



Aktion Livräddning

Synen på arbetet med självmordsnära patienter i den psykiatriska vården

Utvärdering av projektet Aktion Livräddning inom

Psykiatri Södra Stockholm



**Karolinska
Institutet**

NASP - Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa
NASP är sedan 1993 Stockholms läns landstings och sedan 1995 statens expertorgan för suicidprevention. NASP inordnades i Karolinska Institutet 1 oktober 2007 genom ett riksdags- och regeringsbeslut. NASP:s verksamhet är inskriven i Karolinska Institutets regleringsbrev. NASP är också ett WHO samarbetscenter som arbetar med suicidprevention tillsammans med det europeiska regionala WHO-kontoret i Köpenhamn utifrån Helsingfors-deklarationen om psykisk hälsa i Europa och med centralkontoret i Geneve beträffande självmordsprevention på fem kontinenter. NASP:s övergripande mål är att medverka till att varaktigt minska antalet självmord och självmordsförsök, att undanröja omständigheter som kan leda till att barn och unga tar sitt liv, att tidigt upptäcka och bryta negativa trender av självmord och självmordsförsök hos utsatta grupper och att öka kunskapsnivån om självmord, att stödja personer med självmordstankar och anhöriga till personer som försökt eller har begått självmord.

NASP:s verksamhet delas in i fyra huvudområden:

- Forskning och metodutveckling: Syftet är att studera samband mellan olika determinanter för psykisk samt kroppslig ohälsa som kan leda till suicidala handlingar. NASP stimulerar även forskning som stödjer utvecklingen av självmordsprevention.
- Analys och uppföljning av epidemiologiska data: NASP följer utvecklingen av självmord och självmordsförsök och arbetar med att identifiera riskgrupper, risksituationer och riskmiljöer.
- Information: NASP samlar in, sammanställer och analyserar kunskap som förmedlas genom utbildningar, riktade informationsinsatser, rapporter och på Internet.
- Undervisning: NASP bedriver utbildningsverksamhet med målet att sprida kunskap och förbättra insatserna inom självmordsprevention.

Författare: Inga-Lill Ramberg, med dr

ISBN: 978-91-980209-6-0

Grafisk formgivning: Lizzy Mårtenson

NASP - Nationellt centrum för suicidforskning och
prevention av psykisk ohälsa

Karolinska Institutet
171 77 Solna

E-post: nasp@ki.se
Telefon: 08-524 870 26
www.ki.se/suicid

Rapporten kan laddas ner från
www.ki.se/nasp

INNEHÅLL

	<u>Sid</u>
FÖRORD	3
SUMMARY	5
SAMMANFATTNING	7
BAKGRUND	9
PSYKIATRI SÖDRA STOCKHOLM	11
INTERVENTIONEN – AKTION LIVRÄDDNING	15
KURSUTVÄRDERINGAR	21
METOD	21
RESULTAT	21
EFFEKTUTVÄRDERINGEN	24
METOD	24
RESULTAT	30
DISKUSSION	43
METOD	43
RESULTAT	45
SLUTSATSER	51
REFERENSER	52

TABELLER:

Tabell 1.	Deltagare och svarsfrekvenser vid utbildningstillfällena	21
Tabell 2.	Validitet och reliabilitet för indikatorer för koncepten tydlighet, trygghet samt möjligheter att förebygga	26
Tabell 3.	Svarsfrekvenser; enkäterna	28

Tabell 4.	Behandlingspersonalens erfarenheter av stöd inom Psykiatri Södra Stockholm i samband med patientsuicid	31
Tabell 5.	Jämförelser mellan deltagare och icke deltagare i utbildningen	31

DIAGRAM:

Diagram 1-5	Synpunkter på utbildningsdagarna	22-23
Diagram 6.	Andelen personer som anser att Aktion Livräddning tillfört kunskaper avseende arbetet med självmordsnära patienter	32
Diagram 7.	Synen på tydlighet i arbetet med självmordsnära patienter	33
Diagram 8.	Synen på trygghet i arbetet med självmordsnära patienter	34
Diagram 9.	Synen på att inte ”väcka den björn som sover”	35
Diagram 10.	Synen på möjligheterna att förebygga självmord	35
Diagram 11.	Känner mer sympati för patienter som gjort ett självmordsförsök än för dem som gjort flera.	36
Diagram 12.	Acceptans av självmord	37
Diagram 13.	Synen på implementeringen av vårdprogram för vård av suicidnära patienter inom Psykiatri Södra Stockholm	38
Diagram 14.	Personalens kännedom om vilka rutiner rörande suicidriskbedömningar som tillämpas på deras enhet i arbetet med suicidnära patienter	40
Diagram 15.	Personalens kännedom om vilka rutiner rörande anhörigaspekter som tillämpas på deras enhet i arbetet med suicidnära patienter	40
Diagram 16.	Personalens kännedom om övriga rutiner som tillämpas på deras enhet i arbetet med suicidnära patienter	41
Diagram 17.	Rutiner för omhändertagande av personal efter patientsuicid	42

FÖRORD

I denna rapport presenteras en utvärdering av den omfattande utbildningssatsning i självmordsprevention inom Psykiatri Södra Stockholm som ingår i projektet Aktion Livräddning.

Projektet kom till stånd genom ett initiativ från Psykiatri Södra Stockholm och har bedrivits i samarbete med NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa vid Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME), Karolinska Institutet. Stockholms läns landstings Beställarkontor Vård beslöt hösten 2006 att avsätta medel till projektet i syfte att förbättra bemötandet och behandlingen av suicidnära patienter. Från 2007 har medel för det fortsatta projektet erhållits ur landstingets Folkhälsoanslag för att möjliggöra utbildning av samtlig behandlingspersonal inom verksamheten.

Utbildning i självmordsprevention är ett av NASP:s prioriterade verksamhetsområden och sedan starten 1993 har NASP erbjudit kvalificerad utbildning på högskolenivå vid Karolinska Institutet till bland annat professionella som kommer i kontakt med självmordsnära personer. Projektet Aktion Livräddning kan ses som ett resultat av denna utbildning då ett flertal medarbetare inom Psykiatri Södra Stockholm deltagit i utbildningen.

Behovet av utbildning av personer som kommer i kontakt med självmordsnära människor har uppmärksamats allt mer och inte minst på regerings-, riksdags- och landstingsnivå. Till exempel är kompetenshöjning en av de nio strategier som ingår i regeringens proposition ”En förnyad folkhälsopolitik” (2007/2008:110) som antogs av riksdagen 2008. I propositionen anför regeringen att ”Ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord. Regeringen har som vision att ingen ska behöva ta sitt liv.” De nio strategierna är

- 1) Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper.
- 2) Minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid.
- 3) Minskad tillgänglighet till medel och metoder för suicid.
- 4) Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag.
- 5) Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser.
- 6) Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid.
- 7) Kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med suicidproblematik.
- 8) Händelseanalys i samband med lex Mariaanmälningar.
- 9) Stöd till frivilligorganisationer.

I strategi 7 lyfts behovet fram av kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik i syfte att öka kunskaper och färdigheter i att identifiera självmordstankar och hur man gör en riskvärdering som i sin tur bidrar till att förebygga psykisk ohälsa och ytterst självmord.

Redan i början av 90-talet uppmärksammade Stockholms läns landsting behovet av utbildning i självmordsprevention genom att inrätta ett kunskapscentrum för självmordsprevention – Centrum för suicidforskning och prevention, numera NASP. Sedan 2006 finns också en nollvision för självmord inom landstinget efter ett beslut i landstingsfullmäktige och i december 2008 antog hälso- och sjukvårdsnämnden en strategi för att uppnå nollvisionen. Strategin har en bred ansats som bygger på de nio strategier som ingår i regeringens proposition. I strategidokumentet anför bland annat ”att övervägande delen av dem som begått självmord haft kontakt med olika vårdinrättningar öppnar också möjligheter för t ex hälso- och sjukvårdspersonalen att bidra till att förhindra upprepade självmordshandlingar eller död i självmord. Samtidigt är självmordsnära patienter en av de svåraste patientgrupper att arbeta med. Personalens kunskaper i suicidologi och tydliga rutiner för vård och behandling av suicidnära patienter har därför stor betydelse för det självmordspreventiva arbetet.”

