Selvmordsforebyggende arbeid i de siste 100 år, del II: Status idag og nasjonale programmer

Ved Nils Retterstøl

Ved det europeiske kontoret til Verdens helseorganisasjon voldte det bekymring at selvmordshyppigheten i de fleste europeiske land økte i løpet av 1970- og 80-årene. Etter initiativ fra lederen for den psykiatriske seksjon, Sampaio Faria, ble det arrangert et arbeidsmøte. Tittelen på arbeidsmøtet var "Consultation in the European Region". WHO har satt opp en rekke mål for europeisk helsestrategi i år 2000. Hovedmål nummer fem i denne strategien er å redusere selvmordshyppigheten i de europeiske land.

Arbeidsmøtet i Szeged ble arrangert som et element i målsetting 12. Under møtet presenterte de enkelte landene hva de gjorde av selvmordsforebyggende arbeid. Det viste seg at Finland, som er et av høyestselvmordslandene i Europa og som har den høyeste selvmordsraten i Skandinavia, har kommet lengst i arbeidet med å nå disse mål. Finland er allerede godt igang med et ambisiøst program for å redusere selvmordshyppigheten. Programmet ble startet opp i 1987, og strategien "Suicide can be prevented" ble utviklet på basis av erfaringer og anbefalinger som ble utviklet i forskningsfasen. Det er lagt sterk vekt på forskning og lokale opplegg, med egne forebyggende programmer i kommuner og fylker.

En sentral gruppe som skulle planlegge og iverksette forskningen, ble etablert. Lederen for dette arbeidet har vært professor Jouko Lönnquist i Helsinki. Målet har vært å analysere hvert enkelt tilfelle av suicid så nøyaktig som mulig i de forskjellige fylker i Finland, og man har tatt sikte på et desentralisert og tverrfaglig samarbeid mellom politi, eksperter innen rettsmedisin og forskere. Initiativet til dette finske prosjektet kom fra finsk forskningsmiljø. Den første evaluering, som ble gjort i 1993 (Upanne 1995), antydte at det mål man hadde satt seg og den måten å arbeide på som man la opp til, var blitt godt mottatt. Fra de fleste steder ble det rapportert at man hadde satt i gang effektive tiltak, også av praktisk art. Omkring 17 000 leger, sykepleiere mv har gjennomgått 226 treningskurs og videreutdannelseskurs over hele Finland. Også medarbeidere fra den sosiale sektor, skole, kirke, politi og regningspersonell har vært med.

Når man har etablert disse programmene, har man vært i kontakt med de

fleste profesjoner som har med selvmordstruede å gjøre.

De neste land som er i gang med selvmordsforebyggende programmer, er Norge og Sverige. Det norske programmet ble utarbeidet i 1993 og presentert som en handlingsplan i 1995, mens det svenske programmet ble utviklet i 1995. Vi vil ikke gå inn på det norske programmet her, det er blitt presentert i de foregående nr av Nytt i suicidologi.

I Sverige ble det i 1983 utgitt et program om utarbeidelse av modeller for vurdering av selvmordsrisiko, og i 1985 ble det utarbeidet retningslinjer for selvmordsforebyggende arbeid innenfor det psykiatriske hjelpeapparat. Fra 1984 har den psykiatriske seksjonen ved det svenske helsetilsynet hatt en deltidskonsulent i suicidologi. Det har vært utviklet selvmordsforebyggende programmer ved Skaraborg län i tiden 1979 til 1986 under ledelse av Jan Beskow.

Et tilsvarende program i Västerbotten län har vært utviklet av Lars Jacobsson. Et depresjons- og selvmordsforebyggende program har vært utviklet i Gotland fra 1982, og selvmordsraten falt signifikant i de årene som fulgte etter at programmet med de allmennpraktiserende legene var kjørt. Videre har det siden 1986 vært drevet et eget krisesenter for suicidale pasienter ved Huddinge Sjukhus, under ledelse av Danuta Wasserman.

Et nasjonalt, selvmordsforebyggende program for Sverige ble presentert og offentliggjort høsten 1995. Det nasjonale rådet som står bak, består av helsedirektøren, sentrale medlemmer som representerer medisin, geistlighet, politi, forsvar og media, og endelig en arbeidsgruppe med fremtredende suicidologer, der Jan Beskow og Danuta Wasserman er sentrale personer. Danuta Wasserman leder nå Centrum för suicidforskning och prevention i Stockholm.

Målet for det svenske selvmordsforebyggende programmet samsvarer på mange vis med det norske, og kan oppsummeres slik:

- En reduksjon av antall selvmord og selvmordsforsøk
- Tidlig oppdagelse av risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk hos utsatte grupper, som gamle og unge, personer med psykiatriske lidelser og personer som er avhengige av alkohol og stoff
- Øking av det generelle kunnskapsnivå når det gjelder selvmord, slik at solidaritet og sosial og medisinsk støtte kan hjelpe selvmordstruede personer

Det er satt opp en tredelt modell for det forebyggende arbeidet:

- Generell selvmordsforebyggelse, som å fremme helsen generelt
- Indirekte selvmordsforebyggelse, som identifikasjon av sykdommer og sosiale, mellommenneskelige problemer hos risikogrupper og i risikosituasjoner
- Direkte selvmordsforebyggende arbeid, som består i tiltak overfor dem som har selvmordstanker, eller har gjort selvmordsforsøk.

De strategier som er lagt opp i det norske programmet, kombinert med det svenske, kan godt listes på denne måten:

- Bedre behandling av personer som er i risikozonen av psykiatriske grunner. Her er det norske programmet spesielt styrt inn på at personer som lider av depresjon ofte er underbehandlet, har for korte opphold i institusjoner, samt at det er for vanskelig å bli innlagt og at det også er mangel på ettervern.

- Bedre behandling i somatiske sykehus, spesielt i intensivavdelinger og intoksikasjonsheter.
- Bedre oppfølging av selvmordsforsøkerne etter endt sykehusopphold. I det norske program nevnes spesielt Bærumsmodellen, der et spesialisert team bestående av leger, psykolog, sosiolog og sykepleier er etablert for å følge pasienten etter utskrivning, og hjemmebesøk, fortrinnsvis ved helsesøster, for utskrevne pasienter som ikke har fått tilstrekkelig lang behandlingstid.

- Bedre tilbud til barn og ungdom: Undervise og lære elever opp til å mestre konflikter, kriser, depresjoner og å gi støtte til medelever i krise. Stor vekt bør legges på forebyggelse av alkohol- og stoffmisbruk.
- Undervisningsprogrammer bør tilbys lærere når det gjelder primærforebygging og sekundærforebygging (se artikkelen s.13 ff).
- Bedre service til eldre personer, enten de er i institusjon eller bor hjemme, da dette er viktig fordi depresjoner og suicidaltanker ofte ikke blir avdekket i disse gruppene.

- Bedre service bør også gis til risikogrupper som fengselsinnsatte, grupper av innvandrere, arbeidsløse, personer i militærtjeneste, personer med alkohol- og stoffproblemer, personer som er HIV-smittet eller som har utviklet AIDS etc.

Til slutt skal det nevnes at også Storbritannia har utviklet et forebyggende program, som imidlertid ennå ikke er satt i system, og at forebyggende programmer videre er utviklet i Australia.

Artikkelen bygger på et foredrag som Nils Retterstøl holdt under den 6. europeiske forskningskonferansen i suicidologi i Lund i 1996.

Historisk oversikt: Utvikling av selvmordsforebyggende tiltak