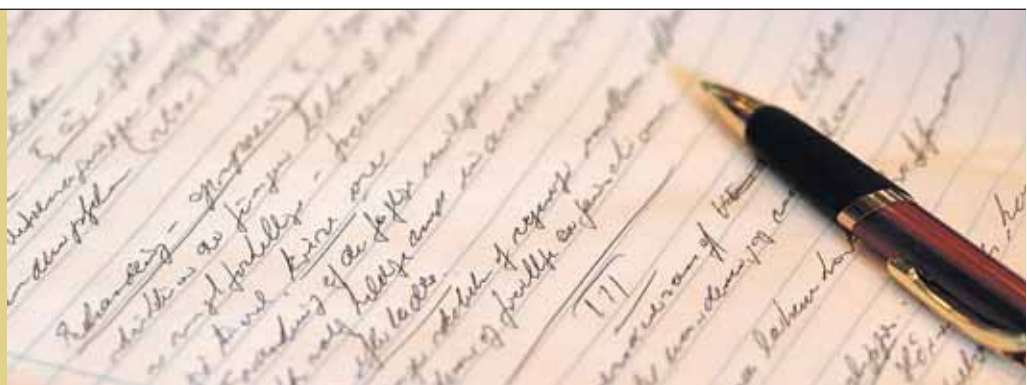
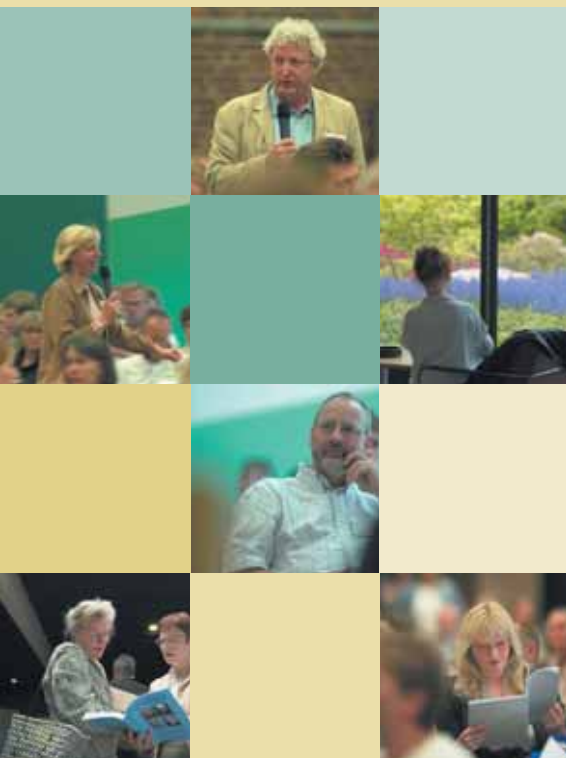


INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET OG SOCIALMINISTERIET.
REFERENCEGRUPPEN TIL FOREBYGGELSE AF SELVMORDSFORSØG
OG SELVMORD.



Selvordsforebyggelse i perspektiv

KONFERENCERAPPORT FRA NATIONAL KONFERENCE OM SELVMORDSFØREBYGGELSE 2004



Forord

Konferencerapport fra National konference om selvmordsforebyggelse

Rapporten er udarbejdet af:
Journalist Inger Anneberg, www.a4media.dk
Journalist Anette Lahn Hansen, www.a4media.dk

Udgivet af:
Indenrigs- og Sundhedsministeriet og
Socialministeriet. Referencegruppen til
forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord

Redaktion:
Kirsten Nielsen, Referencegruppens sekretariat,
Sundhedsstyrelsen
Pia Langhoff, Referencegruppens sekretariat,
Center for Selvmordsforskning

Referencegruppens sekretariat:
Center for Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
sst@sst.dk

URL: www.selvordsforebyggelse.dk
Emneord: Selvmordsforsøg, selvmord,
selvmordsforebyggelse, forebyggelse

Sprog: Dansk
Version: 1,0
Versionsdato: 30. august 2004

Elektronisk ISBN: 87-91437-85-7
Den trykte versions ISBN: 87-91437-86-5

Grafisk design:
Helle Guldman, www.guldmann-design.dk

Tryk:
Narayana Press, Gylling, www.narayanapress.dk

Oplag:
1000 eksemplarer

Pris:
0 kr. + forsendelse

Udgivelsen er finansieret af Socialministeriet efter
indstilling fra Referencegruppen til forebyggelse af
selvmordsforsøg og selvmord

Publikationen kan hentes på:
www.selvordsforebyggelse.dk eller www.sst.dk
eller bestilles hos J:H: SCHULTZ Information A/S,
Albertslund, tlf. 4363 2300, email schultz@schultz.dk

Med deltagelse af næsten 300 fagpersoner fra hele landet blev der den 7. juni 2004 afholdt National konference om selvmordsforebyggelse i Nyborg. På konferencen blev der præsenteret et bredt udsnit af de aktiviteter, der har fundet sted som led i opfølgningen på "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark", udgivet af Sundhedsstyrelsen 1998.

Formålet med konferencen var at gøre status efter 5 år med en særlig forebyggelsesindsats og samtidig videregive erfaringer og anbefalinger, som kan tjene til inspiration i tilrettelæggelsen af det fremtidige selvmordsforebyggende arbejde.

En lang række af de fagpersoner, der har bidraget til at virkeliggøre handlingsplanens intentioner, præsenterede gode eksempler på, hvordan selvmordsforebyggelse kan gribes an i praksis, f.eks. når det handler om vurdering og visitation af selvmordstruede eller om selvmordsforebyggelse i forhold til særlige grupper som psykisk syge, ældre samt børn og unge.

Med denne rapport formidles konferencens spændvidde gennem bearbejdede indlæg fra dagens mange oplæg, suppleret med en præsentation af nye film, bøger og undervisningsmaterialer om selvmordsforebyggelse. Rapporten er rig på henvisninger, og er dermed et godt sted at starte, hvis man som fagperson står for at skulle planlægge selvmordsforebyggende indsatser.

Her er inspiration og viden at hente.

Souschef Frode Svendsen, Socialministeriet
Kontorchef Bjarke Thorsteinsson, Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Referencegruppens formandskab

Indholdsfortegnelse

Forord	2
Gode spor	4
Praktisk vejledning til professionelle	6
Indtryk fra konferencen	9
Uddannelsesplanen er blevet forlænget	10
Indtryk fra konferencen	13
Mange vinkler på selvmordshandlinger	14
Indtryk fra konferencen	17
Selvordsforebyggelse skal ikke stå alene	18
Indsats til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord 1999-2004 ..	22
Materialer	26
Indtryk fra konferencen	29

Minikonference: De professionelle vanskeligheder

i arbejdet med selvmordsproblematikker

Et udfordrende arbejdsfelt	30
En balancegang at arbejde med unge kvinder	32
Lærerne kan klædes på til opgaven	34
Indsatspunkter i det daglige arbejde	36

Minikonference: Selvmordsforebyggelse blandt børn og unge

– at bygge på eksisterende ressourcer

Om at gribe og sende videre – med begge hænder	37
Det giver mening at blande sig	40

Minikonference: Selvmord blandt ældre

– at klæde organisationen på

Når ældre forsøger selvmord	42
At genoprette det ældre menneskes værdighed	44
Fokus har ændret sig	46

Minikonference: Udfordringer i psykiatrien

– vurdering af selvmordsrisiko

Udfordringer i psykiatrien	48
Skemalagte procedurer kan sikre bedre vurdering	51

Minikonference: Selvmordsforebyggelse på sygehuse

– fra viden til handling

Modelprojekt førte til nye retningslinjer	53
Modelprojekt førte til forebyggelsescenter	55
Selvordsadfærd skal behandles som et selvstændigt fænomen ..	56

Minikonference: Tiden efter et selvmordsforsøg

– det støttende og ledsagende princip

Et princip der kan gradbøjes	59
At blive mødt godt	60
Hovedparten fik ingen støtte	62
Lodsen leder igennem farlige vande	64

Minikonference: Undervisning

i selvmordsforebyggelse

Mange undervisningstiltag og endnu flere metoder	65
Det tavse råb	67
Holdninger til både hjerne og mave	68
At tale om livsmod – hvor svært kan det være?	70

Deltagerliste	72
Hjemmesideadresser	79

Gode spor

National konference gjorde status over fem års arbejde med selvmordsforebyggelse og videregav resultater og erfaringer til inspiration for den fremtidige tilrettelæggelse af selvmordsforebyggende indsatser

Artiklen er skrevet på baggrund af oplæg af souschef Frode Svendsen, Socialministeriet og kontorchef Bjarke Thorsteinsson, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Med konferencen i Nyborg den 7. juni 2004 gjorde Referencegruppen status over fem års øget fokus på selvmordsforebyggelse og videregav erfaringer til inspiration for den fremtidige tilrettelæggelse af selvmordsforebyggende indsatser. Formiddagens oplæg i plenum gav deltagerne en fælles forståelsesramme, og målet med eftermiddagens minikonferencer var at sætte gang i den proces, der skal bringe erfaringer fra de mange modelprojekter ud i praksis.

Formidling af viden, initiativer i forhold til uddannelse, støtte til netværk og forskning, igangsættelse af modelprojekter og hermed udvikling af nye metoder til at forebygge selvmord.

Det er nogle af de vigtigste initiativer, der er blevet sat i gang i de sidste fem år.

I 1998 udgav Sundhedsstyrelsen "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark", som siden har været omdrejningspunkt for indsatsen til forebyggelse af selvmord.

Initiativerne blev gennemgået af souschef Frode Svendsen fra Socialministeriet og senere uddybet af kontorchef Bjarke Thorsteinsson fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, da der blev afholdt National Konference om selvmordsforebyggelse på Nyborg Strand mandag den 7. juni 2004.

Frode Svendsen opfordrede til, at konferencen ikke blev set som en afslutningskonference, men snarere en statuskonference der skal pege fremad.

– Det arbejde, der har været i gang i fem år nu, det er ikke afsluttet, men jeg tror, at der er lagt nogle gode spor ud, og det skal der arbejdes videre med i de kommende år, sagde han.

Frode Svendsen nævnte i den forbindelse, at socialministeren under Folketingets debat om selvmordsforebyggelse lige før pinse, tilkendegav, at spørgsmålet skulle drøftes videre med partierne under Folketingets sommerpause.

Forankring og udvikling

Kontorchef Bjarke Thorsteinsson pegede på to hovedområder som særligt vigtige i den kommende tid:

– For det første: hvordan forankrer vi en lang række af de indsatser, vi har iværksat? Altså går fra det vi kalder projekt til drift.

– Og hvordan sikrer vi en fortsat udvikling på de områder, hvor der stadig er behov?

Bjarke Thorsteinsson fremhævede, at fokus på forankring især bør være på at sikre den opfølgende behandling til personer, der har været indlagt eller været i kontakt med en somatisk eller psykiatrisk sygehusafdeling efter et selvmordsforsøg.



– Det vil sige, hvilke tilbud kan vi give disse personer, og hvordan sikrer man sig det, der hedder behandlingskæder?

Bjarke Thorsteinsson pegede desuden på, at det relativt snævre felt, som selvmordsforebyggelse udgør, fremover bør bredes ud, så fokus kommer mere bredt på krisesituationer, på mistrivsel og på behov for omsorg – altså der hvor folk har det svært i livet.

Formidling af viden

Souschef Frode Svendsen fremhævede arbejdet med formidling af viden som et af de områder, der skal fortsætte fremover. Referencegruppens hjemmeside www.selvmondsforebyggelse.dk vil i fremtiden blive integreret i den hjemmeside, som Center for Selvmordsforskning i Odense står for: www.selvmondsforskning.dk.

Frode Svendsen forklarede, at der med støtte fra referencegruppen har været satset ganske meget på uddannelsesområdet:

– Med udgangspunkt i initiativer fra Center for Selvmordsforskning har man fået fat i uddannelsesinitiativer over for en lang række personalegrupper, som arbejder med både børn og voksne. Det har vist sig, at man ved en systematisk indsats faktisk har kunnet få nogle moduler ind på uddannelserne, som gør, at personalet i højere omfang bliver henledt på de risikofaktorer, der er. Det gælder læger, lærere,

social- og sundhedspersonale og mange andre. Både netværk og de faglige miljøer bør støttes fremover, understregede Frode Svendsen og Bjarke Thorsteinsson.

Behov for opmærksomhed

Samtidig erkendte Bjarke Thorsteinsson, at der er områder og risikogrupper, som har fået for lidt opmærksomhed i den femårige periode.

– Det drejer sig om de efterladte og om ældreområdet, og så viser statistikken også, at vi måske burde have prioriteret mænd som et særligt indsatsområde.

Bjarke Thorsteinsson efterlyste desuden mere synergi i samarbejdet mellem de frivillige organisationer og de offentlige systemer, og han fremhævede det som overordentlig positivt, at der nu er kommet frivillige på banen, når det gælder selvmordsforebyggelse.

Bjarke Thorsteinsson afsluttede med at takke alle, der har været aktive i projekterne. Han takkede også referencegruppen for den store indsats og det engagement, den har vist hele vejen.





Praktisk vejledning til professionelle

Sundhedsstyrelsen har med den nye vejledning "Vurdering og visitation af selvmords-truede" givet sundhedspersonalet et savnet redskab, når det gælder om at vurdere og visitere selvmordstruede.

Målet er en opkvalificering af personalet, at skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb, og at der laves lokale instrukser og aftaler

Den nye vejledning lægger op til, at grundlaget for vurdering og visitation af selvmordstruede forbedres, og at der er behov for en øget indsats, viser de nøgne tal. Sundhedsvæsenet herhjemme møder hver dag året rundt ca. 20 mennesker, som enten har forsøgt at begå selvmord eller er selvmordstruede, og hvert år er der ca. 700 danskere, der vælger at tage deres eget liv ved selvmord. Dvs. at antallet af selvmord er højere end antallet af trafikdræbte.

Ifølge centerchef Else Smith, Sundhedsstyrelsen, er den nye vejledning tænkt som et redskab for

ledelse og personale i somatiske skadestuer, modtageafdelinger og psykiatriske modtagelser. Den vil desuden kunne anvendes af sundhedsprofessionelle i andre organisationer og af andre faggrupper, som kommer i kontakt med selvmordstruede.

Baggrund for vejledningen

Else Smith understreger, at vejledningen er udarbejdet med baggrund i anbefalingerne fra "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark" (Sundhedsstyrelsen 1998.)

To helt centrale punkter i handlingsplanen var:

- at selvmordstruede bør vurderes hurtigt og korrekt af personer med den nødvendige faglige ekspertise,
- at hjælp til selvmordstruede bør etableres efter et støttende og ledsagende princip.

I praksis betyder dette princip, at der skal etableres en kontinuerlig behandling eller opfølgning af den enkelte patient, så den pågældende ikke slippes ét sted, før der er iværksat en støtte eller behandling et andet sted.

– Man kan sige, at der i disse to korte punkter er sammenfattet noget meget essentielt om hjælpen til selvmordstruede personer, forklarer overlæge Merete Nordentoft, Bispebjerg Hospital, der har været med til at udarbejde vejledningen.

Både hun og Else Smith understreger, at der bag vejledningen ligger et ønske fra sundhedssektoren.

– I den praktiske verden syntes man, at det var lidt svært at finde ud af, hvor der var nogle redskaber til at gennemføre handlingsplanens principper, forklarer Merete Nordentoft.

Viden og redskaber

Anbefalingerne i "Vurdering og visitation af selvmordstruede" bygger på praktiske erfaringer fra en række modelprojekter, som er afviklet i perioden 2001-2004. Vejledningen gennemgår, hvilke risikofaktorer sundhedspersonalet skal



være opmærksom på at afdække i deres undersøgelse af selvmordstruede personer. Forhold som: begivenheder forud for selvmordsforsøget, motiver, livsomstændigheder, psykisk sygdom, tidligere selvmordsforsøg, misbrug, sociale forhold, intention, personlige ressourcer og behandlingsbehov.

Vejledningen angiver også, hvilke meget konkrete spørgsmål, det er relevant at stille dels til patienter, som har foretaget et selvmordsforsøg, dels til patienter, som har selvmordstanker. Spørgsmål som kan danne basis for en vurdering af patientens aktuelle selvmordsrisiko. Et andet vigtigt emne i vejledningen er kommunikation med den selvmordstruede.

– Uanset hvilken person, det drejer sig om, er der nogle elementer, det er væsentligt at udnytte i en samtale. Det drejer sig om at vinde tid, at sørge for at de umiddelbare impulser, som har gjort sig gældende, nedtones. At man prøver at give personen tid til at komme over det, understreger Merete Nordentoft.

Andre hovedpunkter i samtalen er at styrke kommunikationen og den menneskelige kontakt, at indgive håb, samt understrege, at selvmord aldrig er løsningen.

Opfølgning og sikring

Når man – som personale – står med en selvmordstruet patient, er der behov for kendskab

til opfølgningsmulighederne. Også fordi et modelprojekt har vist, at kun ca. halvdelen af de henviste, når frem til ambulante tilbud.

– Derfor er det vigtigt, at man er klar over, hvilke opfølgningsmuligheder der er, og at man kan differentiere imellem de forskellige typer, siger Merete Nordentoft.

Hun sigter her til akut henvendelse, opfølgning i psykiatrisk og psykologisk regi, i misbrugsregi og kommunalt regi samt hos de praktiserende læger.

Drejer det sig om en person med tegn på akut selvmordsfare, er det særlig vigtigt at være opmærksom på, at der planlægges en sammenhængende behandlingsskæde, så der er tæt opsyn med patienten hele vejen. Derfor indeholder vejledningen et særskilt kapitel med konkrete råd og anvisninger om sikring af patienten under indlæggelse og om overførsel af patienten fra et regi til et andet.

Holdninger

Et afsnit i vejledningen skal bevidstgøre sundhedspersonalet om myter og egne holdninger til selvmord, for holdninger, som "Godt hun fik fred", eller "Der er alligevel ikke noget at gøre," harmonerer ikke med en professionel indsats.

– Holdninger kan jo blokere for, at selvmordstruede får den hjælp, de har brug for, og derfor



HENSIGTEN MED VEJLEDNINGEN "VURDERING OG VISITATION AF SELMORDSTRUDE" ER:

- at give sundhedspersonalet nogle redskaber til at identificere og vurdere selvmordsrisiko
- at give personalet et oplæg, der kan påvirke holdninger omkring et tabubelagt emne
- at understøtte udarbejdelsen af lokale instrukser på afdelingerne samt lokale samarbejdsaftaler mellem sygehuset og det øvrige sundhedsvæsen og socialsektoren
- at den kan anvendes i undervisningen af sundhedsprofessionelle

Vejledningen findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk, og den udkommer på tryk i løbet af efteråret.



VEJLEDNINGEN INDEHOLDER FØLGENDE PUNKTER:

- Tjekliste
- Risikofaktorer og vurdering af selvmordsrisiko
- Akut selvmordsfare
- Samtaleteknik
- Visitation og opfølgning
- Organisering af afdelingens indsats
- Landsdækkende telefonrådgivning
- Definition af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark
- Holdninger og myter
- Lovgivningsmæssige forhold
- Links til internationale vejledninger

betones det i vejledningen, at der er behov for en holdningsdiskussion i forbindelse med, at man prøver at implementere den, forklarer Merete Nordentoft.

Lokale aftaler

Lokale aftaler og instrukser samt lokale samarbejdsaftaler mellem sygehuset og den primære sundhedstjeneste og socialsektor er ifølge Else Smith et must.

– Det mest centrale i vejledningen er anbefalinger om, at man gerne ser, at der udarbejdes instrukser på de enkelte afdelinger. På Sundhedsstyrelsens hjemmeside ligger der allerede nogle forslag til, hvordan sådanne instrukser kan være udformet.

Merete Nordentoft uddyber det således:

– Vi håber, at det kan være effektivt, at der skal laves lokale instrukser både vedrørende de organisatoriske rammer og samarbejdsaftaler, og at ledelsen samtidig skal sørge for, at instrukserne bl.a. handler om, at personalet regelmæssigt skal uddannes og superviseres, at der skal

være gode fysiske rammer, som kan sikre patient og personale, og at der er en akut supervisions- og debriefingsmulighed.

Hun understreger, at selvmordstruede bør tilbydes et psykiatrisk tilsyn og en vurdering som led i det akutte forløb, og en psykiatrisk behandling eller anden relevant behandling hurtigst muligt efter det akutte forløb. Endelig bør der laves en opfølgningsplan for den selvmordstruede patient ved udskrivelsen.

Spørgsmålet er, om der skal være en behandlingsgaranti, hvis man kommer på sygehuset med selvmordsforsøg. Det mener Merete Nordentoft, som håber, at vejledningen vil vise sig at være "et af de mere langtidsholdbare produkter, der er kommet ud af Referencegruppens arbejde."

Else Smith giver på sin side vejledningen følgende bemærkning med på vejen:

– Vi håber, at alle vil læse vejledningen og finde den nyttig, så den kan blive fulgt op, og at der kan nås frem til de samarbejdsaftaler, som vi tror, er så vigtige.

VEJLEDNINGENS TJEKLISTE

Tjeklisten er tænkt som et direkte arbejdsredskab for personalet i afdelingerne. Den opsummerer hovedpunkterne fra kapitlerne om risikofaktorer, afdækning af selvmordsrisiko, vigtige spørgsmål og opfølgningsmuligheder på en direkte anvendelig måde.

Tjeklisten findes på et særskilt ark, som kan placeres let tilgængeligt i afdelingen.

HVAD HAR GJORT INDTRYK PÅ DIG PÅ KONFERENCEN DEN 7. JUNI 2004 OG HVAD VIL DU ARBEJDE VIDERE MED FREMOVER?



KJERSTI LIEN, OVERLÆGE, PSYKIATRISK SYGEHUS AALBORG

– Jeg var imponeret over, hvor mange forskellige faggrupper, der var repræsenteret på konferencen men især var jeg glad for det arbejde, som blev repræsenteret af Merete Nordentoft, vejledningen fra Sundhedsstyrelsen. Der er gjort en god indsats for at få lavet retningslinjer, det var imponerende, men også konkret anvendeligt, så det kunne jeg tage med hjem. Meget af det arbejder vi med allerede i forvejen, f.eks. at det jo almindeligt tankegods hos os, at vi spørger folk om de har selvmordstanker.

– Det jeg gerne så fremover, når det gælder vores eget amt, er en bedre kommunikation indbyrdes. Vi skal vide, hvad vi hver især går og arbejder med, når det gælder selvmordsforebyggelse og være bedre til at kommunikere det til hinanden, så vi ved, hvad hinanden går og laver.



LENE IVERSEN, CAND. PSYCH., FYNS AMT OG KOGNITIV CENTER FYN

– Helt fra hjertet så var det den film, "Den lukkede dør," som var lavet om de pårørende. Det var gribende at høre den far, der havde mistet sin søn. Det gav stof til eftertanke, at komme så tæt på. Det bliver man rørt over.

– Det andet der gjorde indtryk på mig var, at der på konferencen blev talt meget om de gode intentioner med forebyggelse af selvmord, men i pauserne kunne jeg høre alle nødråbene blandt deltagere om, at der mangler ressourcer til at føre intentionerne ud i livet. Det er trist, at den politiske vilje til at følge op er så lille.



PER KRUSE, SOCIALRÅDGIVER, CENTER FOR MISBRUGSBEHANDLING, ÅRHUS

– Når vi taler om folk med selvmordsproblemer, er det sært, at den misbrugsgruppe, jeg arbejder med, stort set kun blev omtalt i bisætninger på konferencen. Konferencen gav alligevel anledning til refleksioner, og der er mange ting, jeg kan bruge ved at omsætte fra det generelle til det specifikke.

– Rent praktisk er vejledningen et godt tiltag. Jeg har planlagt at holde en temadag på centret om det, vi har lært og hørt. Vi vil præsentere vejledningen og lægge vægt på, at det er vigtigt i forhold til selvmordsproblematikken, at man som professionel ikke sidder alene med problemstillingerne. At det er vigtigt, at man bruger hinanden.



Uddannelsesplanen er blevet forlænget

Øget viden og skærpet opmærksomhed skal være med til at knække kurven over selvmordsforsøg og selvmord. Med forlængelsen af uddannelsesplanen bliver det muligt at forankre og udbygge den undervisningsindsats, der har fundet sted de seneste tre år

Artiklen er skrevet på baggrund af oplæg af og interview med centerleder Lilian Zøllner, Center for Selvmordsforskning i Odense.



En 15-årig pige, som begynder at isolere sig fra klassekammeraterne. En 40-årig alkoholiker, som virker deprimeret. En 80-årig mand, som ikke har lyst til noget som helst mere.

Det er bare et par eksempler på, hvordan læreren, socialrådgiveren og social- og sundhedsassistenten kan møde selvmordstruede i deres arbejde.

En effektiv forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg er bl.a. afhængig af, at disse fagpersoner kan kende signaler på selvmordsadfærd – og kan reagere på dem.

Gennem de seneste tre år er der i Danmark arbejdet målrettet med forebyggelse på selvmordsområdet, det er bl.a. sket gennem en systematisk og koordineret uddannelse og opkvalificering af faggrupper (se boks), som med stor sandsynlighed kan møde selvmordstruede borgere gennem deres arbejde.

– Med forlængelsen af uddannelsesplanen for selvmordsforebyggelse frem til udgangen af 2005 har vi fået bedre muligheder for at forankre og udbygge undervisningsindsatsen, forklarer Lilian Zøllner.

Vigtigt med viden på forhånd

– Jeg synes, vi har grund til at være tilfredse med vores indstats. Danmark er det allerførste land, der har fået forløb med undervisning i selvmordsforebyggelse ind på grunduddan-

nelserne. Det kunne kun lade sig gøre, fordi referencegruppen vedtog, at man ikke udelukkende skulle satse på efteruddannelse. Fordelen ved at trække undervisningen ind på grunduddannelserne er, at nyuddannede får både den viden og de værktøjer, de har brug for. De bliver i stand til at reagere, hvis de møder en person, som er selvmordstruet, siger Lilian Zøllner.

Som en del af uddannelsesplanen har der været afviklet i alt 15 forsøgs- og udviklingsprojekter i perioden 2002-2004, og de er beskrevet i "Idékatalog – inspiration til undervisning i selvmordsforebyggelse på grunduddannelserne". (se boks.)

– Kataloget er et fantastisk flot eksempel på, hvordan der har været kørt forsøgs- og udviklingsarbejde på grunduddannelserne. Kataloget er meget anvendeligt, fordi andre institutioner kan blade i det og slå ned på projekter, som de kan tilpasse. De behøver ikke at starte på bar bund, men kan trække på andres erfaringer.

En styrkelse af videreuddannelser

Frem til i dag har undervisningsinitiativerne over for videreuddannelserne rettet sig mod relevante Masteruddannelser (Master i Gymnasiepædagogik, Master i Sundhedspædagogik og Master of Public Health).

– Vi har et stort ønske om at brede den indsats

videre ud til en række andre masteruddannelser. Med forlængelsen af uddannelsesplanen har vi netop fået øremærket bevillinger til at gå ind på relevante master- og diplomuddannelser og tilbyde at komme og holde skræddersyede foredrag. Foredrag, som har det videnskabelige niveau, som højere uddannelser kræver.

De masteruddannelser Lilian Zøllner sigter mod er Master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling, gerontologi, idræt og velfærd, rehabilitering, vejledning, social integration og sundhedsantropologi.

Efteruddannelse

Tilbudene om efteruddannelse har primært rettet sig mod lærere, pædagoger, psykologer og læger og har været udbudt af Center for Selvmordsforskning.

– Vi er som sådan ikke kursusudbydere. Vi skal bruge vores viden og ekspertise på at udvikle nye kurser og evaluere dem, og når vi ved, at de virker, skal vi lade andre tage over, og det er det, der er ved at ske nu, forklarer Lilian Zøllner.

Foreløbig har Dansk Psykolog Forening godkendt et to-dages kursusforløb som meritgivende for specialerne psykoterapi, børnepsykologi, sundhedspsykologi og psykotraumatologi, og fra 2005 afvikler foreningen selv kurset.

Kurserne for lærere er ved at blive forankret i amtscentrene for undervisning, og foreløbig har 7 amtscentre udbudt kurset i vinteren 2004/2005. Når det gælder lægerne, har der været afviklet korte kurser på Lægedage og i 12-mandsforeninger, men den undervisning vil desuden fortsætte i centrets regi.

Netværk og undervisningsmaterialer

Uddannelsesplanen har også medført andre initiativer, der gør det lettere at undervise i selvmordsforebyggelse.

Center for Selvmordsforskning har udgivet en række faktahæfter til brug i undervisningssituationer. Hæfterne kan enten downloades gratis på centrets hjemmeside eller købes ved henvendelse til centret.

– Hvad angår hjemmesiden, så har vi tilsagn om støtte til yderligere udvikling. Vores mål er, at det skal være det sted, hvor alle – både undervisere og andre – kan finde de oplysninger, de skal bruge på selvmordsområdet.

Et tredje konkret tiltag er en underviserdatabase bestående af undervisere, som institutioner kan kontakte via centret.

– De 40-50 undervisere indgår i et netværk, som vi holder opdateret med den nyeste viden på selvmordsområdet. De modtager danske og internationale forskningsresultater og får besked om ny litteratur. Desuden mødes de én

UDDANNELSE I SELVMORDSFOREBYGGELSE

Grunduddannelser

Undervisningen har rettet sig mod kommende pædagoger, lærere, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, socialrådgivere og sogneplejere. Forsøgs- og udviklingsprojekterne har haft som mål at få implementeret undervisningen i selvmordsforebyggelse i faggruppernes studieplaner.

Projekterne er beskrevet i "Idékatalog – inspiration til undervisning i selvmordsforebyggelse på grunduddannelserne." Idékataloget kan downloades på www.selvmordsforskning.dk under Publikationer – eller bestilles gennem centret, telefon 66 13 88 11 eller e-mail: info@selvmordsforskning.dk

Videreuddannelser

Forsøgs- og udviklingsundervisning i form af forelæsninger, hvor målet har været at implementere suicidologi i relevante masteruddannelser.

Undervisningen indgår i dag på Master of Public Health-uddannelserne.

Efteruddannelse

Her er udviklet og afholdt undervisning og kurser for bl.a. lærere, pædagoger, psykologer og praktiserende læger. Center for Selvmordsforskning har stået for udvikling og afholdelse af disse kurser.

Information om kurser, undervisningsmateriale, netværk og uddannelsesplanen kan ses på www.selvmordsforskning.dk.



gang hvert år til efteruddannelse og erfaringsudveksling. Det er også en måde at sikre kvaliteten og udviklingen i undervisningen på, understreger Lillian Zøllner.

Nyt fokus – forældre

Antallet af selvmordsforsøg og selvskadende handlinger blandt unge er voksende herhjemme, viser en undersøgelse blandt 16-19-årige på Fyn. Rundt om et ungt selvmordstruet menneske står flere personer af central betydning: forældre, søskende og venner samt lærere, pædagoger, psykologer, socialrådgivere, sundhedspersonale, den praktiserende læge og den lokale præst. Lillian Zøllner mener, at det er vigtigt, at de alle bliver inddraget i selvmordsforebyggelsen.

– Med CASE-studiet (Child and Adolescent Self-harm in Europe) fandt vi ud af, at unge stort set ikke taler med nogen forud for deres selvskade

eller selvmordsforsøg. De spørger ikke nogen til råds om deres problemer. De isolerer sig. 20% af de unge mener, at de har brug for professionel hjælp, og forældrene ved det ikke. 9 ud af 10 forældre kender ikke til deres barns selvskade, men hver 5. lærer kender til elever, der har skåret sig selv eller taget piller.

På baggrund af disse resultater ser Lillian Zøllner et behov for et særligt undervisningstilbud til forældrene og de unge selv. Konkret arbejdes der på et bredt undervisningstilbud til forældre, der har det til fælles, at de har en teenager i huset. Den bagvedliggende tanke er at give forældre redskaber og viden til at fastholde en god dialog med de unge – også hvis der er problemer.

– I første omgang er der bevilget penge til dialogmøder for forældre til 8. klasses elever på tre skoler. Forældrene skal ved møder med andre teenagerforældre få mere viden om, hvordan

det er at være ung i den turbulente tid, vi lever i, hvor søgende hovedparten af unge er, og hvor sort-hvid verden kan se ud for dem. Undervisningen skal også komme med bud på, hvordan man som forældre kan tackle det, hvis unge i familien har perioder med negativ kontakt, sortsyn eller synes, at de skal bære hele verden på deres skuldre. Forældrene skal have mere viden om, hvad der fremmer trivsel og gode samtaler med en teenager.

De unge selv

Når det gælder forebyggende undervisning for de unge selv, er der udarbejdet ansøgninger om et konkret projekt, hvor fokus er rettet mod at lære de unge at mestre de livsomstændigheder, de har, og de vanskeligheder, de møder. Lillian Zøllner arbejder på at få igangsat et forskningsbaseret forebyggelsesprojekt, som er udviklet i New Zealand, og som det new zealandske sundhedsministerium fortsat støtter grundet dets gode effekt.

– Jeg håber, at det lykkes at få støtte til dette projekt. Vi har igangsat initiativer for alle grupper rundt om den unge, og mangler nu kun at målrette indsatsen mod den unge selv. Det indgår i hvert fald i vores ønsker for fremtiden sammen med ønskerne om at udvikle, udbygge og forankre den samlede undervisningsindsats. Vores håb er, at vi så forhåbentlig om nogle år kan se, at kurven over selvmordsforsøg og selvmord er knækket.

UDDANNELSESPLAN

Center for Selvmordsforskning har som opfølgning af "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord" siden 2001 udviklet og afprøvet en række undervisningsforløb på både grunduddannelser, videreuddannelser samt i forhold til kurser og efteruddannelser. Det er sket med udgangspunkt i en 3-årig uddannelsesplan udarbejdet på Center for Selvmordsforskning. Planen er støttet økonomisk af Socialministeriet efter indstilling fra Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord. Uddannelsesplanen er netop forlænget frem til udgangen af 2005.

