

Bilagsdel til forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark

Forord

På opfordring af Sundhedsministeren blev der i sommeren 1997 i Sundhedsstyrelsens regi nedsat et udvalg, der havde til opgave at formulere et forslag til handlingsplan vedrørende forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark. Som en del af dette arbejde har et underudvalg udarbejdet en rapport vedrørende aktuel status for selvmordsadfærd i Danmark. Der har været indhentet statistisk materiale fra Center for Selvmordsforskning, Danmarks Statistik, Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi og Sundhedsstyrelsen.

Underudvalget har haft følgende sammensætning:

Overlæge Merete Nordentoft (formand), Bispebjerg Hospital, psykiatrisk afdeling

Seniorforsker Unni Bille-Brahe, Center for Selvmordsforskning

Overlæge Preben Bo Mortensen, Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning

Embedslæge Kate Runge, Embedslægeinstitutionen i Århus Amt

Fuldmægtig Kirsten Frederiksen, Sundhedsstyrelsen

Kontorchef Olaf Ingerslev Sundhedsstyrelsen.

Del I

Selvordsadfærd i Danmark

Statusopgørelse 1998

1. Indledning

Som en del af arbejdet med udarbejdelse af forslag til handlingsplan vedrørende forebyggelse af selvmord har et underudvalg fået til opgave at give en aktuel status over selvmord og selvmordsforsøg i Danmark, og at relatere den til forholdene i de øvrige nordiske lande. De statistiske oplysninger er sat i relation til forskningsresultater fra dansk, nordisk eller international forskning. Lignende data vedrørende perioden 1955-1991 har været præsenteret i Middellevetidsudvalgets Delrapport vedrørende Selvmordsdødelighed 1. En del af det materiale, der præsenteres i det følgende, er en opdatering af dette arbejde. Status er søgt opgjort således, at der fokuseres på eventuelle forebyggelsesmuligheder.

2. Definitioner

I WHO har man defineret selvmord som:

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

I denne definition er det ikke forudsat, at den afdøde skal have haft et dødsønske, men kun at den afdøde skal have ønsket forandringer. Det er hensigtsmæssigt, da dødsønsket ofte er ambivalent og under alle omstændigheder vanskeligt at fastslå hos en afdød. Personer, der foretager selvmordshandlinger har ikke altid klare forestillinger om handlingens farlighed, og det er derfor vigtigt, at der står at afdøde skal have haft viden *eller forventning* om et dødeligt udfald.

Selvmordsforsøg eller parasuicidium er defineret som:

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

Heller ikke denne definition gør tilstedeværelsen af et dødsønske til en forudsætning for, at en selvdestruktiv handling falder ind under definitionen. I definitionen har man med vendingen *ikke vanemæssig adfærd* sørget for, at vanemæssig forgiftning med alkohol eller medicin hos alkohol- eller medicinmisbrugere ikke klassificeres som selvmordsforsøg. Det er værd at notere sig, at definitionen på selvmordsforsøg ikke indeholder krav vedrørende den somatiske farlighed af handlingen.

Selvmordsadfærd omfatter selvmord, selvmordsforsøg, selvmordstrusler.

Selvordstanker omfatter et ret bredt spektrum spændende fra en kortvarigt strejfende tanke til plagsomme, konstant tilstedeværende selvmordsovervejelser. I undersøgelser af selvmordstanker er anvendt forskellige formuleringer, og formuleringerne er i høj grad styrende for afgrænsning af det fænomen, der belyses.

Selvordshyppigheder opgives i selvmordsrater, beregnet som antal selvmord per 100.000 i befolkningen per år. Normalt opgives raten for den voksne befolkning, dvs. 15 år og ældre. Grunden er, at da selvmord forekommer sjældent blandt børn under 15 år, vil rater beregnet på de totale befolkningstal undervurdere hyppigheden i den voksne befolkning.

3. Selvmord i Danmark

Der eksisterer i Danmark et righoldigt materiale vedrørende selvmord, idet dansk selvmordsstatistik går helt tilbage til 1835. [Figur 1](#) viser udviklingen i selvmordshyppigheden gennem de 160 år statistikken er blevet ført. Som man kan se, har der i perioden været store variationer i selvmordshyppigheden med meget høje rater i sidste halvdel af forrige århundrede og igen omkring 1980, mens der i de senere år har været et markant fald. Da raterne ikke er alders-standardiserede, hvilket datagrundlaget ikke tillader, og raterne er beregnet på grundlag af totalbefolkningen (0+), kan ændringer i befolkningens aldersmæssige sammensætning forklare noget af variationen.

3.1 Køns- og aldersfordeling i historisk belysning

Som i de fleste andre lande, har selvmordsraten gennem alle årene været højere for mænd end for kvinder. Forskellene mellem kønnene er dog blevet mindre, hvad man tydeligt kan se af [figur 2](#). *Kurven* viser de aldersstandardiserede selvmordsrater fordelt på køn i perioden 1922-1996.

I 1996 var det samlede antal af selvmord i Danmark 892 (hvoraf et blev begået af en dreng under 15 år), hvilket er et fald på 3 procent i forhold til året før. Det skal dog bemærkes, at sammenligning mellem tallene fra 1996 og årene forinden skal gøres med en vis forsigtighed, idet reglerne for anvendelsen af dødsmåden "uoplyst", der omfatter tvivlstilfælde, nu er ændret. I 1996 blev 9 procent af dødsfaldene registreret under dødsmåden "uoplyst", i de tidligere år har procenten været omkring 6. Af de 892 personer, der var døde ved selvmord, var 630 mænd, svarende til 29,7 per 100.000 (15 år og derover), og 261 kvinder, svarende til 11,8 per 100.000 (15 år og derover). Antallet af døde ved selvmord var således godt 1 1/2 gang større end antal dødsfald i trafikken.

[Figur 3](#) viser udviklingen i aldersspecifikke selvmordsrater fordelt på køn for perioden 1922 - 1995. Generelt er der for mændenes vedkommende en stigende selvmordshyppighed med stigende alder, mens selvmordsraten for kvindernes vedkommende i mange år har haft sit maksimum blandt de 50-59 årige. I de senere år har der dog også for kvindernes vedkommende vist sig en klar sammenhæng mellem alder og selvmordshyppighed.

For mændenes vedkommende har selvmordsraten generelt vist en faldende tendens fra 1980 til 1995, bortset fra for de yngste (15-19 år), hvor den har været forholdsvis stabil. Blandt de ældste (70 år og derover) har tendensen været svagt stigende i perioden 1972-1995. For kvindernes vedkommende har der i det sidste årti i alle aldersgrupper været en faldende tendens, der dog i den yngste aldersgruppe har været ret ubetydelig. Af [tabel 1](#) fremgår, at der blandt de 10-14 årige er sket gennemsnitligt 2-3 selvmord årligt i perioden 1970-1974 til 1990-1994. I internationale sammenligninger er det et generelt fund, at selvmord forekommer hyppigst hos ældre, og undersøgelser tyder på, at de i ringere grad end yngre meddeler selvmordstanker før selvmordet.²

Der er ingen entydige forklaringer på de ændringer selvmordsraten har undergået. Det fald, der er sket i selvmordsraten i Danmark siden 1980 er forsøgt forklaret med:

* Introduktionen af de nye antidepressive stoffer, der dog først blev introduceret i 1990'erne, dvs. længe efter at faldet var en realitet.

* Den store medieomtale og de initiativer, der er taget for at forebygge selvmord har haft en gavnlig virkning.

* De stoffer, der anvendes til selvforgiftninger er mindre giftige nu, end de var tidligere.

* Der har i det danske samfund siden 1980 udviklet sig en større grad af fælles opfattelse, normer og værdier. Der foreligger ikke undersøgelser, der kan belyse disse hypoteser.

3.2 Geografisk variation 1972-1995

Af [figur 4](#) fremgår, at forskellen på selvmordshyppigheden mellem hovedstaden og det øvrige land er blevet betydeligt mindre i perioden 1972-1995. Det fald, der er sket i de samlede danske selvmordsrater skyldes først og fremmest nedgang i antal selvmord i hovedstaden. Denne udvikling gør sig gældende især for mænd og i mindre grad for kvinder. For mændenes vedkommende er der tale om en næsten fuldstændig udjævning af de forskelle, der tidligere har været mellem land og by. For kvindernes vedkommende er der imidlertid fortsat en betydelig højere selvmordsrate i hovedstaden end i de øvrige områder. Selvmordsraten blandt kvinder er dobbelt så høj i hovedstaden som i landkommunerne. Også i andre lande som Norge og Nordirland er beskrevet en udjævning af de forskelle, der tidligere har været mellem selvmordshyppigheden i forskellige geografiske regioner. Der er ikke længere så stor forskel på selvmordshyppigheden i byen og på landet. Dette må indebære, at en selvmordsforebyggende indsats ikke udelukkende skal rettes mod byområder.

3.3 Udviklingen i selvmordsmetoder 1922-1995

Som det fremgår af [figur 5](#), er der i perioden 1922 til 1995 sket store ændringer i metodevalg ved selvmord. Ved periodens begyndelse var hængning den mest almindelige metode blandt både mænd og kvinder, men senere blev selvforgiftning den mest brugte metode, navnlig blandt kvinder. I begyndelsen af halvfjerdserne udgjorde forgiftningsselvmod stadig den største andel af selvmordene også blandt mænd (45 procent), men andelen er efterhånden faldet til omkring 30 procent. Blandt mænd er hængning nu den hyppigst anvendte metode.

Både for mænds og kvinders vedkommende er der tale om et meget markant fald i antallet af selvmord ved forgiftning. Den faldende tendens i selvmordshyppigheden siden 1980 kan, som det fremgår af [figur 5](#) både for mænds og kvindernes vedkommende, forklares næsten udelukkende som et resultat af fald i antallet af forgiftningsselvmod. En gennemgang af data i dødsårsagsregisteret tyder på, at en væsentlig del af dette fald kan tilskrives de restriktioner, der er gennemført med hensyn til tilgængelighed af potentielt farlig medicin (afregistrering af barbiturater som sovemedicin, begrænsning af udskrivelse af dextropoxifen gennem registreringspligt) og ændret udskrivningspraksis i forhold til antidepressiv medicin (nye antidepressive midler har afløst ældre midler, der potentielt var mere farlige). I de senere år er der en tendens til, at andelen af selvmord med voldsomme metoder er stigende både blandt kvinder og mænd. Det gælder både hængning, skydning, drukning og andre metoder (herunder udspring fra højt sted, selvmord foran tog eller andet transportmiddel). Specielt blandt mænd sker der efterhånden flere selvmord ved skydning. Sammenlignet med de øvrige nordiske lande er der i Danmark langt flere, der begår selvmord ved forgiftninger ³.

I [tabel 2](#) er vist selvmordsmetoder i 1994 og 1995 for mænd og kvinder. Det bemærkes, at metoden selvpåført gasforgiftning anvendes ved over 100 selvmord årligt. Der er knapt 15 selvmord med svage smertestillende midler årligt. Hertil kommer, at der er yderligere knapt 10 dødelige selvforgiftninger med svage smertestillende midler, fejlklassificeret i gruppen andre og uspecificerede lægemidler, hvor der årligt i alt er knapt 100 dødsfald. For at øge mulighederne for monitorering af specielt selvmord ved forgiftning, må

påtegning af type af lægemiddel på dødsattesten for forgiftningsselv mord gøres obligatorisk.

4. Selvmordsstatistikens pålidelighed

En sammenligning af selvmordshyppigheder i forskellige lande og over tid forudsætter at opgørelserne over selvmord er pålidelige og sammenlignelige. Det betyder, at selvmordshyppighederne må vurderes med en vis forsigtighed i lande, hvor registrerings-procedureerne ikke er fuldt udbyggede, eller hvor selvmord fordømmes meget strengt. Selvmords-statistikernes pålidelighed og sammenlignelighed har gennem årene været et meget omdebatteret emne, men i de senere år synes der blandt de fleste forskere at være en vis enighed om, at eventuelle forskelle i registreringspraksis og procedure ikke kan forklare forskellene mellem landene og over tid⁴.

Der har siden 1977 været et betydeligt fald i den samlede obduktionsfrekvens i Danmark, og det har været drøftet, om dette fald har haft betydning for pålideligheden af den danske selvmordsstatistik. Obduktionsfrekvensen ved forskellige døds måder samt ved dødssted (hospital versus andre steder), er derfor undersøgt. Som det fremgår af [figur 6](#) er der ikke sket ændringer i obduktionsfrekvensen blandt personer med døds måden selvmord eller uoplyst døds måde. Der er et stort fald i obduktionsfrekvensen i forhold til alle dødsfald på hospital. Det er dette fald, der forklarer det samlede fald i obduktionsfrekvensen, og det skyldes først og fremmest faldet i obduktioner af personer døde ved naturlig døds måde og i nogen grad faldet i obduktioner af personer døde ved ulykker. Der er derfor ikke grund til at tro, at faldet i det samlede antal obduktioner påvirker pålideligheden af selvmordsstatistikken.

Af [figur 7](#) fremgår, at andelen af retslige obduktioner blandt personer døde ved selvmord og uoplyst døds måde siden 1977 har ligget højt. Der har været en klar stigende tendens, således at der nu blandt de obducerede med disse to døds måder foretages retslig obduktion i næsten alle tilfælde.

5. Internationale sammenligninger

Selv mordshyppigheden viser internationalt meget store forskelle. I de nordiske lande ligger selvmordsraten relativt højt sammenlignet med andre lande, specielt visse sydeuropæiske lande. De forskelle, der har kunnet observeres mellem katolske og andre lande, kunne indicere, at religionens fordømmelse af selvmord, eller det høje sociale integrationsniveau, der tidligere har karakteriseret et stærkt religiøst samfund, har virket dæmpende på selvmordsraten. Selvom selvmordshyppigheden er forskellig i forskellige lande og kulturer, er selvmord dog globalt forekommende. I langt de fleste lande stiger selvmordshyppigheden med alderen. I alle lande undtagen Kina er selvmordshyppigheden større blandt mænd end blandt kvinder. I de baltiske lande og i de tidligere østbloklande ligger selvmordshyppigheden nu blandt verdens højeste. De betydelige ændringer viser, at selvmordshyppigheden påvirkes af større samfundsmæssige ændringer. Der har i de senere år tegnet sig to meget tydelige tendenser. Selvmordsraten i de vesteuropæiske lande er faldet betydeligt, mens de

østeuropæiske lande har oplevet en markant stigning i selvmordsraten.

Selvordshyppigheden i Grønland er meget høj. Der er næppe tvivl om, at dette kan ses som udtryk for, at selvmordshyppigheden er afhængig af samfundsmæssige forhold. Specielt for Grønlands vedkommende spiller kulturelle forhold og ikke mindst ændringer i disse forhold givetvis en stor rolle, og hertil kommer en række forhold vedrørende arbejdsløshed, alkoholforbrug og tilgængeligheden af skydevåben.

[Figur 8](#) viser en oversigt over de aldersstandardiserede selvmordsrater for forskellige europæiske lande.

6. Selvmordsforsøg i Danmark

I modsætning til hvad der gælder for fuldbyrdede selvmord, findes der ikke hverken i Danmark eller i andre lande landsdækkende statistikker over selvmordsforsøg. Som led i et større fælleseuropæisk projekt initieret af WHO, er der siden 1989 i Fyns Amt sket en løbende registrering af alle selvmordsforsøg, der kommer behandlingssystemet til kendskab. Det kan tilføjes, at befolkningen i Fyns Amt udgør knap 10 procent af den danske befolkning, og at undersøgelser af en række parametre vedrørende sociodemografiske, socioøkonomiske og helbredsmæssige forhold har vist, at den fynske befolkning udgør et repræsentativt udsnit af den samlede danske befolkning ⁵.

I overensstemmelse med resultaterne fra internationale undersøgelser viser de fynske opgørelser, at der sker mindst 8-10 gange så mange behandlingskrævende selvmordsforsøg som fuldbyrdede selvmord. I 1996 var forsøgsraten 171 per 100.000 (15 år og over), fordelt på 163 per 100.000 for mænd og 218 per 100.000 for kvinder.

Også hyppigheden af selvmordsforsøg har været faldende gennem registreringsperioden, bortset fra for de 15-19 årige pigers vedkommende, hvor der i halvfemserne er sket en markant stigning.

I Landspatientregisteret i Sundhedsstyrelsen er der både en betydelig underdiagnosticering og fejlregistrering af selvmordsforsøg, derfor præsenteres alene data fra Fyns Amt.

6.1 Alder og kønsfordeling, udvikling over tid

Antallet af personer, der har foretaget selvmordsforsøg per 100.000 i baggrundsbefolkningen i Fyns Amt er faldet fra 1989 til 1996 for begge køns vedkommende *se [tabel 3](#)*.

Af *figur 9* fremgår, at flere kvinder end mænd foretager selvmordsforsøg, der fører til kontakt med sygehusvæsenet.

Når personer, der har foretaget selvmordsforsøg opgøres i aldersgrupper, viser det sig, at der er færrest i de ældre aldersgrupper og flest i yngre aldersgrupper, *figur 10*. De seneste opgørelser viser, at den højeste rate aktuelt findes blandt 15-19 årige piger, og at raterne med en enkelt aldersgruppes undtagelse er højere blandt kvinder end blandt mænd. I modsætning til selvmord, hvor hyppigheden er højest blandt mænd og blandt ældre, er det altså først og fremmest yngre mennesker, og især yngre kvinder, der forsøger selvmord. Både alders- og kønsfordelingen for selvmordsforsøg er dermed helt forskellig fra alders- og kønsfordelingen for selvmord.

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

I en undersøgelse gennemført af Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE) blev en repræsentativ stikprøve af voksne danskere på 16 år og derover i 1994 kontaktet som led i en befolkningsundersøgelse. I alt 1362 personer svarede på spørgsmål vedrørende selvmordsadfærd, og disse var stort set repræsentative for de adspurgte (lidt flere gifte og lidt flere yngre blandt svarerne). I alt 6,9 procent af de adspurgte oplyste, at de inden for det sidste år havde haft tanker om at tage deres eget liv, og 3,4 procent svarede bekræftende på spørgsmål, om de nogensinde havde foretaget selvmordsforsøg. Kun i ca. halvdelen af tilfældene havde selvmordsforsøgene ført til kontakt med sundhedsvæsenet. Af *tabel 4* fremgår fordelingen af selvmordstanker og selvmordsforsøg i forskellige aldersgrupper. Som det fremgår af tabellen, er selvmordstanker mest hyppigt forekommende blandt unge, mens der ikke var statistisk sikre forskelle på aldersgrupperne med hensyn til selvmordsforsøg. En spørgeskemaundersøgelse blandt 15-24 årige i det danske uddannelsessystem har vist, at 40 procent på et tidspunkt havde haft alvorlige selvmordstanker, og at 5 procent havde foretaget mindst et selvmordsforsøg ⁶.

I *figur 11* er vist resultaterne af en registreringsundersøgelse, som er initieret af WHO i forskellige områder i Europa. Det fremgår, at i alle områder undtagen to er selvmordsforsøg hyppigere blandt kvinder end blandt mænd.

6.2 Metodevalg ved selvmordsforsøg

Selvforgiftning er langt den hyppigste metode ved selvmordsforsøg og anvendes som metode i et flertal af de selvmordsforsøg, der kommer til behandling i hospitalsvæsenet. Sådanne voldelige metoder er i forskellige opgørelser fundet anvendt i ca. 20 procent af de registrerede selvmordsforsøg ^{7,8}.

I den fynske registreringsundersøgelse fra Center for Selvmordsforskning ^{9,10} var næsten tre fjerdedele af selvmordsforsøgene i perioden 1989 - 1996 forgiftningstilfælde, [figur 12](#). Mest almindelig var overdosis af medicin, som oftest beroligende medicin eller sovemedicin (benzodiazepinpræparater, 47 procent af alle selvmordsforsøg) eller svage smertestillende midler (paracetamol eller kodimagnyl, 20 procent af alle selvmordsforsøg). Selvforgiftning var den hyppigst anvendte metode ved selvmordsforsøg både blandt kvinder og blandt mænd. Den næst hyppigste metode var snit- og stiklæsioner, som regel i hånden. Fordelingen af metodevalg viste sig at være meget stabil, og i [figur 12](#) er derfor vist den gennemsnitlige fordeling på metoder i perioden 1989-1996.

En dansk undersøgelse har vist, at der i perioden 1977 til 1992 skete en betydelig stigning i indlæggelser pga. forgiftning med svage smertestillende midler¹¹. Det skal bemærkes, at disse indlæggelser omfattede både indlæggelser på grund af bevidst selvforgiftning og ulykkestilfælde, men at langt den overvejende del skyldtes bevidst selvforgiftning. Af [figur 13](#) fremgår udviklingen i det årlige antal personer indlagt med forgiftning med svage smertestillende midler i perioden fra 1977 til 1996. Antallet er næsten femdoblet siden 1977, idet det er steget fra 266 til 1211 personer. Det årlige antal indlæggelser med forgiftning med svage smertestillende midler er steget mere end antallet af personer, hvilket er udtryk for, at en stigende andel foretager flere selvmordsforsøg årligt. I 1984 blev paracetamol og kodimagnyl frigivet som håndkøbsmedicin. Før 1984 var antallet af personer indlagt med forgiftning med svage smertestillende midler under 600 årligt. Den ret bratte stigning i antallet af personer, indlagt med forgiftning med svage smertestillende midler, sker imidlertid først i begyndelsen af 1990-erne. Der er ingen umiddelbar forklaring på denne stigning, som optræder flere år efter, at de svage smertestillende midler er frigivet som håndkøbsmedicin. Tidligere var der nogenlunde lige mange forgiftninger med paracetamol og acetylsalicylsyre, men i de senere år har der været langt flest paracetamolforgiftninger. Af [figur 14](#) ses personer indlagt med forgiftning med svage smertestillende midler i 1996 fordelt på forskellige aldersgrupper. Det fremgår, at indlæggelse med forgiftning optræder hyppigst hos unge piger.

7. Forklaringsmodeller

Problemet selvmord er komplekst og må belyses ud fra flere forståelsesrammer. Der er en stigende erkendelse af, at selvmordsadfærd er et multifaktorielte fænomen, og at de forskellige forklaringsmodeller ikke nødvendigvis er i modstrid med hinanden, men tværtimod ofte supplerer hinanden. Tværvidevidenskabelighed og tværfaglighed bliver derfor en væsentlig forudsætning for at opnå den forståelse for selvmordsadfærd, der er

forudsætningen for en effektiv forebyggende indsats.

Forklaringsmodeller, der fokuserer på nogle dimensioner udelukker ikke nødvendigvis forklaringsmodeller med et andet fokus. Således findes *sociologiske forklaringsmodeller*, der på overordnet niveau fokuserer på kulturelle, sociale, økonomiske, politisk og religiøse træk og mekanismer i samfundet, der kan påvirke menneskers tilbøjelighed til selvmordsadfærd. Centralt står her den franske sociolog Emile Dürkheim, der opererer med nøglebegrebet social integration¹², men også fra nyere forskere er der kommet en række værdifulde bidrag¹³⁻¹⁷, hvor kulturelle, juridiske, sociale og religiøse forhold er belyst i sammenhæng med selvmordsadfærd.

De *psykologiske forklaringsmodeller* fokuserer ofte på individuelle forhold og beskæftiger sig med samspillet mellem det enkelte individ og omgivelserne. De *psykiatriske forklaringsmodeller* beskæftiger sig med sammenhænge mellem psykiske lidelser og selvmordsadfærd, og som et specielt felt inden for denne forklaringsmodel har nyere *neurobiologisk forskning* belyst sammenhængen mellem signalstoffer i hjernen og selvmordsadfærd.

8. Risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøg

Både i de individuelle og i de generelle forklaringsmodeller kan man operere med begrebet risikofaktorer for selvmordsadfærd. Personer med en risikofaktor har en større risiko for at udvise selvmordsadfærd sammenlignet personer uden den pågældende risikofaktor. En risikogruppe er en gruppe mennesker, der er karakteriseret ved en risikofaktor. At tilhøre en risikogruppe indebærer en forøget risiko for selvmord, men da selvmord er en sjældent forekommende begivenhed, og da de kendte risikofaktorer for selvmord er uspecifikke, betyder det at tilhøre en risikogruppe ikke, at den enkeltes risiko for selvmord er meget stor. Langt størstedelen af personerne i en risikogruppe vil ikke dø ved selvmord. Selvmordsraten i et samfund kan i en simpel model ses som et samspil mellem selvmordsraten i forskellige risikogrupper og disse risikogrupperes størrelse. De store forskelle, som der, internationalt set, er i selvmordshyppighederne, kan imidlertid ikke alene forklares ved forskellig forekomst af nogle af de hidtil mest undersøgte risikofaktorer, som for eksempel depression. Hvis en model også skal kunne forklare internationale forskelle i selvmordsrisiko, må den blive mere kompleks og inddrage faktorer, der ikke nødvendigvis er knyttede til enkeltindivider; som fx kultur og religion.

De risikofaktorer, som er bedst dokumenterede inden for selvmordsforskningen, er psykisk sygdom, fysisk sygdom, misbrug, tidligere selvmordsforsøg, selvmord eller selvmordsforsøg i familien og sociale og familiemæssige forhold.

Risikofaktorer undersøges oftest inden for de individuelle forklaringsmodeller, men begrebet kan også anvendes i forklaringsmodeller, hvor så blot de undersøgte enheder bliver meget større, for eksempel forskellige landes befolkninger, forskellige religiøse grupper eller kulturer. Ved at fokusere på risikofaktorer er der en fare for at overse faktorer, der er svære at registrere, eller som er uspecifikke og vanskelige at afgrænse. Eksempler på dette kan være ringe traditioner for medmenneskelig omsorg eller generelt dårlig evne til at håndtere livskriser. Sådanne forhold vil være svære at indfange og beskrive i en risikofaktormodel. Hvis sådanne forhold har indflydelse på selvmordshyppigheden, vil det være meget vanskeligt at vise.

Både for selvmord og selvmordsforsøg må en række forhold indgå i vurderingen af en risikofaktors vægt i en forebyggelsespolitisk sammenhæng:

1. Hvor veldokumenteret er sammenhængen mellem risikofaktoren og forekomsten af selvmord eller selvmordsforsøg?
2. Hvor stærk er sammenhængen mellem risikofaktoren, selvmord og selvmordsforsøg?
3. Hvor udbredt er den pågældende risikofaktor?
4. Findes der en mulighed for at gøre risikofaktoren mindre udbredt?
5. Findes der mulighed for at mindske effekten af risikofaktoren?
6. Er den gruppe mennesker, som risikofaktoren findes i, tilgængelig for intervention?

Disse generelle overvejelser kan være retningsgivende for hvilke interventioner, som er hensigtsmæssige og mulige.

I individuelle forklaringsmodeller anvendes ofte risikofaktorer, der kan kategoriseres i sociale forhold, psykiatrisk og somatisk sygdom, kontakt til sundhedssektoren, psykologiske og biologiske risikofaktorer samt tidligere selvmordsadfærd. I generelle forklaringsmodeller indgår sociale og kulturelle risikofaktorer, men også generelle forhold som fx lysforhold.

I nogle undersøgelser er risikofaktorerens betydning for selvmord og selvmordsforsøg analyseret enkeltvist, men det optimale er, hvis samspillet mellem forskellige risikofaktorer kan belyses. Også internationalt mangler undersøgelser, der kan belyse dette samspil¹⁸.

8.1 Individuelle forhold

I det følgende gennemgås en række individuelle risikofaktorer inden for hovedgrupperne sociale forhold, psykisk og somatisk sygdom, tidligere selvmordsadfærd og psykologiske forhold.

Samspillet imellem en række risikofaktorer er belyst i Danmark vedrørende selvmord i perioden 1981-1994 i et tilfældigt udsnit på 5% af den danske befolkning i aldersgruppen 17-74 år (Mortensen PB, personlig meddelelse). I undersøgelsen indgik i alt ca. 250.000 personer, og i undersøgelsesperioden var der i denne gruppe 811 selvmord. Disse blev for hvert tilfælde af selvmord sammenlignet med 10 kontrolpersoner, der ikke havde begået selvmord, og blev analyseret ved hjælp af den statistiske metode betinget logistisk regression. Analysen gennemførtes således, at hver enkelt risikofaktor dels blev studeret, blot korrigeret for køn og alder, dels blev analyseret med justering for andre risikofaktorer. De foreløbige hovedresultater, som endnu ikke er offentliggjort, vises i [tabel 5](#). Tallene i første kolonne refererer til en analyse, hvor risikofaktoren kun er analyseret med justering for køn og alder, mens resultaterne i anden kolonne stammer fra en analyse, hvor den risiko, der knytter sig til den enkelte risikofaktor, er justeret for betydningen af de andre risikofaktorer i tabellen ud over køn og alder.

Samspillet mellem forskellige risikofaktorer og selvmordsforsøg i Danmark er belyst i en række undersøgelser, baserede på interview med personer, der i et bestemt optageområde kommer i kontakt med behandlingssystemet efter selvmordsforsøg.^{8,19-23} I enkelte af disse undersøgelser er baggrundsbefolkningen inddraget som en kontrolgruppe.

8.1.1 Familieforhold

Af [tabel 5](#) fremgår, at enlige og herunder især enlige uden børn havde øget selvmordsrisiko sammenlignet med samboende, hvorimod personer med børn under to år i særlig grad havde nedsat selvmordsrisiko. Betydningen af familieforhold viste sig dog ikke at spille så stor selvstændig rolle, idet den faldt betydeligt, når man analyserede den i samspil med de øvrige forhold, herunder specielt psykisk sygdom.

I forbindelse med udarbejdelsen af den finske handlingsplan for forebyggelse af selvmord gennemførtes en stor undersøgelse af alle de 1067 personer, der i 1987 var døde ved selvmord. I denne undersøgelse viste det sig, at der blandt de, der var døde ved selvmord var flere enlige end i baggrundsbefolkningen²⁴.

Sammenlignes personer, der har foretaget selvmordsforsøg med sammenlignelige grupper i baggrundsbefolkningen hvad angår alder og køn, viser undersøgelser, at færre er gifte, flere bor alene eller er alene med et barn end det er tilfældet i baggrundsbefolkningen^{8,20}. I den undersøgelse, som Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi gennemførte i 1994 viste det sig, at både selvmordstanker og selvmordsforsøg optrådte hyppigere hos ugifte, separerede og skilte end hos gifte.

8.1.2 Indkomstforhold

Både hvad angår indkomst og formue viser analyserne, der kun er justeret for køn og alder, at selvmord "vender den tunge ende nedad" med højere selvmordsrisiko jo lavere indkomst eller formue. Det var bemærkelsesværdigt, at efter korrektion for tidligere psykisk lidelse blev denne relation vendt om, således at det var de mest velstillede indkomstgrupper, der havde den højeste selvmordsrisiko. Dette skyldtes, at risikoen var størst for selvmord blandt psykiatriske patienter med de højeste indkomster, hvorimod det omvendte gjorde sig gældende for den del af befolkningen, der ikke havde været psykiatrisk indlagt. Forklaringen på dette kendes ikke, og der findes ingen internationale undersøgelser, som det kan sammenlignes med.

8.1.3 Arbejdsmarkedstilknnytning

I [tabel 5](#) såvel som i andre undersøgelser viste arbejdsløshed sig som en risikofaktor for selvmord. Betydningen af denne variabel svandt betydeligt og var netop kun signifikant, når der blev justeret for andre risikofaktorer. Hvad angår arbejdsmarkeds-tilknytningen i øvrigt, viste det sig, at risikoen var forhøjet både blandt modtagere af bistandshjælp og pensionister. Ved nærmere analyse viste det sig dog, at den øgede risiko i særlig grad var knyttet til personer på folkepension eller efterløn, dvs. ældre, der i forvejen har en forhøjet risiko. Førtidspensionister havde ikke signifikant øget risiko, når der vel at mærke var taget højde for andre risikoforhold inklusiv psykisk sygdom. Lignende kommentarer kan knyttes til dem, der havde modtaget sygedagpenge i en periode over 14 dage året før selvmordet.

Arbejdsløshed forekommer hyppigere end forventet hos personer, der har foretaget selvmordsforsøg, og i flere undersøgelser optrådte arbejdsløshed og førtidspension tilsammen mere hyppigt hos personer med selvmordsforsøg end forventet ud fra baggrundsbefolkningens forhold ^{8,20,23,25-38}.

Undersøgelsen fra Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi 1994 viste, at både selvmordstanker og selvmordsforsøg optrådte hyppigere hos 16-66 årige ikke erhvervsaktive end hos erhvervsaktive i samme aldersgruppe.

8.1.4 Erhverv

Læger har en højere selvmordshyppighed end baggrundsbefolkningen, specielt ved selvmord ved forgiftning³⁹⁻⁴². Der er ikke øget hyppighed af selvmord med voldelige metoder³⁹. Lægers viden om og adgang til medikamenter, der kan være dødelige må antages at spille en vigtig rolle for den høje dødelighed ved forgiftningsselv mord. Andre erhvervsgrupper med høj selvmordsdødelighed er hotel- og restaurationsbranchen og grupper uden for erhverv^{43,44}.

8.1.5 Psykosociale belastninger

Undersøgelser af hvilke belastninger, der har været inden selvmordet og selvmordsforsøget, møder mange metodologiske vanskeligheder, men det er dog et samstemmende fund, at personer, der foretager selvmordshandlinger befinder sig i belastede situationer. Alvorlige livsbegivenheder er sat i forbindelse med selvmordshandlinger, og der foreligger undersøgelser, der tyder på at alvorlige livsbegivenheder ofte går forud for selvmordsforsøg^{8,26,45,46}, og at konflikter med de nærmeste i mange tilfælde var den anledning, der udløste selvmordsforsøget.

8.1.6 Øvrige sociale risikofaktorer

Emigration har i flere undersøgelser vist at øge selvmordsrisikoen. Især blandt de emigranter, der tager fra lande med en lav selvmordsrate til lande med en højere selvmordsrate, har man fundet, at emigranternes selvmordsrate er højere end selvmordsraten både i oprindelseslandet og i det nye værtsland. I Danmark er der for få udenlandske statsborgere til at udregne forskelle i selvmordsrater.

I en svensk undersøgelse⁴⁷ er fundet en forøget risiko i en række indvandrergupper. Dette drejede sig dog især om indvandrere fra Finland og Østeuropa. Det er indvandrergupper, der kun udgør en meget begrænset andel af indvandrere i Danmark, og resultaterne er derfor svære at overføre til danske forhold.

Undersøgelse af den sociale integration blandt personer, der har foretaget selvmordsforsøg, er foretaget i to undersøgelser^{8,19}, hvori det konkluderes, at patienterne i hvert fald med hensyn til integration i nærmiljøet og samfundslivet er dårligere socialt integreret end baggrundsbefolkningen.

8.1.7 Psykisk sygdom

Metoden psykologisk autopsi har været anvendt til at bedømme baggrunden for selvmord. Psykologisk autopsi er en metode, hvor man undersøger alle tilgængelige informationskilder vedrørende en afdød og søger at danne sig indtryk af psykisk sygdom, forløbet op til selvmordet, kontakter til sundhedsvæsen, netværk, etc. Undersøgelser, der har anvendt denne metode, er samstemmende nået frem til, at de, der er døde ved selvmord, i langt de fleste tilfælde havde en behandlingskrævende psykisk sygdom.^{4,48-55} Da disse undersøgelser er gennemført efter den pågældendes død ved selvmord, kan omgivelserne imidlertid være mere tilbøjelige til at forklare afdødes tilstand og adfærd forud for selvmordet som et udtryk for psykisk sygdom, end tilfældet ville være, hvis samme tilstand og adfærd skulle forklares hos en person, der ikke var død ved selvmord.

Opfølgingsundersøgelser af psykiatriske patienter viser imidlertid også, at der blandt disse er en stor overdødelighed ved selvmord. Såvel ubehandlet som behandlet psykisk sygdom ses således at spille en betydelig rolle for senere selvmord. Selvmordshyppigheden er høj i flere forskellige diagnostiske kategorier, men specielt depressive tilstande optræder hyppigt og er forbundet med en høj selvmordsrate⁵⁶.

Også danske undersøgelser viser, at psykiatriske patienter har en høj og stigende dødelighed af selvmord. Dødeligheden har ydermere været stigende i en periode, hvor resten af befolkningens selvmordsdødelighed i øvrigt har været faldende. I en undersøgelse blandt skizofrene patienter⁵⁷ viste det sig, at bl.a. de ændringer, der er sket i indlæggelsesforløbet med kortere indlæggelser og hyppigere genindlæggelser, kunne være en del af forklaringen på denne stigning. Undersøgelsen viste også, at dødeligheden var særlig forhøjet umiddelbart efter udskrivelse af skizofrene patienter, et fund, der også genfindes generelt for psykiatriske patienter (jvf. [tabel 5](#)).

Af [tabel 5](#) ses, at risikoen for selvmord blandt psykiatriske patienter i sammenligning med indflydelsen af andre risikofaktorer er ekstremt forhøjet, specielt inden for det første år efter udskrivelse, samt under indlæggelse. I særlig grad er risikoen stærkt forhøjet umiddelbart efter udskrivelse. Ca. halvdelen af alle personer, der begik selvmord i undersøgelsesperioden havde tidligere eller aktuelt været psykiatrisk indlagt, og knap 30% af alle selvmord blev begået af mennesker, der enten aktuelt var indlagt eller havde været indlagt inden for det seneste år. Da psykisk sygdom behandlet uden indlæggelse på psykiatriske afdelinger ikke er systematisk registeret i Danmark, kunne dette ikke inkluderes i undersøgelsen. Dette vil medføre, at selv de meget høje risikoestimer fundet i denne undersøgelse antagelig er for små, hvis man vil vurdere den samlede betydning af psykisk sygdom for selvmordsdødeligheden i Danmark. Det fremgår af de enkelte diagnosegrupper i [tabel 5](#), at der var forskelle mellem grupperne, således at mennesker med maniodepressiv psykose og reaktive psykoser, som også i høj grad omfatter depressioner, havde en lidt højere risiko. Det skal dog erindres, at disse diagnosegrupper kun refererer til aktuelt eller tidligere indlagte patienter, hvilket vil sige, at risikoen sammenlignes med andre psykiatriske patienter, der jo alle har et meget højt niveau. Resultaterne giver derfor ikke anledning til at udvælge enkelte mindre grupper psykiatriske patienter som særligt sårbare eller relevante for intervention, hvorimod mere generelle tiltag over for hele patientgruppen synes mere relevante.

I en tidligere undersøgelse fra Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Afdeling for Psykiatrisk Demografi har man fundet, at der i perioden 1970 til 1987 er sket en fordobling af Standard Mortality Rate (SMR) blandt patienter med funktionelle psykoser (ikke-organiske psykoser, først og fremmest skizofreni og manio-depressiv psykose). Selvmordshyppigheden var alligevel ved undersøgelsens begyndelse langt højere end i baggrundsbefolkningen, og i løbet af de 17 år undersøgelsen strakte sig over, blev den markant højere^{1,58}. [Figur 15](#) viser hvordan SMR er steget både for mænd og kvinder, der har været i behandling for funktionelle psykoser. En anden undersøgelse viser, at for patienter, der diagnosticeres som skizofrene, er den relative risiko for selvmord størst blandt de yngste, og størst i de første år efter at behandling er påbegyndt samt, at risikoen har været stigende i perioden 1971 - 1987⁵⁹. Dette er illustreret i [figur 16](#).

Også selvmordsforsøg optræder meget hyppigere hos psykiatriske patienter end i baggrundsbefolkningen. En

undersøgelse af psykiatriske patienter i København i 1991 viste, at 2 procent foretog selvmordsforsøg under indlæggelse i løbet af en tre måneders observationsperiode (Nordentoft, M personlig meddelelse), og i en gruppe af københavnske patienter med langvarig kontakt med det psykiatriske behandlingssystem var det 6 procent, der havde foretaget selvmordsforsøg i løbet af det sidste år⁶⁰. Selvom litteraturen vedrørende selvmordsforsøg blandt psykiatriske patienter ikke er omfattende, er der ingen tvivl om, at psykiske lidelser, specielt depression og personlighedsforstyrrelser er forbundet med øget hyppighed af selvmordsforsøg.

8.1.8 Somatisk sygdom

Somatisk sygdom er en kendt risikofaktor for selvmord. Blandt de 923 personer, der var døde ved selvmord i 1995 var 75 registreret i Cancerregistret. Af disse var det imidlertid kun halvdelen, der havde fået diagnosticeret cancer efter 1989, og for enkeltes vedkommende var cancerdiagnosen 40 år gammel. Overdødeligheden ved selvmord hos personer, der har fået diagnosticeret cancer, er mellem 1,5 og 2,0, størst den første tid efter diagnosen⁶¹⁻⁶⁵. Også dissemineret sklerose, diabetes, AIDS og andre somatiske sygdomme er forbundet med overdødelighed ved selvmord⁶⁶⁻⁷¹, specielt har en nyligt offentliggjort undersøgelse vist, at der blandt patienter med hjerneblødning eller blodprop i hjernen (slagtilfælde) er en øget selvmordshyppighed⁷².

8.1.9 Kontakt til sundhedsvæsenet

Blandt de 923, der døde ved selvmord i 1995, havde 60 procent været i kontakt med sygehusvæsenet i året op til selvmordet, se [tabel 6](#). I alt 78 personer, svarende til 8 procent, begik selvmord under dag- eller døgnindlæggelse, heraf godt 2/3 (54 personer) på en psykiatrisk afdeling. Godt 100 personer gik i uafsluttet ambulantly behandling, mens de resterende 366 (40 procent) var udskrevet eller havde afsluttet et ambulantly forløb indenfor det sidste år op til selvmordet. Kontakt med alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger eller psykologer er ikke medregnet i denne opgørelse.

Fordelingen på kontaktgrupperne (ingen sygehuskontakt i året op til selvmord, selvmord under indlæggelse, afsluttet kontakt hhv. uafsluttet ambulantly behandling) var ikke signifikant afhængig af alderen, hverken for mænd eller kvinder. Derimod var der en signifikant forskel mellem kønnene, idet mændene oftere end kvinder var uden sygehuskontakt. Mere specifikt begik flere kvinder selvmord under en indlæggelse eller gik i uafsluttet ambulantly behandling på selvmordstidspunktet, hvorimod mænd og kvinder lige ofte havde afsluttet en kontakt i året op til selvmordet.

Metodevalget varierede i kontaktgrupperne. For begge køn gjaldt, at gruppen af personer, der begik selvmord under en dag- eller døgnindlæggelse var karakteriseret ved færre forgiftninger, skydninger og drukninger samt flere hængninger og udspring end de øvrige kontaktgrupper. Dog var gruppen i uafsluttet ambulantly behandling for kvindernes vedkommende identisk med gruppen, der begik selvmord under en indlæggelse,

hvad angik metodevalg.

For de 366 personer, der havde en afsluttet kontakt fremgår tidspunktet for sidste kontakt af [tabel 7](#). Psykiatriske kontakter ligger signifikant tættere på selvmordsdatoen end kontakter med somatiske sygehusafdelinger.

Ser man på alle kontakter inden for det sidste år op til selvmordet, havde i alt 240 svarende til 26 procent af de personer, der begik selvmord i 1995, været i kontakt med en psykiatrisk sygehusafdeling mindst én gang, eller de var aktuelt i behandling på en psykiatrisk afdeling.

I alt 64 personer er registreret med kontaktårsag selvmordsforsøg mindst én gang tidligere i året op til selvmordet, heraf er 8 registreret med 2 forsøg og en enkelt med tre forsøg. Dette er formentlig en undervurdering af det faktiske antal, dels indgår kun de selvmordsforsøg, der fører til sygehuskontakt, og dels er der en underrapportering af selvmordsforsøg i Landspatientregisteret. En signifikant større andel kvinder (30 svarende til 10 procent) end mænd (34 svarende til 5,5 procent) er registreret med tidligere selvmordsforsøg. Langt hovedparten af de ufuldbyrdede selvmordsforsøg er forgiftninger, således er 55 af de 64 personer registreret med selvmordsforsøg ved forgiftning. Der er ikke signifikant forskel på det endelige metodevalg mellem gruppen med, henholdsvis uden, selvmordsforsøg i året op til selvmordet, hverken for kvinder eller mænd.

I forbindelse med udarbejdelsen af den finske handlingsplan undersøgte alle, der var døde ved selvmord i 1987 ved hjælp af psykologisk autopsi. Man fandt, at over halvdelen havde haft kontakt inden for de sidste 4 uger, heraf 10 procent på selve dagen. Ved kontakten var selvmord blev drøftet i 22 procent af tilfældene, fortrinsvis ved samtaler med psykiater⁷³.

Også undersøgelser af personer indbragt til sygehus efter selvmordsforsøg viser, at en stor del af dem har haft kontakt med sundhedssektoren kort forud for selvmordsforsøget.

8.1.10 Misbrug

I en stor dansk undersøgelse⁷⁴ af over 18.000 brugere af et Københavns alkoholambulatorium fandt man ved en opfølgingsundersøgelse, at selvmordshyppigheden var markant større end i baggrundsbefolkningen (Standard Mortality Rate 20, Hanne Tønnesen, personlig meddelelse). Undersøgelser af selvmordsadfærd blandt klientellet i alkoholambulatorier og blandt patienter indlagt på psykiatrisk afdeling med

alkoholmisbrug har vist, at mere end en tredjedel tidligere har foretaget selvmordsforsøg⁷⁵. Ifølge Sundhedsstyrelsen er der i Danmark i dag ca. 80.000 alkoholmisbrugere, hvortil kommer et ukendt antal mennesker for hvem forbrug af alkohol er et stort problem, der skønnes 4 - 500.000. Talmæssigt er der altså tale om en meget stor risikogruppe.

I en undersøgelse baseret på dødsårsagsregisteret er der konstateret en stigning narkotikarelateret dødelighed i Danmark i perioden 1970 - 1993⁷⁶, og selvmord udgjorde 7 procent af de registrerede dødsfald. Specielt ved forgiftningsdødsfald hos stofmisbrugere kan døds måden være meget svær at fastslå, og der kan være et betydeligt mørketal. Antallet af stofmisbrugere i Danmark kan kun skønsmæssigt fastsættes. Der anslås aktuelt at være 12.500 stofmisbrugere i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 1997).

Både i danske og udenlandske undersøgelser er det dokumenteret, at misbrug af alkohol og stoffer er risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøg⁷⁷⁻⁸⁰. Der vil i øvrigt ofte være et betydeligt overlap imellem personer med misbrug og andre psykiske lidelser, idet hyppigheden af misbrug er stærkt forhøjet blandt patienter med psykiske sygdomme, ligesom mennesker med alkohol- og stofmisbrug har en betydelig overrisiko for undervejs at udvikle andre psykiske lidelser. Betydningen af disse to risikofaktorer kan derfor være vanskelige at vurdere hver for sig.

8.1.11 Tidligere selvmordsforsøg

Ved opfølgingsundersøgelser af personer, der har foretaget selvmordsforsøg, er det vist, at mellem 5 og 10 procent dør ved fuldbyrdet selvmord i løbet af en opfølgningsperiode på 5 til 10 år^{69,81}. I en stor undersøgelse fra København har man fundet, at der også er en betydelig overdødelighed af andre dødsårsager end selvmord, at selvmordshyppigheden i undersøgelsesgruppen var 30 gange højere end i en tilsvarende gruppe i baggrundsbefolkningen. Det viste sig, at flere tidligere selvmordsforsøg, stigende alder og det at bo alene var faktorer, der prædikerede selvmord i opfølgingsperioden⁸¹. I opfølgingsundersøgelser i Fyns Amt af personer, interviewet efter selvmordsforsøg har førtidspension, alvorlig psykisk lidelse, misbrug, dårligt socialt funktionsniveau, enlig stand, somatisk sygdom og tidligere selvmordsforsøg vist sig som værende prædiktorer for gentagne selvmordshandlinger^{70,82}. Det overlap, der er imellem selvmordsforsøg og psykiske lidelser samt misbrug betyder, at det er svært at vurdere betydningen af selvmordsforsøg alene uden samtidig hensyntagen til psykisk sygdom og misbrug. Imidlertid eksisterer der ingen landsdækkende registrering af selvmordsforsøg, hvilket hidtil har gjort det umuligt at vurdere disse faktorer samtidig.

