



Misbrug og selvmordsforebyggelse

Rapport fra konference om misbrugsområdet
og selvmordsforebyggelse, oktober 2003

Misbrug og selvmordsforebyggelse
Rapport fra Konferencen om misbrugsområdet og
selvmordsforebyggelse, oktober 2003

Konferenceplanlægningsgruppe under Center for Selvmordsforskning:

Peter Ege, socialoverlæge, Københavns Kommune

Annelise Kongstad, akademisk medarbejder,

VFC Socialt Udsatte: Alkohol

Knud Moesgaard, ledende socialrådgiver, Ringgården

Lilian Zöllner, leder, Center for Selvmordsforskning

Berit Sørensen, overassistent, Center for Selvmordsforskning

Lisa Korsbek, konsulent, Center for Selvmordsforskning

- med sparring fra:

Merete Nordentoft, psykiatrisk overlæge, Bispebjerg Hospital

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet

Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord

www.selvmordsforebyggelse.dk

Referencegruppens sekretariat

Center for Forebyggelse

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

ssst@sst.dk

Emneord

Selvmordsforsøg, selvmord, selvmordsforebyggelse, alkoholmisbrug,
stofmisbrug

Sprog

Dansk

Version

1.0

Elektronisk ISBN

87-91437-73-3

Den trykte versions ISBN

87-91437-74-1

Udarbejdet af

Jan Andreasen, Agonist

Grafisk design

Bysted A/S

Tryk

Fihl-Jensen Grafisk Produktion A/S

Oplag

1.500 eksemplarer

Publikationen kan hentes på

www.selvmordsforebyggelse.dk eller www.sst.dk

eller bestilles hos J:H: SCHULTZ Information A/S, Albertslund,

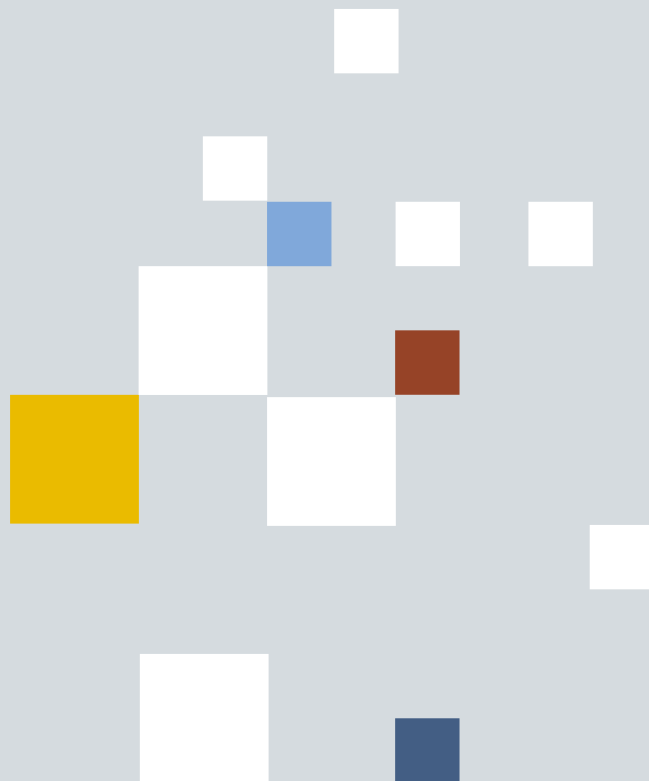
tlf. 70 26 26 36, e-mail: sundhed@schultz.dk

Pris

0 kr. + forsendelse

Udgivelsen er finansieret af Socialministeriet efter indstilling fra

Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord.



Forord

Mennesker med alkohol- og stofmisbrug er en stor og væsentlig risikogruppe for selvmordsadfærd. Der er misbrug involveret i 25-55% af alle selvmord, og undersøgelser viser, at hver femte alkoholmisbruger har forsøgt af tage sit liv mindst én gang.

Det er baggrunden for, at Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord tog initiativ til at afholde en national konference med fokus på sammenhængen mellem misbrug og selvmordsadfærd. Konferencen blev afholdt den 22. oktober 2003 i Odense med deltagelse af et bredt udsnit af fagpersoner fra misbrugs- og psykiatrimrådet.

Denne rapport formidler indlæg og drøftelser fra konferencen og henvender sig til fagpersoner og frivillige med klientkontakt til misbrugere i afrusning, ambulante behandling eller dag- og døgnbehandling mv.

Konferencen var et led i opfølgningen på "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark", udgivet af Sundhedsstyrelsen i 1998. I forslag til handlingsplan er der en række anbefalinger vedrørende forebyggelse af selvmordsadfærd, herunder selvmordsadfærd relateret til misbrug. I forhold til forebyggelse blandt misbrugere anbefales det bl.a., at personale i misbrugsinstitutioner bør have viden om signaler på selvmordsadfærd, og at der er udviklet rutiner, således at alle behandlingssøgende misbrugere spørges om eventuelle selvmordstanker og tidligere selvmordsforsøg.

Formålet med konferencen var at formidle viden om sammenhængen mellem misbrug og selvmordsforebyggelse på grundlag af den nyeste forskning og erfaringer fra praksis. Behandlere bør være opmærksomme på, at misbrugere har øget risiko for selvmordsforsøg og selvmord, at mennesker, der har forsøgt selvmord, kan have et misbrug, og at mange misbrugere har en samtidig psykisk lidelse.

Rapporten skal bidrage til diskussion af, hvordan man i det daglige sikrer en skærpet opmærksomhed på risikoen for selvmordsadfærd hos misbrugere både i misbrugsregi og i psykiatrisk regi. Det er håbet, at rapporten vil være en inspiration til fortsat at udvikle arbejdet inden for selvmordsforebyggelse.

REFERENCEGRUPPENS FORMANDSKAB

SOCIALMINISTERIET SAMT INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET

Indhold

3	FORORD
5	DET GODE LIV FOR OG MED DEN ANDEN Lilian Zöllner, cand.pæd., ph.d., leder af Center for Selvmordsforskning.
6	FORSKNING I MISBRUG OG SELVMORD - PROBLEMETS OMFANG, RISIKOFAKTORER, UDLØSENDE FAKTORER OG KØNSFORSKELLE Ingeborg Rossow, dr. philos., Statens Institut for Rusmiddelforskning, Oslo.
9	SIGNALER PÅ SELVMORDSTANKER OG SELVMORDSADFÆRD, GENERELT OG HOS MISBRUGERE Merete Nordentoft, overlæge, ph.d., Psykiatrisk afdeling E, H:S Bispebjerg Hospital.
14	KOMORBIDITET: MISBRUG, ANDEN PSYKISK SYGDOM OG SELVMORDSRISIKO Birgit Jessen-Petersen, adm. overlæge, ph.d., Anstalten ved Herstedvester.
16	BEHANDLING OG FOREBYGGELSE AF SELVMORDSADFÆRD HOS MISBRUGERE - HVORDAN HOLDER VI ET BEHANDLINGSMÆSSIGT FOKUS? Anette Søgaard Nielsen, centerleder, ph.d., AlkoholBehandlingsCentret i Fyns Amt.
18	DEBAT MELLEM OPLÆGSHOLDERE OG DELTAGERE Ordstyrer: Georg Metz, forfatter, journalist.
19	CAFÉSEMINAR Cafévært: Lars Frelle-Petersen, konsulent.
20	AFSLUTTENDE BEMÆRKNING Lilian Zöllner, cand.pæd., ph.d., leder af Center for Selvmordsforskning.
20	OPLÆGSHOLDERE VED KONFERENCEN
21	DELTAGERE VED KONFERENCEN



Visionen om det gode liv findes i spændingsfeltet mellem de etiske principper.

VELKOMST VED LILIAN ZÖLLNER, CAND.PÆD., PH.D., LEDER AF CENTER FOR SELVMORDSFORSKNING

Etik kan defineres som det gode liv for og med den anden, hvorimod moral er den adfærd, man tager i anvendelse for at opfylde visionerne om det gode liv. Etikken er altså nogle filosofiske overvejelser om, hvordan vi kan udvikle et samfund og leve et godt liv med og for den anden. Etik kan derfor godt være en kritik af det bestående, en kritik af hvordan vi behandler hinanden eller af den måde, som vi har indrettet vores samfund på.

Tre etiske principper

Når vi taler om selvmord og misbrug, er der tre etiske principper, der øjeblikkeligt bringes i spil. Det er princippet om autonomi, om livets ukrænkelighed og om værdighed. Princippet om autonomi er det ældste princip, som vi kender til, og som gennem hele vores del af historien har understreget menneskets evne og frihed til at bestemme over sit eget liv. Fortalere for den enkeltes ret til at bestemme, hvornår livet skal afsluttes, og på hvilken måde, hævder, at princippet om autonomi må veje tungere end andre principper. I princippet om autonomi ligger også princippet om at vælge at føre sit liv, som man selv finder det rigtigt.

Princippet om livets ukrænkelighed handler om ikke at tilintetgøre det værd, som ethvert menneske har i kraft af selve det at være menneske. Dette princip er tvunget til at indgå, når temaet er selvmord. At man ikke ødelægger det værd, livet har. Princippet om livets ukrænkelighed vejer tungt, uanset om vi er raske, syge eller har et handicap. Princippet vægter også, uanset hvordan vi lever vort liv.

Det etiske princip om værdighed udtrykker ret til liv og til fair og lige behandling. Det er det princip, der er i spil, når vi diskuterer prioriteringer og behandlingstilbud, og om hvem der er værdigt trængende, og dermed om hvor vores grænser går for det gode liv for og med hinanden.

De etiske principper strider mod hinanden. Vi kan således ikke foretrække det ene princip uden at nedprioritere de andre. Vi har en ret til at leve, men hvis mennesker ikke finder, at livet er værd at leve, kan vi, der søger at forebygge selvmord, så finde argumenter for, at der både er en ret og en pligt til at leve?

Vi kan ikke give os selv livet, og vi kan ikke ophæve døden. Vi kan måske synes, at vi har ret til at tage vores eget liv, hvis vi ikke finder, at det er værd at leve. Samtidig med at vi taler imod dette, så er det givet, at vi på et tidspunkt skal dø. Det er i dette spændingsfelt, visionen om

det gode liv skal ses. Lad disse ord være tankespor, der kan indfælde sig i jeres dialog her ved konferencen og i tiden efter.

