

Høring om forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg
Folketingets Socialudvalg
Landstingssalen torsdag den 30. september 2004 kl. 9.00-12.30

Tove Videbæk (formand for Socialudvalget, KD):

Så tror jeg, at klokken er ved at være 10 minutter over 9, og vi vil gå i gang med selvmordshøringen. Som formand for Socialudvalget vil jeg gerne på udvalgets vegne byde velkommen til hver enkelt, der er kommet til den her høring.

Høringen udspringer af et bredt ønske blandt alle partier om at danne sig overblik over, hvorledes den fortsatte indsats for forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg kan tilrettelægges bedst muligt.

I Danmark er der halvanden til to gange så mange, der dør af selvmord som ved trafikulykker, og i forbindelse med trafikulykker siger vi, at én trafikdræbt er én for meget. Jeg tror, at vi må sige det samme, når vi har med selvmord at gøre.

Det er vigtigt at fastholde den indsats og videreføre det arbejde, der nu er afsluttet med den nationale handlingsplan til forebyggelse af selvmord og selvmordsadfærd. Det er foruroligende, at vi i så rigt et land som Danmark har over 700 selvmord årligt. Særlig er udviklingen for unge 15-20-årige kvinder skræmmende – her er tallet tredoblet i de sidste 10 år. Og også for både mænd og kvinder over 65 år er der en stigning.

Derfor har det ligget udvalget på sinde ved høringen i dag at forsøge at få indblik i især de unges livsbetingelser og tage fat i diskussionen om deres livsværdier: Hvad er det, der kan gøre livet så uudholdeligt for et ungt menneske, som står ved starten af sit voksenliv, at den unge ikke ser nogen anden udvej end at tage sit eget liv?

Jeg vil gerne rette en særlig velkomst til vores oplægsholdere, som er her i dag for at dele deres indgående viden og synspunkter på området med os. Det er centerleder Lilian Zøllner fra Center for Selvmordsforskning, psykolog Ida Koch, konsulent Karin Oudshoorn fra Vejle Amts forebyggelsessekretariat, professor, dr.med. Preben Bo Mortensen, som er centerleder for Center for Registerforskning, direktør Peter Emmerich Hansen, konsulentfirmaet Muusmann, og bestyrelsesformand Morten Thomsen fra Livslinien. Velkommen til jer. Vi glæder os til at høre jeres indlæg og jeres kommentarer på det her område.

Også velkommen til dig, Palle Simonsen, som har lovet at føre os sikkert igennem dagens program.

Over for det kompetente ekspertpanel har vi så et spørgepanel bestående af en politisk repræsentant fra hvert parti i Socialudvalget. Det er Hans Andersen fra Venstre, Sandy Brinck fra

Socialdemokratiet – hun er ikke kommet endnu, men hun kommer – Pia Kristensen fra Dansk Folkeparti, Charlotte Dyremose fra Det Konservative Folkeparti, Villy Søvnal fra SF, Ida Jørgensen fra Det Radikale Venstre, Line Barfod fra Enhedslisten og jeg selv i egenskab af formand for udvalget og repræsentant for Kristendemokraterne.

Men nu vil jeg så overlade ordet til dig, Palle Simonsen, så du kan forklare lidt om, hvad vi har i vente her i formiddag, for det er jo et stort program, vi har. Værsgo.

Palle Simonsen (formand for Det Centrale Handicapråd, ordstyrer):

Jeg skal så anstrenge mig for, at vi kommer så godt igennem den her formiddag som overhovedet muligt. Det er jo et stramt program, og derfor vil jeg også være lidt stram – men retfærdig – i ledelsen af det her, både over for indlederne og paneldeltagerne.

Temaerne for dagen fremgår jo af det udleverede program. Vi starter med en situationsrapport, og derefter følger en række temaer. Indlederne ved de enkelte temaer har 10 minutter til rådighed, og så er planen den, at der efter deres oplæg bliver mulighed for politikerne for i første omgang at stille opklarende spørgsmål.

Selv om det er skrevet til deltagerne, skal jeg alligevel for en ordens skyld sige, at det jo ikke er muligt at få ordet fra salen. Det er jo en høring, en – om man så må sige – seance mellem oplægsholdere og panel.

Efter de to første temaer, altså om unge og deres kultur og selvmordsadfærd og ældres selvmordsadfærd, vil der være en kaffepause på et kvarter. Så kommer der, som det fremgår af programmet, yderligere to indlæg, og endelig bliver der så en lille times opsamlende spørgsmål fra politikerpanelet. Og vi skal slutte kl. 12.30.

Det er rammen, og jeg har den glæde at kunne sige, at der faktisk ikke er nogen ændringer i forhold til det program, der er sendt ud, hvilket jo gør det noget nemmere.

Men lad os komme i gang med dagens første oplæg, hvor centerleder Lilian Zøllner, Center for Selvmordsforskning, vil give os et indledende overblik over, hvad der er gjort indtil nu, og hvor de nye problemstillinger ligger. Værsgo.

Lilian Zøllner (centerleder, Center for Selvmordsforskning):

Tak for ordet.

Ganske kort omkring selvmord: Både selvmord og selvmordsforsøg er den mest personlige og ensomme handling, et menneske kan begå, men samtidig har selve selvmordsadfærden dybe rødder i menneskelige og sociale forhold, og selvmord og selvmordsforsøg berører ikke kun det enkelte menneske. Det berører de nærmeste pårørende, arbejdspladsen, lokalsamfundet, og det berører gennem hele samfundet os alle ved synliggørelsen af antallet af selvmord og problemets omfang i det hele taget. Kort sagt er selvmord og selvmordsforsøg noget, der angår os alle.

De seneste tal viser, at ca. 750 mennesker hvert år tager deres eget liv. Det svarer til omkring to om dagen. Sammenligner vi med antallet af trafikdræbte, viser det sig, at der højt sat er 500 dræbte i trafikken om året, det vil sige, at der for hver to trafikdræbte er tre selvmord.

Beregninger på baggrund af oplysninger fra Register for Selvmordsforsøg viser, at ca. 9.000

mennesker hvert år forsøger at tage deres eget liv. Ved en sammenligning med antallet af trafikuheld med personskade til følge viser det sig, at der pr. år er ca. 7.000 trafikuheld, hvor der sker personskade, det vil sige, at der for hver fire trafikuheld med personskade til følge er fem selvmordsforsøg.

Registeroplysninger og forskning viser, at godt halvdelen af alle de selvmord, vi ser, begås af mennesker, som aldrig har været i forbindelse med en psykiatrisk afdeling, mens den øvrige halvdel har været i forbindelse med sygehus. Psykisk sygdom er en meget stor risikofaktor for selvmord og selvmordsforsøg og en væsentlig risikofaktor for, at der senere bliver begået selvmord.

Vi ved, at raterne for selvmord er faldet igennem de sidste 20 år, og det er utrolig glædeligt for os alle sammen. Til gengæld ved vi også, at raterne for selvmordsforsøg er steget, og især, når vi kigger på raterne over forsøg fra blandt de unge piger, er der grund til at råbe vagt i gevær, idet vi over en 10-årig periode fra 1990 til år 2000 kan se en stigning på 261 pct.

Bevæger vi os uden for landets grænser og sammenligner selvmordsraten i Danmark med de øvrige nordiske lande, ligger vi højere i Danmark end i både Sverige og Norge. Og hvis vi bevæger os lidt længere væk og ser på et verdenskort, så ligger Danmark i det, vi vil kalde »rød zone«, dvs. blandt de lande på verdensplan, der har den højeste rate af selvmord.

Vi har i fem år haft en referencegruppe, hvor der har været gjort en med særlig indsats, og Danmark har i lighed med andre nordiske lande udarbejdet en handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord. Denne handlingsplan danner grundlag for en særlig indsats på følgende områder:

Der har været igangsat vidensformidling på forskellige niveauer. Det drejer sig om oplysninger på internetsider og om artikler og bøger, hvor fokus har været forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg.

Der er blevet igangsat en uddannelsesplan, som har udmøntet sig i tiltag vedrørende uddannelse af relevante fagpersoner, dvs. fagpersoner, som kommer i berøring med selvmordstruede mennesker, både unge og ældre. Uddannelsesplanen har sigtet mod at give forskningsbaseret viden til f.eks. folkeskolelærere, pædagoger, psykologer, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og alle andre, herunder også praktiserende læger, som kommer i berøring med et selvmordstruet menneske.

Desuden har uddannelsesplanen sigtet mod at få det selvmordsforebyggende arbejde ind på de relevante grunduddannelser, således at de, der bliver lærere og pædagoger, og de kommende sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter har en helt basal viden den dag, de står på deres job – at de er klædt på til, i hvert fald i minimum udstrækning – at møde et selvmordstruet menneske.

Endelig har planen også udmøntet sig i tiltag på MPH-uddannelserne (Master og Public Health).

Der har været igangsat udviklingsarbejde vedrørende sikring af behandling af mennesker, der er selvmordstruede eller som har gennemført selvmordsforsøg. Der har været igangsat en lang række modelprojekter rundt omkring i landet, hvis sigte bl.a. har været at optimere den behandling, der kan skabe behandlingskæder til de mennesker, som forsøger at tage deres eget liv.

Der har været igangsat et netværksarbejde i selvmordsforskning, hvor der har været inddraget

både sociale og sundhedsfaglige vinkler, og hvor forskellige forskningsmetoder spændende fra registerforskning til spørgeskemaundersøgelser og interviewundersøgelser har belyst nogle af de mange forskellige problemer, som trænger sig på.

Referencegruppen har med andre ord arbejdet i de forløbne år, men vi står nu i den situation, at vi stadig er konfronteret med en række opgaver, som skal løses:

For det første vil jeg pege på vidensformidling. Det er af afgørende vigtighed, at der fortsat er en koordinerende vidensformidling, således at borgere, institutioner, fagpersoner, kommuner og amter ved, hvad der foregår, og hvor der foregår noget, så man ikke rundtomkring i landet bruger økonomiske og menneskelige ressourcer på at opbygge eller forebygge eller igangsætte behandling eller forskningsprojekter, som allerede er igangsat andre steder i landet, fordi man ikke har kendskab til det; altså en koordinerende vidensformidling om, hvad der foregår hvor.

Et andet punkt, jeg vil pege på, er uddannelse: At uddannelse af centrale fagpersoner udvikles, således at det forebyggende arbejde bringes helt derud, hvor underviser og studerende mødes, hvor læge og patient ser hinanden i øjnene, og hvor præst og sognebarn har en fortrolig samtale, kort sagt uddannelse, som klæder den enkelte relevante fagperson på til at handle med henblik på at forebygge selvmord.

Den tredje ting, jeg vil pege på, er behandling. Vi har ikke på landsplan behandling, som vi ved fungerer; vi kender ikke evidensen af behandlingen. Når en person ophører med behandling, f.eks. samtaler på et forebyggelsescenter eller i en ungerådgivning, ved vi ikke, om det er behandlingen, som medfører, at personen ikke igen forsøger at tage sit eget liv, eller om det er helt andre forhold i den unges eller den ældres liv, der er afgørende for at udviklingen mod selvmord stopper. Vi mangler simpelt hen forskningsbaseret viden om, hvilke former for behandling der er de optimale for forskellige aldersgrupper og for forskellige køn.

Desuden er der meget forskellige tilbud rundtomkring i landet, både i forbindelse med selvmordsforsøg og efterfølgende. Der er ikke skabt et net af erfaringer fra alle de mange forskellige modelprojekter, der har været igangsat, således at vi kan trække på den viden, som allerede er opnået forskellige steder rundtomkring. Desuden er det også vidt forskelligt, hvilke tilbud om behandling der tilbydes, afhængigt af hvor i landet man befinder sig.

Som det fjerde punkt vil jeg pege på forskning. Vi er konfronteret med en meget stor mangel på forskningsbaseret viden som grundlag for forebyggelse. Vi ved mest om den halvdel af selvmordsforsøgere, der har været i kontakt med psykiatrien, eller som har været i kontakt med sygehusene, men vi har uendelig lidt viden om den halvdel, som ikke har været i forbindelse med et sygehus som følge af deres selvmordsskade.

Vi har kendskab til en række risikofaktorer, f.eks. tidligere selvmordsforsøg, som er en væsentlig risikofaktor for et senere gennemført selvmord, og vi har kendskab til risikofaktorer som f.eks. psykisk sygdom, men vi har stort set intet kendskab til beskyttende faktorer. Såvel nationalt som internationalt efterlyses forskning i beskyttende faktorer, fordi viden herom i meget stor udstrækning kan bidrage til at mindske risikoen for selvmordsadfærd.

Hvad er det for forhold, som beskytter unge som ældre mod at gennemføre et selvmordsforsøg, selv om de måske mange, mange gange har tænkt på at gøre det? Hvad er det for

forhold, som er af betydning for, at en person ikke gentager et forsøg, når han først én gang har gjort det?

Vi er konfronteret med et massivt ønske om en sammenhæng mellem forskning, vidensformidling og uddannelse. Den indsats, der er taget initiativ til på ungeområdet, er et glimrende billede på, at det faktisk godt kan lade sig gøre løbende at anvende forskningsresultater i det vidensformidlende og forebyggende arbejde.

Afslutningsvis kan vi i overvejelserne om, hvad vi er konfronteret med, inddrage erfaringer fra såvel Sverige som Norge. Begge lande har nemlig været i gang før os med en handlingsplan, og begge lande har draget de erfaringer, at det var nødvendigt at gå videre med forskning, vidensformidling og forebyggelse.

I Sverige har man efter deres handlingsplans udløb nedsat et nationalt råd bestående af embedsmænd fra Socialstyrelsen og Statens Folkhälsoinstitut og repræsentanter fra en række relevante institutioner. Der er lavet en central ekspertenhed vedrørende selvmordsforskning, og det forebyggende arbejde er sat under andre former.

Hvis vi vender blikket mod Norge, kan vi se, at man dér efter handlingsplanen oprettede opfølgning på udvalgte områder: forskning, kundskabsformidling, behandling og opfølgningsrutiner. Arbejdet i Norge varetages af Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging i Oslo, som er et nationalt ressourcecenter med en koordinerende funktion. Dette center arbejder med tre regionale centre.

Denne norske model kunne danne inspiration for en dansk model, hvor der blev fokuseret på faglige miljøer og ressourcegrupper med henblik på at udvikle og koordinere forskningsbaseret vidensformidling, uddannelse og behandling.

Ordstyreren:

Tak for det, Lilian Zøllner.

Dermed fik vi så overblikket og kan nu gå til de enkelte temaer, hvor vi starter med »Unge – kultur og selvmordsadfærd«, hvor vi har to indledere. Vi tager de to indlæg i forlængelse af hinanden, før der bliver mulighed for at stille spørgsmål fra politikernes side. Så værsgo, psykolog Ida Koch.

Ida Koch (psykolog):

Tak for det.

Jeg skal sige noget om de vilkår, der danner rammen for ungdomsliv netop nu. Den væsentligste opgave i ungdomsårene er at kvalificere sig til voksenlivet, dvs. selvstændigt, både fagligt og socialt, at blive rustet til at mestre de opgaver og udfordringer, der stilles til dem som voksne.

Med andre ord skal de unge mennesker lære på vældig mange fronter. Og vi ved det jo alle sammen godt, at det at falde ud af læreprocessen er en af de alvorligste enkeltrisikofaktorer i forhold til senere at blive udstødt eller ikke at kunne klare sig.

I denne udviklings- og læreproces stilles der i dag meget store krav til store børn og unge. De

unge skal kvalificere sig fagligt og bogligt, bredt og helst dybt, og det skal gerne kunne måles i gode karakterer. Og de unge mennesker er helt klar over, at de til stadighed bliver målt og vejjet, og at udfaldet af disse målinger får betydning for, hvilke valgmuligheder de får senere hen i livet. De ved, at de skal præstere; de ved, at de skal vise deres kvalifikationer frem; og de mærker det som et pres, og det gør noget ved dem.

Dertil kommer, at de jo i en uendelig slipstrøm bliver stillet over for ganske konsekvensfyldte valgsituationer, som de personligt og hver især skal forholde sig til. Der er et utal af veje og muligheder, når de skal skabe og planlægge deres fremtid. Der er f.eks. et utal af uddannelsesmæssige kombinationer og et utal af ting, de skal tage stilling til og have en personlig mening om. Alt det forventer voksenverdenen at de skal kunne og at de skal kunne overskue.

Vi lærer dem og forventer af dem, at de allerede fra 6. klasse er fremtidsorienterede, at de kan opstille mål og delmål for sig selv, at de kan evaluere deres egen formåen i forhold til mål og drømme – og det på et tidspunkt, hvor vi, da vi var børn, kunne slippe for de voksnes spørgsmål om fremtiden ved at sige: »Jeg vil være brandmand«.

De mange muligheder og valg og tidens uddannelsesmæssige mantra, »De unge er centrum for deres egen udviklings- og læreproces«, lugter jo behageligt af selvbestemmelse og autonomi, og det kan unge mennesker godt lide. Mantraet er en gave til de stærke og ressourcerige store børn og unge, de, der f.eks. har fået færdigheder og selvsikkerhed med hjemmefra, og som ofte kan udnytte de mange valgmuligheder og surfe omstillingsparate mellem tilbud og muligheder.

Men dette landskab af muligheder skaber på den anden side problemer for de ganske mange unge, der synes, at det er svært at vælge og omstille sig, som er usikre eller ikke rigtig kan finde nogen at støtte sig til, eller som simpelt hen ikke kan finde mening og retning – unge, som synes, det hele er vældig uoverskueligt.

Så de mange nye muligheder og den forventede autonomi indebærer en risiko for polarisering. Det gør livet bedre – måske sjovere og lettere – for de stærke, mens situationen bliver stadig mere vanskelig for de nye sårbare.

Når 20 pct. af helt almindelige 11-15-årige lider af præstationsrelaterede stresssymptomer og fremtidsbekymring, og det i en større grad end voksenbefolkningen, er det bl.a. en konsekvens af det, jeg har sagt. Store børn og unge, og det gælder også for mange på ungdomsuddannelserne, er simpelt hen bange for ikke at kunne klare sig. De er bange for ikke at have en fremtid og bange for ikke at kunne leve op til forældrenes og skolens forventninger.

At navigere i det store mulighedsfarvand, et farvand, som både rummer løfter om frit valg på alle hylder og samtidig en række skær og risici, kræver ud over det faglige også personlige ressourcer – det, der i undervisningsministerielt regi kaldes »brede personlige kvalifikationer«.

I dag er det nemlig ikke tilstrækkeligt at være fagligt/bogligt dygtig. De unge skal også hver især kunne iscenesætte sig selv, træde i karakter, føre sig frem, være kreative og selvstændige, tage initiativ og være omstillingsparate og fleksible, de skal kunne udvælge blandt alle de mange informationer, de udsættes for, kommunikere og frit bevæge sig mellem alle de mange sociale arenaer, som er så karakteristiske for det moderne ungdomsliv. Og så skal de også være flotte og fittede.

Den identitetsopgave, der ligger i ungdomsårene, og som de står midt i, er så sandelig ikke blevet nemmere. Hele denne proces er blevet individualiseret. Individualiseringen er noget af det helt karakteristiske ved det moderne. Med hensyn til de unge udmønter dette sig bl.a. i, at de i en meget tidlig alder ansvarliggøres for processen – og igen: de bliver det hver især. Du skal vælge, du skal mene, du skal tage stilling, og du skal gribe mulighederne; du er fri til at skabe dig selv og din fremtid.

Det er jo fint, når det hele går som smurt, men i og med at ansvaret for fremgang og læring er blevet individualiseret, er ansvaret for stilstand, udstødning og ikkesucces også blevet individualiseret. For de unge, hvis liv ikke arter sig, bliver forståelsen ikke så overraskende til: Det er min skyld, mig, der ikke er god nok; jeg havde alle mulighederne, jeg duede ikke. Og det er rigtig flovt.

Vi beskriver ofte nutidens samfund som risikosamfundet, fordi det at leve og vokse op i samfundet i dag er fyldt med en lang række farer. Der skal ikke så meget til, før det går galt, og en fejl kan blive fatal.

Individualiseringen, det, at det enkelte unge menneske helt selv er ansvarlig, bevirker, at de unge bliver meget optaget af deres egen succes, de bliver meget optaget af at vise sig og sit, og de bliver ekstremt præstations- og konkurrencemindede. Det er for mig at se en helt rationel og forståelig konsekvens af de kravstrukturer, de lever under.