HVAD HAR GJORT INDTRYK PÅ DIG PÅ KONFERENCEN DEN 7. JUNI 2004 OG HVAD VIL DU ARBEJDE VIDERE MED FREMOVER?

BETH LILJA PEDERSEN, OVERLÆGE, DANSK SELSKAB FOR PATIENTSIKKERHED

– Vejledningen om forebyggelse af selvmord var positiv. Den var både operationel og konkret, og det har vi brug for. Jeg synes, at man skal følge den op lokalt og bruge den i afdelingerne. Det vil også være en fordel, hvis der var krav om, at de personer, der skal foretage vurderingen af en patients selvmordsrisiko, skal have været igennem et oplæringsforløb med undervisning og praktisk afprøvning af metoderne. At de får en slags kørekort, inden de bliver sluppet løs på opgaven.

– Til gengæld savnede jeg opsummeringer og konkrete anbefalinger. F.eks. anbefalinger til hvordan man skal indrette patientstuer på sygehuse fysisk, så man kan minimere selvmord på sygehuse. Jeg synes, det er underligt, når litteraturen viser, at det er muligt at gøre noget konkret på det punkt, f.eks. fjerne plasticposer fra affaldsspande på lukkede afdelinger, sørge for at bruserstænger hænger i løse rawplugs, der kun kan bære 15 kg mv. Og når nogen begår selvmord på sygehuset, så jeg gerne, at man lavede en slags "havariundersøgelse." At man systematisk undersøgte, hvad der kunne have forhindret selvmordet, hvordan man fremover kan beskytte patienterne bedre fysisk, og hvordan procedurerne kan gøres mere sikre. Jeg undrede mig over, at der ikke var nogen af den type anbefalinger.



JØRGEN RATHE, PSYKOLOG, PPR, IKAST/BRANDE

– Tage Voss' refleksioner om, hvad der gør livet værd at leve i filmen "Når livet bliver for langt" gjorde stort indtryk. Man kan sige, at den problematik gamle mennesker har – om at føle sig uønskede – den er faktisk ikke så forskellig fra de følelser og tanker, som unge teenagere kan sidde med, når vi møder dem her på PPR. Ud af de ca. 80 klienter, jeg sad med sidste år, var der otte piger i alderen 14-16 år, som trivedes dårligt emotionelt og socialt og var alvorligt livstrætte. De blev behandlet med terapeutiske samtaler. Noget jeg tror, vi får gavn af på vores arbejdsplads, er »Nethåndbogen« om forebyggelse fra Århus og ligeledes den nye vejledning fra Sundhedsstyrelsen.

– Vi skal også bestræbe os på at tænke mere i behandlingskæder, som sikrer, hvordan vi afleverer og modtager de unge, når de skal fra vores regi til et andet. Den problemstilling blev godt belyst i projektet om selvmordsforebyggelse blandt børn og unge på Vestfyn. Jeg bed mærke i sætningen: "Ingen skal stå alene med en ung, som tænker på selvmord." Den er vigtig. Vi er nødt til at være fælles om det, fagfolk og familie, når vi har sager med unge, som har den her slags vanskeligheder. Vi må alle arbejde på, at den unge føler sig anerkendt og ønsket. De store spørgsmål om ensomheden, friheden, døden og allermest meningen med det hele banker på døren ind til sindet hos de unge. Når det især er piger det handler om, gætter jeg på, at de har et meget større forventningspres lagt på sig, og at de ofte oplever problemer med klikedannelser.





Mange vinkler på selvmordshandlinger

Tværfagligt forskningsprojekt giver bred faglig tilgang til forskning i selvmordshandlinger

Artiklen er skrevet på baggrund af oplæg af Karin Helweg-Larsen, speciallæge og forsker ved Statens Institut for Folkesundhed.

SELMORD OG PSYKISK SYGDOM

Psykisk syge udgør en af de store risikogrupper for selvmord. Det bekræftes af en række af de undersøgelser, der er foretaget i forskningsprojektet.

Således bliver det slået fast at:

- affektive sindslidelser markant øger risikoen for selvmord både blandt mænd og kvinder
- længden af hospitalsophold har betydning for risikoen for selvmord. Jo kortere ophold, jo større risiko.
- antallet af tidligere hospitalsindlæggelser har betydning og øger selvmordsrisikoen blandt kvinder.

Antallet af selvmord i Danmark er faldet markant gennem de sidste 20 år, men samtidig rapporteres antallet af selvmordsforsøg i visse befolkningsgrupper at være steget. Hvilke mulige forklaringer er der på den observerede udvikling, og hvorfor er udviklingen i selvmordsforsøg anderledes end udviklingen i fuldbyrdede selvmord?

Det er en af de overordnede problemstillinger, som skal belyses i et tværfagligt og tværinstitutionelt forskningsprojekt, som er koordineret af Statens Institut for Folkesundhed.

Andre problemstillinger i forskningsprojektet lyder: Er der væsentlige forskelle i hyppigheden af selvmordshandlinger forskellige befolkningsgrupper imellem – og kan der ud fra befolkningsundersøgelser identificeres indikatorer for en øget selvmordsrisiko?

Arbejdet udføres af et forskernetværk, som omfatter syv forskningsinstitutioner og ca. 25 forskere, og det støttes med fem millioner kroner fra Socialministeriet efter indstilling fra Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord. En afrapportering ventes klar i slutningen af 2004. Forskningstemaerne er:

- udvikling i selvmord og selvmordshandlinger siden 1970 med fokus på kvaliteten af registerdata og tilgængeligheden af selvmordsmetoder.
- Psykologiske, sociale, familiemæssige og helbredsmæssige årsager til selvmord og selvmordsforsøg.

- Risikofaktorer for suicidal adfærd belyst i et psykologisk-sociologisk og kulturelt perspektiv.

Det givende netværk

Karin Helweg-Larsen, speciallæge og forsker ved Statens Institut for Folkesundhed, er medlem af det tværfaglige, tværinstitutionelle netværk, og hun ser mange fordele i denne form for samarbejde:

– Allerede i starten af forskningsprojektet blev der etableret netværk. Det har betydet, at der i planlægningen af de enkelte projekter både undervejs og ved formidlingen af resultaterne har været mulighed for at udnytte en meget bred faglig tilgang til selvmordsproblematikken. Netværket rummer forskere med mangeårig klinisk og retsmedicinsk viden om selvmordshandlinger, epidemiologer, der i en årrække har arbejdet med registerforskningsprojekter samt humanister med en indsigt i kvalitativ forskningsmetodik. Det har været berigende for os alle, fordi vi har kunnet inddrage mange forskellige vinkler med henblik på at belyse udviklingen i selvmordshandlinger.

Dataforskning

Hun peger på, at der i Danmark er en enestående adgang til data, som gør det muligt at analysere en lang række sammenhænge, f.eks. mellem psykisk sygdom, sundhedsvæsenets behandling, sociale faktorer og selvmordshandlinger og hun tilføjer:

– En væsentlig forudsætning er dog, at data om selvmordshandlinger er valide, dvs. troværdige. En grundpille i det samlede forskningsprojekt er derfor en evaluering af registerdata samt en klar afgrænsning af selvmordshandlinger, dvs. hvad der registres som en sygehuskontakt på grund af et selvmordsforsøg.

Karin Helweg-Larsen er selv med til at belyse, hvordan dataregistreringen kan forbedres fremover. Det sker i forbindelse med en evaluering af datakvaliteten i Landspatientregistret. Forskerne har undersøgt korrektheden af de skadestue-registreringer, der faktisk sker af selvmordsforsøg og selvmord. I praksis har man gennemgået og nykodet skadekort og dernæst sammenlignet registreringen i LPR med nykodningen.

Ved nykodningen er alle skadekort blevet sorteret i fire kategorier: sygdom, ulykker, vold og selvtilføjet skade – herunder selvmord. Ved en sammenligning af LPR og nykodningen blev der fundet god overensstemmelse ved registreringen af f.eks. ulykker og vold, men ringe overensstemmelse ved registreringen af selvmord, hvor mange tilfælde i LPR er blevet kategoriseret som sygdom.

Nykodningen har vist, at kun 1/3 af alle selvtilføjede skader er registreret som sådan i LPR. Desuden er det en alvorlig hindring for korrekt registrering af selvmordsforsøg, at registrerings-systemet ikke giver mulighed for at registrere selvmordsforsøg som kontaktårsag, hvis aktions-

diagnosen, dvs. den diagnose, man bruger til at behandle ud fra, er psykisk sygdom.

– Derfor må jeg sige, at de gældende principper for kodning i Landspatientregistret – det der hedder fællesindholdet – ikke er velegnede.

Der er behov for ændrede koderegler her. Vi er nu ved at opstille forslag til nye kriterier, siger Karin Helweg-Larsen og tilføjer:

– På nogle sygehuse, som f.eks. i Odense, hvor der er stor fokus på ulykkesforebyggelse, er der en langt bedre registrering af skadestuekontakter. Det vil sige, at kodesystemets muligheder udnyttes fuldt ud, og f.eks. gennemføres der en registrering af det specifikke lægemiddel, der var årsagen til en forgiftning. Derved er det muligt at følge f.eks. udviklingen i forgiftninger med milde smertestillende midler såsom paracetamol. Men på mange andre sygehuse er registreringen mere mangelfuld. I stedet for at registrere det specifikke lægemiddel ved en forgiftning, bliver det kun til "forgiftning", og der er således ikke mulighed for på landsplan at vurdere udviklingen inden for en række forskellige typer af forgiftninger mv.

Et fald i antal

Et andet delprojekt ledet af Merete Nordentoft handler netop om forgiftning og sammenhængen mellem udviklingen af selvmord og tilgængeligheden af selvmordsmetoder i perioden 1970-2000.

ØGET RISIKO I SÆRLIGE BEFOLKNINGSGRUPPER

Studiet "Selvmordstanker og selvmordsforsøg blandt yngre danskere – hvordan ser de ud?" beskriver forekomsten af forskellige typer af selvmordsadfærd. Det er baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen år 2000, en landsrepræsentativ interviewundersøgelse af den voksne, danske befolkning. I undersøgelsen er der blevet stillet spørgsmål om selvmordstanker og selvmordsforsøg. 3.202 personer mellem 16 og 35 år har besvaret disse spørgsmål, svarende til 62 procent af alle inviterede til undersøgelsen.

Blandt resultaterne ses:

- at selvmordsadfærd er mere udtalt blandt kvinder end mænd.
- at gifte og samboende har en signifikant lavere forekomst af selvmordsadfærd end gruppen af separerede, fraskilte og ugifte.
- at der i gruppen med selvmordsadfærd er en signifikant større andel af arbejdsløse.
- at personer med selvmordsadfærd typisk har et dårligere socialt netværk end personer uden selvmordsadfærd.
- at personer med selvmordsadfærd har en mindre hensigtsmæssig livsstil.
- at personer med selvmordsadfærd har gjort mere brug af sundhedsvæsenets ydelser end personer uden selvmordsadfærd.

RESULTATER UNDER PUBLIKATION:

- "Suicide risk in relation to factors around admission to psychiatric hospital" – Pin Qin et al. (Artiklen er under review hos Archives of General Psychiatry).
- "Development in suicide rates for patients with schizophrenia from 1981 to 1997 in Denmark: a nested case-control study based on longitudinal registers" – Merete Nordentoft et al. (Artiklen er indsendt til British Medical Journal efter revision).
- "Suicide trends during the period from 1981 to 1987 in patients with affective disorders: a Danish register-based study" – Eyd Hansen Høyer et al. (Artiklen er under revision til American Journal of Psychiatry).

Her viser studiet, at en del af det beskrevne fald i selvmordshyppighed fra midten af 80'erne kan forklares ved ændring i udskrivningen af en række lægemidler. Det gælder først og fremmest barbiturater som sovemidler. Siden midten af 1990'erne anvendes barbiturater fortrinsvis til behandling af epilepsi, mens der udskrives andre typer lægemidler til behandling af søvnløshed. Barbituratforbruget er derved faldet markant og dermed antallet af forgiftninger med dette potentielt livsfarlige lægemiddel.

En anden væsentlig ændring er, at dextropropoxifen anvendes i langt mindre omfang som smertestillende middel, idet stoffet selv i relativt lave doser kan forårsage dødelige forgiftninger, og derfor nu er omfattet af bestemmelserne om indberetning af receptudstedelse til Sundhedsstyrelsen. De midler, der i dag anvendes i selvmordsøjemed, er mindre toksiske end tidligere – dvs. at der er større afstand mellem terapeutisk og toksisk dosis.

En anden årsag til det faldende antal selvmord er ændringer i anvendelsen af bygas, det vil sige overgangen til naturgas, samt at færre mennesker i dag bruger gas. Desuden har katalysatorer ændret sammensætningen af bilernes udstødningsgas, som derfor ikke længere er en anvendelig metode til selvmord. Et igangværende registerbaseret studie peger på, at der i perioden siden 1970 er sket betydelig forbedring i behand-

lingsmetoder, når det gælder medicinforgiftning, bl.a. gennem dialyse, tidlig indsats, lægebemandede ambulancer m.m. Flere overlever altså de forgiftninger, der tidligere var dødelige.

– Endelig viser et delprojekt, som ser på datakvaliteten i Dødsårsagsregistret, at der i samme periode (1970-2000) er sket det, at andelen af dødsfald, der er registreret med "ukendt dødsårsag" – og dermed også i realiteten ukendt dødsårsag – er steget markant, fremhæver Karin Helweg-Larsen.

Hun peger også på en anden faktor, der kan have betydning for den observerede nedgang af selvmord i 1980'erne: Specielt blandt midaldrende og ældre kvinder er der sket en nedgang i obduktionshyppighed og i omfanget af retsmedicinske undersøgelser, og derfor har man ikke længere den fornødne viden, om en forgiftning kan have været dødsårsagen.

Bevare tværfaglig vinkel

Karin Helweg-Larsen slår til slut fast, at projekterne tilsammen skal være med til at afdække myter og formidle fakta om selvmordshandlinger i Danmark. – Vi håber i netværket, at vi kan bidrage med forklaringer på udviklingen i selvmord og dermed fremover bidrage til en målrettet forebyggelse siger hun og tilføjer: – Jeg håber desuden, at det etablerede netværk bliver ved med at bestå, således at samarbejde fremmes, faglig uproduktiv

konkurrence hæmmes, og vi bevarer en tværfaglig vinkling på problematikken.

Forskning i behandling mangler

Karin Helweg-Larsen beklager i øvrigt, at der er en række relevante områder, som forskningsprojekterne ikke beskæftiger sig med, heriblandt:

– Er der nogen positiv effekt af den behandling, der tilbydes i forebyggelsescentrene?

– Øger eller reducerer skoleundervisning risikoen for selvmordshandlinger?

– Hvilke typer intervention kan anbefales?

– I de ca. 20 forskningsprojekter, der indkom, var der ingen, der omhandlede disse emner, forklarer Karin Helweg-Larsen. Hun og forskningsnetværket håber, at nogle af disse emner tages op fremover i det omfang, der stadig eksisterer et budget til selvmordsforskning.

MED I FORSKNINGSNETVÆRKET

- Statens Institut for Folkesundhed
- Center for Registerforskning
- Klinisk Epid. Afd. Århus Universitets-hospital
- Center for Selvmordsforskning
- Center for Gerontopsykologi
- Center for Humanistisk Sundhedsforskning, Århus Universitet
- Psykiatrisk afdeling, Bispebjerg Hospital

HVAD HAR GJORT INDTRYK PÅ DIG PÅ KONFERENCEN DEN 7. JUNI 2004 OG HVAD VIL DU ARBEJDE VIDERE MED FREMOVER?

LILLIAN MØLLER, NETVÆRKSKOORDINATOR, SEKRETARIATET FOR NETVÆRK AF FOREBYGGENDE SYGEHUSE I DANMARK

– Det gjorde indtryk at høre de ældre i filmen "Når livet bliver for langt" fortælle om, hvordan ensomhed og mangel på mening kan sætte tanker i gang om at tage sit eget liv. Generelt var det en veltillrettelagt konference, som gav godt indblik i området, men også afdækkede, at selvmordsområdet er et område med et stort potentiale for forbedringer. F.eks. hvad angår initiativer til sikring af kvalitet og kontinuitet i behandlingskæden.

– Psykiatrien er et prioriteret indsatsområde i Netværk af Forebyggende Sygehuse med en interessegruppe på tværs af de 40 medlemssygehuse. Jeg vil gå hjem og drøfte med psykiatrigruppen, hvordan vi i Netværket kan være med til at implementere Sundhedsstyrelsens vejledning vedr. vurdering og visitation af selvmordsstruede på netværkssygehuse, og der er også brug for at drøfte, hvordan vi kan bringe selvmordsforebyggelse ind i det arbejde, der allerede i dag foregår i Netværket – her tænker jeg på arbejdet med udvikling af kliniske retningslinjer, kvalitetsstandarder og DRG-koder.



LOUISE TVARNØ ANTOLT, KVALITETSKOORDINATOR, SYGEHUS VENDSYSSEL

– På det personlige plan gjorde de to film et stærkt indtryk. De satte den problematik, vi arbejder med, i relief. I øvrigt synes jeg, det var nyttigt at blive opdateret med den nyeste viden – og muligheden for vidensdeling er i høj grad noget vi tog med os fra konferencen.

– Vi arbejder netop nu i Nordjyllands Amt på at få koordineret og ensrettet de tilbud, der findes, når det gælder selvmordsforebyggelse, og der er jo ingen grund til, at vi skal opfinde den dybe tallerken igen. Derfor sørgede vi fra Nordjyllands Amt for at være repræsenteret på de forskellige minikonferencer, således at vi kunne drage nytte af alle de erfaringer, der er samlet i modelprojekterne.

– Vi fandt specielt minikonferencerne omkring: "Børn og unge", "Ældre" og "Selvmordsforebyggelse på sygehuse" særligt relevante i forhold til det igangværende projekt i Nordjyllands Amt. Ligeledes var minikonferencen om undervisning i selvmordsforebyggelse utrolig inspirerende. Elene Fleischer formåede at sætte vores holdninger på prøve og udfordre os til at tage dem op til en sund revurdering.





Selvmondsforebyggelse skal ikke stå alene

Erfaringer fra en række modelprojekter kan bruges som inspiration i de kommende års tilrettelæggelse af det selvmordsforebyggende arbejde i Danmark

Artiklen er skrevet på baggrund af oplæg af direktør Lars Muusmann, Muusmann Research & Consulting.

Konsulentfirmaet Muusmann Research & Consulting har fulgt 27 modelprojekter fra deres begyndelse og har stået for den tværgående evaluering.

En bearbejdet version af evalueringen af modelprojekterne er at læse i rapporten "Lad det gro", som kan hentes på www.selvmondsforebyggelse.dk. Perspektiver og anbefalinger er dels baseret på erfaringer fra modelprojekterne og dels på evaluators vurderinger.

Der er behov for at sikre indsatser, der effektivt kan forebygge selvmord og selvmordsforsøg. Derfor er der i perioden 2001-2004 gennemført en række modelprojekter på forskellige områder. Modelprojekternes formål har været at bidrage til at udvikle metoder til at forebygge selvmord. I alt har der været afviklet 27 modelprojekter, som fordeler sig på en række prioriterede temaer:

- Opfølgning efter behandling på skadestue eller somatisk afdeling, hvor der ikke er behov for psykiatrisk indlæggelse
- Udsatte grupper, bl.a. etniske minoriteter
- Unge (især unge kvinder)
- Ældre
- Forebyggelsescentrenes aktiviteter
- Kvalitetsudvikling og beskrivelse af eksisterende tiltag

Evalueringen

Der er foretaget en tværgående evaluering af de 27 modelprojekter, og i den opsummeres en række fremadrettede muligheder og rammer for de kommende års arbejde. Evalueringen sætter fokus på modelprojekternes forløb, resultater og på de erfaringer, der kan drages af modelprojekterne i relation til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. De fremadrettede anbefalinger kan ses i evalueringsrapportens idékatalog.

Den tværgående evaluering beskriver og vurderer en række specifikke områder:

- Erfaring med vurdering og visitation af selvmordstruede i hospitalssektoren.
- Modeller for behandlingskæder efter udskrivning fra hospital.
- Nye metoder i forhold til risikogrupperne.
- Barrierer og muligheder i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde og i samarbejdet mellem frivillige og det offentlige.
- Barrierer og muligheder vedrørende kompetenceudvikling.

Behandlingskæder

Evalueringsmetoden har været at sammenligne relevante modelprojekter.

Et af temaerne i evalueringen var vurdering og visitation og etablering af behandlingskæder. Behandlingskæder bygger på den tanke, at risikovurdering og hjælp til selvmordstruede iværksættes systematiseret efter et støttende og ledsagende princip.

Lars Muusmann peger på en række centrale problemstillinger inden for dette tema:

- Hvem tager sig af "overgangene" i klientforløbet?
- Hvem føler et ansvar, en forpligtigelse til at tage sig af "overgangene"?
- Enkeltstående tiltag som psykiatrisk tilsyn, den ledsagende samtale og den kompetente

læge kan være nyttige og hensigtsmæssige, men ofte ikke tilstrækkelige for at løse disse problemer og sikre sammenhænge.

Belastede afdelinger

— Alle erfaringer viser, at der skal konkrete, operationelle tiltag til for at sikre etableringen af behandlingskæder. Det gælder især, hvor det samlede forløb går på tværs af sygehussektor, den øvrige sundhedssektor og socialsektoren. Der skal gøres noget effektivt for at sikre disse behandlingskæder, påpeger Lars Muusmann. Det har vist sig vanskeligt for modelprojekterne at etablere disse behandlingskæder, og Lars Muusmann konstaterer, at arbejdet med behandlingskæder ikke er en fuldt integreret metode og tænkemåde i det behandlingsmæssige og forebyggende arbejde på selvmordsområdet i Danmark, sådan som det i øvrigt også er tilfældet på en række andre områder, der arbejder med forebyggelse.

Gennemslag ved integration

En af observationerne omkring vurdering, visitation og behandlingskæder lyder således: "Det er sygehusfolkene, der må tage sig af det der." "Det er ikke os, det er noget socialt.." "Jeg ved ikke, hvad det er, de frivillige laver." Lars Muusmann understreger, at den selvmords-

forebyggende indsats i dag i alt for høj grad står alene. Den vil få større gennemslagskraft gennem integration med andre forebyggelsesindsatser og gennem integration med andre former for krisehjælp. Selvmordsforebyggelse bliver derved en del af en bredere forebyggelsesmæssig sammenhæng, en del af en bredere vifte af kriseintervention og en del af grundlaget for et tværfagligt internt kriseteam, lyder Muusmanns vurdering.

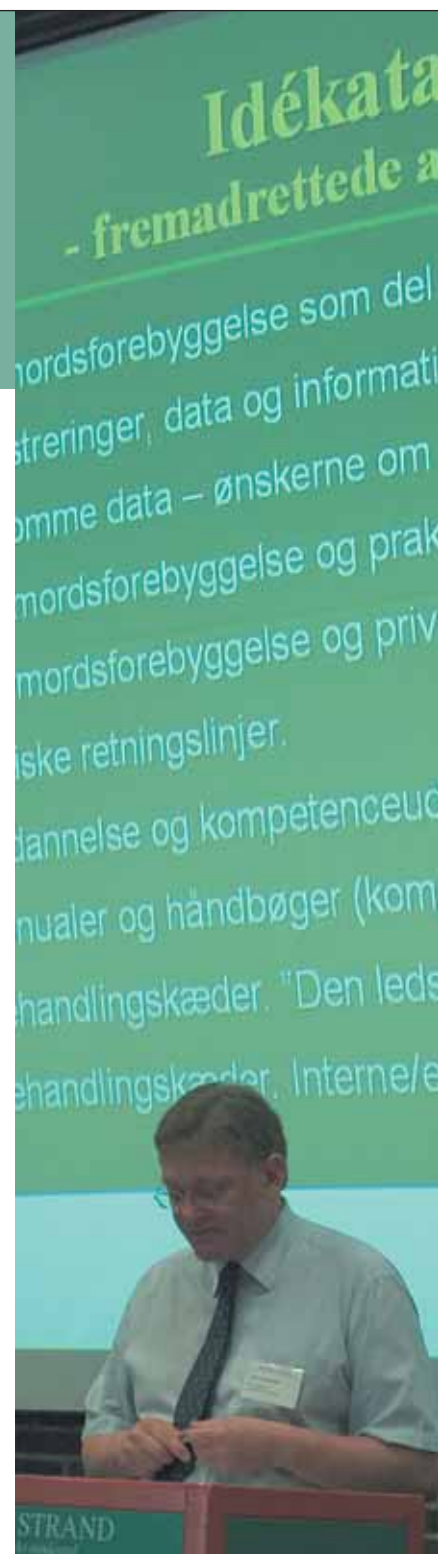
I samme forbindelse efterlyser han lægernes engagement på området.

— De er og har været svære at få med. Vi mener, man skal lade lægerne om at identificere selvmordsforsøgere og selvmordstruede. Lad indsatsen koncentrere sig om at lære lægerne dette. Og lad så de andre faggrupper tage sig af den akutte bistand, støtten og opfølgningen.

Kriseteams

Lars Muusmann argumenterer for behovet for en overtagelsesfunktion ud fra følgende iagttagelser:

Den akutte modtagefunktion, skadestuer og medicinske afdelinger i det somatiske sygehus-system er i dag ekstremt belastede. Den demografiske udvikling vil presse disse funktioner og afdelinger yderligere og tiltag som akkreditering, klinisk IT mv., presser i sig selv de samme funktioner og afdelinger.



IDÉKATALOGET

Den samlede evalueringsrapport, der kan downloades på www.selvordsforebyggelse.dk, indeholder bla. et idékatalog, der samler de måder og de midler, der vurderes at være mest hensigtsmæssige og effektive i forbindelse med de kommende års indsatser vedrørende forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord.

Idékataloget har følgende overskrifter:

1. Selvmordsforebyggelse som del af kriseintervention.
2. Registrering, data og informationer.
3. Følsomme data – ønskerne om ikke at registrere.
4. Selvmordsforebyggelse og praksissektoren.
5. Selvmordsforebyggelse og privat-offentligt samspil.
6. Kliniske retningslinjer.
7. Uddannelse og kompetenceudvikling.
8. Manualer og håndbøger (kompetenceudvikling).
9. Behandlingskæder. "Den ledsagende samtale".
10. Behandlingskæder. Interne/eksterne kriseteams.
11. Behandlingskæder. Lodsfunktioner.
12. Tværsektorielle rammer for selvmordsforebyggelse.
13. Styringsmæssige og organisatoriske rammer for selvmordsforebyggelse.
14. Fastholdelse af netværket med modelprojekter.
15. Fortsat arbejde med definitionerne.
16. Forskning i behandlingsmetoder og recidiv.

Overtagelsesfunktionen kan etableres som et tværfagligt kriseteam, internt eller eksternt, eller som et kriseberebnskab enten i sygehusvæsenet eller i socialektoren. Et kriseteam kan f.eks. være et fasttømret hold, mens et kriseberebnskab ikke behøver at være en og samme organisatoriske enhed, men snarere et berebnskab af forskellige fagpersoner, der knyttes sammen bl.a. via retningslinjer og handleplaner. Funktionen for et kriseteam/kriseberebnskab beskriver Muusmann således:

– Det skal bistå den enkelte i et efterforløb efter selvmordsforsøg, der er identificeret og vurderet via sygehusvæsenet.

– Det skal bistå personer med selvmordstanker eller selvmordsadfærd, herunder vurdere og vejlede sådanne personer i forhold til tilbud lokalt og regionalt.

– Det skal løbende medvirke i tilrettelæggelse og vedligeholdelse af generelle forebyggelsesindsatser i relation til selvmordsforsøg og selvmord.

– Det handler om at være i nærkontakt med politikerne og med embedsværket. Fagpersoner i et kriseteam står midt i spindelvævet. Det er de eneste, der kan viderebringe informationer om, hvad der er brug for i forebyggelsesarbejdet på selvmordsområdet, fremhæver Lars Muusmann.



Vurdering, visitation og behandlingskæder

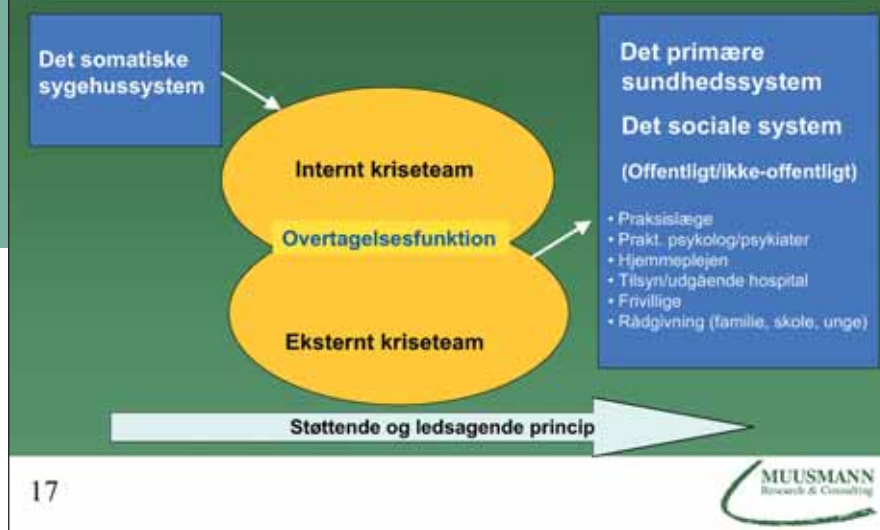


Illustration fra Lars Muusmanns powerpointpræsentation: Sådan kan det gøres.

Kompetenceudvikling og uddannelse

Lars Muusmann slår fast, at etablering af overtagelsesfunktioner kræver uddannelse, blandt andet i forhold til identifikation af den selvmordstruede.

– Der bør fokuseres på kompetenceudvikling og uddannelse af det kliniske personale, påpeger han.

Flere modelprojekter har haft kompetenceudvikling og uddannelse som tema.

Det betyder, at andre fremover vil kunne anvende de metoder og de materialer, der er udviklet i projekterne.

– Evalueringen viser, at det er meget vigtigt, at der er fokus på, hvilke grupper der skal kompetenceudvikles. Erfaringerne siger, at projekter med meget store målgrupper har haft vanskeligheder typisk med at nå deres mål og succeskriterier. Aktiviteter, der har været mere

specifikke og målrettede, hvor målgruppen ikke har været for stor, og hvor der har været helt specifikke mål, har opnået bedre resultater, understreger Lars Muusmann.

I sin afrunding peger Lars Muusmann på, at der er opbygget både kompetencer og ressourcer i det netværk, der er dannet, og det er vigtigt.

– Hold fast i netværkene, det er virkelig en forankring, der er værd at fortsætte med, lyder rådet.

Endelig peger han på et par områder, som stadig kræver både kræfter og ressourcer, og som bør udvikles yderligere fremover, nemlig forskning i behandlingsmetoder og recidiv, samt arbejdet med børn og unge.

– Det skal i fokus og tænkes sammen med øvrige former for mistrivsel og dårlig livskvalitet, lyder anbefalingen fra Lars Muusmann.

KOMPETENCEUDVIKLING

I evalueringsrapporten gives eksempler på kompetenceudvikling i modelprojekterne. Eksemplerne er hentet fra:

- Vejle Amt, hvor modelprojektet beskæftiger sig med ældre og selvmord og indeholder en betydelig og udbredt kompetenceudviklingsdel i to kommuner, Horsens og Give.
- Et kvalitetsudviklingsprojekt i Århus Kommune om opkvalificering af socialarbejdere med kontakt til selvmordstruede unge.
- Selvmordsforebyggelse for børn og unge på Vestfyn.
- Kvalitetssikring af det frivillige arbejde med forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark – en drejebog. Livslinien.

Indsats til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord 1999-2004

Sundhedsstyrelsen udgav i 1998 "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark".

Som opfølgning til handlingsplan nedsatte socialministeren, sundhedsministeren og undervisningsministeren en referencegruppe til at rådgive og koordinere i forbindelse med en forstærket indsats, samtidig med at der blev afsat 2,4 mio. kr. hertil for i første omgang 1999. Ved finanslovsforhandlingerne for 2000 blev der bevilget i alt 38,5 mio. kr. til opfølgning af forslaget til handlingsplan, med 10,5 mio. kr. for hvert af årene 2000-2002 og 7 mio. kr. for 2003. Over de bevilgede midler er der efterfølgende afholdt udgifter til nedenstående aktiviteter.

Vidensformidling

Konkret og eksakt viden om selvmordsproblematikken er en forudsætning for, at 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. Der har været følgende aktiviteter på området:

Til professionelle:

- Etablering af www.selvmondsforebyggelse.dk. Informationer herfra vil fremover være tilgængelige hos Center for Selvmordsforskning og Sundhedsstyrelsen (www.selvmondsforskning.dk og www.sst.dk).
- Udgivelse af Nyhedsbrev om selvmordsforebyggelse.

- Støtte til udarbejdelse af undervisningsmaterialer.

Til borgere:

- Udgivelse af to foldere til mennesker med selvmordstanker og efterladte (samarbejdsprojekt med Vejle Amt). Folderne er tilbudt de øvrige amter og vil løbende blive ajourført og formidlet.
- Bog om unges spørgsmål om selvmordsadfærd med de professionelle svar (under udgivelse).
- Område af www.selvmondsforebyggelse.dk, som henvender sig til selvmordstruede og pårørende.