I Stockholms läns landstings strategi hänvisas vidare till att ett självmordspreventivt projekt ska bedrivas i ett avgränsat geografiskt område för att hitta en modell för länets framtida självmordspreventiva arbete. Det så kallade Modellprojektet är en utvidgning av Aktion Livräddning och bedrivs inom stadsdelarna Södermalm, Enskede-Årsta-Vantör, Farsta och Skarpnäck vilka utgör Psykiatri Södra Stockholms upptagningsområde. I Modellprojektet ingår projektet ”Noll självmord i Stockholms län” som är ett samarbetsprojekt mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms stads Socialtjänst- och arbetsmarknadsförvaltning och NASP. Inom ramen för detta projekt har, förutom personal inom socialtjänsten, primärvården samt barn- och ungdomspsykiatri, även hållits en påbyggnadsutbildning för personalen inom Psykiatri Södra Stockholm. Härutöver består Modellprojektet av utbildning i självmordsprevention till personal verksamma inom hemtjänsten, geriatriken, somatiska akutsjukvården och beroendevården samt till personal vid S:t Görans psykiatriska länsakut. Utbildning har även hållits för personal som kommer i kontakt med asylsökande. I Modellprojektet ingår vidare införandet av Socialstyrelsens riktlinjer för primärvårdens arbete med patienter med depressioner och ångest på en vårdcentral. För professionellt verksamma och boende i denna vårdcentralens upptagningsområde erbjuds också utbildning i Första hjälpen till psykisk hälsa (www.mhfa.se). Förhoppningen är att insatserna efter hand ska kunna omfatta alla verksamheter och människor inom de aktuella stadsdelarna som kommer i kontakt med personer som löper risk att hamna i situationer där självmord ses som den enda utvägen.



Danuta Wasserman

Professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska Institutet, Chef för NASP

SUMMARY

The project Aktion Livräddning (Life Saving Action) was initiated by, and is taking place at, 'Psykiatri Södra Stockholm' (PSS) – a psychiatric clinic in the southern region of Stockholm County Council. The project is also run in collaboration with National Prevention of Suicide and Mental Ill-Health at Karolinska Institutet (NASP). Aktion Livräddning consists of; a training programme in suicide prevention, aimed at all health care professionals working in PSS; an intensified implementation of the psychiatric clinic's programme of care; and the implementation of a crisis card to distribute to all suicidal patients.

The training that is evaluated in this report started during autumn 2007 and ended during autumn 2010. It comprised of 21 training occasions, with a total of 892 attendants (the same person could attend at several occasions).

The evaluation is performed both by course evaluations at the end of each course and questionnaires before, during and after the end of the project. 629 participants of the 867 (72.5%) that had the opportunity to evaluate the course did so. The majority (87.9%) evaluated the course as very good or good.

Prior to the start of the training in September 2007, a questionnaire was sent to all healthcare staff (n=500) in PSS. The number of respondents was 361 (72%). One year later, six months after the first phase of the project, a second questionnaire was sent to those who had responded to the first one and were still working in the clinic (n=312). The number of responses to the second questionnaire was 222 (71%). In 2010, the third and last questionnaire was sent to those who have responded to the two previous questionnaires and were still working in the clinic (n=181) and 148 persons (81.8%) responded.

Ninety six percent of the respondents had worked in PSS for five or more years. More than half of them had experienced a patient suicide and 9 percent had experienced five or more.

Of the 148 respondents, 118 participated at one or more training occasion. The evaluation is based on comparisons between the responses over time of these persons.

There was a significant increase in knowledge from the end of the first stage of the project (58.2%) to the end (65.9%) as well as a significant increase in the perception of being able to put that knowledge into practice in their work with suicidal patients (from 51.9% to 83.3%). Those who did not consider that the training contained any new knowledge referred to their long experience of working with suicidal patients.

The subjective perception of having sufficient training for the work with suicidal patients increased significantly from 68.8% 2007 to 75% 2008 and to 85% 2010. The respondent reported also significantly more clarity and confidence in work with suicidal patients, and their attitudes towards suicide prevention became significantly more positive.

The knowledge of which routines that were practiced, as part of the clinic's programme of care for work with suicidal patients, varied. The routines that staff were the most certain of being practiced in their unit were: that specialists should be contacted when a suicidal patient leaves without notice (abscond); that suspicion of suicide risk should be reported to a case manager or superior psychiatrist; that a specialist should be contacted for the assessment of suicide risk; and that scales for risk assessments are used. Staff's knowledge of the use of risk assessment scales also increased significantly.

Staff were most uncertain that the following routines were included in their work: that relatives are included in deciding the treatment of suicidal patients; that the transmission of patients from one care giver to another is working well; and that suicidal patients are followed-up after discharge. The fact that staff were uncertain does not necessarily mean that these routines are not practiced, but seems to reflect that some of the routines are more established than others.

To conclude, the evaluation of the project Aktion Livräddning shows that short training programmes over time in suicide prevention have positive effects on mental healthcare staff's view on work with suicidal patients. Work with suicidal patients is highly demanding, both on the organisation and on the staff. Therefore, it is important to put into practice the evidence based routines that are part of both the regional and the local programme of care. It is also essential that these routines are continuously reviewed, revised and actualised, and that staff are given the opportunity to reflect over their working methods and attitudes. Staff's perceptions of having sufficient knowledge, confidence and a positive attitude are central for their ability to contribute to the suicide-preventive work.

SAMMANFATTNING

Projektet Aktion Livräddning har initierats av och bedrivs inom Psykiatri Södra Stockholm i samarbete med NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME) vid Karolinska Institutet. Aktion Livräddning består av utbildning i självmordsprevention till all personal inom verksamheten, en intensifierad implementering av verksamhetens vårdprogram för vård av suicidnära patienter och införandet av ett kriskort att dela ut till suicidnära patienter.

Den utbildning som utvärderas i denna rapport påbörjades under hösten 2007 och avslutades hösten 2010. Den omfattade sammanlagt 21 utbildningstillfällen med totalt 892 deltagare (samma person kunde delta vid flera tillfällen).

Utvärderingen har genomförts dels med kursvärderingar efter varje utbildningstillfälle, dels med enkäter till samtlig behandlingspersonal före, under och efter avslutat projekt. 629 deltagare av de 867 (72,5%) kursdeltagare som gavs tillfälle att göra en kursvärdering lämnade in en sådan. 87,9 procent bedömde utbildningsdagen som mycket bra eller bra.

Enkäter sändes ut till all behandlingspersonal (n=500) inom Psykiatri Södra Stockholm innan utbildningen startade 2007. 361 (72%) svarade. De som svarat och som fortfarande var anställda inom verksamheten (n=312) fick en ny enkät 2008 cirka sex månader efter slutet på den första etappen. På den svarade 222 personer (71 %). Den tredje och sista enkäten skickades ut 2010 till dem som svarat på de tidigare enkäterna och som fortfarande var verksamma inom verksamheten (n=181). På den enkäten svarade 148 personer (81,8%).

95,9 procent av respondenterna har arbetat inom Psykiatri Södra Stockholm i fem år eller mer. Över hälften har erfarenhet av att en patient tagit sitt liv; 9,4 procent har varit med om fem eller fler självmord bland patienter.

