættelse af et tværfagligt vurderende og visiterende team, eller liaisonpsykiatrisk enhed på et af amtets sygehuse.
- \* Mulighed for akut behandling enten på psykiatrisk afdeling, på distriktspsykiatrisk center eller hos praktiserende speciallæger i psykiatri og i børne- og ungdomspsykiatrien.
- \* Relevante tilbud efter relevant behandling, fx frivillige organisationer, beboerrådgivere og væresteder.
- \* Behandlingstilbud til personer med selvmordsadfærd, som ikke er psykisk syge.
- \* Indretning af psykiatriske afdelinger, så mulighederne for at begå selvmord på afdelingerne reduceres.
- \* Åbne rådgivninger, hvor unge kan tilbydes behandling ved psykologer og socialrådgivere.
- \* Oprettelse af et antal døgnpladser uden for psykiatrisk regi. Lokal telefonvagt for mennesker i krise, evt. koblet sammen med døgnpladserne.
- \* Udbredelse af kendskab til visitationsmuligheder og oprettelse af vidensenhed, hvor alle kan hente opdateret viden om lokale behandlings og støttetilbud.
- \* Sikring af fornøden efteruddannelse af personale på de psykiatriske afdelinger, alment praktiserende læger og af andre personalegrupper, der har med personer med selvmordsadfærd at gøre.

Der henvises endvidere til anbefalinger i kapitel 6, "[Specifik forebyggelse](#)".

##### **Forebyggelse i forhold til risikofaktorer og risikogrupper**

Udvalget anbefaler, at amterne er særligt opmærksomme på risikofaktorer og risikogrupperne og foreslår, at amterne bl.a. sikrer:

- \* Psykiatrisk tilsyn skal kunne rekvireres inden for et døgn.
- \* Ved udskrivning af ældre mennesker fra somatisk sygehus tages kontakt til hjemmeplejen med henblik på opfølgning.
- \* Ved udskrivning fra psykiatrisk afdeling sikres kontakt til distriktpsychiatri eller socialpsykiatri.
- \* Inden for misbrugsbehandlingssystemet tages højde for en forhøjet selvmordsrisiko.
- \* Måltrettet forebyggelse af alkohol, narko og medicinmisbrug bl.a. i form af arbejdspladskurser, åben rådgivning og forebyggelseskampagner.
- \* Oprettelse af støttetilbud og evt. behandlingstilbud til pårørende og efterladte.

Der henvises endvidere til anbefalingerne i [kapitel 7](#).

### **Generel forebyggelse**

Under henvisning til udvalgets anbefalinger i handlingsplanens kapitel 8 er der behov for, at der etableres kurser og efteruddannelse om selvmordsadfærd.

Udvalget foreslår, at der inden for amterne rettes opmærksomhed på følgende områder:

- \* Temadage for enkelte faggrupper, evt. i form af tværfaglige tematiserede forløb rettet mod særlige målgrupper såsom gymnasielærere og ansatte på plejehjem. Sikring af, at de frivilliges indsats på området kan følge udviklingen inden for amtet, bl.a. ved at tilbyde denne gruppe kursusvirksomhed. Derved sikres kendskab til den offentlige indsats i lokalområdet i forhold til arbejdet med selvmordsforebyggelse.
- \* Uddannelse af en vidensperson på gymnasier og andre ungdomsuddannelsesinstitutioner. Personen skal have kendskab til signaler på mistroivsel, kriser og selvmordsadfærd og kunne rådgive kolleger med henblik på henvisningsmuligheder.
- \* Alle uddannelsesinstitutioner udarbejder en beredskabsplan, der gør det overskueligt for de ansatte at handle korrekt og vide hvor, der kan hentes hjælp i tilfælde af krise, ved pludselig død eller selvmordsadfærd hos kolleger eller elever.

### ***Opgaver på kommunalt niveau***

Kommunernes opgaver og opgavernes omfang vil bl.a. afhænge af kommunens størrelse og de regionale aftaler, jf. nedenfor *tilrettelæggelse af den amtslige og kommunale indsats*.