Møder og konferencer

Der har været følgende landsdækkende aktiviteter på området:

- Afholdelse af konference for nøglepersoner (1999).
- Deltagelse i planlægningen af en temagruppe om selvmordsforebyggelse på den nationale konference om forebyggelse af ulykker, vold og selvmord, arrangeret af Vejle Amt og Fyns Amt (2000).
- Støtte til temadag om selvmordsforebyggelse (Københavns Amt, 2003).
- Støtte til temadag om rekruttering og uddannelse af frivillige (Livslinien, 2003).
- Konference om misbrugsområdet og selvmordsforebyggelse (2003).
- Støtte til nationalt seminar om undervisning i selvmordsforebyggelse på grunduddannelser

(Center for Selvmordsforskning, 2004).

- National konference om selvmordsforebyggelse (2004).
- Støtte til konferencen Verdensdag for selvmordsforebyggelse (Psykiastrifonden/Foreningen for Uddannelse og Forskning i Selvmordsadfærd, 2004).

Netværkssamarbejde

Forslaget til handlingsplan peger blandt andet på, at der skal udvikles netværksarbejde, der kan sikre erfarings- og vidensudveksling, yde faglig støtte og give mulighed for fælles initiativer. Nogle netværk kan fungere som tværfaglige netværk for forskere og praktikere.

Der er etableret følgende aktiviteter på området:

- Nationalt netværk om selvmordsforebyggelse. Der er planer om at afholde årlige nationale konferencer om selvmordsforebyggelse for nye aktører og de fagpersoner, der har deltaget i referencegruppens forskellige netværk for forskere, undervisere, administratorer, praktikere og frivillige.
- Netværk for modelprojekter.
- Tværfaglige forskningsgrupper inden for otte temaer. Forskningsgruppen "Ældre og selvmord" fortsætter.
- Netværk for undervisere.
- Netværk for tværfagligt og tværsektorielt forskningssamarbejde.



Kortlægninger

Der er foretaget en kortlægning af den amtslige indsats for selvmordsforebyggelse (Hovedstadens Sygehusfællesskab er medtaget særskilt). Under nogle af amterne findes desuden enkelte kommuner, som har iværksat konkrete initiativer.

Modelprojekter

Der har været sat en række modelprojekter i gang, der skal bidrage til at udvikle metoder til at forebygge selvmord. En oversigt over modelprojekterne findes i evalueringsrapporten, som kan downloades på www.sst.dk.

- Igangsættelse af 29 modelprojekter inden for følgende temaer: Opfølgning efter behandling på skadestue eller somatisk afdeling, hvor der ikke er behov for psykiatrisk indlæggelse; Udsatte grupper; Unge kvinder; Ældre; Kvalitetsudvikling af og beskrivelse af eksisterende tiltag.
- Tværgående evaluering af modelprojekter. Evalueringen omfatter også et idékatalog med anbefalinger vedrørende fokusfelter og prioriteringer for de kommende års arbejde med selvmordsforebyggelse. Desuden opsamler publikationen "Lad det gro" de

fremadrettede perspektiver af evalueringen (se www.sst.dk).

- Ifølge evalueringen kommer 9 af de 29 modelprojekter med stor grad af sikkerhed i drift eller integreres i drift, 7 projekter kommer muligvis i drift, mens 11 ikke i kommer drift. To modelprojekter afsluttes først i 2005. Der er flere informationer i evalueringsrapporten.

Andre projekter

Ud over modelprojekterne er der givet støtte til SR-Bistand til etablering af sorg- og selvhjælpsgrupper for efterladte. Projektet afsluttes i 2005.

Uddannelse og undervisningsmateriale

En effektiv forebyggelse og behandling af selvmordsadfærd forudsætter en kvalificeret indsats fra en række faggrupper. Derfor er der sat en indsats i gang på uddannelsesområdet, hvor man har arbejdet på at etablere grund-, videre- og efteruddannelsesstilbud til alle faggrupper, der i forbindelse med deres arbejde kan komme i kontakt med selvmordstruede. Der har været følgende aktiviteter:

- Støtte til evaluering af efteruddannelse i forebyggelse af selvmord i H:S.

- Undervisningsministeriet og Center for Selvmordsforskning har i 1999-2000 udviklet og afprøvet pilotprojekter på uddannelsesområdet.
- Støtte til uddannelsesplan om selvmordsforebyggelse, herunder uddannelses- og udviklingskonsulent i Center for Selvmordsforskning for tre år (2001-2004).
 - Grunduddannelser: Inspirationsseminarer i 2002 og 2003 om undervisning i selvmordsforebyggelse for uddannelsesansvarlige og undervisere fra en række grunduddannelser. Afvikling af 15 forsøgs- og udviklingsprojekter. Erfaringerne er beskrevet i et idékatalog, der skal give inspiration til undervisning i selvmordsforebyggelse på grunduddannelserne. Afholdelse af seminar for undervisere på grunduddannelserne, hvor erfaringerne fra forsøgsprojekterne blev formidlet.
 - Efteruddannelser/kursusvirksomhed: Udvikling af kurser for folkeskolelærere samt privatpraktiserende psykologer. Afprøvning af intensivt, tværfagligt 14-timers kursus (inspireret af det norske projekt Vivat).
 - Database over undervisere i selvmordsproblematikken.



- Hjemmeside for undervisere:
www.underviserdatabase.dk.
- Netværk for undervisere. Årlig temadag (fortsætter).
- Projekt om implementering af handleplaner i sorg/krise til gymnasier.

Uddannelsesplanen ved Center for Selvmordsforskning er forlænget til udgangen af 2005. De aktiviteter, der er implementeret, fremgår af artiklen "Uddannelsesplanen blev forlænget" side 10. De planlagte aktiviteter for 2004-2005 fremgår at status for uddannelsesplanen, som kan fås hos Center for Selvmordsforskning. Alle aktiviteter i relation til uddannelsesplanen forsøges udviklet, så de kan overgå til drift.

Forskning

En effektiv forebyggelsesindsats mod selvmord og selvmordsforsøg må på vigtige områder basere sig på resultater opnået i danske forskermiljøer, der deltager aktivt i internationalt

forskningssamarbejde. Derfor har dansk forskning i selvmordsadfærd i indsatsperioden fået øgede bevillinger. Der er igangsat en bred forskningsindsats inden for flere fagområder.

Der har været følgende aktiviteter:

- Afholdelse af fire årsmøder for dansk selvmordsforskning (for forskere og praktikere).
- Udarbejdelse af oversigt over igangværende forskning.
- Støtte til "Selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstanker i Danmark. Et tværinstitutionelt og tværfagligt forskningsarbejde". Forskningsarbejdet består af tre delprojekter og løber til udgangen af 2004.
- Støtte til projekterne "Selvmord og selvmordsforsøg blandt indvandrere og deres efterkommere", "Forebyggelse af suicidaladfærd blandt unge 15-19-årige piger. Bidrag til belysning af værdien af metoderestriktioner" og "Forskelle mellem selvmord hos yngre og ældste ældre i

Danmark: Indflydelse af sociodemografiske faktorer". Støtte til projektet "Alkoholmisbrug og selvmordsadfærd", som løber til udgangen af 2005.

Vejledning

Forslaget til handlingsplan peger på, at der bør udarbejdes specifikke prioriterede forslag vedrørende særlige risikogrupper og andre grupper, herunder unge. Der har været følgende aktiviteter på området:

- Sundhedsstyrelsen har i juni 2004 udsendt "Vurdering og visitation af selvmords-truede. Vejledning til sundhedspersonale". Vejledningen henvender sig til personalet i de somatiske skadestuer og modtageafdelinger samt personalet i de psykiatriske modtagelser. Det forventes, at der i forlængelse af vejledningen vil blive udarbejdet lokale instrukser på sygehuse om håndtering af selvmordstruede og samarbejdsaftaler mellem sygehuse og kommuner om opfølgende behandling.

Referencegruppens sekretariat

Referencegruppens sekretariat har i indsatsperioden stået for vidensformidling, koordinering og rådgivning i forhold til indsatsen i amter, kommuner og frivillige organisationer. Desuden har man rådgivet og styret i forbindelse med netværks-samarbejde.

Internationalt samarbejde

Det internationale samarbejde er væsentligt for forskningsindsatsen, og udvekslingen af erfaringer medvirker til at udvikle den nationale og lokale indsats. Der har været følgende aktiviteter på området:

- Deltagelse i en række internationale konferencer, hvor handlingsplanen er blevet præsenteret, og hvor inspiration til det danske arbejde er hentet.
- Deltagelse i planlægningen af en temagrube om selvmordsadfærd ved 4. Nordic Safe Community Conference, tilknyttet WHO-netværket Safe Community (2001 i Vejle).
- Støtte til 10th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour (2004 i Danmark).

Andet samspil med det selvmordsforebyggende arbejde

Forslaget til handlingsplan lægger op til, at der regionalt og lokalt iværksættes selvmordsforebyggende initiativer. Ud over de forskningsindsatser, modelprojekter, udgivelser og andre tiltag, som direkte er blevet støttet, har forslaget til handlingsplan i øvrigt styrket en række selvstændige indsatser på området, f.eks.:

- Særlig indsats i Vejle Amt 1998-2001: »Strategiplan til forebyggelse af selvmordsadfærd i Vejle Amt« (Vejle Amt, 1998). Afrapporteret i "Afluttende rapport. Projekt

forebyggelse af selvmordsadfærd i Vejle Amt 1998-2001" (Vejle Amt, 2002).

- Projekt i Kriminalforsorgen: "Indstilling om forebyggelse af selvmordsadfærd blandt indsatte i Kriminalforsorgens institutioner" (Kriminalforsorgen, 1999).
- "Når selvmordet truer – livet til debat". Bente Hjorth Madsen, Merete Nordentoft, Lilian Zøllner. Redigeret af Povl Munk-Jørgensen og Tom G. Bolwig. Munksgaard 2003.
- Arbejdet i amter og kommuner og H:S. Der har dels været relationer til disse myndigheder gennem det nationale netværk, dels gennem de modelprojekter, hvortil der er ydet støtte.
- Arbejdet i frivillige organisationer.
- Samarbejde med Center for Selvmordsforskning om formidling af forskningsresultater, udvikling af uddannelse og netværksdannelse.



Materialer støttet af Socialministeriet efter indstilling fra referencegruppen

Rapporter

- "Færre selvmordsforsøg og selvmord. Perspektiver for indsatsen". Sundhedsministeriet/Socialministeriet/Referencegruppen, 1999. www.sst.dk.
- "Koordineret opstart af forskningsgrupper inden for selvmordsforebyggelse. Afsluttende rapport for 2001". Center for Selvmordsforskning, 2002. www.selvmordsforskning.dk.
- "State of Art. Misbrug og selvmordsadfærd". Lisa Korsbek. Redaktion Iben Stephensen og Søren Møller. Center for Selvmordsforskning, 2003. www.selvmordsforskning.dk.
- "Idékatalog - inspiration til undervisning i selvmordsforebyggelse på grunduddannelserne". Center for Selvmordsforskning, 2004. www.selvmordsforskning.dk.
- "Evalueringsrapport af modelprojekter til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord". Indenrigs- og Sundhedsministeriet/Socialministeriet/Referencegruppen, 2004. www.sst.dk.
- "Lad det gro. Forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord". Indenrigs- og Sundhedsministeriet/Socialministeriet/Referencegruppen, 2004. www.sst.dk.
- "Misbrug og selvmordsforebyggelse. Rapport fra Konference om selvmords-

forebyggelse den 22. oktober 2003". Indenrigs- og Sundhedsministeriet/Socialministeriet/Referencegruppen, 2004. www.sst.dk.

- Konferencerapport fra National konference om selvmordsforebyggelse. Indenrigs- og Sundhedsministeriet/Socialministeriet/Referencegruppen, 2004. www.sst.dk.

Projektrapporter

Afrapporteringer fra modelprojekter, udgivet af lokale og regionale projekttejere.

- S. Benjaminsen. Selvmordsforsøg. Under søgelse og behandling. Kvalitetssikringsprojekt 1994-2003. Psykiatrisk Afdeling P, Odense Universitets-hospital. December 2003.
- Selvmordsforebyggelse. Projekt i Akut Modtagecenter (AMC) og medicinsk afdeling – tværfagligt samtaletilbud til patienter, der har forsøgt selvmord. Socialrådgiverkontoret, Universitets-sygehuset Herlev, 2003.
- Profylakse gennem uddannelse, omsorg og vejledning – opfølgning af selvmords-truede patienter i Københavns Amt. Rapport for modelprojekt 25 i samarbejde med Psykiatrisk Center Glostrup. Køben-havns Amt, 2003.
- Jens Elbo Larsen, Anne Dissing og Gert

Rasmussen. Projekt Mere Livsmod. Et tværsektorielt forebyggelsesprojekt mellem Hillerød Kommune og Frederiksborg Amts Børnerådgivning. Januar 2004.

- Implementering af Storstrøms Amts handlingsplan vedrørende forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg. Storstrøms Amt, 2003.
- Fyns Amt. Evalueringsrapport. Selvmordsforebyggelse for Børn og Unge på Vestfyn. – Selvfo-. December 2003. www.selvmordsforebyggelse.fyns-amt.dk (rapporten er lagret under værktøjskasse).
- Evaluering af modelprojektet "Gør livet ondt". Forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg i Sønderjyllands Amt. Aabenraa Selvhjælpscenter, 2004.
- Evaluering af den selvmordsforebyggende indsats på de somatiske sygehuse i Vejle Amt. 2. udgave. Vejle Amt, september 2003.
- Kvalitetssikring vedrørende opfølgning af selvmordsforsøg behandlet ved de somatiske sygehuse i Århus Amt. Center for Selvmordsforebyggelse, Risskov, feb. 2004. www.psykiatri.aaa.dk/rapporter/Kvalitets-sikringVedSelvmordsforsoeg.pdf.
- Systematisk risikovurdering og iværksættelse af skærpet observation og efterværnsforanstaltninger i forhold til særligt



- selvmordstruede patienter. Psykiatrien, Århus Amt/Silkeborg Sygehus, 2003.
- Uddannelse til at være frivillig i Café Lytten. Center for evaluering. Psykiatrien i Århus Amt. April 2003.
- Jeg har lært, at jeg godt kan give andre noget... Evaluering af Café Lyttens samtalegrupper, et tilbud til kriseramte og selvmordstruede unge. Center for evaluering. Psykiatrien i Århus Amt, marts 2002.
- Modelprojekt til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord blandt borgere betjent af Handicapcenter Øst. Evaluering. Handicapcenter Øst, Københavns Kommune, 2003.
- Forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg blandt unge kvinder mellem 15 og 19 år. Psykologhuset, København, 2003. www.psykologhuset-koebenhavn.dk (Vælg punktet særlige specialer ved afsnittet om selvmordsforebyggelse).
- Kvalitetsudviklingsprojekt af eksisterende procedurer og samarbejdsrelationer for selvmordstruede patienter. Psykiatrisk Afdeling, H:S Amager Hospital, 2003.
- Sikring af visitation efter selvmordsforsøg. Et 2-årigt modelprojekt i H:S. Rapport omhandlende projektets aktiviteter og evaluering. Psykiatrisk afdeling, H:S Bispebjerg Hospital, 2004.
- Ungdomspædagogisk Forsknings- og Udviklingscenters projekt: Forebyggelse af alvorlig mistrivsel gennem dannelse af lokale "omsorgsnetværk" mellem unge, lærere, sundhedspersonale og socialforsorg. En fokusevaluering af projektets organisatoriske og implementeringsmæssige dimensioner. Udviklings- og Formidlingscenter for Socialt Arbejde med Unge, 2003.
- Nyborg AM, Vilhelmsen A (red.). Hvor svært kan det være? – En antologi om forebyggelse af unges mistrivsel, selvmordsforsøg og selvmord. Ungdomspædagogisk Forsknings- og Udviklingscenter, CVU Fyn, 2003.
- Opkvalificering af socialarbejdere med kontakt til selvmordstruede unge. Et kvalitetsudviklingsprojekt. Ungdomscen-tret, Familieafdelingen, Århus Amt, 2003. Link til den elektroniske håndbog: [http:// www.tagansvar.dk/](http://www.tagansvar.dk/)
- Når livet går i stykker. Evalueringsrapport. Aabenraa Sygehus, 2003.
- Når livet går i stykker. Slutevaluering. Aabenraa Sygehus, 2003.
- Kvalitetsudvikling af patientforløb for selvmordsforsøgere i Ribe Amt. Afsluttende rapport. Psykologafdelingen, Ribe Amt, december 2003.
- Årsrapport 2003. Projekt selvmordsforebyg-gelse. Et partnerskab mellem professionelle og frivillige. Futuracentret og Storstrøms Amt, december 2003.
- Strategi til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Nordjyllands Amt (udkast). Nordjyllands Amt, 2003.
- Forebyggelse af selvmordsforsøg og selv-mord blandt mennesker med anden etnisk baggrund end dansk. Amager Hospital/Sct. Lucas, 2003.
- Evalueringsrapport for projekterne: Modelprojekt til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord blandt unge i Odense & VR-team, projekt for metodeudvikling af Vejlednings- og Rådgivningsindsatsen, som særlig støtte til svagtstillede børn og unge i Odense Midtby. Lærervejledning og materiale om livsmod-sundervisning. Ungdomspædagogisk Forsk-nings- og Udviklingscenter for Korsløkke Ungdomsskole, 2003.
- Ældre og selvmord. Rapport af kortlægningsundersøgelse. Vejle Amt, april 2002.
- Modelprojekt. Forebyggelse af selvmord blandt ældre. Vejle Amt. Evalueringsrapport. Resultat, ressourcer og proces. Vejle Amt, nov. 2003.
- Ældre og selvmord. Langtidseffekten af un-dervisningen, samarbejdet, modelprojektet.

MATERIALER STØTTET AF SOCIALMINISTERIET EFTER INDSTILLING FRA REFERENCEGRUPPEN



Mette Holler, Elene Fleicher, Karin Oehlen-schlæger Oudshoorn, Center for Udvikling og Uddannelse, Vejle Amt, 2004.

- Forebyggelse af selvmord blandt ældre. Inspirationsmappe. Vejle Amt, 2003.
- Forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg hos mænd, der er i krise efter brudt parforhold. Statusrapport. Stolpegården. Københavns Amt, 2003.
- Kvalitetssikring af det frivillige arbejde med forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark – en drejebog. Livslinien, december 2003.
- Afsluttende rapport for modelprojekt vedrørende kvalitetssikring af tilbud til en særlig gruppe patienter (projekt 100). Center for Forebyggelse af Selvmordsadfærd, Fyns Amt, 2003.

Nyhedsbreve

- Nyhedsbrev om selvmordsforebyggelse. Referencegruppen. To årlige udgivelser i 2000-2003. www.sst.dk
- "Gode spor". Konferenceavis fra National konference om selvmordsforebyggelse. Referencegruppen, 2004. www.sst.dk

Foldere

- "Hvis livet gør for ondt" og "Hvis en du holdt af tog sit eget liv". To foldere til selvmordstruede og efterladte. Vejle Amt, 2002. Udgivet i en række amter og kommuner.

Vejledning

- "Vurdering og visitation af selvmordstruede. Vejledning til sundhedspersonale". Sundhedsstyrelsen, 2004. www.sst.dk

Undervisningsmateriale

- »Når børn mister«. TV-programrække på DR 1 om børn i sorg og krise med tilhørende undervisningsmateriale. 2002. www.dr.dk.
- "Det tavse råb". Undervisningsmateriale. Referencegruppen, 2003. www.selvmordsforskning.dk.
- "Når tavsheden taler". Film og undervisningsmateriale. GJ Consult, 2004. www.gjconsult.dk
- "Den lukkede dør". Dokumentarfilm og undervisningsmateriale. Inger Anneberg. A4Media, 2004. www.a4media.dk
- Bog om en ung kvindes liv, depression og selvmord. Psykiatrifonden (Under udgivelse). www.psykiatrifonden.dk
- "Selvmord blandt gamle mennesker – myter, viden og forebyggelse". Jorrit

Tellervo (red.). Nyt Nordisk Forlag, 2004. www.nytnordiskforlag.dk

- "Hvor svært kan det være?". Annette Lilja Vilhelmsen og Anne-Marie Nyborg (red). CVU Fyn, 2003. www.cvufyn.dk
- Bog om unges spørgsmål om selvmordsadfærd med de professionelle svar. Bente Hjorth Madsen. Center for Selvmordsforebyggelse. Under udgivelse. <http://ph.auh.dk/psykroot/akut/selvmod.htm>
- "Når livet bliver for langt". Dokumentarfilm. Christian Grønning og Lasse Meldgaard Bloch. RADIX Medier, 2004. salg@radixmedier.dk

Forskningsprojekter

- "Selvmord og selvmordsforsøg blandt indvandrere og deres efterkommere". Unni Bill-Brahe. Center for Selvmordsforskning, 2001. www.selvmordsforskning.dk
- Disparities in Suicide Among the Old and Oldest Old in Denmark". Annette Erlangsen. Epidemiology Institute of Public Health Faculty of Health Sciences University of Southern Denmark and Laboratory of Survival and Longevity Max Planck Institute for Demographic Research Rostock, 2003. www.sdu.dk

HVAD HAR GJORT INDTRYK PÅ DIG PÅ KONFERENCEN DEN 7. JUNI 2004 OG HVAD VIL DU ARBEJDE VIDERE MED FREMOVER?

KATHRINE TELCS, UDD.- OG UDVIKLINGSCHEF, SOCIALPSYKIATRISK CENTER, SORØ

– Filmen om ældres selvmord gjorde meget indtryk på mig. Der var fokus på menneskets indre smerte. Det var i fin tråd med den recoverytanke, jeg arbejder med til daglig: At man som behandler skal møde den sindslidende, hvor personen er og støtte ham eller hende i at finde de drømme og håb, der skal være fundamentet for, at den sindslidende kan komme sig.

– Noget andet, der gjorde indtryk på mig, var, at socialpsykiatrien slet ikke blev nævnt, og netop der møder vi mange med selvmordstanker. Der blev talt meget om behovet for behandlingskæder, så mennesket ikke bliver tabt undervejs, men der manglede kæder ud til socialpsykiatrien. Og det er der behov for.



OLE ENGBERG, SOGNEPRÆST, HADERSLEV STIFT

– Som præst har jeg erfaringer i arbejdet med efterladte, og derfor gjorde filmen om efterladte efter selvmord stort indtryk. Det, jeg gerne ser fremover, er et endnu større samarbejde med præsterne rundt om i landet, når det gælder forebyggelse. Det undrer mig, at det er så svært at få læger og præster med, men jeg ved af erfaring, at der ikke skal meget til, før præsterne som faggruppe bliver glemt i systemet.

– Præster har måske også selv svært ved at prioritere forebyggelse på grund af travlhed, og fordi de tit er overbelastede, men hvis man skaber et vist system i samarbejdet med det etablerede system, får man foræret utroligt meget, og meget af det forebyggende arbejde, som præster laver i blinde, kunne skæres ned til fordel for noget mere målrettet. Derfor vil jeg anbefale præsterne at slå til, hvis de inviteres med til et samarbejde, der samler indsatsen mellem forskellige faggrupper.

– Vi har faktisk et system, Det gejstlige Katastrofeberedskab, hvor politiet kan trække på præster, hvis der sker noget alvorligt. Det har man i høj grad fået øje på i nogle områder af landet, f.eks. i Vejle, men efter konferencen her vil jeg gøre en indsats for, at andre politikredse også bliver mere opmærksomme på, at vi kan bruges, også når det gælder selvmord.



Et udfordrende arbejdsfelt

– Vi skal kunne tåle det. Vi bør kunne tåle det.

Vi skal kunne og turde se tegn på mistrivsel og truethed af den her karakter

PÅ MINIKONFERENCEN "DE PROFESSIONELLES VANSKELIGHEDER I ARBEJDET MED SELVMORDSPROBLEMATIKKER – SÅVEL I IDENTIFIKATIONS- SOM BEHANDLINGSFASEN" BLEV DER FOKUSERET PÅ FAGLIGE OG PERSONLIGE UDFORDRINGER.

Artiklen er skrevet på baggrund af indlæg af psykolog Ida Koch.

Mange professionelle har vanskeligheder med at arbejde med selvmordstruede mennesker. Det kan være kompliceret fagligt og vældigt belastende personligt, mener psykolog Ida Koch. Hun ser især vanskelighederne på to punkter: Arbejdet med identifikation af de selvmordstruede og behandlingen af dem.

– Identifikation handler om to ting. For det første skal vi som professionelle være i stand til at kunne og turde tale med mennesker med en suicidal problematik. Og at afdække problemstillingerne er vanskeligt for mange, for hvordan spørger man ind til det? Kan man være det bekendt? Kan der ske noget farligt ved at gå ind og spørge til det, når man får fornemmelsen af og mistanken om, at noget er helt galt?

– Som det næste skridt skal man lave en risikovurdering og gøre sig klart: Hvor farligt er det her? Hvor tæt på kanten står de? Og hvad skal jeg gøre?

Identifikation er altid vigtig

Ida Koch understøtter, at identifikationen skal til uanset, hvor man som professionel møder de selvmordstruede mennesker.

– Arbejder man et sted, hvor der kan komme

mennesker med alle slags problemstillinger ind ad døren, er det vigtigt at blive dygtig til at opfange tidlige signaler og spørge ind til dem. Møder man en selvmordstruet på et behandlingssted, som personen er henvist til netop pga. af selvmordsforsøg eller selvmordstanker, er det vigtigt at identificere faresignalerne, spørge ind og have en dialog om det, mener Ida Koch.

– For personer, som f.eks. har foretaget et selvmordsforsøg og er i behandling, kan blive suicidale igen, og så er det vigtigt at opfange signalerne.

Faglig og personlig udfordring

Behandlingsarbejdet udfordrer behandlerne på to niveauer, dels det faglige – dvs. dygtighed og kvalifikationer – dels det personlige, og ifølge Ida Koch er relationen mellem klient/patient/bruger og terapeut/behandler afgørende for behandlingsarbejdet.

– Når en klient bliver selvmordstruet, udfordres denne relation ganske voldsomt. Det er en trussel om relationsbrud eller i værste fald, at relationen ophører for altid, fordi vedkommende tager livet af sig. Jeg ser os professionelle som særlige pårørende – forstået sådan, at vi bliver berørt, ikke på samme måde, men alligevel på lignende måder som pårørende/efterladte.

Reaktionsmønstre

I sit arbejde med at undervise og supervisere har Ida Koch mødt en lang række reaktioner og følelser hos professionelle, som arbejder med selvmordsproblematikken. De hyppigste reaktioner er:

- Berøringsangst. F.eks. i form af ængstelighed for at berøre delikate emner, for konfrontation og konflikter og for at sætte grænser.
- Uro eller angst for at miste klienten. Kommer han nu næste gang?
- Selvbebrejdelse eller skyldfølelse. Jeg er ikke god nok, derfor har min patient det dårligt – eller derfor gik det galt.
- Tilsidesættelse af egne grænser. Forsøg på at undgå selvmord kan føre til overhandlende, overbehandlende eller overkontrollerende adfærd.
- Afmægtighedsfølelse. Jeg kan jo ikke forhindre det.
- Undvigelse. Jeg vil ikke have noget med selvmordstruede at gøre.
- Umådelig træthed, udbrændthed og stress.
- Vrede og afmatning. En så-gør-det-ordentligt eller vi-orker-ikke-mere holdning, når en patient kommer med selvmordsforsøg for 27. gang.

– Det er eksempler på uhensigtsmæssige, men meget forståelige reaktioner hos personale og professionelle, som arbejder med døden inde på livet. For at arbejde med døden tæt inde på livet kan få os til at tænke på vores egen død, på sorg og de tab, vi selv har været udsat for, og måske egne selvmordstanker. Men vi skal kunne tåle det. Vi bør kunne tåle det. Vi skal kunne og turde se tegn på mistrivsel og truethed af den her karakter. Vi skal turde invitere til samtalen om det svære, måske det allerværste. Vi skal være parate til at engagere os – også empatisk og rummeligt i mennesker, der har den slags lidelser. Mennesker, der ikke ved, om de vil livet, og derfor heller ikke ved, om de vil os.



En balancegang at arbejde med unge kvinder

Man kan blive vældig berørt af at arbejde med unge selvmordstruede. Spørgsmålet der lurder i baghovedet er: Har man nu vurderet rigtigt?

Artiklen er skrevet på baggrund af indlæg af psykolog Ulla Høgelund Ross, Psykologhuset København.

I syv år har psykologerne Marianne Elm og Ulla Høgelund Ross arbejdet med selvmordstruede unge som privatpraktiserende psykologer, og ud fra den erfaring ser de to overordnede problemstillinger.

Den første handler om to ting:

- Hvor vanskeligt det er, når selvmordstruede unge er i en krisefase – de kan jo dø af det.
- Hvor vigtigt det er at kunne holde den unges problemer ude af sit liv, så det ikke får for stor indflydelse.

– Det kan være vanskeligt at rumme, at de har det så dårligt og at vide, at de er så sårbare, forklarer Ulla Høgelund Ross i sit indlæg på minikonferencen.

Den anden problemstilling er at finde balancen

mellem at fokusere på selvmordstanker og adfærd og at opfatte dem som et symptom.

Usikkerhed ved ferietid

Den første problemstilling illustrerer Ulla Høgelund Ross med et eksempel. En ung pige har et tidligere selvmordsforsøg bag sig. Hun har været i behandling i tre måneder, og det går egentlig nogenlunde fremad, men så skal psykologen på ferie, og op til ferien får pigen alvorlige selvmordstanker. Konkrete tanker som hun selv genkender fra det tidligere selvmordsforsøg, og hun bliver bange for sig selv.

– Så står man og skal på ferie, og det er en utroligt vanskelig situation. En situation, hvor man bliver meget berørt. Hvad skal man nu?



Har man vurderet det rigtigt? I den situation går hun ind og taler meget konkret med pigen om, hvad hun kan gøre, hvis hun får det skidt, mens psykologen er væk. Sammen liner de pigens muligheder op og aftaler, hvem hun kan kontakte – også midt om natten – og pigen tager kontakt til dem inden ferien.

– Det andet vi gør i vores projekt, hvis den unge er truet, er at aftale med en kollega, at pigen kan komme og få det antal samtaler, hun ellers skulle have haft hos en af os.

Faste rammer for terapien

Den måde at arbejde på er en konsekvens af de rammer, som Ulla Høgelund Ross og Marianne Elm fastlægger sammen med den unge fra starten af et terapiforløb. Rammer som er vigtige, fordi mange af de unge i projektet (se boks) er selvmordstruede – med mange selvmordsforsøg bag sig – og det at handle på selvmordsimpulser er blevet et led i deres reaktionsmønster.

I rammerne ligger også, at psykologen har tillid til den unge, at den unge selv skal tage sin del af ansvaret, og at der indgås en ikke-selv-mords-aftale.

– Man kan ikke lave terapi, hvis man er bange for, at patienten begår selvmord inden næste gang, understreger Ulla Høgelund Ross. Det ligger også fast, at psykologerne ikke kan

kontaktes uden for de aftalte tidspunkter. Det er nødvendigt, fordi pigernes mønster mange gange er at prøve at lægge ansvaret fra sig.

– Selvfølgelig kan der være helt ekstreme situationer, f.eks. hvor kæresten er gået med en anden, og det er simpelthen for vanskeligt. Så kan vi godt snakke med dem.

– Det er vigtigt at have rammer for terapi, men det er også vigtigt at kunne fravige dem, men det er afgørende, at man ved præcis, hvorfor man gør det, og at man får etableret rammerne igen, pointerer Ulla Høgelund Ross.

En balancegang

Den anden overordnede problemstilling, som Marianne Elm og Ulla Høgelund Ross ser i deres arbejde, er at finde balancen mellem at tage den unges selvmordstanker og -adfærd meget alvorligt, og at forstå dem som et symptom, hvor det er de underliggende problemer, der skal arbejdes med.

– Når den unge er i krise og er selvmordstruet, er det selvfølgelig det, der har første prioritet i terapien. Men hele terapien skal ikke dreje sig om det, fordi selvmordstanker og -adfærd er et symptom på, at der er følelser og tanker, pigen ikke kan håndtere.

– Det centrale er, at hun skal lære at rumme disse følelser, at forstå dem og at handle på en mere konstruktiv måde.

FOREBYGGELSE AF SELVMORD OG SELVMORDSFORSØG BLANDT UNGE KVINDER MELLEM 15 OG 19 ÅR

- Modelprojektet handlede om tidlig opsporing af selvmordstruede og psykoterapeutisk behandling af dem, der var behandlingskrævende.
- Projektet er udført af psykologerne Marianne Elm og Ulla Høgelund Ross, Psykologhuset i København.
- Projektet har kørt i to år, og i alt har 14 piger gennemgået et ca. 1-årigt behandlingsforløb med 50 minutters samtaler en eller for fleres vedkommende to gange ugentligt.

Mere information om projektet på www.selvmordsforebyggelse.dk, eller kontakt psykologhuset@city.dk

Lærerne kan klædes på til opgaven

Det kan være svært at gå ind og hjælpe unge selvmordstruede, hvis man selv føler sig usikker. Viden og pjecer kan hjælpe lærerne til at turde se problemerne

Artiklen er skrevet på baggrund af indlæg af psykolog Anne Dissing, Frederiksborg Amts Børnerådgivning.

Kontakten med den unge selvmordstruede er svær at håndtere både for behandlere og andre professionelle, som f.eks. skolelærere. For hvis man får en bange anelse bekræftet, hvad gør man så?

Baseret på sit arbejde som psykolog i projekt "Mere Livsmod" ser Anne Dissing flere problemfelter i kontakten med unge selvmordstruede.

– Det vanskelige er, at man bliver inddraget i en suicidal kommunikation, fordi den unge ikke er i stand til at sætte ord på følelser og problemer på en direkte måde. Den unge er appellerende og afvisende på samme tid og

ikke ret god til at modtage den hjælp, som en lærer, psykolog eller sundhedsplejerske vil give, og så er den unge afhængig af, at den person, han eller hun taler med, ikke lader sig skræmme væk.