Forskning i misbrug og selvmord – problemets omfang, risikofaktorer, udløsende **faktorer** og kønsforskelle

Der er en sammenhæng mellem et langvarigt misbrug og en øget risiko for selvmordsadfærd. Men forskningen viser også, at alkoholberuselse øger risikoen for selvmord og selvmordsforsøg, og at misbrug kan øge risikoen for selvmordsadfærd blandt pårørende.

**INDLÆG VED INGEBORG ROSSOW, DR. PHILOS.,
STATENS INSTITUT FOR RUSMIDDEFORSKNING, OSLO.**

Enhver historie om et menneske, der har begået selvmord, er unik. Der findes således ikke to historier, der er identiske. Men i de fleste historier, hvor misbrug er en del af selv-

mordsadfærd, er der nogle fælles træk. Jeg vil indlede mit indlæg med fire historier fra det virkelige liv.

HISTORIEN OM TOM

Tom blev 41 år. Han begyndte tidligt at drikke, og hans opvækst var præget af, at hans far også havde et alkoholmisbrug. Allerede i slutningen af teenageårene drak Tom meget, og i en ung alder fik han et omfattende alkoholmisbrug. Han blev tidligt gift. Ægteskabet var stormfuldt og holdt indtil ca. 1½ år før hans død. Han udviklede en depression og havde flere selvmordsforsøg med efterfølgende indlæggelser. Et ½ år før hans død var han blevet erklæret for uarbejdsdygtig, efter at hans arm var blevet alvorligt beskadiget i en ulykke. En uge før selvmordet blev det besluttet, at armen skulle amputeres. Toms selvmord var nøje planlagt. Han tog en overdosis piller og havde sikret sig i mod, at han ikke blev fundet for tidligt.

HISTORIEN OM EDNA

Historien om Edna handler også om misbrug og selvmord. Hun havde en god opvækst og giftede sig også tidligt. Allerede som helt ung udviklede hun en depression, og gennem hele hendes voksne liv oplevede hun hyppigt perioder med alvorlig depression. Det var først gennem de sidste fire år af hendes liv, at hun udviklede et alkohol- og pillemisbrug. Gradvis blev hun mere socialt isoleret, og i den sidste tid hun levede, havde hun kun kontakt med sin mand. I sine sidste leveår havde Edna

flere selvmordsforsøg. Edna døde som følge af en overdosis piller. Hun blev 53 år.

HISTORIEN OM JOHN

John blev aldrig misbruger, men han var svært beruset, da han, 16 år gammel, skød sig selv med det gevær, han havde fået i fødselsdagsgave af sin mor. John var impulsiv af natur. Han handlede ofte, før han havde tænkt sig om. I skolen havde han mindre problemer, og John var på mange måder en helt almindelig dreng. Den dag han døde, havde han en konflikt med en lærer på skolen, og samme aften havde han lagt sig ud med en kammerat, hvis bil han havde lånt og kørt i grøften. Efter konflikten med kammeraten gik han hjem og skød sig selv.

HISTORIEN OM INGRID

Ingrid var 16 år, da hun kom til behandling for stofmisbrug. Hendes opvækst lignede meget den opvækst, mange stofmisbrugere har haft. Begge hendes forældre var alkoholmisbrugere, og hendes opvækst var både utryk og ustabil, og hun blev udsat for seksuelle overgreb og vold i barndommen. Ingrid begyndte at drikke alkohol, da hun var 11 år, og 14 år gammel begyndte hun at tage heroin. På det tidspunkt havde hun allerede flere selvmordsforsøg bag sig. Jeg ved ikke, om Ingrid er i live i dag.

SAMMENHÆNGEN MELLEM MISBRUG OG SELVMORDSADFÆRD

Det er videnskabeligt dokumenteret, at der er en klar sammenhæng mellem alkoholmisbrug og en øget risiko for selvmordsforsøg og selvmord. Derimod er der betydeligt mindre forskning, der belyser sammenhængen mellem stofmisbrug og selvmord. Flere undersøgelser tyder dog på, at der også blandt stofmisbrugere er en øget risiko for selvmord.

Alkoholmisbrug

Alkoholmisbrug er en væsentlig risikofaktor for selvmord. Således har 10-40% af dem, der begår selvmord, et alkoholmisbrug. Ifølge den videnskabelige litteratur så er livstidsrisikoen for selvmord 2-7% for alkoholmisbrugere. Derved er risikoen for selvmord blandt alkoholmisbrugere 5-7 gange højere end blandt ikke-misbrugere i de nordiske lande. 15-30% af alkoholmisbrugere i behandling har haft mindst et



INGEBORG ROSSOW,
DR. PHILOS.

selvmordsforsøg. Den forøgede risiko for selvmordsforsøg blandt alkoholmisbrugere varierer med en 3-30 gange forøget risiko i de forskellige videnskabelige undersøgelser.

Alkoholberuselse er også en vigtig risikofaktor ved selvmord. Således er 20-45% af alle dem, der begår selvmord, beruset af alkohol. Dette tal er højere blandt alkoholmisbrugere, hvor 70% af de alkoholmisbrugere, der begår selvmord, er beruset af alkohol ved selvmordet.

Flere studier viser, at når totalforbruget af alkohol øges i en befolkning, så øges selvmordsraten også. I Danmark er det tydeligst demonstreret i årene under første verdenskrig, hvor afgifterne på alkohol steg kraftigt i takt med, at alkoholforbruget og antallet af selvmord faldt.

Stofmisbrug

Livstidsrisikoen for selvmord blandt stofmisbrugere er 10-15%. Det tyder flere undersøgelser på. Der er også en øget risiko for selvmordsforsøg blandt stofmisbrugere. Denne er mellem 15-30 gange højere end blandt ikke-stofmisbrugere. Men selvom stofmisbrugeres risiko er større, så bidrager de ikke væsentlig til det totale antal selvmordsforsøg og selvmord, fordi der ikke findes så mange stofmisbrugere sammenlignet med det langt højere antal alkoholmisbrugere. 30-40% af stofmisbrugere har haft mindst et selvmordsforsøg.

ÅRSAGSFORKLARINGER

Der er en klar årsagssammenhæng mellem misbrug af rusmidler og selvmordsadfærd. Denne sammenhæng, mener jeg, kan bl.a. forklares ud fra, at et langvarigt misbrug af rusmidler kan føre til en nedsat mængde af serotonin i centralnervesystemet. Det sænker stemningslejet og kan føre til udvikling af depression. Et nedsat stemningsleje eller depression øger sårbarheden for selvmordsadfærd.

Et langvarigt misbrug fører også ofte til social dysfunktion i forhold til ægtefælle, familie, venner og arbejde. Det øger risikoen for øget social isolation, hvilket igen øger risiko for selvmordsadfærd. Dette så vi for eksempel i den indledende historie om Tom.

En akut alkoholberuselse kan også være en udløsende faktor, idet den forstærker depressive tanker og/eller selvmordstanker og følelsen af håbløshed. Alkoholberuselsen indsnævrer personens fokus og dermed muligheden for at se alternative løsninger i en vanskelig situation. Den reducerer også de beskyttende barrierer, man har mod at påføre sig selv skade. Den indledende historie om John kan være et eksempel på dette.

Fælles bagvedliggende årsager

En række årsager kan både forklare selvmordsadfærd og et misbrug af rusmidler. Det kan for eksempel være faktorer som:

- Depression.
- Særlige personlighedstræk, især impulsiv adfærd, der muligvis kan være genetisk betinget.
- En dramatisk opvækst med alvorlige og tidlige traumer, seksuelle overgreb og social isolation.

Både Ednas og Ingrids historier kan passe her.

Rusmidler kan også være en del af selve selvmordshandlingen, hvor rusmidlet bruges for eksempel til at "drikke sig mod til" eller til at dæmpe angsten og reducere smerten med.

Et misbrug af rusmidler kan også øge risikoen for selvmord blandt pårørende for eksempel hos ægtefælle eller hos børn af misbrugere. Nogle studier viser, at børn af misbrugere oftere har forsøgt selvmord end børn af ikke-misbrugere.

RISIKOFAKTORER FOR SELVMORD BLANDT MISBRUGERE AF RUSMIDLER

Risikofaktorerne for selvmord blandt misbrugere af rusmidler ligner meget risikofaktorer for selvmordsadfærd i befolkningen generelt. Risikofaktorerne er:

- Psykiatrisk komorbiditet¹.
- Somatisk sygdom.
- Håbløshed.
- Arbejdsløshed, pengevanskeligheder.
- Enlig, social isolation.
- Tilgængelighed af våben.
- Selvmord i familien.
- Traumer, overgreb.

Det er en klar risikofaktor, hvis én i familien tidligere har begået selvmord. Flere studier viser således, at det har betydning, at personer på denne måde bliver eksponeret for tanken, at det er muligt at tage sit eget liv, når man står i en vanskelig situation. Alvorlige traumer og overgreb er også klare risikofaktorer for selvmordsadfærd blandt misbrugere. I alle undersøgelser er oplevelsen af håbløshed en klar risikofaktor for selvmord blandt misbrugere.

Der er forskellige udløsende faktorer for selvmord blandt misbrugere. Det kan være alkoholberuselse, konflikter, tab af ægtefælle, kæreste, arbejde, sundhed, ære eller anseelse. Især for unge er det en vigtig udløsende faktor, hvis en kæreste slår op.

KØNSFORSKELLE

Der nogle tydelige kønsforskelle både i forekomst af selvmord og i forekomsten af selvmordsforsøg. I befolkningen generelt er der en højere selvmordsrate blandt mænd og en højere forekomst af selvmordsforsøg blandt kvinder. Ved selvmord er mænd hyppigere end kvinder påvirket af alkohol, hvorimod kvinder, der begår selvmord, hyppigere har et alkoholmisbrug eller narkomisbrug end mænd, der begår selvmord. Ved selvmordsforsøg ses der en højere forekomst af alkoholmisbrug og narkomisbrug blandt mænd end blandt kvinder, der forsøger selvmord.