### **Specifik forebyggelse**

I forbindelse med kommunernes indsats på specifik forebyggelse anbefaler udvalget, at kommunen sikrer:

- \* Det sociale system i socialt regi råder over tilbud i form af rådgivning og opsøgende virksomhed til personer med selvmordsadfærd.
- \* En lokal samordning i forhold til opfølgning efter endt behandling - eller efter den akutte fase - fx ved iværksættelse af overtagende, støttende og vejledende funktioner.

## Forebyggelse i forhold til risikofaktorer og risikogrupper

Udvalget anbefaler, at kommunerne er særligt opmærksomme på risikofaktorer og risikogrupperne og foreslår, at kommunerne bl.a. sikrer:

- \* Tæt kontakt imellem alment praktiserende læge og det sociale system for at tilrettelægge en samordnet indsats, som er målrettet på særlige grupper, fx misbrugere.
- \* At hjemmeplejen er opsøgende i forhold til de ældre, der fx er ensomme eller deprimerede.
- \* Iværksættelse af støtte- og rådgivningforanstaltninger til pårørende til personer, der har forsøgt selvmord samt til efterladte.
- \* Dannelse og opretholdelse af lokale netværk i relation til risikogrupperne.
- \* Målrettet opmærksomhed overfor årsager og risikofaktorer i lokalområdet, fx høj grad af isolation, høj arbejdsløshed eller anden marginalisering.

## Generel forebyggelse

Udvalget anbefaler, at den generelle forebyggelsesindsats på selvmordsområdet omfatter:

- \* Kommunalt ansatte med borgerkontakt skal have kendskab til signaler på mistvivsel eller tegn på selvmordsadfærd, samt kendskab til henvisningsmuligheder.
- \* Folkeskolelærere bør sikres mulighed for efteruddannelse for at kunne arbejde med livsmodundervisning blandt børn og unge.
- \* Uddannelse af vidensperson på folkeskole- og hjemmeplejeområdet, som beskrevet på det amtskommunale niveau.
- \* At medarbejdere i hjemmeplejen oplæres i at styrke de ældres livsmod, oplæres i at observere signaler på selvmordsadfærd og at kunne henvise til relevant tilbud. Frivillige i lokalområdet må have mulighed for løbende opkvalificering med henblik på at kunne supplere den kommunale indsats.
- \* Som en del af kommunens frivillighedspolitik, bør det overvejes at indsætte mål i forhold til arbejdet med mennesker i krise, der kan føre til selvmord eller selvmordsforsøg.

## 11.4 Tilrettelæggelse af den amtslige og kommunale indsats

### En selvmordsforebyggende indsats forudsætter et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde.

Der vil være forskelle på, hvor meget samarbejde, der er behov for i det enkelte lokalområde. Det vil bl.a. afhænge af de forskellige målgruppers størrelse og karakter, af kommunens størrelse og dermed beredskab til at løse opgaven, og af den prioritering, de enkelte kommuner og amter tillægger opgaven.

Udvalget vil pege på en samarbejdsmodel med *et koordinationsudvalg med deltagelse af lokale politikere og en tilknyttet arbejdsgruppe vedrørende forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord.*

Det skal understreges, at nedenstående alene må betragtes som forslag, idet indsatsen må tilrettelægges med inddragelse af samtlige interessenter på området. På det regionale og lokale niveau må opgaverne placeres, der hvor det er mest hensigtsmæssigt. Mange af de foreslåede arbejdsopgaver behøver ikke at være ressourcetunge, men drejer sig i lige så høj grad om at få de eksisterende funktioner sat i system og kvalificeret.

## Koordinationsudvalgets opgaver og organisering

Udvalget foreslår, at opgaven med planlægning og samordning forankres i et koordinationsudvalg med politikere fra amt og kommuner. Koordinationsudvalgets opgaver kan bl.a. omfatte mål og rammer for den fælles indsats, samarbejdsaftaler mellem amt og kommuner samt helhedsorienterede planer for selvmordsforebyggelsen i det pågældende amt og de pågældende kommuner. Udgangspunktet for koordinationsudvalgets arbejde vil være de lokale behov og muligheder og den nationale handlingsplan for forebyggelse af selvmord.