Hun forklarer, at mange lærere har oplevet, at nogle elever i 7.-8. klasse har en speciel appellerende kontaktform.

– De unge har et blik, der suger dem til sig, men hvor de ikke rigtigt kan få de unge til at fortælle noget. Det er selvfølgelig en svær situation – især fordi de unge på én gang er sårbare og styrende.

Kontakten kan betyde, at lærerne tager de



unges følelser på sig, og det kan være svært at rumme. Især fordi de samtidigt overvejer løsningsmodeller. Resultatet kan være, at lærerne føler sig magtesløse, eller tænker: Nå, det var nok ikke så slemt – og opgiver. – Andre lærere er forfærdelig bange for at starte en proces, som skal ende med et dramatisk selvmord, eller at den unge får det dårligere, forklarer Anne Dissing og understreger, at man skal turde tale med den unge. Han eller hun har jo bygget sin egen sort-hvide verden op, hvor det hele er noget skidt, så han/hun lige så godt kan tage sit eget liv. Så der er brug for modspil.

Ansvar og kompetence

– Mange af de personalegrupper, der møder de unge, har det problem, at hvis de følger den fornemmelse, de har, om at noget er galt, så føler de, at de skal følge problemet helt til dørs og sørge for, at den unge bliver glad igen. Det skal de ikke, der er der ingen som kan. Derfor peger Anne Dissing på, at man som f.eks. lærer skal gøre sig sin faglige kompetence og sit ansvar klart. – Der er ikke regler for, hvad man skal føle, men kun for hvad man skal gøre. Det kan godt være, at læreren skal tale med den unge, men læreren skal kun gøre det, der ligger

inden for hans kompetence som lærer. Er der behov for yderligere indsats, så henvise til andre. Den viden kan forhåbentlig gøre det lettere at handle og at turde se problemerne, pointerer Anne Dissing.

Støtte i pjecer og procedurer

For at støtte de professionelle i deres arbejde med selvmordstruede har børnerådgivningen udgivet tre pjecer (se faktaboks.)

Pjecen "Nødvendig samtale mellem voksne og unge" er f.eks. et praktisk redskab, der kan bruges direkte af en lærer og den unge sammen. For at hjælpe dem gennem den svære samtale indeholder pjecen bl.a. en række udsagn om unges følelser og selvmordstanker, og i en særlig aftaledel kan man notere, hvad der skal ske og hvornår, og hvem der skal inddrages, f.eks. familie, skolepsykolog eller en nøgleperson på skolen.

Der er også udarbejdet en procedureplan på skolerne, som skal forbedre lærernes handlemuligheder på skolerne.

Planen beskriver, hvem læreren kan tage fat i, når han/hun står med en elev med selvmordstanker eller er bekymret for, at den unge har selvmordstanker.

– Jo mere man ved om, hvad man kan gøre, jo mere kan man tåle at se, tåle at være tæt på og forholde sig til, forklarer Anne Dissing.

PJECER FRA FREDERIKSBORG AMT

Til støtte for de "svære" samtaler med selvmordstruede unge har børnerådgivningen udgivet tre pjecer med information om selvmordsadfærd, gode råd og praktiske anvisninger:

- Guide til fagpersoner om selvmordstanker og -forsøg blandt unge.
- Selvmordsforebyggende samtaler – Behandlerens manual.
- Nødvendige samtaler mellem voksne og unge. Når livet ikke er, som det skal være.

Pjecerne kan downloades på www.annaborg.dk under selvmordsforebyggelse.

PROJEKT MERE LIVSMOD

- Projektet er udarbejdet af Frederiksborg Amts Børnerådgivning og har kørt i to år.
- Målet med projektet var at identificere unge under 18 år med alvorlige selvmordstanker, inden de foretager et selvmordsforsøg.
- Metode: Undervisning af professionelle, som har kontakt med børn og unge, i at kunne identificere de unge med selvmordstanker tidligt og at tale med dem om deres selvmordstanker. Målgruppen for undervisningen var: lærerne, sundhedsplejen, personalet i PPR, i socialforvaltningen og på sygehuset.

Læs mere om projektet på www.annaborg.dk.

Indsatspunkter i det daglige arbejde

Hvornår man skal være rigtig, rigtig bange, og hvornår kun være lidt ængstelig? Arbejdet med selvmordstruede vil uundgåeligt påvirke de professionelle, der arbejder med området, både fagligt og personligt

Artiklen er skrevet på baggrund af indlæg af centerleder Bente Hjorth Madsen, Center for Selvmordsforebyggelse, Århus.

Center for Selvmordsforebyggelse i Århus har seks behandlere og modtager hvert år ca. 650 nyhenviste klienter. Centerleder Bente Hjorth Madsen har en række råd og tommelfingerregler til professionelle, som kan gøre det lettere at arbejde med selvmordstruede.

– Vanskelighederne mindskes ved, at man får sat risikoen for selvmord i perspektiv. Arbejder man med unge, er der ikke så stor risiko for, at de dør. Jeg synes, det er meget værre at arbejde med midaldrende mænd. Impulsive og let fortrukne.

Det er meget farligere. Man skal sætte risikoen i perspektiv: Hvornår skal jeg være rigtig, rigtig bange, og hvornår kun være lidt ængstelig?

Det er en professionel opgave, som kræver, at man er meget tryk ved sin faglige kunnen – man skal kunne både sin psykiatri og sin psykologi. Desuden er det vigtigt at have et team at læne sig op af. Man skal ikke overtage ansvaret for nogens liv. Hvis man begynder at gøre det, er det på tide at dele det med andre fagpersoner.

Tre andre punkter, som skal vægtes, er, at de professionelle løbende får opkvalificeret deres

faglige viden og kunnen – f.eks. om risikovurdering; at de får træning i samtaleteknik, så de kan finde de rigtige ord i en situation med patienter/klienter samt en behandlerkultur med indbygget supervision.

Som professionel kan man også selv gøre en indsats for at lette arbejdet:

- Man skal selv acceptere, at man kan blive bange – og så gøre det, man er mest tryk ved at gøre, f.eks. at kontakte forældre til en 20-årig, eller at tage på hjemmebesøg, hvis en klient/patient udebliver. Og der skal være accept fra ledelsesside af, at man går uden for rammerne.
- Man skal kende proceduren, hvis det værst tænkelige sker: At ens klient tager sit eget liv. Hvad sker der så med mig, og hvad sker der med sagen?
- Man skal sondre mellem højrisikoklienter og de andre, som man egentlig kan være tryk ved og dele viden om højrisikoklienterne med andre.

Bente Hjorth Madsen fremhæver voksenpsykiatrien som et område med mange højrisikoklienter, og arbejdsmiljøundersøgelser viser, at selvmordstrusler og selvmord belaster personalet hårdere end trusler om vold.

Når det værste sker: reaktioner

Selv om man selv og arbejdspladsen kan gøre meget for tackle udfordringen med de selvmords-

truede bedst muligt og have gode redskaber, vil mange professionelle alligevel opleve, at en person i deres varetægt begår selvmord. Reaktionen på det vil præge dem, og for manges vedkommende udløse en krisesituation. Foruden initialt chok, gråd, sorg, tristhed, skyld, frygt for kritik eller straf, vrede, fordømmelse, tvivl og utilstrækkelighedsfølelse og skam, vil de berørte ofte få et ændret forhold til kollegerne, lægge afstand til begivenhederne, få mistro til skolelærdommen, og der vil efterfølgende ske en ændring af arbejdet med andre patienter.

For den enkelte terapeut kan oplevelsen og kriseforløbet ofte betyde, at man prøver at dygtiggøre sig. I værste fald kan det bevirke, at man opgiver sit job eller i helt sjældne tilfælde, at man selv bliver selvmordstruet.

Behov for autopsi

Bente Hjorth Madsen finder, at der som et minimum, hvis man arbejder et sted, hvor selvmord finder sted, skal laves en psykologisk autopsi – altså en dissektion af forløbet, så man kan lære af det. Det gør man på Center for Selvmordsforebyggelse.

– Hos os har den, det går ud over, altid adgang til en samtale hos mig eller hos psykiateren på centret. Også hvis det er uden for arbejdstid. Dernæst laver vi en psykologisk autopsi ved den første behandlingskonference. Den skal absolut ikke have karakter af forhør eller fejlfinding, men det skal være i empati med de nærmeste behandlere. Det skal være noget, vi kan lære af, og derfor skal terapeuten gennemgå hele sygdomshistorien. Vi har oplevet, hvordan folk faktisk har været så meget i krise, at de næsten ikke engang kunne samle forløbet. Så det kan være en hjælp at få struktureret, hvad det egentlig var, der skete. Og så skal vi helst have et klima, så at vi godt kan begynde at drøfte, om vi kunne have handlet anderledes – og lære af det.

Om at gribe og sende videre – med begge hænder

Behandlingskæder, der rækker ud i kommunerne. Det er metoden i modelprojekt "Selvmordsforebyggelse for børn og unge på Vestfyn"

PÅ MINIKONFERENCEN "SELVMORDSFOREBYGGELSE BLANDT BØRN OG UNGE – AT BYGGE PÅ EKSISTERENDE RESSOURCER" BLEV DER SET PÅ SAMMENHÆNG I INDSATSEN OG INTEGRERING AF SELVMORDSFOREBYGGELSEN I STRUKTURER, DER EKSISTERER I FORVEJEN. DET SKETE GENNEM PRÆSENTATIONEN AF TO MODELPROJEKTER, DELS EN AMTSLIG MODEL, DELS EN KOMMUNAL MODEL FOR FOREBYGGELSE AF SELVMORDSFORSØG OG SELVMORD BLANDT BØRN OG UNGE.

Artiklen er skrevet på baggrund af oplæg fra psykolog, projektleder Kim Juul Larsen og socialrådgiver Bjørn Clausen fra Børne- og Ungerådgivning Vestfyn samt socialrådgiver Rikke Holme fra Otterup Kommune.

Målet med modelprojekt "Selvmordsforebyggelse for børn og unge på Vestfyn" er blandt andet at sikre en bedre opfølgning af børn og unge i selvmordsfare, så de undgår at blive kastebolde i systemet.

Udgangspunktet for projektet var Børne- og Ungerådgivningens erfaring med, at børn og unge med selvmordsadfærd ofte blev henvist direkte til rådgivningen, så snart de var identificeret i kommunerne eller hos skolelægen. Derved blev betydningen af de lokale hjælpemuligheder tilsidesat. – Ofte endte disse børn på en venteliste, og det var klart utilfredsstillende, så det syntes vi, der skulle gøres noget ved. Vi ønskede en bedre opfølgning for de unge i selvmordsfare. At sende dem videre til børnepsykiatrien er selvfølgelig oplagt, vi tror jo tit, at de er meget klogere på dette felt, men her er nogle gange op til ét års ventetid, forklarer socialrådgiver Bjørn Clausen



MINIKONFERENCE: SELVMORDSFØREBYGGELSE BLANDT BØRN OG UNGE – AT BYGGE PÅ EKSISTERENDE RESSOURCER



fra Børne- og Ungerådgivningen. Også risikoen for at børn og unge bliver kastebolde i systemet spillede ind.

– Vi har ganske enkelt lavet et andet begreb end kastebold i dag. Vi siger: "Man kaster ikke til nogen, man afleverer med begge hænder til nogen, der tager imod med begge hænder."

Faren for gråzoner

Børne- og Ungerådgivningen Vestfyn har som optakt til projektet analyseret, hvorfor det kan være svært at få et behandlingssystem til at fungere. Projektleder Kim Juul Larsen forklarer, at afsættet i analysen er den norske organisationspsykolog Dag Ingvar, der har beskæftiget sig med offentlige systemer og offentlig forvaltning. Ingvars udgangspunkt er, at et moderne samfund er kendetegnet ved en høj grad af specialisering i forskellige retninger. Pointen er, at dette også gælder, når det f.eks. handler om selvmordsforsøg hos en ung. Når et selvmordsforsøg finder sted, træder en række specialiserede enheder til, fra den akutte behandling på sygehuset til psykiatrisk vurdering og dernæst måske kommunens socialforvaltning mv. Det kendetegner desuden alle disse specialer, at der er sket en formalisering af, hvilke målgrupper man henvender sig til. Og falder den unge uden for målgruppen, så er det ikke dér, den unge hører til. – Det, Dag Ingvar tager udgangspunkt i, og som jeg tror er meget kendetegnende for disse enheder,

er, at de alle er meget optagede af deres egen koordinering og bestræbelser på at gøre en afdeling effektiv og dygtig. I de bestræbelser kommer de så ofte til at glemme, at der også skal være plads til en ekstern koordinering mellem de forskellige enheder og specialer.

Når børn og unge bliver kastet rundt forskellige steder i systemet, er det fordi, der ikke er taget højde for den eksterne koordinering, siger Kim Juul Larsen.

Det kendetegner også den manglende koordinering, at der bliver gjort meget dobbeltarbejde, f.eks. kan den unge være henvist til samtaler flere forskellige steder, indtil nogen standser op og siger: "Det her er vores ansvar."

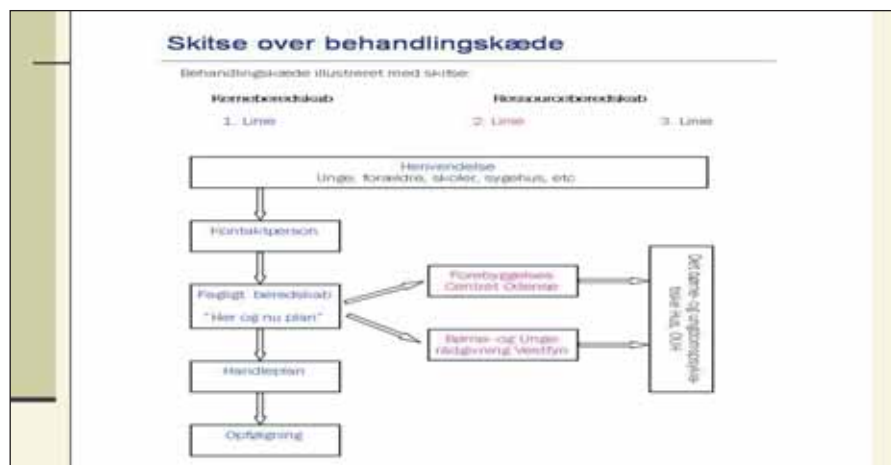
– Der sker også tit det, at den unge og familien lander i det, vi kalder gråzoner. Og når ingen tager

ansvaret, efterlades klienten i Ingenmandsland, påpeger Kim Juul Larsen.

Behandlingskæden

Medarbejderne i Børne- Ungerådgivningen har også gjort en anden erfaring – nemlig at der hersker en stor forskrækkelse hos de voksne, som møder børn og unge med selvmordsadfærd. Mange føler ikke, at de er egnede og kompetente. – Det kan gøre, at man bliver lidt følelsesløs og døv, for "hvis der nu ikke er noget om det, så kan man jo lade være med at gøre noget", siger Bjørn Clausen.

Derfor er det vigtigt, at der eksisterer en behandlingskæde, sådan at ingen skal klare sig alene. – At klare sig alene bliver alt for indviklet, lyder budskabet. Modellen på Fyn ser således ud:



Forløb i kommunerne

Som det ses af modellen blev udgangspunktet i kæden, at ansvaret i første omgang ligger hos kommunerne. De skal så trække andre enheder ind, hvis der er behov for det.

Ni kommuner med fokus i deres socialforvaltninger har valgt at deltage. Alle ni har derfor gennemgået følgende forløb:

- Introkursus: Orientering inden aftalen
- Aftaler: Aftaler om gennemførelse
- Modul 1: Etablering af rutiner og beredskab
- Arbejdemøder internt i kommunen
- Modul 2: Endelig beskrivelse af rutiner/øvelser
- Modul 3: Fremlæggelse af endelige resultater, hjemmeside og håndbog
- Modul 4: To-dages kursus for hele behandlingskæden

– Jeg tror, at den her måde at bygge det op på kommer til at reducere antallet af henvendelser til børnepsykiatrien, samt kvalificere og bedre hjælpen til børn og unge i selvmordsfare, fordi de bliver fanget op lokalt i stedet for, siger Kim Juul Larsen.

I alle projektets kommuner er der i dag udpeget særlige kontaktpersoner, der modtager henvendelserne og sikrer, at sagen bliver behandlet lokalt, evt. med bistand fra specialister.

Beredskab i Otterup Kommune

Rikke Holme, socialrådgiver i Otterup Kommune, er blandt de fagpersoner, der har erfaring med, hvordan det fungerer at have et beredskab og en kontaktpersonordning. Det faglige beredskab i kommunen består i dag af en socialrådgiver, en sundhedsplejerske og en familiekonsulent. Kontaktpersonen er socialrådgiveren, som sidder central på rådhuset og er nem at få fat i.

– Beredskabets formål er at ingen skal stå alene med en ung, som har forsøgt selvmord eller tænker på at begå selvmord. Når vi har fået en henvendelse, lægger vi en plan: Hvad gør vi, og hvem gør hvad. Beredskabet skal ikke overtage sagerne eller stå alene som sagsbehandlere, men være et rådgivningsteam. Beredskabet kan også henvise til Børne- og Ungdomsrådgivningen, hvis vi vurderer, at der er behov for det, forklarer Rikke Holme.

Hun bekræfter, at der er sket en væsentlig forbedring, efter at behandlingskæden er etableret, f.eks. er ventetiderne reduceret hos Børne- og Ungerådgivningen, som ikke længere får så mange henvendelser om selvmordstruede børn og unge. Desuden er der skabt en direkte kontakt til børnepsykiatrisk afdeling, hvor der tidligere var lang ventetid.

– Men det vigtigste er, at vi via beredskabet får klædt feltfolket på – altså lærere og pædagoger, så de tør se de unge og spørge ind til, hvad det handler om. Og her er håbet, at lærere og

BØRNE- OG UNGERÅDGIVNINGEN VESTFYN

Rådgivningen hører under Fyns Amt og dækker 12 vestfynske kommuner. Den har base i Aarup Kommune. Rådgivningens opgaver er:

- at visitere til døgninstitutioner, når børn og unge skal på døgninstitution.
- at være konsulent for kommunernes sagsbehandlere i børne- og ungesager, når de synes, det er svært, eller måske vil have nye tiltag.
- at behandle børn og unge og deres familier efter henvisning.

Se i øvrigt:

www.selvmordsforebyggelse.fyns-amt.dk

Ud af 250 sager i Børne- og Ungerådgivningen Vestfyn i 1998-1999 indeholdt 10-12 procent børn og unge med selvmordsproblematikker.

pædagoger nu har fået en tryghed ved at vide, at der er et sted, de kan gå hen. De ved, at der er et beredskab. Hvis de lukker op for noget, som er svært, så har de nogen, der kan hjælpe dem videre. Det mindsker berøringsangsten, og det er vigtigt at vide, at vi ikke står alene, når der er svære opgaver, slutter Rikke Holme.

Det giver mening at blande sig

Elektronisk håndbog opdaterer socialarbejdere med den nyeste viden om unge, selvmordsforsøg og selvmord

Artiklen er skrevet på baggrund af oplæg af psykolog Kurt Vadgaard, Århus Kommune.

"Hvad gør vi med Sofie? Hun truer med selvmord, det synes jeg er noget svært noget at have med at gøre.."

Psykolog Kurt Vadgaard, behandlingsleder i Socialafdelingen, Århus Kommune, mindes et personale-møde blandt socialarbejdere i Ungdomscentret for 10 år siden. Spørgsmålet om Sofies krise og medarbejderens afmagt blev faktisk afsæt for en mangeårig indsats, som handler om at klæde socialmedarbejdere bedre på, når det gælder selvmordsforsøg og selvmord blandt unge. Kurt Vadgaard udviklede og skrev nemlig efterfølgende "Håndbog til støtte i arbejdet med selvmords-truede unge", som udkom i bogform i 1997 og i dag findes i en elektronisk udgave, som er skrevet i samarbejde med projektpsykolog Dorte Petri.

Selv mord som tabu

– Vi fandt ud af dengang i 1994, at mange ansatte følte, at selvmordsproblemer var lidt et tabu. Noget man som medarbejder holdt for sig selv. Men det handler jo om at turde blande sig, at komme i dialog med de unge. Derfor spurgte vi socialarbejderne, hvad de havde brug for, når emnet var selvmordadfærd. Deres ønsker var mere viden, værktøjer til at håndtere emnet, og så havde de brug for at kunne håndtere akutsituationer. Fordi noget af det værste for dem er at blive fanget og føle sig afmægtig, fortæller Kurt Vadgaard. Før håndbogen blev til, sikrede Kurt Vadgaard

sig en tværfaglig, tværinstitutionel opbakning. Der blev nedsat en styregruppe bestående af embedslægeinstitutionen, altså staten, og af Center for Selvmordsforebyggelse – amtet – samt en repræsentant for det kommunale regi. Denne styregruppe fungerer stadig og er efter Kurt Vadgaards mening en stor fordel. Den sikrer f.eks., at man hele tiden er opdateret med de allernyeste selvmordstal for Århus Amt og Århus Kommune, lokale tal som kommer ud længe før, at de samlede nationale tal er på banen.

– Håndbogens formål er at sikre, at alle socialarbejdere – og andre interesserede faggrupper – har den grundfaglige viden, der skal til for at de på en mere imødekommende og rummende måde kan møde unge med selvmordsadfærd, forklarer Kurt Vadgaard.

Kend din begrænsning

Dertil kommer, at den elektroniske håndbog også rummer henvisning til flere telefonnumre, hvor medarbejderne kan henvende sig i særlige akutsituationer.

– Det er et minimum, at man ved, hvor man kan ringe hen. At have adgang til akutte telefonnumre virker faktisk som den rene magi, for medarbejderne bruger det i virkeligheden meget sjældent, siger Kurt Vadgaard og tilføjer:

– Grundlæggende handler det om, at vi skal tage signaler om selvmordsadfærd alvorligt. Vi skal tro,

LÆS PÅ NETTET

Find "Håndbog til støtte i arbejdet med selvmordstruede unge" på www.tagansvar.dk



at det giver mening at blande sig. Men når man blander sig, skal man også have noget viden for at kunne finde ud af, hvordan man håndterer det her felt. Og man skal kende sin egen begrænsning! Det at søge hjælp, når ens egen faglige viden ikke slår til, kalder jeg højeste grad af faglighed. Dermed er Kurt Vadgaard på linje med erfaringerne fra Vestfy: Sørg for aldrig at være alene om det, hvis du møder børn og unge med selvmordsadfærd. Sørg for, at det bliver en kollegial dagsorden – og ikke mindst at ledelse og organisation bliver medinddraget.

At bruge nettet

Den elektroniske håndbog kan bruges på tre forskellige måder:

- Den kan læses fra ende til anden, som en almindelig håndbog.
- Den kan bruges som opslagsværk, hvis man søger hjælp til særlige problemstillinger, også ud over selvmordsadfærd, f.eks. spiseforstyrrelser, depression, personlighedsforstyrrelser, misbrug mm.
- Den er en del af kommunens lukkede system, så man som medarbejder kan søge adgang til uddannede nøglepersoner.

Nøglepersonerne har fået et særligt tre dages kursus, hvor der er sat fokus på samtalen og mødet med den selvmordstruede unge.

– Én ting er at have viden og redskaber, men noget

andet er, hvordan man bruger det i praksis, understreger Kurt Vadgaard, og giver en vigtig pointe videre:

– Det evige spørgsmål er altid, hvor langt man kan gå i sin vurdering. For der ligger en risikovurdering hver eneste gang vi har at gøre med en ung med selvmordsadfærd. Pointen i håndbogen er, at det ikke er et spørgsmål den enkelte afgør, men det er et spørgsmål vedkommende afgør sammen med sine kolleger og ledelse: Hvem har kompetence og på hvilke niveauer?

Det støttende og ledsagende princip

Kurt Vadgaard fremhæver, at det støttende og ledsagende princip også er en del af tankegangen bag håndbogen. Den rummer en lang række henvisningsmuligheder inden for Århus Kommune, hjælpemuligheder, som medarbejderne skal huske på i kritiske situationer. Der findes også henvisninger til ekstern hjælp fra politi og læge til psykiatrisk skadestue og Center for Selvmordsforebyggelse.

– Tanken er først og fremmest, at håndbogen skal opkvalificere socialarbejdere. Vores forebyggelsesstrategi er, at vi for alt i verden ikke må gøre enhver ung med selvmordstanker til en potentiel selvmorder, der skal have specialistbehandling. Hvis medarbejderne er tilgængelige, åbne og rummelige, kan de på en helt anden måde komme i dialog og finde ud af, hvad det egentlig handler om. Ud fra det kan de iværksætte den rigtige hjælp.

SELMORD OG SELVMORDSFORSØG BLANDT BØRN OG UNGE

Der er meget få selvmord i gruppen af børn og unge – et sted mellem 2 til 10 pr. 100.000, afhængig af køn og alder. Derimod er forekomsten af selvmordsforsøg høj, især blandt piger – ca. 300 pr. 100.000.

(Kilde: Center for Selvmordsforskning)

SELMORD BLANDT UNGE I ÅRHUS AMT

Talmaterialet om unges selvmord i Århus Amt er begrænset, men det findes på www.tagansvar.dk, som de jævnligt opdaterer.

Tallene ser således ud for 2002 og 2003: I 2002 begik i alt 8 unge selvmord i Århus Amt, seks mænd og to kvinder. Alle var i aldersgruppen 20-29 år.

I 2003 begik i alt 6 unge selvmord i Århus Amt. Alle var mænd/drenge. Én var under 20 år, de fem øvrige 20-29 år.

(kilde: www.tagansvar.dk, Magistratens 1. Afdeling, Familie og Beskæftigelse, Århus Kommune).

Når ældre forsøger selvmord

Delresultater fra et ph.d.-projekt beskriver livsomstændigheder hos ældre, der har forsøgt selvmord

ANTALLET AF SELVMORD I DANMARK ER FALDENDE, MEN DENNE TENDENS GÆLDER IKKE HOS ÆLDRE MENNESKER.

DENNE PROBLEMSTILLING SAMT ERFARINGER MED AT EFTERUD-DANNE PERSONALE OG FRIVILLIGE, DER ARBEJDER MED ÆLDRE MENNESKER, BLEV GENNEMGÅET I MINIKONFERENCEN ”SELVMORD BLANDT ÆLDRE – AT KLÆDE ORGANISATIONEN PÅ”.

Artiklen er skrevet på baggrund af oplæg af og interview med psykolog, ph.d.-studerende Jan-Henrik Winslöv.

Antallet af selvmord i Danmark er faldet gennem de sidste 20 år, men faldet slår ikke igen hos mennesker over 65. Derfor er der brug for mere viden om forebyggelse af selvmord hos ældre, og det er en af grundene til, at der er sat en undersøgelse i gang på Center for Gerontopsykologi i Århus, i et samarbejde med Gerontopsykiatrisk Afdeling på Psykiatrisk Hospital i Århus.

Psykolog Jan-Henrik Winslöv arbejder på et ph.d.-projekt, som er tilknyttet denne undersøgelse, og han har i flere sammenhænge præsenteret delresultater fra undersøgelsen.

Ph.d.-projektet forventes afsluttet i foråret 2005. På konferencen på Nyborg Strand 7. juni 2004 fremlagde han foreløbige resultater af undersøgelsen, hvor to grupper af ældre er sammenlignet.

Gruppe 1 består af ældre, der har forsøgt selvmord. Gruppe 2 er en gruppe ældre, der trives. Alle er over 70 år og ikke demente. I gruppen af ældre, der har forsøgt selvmord indgår 16 personer, som alle blev rekrutteret under deres indlæggelse. De 16 ældre i gruppe 2 er uden

psykiatrisk sygehistorie, og de er blevet rekrutteret gennem en pensionistforening. Deltagerne er blevet fulgt et år. Depressive symptomer er blevet vurderet ud fra flere rating scales, og der er desuden blevet foretaget flere former for helbreds vurderinger. Endelig er der blevet gennemført interviews, som skal afdække betydningsfulde livsændringer oplevet inden for de sidste fem år, samt grundige interviews omkring selvmordshandlinger. Også journaloptegnelser indgår i undersøgelsen. – Formålet med undersøgelsen er at beskrive nogle livsomstændigheder og hændelsesforløb, som er karakteristiske for en gruppe ældre, der forsøger selvmord, forklarer Jan-Henrik Winslöv.

Tanker gennem lang tid

Jan-Henrik Winslöv forklarer, at hos de ældre i gruppe 1 har flertallet haft tankerne om selvmord over længere tid, nogle i flere uger og op til flere måneder. 14 ud af de 16 har været i kontakt med professionelle omsorgsgivere den sidste måned forud for selvmordsforsøget, dvs. læger, hjemmehjælpere og hjemmesygeplejersker.

– 11 ud af 16 har haft tankerne om selvmord i mere end to uger, så de må have haft mulighed for at tale med en professionel, men kun to af dem har rent faktisk talt med andre om deres selvmordstanker, pointerer han. Den ene talte



med egen læge, den anden med et familie-medlem. Derimod har syv af de 11 talt om "livstræthed og depression" både hos læger og familiemedlemmer.

Affektive lidelser

De fleste af de undersøgte ældre i gruppe 1 har haft en affektiv sindslidelse på selvmordstidspunktet. Men på trods af det skal man være varsom med at sige, at disse selvmordsforsøg hænger entydigt sammen med depression, mener Jan-Henrik Winsløv. Blandt andet fordi de ældre også er konfronterede med en række andre vanskeligheder i deres liv.



– Man bør altså være opmærksom på flere forhold, der kan indikere sårbarhed over for belastninger, når ældres selvmordsrisiko skal vurderes, understreger han og tilføjer:
– Behandlingsophør og ringe behandlingseffekt af antidepressiv medicin kan også spille en rolle. Det viser vores undersøgelse, og lignende resultater er fundet i en svensk undersøgelse af ældre, der har taget deres liv: en del af dem har været i antidepressiv behandling. Dette peger på, at det er væsentligt med en løbende vurdering af behandlingseffekten, og at man skal vurdere de ældres indstilling til at følge den anbefalede behandling.

Konklusioner

Jan-Henrik Winsløv kommer på baggrund af den foreløbige undersøgelse med følgende konklusioner:

- Vær særligt opmærksom på livstræthed og håbløshed.
- Der skal aktivt spørges ind til selvmordstanker.
- Det er vigtigt med løbende vurdering af behandlingseffekt, og at man spørger til den ældres indstilling til antidepressiv behandling.
- Vær opmærksom på ophobninger af belastninger, uoprettelige tab og funktionsnedsættelse.
- Er det sociale netværk en ressource eller en kilde til frustration?

RISIKOFYLDTE LIVSOMSTÆNDIGHEDER

Jan-Henrik Winsløv peger på en række belastende livsomstændigheder, der har ført til selvmordsforsøgene hos de ældre i undersøgelsens gruppe 1:

- Flere typer belastninger på samme tid.
- Mange af disse belastninger fører til tab af kilder til glæde, både socialt, men også med hensyn til dagligdags gøremål.
- Svækket helbred, der har betydet behov for hjælp i dagligdagen.
- Apopleksi (hjerneblødning) og visuel svækkelse med efterfølgende nedgang i funktionsniveau er ofte baggrund for svækkelsen.
- Tab af sociale relationer.
- Sammenfald af mange belastninger: sygdom, konflikter, anspændte relationer til familiemedlemmer eller til professionelle omsorgsgivere, konflikter med disse parter.
- Problemerne opleves ofte som uløselige og håbløse. Oplevelsen af håbløshed hænger sammen med, at størstedelen over en længere periode er blevet tiltagende deprimeret. Det svækker den ældres handlekraft og evnen til at håndtere situationer, som man normalt har kunnet tage hånd om.

At genoprette det ældre menneskes værdighed

Uddannelse af fagpersoner er centralt i projekt, der forebygger selvmord hos ældre i Vejle Amt

Artiklen er skrevet på baggrund af oplæg af og interview med kommunikations- og selvmordsforsker Elene Fleischer.

Et inderligt udtalt ønske fra Kate Runge (fhv. embedslæge og nuværende medlem af Århus Byråd) om at plejepersonalet burde tale ordentligt til ældre mennesker blev den udløsende faktor, da kommunikations- og selvmordsforsker Elene Fleischer for alvor begyndte at overveje et modelprojekt om ældre og selvmord.

– Som en replik til Kate Runges efterlysning svarede jeg hende dengang, at grunden til hendes frustration over kommunikationen mellem personalet og de ældre måske var, at personalet ikke ved, hvad det vil sige at tale ordentligt! Det kan også være, at de faktisk ikke tør tale om det, som det gamle menneske har lyst til at tale om. Det blev motiveringen til at gå i gang med det, vi i dag kalder "Vejleprojektet".

Modelprojektet "Ældre og Selvmord – forebyggelse af selvmord blandt ældre" tager udgangspunkt i to kommuner i Vejle Amt: Horsens Kommune og Give Kommune. Projektet består af tre faser, og Elene Fleischer har været tilknyttet som projektleder.

Fase 1, som er lavet i et samarbejde med Karin

Oudshoorn fra Sundhedsforvaltningen i Vejle Amt, var en undersøgelse, der havde flere formål:

- at afdække behov for kompetenceudvikling af det tværsektorielle samarbejde og samarbejdet mellem de frivillige og den offentlige sektor i forhold til målgruppen ældre.
- at kortlægge ældres selvmord i Vejle Amt. Kortlægningen er sket ved en gennemgang af dødsattester i Vejle Amt gennem fem år – for alle ældre over 65. Tallene er blevet sammenholdt med det landsdækkende register og Fyns Amts register for selvmordsforsøg. Tallene viste, at antallet af selvmord i Vejle amt lå på niveau med landsgennemsnittet.
- en interviewundersøgelse med fokusgrupper fra forskellige fagområder, bl.a. sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Læger og præster deltog ikke i fokusgruppeinterviews, men blev interviewet enkeltvis.