Kvinder med et misbrug af rusmidler har hyppigere dobbeltdiagnosen misbrug og psykisk sygdom end mænd med et rusmiddelmisbrug. De kvindelige misbrugere er, sammenlignet med mændene, en mindre gruppe, men de er mere belastede. De har således en større psykiatrisk komorbiditet og flere traumer i opvæksten end mændene. Misbruget hos de kvindelige misbrugere udvikler sig hurtigere end hos mændene. Hvis de derimod får behandling, så responderer de bedre på denne end mændene.

Der ses ingen eller kun små kønsforskelle i risikoen for selvmord blandt alkoholmisbrugere, risikoen for selvmord blandt narkotikamisbrugere og risikoen for selvmordsforsøg blandt alkoholmisbrugere. En del studier viser, at der er en øget forekomst af selvmordsforsøg blandt kvindelige stofmisbrugere, mens andre ikke viser nogle forskelle.

AFSLUTTENDE BEMÆRKNINGER

Forskningslitteraturen viser overvejende en sammenhæng mellem misbrug og selvmordsadfærd på individniveau, og den giver et godt billede af karakteristika ved misbrugere med selvmordsadfærd. Dette er utvivlsomt vigtigt i en klinisk hverdag. Men i et folkesundhedsperspektiv er det også vigtigt at fremhæve, at alkoholberuselse øger risikoen for selvmord og selvmordsforsøg, og at misbrug kan øge risikoen for selvmordsadfærd blandt pårørende. Det er væsentlige faktorer at have med i sine overvejelser, når man skal lægge en strategi for forebyggelse i befolkningen generelt og for tiltag over for højrisikogrupper.

1) F.eks. dobbeltdiagnosen misbrug og depression

SUPPLERENDE LITTERATUR VEDRØRENDE SAMMENHÆNGEN MELLEM MISBRUG, ALKOHOLBERUSELSE OG SELVMORDSADFÆRD:

Berglund M & Ojehagen A (1998) The influence of alcohol drinking and alcohol use disorder on psychiatric disorders and suicidal behaviour. *Alcoholism – Clinical and Experimental Research*, 22, 333S-345S.

Darke S and Ross J (2002) Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction*, 97, 1383-1394.

Hufford MR (2001) Alcohol and suicidal behaviour. *Clinical Psychology Review*, 21, 797-811.

Lester D (1992) Alcoholism and drug abuse. In: Maris RW, Berman AL, Maltzberger J. and Yufit J (Eds) *Assessment and prediction of suicide*, pp. 321-336. Guilford Press, New York.

Murphy GE (2000) Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Substance abuse. In: Hawton K & van Heeringen K (eds) *The international handbook of suicide and attempted suicide*, pp. 135-146. John Wiley & Sons, Chichester.

Rossow I (2000) Suicide, violence and child abuse: Review of the impact of alcohol consumption on social problems. *Contemporary Drug Problems*, 27, 397-434.

Ingeborg Rossow har skrevet kapitlet Substance use and suicidal behaviour i bogen *Suicide prevention and treatment from science to practice*, red. Keith Hawton, Oxford University Press.



Det er vigtigt at have kendskab til myter om selvmord og til signaler på selvmordstanker og selvmordsadfærd i det selvmordsforebyggende arbejde. Manglende opmærksomhed eller kendskab til disse faktorer kan virke som barrierer i det forebyggende arbejde.

INDLÆG VED MERETE NORDENTOFT, OVERLÆGE, PH.D. PSYKIATRISK AFDELING, H:S BISPEBJERG HOSPITAL.

Når man arbejder med forebyggelse af selvmord, så er det væsentligt at fremhæve, at selvmord er et resultat af flere forskellige faktorerets betydning og et resultat af en midlertidig sindstilstand. De fleste mennesker kommer således igennem krisen og videre i deres liv. Det er vigtigt at vide, som behandler og væsentlige budskaber at formidle til mennesker, der står midt i en krise, eller til deres pårørende. Det har også betydning for interventionen, at det er vigtigt at vinde tid. For det er ikke muligt at opretholde en selvmordstruende tilstand igennem længere tid.

MYTER OM SELVMORD

Det er væsentligt at gøre op med myterne om selvmord, der eksisterer både blandt de professionelle og i befolkningen generelt. Det er vigtigt, fordi myterne fungerer som barrierer i det selvmordsforebyggende arbejde. Det er således en udbredt myte, at mennesker, der taler om selvmord, aldrig gør alvor af det. Denne myte kan blandt fagpersoner føre til en lettere irriteret holdning over for de mennesker, der kommer med selvmordstanker eller selvmordsadfærd. Nogen ser disse mennesker som nogle, der bare manipulerer, og som ikke mener det alvorligt, hvis de kun taler om selvmord. Men det er en myte. For hvis man undersøger omstændighederne omkring et selvmord, så har de fleste talt om det til nogen. Vi ved ikke, hvor mange af dem, der taler om selvmord, der på et tidspunkt forsøger selvmord – men der er nogle nye undersøgelser på vej, der kan være med til at belyse dette.

”Tøsedrengsmyten”

”Tøsedrengsmyten” fortæller, at mennesker, der forsøger selvmord, ikke vil dø, for de, der virkelig ønsker at dø, overlever ikke. Denne myte optræder ofte sammen med en irriteret holdning over for dem, der har overlevet et selvmordsforsøg, og som måske selv har tilkaldt hjælp. For at forstå menne-

MYTER OM SELVMORD:

- Mennesker, der taler om selvmord, gør aldrig alvor af det!
- Mennesker, der forsøger selvmord, vil ikke dø. De, der virkelig ønsker at dø, overlever ikke!
- Det er umuligt at hindre mennesker i at begå selvmord, hvis de virkelig vil!
- Selvmord kommer uden varsel!
- ”Det er ikke så mærkeligt, at han begik selvmord, så svært som han havde det”.
- Selvmordsrisikoen øges, hvis man taler om det.
- Man kan bedømme selvmordsrisikoen ud fra den somatiske farlighed af selvmordsforsøget.
- Man kan bedømme den langsigtede selvmordsrisiko ud fra selvmordsintentionen.

Ovenstående er eksempler på myter om selvmord, der ofte findes hos både fagpersoner og i befolkningen generelt. Myterne virker som barrierer i det selvmordsforebyggende arbejde.

sker, der har overlevet et selvmordsforsøg, er det vigtigt at vide, at de står i en utrolig ambivalent situation. De fleste er meget i tvivl om, hvorvidt de ønsker at dø eller at leve, eller om de bare ønsker at slippe væk fra den situation, de er i.

Selvmordsforsøg er også en klar risikofaktor. Mennesker, der har forsøgt selvmord mindst én gang, har således 30 gange større risiko for senere at dø af selvmord. Jo flere gange de har forsøgt, jo større er risikoen for, at det vil lykkes til sidst.

Det er en myte, at det er umuligt at hindre mennesker i at begå selvmord, hvis de virkelig vil dø. For hver dag er der mennesker, der bliver forhindret i at begå et selvmord. Det er altså muligt at intervenere over for mennesker, der er selvmordstruede. I de sværeste tilfælde er indlæggelse på en lukket psykiatrisk afdeling en mulighed.

Det er en udbredt opfattelse, at selvmord ofte kommer uden varsel. Men det er ikke rigtigt. For hos langt de fleste er der selvmordsmeddelelser og en langvarig belastet tilstand forud for et selvmord. I de tilfælde, hvor et selvmord sker relativt uventet, er det ofte i forbindelse med en beruselse, hvor selvmordet er en impulsiv handling.

Risiko ved for megen indlevelse

Hvis man lever sig for meget ind i en forståelse af den andens situation, er der en risiko for, at man tænker; "Det er ikke så mærkeligt, at han begik selvmord, så svært som han havde det". Men man bør lade være med at drage den slutning, at man godt kan forstå, at vedkommende ønsker at begå selvmord, når nu det aktuelle øjebliksbillede ser meget trist ud. For risikoen er, at man får en nihilistisk og opgivende holdning over for mennesker, der er selvmordstruede og en manglende tro på, at det kan lykkes at hjælpe dem. Jeg har ofte mødt den holdning blandt fagpersoner. I de situationer er det vigtigt hver gang at gå imod denne forståelse med spørgsmålet, "Hvad ved du egentlig om det"?

Når man sidder over for et menneske i krise, kan man roligt spørge til selvmordstanker og selvmordsforsøg. Spørgsmålene sætter ikke i sig selv selvmordstanker i gang og øger derfor ikke selvmordsrisikoen. Ved at stille spørgsmål til selvmordstanker signalerer man derimod, at man stiller sig til rådighed for at høre til, om vedkommende har tænkt på selvmord. Derved stiller man sig til rådighed for at tale om det.

Råd til at høre svarene

Det er svært at spørge til selvmordstanker og selvmordsforsøg, men det kan læres.

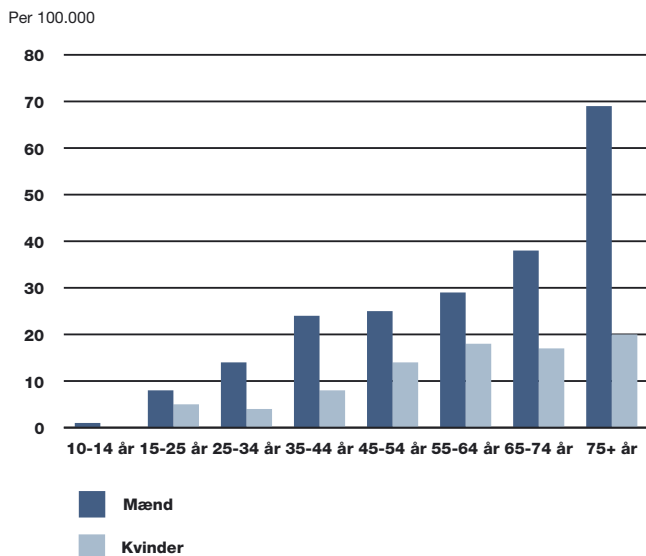
Men det er vigtigt at gøre sig klart, om man har "råd" til at høre svarene, når man udspørger mennesker om selvmordstanker og selvmordsadfærd. Med råd mener jeg, at man skal have gode fysiske omgivelser at spørge i. Det vil sige et behageligt og roligt rum, hvor man kan sidde i fred uden at blive forstyrret. Det betyder også, at man skal vide, hvad man gør, når man spørger ind til selvmordsadfærd og vide, hvad man taler om. Desuden skal man have mulighed for at visitere til forskellige behandlingstilbud. Det er nødvendigt for, at man overhovedet er i stand til at modtage de signaler, som en selvmordstruet person udsender.