Av de 148 respondenterna deltog 118 vid minst ett av de utbildningstillfällen som anordnades. Utvärderingen grundar sig på jämförelser mellan dessa 118 personers svar vid de tre enkättillfällena.

Det skedde en signifikant ökning av andelen som ansåg att utbildningen gav dem ökade kunskaper från första etappen av Aktion Livräddning (58,2 %) till projektets slut (65,9%). Andelen som ansåg att de kunnat omsätta dessa kunskaper i praktiskt arbete ökade också signifikant från 51,9 procent 2008 till 83,3 procent 2010. De ansåg bland annat att de fått ökad kunskap och medvetenhet. De som inte ansåg att de haft nytta av utbildningen hänvisade till att de har lång erfarenhet och att utbildningen därför inte tillförde någon ny kunskap.

Den subjektiva uppfattningen av att ha tillräcklig utbildning för arbetet med självmordsnära patienter ökade signifikant från 68,8 procent 2007 till 75,0 procent 2008 och till 85 procent 2010. De rapporterade även en signifikant ökad tydlighet och trygghet i arbetet med självmordsnära patienter. Deras syn på möjligheterna att förebygga självmord blev också signifikant positivare.

Kännedomen om vilka av de rutiner, som ingår i det vårdprogram för vård av suicidnära patienter som lanserades inom verksamheten 2006, som används varierar. De rutiner som personalen var mest säkra på att de följs inom deras enheter var att specialistläkare ska larmas om en självmordsnära patient avviker, att man ska rapportera misstanke om suicidrisk till behandlingsansvarig eller patientansvarig läkare, att man ska kontakta psykiatrisk specialist för bedömning av självmordsrisk samt att man rutinmässigt använder skattningsskalor för bedömning av suicidrisk. Kunskapen i personalgruppen om att man rutinmässigt använder skattningsskalor ökade dessutom signifikant.

De rutiner man var mest osäker på om de följs var att anhöriga görs delaktiga i behandlingen av självmordsnära patienter, att överlämnandet av en patient från en vårdgivare till en annan fungerar samt att självmordsnära patienter får särskild uppföljning efter utskrivning. Detta behöver dock inte betyda att dessa rutiner i praktiken inte följs, men resultaten tycks ge en bild av att vissa rutiner är mer inarbetade än andra.

Sammanfattningsvis visar utvärderingen av projektet Aktion Livräddning att korta utbildningsinsatser över tid i självmordsprevention har positiva effekter på den psykiatriska personalens syn på arbetet med självmordsnära patienter. Arbetet med självmordsnära patienter ställer höga krav både på organisationen och på personalen. Det är därför viktigt att de evidensbaserade rutiner som ingår i det regionala och lokala vårdprogrammet för suicidnära patienter följs. Det är också angeläget att dessa rutiner ses över kontinuerligt och hålls levande samt att personalen ges utrymme för att reflektera över sina arbetsmetoder och sitt förhållningssätt. Personalens känsla av att ha tillräckliga kunskaper, trygghet, stöd och tilltro är central för deras möjligheter att bidra till det självmordspreventiva arbetet.

BAKGRUND

Nästan varje dag begår en person självmord i Stockholms län. Det totala antalet självmord (säkra och osäkra) var 301 under år 2010. Samma år vårdades 1859 personer för ett självmordsförsök vid något av länets sjukhus. (NASP, 2010). Genom studier har man kommit fram till att detta motsvarar ca 60 procent av alla dem som gör ett självmordsförsök (Ramberg & Wasserman 2000).

Psykisk sjukdom är den i särklass största riskfaktorn för självmordshandlingar. Det innebär att många av dem som begår självmordshandlingar har haft kontakt med den psykiatriska vården, det visar inte minst flera svenska undersökningar (Beskow 1979; Runeson & Beskow 1991; Hultén & Wasserman 1998).

Dessutom är det inte ovanligt att kontakterna med den psykiatriska vården skett i nära anslutning till självmordet. Beskow (1979) genomförde retrospektiva studier av 271 män som begått självmord under 1970 och 1971. Nästan en tredjedel av dem hade haft kontakt med psykiatrin under de senaste sex månaderna och nästan en sjättedel under den senaste månaden före självmordet. Av ytterligare en retrospektiv studie (Runeson & Beskow 1991) framgick att av 58 personer i åldern 15-29 år som begått självmord hade mer än hälften haft en eller flera kontakter under den senaste månaden före självmordet. Runeson & Wasserman (1994) fann också att av 97 patienter som vårdats på ett av Stockholms läns sjukhus på grund av självmordsförsök hade 42 procent haft kontakt med den öppna psykiatriska vården under de senaste sex månaderna och 27 procent under de senaste två veckorna före självmordet. 20 procent hade haft kontakt med den slutna psykiatriska vården under de senaste sex månaderna och 11 procent under de senaste två veckorna före självmordet.

Med anledning av detta kan konstateras att den psykiatriska vården har en viktig roll att fylla i det självmordsförebyggande arbetet. Som stöd för detta arbete har Stockholms läns landsting tagit fram ett regionalt vårdprogram för vård av självmordsnära personer som sedan 2010 finns tillgängligt i en reviderad upplaga med den senaste evidensbaserade kunskapen (SLL 2010). Av vårdprogrammet framgår bland annat vikten av att kunna identifiera självmordsrisk och erbjuda självmordsnära patienter psykiatrisk vård och behandling av god kvalitet. I en studie av Forsner m fl (2010) fann man emellertid att det fanns ett stort gap mellan de kliniska riktlinjerna och hur de användes i praktiken och detta var särskilt märkbart bland de enheter där man försökt implementera vårdprogram för suicidnära patienter. Detta tyder på att det inte är tillräckligt att enbart utarbeta ett vårdprogram utan att det är viktigt att anpassa organisationen och personalens kunskaper till de kvalitetskrav som anges i programmen.

Emellertid har tidigare undersökningar visat att den psykiatriska personalens självupplevda kunskaper för att arbeta med självmordsnära patienter är relativt låg. Samuelsson m fl (1997) fann att av 191 psykiatriska sjuksköterskor vid ett av Stockholms läns stora sjukhus var det endast 25 procent som ansåg att de hade tillräcklig utbildning för att arbeta med självmordsnära patienter. I en randomiserad studie av personal inom den psykiatriska vården i Stockholms län angav vidare 74 procent av psykiatrerna (n=53), 43 procent av sjuksköterskorna (n=164) och 35 procent av mentalsköterna

(n=333) som arbetade regelbundet med självmordsnära patienter att de hade tillräcklig utbildning för detta arbete (Ramberg & Wasserman 2003).

Mann m fl (2005) konstaterade i en översikt av internationella studier att utbildning av "gate-keepers" som t ex hälso- och sjukvårdspersonal var en effektiv självmordsförebyggande strategi. Inom Stockholms läns landsting har man initierat olika utbildningsinsatser för personalen inom den psykiatriska vården, vilka visat sig ha haft goda kortsiktiga (Samuelsson & Åsberg 2002) och långsiktiga (Ramberg 2003) effekter. När det gäller de långsiktiga effekterna avser utvärderingen en 200 timmars kvalificerad utbildning av utbildare i självmordsprevention. De som genomgick utbildningen ansåg att de fått tillräckliga kunskaper och redskap för att genomföra olika självmordspreventiva insatser på sina respektive kliniker. De insatser som genomfördes hade i sin tur positiva effekter både vad det gäller medarbetarnas kunskaper, känsla av trygghet och attityder (Ramberg 2003; Ramberg & Wasserman 2004a; Ramberg & Wasserman 2004b). Däremot har de långsiktiga effekterna av kortare utbildningsinsatser i självmordsprevention inom den psykiatriska vården i Stockholms län hittills inte studerats.