I flere amter findes et organ, hvor opgaven naturligt kan lægges. Der lægges vægt på, at der er repræsentation af politikere fra såvel kommuner som amt, ligesom repræsentationen skal være tværgående, både fra sundheds-, social- og undervisningssektor.

## Arbejdsgruppen vedrørende forebyggelse af selvmord

Udvalget foreslår, at der i tilknytning til koordinationsudvalget nedsættes en faglig/embedsmandsgruppe til praktisk at følge og forestå et målrettet arbejde med selvmordsforebyggelse inden for rammer udstukket af koordinationsudvalget.

Arbejdsgruppens opgaver kan bl.a. omfatte:

\* Undersøgelse af allerede eksisterende tiltag, anvendte ressourcer og kapacitet set i forhold til dels lokalsamfundets demografiske sammensætning og geografiske forhold, dels forekomst af selvmord og selvmordsadfærd i området. Undersøgelsen bør omfatte tilbud både i offentligt og i privat/frivilligt regi og vil således kunne blive en god vejviser for, hvor indsatsen er tilstrækkelig, hvor der skal opkvalificeres, og hvor der er behov for at øge indsatsen.

\* Planlægning, rådgivning og koordinering af den samlede selvmordsforebyggende indsats samt opfølgning og evaluering af den samlede selvmordsforebyggende indsats i amtet.

I en række amter findes allerede en sådan arbejdsgruppe. Afhængig af de konkrete muligheder og traditioner bør arbejdsgruppen nedsættes, så den bliver så faglig bred, at der kan arbejdes helhedsorienteret, men samtidig bliver af en overskuelig størrelse for at sikre handlekraften.

Det anbefales, at arbejdsgruppen sammensættes bredt med repræsentanter fra forvaltningerne i kommunerne og amtet, de faglige nøglepersoner, de frivillige organisationer, regionens præster, politiet, de alment praktiserende læger, de praktiserende psykologer og de tværfaglige teams til selvmordsforebyggelse (jf. nedenfor).

## Figur 11.4: Eksempel på strukturer til planlægning og gennemførelse af tværsektoriel plan

/Eksempel på strukturer til planlægning og gennemførelse af tværsektoriel plan/

## 11.5 Den frivillige sociale sektor

Det frivillige arbejde dækker et bredt spektrum af tilbud, der går fra noget meget lokalt og smalt til landsdækkende organisationer. Det er vigtigt at sikre dialogen mellem de frivillige og det offentlige både på kommunalt, amtsligt og statsligt plan, samtidig med at de frivilliges egenart fastholdes og respekteres.

Frivillige organisationer påpeger, at det er vanskeligt og usikkert for dem at skaffe finansiering til deres virksomhed. I "lov om social service", som trådte i kraft pr. 1. juli 1998 er der ud over bestemmelser om samarbejde og opfølgning af dette mulighed for økonomisk tilskud, idet der for foreløbig en 4-årig periode er aftalt et tilskud til kommuner og amter fordelt via bloktilskud. Der kan dels følges op herpå ved udarbejdelse af en lokal frivillighedspolitik, dels ved økonomisk tilskud.

Der er i forbindelse med udvalgsarbejdet omkring betænkningen "Frivilligt socialt arbejde i fremtidens velfærdssamfund" udviklet en model for kvalitetsudvikling, som kan sikre kvaliteten af de frivilliges arbejde samt samarbejdet mellem de frivillige og det offentlige.

## **Anbefalinger:**

- \* Eksisterende funktioner bør fortsat støttes, således at allerede opbygget viden fastholdes og udbygges.
- \* Selvmordsforebyggelse bør indgå som element ved udarbejdelse af en frivillighedspolitik i amter og kommuner. Disse politikker bør koordineres med udformningen af de konkrete handlingsplaner og implementeringen i amter og kommuner.
- \* I samarbejde med de frivillige organisationer udvikles kursustilbud til frivillige både internt i organisationen, på tværs af organisationerne og på lokalt niveau.
- \* Model for kvalitetsudvikling bør afprøves set i forhold til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg.
- \* Finansiering af landsdækkende frivillige organisationer i forhold dels til landet som helhed, dels det lokale niveau må sikres. Der bør ligeledes ydes tilskud lokalt til frivillige, der beskæftiger sig med selvmordsadfærd.