Tidligere selvmordsforsøg er således en vigtig risikofaktor for senere selvmord og jo flere tidligere selvmordsforsøg, jo større risiko for fornyede selvmordshandlinger^{81,83}.

En særlig gruppe blandt de personer, der har foretaget selvmordsforsøg er gengangerne, dvs. personer, der tidligere har foretaget et eller flere selvmordsforsøg. Flere undersøgelser har fokuseret på forskellen mellem gengangerne og de øvrige patienter^{23,32-35,83,84} og har fundet, at gruppen af gengangere har lavere social status, er dårligere socialt fungerende, i færre tilfælde er gifte, oftere bor alene, oftere har en psykisk lidelse eller misbrug, oftere er i aktuel psykiatrisk behandling og oftere har en socialt belastet opvækst.

I en undersøgelse af personer med selvmordsforsøg i Fyns Amt, [tabel 7](#), var der blandt de 170 personer, der første gang havde foretaget selvmordsforsøg, 31 procent der i en opfølgingsperiode på 6 år gentog forsøget mindst en gang, mens 53 procent af de i alt 220 personer, der tidligere havde forsøgt selvmord, foretog et eller flere selvmordsforsøg i løbet af den 6 årige opfølgingsperiode^{9,10}.

De personer, der har foretaget flere selvmordsforsøg repræsenterer en gruppe, der udgør en højrisikogruppe med hensyn til senere selvmord og selvmordsforsøg. Med hensyn til forskellige af de undersøgte sociale og psykiatriske karakteristika ligner denne gruppe mere gruppen af personer, der er døde ved selvmord end den øvrige population af personer, der har foretaget selvmordsforsøg. I en undersøgelse er det påvist, at sundhedspersonale i nogle tilfælde har en afvisende holdning over for personer, der en eller flere gange indlægges med selvforgiftning⁸⁵.

8.1.12 Social og genetisk arv

Der er en tendens til at selvmord er ophobet i familier. Ved danske adoptionsstudier har man fundet at der kan være tale om en genetisk betinget ophobning⁸⁶. Andre undersøgelser peger på, at selvmordshyppigheden også er ophobet blandt ikke beslægtede individer, der er bragt sammen i en familie, og at det derfor også kan dreje sig om social arv. Man har opstillet den hypotese, at ophobning af selvmordshandlinger i en familie eller en gruppe kan være udtryk for, at selvmordshandlinger læres som accepterede løsningsmodeller.⁸⁷⁻⁸⁹

Undersøgelser over forekomst af selvmord og selvmordsforsøg i familien^{8,51,87,90,91} viser, at selvmord og selvmordsforsøg har optrådt særligt hyppigt i familierne til personer, der har foretaget selvmordsforsøg.

8.1.13 Psykologiske risikofaktorer

I undersøgelserne af de psykologiske forhold er fokuseret på specifikke personlighedsmæssige træk som impulsivitet, aggressionstendens, manglende fleksibilitet, passivitet, følelse af meningsløshed, håbløshed og manglende nuancering i tænkningen. En undersøgelse af selvmordshandlingers betydning som kommunikationsmiddel har vist, at personer med selvmordsadfærd ofte har vanskeligt ved at formulere og udtrykke sine tanker, og at de ofte har et meget unuanceret syn på sig selv og sin omverden⁸⁹.

8.1.14 Biologiske risikofaktorer

I Sverige er en betydelig forskning koncentreret om biologiske korrelater til suicidal adfærd, og man har opdaget, at tilstedeværelsen af bestemte biokemiske markører tyder på øget selvmordstilbøjelighed og øget aggressionstendens. Undersøgelser af rygmarvsvæsken tyder på, at en særlig lav koncentration af serotonin-

nedbrydningsproduktet 5-HIAA, (5 hydroxy indol amino acid) prædikterer senere selvmord med voldsomme metoder og anden impulspræget/ aggressiv adfærd⁹²⁻⁹⁴. En metaanalyse, baseret på 27 forskningsrapporter konkluderer, at der er stærk evidens for, at der er en sammenhæng mellem lav koncentration af 5-HIAA og voldsom selvmordsadfærd⁹⁵.

8.2 Generelle forhold

Den franske sociolog Emile Durkheim har haft stor gennemslagskraft i sine forsøg på at forklare den tilsyneladende lovmæssige forekomst af selvmordet i en størrelsesorden, der kun langsomt ændrer sig. Hans udgangspunkt var, at mennesket er et socialt væsen, afhængig af sociale fællesskaber, og han så høj selvmordshyppighed som et udtryk for uhensigtsmæssigt samspil mellem samfund, fællesskab og individ. I det klassiske værk "Le Suicide"¹² fra 1897 har han opstillet den hypotese, at selvmordsforekomsten er afhængig af den sociale integration i et samfund. Ifølge hans teori er selvmordshyppigheden afhængig af styrken af normer og krav til individet fra fællesskabets/ samfundets side, og af hvilken grad af fællesskabsfølelse det enkelte individ har overfor samfundet/ fællesskabet. Teorien opererer altså både på et samfundsmæssigt og et individuelt plan, og hypotesen er, at både for tætte og for løse bånd mellem individ og fællesskab kan føre til øget selvmordshyppighed.

Også en række andre sociologisk orienterede forskere har undersøgt sammenhængen mellem selvmord og forskellige samfundsmæssige forhold. Forhold som arbejdsløshed, skilsmisser og familieforhold i øvrigt, ensomhed, mobning, religion, juridiske forhold, og befolkningens holdninger til personer med selvmordsadfærd er undersøgt.

På europæisk plan har man i perioden 1961- 1963 og elleve år frem registreret sociale forhold, der korrelerede med selvmordsforekomsten.⁹⁶ Man fandt, at selvmord i 1961-1963 var korrelerede til forhold, der tydede på opbrud i tidligere familiemønstre, så som skilsmissehyppighed, andelen af kvinder i arbejde. Sammenligning mellem ændringer i selvmordsrater og ændringer i sociale forhold viste, at forhold, der var relaterede til kvinders ændrede status, samt forhold, der tydede på mindre social integration og socioøkonomiske forandringer korrelerede med øgning i selvmordsraten. Dette studie er forsøgt eftervist 16 år senere i de samme lande⁹⁷. Ved gentagelsen af undersøgelsen fandt man, at de samme forhold fortsat karakteriserede lande med høj selvmordsrate (flere skilsmisser, flere kvinder i arbejde, flere drab og færre børn). Det var imidlertid ikke de samme ændringer i sociale forhold, der korrelerede med ændringer i selvmordsraterne. I lande, der karakteriseres som "moderne" med mange skilsmisser og mange kvinder på arbejdsmarkedet, var der i den sidste undersøgelsesperiode et fald i selvmordsraten, mens lande med et mere traditionelt familiemønster har oplevet en stigning i selvmordshyppigheden. Konklusionerne på disse store undersøgelser, er at sociale korrelater til selvmordshyppigheden ændrer sig med samfundenes udvikling.

Lovgivning og strafferamme omkring selvmord (omkring assistance, rådgivning eller tilskyndelse til selvmord) i forskellige europæiske lande er i en stor undersøgelse sammenholdt med befolkningens holdninger til selvmordsadfærd og selvmordshyppigheden¹⁶. Man fandt, at i lande, hvor der var en mindre restriktiv lovgivning omkring selvmord, var der også en forstående holdning i befolkningen over for selvmord

og en højere selvmordsrate.

Med hensyn til selvmordsforsøg foreligger ikke lignende store undersøgelser, og i de færreste lande er det statistiske materiale vedrørende selvmordsforsøg så dækkende, at en sådan type undersøgelser kan gennemføres.

8.2.1 Imitationseffekt

I selvmordsforskningen er der flere eksempler på, at offentlig omtale af kendte personers selvmord kan føre til en bølge af selvmord og selvmordsforsøg⁹⁸⁻¹⁰⁵. Også TV-fremstilling af fiktive selvmordshandlinger har vist sig at kunne føre til et øget antal selvmord, specielt i befolkningsgrupper af samme alder og køn som den fiktive selvmorder^{106,107}. På den baggrund har man blandt selvmordsforskere haft mange diskussioner om, hvordan man bedst behandler emnet i medierne uden at risikere at fremkalde imitationshandlinger.

8.2.2 Tilgængelighed af metoder

Let tilgængelighed af selvmordsmetoder kan betragtes som en risikofaktor for selvmord og selvmordsforsøg. Tilgængelighed af selvmordsmetoder vil ofte på samfundsmæssigt plan have en vis sammenhæng med lovgivning desangående og holdninger til selvmord. Der er internationalt set store forskelle i valget af selvmordsmetoder, og disse forskelle afspejler ofte netop forskelle i tilgængeligheden. I USA, hvor våbenlovgivningen er meget lidt restriktiv, er selvmordsmetoden skydning langt mere almindelig end i Europa. Det forhold, at læger har en høj selvmordsrate ved forgiftningsselvmod, peger på at detaljeret viden om de enkelte stoffers farlighed og let adgang til medikamenter kan være en væsentlig faktor. Det er desuden vist, at mindsning af tilgængelighed af en selvmordsmetode ikke bare fører til at metoden afløses af en anden. Opfølgingsundersøgelser har vist at blandt personer, der har foretaget selvmordsforsøg, er det kun et mindretal (ca. 10 procent) som siden hen dør ved selvmord. Dette taler for, at selvmordshyppigheden kan mindskes, hvis farlige selvmordsmetoder gøres mindre tilgængelige. Fx er katalysator obligatorisk i alle nye biler, og dette reducerer drastisk farligheden af selvmordsforsøg med udstødningssgas. Disse forhold peger samlet på, at det er formålstjenligt at mindske tilgængeligheden af farlige medikamenter og andre mulige selvmordsmetoder.

8.2.3 Sæsonvariation

Der er små variationer i selvmordshyppigheden i løbet af ugen og i løbet af året. Der er lidt flere selvmord i ugens første dage end i de sidste og på årsbasis er april den måned, hvor der optræder flest selvmord. For selvmordsforsøg gælder, at der er lidt flere på søndage og mht. årstid flest i foråret og forsommeren^{108,109}.

9. Effekt af behandling

Der er meget dårlig dokumentation for effekten af forskellige behandlingstiltag overfor selvmordstruede personer. De færreste undersøgelser er gennemført med randomisering (baseret på lodtrækningsprincip) og er derfor præget af, at det er meget vanskeligt at adskille effekten af behandlingen fra de forhold hos den enkelte, der afgør om vedkommende søger behandling eller ej. Det er derfor vanskeligt at afgøre, om det er behandlingen, der har en god effekt eller om det er de personer, der søger behandlingstilbuddet, som under alle omstændigheder ville have en bedre prognose.

Af de få randomiserede forsøg, der er foretaget, viser en metaanalyse, at kun kognitiv adfærdsterapeutisk behandling så ud til at have en effekt på senere selvmordshandlinger ¹¹⁰, og selv denne konklusion hviler på et metodologisk tvivlsomt grundlag.

En foreløbig evalueringsrapport fra Center for Forebyggelse af Selvmord blandt unge i København viste, at den behandlede gruppe som helhed havde fået det bedre ved et års opfølgning, og at den behandlede gruppes størrelse var for lille til at en effekt på senere selvmord kunne bedømmes ⁷.

Der er iværksat en international undersøgelse med det formål at belyse effekten af interventioner i forhold til personer, der har forsøgt selvmord ¹¹¹.

10. Dansk forskning

Hverken i Danmark eller i andre lande er selvmordsforskningen så langt udviklet, at en række fundamentale spørgsmål vedrørende baggrunden for status og udvikling i antal selvmord og selvmordsforsøg kan besvares. Således er det for eksempel ikke muligt at give andet end hypotetiske svar på spørgsmålet om, hvorfor selvmordsforekomsten toppede i 1980, og hvorfor den fra 1980 til 1996 er blevet næsten halveret.

Centralt i selvmordsforskningen står spørgsmål om:

- Hvor mange begår eller forsøger selvmord?
- Kan der peges på grupper, der af en eller anden grund er særligt udsatte for forhøjet risiko for selvmord eller

selvordsforsøg?

- Hvad ved man om de bagvedliggende og udslagsgivende årsager?
- Hvad kan man gøre for at forebygge selvordsadfærd?
- Hvilke konsekvenser er der for de efterladte og omgivelserne?

Til trods for de høje selvords- og selvordsforsøgstal har der i Danmark, i modsætning til de fleste øvrige lande i den vestlige verden, gennem årene været en forholdsvis begrænset forskningsmæssig interesse for problemet. I de senere år er aktivitetsniveauet dog blevet noget optrappet, hvilket fremgår af den litteratursøgning vedrørende dansk selvordsforskning, der indgår i statusopførelsen.

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

I efteråret 1997 publiceredes en rapport fra Institut for Social Udvikling vedrørende dansk selvordsforskning, hvor det konstateredes, at Center for Selvordsforskning i Odense er den eneste institution, der modtager midler udelukkende til selvordsforskning, at dansk selvordsforskning er lavt prioriteret, og at der savnedes bredde og koordination i den forskning, der foregår i Danmark ¹¹².

Der er i løbet af de seneste 10 år forsvaret 2 doktordisputater inden for området. Det drejer sig om Jørgen Thorslunds disputats: "Ungdomsselvord og moderniseringsproblemer blandt Inuit i Grønland"¹¹³ og August Wangs disputats: "Suicidal Behaviour in a Low-incidence Population"¹¹⁴ (Færøerne). Herudover er udkommet tre Ph.D. afhandlinger, forsvaret ved Odense Universitet og en MPH-afhandling. De er alle baseret på interview og opfølgingsundersøgelser af personer, der har foretaget selvordsforsøg ^{70,82,89,115}. Herudover har en række danske forskere publiceret forskningsarbejde inden for selvordsområdet. Som bilag til denne redegørelse er optrykt en bibliografi vedrørende dansk forskning om selvord og selvordsadfærd, offentliggjort i perioden 1987 til 1998.

På visse områder har forskningsaktiviteten været lille. Det drejer sig om biologisk selvordsforskning, forskning i psykologiske aspekter i forbindelse med selvordsadfærd, forskning vedrørende betydningen af kulturelle forhold, holdninger, lovgivning, kommunikation, etc., samt forskning, der benytter sig af metoden

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

Der efterlyses også internationale undersøgelser, der på befolkningsplan kan belyse samspillet mellem forskellige risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøg¹⁸, og der vil være særligt gode muligheder for dette i Danmark, blandt andet ved den registerbaserede forskning nævnt ovenfor.

Forskningen foregår ved mange institutioner, inddragende mange forskellige faggrupper uden nogen større grad af koordinering. En institution, Center for Selvmordsforskning i Odense, har som led i udmøntningen af Socialministeriets satsreguleringspulje siden 1994 været finansieret over finansloven. Centeret har aktuelt fem ansatte og et årligt budget på 1,9 mill.kr. Centrets to registre vedrørende henholdsvis selvmord og selvmordsforsøg er godkendt som offentlige registre. Centret har siden 1994 haft status som "WHO Collaborating Centre for Prevention of Suicide." Udover forskningsopgaver har centret haft en betydelig aktivitet med hensyn til videnformidling og undervisning.

Ud over bevillingen til Center for Selvmordsforskning er der ingen faste bevillinger til selvmordsforskning i Danmark. Forskningen finansieres ved enkeltstående projektbevillinger, eller som delprojekter i andre studier, der ikke har selvmordsforskning som hovedtema.

Figurer og tabeller

Tabel 1. Antal døde ved ulykke, tvivlstilfælde og selvmord i aldergrupperne 5 - 9 og 10 - 14 årige 1970 - 1995 (fem-års gennemsnit)

/Tabel over antal døde ved ulykker, tvivlstilfælde og selvmord i aldersgrupperne 5-9 og 10-14 årige 1970-1995 (fem-års gennemsnit)/

Kilde: Registeret for Selvmord, Center for Selvmordsforskning

Tabel 2. Antal selvmord fordelt på køn og metodevalg (ICD10), 1994, 1995 (procent i parentes)

/tabel2/

Kilde: Registeret for Selvmord, Center for Selvmordsforskning

Tabel 3. Selvmordsforsøg i Fyns Amt, 1989 - 1996

/Tabel over selvmordsforsøg i Fyns Amt, 1989-1996/

Kilde: Registeret for Selvmordsforsøg, Center for Selvmordsforskning

Tabel 4. Forekomst af suicidal adfærd blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi 1994. Procent

/Tabel over forekomst af suicidal adfærd blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi 1994. Procent./

Kilde: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, 1994

Tabel 5. Risikofaktorer for selvmord i Danmark, 1982-1994 (se også følgende tabel)

/Tabel over risikofaktorer for selvmord i Danmark, 1982-1994/

* Omfatter førtidspensionister, folkepensionister og efterlønsmodtagere

Tabel 5. Risikofaktorer for selvmord i Danmark, 1982-1994

/Tabel over risikofaktorer for selvmord i Danmark, 1982-1994, fortsat/

Kilde: Afdeling for Psykiatrisk Demografi, Institut for Psykiatrisk Grundforskning

Tabel 6. Kontakt med sygehus i året op til selvmord for 923 personer døde ved selvmord i 1995

/Tabel over kontakt med sygehus i året op til selvmord for 923 personer døde ved selvmord i 1995/

Kilde: Sundhedsstyrelsen, Landspatientregistret og Dødsårsagsregistret

Tabel 7. Tidspunkt for sidste kontakt med sygehus det sidste år for 366 personer, døde ved selvmord i 1995 og i året op til selvmordet udskrevet efter indlæggelse eller afsluttet efter ambulans forløb

/Tabel over tidspunkt for sidste kontakt med sygehus det sidste år for 366 personer, døde ved selvmord i 1995 og i året op til selvmordet udskrevet efter indlæggelse eller afsluttet efter ambulans forløb/

Kilde: Sundhedsstyrelsen, Landspatientregistret og Dødsårsagsregistret

Tabel 8. Selvmordsforsøgere, registreret i perioden 01.04.89 - 31.03.90 fordelt på recidiv.6 års opfølgingsperiode

/Tabel over selvmordsforsøgere, registreret i perioden 01.04.89-31.03.90 fordelt på recidiv. 6 års opfølgingsperiode./

Kilde: Registret for Selvmordsforsøg, Center for Selvmordsforskning

Fig. 1. Selvmordsrater per 100.000 (0 år og over) fordelt på køn, 5 års gennemsnit, 1835-1996

/Kurver over selvmordsrater per 100.000 (0år og over) fordelt på køn, 5 års gennemsnit, 1835-1996/

Kilde: Statistiske Efterretninger, Danmarks Statistik 1984:16, Registeret for Selvmord, Center for Selvmordsforskning

Fig. 2. Aldersstandardiserede selvmordsrater per 100.000 (15 år og over) fordelt på køn, 1922-1996 (standardiseringsår 1955)

/Kurver over aldersstandardiserede selvmordsrater per 100.000 (15 år og over) fordelt på køn, 1922-1996 (standardiseringsår 1955)/

Kilde: Registret for Selvmordsforsøg, Center for Selvmordsforskning

Fig. 3. Aldersspecifikke selvmordsrater per 100.000 fordelt på køn og alder, 1922-1995

/Kurver over aldersspecifikke selvmordsrater per 100.000 fordelt på køn og alder, 1922-1995/

Kilde: Registret for Selvmordsforsøg, Center for Selvmordsforskning

Fig. 4. Aldersstandardiserede selvmordsrater per 100.000 (15 år og over) fordelt på køn og geokoder, 1972-1996 (standardiseringsår 1984)

/Kurver over aldersstandardiserede selvmordsrater per 100.000 (15 år og over) fordelt på køn og

geokoder, 1972-1996 (standardiseringsår 1984)/ /Oversigt over geokoder/

Kilde: Registret for Selvmordsforsøg, Center for Selvmordsforskning

Fig. 5. Selvmordsrater per 100.000 (15år og over) fordelt på køn og metoder, 1922-1995

/Kurver over selvmordsrater per 100.000 (15 år og over) fordelt på køn og metoder, 1922-1995/

Kilde: Registeret for Selvmord, Center for Selvmordsforskning

Fig. 6. Obduktionsfrekvensen procentvis fordelt på døds måde (selvmord, uoplyst, ulykke, total) og dødssted (sygehus hvv. andet), 1977-1996

/Kurver over obduktionsfrekvensen procentvis fordelt på døds måde (selvmord, uoplyst, ulykke, total) og dødssted (sygehus hvv. andet) 1977-1996/

Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsstyrelsen

Fig. 7. Andelen af retslige obduktioner fordelt på døds måde (selvmord, uoplyst, ulykke, total), 1975-1996

/Kurver over andelen af retslige obduktioner fordelt på døds måde (selvmord, uoplyst, ulykke, total), 1975-1996/

Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsstyrelsen

Fig. 8. Selvmordsrater per 100.000 (15 år og over) i forskellige europæiske lande fordelt på køn (sidste offentliggjorte tal i perioden 1990-1995)

/Stavdiagram over selvmordsrater per 100.000 (15 år og over) i forskellige europæiske lande fordelt på køn (sidste offentliggjorte tal i perioden 1990-1995)/

Kilde: Center for Selvmordsforskning

Fig. 9. Selvmordsforsøgsrater (hændelser) per 100.000 (15 år og over) fordelt på køn, Fyns Amt 1989-1996

/Kurver over selvmordsforsøgsrater (hændelser) per 100.000 (15 år og over) fordelt på køn, Fyns Amt 1989-1996/

Kilde: Registeret for Selvmordsforsøg, Center for Selvmordsforskning

Fig. 10. Aldersspecifikke selvmordsforsøgsrater (personer) per 100.000, Fyns Amt 1989-1996

/Kurver over aldersspecifikke selvmordsforsøgsrater (personer) per 100.000, Fyns Amt 1989-1996/

Kilde: Registeret for Selvmordsforsøg, Center for Selvmordsforskning

Fig. 11. Aldersstandardiserede selvmordsforsøgsrater per 100.000 (15 år og over) i forskellige europæiske områder, gennemsnit 1989-1993 (standard: den europæiske standardbefolkning i hht. FN: World Population Prospects 1992)

/Stavdiagram over aldersstandardiserede selvmordsforsøgsrater per 100.000 (15 år og over) i forskellige europæiske områder, gennemsnit 1989-1993 (standard: den europæiske standardbefolkning i hht. FN: World Population Prospects 1992)/

Kilde: Center for Selvmordsforskning

Fig. 12. Selvmordsforsøg (hændelser) blandt mænd og kvinder procentvis fordelt på metode, gennemsnit 1989-1996

/Lagkagediagram over selvmordsforsøg (hændelser) blandt mænd og kvinder procentvis fordelt på metode, gennemsnit 1989-1996/

Kilde: Registeret for Selvmordsforsøg, Center for Selvmordsforskning

Fig. 13. Antal personer indlagt efter forgiftninger med svage smertestillende midler, 1977-1996

/Kurve over antal personer indlagt efter forgiftninger med svage smertestillende midler, 1977-1996/

Kilde: Sundhedsstyrelsen, Landspatientregistret

Fig. 14. Personer indlagt i 1996 efter forgiftning med svage smertestillende midler fordelt på køn og alder

/Kurver over personer indlagt i 1996 efter forgiftning med svage smertestillende midler fordelt på køn og alder/

Kilde: Sundhedsstyrelsen, Landspatientregistret

Fig. 15. Risiko for selvmord, funktionelle psykoser i forhold til totalbefolkningen

/Søjlediagram over risiko for selvmord, funktionelle psykoser i forhold til totalbefolkningen/

Kilde: Afdeling for Psykiatrisk Demografi, Institut for Psykiatrisk Grundforskning

Fig. 16. Selvmord blandt skizofrene, relativ risiko fordelt på alder, køn og opfølgingsperiode

/Kurver over selvmord blandt skizofrene, relativ risiko fordelt på alder, køn og opfølgingsperiode/

Kilde: Afdeling for Psykiatrisk Demografi, Institut for Psykiatrisk Grundforskning

Litteratur

1. Middellevetidsudvalget. Sundhedsministeriet. Udviklingen i selvmordsdødelighed i Danmark 1955-1991. København: Sundhedsministeriet, 1994;1-47
2. De Leo D, Ormskerk SC. Suicide in the Elderly: general characteristics. Crisis 1991; 12:3-17
3. Bille-Brahe U, Jessen G. Suicide in Denmark, 1922-1991: The Choice of Method. Acta Psychiatr Scand 1994;**90**:91-96.
4. Sainsbury P. The epidemiology of suicide. In: Roy A, ed. Suicide. 1988;17-40, Williams & Williams, Baltimore, 1988.
5. Bille-Brahe U. Levekårene i Fyns Amt: en analyse på grundlag af Socialforskningsinstituttets Velfærdsundersøgelse. Odense Universitet, Odense 1982.
6. Jessen G, Andersen K, Bille-Brahe U. Selvmordstanker og selvmordsforsøg blandt 15-24 årige i det danske uddannelsessystem. Ugeskr for Læger 1996;**158**:5026-5029.
7. Mikkelsen D, Drejer K, Jensen HJ, Nordentoft M. Evalueringsrapport vedrørende Center for Forebyggelse af Selvmord hos unge i København. 1995;1-71.