I denna rapport redovisas resultaten av en utvärdering av projektet Aktion Livräddning. Projektet har initierats av och bedrivs inom Psykiatri Södra Stockholm i samarbete med NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME) vid Karolinska Institutet, och består av utbildning i självmordsprevention till all behandlingspersonal inom verksamheten, utveckling och intensifierad implementering av verksamhetens vårdprogram för vård av suicidnära patienter samt införandet av ett kriskort att dela ut till suicidnära patienter.

PSYKIATRI SÖDRA STOCKHOLM

Psykiatri Södra Stockholm bedrev fram till årsskiftet 2009/2010 psykiatrisk vård för befolkningen 18 år och äldre i stadsdelarna Södermalm, Enskede-Årsta-Vantör, Farsta och Skarpnäck. Vid årsskiftet 2006/2007 uppgick befolkningen i upptagningsområdet till ca 282 000, varav ca 231 000 var 18 år och äldre. Sedan januari 2010 består Psykiatri Södra Stockholm av de två sammanslagna resultatenheterna Psykiatri Södra och Psykiatri Sydöst. Upptagningsområdets invånarantal ökade i och med sammanslagningen till ca 560 000 (varav 437 000 >18 år). Projektet Aktion Livräddning har dock endast bedrivits i den gamla organisationen.

Under 2007 hade Psykiatri Södra Stockholm kontakt med 15 206 personer som sökte hjälp för olika psykiatriska problem i öppenvården och 1 118 vårdades i slutenvård. 30 procent av patienterna hade affektiva sjukdomar, 30 procent ångestsjukdomar, 16 procent psykotiska tillstånd, 6 procent personlighetsstörningar, 2 procent missbruk och 0,5 procent demenssjukdomar. 5 procent hade andra typer av psykiatriska problem och för 10 procent saknades diagnos. Under 2008 skrevs 89 patienter in i programmet för vård av suicidnära patienter. Samma år begick 12 patienter självmord under eller i nära anslutning till pågående vård och anmäldes till Socialstyrelsen enligt Lex Maria. År 2009 anmäldes 17 patienter, 2010 anmäldes 15 patienter och 2011 anmäldes 8 patienter som tagit sina liv.

Psykiatri Södra Stockholm bedrev vid Aktion Livräddnings början psykiatrisk vård utifrån ett socialpsykiatriskt synsätt i vilket medicinska, sociala och psykologiska perspektiv och kunskaper förenades. Verksamheten var uppdelad i tre geografiska områden; Södermalm-Gamla Stan, Enskede-Årsta-Vantör samt Farsta-Skarpnäck. Varje geografiskt område hade vid tiden för den första utvärderingen av projektet en jour- och öppenvårdsmottagning samt en socialpsykiatrisk enhet för integrerad öppen och slutenvård. En central jour, en integrerad öppen- och slutenvårdsverksamhet för patienter som var dömda till vård eller som hade långa vårdtider i slutenvård psykiatrisk vård samt en psykoterapienhet var gemensamma resurser. Härutöver fanns team med representanter från de olika verksamheterna såsom ett neuropsykiatriskt team, ett äldrepsykiatriskt team och ett gruppteam som bedriver olika gruppverksamheter samt specialiseringsgrupper inriktade på psykoser, suicidprevention, barn- och ungdom, familj och nätverk, våldutsatta kvinnor och transkulturell psykiatri.

Omorganisation 2009

I september 2009 omorganiserade Psykiatri Södra sina socialpsykiatriska enheter för integrerad öppen och slutenvård. I stället skapades på varje socialpsykiatrisk enhet en mottagningsdel, ett mobilt team samt en heldygnsvårdsenhet. Samtliga har fortsatt gemensam administrativ och medicinsk ledning.

Som skäl till omorganisationen har angivits att verksamheten var i akut behov av att utöka antalet sängplatser för allmänpsykiatri. Ett ökat antal patienter i heldygnsvård skulle dock innebära svårigheter för behandlingsansvariga att som tidigare kunna klara av det integrerade arbetet med både öppen och slutenvård eftersom de även måste anpassa sig till de ökade krav på verksamheten som ställdes genom t.ex. vårdprogram (med olika bedömningar, skattningar och uppföljningar) kvalitetsregister och produktionsregistrering.

Genom att öka antalet behandlingsansvariga under dagtid och frikoppla dem från det integrerade arbetet ville man uppnå en kvalitativ förbättring av arbetet i öppenvården. De förutsattes då få bättre förutsättningar för en långsiktig planering av arbetet med en bättre uppföljning av ett större antal patienter. Med ett mer systematiskt organiserat och kvalitativt utvecklat arbete i öppenvården förväntade man sig färre inläggningar i heldygnsvården.

Som en länk mellan öppenvården och slutenvården inrättades ett mobilt team som dagar och kvällar skulle ansvara för allt akut och planerat hembesöksarbete.

Sedan januari 2010 består dessutom Psykiatri Södra Stockholm av de två sammanslagna resultatenheterna Psykiatri Södra och Psykiatri Sydösts slutenvård och i september 2010 tillträdde en ny verksamhetschef.

Ca 600 personer var anställda inom Psykiatri Södra Stockholm vid början av projektet. Av dem var ca 500 behandlingspersonal. Behandlingspersonalen bestod av drygt 30 läkare (inklusive ST-läkare), drygt 20 psykoterapeuter samt ca 200 behandlingsansvariga/case-managers och ca 200 kontaktpersoner (företrädesvis mentalskötare). Efter sammanslagningen med Psykiatri Sydost ökade antalet anställda till ca 750 personer. Dock är det enbart den ursprungliga behandlingspersonalen som ingår i utvärderingen.

En specialiseringsgrupp för suicidprevention bestående av ca 12 personer som representerar samtliga vårdenheter bildades år 2000. Av dessa har sex deltagit i NASP:s utbildning ”Suicidprevention – teori och praktik”. Denna utbildning var en fristående kurs inom Karolinska Institutet och gav 15 högskolepoäng enligt det gamla systemet. Specialiseringsgruppen upphörde i slutet av 2008 och ersattes av en ny organisation bestående av enheternas ledningspersonal, i första hand läkare, för uppföljning av vårdprogram för suicidnära patienter.

Behandlingsansvariga/case managers och kontaktpersoner

Sedan 1990 har Psykiatri Södra Stockholm vidareutbildat psykologer, sjuksköterskor och mentalskötare som är anställda inom verksamhetens integrerade öppen- och slutenvård för att ge dem behörighet som behandlingsansvariga/case-managers. Utbildningen omfattar två steg som tillsammans ger 30 högskolepoäng (se nedan). Det första steget innehöll utbildning i socialpsykiatri och det andra var en specifik case managerutbildning. Den personal, företrädesvis mentalskötare, som inte genomgått case managerutbildningen fungerar som kontaktpersoner till patienterna. Flertalet av dem har dock fått den socialpsykiatriska utbildningen.

I en behandlingsansvarigs uppgifter ingår att följa patienten över tid och anpassa sitt stöd till patientens livssituation. Arbetet utgår från ett familje-/nätverksperspektiv. Den behandlingsansvarige bygger upp ett team/vårdkrets tillsammans med patienten, närstående, patientansvarig läkare och en eller flera kontaktpersoner samt vid behov andra externa vårdgivare. Kontaktpersonens arbetsuppgifter består i att vara behjälplig i att upprätta en vårdplan och att utföra det som överenskommits i den. Det kan t ex betyda omvårdnad på en slutenvårdsenhet eller uppföljning i öppenvård.

Vårdprogram

Vårdprogram för vård av patienter med depressionssjukdomar inklusive manodepressiv sjukdom, psykossjukdomar samt för vård av suicidnära patienter har från och med 2006 införts på samtliga enheter.

