

Krisetelefonen til Kirkens SOS i Norge

Frivillige organisasjoner som Kirkens SOS har i en årrekke hatt krisetelefontjeneste med det formål å søke å forebygge selvmord. Den britiske organisasjonen Samaritans har vært et viktig forbilde.

Alle henvendelser i 1997 ble registrert for denne landsdekkende tjenesten. En registrering av den enkelte samtale er foretatt av den frivillige. 125 000 oppringninger ble registrert, av disse var 30 % tause.

Menn ringte telefontjenesten nesten like ofte som kvinner. Ensomhet, eksistensielle spørsmål, problem i parforhold samt psykiske og fysiske problemer var ofte tema for samtale. Et mindretall på 2–11 % av samtale dreide seg om suicidalitet, hyppigst hos yngre innringere.

Forskjellige tiltak for mennesker i følelsmessig krise er blitt utviklet i de senere år. Krisetelefoner basert på innsats fra frivillige medarbeidere er blant disse (1). I Norge drives den eldste av Kirkens SOS, med 33 fast ansatte og 1 200 frivillige. Målsettingen med tjenesten er å forebygge selvmord. Antall henvendelser har økt fra 30 704 i 1984 til 125 000 i 1997 (fig 1). Flere telefontjenester av liknende karakter er etablert i perioden. Kirkens nattjeneste/Kirkens SOS har vel 40 års erfaringsgrunnlag med krisetelefoner (1, 2). Hos Samaritans skal alle samtaler inneholde spørsmål om suicidalitet (3). Dette er ikke praksis hos Kirkens SOS i Norge. De opplysningene som er gitt, og som kan identifisere vedkommende, vil imidlertid bli brukt for å redde innringers liv. Innringer gjøres oppmerksom på hvilke tiltak som settes i verk.

Metode

Helt fra SOS-tjenesten ble reorganisert i 1974 har data om innringer vært systematisk registrert av de frivillige medarbeiderne i samsvar med Datatilsynets regelverk, fra 1992 er dette gjort mer omfattende.

Resultater

Telefonhenvendelser til Kirkens SOS i 1997 er listet i tabell 1. Menn ringer til Kirkens SOS nesten like hyppig som kvinner. Ensomhet er tema hos 55 % av de eldste, men også hos 29 % av innringerne under 30 år.

De færreste samtale (12 %) er over 45 minutter, 56 % av samtale varer inntil et kvarter. Selvmordsrisikoen ble vurdert som

Jan Øystein Berle

jan.berle@psyk.uib.no

Psykiatrisk institutt

Universitetet i Bergen

5021 Bergen

Berle JØ.

Experiences with voluntary telephone help line service run by «Kirkens SOS».

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1103–4.

Background. For many years, voluntary organisations in Norway have operated telephone help line services inspired by the Samaritans and their work in Great Britain.

Material and methods. Characteristics of the calls in 1997 to a service run by Church of Norway volunteers and dedicated to the prevention of suicide were reviewed. Characteristics of the callers and of the problems indicated are presented. The analysis is based on registrations of each call by the voluntary worker.

Results. A total of 125,000 calls were registered throughout the country. 30 % were silent calls. Men used the service almost as frequently as women. Loneliness, psychiatric problems, physical illness and relational problems were often discussed. 2–11 % of the callers, mostly younger people, mentioned suicidal thoughts.

middels alvorlig hos 667 kvinnelige og 414 mannlige innringere, og som alvorlig hos 359 kvinnelige og 145 mannlige innringere. Hjelp ble tilkalt for 118 av henvendelsene fra kvinner og 72 av henvendelsene fra menn. For 375 av henvendelsene fra kvinner og 135 av henvendelsene fra menn ble hjelp avvist ved at innringer nektet å motta hjelp og heller ikke oppgav identitet slik at hjelp kunne tilkalles. For henvendelsene der selvmord var tema i samtalen, ble også andre problemområder tatt opp (tab 2).