8. Nordentoft M, Rubin PJ. Mental illness and social integration among suicide attempters in Copenhagen: comparison with the general population and a four-year follow-up study of 100 patients. *Acta Psychiatr Scand* 1993; **88**:278-285.
9. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1898-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996;**93**:327-338.
10. Bille-Brahe U. Selvmordsforsøg i Fyns Amt 1989/1990. *Ugeskr Laeger* 1991;**153**:1119-1122.
11. Nielsen AS, Nielsen B. Mønstret i præparatvalg ved intenderede selvforgiftninger - med særligt henblik på ændringer i ordinationsmønstret. *Ugeskr Laeger* 1992;**154**:1972-1976.
12. Durkheim E. *Le suicide*. Paris: Felix Alcan, 1897; Dansk udgave, FREMAD, København, 1978.
13. Stack S. The sociological study of suicide: methodological issues. *Suicide Life Threat Behav* 1987;**17**:133-150.
14. Gibbs JP, Martin WT. *Status Integration and Suicide*. Eugene: University of Oregon Books, 1964;
15. Giddens A. *Studies in Social and Political Theory*. London: Hutchinson, 1977;
16. Mäkinen IH. *On suicide in European countries. Some theoretical, legal and historical views on suicide mortality and its concomitants*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1997;

17. Hammerlin Y, Schelderup G. Når livet blir en byrde. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S, 1994;
18. Kreitman N. Research issues in the epidemiological and public health aspect of parasuicide and suicide. In: Goldberg D, Tantam D, eds. The public health impact of mental disorder. Toronto, Lewinston, NY, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers, 1990;73-82.
19. Bille-Brahe U, Wang AG. Attempted suicide in Denmark II: Social Integration. Soc Psychiatry 1985;**20**:45-62.
20. Bille-Brahe U, Hansen W, Kolmos L, Wang AG. Attempted suicide in Denmark I. Some basic social characteristics. Acta Psychiatr Scand 1985;**71**:217-226.
21. Bille-Brahe U, Jessen G, Nielsen E, Schiødt H, Niealsen AS. Attempted suicide in a Danish region 1989-1992. In: Kerkhof AJFM, Schmidtke A, Bille-Brahe U, Deleo D, Lönnquist J, eds. Attempted suicide in Europe. Findings from the multicentre study on parasuicide by the WHO regional office for Europe. DSWO PRESS, Leiden 1994.
22. Hansen W, Wang AG. Suicide attempt in a Danish region. Soc Psychiatry 1984;**19**:197-201.
23. Welcher B, Rubin PJ, Nordentoft M. Admission of self-poisoned patients during one year at the Poisoning Treatment Centre, Copenhagen, Denmark. Acta Psychiatr Scand Suppl 1993;**87**:38-44.
24. Heikkinen ME, Isometsä ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lönnquist JK. Social factors in suicide. Br J Psychiatry 1995;**167**:747-753.
25. Jones SC, Forster DP, Hassanyeh F. The role of unemployment in parasuicide. Psychol Med 1991;**21**:169-176.

26. Kreitman N. Parasuicide. London: John Wiley and Sons Ltd. 1977;
27. Jensen JB, Lærum H, Rasmussen S, Sørensen T. Veneficium medicamentale:102 tilfælde af bevidst selvforgiftning indlagt på en medicinsk afdeling. Ugeskr Laeger 1975;**137**:1247-1253.
28. Nordentoft M, Rubin PJ, Welcher B. Suicide and suicide attempts among young persons in Copenhagen. Nord J Psychiatry 1993;**47**:61-69.
29. Holding TA, Buglass D, Duffy JC, Kreitman N. Parasuicide in Edinburgh - A Seven-Year Review 1968-1974. Br J Psychiatry 1977;**130**:534-543.
30. Bryø-Jensen J. Selvmordshandlinger. Ugeskr Laeger 1978;**16**:931-937.
31. Rygnestad TK. A prospective 5-years follow-up study of self-poisoned patients. Acta Psychiatr Scand 1988;**77**:328-331.
32. Kreitman N, Casey P. Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study. Br J Psychiatry 1988;**153**:792-800.
33. Wang AG, Nielsen B, Bille-Brahe U, Hansen W, Kolmos L. Attempted suicide in Denmark III. Assesment af repeated suicidal behavior. Acta Psychiatr Scand 1985;**72**:389-394.
34. Buglass D, Horton J. The repetition of Parasuicide: A comparision of Three Cohorts. Br J Psychiatry 1974;**125**:168-174.

35. Ojehagen A, Regnell G, Traskman Bendz L. Deliberate self-poisoning: repeaters and nonrepeaters admitted to an intensive care unit. *Acta Psychiatr Scand* 1991;**84**:266-271.
36. Platt S, Kreitman N. Parasuicide and unemployment among men in Edinburgh 1968-82. *Psychol Med* 1985;**15**:113-123.
37. Bille-Brahe U, Wang AG. Attempted suicide in Denmark. II. Social integration. *Soc Psychiatry* 1985;**20**:163-170.
38. Runeson B, Eklund G, Wasserman D. Living conditions of female suicide attempters: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand* 1996;**94**:125-132.
39. Juel K, Mosbech J, Hansen ES. Dødelighed og dødsårsager blandt danske læger 1973-1992. *Ugeskr Læger* 1997;**159**:6512-6518.
40. Nordentoft M. Selvmord blandt læger. Oversigtsartikel. *Ugeskr Læger* 1988;**150**:2440-2443.
41. Bille-Brahe U. Læger og selvmord. *Månedsskr for praktisk lægegerning* 1995;**73**:409-410.
42. Anonymous *Occupational Mortality in the Nordic Countries 1971-1980*. København: Nordisk Statistisk Skriftserie, 1988;
43. Andersen O. Dødelighed og erhverv 1970-1980. *Statistiske Undersøgelser nr. 41 (Mortality and employment 1970 - 1980. Statistical research nr. 41)*. Copenhagen: Danmarks Statistik, 1985;
44. Ingerslev O, Madsen M, Andersen O. *Sociale forskelle i dødelighed i Danmark*. København:

Sundhedsministeriet, 1994;

45. Arcel LT, Mantonakis J, Petersson B, Jemos J, Kaliteraki E. Suicide attempts among Greek and Danish women and the quality of their relationship with husbands and boyfriends. *Acta Psychiatr Scand* 1992;**85**:189-195.

46. Marttunen MJ, Hillevi MA, Lönnqvist J. Precipitant stressors in adolescent suicide. *J Am Acad Child Psychiatry* 1993;**32**:1178-1183.

47. Johansson LM, Sundquist J, Johansson SE. Suicide among foreign-born minorities and native Swedes; an epidemiological follow-up study of a defined population. *Soc Sci Med* 1997;**44**:181-187.

48. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974;**125**:355-373.

49. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R Axes I and II diagnoses in suicides among 13 to 19 years olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991;**48**:834-839.

50. Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, Gassner S, Kayes J. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 1959;**49**:888-899.

51. Åsgård U. A psychiatric study of suicide among urban women in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 1990;**82**:115-124.

52. Beskow J. Suicide and mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1979;**277**:

53. Foster T, Gillespie K, McClelland R. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 1997;**170**:447-452.
54. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, et al. Mental Disorder and Comorbidity in Suicide. *Am J Psychiatry* 1993;**150**:
55. Runeson BS, Rich CL. Diagnostic comorbidity of mental disorder among young suicides. *Int Rev Psykiatr* 1992;**4**:197-203.
56. Nordentoft M, Rubin PJ. Selvmord blandt psykiatiske patienter.Oversigtsartikel. *Ugeskr Laeger* 1992;**154**:1481-1486.
57. Rossau CD, Mortensen PB. Risk factors for suicide in schizophrenic patients. A nested case-control study. *Br J Psychiatry* 1997;**171**:355-359.
58. Mortensen PB, Juel K. Mortality and Causes of Death in First Admitted Schizophrenic Patients. *Br J Psychiatry* 1993;**163**:183-189.
59. Mortensen PB. Suicide among Schizophrenic patients: Occurrence and risk factors. *Clin Neuropharmacol* 1995;**18**:1-8.
60. Knudsen HC, Jessen-Petersen B, Klitgaard V, Krasnik A, Nordentoft M, Sælan H. Distriktpsychiatri i København. En evaluering af de første to år. København: Institut for Social Medicin Københavns Universitet, 1992;
61. Storm HH, Christensen N, Jensen OM. Suicides among Danish patients with cancer: 1971 to 1986. *Cancer* 1992;**69**:1507-1512.

62. Allebeck P, Bolund C, Ringbäck G. Increased suicide rates in cancer patients. *J Clin Epidem* 1989;**42**:611-616.
63. Allebeck P, Bolund C. Suicides and suicide attempts in cancer patients. *Psychol Med* 1991;**21**:979-984.
64. Stenager EN, Bille-Brahe U, Jensen K. Kræft og selvmord. *Ugeskr Laeger* 1991;**153**:764-768.
65. Olafsen OM. Suicide Among Cancer Patients in Norway. In: Anonymous Depression and suicide. Pergamon Press 1, 1981;587-591.
66. Stenager EN, Stenager E, Jensen K. Attempted suicide, depression and physical diseases: A 1-year follow-up study. *Psychother Psychosom* 1994;**61**:65-73.
67. Stenager EN, Stenager E, Koch-Henriksen N, et al. Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992;**55**:542-545.
68. Stenager EN, Koch-Henriksen N, Stenager E. Risk for suicide in multiple sclerosis. *Psychother Psychosom* 1996;**65**:86-90.
69. Nielsen B, Wang AG, Bille-Brahe U. Attempted suicide in Denmark. IV. A five-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 1990;**81**:250-254.
70. Nielsen B. Prædiktorer for gentagen suicidal adfærd. Et klinisk epidemiologisk studie. Eget forlag, Odense, 1994.
71. Kyvik KO, Stenager EN, Green A, Svendsen A. Suicide in men with IDDM. *Diabetes Care* 1994;**17**:210-

212.

72. Stenager EN, Madsen C, Stenager E, Boldsen J. Suicide in patients with stroke: epidemiological study. *BMJ* 1998;**316**:1206

73. Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lönnquist JK. The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? *Am J Psychiatry* 1995;**152**:919-922.

74. Tonnesen H, Andersen JR, Jensen E, Juel K. Cancer morbidity in alcohol abusers. *Br J Cancer* 1994;**69**:327-332.

75. Benjaminsen SE, Thomsen RLT, Balsløv KD, et al. Faktorer relateret til suicidal adfærd blandt alkoholmisbrugere. *Ugeskr Laeger* 1998;**160**:3551-3556.

76. Juel K, Helweg-Larsen K. Narkotikarelateret dødelighed i Danmark. In: Sundhedsstyrelsen, ed. Dødsfald blandt stofmisbrugere 1970-1995 - stigning, stagnation, forandring. København: Sundhedsstyrelsen, 1996;8-15.

77. Miller NS, Mahler JC, Gold MS. Suicide risk associated with drug and alcohol dependence. *J Addict Dis* 1991;**10**:49-61.

78. Nielsen AS, Bille-Brahe U, Hjelmeland H, et al. Alcohol problems among suicide attempters in the Nordic countries. *Crisis* 1996;**17**:157-166.

79. Stenager EN. [Prevention and after-care of suicidal behavior--a literature review]. *Nord Med* 1991;**106**:160-163.

80. Hawton K, Fagg J, McKeown SP. Alcoholism, alcohol and attempted suicide. *Alcohol Alcohol* 1989;**24**:3-9.
81. Nordentoft M, Breum L, Munck LC, Nordestgaard AG, Hunding A, Bjældager PAL. High mortality by natural and unnatural causes: a 10 year follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts. *BMJ* 1993;**306**:1637-1641.
82. Stenager EN. *Attempted Suicide - Treatment and Outcome*. Odense: Odense Universitetsforlag, 1996;
83. Bille-Brahe U, Jessen G. Repeated suicidal behaviour: A two-year follow-up. *Crisis* 1994;**15**:77-82.
84. Öjehagen A, Regnéll G, Träskman-Bendz L. Deliberate self-poisoning: repeaters and nonrepeaters admitted to an intensive care unit. *Acta Psychiatr Scand* 1991;**84**:266-271.
85. Wasserman DW. The Intensive Care Unit and the Suicide Attempt Patient. *Acta Psychiatr Scand* 1985;**71**:581-595.
86. Schulsinger F, Kety SS, Rosenthal D, Wender PH. A family study of suicide. In: Schou M, Strömberg E, eds. *Origin, prevention and treatment of affective disorders*. London: Academic Press, 1979;277-287.
87. Kreitman N, Smith P, Tan ES. Attempted suicide in social networks. *Br J Prev Soc Med* 1969;**23**:116-123.
88. Kreitman N, Smith P, Tan ES. Attempted suicide as a language: an empirical study. *Br J Psychiatry* 1970;**116**:465-473.
89. Fleischer E. *Selv mord som non-verbal kommunikation - selvmordsforsøg som talehandling*. 1997;

90. Murphy G, Wetzel RD. Family history of suicidal behavior among suicide attempters. *Nervous and Mental Disease* 1982;**170**:86-90.
91. Roy A. Family history of suicide in manic-depressive patients. *Affective Disorders* 1985;**8**:187-189.
92. Åsberg M, Träskman L, Thoren P. 5-HIAA in the Cerebrospinal Fluid: A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry* 1976;**33**:1193-1197.
93. Nordström P, Åsberg M, Åberg-Wistedt A, Nordin C. Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1995;**92**:345-350.
94. Träskman-Bendz L, Alling C, Alsén M, Regnell G, Simonsen P, Öhman R. The role of monoamines in suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1993;**371**:45-47.
95. Lester D. The concentration of neurotransmitter metabolites in the cerebrospinal fluid of suicidal individuals: a metaanalysis. *Pharmacopsychiatry* 1995;**28**:45-50.
96. Sainsbury P, Jenkins J, Levey A. The Social Correlates of Suicide in Europe. In: Farmer R, Hirsch S, eds. *The Suicide Syndrome*. London: Croom Helm, 1980;38-53.
97. Mäkinen IH. Are there social correlates to suicide? *Soc Sci Med* 1998;
98. Bollen KA, Philips DP. Initiative suicides: a national study of the effects of television news stories. *Am Sociological Rev* 1982;**47**:802-809.

99. Philips DP. The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther-effect. *Am Sociological Rev* 1974;**39**:340-354.
100. Philips DP, Carstensen L. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *N Engl J Med* 1986;**315**:685-689.
101. Barraclough B, Shepard D, Jennings C. Do newspaper reports on coroner's inquest incite people to commit suicide? *Br J Psychiatry* 1977;**131**:528-532.
102. Fishman G, Weiman G. Motives to commit suicide: Statistical versus mass-mediated reality. *Arch Suicide Research* 1997;**3**:199-212.
103. Goldney RD. Suicide: the role of the media. *Aust N Z J Psychiatry* 1989;**23**:30-34.
104. Stack S. The media and suicide: A nonadditional model, 1968-80. *Suicide Life Threat Behav* 1993;**23**:63-66.
105. Wasserman IM. Imitation and suicide: a reexamination of the werther effect. *Am Sociological Rev* 1984;**49**:427-436.
106. Schmidtke A, Häfner H. The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychol Med* 1988;**18**:665-676.
107. Philips DP, Paight DJ. The impact of televised movies about suicide: a replicative study. *N Engl J Med* 1987;**317**:809-811.
108. Jessen G, Steffensen P, Jensen BF. Season and meteorological factors in suicidal behaviour. Some preliminary results and methodological considerations. *Archives of Suicide Research* 1998;**3**:

109. Jessen G, Andersen K. Temporal fluctuations and seasonality in attempted suicide in Europe. Archives of Suicide Research 1998;4:

110. Van der Sande R, Buskens E, Allart E, Van der Graaf Y, Van Engeland H. Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. Acta Psychiatr Scand 1997;96:43-50.

111. Hawton K, Arensman E, Townsend E. Systematic review of treatment studies of patients who have attempted suicide (protocol). Cochrane Library 1997;4:1. Forlag.

112. Winther IW, Høgsbro K. Kortlægning af dansk forskning vedrørende selvmord. 1997;1-50. Institut for social udvikling, København, 1997.

113. Thorslund J. Ungdomsselvord og moderniseringsproblemer blandt Inuit i Grønland. København: Forlaget SOCPOL, 1992; København 1992.

114. Wang AG. Suicidal behaviour in a low-incidence population. A Study of the Faroe Islanders. 1996;1-116. Fróskaparfelag, Torshavn, 1996.

115. Nordentoft M. Selvmord og selvmordsforsøg. Nordiska Hälsovårdhögskolan 1994;5:1-46.

Bibliografi over

Dansk forskning om selvmord og selvmordsadfærd

Følgende udgør resultatet af en søgning udført af Forskningsbiblioteket på Psykiatrisk Hospital i Århus. Søgningen omfatter tidsskriftsartikler fra peer reviewed videnskabelige tidsskrifter vedr. selvmord og selvmordsforsøg. De inkluderede artikler er enten udført af danske forskere, er udført ved danske forskningsinstitutioner, eller berører danske forhold. Sidstnævnte betyder, at der også er inkluderet enkelte arbejder, der kun mere perifert inddrager danske oplysninger til sammenligning med forhold i andre lande. Søgningen vedrører udelukkende forskning offentliggjort i perioden 1987 til primo 1998. Inkluderet er også Ph.D- og doktorafhandlinger fra danske universiteter og højere læreanstalter.

Nedenstående skal opfattes som en oversigt snarere end en komplet bibliografi, da visse tidsskrifter ikke er optaget i de anvendte litteraturbaser, og da indekseringen særligt af akademiske afhandlinger kan være inkomplet.

Preben Bo Mortensen

Overlæge, dr. med.

Reference

Ahrens B, Grof P, Moller HJ, Muller-Oerlinghausen B, Wolf T. Extended survival of patients on longterm lithium treatment. Canadian Journal of Psychiatry Revue Canadienne de Psychiatrie 1995;40(5):241-6.

Albrektsen SB, Thomsen JL. [Fatal gunshot injuries in East Denmark]. Ugeskr Laeger 1989;151(28):1803-5.

Anonymous. [Cancer and suicide (letter)]. [Danish]. Ugeskrift for Laeger 1991;153(20):1433-4.

Arcel LT, Mantonakis J, Petersson B, Jemos J, Kaliteraki E. Suicide attempts among Greek and Danish women and the quality of their relationships with husbands or boyfriends. Acta Psychiatrica Scandinavica 1992;85(3):189-95.

Aunsholt NA. Prolonged QT interval and hypokalemia caused by haloperidol. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989;79(4):411-2.

Bak S, Stenager EN, Stenager E, Boldsen J. Suicide in patients with motor neuron disease. *Behavioural Neurology* 1994;7(3-4):181-4.

Bech P. Assessment of illness severity and suicidal risk in mood disorders. *Depression* 1995;3(3):129-30.

Bech P. The Hamilton disorders. *Psychotherapy & Psychosomatics* 1993;60(3-4):113-5.

Benjaminsen S, Krarup G, Lauritsen R. Personality, parental rearing behaviour and parental loss in attempted suicide: a comparative study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990;82(5):389-97.

Benjaminsen SE, Thomsen RL, Balsløv KD, Gøtzsche-Larsen K, Berthou E, Rask PH, Petersen P, Nielsen AS, Nielsen B. Fatorer relateret til suicidal adfær blandt alkoholmisbrugere. *Ugeskr læger* 1998; 160/24:3551-3556.

Bhattacharya BB. Rural mental health [10]. *Medical Journal of Australia* 1993;158(2):140

Biering-Sorensen F, Pedersen W, Muller PG. [Spinal cord injuries caused by suicide attempts]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1993;155(37):2881-4.

Biering-Sorensen F, Pedersen W, Muller PG. Spinal cord injury due to suicide attempts. *Paraplegia* 1992;30(2):139-44.

Bille-Brahe U. Measuring social integration and social support. *Nordic Journal of Psychiatry* 1996;50(Suppl 37):41-6.

Bille-Brahe U, Jessen G, Jensen B. Monitoring repeated suicidal behavior: Methodological problems. Brian L. Mishara, Ed. (eds.). *The impact of suicide*. New York, NY, US: Springer Publishing Co; 1995:156-66.

Bille-Brahe U. Suicidal adfærd blandt læger. *Månedsskr Prakt Lægegern* 1995;409-416.

Bille-Brahe U. Death diagnoses among suicides: an overview based on official Danish records, 1972-1993. *Nord J Psychiatry* 1997;5(51):19-29.

Bille-Brahe U. Suicide in relation to other causes of death in Denmark, 1922-1991. *Nordic Journal of Psychiatry* 1994;48(4):257-61.

Bille-Brahe U. Langtidsvirkning af stigninger i forekomsten af suicidal adfaerd: Suicidal transmission blandt born og unge. / Longterm consequences of increasing rates of suicide and attempted suicide: Suicidal transmission among children and adolescents. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 1991;45(3):185-8.

Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D, Schmidtke A, Crepet P, Lonnqvist J, Michel K, Salander-Renberg E, Stiles TC, Wasserman D, et al. A repetition-prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from part II of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide in co-operation with the EC concerted action on attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997;95(2):81-6.

Bille-Brahe U, Andersen K, Wasserman D, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, De Leo D, Haring C, Hawton K, Kerkhof A, et al. The WHOEURO Multicentre Study: risk of parasuicide and the comparability of the areas under study. *Crisis* 1996;17(1):32-42.

Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D, Schmidtke A, Crepet P, Lonnqvist J, Michel K, Salander-Renberg E, Stiles TC, Wasserman D, et al. A repetition-prediction study on European parasuicide populations. Part II of

the WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide in cooperation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. *Crisis* 1996;17(1):22-31.

Bille-Brahe U, Jessen G. [Suicide in Denmark over 70 years, 1922-1991. General tendencies (see comments)]. [Danish]. *Ugeskrift for Læger* 1994;156(18):2759-63.

Bille-Brahe U, Jessen G. The frequency of suicide in individual Danish birth cohorts, 1922-1991. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 1994;24(3):275-81.

Bille-Brahe U, Jessen G. Repeated suicidal behavior: a two-year follow-up. *Crisis* 1994;15(2):77-82.

Bille-Brahe U, Jessen G. Suicide in Denmark, 1922-1991: the choice of method. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;90(2):91-6.

Bille-Brahe U, Jensen B, Jessen G. Suicide among the Danish elderly: now and in years to come. *Crisis* 1994;15(1):37-43.

Bille-Brahe U. The role of sex and age in suicidal behavior. [Review] [5 refs]. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum* 1993;371:21-7.

Bille-Brahe U. [Attempted suicides in the county of Funen in 1989/1990]. [Danish]. *Ugeskrift for Læger* 1991;153(16):1119-22.

Bille-Brahe U. II. Suicide and social integration. A pilot study of the integration levels in Norway and Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987;76(SUPPL. 336):45-62.

Bolwig TG. [Suicide among the elderly a failure of care? (editorial)]. [Danish]. *Ugeskrift for Læger* 1996;158

(5):577.

Brodsgaard I, Hansen AC, Vesterby A. Two cases of lethal nitrazepam poisoning. *American Journal of Forensic Medicine & Pathology* 1995;16(2):151-3.

Buchholtz-Hansen PE, Wang AG, Kragh-Sorensen P. Mortality in major affective disorder: relationship to subtype of depression. The Danish University Antidepressant Group. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993;87(5):329-35.

Christensen HB. Caustic ingestion in adults-epidemiology and prevention. *Journal of Toxicology Clinical Toxicology* 1994;32(5):557-68.

Christensen HB. [Ingestion of caustic agents. Epidemiology, pathogenesis, course, complications and prognosis]. [Review] [40 refs] [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1993;155(31):2379-82.