De unge søger på alle måder at gardere sig, sikre sig, og vise den nære og den større verden: Se, jeg klarer mig. Men når de så af og til har svært ved at klare sig, så lader de i det mindste som om, så længe de kan. Med andre ord er de tilbøjelige til at skjule deres vanskeligheder, men med præstationsorienteringen følger også præstationsangsten og skammen, når de ikke lykkes med deres planer.

Bagsiden af disse vilkår i det moderne er mangfoldige følgeproblemer. Nogle af de unge, der ikke helt besidder de fornødne sociale og faglige kompetencer, bliver ladet alene. Ingen vil arbejde med eller ses sammen med den kiksede, generte eller fagligt svage. Vi ved i dag, at ensomhed, det at mangle fortrolige andre – fortrolige voksne eller jævnaldrende – er alt for udbredt.

Et andet følgeproblem er, at de unge, når livet for alvor volder dem vanskeligheder, gemmer sig. De beder typisk ikke om hjælp eller beder først om hjælp, når det er gået gruelig galt. De trækker sig væk fra andres åsyn. De bliver væk fra skolen, fra arbejdet eller cafeen, når de ikke synes, de kan honorere de skolemæssige krav eller ikke kan være så cool, calm og collected, som det forventes i kammeratgruppen.

Det betyder selvsagt, at voksne omkring ungerne, både professionelle og private voksne, har svært ved at få øje på mistrivselssignaler, og konsekvensen af det er, at alt for mange unge lider betydeligt uden at få den fornødne hjælp. Det er endnu et følgeproblem.

De unges forståelse af ondets rod eller problemernes årsag – at det er deres egen skyld, at det går så dårligt – fører endelig til en mere indadrettet symptomatologi. De unge reagerer i dag langt oftere end tidligere på deres fortvivlelse og magtesløshedsfølelse ved at melde sig ud, straffe sig selv, ødelægge sig selv eller give helt op. Mængden af indadrettede symptomer har for længe siden talmæssigt overhalet de mere udadrettede tegn på mistrivsel, såsom kriminalitet.

Mens børne- og ungdomskriminaliteten i de sidste mange år har været behageligt faldende, ser vi en alvorlig stigning i antallet af unge, der får psykiske lidelser, og som lider under svær ensomhed og social udstødning, og en alvorlig stigning i antallet af unge, der udviser lav grad af sundhedsadfærd, og som skader sig selv eller går med tanker om helt at opgive livet. Man kan sige, at den moderne måde at bære sin frustration, fortvivlelse eller vrede på er særdeles diskret.

Det leder så direkte videre til det næste indlæg.

Ordstyreren:

Tak for det, Ida Koch.

Så får Lilian Zøllner chancen én gang til i forbindelse med det tema her, værsgo.

Lillian Zøllner:

Tak for det.

Der er i det forrige indlæg blevet peget på følgende problemfelter: individualisering, ansvarliggørelse med hensyn til at skabe sin egen fremtid, ensomhed, manglende anmodning om hjælp, vanskeligheder med at få øje på signaler på mistriivsel, social udstødning og selvskade.

På baggrund heraf kan det første spørgsmål om, hvad vi kan gøre, besvares med, at vi kan og bør intensivere den forskningsbaserede vidensformidling og forebyggelse.

Den viden, vi har om de unge, stammer dels fra Register for Selvmordsforsøg og dels fra gennemførte, men endnu ikke alle publicerede forskningsprojekter.

Register for Selvmordsforsøg, som omfatter selvmordsforsøg i Fyns Amt, hvor den unge har været på skadestue eller sygehus som følge af sit forsøg, viser, at der i perioden fra 1990 til 2001 er en stigning i antallet af forsøg begået af piger på 215 pct. – det er, hvis vi tager det sidste år med, men det er jo stadig en væsentlig stigning.

Endvidere har vi gennemført undersøgelser, som omfatter besvarelser fra godt 5.000 unge mennesker på 8. og 9. klassetrin, og vi har også spurgt deres forældre og deres lærere. Vi har forskningsmæssigt belæg for, at en tredjedel af de her unge alvorligt har overvejet at tage en overdosis eller forsøge at skade sig selv på anden måde, men de har endnu ikke gjort det. Vi ved, at 8 pct. af den samlede gruppe har gennemført at tage en overdosis, snitte sig selv i håndleddet eller skade sig selv på anden måde.

Danmark må desværre siges at være førende på det her punkt i forhold til England og Norge, som har gennemført lignende undersøgelser.

Vi ved, at over en tredjedel af de her skader, som de unge foretager sig, ikke bliver opdaget. To tredjedele af dem, som skærer sig eller tager piller, beder ikke efterfølgende om hjælp; de siger simpelt hen bare ikke til nogen som helst, hvad de har gjort. Kun et absolut mindretal, 5 pct., kommer til lægen, og 7 pct. kommer på sygehuset.

Hvis vi tager gruppen af unge, der har skadet sig selv, og ser på, hvad deres forældre svarer, så ser vi, at kun 10 pct. af forældrene til unge, der har skadet sig selv, er vidende om, at deres søn eller datter har foretaget en selvskade.

Hvis vi spørger lærerne om deres kendskab til dem i deres klasser, der har foretaget en

selvskade, får vi at vide, at 18 pct. af lærerne har viden om det.

Sammenfatter vi meget kort, kan det konkluderes, at de unge og sårbare ikke meddeler sig til nogen, og at de voksne har utrolige vanskeligheder med at lytte sig frem til det, som ikke bliver sagt, og de har meget svært ved at tolke de signaler, de unge sender, mens de sendes. Derfor er forskningsbaseret vidensformidling og forebyggelse så ekstrem vigtig vedrørende den her ungegruppe.

Det drejer sig om vidensformidling og forebyggelse, som sigter mod at hæmme og bremse den udvikling, som vi ser i registeret, hvor tallene stiger år for år. Det sigter mod at give de sårbare unge og dem, der har tanker om at skade sig selv, et tilbud om hjælp, og det sigter mod at give dem, som har forsøgt at tage deres eget liv, et sammenhængende tilbud om hjælp.

De unge, vi har viden om, er i aldersgruppen fra ca. 13 år og opefter. De er dagligt omgivet af mindst én forælder og én lærer, oftest en klasselærer, som de kender. Har den unge selv eller familien tidligere haft vanskeligheder, vil vedkommende ofte være kendt af en skolepsykolog, en socialrådgiver eller en sundhedsplejerske.

En del af de her unge vil gå til præst i forbindelse med konfirmationsforberedelse, og nogle af dem vil også jævnligt have været hos en læge, som har kendskab til ikke blot til den unge selv, men muligvis også den unges søskende og familien som helhed.

Endelig vil den unge være omgivet af andre unge, hvilket er ekstremt vigtigt, når vi taler om netop denne aldersgruppe.

Og til allersidst for ikke at glemme hovedpersonen: den unge selv.

De nævnte grupper, dvs. lærere, præster, psykologer, sundhedsplejersker og socialrådgivere, skal have viden som grundlag for at kunne tolke signaler og udtalte betroelser og stille spørgsmål, have blik for at kunne tilbyde forældre, familien og den unge selv samtaler og støtte i forbindelse med kriser, der måtte opstå. Lærere, som dagligt ser de unge, skal have viden som grundlag for at stille spørgsmål og tage den vanskelige samtale, og være dem, som videregiver betroelser til forældre, og som samtaler med den unge selv og forældrene om forebyggelse.

For forældre, som ligeledes ser den unge dagligt og er i situationen med en teenager i huset med alt, hvad det indebærer af diskussioner om tøj, alkohol, rygning, fester osv., er det vigtigt, at der sammen med andre forældre på forældremøder tages fat på samtalen om trivsel og mistrivsel, og at man enes om fælles regler og om ansvaret for, at reglerne overholdes.

Unge skal have viden om, at menneskelivet grundlæggende består af gensidig afhængighed, og at de er medansvarlige aktører i det sociale miljø i skolen og i fritiden. Ensomhed og social udstødning kan og bør gøres til genstand for en debat med alle unge; dertil kommer viden om, at skuffelser og nederlag hører med til at leve et liv, og at det er muligt med støtte fra gruppen og fra voksne at tackle sådanne tildragelser på en hensigtsmæssig måde.

De sårbare unge og de unge, som allerede er begyndt at tænke på at skade sig selv, skal have et tilbud om at lære at mestre de vanskeligheder, de står i, og vel at mærke lære at mestre dem på en anden måde end ved at skære sig i håndleddet eller tage for mange piller.

Andre lande end Danmark har været konfronteret med stigende rater, og dem kan vi lære af. I New Zealand, som har den højeste selvmordsrate for unge under 25 år, har man med støtte fra

sundhedsministeriet udviklet et projekt, som man kalder The Travellers. Det er et projekt, som sigter mod at give den unge en opfattelse og forståelse af, at livet er en rejse, hvor den enkelte kan have en meget tung rygsæk på, bestående af sten, som vedkommende er nødt til at bære på – det kan være sygdom i familien, dødsfald i familien, det kan være alvorlige hændelser, vedkommende har været ude for, det kan være misrøgt osv.

Men den unge lærer gennem det projekt at mestre de vanskeligheder og udfordringer, vedkommende står over for, og som kan vise sig på rejsen, og lærer at mestre dem ved at bede om hjælp og ved at udnytte sine styrkeområder og kompensere for sine svage sider.

De unge, som har forsøgt at tage deres eget liv, skal have tilbud om behandling. Det kræver opkvalificerede frontmedarbejdere, som går ind i en behandlingsskæde, og det kræver, at tilbuddene er landsdækkende.

Vi har trådt de første skridt på Center for Selvmordsforskning ved sideløbende med forskning at gennemføre udviklingsarbejde. Der er udviklet kurser for lærere kaldet: »Når livet er for svært – samtale i øjenhøjde med en teenager«, og der er ved at blive udviklet kurser for forældre om trivsel og mistrivsel. Udviklingen af kurserne har været finansieret af referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord og har med andre ord været bundet op på en bevilling. Der er nu brug for, at disse kurser og tilbud ikke forbliver udviklingsprojekter, men bliver landsdækkende.

Der er meget hårdt brug for at udvikle tilbud til den unge selv med henblik på at mestre kriser og vanskeligheder på en konstruktiv måde og i samarbejde med andre unge og voksne. Og der er meget, meget hårdt brug for følgeforskning, så vi kan få viden om, hvad det er, der virker for den unge.

Der har rundtomkring i landet været igangsat en lang række modelprojekter for unge, og nogle af disse projekter er evalueret. Det har desværre ikke været muligt at igangsætte følgeforskning, som kan give os indsigt i, hvad det er, den unge efterfølgende peger på har effekt, hvad det er for tiltag, som ifølge den unge selv har været afgørende for, at vedkommende har ændret adfærd over tid, hvad det er, der har gjort, at den unge har ændret adfærd fra at være selvdestruktiv til at være en konstruktiv problemløser, ikke bare målt tre måneder efter eller et halvt år efter.

Der skal udarbejdes og tilbydes vidensformidling og kurser til de nævnte faggrupper, således at de kan bidrage med at tolke signaler, være opmærksomme, lyttende voksne og opfange tegn på sårbarhed og mistrivsel og sammen med forældre og skole sætte ind med tiltag.

Vi har forskningsmæssigt belæg for, at selvskade og selvmordsforsøg er en væsentlig risikofaktor for senere selvmord. Derfor er det så ekstremt vigtigt at igangsætte generel forebyggelse og samtidig igangsætte følgeforskning på området.

Ordstyreren:

Når man lægger stramt ud, må man vel også kvittere for, at det går godt. De tre indlæg har holdt sig fuldstændig inden for den fastlagte tid, og det betyder, at politikerpanelet nu får det fulde kvarter til at stille opklarende spørgsmål til de to indledere.

Sandy Brinck (S):

Tak for indlæggene, som jeg synes er utrolig spændende. Jeg har et par spørgsmål.

Du henviser i dit sidste indlæg, Lilian Zøllner, til en tung rygsæk. Er det sådan, at vi ved, at de med den tunge rygsæk har størst risiko? For når jeg hører Ida Kochs indlæg, synes jeg også, at jeg kunne få øje på nogle mellemklassepiger – måske også lidt højere end mellemklasse – hvor præstationsangsten vil slå meget hårdt igennem, fordi der er nogle andre forventninger. Ved vi noget om, om vi kan kigge efter tunge rygsække? Som regel prøver vi jo at lave sådan en kurve ud fra den sociale baggrund.

Og også til Lilian Zøllner: I forbindelse med at undervise fagpersoner synes jeg ikke, jeg hørte dem omtalt, der underviser på ungdomsuddannelserne og de videregående uddannelser. Det er min oplevelse efter at have været gennem de to instanser – for lidt tid siden selvfølgelig, men alligevel – at der her virkelig er et potentiale for at vælge forkert og også med ret voldsomme konsekvenser; der er virkelig et potentiale for at gemme sig på universiteter osv.

Ordstyreren:

Jeg skal lige være sikker på, at jeg har alle politikerfingrene med for også at være retfærdig. Men nu ser det ud til, at har jeg dem alle sammen, så behøver jeg ikke spørge mere.

Vi tager svarene på de her to første spørgsmål.

Lilian Zøllner:

Til det første spørgsmål, om det kun er de unge med den tunge rygsæk, der skader sig selv, kan jeg sige, at det er det ikke. Det er ikke kun de unge, der har haft meget vanskelige livs- og opvækstvilkår, eller de unge, som virkelig har været udsat for traumatiserende ting i deres liv. Det også er unge, som i grunden ikke har været udsat for grusomme ting, og hvor de sten, der ligger i rygsækken, skulle være forholdsvis lette at bære.

Vi kan altså ikke konkludere, at selvskadende adfærd, selvmordsforsøg eller selvmord blandt unge kun bliver begået blandt en gruppe socialt særlig dårligt stillede eller socialt udsatte. Vi kan ikke konkludere, at der er en social arv, som betyder, at hvis man ligger et bestemt sted i uddannelsesforløbet og altid har været svagt læsende eller svag bogligt og i det hele taget har haft dårlige opvækstvilkår, så tilhører man også den gruppe, vi ser skade sig selv i 9. og 10. klasse. Sådan forholder det sig ikke.

Der er også den gruppe, som Ida Koch talte om: de veletablerede, de dygtige piger, de dygtige drenge, som faktisk kan klare sig på alle fronter, men som er sårbare af andre årsager.

Ordstyreren:

Ja Ida Koch.

Ida Koch:

Bare et supplement til det, Lilian Zøllner siger: Selv om der, som jeg har kunnet se i mange års arbejde med unge, er en overhyppighed af unge med tunge rygsække, så ser vi også unge fra de her

andre miljøer, hvor man må sige, at de har en anden type rygsæk. De er måske sådan lidt generte og tilbageholdende og har ikke kunnet følge med socialt, eller de er blevet mobbet, og det at blive mobbet er en ganske forfærdelig erfaring.

Bjørn E. Holsteins og Pernille Dues undersøgelse om 11-15-årige viser, at omkring 20-25 pct. af de 11-15-årige har været udsat for mobning, også meget alvorlig mobning. Efter hvad der siges rundt omkring, er det et stigende problem, at der mobbes vældig meget i disse store klasser, som børnene skal leve i halvdelen af deres vågne tid. Det kan også være en konsekvens af, at de konkurrerer på alle parametre. Vældig mange fortæller om social isolation og mobningserfaringer, og det har sådan set ikke noget at gøre med social baggrund.

Ordstyreren:

For en ordens skyld vil jeg lige sige, at det jo ikke gør noget, hvis både spørgsmål og svar er korte. Den næste er Line Barfod.

Line Barfod (EL):

Jeg synes også, det var nogle meget spændende oplæg, og når jeg kl. 11 løber ud af døren, er det ikke, fordi jeg ikke vil høre resten af konferencen, men fordi jeg for længe siden har lovet at tale i Aalborg.

Af jeres oplæg synes jeg, at det dels fremgår, at vi som minimum skal fortsætte det her projekt, der har kørt i nogle år – at det skal gøres permanent – men jeg synes også, jeg hører jer sige, at der er behov for en mere generel forebyggende indsats allerede i skoletiden.

Skal vi, i stedet for kun at fokusere på selvmord, se mere bredt på de forskellige symptomer, der er på, at børn og unge kan have det dårligt, altså både selvmord, spiseforstyrrelser, misbrugsproblemer og mobning osv., altså se mere bredt på, hvad vi gør for at sætte de unge i stand til at klare sig bedre? Skulle vi måske se på, om vi i folkeskolen ikke kun skal have som mål, at de unge skal kunne læse og skrive, men også, at de skal have et ordentligt selvværd og lære at sætte grænser i forhold til andre i forbindelse med noget af det, du sagde om mobning, Ida Koch; at de skal lære at mestre deres eget liv, og at vi derfor ikke kun skal fokusere på, hvad vi kan opfatte som risiko i forhold til bestemte problemer, men mere generelt skal lave noget forebyggende.

Lilian Zøllner:

Jeg er meget enig i, at vi, når det drejer sig om den generelle forebyggelse i skolen, skal fokusere på mistrivsel, som jo er et begreb, der er meget bredere end selvmordsforsøg og selvskade, for mistrivsel indfanger både det, som rammer den unge, når vedkommende netop bliver mobbet – man mistrives, man har det dårligt, man møder ikke op – og også mistrivsel på mange andre fronter. Det må være den generelle brede forebyggelse, der handler om mistrivsel.

Det fører mig så frem til at svare på det spørgsmål, jeg ikke fik svaret på før, nemlig om det så kun er i skolen, eller det også er højere oppe i systemet, der skal sættes ind. Hvis man ser på generel mistrivsel for de ganske unge i grundskolen, så vil der langs hen ad vejen udkrystallisere sig nogle ungdomsgrupper, som ikke er i stand til at mestre livet. Derfor ser vi også selvmordsforsøg på

gymnasierne, universiteterne og de højere videregående studier; dér er det måske nogle mere specifikke tiltag, der skal til for at forebygge selvmordsforsøg. Men ja, man bør starte med den mistrivsel og så bygge det op, således at der også kommer tiltag på de videregående uddannelser.

Ida Koch:

Når de unge mistrives i dag, er det, som jeg sagde tidligere, ofte forbundet med stor skam og følelse af at være anderledes og forkert, og derfor er det, som Lilian Zøllner også har sagt, svært for dem at søge hjælp.

Der vil jeg gerne pege på, at det er så forfærdelig vigtigt, at der er nogle steder, hvor unge mennesker, uanset om de er på en ungdomsuddannelse eller de er i folkeskolens sidste klasser eller de er ude i erhvervsarbejde, har let tilgængelige steder, hvor de gratis og meget gerne anonymt kan henvende sig og bede om hjælp, netop fordi de skammer sig og meget ofte er bange for at henvende sig til myndigheder. Det er en mangelvare rundt omkring. De unge ved ikke, hvor de skal gå hen, og de er bange for at gå til de steder, som faktisk findes. Og selv om der står i serviceloven, at der skal være mulighed for anonym rådgivning, så er det i mange kommuner en by i Rusland – de unge ved ikke, hvor de skal gå hen.

Ordstyreren:

Villy Søvnald.

Villy Søvnald (SF):

I politik er en af de væsentlige ting at fokusere, for der sker så mange ting i den her underlige verden, og derfor skifter scenen så at sige konstant.

Lilian Zøllner, du nævnte i dit oplæg den norske måde at fastholde indsatsen på. Jeg vil godt have jeres bud på, hvordan vi fastholder den danske indsats i den nuværende situation. Det kan godt være, det er et utidigt spørgsmål at stille til lederen af et center for selvmordsforskning, men jeg tænker også mere på det i forhold til at fastholde det nationale fokus på opgaven.

Det andet spørgsmål drejer sig om, hvem der kan hjælpe med det her. I havde nogle interessante tal med, at 10 pct. af forældrene vidste det, og 90 pct. vidste det ikke. 18 pct. af lærerne vidste det, og så vidste formentlig endnu flere af de unge det. Hvad siger det jer med hensyn til, hvor vi skal fokusere – om strategien for at få fat på det her?

Lilian Zøllner:

Med hensyn til fastholdelse og med hensyn til modellen fremover synes jeg, som jeg sagde afslutningsvis, at der er grund til at lade sig inspirere af den norske model med et resourcecenter, hvor der bliver fokuseret på både forskning, forebyggelse og vidensformidling, sådan at de ting bliver koordineret. For når det handler om de unge, kan vi bl.a. se, hvor ekstremt vigtigt det er, at man, samtidig med at forskningen giver os nogle resultater, i samme øjeblik sætter ind med forebyggelse og vidensformidling. Det er nok det tætteste, jeg kommer til at svare på det spørgsmål.