Personalutbildning

Inom Psykiatri Södra Stockholm bedrivs en omfattande utbildningsverksamhet. Återkommande utbildningar är/har varit:

- Introduktionsutbildning för nyanställda (åtta dagar)
- Case-Management I (i samarbete med Karolinska Institutet, 15 hp). Är under ombildning till en omvårdnadsutbildning utan anknytning till KI
- Case-Management II (i samarbete med Karolinska Institutet, 15 hp). Är numera nedlagd
- Möte med aggressivitet och våld (obligatorisk fyradagarsutbildning för slutenvårdspersonal och endagsutbildning för öppenvårdspersonal)
- Miljöutbildning
- Data/IT. Särskilt stor statsning under 2010 med utbildning/introduktion i samband med övergången till datajournalssystemet TakeCare för all personal
- Seminarier som riktar sig till sjuksköterskestuderande, psykologkandidater samt AT- och ST-läkare

Andra utbildningar som erbjudits vid olika tillfällen är:

- Introduktionsutbildning i kognitiv beteendeterapi, KBT (en dag/vecka under två terminer)
- Öppna föreläsningar för personal och vårdgrannar (t ex neuropsykiatriska funktionshinder, Att samtala med äldre om liv, död och självmord – livsglädje genom hela livet, Traumabehandling i Irak och Sverige, Psykiatri Södras riktlinjer för bemötande och behandling av våldsutsatta kvinnor, Våra patienters barn)

Patient- och anhörigutbildning

- Att förstå och hantera röster (för patienter, fyra heldagar + tre halvdagar)
- Öppna föreläsningar för patienter och närstående (t ex bipolär sjukdom, psykoser, depressioner, neuropsykiatri, ångest och självskadebeteende)
- Studiecirkel för patienter med bipolär sjukdom och deras närstående
- Familjeband. Studiecirkel för anhöriga till patienter inom Psykiatri Södra Stockholm med självmordsproblematik.

Sedan 2007 pågår dessutom det omfattande utbildningsprogram i självmordsprevention som är en del av projektet Aktion Livräddning, vilket beskrivs utförligt i kommande avsnitt.

Personalakuten

Inom den psykiatriska vården uppstår, trots alla rutiner och försiktighetsåtgärder, ibland akuta krissituationer. Det kan handla om självmord eller självmordsförsök, en olycka, ett inbrott, en situation med våld eller hot om våld. Alla dessa situationer tas initialt om hand av den lokala arbetsledningen. Ibland räcker inte detta. Ytterligare bearbetning av händelsen blir nödvändig, så att de personer som varit berörda kan återhämta sig så bra som möjligt. Den lokala ledningen kan då kalla in Personalakuten.

Personalakuten är en grupp personal, utsedd av vårdenhetschefen och med speciell kunskap och erfarenhet av kris- och katastrofhjälp. När en enhet drabbats och behov av ytterligare insatser har bedömts vara nödvändiga, kommer 1-2 personer från Personalakuten och träffar berörd personal för psykologisk genomgång. Mötet är obligatoriskt och hålls med fördel i nära anslutning till händelsen. Syftet med mötet är att de inblandade ska få en samlad bild av det som hänt samt ge möjlighet till bearbetning av de reaktioner som väckts i samband med händelsen. Ett uppföljningsmöte hålls vid behov inom två veckor.

INTERVENTIONEN – AKTION LIVRÄDDNING

Projektet Aktion Livräddning har pågått sedan 2007 och är ett samarbetsprojekt mellan Psykiatri Södra Stockholm och NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME) vid Karolinska Institutet i syfte att förbättra bemötande, behandling och uppföljning av suicidnära patienter. Aktion Livräddning omfattar utbildning i självmordspreventivt arbete av all behandlingspersonal inom Psykiatri Södra Stockholm, utveckling och intensifierad implementering av ett vårdprogram för vård av suicidnära patienter, införandet av ett kriskort att delas ut till suicidnära patienter samt återrapportering till respektive enhet av resultaten av den första enkäten. Projektet avslutas i och med publiceringen av denna slutrapport.

Organisation

Ansvariga för projektet Aktion Livräddning var tidigare verksamhetschefen Filipe Costa, Psykiatri Södra Stockholm och professor Danuta Wasserman, NASP. Utvecklingssamordnare Marie-Louise Söderberg, Psykiatri Södra Stockholm har varit projektledare.

I arbetsgruppen, som främst haft till uppgift att diskutera utvärderingen men även i viss mån samordning av projektet, ingår:

- Marie-Louise Söderberg, utvecklingssamordnare, Psykiatri Södra Stockholm, projektledare
- Iréne Stolt, utbildningsledare, Psykiatri Södra Stockholm
- Anne Denhov, forskare, Psykiatri Södra Stockholms FoU-enhet
- Inga-Lill Ramberg, utvärderare, NASP

Docent David Titelman och psykoanalytiker Hans Karlsson, båda verksamma vid NASP, har varit rådgivare vid uppläggningsen av utbildningen. Hans Karlsson har dessutom förberett medlemmarna i specialiseringsgruppen för suicidprevention inför deras roll som gruppleddare för de reflekterande grupperna (se nedan).

Utbildningen

Utbildningen har planerats och genomförts av NASP och Psykiatri Södra Stockholm. Till grund för utbildningen låg bl.a. resultat från fokusgruppintervjuer med den suicidpreventiva gruppen. De utbildningsinsatser som ingår i utvärderingen är

- En halvdagsutbildning i självmordspreventivt arbete för överläkare med ett övergripande ansvar för den medicinskt/psykiatriska vården (medicinskt ansvariga), vårdadministrativa chefer och specialiseringsgruppen för suicidprevention hösten 2007 (*utbildning I*).
- Två endagsutbildningar i självmordspreventivt arbete för läkare och behandlingsansvariga fördelade på två heldagar. Utbildningen erbjöds vid fem tillfällen hösten 2007 (*utbildning II*) respektive våren 2008 (*utbildning III*).
- En endagsutbildning för mentalskötare och kontaktpersoner. Utbildningen erbjöds vid fyra tillfällen våren 2009 (*utbildning IV*).

- En halvdagsutbildning för personalen vid Mottagningar för unga hösten 2009 (*utbildning V*).
- En halvdagsutbildning för läkare och behandlingsansvariga våren 2010 (*utbildning VI*).
Utbildningen erbjöds vid fyra tillfällen och ingick som en del i projektet Noll självmord i Stockholms län (SLL m fl 2011). Denna påbyggnadsutbildning utvärderas i särskild ordning (Karlsson & Ramberg manus).
- En endagsutbildning för personal vid Centrala jouren hösten 2010 (*utbildning VII*). Utbildningen ingick som en del i projektet Noll självmord i Stockholms län (se ovan).

Innehåll

Halvdagsutbildningen för överläkare med ett övergripande ansvar för den medicinskt/psykiatriska vården (medicinskt ansvariga), vårdadministrativa chefer och specialiseringsgruppen för suicidprevention bestod i en ung kvinnas berättelse om sina egna erfarenheter som självmordsnära, aktuell forskning inom suicidpreventionen samt en psykoanalytisk betraktelse av en författares självmord. Dagen avslutades med en diskussion i plenum om fokus för fortsatt arbete.

Upplägget på de två endagsutbildningarna för *behandlingsansvariga* var föreläsning, reflektion i tvärgrupper, föreläsning, reflektion i tvärgrupper, fokus för fortsatt arbete (aktuell verksamhetsstatistik, vårdprogrammet, rutiner och introduktion av ett kriskort). Dagarna avslutades med diskussion i plenum om erfarenheter från dagen och arbetet med självmordsnära patienter.