Dahl S. [Suicide among cancer patients (letter)]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1991;153(20):1432-3.

Damsbo N, Friberg S. [The suicidal patient. 2. Methods of suicide, diagnoses and social conditions]. *Ugeskr Laeger* 1989;151(13):828-32.

Damsbo N, Friberg S. [The suicidal patient. 1. Occurrence and relevance of contact with a general practitioner prior to the suicidal actions]. *Ugeskr Laeger* 1989;151(13):826-8.

Dewulf L, Nordentoft M, Breum L, Munck LK, Nordestgaard AG, Bjaeldager PAL, Hunding A. Attempted suicide: Are affective disorders missed? [7]. *British Medical Journal* 1993;307(6908):866

Dyrborg J, Wang A. Adolescent psychiatric patients with child psychiatric debut. A description of diagnostic

stability and change. *Nordic Journal of Psychiatry* 1997;51(3):153-8.

Ekedahl A, Lidbeck J, Lithman T, Noreen D, Melander A. Benzodiazepine prescribing patterns in a high-prescribing Scandinavian community. *European Journal of Clinical Pharmacology* 1993;44(2):141-6.

Engberg M. Mortality and suicide rates of involuntarily committed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89(1):35-40.

Eriksen L, Roving L. [Attempted suicide among adolescents-therapeutic possibilities in general practice and health and social services institutions]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1990;152(4):220-2.

Espensen AE, Krog-Meyer I, Borup C, Larsen JK. [Preventive aspects of suicidal behavior]. *Ugeskr Laeger* 1988;150(24):1464-7.

Falkenberg P, Jensen A. Time of incision in subcutaneous injection of paraffin. *Injury* 1991;22(4):331.

Ferrada-Noli M. A cross-cultural breakdown of Swedish suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997;96(2):108-16.

Fisker NJ, Andersen PK. [Death after earlier deliberate self-poisoning. A 10-year material from an intensive care unit]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1993;155(24):1857-61.

Fisker NJ, Garcia RS, Andersen PK. [Proved self-poisoning. A 10-year case load from an intensive care unit]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1991;153(12):840-4.

Fleischer E. Selvmord som non-verbal kommunikation - Selvmordsforsøg om som talehandling. Ph.d.-

afhandling. Odense Universitet, 1997.

Gjerris A. Are depressive disorders optimally treated in general practice? *Nordic Journal of Psychiatry, Supplement* 1997;51(38):49-51.

Goddard N, Subotsky F, Fombonne E. Ethnicity and adolescent deliberate self-harm. *Journal of Adolescence* 1996;19(6):513-21.

Gottlieb P, Gabrielsen G. The future of homicide offenders: Results from a homicide project in Copenhagen. *International Journal of Law and Psychiatry* 1990;13(3):191-205.

Gottlieb P, Kramp P, Gabrielsen G. The practice of forensic psychiatry in cases of homicide in Copenhagen, 1959 to 1983. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987;76(5):514-22.

Gram LF, Isacsson G, Bergman U, Freeman H. Moclobemide [24]. *Lancet* 1994;343(8898):679-80.

Gram LF. [Antidepressive drug therapy, suicidal tendency and suicide, 2 cases reported in connection with moclobemide (Aurorix) therapy]. *Ugeskr Laeger* 1994;156(38):5542.

Gram LF. Risk factors in antidepressant therapy. *NORD J PSYCHIATRY SUPPL* 1993;47(30):33-9.

Gram LF. Risk factors in antidepressant therapy. *European Neuropsychopharmacology* 1993;3(3):279-80.

Gregersen M. [Students arranged public meeting on suicide in youths]. *Sygeplejersken* 1988;88(37):36-8.

Hansen AC, Kristensen IB, Dragsholt C, Hansen JP. [Alcohol, drugs and narcotics in suicides in the Aarhus police district]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1995;157(11):1524-7.

Hansen AU, Simonsen J. The manner and cause of death in a forensic series of chronic alcoholics. *Forensic Science International* 1991;49(2):171-8.

Hansen HL. Surveillance of deaths on board Danish merchant ships, 1986-93: implications for prevention. *Occupational & Environmental Medicine* 1996;53(4):269-75.

Hansen PE, Wang AG, Kragh-Sorensen P. [Mortality suicide and natural death among depressed patients. Relation to type of depression]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1994; 156(48):7224-8.

Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hultén A, Bille-Brahe U, Bjerke T, Crepet P, Deisenhammer E, Kerkhof A, De Leo D, Michel K, Ostamo A, Philippe A, Querejeta I, Salander-Renberg E, Schmidtke A, Temesváry B. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:191-194.

Henningsen GJ. [Attempted suicide among children and adolescents therapeutic possibilities within the health care (letter)]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1990;(12):832-3.

Hjelmeland H, Stiles TC, Bille-Brahe U, Ostamo A, Salander-Renberg E, Wasserman D. Parasuicide: The value of suicidal intent and various motives as predictors of future suicidal behaviour. *Archives of Suicide Research* 1998;4(3):209-225.

Jarnvig IL, Eriksen HO. [Acute adult respiratory distress syndrome (ARDS) in a patient with amitriptyline poisoning]. *Ugeskr Laeger* 1991;153(11):793-4.

Jensen JB. Zolpidem-Euphoria, confusion/hallucination and suicide attempt. *Ugeskrift for Laeger* 1995;157(10):1369

Jensen S, Hansen AC, Kjeldsen NJ. [Salicylic acid poisoning]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1992;154(48):3417-23.

Jessen G, Arensman E. Developing a European Network for suicidology. *Crisis* 1996;17(4):184-5.

Jessen G, Andersen K, Bille-Brahe U. [Suicidal thoughts and suicidal attempts among 15-24 years old individuals in the Danish educational system]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1996;158(36):5026-9.

Jessen G, Steffensen P, Jensen BF. Seasons and meteorological factors in suicidal behaviour. *Findings and methodological considerations from a Danish Study*. *Archives of Suicide Research* 1998;4(3):263-280.

Jorgensen P. Course and outcome in delusional beliefs. *Psychopathology* 1994;27(12):89-99.

Jorgensen P, Mortensen PB. Cause of death in reactive psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992;85(5):351-3.

Juel K. [Suicide in Denmark (letter; comment)]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1994;156(32):4594-5.

Juel K. [The number of suicides in Denmark is not increasing (letter)]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1994;156(39):5714-5.

Kaa E, Teige B. Drug-related deaths during the 1980s. A comparative study of drug addict deaths examined at the institutes of forensic medicine in Aarhus, Denmark and Oslo, Norway. *International Journal of Legal Medicine* 1993;106(1):5-9.

Kaa E, Gregersen M. [Fatal poisonings in Jutland 1980-1989]. [Danish]. *Ugeskrift for Læger* 1993;155(32):2466-71.

Kaa E, Gregersen M. Fatal poisonings in Jutland (Denmark) during the 1980s. *International Journal of Legal Medicine* 1992;105(3):133-8.

Knudsen L, Lonka L, Sorensen BH, Kirkegaard L, Jensen OV, Jensen S. Benzodiazepine intoxication treated with flumazenil (Anexate, RO 151788). *Anaesthesia* 1988;43(4):274-6.

Knudsen PJ, Theilade P. Terminal ballistics of the 7.62 mm NATO bullet. Autopsy findings. *International Journal of Legal Medicine* 1993;106(2):61-7.

Kolmos L, Bach E. Sources of error in registering suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987;76(SUPPL. 336):22-43.

Kolmos L. Suicide in Scandinavia. An epidemiological analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987;76(SUPPL. 336):11-6.

Korner A, Nielsen BM, Eschen F, Møller-Madsen S, Stender A, Christensen EM, Aggernaes H, Kastrup M, Larsen JK. Quantifying depressive symptomatology: inter-rater reliability and inter-item correlations. *Journal of Affective Disorders* 1990;20(2):143-9.

Kragh-Sorensen P. Pharmacotherapy of the suicidal patient. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993;87(371): Suppl 57-59.

Krarup G, Nielsen B, Rask P, Petersen P. Childhood experiences and repeated suicidal behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991;83(1):16-9.

Krarrup G, Kristensen KS, Kvist J. [Suicide among children and young people under 30]. *Ugeskr Laeger* 1988;150(48):2956-8.

Kringsholm B, Kaa E, Steentoft A, Worm K, Simonsen KW. Deaths among drug addicts in Denmark in 1987-1991. *Forensic Science International* 1994;67(3):185-95.

Kringsholm B, Filskov A, Kock K. Autopsied cases of drowning in Denmark 1987-1989. *Forensic Science International* 1991;52(1):85-92.

Kristensen IB, Nielsen KR. [Suicide among the elderly in the county of Aarhus. A 10-year retrospective study of suicide among persons aged 65 and over]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1996;158(5):579-83.

Kristensen IB, Hansen AC. [Methanol poisoning in alcohol abusers]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1994;156(15):2250-1.

Kroon S, Worm AM. Zidovudine overdose. *International Journal of STD & AIDS* 1991;2(1):56-7.

Kyvik KO, Stenager EN, Green A, Svendsen A. Suicides in men with IDDM. *Diabetes Care* 1994;17(3):210-2.

Larsen FS, Clemmesen JO, Hansen BA. [Hemorrhagic pancreatitis. A rare complication of paracetamol poisoning]. *Ugeskr Laeger* 1995;157(7):898-9.

Larsen FW, Dahl V, Hallum E. A 30-year follow-up study of a child psychiatric clientele. I. Demographic description. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990;81(1):39-45.

- Laursen SB, Nielsen P, Hartmann-Andersen JF. [Massive theophylline poisoning. A case with survival without hemoperfusion]. *Ugeskr Laeger* 1993;155(43):3489-90.
- Leander P, Hove LD, Ott P. [Who dies of morphine and dextropropoxyphene intoxication? Danish experiences from the period 1979-1992]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1997;159(16):2370-4.
- Lester D. Suicide rates in cohorts over time in Denmark. *Perceptual & Motor Skills* 1994;79(2):974.
- Leth P, Vesterby A. Homicidal hanging masquerading as suicide. *Forensic Science International* 1997;85(1):65-71.
- Leth P, Hart-Madsen M. Suicide by self-incineration. *American Journal of Forensic Medicine & Pathology* 1997;18(2):113-8.
- Leth, P.M. Omkommet ved brand (ph.d.afhandling) 1998; Odense Universitet;
- Lomholdt JD, Mosbech J. [Deaths due to paracetamol poisoning in Denmark 1979-1992]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1995;157(7):874-6.
- Lutz FU, Reuhl J. [Epidemiology of suicide]. [Review] [23 refs] [German]. *Versicherungsmedizin* 1994;46(1):7-11.
- Lystbaek BB, Norregaard P. [A case of paracetamol retard poisoning with fatal outcome]. *Ugeskr Laeger* 1995;157(7):899-900.

Milroy CM. The epidemiology of homicidesuicide (dyadic death). *Forensic Science International* 1995;71(2):117-22.

Møller LM, Pedersen B. [High-dose adrenaline in the treatment of severe hypotensive crisis caused by a disulfiram-ethanol reaction]. *Ugeskr Laeger* 1990;152(34):2437-8.

Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 1993;163:183-9.

Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in schizophrenic patients in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990;81(4):372-7.

Mortensen PB. Ambidirectional studies an extension of longitudinal studies in psychiatry. *Psychiatric Developments* 1988;6(2):173-81.

Munk-Jorgensen P, Kastrup M, Mortensen PB. The epidemiology of mental disorders in Denmark. *Nordic Journal of Psychiatry, Supplement* 1996;50(36):15-24.

Munk-Jorgensen P, Mortensen PB. Is schizophrenia really on the decrease? *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* 1993;242(4):244-7.

Müller-Oerlinghausen B, Wolf T, Ahrens B, Glaenz T, Schou M, Grof E, Grof P, Lenz G, Simhandl C, Thau K, et al. Mortality of patients who dropped out from regular lithium prophylaxis: a collaborative study by the International Group for the Study of Lithium-treated patients (IGSLI). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996;94(5):344-7.

Müller-Oerlinghausen B, Wolf T, Ahrens B, Schou M, Grof E, Grof P, Lenz G, Simhandl C, Thau K, Wolf R. Mortality during initial and during later lithium treatment. A collaborative study by the International Group for the Study of Lithium-treated Patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;90(4):295-7.

Müller-Oerlinghausen B, Ahrens B, Volk J, Grof P, Grof E, Schou M, Vestergaard P, Lenz G, Simhandl C, Thau K, Wolf R. Reduced mortality of manic-depressive patients in long-term lithium-treatment: An international collaborative study by IGSLI. *Psychiatry Res* 1991; 36:329-331.

Müller-Oerlinghausen B, Ahrens B, Grof E, Grof P, Lenz G, Schou M, Simhandl C, Thau K, Volk J, Wolf R, Wolf T. The effect of long-term lithium treatment on the mortality of patients with manic-depressive or schizo-affective illness. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86: 218-222.

Nielsen AS, Bille-Brahe U, Hjelmeland H, Jensen B, Ostamo A, Salander-Renberg E, Wasserman D. Alcohol problems among suicide attempters in the Nordic countries. *Crisis* 1996;17(4):157-66.

Nielsen AS, Nielsen B. Mønstret i præparatvalg ved intenderede selvforgiftninger - *med særligt henblik på ændringer i ordinationsmønstret*. *Ugeskr Læger* 1992;154/23:1972-1976.

Nielsen AS, Nielsen B, Bille-Brahe U. Selv-forgiftninger og præparatvalg. Bør undersøgelser baseres på henvendelser eller patienter? *Nord J Psychiatry* 1992;46:195-199.

Nielsen AS, Stenager E, Brahe UB. Attempted suicide, suicidal intent, and alcohol. *Crisis* 1993;14(1):32-8.

Nielsen AS, Nielsen B. [Pattern of choice in preparation of attempted suicide by poisoning with particular reference to changes in the pattern of prescriptions]. [Danish]. *Ugeskrift for Læger* 1992;154(28):1972-6.

Nielsen AS, Nielsen B, Bille-Brahe U. Selv-forgiftninger og præparatvalg. Bør undersøgelser baseres på henvendelser eller patienter? / Self-poisonings and choice of toxic agent: Should calculations be based on number of events or on number of persons? *Nordic Journal of Psychiatry* 1992;46(3):195-9.

Nielsen B. Can suicide be predicted? *Nordic Journal of Psychiatry, Supplement* 1997;51(38):15-9.

Nielsen B, Petersen P, Rask PH, Krarup G. [Suicide and other causes of death in patients admitted for attempted suicide. 10-year follow-up]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1995;157(15):2149-53.

Nielsen, B. Prædiktorer for gentagen suicidal adfærd (ph.d.-afhandling) 1994; Odense Universitet.

Nielsen B, Wang AG, Brille-Brahe U. Attempted suicide in Denmark. IV. A five-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990;81(3):250-4.

Nielsen K. [Hyperpyrexia following poisoning with a monoamine oxidase inhibitor]. *Ugeskr Laeger* 1989;151(12):774-5.

Nordentoft M, Breum L, Munck LK, Nordestgaard AG, Hunding A, Bjaeldager PA. [High mortality from both natural and unnatural causes. A 10-year follow-up of patients admitted to a center for poisoning treatment after attempted suicide]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1994;156(42):6210-5.

Nordentoft M, Rubin P, Welcher B. / Suicide and suicide attempts among young persons in Copenhagen. *Nordic Journal of Psychiatry* 1993;47(1):61-9.

Nordentoft M, Breum L, Munck LK, Nordestgaard AG, Hunding A, Laursen Bjaeldager PA. High mortality by natural and unnatural causes: A 10 year follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts. *British Medical Journal* 1993;306(6893):1637-41.

Nordentoft M, Rubin P. Mental illness and social integration among suicide attempters in Copenhagen. Comparison with the general population and a four-year follow-up study of 100 patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993;88(4):278-85.

Nordentoft M, Rubin PJ. [Suicide among psychiatric patients]. *Ugeskr Laeger* 1992;154(21):1481-6.

Nordentoft M, Mogensen K, Engsig A, Winther A, Johansson M, Ronde B, Jensen BO. [Working and living conditions of Danish medical assistant]. [Danish]. *Nordisk Medicin* 1991;106(10):279-84.

Nordentoft M. [Suicide among physicians]. *Ugeskr Laeger* 1988;150(41):2440-3.

O'Grady JG. Paracetamol hepatotoxicity: how to prevent. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1997;90(7):368-70.

Ott P, Clemmesen JO, Larsen FS, Ring-Larsen H. [Poisonings due to analgesics during a period of 14 years in Denmark a registry study of the period 1979-1992]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1995;157(7):881-5.

Ott P, Dalhoff K, Hansen PB, Loft S, Poulsen HE. Consumption, overdose and death from analgesics during a period of over-the-counter availability of paracetamol in Denmark. *Journal of Internal Medicine* 1990;227(6):423-8.

Ott P, Hansen PB, Dalhoff KP, Loft SH, Poulsen HE. [Consumption of, overdose and fatal poisoning with analgesics in Denmark 1979-1986]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1990;152(4):250-2.

Pedersen KE. [Mortality trends related to suicide in Denmark and Copenhagen?]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1994;156(23):3504-5.

Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, De Leo D, Haring C, Lönnqvist J, Michel K, Phillippe A, Pommereau X, Querejeta I, Salander-Renberg E, Temesvary B, Wasserman D, Sampaio Faria J. Parasuicide in Europe: the WHO/Euro multicentre study on parasuicide I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:97-104.

- Rasmussen N. Long-term treatment with antidepressants. *Nordic Journal of Psychiatry, Supplement* 1997;51(38):43-7.
- Retterstol N, Gjertsen F, Ekeland H, Olving JH. [Suicide among young people aged 15-29 years in Oslo. The development in the Nordic countries and regional variations in Norway]. [Norwegian]. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening* 1993;113(16):1969-74.
- Retterstol N. Suicide in the Nordic countries. *Psychopathology* 1992;25(5):254-65.
130. Rogde S, Hougen HP, Poulsen K. Suicides in two Scandinavian capitals a comparative study. *Forensic Science International* 1996;80(3):211-9.
- Rosenberg NK. Psychotherapy of the suicidal patient. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993;87(371):Suppl 54-56.
- Rossau CD, Mortensen PB. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. *British Journal of Psychiatry* 1997;171:355-9.
- Rovsing L, Eriksen L. [Prevention of attempted suicide among young people]. *Nord Med* 1989;104(12):337-9.
- Roy A. Genetic and biologic risk factors for suicide in depressive disorders. *Psychiatric Quarterly* 1993;64(4):345-58.
- Roy A. Are there genetic factors in suicide? *International Review of Psychiatry* 1992;4(2):169-75.
- Sartorius N. Recent changes in suicide rates in selected Eastern European and other European countries.

International Psychogeriatrics 1995;7(2):301-8.

Schmidt VM. [Paracetamol and suicide (letter; comment)]. Ugeskr Laeger 1995;157(14):2022.

Schmidtke A, Bille-Brahe U, Kerkhof A et. al. The WHO/EURO multicentre project on parasuicide - State of the Art. Giornale Italiano di Suicidologia 1993;3(2):83-95.

Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D et. al. Attempted Suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1996; 93: 327-338.

Schou M. Mortality-lowering effect of prophylactic lithium treatment: A look at the evidence. Pharmacopsychiatry 1995;28(1):1.

Schou M, Weeke A. Did manic-depressive patients who committed suicide receive prophylactic or continuation treatment at the time? British Journal of Psychiatry 1988;153:324-7.

Segest E, Harris CN, Bay H. Dextropropoxyphene deaths in Denmark from the health authority point of view. Medicine & Law 1993;12(12):141-51.

Severinsen IK, Nielsen HK. [Nortriptyline poisoning with severe, treatable hypotension]. Ugeskr Laeger 1991;153(21):1501-2.

Simonsen E, Parnas J. Personality research in Denmark. Journal of Personality Disorders 1993;7(3):187-95.

Skielboe M, Andersen PM, Weber M, Jarnvig IL, Sztuk F, Jorgensen I. Reversal of benzodiazepine intoxication by flumazenil. Resuscitation 1991;22(3):245-52.

Skog OJ, Teixeira Z, Barrias J, Moreira R. Alcohol and suicide the Portuguese experience. *Addiction* 1995;90(8):1053-61.

Skog OJ. Alcohol and suicide in Denmark 1911-24 experiences from a 'natural experiment'. *Addiction* 1993;88(9):1189-93.

Sørensen SA, Fenger K. Causes of death in patients with Huntington's disease and in unaffected first degree relatives. *Journal of Medical Genetics* 1992;29(12):911-4.

Stentoft A, Teige B, Holmgren P, Vuori E, Kristinsson J, Kaa E, Wethe G, Ceder G, Pikkarainen J, Simonsen KW. Drug addict deaths in the Nordic countries: a study based on medicolegally examined cases in the five Nordic countries in 1991. *Forensic Science International* 1996;77(1-2):109-18.

Stentoft A, Worm K. Cases of fatal intoxication with Ketogan. *Journal Forensic Science Society* 1994;34(3):181-5.

Stentoft A, Worm K. [Triazolam (Halcion) poisoning]. [Danish]. *Ugeskrift for Læger* 1991;153(7):500-3.

Stenager E, Christensen LL, Jepsen I, Krarup G. Selvmordsforsøg, diagnose og behandling./ Attempted suicide, diagnosis and treatment. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 1992;46(1):33-9.

Stenager E, Stenager EN, Jensen K, Collard M, Davous P, Tillier JN, Torrent J. Multiple sclerosis and suicide [1]. *Revue Neurologique* 1992;148(1):72-3.

Stenager EN, Koch-Henriksen NJ, Stenager E. [Risk factors for suicide in patients with disseminated sclerosis]. [Danish]. *Ugeskrift for Læger* 1997;159(18):2690-3.

Stenager EN, Koch Henriksen N, Stenager E. Risk factors for suicide in multiple sclerosis. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1996;65(2):86-90.

Stenager EN. *Attempted suicide treatment and outcome: a clinical psychiatric study*. Odense: Odense University Press, 1996.

Stenager EN, Stenager E, Jensen K. Attempted suicide, depression and physical diseases: A 1-yr follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1994;61(1-2):65-73.

Stenager EN, Jensen K. Attempted suicide and contact with the primary health authorities. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;90(2):109-13.

Stenager EN, Wermuth L, Stenager E, Boldsen J. Suicide in patients with Parkinson's disease. An epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;90(1):70-2.

Stenager EN, Stenager E. Suicide and patients with neurologic diseases: Methodologic problems. *Archives of Neurology* 1992;49(12):1296-303.

Stenager EN, Stenager E, Koch Henriksen N, Bronnum Hansen H. Suicide and multiple sclerosis: An epidemiological investigation. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1992;55(7):542-5.

Stenager EN, Bille-Brahe U, Jensen K. [Cancer and suicide. Review of the literature]. [Danish]. *Ugeskrift for Læger* 1991;153(11):764-8.

Stenager EN, Christensen LL, Jepsen IM, Krarup G, Petersen P, Rasmussen GT, Benjaminsen S. [Attempted suicide and depression]. *Ugeskr Læger* 1991;153(12):836-9.

Stenager EN. [Prevention and after-care of suicidal behavior a literature review]. *Nord Med* 1991;106(5):160-3.

Stenager EN, Stenager E, Jensen K. [Suicide in patients with disseminated sclerosis. 5 case reports (letter)]. *Ugeskr Laeger* 1989;151(35):2216-7.

Stiles T, Bille-Brahe U, Bjerke T, Lönnqvist J, Jacobsson L, Wasserman D. WHO (Nordic) Multicentre Study on Parasuicide: Description and Present Status. *Nor J Psychiatr* 1993; 47:281-286.

Storm HH, Christensen N, Jensen OM. Suicides among Danish patients with cancer: 1971 to 1986. *Cancer* 1992;69(6):1507-12.

Tang D. Psychotherapy for train drivers after railway suicide. *Social Science & Medicine* 1994;38(3):477-8.

Taylor CJA. Physical complications of alcohol misuse. *Current Opinion in Psychiatry* 1990;3(3):380-3.

Theilade P. Carbon monoxide poisoning. Five-years' experience in a defined population. *American Journal of Forensic Medicine & Pathology* 1990;11(3):219-25.