Med hensyn til de procenter blandt lærerne og forældrene, er det ekstremt vigtigt, når vi

har at gøre med ungdomsgruppen, der går i folkeskolen – som den her undersøgelse jo handler om – at vi ikke bare sætter ind ét sted, men simpelt hen betragter den her unge som værende omgivet af forældre, lærere og kammerater og med sig selv i centrum hver dag. Så man er nødt til at sætte ind på alle niveauer.

Det er ikke tilstrækkeligt at sige, at nu gør vi noget med hensyn til forældrene, eller nu sørger vi for, at alle folkeskolelærere kommer på kursus. Det er simpelt hen ikke tilstrækkeligt, for der er fire aktører, og vi ved fra alle andre undersøgelser, der omhandler unge og mistrivsel, at andre unge er meget, meget vigtige i netop den alder. De lytter utrolig meget til, hvad andre unge siger.

Ved den her teenagealder, hvor de skærer sig og snitter sig og tager de her Panodiler og andre piller, er vi derfor nødt til at tænke anderledes, end når vi kommer op i gymnasiealderen, hvor vi kan se, at der sker et fald, og kommer vi endnu højere op – i universitetsårene eller i den ældre kvinde/mandealder – sker der også et fald. Men netop i teenageårene er vi nødt til at tænke helt anderledes end i de øvrige aldersgrupper.

Ida Koch:

En ganske kort bemærkning til det vedrørende procenterne: Der er jo noget, der går galt, når man kan se, at flere lærere end forældre ved noget om, hvordan ungerne mistrives. Derfor er det en meget, meget vigtig opgave, og den bør ligge i både grunduddannelserne og videreuddannelserne, at lærerne bliver rustet til at samarbejde med forældrene, og at samarbejdsdelen mellem forældre og institutioner for børn i det hele taget styrkes.

Ordstyreren:

Tove Videbæk.

Tove Videbæk:

Ida Koch, du sagde, at de unge mennesker »surfer omstillingsparate på nettet«, og det ved vi jo, de gør. Det er den her aldersgruppe på 15-20 år, som måske bruger nettet allermest. Jeg er lidt optaget af, hvad vi læste i Kristeligt Dagblad i forgårs, at vi nu kan finde effektive metoder på internettet til, hvordan man kan begå selvmord.

Lilian Zøllner har tidligere nævnt, at ni ud af ti normalt overlever selvmordsforsøg. Men hvis de nu begynder at få mere effektive metoder, så er det måske færre end ni ud af ti, der overlever. Hvad gør vi ved det?

Jeg er lidt optaget af ikke alene uddannelse og koordinerende behandling, men også metoderne og værktøjet, som vi anvender, f.eks. medicinen. I handlingsplanen står der jo også, at der skal sættes et maksimum for mængden af smertestillende midler, der kan købes i håndkøbsudsalg. Man synes jo, det er lidt tosset, at de unge mennesker i kan købe medicin i håndkøb til at slå sig selv ihjel med flere gange. Hvad gør vi ved det? Er selve tilgængeligheden af både metoder og værktøjer noget, som vi også skal arbejde med?

Ida Koch:

I handlingsplansudvalget er vi netop kommet med en indstilling om, at tilgængeligheden til disse præparater, paracetamolpræparaterne, som er håndkøbsmedicin, og som især anvendes af de unge, skulle mindskes. Og efter at handlingsplanen blev vedtaget, er tilgængeligheden blevet øget – de findes i 7-Eleven, Matas og alle andre steder. Så det er jo noget, man som politiker må forholde sig til.

Med hensyn til internettet har disse oplysninger om, hvordan man effektivt og smukt tager livet af sig selv, ligget der rigtig, rigtig længe. Og vi ved alle sammen, at nettet er ustyrligt, så derfor er det så vigtigt, at der forskes i og arbejdes med, hvilke beskyttende faktorer, der er imod så fortvivlende handlinger; det er vigtigt.

Ordstyreren:

Ida Jørgensen.

Ida Jørgensen (RV):

Jeg vil lige gribe den med, at nettet er ustyrligt, og at man skal sætte ind over for den unge. Har I nogen resultater vedrørende sammenhængen imellem de her, lad os for at sætte det lidt på spidsen kalde dem opfordringer til at tage livet af sig selv og så den effekt, de har på de unge?

Lilian Zøllner:

Vi ved, at der er gennemført selvmord i ungegruppen efter opskrifter på nettet. Det ved vi helt sikkert, og det er selvfølgelig altafgørende, at der bliver sat ind. Men jeg vil som Ida Koch pege på, at nettet er ustyrligt. Det vil sige, at man her skal kalde på resourcepersonerne – forældre, lærere og kammerater – som skal gå ind og spørge: Hvad er det, du er så interesseret i at få oplysninger om på nettet? Hvad er det, du går og tumler med, siden du opsøger de her sider? – for på den måde at komme i gang med forebyggelse allerede der, hvor den unge har tanker om det.

Ordstyreren:

Tak for det. Så er det Pia Kristensen.

Pia Kristensen (DF):

Også tak for de gode oplæg. Lilian Zøllner har meget skarpt har præciseret, hvilke initiativer der skal sættes, så vi kan få bremsset den her meget triste udvikling. Jeg er også enig i, at der selvfølgelig skal forskning og viden til, og som du sagde, mangler den koordinerende vidensformidling. Jeg synes, at vi med det, du er kommet med, har fået nogle gode redskaber, som vi kan arbejde videre med i Socialudvalget.

Du talte også om uddannelsesplaner for lærere, skolelærere m.v., og det er selvfølgelig også vigtigt, at der bliver sat skub i det.

Mit spørgsmål er så, hvad man kan gøre for at indlemme familien i det her, for det er jo trods alt forældrene, der er nærmest på barnet. Hvordan kan vi få forældrene til at forstå, at de skal trykke på de og de knapper og gebærde sig sådan og sådan for at få halet ud af deres børn, at der er noget

galt? Det er problematisk, at når man taler med forældre, hvis barn har forsøgt selvmord – eller de har haft en bekendt, et ungt menneske, som har forsøgt selvmord – så har forældrene netop ikke haft kendskab til det. Det kommer som en bombe, de har slet ikke bemærket de symptomer, der var.

Til Ida Koch vil jeg sige, at jeg blev helt forpustet af at høre dit indlæg. Det gjorde indtryk på mig, og jeg tænkte: Stakkels børn, stakkels unge, der skal pålægges al den ansvarlighed. For du talte meget om, at de *skal* være ansvarlige i skolen, og at de bliver pålagt utrolig mange ting.

Du nævnte præstationsangst, stress og utilstrækkelighed, og der skal selvfølgelig også ske forebyggelse der, men stiller vi for store krav til vores børn og unge, både i skoleforløbet og i undervisningsforløbet? Skal vi måske fokusere lidt mere på, om vi skal begynde at slække på kravene til børnene i skoler og på uddannelsessteder?

Ordstyreren:

Nu skal vi jo passe lidt på, vi har jo altså også en hel time fra kl. 11.30 til at stille spørgsmål, og da har vi alle oplægsholderne til stede, så da har vi gode muligheder.

Nu tager vi et svar, Lilian Zøllner.

Lilian Zøllner:

Vedrørende det første spørgsmål om forældrene – om, hvordan vi får familien inddraget – nævnte jeg lige kort, at vi på Center for Selvmordsforskning har påbegyndt et udviklingsprojekt, som handler om at være forældre til en teenager. De kurser og tilbud, vi så vil ende med, er ikke kun til de forældre, som har et barn, der har forsøgt at skære sig eller snitte sig eller at tage livet af sig, men de er til forældremøder, der foregår på skolen i netop den her teenagealder, og hvor det er naturligt at komme hen på skolen og tale om alkohol, rygning, spisning og sund levevis. At have fokus på, hvordan man taler med en ung omkring mistrivsel, om det at trække sig tilbage, er altså også et af de tilbud, vi er ved at udvikle i øjeblikket. Det er på det allerspædeste plan, men det er i planen.

Ordstyreren:

Charlotte Dyremose.

Ida Koch:

Der var sådan set et spørgsmål til mig.

Ordstyreren:

Ja, undskyld.

Ida Koch:

Jeg skal sige det så kort, jeg kan. Om vi stiller for store krav til de unge, er et meget vanskeligt spørgsmål, for i og med at voksenlivet stiller så store krav, skal vi jo på en eller anden måde forberede ungerne til det. Men jeg synes, vi forbereder dem for tidligt, og at skolevæsenet er blevet for produkt- og præstationsorienteret.

På et tidspunkt, hvor ungerne først og fremmest burde være optaget af her og nu, introducerer vi en fremtidsorientering, bl.a. med arbejdsmaterialet »Godt i gang«, som introduceres i 6. klasse, hvor de zoomes ind i en evaluering af sig selv og en mål- og produktorientering.

Ordstyreren:

Charlotte Dyremose.

Charlotte Dyremose (KF):

Til Lilian Zöllner om den landsdækkende vidensformidling: Jeg er lidt interesseret i, hvad du egentlig mener med det, for jeg er meget enig i f.eks. den forskningsbaserede vidensformidling og også planer for, hvordan vi underviser fagpersonalet, hvad det er for nogle typer hjælp, der virker – altså vidensopsamling og vidensdeling. Er det en opgave, I kan påtage jer i Center for Selvmordsforskning, hvis I får bevillingen til det?

Men skal selve hjælpen til den enkelte unge være landsdækkende forankret? Altså tænker du på en landsdækkende form for hjælp, eller er det i virkeligheden et spørgsmål om at have en landsdækkende koordinering, der gør, at vi kan hjælpe lokalt?

Det er den ene side af det. Det andet er så, at vi jo i virkeligheden hele tiden taler om forebyggelse, uanset om det er en, der har forsøgt selvmord, eller en, der ikke har forsøgt selvmord. Jeg forstår egentlig også på jeres indlæg indtil nu, at vi faktisk ikke ved nok om, hvilke former for forebyggelse der virker. Er vi klar til at have en ensartet landsdækkende form for forebyggelse, eller er det i virkeligheden bedre, at vi forsøger at lave forskellige former for forebyggelse i forskellige projekter for på den måde at finde ud af, hvad det er, der virker?

Lilian Zöllner:

Der har jo været lavet en del projekter, som har rettet sig imod de unge, og der er indhentet en del erfaringer i de projekter. Det betyder ikke, at vi så siger, at vi nu har en præcis viden om, hvad der virker, eller hvad der er godt på landsplan, sådan at man kunne udbrede det. Men det betyder, at vi har fået *noget* viden, og at – sådan et skud fra hoften – den viden, der er indhentet, suppleret med den viden, vi mangler, måske langsomt kunne bæres frem til at være noget, der kunne udbredes. Men, som jeg har peget på nogle gange, mangler vi altså også en del.

Det er mig meget magtpåliggende at sige, at det er ikke rart for de forældre, som somme tider forvilder sig ind på vores telefoner – og vi er et forskningscenter – og beder om hjælp i en situation, hvor de står med en ung og siger, at de altså bor i X-købing og deres søn har lige forsøgt at tage sit eget liv og de aner ikke, hvor de skal henvende sig. Det er sådan set baggrunden for, at jeg mener, at der skal være noget landsdækkende, for nogle amter har både tilbud til de unge, der har tanker om at skade sig selv, og til de unge, der har gjort det, og så er der altså steder i landet, hvor forældrene står fuldstændig fortvivlede, når det sker.

Charlotte Dyremose:

Jeg skal bare lige være sikker på, at jeg forstår, hvad du siger: Vi skal over hele landet have et sted at

gå hen, men det skal ikke være et landsdækkende sted – det skal bare være sådan, at man, uanset hvor man er, har et sted at gå hen?

Ordstyreren:

Ida Koch for en kort bemærkning.

Ida Koch:

Et tiltag, der allerede er landsdækkende, men som ikke er tilstrækkeligt, er jo den ordning, der hedder sygesikringspsykologordningen, hvor man som et af flere kriterier kan få 12 timer med sygesikringstilskud, dersom man har forsøgt selvmord.

Men ud fra, hvad vi ved i dag, er det vigtigt, at vi får forebygget det første selvmordsforsøg, fordi risikoen for efterfølgende selvmordsforsøg stiger, hvis man har forsøgt sig. Derfor synes jeg, det er meget forkert, at sygesikringsordningen på det her område ikke også omfatter mennesker, der står helt ude på kanten. I dag er det sådan, at de skal have sprunget for at få en bevilling.

Ordstyreren:

Den sidste er Hans Andersen. Vi har altså overskredet tiden en del nu, så jeg minder stadig væk om, at vi har tid senere på dagen.

Hans Andersen (V):

Jeg skal gøre det meget kort. Jeg ville have spurgt til forældrene og deres engagement, og det er der flere, der har gjort. Men så kunne et spørgsmål være om de frivillige: Jeg tænker på sådan en best buddies-funktion, altså at unge piger knytter nogle bånd til måske en ung kvinde, der er kommet igennem faser i livet. Er sådan nogle tætte relationer mellem en meget ung pige og en ung kvinde noget, man skulle prøve at arbejde med?

Ida Koch:

Frivilligsektoren har i flere forskellige sammenhænge arbejdet vældig godt og kvalificeret på det her område. Livslinien er formodentlig det fremmeste eksempel på det. Men på Livslinien, hvor jeg har undervist i mange år, har vi erfaret, at det jo kræver ganske meget, ganske mange kvalifikationer.

Men frivilligsektoren kan vældig meget, som det etablerede socialapparat og sundhedsvæsenet ikke kan. Ventilen er et eksempel på, at unge gør noget for unge på frivillig basis. De bremser op i forhold til mistrivsel generelt, men virker sandsynligvis også selvmordsforebyggende.

Men der skal også andet og mere til; det her kan ikke løses med frivillig indsats. Nogle gange, og ganske ofte, er der brug for højt kvalificeret fagligt personale.

Ordstyreren:

Så bevæger vi os til det næste tema, til en helt anden ende af generationerne, nemlig de ældres selvmordsadfærd, og jeg giver ordet til konsulent Karin Oudshoorn fra Vejle Amts

forebyggelsessekretariat.

Karin Oudshoorn (konsulent, Vejle Amts forebyggelsessekretariat):

Der er kommet en film, der hedder »Når livet bliver for langt«, der sætter fokus på selvmord blandt ældre. Titlen står egentlig i skarp modsætning til, hvad vi ellers er optaget af, nemlig at hæve middellevetiden. De modsætningsfyldte budskaber er ofte at finde, når man taler om den ældre del af befolkningen. Det ene øjeblik taler vi om det grå guld, og i næste øjeblik tales der om ældrebyrden.

Allerede i 1897 skrev Émile Durkheim i sin bog »Selvmordet«, at det er samfundets psykologiske og moralske klima, der bestemmer antallet af selvmord. Og ifølge Durkheim bliver selvmordshyppigheden et udtryk for et samfunds sundhedstilstand.

Og sundhed er meget i fokus i disse år, ligesom det, at vi skal være selvstændige individer – et ønske, som de fleste forældre kan blive enige om, når der sættes mål for børnenes udvikling i daginstitutioner og skoler. Det bliver vigtigt at kunne klare sig selv, hvilket ikke gør det mindre vanskeligt, når det ikke længere er muligt.

Et andet dogme, som man sjældent kommer godt af sted med at anfægte, er respekten for den enkeltes selvbestemmelse. Selvbestemmelsen set i forhold til selvmord kommer til udtryk som en almindelig tankegang blandt mange mennesker, at det er en ret, man har som menneske, at afslutte sit liv, når man ikke ønsker at leve mere – en ret, som ofte relateres til ældre og syge.

Man skal være opmærksom på, at en accepterende holdning til retten til at tage sit eget liv kan medføre, at man ikke involverer sig i det enkelte menneske i en dialog om, hvad der plager vedkommende. En accepterende holdning kan opfattes som en usagt forventning om, at selvmord er en mulig måde at ende livet på. Det er min opfattelse, at det er en holdning, vi som samfund ikke kan være bekendt.

En sygeplejerske på skadestuen i Vejle Amt udtalte på et tidspunkt: »Jamen jeg havde jo kun forventet at møde unge mennesker, der havde forsøgt selvmord. Da der sad en ældre dame, anede jeg ikke, hvad jeg skulle sige, for jeg forstod alt for godt, hvis hun ikke ønskede at leve mere.« Når ældre mennesker bliver trætte af livet, overvejes det ikke lige så naturligt, som hvis det havde været en yngre person, hvad det er, der gør, at deres liv ikke er værd at leve.

Eller social- og sundhedsassistenten, der gav udtryk for sin personlige holdning: »De gange, jeg har stået i – med den gamle mand, der talte om at tage sit eget liv – har jeg tænkt noget i retning af, at nå ja, men han skal jo alligevel dø. Selv om vi lærer, at selvmord er forkert, er vi alligevel nødt til at acceptere det ældre menneskes valg. Hvis han har lyst til at gøre det nu, hvorfor skal han så ikke have lov, hvis det er hans måde at takke af på?«

Hvert år tager omkring 200 ældre danskere deres eget liv. Et særligt kendetegn ved selvmord er, at mænd generelt har højere selvmordsrater end kvinder, og dette gælder også for gamle mennesker. Tendensen til at begå selvmord stiger med alderen for begge køn, men stigningen er mere markant for mænd. Specielt er det de ældre ældre, dvs. over 80 år, der har den højeste selvmordsrate af alle aldersgrupper.

Generelt kan man sige, at ægteskab virker beskyttende mod selvmord, eftersom gifte personer har lavere selvmordsrater end ikkegifte i alle aldersgrupper. Det er især efterlevende og

fraskilte, som har en høj risiko for at begå selvmord. Blandt mænd over 75 år har enkemænd og fraskilte omkring dobbelt så høj risiko for at begå selvmord som gifte eller mænd, der aldrig har været gift.

Gamle mennesker, som begår selvmord, er tit meget besluttede på at ende deres liv, og det ses ved, at de vælger meget beslutsomme metoder til at tage deres eget liv. Der er færre selvmordsforsøg, og det er bare et udtryk for, at en større del lykkes. Gamle mænd benytter ofte voldsomme metoder til at begå selvmord, såsom hængning, skydning eller udspring – metoder, der ikke levner mange muligheder for at fortryde undervejs, eller for, at andre kan nå at gribe ind, eller at man overlever forsøget. Også kvinder benytter metoder som hængning og udspring, selv om også mange udfører selvmordet ved piller.

Hvilke årsager kan egentlig ligge bag ældres selvmord? Alderdommen rummer nogle af livets sværeste tab og udfordringer, og både psykologiske og sociale forhold har indflydelse på dels ressourcer og dels handleevner med hensyn til at håndtere disse udfordringer. Jeg vil forsøge at belyse nogle af de livsomstændigheder, som kan øge risikoen for selvmord hos gamle mennesker.

Igennem hele livet har vi forskellige sociale roller. At indleve sig i disse roller kræver en vis tilpasning, og det kræver tid. Det kan være roller som ægtemænd og partnere, forældre, bedsteforældre, at have et arbejde eller være ven; men det kan også være roller som det at være hørende eller gående. Og det at blive gammel er for det meste forbundet med det lige stik modsatte, nemlig en reduktion af de sociale roller: Man holder op med at arbejde og man oplever, at familie og venner dør, og at kroppens funktioner forringes.

Det kan være svært at acceptere, at ens partner dør, og samtidig bevare lysten til at leve videre, ligesom at acceptere forandringer, der gør, at man får behov for hjælp og pleje, når man tidligere har kunnet klare sig selv. Overgangen til pensionisttilværelsen kan være svær og måske specielt for mænd, da en del af deres selvforståelse traditionelt baserer sig på at være forsørger og arbejdsudøver.

Det er selvfølgelig individuelt, hvordan et tab påvirker en person, og langt fra alle ældre opfatter det som problematisk at blive gammel.

Ved at interviewe pårørende til ældre, som har taget deres eget liv, har man fundet ud af, hvilke hændelser, der hyppigst forekommer i perioden forud for selvmordet. Man har identificeret adskillige hændelser, der kan være stressfulde. Det kan være depression eller psykisk sygdom, og det kan være fysisk sygdom og partnerens død, problemer i familien, at man bliver pensioneret, eller at man har økonomiske vanskeligheder.

Personer med en psykisk sygdom har en højere risiko for at begå selvmord end resten af befolkningen, og dette gælder også for gamle mennesker.

Ifølge forsker Annette Erlangsen har ældre mennesker indlagt på et psykiatrisk hospital med en depression 100 gange højere selvmordsrisiko end ældre i befolkningen generelt. Sammenholdt med det har ældre, som har været indlagt på hospitalet med fysiske sygdomme inden for de seneste år, ca. 2-3 gange højere risiko for at begå selvmord end ældre, der ikke har været indlagt.