Det sker ofte, at man bedømmer selvmordsrisikoen ud fra den somatiske farlighed af selvmordsforsøget. "Hun tog kun seks tabletter, så hun mente det ikke alvorligt". Men det er en myte, at denne sammenhæng eksisterer. For det væsentlige er, hvad folk har tænkt i situationen, og hvilke forestillinger de har af farligheden ved selvmordsforsøget. De kan sagtens opfatte seks piller som farlige – i modsætning til fagpersoner, der ikke deler denne opfattelse.

Det er også en myte, at den langsigtede selvmordsrisiko kan bedømmes ud fra selvmordsintentionen. En stærk intention for selvmord giver en øget langsigtet risiko for selvmord, men det gør det impulsive selvmordsforsøg også. Hos mennesker med gentagen selvmordsadfærd er de to væsentligste risikofaktorer tidligere selvmordsforsøg og psykisk lidelse.

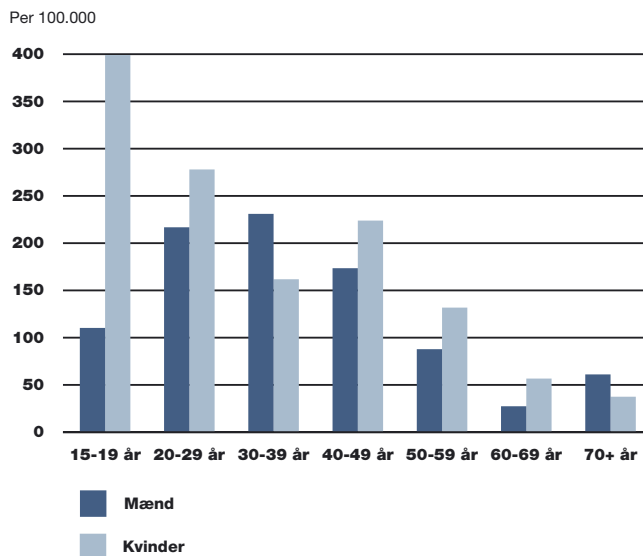
FORDELINGEN AF SELVMORD OG SELVMORDSFORSØG

Aldersspecifikke selvmordsrater i Danmark 1999



Som det ses af figuren, så stiger selvmordshyppigheden i Danmark med stigende alder, og den er størst blandt mænd. Det samme mønster ses i den øvrige del af verden. At der er flest mænd, der dør af selvmord, hænger bl.a. sammen med deres valg af selvmordsmetode. Kina er dog en undtagelse, idet der dør flere kvinder end mænd ved selvmord i Kina.

Aldersspecifikke rater: Personer, der har foretaget selvmordsforsøg
Fyns Amt 2001



Ser man i stedet på selvmordsforsøgene, så er der langt flere kvinder og unge, der forsøger selvmord. Selvmordstanker er også hyppige blandt de unge og især teenagere. Det ser ud til at være stærkt aldersbetinget. Det kan måske forklares med, at der i de unge år er en større usikkerhed om ens rolle i tilværelsen, og om meningen med livet og andre af livets essentielle spørgsmål.

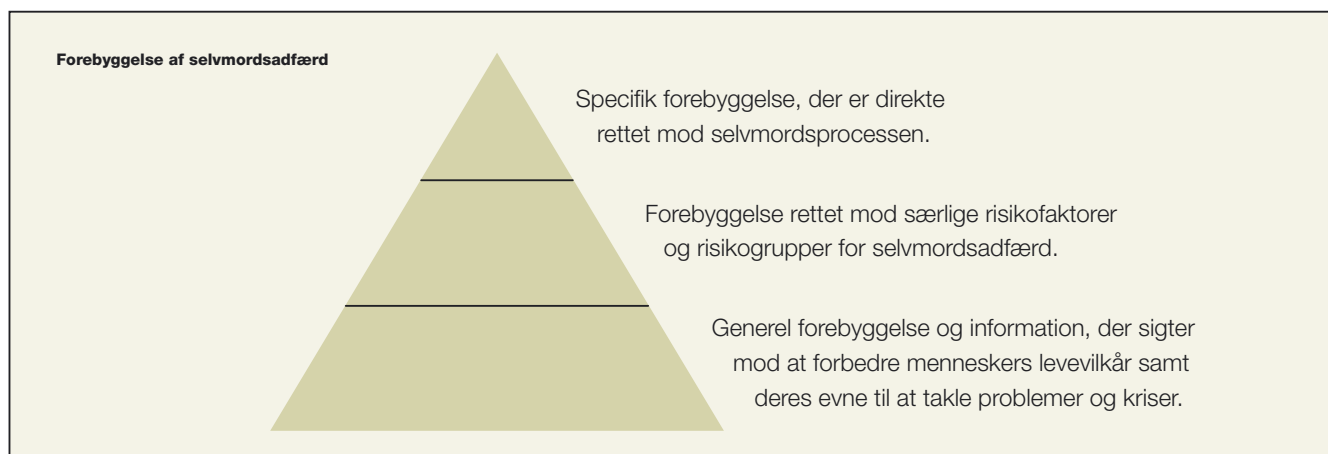
FOREBYGGELSE AF SELVMORDSADFÆRD

I "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark" (1998) opdelte vi forebyggelsen i tre områder – se nedenstående figur med trekanten.

- Ifølge handlingsplanen skal personer, som er selvmordstruede, identificeres og uanset eventuel psykisk sygdom, misbrug, alder, køn og etnisk baggrund, tilbydes et relevant behandlingstilbud. Det kan være meget svært at finde et akut behandlingstilbud til de mennesker, der samtidig har et misbrug. Målet er, at alle skal have et tilbud, men det har været svært at leve op til dette i praksis.
- Selvmordstruede personer bør vurderes hurtigt og korrekt med den nødvendige faglige ekspertise. Hjælpen skal etableres efter et støttende og ledsagende princip, således at pågældende ikke slippes, før anden støtte er iværksat. Der skal også foretages en individuel bedømmelse af selvmordsrisikoen.

sat fokus på et øget kendskab til risikofaktorer og risikogrupper. Handlingsplanen understregede også nødvendigheden af en skærpet opmærksomhed vedrørende selvmordsrisiko for øvrige risikogrupper, herunder fysisk syge, etniske minoriteter, institutionsanbragte og fængslede.

Arbejdsløshed, ensomhed, alders- og førtidspension øger risikoen for selvmord, men den største risikofaktor for selvmord er psykisk sygdom, der har ført til indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Psykisk sygdom, der har ført til indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, giver en 67 gange øget risiko for selvmord. Risikoen er størst under indlæggelsen og i de første 8 dage efter udskrivelsen og aftager herefter gennem det første år. Det er et udtryk for, at man er i en speciel sårbar periode, hvor man skal forholde sig til store ændringer i ens liv, og hvor man måske endnu ikke har modtaget den optimale behandling.



Selvmondsintentionen

Det er også vigtigt at vurdere selvmordsintentionen. Det gøres ved blandt andet at spørge ind til selvmordstanker og selvmordsforsøg. Det er vigtigt at turde stille spørgsmålene. De fleste patienter oplever det som en lettelse, at det er muligt at tale om selvmordsimpulser. Det er vigtigt at spørge detaljeret. Man bliver ofte overrasket over, hvor mange tanker de har, og hvor alvorlige overvejelserne er. På www.selvmordsforebyggelse.dk er en række forskellige spørgsmål angivet i forbindelse med et undervisningsmateriale til filmen "Det tavse råb". Materialet kan frit downloades.

Risikofaktorer for selvmord

Med henblik på at styrke indsatsen over for risikogrupper, og for at iværksætte en intensiveret opfølgingsindsats over for psykisk syge og misbrugere, blev der i "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord"

Risikoen er størst ved depressive lidelser, men der er også øget risiko ved andre psykiske sygdomme. Risikoen for selvmord blandt personer med andre psykiske sygdomme øges, såfremt der samtidigt er depressive symptomer tilstede.

Det er ikke ualmindeligt, at personer kan have flere samtidige risikofaktorer, og så stiger risikoen betydeligt. En person, der således er indlagt på en psykiatrisk afdeling, og samtidig har et misbrug, er arbejdsløs og alene, har en 128 gange øget risiko for selvmord sammenlignet med en person uden disse risikofaktorer. Så en enlig boende alkoholmisbruger på pension, der lige er udskrevet fra psykiatrisk afdeling, er i meget stor risiko for selvmord.¹

Alkoholmisbrug er også en væsentlig risikofaktor. Der er således en 20 gange større dødelighed hos brugere af et alkoholambulatorium end blandt ikke-alkoholmisbrugere. Ved alkoholmisbrug er risikoen for selvmord særlig øget ved langvarigt misbrug (over 15-20 år), hvor den sociale deroute

er åbenlys. Selvmordet sker ofte efter tab af en nærtstående, for eksempel ved skilsmisse eller død, hvorved den pågældende mister den sidste rest af et meget spinkelt socialt netværk.

RISIKOEN FOR SELVMORD BLANDT HJEMLØSE

Hjemløse har en mere end 4 gange større dødelighed end ikke hjemløse. De har både en øget risiko for naturlig død, for død ved ulykker, selvmord og ved såkaldt usikker dødsårsag, hvor det ikke er muligt præcist at angive årsagen til døden. Idet mange hjemløse har et misbrug, og er døde af forgiftning, er det ikke altid muligt at fastslå, om de er døde ved selvmord eller ved en ulykke.

De unge kvinder rammes relativt hårdest. De har en 30-40 gange øget risiko for tidlig død sammenlignet med "baggrundsbefolkningen". Mændenes øgede risiko er noget mindre, men det skyldes, at når man sammenligner med en kontrolgruppe af yngre mænd, der ikke er hjemløse, så er de i forvejen i øget risiko for tidlig død, idet flere unge mænd bliver slået ihjel i trafikken.