Har de lov?

I fokusgruppeinterviewene kom Elene Fleischer blandt andet ind på holdningsspørgsmålet: Har gamle mennesker lov til at tage deres eget liv? Svaret lød ofte: Ja, det har de lov til.

– Men jeg tænkte, at så enkelt er det ikke, siger Elene Fleischer. Derfor bad hun om svar på følgende: Gælder det også, hvis det er din egen gamle mor eller far? Og det gjorde det så ikke. Konklusionen var altså, at det var i orden, hvis

det var "de andre". Men når det er mine egne familiemedlemmer, er det ikke i orden.

Et andet emne i disse interviews var manglen på viden, både på det personlige og det faglige område.

Generel forebyggelse

Fase 1 afsluttedes med en række anbefalinger, som blev grundlaget for fase 2:

- at genoprette det ældre menneskes værdighed, når det oplever situationen uværdig.
- At tilvejebringe teoretisk viden om depression, patologisk sorg, alkoholmisbrug og selvmordsadfærd.
- at finde en model for færdighedstræning for at sikre en bredere teoretisk forståelse af samtalsstruktur.
- at kortlægge mulige samarbejdspartnere, der ikke er ansat i plejesektoren og skabe formelle samarbejdsrelationer, helst i forhold til præster, læger og frivillige.

I fase 2 blev der nedsat en styregruppe med lokale samarbejdspartnere. Elene Fleischer blev katalysator for processen, men det blev styregrupperne i Horsens og Give, som formulerede det arbejde, de ønskede gjort for at få ført anbefalingerne fra fase 1 ud i livet.

– Min rolle var først og fremmest at sikre, at styregrupperne holdt fast i anbefalingerne, forklarer Elene Fleischer.



Kommunerne fokuserede forskelligt, men besluttede f.eks. begge steder at lave offentlige arrangementer om ældre og selvmord, altså fokus på generel forebyggelse. Desuden blev det i begge kommuner besluttet, at der var behov for undervisning af forskellige faggrupper og af de frivillige. I Horsens valgte man at uddanne det, man kalder nøglepersoner, som så skal undervise videre i systemet. I Give besluttede man at undervise samtlige sygeplejersker, så de fik et fælles grundlag, men samtidig lavede man enkelte fælleskurser, hvor både de frivillige og sygeplejerskerne var til stede samtidig.

– Det betød, at de to grupper lærte hinanden godt at kende, de fik ansigter på. Bagefter var det muligt at se på, hvad de frivillige kan tilbyde de ældre, og hvilke tilbud fagpersonerne kan komme med. Min ide var at få et fælles fokus de to grupper imellem – nemlig de ældre. Derved undgik vi de konflikter og barrierer, der er ofte opstår, når vi skal have fagpersoner og frivillige til at arbejde sammen, understreger Elene Fleischer.

På det interne samarbejdsområde blev der også sat flere forsøg i værk. I Horsens udarbejdede man handleplan med fokus på det værste tænkelige. Hvis der sker f.eks. selvmord eller selvmordsforsøg blandt ældre, så ved personalet præcis, hvilke kommandoveje, de skal følge.

Denne form for intern samarbejds- og handleplan er stadig ikke skrevet i Give, men i Horsens

fungerer den, og den betyder desuden, at alle nyansatte i kommunen i dag får tilbudt tre timers kursus i selvmordsforebyggelse blandt ældre.

– Det er da et skridt på vejen, pointerer Elene Fleischer.

Undervisningen

I undervisningen blev fokuseret på følgende emner:

- Depression
- Tab, sorg og krise
- Alkoholmisbrug hos ældre
- Holdninger til selvmord
- Kommunikation
- Livstræt eller livsmæt
- Egenomsorg og kollegaomsorg/handleplaner og samarbejde

Elene Fleischer peger efterfølgende på, at undervisning i sig selv er en stor udfordring, når man står over for faggrupper med meget forskellig baggrund.

– Det kan ikke nytte noget, at underviseren har en masse viden i sit hoved, men ikke overvejer formidlingsformen. En person med en etårig uddannelse skal selvfølgelig ikke have undervisning på niveau med en psykolog eller en anden akademiker. Det handler om at få lavet noget undervisning, der er tilpasset hver enkelt faggruppes behov og forudgående viden.

Fase 3 er en evaluering af modelprojektet (se selvstændig artikel, side 46).

RAPPORTERNE FRA VEJLE-PROJEKTET:

- Ældre og selvmord. Rapport af kortlægningsundersøgelse. Vejle Amt, april 2002.
- Modelprojekt. Forebyggelse af selvmord blandt ældre. Vejle Amt. Evalueringsrapport. Resultat, ressourcer og proces. Vejle Amt, november 2003.
- Ældre og selvmord. Langtidseffekten af undervisningen, samarbejdet, modelprojektet. Mette Holler, Elene Fleischer, Karin Oehlenschläger Oudshoorn, Center for Udvikling og Uddannelse, Vejle Amt, 2004.

Disse kan bestilles hos Vejle Amt.

De kan også hentes som pdf-filer på Elene Fleischers hjemmeside

<http://www.elene.dk/materialer.html>.

eller downloades fra Vejle Amts hjemmeside www.vejleamt.dk under sundhed/sundhedsfremme.

Desuden er der udarbejdet et undervisningsmateriale "Forebyggelse af selvmord blandt ældre. Inspirationsmappe." Vejle Amt, 2003, som kan bestilles via jyc@vejleamt.dk.

Forankring

– I dag tager begge kommuner ansvar for at vedligeholde den viden, de har fået gennem fase 2, forklarer Elene Fleischer. Desuden har amtssundhedsplejersken påtaget sig ansvar for, at de øvrige kommuner i Vejle Amt får et lignende tilbud. De første kurser til personalet om forebyggelse af selvmord blandt ældre er udbudt i amtets kursuskatalog.

Det er ligeledes overvejelser om at afholde årlige temadage samt danne netværk på tværs af kommunerne, sådan som det sker både på demensområdet og hos de forebyggende sygeplejersker.



Artiklen er skrevet på baggrund af oplæg af uddannelseskonsulent Mette Holler, Vejle Amt.

Holdninger er bearbejdet, og mødet er steget betydeligt, når det gælder om at håndtere den vanskelige samtale med gamle mennesker. Det fastslår den evalueringsansvarlige for ældreprojektet i Vejle amt, sygeplejerske og uddannelseskonsulent, Mette Holler, Center for Udvikling og Uddannelse (CCU) i Vejle. Hun kan ud af spørgeskemabesvarelser og fokusgruppeinterview med personalet og frivillige i de to medvirkende kommuner Give og Horsens se, at der er sket en fin udvikling. Evalueringen fokuserede på flere områder. Hovedpunkterne var at se på kompetenceudvikling inden for faktuel viden om selvmordsforebyggelse og på kompetenceudvikling, der drejer om kommunikation – f.eks. evnen til at være i rum med et menneske, der har dødstanker og evnen til at dele disse tanker med hinanden. Endelig var målet at kortlægge samarbejdet i kommunerne.

Magtesløshed

I den interviewundersøgelse, der er lavet med personalet forud for projektet, slår mange på

Fokus har ændret sig

Evaluering af Vejle-projektet viser, at personalet har fået mere mod på den vanskelige samtale

følelsen af magtesløshed over for problemerne. De synes, at de mangler viden og redskaber til at tolke situationen – og de oplever at mangle den indsigt, der skal til for at håndtere samtalen med ældre mennesker i krise. Desuden blev manglen på tid fremhævet som årsagen til mangelfuld og ikke optimal arbejdsindsats. I før-besvarelserne begrundede personalet altså deres magtesløshed i forhold til de ældre med manglen på tid og redskaber. I efter-besvarelserne taler personalet ikke om at

mangle tid, men derimod om at de nu TAGER sig den nødvendige tid til at møde de ældre på en bedre måde.

– Denne udvikling kunne ses både i de besvarelser, der kom via spørgeskemaer og i de efterfølgende fokusgruppe interviews, fastslår Mette Holler.

Ambivalensen

Mette Holler peger på den ambivalens, der er omkring selvmord og ældres ret til at tage deres liv:

"Jeg kan ikke decideret sige, hvad jeg har lært, men jeg kan mærke, at jeg er blevet mere opmærksom, når jeg kommer ud til mine klienter. Jeg tror også, at jeg taler på en lidt anden måde. Nu ved jeg, hvordan jeg skal spørge ind, og jeg ved, hvilke ting jeg skal lægge mærke til..." (sygeplejerske)

"Jeg er blevet mere modig i mine samtaler ude ved de ældre. Før kunne jeg godt springe let hen over det, hvis folk antydede, at de var trætte af livet. Egentlig snakkede jeg bare med dem, men jeg tænkte ikke over, hvad jeg sagde, jeg lyttede bare, så de kunne få læsset af. Jeg turde ikke spørge ind på samme måde, som jeg gør i dag." (social- og sundhedshjælper)

"Jeg synes, at medarbejderne er blevet mere observante på ældre med depressionssignaler, samt at de er blevet særligt opmærksomme på nye beboere, der flytter ind. Hos disse er det især i forbindelse med indflytningen, at der kan være selvmordstanker. Og personalet er blevet mere lydhøre omkring disse ældre." (leder)

Citater fra evalueringen af modelprojekt: Ældre og selvmord – forebyggelse af selvmord blandt ældre. Langtidseffekten af undervisningen, samarbejdet, og modelprojektet.

**NY BOG OM SELVMORD
BLANDT ÆLDRE**

Sygeplejerske og billedkunstner Jorit Tellervo er kvinden bag en ny antologi, hvor temaet er gamle menneskers selvmord. Bogen er udgivet på Nyt Nordisk Forlag i juni 2004 og har titlen: Selvmord blandt gamle mennesker – myter, viden og forebyggelse. En lang række fagfolk har bidraget med artikler til bogen, som også rummer interviews med gamle mennesker, der har forsøgt selvmord samt med pårørende og efterladte.

– Ambivalensen er meget markant, og det er noget, som vi undervisningsmæssigt har fokuseret på at lære personalet – at de skal leve med dette dilemma. Men på dette område er vi lidt belastede som sundhedsarbejdere, fordi vi forstår folk lige lukket ned i helvede engang imellem. Og jo, det er menneskeligt at forstå selvmord, men professionelt er det ikke korrekt. Vi kan ikke tale forebyggelse af selvmord, hvis vi forstår det så godt! Denne ambivalens ligger der hele tiden, men det lærer folk at leve med – og dette dilemma indgik i undervisningen.

Samarbejdet

I evalueringen af projekterne i Give og Horsens er der også set på det interne samarbejde i kommunerne. Her slår Mette Holler fast, at samarbejdet er velfungerende, alle medarbejdere kender deres kompetencer og kommandoveje, når de udsættes for konfliktfyldte situationer. Men modelprojektet har derudover ført til et forbedret samarbejde, hvor svære temaer omkring døden og selvmordet ikke længere er tabuiserede, men kan refereres og diskuteres blandt medarbejderne på møderne. Det eksterne samarbejde mellem frivillige og hjemmeplejen er i Give blevet formaliseret. Således at samarbejdet udmønter sig i at ældre borgere, der har et behov, der kan afhjælpes gennem dette samarbejde, får dette tilbud.



Udfordringer i psykiatrien

Med Sundhedsstyrelsens vejledning ”Vurdering og visitation af selvmordstruede” i hånden er der en række konkrete udfordringer at tage fat på i fremtiden

MINIKONFERENCEN
”UDFORDRINGER I PSYKIATRIEN –
VURDERING AF SELVMORDSRISIKO”
HAVDE FOKUS PÅ RISIKOGRUPPER
OG BEHOVET FOR FASTE PROCEDURER
PÅ OMRÅDET.

Artiklen er skrevet på baggrund af indlæg af overlæge Merete Nordentoft, Psykiatrisk Afdeling, Bispebjerg Hospital.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning fremgår det, at der efter endt behandling for selvmordsforsøg på somatisk skadestue eller efter indlæggelse på somatisk afdeling normalt bør foretages en psykiatrisk vurdering. Er der knyttet en psykiatrisk afdeling til sygehuset, kan der rekvireres et psykiatrisk tilsyn. Alternativt kan patienten f.eks. bringes til psykiatrisk afdeling eller psykiatrisk skadestue på et andet sygehus med henblik på samtale og vurdering.

– Det er en ganske betydelig udfordring for psykiatrien at stille op til at have et beredskab og en organisation, så man er i stand til at foretage psykiatrisk tilsyn, understreger Merete Nordentoft og forklarer, at vejledningen samtidig lægger op til, at den psykiatriske vurdering bør foretages af en læge fra psykiatrisk afdeling, og at sygeplejersker, psykologer og socialrådgivere kan bidrage med observationer af patienten.

– Andre fagpersoner end læger kan bestemt have en vigtig rolle – ikke mindst, når man skal sikre, at vurderingen og den visitation, der foregår, faktisk bliver fulgt op, siger Merete Nordentoft.

Hun lægger vægt på, at der også skal sikres en sådan organisation, at den kan tilbyde en hurtig ambulant opfølgning, og at kontakten til de ambulante behandlere gerne skal etableres inden udskrivelsen. Desuden skal der være en tydelig, gentaget vejledning af patienten, og indsatsen skal ske efter det støttende og ledsagende princip.

– I praksis kan det dog være forbundet med store logistiske vanskeligheder, men princippet er væsentligt, fordi selvmordstruede ser deres situation med et unuanceret sortsyn, så de ikke er i stand til at finde relevante handlemuligheder på egen hånd. De er også ofte ambivalente over for iværksat behandling, og afbryder den ofte i utide. Derfor er det ikke nok, at man i en psykiatrisk vurdering konkluderer, at de har behov for hjælp. Man skal også finde ud af, hvordan de rent praktisk kommer derhen.

Opmærksomhed på særlige risikogrupper

Når det gælder selvmordsproblematikken, udgør de psykisk syge patienter en særlig udfordring for psykiatrien. Årsagen er, at der ved alle psykiske sygdomme – undtagen demens – er en øget selvmordsrisiko. Psykisk syge tager ca. 20 gange så hyppigt som normalbefolkningen deres liv.

– Det gælder derfor om at sikre en optimal behandling af den psykiatriske grundlidelse og at levere en intensiveret støtte til patienten i akutte faser med øget selvmordsrisiko. Og det at identificere de akutte faser er en udfordring i sig selv. I forbindelse med risikovurdering og identifikation af selvmordstruede er det også vigtigt at holde sig for øje, at risikoen for at en patient tager sit eget liv, er størst i ugen efter indlæggelsen.

– Den første uge er risikoen flere hundrede gange forhøjet, og når der er gået et år, er den faldet til 6-7 gange højere end baggrundsbeholdningen.

En undersøgelse peger på, at førstegangsendlagte patienter med affektive sindslidelser eller psykoser i det skizofrene spektrum har en ca. 50% øget risiko for at begå selvmord i det første år efter indlæggelsen.

– Når hyppigheden blandt førstegangsendlæggelserne er højere end blandt patienter, der har været indlagt flere gange, kan det måske skyldes noget krisepsykologisk, og at de ikke kender behandlingssystemet godt nok til at vide, hvor man kan søge hjælp, hvis man får det dårligere. Så der er behov for særlig opmærksomhed på debutanterne, pointerer Merete Nordentoft.

Indlæggelsestiden

Det faktum, at især den første uge efter udskri-

velsen er forbundet med en øget selvmordsrisiko, kan efter Merete Nordentofts mening fortolkes på flere måder.

– Den ene er, at man kan overveje, om indlæggelserne er for korte. Om folk bliver udskrevet, før problemstillingerne for alvor er løst eller før, der er lagt planer for opfølgning. Det er der undersøgelsesresultater, der peger på.

Selv mener hun, at det måske også kan skyldes, at de patienter, der er indlagt i meget kort tid, måske er svære at fastholde, og at de derfor repræsenterer en særlig højrisikogruppe.

– Under alle omstændigheder er det svært at omsætte til praktisk anvendelig viden, for selv om man ved, at det er en højrisikoperiode, overlever langt, langt de fleste patienter den første uge efter udskrivelsen, men dét at identificere de personer, som det drejer sig om, er ikke så let. Skal man fange dem, skal man tænke i nogle mere generelle baner, som at alle skal undersøges, og alle skal tilbydes ambulant behandling.

Selvmod under indlæggelse

Hvert år sker ca. 60 selvmord under indlæggelse eller på udgang, og Merete Nordentoft peger på nødvendigheden af en opgradering af indsatsen for at undgå disse selvmord – og det er ikke kun et spørgsmål om de fysiske rammer på sygehuse og sikring af den selvmordstruede patient.





– Det drejer sig også om, at personalet fokuserer fuldstændig skarpt på den opgave, de har fået stillet. Og jeg ser et tydeligt behov for at etablere en hensigtsmæssig overflytning af den selvmordstruede patient f.eks. fra somatisk til psykiatrisk afdeling, hvor:

- Patienten bør ledsages forsvarligt.
- Den formodede selvmordsfare bør tydeliggøres for det modtagende personale.
- Informationstabet bør minimeres gennem en grundig rapport til den modtagende afdeling – understøttet af en skrevet journal.
- Patienten bør introduceres på den tillidsvækkende måde til det personale, der skal overtage behandlingen.
- Der bør udpeges én fra personalegruppen til at tage mod patienten og være om patienten de første timer.
- Grundig information ved vagtskifte - og præsentation af det nye personale.

Fremadrettet analyse

– Sker det alligevel, at en patient begår selvmord under indlæggelsen, bør man gennemføre en audit og analysere forløbet og identificere forebyggelsesmuligheder. Sigtet med det er at hjælpe personalet og systemet. For det er altid sådan, at når der har været et selvmord i en afdeling eller ambulatorium, er der personale, som bliver ramt og bebrejder sig selv. Formålet

med en audit og gennemgang er ikke at kritisere den enkelte, men at vurdere hændelsen på systemniveau og gøre den fremadrettet ved at spørge: Hvad kan vi lære af det her til en anden gang, og er det noget, vi kan gøre til faste rutiner?

– Samtidig bør der etableres et kriseberedskab og behandlingsmuligheder til støtte for det involverede personale, understreger Merete Nordentoft.

Procedurer ved udskrivelsen

I forhold til at gennemføre det støttende og ledsagende princip ved udskrivelsen af patienter med selvmordsproblematikker fremhæver Merete Nordentoft tre punkter:

- at der skal ske en rutinemæssig og systematisk vurdering af selvmordsrisikoen inden udskrivelsen inkl. en grundig udspørgen om selvmordstanker.
- at der hurtigt bliver iværksat en ambulant behandling – inden en uge efter udskrivelsen. Patienten skal gerne have en dato og viden om, hvem de skal snakke med – og de må gerne have mødt vedkommende.
- at der er en systematisk og imødekomende kontakt til de pårørende. Her kan man i god tid invitere de pårørende til et samarbejde og prøve at få patienten til at give sit samtykke til samarbejdet, f.eks. kan afdelingen ringe

til de pårørende, hvis patienten udebliver.

Desuden opfordres de pårørende til at melde ud om deres bekymringer – ”og vi andre skal lytte, for de har faktisk en viden, som vi andre ikke har, og som kan være livreddende i sidste instans.”

Opfølgning efter udskrivelse

At en relevant opfølgning i tiden efter udskrivelsen er essentiel, er Merete Nordentoft ikke i tvivl om, og hun vægter også, at patienterne skal motiveres til at henvende sig akut, hvis der opstår en ny krise.

– Jeg tror, at det er nødvendigt at være fuldstændig konkret med det her. I det kliniske arbejde på Bispebjerg Hospital gennemfører vi, at patienterne som en del af en social færdighedstræning skal øve sig i at komme hen på psykiatrisk modtagelse. Det er godt at have været der, før man får brug for det for alvor. Andre anvendelige metoder kan være en grøn-kort-ordning, hvor patienten udstyres med et kort, der ”giver ret” til at henvende sig ved tilbagevendende selvmordstanker, eller ”Suicide kits” – en taske med ting, man kan bruge, hvis man får det rigtigt dårligt. Den kan indeholde telefonnumre, taxabon eller en 100-kroneseddel til transport til behandlingsstedet eller et billede af mor og far eller andre ting, der kan skubbe tankerne væk.

Skemalagte procedurer kan sikre bedre vurdering

Modelprojekt på psykiatrisk afdeling, Silkeborg Centralsygehus, viste, at det kan lade sig gøre at kvalitetssikre vurderingen af selvmordsrisiko

Artiklen er skrevet på baggrund af indlæg af 1. reservelæge Eyd Hansen Høyer, Psykiatrisk Afdeling, Silkeborg Centralsygehus.

Ph.d.-afhandlingen "Årsagsspecifik dødelighed og risikofaktorer for selvmord blandt patienter indlagt i perioden fra 1973 til 1993 på grund af en affektiv lidelse" (se boks) sammenlignede dødelighed blandt patienter med affektive sygdomme med den generelle befolkning. Afhandlingen identificerede også risikofaktorer for selvmord, som havde sammenhæng med socio-økonomiske faktorer, med opvækstvilkår eller med begivenheder som død hos et nært familiemedlem, sygdom, skilsmisse, tab af arbejde mv. Ydermere undersøgte den risikofaktorer knyttet til sygdomsforløb og behandling. Afhandlingen bestod af to registerbaserede kohorteundersøgelser med data vedrørende 53.466 personer fra det fyldte 15. år, der var indlagt første gang med affektiv lidelse i perioden 1973-1993, og hvoraf 3.127 begik selvmord. Resultatet var, at risikoen for selvmord blandt patienter med affektive lidelser er 17 gange højere end for baggrundsbefolkningen, og risikoen er 40-90 gange forhøjet det første år efter første indlæggelse – afhængig af hvilken affektiv lidelse,

der er tale om. I ph.d.-afhandlingen indgik også en blindet casekontolundersøgelse på baggrund af journaloplysninger på 141 personer, som begik selvmord under indlæggelsen eller højst et år efter udskrivelsen samt 141 kontrolpersoner. Ph.d.-afhandlingen fandt, at

- selvmordsrisikoen blandt affektive patienter varierer betydeligt i forhold til svingninger i den affektive lidelse.
- patienter, der mindst én gang har været indlagt pga. en affektiv lidelse, vedvarende har en forøget risiko for selvmord.
- selvmordsrisiko for patienter, som var indlagt på en psykiatrisk afdeling eller var udskrevet for nyligt, var hovedsageligt knyttet til den affektive lidelse og ikke så meget til forskellige socioøkonomiske faktorer.
- klinisk bedring af den affektive lidelse kan medvirke til at nedsætte risikoen for selvmord.

Kvalitetssikringsprojekt om selvmordsvurdering

Som opfølgning af ph.d.-afhandlingens anbefalinger om en systematisk vurdering af selvmordsrisiko og af behandlingsrespons har Eyd Hansen Høyer gennemført et modelprojekt om kvalitetssikring på psykiatrisk afdeling på Silkeborg Centralsygehus i perioden 14.04.2003 -31.08.2003. (se boks.) Selvmordsforsøg var henvisningsgrund for

Ph.d.-afhandlingen "Årsagsspecifik dødelighed og risikofaktorer for selvmord blandt patienter indlagt i perioden fra 1973 til 1993 på grund af en affektiv lidelse". Udgivelsesår 2001.

"Systematisk risikovurdering og iværksættelse af skærpet observation og efterværnsforanstaltninger i forhold til særligt selvmordstruede patienter". Udgivelsesår 2004.

Begge publikationer fås ved henvendelse til 1. reservelæge Eyd Hansen Høyer. Psykiatrisk Afdeling, Silkeborg Centralsygehus. E-mail: eyd@psykiatri.aaa.dk. Rapporten for modelprojektet er på vej på nettet på adressen. www.psykiatri.aaa.dk, under Tal, rapporter & projekter.

omkring 15 %, og ca. halvdelen af patienterne kom pga. selvmordstanker og -planer. Tallene var konstante over hele evalueringsperioden. Formålet med projektet var at sikre en systematisk vurdering af risikoen for selvmord, at sikre at information blev videregivet ved udskrivelsen af patienter med selvmordsrisiko, samt at indføre procedurer for opfølgende behandling af selvmordstruede patienter.

Et skema som redskab

I modelprojektet indgik udarbejdelse af procedurer for opfølgning, undervisning af personalet i fire timer, evaluering af effekten af de nye procedurer, samt skriftligt materiale til afdelingen. Evalueringen samlede information fra patientjournaler før, under og efter prøveperioden. Skemaet indeholder en række spørgsmål,

MINIKONFERENCE: UDFORDRINGER I PSYKIATRIEN – VURDERING AF SELVMORDSRISIKO

Undersøgelsesresultater vedr. systematisk risikovurdering				
Projektperioden		Før	Under	Efter
Selvmordstanker/planer som årsag til indlæggelsen				
	Ja	90 (45%)	63 (54%)	35 (44%)
	Nej	88 (44%)	43 (37%)	32 (40%)
	Uoplyst	20 (11%)	11 (9%)	13 (16%)
Selvmordstanker ved indlæggelse				
	Ja	91 (46%)	65 (56%)	35 (44%)
	Nej	29 (15%)	33 (28%)	16 (20%)
	Uoplyst	78 (39%)	19 (16%)	29 (36%)
Selvmord/selvmodsforsøg i familien				
	Ja	17 (9%)	11 (9%)	3 (4%)
	Nej	2 (1%)	39 (33%)	10 (13%)
	Uoplyst	179 (90%)	67 (58%)	67 (83%)
Tidligere selvmodsforsøg				
	Ja	39 (20%)	35 (30%)	25 (31%)
	Nej	7 (4%)	31 (26%)	17 (21%)
	Uoplyst	152 (76%)	51 (44%)	38 (48%)

Kilde: Systematisk risikovurdering og iværksættelse af skærpet observation og efterværnsforanstaltninger i forhold til særligt selvmordstruede patienter.

hvoraf de fleste gik igen ved både indlæggelse og udskrivning. Det drejer sig om spørgsmål om selvmordstanker, selvmodspaner, om patienten har foretaget selvmodsforsøg, og om der er selvmord i familien.

Ved indlæggelsen skal spørgsmålene desuden afklare, om der er depressionssymptomer, følelse af håbløshed, og om patienten har intakt dømmekraft og impuls kontrol. Det skal også anføres, hvornår patienten skal vurderes næste gang, og hvis patienten er i akut selvmodsfare, hvordan patienten skal skærmes, f.eks. ved hjælp af fast vagt.

Ved udskrivelsen skal der også tages stilling til, om patienten har fået det klinisk bedre, om de pårørende er informeret, og hvor og hvornår patienten skal følges op.

Resultater

Resultaterne fra modelprojektet var, at brug af skemaet og faste procedurer skabte en øget opmærksomhed på vurdering af selvmodsrisk i projektperioden, men effekten faldt til før-projektniveau, da projektet udløb og skemaerne ikke blev anvendt mere.

For det at indføre vurderingsskemaer taler også, at vurderingerne bliver mere ensartede, og at der frem for alt er en bedre dokumentation af, at man har vurderet selvmodsriskoen, fremhæver Eyd Hansen Høyer og fortsætter:

– Nogle af de ting, jeg synes, vi kan konkludere ud fra denne undersøgelse, er, at det er vigtigt at udspørge patienten grundigt om selvmodstanker og planer, om tidligere selvmodsforsøg, og om der er selvmord eller selvmodsforsøg blandt førstegradsslægtninge.

Når det gælder førstegangslæggelser er det også vigtigt at spørge til symptomer på depression, håbløshed og afklare, om patienten er i affekt, er påvirket eller psykotisk.

Med baggrund i modelprojektet finder hun, at der er behov for en fast praksis på området, men at det samtidig er vigtigt, at personalet ikke kun krydser skemaet af. Oplysningerne om risikovurderingen skal også fremgå af patientjournalen.

– Men jeg ved ikke, hvordan man kunne indføre en fast procedure på området. Nu kommer EPJ (elektronisk patientjournal) jo, og måske kunne man lave det, så vurderingen havde en side for sig, siger Eyd Hansen Høyer.

Vurdering af selvmodsrisk			
Projektperioden	Før	Under	Efter
Vurdering af selvmodsrisk ved indlæggelsen	101 (51%)	95 (81%)	40 (50%)
Vurdering af selvmodsrisk ved udskrivelsen	43 (22%)	53 (45%)	19 (24%)

Kilde: Systematisk risikovurdering og iværksættelse af skærpet observation og efterværnsforanstaltninger i forhold til særligt selvmordstruede patienter.

Modelprojekt førte til nye retningslinjer

Det tager tid at ændre holdninger, konkluderer projekt på Amager Hospital

PÅ MINIKONFERENCEN "SELMORDSFØREBYGGELSE PÅ SYGEHUSE – FRA VIDEN TIL HANDLING" BLEV DER GIVET TRE EKSEMPLER PÅ MODELPROJEKTER I SYGEHUSVERDENEN.

PROJEKTER, SOM ALLE HAR ARBEJDET PÅ AT SKABE SAMMENHÆNG I FØREBYGGELSEN AF SELVMORD.

Artiklen er skrevet på baggrund af indlæg af og interview med sygeplejerske og projektleder Marianne Hvid, Psykiatrisk afdeling, H:S Amager Hospital.

– Vi er kommet betydeligt længere, når det gælder forebyggelse af selvmordsforsøg. Vi har fået afklaret vores procedurer, og det organisatoriske fungerer bedre. Men det tager tid, især at få ændret holdninger og få etableret undervisning, som kan fastholdes over tid, også når vi skifter personale.

Det konkluderer sygeplejerske og projektleder Marianne Hvid i sin fremlæggelse af de erfaringer, hun har gjort sig i projektet "Kvalitetsudvikling af eksisterende procedurer og samarbejdsrelationer for selvmordstruede, der ikke henvises direkte til psykiatrien eller Center for Selvmordsforebyggelse."

Projektet opstod ud fra et behov for omstruktureringer. Den psykiatriske afdeling blev flyttet væk fra Kommunehospitalet og ud til samarbejdspartneren på Amager, Amager Hospital.

– Derfor blev det nærliggende at afklare, om de standarder, der bruges i dag i behandlingen af selvmordstruede, var gode nok, forklarer Marianne Hvid.

Faserne

Projektet blev opbygget i fire faser:

Fase 1: Hvad gøres der i dag – en forundersøgelse. Interviews med læger, plejepersonale og ledere på de tre modtageafdelinger for at beskrive de formelle og uformelle procedurer, der er til behandling af selvmordsforsøgene i dag og få klarlagt bl.a. samarbejdsrelationer og registreringspraksis.

Fase 2: Patientdata. Gennemgang af patientjournaler for at finde frem til 50 patienter, der kunne indgå i projektet. Interview med patienterne om deres forventninger til og viden om efterbehandling.

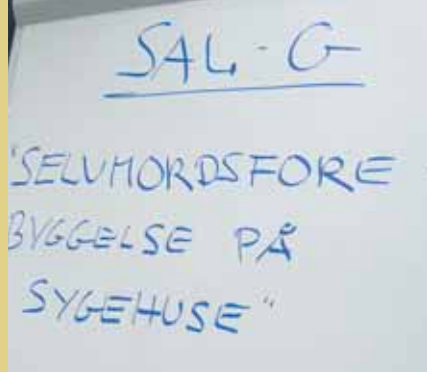
Fase 3: Bearbejdning og analyse af materialet og udarbejdelse af løsningsforslag.

Fase 4: Handlingsfasen, hvor alle løsningsforslag fremlægges for hospitalsdirektionen og afdelingsledelse med henblik på implementering af nye procedurer og realistiske standarder, igangsættelse af undervisning mv.

Samarbejdet

– Gennemgangen viste, at de samarbejdsrelationer, der blev brugt, først og fremmest var de velkendte, traditionelle: samarbejdet med egen læge, med psykiatrien, med privatpraktiserende psykiatere, forklarer Marianne Hvid.

Gennemgangen viste også, at der på den psykiatriske afdeling fandtes en enkelt nedskrevet



procedure om, hvordan man skal handle i forhold til patienter med selvmordsrisiko, men i somatikken fandtes intet ud over en skrivelse om rekvirering af psykiatrisk tilsyn.

– Det var tydeligt, at personalet havde meget stort behov for at få nogle nedskrevne procedurer, ligesom de manglede fælles tværgående definitioner af, hvad der kendetegner selvmordsforsøg. Hovedparten af personalet, fra ledere til læger og plejepersonale, havde en meget snæver opfattelse af hvad et selvmordsforsøg er, f.eks. definerede man ikke en affekthandling som et selvmordsforsøg, men som et "råb om hjælp", der ikke var alvorligt ment, forklarer Marianne Hvid.

En anden gængs opfattelse var, at "kun folk, der er psykisk syge, forsøger selvmord", "normale gør det ikke." Gennemgangen af registreringen viste, at kun 1/3 af alle indkomne selvmordsforsøg blev registreret som sådan, resten blev dækket ind under andre diagnoser.

Fase 2, gennemgangen af patientdata og interview med en gruppe patienter, viste, at flertallet af patienterne ikke oplevede nogen form for sammenhæng i behandlingen. Resultatet af patientinterviews og hvad der efterfølgende er sat i værk kan læses her i rapporten side 62.

Løsningsforslag

På baggrund af fase 1 og 2 blev der udarbejdet en række løsningsforslag, som blev forelagt afdelingsledelse og hospitalsdirektion. Her blev forslagene prioriteret, og en tværfaglig arbejdsgruppe fik til opgave at udarbejde nye fælles retningslinjer, som i første omgang består af følgende:

- Fælles definition på selvmordsforsøg
- Regler for rekvirering af tilsyn
- Beskrivelse af risikofaktorer
- Regler for registrering
- En liste over forskellige former for behandlingsmuligheder

I forbindelse med Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af vejledningen, "Vurdering og visitation af selvmordstruede" er instruksen fra Amager Hospital for rekvirering af psykiatrisk tilsyn/vurdering af selvmordsforsøg/selvskadende handlinger givet som eksempel til andre sygehuse, se: http://www.sst.dk/Forebyggelse/Faglige_omraader/Selvmondsforebyggelse.aspx?lang=da.