Föreläsningarna handlade om

- Självmord – förekomst och prevention. Trenden i Stockholm, Sverige och övriga världen. Strategier som använts för att förhindra självmord med fokus på evidens.
- Hur ska vi behandla suicidala patienter så att självmordsförsöket inte upprepas?
- En ung kvinnas berättelse om sina egna erfarenheter som självmordsnära.
- Psykologiska perspektiv på arbetet med självmordsnära patienter.

Upplägget på *utbildningsdagen för mentalskötare och kontaktpersoner* introduktion till dagen, föreläsning, reflektion i tvärgrupper och föreläsning. Dagen avslutades med diskussion i plenum om erfarenheter från dagen och arbetet med självmordsnära patienter.

Föreläsningarna handlade om:

- Suicidalitet i Sverige och globalt – förekomst och attityder
- Det svåra samtalet – att möta en självmordsnära person
- Omvårdnad, stöd och bemötande av självmordsnära patienter. Vårdprogram för suicidnära patienter.

Reflektionen i tvärgrupperna för såväl behandlingsansvariga som mentalskötare och kontaktpersoner pågick under ca 1,5 timmar. Diskussionen inleddes med presentationer och lämnades därefter öppen. Förslag på olika teman gavs dock; erfarenheter av självmord bland patienter eller privat, teman som tagits upp i föreläsningarna, diskussioner utifrån en fallbeskrivning.

Tvärgrupperna leddes av två personer i den suicidpreventiva gruppen. Gruppledarna hade förberetts för uppgiften av en medarbetare vid NASP. Efter utbildningsdagens slut träffades gruppledarna för att delge varandra sina erfarenheter av gruppdiskussionen och gruppdynamiken.

Halvdagsutbildningen för *personalen vid Mottagningar för unga* bestod av föreläsningar om

- Suicid på nätet och Internet ur ett sociokulturellt perspektiv
- Suicidprevention på Mottagning för unga

Halvdagsutbildningen för *läkare och behandlingsansvariga* bestod av föreläsningar om

- Riktlinjer och bemötande av självmordsnära patienter – strukturerad suicidriskbedömning
- Händelseanalys – genomgång av två fall
- Lex Maria

Utbildningen för *personalen vid Centrala Jouren* bestod av föreläsningar om arbetssätt och rutiner när det gäller suicidnära patienter, suicidprevention i psykiatriskt arbete samt polisens arbete med att möta människor i kris med fokus på dem som hotar att ta sitt liv.

Intensifierad implementering av Vårdprogram för vård av suicidnära patienter

Under 2006 infördes ett Vårdprogram för vård av suicidnära patienter inom Psykiatri Södra Stockholm (SLSO 2005). Vårdprogrammet utgår från det regionala vårdprogrammet för Stockholms läns landsting "Vård av suicidnära patienter" som togs fram 2002 och reviderades 2010 inom ramen för det medicinska programarbetet i landstinget (SLL 2002; SLL 2010). Innehållet i det regionala vårdprogrammet har omarbetats och anpassats till organisationen inom Psykiatri Södra Stockholm.

Vårdprogrammet för vård av suicidnära patienter inom Psykiatri Södra Stockholm har tidigare introducerats på alla enheter med hjälp av specialiseringsgruppen.

Vårdprogrammet innehåller:

- Inledning
- Vad menas med självmordsnära?
- Analys av självmordsbenägenhet
- Överföring/länkning när patient bedöms suicidnära
- Var i självmordsprocessen befinner sig patienten?
- Behandlingsplanering
- Patientspecifik vårdplan
- Uppföljning efter utskrivning
- Anhörigstöd
- Om/när ett självmord inträffar
- Bilagor

Under projektet Aktion Livräddning har nya rutiner införts och gamla reviderats. De viktigaste är nya rutiner för strukturerad suicidriskbedömning som infördes 2008 och för uppföljning av utskrivna patienter som infördes 2009.

Kriskort

I samband med utbildningen introducerades ett kriskort. Kriskortet har samma storlek som ett kontokort och är lätt att ha i plånboken eller fickan. Det är tänkt att delas ut till suicidala patienter i öppen vård eller som skrivs ut från slutenvården så att de har lättillgängliga uppgifter om till vem eller vart de kan ringa om de hamnar i en suicidal kris. Användningen av kriskort har visat sig kunna reducera upprepade självmordshandlingar hos självmordsnära patienter. Hawton m fl. (1998) kom i en systematisk genomgång av litteratur som behandlade effekterna av psykosocial och farmakologisk behandling av självmordsnära patienter för att förhindra upprepade självmordshandlingar fram till att effekterna var goda i en studie där man jämförde en grupp patienter som fick sedvanlig behandling med en grupp som i tillägg också fick ett kriskort.

Återrapportering av resultaten från första enkäten

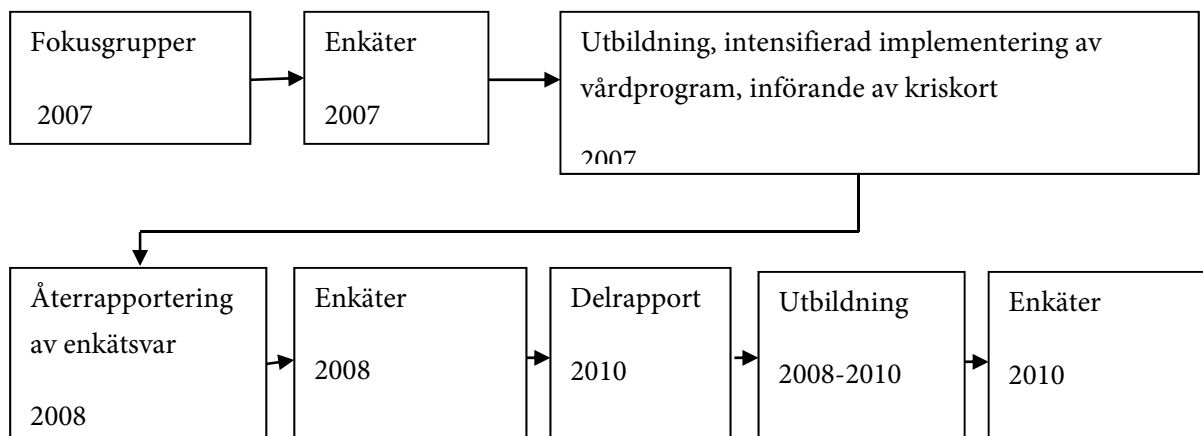
En återrapportering av resultaten från enkäten 2007 genomfördes av utvärderaren under våren 2008. Respektive enhets svar på ett urval av frågor i enkäten jämfördes med svaren från verksamheten i sin helhet för att ge en bild av hur enheten låg till när det gäller attityder till och kunskap om rutiner för arbetet med suicidnära patienter. Återrapporteringen skedde i samband med enheternas avdelningsmöten och tog ca en halvtimme inklusive diskussion.

Utvärderingen

Utvärderingen av Aktion Livräddning har genomförts i två steg. Det första omfattade en effektutvärdering av den första utbildningsinsatsen och den intensifierade implementeringen av vårdprogrammet (Ramberg 2010). Det andra – vilket är fokus för denna rapport – omfattar även effekten av de fortsatta utbildningsinsatserna. Eventuella effekter av införandet av kriskort har inte utvärderats.

Utvärderingen görs med enkäter 2007, 2008 och 2010 samt kursutvärderingar i anslutning till varje utbildningstillfälle.

Design



Enkätutskicken

Enkäter har skickats ut vid tre olika tillfällen 2007, 2008 och 2009 enligt nedan.

2007

Den första enkäten skickades ut till all behandlingspersonal (n=500) och 361 svarade.

2008

En uppföljningsenkät skickades ut till de 312 personer som fortfarande var anställda och som svarat på den första enkäten. 222 svarade.

Dessutom skickades en enkät ut till dem som inte svarade på den första enkäten och som anställdes under det gångna året (n=210). 96 svarade.