Diskusjon

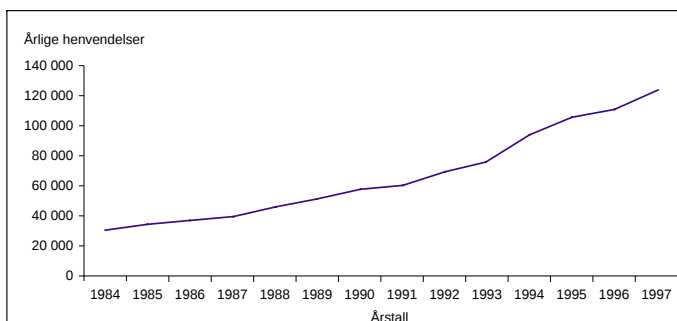
Registreringen er et biprodukt av samtalen og er ikke gjort av fagfolk eller etter strenge vitenskapelige kriterier. Resultatene må sees i lys av dette. Høy grad av vitenskapelighet er ikke tilstrebet. Skjemaet for registrering

er ikke validert, kategoriene heller ikke detaljert definert. En studie med høyt presisjonsnivå basert på anonyme innringer til en krisetelefontjeneste er vanskelig å tenke seg. Man bygger på antakelser ved nedtegning, og disse kan være uriktige og er ikke kontrollert av andre. Opplysningene som gis, kan bære preg av at innringeren er emosjonelt ute av balanse. Registreringen kan også påvirkes av at «storforbrukere» av krisetelefontjenesten telles flere ganger. Andelen tause henvendelser er betydelig, og det betyr at for mange henvendelser vet vi ikke noe om innringer. Datamaterialet representerer, til tross for vitenskapelige svakheter, et innsyn i tanker og subjektive opplevelser hos mennesker i emosjonell krise.

Innringere under 30 år er underrepresentert i materialet, mens mennesker i alderen 30–69 år benytter tjenesten hyppigst. I undersøkelser der man har fokusert spesielt på alvorlige tap og på konflikter i nære relasjoner, finner man en overrepresentasjon av mennesker som lever i parforhold eller med barn, av middelaldrende og av kvinner (4). I dette materialet angis fysiske problemer hyppigere ved økende alder, mens temaene sorg og tap, vold og eksistensielle spørsmål opptar unge i omtrent samme grad som eldre. Andre studier viser at psykososiale problemer opptrer hyppigst hos middelaldrende (5, 6). Problemer i forhold til partner nevnes hyppigst i aldersgruppen 30–49 år. Seksuelle problemer relatert til seksuell legning er ikke skilt ut som egen gruppe. Økonomiske problemer drøftes i mindre grad av eldre. Det er noe overraskende at menn henvender seg til denne tjenesten nesten like ofte som kvinner, siden menn har høyere terskel for å søke hjelp (4). Her kan vi få en gruppe med høy terskel for hjelpesøkende aktivitet i tale! Suicid forekommer hyppigere hos menn enn hos kvinner (7–9).

Temaet selvmord tas opp i 11 % av samtale med de yngste, men bare i 2 % av samtale med innringere over 70 år. Yngre mennesker deler kanskje lettere slike tanker med andre enn eldre gjør. Medarbeider i Kirkens SOS har vurdert selvmordsrisiko samt hvilke forventninger de antok innringer hadde til samtalen. I materialet vurderes selvmordsrisikoen hyppigere som alvorlig hos yngre og hyppigere som fraværende hos de eldste. Hele 85 % av henvendelsene kom på natte- eller kveldstid, altså utenom helsevesenets vanlige kontortid. Hvilke forventninger har innringer? Medarbeiders subjektive vurdering gir en pekepinn (tab 3).

Av 125 000 henvendelser til krisetelefonen i 1997 var det 37 485 tause. Hva disse tause henvendel-



Figur 1 Antall årlige henvendelser til Kirkens SOS i tidsrommet 1984–97

Tabell 1 Registrering av problemkategori relatert til innringers kjønn og alder for henvendelsene til Kirkens SOS i 1997

	Totalt	Kvinner	Menn	Under 30 år	30–49 år	50–69 år	70 år og eldre
Antall henvendelser	125 000						
Antall tause henvendelser	37 485						
Antall registrerte samtaler ¹	87 515	47 021	38 532				
Registrerte samtaler, alder oppgitt ²				5 559	14 537	10 616	4 465
Prosentandel av gruppe ³		55	45	16	41	30	13
Prosentandel av befolkning (> 15 år) ⁴		51	49	26	36	24	15
Ensomhet (%) ³	35	34	37	29	38	41	55
Eksistensielle spørsmål (%) ³	17	17	16	11	15	19	19
Psykiske problemer (%) ³	41	45	36	36	46	47	26
Selvmondsproblematikk (%) ³	6	6	6	11	9	6	2
Fysiske problemer (%) ³	13	16	11	8	14	19	31
Seksuelle problemer (%) ³	9	4	12	30	12	5	0,4
Rus (%) ³	7	4	12	6	14	8	1,3
Sorg/tap (%) ³	4	5	3	4	6	6	4
Vold (%) ³	3	4	1	4	3	2	2
Økonomiske problemer (%) ³	2	2	2	2	3	3	0
Partner (%) ³	11	10	12	14	18	10	1,5