Depression ansås at være den mest udbredte årsag til følelsesmæssige lidelser i senlivet, og det medfører betydelig nedsat livskvalitet med risiko for helbredsforringelse og nedsat

funktionsniveau. Udviklingen af depression beror på et samspil mellem flere forhold og kan støde til, når ældre oplever håbløshed og ikke kan mestre tab og ændrede livsvilkår.

Interviewstudier af pårørende viser, at en stor del af de ældre har udvist klare symptomer på depression på selvmordstidspunktet. I mange tilfælde var depressionen ikke diagnosticeret, og dermed var den heller ikke under behandling.

En ægtefælles eller en partners død er noget, som mange ældre oplever. Det siger sig selv, at det kan være meget smertefuldt at miste en samlever, som man måske har delt mere end halvdelen af sit liv med. Statistisk er der påvist en øget risiko for at begå selvmord, når ens samlivspartner dør. Er der oven i købet ingen social støtte i denne situation, øges risikoen for problemer som depression og selvmordstanker. Det er specielt vigtigt, at der er nogen at tale med i den første tid efter dødsfaldet.

Mænd, og især mænd over 80 år, er mere påvirket af tab end kvinder, og mænd på 80 år eller derover, som nylig har oplevet, at ægtefællen er død, har fem gange højere risiko for at begå selvmord end kvinder i samme situation. Risikoen aftager, når de har været enkemænd i nogle år; dog lader det til, at mænd ikke kommer så hurtigt over tabet, som kvinder gør.

Der er også noget med fysisk svækkelse og sygdom. Mange ældre gennemgår en aldringsproces, som medfører nedsat førlighed, svagere helbred og flere kroniske sygdomme. Undersøgelser viser en sammenhæng mellem forskellige typer tab og belastninger og så selvmordshandlinger; det drejer sig om sansetab og sygdom med vedvarende nedsat funktionsniveau og så problemer, man ikke kan kontrollere, som at man får cancer, eller følgerne af en hjerneblødning.

Jeg vil lige kort afrunde med, at noget af det, som jeg synes man som forebyggelse kan kigge på, er nogle erfaringer, vi har gjort i et modelprojekt, »Ældre og selvmord i Vejle Amt«, hvor der har været fokus på depression, tab, sorg og krise hos ældre. Der er også blevet undervist i det, og evalueringen har vist, at medarbejderens holdning har ændret sig, samtidig med at modet til at gå i dialog med ældre er steget: Noget af det, der kan være vigtigt, når man ved, at tab kan være meget vanskeligt for ældre at håndtere, er, at man indfører automatiske, forebyggende hjemmebesøg til ældre, der har mistet en partner, allerede inden for den første måned efter dødsfaldet, og også at præster er mere opsøgende efter dødsfald og tilbyder samtaler til efterladte. Og da der er meget stor risiko forbundet med det at få en fysisk sygdom, er det også vigtigt, at de somatiske sygehuse giver mere opmærksomhed til de her tab, der er forbundet med fysisk sygdom, og at man samarbejder mere med hjemmeplejen med hensyn til at få fokus på de tab.

Til allersidst vil jeg nævne, at man i Vejle Amt har haft gode erfaringer med at etablere et akutteam til depressive patienter, som gør, at man ikke nødvendigvis behøver at blive indlagt for at få behandling for depression – for der var jo en meget høj risiko, når ældre med depression var indlagt på psykiatrisk hospital.

Ordstyrelsen:

Tak for det.

Nu tales der jo meget om frit valg, og på nuværende tidspunkt kan man stort set vælge mellem kaffepause eller spørgsmål fra politikerpanelet. Men så enkelt er det jo ikke; jeg vil foreslå,

at vi tager 5 minutter af kaffepausen til de mest nødvendige spørgsmål fra politikerne, og så må resten komme i den store spørgerunde, for det er umuligt at få alle igennem nu. Det håber jeg at der vil være forståelse for. Er der nogen meget hurtige spørgsmål? Ja, det er der fra Line Barfod.

Line Barfod:

Meget hurtigt: Jeg synes, det var meget spændende; også resultaterne fra forskningsprojektet.

Du snakker noget om tab af ægtefælle og i forbindelse med fysisk sygdom. Har man set på, om det har nogen betydning, om de ældre er bange for, hvordan den sidste del af deres liv kommer til at forme sig, bange for at blive for afhængige eller have for store smerter?

Jeg tænker på, om vi, ud over uddannelse af medarbejdere til at være bedre til at snakke med de ældre, også kunne sørge for at sikre, at folk kan få en værdig afslutning på livet, altså at man kan få en ordentlig hospicebehandling eller palliativ behandling eller andet, så folk ved, at de ikke behøver at begå selvmord for ikke at få en forfærdelig afslutning på livet.

Ordstyreren:

Jeg tror, vi samler op og tager Ida Jørgensen med, som også har markeret.

Ida Jørgensen:

Tak for gode indlæg, det glemte jeg at sige før. Jeg blev så engageret, at jeg bare skyndte mig at stille spørgsmål.

Vi har et andet spørgsmål, som nogle gange optager os, og det er aktiv dødshjælp. Kan man sætte nogle grænser for, hvornår vi siger, at nu er vi i gang med at forebygge et selvmord, nu laver vi aktiv smertebehandling, nu respekterer vi et ønske om ikke at lave livsforlængende behandlinger, og nu står vi over for aktiv dødshjælp? Har I noget, man kan gribe fat i, så vi kan adskille de her forskellige situationer?

Karin Oudshoorn:

Kortlægningsundersøgelsen i Vejle Amt viste, at mange ældre kan være meget angste for at dø og specielt angste for ikke at kunne klare sig selv mere, så dér er de her overvejelser om, hvornår tidspunktet egentlig er for, at man skal tage sit eget liv. Det sætter meget fokus på værdighed – at man har meget opmærksomhed på, at ældre, der har brug for hjælp, skal behandles værdigt, for det er ikke den letteste situation at være i. Det er et omdrejningspunkt at tænke på, hvad der gør et liv levneværdigt, når man er afhængig af hjælp og bor på institutioner som plejehjem eller beskyttede boliger eller også modtager hjælpen i eget hjem.

Med hensyn til aktiv dødshjælp og grænserne mellem de ting synes jeg selvfølgelig, at det er meget svært. I kortlægningsundersøgelsen fik vi også fokus på, når ældre holder op med at spise og drikke. Det er jo ikke noget, man har lov til at gribe ind i, lige så vel som at beslutte sig for, at man ikke vil modtage behandling mere.

Men den accepterende holdning, som jeg nævnte i min indledning, at man har retten til at begå selvmord, har jo en risiko for en glidende virkning mod, at det jo egentlig ville være lettere,

hvis du gjorde det – uden at det er sagt. Den tror jeg man skal være meget omhyggelig med.

Jeg tror, det er utrolig vigtigt at gå i dialog med det enkelte ældre menneske om, hvad det har brug for, og hvilke tanker det har, lige så vel som med unge mennesker, og at man ikke holder sig tilbage med hensyn til at tale om, hvilke tanker vedkommende har om sit eget liv. For det kan lige så vel som angsten for at dø være angsten for smerten eller angsten for afhængighed af andres hjælp, der kan være på tale. Og det kunne man måske godt gøre noget ved, lige så vel som smertebehandlingen kunne forbedres.

Ordstyreren:

Tak for det og tak for forståelsen for, at vi gemmer resten af spørgsmålene til den store runde. Så er der kaffepause til nøjagtig kl. 10.40.

PAUSE

Ordstyreren:

Så er vi klar til at gå til næste runde: »Psykiatriske lidelser og selvmordsadfærd«, hvor professor Preben Bo Mortensen fra Center for Registerforskning vil komme med et indlæg. Værsgo.

Preben Bo Mortensen (professor dr. med., centerleder, Center for Registerforskning):

Mange tak og mange tak for invitationen.

I mit indlæg vil jeg komme ind på følgende emner: Jeg vil sige noget om, hvad vi ved om relationen mellem psykiatriske lidelser og selvmordsforsøg, henholdsvis selvmord. Jeg vil berøre, hvad vi ved om behandlings- og forebyggelsesmuligheder og her specielt i relation til mennesker med psykiske lidelser. Og jeg vil sige noget om, hvad grundlaget er for vores nuværende viden, og hvilken viden der mangler.

I modsætning til, hvad jeg plejer, når jeg er ude at holde foredrag, vil der ikke være nogen tal, og der vil ikke være nogen kildehenvisninger. Men jeg har da prøvet at opføre mig som en slags forsker, da jeg skrev det her, så jeg mener, der er belæg for det, jeg siger, men det kan vi måske komme tilbage til i spørgsmålene.

Først vil jeg berøre selvmord og psykiske lidelser. Som vi allerede har hørt, er psykiske lidelser og selvmord nært forbundne. Vi ved fra udenlandske undersøgelser, at det store flertal af mennesker, der tager deres eget liv, på dødstidspunktet har en psykisk lidelse. De nyeste undersøgelser tyder på, at det drejer sig om mellem 85 og 100 pct., og de hyppigste lidelser i denne sammenhæng er depression og, i mindre grad, alkoholisme.

Det store flertal af mennesker med psykiatriske lidelser indlægges jo aldrig for disse. Men blandt de personer, der indlægges med psykiske lidelser, er der også en stærkt øget risiko for selvmord. Næsten halvdelen af alle selvmord begået i Danmark mellem 1980 og 1997 er begået af mennesker, som enten er eller har været på en psykiatrisk afdeling på et eller andet tidspunkt i deres

liv, og ca. 20 pct. af alle selvmord begås af mennesker, der enten er indlagt eller har været indlagt inden for det seneste år.

Risikoen er størst for mennesker, der har været indlagt med depressioner, men generelt er risikoen øget inden for alle diagnosegrupper. Set over et længere forløb fra det tidspunkt, man første gang bliver indlagt, er risikoen i gennemsnit 10-20 gange øget sammenlignet med mennesker, der aldrig har været indlagt. Men det tal siger i sig selv ikke ret meget, idet overrisikoen varierer meget med sygdoms- og indlæggelsesforløbet.

Risikoen er størst umiddelbart efter indlæggelse og efter udskrivning. I disse, kan man sige, akutte faser kan risikoen være øget flere hundrede gange i forhold til baggrundsbefolkningen, hvorefter den falder, dog sjældent til under et niveau på en øgning på 5-10 gange i forhold til baggrundsbefolkningen.

Så hovedpunktet i det her er, at mennesker med psykiske lidelser ikke udgør en separat gruppe af mennesker, som har en øget risiko for selvmord. Den psykiske lidelses sygdomsfaser har perioder, hvor man har en særlig øget risiko – og som I ved, er psykiske lidelser noget, der rammer en meget stor del af befolkningen. Der er ikke livslang øget risiko, men i de her faser er der meget stor risiko.

Det næste, jeg vil sige noget om, er samspillet med sociale forhold, for da det også er velkendt, at mennesker, der lever under socialt dårlige kår, er arbejdsløse, har lav indkomst eller er enlige, også har øget risiko for selvmord, og da der også er flere med psykiske lidelser i de her grupper, kunne det være nærliggende at tro, at en del af overrisikoen blandt mennesker med psykiske lidelser skyldtes disse vilkår.

Men tager man højde for disse sammenhænge, viser det sig imidlertid, at de sociale forskelle kun i ringe grad forklarer overrisikoen blandt psykisk syge, hvorimod psykisk lidelse forklarer en væsentlig del af de sociale forskelle i selvmordsrisiko.

Så vil jeg berøre, om selvmordsrisikoen kan forudses. Der er det vigtigt at vide, at selv i de perioder, hvor selvmordsrisikoen er mest forøget, altså hvor den er flere hundrede gange forøget, svarer den øgede risiko kun til, at måske 1 eller 2 pct. af alle de mennesker, der har den her øgede risiko, inden for et år ville ende med at tage deres liv.

Det betyder altså, at selv i de mest ekstreme højrisikogrupper, man ville kunne identificere, vil man skulle intervenere over for 98-99 personer, som alligevel ikke ville ende med at begå selvmord, hver gang man intervenserer over for 1 eller 2, der ville ende med at gøre dette, hvis man ikke gjorde noget.

Det bidrager til, at det i praksis ikke er muligt at rette sin forebyggelse mod en snævert defineret risikogruppe. Det er f.eks. ikke tilstrækkeligt at fokusere på de patienter, der bliver indlagt, fordi man skønner, at de er selvmordstruede, eller de tidligere har forsøgt selvmord. Og nøjagtig samme ræsonnement, måske bare endnu mere ekstremt, ville man kunne anlægge, hvis vi taler om selvmordsforsøg.

Dette betyder også, at alle forebyggelsestiltag generelt skal være acceptable for et bredt udsnit af psykiatriske patienter. Det, at selvmord selv i højrisikogrupper er relativt sjældne, gør det også næsten umuligt at afprøve metoder til selvmordsforebyggelse med de sædvanlige kontrollerede

undersøgelser, man ellers anvender ved indførelse af nye behandlingsmetoder i sundhedsvæsenet.

Jeg vil så sige noget om, hvad der kan gøres, og der vil jeg først fremhæve en meget vellykket publikation fra Sundhedsstyrelsen, som er kommet i år: »Vurdering og visitation af selvmordstruede. Vejledning til sundhedspersonale« hedder den, men i virkeligheden kan den læses af mange andre med stort udbytte. Der er angivet en lang række gode råd vedrørende risikovurdering, sikring ved akut selvmordsfare, visitation og opfølgning og organisering af afdelingens indsats. Altså kort sagt: Hvad gør man, hvis man præsenteres for et menneske, som har tanker om eller har forsøgt at tage sit eget liv?

Ud over uddannelse af sundhedspersonale og indførelse af faste procedurer for risikovurdering og opfølgning etc. er det sandsynligt, at der er en række andre ting, man kunne gøre, som kunne nedbringe selvmordsrisikoen, selv om det af de principielle grunde, jeg nævnte før, videnskabeligt er svære at bevise.

Vi ved, at patienter, der tager deres liv, hyppigere end andre har haft dårlig effekt af deres psykiatriske behandling og i mindre grad end andre har modtaget relevant medicinsk behandling. Det er selvsagt oplagte steder at sætte ind, idet det ville være et led i en almindelig kvalitetssikring af den psykiatriske behandling at sikre opfølgning af behandlingsrespons og at patienten bliver ved at få acceptabel og relevant behandling, inklusive medicinsk behandling – altså hvor det ikke ville gøre så forfærdelig meget, at det også berørte de 98, der alligevel ikke ville begå selvmord.

Der forskes i effekten af både psykologiske behandlingsmetoder og forskellige farmaka på selvmordsrisikoen. Men som jeg sagde før, er det vanskeligt endegyldigt at dokumentere en effekt, og der er en række metodeproblemer i de fleste undersøgelser. Når det er sagt, er det alligevel sådan, at der er betydelig bedre dokumentation for de her tiltag, end der er for nogle af de generelle tiltag, som vi har diskuteret tidligere her til morgen.

Hvad så med selvmordsforsøg? Her må man sige, at man generelt ved meget mindre om sammenhængen mellem psykiske lidelser og selvmordsforsøg end om sammenhængen med fuldbyrdede selvmord. Dog tyder undersøgelser på, at sammenhængen mellem selvmordsforsøg og psykiske lidelser er stor og har samme karakter som det, der er nævnt før vedrørende fuldbyrdede selvmord.

Også angående selvmordsforsøg er det i praksis næsten umuligt med traditionelle kontrollerede undersøgelser at dokumentere effekt af specifik behandling, selv om både undersøgelser og klinisk erfaring gør det sandsynligt, at der faktisk er behandling, der virker.

Det bedste bud, vi har lige nu for at komme videre her i landet med den her forskning, er formentlig de systematiske undersøgelser baseret på de store materialer, der er indsamlet ved forebyggelsescentre, i kombination med registre og andre datakilder. Her ville det selvfølgelig være endnu bedre, hvis der landsdækkende var forebyggelsescentre eller lignende institutioner.

Herudover vil det være væsentligt og muligt at samarbejde med de udenlandske forskergrupper, der er dem i verden, der p.t. har den største ekspertise vedrørende behandling af mennesker, der har forsøgt selvmord.

Jeg vil så slutte af med at sige noget om, hvor vi har vores viden fra, for en væsentlig del af vores viden om selvmord og psykiske lidelser og generelt om risikofaktorer for selvmord stammer

faktisk fra danske undersøgelser. Mange af disse undersøgelser er udført inden for det seneste par år i direkte relation til arbejdet med handlingsplanen vedrørende forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark og senere som et resultat af de aktiviteter, der er finansieret i forbindelse med referencegruppens arbejde.

Arbejdet har i forhold til de forskningsområder, som jeg i øvrigt har beskæftiget mig med, i sjældnen grad været koblet til det praktiske behov for at identificere forebyggelsesmuligheder og risikoperioder osv. Og støtten fra referencegruppen har gjort det muligt at etablere et bredt samarbejde mellem de faglige miljøer, der både har interessen for selvmordsforskning og den relevante ekspertise inden for klinisk og epidemiologiske undersøgelser.

Undersøgelserne har været muliggjort af adgangen til de unikke danske registre, og ud over at være relevante for danske planer for forebyggelse har dansk selvmordsforskning i disse år udviklet sig til at blive internationalt førende inden for visse områder.

Dansk selvmordsforsknings styrke har især været inden for registerbaserede befolkningsundersøgelser, primært ved vores center, ved klinisk orienterede undersøgelser udført i samarbejde mellem Bispebjerg Hospital og os og ved Statens Institut for Folkesundhed, hvor man har arbejdet med både validering af de danske registre, befolkningsundersøgelser baseret på spørgeskemaer og andre undersøgelser angående tilgængelighed osv.

Alle de her undersøgelser er foregået i tæt samarbejde mellem de ovennævnte forskningsgrupper og, hvor det har været relevant, i samarbejde med andre forskningsinstitutioner, f.eks. Klinisk Epidemiologisk Afdeling i Århus og bestemt da også Center for Selvmordsforskning i Odense.

Dansk selvmordsforskning har haft væsentlig ringere mulighed for at bidrage inden for viden vedrørende selvmordsforsøg. Det skyldes primært problemer med datakvaliteten, idet det formentlig er under halvdelen af alle selvmordsforsøg, der registreres korrekt i Landspatientregistret. Det er muligt, at de regionale data fra Fyn er mere dækkende, men det er mig bekendt aldrig blevet undersøgt, så vores viden om forekomst og udvikling i selvmordsforsøg må siges at være mere spinkel end den, vi har om fuldbyrdede selvmord.

Jeg vil slutte af med at sige, at selvmord og selvmordsforebyggelse er emner, der kalder på engagement og stærke følelser. Det er, som det skal være, og det er godt og naturligt. Men det har desværre også i perioder betydet, at myter og enkeltsager har påvirket udviklingen inden for det her område nok så meget som faktuel viden.

Det vil for mig at se være afgørende for vores muligheder for effektivt at forebygge selvmord i fremtiden og hjælpe dem, der har forsøgt selvmord, at man også i fremtiden sikrer, at forskning og praksis indgår i et samspil, hvor praksis bidrager til at definere de relevante spørgsmål, og forskningen, inklusive sikring af en ordentlig datakvalitet, bidrager til det nødvendige faktuelle beslutningsgrundlag.

Ordstyreren:

Så er der mulighed for korte opklarende spørgsmål. Charlotte Dyremose.

Charlotte Dyremose:

Det var den her definition, at cirka halvdelen af dem, der begår selvmord, har psykisk sygdom: Jeg fisker lidt efter, hvor du sætter grænsen. Er det simpelt hen et spørgsmål om, at man har været i behandling eller er i behandlingssystemet på en eller anden måde?

For årsagen til, at man begår selvmord, er vel sådan set nærmest altid psykiske problemer, om ikke andet så psykiske problemer med noget fysisk, man går med i en rygsæk. Hvordan afgrænser man, om det er psykisk syge eller psykiatriske patienter?

Jeg spørger selvfølgelig for at fiske lidt efter, om man – hvis man kunne blive bedre til at se, hvor det bærer hen med den her psykiske sygdom, inden de ramler ind i systemet – kunne forestille sig, at man måske kunne forebygge både for nogle af dem, som i virkeligheden har psykiske problemer, men som man ikke opdager, før de forsøger at begå selvmord, og på den anden side dem, som vi allerede har inde i behandlingssystemet, og som måske, hvis de var blevet opdaget, inden de kom ind i behandlingssystemet, aldrig nåede dertil, hvor de så begik selvmord eller forsøgte at gøre det.

Preben Bo Mortensen:

Angående den der halvdel af selvmordene er de begået af dem, der rent faktisk har været indlagt på de psykiatriske afdelinger. Som jeg sagde, er det er en meget lille del af dem, der har en psykisk lidelse, der rent faktisk kommer på en psykiatrisk afdeling.