– Arbejdsgruppens forslag er godkendt i pleje- og behandlingsudvalget i foråret 2004 og er nu ved at blive implementeret på afdelingerne, forklarer Marianne Hvid. Desuden er der udarbejdet en patientfolder, hvor der er tænkt i en bred målgruppe. Folderen er at finde på skadestuen og hen-

vender sig til patienter og pårørende efter et selvmordsforsøg, men også til mennesker, der har selvmordstanker og mangler et sted at henvende sig.

Undervisning

– Undervisning i selvmordsadfærd er indarbejdet på den somatiske skadestue hver 12. uge med udgangspunkt i de nye procedurer på hospitalet. Den er primært rettet mod lægerne, men det øvrige plejepersonale deltager også i den udstrækning, de har tid og mulighed for at være med. Noget tilsvarende skal indføres på den akutte medicinske afdeling og på de psykiatriske skadestuer, oplyser Marianne Hvid.

FAKTA

Rapporten: "Kvalitetsudviklingsprojekt af eksisterende procedurer og samarbejdsrelationer for selvmordstruede patienter" kan rekvireres ved at kontakte Marianne Hvid, tlf. 32 34 54 35 eller på mail: marianne.hvid@ah.hosp.dk

Modelprojekt førte til forebyggelsescenter

Forebyggelsescenter skal tilbyde samtaler til folk, der har forsøgt selvmord, men også stå for supervision og undervisning af personalet

Artiklen er skrevet på baggrund af oplæg fra sygehussocialrådgiver Lise Roslyng og projektleder Philip Oates, Social- og Psykiatriforvaltningen, Storstrøms Amt.

Den 3. september 2004 åbnede Center for Selvmordsforebyggelse i Storstrøms Amt. Center for Selvmordsforebyggelse er placeret i Klinik for Psykoterapi og Supervision, som en del af Psykiatrisk Ekspertisecenter Oringe. Åbningen af centret er det synlige resultat af modelprojektet "Implementering af Storstrøms Amts handlingsplan vedrørende forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord."

Modelprojektet er en udbygning og videreudvikling af et tilbud, som har eksisteret i 10 år ved Næstved Sygehus. Her har man tilbudt samtaler til mennesker, der har forsøgt selvmord, og som befinder sig uden for psykiatri- og misbrugsområdet. Tilbuddet blev etableret tilbage i 1994 i et samarbejde mellem sygehussocialrådgiver Lis Roslyng, afdelingssygeplejerske på skadestuen, Anette Hansen, samt en psykolog fra børne- unge afdelingen. Det eksisterer fortsat, og formen er den samme som hidtil: Mennesker, der har forsøgt selvmord, får en kort samtale, mens de er indlagt og tilbud om et samtaleforløb efter udskrivelsen.

– Tilbage i 1994, før vi begyndte vores tilbud om samtaler på Næstved Sygehus, blev patienterne ofte udskrevet til "ingenting", og jeg oplevede som sygehussocialrådgiver, at der manglede et tilbud om samtaler til de patienter, der havde forsøgt selvmord, men lå uden for psykiatrien og misbrugsområdet, husker Lise Roslyng.

Hun anslår, at 40-50 klienter tager imod samtaletilbuddet på et år. Det svarer til ca. 1/3 af alle selvmordsforsøg i den del af amtet, som ligger på sjællandssiden. De øvrige 2/3 er enten psykiatriske patienter eller mennesker, der ikke har ønsket behandling.

Resten af amtet

Erfaringerne fra Næstved blev evalueret i 2001/2002 i form af modelprojektet "Implementering af Storstrøms Amts handlingsplan vedrørende forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg". Projektleder Philip Oates, Social- og Psykiatريفorvaltningen, Storstrøms Amt, forklarer, at evalueringen anbefalede at implementere tilbuddet i Næstved, at udbrede det til resten af amtet, samt at opbygge et Center for Selvmordsforebyggelse. Centret skal i første omgang dække den del af amtet, der ikke før har haft et tilbud.

– Et af de svage punkter ved tilbuddet i Næstved var, at psykiatrien aldrig har været

en del af dette projekt. Man har hverken haft ejerskab eller været med som ligeværdig samarbejdspartner, forklarer projektleder Philip Oates. Han tilføjer:

– Og det er klart, at når omkring 70 procent af de patienter, der forsøger selvmord, har en eller anden form for psykisk lidelse, er det vigtigt, at vi får psykiatrien med – og det kommer de nu i forbindelse med centret. Evalueringen anbefalede, at Forebyggelsescentret skulle etableres i tilknytning til Psykiatrisk Ekspertisecenter Oringe, fordi man så kan opbygge et fagligt bagland, hvor man både arbejder med psykiatri og med kognitiv terapi, og det er sket nu.

– I første omgang skal centret tilbyde samtaler til patienter på Nykøbing Falster Sygehus. Det er førsteprioritet, for her har man aldrig tidligere haft et tilbud til de indlagte, men målsætningen er at etablere et behandlingstilbud til alle mennesker i Storstrøms Amt, som har forsøgt selvmord, forklarer Philip Oates. Desuden er intentionen at oprette supervisions-grupper til sygeplejersker, som arbejder med mennesker i krise.

Centret skal også stå for en koordinering af de eksisterende behandlingstilbud i amtet.

– Det er meget vigtigt, at forebyggelsescentret er med til at sikre kontinuitet og viderevisite-ring til relevant behandling, understreger Philip Oates. Centret skal være med til at sikre, at patienterne enten får behandling dér eller bliver videresendt til korrekt behandling. Dernæst er det naturligvis vigtigt, at centret opbygger en ekspertise, så man kan være med til at indføre de retningslinjer, som Sundhedsstyrelsen har beskrevet. Vi håber også, at der kan etableres undervisning på skadestuer og medicinske afdelinger, hvor det er relevant. Et samarbejde mellem frivillige og professionelle er også en del af modelprojektet i Storstrøms amt. Se artiklen side 64.



Selvmondsadfærd skal behandles som et selvstændigt fænomen

Kvalitetsudviklingsprojekt om selvmordsforsøg, undersøgelse og behandling på Odense Universitetshospital

Artiklen er skrevet på baggrund af oplæg af og interview med overlæge og projektsansvarlig Sigurd Benjaminsen, Psykiatrisk afdeling P, Odense Universitetshospital.

RESULTATER – KORT

- Selvmordsforsøg forekom hyppigst blandt 20-49 årige.
- Der var en lille overvægt af kvinder.
- De fleste var enlige – 70 procent.
- Uddannelsesniveaue var forholdsvis lavt, kun ca. 20 procent var i arbejde.
- Ca. 1/3 modtog førtidspension.
- Over halvdelen havde et misbrug og den næsthypigste psykiatriske diagnose var personlighedsforstyrrelse.
- Lidt over 10 procent led af skizofreni eller anden psykose og en tilsvarende procentandel havde en depressiv lidelse.
- Over halvdelen havde tidligere været indlagt på psykiatrisk afdeling.
- Det hyppigst forekommende motiv til selvmordsforsøg var en uudholdelig psykisk tilstand eller en utålelig situation.

– Det er ikke nok, at vi laver god visitation på den psykiatriske afdeling, det har ikke nogen effekt på recidiv. Vi ved, at mange af patienterne i vores undersøgelse ikke er kommet i videre behandling efter opholdet på psykiatrisk afdeling. For eksempel møder de fleste patienter med et misbrug ikke op, når de efter et selvmordsforsøg henvises til et behandlingscenter. Så man kan godt sige, at det vi mangler er en behandlingskæde.

Sådan lød en af konklusionerne i oplægget fra Sigurd Benjaminsen, da han gennemgik modelprojektet: "Undersøgelse og behandling – patienter med selvmordsforsøg."

I undersøgelsen faldt recidivhyppigheden i det første år for indlagte patienter fra 30 procent til 24 procent og for psykiatriske skadestuepatienter fra 32 til 24 procent. Det svarer til et fald for indlagte og skadestuepatienter på henholdsvis 20 procent og 25 procent.

– Men resultatet er ikke statistisk signifikant, og faldet kan være et udtryk for en tilfældighed, forklarer Sigurd Benjaminsen. Han finder det i øvrigt bemærkelsesværdigt, at der slet ikke er nogen sammenhæng mellem god kvalitet af visitationen til efterbehandling og recidivhyppigheden af selvmordsforsøg.

– Der indgik 200 patienter i denne undersøgelse af sammenhængen mellem kvalitet af

visitationen og recidivhyppighed, og tallene viser på ingen måde nogen tendens til sammenhæng mellem kvaliteten i visitationen og recidivhyppighed, forklarer han og tilføjer: – Det er usandsynligt, at en større undersøgelse, altså flere patienter, ville have vist noget andet. Procentandelen med god kvalitet af visitationen var næsten ens i de to grupper, 73 procent i recidivgruppen og 74 procent i gruppen af ikke-gentagere.

Grønt kort

Heller ikke udleveringen af et såkaldt "grønt kort" ser ud til at have nogen effekt på recidiv. Hensigten med det grønne kort var at opfordre patienterne til at komme på psykiatrisk skadestue før et selvmordsforsøg. Fordelingen af patienter med et grøn kort var næsten ens i gruppen af patienter, der gentog selvmordsforsøget, og i gruppen af patienter, der ikke havde gentaget selvmordsforsøget.

– Den manglende effekt af udlevering af grøn kort til psykiatrisk skadestue kan skyldes, at der i forvejen er fri adgang til psykiatrisk skadestue. Det er antageligt også af betydning, at de fleste selvmordsforsøg foretages som en pludselig indskydelse. Det kan være svært at forebygge en handling, der er impulsiv. Ca. halvdelen var påvirket af alkohol eller andet, da de foretog selvmordsforsøget, og beruselse kan have

medvirket til impulsiviteten og den manglende omtanke, forklarer Sigurd Benjaminsen.

Mundtlig kontrakt

Der var derimod signifikant sammenhæng mellem lavere redicivhyppighed af selvmordsforsøg og fem af de 12 punkter for akut, specifik behandling af selvmordsadfærd. (se selvstændig boks med de 12 punkter) Størst effekt på fald i redicivhyppighed sås ved:

- Indgåelse af (mundtlig) kontrakt om ikke at foretage selvmordshandling.
- Modvirkning af håbløshedsfølelse.
- Styrkelse af kommunikation om problemerne og frustrationer samtidig med en afvisning af suicidal adfærd.
- Støttende samtaler.
- At vinde tid.

Baggrunden for projektet

I projektet er der arbejdet med kvalitetssikring af program for vurdering, akut behandling og visitation til efterbehandling af patienter, der kom på Odense Universitetshospital efter selvmordsforsøg.

Metoden har været en systematisk visitation af patienter med selvmordsforsøg til relevant behandling, herunder forebyggelsescentret og alkoholambulatoriet.

Den kliniske database for patienter med

selvmordsforsøg er blevet videreudviklet, og der er blevet identificeret risikofaktorer for gentagne selvmordsforsøg.

Formålet

– Formålet med projektet var at undersøge, om man kan identificere og behandle selvmordstruede, og om det er muligt at reducere hyppigheden af selvmordsforsøg, forklarer Sigurd Benjaminsen.

I projektet har man haft to basale antagelser:

- at selvmordsadfærd har sin egen psykopatologi
- at selvmordsadfærd derfor skal behandles som et selvstændigt fænomen.

– Det medfører, at man, foruden anden psykiatrisk undersøgelse, skal foretage en specifik undersøgelse af selvmordsadfærden, siger Sigurd Benjaminsen og begrundet det på følgende måde:

– Hvis en patient bliver indlagt med skizofreni efter et selvmordsforsøg, behandler man skizofrenien og glemmer måske det, der fik patienten ind på hospitalet.

– Men vi betragter altså ikke selvmordsadfærd som blot en komplikation til en psykisk sygdom. Psykisk sygdom er selvfølgelig den væsentlige del af hele årsagskæden, men det er ikke hele forklaringen. Der er mange depressive,

12 PUNKTER FOR AKUT, SPECIFIK BEHANDLING AF SELVMORDSADFÆRD

- Indgåelse af (mundtlig) kontrakt om ikke at foretage en selvmordshandling*.
- Modvirkning af håbløshedsfølelse*.
- Styrkelse af kommunikation om problemer og frustration samtidig med en afvisning af suicidal adfærd*.
- Støttende samtaler*.
- At vinde tid*.
- Bearbejdelse af problemløsningsmuligheder.
- Samtaler og foranstaltninger for at reducere psykisk smerte.
- Styrkelse af selv værdsfølelse og evne til selv at finde problemløsninger og træffe beslutninger.
- Mulighed for at tale ud om belastninger og frustrationer.
- Rådgivning, vejledning og praktisk hjælp.
- Bearbejdelse af betydningen af at være påvirket af alkohol som udløsning af selvmordsforsøg.
- Opfordringer til at komme på psykiatrisk skadestue før et selvmordsforsøg.

Note: Der var signifikant sammenhæng mellem lavere redicivhyppighed af selvmordsforsøg og fem af de 12 punkter for akut, specifik behandling af selvmordsadfærd, her fremhævet med *.

der ikke forsøger eller begår selvmord. Og hyppigheden af selvmord blandt skizofrene er jo stærkt varierende i forskellige lande. Der er andre ting der er væsentlige.

Undersøgelsen

Undersøgelsen af patienterne foregik ved hjælp af et skema, som skulle udfyldes for alle patienter med selvmordsforsøg. Skemaet, som

MINIKONFERENCE: SELVMORDSFOREBYGGELSE PÅ SYGEHUSE – FRA VIDEN TIL HANDLING

FAKTA

Projektet på Odense Universitetshospital er mundet ud i en række anbefalinger:

- Selvmordsadfærd har sin egen psykopatologi og skal derfor behandles som et selvstændigt fænomen.
- En selvmordstruet patient bør derfor ikke kun have foretaget en almen psykiatrisk undersøgelse og behandles for grundlidelsen, men der skal også foretages en specifik undersøgelse og akut, specifik behandling af selvmordsadfærden.
- For specifik forebyggelse af selvmordsadfærd er det afgørende, at der er fri og let adgang til akut psykiatrisk service.
- Der bør være en effektiv ambulant opfølgning af udskrevne patienter, og første kontakt bør ske senest en uge efter udskrivelsen.
- Tidlig opsporing af psykiske lidelser, intensivering af behandlingen i de første år med svære psykiske lidelser og hurtig behandling ved recidiv anbefales.
- Der bør være let adgang til behandling for alkohol, medicin og stofmisbrug.
- Undersøgelse, behandling og pleje af selvmordstruede bør kvalitetssikres.
- Der bør oprettes landsækkende, kliniske databaser.
- Suicidologi bør indføres som fag i flere uddannelser.
- Der bør oprettes forebyggelsescentre, så denne ordning bliver landsækkende.
- Forebyggelsescentrene bør knyttes til den akutte psykiatriske service, og de bør fungere som lokomotiver for udviklingen af effektive behandlingsmetoder, indsamling af viden og formidling.



i daglig tale blev kaldt "suicidalskemaet", indeholdt fire afsnit:

- Akut, specifik behandling og visitation
- Akut undersøgelse
- Diagnose og behandling under indlæggelsen
- Manual

– Efterfølgende er alle svar fra skemaerne kogt ned i en database, så man let kan gå ind og se, hvor mange der gentager et selvmordsforsøg, forklarer Sigurd Benjaminsen.

I alt indgik der 304 patienter i undersøgelsen. I Odense har man tidligere undersøgt flere kohorter af patienter med selvmordsforsøg, og dem er der sammenlignet med som kontrolgrupper.

Efterfølgende behandling

I alt blev 84 procent af alle patienter med selvmordsforsøg henvist til efterbehandling eller anden foranstaltning. Der var signifikant sammenhæng mellem henvisning til Forebyggelsescentret for Selvmordsadfærd i Odense og lavere recidivhyppighed, men hvis henvisningen skete til anden behandling eller foranstaltning end Forebyggelsescentret var der ingen reduktion af recidivhyppigheden.

– Dertil må man sige, at det er forskellige patienter, vi visiterer og derfor kan de patienter, der behandles på Forebyggelsescentret og hos os, ikke sammenlignes. Til centret kommer kun de, der ikke har et behandlingstilbud, sådan

som psykisk syge og misbrugerne har det. Men der er mange med personlighedsforstyrrelser, som kommer i forebyggelsescentret, og de har også høj recidivhyppighed. Jeg synes under alle omstændigheder, at det er bemærkelsesværdigt, at der var så få, der gentog selvmordsforsøgene i forebyggelsescentret. Her er i hvert fald en behandlingskæde, der fungerer, understreger Sigurd Benjaminsen.

Undersøgelsen viste i øvrigt også, at en klinisk vurdering, der lyder: "ikke risiko for selvmordsforsøg eller selvmord", meget ofte er korrekt eller vil være korrekt. Derimod er vurderingen "risiko for selvmordsforsøg eller selvmord" ofte ukorrekt og giver især mange falsk-positive, hvor der ikke sker selvmordsforsøg eller selvmord, selv om det var forudsat.

– Rent matematisk er det sådan, at når en hændelse sker sjældent, vil det altid være svært at forudsige den korrekt. Konkret betyder det, at man forudsiger suicidal risiko lidt for ofte, og dermed kommer til at behandle nogen, der ikke har behov for det, men det er et mindre problem i den her sammenhæng, siger Sigurd Benjaminsen og tilføjer:

– Lægerne var bedre til at forudsige selvmordsadfærd, end jeg havde forventet. Det kan skyldes vores kvalitetssikringsprojekt, hvor der var en manuel og skemalagt, systematisk vurdering af patientens selvmordsrisiko.

Et princip der kan gradbøjes

Det støttende og ledsagende princip efter et selvmordsforsøg handler om at sikre en god opfølgning og et godt behandlingstilbud

PÅ MINIKONFERENCEN "TIDEN EFTER ET SELVMORDSFORSØG – DET STØTTENDE OG LEDSAGENDE PRINCIP" BLEV DER PRÆSENTERET TRE FORSKELLIGE MODELPROJEKTER, SOM ALLE HAR BESKÆFTIGET SIG MED DET STØTTENDE OG LEDSAGENDE PRINCIP, ET FRA AMAGER HOSPITAL, ET FRA KØBENHAVNS AMT OG ET FRA FRIVILLIGCENTRET FUTURA I NÆSTVED.

Artiklen er skrevet på baggrund af oplæg fra afdelingsleder Charlotte Berendt-Poulsen, Livslinien.

– Nogle gange er vi der, hvor det støttende og ledsagende princip faktisk betyder en egentlig fysisk ledsagelse fra punkt a til punkt b, fordi vedkommende ikke magter det selv. Andre gange kan der være tale om en telefonsamtale for at give den støtte, der er behov for lige på det tidspunkt, siger Charlotte Berendt-Poulsen som introduktion til temaet på minikonferencen "Tiden efter et selvmordsforsøg – det støttende og ledsagende princip."

Hun peger på, at princippet og dets anvendelse – altså hvor og hvornår man anvender det kan gradbøjes, fordi personer med selvmordsproblematik ikke er nogen homogen gruppe. De udløsende faktorer, summen af belastninger, evnen til at håndtere personlige kriser, evt. misbrug, psykisk sygdom, netværk, social og arbejdsmæssig forankring – alt sammen har en væsentlig betydning for, hvordan den enkelte person formår at tage imod og indgå i et specifikt behandlingsforløb. Charlotte Berendt-Poulsen fremhæver også, at princippet kan bruges i mange forskellige sammenhænge i det man kalder selvmordsprocessen, f.eks. også ved akut selvmordsfare, alvorlige selvmordstanker eller når det handler om efterladte og pårørende.





At blive mødt godt...

Hurtig intervention i form af samtaler er centralt i projekt fra Københavns Amt

Artiklen er skrevet på baggrund af oplæg fra sygeplejerske Hanne Frandsen, Psykiatrisk Center Ballerup.

ANBEFALINGER

- Social- og sundhedssystemet bør blive bedre til at identificere selvmordstruede.
- Det har betydning, at personalet er bevidst om holdninger til selvmord, om risikofaktorer og behandlingsmuligheder.
- Det anbefales, at hvert psykiatrisk center har to ressourcepersoner på området, hvoraf den ene bør være fast medarbejder fra skadestuen. Den anden bør have enten socialrådgiver eller psykologkompetence.
- Det anbefales, at de psykiatriske skadestuer er mere aktive, når det drejer sig om opfølgning, f.eks. i form af telefonopkald til patienten i dagene efter henvendelsen eller evt. hjemmebesøg.
- Samarbejdet med kommunerne bør udbygges, fordi mange patienter har psykosociale problemer.

– Det er utroligt vigtigt at blive mødt godt. Førstehåndstryk af, hvordan patienten bliver mødt i den psykiatriske og somatiske skadestue er meget, meget afgørende. Det understreger sygeplejerske Hanne Frandsen, projektleder i modelprojektet "Profylakse gennem uddannelse, omsorg og vejledning – opfølgning af selvmordstruede patienter i Københavns Amt", som fandt sted i perioden august 2001 til november 2003. Projektet blev udført af tre projektledere, én på hver af amtets tre psykiatriske centre: Sygeplejerske Agnete Birktoft fra Psykiatrisk Center Gentofte, sygeplejerske Hanne Frandsen fra Psykiatrisk Center Ballerup samt psykoterapeut Michael Münchow fra Psykiatrisk Center Glostrup.

At fremme opmærksomheden

Formålet med projektet var:

- at fremme opmærksomheden og indsatsen over for gruppen af selvmordstruede patienter.
- at afprøve hvordan man gennem omsorg, vejledning og opfølgning kan opruste indsatsen over for selvmordstruede patienter.
- at afprøve en interventionsmodel efter det ledsagende og støttende princip, hvor patienten følges fra udskrivningen til evt. anden behandling.

- at sikre overgangen fra sekundær sektor til primær sektor eller til anden behandling.

Hurtig intervention

Den metode, som blev taget i anvendelse, var hurtig intervention i form af samtaler. I gennemsnit fik hver patient tre samtaler. Interventionsdelen løb over 14 måneder og inkluderede 87 patienter fordelt på 56 kvinder og 31 mænd i alderen 17 til 67 år. Flertallet blev henvist efter et selvmordsforsøg (83 procent), mens 17 procent blev henvist pga. svære selvmordstanker. Henvisningerne er kommet fra somatisk skadestue, fra psykiatrisk skadestue og fra den psykiatriske tilsynsfunktion. – Vi har lagt vægt på at opnå hurtig kontakt til patienten. Henvisninger er derfor foregået dels ved opringninger til os projektledere og dels ved skriftlige henvisninger pr. fax, forklarer Hanne Frandsen. Målsætningen har været at få en aftale i stand med patienten, inden han/hun forlod hospitalet. Første samtale skal være gennemført senest tre hverdage efter henvisningen. – Vi henvendte os så vidt muligt til patienten, inden patienten blev udskrevet, og hvis vi ikke nåede det, har vi gjort meget ud af, at den henvissende læge eller afdeling skal sørge for et tydeligt telefonnummer, hvor vi kan træffe

FAKTA

Rapport for modelprojektet "Profylakse gennem uddannelse, omsorg og vejledning – opfølgning af selvmordstruede patienter i Københavns Amt" kan rekvireres elektronisk ved at maile Hanne Frandsen: hafr@kas-ballerup.kbhamt.dk.

patienten. Vi har så efterfølgende ringet op og skrevet brev. Patienterne får også udleveret en brochure, som oplyser, hvordan de kan kontakte os efter udskrivelsen.

Følgende har været vægtet i samtalerne:

- at afdække patientens ressourcer og på den baggrund tage stilling til, hvordan man bedst kan hjælpe.
- at være mellemled mellem skadestuen og videre behandling.
- at finde frem til patientens problemer og hovedårsagen til selvmordsforsøget – og ud fra dette lægge en handlingsplan.
- planen kunne f.eks. være at henvise patienten til egen læge og/eller til socialkontoret, for mange af patienterne havde sociale problemer.

En lettelse

Erfaringen er, at mange patienter synes, at det er en lettelse at få en fast kontaktperson helt fra begyndelsen. De finder det ofte vanskeligt at tale åbent med de pårørende, da disse i høj grad selv er påvirket af mange følelser. Den opfølgende behandling har bl.a. været psykologbehandling, privatpraktiserende psykiater, tilbud om samtaler hos egen læge, tilbud om samtaler ude i forvaltningen hos sagsbehandlerne eller måske et forløb på en ambulant afdeling – et daghospital.

– Vi har også haft mulighed for at følge patienten til sagsbehandleren. Og det har været en stor tryghed for nogle, at vi på den måde har kunnet gå ud af hospitalet og følge patienten.

Mange patienter har givet udtryk for, at også handleplanen var en positiv oplevelse. – Det er vores opfattelse, at tre faktorer tilsammen har medvirket til at patienterne er kommet ud af den akutte krise: En gennemgående kontaktperson, udfærdigelse af handleplan og konkret bistand til yderligere behandlerkontakt, påpeger Hanne Frandsen.

Samarbejdsaftaler

I forlængelse af det afsluttede projekt arbejdes der nu på at få erfaringerne implementeret. Det sker i første omgang ved at udarbejde standarder og vejledninger samt ved at få samarbejdsaftaler i stand mellem amtets sygehuse og kommunernes socialforvaltninger. Aftalerne skal danne grundlag for et mere smidigt behandlingsforløb på tværs af sektorerne, og projektet vil etablere samarbejdsorganer mellem sygehusene og primærsektoren.

– Målet er, at disse aftaler skal danne en slags behandlerkæde, så parterne hver især er opmærksomme på de behandlingsmuligheder, der eksisterer, forklarer Hanne Frandsen.





Hovedparten fik ingen støtte

Projekt på Amager Hospital har set på de standarder, der bliver brugt i behandlingen af selvmordstruede

Artiklen er skrevet på baggrund af oplæg fra projektleder og sygeplejerske Marianne Hvid, Psykiatrisk afdeling, H:S Amager Hospital.

– Vores konklusion vedrørende det støttende og ledsagende princip var, at det sådan set kun foregik, hvis der var pårørende til stede. Hovedparten af patienterne fik ingen støtte til næste behandlingstilbud.

Det fastslår projektleder Marianne Hvid fra H:S Amager Hospital. Projektet tog sit udgangspunkt i, at den psykiatriske afdeling blev flyttet fra Kommunehospitalet og ud til samarbejdspartneren på Amager Hospital. I den forbindelse ønskede man afklaret, om de standarder, der bliver brugt i behandlingen af

selvmordstruede, var gode nok. Desuden ville man undersøge og beskrive den nuværende praksis gennem interviews med ledere, læger og plejepersonale på hhv. somatisk skadestue, akutmedicinsk modtageafdeling og psykiatrisk skadestue.

Hjælp via pårørende

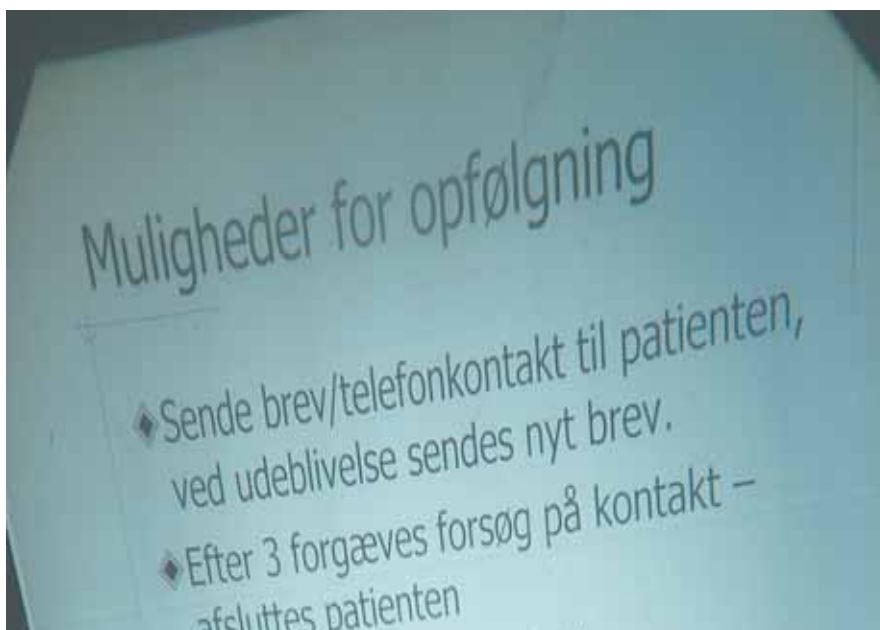
De fleste af undersøgelsens patienter oplevede, at der ikke var nogen sammenhæng i efterfølgelsen.

– Kun de patienter, der kunne gå direkte videre

AMAGER-PROJEKTET

”Kvalitetsudvikling af eksisterende procedurer og samarbejdsrelationer for selvmordstruede, der ikke henvises direkte til psykiatrien eller til Center for Selvmordsforebyggelse.”

Projektleder var sygeplejerske Marianne Hvid. Projektansvarlig overlæge var August G. Wang, begge fra Psykiatrisk afdeling, H:S Amager Hospital. Rapporten om projektet kan rekvireres ved at kontakte Marianne Hvid, tlf. 32 34 54 35 eller på mail marianne.hvid@ah.hosp.dk



enten til egen læge eller til alkoholenheden, syntes, at der var en sammenhæng, forklarer Marianne Hvid.

Næsten halvdelen af patienterne i undersøgelsen efterlyste en kontakt med det professionelle system efter hjemkomsten.

– På spørgsmålet om, hvad man mente med ”professionel kontakt” var svaret blandt andet, at en kontaktperson på afdelingen kunne have ringet hjem og spurgt: ”Hvordan har du det egentlig”, forklarer Marianne Hvid.

Andre ønsker lød: At få besøg af en psykolog, en sygeplejerske eller en socialrådgiver i eget hjem, fordi der generelt er lang ventetid på at komme ind i et efterbehandlingsforløb, f.eks. ved en privatpraktiserende psykiater eller psykolog.

Nyt projekt med hjemmebesøg

Som en konsekvens af projektets resultater er der i foråret 2004 iværksat et nyt projekt, som skal foregå over halvandet år.

I det nye projekt bliver der givet tilbud om opfølgende hjemmebesøg hos de selvmordstruede. Målet med projektet er at undersøge, om en tættere opfølgning af patienter med selvmordsforsøg kan medvirke til at øge behandlingscompliance og reducere recidiv. De første spæde resultater viser, at patienterne siger ja tak til besøget, og at ingen i denne gruppe seks måneder efter start har fortaget nye selvmordsforsøg.

– Det er en positiv overraskelse, at så mange siger ja til besøg. Og allerede nu viser det sig, at behovet for flere besøg er meget efterspurgt, jeg tror ikke tre besøg i gennemsnit pr. person kommer til at holde, siger Marianne Hvid og forklarer, hvad man vil opnå med hjemmebesøgene:

– Patienterne skal fastholdes og motiveres til at tage imod det behandlingstilbud, som de nu har fået. Det kan f.eks. være at gå i alkoholenheden og fortsætte med at bruge antabus. Det kan også være at bruge tilbuddet om psykoterapi her på psykiatrisk afdeling.

Besøget falder senest en uge efter udskrivelsen. Marianne Hvid oplever, at netop den hurtige kontakt har meget stor betydning for patientens motivation. Mange kan f.eks. slet ikke huske, at de har fået noget tilbud om behandling, mens de var indlagt.

– De har glemt det, fordi de befandt sig en krisesituation, og det er slet ikke unormalt, at folk reagerer sådan. Det skal vi huske, når vi informerer undervejs, påpeger Marianne Hvid.

– Derfor handler 1. hjemmebesøg også meget om, at folk bliver mindet om de tilbud, de faktisk har fået, og at de får mulighed for at drøfte dets indhold. Mange er nemlig rent faktisk i tvivl om, hvorvidt de skal tage imod det, og om det vil gavne. Her kan vi støtte dem og fortælle dem, hvorfor det gavner.





Lodsen leder igennem farlige vande

Selv mordstruede får støtte gennem samarbejde mellem frivillige og sundhedsvæsen

Artiklen er skrevet på baggrund af oplæg fra leder af frivilligcentret Futura, Jette Buhl, Næstved.

En lods leder et skib gennem et vanskeligt farvand. Og har man forsøgt selvmord, befinder man sig i et farligt farvand, hvor der godt kan være brug for en lods.

Det er tanken bag et partnerskab mellem psykiatrien Storstrøms Amt og Futura i Næstved, et mødested for frivillige.

Centeret har til huse midt i Næstved og rundt regnet 160 foreninger bruger det.

Tanken er, at mennesker, der har forsøgt at begå selvmord, får tilknyttet en personlig lods, som både bliver et slags bindeled mellem dem og sundhedsvæsenet og bliver en støtteperson på det personlige plan.

Projektet gik i gang i november 2003 og otte mennesker med selvmordsforsøg bag sig har foreløbig fået tilknyttet en lods.

Lodserne som link

– Fra de professionelles side er der gjort en stor indsats for at samle de mennesker op, der har forsøgt selvmord. Man har givet dem samtaler og tilbud om psykologbehandling. Alligevel havde de professionelle en fornemmelse

af, at der var nogle, som fik tilbagefald, og at man kunne gøre mere. Derfor formulerede de nogle ønsker om at få frivillige ind i billedet. Man forestillede sig, at de frivillige kunne støtte op om den behandling, der er sat i gang efter selvmordsforsøget, forklarer Jette Buhl.

Lodserne er frivillige støtte- og kontaktpersoner. De kan også være bisiddere i forhold til det øvrige system, f.eks. sagsbehandlerne. De er et link mellem de professionelle og det frivillige system, altså en ny mulighed for brugerne.

– Lodserne bærer erfaringer fra brugerne tilbage til systemet via projektet. Det betyder, at vi har et flow af informationer fra brugerniveau til styregruppen op gennem hele systemet, fordi der er nogle til at bære informationerne videre, fremhæver Jette Buhl.