Thomsen CB, Munch M. [Paraquat poisoning. Treatment and prognosis]. *Ugeskr Laeger* 1995;157(31):4355-7.

Thomsen JL. Diseases of the airways and lungs in forensic autopsy material of alcoholics. *Medicine, Science & the Law* 1997;37(1):23-6.

Thomsen JL. Chronic alcoholism in a forensic material. 2. Causes and manners of death in alcoholics. *Medicine, Science & the Law* 1996;36(3):209-16.

Thomsen JL. Mental disease in a forensic autopsy population of alcoholics. *Science & Justice* 1996;36(2):89-92.

Thomsen JL, Frohlich B. Drug abuse and intoxication in alcoholics. *Alcohol & Alcoholism* 1995;30(3):379-83.

Thomsen JL, Albrektsen SB. External appearance of forensic autopsy material of alcoholics. *Forensic Science International* 1995;71(1):65-71.'

Thomsen JL, Albrektsen SB. An investigation of the pattern of firearms fatalities before and after the introduction of new legislation in Denmark. *Medicine, Science & the Law* 1991;31(2):162-6.

Thomsen PH. A 22- to 25-year follow-up study of former child psychiatric patients: a register-based investigation of the course of psychiatric disorder and mortality in 546 Danish child psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996;94(6):397-403.

Thorslund, J. Ungdomsselv mord og moderniseringsproblemer blandt Inuit i Grønland (disputats) 1992; Roskilde Universitetscenter;

Thorslund J. Suicide among Inuit youth in Greenland 1977-86. *Arctic Medical Research* 1991;Suppl:299-302.

Vestergaard P, Aagaard J. Five-year mortality in lithium-treated manic-depressive patients. *Journal of Affective Disorders* 1991;21(1):33-8.

Wang A. Suicidal behaviour in a low-incidence population a study of the Faroe islanders. Torshavn: Føroya Fodskaparfelag, 1996.

Wasserman D, Fellman M, Bille-Brahe U, Bjerke T, Jacobsson L, Jessen G, Lonnqvist JK, Njastad O, Ostamo A, Salander-Renberg E. Parasuicide in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1994;22(3):170-7.

Welcher B, Rubin P, Nordentoft M. Admission of self-poisoned patients during one year at the Poisoning Treatment Centre, Copenhagen, Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum* 1993;371:38-44.

Winther G. Psychotherapy with manic-depressives: Problems in interaction between patient and therapist. *Group Analysis* 1994;27(4):467-74.

Worm K, Kringsholm B, Steentoft A. Clozapine cases with fatal, toxic or therapeutic concentrations. [Review] [8 refs]. *International Journal of Legal Medicine* 1993;106(3):115-8.

Del II

1 Forespørgsel vedrørende forebyggelses- og behandlingstiltag i Danmark

1.1 Metode

For at danne sig et billede af, hvad der eksisterer af danske initiativer og aktiviteter vedrørende forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg samt undersøge den aktuelle behandlingsindsats på området, har udvalget lavet en forespørgsel til alle landets amter samt kommuner med over 20.000 indbyggere (56). I undersøgelsen inddrages desuden arbejdsgruppens egen viden på området og oplysninger om projekter støttet af Socialministeriet og Sundhedsministeriets puljer.

Enslidende spørgsmål er udsendt til direktørerne/forvaltningscheferne inden for social- og sundhedsvæsenet og børne-ungeafdelingen i amterne, Frederiksberg og Københavns Kommuner samt til social- og sundhedsforvaltningen i kommunerne. Forvaltningscheferne i amterne blev bedt om at udpege lokale kontaktpersoner, som kunne være behjælpelige med at indsamle oplysningerne, og som arbejdsgruppen kunne henvende sig til for uddybning og supplement.

Formålet med undersøgelsen har primært været at få et overblik over, hvad der findes af specifikke tiltag og procedurer omkring de selvmordstruede og i hvilket regi de ellers behandles mhp. at kunne danne sig et indtryk af status, der kunne medvirke til udvalgets anbefalinger på selvmordsområdet.

Alle amter har besvaret henvendelsen. Besvarelserne er imidlertid meget uens og svarer ikke til en fuldstændig dækning af alle aktiviteter. Dette skyldes bl.a. manglende kendskab fra amternes side om hvad, der foregår på kommunalt plan. Derudover har kontaktpersonerne i mange tilfælde valgt, at lade én nøgleperson fra amtet indsamle oplysninger og besvare spørgsmålene. Svagheden ved denne fremgangsmåde har i nogle tilfælde været, at nøglepersonen ikke har været opmærksom på eller haft kendskab til tilbud i de forskellige sektorer og heller ikke haft tilstrækkeligt kendskab til private organisationer eller projekter. Dette var grunden til ovennævnte rundspørge til kommunerne.

Med det indsamlede materiale forekommer det rimeligt at aflæse nogle generelle tendenser i det selvmordsforebyggende arbejde, både hvad angår nyere initiativer, forbilledlige indsatser og mangelfuldt dækkede områder. Vi er opmærksomme på, at beskrivelsen ikke er fuldstændigt dækkende, men det kan antages at det indsamlede materiale giver et billede af bredden i indsatsen over for selvmordstruede personer.

Det er vurderet af arbejdsgruppen, at materialet har været relevant til at danne basis for udvalgets konklusioner, men ikke til at gengive i sin fulde version i bilagsdelen. Udvalget har derfor valgt at give en mere uddybende beskrivelse på de få specifikke tilbud, der eksisterer på nuværende tidspunkt samt give eksempler på projekter og andre tilbud, hvor selvmordstruede indgår i den samlede målgruppe.

1.2 Spørgsmål sendt til relevante aktører i amter og kommuner

1. Findes der i kommunen specifikke opfølgings- eller behandlingstilbud til selvmordstruede personer (personer med selvmordstanker og -forsøg), udover muligheden for henvisning til psykologer tilmeldt den offentlige sygesikring? Hvis ja, hvilke?

2. Hvilke tilbud er der om psykiatrisk tilsyn til selvmordsforsøgere, der er blevet behandlet på en somatisk afdeling?
3. Hvortil visiteres medicinsk færdigbehandlede selvmordsforsøgere, der ikke tilbydes eller ikke vil modtage behandling i psykiatrisk regi?
4. Hvilke selvmordsforebyggende initiativer findes der i kommunen rettet mod særlige grupper? (fx unge, ældre, misbrugere, indvandrere, kronisk syge).
5. Findes der tilbud til efterladte ved selvmord udover fra psykologer tilmeldt den offentlige sygesikring? Hvis ja, hvilke?
6. Hvilke specifikke støttemuligheder findes der til selvmordstruedes pårørende (selvhjælpsgrupper, telefonlinier mm)?
7. Findes der mulighed for døgnåbent/vagt, hvor en person, med selvmordstanker kan gå hen?

2. Specifikke Forebyggelsestiltag

2.1 Center til forebyggelse af selvmord i København

Baggrund

Center for Forebyggelse af Selvmord i København (CFFS) blev etableret som et 5-årigt behandlingsprojekt, finansieret af Sygekassernes Helsefond, Sundhedspuljen og Københavns Kommune. Centret, der begyndte sin virksomhed den 01.09.92, blev tilknyttet psykiatrisk afd. E, Bispebjerg Hospital, men blev placeret i Sct. Joseph-komplekset på Nørrebro. En geografisk placering uden for hospitalsrammer blev anset for vigtigt, da erfaringen er, at Centrets målgruppe ikke oplever sig som hørende ind under psykiatrien.

Organisatorisk tilhørsforhold

Pr. 01.01.98 overgik Centret til Hovedstadens Sygehusfællesskab, in casu Bispebjerg Hospital. Centret vil organisatorisk være en del af psykiatrisk voksenafdeling med status som afsnit, med reference til chefpsykolog under afdelingsledelsens samlede ansvarsområde.

Målgruppe

Centret er et tilbud til borgere mellem 16 og 45 år, der inden for den sidst forudgående måned inden henvisningen har forsøgt selvmord eller udvist selvmordsadfærd. Målgruppen er mennesker, der ikke er sindssyge og heller ikke har svære misbrugsproblemer. Mennesker, der ikke omfattes af målgruppen visiteres fortsat til det psykiatriske behandlingssystem og behandlingssystemer for misbrugere.

Visitation til Centret

Klienterne skal henvises af læge for at være lægeligt afklaret på henvisningstidspunktet.

Arbejdets organisering

Åbningstid: Centret tilbyder døgnophold i op til 14 dage for 6 personer ad gangen. Det betyder, at centret er døgnåbent alle ugens dage med mulighed for akut at modtage klienter, hvis der er ledige pladser. Hvis ikke, tilbydes et planlagt døgnophold snarest muligt.

Personalesammensætning: På baggrund af erfaringer med en mere bredt sammensat faggruppe har man fundet, at den efterspurgte ekspertise, kombineret med mulighederne inden for kortvarig døgnbehandling betyder, at indsatsen skal være af psykologisk og social karakter. Aktuelt består personalegruppen således af fire psykologer (incl. centerlederen), tre socialrådgivere og fem psykologistuderende, der udgør nattevagtkorpset, samt en sekretær.

Arbejdsopgaver

Behandling:

Som nævnt er denne organiseret som et tilbud om døgnbehandling i fjorten dage.

Under denne foregår der:

- * Støtte til bearbejdning af krisereaktioner i forbindelse med den aktuelle situation
- * Kortlægning af psykologiske og sociale problemområder, der har særlig relevans som baggrund og

udløsende faktorer for selvmordsforsøg

- * Træning i at identificere, prioritere og mobilisere løsninger på problemer
- * Udarbejdelse af en handleplan
- * Påbegyndelse af denne
- * Samarbejde med klienternes pårørende

Andre opgaver:

Overvejende information og undervisning af professionelle samarbejdspartnere. Dette er ressourcekrævende og har i væsentlig grad påhvilet centerlederen. Der er foregået følgeforskning vedr. bl.a. beskrivelse af klienterne og deres tilfredshed med tilbuddet.

Samarbejdsrelationer:

De afdelinger, der behandler selvmordsforsøgere er selvsagt nære samarbejdspartnere. Praktiserende læger kunne også være det, men henvisningstallet fra disse har været lavt.

I forbindelse med ophold på centret sker der megen social koordinering, som bringer centret i kontakt med først og fremmest det sociale system, men også med privatpraktiserende psykologer og frivillige organisationer. Som nævnt opfattes pårørende og det private netværk som vigtige samarbejdspartnere.

Opfølgning:

Alle klienter indkaldes til opfølgningssamtaler 1 måned, 3 mdr., 6 mdr. og 1 år efter ophold i Centret.

Erfaringer og fremtidsperspektiv.

Erfaringerne er beskrevet i henholdsvis årsberetninger og følgeforskning. Hertil skal knyttes nogle kvalitative kommentarer.

Centret har været nødt til at tilbyde enlige forsørgere med børn dagbehandling, da døgnbehandling ikke passer til denne gruppes behov. Det er opfattelsen, at der skal ske en intensiv indsats i den første tid efter selvmordsforsøg for at sikre klienternes samarbejde og tiltro til behandlingstilbuddet.

Det er centrets ønske at have mulighed for at tilbyde ambulante samtaler til klienter, som ikke ønsker ophold.

Fra opfølgningsamtalerne og følgeforskningen vides, at 70 procent er tilfredse med opholdet og klarer sig rimeligt. 30 procent er tilfredse med tilbuddet, men klarer sig lige så dårligt som på henvisningstidspunktet. Centret kunne ønske at konstruere et ambulant efterbehandlingstilbud til denne gruppe, da henvisning til anden instans tilsyneladende ikke har været tilstrækkelig støttende. Gruppen har gerne ville fortsætte i Centret, hvor de profiterer af den direkte og strukturerende behandlingsstil, mens de har haft vanskeligheder ved at skifte behandlingskontakt.

2.2 Center for Forebyggelse af Selvmordsadfærd, Odense

Baggrund

Centret blev etableret i maj 1992 finansieret af Sygekassernes Helsefond, Sundhedspuljen og Fyns Amt m.h.p. at varetage behandlingen i Odense Kommune af mennesker, der havde forsøgt selvmord. Fra 1. januar 1998 overgik centret fra at være et tidsbegrænset projekt til at være et permanent center, der planlægger at dække Fyns Amt. Finansieringen er nu amtskommunal.

Organisatorisk tilhørsforhold

Organisatorisk er centret en del af Psykiatrisk Afdeling på Odense Universitetshospital, og Centret er placeret i en villa tæt ved Odense Universitetshospital. Denne placering gør samarbejdet let med hensyn til muligheden for fremmøde på såvel de somatiske som psykiatriske afdelinger. Samtidig anses det for at være en fordel for klienterne, der kan finde det stigmatiserende at skulle møde på en psykiatrisk afdeling.

Målgruppe

Fra starten var målgruppen mennesker, der havde bopæl i Odense Kommune og som havde forsøgt selvmord. Mennesker med langvarigt misbrug, velkendt psykiatrisk lidelse og selvmordstruende klienter falder udenfor målgruppen. Centret har endvidere, i kraft af en explicit målsætning herom, ydet et gruppebehandlingstilbud til efterladte ved selvmord.

Visitationsprocedurer

Som følge af fokus på mennesker med et nyligt selvmordsforsøg er der etableret faste procedurer. Som hovedregel får centret via skadekort oplysninger fra de medicinske afdelinger, hvad der gør det muligt for centrets medarbejdere at kontakte de pågældende afdelinger og evt. etablere en aftale med klienten, inden denne forlader afdelingen. Samarbejdet med somatisk skadestue er endnu tættere, idet afdelingslægen i centret dagligt indhenter skadekort på patienter med selvtilføjet skade og eller forgiftning. Herefter indhenter skadestuepersonale tilladelse til, at centret må kontakte den pågældende. Før udskrivning gives tidspunkt for første kontakt på centret og der medgives pjece om centret. Da der er satset meget på at opfange klienterne under indlæggelse, er der relativt få henvisninger fra praktiserende læger, som også ville kunne henvise efter behandling. Andre professionelle instanser, der erfarer, at der hos en klient/patient har været tale om et selvmordsforsøg, kan ligeledes henvende sig.

Arbejdets Organisering

Åbningstider: Centret har åbent i almindelig dagarbejdstid ugens fem første dage. Ved behov herfor træffes der aftale med Psykiatrisk Skadestue om, at klienten kan henvende sig der uden for åbningstiden og uden lægehenvielse, som ellers er et krav.

Personalesammensætning: Centret har fem medarbejdere; en afdelingslæge, der er daglig leder, 1 socialrådgiver, 2 sygeplejersker, 1 sekretær.

Arbejdsopgaver

* Udredning/kontaktetablering

Rent praktisk lagde man i centret i starten vægt på, at første samtale skulle tilbydes som hjemmebesøg, men den kan også finde sted i Centret eller på en hospitalsafdeling. Der lægges vægt på en hurtig kontaktetablering som grundlag for at forhindre gentagne selvmordsforsøg. Der arbejdes med vurdering af risikoen herfor og "antiselvmondskontrakter", samtidig med at baggrunden for selvmordsforsøget kortlægges.

Behandlingstilbud

* Rådgivning

- * Kriseintervention
- * Støttende og pædagogiske samtaler
- * Kognitiv adfærdsterapi
- * Efterladte ved selvmord tilbydes deltagelse i sorggruppe

Undervisning og konsulentarbejde

Undervisning af professionelle prioriteres højt, og der er et fast tilbud til sygepleje- og lægestuderende ved hospitalet om undervisning i selvmordsadfærd.

Konsulenthjælp ydes over for professionelle og fx skoleklasser, hvor en elev har forsøgt eller begået selvmord.

Samarbejdsrelationer

Odense Universitetshospital, alment praktiserende læger, Social- og Sundhedsforvaltningen, Børne- og Ungerådgivning og de frivillige organisationer.

Opfølgning

Der tilbydes opfølgende samtaler 3 mdr. og 6 mdr. efter afslutning.

2.3 Center for Selvmordsforebyggelse i Århus

Baggrund

Centret åbnede 1. marts 1996 og udvidede aktiviteterne i efteråret 1996 på baggrund af en tillægsbevilling fra amtet med det formål at etablere kontaktsteder ved henholdsvis Randers og Silkeborg Centralsygehuse. Desuden var der krav om udvidet åbningstid, dvs. lørdag mellem 9 og 14 og onsdag til kl 19.

Organisatorisk tilhørsforhold

Organisatorisk hører Centret under afdeling C på Psykiatrisk Hospital, hvorunder den Psykiatriske Modtagelse ligeledes er placeret. Lokalemæssigt bebor centret en tidligere distriktsafdeling i udkanten af det psykiatriske hospitals område. Placeringen muliggør en tæt kontakt med modtagelsen, alle de voksenpsykiatriske afdelinger samt Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital, der er placeret i samme område. Da Centret betjener tre hospitaler i Århus samt sygehuse placeret i Randers, Silkeborg, Odder og Grenå, ville der formentlig ikke opnås så meget ved en placering på fx Kommunehospital i Århus, hvilket har været genstand for grundig overvejelse.

Målgruppe

Personer, der har forsøgt selvmord (tilsigtet selvbeskadigelse) eller haft alvorlige selvmordstanker. Personer, der ikke tilhører målgruppen jvnf. nedenstående, men hvor det skønnes, at en indsats fra Centret kan motivere klienten til at modtage et relevant behandlingstilbud.

Klienternes pårørende inddrages gerne i behandlingen. I visse tilfælde modtages efterladte ved selvmord. Det vil i givet fald være i den helt akutte fase, før kontakt kan etableres til sygesikringspsykolog.

Ikke målgruppe

Patienter, der er i behandling inden for psykiatrien eller i anden sufficient behandling, samt de, der dækkes af et andet specialiseret behandlingstilbud (fx ved spiseforstyrrelser). Mennesker med svært misbrug, eller misbrug som primærproblem henvises til alkoholklinikkerne, forsorgshjem eller psykiatriske afdelinger.

Visitationsprocedurer

Alle kan henvise, såvel private som professionelle. Henvisning kan ske skriftligt eller telefonisk. I sidstnævnte tilfælde udspørges om selvmordsadfærd, og om den pågældende evt. er i behandling andet sted. Fra de relevante somatiske afdelinger faxes oplysninger om patienten før udskrivning. Ofte aftales der et første besøg på Centret, inden patienten forlader afdelingen. I modsat fald vil de blive kontakttet telefonisk (om muligt) samme dag eller dagen efter med henblik på aftale om fremmødetidspunkt. Modtagelsen på Psykiatrisk Hospital passer Centrets telefon uden for åbningstid og kan hver aften/nat gøre brug af to akuttider i Centret næste dag. Hver morgen modtages fax fra Modtagelsen om evt. nye klienter. Internt visiteres klienter dagligt og øvrige henvendelser drøftes med henblik på ansvarsfordeling hver morgen for at sikre opfølgning på henvendelser og evt. udeblivelser. Ønsker klienten ikke at oplyse sin identitet, er der mulighed for anonym behandling.

Arbejdets organisering

Åbningstider: Aktuelt har Centret åbent ugens fem første dage fra 8-16, desuden til kl 18 om onsdagen. Som ovenfor beskrevet kan henvendelse ske telefonisk døgnet rundt.

Personalesammensætning: Fra starten en sekretær, en socialrådgiver, en afdelingslæge og to psykologer, den ene som daglig leder. Efter udvidelse med kontaktsteder blev der ansat yderligere to psykologer.

Arbejdsopgaver

Visitation/Udredning

De første 1-3 samtaler anvendes til vurdering af selvmordsrisiko, diagnosticering, problemformulering og drøftelse af hvilket behandlingstilbud, der skal gives i centret. Herunder en tværfaglig vurdering, der omfatter vurdering af behov for medikamentel behandling og eventuelt viderevisitation.

Behandling

Denne vil ofte dreje sig om hjælp til at komme videre med aktuelle problemer, men i mange tilfælde vil klienten være interesseret i at fokusere på ændring i selvværdsfølelse, evne til at mestre kriser og modgang samt hjælp til at frigøre sig fra håbløshed vedr. livssituationen.

Der tilbydes kun korttidsterapi, overvejende ud fra en kognitiv referenceramme, med max. 10 samtaler.

Andre arbejdsopgaver

- * Oplysningsvirksomhed
- * Rådgivning og konsulentfunktion over for såvel professionelle som private
- * Funktion som videntcenter
- * Koordinering af den selvmordsforebyggende indsats i Århus Amt.

Projekter

Fra Socialministeriet har Centret i en etårig periode haft midler til en deltidsansættelse af en psykolog til "projekt Opsøgende Indsats" over for særligt udsatte grupper af selvmordstruede personer. De væsentligste tiltag, der blev iværksat var:

- * Iværksættelse af opfølgningssamtaler tre måneder efter afsluttet behandling
- * Opsøgende hjemmebesøg over for udeblevne klienter eller ved ikke aftalt afbrydelse af behandling
- * Samtalegruppe for efterladte ved selvmord

Auditforum

Med deltagelse af embedslæge, psykolog i ungerådgivning og afdelingslæge fra Centret er der etableret et kontinuerligt auditforum. Formålet er at analysere alle selvmordene i Århus Amt ved hjælp af ligsynsrapporter og andet tilgængeligt materiale for at vurdere, om nogle selvmord kunne have været forebygget og i bekræftende fald hvordan. Desuden udsendes spørgeskema til de involverede praktiserende læger, ligeledes for at samle information om mulige forebyggelsestiltag i fremtiden.

Selvværdsgruppe

Der har været etableret en sådan som et kursus for unge, der havde afsluttet behandling, men som oplevede sig usikre i mange sociale situationer. Den konkrete gruppe var præget af en del frafald bl.a. på grund af eksamenstid, men det er en form, som Centret har lyst til at eksperimentere med.

Studiekreds

Hospitalspræsten har inviteret til en sådan for Centrets klienter. Indholdet var bl.a. kærlighed belyst ved dansk litteratur.

De Pædagogisk-Psykologiske rådgivninger (PPR)

Da disse varetager det helt unge skolesøgende klientel, er der dannet et amtsdækkende netværk via kontaktpersoner på disse, og Centret indkalder til møde og undervisning to gange årligt.

Samarbejdsrelationer

De primære samarbejdsparter er Modtagelsen på Psykiatrisk Hospital og de somatiske afdelinger i amtet. De alment praktiserende læger henviser i stigende grad til Centret. Inden for børne- og ungeområdet og familieafdelingerne i socialforvaltningerne er Centret godt kendt. Den sociale Døgnvagt og frivillige organisationer som selvhjælpsgrupperne og Cafe Lytten henviser nogle enkelte om året.

Opfølgning

Ud fra erfaringerne gennem "*Projekt Opsøgende Indsats*" besluttedes det at permanentgøre tilbuddet om en enkelt opfølgende samtale tre måneder efter afsluttet behandling. Det har betydet, at en del klienter har fået tilbudt et nyt samtaleforløb, når der er sket et tilbagefald. Der er ikke kapacitet til at tilbyde flere opfølgende samtaler, men det er også indtrykket, at det er tilstrækkeligt til at sikre, at klienterne husker muligheden for genhenvendelse og henvender sig i en evt. kommende svær situation. Dette skal ses på baggrund af, at mange klienter er i behandling over flere måneder op til et årstid med lange intervaller mellem samtalerne.

Erfaringer og Fremtidsperspektiv

Det er lykkedes for centret at blive kendt blandt såvel professionelle som private. Princippet om, at adgang til behandling skal være let og hurtig uden venteliste har kunnet opretholdes. I 1997 var klienttilgangen 384, mens 69 blev overført fra 1996 som værende i behandling den 1. januar 1997. Konsulentopgaverne fylder meget, overvejende som telefonkontakter fra mennesker, der beder om råd og viden i en aktuel situation. Antallet af disse gøres ikke op i tal, men registreres på en fortløbende liste.

Etableringen af kontaktstederne i Randers og Silkeborg har fungeret til alles tilfredshed, hvorfor de er permanentgjorte. Efter et år med lørdagsåbent blev den udvidede åbningstid evalueret. Ud fra erfaringerne med "*Projekt Opsøgende Indsats*" vil Centret gerne oprette en guidende funktion overfor efterladte ved selvmord, da disse i den akutte fase har brug for et sted, der kan påtage sig specialistfunktionen og være vejledende mht., hvilken hjælp de er berettiget til. Centret har desværre ikke ressourcer til at tilbyde gruppeterapi til denne gruppe, da erfaringen fra projektet var, at blot det at samle en gruppe krævede en meget aktiv indsats.