De vigtigste risikofaktorer for selvmord blandt hjemløse er kort ophold i herberget, og at de har mere end et ophold i løbet af året. De vigtigste risikofaktorer for tidlig død blandt hjemløse er alkoholmisbrug, misbrug af benzodiazepiner, og at deres far er død inden den hjemløses 17. år. Misbrug af opiater er ikke en selvstændig risikofaktor, fordi gruppen af opiatmisbrugere også misbruger benzodiazepiner.

TVANGSINDLÆGGELSE OG REGLER FOR AT VIDERE GIVE OPLYSNINGER

Afslutningsvis vil jeg minde om muligheden for at indlægge et selvmordstruet menneske på en psykiatrisk afdeling og om regler for at videregive oplysninger. Indlæggelse kan ske frivilligt eller med tvang. I de tilfælde hvor det ikke er muligt at motivere patienten for behandling, kan tvangsindlæggelse være nødvendig. Lægen, der har ansvaret for behandlingen af patienten, har pligt til at anmode om politiets assistance til iværksættelse af tvangsindlæggelse, hvis en patient findes psykotisk eller i en tilstand, der kan sidestilles dermed og er til fare for sig selv eller andre (røde papirer). Svære affekttilstande med vedvarende selvmordstrusler vil kunne sidestilles med psykose.

Man skal søge at indhente informeret samtykke fra patienten med henblik på at viderebringe helbredsoplysninger til den alment praktiserende læge. Der er situationer, hvor den behandlende læge, i henhold til § 24, stk. 2 i Lov om patienters retsstilling, kan videregive oplysninger til den praktiserende læge eller andre instanser, uden patientens samtykke. Det

kan ske, hvis det er nødvendigt af hensyn til det aktuelle behandlingsforløb, eller hvis det skønnes at være nødvendigt af væsentlige hensyn til patienten. Det kan for eksempel være, hvor en patient, der er indbragt efter et selvmordsforsøg, er gået fra en hospitalsafdeling, uden at det var aftalt. Patienten skal snarest muligt orienteres om, at informationer er videregivet og om formålet hermed (§ 24, stk. 5).

1) Mortensen PB, Agerbo E, Erikson T et al. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. Lancet 2000; 355:9-12.

FAKTORER DER INDIKERER EN HØJ INTENTION FOR SELVMORD:

- Selvmordsforsøget gennemført uden mulighed for indgriben fra andre.
- Forholdsregler for at undgå at blive fundet.
- Forberedelser så som testamente, forsikringer og lignende.
- Forberedelser i form af f. eks at samle tabletter eller andre midler til selvmordshandlinger.
- Suicidale meddelelser til andre forud for selvmordsforsøget.
- Afskedsbrev.
- Dødsønske.

Selvom alle disse faktorer er fraværende, så kan der alligevel ved de impulsive selvmordsforsøg være en høj risiko.

Komorbiditet: Misbrug, anden psykisk sygdom og selvmordsrisiko

Et godt kendskab til de enkelte psykiatriske sygdomme er nyttig viden i arbejdet med mennesker med misbrug og psykisk sygdom. Kendskab til psykopatologien og en god anamnese skaber grundlaget for en korrekt diagnose, behandling, støtte og undervisning af patienterne om deres sygdom.

INDLÆG VED BIRGIT JESSEN-PETERSEN, ADM. OVERLÆGE, PH.D., ANSTALTEN VED HERSTEDVESTER.

Komorbiditet er betegnelsen for, at et menneske har to forskellige sygdomme eller to forskellige diagnoser. Personligt foretrækker jeg betegnelsen "dual diagnosis", der i den amerikanske videnskabelige litteratur står for psykotiske misbrugere eller svært psykisk syge misbrugere.

Ud fra et behandlingssynspunkt er det vigtigt at vide, hvad patienten psykiatrisk set fejler. Det er dog ikke alle fagpersoner, der er nok opmærksomme eller har viden nok om dette. Det er således ikke ualmindeligt, at man kan opleve faglige behandlingskonferencer, hvor det diskuteres, hvordan der skal sættes grænser for en patients adfærd, uden at nogen forholder sig til, hvad patienten egentlig fejler. Derfor er mit hovedbudskab ved denne konference, at det er nødvendigt at have et godt kendskab til psykopatologien. Alle fagpersoner, der arbejder med psykisk syge, bør være godt orienteret om de enkelte sygdommes karakteristika, og det er vigtigt, at de kan bruge denne viden i det praktiske arbejde.

Det er også væsentligt at få en god anamnese eller sygehistorie fra patienter med misbrug. Alt for ofte er journalerne på denne gruppe patienter mangelfulde, på trods af at misbrugerens journaler ofte er meget tykke. En god og grundig anamnese er en hjælp til, at vi kan stille en korrekt diagnose og give den rigtige behandling og støtte.

Psykoedukation eller undervisning af patienterne er en tredje vigtig faktor i behandlingen. For hvis patienterne forstår deres sygdom, mekanismerne bag og sygdommens risikofaktorer, kan det være med til at forbedre behandlingen.

MISBRUG, PSYKISK SYGDOM OG SELVMORD

Der er en utvetydig sammenhæng mellem misbrug og psykisk sygdom. Således ses depression og misbrug af alkohol ofte samtidig, ligesom skizofreni og brug af centralstimulerende stoffer gør det. Til hver psykisk sygdom er der således knyttet en præference til et bestemt stof. Hvilket stof, der foretrækkes, kan forstås ud fra den psykiske sygdom. Jeg vil i det følgende give nogle eksempler på diagnostiske kriterier for 4 forskellige diagnoser og kommentere hvilket misbrug, der er karakteristisk for hver sygdom.

Ængstelig personlighedsstruktur¹ er karakteriseret ved:

- Udbredt ængstelighed og anspændthed.
- Mindreværdsfølelse.
- Tendens til følelse af afvisning og kritik i sociale situationer.
- Tilbageholdenhed over for andre ved usikkerhed om forhåndsaccept.
- Begrænset livsudfoldelse.
- Tendens til at undgå sociale aktiviteter af frygt for kritik eller afvisning.

Et menneske med en ængstelig personlighedsstruktur vil typisk misbruge alkohol og måske hash. Ved indtagelse af alkohol er der stor risiko for, at vedkommende mister kontrollen og får selvmordstanker.

Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse af borderlinetypen² er karakteriseret ved:

- Forstyrret og usikker identitetsfølelse.
- Tendens til intense og ustabile forhold til andre.
- Udtalt tendens til at undgå at blive ladet alene.
- Tendens til selvdestruktivitet.
- Kronisk tomhedsfølelse.

Det er typisk skrøbelige og usikre unge, der ryger hash. Når de misbruger hash, så forstyrres deres identitetsfølelse. De får en større oplevelse af tomhed, og dermed øges risikoen for selvmord eller selvmutilerende adfærd. Selvmutilerende adfærd er en adfærd, hvor personen skader sig selv.

Depression er karakteriseret ved:

Sænkning af stemningslejet.

- Pessimisme.
- Oplevelse af sig selv som en fiasko.
- Søvnbesvær.
- Ulyst.
- Angst.
- Selvføragt.
- Håbløshed.

Hvis depressionen er ledsaget af et misbrug, drejer det sig hyppigst om et alkoholmisbrug. Alkoholen dæmper angsten og mindsker søvnproblemerne. Alkoholen medfører også, at den depressive får det dårligere, og at risikoen for selvmord øges.

Skizofreni er bl.a. karakteriseret ved:

- Tilbagetrækning (autisme) eller den manglende samklang med omgivelserne.
- Angst.
- Interessesfattig.
- Depression.
- Apati.

Det er de såkaldte negative symptomer ved skizofreni, som for eksempel tilbagetrækningen, der er mest pinefulde – især for unge med skizofreni. Ved et misbrug vil unge med skizofreni vælge centralstimulerende stoffer. Disse stoffer fører til, at de unge oplever sig mere frie, de bliver mere snakkesalige, de kan bedre komme i kontakt med andre, deres sanser skærpes, de føler sig lykkeligere, og de fungerer bedre seksuelt. Især på det seksuelle område oplever denne gruppe positive effekter ved misbrug af kokain. Denne effekt skyldes, at centralstimulerende stoffer øger aktiviteten i nervebanerne i hjernen. Det varer dog ikke ved, for den øgede aktivitet gør, at nervebanerne tømmes for de stoffer, der sikrer nerveimpulserne. Derfor efterfølges for eksempel et kokaintrip af en voldsom depressiv tilstand.

Indenfor psykiatriens målgruppe – til eftertanke

Jeg vil afslutte mit indlæg med en sygehistorie om en 36 år gammel, paranoid skizofren mand, der siden sit 18. år har haft et misbrug af heroin, kokain, piller, alkohol og hash. I perioder var han hallucineret og selvmordstruet. Han var knyttet til det ambulatorium, jeg tidligere arbejdede i. På et tidspunkt, hvor han havde det dårligt, kontaktede han en medarbejder ved ambulatoriet. Hun foreslog, at han kontaktede psykiatrisk skadestue, men da han ikke magtede selv at henvende sig, tog hun med ham. Ved ankomsten til skadestuen var han påvirket, grådlabil og fortvivlet. Den vagthavende læge vurderede ham som værende ikke-psykotisk og uden selvmordstanker og konkluderede, at han ikke var inden for psykiatriens målgruppe. Han blev sendt hjem igen med diagnoserne skizofreni og afhængighed af opioider. En opioid misbrugende skizofren mand bør være inden for psykiatriens målgruppe.

1) Diagnose F. 60.6 i WHO' ICD10-diagnoseklassifikationssystem.
2) Diagnose F.60.31 i WHO' ICD10-diagnoseklassifikationssystem.

Behandling og forebyggelse af selvmordsadfærd hos misbrugere – hvordan holder vi et behandlingsmæssigt fokus?

Viden om problemet, systematisk screening og brug af kliniske vejledninger kan sikre det behandlingsmæssige fokus.

INDLÆG VED ANETTE SØGAARD NIELSEN, CENTERLEDER, PH.D., ALKOHOLBEHANDLINGSCENTRET I FYNS AMT.