Hvad jeg også prøvede at sige var, at groft sagt næsten alle, der rent faktisk ender med at tage deres eget liv, opfylder på det tidspunkt kriterier for at have en psykisk sygdom. Og hvad mener man med det? Det er lidt svært at vide i den her type undersøgelser, og især i bakspejlet.

Men man prøver at indsamle tilstrækkeligt grundlag for at kunne sige, at her er der et menneske, der – hvis han eller hun var blevet set af en person, der vidste nok om psykiatri, en psykiater eller en anden, der kunne stille den slags diagnoser – rent faktisk ville få en diagnose og ud fra de kriterier ville opfylde kriteriet for enten en klinisk, betydende depression eller eventuelt et betydende alkoholmisbrug. Det var de væsentligste diagnoser.

Det var faktisk også i handlingsplanen, at et af de væsentlige tiltag, man kunne gøre, formentlig ville være at uddanne vores praktiserende læger til at være bedre til at diagnosticere de her psykiske lidelser og specielt depressioner, eftersom de er en fremherskende grund, og eftersom, at af alle de positive effekter, det ville have at være bedre til at opfange og behandle de her sygdomme, som du siger, er selvmordsforebyggelsen formentlig den mindste, selv om den er alvorlig nok.

Ordstyreren:

Så er det Villy Søvnald.

Villy Søvnald:

Lilian Zøllner var i sit oplæg inde på, at der er områder i landet, hvor man ikke kan finde ud af, hvor man skal henvende sig, mens der er områder, hvor det er klart, hvor man skal henvende sig.

Hvis man kigger på indhold og organisering og ressourceanvendelse og sådan noget, er billedet meget forskelligt fra amt til amt. Kan I ud fra en regional tilgang sige noget om, hvad de forskellige organisationsformer, de forskellige ressourceanvendelser og de forskellige tilgange betyder, og har I været inde på den type af forskning, der navngiver forskellen fra region til region?

Preben Bo Mortensen:

På mandag otte dage skal jeg have et møde med Bente Hjort Madsen fra det største forebyggelsescenter i landet, som ligger i Århus, hvor vi skal rent faktisk skal til at starte den slags forskning for at se, om vi kan sige noget om de her aggregerede data.

Ordstyreren:

Så er det Pia Kristensen.

Pia Kristensen:

Du nævnte – nu kan jeg ikke lige huske tallet – at procentdelen af dem, der begår selvmord, er højest blandt psykisk syge, der har været indlagt. Så kan man jo ikke lade være med at tænke på, hvad der så sker, med en person, der har været indlagt og så bliver lukket ud fra afdelingen igen. Mangler vi en social indsats? Mangler vi et efterværn, nogle støtteforanstaltninger?

Jeg kan forestille mig, at et menneske, der har været psykisk syg og været indlagt i en periode, ikke magter at finde ud af, hvor vedkommende kan gå hen og søge om hjælp. Skal vi politikere tage stilling til, om vi skal indføre et system, hvor der simpelt hen pr. automatik er en støtteforanstaltning, når udskrivelsen finder sted?

Preben Bo Mortensen:

Det er faktisk et spørgsmål, der også var nogle ret præcise anvisninger på i handlingsplanen, hvor man foreslog, at der skulle være mulighed for en opfølgende samtale allerede efter en uge, så vidt jeg husker.

I de nye retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen for sundhedspersonale er der også en masse tanker om, hvordan man kan iværksætte det, og derudover også, hvad man kan gøre under selve indlæggelsen og specielt i optakten til udskrivningen, at man ud over selvfølgelig på ganske almindelig vis at få snakket med det menneske, der skal hjem til sig selv igen, om, hvordan livet nu skal være, også mere præcist sikrer, at der bliver lavet en vurdering af, om behandlingen har virket, om det her er en patient, som faktisk skønnes at være i selvmordsfare lige nu, og hvad vi så kan gøre ved det. Altså både bedre og mere præcis indsamling af de relevante oplysninger og mere præcise procedurer i den enkelte afdeling for, hvad det rent faktisk er, man kan gøre, når man står i situationen som ung læge.

Så det er noget, der allerede arbejdes meget med, og det er meget værdifuldt, at der også er politisk støtte til det arbejde.

Ordstyreren:

Sandy Brinck.

Sandy Brinck:

Bare meget kort: Er der en kønsforskel i sammensætningen af patientgruppen, en overrepræsentation af mænd blandt dem, vi har inde i systemet, som vi jo kan se det generelt?

Preben Bo Mortensen:

Tager vi alle personer en bloc, er der stort set fuldstændig ligestilling med hensyn til risikoen for at blive indlagt på et psykiatrisk hospital; der er lidt forskellig diagnosesammensætning. Kigger vi på den absolutte risiko, altså hvor stor en risiko der er, for at en person på et eller andet tidspunkt i sit liv begår selvmord, er der stadig væk en større risiko for de mandlige patienter.

Men forskellen mellem mænd og kvinder, som har været psykiatrisk indlagt, er betydelig mindre, end den er mellem mænd og kvinder, der ikke har været indlagt. Så spændet er så at sige snævret ind, eller man kan måske sige, at den psykiske sygdom i nogen grad så at sige kortslutter alle mulige andre risikofaktorer.

Ordstyreren:

Jeg har ikke set flere markeringer fra politikerpanelet, så dermed tror jeg, at vi kan gå videre.

Nu har vi jo været igennem tre forskellige tematiske fremstillinger, dels om unge, dels om ældre og dels om psykiatriske lidelser som baggrund for selvmord. Vi kommer så til fremtiden, udfordringer på selvmordsområdet, hvor vi har to indlæg. Det første er af direktør Peter Emmerich Hansen fra konsulentfirmaet Muusmann, som har evalueret de 29 modelprojekter, og som også vil sige noget om fremtidige indsatser og prioriteringer med baggrund i den evaluering, der er foretaget. Værsgo, du har ordet.

Peter Emmerich Hansen (direktør, konsulentfirmaet Muusmann):

Tak. Vi har forestået den tværgående evaluering af de næsten 30 modelprojekter, der har været gennemført i perioden fra 2001 og frem til juni i år. Modelprojekterne har som udgangspunkt haft det formål dels at styrke selvmordsforebyggelse og forebyggelse af selvmordsforsøg, men også at sikre mere effektive indsatser i forbindelse med forebyggelse.

Det er sådan, at en tredjedel af modelprojekterne har haft udgangspunkt i vurdering og visitation via sygehussektoren, og to tredjedele har i en eller anden forstand berørt behandlingskæder – shared care – det med at følge patienten på tværs af sundhedssektor og socialsektor. Der er altså de to elementer, nemlig vurdering og visitation og opfølgning og så de samlede behandlingskæder på tværs af sundhedssektor og socialsektor.

Så vil jeg sige en lille smule om tværsektorielt samarbejde og også lidt om kompetenceudvikling, og så har jeg lige en portion bagklogskab, jeg godt lige vil bidrage med til sidst.

I vores konklusion og i vores evaluering anfører vi, at vurdering og visitation af selvmordstruede inden for hospitalssektoren ikke nytter noget isoleret betragtet, hvis ikke der er

sikret sammenhæng i et efterforløb. Vi har i mange år hørt om det gode patientforløb og de gode behandlingskæder, men det er samtidig også en realitet, at der i virkeligheden ligger ganske mange knækkede behandlingskæder; der er ganske mange patientforløb, der faktisk ikke hænger sammen.

Hvorfor er det sådan? For det første er det efter vores vurdering sådan – det har vi også oplevet i sammenhæng med modelprojekterne – at når vi ser på, hvordan fagmiljøerne adresserer de her ting, så hører vi masser af statements a la: »Det er sygehusfolket, der må tage sig af det her«; »Det er ikke os, det ved vi ikke noget om, det er noget socialt«; »Jeg ved egentlig ikke, hvad de frivillige laver« osv. osv., og det også i modelprojekter, der egentlig tager udgangspunkt i og har en præmis om, at man vil forbedre behandlingskæder.

For det andet kan man sige, at vi her har den klassiske problematik med, at hvis mange har ansvaret for et samlet forløb, hvis der er delt ansvar, så er realiteterne ofte, at ingen tager ansvaret. Det gør, at vi i vores vurdering har fokuseret meget på det, vi kalder overgangene i klientforløbet: Hvem er det, der føler et ansvar? Hvem er det, der har en kompetence og en forpligtelse til at tage sig af de her overgange?

Det er vores klare opfattelse, at enkeltstående tiltag – den ledsagende samtale, psykiatrisk tilsyn osv. – kan være nok så gode isoleret betragtet, men hvis de ikke ses i sammenhæng, hvis de ikke suppleres af andre foranstaltninger, så hjælper de ikke, hvis ambitionen er at få et samlet forløb og understøttelse af princippet om ledsagelse.

Vi har i vores vurdering plæderet meget for, at man ud fra de erfaringer, der er akkumuleret via modelprojekterne, etablerer det, vi kalder en overtagelsesfunktion, i sammenhæng med forebyggelsesarbejdet. Og det skal efter vores mening ikke være akutte modtagefunktioner eller medicinske afdelinger på hospitalerne.

Hvorfor skal det ikke være det? Vi ser i disse år, at akutmodtagelser og medicinske afdelinger belastes i utrolig grad. Det gør de som følge af den demografiske udvikling, der presser funktionerne. Det gør de også, fordi sygehussektoren i almindelighed belastes af både beslutningstagere og administratorer med ganske mange nye ting: it, case mix-systemerne, utilsigtede hændelser, akkreditering osv. Dertil kommer de observationer, jeg lige nævnte, at der i fagmiljøerne stadig væk er meget lidt viden om hinandens virkeligheder.

Så vi mener, at der er behov for, at man i sådanne forebyggelsesindsatser sikrer, at der er en instans, der – ud over dem, der laver de egentlige leverancer igennem hele forløbet – er ansvarlig for helheden, er ansvarlig for, at der er den samlede behandlingskæde, som vi snakker så meget om.

Den problematik adskiller sig, som vi vurderer det, egentlig ikke særlig meget fra, hvad vi også ser på andre områder, såsom spiseforstyrrelser, demens, type 2-diabetes, misbrug, voldsramte kvinder osv. osv., hvor der igen er problemstillingen med nogle akutte hændelser, men også den problemstilling, at hvis ikke man har en ansvarlig instans til at følge patienten i et samlet forløb på tværs af sektorerne, så går det ofte galt.

Vi har i sammenhæng med den tværgående evaluering plæderet meget for, at man fremadrettet indtænker selvmordsforebyggende indsatser i sammenhæng med andre forebyggende indsatser, så forebyggende indsatser på selvmordsområdet så at sige bliver en del af en paraply, som omfatter de samlede forebyggelsesindsatser, der skal gøres.

En af grundene til, at vi har foreslået det, er jo just det med behandlingskæder. Der er faktisk ganske mange sektorer, der har de samme typer af problemer med at holde sammen på et klientforløb som det, vi oplever i arbejdet med selvmordsforebyggelse. Vi tror faktisk, at alle parter kan have gavn af, at man tænker de her indsatser ind i en større sammenhæng.

Dertil kommer, at vi – hvis vi tænker lidt på kapacitet og økonomi i det her – simpelt hen ikke tror på, at der med de behov og de initiativer, der tages i disse år i forbindelse med forebyggelsesindsatser, er en infrastruktur, der kan kapere, at man på hvert enkelt forebyggelsesområde har sin egen logik, sin egen søjle og sin egen organisationsform. Vi tror, det er nødvendigt at tænke tingene sammen.

Vi har i den tværgående evaluering skrevet en del om, hvad vi mener er de nødvendige forudsætninger for, at det tværsektorielle samarbejde fungerer, og det er på sin vis banalt, nemlig at hvis der ikke på topledelsesniveau er engagement og commitment til et tværsektorielt samarbejde, så fungerer det ikke.

Vi har i modelprojekterne ganske mange eksempler på, at meget velmenende medarbejdere har ønsket et tværsektorielt samarbejde, men hvis ikke ledelsen er indstillet på at afsætte ressourcer og tid til det tværsektorielle samarbejde, så vil det ikke fungere med den effekt, der er ønsket. Dermed har vi også sagt, at den effektive behandlingskæde, der jo altid er tværsektoriel, og det effektive tværsektorielle samarbejde er to sider af samme sag.

Man kan sige, at det er svært at være imod kompetenceudvikling, men som vi ser udviklingen – også i modelprojekterne – er det vores vurdering, at det er den mere specifikke kompetenceudvikling, specifikt omkring nøglepersoner, der skal fokuseres på. Vi mener ikke, at den kompetenceudvikling, der ligger i undervisning af 200 læger på medicinske afdelinger eller 200 hjemmehjælpere i en kommune, er særlig effektiv. Vi tror simpelt hen ikke på, at det har nogen effekt.

Den kompetenceudvikling, der skal fokuseres på, og som vi mener har benefit, er altså den mere nicheprægede, den fokuserede, og så var det – jf. hvad jeg har sagt om behandlingskæder – måske en idé at satse lidt på kompetenceudvikling af den karakter, der gør, at man bliver i stand til at være case manager, forløbsansvarlig, så man er i stand til at overskue de her sammenhænge på tværs af sektorerne.

Så lige den varslede portion bagklogskab til sidst: Jeg synes, og det tror jeg Muusmann som firma synes, at det har været fantastisk spændende at være med i det her arbejde, og det har været en fantastisk spændende og også ind imellem hård proces med evaluering af de her næsten 30 modelprojekter. Jeg tror også, at man i mange modelprojekter, da man først kom i gang, egentlig blev lidt overrasket over, hvad det kræver at køre sådan et projekt, og også hvad det kræver at køre den slags projekter, så der er effekt, og ikke mindst, så man er i stand til at dokumentere effekten.

Det giver os anledning til at sige – og det har vi også antydnet i evalueringen – at konceptet med at lave modelprojekter og så fra den platform gå videre i et mere samlet nationalt arbejde, tror vi er enormt godt. Men vi tror også, at det, hvis man gentager forsøget på andre felter, nok er værd at være meget mere konkret i forbindelse med de krav, der stilles, til den slags modelprojekter, både med hensyn til de forudsatte resultater og den forudsatte dokumentation, og måske ikke mindst at

gøre det klart for dem, der byder ind på sådanne modelprojekter, hvilke krav der egentlig stilles projektledermæssigt, styringsmæssigt, for at køre sådan nogle modelprojekter igennem. Ellers er der for mange af den slags projekter, der kører lidt ud i sandet.

Ordstyreren:

Så skal vi høre, hvad en frivillig organisation har af tanker om fremtiden på dette område. Som der står i programmet, er det bestyrelsesformand Morten Thomsen fra Livslinien, der skal komme med et indlæg. Jeg vil hellere præsentere Morten som en af de meget aktive frivillige, en ildsjæl over ildsjælene. Værsgo Morten.

Morten Thomsen (bestyrelsesformand, Livslinien):

Tusind tak for det og tak for invitationen.

I de snart 10 år, Livslinien har eksisteret, har vi ved siden af telefonrådgivningen også lagt meget vægt på at deltage i den offentlige debat og være med til at skabe et grundlag for politikere for at træffe nogle gode beslutninger. Derfor er jeg selvfølgelig meget glad for den her høring, og vi føler da også et vist ejerskab for den her handlingsplan.

Vi lavede en høring i 1996 på Københavns Rådhus, som var ret velbesøgt, og hvor den daværende social- og sundhedsminister annoncerede en arbejdsgruppe og en handlingsplan, og at man ville afsætte de nødvendige midler, når anbefalingerne lå der. Så jeg kommer i dag lidt ind på handlingsplanen set ud fra vores praktiske vinkel, og det kan godt virke kritisk på nogle punkter, men jeg vil gerne indledningsvis sige, at vi har bakket op om processen, og vi har skubbet på for at få en handlingsplan, så det skal altså ses i det lys. Vi synes også, der er leveret nogle gode resultater på mange områder.

Jeg kommer – hvis jeg følger min plan – ind på tre områder: Noget om behandlingsmuligheder, noget om den generelle forebyggelse for unge og så noget om det, man kunne kalde strukturen for det forebyggende arbejde og også de politiske beslutningsprocesser.

Vi står nu i en svær overgangsfase. Vi har haft fem år i referencegruppen, vi har arbejdet med den her handlingsplan, og der er søsat mange ting inden for modelprojekter, forskning og efteruddannelse. Det, der for os er det springende punkt lige p.t., er, om de her aktiviteter nu bliver forankret lokalt. Går de ind i den almindelige drift? Forsvinder tingene efter et stykke tid? Hvad sker der? Har vi fået alle amter og kommuner med hensyn til behandlingstilbud og forebyggelse? Til det kan jeg godt sige, at det har vi ikke, men det kommer jeg uddybende tilbage til.

Bliver de gode erfaringer, vi rent faktisk har mange steder lokalt, brugt andre steder? Det potentiale kan vi i hvert fald også udnytte bedre. Spiller vi sammen? For jeg tror egentlig, der er et stort ønske om at løfte den her opgave. Der vil jeg komme frem til, at jeg mener, at der faktisk er nogle områder, hvor vi bliver lidt samspilsramte, og det må vi prøve at forholde os til og se, om vi kan ændre på.

Og endelig: Er der en klar rollefordeling nu, hvor referencegruppen er lukket? Det er også vigtigt, at vi får forholdt os til det. Hvad er det for en fremtidig struktur, der er nødvendig, for at vi kan følge op på, hvor vi er lige nu?

Jeg synes også, at udgangspunktet er godt på selvmordsområdet, vi har faktisk en god viden – Lilian Zøllner var inde på det her i starten og også Preben Bo Mortensen – selv om der jo er noget, vi skal have mere af, for set fra en praktikervinkel synes vi i høj grad også, at det handler om at omsætte den her viden til flere aktiviteter; det er i høj grad et punkt, hvor vi halter efter. Altså mere forskning, og lidt flere aktiviteter, synes vi.

Der har været tre folketingsdebatter, to i 1999 og en i 2004, og det er jo en fornøjelse at opleve, at et enigt Folketing siger, at det her vil vi gøre noget ved, og det vil jeg egentlig gerne kvittere for. Det giver jo et stort rygstød, for det er jo en stor opgave, vi står over for, men jeg tænker også, at vi kan løse opgaven i fællesskab.

Jeg kan lige sige kort om Livslinien, hvor det jo er frivillige, der sidder ved telefonerne, at vi sidste år havde 6.500 opkald, og vi står i år til at få et sted mellem 8.000 og 8.500 opkald. Det skal altså ses i lyset af, at vi hvert år har en stigning på 30-40 pct. af antallet af opkald. Vi har registreret, at hvis vi tog alle de henvendelser, vi fik, så ville vi have 20.000 telefonopkald om året. Det siger altså noget om, at der, på trods af, at tallet af fuldbyrdede selvmord er nedadgående, jo er ganske mange mennesker, der render rundt og har det rigtig skidt. Derfor er vi i gang med en proces, hvor det er bydende nødvendigt, at vi udvider vores åbningstid, så vi kan nå flere grupper, og det skal nok lykkes med fælles hjælp.

Det er vigtigt for os at sige, at vi er et supplement til det offentlige, vi kan altså ikke stå alene, og vi skal spille meget sammen med det offentlige. Vi oplever egentlig, at vi har et rigtig godt samarbejde, og det er jo meget vigtigt for, at det går op i en højere enhed.

Jeg vil lige kort nævne den undersøgelse, vi har lavet for nylig, hvor vi i Vejle, Københavns og Ringkøbing Amter har undersøgt, hvordan det ser ud med hensyn til behandlingstilbuddet ude i amter og kommuner; det kommer jeg kort ind på. Når folk ringer ind til os, og vi skal henvise videre, kan vi se, at det ofte er til en praktiserende læge eller en akutenhed som en skadestue. Der mangler i høj grad henvisningsmuligheder, anonyme tilbud, som Ida Koch var inde på, akuttilbud, behandlingstilbud for forskellige grupper af mennesker.

Det er også tankevækkende, at nu, hvor vi har en national handlingsplan, vi prøver at lave en masse modelprojekter, og vi løfter ud i amterne, så bliver et af vores flagskibe, Forebyggelsescentret i København, sparet væk. Vi havde en ungdomsrådgivning på Frederiksberg, der røg i 2003. Det siger noget om de problemer og den udfordring, vi står over for, at vi i hovedstaden lukker to af de rigtig gode steder med mange kompetencer, som hjalp mange mennesker; det synes vi er et problem.