De frivillige lodser og brugeren mødes typisk 1-2 gange om ugen. Hvor det sker, bestemmer parterne selv. Alle lodser modtager supervision

en gang om måneden, og der er indgået skriftlige aftaler mellem lods og bruger. Aftalerne kan dreje sig om varighed, aftaleinterval og hvad der ønskes støtte til, f.eks. at gå til lægen, til psykologen, være bisidder, have socialt samvær mm.

– Det vigtige er, at der er et tillidsforhold mellem bruger og lods, forklarer Jette Buhl.

Støtte ved selvmordstanker

Hun mener i øvrigt, det ville være bedre, om man tilbød støtte via en kontaktperson allerede inden, folk har forsøgt selvmord, altså også ved selvmordstanker.

– Men det siger jo sig selv, at det kan være svært at finde de mennesker, der er i selvmordsrisiko. Vi tror, at de praktiserende læger og sagsbehandlerne kan hjælpe med at skabe denne kontakt. Vi håber desuden, at projektet kan udvides, så det også kommer til at omfatte Nykøbing Falster Sygehus og Skadestuen i Vordingborg.



Mange undervisningstiltag og endnu flere metoder

Med baggrund i uddannelsesplanen for undervisning i selvmordsforebyggelse er der etableret en lang række kurser og undervisningstilbud

MINIKONFERENCEN "UNDERVISNING I SELVMORDSFOREBYGGELSE" UNDERSTREGED VIGTIGHEDEN AF AT DISKUTERE HOLDNINGER TIL SELVMORD.

Artikel på baggrund af oplæg af uddannelses- og udviklingskonsulent Inge Jacobsen, Center for Selvmordsforskning.

Kursus for lærere, meritgivende undervisning for psykologer og en række forsøgs- og udviklingsprojekter på grunduddannelserne. Det var de tre konkrete undervisningstiltag, Inge Jacobsen gennemgik på National konference om selvmordsforebyggelse.

6-TIMERS KURSER FOR LÆRERE

Indhold:

- Et kort oplæg om unge og selvmordsadfærd.
- En case med udgangspunkt i en skolestil, hvis indhold gør læreren bekymret. Individuel stillingtagen, gruppearbejde og rollespil om casen.
- Teori om den afdækkende samtale. En case med en forælder. En veninde har fortalt, at datteren har forsøgt at begå selvmord.

– Kurset for lærere og andre undervisere er komprimeret og meget handlingsorienteret. For erfaringer viser, at ud over holdningsdiskussioner så er kommunikationstræning meget vigtig. Det er vanskeligt at føre samtaler med selvmordstruede, og hvis man som lærer mener, at det kun er professionelle eksperter, der kan tage en indledende samtale med en person i selvmordskrise, så kan det være, at man slet ikke ser, at der er problemer. At man lukker af over for det, forklarer Inge Jacobsen. Kurset "Når livet er for svært – samtale i øjenhøjde med en teenager" har været afholdt seks gange på Center for Selvmordsforskning, og deltagerne har fortrinsvis været folke- og efterskolelærere, undervisere fra grunduddannelser og studievejledere fra gymnasiet. Fremtidsønskerne til kurserne er, at de skal overgå til amtscentrene for undervisning, og at Center for Selvmordsforskning kan bistå med undervisningsmateriale.

– Amtsentrene er egnede til opgaven, for de har kontakt til både folkeskolelærere og gymnasielærere og udbyder i forvejen kurser, forklarer Inge Jacobsen.

Status er, at det ser ud til at lykkes at få dem forankret lokalt ad den vej, for halvdelen af amtscentrene har allerede meldt sig som kursusudbydere.

MINIKONFERENCE: UNDERVISNING I SELVMORDSFØREBYGGELSE

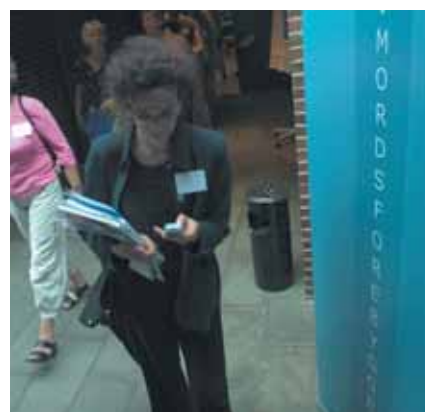


Undervisning af psykologer

Dansk Psykolog Forening har godkendt det kursus, som Center for Selvmordsforskning har udviklet. Kurset er meritgivende til deres specialer i psykoterapi, børnepsykologi, sundhedspsykologi og psykotraumatologi. Kurset har været afholdt to gange på Center for Selvmordsforskning og overgår fra 2005 til Dansk Psykolog Forenings regi.

Undervisning på grunduddannelserne

Som følge af uddannelsesplanen skulle undervisningen i selvmordsforebyggelse også implementeres på grunduddannelserne med det formål at klæde kommende pædagoger, folkeskolelærere, socialrådgivere, sogneordførere, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere på til at identificere selvmordssignaler og reagere på dem.



MERITGIVENDE KURSUS FOR PSYKOLOGER

Indhold:

- Holdninger til selvmord
- Filmklip fra »Efter selvmordet«
 - om at være efterladt efter selvmord
- Selvmord og selvmordsforsøg
- Den forebyggende samtale
- Pårørende og efterladte
- Suicidal transmission
- Filmen »Når bægeret flyder over«
- At arbejde med døden inde på livet, herunder behovet for supervision
- To rollespil med eksempler på krisesamtaler
- Børn og selvmord - Hvad fortæller man?

GENNEMGÅENDE INDHOLD PÅ GRUNDUDDANNELSERNE

- Forekomst af selvmord og selvmordsforsøg, selvmordstrusler og -tanker
- Teorier og forklaringsmodeller
- Risikofaktorer og risikogrupper
- Forebyggelse, behandling og hjælpeforanstaltninger
- Holdning og etik
- Myter og fordomme

IDÉKATALOG

– inspiration til undervisning i selvmordsforebyggelse på grunduddannelserne. På baggrund af projekterne har Center for Selvmordsforskning udgivet et idékatalog med en redigeret udgave af de 15 rapporter om forsøgs- og udviklingsprojekterne på grunduddannelserne.

Interesserede kan her finde idéer til bl.a. undervisningsmetoder og -materiale, kontaktpersoner samt gæsteundervisere. Idékataloget kan downloades på www.selv-mordsforskning.dk under Publikationer – eller bestilles gennem centret, telefon 66 13 88 11 eller e-mail: info@selvmordsforskning.dk

Det tavse råb

I perioden 2002-2004 er der afviklet 15 forsøgs- og udviklingsprojekter på området. Projekterne var vidt forskellige i både timetal, form og indhold, så de har anvendt en bred vifte af undervisningsmetoder som workshops, problembaseret læring, holdningsbearbejdning, forumteater, fortællekreds, kommunikationstræning, studiekreds, diskussion, cases, gruppearbejde og rollespil. I over halvdelen af projekterne indgik også filmen "Det tavse råb". Undervisningen er i dag helt eller delvist implementeret på alle de deltagende institutioner. For at deltagere i minikonferencen kunne lære "Det tavse råb" at kende, viste Inge Jacobsen filmen som afslutning på sit indlæg.

Det tavse råb

- Instruktion: René Bo Hansen
 - Spilletid: 19 minutter
 - Distribution: Det Danske Filminstitut
 - Handling og formål: Filmen er bygget op om en case med en underviser og en selvmordstruet elev. Historien suppleres med information og vejledning fra sygeplejerske Viola Pedersen og psykolog Ida Koch.
 - Filmen behandler problemidentifikation, intervention, handlemuligheder og forebyggelse i forhold til selvmordstruede
- Undervisningsmateriale:
- Materialet til filmen kan bl.a. give baggrund

for formidling af viden, for diskussioner af filmens temaer, holdninger og etik. Det gennemgår bl.a. myter og fakta om selvmord og giver oplæg til cases og rollespil.

- Både filmens og undervisningsmaterialets målgruppe er faggrupper, som er første kontaktpunkt for selvmordstruede, og kan anvendes på både grunduddannelser, efteruddannelser og i tværfaglige sammenhænge, f.eks. på arbejdspladser.
- Undervisningsmaterialet kan downloades på hjemmeside: www.selv-mordsforebyggelse.dk.

FAKTA

Undervisning i selvmordsforebyggelse på grund-, videre- og efteruddannelser udsprang alle af den uddannelsesplan for selvmordsforebyggende undervisning, som centerleder Lilian Zøllner, Center for Selvmordsforskning, udarbejdede i 2001.

Det skete på opfordring fra Referencegruppen for forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark.



Holdninger til både hjerne og mave

– Vi flytter ikke en brik, hvis vi bare underviser i faktuel viden

Artiklen er skrevet på baggrund af oplæg af konsulent Elene Fleischer.

– Hvorfor forhindre selvmord hos gamle mennesker, de skal alligevel dø. Det skal de da have lov til.

– Man kan ikke begå selvmord, for mennesket er skabt af Vorherre, og det er kun ham, der kan bestemme, hvordan man skal dø.

To diametralt modsatte synspunkter som Elene Fleischer præsenterer i et indlæg om nødvendigheden af at fokusere på holdninger til selvmord, når man underviser i selvmordsforebyggelse.

– Vi flytter ikke en brik, hvis vi bare underviser i faktuel viden, understreger hun.

Underviserne skal være bevidste om deres personlige holdninger til selvmord. For uden den afklaring, kan de efter Elene Fleischers mening ikke tillade sig at undervise og inddrage holdningsbevidstgørelse i deres undervisning.

En øget bevidsthed

På sit eget retoriske spørgsmål: Hvorfor er holdninger så vigtige? svarer hun:

– Fordi det får betydning for den måde, vi møder selvmordstruede på. Hvis vi mener, at folk skal da have lov til selv at bestemme, om

de vil leve eller dø, så vil vi jo ikke gøre alt for at forhindre det. Hvis vi derimod mener, at selvmord er djævlens værk, så vil vi meget let komme til at fordømme det menneske, som har selvmordstanker. Så det er vigtigt at være meget klar på spørgsmålet: Hvad mener jeg egentlig er rigtigt? Og hvad mener jeg er forkert? Det kan godt være forskelligt for dig og for mig, fremhæver hun.

Derfor vil hun også meget nødig være den kloge og belære folk i, hvad de skal mene, og hvilken holdning de skal have.

Tidligere havde Elene Fleischer selv den holdning, at man skulle undgå selvmord for enhver pris.

– Det er let at have sådan en holdning. Ekstremt let. Men den gælder nu ikke altid. Nogle gange kan man stå i en situation, hvor man siger: Jeg kan egentlig godt forstå, at det menneske har lyst til at tage sit eget liv, og så må jeg hen og kigge mig selv i spejlet og finde ud af, om jeg stadig vil have holdningen om, at jeg vil forhindre selvmord for enhver pris.

Hvor hendes egen holdning er blevet lidt mere nuanceret hen ad vejen, er hun ikke et øjeblik i tvivl om, at holdningsbearbejdelse – eller holdningsbevidsthed som hun hellere vil kalde det – skal indgå i undervisning af f.eks. personale i den pædagogiske og den sociale sektor og i sundhedssektoren.

Ping-pong med forstand og følelser

På minikonferencen viste Elene Fleischer, hvordan hun underviser ved at inddrage deltagerne i en ping-pong-dialog.

– Jeg vil vise jer, at der ikke er én holdning, men måske flere holdninger til selvmord. Nu stiller jeg jer akkurat samme spørgsmål, som jeg stiller, når jeg er ude at undervise. Er der nogen af jer, der vil være med? Jeg skal have mindst 3, der svarer ja på mit første spørgsmål. Har et menneske lov at tage sit eget liv? Ja

Næste spørgsmål: Har gamle mennesker lov til det? Ja. Har du? Ja. Har jeg? Ja. – Ja, for du er da nødt til at give mig lov, hvis du har lov.

Har din kæreste lov? – Svært?

Næste spørgsmål: Har din gamle mor eller din

gamle far lov til det? – Hvis man har givet sig selv lov, så svarer man som regel også: Ja, min gamle mor og far må også.

Nu bliver jeg ond. Har du børn eller nogle små søskende? Ja.

Så stiller jeg dig spørgsmålet: Har din lillebror eller dit barn på 12 eller 13 lov til at begå selvmord?

Behov for at samle holdningerne

Det der sker, mens Elene Fleischer bombarderer deltagerne med spørgsmål, er, at spørgsmålene ændrer destination fra hjernen/intellektet til maven/følelserne. Og det er bevidst.

– For ét er at have noget, der sidder heroppe og handler om den, der er ældre end os selv, men

når vi kommer ned til de yngre, så går det ned i maven. Det bliver emotionelt.

Det gælder om at skabe overensstemmelse mellem de holdninger, man har i hovedet, og dem, man har i maven. Hendes erfaring er, at spørgsmålene kan være med til at afklare eller nuancere kursusdeltagernes holdninger, så de kan tage dem med ud i det praktiske arbejde, f.eks. med hjemmebesøg hos ældre. Resultatet af undervisningen er oftest, at færre er skræksikre på, at selvmord er ok.

– Jeg vil ikke ændre folks holdninger, men have dem til at reflektere over dem, så det ikke handler om, at andre godt må begå selvmord, jeg må også, men min familie, mine børn og børnebørn må ikke.



At tale om livsmod – hvor svært kan det være?

Materiale til livsmodundervisning kan give lærere mod og stof til at tale om eksistentielle problemer

Artiklen er skrevet på basis af oplæg af Anne Marie Nyborg og Annette Vilhelmsen, begge pædagogiske konsulenter ved Ungdomspædagogisk Forsknings- og Udviklingscenter, CVU Fyn.

– Undervisningsmaterialet, som er udarbejdet til Korsløkke Ungdomsskole, er beregnet til brug for elever i 8.-10. klasse, og det er tænkt anvendt i en diskussion om, hvad livsmod er. Enten på klassen eller som led i vejledning, forklarer konsulent Anne Marie Nyborg.

LIVSMOD – SELVMORDSFOREBYGGELSE FOR BØRN OG UNGE I ODENSE

Projektet er knyttet til Ungdomshuset i Odense. Indhold: Et kursusforløb med kompetenceudvikling af frivilligt og fast personale, inkl. vejledningsteam, så de kan identificere selvmordssignaler og reagere på dem, samt lave samtaler med de unge. Efter projektperioden er Livsmod blevet forankret i Ugekontakten.

For information om projektet kontakt Korsløkke Ungdomsskole tlf. 66 12 68 31.

Undervisningsmaterialer er udarbejdet over fem hovedtemaer:

- Følelser
- Kommunikation
- Konfliktåndring
- At indgå i relation med andre
- At mestre forandring og tab

Nødvendige temaer fordi de unge møder alle disse problemstillinger i deres daglige liv.

Livsmod er ikke en hyldevare

Fordelen ved undervisningsmaterialet er, at det ikke lægger op til, at man nødvendigvis skal tale med eleverne om selvmord og selvmordsforsøg. Man kan vende det 180° rundt og i stedet tale om eksistentielle problemstillinger ved at tale om livsmod.

– På den måde har man alligevel signaleret, at de alvorlige problemstillinger, dem kan vi godt tale om, fremhæver Anne Marie Nyborg. Selvom der nu ligger et færdigt og færdigt undervisningsmateriale med en lærervejledning, understreger hun, at det ikke er et materiale, man lige tager ned fra hylden i en fritime.

– Som lærer er man nødt til at have gjort sig en masse overvejelser på forhånd. Er det f.eks. i orden at tage sit eget liv? Hvad forstår jeg ved trivsel? Hvad er det gode ved livet? Hvordan skal jeg forholde mig til det?

Man skal måske også tænke på, at der statistisk set kan være unge i en klasse, som – måske ikke selv har forsøgt at tage deres eget liv – men måske har pårørende, der har gjort det eller forsøgt det. Derfor startede vores livsmodsunndervisning også med, at alle de lærere, der skulle ud og arbejde med det her materiale, fik en hel dags undervisning, hvor vi talte om etik, begreber, værdier og holdninger. Det er nødvendigt.

Undervisningsmaterialet har vist sig at fungere godt til formålet, og en af sidegevinstene af undervisningen har været, at lærerne lærte eleverne bedre at kende. De fandt også, at nogle af opgaverne gjorde de unge bedre til sætte ord på deres følelser. I stedet for at sige: Jeg er enormt deprimeret, kunne de nu nuancere imellem ulykkelig, såret og bange.

Fremtidsperspektiver

Foruden i målgruppen 8.-10. klasse har materialet været anvendt i en 7. klasse i Maribo, og de to konsulenter skal nu i gang med livsmodsunndervisning i gymnasierne.

– Vi kan se, at der er behov og interesse for at arbejde med emnet, også selvom lærerne i forvejen skal indarbejde seksualundervisning, kost og mange andre emner i undervisningen, siger en tilfreds Anne Marie Nyborg.

Afslutningsvis konkluderer de to konsulenter forsigtigt, at der måske ikke er så stor forskel på at arbejde med unge og ældre, når det gælder mismod.

– Så vi tror faktisk, at det kan være muligt at omsætte materialet til at arbejde med ældre om livsmod. De har også brug for en åben dialog.



UNDERVISNINGSMATERIALE I LIVSMOD

Lærervejledning samt 12 ark med øvelser:

- Jer er glad når....Jeg er sjov når.... En stribe udsagn som de unge skal udfylde.
- Billeder og stemninger. Fotoøvelse med digitalkamera, hvor eleverne skal fange følelser og stemninger med linsen – hos personer, i bygninger og ting.
- Aktantmodellen. Hvor står jeg, hvem hjælper mig, hvor er modstanden for mig.
- En tidslinje for unge. En Unglinje, hvor de unge kan plote bl.a. milepæle og datoer ind.
- Ordløs kommunikation. Et kortspil over et bredt spektrum af følelser fra sorg over ligeglad til lykke, som de unge skal udtrykke uden ord.
- Rollespil. Om venskab, uvenskab, forældreopbakning.
- Hvad er det svært at snakke om? Spørgsmål hvor de unge skal sætte ord på følelser og vanskelige situationer.
- Opgaver: Hvad er en god ven? Jeg er en god ven fordi... Tre gode råd fra mig, hvis vi skal være venner.
- 3 cirkeløvelser. Jeg har behov for af kunne hente hjælp fra. I forhold til venner kan jeg hjælpe med. I forhold til min familie kan hjælpe med.
- Nyttige telefonnumre og www-adresser.

Undervisningsmaterialet kan downloades på www.selvmordsforebyggelse.dk eller på <http://www.cvufyn.dk/ung/index.html>.

Deltagerliste

National konference om selvmordsforebyggelse
Mandag den 7. juni 2004 på Hotel Nyborg Strand

Navn	Stilling	Arbudssted	Adresse	By	e-mail adresse
Hanne Andersen	Amtsrådsmedlem	Københavns Amt	Stationsparken 27	2600 Glostrup	
Hanne Edelsten Andersen	Afd. sygeplejerske	Sygehus Vendsyssel	Barfredsvej 83	9900 Frederikshavn	sve.hae@nja.dk
Inge Andersen	Formand	Foreningen for efterladte efter selvmord	Hunderupvej 111	5230 Odense M	bibsen@andersen.mail.dk
Inge C. Andersen	Oversygeplejerske	Vejle Sygehus	Psyk. afd., Kabbeltøft 25	7100 Vejle	inande@vs.vejleamt.dk
Rie Andersen	Sygeplejerske/souschef	Psykatrihospitalet Dianalund	Dr. Sellsvej 35 A	4293 Dianalund	kfigan@vestamt.dk
Sigrid Andersen	Afdelingsleder	Familiecenter Nord	Vejlby Centervej 52	8240 Risskov	sa@fa.aarhus.dk
Tina Andersen	Distriktssygeplejerske	Det børne- & ungdomspsykiatriske Hus	Sdr. Boulevard 29	5000 Odense C	tina.andersen@ouh.fyns-amt.dk
Inger Anneberg	Journalist	A4media	Banegårdsgade 16	8300 Odder	anneberg@a4media.dk
Louise Tvarnø Antoft	Kvalitetskoordinator	Sygehus Vendsyssel	Bispensgade 37	9800 Hjørring	sve.loa@nja.dk
Kirsten Arkov	Psykolog	Center for selvmordsforebyggelse, K	Bispebjerg hospital, Bispebjerg Bakke 23	2400 København NV	kirstenarkov@hotmail.com
Torben Arngrim	Speciallæge i Psykiatri	Praktiserende	Skovhusvej 4	8240 Risskov	torben.arngrim@mail.dk
Annette Arnoldi	Sekretær	Sundhedsstyrelsen	Islands Brygge 67	2300 København S	ana@sst.dk/a.arboldi@email.dk
Dorte Askholm	Udviklingskonsulent	Aalborg Sygehus	Hobrovej 42 A	9000 Aalborg	da@aa.nja.dk
Anne-Marie Assing	Socialrådgiver	Center for Misbrugsbehandling	Valdemarsgade 18	8000 Århus C	amas@fa.aarhus.dk
Jytte Banner	Lektor, PhD	Retsmedicinsk inst. Aarhus	Peter Sabroesgade 15	8000 Aarhus C	
Sigurd Benjaminsen	Overlæge	Odense Universitetshospital	Psykiatrisk afdl. P, Sdr. Boulevard 29	5000 Odense C	sigurd.beniaminsen@fyns-amt.dk
Charlotte Berendt-Poulsen	Afdelingsleder	Livslinien	Havnegade 53 B, 1.sal	1058 København K	cbp@livslinien.dk
Ida Bermann	Sygeplejerske	Bispebjerg Hospital	Bispebjerg Bakke 23	2400 København NV	kc09@bbh.hosp.dk
Sine Bernholm	Socialrådgiver	Frederiksborg Amt	Fr. Sund Sygehus, Fr. Sundsvej 30	3600 Frederikssund	sber@fa.dk
Kirsten Opsal Bertelsen	Psykolog	Sønderjyllands Amt	Birkelund 1	6200 Åbenrå	kob@acu.dk
Unni Bille-Brahe			Strandgade 46	5685 Haarby	ubb@privat.dk
Helle Bjørneboe	Sygeplejerske	Psykiatrisk Center Ballerup	Ballerup Boulevard 2	2750 Ballerup	
Kathrine Bodenhoff	Konst. afd. sygeplejerske	Odense Universitetshospital	Psykoaterapeutisk afsnit, Vandværksvej 30	5000 Odense C	kathrine.bodenhoff@ouh.fyns-amt.dk
Jytte Boisen	Projektleder	Selvhjælp og frivill. form. på Midtf	Østre Ringvej 39	5750 Ringe	selvhjælp-midfyn@tdcadsl.dk
Astrid Borgen	Sygeplejerske	Amager Hospital	Italiensvej 1	2300 København S	astridborg@hotmai.com
Martin Brahtz	Rådgiver	Lambda	Vindgade 10, kld.	5100 Odense C	mb@galnet.dk
Søren Bredkjær	Lægelig direktør	Sct. Hans Hospital	Boserupvej 2	4000 Roskilde	soeren.bredkjaer@shh.hosp.dk
Jette Buhl	Koordinator	Futura Centret	Ringstedgade 20	4700 Næstved	futurainfo@futura-centret.dk
Michael Bukhave	Leder	Gadeplan	Medborgerhuset, Køgevej 71	2630 Tåstrup	michaelbu@htk.dk
Trille Bülow	Sygeplejerske	Odense Universitetshospital	Skadestuen, Sdr. Boulevard 29	5000 Odense C	
Charlotte Bøttcher	Konst. Afdl. sygepl.	Sønderborg Sygehus	Sydvang 1	6400 Sønderborg	
Vibeke Bastrup	Sundhedsplejerske	Socialforvaltningen, Tranekær	Slotsgade 22	5953 Tranekær	vb@tranekaer.dk
Juno Calmer-Kristensen	Chefpsykolog	Gentofte Psykiatriske Center	Niels Andersensvej 65	2900 Hellerup	juko@gentoftehosp.kbhamt.dk
Andreas Christensen		Line-by-Line	Søren Frichs Vej 38 K	8230 Åbyhøj	
Jan Christensen	Leder	Social- og Familiecenter Syd	Sct. Laurentii Vej 14	8800 Viborg	scsjc@vibamt.dk
Søren Christensen	Cheflæge	Sygehus Vendsyssel	Bispensgade 37	9800 Hjørring	sve.stc@nja.dk
Vibeke Thordal Christensen	Sygeplejerske	Børneafdeling, Sønderborg	Sydvang 1	6400 Sønderborg	
Erik Christiansen	Statistiker	Center for Selvmordsforskning	Søndergade 17	5000 Odense C	ec@selvmordsforskning.dk
Bolette Christophersen	Læge	H:S Bispebjerg Hospital	Bygning 15 B, Bispebjerg Bakke 23	2300 København NV	bc01@bbh.hosp.dk
Björn Clausen	Socialrådgiver	Børne- og ungerådgivningen Vestfyn	Indre Ringvej 11	5560 Årup	bcl@burvest.fyns-amt.dk
Gitte Dehlholm	Overlæge	Det Børne & ungdomspsyk. Hus	OUH, Sdr. Boulevard 29	5000 Odense C	gitte.dehlholm@ouh.fyns-amt.dk
Anne Dissing	Psykolog	Frederiksborg Amts Børnerådgivning	Frederiksværksgade 2A	3400 Hillerød	adis@fa.dk

Navn	Stilling	Arbejdssted	Adresse	By	e-mail adresse
Thomas Dohn	Psykolog	PPR-Rødekro	Hærvejen 8	6230 Rødekro	sotd@roedekro.dk
Ellen Egedorf	Ass. ledende sygepl.	Gudme Kommune	Kirkegade 14	5884 Gudme	ee@gudme.dk
Vivian Eisvang	Sygeplejerske	Akut team, OUH	Rugårdsvej 46C	5000 Odense C	lene.jacobsen@ouh.fyns-amt.dk
Morten Ekstrøm	Konst. overlæge	Psykiatrisk Center Gentofte	Niels Andersensvej	2820 Gentofte	m.ekstroem@dadnet.dk
Elisabeth Ellendersen	Projektkoordinator	Psykinfo	Staldgårdsgade 10C	7100 Vejle	eka@psykinfo.vejleamt.dk
Marianne Elm	Cand. Psych.	Psykologhuset i København	Blågårdsgade 7 b, st. th.	2200 København N	psykologhuset@city.dk
Gitte Ranzau Elten	Sygeplejerske	Viborg Sygehus	Heibergs Allé 4	8800 Viborg	elten@jubimail.dk
Kirsten Emborg	Redaktør	DR	TV Byen	2860 Søborg	kiem@dr.dk
Ole Engberg	Sognepræst	Folkekirken / Haderslev Stift	Bredstrupvej 128	7000 Fredericia	oen@km.dk
Kim Engelbrechtsen	Journalist, næstform.	Landsf. for efterladte efter selvmord	Frugthegnet 17	2830 Virum	kimengel@hotmail.com
Birgit Erichsen	Psykolog	Kriminalforsorgens udd. center	Biskop Svanesvej 69	3460 Birkerød	birgit.erichsen@kriminalforsorgen.dk
Susanne Kaas Fallesen	Afdelingssygeplejerske	Ungdomspsyk. Bispebjerg Hospital	Bispebjerg Bakke 23	2400 København NV	
Maia Feldman	Projektkonsulent	Handicapcenter Øst	Østerfælled Torv 13	2100 København Ø	maia.feldman@faf.kk.dk
Anja Fig	Psykolog	Børne- og Ungerådgivningen Vestfyn	Indre Ringvej 11	5560 Aarup	ane@burvest.fyns-amt.dk
Mette Finnedal	Psykolog	Århus Universitetshospital	Ctr. for Selvmordsforebyg., Skovagervej 2	8240 Risskov	
Sigrid Fleckner	Fuldmægtig	Socialministeriet	Holmens Kanal 22	1060 København K	sgf@sm.dk
Elene Fleischer	Konsulent	Center til forebyggelse af selvm.adf.	Jernbanegade 3, 4.	5000 Odense C	fleischer@elene.dk
Eva Foght-Nielsen	Sygeplejerske	Akut team, OUH	Rugårdsvej 46C	5000 Odense C	lene.jacobsen@ouh.fyns-amt.dk
Hanne Frandsen	Projektleder	Psyk. Center Ballerup	Ballerup Boulevard 2	2750 Ballerup	hannef@smorumnet.dk
Jette Friis	Sygeplejeass.	Psykiatrisk hospital Dianalund	Dr. Sellsvej 35 A	4293 Dianalund	jettfs@vestamt.dk
Henrik Frostholt	Konsulent	Center for frivilligt socialt arbejde	Pantheonsgade 5, 3., Postboks 158	5000 Odense C	hf@frivillighed.dk
Pia Frydkjær	Leder	Haslev Familiecenter	Tingvej 7	4690 Haslev	pi@haslev.dk
Karin Fuglsang	Fagkonsulent	Sønderjyllands Amt	Skelbækvej 2	6200 Aabenraa	kf@sj.dk
Lene Fuglsang	Leder	Socialpsykiatrien Tammerbugt Kommune	Danmarksgade 3	9690 Fjerritslev	lf@ftkom.dk
Mai-Britt Gantzhorn	Cand.psych.	PPR-Bogense	Vestergade 5, Sørslev	5471 Sønderø	mai-britt.gantzhorn@sonderso.dk
Kim Garde	Overlæge	Rigshospitalet	Blegdamsvej 9	2100 København Ø	kimrh03388garde@rh.dk
Vibeke Gjendern	Socialrådgiver	Horsens Kommune	Rådhusstrøvet 4	8700 Horsens	ssvg@horsens.dk
Birthe Gjermansen	Familierådgiver	Familiecenter Nord	Vejlby Centervej 52	8240 Risskov	bgj@fa.aarhus.dk
Lise Glumsøe	Socialrådgiver	Psykiatrisk sygehus i Hillerød	Dyrehavevej 48, Afd. 2321	3400 Hillerød	
Claus Gram	Projektmedarbejder	Ungeteamet Århus Amt	Skanderborgvej 213	8260 Viby	dsc@mbc.aaa.dk
Kate Gram-Hansen	Sygeplejechef	Børne- & ungdomspsyk. Sygehus	Viborg Amt, Sønderøparken 15	8800 Viborg	spbkgh@vibamt.dk
Nina Grauslund	Lærer	Vissenbjerg Skole	Søndersøvej 14	5492 Vissenbjerg	vissenbjergskole@vissenbjerg.dk
Lene Gravengaard	Psykiaterapeut	Terapihuset	Prinsessevej 72, 1. th.	7000 Fredericia	lene.gravengaard@mail.dk
Helle Weiss Gravesen	Overlæge	Aalborg Psykiatriske Sygehus	Afd. E, Mølleparkvej 10	9000 Aalborg	hgr@psyk.nja.dk
Kirsten Greenin	Familiekonsulent	Familieafdelingen i Greve	Rådhusholmen 10,	2670 Greve	kig@greve.dk
Charlotte Grønning	Familie terapeut	Familiehuset Skranten	Vestergade 66,	5492 Vissenbjerg	charlottegro@vissenbjergkommune.dk
Christian Grønning	Journalist		Vestre Stationsvej 12, 1. Mf.	5000 Odense C	christian@groenning.nu
Bente Halkier	Afdelingslæge	Middelfart Sygehus	Retsspsykiatrisk afd., Østre Hougvej 70	5500 Middelfart	
Anette Bech Hansen	Klin. udviklingspsygepl.	Storstrømmens Sygehus Næstved	Ringstedgade 61	4700 Næstved	abh@cn.stam.dk
Annette Lahn Hansen	Journalist	A4media	Banegårdsgade 16	8300 Odder	alh@a4media.dk
Elise Hansen	Sygeplejerske	Sygehus Fyn, Svendborg	Valdemarsgade 51	5700 Svendborg	elisehansen@hotmail.dk
Hans Olaf Hansen	Psykolog	Augustenborg Sygehus	Storegade 2	6440 Augustenborg	