Jeg vil i mit indlæg fokusere på, hvordan man som behandler sikrer en god anamnese fra klienterne, og holder et behandlingsmæssigt fokus, når man ønsker at behandle og forebygge selvmordsadfærd hos misbrugere. Udgangspunktet i mit indlæg er mit daglige arbejde i en alkoholbehandlingsinstitution.

Hvis det skal siges kort, så sikrer man et behandlingsmæssigt fokus ved, at man som behandler har viden om problemstillingens omfang, systematisk screener for problemet og handler på sine fund ud fra kliniske vejledninger. Det kan lyde simpelt, men det er de centrale budskaber i mit indlæg.

PROBLEMETS OMFANG

Det er vigtigt at kende til sammenhængen mellem misbrug og selvmordsadfærd, og til hvor stort problemets omfang er. Jeg har nedenfor opgjort tallene for selvmordsadfærden blandt de klienter, der har søgt ambulante behandling i AlkoholBehandlingsCentret i Fyns Amt i det første halve år af 2003.

Som det fremgår af oversigten, så viser tallene, i lighed med andre undersøgelser, at flere kvinder end mænd, på et eller andet tidspunkt i deres liv, har forsøgt selvmord. Nogle få af

vores klienter havde forsøgt selvmord i måneden før henvendelsen, og mellem 40-45 % kendte til selvmordsadfærd i deres familie.

SYSTEMATISK SCREENING

Det er en stor fordel at spørge systematisk ind til problemstillingen, hvis man ønsker at synliggøre, hvem af ens patienter, der er i risiko for selvmordsadfærd. Derved sikrer man, at alle klienter bliver spurgt om det, der er væsentlig, og at alle patienter/klienter bliver spurgt om det samme.

Addiction Severity Index

I Fyns Amt bruger vi spørgeskemaet Addiction Severity Index, ASI, som redskab, når vi udreder patienter forud for et behandlingstilbud¹. Det er et internationalt anerkendt spørgeskema, der både bruges til forskning og i det daglige behandlingsarbejde. ASI-spørgeskemaet benyttes i 4-5 amter i Danmark. I Fyns Amt har vi brugt skemaet systematisk siden midten af 1990'erne.

Der tager ca. et par timer at udspørge en klient ud fra dette skema. Spørgsmålene er grupperet omkring patientens fysiske helbred, arbejde, økonomi, alkohol, stoffer, kriminalitet, familiære og sociale forhold samt psykiske helbred. Inden for hvert af disse områder spørger man til, hvordan klienten har haft det gennem livet, og til hvorvidt der har været problemer på det pågældende område gennem den seneste måned. Hvis der har været problemer spørges til hvor hyppigt, samt hvor alvorligt klienten oplever, at disse problemer er. Dernæst spørges til om patienten selv mener at have et behandlingsbehov for disse problemer.

Spørgsmålene vedrørende selvmordsadfærd er indeholdt indenfor området "psykisk helbred". Under dette tema spørges til, hvorvidt klienten nogensinde har haft for eksempel svær depression, svær angst, alvorlige selvmordstanker, eller om personen nogensinde har forsøgt selvmord. Disse spørgsmål gentages dernæst i forhold til den aktuelle situation. Alle klienter bliver således spurgt til, om de indenfor den sidste måned har haft væsentlige perioder med for eksempel svær depression, svær angst og selvmordstanker. Til sidst under dette tema bliver klienten så spurgt om sin subjektive oplevelse og egen vurdering af behovet for behandling. Herefter vurderer interviewerens ud fra sin faglighed klientens

SELVMORDSADFÆRD BLANDT DE KLIENTER, DER HAR SØGT AMBULANT BEHANDLING I FYNS AMT.

	(n=358) Mænd	(n=140) Kvinder	P
Nogensinde forsøgt selvmord	18%	32%	0,001
Forsøgt selvmord indenfor sidste måned			ikke signifikant
Selvordsadfærd i omgangskreds eller familie	3%	4%	
	40%	45%	ikke signifikant



ANETTE SØGAARD NIELSEN,
CENTERLEDER, PH.D.

behandlingsbehov, og hvordan klienten har forstået og svaret på spørgsmålene.

Vi har suppleret ASI-spørgeskemaet med yderligere spørgsmål. For eksempel har vi et spørgsmål om, hvorvidt der er nogen i klientens familie eller nærmeste omgangskreds, der har begået selvmord eller forsøgt selvmord. Hvis de svarer bekræftende, spørger vi til, hvem personen er. Det gør vi, fordi vi ved, at hvis en nærtstående person har forsøgt eller begået selvmord, så er der en forøget risiko for selvmord.

Becks "Håbløshedsskala"

Vi har også suppleret ASI-skemaet med Becks "Håbløshedsskala"². Den består af 20 udsagn i kategorien som for eksempel "Jeg glæder mig til fremtiden med håb og optimisme", "Jeg kan ikke forestille mig, hvordan mit liv ser ud om 10 år" og "Jeg forventer fremover at have succes med det, der betyder mest for mig". For hvert udsagn markerer klienten, om det passer eller ikke passer, og herefter scores svarene. Vi bruger scoringen til at vurdere hvilke klienter, der er i en forøget risiko for selvmord og mulighederne for behandling af deres misbrug. Hvis en klient scorer højt på denne skala og ikke har nogen tro på fremtiden, så er vi nødt til at tage vare på dette og støtte dem i at komme videre, før vi retter det primære behandlingsfokus mod deres misbrug. Mange klienter møder op til misbrugsbehandling, som de skal, også selvom de egentlig ikke tror på, at behandlingen overhovedet virker og tvivler på, om de kan hjælpes. Det skal man være opmærksom på som behandler.

Fordelene ved systematisk screening

Alle klienter ved AlkoholBehandlingsCentret i Fyns Amt bliver udspurgt ved brug af Addiction Severity Index spørgeskemaet. Det er noget af det allerførste, der sker i et behandlingsforløb hos os, og det danner baggrund for visitationen til de enkelte behandlingstilbud og for den senere behandling. Brugen af spørgeskemaet har den fordel, at visitation kan foretages på et solidt grundlag, fordi alle patienter bliver spurgt om det samme, og at vi får alle væsentlige oplysninger med. Klienterne bliver ikke spurgt ud om noget forskelligt afhængig af medarbejderens uddannelse eller erfaring. Det sikrer en ensartethed, at medarbejderne husker at spørge til det hele, og at ingen springer over at spørge til temaer, som de selv finder er svære at spørge til. Der kan for eksempel være at spørge til selvmord. Ved systematisk at spørge alle klienter bliver det også nemmere for behandlerne at spørge, og klienterne føler sig trygge ved at vide, at alle får de samme spørgsmål stillet. Derved sidder ingen tilbage med en følelse af utryghed eller en oplevelse af, at de har særligt alvorlige problemer eller lignende.

Den systematiske og grundige udredning hjælper også klienten til at nuancere og differentiere sine problemer. De står ofte midt i en krise, når de bliver henvist, og har derfor svært ved at se, på hvilke områder de fungerer godt, og på hvilke områder deres problemer er mindre.

Den systematiske udspørgning muliggør også, at spørgsmålene, om hvordan det har været for klienten inden for den sidste måned, kan gentages med mellemrum under behandlingen. Derved kan spørgsmålene bruges som en løbende vurdering af behandlingen og af klientens tilstand. Det giver både behandler og klient mulighed for at sammenligne og vurdere, hvor langt behandlingen er nået. Det kan være meget hensigtsmæssigt i et behandlingsforløb.

KLINISK VEJLEDNING

I AlkoholBehandlingsCentret i Fyns Amt har vi kliniske vejledninger til de fleste behandlingsområder. Hvis for eksempel en klient har svære selvmordstanker, eller på anden måde er selvmordstruet, har vi en grundig klinisk vejledning for selvmordsadfærd blandt alkoholmisbrugere. Vejledningen³ er udarbejdet af overlæge Sigurd Benjaminsen, Psykiatrisk afdeling, Odense Universitetshospital. Den beskriver konkret, hvordan vi som behandler skal agere, hvis en patient har selvmordstanker eller truer med selvmord.

- 1) Skemaet er beskrevet i Journal of Substance Abuse Treatment, 1992 (nr. 9, side 199-213).
- 2) Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler K. The measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1974;42(6):861-865.
- 3) Vejledningen kan købes gennem AlkoholBehandlingsCentret i Fyns Amt til en pris af 120 kr.

Hvordan sikres mennesker med dobbeltdiagnosen misbrug og psykisk sygdom en kvalificeret behandling og støtte? Det blev hovedtemaet i den debat, der fulgte efter de fire oplæg.

ORDSTYRER: GEORG METZ, FORFATTER, JOURNALIST.

Socialoverlæge Peter Ege, Københavns Kommune indledte debatten, da han fra salen spurgte panelet:

"Hvorfor er det gruppen af patienter med dobbeltdiagnosen misbrug og psykisk sygdom, som vi behandler ringest? Enten er de ikke i behandling, eller også veksler de mellem indlæggelse og hurtig udskrivelse fra de psykiatriske afdelinger. Hvorfor er der så stor en berøringsangst over for denne gruppe af mennesker?"

"Det kræver ændringer i holdningen, men det er som at dreje en supertanker", svarede Anette Søgaard Nielsen. Både Merete Nordentoft og Birgit Jessen-Petersen var også enige i problemstillingen, men pegede begge på, at der er ved at ske ændringer. Der etableres således opsøgende psykoseteams, der bl.a. skal tage sig af de grupper, der ikke kan rummes i de eksisterende tilbud. OPUS-projektet for unge med psykose har vist, at det er muligt både at reducere misbruget og selvmordsrisikoen. I misbrugsbehandlings-systemet er der kommet en større accept af, at klienterne også kan lide af en psykisk sygdom. Det er faktorer, der viser, at der er ved at ske ændringer over for denne patientgruppe, understregede de.

Hvis tilbudene til mennesker med dobbeltdiagnose skal forbedres, så kræver det en bedre tværfaglig forståelse, og at der i tilbudene til denne gruppe tages udgangspunkt i deres ressourcer, lød det fra flere af konferencedeltagerne i debatten. Det blev understreget, at der også bør være en bedre koordinering mellem de enkelte systemer og patienterne. Der blev også efterlyst psykiatrisk ekspertise i misbrugscentre og misbrugskompetence i hospitalssystemerne. Klienterne eller patienterne skal også have en tro på, at de kan hjælpes, og at der er institutioner og behandlingstilbud, der kan rumme dem, påpegede Merete Nordentoft.