I den undersøgelse, vi har fået lavet, viser det sig, at 67 pct. af de adspurgte kommuner ikke havde eller ikke kendte til nogen relevante behandlingstilbud for selvmordstruede, inklusive amtslige tilbud. 35 pct. af de adspurgte kommuner kunne kun henvise til psykiatrisk skadestue eller distriktpsychiatrien. Frederiksberg Kommune har hidtil henvist til Center for Selvmordsforebyggelse, og de har så endnu ikke fundet ud af, hvad de så skal gøre, når det lukker. Det siger jo noget om, at vi altså har nogle problemer her.

I handlingsplanen var det en meget vigtig anbefaling, at vi skulle have en kortlægning over eksisterende relevante tilbud i alle amter og kommuner og desuden sikre, at der eksisterer viden om dem i de personalegrupper, der har med selvmordstruede at gøre. Når vi nu spørger de her 41

kommuner, så er det vores opfattelse, at det er meget få kommuner, der egentlig ved, hvad der eksisterer. Måske kan man ikke fortælle, hvad der eksisterer, fordi der ikke eksisterer så meget, men man har ikke forholdt sig til det rent ledelsesmæssigt. Det synes vi er væsentligt.

Vi synes, det er nogle alvorlige tal, og vi vil egentlig sige til politikerne, at nu skal vi måske være mere konkrete med hensyn til lovgivningen: Vi foreslår simpelt hen en egentlig behandlingsgaranti. Behandlingsgarantien skal gælde for personer, som har forsøgt selvmord, og for personer med selvmordstanker, den skal sikre et samspil mellem kommunalt, amtligt og regionalt niveau, så personerne ikke falder igennem systemerne, og den skal bygge på, at der skal være meget kort ventetid til behandlingen, og man skal bruge det støttende og det ledsagende princip.

Jeg vil i den forbindelse godt gøre opmærksom på, at hvis man vælger at lave en behandlingsgaranti- og nogle behandlingstilbud, så når man jo nogle risikogrupper, men udelukker så også nogle andre, så derfor er det en meget kompleks opgave at skulle udforme det her. Man skulle måske se lidt bredere i stedet for kun lige de her risikogrupper, hvilket jeg også synes jeg hørte Preben Bo Mortensen sige.

En anden ting, jeg skal gøre opmærksom på, er, at nye behandlingstilbud – som Peter Emmerich Hansen er inde på – skal tænkes ind i den lokale struktur, for hvis man laver en behandlingsgaranti og en behandlingsinstitution, og de ikke spiller sammen med de øvrige dele af det lokale, så kommer de ikke til at virke i virkelighedens verden, og man risikerer at have brugt en masse penge og lavet en struktur, som bare ikke fungerer derude. Så det er en stor opgave, der ligger der.

Vores undersøgelse viste også, at mange personalegrupper ude i kommuner og amter efterlyser flere akutte behandlingstilbud. De udtrykker stor frustration over ikke at kunne hjælpe optimalt.

Undersøgelsen viser også, at det er erfaringen fra skadestue, socialrådgivere og psykologer, at den store gruppe af unge piger, som forsøger selvmord, har et betydeligt behov for psykologsamtaler og anden ikkepsykiatrisk behandling; at der – som Ida Koch var inde på – er et professionelt tilbud, man kan give de her unge piger. Der ligger oftest et socialt, personligt eller familiemæssigt problem bag deres selvmordsforsøg, og der findes ikke tilstrækkeligt med relevante, akutte, forebyggende, opfølgende behandlingstilbud til den her gruppe, som ikke er psykisk syge. Det har vi også nævnt i anbefalingerne, i handlingsplanen, side 84, så det har været med, og det er vi ikke lykkedes med.

Vedrørende den generelle forebyggelse med hensyn til ungegruppen synes vi på Livslinien, at vi har haft en lille smule berøringsangst over for den her gruppe. Det stod også i handlingsplanen, at vi skulle passe på med at gå ud og tale med de unge piger om selvmord. Vi synes altså, at vi må kunne møde dem med nogle tiltag, og, som vi også har hørt i dag, have nogle aktiviteter og noget formidling til dem. Det synes vi er vigtigt.

Konkret arbejder vi selv på et projekt, der hedder »Vælg Livet«, som henvender sig til folkeskolens 7. til 9. klasse, og som skal sætte fokus på det her med trivsel og mistrivsel generelt og også vil komme ind på spiseforstyrrelser og andre områder. Vi synes som sagt, at der skal være mange flere aktiviteter på det her område.

Bliver de gode erfaringer brugt andre steder? Der er ingen tvivl om, at der er etableret nogle personbaserede netværk, hvor man udveksler ideer og synspunkter, men vi oplever også, at der ikke altid er lokalpolitisk opbakning, og det er en stor begrænsning. Der har referencegruppen gjort et stort stykke arbejde tidligere.

Nu skal jeg skynde mig, kan jeg se. Jeg bliver så nødt til at springe i det, for det meget vigtige og måske helt grundlæggende problem med en handlingsplan for arbejdet med udsatte grupper og mennesker i en udsat situation er, at det aldrig bliver et folkekrav, at der skal gøres noget ved det her lokalt, og så risikerer vi, at det hverken bliver prioriteret med penge eller med et fokus – jeg synes, vi er stødt panden mod muren i så mange situationer ude i kommunerne og amterne.

Nogle gange er det også bare en ledelsesopgave at få tingene ind i forvaltningen, og derfor kan man diskutere, om man bliver nødt til fra centralt hold at sige, at nu skal I lave nogle lokale handlingsplaner for de her folk i udsatte situationer, og så må I selv udfylde dem. Men det sker ikke ad frivillighedens vej, og med den strukturreform, der ligger forude, tror jeg ikke, der kommer til at ske meget de næste 5-6 år, og det er altså grundlæggende et stort problem.

Sluttelig vil jeg lige sige, at der jo er nogle amter – Vejle Amt, Frederiksborg Amt og andre – der har taget det her op lokalt og vist, at det faktisk gør en forskel, at man får kortlagt, hvad der er: Der bliver skabt netværk, der bliver skabt samarbejde, og der kommer også bedre behandlingstilbud. Så der er en vej frem dér. Spørgsmålet er altså, hvordan får vi de her gode landspolitiske intentioner til at spille sammen med tingene ude i kommunerne og amterne.

Ordstyreren:

Så kommer vi til en ny runde med opklarende spørgsmål. Det varer jo ikke så længe – nærmere betegnet 10 minutter – før vi efter programmet går over til den egentlige debat. Det er nok svært at holde en klar skillelinje derimellem, så jeg vil lade det flyde lidt. Men lad os prøve først og fremmest at tage de opklarende spørgsmål til de to. Charlotte Dyremose.

Charlotte Dyremose:

Jeg vil stille et spørgsmål til dig, Morten Thomsen, det kan du måske gætte efter i morges. Du taler om den her garanti, og jeg kan meget vel følge tanken. Jeg kan også godt følge tanken om, at alle skal have mulighed for at have adgang til en eller anden form for vejledning hele døgnet, når krisen kradser – at der er brug for mere akutte behandlingstilbud, og at vi på en eller anden måde sikrer, at man kan få noget hjælp, uanset hvor i landet, man er placeret geografisk.

Det, der bare gør det så svært med den her behandlingsgaranti, er jo, at det jo er nemt nok at sige, at vi så skal have en garanti for, at man efterfølgende kan få noget hjælp, hvis man har forsøgt selvmord. Men er det overhovedet muligt at afgrænse godt nok, hvem det er, der går med selvmordstanker, så vi kan definere, hvem det er, der skal have hvilken garanti? Og hvis vi kan det, hvad så med de tilbud, som den enkelte skal have? For hvis vi bare siger, at garantien skal være, at man som minimum kan få en eller anden form for vejledning, hvilket vil være det rigtige og godt nok for nogle, så giver det jo ikke en garanti for, at man f.eks. kan få en overnatning et relevant sted, hvis det er det, man skal have. Og det er jo langt fra alle, der skal bruge en akut overnatning eller

noget i den stil i den konkrete situation.

Hvordan afvejer vi det her, hvordan laver vi en afgrænsning med hensyn til både personkredsen og hvad det så er, de skal have en garanti for?

Morten Thomsen:

Det er da et meget godt spørgsmål, for det *er* svært. Jeg kender ikke svaret på, hvordan vi konkret skal føre det her ud i livet, men der sidder jo masser af fagfolk, der har masser af gode erfaringer om, hvad der er vigtigt, og det er selvfølgelig dem, man skal sætte sammen om at sætte det her på skinner.

Men det er jo både gruppen af mennesker, der har selvmordstanker, og gruppen af mennesker, der har forsøgt selvmord, som vi mener skal have et tilbud, og det er jo forskellige tilbud til hver kreds. Det er også meget vigtigt, at det ikke bliver så kort et tilbud, at der bliver givet slip alt for hurtigt; det er afgørende med en hurtig og effektiv hjælp, og at den er støttende og er ledsagende. Og igen: De forskellige risikogrupper skal jo have forskellige forløb.

Vi har jo gode erfaringer fra tre forebyggelsescentre, hvor man startede i 1992 med Sygekassernes Helsefond i København, og det kører rigtig godt i Odense og Århus. Så der er nogle erfaringer at hente fra forebyggelsescentrene – og fra skadestuen i Aalborg, som har lavet et opfølgende tilbud, efter at man har været på skadestuen. Jeg synes, der ligger mange gode erfaringer fra de sidste ti år, som vi kan bygge videre på. Så jeg er sikker på, at man kan finde en fornuftig løsning, som også politisk kan afgrænses, så behandlingsgarantien giver mening og omfatter dem, den skal omfatte.

Ordstyreren:

Så er det Pia Kristensen.

Pia Kristensen:

Nu kom Morten Thomsen ind på distriktspsykiatrien, og jeg kunne godt tænke mig at stille det spørgsmål til jer alle sammen, hvor godt I mener at distriktspsykiatrien virker?

Jeg har utrolig mange kedelige erfaringer, efter at den er blevet indført, og jeg vil nævne et eksempel, men det er så kun ét eksempel ud af mange. Det handler om en psykisk syg mand, der er indlagt på Sct. Hans, og det er han med jævne mellemrum. Han er indlagt et par måneder, så bliver han sendt hjem til sin egen bolig, hvor han så faktisk kun sover. Det meste af dagen er han på et dagcenter, men kl. 16.00 lukker dagcentret, og så er X altså hjemme i sit eget hjem igen.

Når han har været hjemme i en periode, så bliver han syg, meget, meget syg, i løbet af et par måneder. Så bliver han selvmordstruet. Det resulterer så i, at den mand står og banker på det der dagcenters dør, som er låst. Hvis han skal have hjælp, skal han transportere sig selv 30 km til Roskilde til en psykiatrisk skadestue, hvilket han ikke magter. Så forsøger han at tage livet af sig og bliver fundet af politiet, og så starter historien forfra.

Det er kun ét eksempel. Jeg har så mange dårlige erfaringer med den distriktspsykiatri, og jeg kunne godt tænke mig at høre jeres holdning til det.

Morten Thomsen:

Vi har et problem med distriktspsykiatrien, det er der ingen tvivl om. Vi oplever også, at nogen simpelt hen er for dårlige til selv at kunne opsøge hjælpen, og det synes vi er et stort problem. Der er også mange sengepladser, der simpelt hen er blevet skåret væk og flyttet ud – det tror jeg også, at tallene viser, som Preben Bo Mortensen var inde på.

Der ligger en stor opgave både i psykiatrien og efter psykiatrien og i samspillet mellem dem. Men nu er der jo kommet en vejledning til de enkelte afdelinger, så der vil ske en udvikling der. Og man er da også meget opmærksom på, hvad der skal ske efterfølgende, når en person bliver skrevet ud. Men der er ingen tvivl om, at der da er noget, der kan løftes dér.

Preben Bo Mortensen:

Jeg skal først sige, at jeg ikke arbejder klinisk i psykiatrien, men jeg omgås da meget mennesker, der gør.

Det er rigtigt, at der er mange grimme ting at sige om distriktspsykiatrien, og en del af dem er faktisk rigtige. Jeg har selv for nogle år siden lavet en undersøgelse, der tydede på, at vi havde en stigende selvmordsdødelighed, mens vi lukkede sengene. Og Merete Nordentoft og vi har lige offentliggjort en undersøgelse, der så viser, at senere hen er selvmordsdødeligheden blandt de skizofrene faktisk faldet mere, end den er i resten af befolkningen. Der er også nogen i salen, der har lavet andre undersøgelser, som viser, at det faktisk også gælder for andre diagnosegrupper.

Så jeg tror ikke, at vi entydigt kan skyde skylden på distriktspsykiatrien – også fordi den jo dækker over mange ting fra noget, der er meget udbygget, til noget, der er meget lidt udbygget. Der er i hvert fald forskellige grader af udbygning og måder at lægge ting til rette på; jeg tror ikke, vi skal sige, at det er én overordnet organiseringsform. Det er noget mere detaljeret, når vi ser på, hvilken organisering der virker bedst i forbindelse med det her problem – og i øvrigt jo også med hensyn til, at folk føler sig anstændigt behandlet.

Karin Oudshoorn:

Jeg vil bare kommentere det på den måde, at jeg også tror, man skal passe på med at dele det op på den ene og den anden måde, for det er jo ikke altid lykken at være indlagt. Det kunne jo godt være, at det, at hjælpen nogle gange flytter ud til folk, kunne være meget godt. Nu nævnte jeg selv en afprøvning af et akutteam, man har foretaget i Vejle Amt, lige præcis i forhold til depressioner, og som man har så gode erfaringer med, at man har valgt at etablere flere akutteam.

Jeg tror faktisk, at man kan imødekomme nogle af kontaktbehovene – det har man også gjort i Vejle Amt – ved at sige, at der er mulighed for overnatning, når man vil det, og der er altid en telefon, der er åben, når alt andet er lukket. Jeg tror egentlig, man skal se meget på tilgængeligheden, altså at den er der døgnet rundt, at der er kendskab til den, og hvor let kan man komme til den.

Ordstyreren:

Morten Thomsen, en kort bemærkning.

Morten Thomsen:

Nu vi er ved psykiatrien, vil jeg lige nævne, at vi oplever det som et stort problem for dem, der ringer til os, at man ofte får at vide, at man ikke er syg nok til indlæggelse – og så er der ikke rigtig noget andet; det er altså virkelig et stort problem.

Ordstyreren:

Så er det Villy Søvnald.

Villy Søvnald:

Morten Thomsen, du rundede af med at sige, at det lokale arbejde med de udsatte grupper ikke er et folkekrav. Det kan man som folketingsmedlem godt genkende, i og med at det i virkelighedens verden har været Folketinget, der har været den drivende kraft i forhold til udsatte, handicappede, misbrugere, hjemløse og sindslidende, når vi via puljer har afsat penge til det, der i forvejen stod i serviceloven, at amterne og kommunerne skulle lave.

Det er lidt det samme spørgsmål, som jeg stillede før: Hvem driver det fremad fra nu af? For vi har at gøre med et område, som er vanskeligt, i og med at det ligger og svinger mellem en sundhedssektor og en socialsektor, hvor der er mange forskellige organisationsformer, hvor det er svært, hvor viden ude omkring er meget ringe, fordi der er få sager og man ikke ved, hvad man skal gøre. Altså hvem er det på nationalt niveau, der fra nu af skal være fremdrivende på et område, som er svært, og hvor jeg ikke tror, at vi bliver mødt af et voldsomt folkekrav?

Morten Thomsen:

Det er et stort problem i forbindelse med, at vi nu har lukket referencegruppen, for den havde den her koordinerende rolle og var med til at sætte initiativer i værk ude lokalt, støtte op, lave konferencer og lign.

I dag har vi jo Sundhedsstyrelsen, som skal trække en stor del af læsset, og vi har et forskningscenter. Men som jeg ser det fra en frivillig organisation, er der egentlig ikke nogen klar rollefordeling med hensyn til, hvem der påtager sig hvad.

Med hensyn til alle de gode erfaringer ude omkring, så spørger vi jo ude i kommuner og amter, hvorfor de ikke, når de nu har en god erfaring, fortæller det til naboamtet og nabokommunen, der er sammenlignelig og som kan implementere det? Jamen det har man ikke tid og ressourcer til. Hvem løfter nu den opgave fremover? For mig at se er der ikke nogen, der har taget den til sig. Det skal også specificeres og lægges ind under nogle institutioner.

I de 10 år, vi har eksisteret, har vi set, at man jo rent faktisk får nogle erfaringer, så man ret nemt, hurtigt og billigt kunne implementere nogle ting i kommunerne og amterne. Det er altså et problem, at der ikke er den lyst til at kigge på det lokalt. Vi har jo alle de gode intentioner – det er en af de bedste handlingsplaner med 100 meget konkrete anbefalinger. Men vi havde endda bare bedt om noget så elementært som en kortlægning, og det har vi ikke fået; det siger da noget om, at man grundlæggende ikke har lyst til at prioritere det her.

Det må man forholde sig til. Hvis man ikke kan gå ad frivillighedens vej, så tror jeg, man må lovgive ved at sige, at så må I lave den kortlægning, så vi kan blive klogere på det og personalegrupperne kan henvise videre.

Ordstyreren:

Jeg har ingen markeringer i øjeblikket fra denne side af salen. Nu er der jo frit salg til hele panelet, som vi har siddende heroppe. Ida Koch, du kommer lige ind, mens politikerne tænker.

Ida Koch:

Det er sådan set et forsøg på et svar med hensyn til behandlingsgaranti – jeg tror, at det var Charlotte Dyremose, der spurgte til Morten Thomsens idé: Skal en hvilket som helst teoretisk overvejelse om at tage livet af sig selv medføre en behandlingsgaranti? Hvor går den nedre grænse? Og hvad er det så, der skal behandles, hvad er det, der skal sættes i værk?

Det blev drøftet meget i handlingsplanudvalget, hvem der skal lave en sådan vurdering af, hvem der skal sikres en behandling. Det er jo klart, at det er en kompleks problemstilling, som må være henlagt til professionelle.

I dag er det primært lægen eller psykiateren, der har henvisningsretten og i en eller anden grad kan sikre en behandling. Jeg mener fortsat, at risikovurderingen skal foretages af enten psykiatere, særligt kvalificerede læger eller psykologer, for det er meget kompliceret.

Men det er jo ikke sådan, at vi er fuldstændig på herrens mark. I den vejledning, som er blevet omtalt, og som efter min mening er glimrende, står der noget om, hvilke ting der er vigtige at få belyst i en risikovurdering. Altså hvor selvmordsnær er denne her person? Er der tale om akut selvmordsfare? Så det er muligt, og det er noget, der efter min mening skal lægges vægt på i uddannelsessammenhæng.

Så er der spørgsmålet om, hvad det så er for en hjælp, der skal iværksættes. Det forudsætter, at man er i stand til at lave en grundig, afdækkende samtale, som er helhedsorienteret, og hvor man ikke alene får belyst, om der er tale om en psykiatrisk lidelse, men også både de udløsende faktorer for selvmordsfaren og de tilgrundliggende faktorer i livet som helhed – hvilke ressourcer, der er, hvilke netværk, mangel på netværk osv. osv.

Det er jo på baggrund af disse ting, at afhjælpningen skal ske. Det er slet ikke altid, at det er behandling forstået som psykiatrisk/psykologisk behandling, der skal til, men det kan netop være denne tværsektorielle indsats. Derfor er – som Muusmann og andre har talt om – det tværfaglige samarbejde, det tværsektorielle samarbejde, så vældig afgørende. Og mange gange skal der sættes ind på flere fronter, både socialt, økonomisk, familiært og måske også psykologisk.

Ordstyreren:

Så er det Hans Andersen.

Hans Andersen:

Hvad med antallet af selvmord, der virkelig er begået, af unge mænd kontra unge piger – det har I

ikke været inde på? Som jeg kan læse tallene for 1990'erne, er der faktisk begået flere selvmord blandt unge mænd end blandt unge piger. Er det rigtigt, og har I gjort jer nogle overvejelser om, hvorfor?

I jeres indledende indlæg var der lidt om det her med, at samfundet bliver mere konkurrencebetonet osv. Men samtidig har vi jo siden 1980'erne oplevet et kraftigt fald i antallet af selvmord. Over for det her parameter, at samfundet bliver mere konkurrencebetonet, og at man tænker mere på individet, ser man jo af tallene et kraftigt fald i antallet af selvmord. Så der er i hvert fald andre forhold, der spiller ind, end at det er blevet mere individualiseret og konkurrencebetonet.

Men konkret om de unge mænd, skal vi ikke være opmærksomme på dem og deres vilkår her i verden?