## **11.6 Finansiering**

Udvalget anbefaler, at finansiering af aktiviteter på det statslige plan finansieres, som den nationale styregruppe, gennem øremærkede midler over Finansloven.

Udvalget stiller følgende finansieringsforslag:

- \* Selvmordsforskningen styrkes gennem tilførsel af nye bevillinger, udmøntet dels som rammebevilling, dels som projektspecifikke bevillinger.
- \* Der er behov for at initiere forsøgs- og udviklingsprojekter og netværksarbejde. Der bør derfor sikres puljemidler til iværksættelse af disse initiativer.
- \* Eksisterende funktioner bør fortsat støttes, således at allerede opbygget viden fastholdes og udbygges.

## **11.7 Evaluering**

Udvalget foreslår, at evalueringen af den samlede plan udføres af eksterne institutioner, som umiddelbart tilknyttes dette arbejde. Evalueringen skal tilrettelægges, så det kan måles i hvilken grad, anbefalingerne i handlingsplanen, opfyldes. En evt. styregruppe må, som en af sine første opgaver, opstille en plan for evalueringen.

Udvalget foreslår endvidere, at evalueringen tilrettelægges, så den rummer evaluering af struktur, indsats, proces og resultater. Evalueringen bør ligeledes indeholde både en formativ og en summativ evaluering. Den formative evaluering skal bruges til procesudviklingen og den summative evaluering til at opsummere resultater og erfaringer ved udløbet af 5-årsperioden med henblik på det videre arbejde på feltet.

## **11.8 Afslutning**

Handlingsplanen er det første skridt i en national strategi. Det er udvalgets håb, at man på alle niveauer - statsligt, amtskommunalt, kommunalt og ikke mindst på det frivillige niveau - samt på tværs af sektorer, vil finde det stimulerende og vigtigt at gå i gang med arbejdet med forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark.

# **V. Bilag**

## 12. Udvalgets kommissorium

### "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark".

Der udarbejdes forslag til en tværsektoriel handlingsplan til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg.

Forslaget skal baseres på en beskrivelse af:

- \* Den faktiske udvikling i hyppigheden af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark.
- \* Hvad ved vi om årsager til selvmord og selvmordsforsøg?
- \* Eksisterende nordiske (og andre relevante internationale) forebyggelsesstrategier/nationale programmer.
- \* Eksisterende konkrete danske initiativer og aktiviteter vedrørende forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg.
- \* Den aktuelle behandlingsindsats på området.
- \* Eksisterende oplysninger om evaluerings- og forskningsresultater på feltet i Danmark, og væsentlige tilsvarende oplysninger fra udlandet.

Udvalget kan i nødvendigt omfang foretage ad hoc konsultationer/samarbejde med relevante danske forskningsenheder/registre mv. om tilvejebringelse af faktuelle oplysninger og analyser på feltet.

Handlingsplanen bør indeholde en overordnet målsætning samt idékatalog og prioriteret plan vedrørende:

- \* Undervisning/uddannelse.
- \* Information/øvrige forebyggelsesinitiativer.
- \* Behandlingsindsats, social støtte og rådgivning (lægefaglig/social/psykologisk).
- \* Dataindsamling/forskning.

Det kan under de enkelte temaer være relevant at forholde sig til generel, gruppespecifik og individuel forebyggelse.

Handlingsplanen bør omfatte specifikke prioriterede forslag (jf. punkt B) vedrørende særlige risikogrupper (herunder psykisk syge, misbrugere, personlighedsforstyrrede, særlige aldersgrupper, indvandrergupper, pårørende til selvmordsforsøgere og personer døde ved selvmord) og andre grupper, herunder unge. Udvalget skal opstille *kvalitetsmål/skitsere referenceprogrammer* om den konkrete indsats.