Det kliniske arbejde tager kræfterne fra de andre opgaver, så hvis alle Centrets opgaver skulle løses på et tilfredsstillende niveau, ville det kræve mere personale. Det er indtrykket, at en selvmordsproces kan bringes til ophør og endnu bedre, at det første selvmordsforsøg kan forhindres. Deri ligger efter Centrets mening den største forebyggelse, hvorimod det kan være tvivlsomt, om Centrets eksistens nogensinde kan dokumenteres

at have en effekt på selvmordstallet i Århus amt.

2.4 Askovgården - LEV LIVET

Baggrund

LEV LIVET er et selvmordsforebyggende tilbud under Askovgården, finansieret af Socialministeriet for en 2-årig periode (1.1.96-31.12.97). Tilbuddet er indtil videre forlænget til efteråret 1998.

Organisatorisk tilhørsforhold

Projektet er et privat projekt og således ikke organisatorisk underlagt nogen. Askovgården har til huse centralt på Nørrebro i København.

Målgruppe

Tilbuddets målgruppe er selvmordstruede personer, fortrinsvis yngre voksne mellem 18-40 år, men der tages i praksis mod alle. Undtagelser er personer med alvorligt misbrug, psykose eller andre alvorlige lidelser, som bør behandles med udgangspunkt i denne lidelse.

Visitation

Ca. halvdelen af målgruppen visiteres fra Frederiksberg Hospitals intensive afdeling, hvor alle selvmordsforsøgere bliver orienteret om Askovgården og får udleveret en folder. Hospitalet får klientens skriftlige samtykke til at videregive navn, adresse og telefonnummer til os, således at Askovgården kan kontakte vedkommende. Foruden visitationsaftalen med Frederiksberg Hospital kan alle visitere dertil, fx fra andre hospitaler/ skadestuer, fra Center for forebyggelse af selvmord, ungdomsrådgivninger, telefonrådgivninger, socialforvaltninger, praktiserende læger, psykologer m.v. Pårørende, venner og i nogle tilfælde den selvmordstruede selv, kan også henvende sig.

Åbningstider

I dagtimerne.

Personalesammensætning

Det har indtil nu været knyttet 3 psykologer og 25 frivillige medarbejdere til projektet. Fra efteråret 1998 vil projektet ikke længere have frivillige medarbejdere tilknyttet.

Arbejdsopgaver

Tilbuddet har indtil nu bestået af en afklarende samtale og tre elementer: psykologisk behandlingsforløb, kontaktmedarbejder-ordning og kursusforløb. Tidsrammen aftales individuelt - med kontakt i op til et år.

Der er ingen registrering, oplysninger videregives ikke, og tilbuddet har indtil nu været gratis.

I afklarings samtalen vurderes den selvmordstruedes situation og behov. Samtidig er samtalen den første etablering af kontakt, der kan række videre ind i et behandlingsforløb, hvis det er relevant. Der kan også være tale om kortvarende krisehjælp, evt. over nogle gange. Eller viderevisitation til døgnbehandling, til anden form for behandling, til sociale tilbud m.v. I disse tilfælde slippes kontakten ikke med den selvmordstruede, før der er etableret personlig kontakt med det nye sted - jf. ovenfor om gruppens sårbarhed.

Det psykologiske behandlingsforløb er tilrettelagt som individuel terapi med fokus på det udviklingsorienterede.

Opfølgning

Når det psykologiske behandlingsforløb er afsluttet (klienten kan stadig have opfølgningssamtaler med psykologen), kan klienten deltage i et kursusforløb over 8 gange, en gang om ugen i 2 timer. Målet med kurset er at udvikle en overordnet forståelses- og refleksionsevne i forhold til almenmenneskelige (sociale, psykologiske, eksistentielle) emner, der erfaringsmæssigt er relevante for målgruppen: Problemløsning, følelshåndtering, kontakt, parforhold, venskaber, stresshåndtering, livsmening m.v. Emner som på den ene eller anden måde er bearbejdet personligt i det psykologiske behandlingsforløb.

Erfaring og fremtidsperspektiv

Der er ved at blive udarbejdet en rapport om erfaringerne fra projektperioden, inkl. statistisk materiale, herunder baggrunden for ændringen af tilbuddets oprindelige model.

Det er hensigten at gøre tilbuddet permanent, da de foreløbige erfaringer viser et stort behov for tilbuddet. Fremover vil LEV LIVET's selvmordsforebyggende tilbud bestå af 3 elementer:

- * Visitationssamtale
- * Psykologisk behandlingsforløb, individuelt eller i gruppe
- * Opfølgningskursus.

Herudover vil der tilbydes formidling af viden og erfaringer om selvmordstruedes situation og behov for hjælp gennem foredrag og undervisning/kurser.

De væsentligste ændringer er:

- * Det psykologiske behandlingsforløb kan foregå individuelt eller i gruppe.
- * Individuel tilrettelæggelse af behandlingsforløbets varighed.
- * Ændring af kontaktpersonordningen. De frivillige medarbejdere skal ikke indgå længere som kontaktpersoner, da dette forløb ofte har vist sig at være belastende for begge parter.
- * Opfølgningskurset, bestående af en kombination af undervisning og samtalegruppe, erstatter opfølgningssamtalerne.

Projektet vil overgå til brugerbetaling. Betalingen sker efter Psykologforeningens almindelige taktster for psykologisk behandling. Særskilt folder om de konkrete priser er under udarbejdelse. Ved betaling over den sociale lovgivning skal der foreligge et betalingstilsagn, før behandlingen iværksættes.

2.5 Andre specifikke tiltag

Handlingsplan til forebyggelse af selvmord i Frederiksborg Amt

Frederiksborg Amt vedtog i oktober 1993 en forebyggelsesplan, hvori forebyggelse af selvmord er et prioriteret indsatsområde. I november 1996 udgav amtet et forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmord i Frederiksborg Amt.

Af de fremsatte forslag er følgende projekter sat i værk:

1) Et forsøgsprojekt for unge, der har forsøgt selvmord, hvor projektets formål er at give unge selvmordsforsøgere et hurtigt tilbud om behandling, samt at registrere behovet for en sådan indsats. I samarbejde med afdelingerne på Amtets sygehuse, tilbydes unge, som ikke er psykisk syge, kontakt med en behandler på Børnerådgivningen så hurtigt som muligt.

(Der er endnu ikke taget samlet stilling til forslagene i rapporten fra social- og sundhedssektorerne).

Forslag til strategiplan til forebyggelse af selvmordsadfærd i Vejle Amt

Vejle Amt har i marts 1997 nedsat en tværfaglig arbejdsgruppe, som i foråret 1998 har udarbejdet en strategiplan med henblik på at styrke forebyggelsen af selvmord i amtet. Arbejdsgruppen anbefaler amtet at varetage 3 store opgaver i forebyggelsen af selvmord: For det første bør amtet støtte de lokale tiltag, der allerede eksisterer. For det andet bør amtet afdække behov og igangsætte nye forebyggelsestiltag og for det tredje bør amtet konkret sikre koordinering af alle amtets tilbud og tiltag, samt forestå vidensopsamling, undervisning og supervision af personale, som arbejder med forebyggelse af selvmord eller som ønsker at gå i gang. Handlingsplanen er nu politisk vedtaget.

Vælg Livet

Københavns Kommune har i 1996 udgivet en forskningsrapport **Vælg Livet** (rapport 0-5) et årsprojekt til kortlægning, prioritering og forberedelse af forebyggende indsats mod selvmordsadfærd hos unge i Københavns Kommune. Kortlægningen er finansieret af Social- og Sundhedsdirektoratet i Københavns Kommune, Sundhedspuljen og DSB. (Kortlægningen har ifølge Københavns Kommune ikke resulteret i nye initiativer).

Håndbog til støtte i arbejdet med selvmordstruede unge

Socialafdelingen i Århus Kommune har jvf. afsnit 2.3 nedsat en faglig styregruppe, som bl.a. har taget initiativ til oprettelse af et "Auditforum". Styregruppen er initiativtager til en håndbog til fagpersonale, som via deres arbejde kommer i kontakt med unge, der er selvmordstruede. Håndbogen udkom i december 1997 og er tænkt anvendt som et fagligt redskab, indeholdende både forskellige forståelser af selvmordsadfærd, faktaoplysninger samt retningslinjer/metoder til handling og behandling.

2.6 Eksempler på opfølgningstilbud og visitationsprocedurer

På nogle skadestuer har man iværksat opfølgnings- og efterbehandlingsprocedurer. Disse skal kort nævnes her som eksempler på mindsteindgrebsprincipper.

Det Tværfaglige udviklingsprojekt på Ålborg Sygehus

Baggrund

I perioden 1.9.93-31.8. 94 blev det på medicinsk og kirurgisk skadestue besluttet at iværksætte et tværfagligt udviklingsprojekt, som fik støtte fra Sundhedsministeriets Sundhedspulje. Formålet var at etablere rådgivnings/opfølgningstilbud til de selvmordsforsøgere, som ikke blev indlagt, men forlod skadestuen efter endt behandling, med henblik på at finde det bedst mulige behandlingstilbud til den enkelte. Samtidig blev der foretaget en registrering og beskrivelse af selvmord og selvmordsforsøg i denne periode.

Behandlingsmodel

Det ambulante rådgivningstilbud består af en enkeltstående samtale, hvor patienten opfordres til at medinddrage pårørende. Herefter inddrages eller visiteres til relevante offentlige instanser, fagpersoner eller private organisationer. Der indgår en opfølgning en måned efter. Modellen er inspireret af den norske Bærummodel. Også patienter, der indlægges på sengeafdeling, får hvis det skønnes relevant, tilbudt samtale med opfølgning. Projektet er herefter gjort permanent, og i Nordjyllands Amt/Aalborg sygehus og Aalborg Sygehus Brovst sygehus findes der nu specifikke opfølgnings- og visitationstilbud til alle indlagte efter selvmordsforsøg. Der er etableret en åben rådgivning på Skadestuen hver tirsdag kl. 13, hvor også pårørende opfordres til at deltage i samtalen. Samtalens formål er visitation til socialt tilbud eller behandlingstilbud. Egen læge orienteres så godt som altid.

Skadestueprojekt på Horsens Sygehus: "Lad ikke selvmordsforsøgene i st(r)ikken"

Baggrund

På skadestue/modtagelsen på Horsens Sygehus er udviklet en model til forebyggelse af gentagne selvmordsforsøg. Man har på afdelingen oplevet en betydelig frustration blandt personalet over, at man reelt ikke har noget at tilbyde unge mennesker, der har forsøgt selvmord, udover den første akutte medicinske behandling. Derefter har man ikke mange andre muligheder, end at sende patienten hjem. Projektet er støttet af Socialministeriet.

Målgruppe

Unge mennesker op til ca. 25 år, der har forsøgt selvmord.

Formål

Formålet med projektet er at undgå gentagne selvmordsforsøg ved dels at give personalet redskaber til at håndtere denne gruppe, og dels at have konkrete tilbud om opfølgning til det unge menneske, der har forsøgt selvmord.

Projektaktiviteter

Tilbud om kontrakt aftale med unge, der har forsøgt at begå selvmord. Kontrakten forpligter både patienter og sygehuset. Kontrakten, som er et frivilligt tilbud, anviser mulig efterbehandling i form af samtaler med egen læge, psykiater, socialrådgiver, studievejleder, sygehuspræst eller anden relevant fagperson afhængig af patientens egne ønsker. Skadestuens personale tager på patientens vegne kontakt til den ønskede "hjælpeperson".

Erfaring

Projektet er blevet meget positivt modtaget af "opfølgerne". Fx har ca. 80 procent af de praktiserende læger i området givet udtryk for, at de gerne vil modtage en patient henvist fra skadestuen med meget kort varsel, dvs. samme dag eller næste.

Projektet er lige udviklet, og derfor ikke evalueret endnu.

Der bliver samtidig lavet en sygeplejerapport om de unge selvmordsforsøgere. I forbindelse med projektet er der afholdt to temadage for personalet på skadestuen.

Andre tilbud

Lignende efterbehandlingstilbud er etableret i Storstrøms Amt på **centralsygehusene i Næstved og Nykøbing F.**

Indsatsen ved **Næstved Centralsygehus** blev etableret i 1995 med tilskud fra amtets forebyggelsespulje. Senere er projektet videreført frem til april 1998 med tilskud fra Socialministeriet. I projektet indgår, efter akut behandling for selvmordsforsøg, mulighed for ca. 10 efterbehandlingssamtaler med enten sygehussocialrådgiver, sygeplejerske og psykolog. Den primære målgruppe er patienter, som ikke har en psykiatrisk lidelse eller er misbrugere. Patienterne opsøges, mens de fortsat er indlagt på sygehuset, af socialrådgiver, som varetager den indledende samtale og visiterer videre til efterbehandling i projektet.

Ved **Centralsygehuset i Nykøbing F.** er målgruppen den samme, men proceduren for visitation er forskellig fra ovennævnte projekt, idet de respektive sygehusafdelinger/skadestue kontakter den privatpraktiserende psykolog, som er tilknyttet projektet. Efterbehandlingen består i ca. 10 samtaler med psykologen.

Ved begge sygehuse er der udarbejdet procedurer, således at både skadesedler og epikriser, hvori indgår selvmordsdiagnose, tilgår patientens egen læge efter samtykke fra patienten.

Amtssygehuset i Herlev gennemførte i 1995-96 et forsøgsprojekt for patienter, der har forsøgt selvmord og efterfølgende har været indlagt på medicinsk afdeling. Projektet, der blev varetaget af socialrådgiverkontoret, tilbød disse patienter 1-3 afklarende, støttende samtaler med henblik på visitation/ kontakt til socialforvaltning, psykiatrisk afdeling, psykolog, offentlige og private tilbud m.m. Dette tilbud er efter forsøgsperioden implementeret i sygehusets medicinske afdelingers praksis.

På **Viborg Sygehus** har man på grund af henvendelser fra personalegrupper, som ønsker kendskab til krisehjælp, udgivet en folder, som orienterer generelt om forskellige muligheder for krisehjælp i kommunen. Forebyggende indsats over for udsatte grupper, hvor en betragtelig del er selvmordstruede.

3. Forebyggende indsats over for udsatte grupper, hvor en betragtelig del er selvmordstruede

Mange amter har tilbud til psykisk syge, narko- og alkoholmisbrugere, unge mm., men forebyggelsestiltag og behandlingstilbud specifikt rettet mod selvmordstruede eksisterer ikke i mange amter, men inddrages i de generelle sundhedsfremme- og forebyggelsesaktiviteter. Behandling af selvmordstruede foregår oftest i psykiatrisk regi eller i forbindelse med tilbud til særlige risikogrupper, hvor tilbuddene ikke er rettet specifikt mod selvmordsproblematikken.

I besvarelsene fra amter og kommuner svares der ofte, at der ingen specifikke tilbud er.

Nedennævnte generelle tilbud er derfor gældende for alle amter.

Psykiatriske tilbud

Inden for psykiatrien findes der tilbud, hvor selvmordstruede med psykiatrisk diagnose eller andre personer, der skønnes at være til fare for sig selv, kan indgå.

Akutte døgnåbne tilbud

Der indgår ligeledes *døgnåbne somatiske skadestuer* og i nogle amter *psykiatriske skadestuer*, hvor selvmordsforsøgere kan henvende sig eller bliver indlagt.

Indlæggelse

Alle amter har en eller flere *psykiatriske afdelinger* enten knyttet til centralsygehuse eller som selvstændige psykiatriske hospitaler.

I de fleste amter er der *ungdomspsykiatriske afsnit*, som i nogle tilfælde indgår i samarbejde med Børne- og ungerådgivningen, når der fx er usikkerhed mht. hvor den unge er bedst placeret.

Ambulant psykiatri

Patienter, der tilhører sygesikringens gruppe 1, kan henvises af egen læge til privatpraktiserende psykiater, og kan herefter få op til 15 samtaler pr. år gratis med mulighed for supplerende. Patienter, der tilhører gruppe 2, kan henvende sig uden lægehenvielse, men skal selv betale honoraret.

Distriktspsykiatrien er også et generelt tilbud, som kan benyttes af selvmordstruede personer. Som eksempel i Vejle Amt er private hjælpeorganisationer i Fredericia gået i samarbejde med Distriktspsykiatrisk Hus (som hører under psykiatrien i Kolding) for at udvikle en fælles model til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg.

Ambulant psykologisk rådgivning

Psykologer tilknyttet sygesikringsordningen har ifølge sygesikringsloven bl.a. som opgave at give psykologhjælp til personer, der har forsøgt selvmord, pårørende ved dødsfald og pårørende til alvorligt psykisk syge. Falck tilbyder psykologisk krisehjælp til privatabonnenter, inden der er gået 6 uger efter den udløsende begivenhed.

Psykiatrisk tilsyn efter behandling på somatisk afdeling

Mange amter og kommuner nævner, at der på sygehusenes somatiske afdelinger er tilbud om psykiatrisk tilsyn efter selvmordsforsøg. I andre amter er der ingen faste procedurer. Det generelle indtryk fra forespørgslen er, at der hersker uens praksis fra sygehus til sygehus, og at procedurer omkring tilsyn inden udskrivelse fra somatisk afdeling til personer, som har forsøgt selvmord, er forskellige. Generelt er det de enkelte afdelingers ansvar at tilrettelægge procedurer omkring tilsyn samt at vurdere, om der i det enkelte tilfælde er behov for et tilsyn. Der er hermed heller ikke fastlagt retningslinjer fra de forskellige amters side vedrørende mål for tilsynsprocedurer.

Visitationsmuligheder for somatisk færdigbehandlede selvmordsforsøgere

De fleste amter nævner, at der udover muligheden for at få psykiatrisk tilsyn i forbindelse med somatisk behandling, findes ringe mulighed for at få behandlings- og opfølgningstilbud af psykologisk karakter. Ved tilsyn tyder det på, at den tilkaldte psykiater ligeledes mangler eller ikke kender til visitationsmuligheder for selvmordstruede, der ikke kan eller skal tilbydes behandling i psykiatrisk regi eller ikke ønsker at tage imod dette. Hvis patienten ikke vil tage imod psykiatrisk tilsyn er der oftest ingen anden mulighed end udskrivelse til eget hjem uden videre foranstaltninger. Dette opleves ofte som meget frustrerende for personalet. Derfor

nævnes videre visitation og opfølgning som et punkt, som ønskes forbedret i mange amter.

Støttemuligheder til selvmordstruedes pårørende og for efterladte

Der findes kun få specifikke støttemuligheder rettet mod selvmordstruedes pårørende og efterladte på trods af, at pårørende kan være en udsat gruppe, dels fordi de selv kan være i krise, dels fordi de går med en konstant trussel om tab. Af de pårørende udgør de efterladte en særlig udsat gruppe, da de efter alt at dømme selv udgør en risikogruppe.

Samtaler via sygesikringsordningen er en mulighed for efterladte. De kan indgå i private og offentlige sorg-krisegrupper eller selvhjælpsgrupper i de amter og kommuner, hvor sådanne eksisterer.

Som eksempler på tilbud kan nævnes, at Center til forebyggelse af selvmordsadfærd i Odense har etableret en sorggruppe for efterladte. Der er tale om gratis behandling, hvor målgruppen kun er mennesker, som har mistet en nær pårørende ved selvmord. Gruppen ledes af 2 medarbejdere fra Forebyggelsescentret. På forebyggelsescentret i Århus har der igennem "*Projekt Opsøgende indsats*" været tilbud om deltagelse i en gruppe for efterladte over 18 år, som har mistet en nærtstående ved selvmord inden for de sidste to år. Da projektet er ved at være afsluttet, vil der efter alt at dømme ikke være ressourcer til en pårørendegruppe, men man bestræber sig på at tage akutte samtaler med de pårørende. Samtidig er pårørende, der selv har selvmordstanker en del af centrets målgruppe.

På nogle psykiatriske afdelinger nævnes det, at personalet henvender sig med henblik på samtale med efterladte, hvis den selvmordsdøde har haft kontakt med afdelingen. Men også her er praksis højst uensartet, og nogle steder forekommer dette tilbud ikke.

I Københavns Amt har 5 kommuner indgået et samarbejde om en sorg-krisegruppe, hvor efterladte ved selvmord, som en af målgrupperne, kan indgå i en støttegruppe sammen med andre borgere, der har været udsat for et dødsfald eller anden voldsom social begivenhed.

Tilbud til selvmordstruede personer under/over 18 år uden for dagtimerne

Som nævnt tidligere kan personer, der trænger til psykologisk/psykiatrisk hjælp eller får selvmordstanker uden for dagtimerne, henvende sig på de somatiske såvel som psykiatriske skadestuer eller kontakte lægevagten. Det er imidlertid ikke alle amter, der har psykiatriske skadestuer, og tilbuddene er derfor meget

varierende fra amt til amt. Mange amter nævner, at de har væresteder for psykisk syge, misbrugere eller udstødte, men meget få amter har væresteder eller døgnåbent med det formål at være direkte selvmordsforebyggende. Telefonisk kontakt nævnes som en mulighed, når en person får selvmordstanker, men ofte er tilbuddet en telefonsvarer i aften-nattetimerne, der aflyttes næste morgen. Der henvises til nationale telefonlinjer så som *Livslinien*, *SIND-Linien* og *Nikolaitjenesten*. *Livslinien* er imidlertid også lukket om natten.

Ud fra amter og kommuners svar er indtrykket derfor, at det ud over henvendelse på landets skadestuer og lægevagter generelt er problematisk at få hjælp for personer med selvmordstanker uden for kontortid. *Ålborg Sociale skadestue* skal nævnes som et eksempel på et værested, hvor personer i krise eller med selvmordstanker kan henvende sig efter kontortid.

3.1 Den sociale Skadestue i Ålborg

Baggrund

Den sociale Skadestue i Aalborg startede i september 95 og finansieres, dels af Socialministeriet (Storbypulje og PUF-pulje) og dels af Aalborg Kommune og Nordjyllands Amt.

Organisation

Den sociale Skadestue er en selvejende institution med en bred repræsentativ sammensat bestyrelse, hvor såvel det offentlige som forskellige frivillige organisationer er repræsenteret. Det drejer sig om Socialforvaltningen, Politiet, Sygehuset/Psyk. afdeling og frivillige organisationer som KFUM's sociale Arbejde, SIND og De frivilliges Hus.

Formål

At være et alternativt og supplerende tilbud til det offentlige - beregnet for borgere, som i aften- og nattetimerne har akut behov for rådgivning og omsorg, hvor man så efterfølgende dag kan henvise til relevante institutioner.

Målgruppe

Den sociale Skadestue er åben for alle borgere i Aalborg og Nordjyllands Amt. Personer, som i adfærd og problemstillinger må karakteriseres som deciderede udstødte, henvises dog straks til den lokale NATVARMESTUE (Kirkens Korshær).

Arbejdets organisering

Åbningstid: 20.00 aften til 9.00 morgen alle ugens dage incl. helligdage

Personalesammensætning: 5 fastansatte socialarbejdere og ca. 50 frivillige - hvoraf flere tidligere eller aktuelt har berøring med andet socialt arbejde eller social uddannelse. - Hidtil, hvor der kun har været 4 fastansatte, har bemanningen i åbningstiden været 1 fastansat + 2 frivillige pr. aften/nat.

Arbejdsopgaver

Et åbent hus med imødekommenhed og varme, rådgivning og midlertidig omsorg - evt. som en undtagelse med mulighed for at overnatte. Opgaven er efterfølgende, at få hjulpet brugerne videre i "systemet", hen til rette "hjælpe-instans".

Erfaringer

Aktuelle situation: Der har siden åbningen været en stigende antal henvendelser. Pr. måned nu omkring 300 henvendelser - d.v.s. ca. 10 pr. aften/nat. I perioden 25/9 - 25/3 1997: 3.832 henvendelser i alt fordelt på 1.252 personer. Den hidtidige personalenormering har vist sig utilstrækkelig både på grund af henvendelsesantallet og henvendelsernes sværhedsgrad. De strækker sig fra seksuelle overgreb, alvorlige ensomhedsproblemer, psykisk uligevægt/sygdom - og til seriøse selvmordstanker eller forsøg.