Lilian Zøllner:

For det første er det rigtigt, at der i de seneste 20 år er der sket et markant fald i antallet af gennemførte selvmord. Men når vi kigger på de unge – både de unge mænd og de unge kvinder – kan vi se, at tallet for ungegruppen ikke har samme fald som tallet for den øvrige del af befolkningen. Det vil sige, at vi i ungegruppen 15-19 år nærmest har at gøre med små bølger på overfladen, hvor niveauet for gennemførte selvmord samlet set forbliver set samme, mens vi ser, at niveauet for gennemførte selvmord i den øvrige del af befolkningen falder.

Der næst er det rigtigt, at der er flere unge mænd, der ender med at tage deres eget liv end unge kvinder, hvorimod – som vi har snakket om – pigerne i større udstrækning end drengene forsøger.

Der kan være mange forklaringer på, at de unge mænd i større udstrækning end pigerne ender med at tage deres eget liv. En af dem kan være, at unge mænd er betydelig mere udadrettede, end de unge piger er, og at de metoder, de anvender i deres selvmord, er af en sådan art, at de ikke kan reddes, altså at de skyder sig eller hænger sig eller bruger andre metoder, som gør, at det ikke er muligt at få dem bragt til hospital eller få dem helbredt for den skade, de har påført sig – at det er en skade, der øjeblikkelig medfører døden.

Skulle man så koble de statistikker, vi har for de gennemførte selvmord og selvmordsforsøgene og metoderne, sammen med forebyggelse – for det, det hele drejer sig om, må være, hvordan vi forebygger selvmord og selvmordsforsøg – så må man igen sige, at noget af det, når det drejer sig om den her aldersgruppe på 13-19 år, kunne foregå med udgangspunkt i skolen, hvor de samles, og hvor man netop debatterer sådan noget som drengeroller og pigeroller, og hvordan drenge agerer ved mistrivsel i forhold til piger igennem sådan et skoleforløb, hvad der sker, når henholdsvis en dreng og en pige bliver mobbet eller er mobberen osv. osv. Altså se på, hvilken adfærd unge mennesker har i det øjeblik, de mistrives, hvilken adfærd pigerne har, og hvilken adfærd drengene har, og så søge at inddrage forældre og lærere og den unge selv, så den unge mand lærer at mestre skuffelser og nederlag og frustrationer på en anden måde end ved at skyde eller hænge sig.

Preben Bo Mortensen:

Jeg forstod dit spørgsmål således, at der var en eller anden form for diskrepans imellem fokuset på

selvmordsforsøgene blandt de unge piger og så, hvordan selvmordsdødeligheden rent faktisk har udviklet sig – den generelle forekomst af selvmord i befolkningen.

For det første er det og har mig bekendt til alle tider og i de fleste lande bortset fra Kina altid været sådan, at det er mænd, der har den højeste selvmordsrisiko, og mig bekendt er der ingen, der reelt har forklaret den forskel; men sådan er det.

Derudover er det også, når du kigger på de samme tal, fuldstændig rigtigt, at der formentlig ikke er nogen grupper i landet, der har mindre selvmordsdødelighed end unge kvinder. Det må være den absolutte bundrekord for selvmordsrisiko.

Til det er der at sige – uden at det modsiger noget, som Lilian Zöllner eller Ida Koch har sagt her til morgen – at der er meget grund til at fokusere på, hvad der kan være af ændringer i trivsel blandt de unge mennesker, hvilket kan give sig udslag på mange måder.

Men vi ved formentlig mindre om den egentlige fordeling af selvmordsforsøg, end vi gør om selvmord. Og der er ingen grund til at tro, at en ensidig fokusering på denne gruppe vil betyde særlig meget for selvmordsdødeligheden i Danmark på kortere sigt; det mener jeg ikke der er noget belæg for.

Når man taler om grupper, og det er sådan set ligegyldigt, om det er psykiatriske patienter eller unge kvinder, så kommer man hurtigt ud i en fejltænkning, som går ud på, at man ser på dem som grupper, der er sat homogent på en eller anden motorvej, hvor det så går meget hurtigere mod selvmordet for dem end for dem, der ikke tilhører den her gruppe, og sådan er det ikke. Det, der præger alle de her grupper allermest, er jo den heterogenitet, der er i, hvor stor risiko de rent faktisk har. Som jeg sagde om de psykiatriske patienter, er det umuligt at forudsige, hvem de to i højrisikogruppen rent faktisk er.

Gruppen af unge piger spænder jo mig bekendt meget vidt, set både ud fra at spørge folk, der ved noget om det, og også fra vores egen undersøgelse. Den spænder fra unge piger, der er meget tæt på at udvikle en egentlig svær sindslidelse, over nogle, der har andre problemer, og til dem, hvor alvorlige livsbegivenheder er slået sammen om dem, og de fik også en vodka for meget den lørdag aften – hele det spektrum er dækket. Det er klart, at vi kan forestille os vidt forskellige ting, der kan påvirke det her. Og det er vidt forskelligt, hvor meget fokus vi synes der skal på de enkelte grupper med hensyn til at forebygge noget som helst.

Sandy Brinck:

Man kan jo helt få præstationsangst, når man hører, hvor svær en opgave det er, vi står over for. Med hensyn til Preben Bo Mortensens sidste indlæg, kan jeg godt forstå, at du advarer imod, at vi stirrer os blinde på nogle grupper, men vi har også brug for at gribe fat i noget konkret – forstå mig, ret, vi prøver jo alle sammen at gøre samfundet bedre dag for dag – vi bliver også nødt til at prøve at kigge på nogle særlige grupper.

Med hensyn til ældregruppen har vi af andre årsager tumlet med tanken om og i øvrigt også foreslået, at man i hjemmeplejen simpelt hen kan give decideret omsorgstid på baggrund af social svækkelse. Er det noget, man kunne bruge i sammenhænge som netop livskriser, når livsledsageren dør, når man bliver ensom, måske simpelt hen fordi man flytter til et andet område? – Man flytter jo

i det her land, når man er syg nok. Der er en hel masse tidspunkter i den ældres liv, hvor det at få en eller anden livskrise er rimeligt sandsynligt, og der synes vi, at hjemmeplejen er for meget fokuseret på nullermænd. Jeg kunne godt tænke mig en kommentar til, om det aspekt kunne tænkes ind i den brede tilgang.

Jeg synes, at særlig Ida Kochs oplæg om ungekulturen bør give os anledning til nogle overvejelser om, om ikke vi skulle tage bl.a. uddannelsesfolkene i hånden og snakke ungekultur generelt, for selvmord er ét symptom, men der er jo andre. Godt nok er ungdomskriminaliteten faldet, men de, der så laver noget, de laver virkelig noget, ikke? Og der kunne være andre symptomer som misbrug osv.

For det nytter jo ikke noget, at vi render rundt og lapper, hvis det er sådan, at man rent faktisk stiller for store krav. Der er jeg selvfølgelig enig i, at der er et dilemma, fordi vi jo også skal forberede børn og unge på at blive voksne; men spørgsmålet er jo, hvornår de skal blive voksne, og den alder tror jeg sådan set også er faldende.

Så synes jeg, at statistikken peger på et alvorligt ligestillingsproblem vedrørende mændene – at det er sådan over hele verden, gør jo ikke problemet mindre. Jeg ved godt, at du siger, Preben Bo Mortensen, at der ikke rigtig er forsket i det, men har I nogen med berøring med forskellige led, som har erfaringer med, om det er noget med, at de simpelt hen håndterer kriser på en anden måde? For jeg kom til at tænke på, at da vi havde lovforslaget om kvindekrisecentre, havde vi nogle folk inde, som havde lavet mandekrisecentre, og de sagde, at det ikke var sådan, at de ville have, at det skulle være det samme, men de havde faktisk brug for, at også mænd har et sted at henvende sig, når de kommer i krise, er ved blive skilt eller ved at miste jobbet. Er det sådanne baner, vi skal tænke i, eller er det for letkøbt en pendant?

Ordstyreren:

Det var en række spørgsmål. Vil du, Karin Oudshoorn, starte vedrørende de ældre?

Karin Oudshoorn:

I forbindelse med fokuset på, at der netop hos ældre skal være tid til dialogen – jeg hører egentlig også dig sige, at der skal være tid til omsorg – og det er jo ofte ældre, der har hjemmeplejen, trak jeg også forebyggende hjemmebesøg frem, som er utrolig vigtige, når man mister – at de træder i kraft og kommer meget præcist. Jeg tror, at man er alt for fokuseret på fysiske ting eller at afhjælpe nogle ting og nogle gange glemmer, at man er den eneste kontakt til den ældre.

Der er selvfølgelig også en ældregruppe, som ikke har kontakt med hjemmeplejen, og som måske også er ensom. Men det er vigtigt at se på, hvad der gør det leveværdigt, hvem der opsøger den ældre, og hvem der tager deres kriser alvorligt, i stedet for at sige, at sådan er livet, når man er ældre.

Jeg har lyst til at fremhæve, at det i kortlægningsundersøgelsen i Vejle Amt blev meget tydeligt, at en stor del af dem, der arbejder i hjemmeplejen, jo er et helt andet sted i deres liv. Det vil sige, at de ikke er så optaget af tanker om døden og måske ikke altid har tænkt over, at de skulle gå i dialog med ældre, som har tanker om, at de er i slutningen af livet og overvejer, hvordan det er det at

dø, om det gør ondt, hvad der vil der ske efter døden, og hvordan de kan gøre sig rede til at dø. De er et andet sted i deres liv og derfor føler sig faktisk ikke nødvendigvis kvalificerede til at være dialogpartnere for ældre.

Så én ting er tiden, men det er faktisk også nødvendigt at fokusere på, om man er kvalificeret til den kommunikation, så vi ikke overser, at man generationsmæssigt er forskellige steder og dermed også tankemæssigt.

Ida Koch:

Med hensyn til kønsforskellene tror jeg også, som Preben Bo Mortensen siger, at der ikke er nogen, der har svaret, men man kan gøre sig alle mulige tanker om det.

Selv om unge drenge og piger til stadighed kommer til at ligne hinanden mere og mere både med hensyn til at gribe uddannelsesmuligheder og alle de positive variable og også i forbindelse med psykisk sygdom – der er mange, mange områder, hvor de ligner hinanden mere og mere, uden at de er ens – så slår det i hvert fald igennem i nogle af de undersøgelser, jeg har læst, bl.a. den store undersøgelse, lavet på DIKE, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, om hf- og gymnasieelever og også Bjørn E. Holstein og Pernille Due, som jeg nævnte før, at der er meget, der tyder på, at drenge – og mænd jo også – alt i alt har vanskeligere ved at bede om hjælp og har vanskeligere ved at snakke om deres personlige, ømtålelige ting.

I DIKE-undersøgelsen tror jeg, at ud af de unge mennesker, der siger, at de har så vanskelige problemer, at de har svært ved at få hverdagen til at hænge sammen, siger 43 pct. af hf- og gymnasiedrengene, at de klarer det selv. Hvad kan det så have med det her at gøre? Hvis de går meget, meget længe med tingene og synes, de har prøvet alt, uden at noget er lykkedes, kan det måske være medvirkende til, at nogle af dem tager den fulde og drastiske konsekvens af det. Så det er nogle tanker om det der med, om man har fortrolige andre, man tør bruge.

Preben Bo Mortensen:

Jeg kan sagtens forstå alle de her sympatiske tanker om, hvordan ungdomsliv i dag er svært – og jeg kender da godt nogen, der har det sådan. Men med hensyn til det der med at stirre sig blind på risikogrupperne, prøvede jeg simpelt hen bare at sige, at jeg synes, at den slags generelle forebyggelsestiltag, der så at sige handler at håndtere og mestre sine livskriser, når man er ung, i mine øjne ikke har ret meget med selvmordsforebyggelse at gøre på kort sigt; det mener jeg ikke, der er belæg for.

Hvis I skal gøre noget operationelt over for nogle grupper, så ville min indstilling være at starte i den anden ende af spektret, hvor man er meget tættere på at være i slutningen af denne proces og foretager et selvmordsforsøg eller ender med at begå selvmord. Og der vil jeg som tidligere helt klart pege på gruppen med psykisk sygdom og helt centralt den store majoritet med psykiske lidelser, som så at sige bor uden for psykiatrien; det er svært at forestille sig en gruppe, der er mere relevant.

Med hensyn til mennesker, der oplever sig selv som værende meget tæt på at tage livet af sig eller ligefrem er på en skadestue, fordi de har noget, der skal lappes sammen, eller de skal udpumpes, fordi de har taget for mange piller og den slags, er der forskellige dimensioner i det. For

det første bliver der nødt til at være et eller andet svar på et personligt plan – når nogen henvender sig med den slags problemer i en skadestue, kan man ikke bare stå og sige nå; det kan man bare ikke.

Derudover er der mennesker, der så at sige allerede har rakt fingeren op og sagt, at de har et problem. Det er en gruppe, der i forvejen kan gøres meget for. Så hvis jeg skulle prioritere, ville jeg hellere gøre noget for disse grupper end så at sige skyde meget bredt.

Med hensyn til det med mændene, har jeg udtrykt mig meget kortfattet. Det er ikke sådan, at der ikke er forsket i det, og, som Ida Koch siger, har vi ikke det endelige svar. Men jeg kunne tænke mig at pege på en lille undersøgelse – en af de mest berømte – der blev lavet på Gotland, hvor man prøvede at uddanne praktiserende læger til at være bedre til at identificere depressioner og behandle dem, og så se, om det gjorde noget ved selvmordsdødeligheden på Gotland.

Der bor ikke så mange på Gotland, så det var svært at dokumentere endegyldigt, men en af de interessante observationer var, at effekten var meget større blandt kvinderne end blandt mændene, og noget af det, man forklarede det med, var, at den slags kvaler præsenterede sig på en anden måde hos især midaldrende mænd. Kvinder udtrykte sig ofte i termer, der kunne forstås som en depression, hvor mændene måske virkede mere tilbagetrukne, vrantne og nogle gange aggressive, og det blev ikke opfattet som en depression. Forfatterne til undersøgelsen tolkede det i hvert fald sådan, at der hos en mand godt kunne være en anden præsentationsform af den samme slags kval og som indebar lige så stor risiko for selvmord, men som ikke lige sås som en depression, hvis det var en.

Ordstyreren:

Tak for det. Så går vi tilbage til politikerrunden, og det er Charlotte Dyremose denne gang.

Charlotte Dyremose:

Mit spørgsmål bunder lidt i det problem, som vi også har politisk, nemlig at det her område svæver mellem sundhedssektoren og den sociale sektor, for vi har måske også som politikere for lidt føling med, hvad der foregår ovre i det andet udvalg, som vi ikke nødvendigvis sidder i.

Jeg har dog fået lidt en fornemmelse af, at mange i den gruppe, som klart er i berøring med psykiatrien, oplever det som et problem, at der har manglet stabilitet med hensyn til de personer, de møder. Jeg har så også forstået, at det skulle være noget af det, man har forsøgt at gøre op med på f.eks. de psykiatriske afdelinger. Har I en fornemmelse af, om der er et helhedsorienteret tilbud til de hårdest psykisk syge patienter – er det blevet bedre, eller er det blevet værre?

Hvis min formodning om, at der ikke er nok stabilitet, og at man ikke ofte nok møder den samme person, er rigtig, ved I så noget om, hvor meget det betyder for selvmordslysten, om jeg så må sige? Har I noget konkret bud på, hvordan man kunne sikre en øget stabilitet for de svært psykiatriske patienter – for situationen er jo den, at den her læge eller sygeplejerske jo også skal hjem og sove en gang imellem og have lov til at have fri og passe børn og gøre alle de andre ting, man også gør, selv om man har et job?

Ordstyreren:

Er det dig, Preben Bo Mortensen, der starter her?

Preben Bo Mortensen:

Jeg skal gentage, at jeg ikke arbejder ikke ude i den kliniske sektor, men jeg er bl.a. gift med en, der gør, og jeg hører forskellige ting fra kolleger, der arbejder i sektoren.

For det første er det helt overvejende problem lige nu med at sikre den stabilitet, at der simpelt hen ikke er folk nok; der er vakante stillinger overalt, og masser af steder er der bare ikke de speciallæger, man skal bruge. Selv i universitetsbyerne er det sådan, at der i psykiatrien er en meget, meget stor del af vakante stillinger.

Derudover skal man skal vide, at det her jo er et system, der har været ude i meget voldsomme omvæltninger over de sidste 10-15 år – en fuldstændig omstrukturering – og der har vel ikke altid været en fuldstændig fornemmelse af klarhed, endsige overensstemmelse mellem de mennesker, der arbejdede i systemet, og de politiske signaler, de fik lokalt. Det tror jeg der er mange efterdønninger af stadig væk. Der kan være en vis tendens til frustration; at man ikke føler sig hørt og den slags.

I forbindelse med at fokusere på de sværest sindslidende tror jeg, at man retfærdigvis må sige, at der med hensyn til de skizofrene er sket noget. Der er et stort projekt i gang, der hedder OPUS-projektet, hvor man prøver både at lave den der kontinuitet og at sikre en bedre kontakt til familien, lave noget undervisning for familien osv. Som jeg kender de foreløbige resultater, der har været offentliggjort, af undersøgelserne og af de foreløbige resultater af det, de er i gang med, så har det bestemt positive effekter. Det er meget svært at dokumentere med hensyn til selvmord, og det er sværere med hensyn til selvmordstanker; men generelt ser det ud til at fungere godt, både med hensyn til patienternes oplevelser og også ud fra andre sådan hårdere kriterier for, hvordan det går de her patienter. Og det går vel forhåbentlig sådan, som det ofte går, at noget, der var en del af forskning, bliver implementeret som en klinisk praksis.

Ved andre patientgrupper, altså andre med svære sindslidelser, såsom depressiv sygdom, halter man betydelig bag efter den her gruppe; der har slet ikke været samme fokus på at sikre, at folk bliver ved at være i behandling, at forstå, hvad der foregår, at familien bliver inddraget og alt det der. Det bliver formentlig den næste af psykiatriens kernegrupper, der skal igennem denne proces.

Derudover er der, som jeg sagde før, gjort et kolossalt arbejde med Sundhedsstyrelsens nylig udgivne rapport, bl.a. i forhold til modelprojekter og også i forbindelse med handlingsplanen med at prøve at præcisere, hvad er det for nogle arbejds gange, der skal strammes op, og hvad man rent faktisk skal gøre, når man står derude med problemet. Man er i hvert fald kommet så vidt, at man i en rigtig god publikation har nogle rigtig fornuftige og vidensbaserede anbefalinger. Og så bliver det næste det bliver vel, at det rent faktisk gøres.

Ordstyreren:

Var der flere, der ville byde på det spørgsmål, Charlotte Dyremose stillede? Det vil Lilian Zøllner.

Lilian Zøllner:

[udfald af lyd] ... I forlængelse af det, der blev spurgt om før, og Preben Bo Mortensens svar, vil jeg

lige tilføje, at jeg ikke ser det som et enten-eller, altså at politikerne skal fokusere enten på de psykisk syge, som er indlagt, og som har rakt fingeren op, og som har gjort forsøg, eller på de unge; sådan ser jeg det slet ikke.

Jeg ser det, som at vi står over for et problem, som omfatter både de helt unge, hvor vi ser den her stigning, som jeg har talt om, og de ældre, som står i en vanskelig problemstilling, og så nogle psykisk syge. Man må så ikke sige, at vi gør det ene frem for det andet, men i stedet forsøge at finde ud af, hvordan kan vi ved fælles indsats kan forsøge at gøre noget for de grupper, som vi vitterlig kan se er risikogrupper, både unge, psykisk syge og ældre.

Ida Koch:

Debatten kan godt blive lidt sådan, at vi ikke behøver at gøre noget, hvis de ikke dør af det. Men at have været i en livskrise, der fører til et selvmordsforsøg, at have været igennem en udpumpning og i øvrigt belastet sygehusvæsenet er en meget voldsom erfaring for et ungt menneske, som jeg tror gør noget ved dem, og vældig mange af de unge dør jo ikke af det – at de så muligvis gør det igen en eller anden dag og måske dør af det, er en anden historie, men mange af dem dør ikke af det.

Noget andet er, at det at være pårørende, være forældre til en ung, som de skal finde forgiftet på en hospitalsafdeling, det gør noget ved dem; og det giver almindeligvis en voldsom turbulens og resulterer meget ofte i vanvittig uhensigtsmæssige familiedynamikker bagefter.

Det kan altså blive sådan, at nå, men de dør ikke af det, så er det ikke så alvorligt.

Der er mange sidekonsekvenser, også i forhold til den unges netværk; hun er pludselig ikke i skole i 14 dage, det rygtes på gymnasiet, at hun har været indlagt, fordi hun har forsøgt at tage sit eget liv. Hvad betyder det for hende? Hvad betyder det for kammeraterne?