Det kan være aktuelt at forholde sig til særligt belastede regioner (bydele/boligområder mv.)

Udvalget giver anbefalinger vedrørende ansvarsplacering, (centralt, regionalt, lokalt), samarbejdsmodeller herunder inddragelse af frivillige organisationer, finansiering og opfølgning (evaluering/ dokumentation/justering, dvs. kvalitetsudvikling) for alle foreslåede initiativer. Herunder stilles forslag til evaluering og opfølgning af den samlede handlingsplan.

Udvalget stiller forslag om, hvorledes relevant viden på feltet løbende holdes ajour og formidles på en, for alle myndigheder og "interessenter", relevant og let tilgængelig måde.

## Generelle bemærkninger

Udvalget er principielt et fagligt baseret arbejdsforum, der skal tilvejebringe det bedst mulige konkrete grundlag for de ansvarlige myndigheders beslutninger vedrørende "Handlingsplan til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark".

Af hensyn til, på bedst mulig måde, at sikre dialogen, mellem selve arbejdsudvalget og de involverede ansvarlige og interesserede parter, foreslås, at disse parter løbende orienteres om udvalgsarbejdet, herunder i form af skriftligt materiale og desuden får adgang til at deltage i udvalgets arbejde, som observatører.

De nævnte parter er:

Sundhedsministeriet

Socialministeriet

Undervisningsministeriet

Forskningsministeriet

Amtsrådsforeningen i Danmark

Kommunernes Landsforening

Københavns og Frederiksberg Kommuner

Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S)

Udvalgsarbejdet forventes gennemført inden for en periode af 1 år. Udvalget forventes at afholde en temadebat med deltagelse af udvalgets medlemmer og repræsentanter for alle de ovenstående myndigheder og organisationer. Temadebatten er tænkt som en proces, der sikrer relevant input til udvalgets arbejde. Udvalget kan invitere yderligere relevante organisationer (fx faglige selskaber) og enkeltpersoner til at deltage i temadebatten. Såfremt temadebatten afdækker behov for yderligere afklaring kan udvalget gennemføre drøftelser med relevante parter, m.h.p. at forslaget til handlingsplan bliver så konkret og anvendeligt som muligt, for de ansvarlige beslutningstagere.

Arbejdsudvalget kan indkalde fagkyndige selskaber mv. ad hoc. Udvalget kan nedsætte arbejdsgrupper.

Sekretariatsbetjeningen af udvalget ligger i Sundhedsstyrelsen. Det forudsættes, at der stilles en fuldtids sekretariatsmedarbejder til rådighed for udvalget under hele arbejdsforløbet. Også øvrige udgifter til udvalgets arbejde (møder, tilvejebringelse af oplysninger, data mv.) afholdes via Sundhedsstyrelsen/Sundhedsministeriet. Arbejdsgruppen skønner, at de samlede udgifter til udvalgsarbejdet er i størrelsesordenen 1 mio. kr.

Forslaget til handlingsplan afleveres til Medicinaldirektøren.

<sup>1</sup> Yngve Hammerlin og Georg Schelderup, "Når livet bliver en byrde", s 214, 1994, Ad notam, Gyldendal

<sup>2</sup> Res.nr. 46/90

<sup>3</sup> Ibid

<sup>4</sup> "Guidelines for Formulation and Implementation of Comprehensive National Strategies for Prevention of Suicidal Behaviours and the Provision of Supportive and Rehabilitative Service to Persons at Risk and to Other Affected Persons", De Forenede Nationer, New York, 1996