2010

En tredje uppföljningsenkät skickades ut till de 181 personer som fortfarande var anställda och som svarat på de två tidigare enkäterna. 148 svarade.

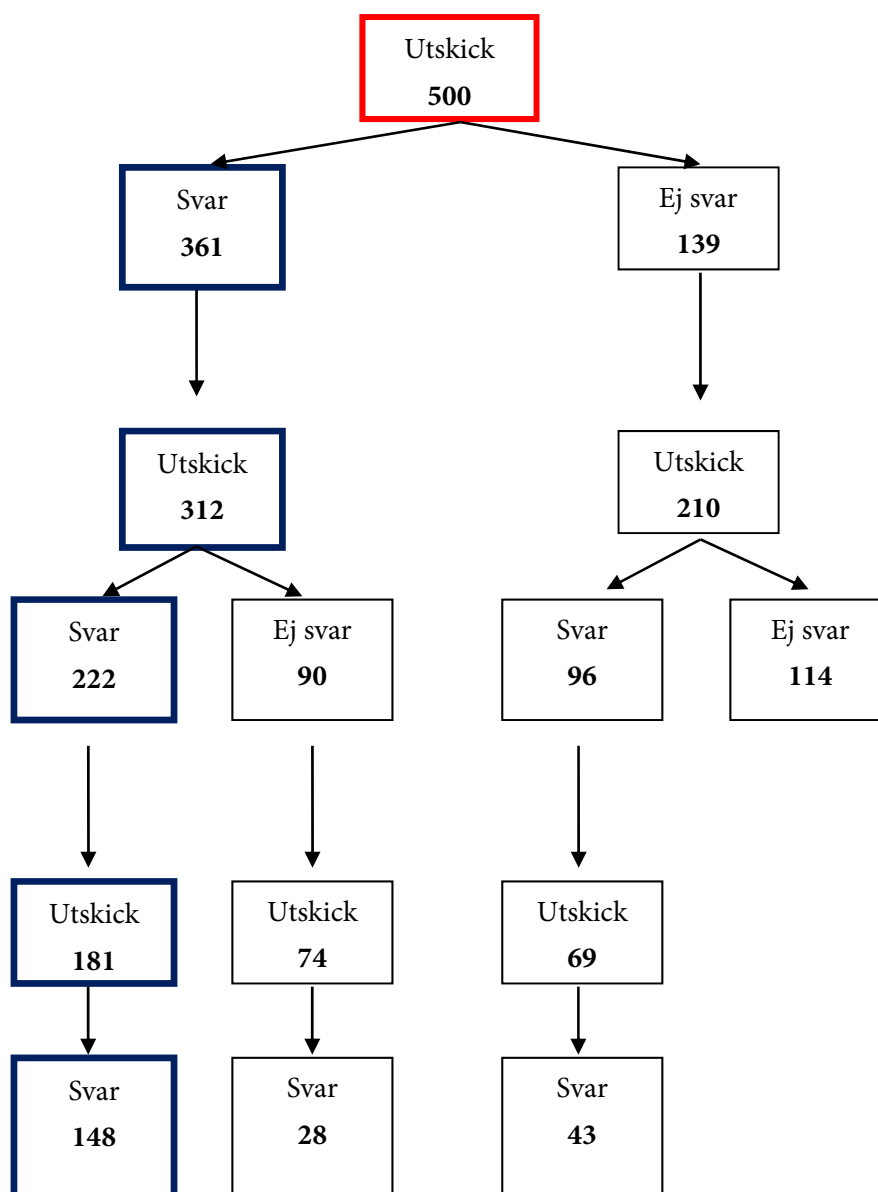
En andra enkät skickades ut till de 69 personer som svarat på den första enkäten 2008 och som fortfarande var anställda. 43 svarade.

En andra enkät skickades ut till de 74 personer som inte svarade på den första enkäten 2007 och som fortfarande var anställda. 28 svarade.

2007

2008

2010



Det som markerats med blått/tjock linje i ovanstående flödesschema utgör underlaget för den utvärdering som presenteras i denna rapport.

KURSUTVÄRDERINGAR

METOD

Instrument

Efter varje utbildningsdag fick deltagarna ett utvärderingsformulär att fylla i. Gemensamt för samtliga var att de fick bedöma utbildningsdagen som helhet på en femgradig skala från ”mycket bra” till ”mycket dålig”. Härutöver gavs deltagarna vid halvdagsutbildningen för bl a överläkare samt deltagarna vid heldagsutbildningarna för behandlingsansvariga möjlighet att kommentera vad de tyckte hade varit bra respektive kunde varit bättre under utbildningsdagen. De senare kunde också betygsätta reflektionen i tvärgrupp när detta var relevant.

Undersökningsgrupp

Av tabell 1 framgår antalet deltagare och antalet utvärderingar som lämnades in efter respektive utbildning. Utbildningarnas innehåll och målgrupper beskrivs på sidorna 15-17.

Utbildningstillfälle	Antal deltagare	Antal inlämnade utvärderingar	Svarsfrekvens
Utbildning I	20	20	100,0 %
Utbildning II	243	213	87,7 %
Utbildning III	231	121	52,4 %
Utbildning IV	180	130	72,2 %
Utbildning V	25	Ingen utvärdering	
Utbildning VI	178	134	75,3 %
Utbildning VII	15	11	73,3 %

Tabell 1. Deltagare och svarsfrekvenser vid utbildningstillfällena

RESULTAT

Utbildningarna hade sammantaget 892 deltagare. Av dem gavs 867 möjlighet att göra en kursutvärdering och 629 (70,5 %) lämnade in en sådan. 26,9 procent bedömde utbildningsdagen som mycket bra, 61 procent som bra, 9,5 procent som varken bra eller dålig, 0,8 procent som dålig och 0,2 procent som mycket dålig. Nedan redovisas utvärderingarna av varje utbildningsomgång.

20 personer lämnade in utvärderingen efter halvdagsutbildningen hösten 2007 för medicinskt ansvariga, vårdadministrativa chefer och specialiseringsgruppen för suicidprevention. Av dem ansåg 95 procent att föreläsningarna var bra eller mycket bra och 5 procent att de varken var bra eller dåliga.

Av de 213 personer som lämnade in en utvärderingsrapport efter den första utbildningsomgången hösten 2007 ansåg 74,2 procent att föreläsningarna var bra eller mycket bra, 84 procent att reflektionen i tvärgrupper var bra eller mycket bra och 87,3 procent var nöjda eller mycket nöjda med dagen som helhet (diagram 1).