I AlkoholBehandlingsCentret i Fyns Amt er der gode erfaringer med et alkoholspecialteam, der er til rådighed for alle samarbejdspartnere inkl. kommunerne. Teamet hjælper med til at koordinere og sammensætte indsatsen. Centret har også gode erfaringer med at have en medarbejder, der lærer plejepersonalet på sygehusene om, hvordan de kan tale om alkohol med patienterne.

Peter Ege afsluttede debatten ved at konstatere, at behandlingssystemet er begyndt at forpligte sig over for denne gruppe af mennesker med dobbeltdiagnosen misbrug og sygdom, men at der er behov for mere uddannelse og for at

misbrugsproblematikken udgør en større del af psykiatriuddannelsen.

Et afsluttende cafe-seminar dannede rammen for en dialog mellem konferencedeltagerne. Her fik deltagerne mulighed for at tale om og lytte til personlige og faglige erfaringer med håndtering og forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord hos misbrugere samt udveksle konkrete ideer til at forebygge selvmordsadfærd hos misbrugere.

CAFÉVÆRT: LARS FRELLE-PETERSEN, KONSULENT.

Efter frokost var mødelokalet omdannet til en større café. Caféværtten, konsulent Lars Frelle-Petersen, bød alle deltagerne velkomne omkring de opstillede borde og bad deltagerne om at sidde sammen med nogen, som de ikke kendte i forvejen. Caféen blev introduceret som et sted, hvor det var muligt at føre en god dialog om vigtige temaer og lytte både til sine egne og andres ord samt bygge videre på hinandens erfaringer. Lars Frelle-Petersen understregede, at præmisserne for at dette kunne finde sted, var tilstede, i kraft af at deltagerne repræsenterede en bred viden og erfaring. Konferencedeltagerne repræsenterede primært fagpersoner og frivillige med klientkontakt til misbrugere i afrusning, ambulans behandling eller dag- og døgnbehandling, specielt på alkoholambulatorierne, behandlingshjem for alkoholikere og narkomaner, samt behandlere i hospitalsregi, der arbejder med afrusning. Desuden kom deltagerne fra alle dele af landet.

CAFÉØVELSER

Hvert bord, eller rettere hver café, fik den indledende øvelse at give deres café et navn og skrive navnet på de udleverede bordskilte. Dette satte dialogen i gang. Næste øvelse gik ud på, at de enkelte café-deltagere delte deres erfaringer med hinanden om at arbejde med at håndtere og forebygge selvmordsforsøg og selvmord hos misbrugere. "Hvad er dine erfaringer?" "Hvad gør du/I ved det i dag?" lød de konkrete spørgsmål til hver café. Efter en god dialog omkring de enkelte borde, blev deltagerne bedt om at "rejse" ud til andre borde. Én skulle sidde tilbage ved bordet for at referere de erfaringer, der var blevet talt om i cafeen for dem, der kom fra andre café-borde. De nye café-gæster skulle primært lytte til erfaringerne. Efter en stund "rejste" hver enkelt tilbage til sin oprindelige café og medbragte hertil, de erfaringer den enkelte havde hørt om ved de andre borde.

Hvert cafébord blev nu bedt om at sammenfatte på et postkort konkrete eksempler på initiativer, som de i dag tager for at forebygge selvmordsforsøg og selvmord blandt misbrugere. Til hvert eksempel skulle der knyttes en beskrivelse af, hvad der gør eksemplet godt samt evt. en kontaktperson.

Dernæst var tiden kommet til at opløse de dannede caféer og skabe nogle nye. Deltagerne skulle igen søge sammen

med nogen, som de ikke kendte i forvejen. Den næste café-øvelse bød på spørgsmålene; "Hvad vil du/I gøre fremover for at forebygge selvmordsforsøg og selvmord hos misbrugere?" Hvad skal der til? Hvad kan forbedre indsatsen?

KONKRETE INITIATIVER

Caféseminariet var præget af en god stemning og en livlig debat omkring de enkelte borde. Flere gav udtryk for, at caféseminaret gav gode muligheder for udveksling af erfaringer og for diskussion. Samtidig gav det deltagerne mulighed for at tale med andre, som man ikke kendte i forvejen. I diskussionerne omkring de enkelte borde mødtes konferencedeltagere med erfaringer for den praktiske verden i en dialog med deltagere med en teoretisk viden om problemerne, hvilket gav frugtbare diskussioner.

Caféseminaret blev som nævnt rundet af med, at deltagerne kom med konkrete initiativer, som de ville igangsætte for at forebygge selvmordsforsøg og selvmord blandt misbrugere. Nedenfor er samlet et referat af nogle af de enkelte initiativer:

- Opgør med myter om selvmord og selvmordsforsøg.
- Opgør med fagpersoners berøringsangst over for selvmord, selvmordsforsøg og misbrug.
- Patienter/klienter udspørges systematisk for misbrug, selvmordstanker og selvmordsadfærd, fx ASI-skema og Becks håbløshedsskala.
- Diagnostik og behandling for psykisk sygdom blandt misbrugere.
- Større åbenhed over for psykisk sygdom og medicinsk behandling.
- Gode fysiske rammer, hvor det er muligt at føre en samtale med klienterne.
- Behov for psykiatrisk specialfunktion i misbrugsbehandlingssystemet og forbedrede misbrugskompetencer i det psykiatriske system.
- Mere efteruddannelse til personalet.
- Undervisning til patienter om misbrug og selvmordsadfærd.
- Inddragelse af patienternes/klienternes pårørende og netværk.

(fortsat fra forrige side)

- Styrkelse af det tværfaglige arbejde.
- Etablering af opsøgende og koordinerende teams.
- Gensidig erfaringsudveksling.
- Etablering af tværfaglige netværk både mellem fagpersoner og institutioner.
- Styrkelse af formidlingen af viden både lokalt og på tværs af institutioner og systemer.
- Etablering af en fælles kultur inden for psykiatri- og misbrugsbehandlingen.
- Etablering af samarbejde med Center for Selvmordsforskning.

MELLEM TO STOLE

Der var stor tilfredshed blandt konferencens deltagere med de enkelte oplæg, som de fandt meget relevante. Deltagerne var meget enige om, at der er behov for mere viden generelt og for mere efteruddannelse. Flere gav udtryk for, at selvmord fortsat er et tabu, som mange fagpersoner fortsat har svært ved at tale om.

Et andet væsentligt problem er, at misbrugere med selvmordstruende adfærd til stadighed falder mellem behandlingssystemernes forskellige tilbud. Det havde flere af deltagerne konkrete erfaringer med. I handlingsplanen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord peges der også på dette problem og på, at det bør løses, så misbrugere med selvmordstruende adfærd kan få den optimale behandling. Flere var af den opfattelse, at opmærksomheden på problemet er tilstede, og at der er en udvikling i gang. Det vil på sigt mindske afstanden mellem det psykiatriske og det misbrugsbehandlende systems forskellige behandlingskulturer.

AFSLUTTENDE BEMÆRKNING

"Jeg vil gerne takke alle deltagerne ved konferencen for det store engagement, de har vist dagen igennem. Og der skal også lyde en stor tak til alle oplægsholderne for deres indlæg. Jeg vil endnu engang opfordre alle til at formidle dagens tanker, dialoger og konkrete forslag videre til kolleger og samarbejdspartnere", sagde Lilian Zøllner, leder af Center for Selvmordsforskning, som afslutning på konferencen.

OPLÆGSHOLDERE VED KONFERENCEN:

Leder af Center for Selvmordsforskning,
cand.pæd., ph.d., Lilian Zøllner,
Center for Selvmordsforskning
Søndergade 17
5000 Odense C

Forsker, cand.odont., dr.philos.
Ingeborg Rossow
Statens Institutt for Rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
0105 Oslo
Norge

Overlæge, ph.d. Merete Nordentoft
Psykiatrisk afdeling E
Bispebjerg Hospital
Bispebjerg Bakke 23
2400 København NV

Adm. Overlæge, ph.d., Birgit Jessen-Petersen
Anstalten ved Herstedvester
Holsbjergvej 20
2620 Albertslund

Centerleder, ph.d., Anette Søgaard Nielsen
AlkoholBehandlingsCentret i Fyns Amt
Bjergegade 15C
5000 Odense C

Cafévært
Konsulent Lars Frelle-Petersen

Ordstyrer
Forfatter, journalist, Georg Metz

Nedenfor er opført navnene på deltagerne ved konferencen.
De er nævnt i alfabetisk rækkefølge efter arbejdssted.