- <sup>5</sup> Statens Helsetilsyn, "Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994-1998"
- <sup>6</sup> "Stöd i självmordskriser- Nationalt program för utveckling av självmordsprevention", Nationelle rådet för självmordprevention, 1995
- <sup>7</sup> "Suicide can be prevented- Fundamentals of a Target and Action Strategy, uddrag af " Suicide Prevention in Finland 1991-1995. Fundamentals of a Target and Action strategy", National Agency for Welfare and Health, No. 45/1991.
- <sup>8</sup> Rapport om netværkstemedag for selvmordsforebyggende projekter, Formidlingscentret, Storkøbenhavn, 1997
- <sup>9</sup> Jessen G, Andersen K, Bille-Brahe U, "Selvmordstanker og selvmordsforsøg blandt 15-24 årige i det danske uddannelsessystem"; Ugeskrift for læger 1996, 158:5026-5029.
- <sup>10</sup> Kate Runge, Embedslægeinstitutionen i Århus, personlig meddelelse
- <sup>11</sup> Forskningsministeriet. NASTRA, "Forslag til en national strategi for sundhedsvidenskab", Copenhagen; Forskningsministeriet, 1995
- <sup>12</sup> Giel R, Koeter MWJ, Ormel J, "*Detection and Referral of Primary-care Patients with Mental Health Problems: The second and third filter*", i Goldberg D, Tantam D, eds, "*The Public Health of Disorder*", Toronto, Lewiston, New York, Hogrefe & Huber Publishers, 1990, 25-34
- <sup>13</sup> Goldberg D, Huxley P, "*Common mental Disorders: A Bio-social Model*, London & New Yo; Tavistock/Routledge, 1992
- <sup>14</sup> Munk-Jørgensen P, Fink P, Brevik JI, "*Psychiatric Morbidity in Primary Health Care*": A Multicentre Investigation. Part II, *Hidden morbidity and choice of treatment*", Acta Psychiatr Scand, 1997, 95: 6-12
- <sup>15</sup> Isometsä ET, Heikkinen ME, Martunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lönnquist JK, "*The Last Point before Suicide: Is Suicide Intent communicated?*", Am J Psychiatry, 1995; 152:921-922
- <sup>16</sup> Ormel J, GielR, "Medical Effects of Nonrecognition of Affective Disorders in Pprimary Care" i Sartorius N, Goldberg D, eds, "*Psychological Disorders in General Medical Settings*", Toronto, Lewiston, NewYork, Hogrefe & Huber Publishers, 1990; 146-158
- <sup>17</sup> Harris EC, Barraclough B, "*Suicide as an Outcome of Mental Disorder*", Br.J Psychiatry 1997, !70:205-220
- <sup>18</sup> Varming, Ole, "Livsmod som forebyggelse", pp15-27, "Synspunkter på selvmord en debatbog, Center for Selvmordsforskning, 1998
- <sup>19</sup> DIKE, "*Social ulighed, sundhed og sygdom*", 1996
- <sup>20</sup> WHO, "*sundhed for alle år 2000*", delmål 12
- <sup>21</sup> HammerlinY, Schelderup G, "*Når livet bliver en byrde*", Ad Notam Gyldendal, 1994
- <sup>22</sup> Sundhedsstyrelsen, "Børn i familier med misbrug", 1996
- <sup>23</sup> Schultz Jørgensen P, m.fl.
- <sup>24</sup> Holstein, Bjørn og Due, P, "Sundhed og trivsel blandt børn og unge, Institut for Folkevidenskab, Københavns Universitet, 1997, DIKE, "Børn og unges sundhed, 1997
- <sup>25</sup> Ibid

<sup>26</sup> Kamper-Jørgensen F, Almind G, "Forebyggende" sundhedsarbejde", Munksgaard, 12. ug., 1992

<sup>27</sup> Der henvises til ungarsk-tysk undersøgelse, der viser at imitationseffekten af TV-udsendelser er større i Ungarn end i Tyskland, og at dette kan forklares med, at i Ungarn fremstilles selvmordet gerne som en tragedie forlenet med et vist heltemod, hvor man i tysk TV lægger vægt på det afvigende aspekt og de fysiske konsekvenser.

<sup>28</sup> Kreitman N. Research issues in the epidemiological and public health aspect of parasuicide and suicide. In: Goldberg D, Tantom D, eds. *The public health impact of mental disorder*. Toronto, Lewinston, NY, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers, 1990;7382.

[Sundhedsstyrelsen](#) Version 1. udgave d. 24. august 1998

Denne publikation findes på adressen: <http://www.sst.dk/>

Copyright (c) Sundhedsstyrelsen