¹ Opplysninger om kjønn mangler for 1962 (2 %)³ Prosentandel regnet av antall registrerte samtaler² Opplysninger om alder mangler for 52 338 (60 %)⁴ NOS befolkningsstatistikk 1997. Hefte II**Tabell 2** Registrering av problemområder tatt opp i samtalen for henvendelsene til Kirkens SOS i 1997 der selvmord var tema. Flere problemområder kan være registrert (n = 5281)

Problemområder	Prosentandel av henvendelsene
Psykiske problemer	63
Ensomhet	33
Partner	25
Rus	23
Seksuelle problemer	20
Eksistensielle spørsmål	19
Sorg/tap	17
Fysiske problemer	14
Vold	14
Økonomiske problemer	7

sene representerer, kan vi bare gjette. En terskel er å slå nummeret til en krisetelefon, en høyere er å våge å si noe, komme frem med det en har på hjertet. Kanskje kan det noen ganger være nok å oppleve at en annen snakker til deg, at den andre vil ha kontakt med deg over telefonen? For flere vil dette være en emosjonell bekreftelse på at man ikke er alene. Enkelte «tause samtaler» kan være teknisk svikt i telefonsystemet.

Økningen i antall henvendelser har sammensatte forklaringer. SOS-tjenesten er gjort mer tilgjengelig ved markedsføring og kapasitetsøkning. Befolkningen er også blitt mer vant til å bruke og meddele seg over telefon i mange sammenhenger.

Mange unge forteller at de mangler «skikkelige voksne» å snakke med. Kirkens SOS startet en ungdomskampanje i desember 1997 for å gjøre tjenesten mer kjent for ungdom. Man ville være holdningsskapende: «Snakk med noen når livet er som verst.» Kampanjen bestod av flere tiltak: annonser i

dagspresse, blader og fagpresse, plakater, bussreklame, postkort og ølbrikker samt opplæringstiltak for medarbeiderne.

Kirkens SOS' styrke er uavhengighet av det offentlige tjenestetilbudet. Som del av et «system» vil den kunne bli identifisert med dette, og noe av hensikten ville falle bort. Henvendelsene til Kirkens SOS kan kanskje være barometer på hvor godt eller dårlig deler av helse- og sosialvesenet fungerer, spesielt det psykiske helsevern.

Jeg takker Øystein Glosli og Kari Knutsen ved Landssekretariatet i Kirkens SOS i Oslo for praktisk hjelp og gode råd ved utarbeidelsen av dette manuskriptet.

Litteratur

1. Berle JØ. Telefontjeneste for mennesker i krise. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 201: 1130–1.
2. Glosli Ø. Krisetelefon – et ledd i mangfoldet av selvmordsforebyggende tiltak. I: Mehlum L, red. Tilbake til livet. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 1999: 393–406.
3. Varah C. The Samaritans in the 70's. London: Constable, 1973.
4. Gulbrandsen P. Social context in general practice. Disclosure, recognition, and management. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmennmedisin, Universitetet i Oslo, 1998.
5. Yaffe MJ, Stewart MA. Factors influencing doctors' awareness of the life problems of middle-aged patients. Med Care 1985; 23: 1276–82.
6. Mayhew HE. The middle-years. I: Taylor RB, red. Family medicine: principles and practice. New York: Springer-Verlag, 1978: 191–9.
7. Retterstøl N. Selvmord. Oslo: Universitetsforlaget, 1994: 181–95.
8. Rutz W. Prevention of suicide and depression. Nord J Psychiatry 1996; 50 (suppl 37): 61–7.
9. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. New York: Oxford University Press, 1990.

Tabell 3 Medarbeiders vurdering av innringers forventning til samtalen for henvendelsene til Kirkens SOS i 1997 der selvmord var tema. Kun ett alternativ velges. Oppgitt som prosentandel i tabell

	Kvinner (n = 2 378)	Menn (n = 1 964)
Følelsesmessig avlastning	54	48
Støtte/oppmuntring	18	18
Problemavklaring	11	13
Vennskap, nærhet, fortrolighet	4,4	4,7
Slå av en prat	3,6	7,2
Henvisning til andre tilbud	3,2	2,0
Forbønn	3,0	1,8
Livs- og trosorientering	1,6	2,1
Utprøving	1,2	3,8