AF Hillerød

AF-konsulent Camilla Uhrskov

Alkoholambulatoriet Fredericia

Socialrådgiver Betina Larsen

Socialrådgiver Lene Skjold Møller

Alkoholambulatoriet i Horsens

Sygeplejerske Johanne Gade

Alkoholambulatoriet i Vejle

Sygeplejerske Gitte Møller

Alkoholbehandlingen i Ringkøbing Amt

Centerleder Inger Clausen

AlkoholBehandlingsCentret Odense

Sygeplejerske Kirsten Marie Hansen

Socialrådgiver Henrik Jørgensen

Alkoholenheden/Amager Hospital

Socialrådgiver Tanja Thun

Socialrådgiver Birthe Larsen

Alkoholenheden/Hvidovre Hospital

Sygeplejerske Grethe Viereck

Social- & sundhedsassistent Susanne Pingel

Sygeplejerske Pia Ehlers Marcussen

Alkohol-Rådgivningen, Amtssygehuset i Fakse

Socialrådgiver Jane Lorenzen

Alkoholrådgivningen Storstrøms Amt

Cand.psych. Anna-Marie Sass

Alkoholkonsulent Kristian Højgaard

Alkoholrådgivningen Randers

Socialrådgiver Hanne Willemoes Knudsen

Psykolog Rikke Pristed

Alkoholrådgivningen i Århus

Alkoholbehandler Janne Sørensen

Cand.scient.soc. Lisa Lærke Iversen

Amager Hospital Psykiatrisk Skadestue

Sygeplejerske Aase Schirmer Babalola

Plejer Helle Katrine Sundahl

Behandlingscenter Møllen, Tørring

Centerleder Erik Zinck

Blå Kors Behandlingshjem Bjæverskov

Behandler Ulla Andersen

Behandler Carsten Grønbeck

Behandler Jette Nørsgaard

Socialrådgiver Trine Rex Engelbrecht

Behandlingsleder Olga Lundsgaard

Brøndby Kommune

Alkoholkonsulent Lis Fjelster

Alkoholkonsulent Connie Sjursen

Center for Ludomani, Odense

Behandler Peter Freundt

Center for Misbrug og Forebyggelse, Randers

Pædagog Yrsa Isaksen

Center for Selvmordsforskning, Odense

Centerleder cand.pæd., ph.d. Lilian Zøllner

Overassistent, cand. phil. Berit Sørensen

Assistent Irene Gadeberg

Edb-assistent Karin Andersen

Uddannelseskonsulent, cand. mag. Inge Jacobsen

Statistiker, cand. scient. Børge Jensen

Statistiker, cand. scient. oecon. Erik Christiansen

Akademisk medarbejder Søren Møller

Akademisk medarbejder, cand. mag. Iben Stephensen

Konsulent Lisa Korsbek

Center for Rusmiddelforskning, København

Forskningsassistent, cand. psych. Morten Hesse

Center for Særlige Sociale Indsatser, Odense

Socialrådgiver Per Frederiksen

De Hjæmløses Hus, København

Csaba Lajos Setet

Det Ambulante Team, Roskilde Amt

Psykolog Winnie Jørgensen

Psykolog Bibe Buch-Ohlsen

Det Udgående Team i Københavns Amt

Frivillig Anette Sabro Rasmussen

Frivillig Ib Markenfeldt

Frivillig Leif Thomsen

Distriktspsykiatrien Herlev

Socialrådgiver Christel Lous

Psykiatrisk distriktssygeplejerske Helle Thorhus

Døgntakten Københavns Kommune

Pædagog Lotte Bjaler

Centerleder Anne Steenberg

E-Huset, De Gamles By, Brønshøj

Social- og sundhedsassistent, Joan Møller Hansen

Familie- & Arbejdsmarkedsforvaltning, Københavns

Kommune

Socialoverlæge Peter Ege

Projektmedarbejder Marlene Bangsgaard

Projektmedarbejder Monica Værdal

Farum Alkoholambulatorium

Sygeplejerske Kirsten Müller

Foldbjergcentret Døgnafdeling, Vrå

Behandlingsmedarbejder Anne Marie Martens

Pæd. Medarbejder Anette Grarup

Forsorgshjemmet Svenstrupgård Sygeafdelingen, Svenstrup

Sygeplejerske Lene Vestergaard

Forsorgshjemmet Tofte, Slagelse

Forstander John Eriksen

Fredericia Kommunes Misbrugscenter
Cand.psych. Steen Guldager

Frederiksborg Amts Misbrugscenter
Psykolog Ulrik Thomsen

Frederikssund Misbrugsambulatorium
Afdelingsleder Paul Hansen

Fyns Amts Behandlingscenter, Ungeafdelingen
Socialrådgiver Gunhild Hansen

Fyns Amts Alkoholbehandlingscenter
Sygeplejerske Anette Søgaard
Socialrådgiver Christel Sørensen
Cand. psych. aut. Albert Diekmann

Fyns Amts Behandlingscenter
Psykolog Bitna Bolvig Hansen

Garvergården, Odense Kommune
Socialrådgiver Elizabeth Vestergaard-Larsen
Socialrådgiver Merete Jensen

Glostrup Lænke-ambulatorium
Daglig leder Mogens Følsgaard

Greve Kommune/Projektgården
Projektleder Anniesette Larsen

Gundsø Kommune
Socialrådgiver Mie Sidenius

Hedensted Bo- og Støttecenter
Psykiatrikoordinator Ivan Arendttrup

Helsingør Sygehus
Sygeplejerske Alice Mogensen

Helsingør Sygehus/Skadestuen
Sygeplejerske Camilla Bondesen
Sygeplejerske Sanne Halfte

Herning Sygehus, Modtagelsen
Assisterende afdelingssygeplejerske Annette Bech Vad
Sygeplejerske Hanne Bang Winther
Social- og sundhedsassistent Kitty Pedersen

Herning Sygehus, Medicinsk afdeling B 2
Sygeplejerske Marianne Morgenstern

Højløkke Behandlingscenter, Vejle
Centerleder Klaus Schønfeld

Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere,
Gentofte Afdeling.
Socialrådgiver Susanna Björkman

Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse,
H:S Bispebjerg Hospital
Forebyggelseskonsulent Annette Kann

Kommunernes Landsforening
Konsulent Rafai Atia

Kolding Kommune
Grubeleder Lene Nyby Gydesen
Socialformidler Søs Malskær

Landsforeningen af Væresteder, Fredericia
Sekretariatsleder Cliff Kaltoft

Livslinien, København
Socialrådgiver Mette Søgaard

Lyngby Lænke-ambulatorium
Socialrådgiver Gudrun Tønners

Daglig leder, sygeplejerske Stella Høybye Davidsen

Middelfart, Skadestue Ort-amb
Sygeplejerske Else Skov

Misbrugsafdeling Nord, Thisted
Sygeplejerske Anne Mette Kortegård

Misbrugscentret Slagelse "Huset"
Misbrugsbehandler Per Christiansen
Socialrådgiver Tina Petersen

Narkorådgivningen i Horsens
Socialrådgiver Pia Fellah

Narkorådgivningen i Vejle
Socialrådgiver Brian Olesen

Odense Universitetshospital, Skadestue/Modtagelse/OI
Sygeplejerske Birgit Stensbo

Odense Universitetshospital, Psykiatrisk Afd. P
Plejer Jette Stentoft

Odense Universitetshospital, Psykiatrisk Skadestue P1
Sygeplejerske Inge Marie Pedersen
Sygeplejerske Jette Rasmussen

Psykiatrisk Center Ballerup, Afd. 3
Projektleder Hanne Frandsen

Psykiatrisk Center Gentofte
Projektleder Agnete Birktoft

Psykiatrisk Center Glostrup
Psykiaterapeut Michael Münchow

Referencegruppens Sekretariat, Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Kirsten Nielsen
Fuldmægtig Pia Langhoff

Ribe Amts Alkoholambulatorium
Behandler Hanne Hvitved
Behandler Elsebeth Sofia Broch

Ringgården, Middelfart
Ledende Socialrådgiver Knud Moesgaard

Roskilde Lænke-ambulatorium
Roskilde Lænke-ambulatorium
Rådgivningen for stofmisbrugere, Vordingborg
Misbrugskonsulent Jørgen Schubert

Rådgivningscenter i Ringsted
Socialrådgiver Malene Nielsen

Socialrådgiver Karin Heintz

Rådgivningscenter Vest, København
Sygeplejerske Ulla Wørring
Psykolog Karin Poulsen

Rådgivningscentret Vestsjællands Amt
Psykolog Karin Poulsen
Rådgiver Dorthe Pedersen
Rådgiver Dennis Ellebye
Rådgivningscentret Aabenraa
Socialkonsulent Birthe Klünder
Socialmedicinsk Afsnit, Odense
Psykolog José Jaspers
Psykolog Karen Kjærgaard
Psykolog Søren Dalgaard
Socialoverlæge Elsebeth Stenager
Socialmedicinsk Klinik, Glostrup
Læge Birgit Pedersen
Sygeplejerske Lena Sølling
Gruppeleder Dinah Maabari
Afdelingsleder Tine Horn
Socialministeriet
Fuldmægtig Karin Munk
Fuldmægtig Sigrid Fleckner
Specialinstitutionen på Forchammersvej; Frederiksberg
Afdelingslæge Henrik Thesen
Statsfængslet i Vridsløselille
Oversygeplejerske Søren Jensen
Stofbehandlingen, Ringkøbing Amt
Pædagog Lene Jensen
Psykolog Kirsten Mandøe
Socialrådgiver Merete Pilgaard
Sundhedsforvaltningen Vejle Amt
Projektkoordinator Karin Oudshoorn
Skp-projektet, Sundholm, København
Støttekontaktperson Kenneth Svendsen
Støttekontaktperson Susie Sommer
Sydgården, Haderslev
Leder Erik Hansen
Sølyst, Horsens
Afdelingsleder Inge-Vibeke Eskholm
VASU, Kolding, Vejle Amt
Behandler Christina Hahn Møller
Vestsjællands Amts Misbrugscenter
Psykolog Eric Allouche
Socialrådgiver Carsten Jensen
Viborg Amts Misbrugscenter
Socialrådgiver Inger Lis Rasmussen
Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte, Tema: Al-
kohol, København
Temaleder Peer Aarestrup
Akademisk medarbejder Annalise Kongstad
Vista Balboa, Odense
Socialfaglig medarbejder Jens Ankersen

Aalborg Sygehus
Socialformidler Anne-Marie Buus Nielsen
Socialrådgiver Helle Hedelund Hansen
Århus Amts Misbrugscenter
Misbrugsbehandler Janne Andreassen
Århus Amts Misbrugscenter
Behandlingsleder Liese Reecke
Områdeleder Hanne Larsen
Pædagog Lotte Sønderby

Denne rapport gengiver indlæg ved en national konference i 2003 i Odense om misbrugsområdet og selvmordsforebyggelse.

På konferencen blev præsenteret viden om misbrug og selvmordsforebyggelse på grundlag af den nyeste forskning og erfaringer fra praksis både inden for misbrugsområdet og psykiatriområdet.

Behandlere bør være opmærksomme på, at misbrugere har øget risiko for selvmordsforsøg og selvmord, at mennesker, der har forsøgt selvmord kan have et misbrug, og at mange misbrugere har en samtidig psykisk lidelse.

Formålet med rapporten er at inspirere til fortsat at udvikle det forebyggende arbejde i forhold til misbrug og selvmordsadfærd. Rapporten skal ses som et bidrag til diskussion af, hvordan man i det daglige sikrer en skærpet opmærksomhed på risikoen for selvmordsadfærd hos misbrugere.

WWW.SELVMORDSFOREBYGGELSE.DK

WWW.SST.DK