Navn	Stilling	Arbejdssted	Adresse	By	e-mail adresse
Jan Hansen	Familie terapeut	Familiehuset Pusterummet	Helenevej 5	5500 Middelfart	pusterum@middelfart.dk
Jytte Holm Hansen	Psykolog	Psykatrihospitalet Dianalund	Dr. Sellsvej 35 A	4293 Dianalund	kfyha@vestamt.dk
Lars Hansen	Psykolog	Augustenborg Sygehus	Storegade 2	6440 Augustenborg	lars_hansen@aus.sja.dk
Malene Hansen	Sygeplejerske	Fredericia Sygehus	Intermediær Afd., Dronningensgade	7000 Fredericia	sonnesvej1@tele2adsl.dk
Peter Emmerich Hansen	Direktør	MUUSMANN Research & Consulting	Knabrostræde 30	1210 københavn K	peh@muusman-as.dk
Ulla Birgitte Hartling	Res. læge	Sønderborg Sygehus	Pæd. afd., Sydvang 1	6400 Sønderborg	srfauth@wanadoo.dk
Inge Henmar	Afdl. sygeplejerske	Frederiksberg hospital, psyk. Skadestue	Ndr. Fasanvej 57	2000 Frederiksberg	ih2104@ofir.dk
Barbara Hjalsted	Afd. læge	Sundhedsstyrelsen	Center for forebyg., Islands Brygge 67	2300 København S	bah@sst.dk
Erik Holm	Socialfagleder	Odense Kommune	Vista Balboa, Absalonsgade 17	5000 Odense	eho@odense.dk
Rikke Holme		Otterup Kommune	Rådhuspladsen 2	5450 Otterup	rh@otterup.dk
Else Hvid	Distriktsygeplejerske	Horsens Sygehus	Geronopsykiatrisk Team, Sundvej 30	8700 Horsens	hvid@vejleamt.dk
Marianne Hvid	Projektsygeplejerske	Amager Hospital	Psyk. afd., Digevej 10	2300 København S	marianne.hvid@ah.hosp.dk
Elsebeth Hytten	Socialpæd. konsulent	Københavns Kommune	8. kontor, Bernstoffsgade 1 A, 1.	1592 København S	elsebeth.hytten@faf.kk.dk
Christian Højlund	Sygehuspræst	Silkeborg Centralsygehus	Falkevej 1-3	8600 Silkeborg	chh@km.dk
Torben Haagerup	Skoleleder	Haarby Skole	Sportsvej 16	5683 Haarby	thn@haarby.dk
Lene Iversen	Cand. psych.	Fyns Amt	Kognitiv Ctr. Fyn, Fisketorvet 4-6, 4. sal	5000 Odense C	bhli@post9.tele.dk
Erling Hugger Jacobsen	Amtsrådsmedlem	Vestsjællands Amt	Alleen 15	4180 Sorø	ehj@vestamt.dk
Inge Jacobsen	Uddannelseskonsulent	Center for selvmordsforskning	Søndergade 17	5000 Odense C	ij@selvmordsforskning.dk
Jane Jakobsen	Konsulent		Steenbachsvej 8	5000 Odense C	ivkst@yahoo.dk
Ruth Jakobsen	Formand	Ældrerådet Give Kommune	Give Kommune, Rådhusbakken	7323 Give	
Bente Jensen	Socialrådgiver	Nordjyllands Amt	Amtsgården, Niels Bohrs Vej 30	9220 Aalborg Øst	bej@nja.dk
Børge Jensen	Statistiker	Center for Selvmordsforskning	Søndergade 17	5000 Odense C	bj@selvmordsforskning.dk
Hanne Marie Jensen	Fuldmægtig	Socialministeriet	Holmens Kanal 22	1016 København K	dphmy@sm.dk
Ketty Jensen	Socialrådgiver	Rougsø Kommune Fam.afdeling	Kirkestien 1	8961 Allingåbro	ketty.jensen2@rougsoekom.dk
Lene Toft Jensen	Projektmedarbejder	Futuracentret, Storstrøms Amt	Ringstedgade 20	4700 Næstved	ltj@socpsyk.stam.dk
Marianne Jensen	Visitator	Nykøbing Falster kommune	Københavnsvej 9	4800 Nykøbing F	maj@nyk-f-kom.dk
Michael Jensen	Amtsrådsmedlem	Vestsjællands Amt	Alleen 15	4180 Sorø	mje@vestamt.dk
Neel Grauballe Jensen	Sygeplejerske	Helsingør Sygehus	Med. Afd., Esrumvej 45	3000 Helsingør	ngj@fa.dk
Susanne Jensen	SSA	Storstrøms Sygehus Nykøbing F.	M230, Fjordvej 15	4800 Nykøbing F.	
Pernille Jespersen	SSP konsulent	SSP Nykøbing Falster	Thorsensvej 11, 2.	4800 Nykøbing F.	pej@nyk-f-kom.dk
Anne Marie Jessen	Distriktsygeplejerske	Odense Universitetshospital	Akut Team, Sdr. Boulevard 29	5000 Odense C	anne.marie.jessen@fyns-amt.dk
Linda Johansen	Sundhedskordinator	Sygehus Vendsyssel	Bispensgade 37	9800 Hjørring	sve.ljn@nja.dk
Trygve Johansen	Socialrådgiver	Børne- og Ungepsykiatrien i Nordjylland	Mølleparkvej 10	9000 Aalborg	trs@psyk.nja.dk
Birthe Jonsen	Konsulent	Ældre Sagen	Nyropsgade 45	1602 København V	birthe.jonsen@aeldresagen.dk
Birthe Juhl	Sygeplejerske	Herning Sygehus	Gl. Landevej 61	7400 Herning	birthe.juhl@e-mail.dk
Gerda Jul		Landst. for efterladte efter selvmord	Kirkegyden 2	8850 Bjerringbro	gerdajul@ofir.dk
Tina Jønson	Sygeplejerske	Kolding Sygehus	Skovangen 2-8	6000 Kolding	
Ebbe Frank Jørgensen	Embedslæge		Vedelsgade 17 A	7100 Vejle	afj@vej.eli.dk
Jesper Jørgensen		Psykiatrisk hospital i Dianalund	Dr. Sellsvej 35A	4293 Dianalund	kej@vestamt.dk
Stig Kastberg	Cheffæge	Roskilde Amtssygehus	Smedegade 14	4000 Roskilde	rfsk@ro.dk
Alis Kausbjerg	Sygeplejerske	Frederiksberg Hospital	AMA, Nordre Fasanvej	2000 Frederiksberg	alis.kausbjerg@fh.hosp.dk
Bent Kawa	Overlæge	Børne- og ungdomspsyk. Center	Ndr. Ringvej 69	2600 Glostrup	bkaw@glostruphosp.kbhamt.dk

Navn	Stilling	Arbudssted	Adresse	By	e-mail adresse
Irina Khanykin	Læge i introduktion	Sct. Hans Hospital	Sct. Hans Hospital, afd. M, Boserupvej 2	4000 Roskilde	lupka50@hotmail.com
Jens Kilt	Faglærer	Ungeindsatsen, Familiecenter Nord	Familiecenter Nord, Århus	8240 Risskov	jk@kilt.klan.dk
Kristen Kistrup	Psykiatroverlæge	H:S Direktionen	Bredgade 34	1260 København K	kki@hsd.hosp.dk
Lotte Kjaerholm	Soc.rådg.	Rougsa Kommune	Kirkestien 1	8961 Allingåbro	lotte.kjaerholm@rougsoekom.dk
Mette Kjølner	Seniorforsker	Statens Institut for Folkesundhed	Svanemøllevej 25	2100 København Ø	mk@si-folkesundhed.dk
Charlotte Klitgaard	Komm. medarb.	Sundhedsstyrelsen	Islands Brygge 67	2300 København S	ckl@sst.dk
Rene Klysner	Overlæge	H:S Frederiksberg Hospital	Afdeling D, Ndr. Fasanvej 57-59	2000 Frederiksberg	rene.klysner@fh.hosp.dk
Annemarie Knigge	Afdelingsleder	Roskilde Amt	Køgevej 80	4000 Roskilde	cfamt@ra.dk
Anna Frydenlund Knudsen	Afdelingslæge	Center for selvmordsforebyggelse	Jernbanegade 3, 4. sal	5000 Odense C	ann.berit.paarup@ouh.fyns-amt.dk
Bjørn Ursin Knudsen	Fuldmægtig, sociolog	Sundhedsstyrelsen	Sundhedsplanlægning, Islands Brygge 67	2300 København S	bjk@sst.dk
Vicki Ravnholdt Knudsen	Socialrådgiver	Langebæk Kommune	Østergårdstræde 1 A	4772 Langebæk	vrk@langebaek.dk
Ida Koch	Psykolog				koch.ida@get2net.dk
Lene Koefoed	Psykolog	Børne og Ungerådgivningen Vestfyn	Indre Ringvej 11	5560 Aarup	lk@burvest.fyns-amt.dk
Bente Kragh	Socialrådgiver	Nordjyllands Amt	Amtsgården, Niels Bohrs Vej 30	9220 Aalborg Øst	bhk@nja.dk
Anna Høgsberg Kristensen	Sygeplejerske	Center for selvmordsforebyggelse	Jernbanegade 3, 4. sal	5000 Odense C	annbirgit.paarup@ouh.fyns-amt.dk
Ingrid Bayer Kristensen	Lektor, Speciallæge	Retsmedicinsk Institut, Aarhus	Peter Sabroesgade 15	8000 Aarhus C	ibk@forensic.an.dk
Søren Krogh	Socialrådgiver	Center for selvmordsforebyggelse	Jernbanegade 3, 4. sal	5000 Odense C	ann.birgit.paarup@ouh.fyns-amt.dk
Jette Kromayer	Psykolog	Bocenter Hedelund	Hedelunden 21	2670 Greve	jette.kromayer@faf.kk.dk
Per Kruse	Socialrådgiver	Center for Misbrugsbehandling	Valdemarsgade 18A	8100 Aarhus C	pkrs@fa.aarhus.dk
Ingelise Kaas	Familierådgiver	Århus Kommune	Familiecenter Syd, Skanderborgvej 190	8260 Viby J	
Titia Lahoz	Psykolog	Eksperisecentret Oringe	Færgedgade 15	4760 Vordingborg	titialahoz@hotmail.com
Pia Langhoff	Fuldmægtig	Referencegruppens sekretariat	Søndergade 17	5000 Odense C	pilan@selvmordsforskning.dk
Gitte Larsen	Visitor	Ældreservice	Nordhøj 2	4050 Skibby	gitlar@skibby-kommune.dk
Jane Leth Larsen	Afd. sygeplejerske	Amtssygehuset ved Ribe	Ribevej 27, Egebæk-Hvidding	6760 Ribe	jll@ribeamt.dk
Jette Larsen	Distriktsygeplejerske	Psykatrihospitalet Dianalund	Dr. Sells Vej 35	4293 Dianalund	kfjela@vestamt.dk
Karin Helweg Larsen	Forskningsmedarbejder	Statens Institut for Folkesundhed	Svanemøllevej 25	2100 København Ø	klh@si-folkesundhed.dk
Kim Larsen	Cand.psyk.	Børne- og Ungerådgivningen Vestfyn	Indre Ringvej 11	5560 Årup	kjl@burvest.fyns-amt.dk
Lene Schultz Larsen	Leder	Ungdomshuset	Nørregade 60, 4. sal	5000 Odense C	lsla@odense.dk
Hanne Lau	Kriminalassistent	Horsens Politi	Rådhusgade 6	8700 Horsens	horsens-bedrageri@politi.dk
Susanne Holst Laursen	Sygeplejerske	Viborg Sygehus	Afd. MMA, Heibergs Allé	8800 Viborg	hl@dlgnat.dk
Tove Lausen	Overlæge	Psykiatrisk Hospital, Risskov	Skovagervej 2	8240 Risskov	tla@plykiatri.aaa.dk
Kjersti Lien	Overlæge	Psykiatrisk Sygehus Aalborg	Psykoaterapeutisk afsn. V14	9000 Aalborg	kli@psyk.nja.dk
Ragnhild Lindsø	Sundhedskonsulent	Vestsjællands Amt	Alleen 15	4180 Sorø	rli@vestamt.dk
Rita Ljungberg	Afd. læge	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital	Harald Selmersvej 66	8240 Risskov	ril@buh.aaa.dk
Ole Sørensen Lund	Psykolog ungdomsudd.	Sønderjyllands Amt	Birkelund 1	6200 Åbenrå	os@acu.dk
Peter Luxenburger	Bestyrelsesmedlem	Aabenraa Selvhjælpscenter	J.P.Junggreensgang 1	6200 Aabenraa	luxenbruger@post.tele.dk
Lise Mackenhauer	Plejer	Frederiksberg hospital, psyk. skade	Ndr. Fasanvej 57	2000 Frederiksberg	
Ann Christina Lie Madsen	Konsulent		c/o Tværvej 6	5792 Årlev	annchristina@madsen.mail.dk
Bente Hjorth Madsen	Led. psykolog	Center for Selvmordsforebyggelse	Tretommervvej 3	8240 Risskov	bhm@psykiatri.aaa.dk
Dorte Bodo Madsen	Oversygeplejerske	Amager Hospital	Digevej 110	2300 København S	
Mette Juhl Madsen	Sygeplejerske	Middelfart Sygehus	OUH, skadestuen, Østre Hougvvej 55	5500 Middelfart	
Tove Madsen	Forebyggelsesleder	Frederiksberg Kommune	Smallegade 1, lok. 0.007	2000 Frederiksberg	toma01@frederiksberg.dk

Navn	Stilling	Arbejdssted	Adresse	By	e-mail adresse
Laila Martinsen	Forebyg. hjemmebesøg	Hjemmeplejen	Vejlevej 74, Givskud	7323 Give	
Else-Marie Mathiasen	Psykolog	PPR-Greve	Jerismosevej 95	2670 Greve	else-marie@ineet.zitech.dk
Lasse Meldgaard	Journalist				
John Hagel Mikkelsen	Overlæge	Frederiksberg Hospital	Psykiatrisk skadestue, Psykiatrisk afd. D	2000 Frederiksberg	john.mikkelsen@fh.hosp.dk
Lars Sachse Mikkelsen	Overlæge	Stolpegård	Stolpegårdsvej 20	2820 Gentofte	lars.mikkelsen@dadlnet.dk
Inger Frimodt Mizander	Centerleder	Børne- og ungerådgivningen	Indreringvej 11	5560 Aarup	ifm@burvest.fyns-amt.dk
Lise Mondrup	Overlæge	Psykoterp. Center Stolpegård	Stolpegårdsvej 20	2820 Gentofte	info@stolpegard.kbhamt.dk
Marianne Morgenstern	Sygeplejerske	Medicinsk afdl., Herning	Gl. Landevej	7400 Herning	bm.morgenstern@post.tele.dk
Hanne Mortensen	Afsnitsleder	Familieafdelingen	Søvej 1	8600 Silkeborg	hm@silkeborg.dk
Lis Mortensen	Konsulent	Dansk Sygeplejeråd	Vimmelskaftet 38, Postboks 1084	1008 København K	lm@dsr.dk
Helle Mundus	Socialrådgiver	Hillerød Sygehus	Helsevej 2	3400 Hillerød	hemu@fa.dk
Annitta Nordkvist Muschner	Psykolog	Psykiatrien i Storstrøms Amt	Færggårdsvej 15	4760 Vordingborg	dan@psykcentereksptise.stam.dk
Lars Muusmann	Direktør	MUUSMANN Research & Consulting	Knabrostræde 30	1210 København K	lm@muusman-as.dk
Klaus Müller-Nielsen	Afdelingslæge	Augustenborg Sygehus	Storegade 2	6440 Augustenborg	
Almar Møller	Amtsrådsmedlem	Storstrøms Amt	Parkvej 37	4800 Nykøbing F	almarm@almarm.dk
Birthe Møller	Supervisor	Kolding Selvhjælp	Slotsgade 22	6000 Kolding	ksh@post10.tele.dk
Gunhild Olesen Møller	Amtsrådsmedlem	Viborg Amt	Skottenborg 26	8800 Viborg	armgom@vibamt.dk
Lillian Møller	Netværkskoordinator	Netværk af forebyggende sygehus i D	Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke	2400 København NV	lm04@bbh.hosp.dk
Søren Møller	Akademisk medarbejder	Center for selvmordsforskning	Søndergade 17	5000 Odense C	sm@selvmordsforskning.dk
Sussi Maack	Landskonsulent	Frise	Boulevarden 21, st.th.	9000 Aalborg	sussi@frise.dk
Benedikte Navntoft	Distriktpædagog	Det børne og unge psykiatriske hus	Sdr. Boulevard 29	5000 Odense C	benedikte.navntofte@ouh.fyns-amt.dk
Anette Nielsen	Sygeplejerske	Vejle Sygehus	A22, Kabbeltøft 25	7100 Vejle Ø	
Anne Krogh Nielsen	Distr. sygeplejerske	Augustenborg Sygehus	Storegade 2	6440 Augustenborg	
Anne Møller Nielsen	Sygeplejerske	Skadestue/modt., Hillerød	Hillerød Sygehus, Helsevej 2	3400 Hillerød	
Ebbe Fossing Nielsen	Kontorchef	Storstrøms Amt	Færggårdsvej 15 L	4760 Vordingborg	efn@socpsyk.stam.dk
Elsebeth Gerner Nielsen	Folketingsmedlem	Det Radikale Venstre	Folketinget, Christiansborg	1240 København K	rvelg@ft.dk
Gitte Wallentin Nielsen	Ass. områdeleder	Hjemmeplejen Aktivitetscentret	Gartnerpassagen 6	6870 Ølgod	gwn@oelgod.dk
Helle Nielsen	Sygeplejerske	Helsingør Sygehus	Esrumevej 45	3000 Helsingør	helle_nielsen@ofir.dk
Kirsten Nielsen	Fuldmægtig	Referencegruppens sekretariat	Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67	2300 København S	kni@sst.dk
Lise Nielsen	Soc. pæd.	Bofællesskabet Blåkildehus	Blåkildevej 13	2630 Taastrup	lisenie@htk.dk
Marianne Nielsen	Socialrådgiver	Horsens Sygehus	Psykiatrisk 07, Sundvej 30	8700 Horsens	mni@hs.vejleamt.dk
Elin Nielsen-Gehrt	Projektleder	Aabenraa Sygehus	Egelund 10	6200 Aabenraa	elin_nielsen-gehr@mail.dk
Stine Nissen	Ledende soc. rådgiver	Herlev Sygehus	Herlev Ringgade 75	2730 Herlev	stni@herlevhosp.kbhamt.dk
Merete Nordentoft	Overlæge	Bispebjerg Hospital	Bispebjerg Bakke 23	2400 København NV	merete.nordentoft@opus-kbh.dk
Anne Marie Nyborg	Pædagogisk konsulent	CVU Fyn	Asylgade 7-9	5000 Odense C	amny@cvufyn.dk
Jørgen Nystrup	Led. overlæge	Fjorden	Smedegade 10-16	4000 Roskilde	rfjn@ra.dk
Lotte Nørbach		Psykiatrisk sygehus, Aalborg	Psykoterp. afsnit V14, Nytorv 7, 2. sal	9000 Aalborg	lins@psyk.nja.dk
Jeanette Nørlev	Forskningsmedarbejder	Statens Institut for Folkesundhed	Svanemøllevej 25	2100 København Ø	jen@niph.dk
Philip Thomas Oates	Projektleder	Storstrøms Amt	Færggårdsvej 15	4760 Vordingborg	pho@socpsyk.stam.dk
Anne Marie Pedersen	SSA	Centralsygehuset i Slagelse	Ingemannsvej	4200 Slagelse	fiicka1243@sol.dk
Beth Lijla Pedersen	Overlæge	Dansk Selskab for Patientsikkerhed	Hvidovre Hospital, Kettegårds Allé 30	2650 Hvidovre	beth.liya.pedersen@hh.hosp.dk
Jan Pedersen	Bestyrelsesmedlem	Kolding Selvhjælp	Slotsgade 22	6000 Kolding	ksh@post.tele.dk

Navn	Stilling	Arbudssted	Adresse	By	e-mail adresse
Ketty Pedersen	Social- og sundhedsass.	Herning Sygehus	Gl. Landevej 61	7400 Herning	kettypedersen@hotmail.com
Signe Frøsløv Pedersen	Cand.Psych	Bispebjerg Ungdomspsyk.	Bispebjerg Bakke 23	2400 København	sfroeslev@hotmail.com
Stefan Bech Pedersen	Psykolog	Rådgivningsctr. for børn & unge, Es	Kronprinsensgade 33	6700 Esbjerg	sbp@ribeamt.dk
Camilla Persson	Sygeplejerske	Storstr. Sygehus Nykøbing F.	M230, Fjordvej 15	4800 Nykøbing F.	
Lars-Göran Perttu	Sygeplejerske	Psykiatrisk Center Gentofte	Niels Andersens Vej 65	2900 Hellerup	lape@gentoftehosp.kbhamt.dk
Inge Lund Petersen	Ledende overlæge	Psykiatrisk Afdeling Holstebro	Holstebro Sygehus, Lægårdvej 12	7500 Holstebro	
Olav Poulsen	Korshærspræst	Sct. Nicolai Tjenesten	Nicolaj Plads 15	1067 København K	olavp@mail.tele.dk
Peter Bo Poulsen	Eval. - & analysechef	MUUSMANN Research & Consulting	Knabrostræde 30	1210 København K	lpbp@muusman-as.dk
Susanne Poulsen	Udviklingskonsulent	Frederiksborg Amt	Psykiatrisk Sygehus, Dyrehavevej 48	3400 Hillerød	supo@fa.dk
Bente Styr Rasmussen	Institutionsleder	Drivhuset Glamsbjerg	Socialpsykiatri, Dærupvej 5	5620 Glamsbjerg	drivhuset@glamsbjerg.dk
Hanne Rasmussen	Vicekontorchef	Københavns Amt	Stationsparken 27,	2600 Glostrup	hasura@psf.kbhamt.dk
Jens Rasmussen	Socialpædagog	Socialpsykiatrisk Team	Nørre Alle 30, 1.	8000 Århus C	ucpsykiatriteam@faaarhus.dk
Majbritt Rasmussen	Sygeplejerske	Bispebjerg Hospital	Bispebjerg Bakke 23	2400 København NV	hlp01@bbh.hosp.dk
Mette Rasmussen	Socialrådgiver	Helsingør Sygehus	Psyk. Amb., Esrumvej 45	3000 Helsingør	mras@fa.dk
Monia Rasmussen	Akutsygeplejerske	Vejle Sygehus	Psyk. afd., Kabbeltøft 25	7100 Vejle	monras@vs.vejleamt.dk
Peter H. Rasmussen	Psykolog	Kognitiv Center Fyn	Fisketorvet 4 - 6, 6.sal	5000 Odense C	peter.hr@get2net.dk
Susanne Rasmussen	Afd. sygeplejerske	Horsens Sygehus	Gerontopsykiatrisk Team, Sundvej 30	8700 Horsens	sra@hs.vejleamt.dk
Vinnie Rasmussen	Sygeplejerske	Centralsygehuset i Slagelse	Ingemannsvej	4200 Slagelse	flicka1243@sol.dk
Jørgen Rathe	Psykolog	PPR Ikast/Brande	Tinghuset Torvet 6	7430 Ikast	jra@ikast.dk
Connie Rau	Sygeplejerske	Psykiatrisk center Holbæk	Børnemedicinsk sygepl., Birkevænge 3, B.2.	4300 Holbæk	connir@vestamt.dk
Jette Roelsgaard	Sundhedsplejerske	Haarby Kommune	Personforvaltningen, Møllevej 2	5683 Haarby	jra@haarby.dk
Lise Roslyng	Socialrådgiver	Næstved Sygehus	c/o Herlufsvænge 14A, 2. sal	4700 Næstved	lro@shf.stam.dk
Ulla Høgelund Ross	Cand. Psych.	Psykologhuset København	Blågårdsgade 7 b., st. th.	2200 København N	psykologhuset@city.dk
Kate Runge	Læge, politiker	Århus Byråd	Rådhuset	8000 Århus	kate.runge@dadlnet.dk
Gudrun Salling	Pædagog	Lokalpsykiatri Vest	Hermudsvej 5 B	8230 Åbyhøj	lokpsykv2a@fa.aarhus.dk
Tove Schneider	Forebyggelseschef	Bornholms Regionskommune	Landemærket 26	3700 Rønne	tove.schneider@brk.dk
Ingelise Schou	Sygeplejerske	Frederikssund Sygehus	Skadestue, Frederikssundvej 30	3600 Frederikssund	
Susanne Schubert	Akutsygeplejerske	Vejle Sygehus	Psyk. afd., Kabbeltøft 25	7100 Vejle	sussch@vs.vejleamt.dk
Ella Boe Selmer-Petersen	Afdelingssygeplejerske	Kolding Sygehus	Skovvangen 2-8	6000 Kolding	elb@ks.vejleamt.dk
Peter Benjamin Sibbesen	Social/kriminal rådgiver	Århus Kommune	Familiecenter Vst, Gudrunsv. 78.1	8220 Brabrand	sibbesen@webspeed.dk
Betina Skau	Sygeplejerske	Børneambulatoriet	Birkevænget 3, 2.	4300 Holbæk	betins@vestamt.dk
Björg Skogly	Socialrådgiver	Psyk. Center	Fjordvej 22	4800 Nykøbing F	
Ester Skov	Social- & sundhedsass.	Sygehus Fyn, Svendborg	Valdemarsgade 51	5700 Svendborg	
Else Smith	Centerchef	Center for forebyggelse	Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67	2300 København S	
Ulla Solvang	Amtsrådsmedlem	Vestsjælland Amt	Alleen 15	4180 Sorø	us@vestamt.dk
Jesper Sommer	Led. oversygeplejerske	Amager Hospital	Psyk. afd., Digevej 110	2300 København S	jesper.sommer@ah.hosp.dk
Annette Steensen	Psykolog	PPR Ikast	Tinghuset Torvet 6	7430 Ikast	asteensen@stofanet.dk
Alis Steinicke	Socialrådgiver	Augustenborg Sygehus	Storegade 2	6440 Augustenborg	alis_steinicke@aus.sja.dk
Elsebeth Stenager	Socialoverlæge	Odense Kommune, Social med. afsnit	Tolderlundsv. 3, 3.	5000 Odense C	ens@odense.dk
Iben Stephensen	Akademisk medarbejder	Center for selvmordsforskning	Søndergade 17	5000 Odense C	iben@selvmordsforskning.dk
Tove Stokholm	Psykolog	Sønderborg Sygehus	Sydvang 1	6400 Sønderborg	tost@sbs.sja.dk
Søren Surland	Centerchef	Handicapcenter Øst	Østerfælled Torv 13	2100 København Ø	soeren.surland@faf.kk.dk

Navn	Stilling	Arbudsdssted	Adresse	By	e-mail adresse
Frode Svendsen	Souschef	Socialministeriet	Holmens Kanal 22	1060 København K	dpfrs@sm.dk
Jørgen Svendsen	Psyk. sygeplejerske	KTS Gentofte	Niels Andersens Vej 65	2900 Hellerup	jsv@ssori.dk
Lis Søfeldt	Lægeseekretær	Odense Universitetshospital	Sdr. Boulevard 29	5000 Odense C	
Mette Søgaard	Afdelingsleder	Livslinien	Havnegade 53 B, 1.sal	1058 København K	ms@livslinien.dk
Annette Sørensen	Overlæge	Hvidovre Hospital	Brøndbyøstervej 160	2605 Brøndby	annette.soerensen@hh.hosp.dk
Gurli Sørensen	Afdelingspsygeplejerske	Børneafdeling, Sønderborg	Sydvang 1	6400 Sønderborg	gurli_soerensen@sbs.sja.dk
John Arne Sørensen	Formand	Netværk af forebyggende sygehuse i DK	Kolding Sygehus, Skowangen 6	6000 Kolding	jas@vejleamt.dk
Liza Sørensen	Socialrådgiver	Ungekontakten	Nørre Allé 30, 1.sal	8000 Århus C	ls@fa.aarhus.dk
Villy Søvnal	MF	Folketinget	Christiansborg	1240 København K	villy.sovndal@ft.dk
Kathrine Telcs	Udd. og udviklingschef	Socialpsykiatrisk Center	Alléen 14	4180 Sorø	
Jorit Tellervo	Sygeplejerske		Monrads Allé 24	2500 Valby	gorit@tellervo.dk
Anette Terkildsen	Udd.vikl.konsulent	Udd-udvikl.- og forskningsafdelingen	Færgedgårdsgade 15, Oringe	4760 Vordingborg	spant@stam.dk
Bjarke Thorsteinsson	Kontorchef	Indenrigs- & Sundhedsministeriet	Slotsholmsgade 10-12	1216 København K	bth@im.dk
Else Bro Thuestad	Projektkoordinator	DR	TV Byen	2860 Søborg	eltu@dr.dk
Anita Trust	Familierådgiver	Familiecenter Nord	Vejlby Centervej 52	8240 Risskov	atr@fa.aarhus.dk
Margit Ulmer	Fuldmægtig	Indenrigs- & Sundhedsministeriet	Slotsholmsgade 10-12	1216 København K	mu@im.dk
Annette Bech Vad	Ass. afdelingspsygepl.	Herning Sygehus	Skadestue, Gl. Landevej 61	7400 Herning	tvad@mail.mira.dk
Kasia Vad	Konsulent	Socialpsykiatrisk center	Alléen 14	4180 Sorø	
Kurt Vadgaard	Psykolog	Ungdomscentret	Nørre Allé 30, 1.th	8000 Århus C	kva@fa.aarhus.dk
Anne-Marie Valbak	Leder	Psykiatrisk informationsctr., Vejle	Staldgårdsgade 10 c 1	7100 Vejle	
Karin Vigsø	Distriktsygeplejerske	Gerontopsyk. Amb.	Skallebækvej 5	6100 Haderslev	karin_vigsoe@aus.sja.dk
Annette Lilja Vilhelmsen	Pæd. konsulent	CVU Fyn, Ungdomspæd. Forskn. & udv.	Asylgade 7-9	5000 Odense C	anvi@cvufyn.dk
Lene Høgh Villadsen	Socialrådgiver	Haarby Kommune	Møllevej 2	5683 Haarby	lv@haarby.dk
Jørgen J. Wackes	Konsulent	Fyns Amt, Afd. for forebyg. & sundhed	Ørbækvej 100	5220 Odense SØ	jjw@afs.fyns-amt.dk
Hanne Waters	Sygeplejerske	Randers Centralsygehus	Skovlyvej 1	8900 Randers	
Vitha Weitemeyer	Psykolog	SR Bistand	Sortedam Dossering 5C	2200 København N	vwm@sr-bistand.dk
Lene Malmose Wichmann	Afd. sygeplejerske	Sygehus Fyn, Svendborg	Valdemarsgade 52	5700 Svendborg	lmal@shf.fyns-amt.dk
Lone Wilken	Sygeplejerske	Psyk. Skadestue	Digevej 110	2300 København S	lonewilken@hotmail.com
Berit Bjørnsrud Winslöv	Psykolog, Leder	PPR Farsø	Frederik IX's Plads 1	9640 Farsø	bbw@farsoekom.dk
Jan-Henrik Winslöv	Psykolog, Ph.d.-stud.	Center for Gerontopsykologi	Tretommevej 3, bygn. 45 A	8240 Risskov	jhw@psykiatri.dk
Hanne Bang Winther	Sygeplejerske	Herning Sygehus	Gl. Landevej 61	7400 Herning	owi@worldonline.dk
Mette Waadegaard	Overlæge	Psykoaterap. Center Stolpegaard	Stolpegårdsvej 20	2820 Gentofte	mewa@stolegaard.kbhamt.dk
John Zacho	Psykatrikoordinator	Herning Psykiatrigruppe	Rådhuset, Torvet	7400 Herning	aldjz@herning.dk
Lilian Zöllner	Centerleder	Center for selvmordsforskning	Søndergade 17	5000 Odense C	lz@selvmordsforskning.dk
Hans Peder Østergaard	Afd. sygeplejerske	Ålborg psykiatriske sygehus	Mølleparkvej 10	9000 Ålborg	
Jytte Aaen	Vicechefsygeplejerske	Sygehus Vendsyssel	Bispensgade 37	9800 Hjørring	sve.jaa@nja.dk
Lars Aarø	Fotograf	Fokus	Bjødstrupvej 6B	8270 Højbjerg	

Hjemmesideadresser

www.efterladte.dk

Landsforeningen for efterladte efter selvmord.

www.livslinien.dk

Livslinien. En frivillig, humanitær organisation, der forebygger selvmord og selvmordsforsøg.

www.selmordsforebyggelse.dk

Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord.

www.selmordsforskning.dk

Center for Selvmordsforskning.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen.

HVAD HAR GJORT INDTRYK PÅ DIG PÅ KONFERENCEN DEN 7. JUNI 2004 OG HVAD VIL DU ARBEJDE VIDERE MED FREMOVER?

KIM GARDE, OVERLÆGE OG RISIKOMANAGER, RIGSHOSPITALET

– Der er behov for at opgradere de redskaber, de professionelle har i forhold til selvmordsforebyggelse, og jeg har fået både nogle redskaber og tanker med fra konferencen, som kan bruges. Både som professionel og personligt var der nyttige budskaber. Sundhedsstyrelsens vejledning synes umiddelbart praktisk anvendelig, og også Sigurd Benjaminsens indlæg om scoring og vurdering af patienternes selvmordsrisiko på workshoppen »Selvmordsforebyggelse på sygehuse« angiver muligheder for at vurdere farlighed.

– Noget andet der har gjort indtryk er, Elene Fleischers indlæg om vigtigheden af den personlige holdning til selvmord. Jeg har da selv tænkt, at det måtte være en menneskeret at sige stop i visse situationer. Men hvis man skal arbejde professionelt med begrebet, så er det vigtigt at gøre sig klart, om selvmord kan være ok, eller om det altid er uacceptabelt. Ellers kan man godt have en lidt firkantet, overfladisk holdning til det, og man risikerer, at det bliver lidt lige som at sætte en ryger til at undervise i ikke-rygning.



GERDA JUL, LÆRER, MEDLEM AF BESTYRELSEN I LANDSFORENINGEN FOR EFTERLADTE EFTER SELVMORD

– Det var især spændende at høre om modelprojekterne, f.eks. i minikonferencen ”Tiden efter et selvmordsforsøg”. Det er meget relevant at tænke i det støttende og ledsagende princip. Jeg ved fra mine kontakter i Landsforeningen for efterladte, at vi ofte får opringninger fra pårørende, når der er sket et selvmordsforsøg i en familie, og det er bl.a. fordi de er bekymrede for, hvad der nu skal ske. Hvem følger op? Og hvordan undgår man, at det her bliver til et fuldbyrdet selvmord?

– Jeg vil gerne være med til fremover at få bedre belyst, at efterladte også er i en risikogruppe og derfor bør være mere synlige i forebyggelsesarbejdet, og så vil jeg fremover arbejde for at styrke vores lokale kredse, så der bliver flere mødesteder for efterladte, gerne i form af sorggrupper eller selvhjælpsgrupper. Jeg håber, at jeg selv kan bruges som underviser, fordi jeg ved, hvad det vil sige at være efterladt og samtidig har pædagogiske erfaringer fra min uddannelse.



Denne rapport gengiver indlæg fra National Konference om selvmordsforebyggelse på Nyborg Strand, juni 2004. Formålet med konferencen var at gøre status efter 5 år med en særlig forebyggelsesindsats og samtidig videregive erfaringer og anbefalinger, som kan tjene til inspiration i tilrettelæggelsen af det fremtidige selvmordsforebyggende arbejde.