Statistik: For de 1.252 personer/3.832 henvendelser fra Den sociale Skadestues første 1 1/2 år er anført som årsag eller en af årsagerne til henvendelsen, at 101 har forsøgt selvmord - og 247 har haft det seriøst i deres overvejelser. Ellers er de hyppigste angivende årsager ensomhed og psykisk sygdom. Karakteristisk for henvendelserne i Den sociale Skadestue er alvorlige personlige problemer eller psykisk sygdom - med behov for stor imødekommenhed, lydhørhed og kvalificeres rådgivning og omsorg.

Den sociale Skadestue betragter sig som et godt og relevant tilbud, hvor det er legalt at komme med hvad som helst. Der undgås således at klientgøre en særlig gruppe (de selvmordstruede i dette tilfælde), når alle problemstillinger og samfundslag er repræsenteret.

3.2 Frederiksberg Ungdomsrådgivning

Baggrund

Ungdomsrådgivningen er en anonym rådgivning, hvor unge mellem 15 og 30 år gratis kan modtage rådgivning og behandling, uanset problemernes karakter, ved socialrådgivere, psykologer og jurist. Rådgivningen hører under socialforvaltningen.

Visitation

Nogle unge er anbefalet at søge rådgivningen af fx privatpraktiserende læger, studievejledere eller sagsbehandlere, andre har hørt om stedet via venner eller er stødt på en pjece eller en annonce. Inden for åbningstiden vil enhver, der henvender sig, umiddelbart få en afklarende samtale, oftest ved en socialrådgiver, der afdækker henvendelsesårsag, problemstilling og en vurdering af hvilke tilbud der kan/bør tilbydes yderligere. Telefonrådgivning er også en mulighed, der imidlertid oftest resulterer i, at den unge kommer til en personlig samtale.

Et mindretal henvender sig umiddelbart efter et ikke-registreret selvmordsforsøg eller umiddelbart efter en kortvarig indlæggelse på hospitalet. I 1996 modtog rådgivningen 30 unge, der allerede ved første kontakt var selvmordstruede. Hertil kommer så et ikke opgjort antal unge, der ved en senere samtale, typisk når tillid er skabt mellem den unge og rådgiveren/ behandleren, afslører en selvmordsproblematik.

Rådgivningen opsøges af en del unge, der er pårørende til selvmordsforsøgere eller efterladte. Voksne, typisk forældre til selvmordsdøde eller børn med selvmordsadfærd, henvender sig også, ligesom lærere, der har haft en selvmordsproblematik inde på livet i en klasse. Disse kan ydes kortvarig bistand i rådgivningen og henvises, om ønsket, til andre relevante behandlingstilbud, fx Familierådgivningen.

Arbejdsopgaver

Gennem undervisning og et særligt focus på selvmordsproblematikken er rådgiverne trænet i at spørge ved mistanke om selvmordsadfærd. Der er fælles retningslinier for, hvorledes sådanne unge behandles og disse 'sager' drøftes på det ugentlige tværfaglige møde.

Samtlige unge, der udviser selvmordsadfærd eller -truethed tilbydes samtaler med psykolog. Dersom der ikke akut er pladser hos stedets psykologer, undersøges andre akutte muligheder. Ingen unge med en selvmordsadfærd sættes på psykologernes venteliste eller 'slippes' før et alternativt behandlingstilbud foreligger.

De unge, der ved første samtale fremfører en selvmordsproblematik vil, hvor det er muligt at fortsætte behandlingen umiddelbart i rådgivningen, oftest blive tilbudt en ugentlig samtale, dog med mulighed for mere intensive forløb. Desuden forsikres de om, at de altid kan ringe mellem samtalerne og udstyres med adresser og telefonnumre på steder, hvor de kan søge hjælp uden for almindelig kontortid. I enkelte tilfælde, hvor det skønnes nødvendigt, udleveres behandlers private telefonnummer. Det er behandlernes erfaring, at dette giver en stor tryghedsfølelse og i øvrigt, at muligheden kun yderst sjældent benyttes.

Behandlingen af selvmordstruede unge ligner den beskrevet under Askovgårdens behandlingstilbud, bortset fra at der ikke er nogen øvre tidsbegrænsning for behandlingsarbejdet, ingen kontaktpersonordning og ej heller kursusvirksomhed.

Efter, eller sideløbende med, at den unge er hjulpet igennem den livskritiske 'fase', fokuseres mere bredt eller alment på den unges livssituation, erfaringer og relationer, mestringsstrategier problemløsning m.v.

Når et behandlingsforløb er afsluttet oplyses den unge om muligheden for at vende tilbage til rådgivningen, dersom nye vanskeligheder eller livskriser opstår.

Erfaring

Kun ganske få unge undlader at fortælle hvem de er, især efter at god kontakt er etableret. Men det er erfaringen, at det er et meget vigtigt signal til de unge, at de kan vælge, om de vil være anonyme eller ej.

Samarbejdspartnere

Rådgivningen arbejder sammen med bistandsafdelingerne, især Ungegruppen med de 18-15-årige, i en række tilfælde. Det forudsætter imidlertid at den unge indvilger i dette og i disse tilfælde er villige til at ophæve deres anonymitet. I langt de fleste tilfælde er der fuld forståelse blandt sagsbehandlere for, at bistandsydelse

skal udløses i tilfælde af selvmordsadfærd, der hvor ingen andre relevante muligheder foreligger.

Visitation til andre behandlingsmuligheder afhænger af en vurdering af den unge og dennes situation. Den unge kan eksempelvis visiteres til:

psykiatrisk indlæggelse, ambulant psykiatrisk behandling, f.eks. via egen læge, Center for Selvmordsforebyggelse, Askovgårdens behandlingstilbud, sygesikringspsykolog eller privatpraktiserende psykolog enten ved egenbetaling (meget få kan dette) eller betalt af bistandsafdelingen.

Visitation til andet behandlingssted sker altid efter klientens ønske og efter en grundig orientering om hvad de forskellige behandlingssteder kan yde. Som nævnt er det et ufravigeligt princip, at selvmordstruede ikke blot får opridset nogle muligheder, som de selv kan opsøge, men at medarbejderne baner vejen, således at den unge med sikkerhed bliver taget imod det nye sted. Af og til er det betryggende at en medarbejder følger den unge til den modtagende institution/person og/eller at de, med den unges samtykke, sætter den nye behandler ind i den unges situation og forhold.

Når den unge er 'overleveret' til relevant behandler, meddeles det, at den unge altid kan henvende sig påny, og det undersøges om den unge har behov for, sideløbende, at tale med en socialrådgiver om sine sociale forhold. Dette er oftest tilfældet, medmindre den modtagende institution selv kan yde den unge socialrådgiverbistand.

3.3 HF/Gymnasie-rådgivningen på Frederiksberg.

Frederiksberg Ungdomsrådgivning yder en særlig service til elever, der går på de tre gymnasieskoler i kommunen. Denne rådgivning er normeret med én socialrådgiver og en deltidspsykolog, med en ugentlig træffetid på skolerne. Eleverne kan få råd, vejledning og behandling.

Træffetiden anvendes hovedsagligt til førstegangssamtaler, medens længerevarende samtaleforløb/ behandling foregår i Frederiksberg Ungdomsrådgivning, som HF/Gymnasierådgivningen hører under. Her kan eleverne desuden trække på de øvrige medarbejders ekspertise, bl.a. på stedets jurist og øvrige tilbud fx beskæftigelsesvejledning, projekter m.v.

Eleverne kan, foruden på skolerne, tillige opsøge HF/Gymnasierådgivningens medarbejdere direkte, altså helt uden om skolen, i Ungdomsrådgivningen. HF/Gymnasierådgivningen er et anonymt tilbud og der behøves ingen henvisning.

3.4 Vedrørende gymnasiepsykologordningen i Fyns Amt.

I efteråret 1991 blev stillingen som gymnasiepsykolog oprettet som et led i et 2-årigt forsøg ved de fynske gymnasier og HF. Stillingen er besat med 1 klinisk psykolog, cand.psych. Formålet med ordningen var at hindre elever, der ellers er egnede og i gang med et skoleforløb, at droppe ud fx på grund af problemer i hjemmet. Det vigtigste middel i realiseringen af målsætningen var, at psykologen i dialog med og som støttefunktion for studievejlederne medvirkede til, at disses ressourcer blev anvendt mest effektivt.

Organisering

Gymnasiepsykologordningen er organisatorisk placeret i Kultur- og Specialundervisningsafdelingen. Ordningen er finansieret af gymnasiernes vikarmidler.

Ordningen betjener 12 gymnasier (lidt under 6000 elever), hvortil der til det ene gymnasium er tilknyttet en kostafdeling.

Arbejdsopgaver:

- * At give korterevarende terapi (ca. 10-12 gange) til elever, som har problemer eller er i krise. Visiteringen skal primært ske gennem studievejleder og rektor. Ordningen står dog nævnt i skolens blade, så de unge har mulighed for at henvende sig direkte.
- * At være "bagland" for studievejlederne. Hermed menes at give konsulent- og supervisionstilbud til studievejledernes arbejde med akut krisehjælp og anden personlig rådgivning.
- * At være mellemlid til andre former for behandling.
- * Hvis den unges problem er af en så alvorlig karakter (spiseforstyrrelser, incest, psykoser, borderlineforstyrrelser og alvorlige depressioner), at det skal behandles i fx psykiatrisk regi, sørger gymnasiepsykologen for at henvise og koordinere behandlingen.

Der henvises endvidere, til fx amtets Børne- og Ungerådgivninger, Forebyggelsescenteret for selvmord og privat praktiserende psykologer under sygesikringen.

* At undervise og arrangere kurser for studievejlederne, rektorer og inspektorer.

Følgende kurser kan fx nævnes: forebyggelse af eksamensangst, forebyggelse og behandling af klasserumsproblemer, hvordan kan skolen hjælpe, når en elev rammes af sorg, og hvad vil det sige at have en elev på skolen/i klassen, der har en spiseforstyrrelse, er deprimeret, har en psykisk lidelse.

Erfaring

Gymnasiepsykologen har siden ordningens start været direkte involveret i ca. 100 elevsager pr. år. I de første år af ordningens etablering, havde psykologen samtaler med de 80 procent af eleverne. De sidste 20 procent mødte psykologen ikke personligt, men var involveret indirekte fx i form samtaler med studievejlederne, som kontaktled mellem skolen og anden behandling, etc.

Der synes helt klart at være en direkte sammenhæng mellem faldet i direkte kontakter mellem psykolog og den unge, og studievejledernes efteruddannelse. De studievejledere, der har modtaget meget supervision og undervisning, er blevet bedre i stand til at hjælpe de unge på en hensigtsmæssig måde, samtidig med at deres henvendelser til psykologen, er mere relevante. Studievejlederne bliver ikke uddannet til at være "lommepsykologer" - de skal være "professionelle" voksne, som har en fornemmelse for, hvornår den unges problem er så alvorligt, at det kræver psykologisk behandling.

Amtet har ingen ordning om psykologhjælp til VUC og erhvervsskolerne.

4. Det frivillige sociale arbejde

Gennem de senere år er der fra puljer i Socialministeriet og Sundhedsministeriet ydet støtte til en række projekter til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg. Projekterne blev gennemgået på en temadag i foråret 1997, og det fremgår af rapporten derfra, at der er givet støtte til projekter såvel i offentligt som frivilligt regi. Projekter kan yderligere opdeles efter målgruppe, hvoraf der er to typer: Specifikke tilbud, der alene har selvmordstruede eller personer, der har forsøgt at begå selvmord som målgruppe og tilbud til andre målgrupper.

For yderligere information om selvmordsforebyggende projekter henvises til rapport fra Netværkstemadag for

selvmondsforebyggende projekter, afholdt for Socialministeriet den 20. marts 1997, udgivet af Formidlingscentret Storkøbenhavn.

Af specifikke tilbud i den frivillige sektor er der følgende: telefonrådgivning, oplysnings- og netværksarbejde, samt værested og selvhjælpsgrupper.

Tilbud i frivilligt regi, hvor selvmordstruede eller personer, der har forsøgt at begå selvmord er en af flere målgrupper, kan opdeles i følgende typer: akut krisehjælp, værested og selvhjælpsgrupper.

I det følgende beskrives Livslinien og Støttecenter for selvmordstruede og deres familie ved Kolding Selvhjælp som specifikke projekter. Cafe Lytten og SIND-Linjen beskrives som eksempler hvor selvmordstruede indgår som delgruppe.

4.1 Livslinien

Baggrund

Livslinien er en frivillig erhvervsdrivende fond, der modtager økonomisk støtte via Socialministeriets satsreguleringspulje samt fra en række fonde/sponsorer. Livslinjen har været en aktiv organisation siden 1995.

Målgruppe

Livslinien henvender sig til selvmordstruede personer med selvmordstanker og/eller selvmordsforsøg, deres pårørende og faggrupper, der har kontakt med selvmordstruede.

Åbningstider

Rådgivningstiden er 4 timer alle ugens dage fra kl. 16 - 20.

Personalesammensætning

Der er tilknyttet 70 frivillige til organisationen, primært som rådgivere (primært studerende: lærerfaget, psykologi, socialrådgivning, sygeplejere). 10 frivillige og 4 lønnede tager sig af den daglige administration. Strukturen er flad med støttekomité, bestyrelse og daglig ledelse.

Arbejdsopgaver

Kerneydelsen i organisationen er en landsdækkende telefonlinie, som har åben hver dag. Der er udarbejdet en landsdækkende database over behandlingstilbud, så der kan henvises til offentlige og private tilbud. Endvidere laver organisationen meget generel forebyggelse, som fx oplysende arbejde, foredrag, opsamling af viden, undersøgelser, udgivelse af publikationer, holdningskampagner. Endelig har organisationen etableret en medlemsforening, som udgiver medlemsblade. Der arbejdes på en øget synliggørelse af Livslinien bl.a. ved GO-cards, foldere, plakater og avisartikler. Oprettelse af et internt bibliotek med videomateriale, avisartikler samt rapporter omkring selvmordsproblematikken i Danmark.

Erfaringer

Rekruttering: Livslinien er meget omhyggelig med udvælgelsen af sine rådgivere og stiller store krav til deres personlige og menneskelige egenskaber. Rådgiverne skal ikke yde terapi eller stille diagnoser, men bygge på menneske til menneskekontakt. Rådgiverne sikres omhyggelig uddannelse og supervision for at være fagligt og mentalt rustet til at klare opgaven.

Erfaringer med det daglige arbejde: Øget synliggørelse fører til flere opkald. Mere systematisk samarbejde med andre aktører fører til forbedrede organisatoriske rammer.

Henvisninger

Man er interesseret i erfaringsudveksling med andre selvmordsforebyggende projekter både i indland og udland, med mulighed for studiebesøg. Livslinien er optaget som medlem af "*Befrienders International*".

Fremtidsplaner

Et af målene for fremtiden er at skabe bedre rådgivningsmæssige rammer. Store landsdækkende frivillige organisationer, som fx Livslinien bør finansieres via Finansloven eller en specifik pulje, som retter sig mod

store landsdækkende organisationer, som arbejder med specifik forebyggelse.

4.2 Cafe Lytten

Baggrund

Café Lytten er en selvejende institution under Foreningen Jysk børneforsorg/Fredehjem i Århus Amt. Organisationen er ledet af et ægtepar (lærer og socialrådgiver) i deres hjem og støttet af fondsmidler, bl.a. "Sygekassernes Helsefond" samt fra Århus Amts Forebyggelsesråd og Socialministeriet.

Målgruppe

Sårbare og selvmordstruede unge i alderen 16-28 år.

Visitation

De unge er blevet henvist fra flere projekter og instanser. Café Lytten henviser selv til andre projekter og instanser.

Arbejdets organisering

Åbningstider: Samtalegrupper tirsdag, onsdag og torsdag. Søndag aften er der Café.

Personalesammensætning: To erfarne gruppeledere/rådgivere (henholdsvis socialrådgiver/lærer-/familieterapeut og lærer/cand.pæd.), ansat projektmedarbejder samt p.t. 10 frivillige.

Medarbejderne modtager månedlig supervision af psykiatrisk overlæge fra Ungdomspsykiatrisk afdeling. En del af arbejdskraften kommer også fra de unge, som selv deltager i gruppen, samt fra frivillige.

Arbejdsopgaver

Formålet er at forebygge og efterbehandle kriser og selvmordsadfærd hos 16-30 årige unge, der har forsøgt selvmord.

Metoden er samtalegrupper på max. 8 personer, som mødes en gang om ugen i 2 1/2 time. I øjeblikket er der 3 ugentlige grupper med overvejende kvindelige deltagere (85 procent) Inden start i gruppen er der en individuel samtale, hvor der bliver fortalt om arbejdet i gruppen og hvordan Café Lytten kan hjælpe den individuelle.

- * Café med 1-2 ugentlige åbningsaftener. Caféen fungerer som værested for nuværende og tidligere gruppedeltagere. De unge står selv for aktiviteterne i caféen: indretning, PR-arbejde om projektet, driften af caféen, produktion af egne digte og malerier til udsmykning. Der arrangeres også fællesoplevelser i samtalegrupperne f.eks. fællesspisning, en tur i biografen eller teater.
- * Akutværelse med plads til en sårbar ung, som i en tidsbegrænset periode kan få bostøtte.
- * Alle unge i Café Lytten har tavshedspligt om det, andre fortæller, og man kan vælge at være anonym.
- * Unge kan snakke med andre unge om styrken og problemerne i deres liv, uden at hænge fast i gamle roller.
- * Gennem samtalerne udveksles der hjælp til selvhjælp, når livet er svært. Hjælpen kan være stor for de unge, når udtalelserne kommer fra en anden, som netop har oplevet en tilsvarende smerte.

Det er gratis at være med i Café Lytten bortset fra et startgebyr på 50 kr.

Erfaringer

De unge møder stabilt. 45 unge har deltaget i gennemsnit 30-35 gange á 2 1/2 time. Gennem erfaringsudveksling og livssamtaler i gruppen lærer de unge mestringsmåder og problemløsningsmodeller, som gør dem i stand til at få en positiv udvikling i deres liv. I gruppen mærker de unge, at "de gør en forskel".

Selvom sorgen er forskellig hos mennesker, er reaktionerne og følelser forbavsende ens. De unge kan få det bedre ved at turde mærke og udtrykke sorg, vrede og smerte og ved at tage styringen i deres eget liv.

Synliggørelsen af projektet og aktiviteterne kræver et fortløbende og grundigt PR-arbejde, hvor det har vist sig gavnligt at bruge de unge i formidlingen af projektets idé.

Projektet er ikke evalueret.

Samarbejdspartnere

Café Lytten har regelmæssigt kontakt med en række samarbejdspartnere: Livslinien, andre selvmordsgrupper, sagsbehandlere, Center for Selvmordsforebyggelse, uddannelsesinstitutioner, skadestuer, psykologer, psykiatere, medicinsk afdeling på Kommunehospitalet m.fl.

Projektet modtager studiebesøg i cafédelen.

Litteraturudgivelser

Folderen, "Unge mennesker i samtale". En undersøgelse af kategorier af samtaleindhold i en samtalegruppe for sårbare unge med særligt henblik på de unges udveksling af mestringsmåder, Den sociale højskole, 1995

4.3 SIND-Linjen

Baggrund

SIND - linjen er oprettet på initiativ af Landsforeningen SIND. SIND - linjen bliver administreret af Landsforeningen SIND og modtager støtte fra Socialministeriet.

Målgruppe

Sindslidende, pårørende til sindslidende, personer med psykiske problemer (kriseramte) og behandlere.

Visitation

SIND - linjen har oprettet en database, indeholdende landsdækkende oplysninger angående henvisningsmuligheder; væresteder, hjælpeinstanser, pårørendeklubber. Dog er det erfaringen, at kun få brugere henvises til andre instanser. De fleste faste brugere kender til andre støttemuligheder, men er mere interesseret i telefonkontakten.

Åbningstider

Åbningstiden er fra kl. 16.00 - 24.00 dagligt.

Personalesammensætning

1 leder, 3 fastansatte rådgivere, 5 vikarer og 30 frivillige.

Arbejdsopgaver

Telefonsamtaler med brugere. Førstegangssamtaler (krisesamtalerne) har ofte lang varighed og en udredende funktion for folk der er i akut krise. Rådgivningssamtaler ydes til mere velfungerende brugere samt pårørende.

Erfaringer

En del faste brugere ringer dagligt til linjen. Hermed opnår de en menneskelig kontakt og omsorg. Størstedelen af dem er ensomme og uden kontakt til omverdenen. Samtalerne udgør for dem et sikkert holdepunkt i tilværelsen.

Nogle brugere henvender sig ved almindelige livskriser, i nogle tilfælde er disse selvmordstruede.

Pårørende henvender sig oftest efter lang tids frustration. Ved sådanne samtaler bliver der tit henvist til pårørendegrupper, som bedre kan yde den nødvendige støtte.

SIND - linjen er evalueret eksternt af Konsulentkompagniet.

Samarbejdspartnere

SIND - linjen samarbejder uformelt med andre telefonrådgivninger både nationalt og internationalt, herunder søsterrådgivningerne SANE-line i England og Hjelpetelefonen i Norge.

4.4 Støttecenter for selvmordstruede og deres familie ved Kolding Selvhjælp

Baggrund

Kolding Selvhjælp er en frivillig organisation, som gennem to år har kørt projekt "Støtte for selvmordstruede og deres familie". Projektet fortsætter til slutningen af 1998 og er finansieret af Kolding Kommune og Socialministeriets Satspulje.

Målgruppe

Målgruppen er mennesker på alle alderstrin, som oplever kriser og afmagt i forbindelse med selvmordstanker eller selvmordsforsøg og deres pårørende. Tilbudet er ikke rettet mod psykiatriske patienter.

Visitation

Mange er opmærksomme på tilbuddet via sygehus, læger og studievejledere. Andre kommer efter opfordring fra venner og bekendte. Mange henvender sig direkte uden henvisning. Der er ikke så mange der kommer med en aftalekontrakt fra sygehuset. Det er kun i de tilfælde, hvor den pågældende ikke selv får taget kontakt med Kolding Selvhjælp selv, men hvor ønsket er der.

Åbningstider

Kontortid daglig 9-17. Uden for åbningstid er der telefonsvarer med henvisning til 2 numre, der kan kontaktes.

Personalesammensætning

For tiden er der ca. 12 modne frivillige og 4 unge under 25 år.

Arbejdsopgaver

Tilbuddets art: Støtteperson efterfulgt af evt. selvhjælpsgruppe. Der har været afprøvet en udgave af modellen med en terapigruppe som tilbud efter støtteperson. For tiden er der ikke dette tilbud. Indgangen er for 90 procent af klienterne personlig samtale med supervisor.

Derefter henvises til støtteperson. Derefter kan der blive tale om deltagelse i selvhjælpsgruppe. Der har endvidere været tale om, at unge blev henvist til terapigruppe ledet af terapeutuddannet og psykolog, der deltog som frivillige. Der er kun erfaring med ét forløb, bl.a. på grund af for få potentielle deltagere. Erfaringer fra gruppen var, at unge har behov for at lære andre teknikker omkring konfliktløsning.

Hvis de hjælpsøgende efter kontakten til støtteperson går over i en selvhjælpsgruppe, går de typisk over i gruppen med emner som "personlig udvikling", "selvværd". Enkelte er gået over en gruppe "Et godt liv efter skilsmisse".

Der dannes ikke grupper specielt for personer, der har forsøgt selvmord, men de blandes med andre.

Selvhjælpsgrupperne med emner som selvværd og personlig udvikling kører ofte med igangsættere over 5-6 gange. Igangsætteren forlader først gruppen, når medlemmerne tør åbne og spørge ind.

Igangsætteren arbejder alene med gruppestruktur og gruppedynamik for at skabe en tillidsfuld atmosfære, give plads og rum for ligelig taletid. Igangsætteren er ikke behandler og ikke en del af gruppen.

Rekruttering af frivillige

Kolding Selvhjælp sætter store krav til de frivillige, der skal arbejde med selvmordstruede og deres pårørende. Ingen frivillige har samtaler alene i begyndelsen, da organisationen vil have et stort kendskab til den frivillige først. I uddannelsen bruges en form for læremester. De indgår som "føl" i starten og skal sige ja til træningsaftener hver 6. uge. Alle frivillige, der laver en "kontrakt" med brugeren skal efter 2-3 samtaler søge supervision.

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

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

Copyright (c) Sundhedsstyrelsen