Vi ved også, at der er noget, der hedder den suicidale transmission, altså en form for risiko – uden at den er kæmpe stor – for en smitteeffekt i miljøerne. På nogle efterskoler, hvor eleverne jo er i døgn drift, har vi har set meget tydeligt, at selvskadende handlinger kan komme som bølger i perioder; det kan spiseforstyrrelser også, og det kan egentlige selvmordshandlinger.

Så der er mange andre ting, vi skal tage højde for, når vi taler om de mere brede forebyggende initiativer.

Ordstyreren:

Så var der vist ikke flere ved det bord. Så går vi til Ida Jørgensen.

Ida Jørgensen:

Morten Thomsen, du var inde på, at det ville være godt, hvis der kom en politik for hele landet, og det ville jeg godt prøve at bore lidt i. Hvordan skal den se ud?

Preben Bo Mortensen var lidt inde på, at vi i hvert fald kan gå ind og sige, at på skadestuer må man ikke bare sige nå. Men hvad skulle der ellers ligge i sådan en politik, som vi skulle kræve af alle amter eller regioner eller kommuner, eller hvor det nu skulle forankres?

Morten Thomsen:

Politik i amter og kommuner i forhold til behandlingsgarantien eller hvad? Kan du uddybe det?

Ida Jørgensen:

Det var i forbindelse med dit eget oplæg, hvor du sagde, at der var stor forskel på, hvordan de forskellige amter behandlede de her ting, og du syntes, at vi skulle kræve en politik for alle amter på området.

Morten Thomsen:

Så er jeg med. Med den måde, man har lavet handlingsplanen på, er der lagt op til en lokal forankring, som skal ske af sig selv, og min pointe er, at der må være et tidspunkt, hvor man stopper med frivillighedens vej, hvis der ikke sker noget derude. Min oplevelse er, at de steder, hvor man har lavet nogle lokale handlingsplaner og fået tingene forankret, kommer der et ejerskab, så tingene lykkes derude, og det tror jeg er meget vigtigt for driften og processen. Men som sagt må der være en balance, så når det ikke lykkes, mener jeg, at man må pålægge en eller anden form for struktur og at der skal være nogle lokale tiltag.

Og på indholdssiden skal der være en kortlægning. Forudsætningen for, at vi i det hele taget kan lave nogle behandlingstilbud og en behandlingsgaranti, er, at vi ved, hvad der findes, og hvad strukturen er, så det er noget meget fundamentalt, vi skal sikre os der.

Det er jo meget sigende – og det kom noget bag på os, da vi spurgte i undersøgelsen af de her tre amter og 41 kommuner – at det simpelt hen var meget, meget få steder, man vidste, hvad der fandtes. De steder, hvor der er lavet en lokal handlingsplan, mærker man jo, at personalegrupper og faggrupper er meget mere opmærksomme på, hvad der findes, og har nemmere ved at hjælpe og egentlig også er mindre frustrerede med hensyn til at hjælpe videre.

Få nogle lokale handlingsplaner til at fungere derude, og et ejerskab, så tror jeg, at vi har en ganske god viden at trække på; og jeg er egentlig meget optimistisk med hensyn til, at man kan bruge det eksisterende system. Og hvis man ledelsesmæssigt tager det op på små institutioner, så kan man virkelig gøre en forskel. Det handler ikke kun om mange penge og behandlingsgaranti, det handler om at bygge videre på det eksisterende derude. Vi kan faktisk gøre en stor forskel, med det sker bare ikke ad frivillighedens vej, og det skal vi forholde os til rent politisk.

Ordstyreren:

Markerede du, Ida Koch?

Ida Koch:

Spurgte du ikke om, hvad der skal ske, når man har været indlagt efter et selvmordsforsøg, og hvad man så vil foreslå efterfølgende?

Ida Jørgensen:

Det kunne være en af de ting, som skulle indgå i en handlingsplan.

Ida Koch:

Lige præcis. Der er jo modelprojekter, der har arbejdet med lige præcis den problemstilling, f.eks. har man i Ribe Amt haft en fast procedure, hvor de, der er indlagt i et par dage, bliver opsøgt af nogen udefra med et tilbud – et rimelig insisterende tilbud – om udslningshjælp og afdækning af, hvad der ud over det akutte problem er af problemer, som de pågældende har brug for hjælp til.

Så der er eksempler fra Ribe Amt, og man kunne også nævne andre eksempler, hvor man netop i forbindelse med brobygningen og geledningen ud i livet – tilbage til livet – har nogle helt konkrete og afprøvede ideer.

Ordstyreren:

Så er det Villy Søvnald.

Villy Søvnald:

Jeg vil godt dreje det over på vores ansvar for den overordnede styring, for efter modelprojekterne osv. er det jo os som politikere, der sidder her med ansvaret for det, man kunne kalde den overordnede styring – ikke ude omkring, for de fleste af os stiller ikke op lokalt, men centralt. Jeg synes, det spændende er at få jeres bud på, er, hvad vores opgave er. Hvad skal vi gøre, hvis vi vil gøre noget godt på det her område?

Jeg spørger i medfør af, at vi efter sidste folketingsdebat, som var i foråret, havde et sensommermøde hos socialministeren. Der foreligger ikke noget officielt referat, men når jeg husker tilbage, fik jeg ud af mødet, at der var et løfte om, at den frivillige del af arbejdet især ville blive tilgodeset i form af, at Livslinien skulle være varigt på finansloven, og i form af, at Landsforeningen af Pårørende til Sindslidende også ville blive sikret støtte. Så var der løfte om uddannelse og forskning og alle de ting, der også har været nævnt her i dag. Og jeg tror, der var et løfte om en årlig redegørelse til Folketinget, hvor man beretter om, hvad der er sket ude i feltarbejdet på det her område.

Endelig var der et ønske, som jeg ikke ved om bliver tilgodeset, om at hvert amt redegør for akutberedskabet i amtet, hvordan de i amtet følger op på indlæggelse, hvilke overdragelsesmekanismer – eller kæder, som det vist blev benævnt af den næstsidste oplægsholder – de har. Altså at de i amtet lige er søde og skriver, hvordan de får det til at fungere i virkeligheden i lokalsamfundet, så vi også kan vide det i Folketinget, og hvad deres strategi er over for risikogrupper.

Hvis det nu er rigtigt husket fra det møde, og det er de ting, der kommer, vil det så være at betegne som fremskridt? Er der ting, vi har overset? Gode viljer koster jo også tit lidt kontanter – skal vi have penge med, for at den her debat skal give mening, eller er der penge nok, hvis bare de her ting blev gennemført?

Det var meget enkle spørgsmål.

Ordstyreren:

Nu er det ikke mig, der skal stille spørgsmål, men i kølvandet på det, som Villy Søvnald har været

inde på, synes jeg, det kunne være spændende at høre nogle bemærkninger fra Peter Emmerich Hansen.

Du har ikke rigtig været på banen her under spørgerunden. Jeg synes, du skal på banen nu, netop for at svare på noget af det, som Villy Søvnald har været inde på, for jeg lagde mærke til, at du sagde, at der er behov for en instans, som er ansvarlig for behandlingskæden. Du sagde også, at det er vigtigt at få koordineret med andre indsatsområder. Kunne vi ikke få det uddybet? Hvordan er det egentlig, vi kommer videre – for jeg kan godt forstå, at man som politiker gerne vil have nogle værktøjer, man kan gribe til.

Peter Emmerich Hansen:

Jeg har ikke nogen mening om, hvem der har ansvaret for de her ting – om det ligger på regionalt eller lokalt niveau – eller hvad I skal gøre. Men som oftest er det jo sådan, at effekten af sådanne ting altså ikke er ligefrem proportional med antallet af aktiviteter, man sætter i gang.

Jeg valgte at fokusere på behandlingskæder, fordi jeg mener, de er det helt afgørende for at løfte indsatsen omkring forebyggelse af selvmord. Hvis man ikke løser det problem, tror jeg ikke, man effektivt kommer ind til kernen i det her.

Der er modelprojekter, der arbejder med det her, og der er også modelprojekter forskellige steder i landet, der er endt med, at man faktisk på amtsligt niveau – det kan så være, det senere bliver regionalt niveau – har besluttet at lave den slags foranstaltninger, som jeg i hvert fald har tiltro til vil kunne sikre en langt bedre sammenhæng mellem de forskellige dele af systemet: Det er sådan noget som et kriseteam, der binder de dele, der foregår i sundhedssektoren, sammen med de dele, der foregår i socialektoren.

For mig at se er det meget vigtigt at fokusere fremadrettet på at få logistikken i systemet til at fungere snarere end at sætte en masse nye tiltag som information, kompetenceudvikling og nye modelprojekter i gang. Det er en klassisk problemstilling, og den vil vise sig med meget stor kraft i de kommende år, også i relation til en masse andre sygdomsområder, som Sundhedsudvalget og Socialudvalget bliver involveret i.

Jeg nævnte sammenhængen mellem de selvmordsforebyggende tiltag og andre tiltag. Der er en række af de her tiltag – voldsramte kvinder, er der nogen, der har været inde på, spiseforstyrrelser og demens – som påvirker både sygehus- og sundhedssektoren og socialektoren, og som er kendetegnet ved, at der er tale om ganske små populationer. Med den kamp, der er om kapacitet og ressourcer i social- og sygehussektoren i dag, tror jeg, det er vigtigt, at fagmiljøet og de, der interesserer sig for selvmordsforebyggende indsats, indser, at de grupper, der er præget af meget små volumener, er nødt til at gå sammen, fordi de langt hen ad vejen har ens problemstillinger.

Ida Koch:

Jeg tager rigtig, rigtig meget rundt i alle mulige sammenhænge og laver undervisning på det her område, bl.a. om risikovurdering, og hvordan man skal man handle i forhold til selvmordstruede mennesker, pårørende og efterladte. Hjælpeløsheden er voldsomt stor; når man ikke ved, hvad man skal gøre, er man tilbøjelig til ikke at identificere en problematik, fordi det er for ubehageligt at stå

med den. Der er også en masse berøringsangst osv.

Med hensyn til at uddannelse mennesker i front til at have med de her ting at gøre – og det er jo ét tabuiseret område af mange tabuiserede områder, der er vold mod børn, vold mod kvinder, seksuelle overgreb osv. – kan den vejledning, der er lavet fra Sundhedsstyrelsens side, og som er møntet på sundhedspersonale, ikke stå helt alene, men jeg tror, den er en stor hjælp for sundhedspersonalet i forbindelse med at turde snakke om de her ting, reagere på mistrivselstegn, få identificeret en risiko osv. og derefter handle. Man burde sørge for, at denne vejledning blev formuleret med henblik på at nå folkeskolelærere, lærere på ungdomsuddannelserne, studievejledere og pædagoger i fritidsinstitutioner, og tilsvarende kunne man lave tilpassede vejledninger til SOSU-assistenten og andre, som er i front derude, hvor tingene sker. Jeg tror, det vil være et relativt lille stykke arbejde, men vigtigt for at klæde folk på.

Morten Thomsen:

To ting i den forbindelse. Det, I har talt jer frem til, lyder grundlæggende meget fornuftigt. Men det er nogen gange et problem, når vi arbejder med handlingsplaner og taler om den meget brede, generelle forebyggelse, at vi ikke rigtig når til det brede og de synergier, som jeg hører dig nævne, Peter Emmerich Hansen. Vi har f.eks. haft noget med mobning og misbrug og lign., og når man så diskuterer det og gør det konkret, så siger man, at jamen det er der også nogle andre, der arbejder med. Så måske er der noget her, som vi kan lægge sammen, og som faktisk vil have stor afsmitning på mange af de problemområder, I møder.

Jeg ser ikke så meget den generelle, brede forebyggelse i de tiltag, I umiddelbart har liggende på bordet. Jeg synes – og jeg tror, vi nævnte det i forbindelse med foretræde i maj måned – at I kunne overveje at kigge på Færdselssikkerhedskommissionen og Rådet for Større Færdselssikkerhed, som jo rent faktisk i knap 20 år har vist gode resultater i arbejdet med en handlingsplan; det kunne være, der var noget i den struktur, man kunne bruge.

Vi har i hvert fald i referencegruppen talt om, at vi måske godt kunne have ønsket os et råd ligesom Rådet for Større Færdselssikkerhed. Det kunne give en dynamik i opfølgningen på de her ting og i forhold til behandlingskæder – der er en masse områder, hvor et sådant råd kunne gøre en forskel. I kunne i hvert fald overveje, om der skal en eller anden overordnet struktur på det videre forløb.

Preben Bo Mortensen:

For det første lyder det som en meget god og på mange måder meget dækkende liste. Der er dog et par ting, jeg vil nævne i sammenhængen. Med hensyn til selvmordsforsøgene synes jeg, det er et kolossalt vigtigt sted at sætte ind også i praksis og få behandlingsstandarder; jeg håber ikke, det kunne misforstås før.

Men derudover vil jeg gentage et lillebitte punkt fra mit oplæg, nemlig, at det allerede i handlingsplanen var et væsentligt punkt, at der skulle strammes op på Landspatientregistrets registrering af selvmordsforsøg. Det er ikke noget, der koster kolossalt mange penge, og værktøjerne ligger der sådan set allerede; det er bare ikke rigtig blevet prioriteret endnu at få det implementeret.

Før vi får sådan en landsdækkende registrering op at stå, har vi alt for ringe viden på det område. Så brug de strukturer, I nu har her i Folketinget, til at få foranlediget, at det bliver sat i værk, for maskineriet til at få det gjort er der faktisk i forvejen.

For det andet synes jeg da også, at det – ud over de organisationer, der skulle på finansloven – er kolossalt vigtigt, at der også i fremtiden er et Center for Selvmordsforskning, der gør meget af det her arbejde med at vidensformidle og sørge for kontakten til nogle af praktikerne inden for det her område. Men derudover prøvede jeg også at sige – og det er ikke kun for at slå på tromme for os selv – at selvmordsforskning, at skaffe viden om det her område, ikke er noget, der bor ét sted. Det er faktisk noget, som kræver mange forskellige ressourcer, altså viden inden for forskellige områder, og hvor det naturligt er sådan, at samarbejdet om det foregår mellem en lang række institutioner i landet, der kan noget forskelligt. Så en fremtidig struktur, der sikrer, at det kan rummes, vil også være vigtigt.

Når jeg siger det, er det også, fordi netop det her område – i forhold til, hvad jeg ellers gør det i inden for sundhedsvidenskab – er sådan et lidt blødt område, der smager lidt af noget socialt, lidt af noget af det ene og lidt af noget af det andet. Det er sådan et område, der meget nemt falder ned imellem forskellige stole i det almindelige rådssystem, så også derfor vil det være vigtigt at sikre den bredere vifte af ny viden inden for området.

Lilian Zøllner:

De punkter, du remsede op – i hvert fald dem, jeg nåede at få skrevet ned – lyder meget lovende. Du stillede det konkrete spørgsmål, om der er penge nok. Det kan jeg jo ikke svare på, for det kommer an på i forhold til hvad osv. Men de ting, du lagde frem, synes jeg lyder som en vej, der er farbar og brugbar og kører mod det rigtige sted.

Så vil jeg godt lige kommentere en lille smule, hvad Preben Bo Mortensen sagde. Referencegruppens arbejde igennem de fem år var jo netop medvirkende til at skabe tværfaglige forskningsmiljøer og tværfagligt netværkssamarbejde, når det handlede om forskning, fordi – som vi sikkert alle sammen er klar over i dag og også har været det tidligere – sådan noget som selvmord altså berører alle fagmiljøer inden for videnskabsgrenene; der er ikke én videnskabsgren, der med rette kan sige, at »selvmord er vores«. Der er de meget bløde videnskabsgrene, der forsøger at finde ud af, hvad der ligger bag selvmordsforsøg, hvorfor tankerne kommer, og hvorfor der er nogle mennesker, som, til trods for at de har en frygtelig tung rygsæk at bære rundt på, aldrig, aldrig nogen sinde kunne tænke sig at tage deres eget liv, til trods for at man kan se, at de lidelser, de har været igennem, den misrøgt, de har været igennem, de opvækstvilkår, de har haft, i og for sig har båret dem frem til, at man så skulle konkludere, at det så ville være det, de ville gøre.

Referencegruppens arbejde har befordret, at det her tværfaglige forskningsarbejde blev igangsat, og jeg skønner, at det har været igangsat på en sådan måde, at der absolut er god grund til at fortsætte. Så jeg kan også kun tilslutte mig den idé, at der netop skal være et tværfagligt forskningsmiljø, som gør det muligt at nå ud til de forskellige institutioner og sektioner osv. osv. rundt omkring i samfundet – det er den eneste farbare vej, der er.

Karin Oudshoorn:

Jeg har selv siddet som projektleder for noget tværsektorielt samarbejde i et amt, og jeg er ikke uenig i, at det er det, der er det bærende, men det tager tid, og det er vanskeligt. For når man sidder i én sektor, har man faktisk ikke altid så stort kendskab til, hvad der er i den anden sektor at trække på, plus den energi, der skal til for at etablere det. Nu, hvor jeg ikke er projektleder mere, er det min erfaring, at det faktisk er meget vanskeligt at vedligeholde det tværsektorielle samarbejde, hvis der ikke er nogen, der hele tiden tager det frem i lyset og sørger for at sammenkalde. Så man skal passe på med at tro, at det er ressourceneutralt at have et tværsektorielt samarbejde.

Peter Emmerich Hansen:

Nu ved jeg ikke, om der var nogen, der stillede spørgsmålet, om der skulle flere penge til, men i hvert fald vil jeg godt svare på det.

Jeg er uden for den her sektor, så jeg er lidt neutral, men for mig virker det utrolig uklogt, hvis man går fra en situation, hvor man faktisk har postet mange penge i foretagendet, og over til noget, der nærmer sig nul; specielt i en konjunktur, hvor vi er på vej ind i en regionalisering, og hvor man i de nye regioner – de gamle amter, eller hvor det nu er, de beslutninger bliver truffet – bl.a. skal udmønte nogle af de her ting i nogle rammer. Jeg synes, der er kommet så mange erfaringer ind via modelprojekterne, at der kan komme noget rigtig konstruktivt ud af et efterforløb dér.

Når jeg siger det, hænger det også sammen med, hvad andre har været inde på her, nemlig at det ikke er en gruppe, I kan forvente bliver prioriteret ude i terrænet, medmindre der fra centralt hold bliver lagt nogle penge ind i det. Det er også de erfaringer, vi har fra f.eks. Norge.

Ordstyreren:

Nu skal jeg så spørge politikerne, om de har fået svar på alle de spørgsmål, som de havde, eller der skulle være et ekstra her mod slutningen. Der bliver nikked, så går vi ud fra, at det er i orden.

Jeg vil slutte min opgave og give ordet videre til formanden.

Tove Videbæk:

Så er vi nået til vejs ende i programmet her i formiddag, og jeg synes, det har været en meget spændende høring, hvor vi har fået belyst en række centrale spørgsmål. Vi politikere, der sidder ved bordet her, er jo klar over, at det er vigtigt, at vi prioriterer sæt på det her område. Det er også derfor, vi gerne ville have den her høring.

Som vi også har hørt i dag, er der mange gode grunde til netop det. Dagens oplæg og de mange lys på Christiansborg Slotsplads på den internationale selvmordsdag er en tankevækkende påmindelse om, at vi i Danmark måske nok har meget at leve af, men at mange, faktisk uhyggelig mange, ikke føler, at de har noget at leve for.

Jeg vil gerne rette en varm tak til vores oplægsholdere. I har med jeres store indsigt på det her område bidraget til at oplyse os og gøre høringen interessant.

Tak også til spørgepanelet og politikerne, og tak til dig, Palle Simonsen, fordi du med din behagelige professionalisme har styret os igennem formiddagen. Jeg kan sige, at jeg ankom her til

morgen kl. 7.30 i lufthavnen efter 28 timers rejse fra New Zealand, så jeg følte mig ikke helt i stand til selv at guide os igennem – i den situation kan det godt være, at man ind imellem er lidt uopmærksom.

Men nu kan vi så tage fat på de videre politiske drøftelser. Vi har jo allerede – som Villy Søvndal også nævnte – været indkaldt til møde hos socialministeren, og jeg har en forventning om, at regeringen vil tage fat og videreføre det gode arbejde med at føre handlingsplanens anbefalinger ud i livet. Ellers vil vi, som sidder her, jo være med til at bide dem i haserne, tror jeg.

Der er taget et fuldt referat af høringen her i dag; det vil blive offentliggjort på Folketingets hjemmeside, når det er skrevet.

Tusind tak for i dag.