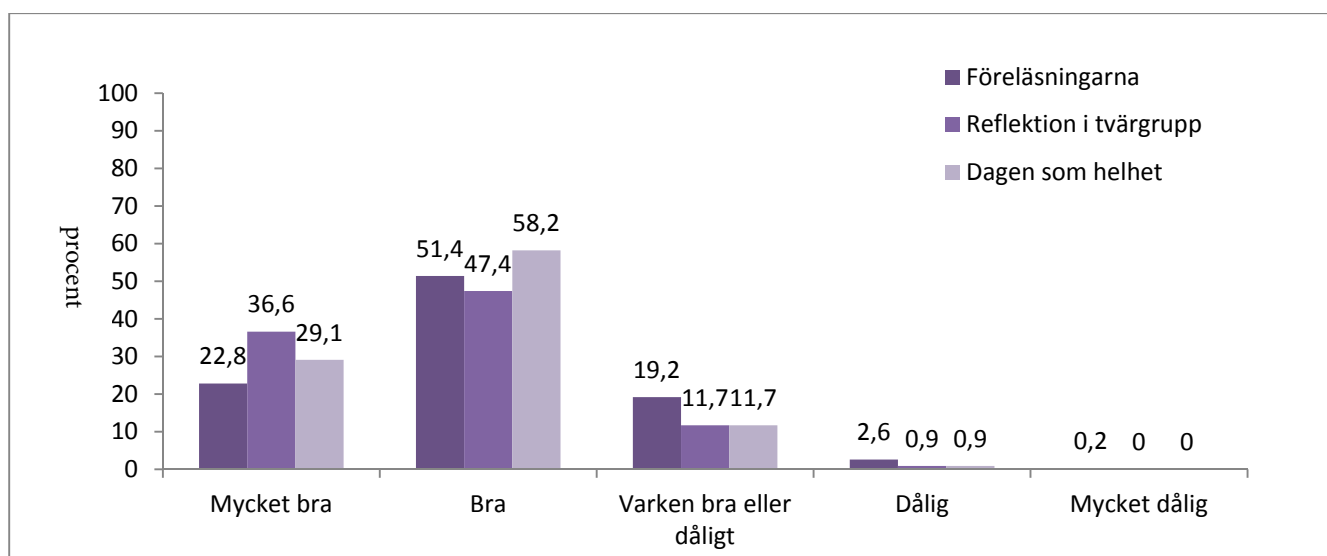


Diagram 1. Synpunkter på utbildningsdagarna under hösten 2007, n=213

Av de 121 personer som lämnade in en utvärderingsrapport efter utbildningsdagarna under våren 2008 ansåg 78,8 procent att föreläsningarna var bra eller mycket bra, 74,4 procent att reflektionen i tvärgrupper var bra eller mycket bra samt 81 procent att dagen som helhet var bra eller mycket bra (diagram 2).

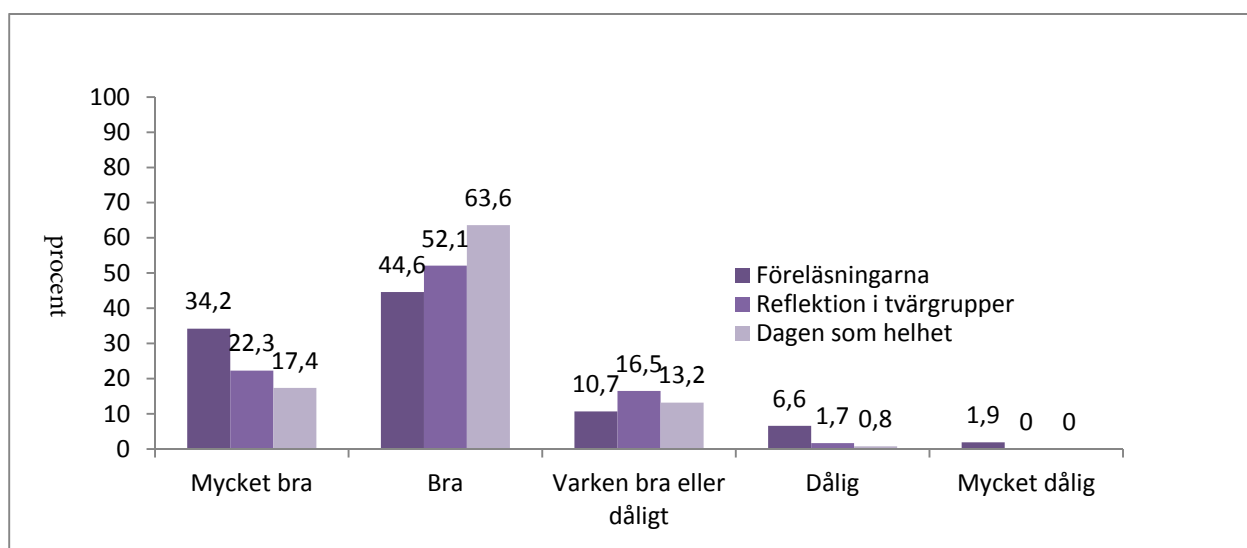


Diagram 2. Synpunkter på utbildningsdagarna under våren 2008, n=121

Av de 130 kontaktpersoner som lämnade in en utvärderingsrapport efter utbildningsdagarna under hösten 2008 ansåg 89,4 procent att föreläsningarna var bra eller mycket bra, 90 procent att reflektionen i tvärgrupper var bra eller mycket bra samt 99,2 procent att dagen som helhet var bra eller mycket bra (diagram 3).

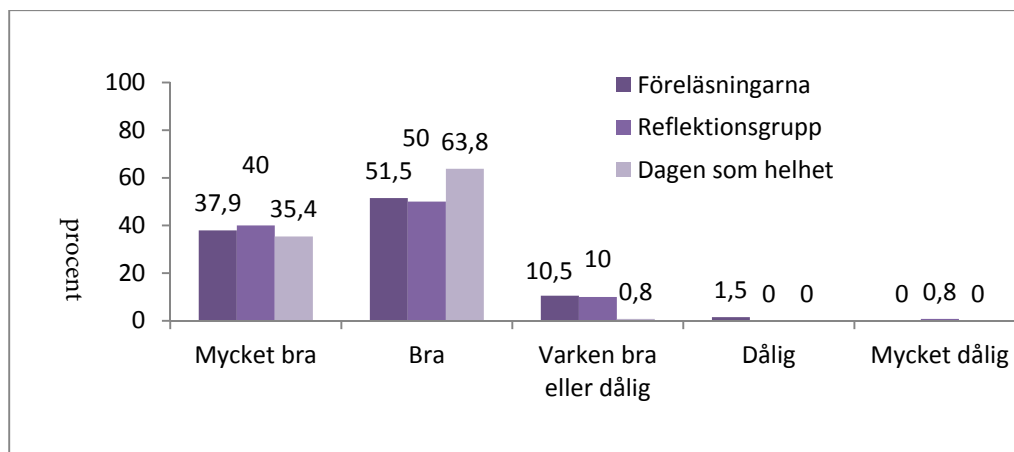


Diagram 3. Synpunkter på utbildningsdagarna under hösten 2008, n=130

Av de 134 läkare och behandlingsansvariga som lämnade in en utvärderingsrapport efter utbildningsdagarna under våren 2010 ansåg 85 procent att dagen som helhet var bra eller mycket bra (diagram 4).

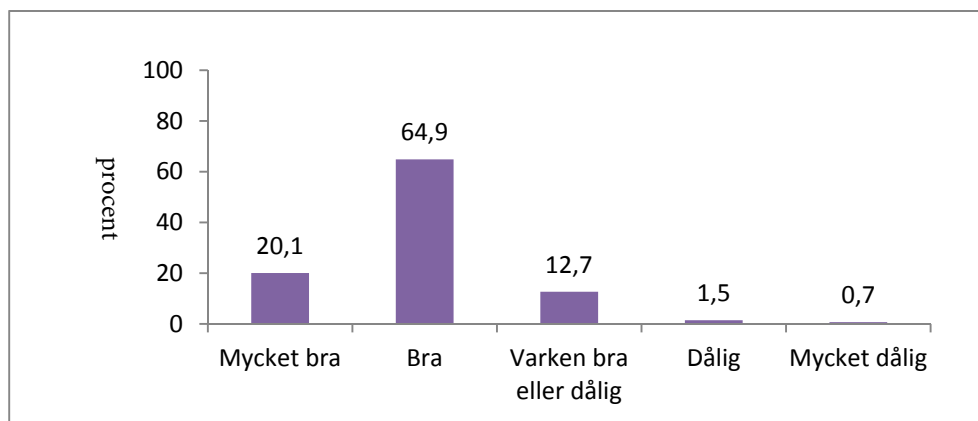


Diagram 4. Synpunkter på utbildningsdagarna under våren 2010, n=134

Samtliga 11 personer som lämnade in en utvärderingsrapport vid utbildningen för personalen vid Centrala jouren ansåg att utbildningsdagen varit bra eller mycket bra (diagram 5).

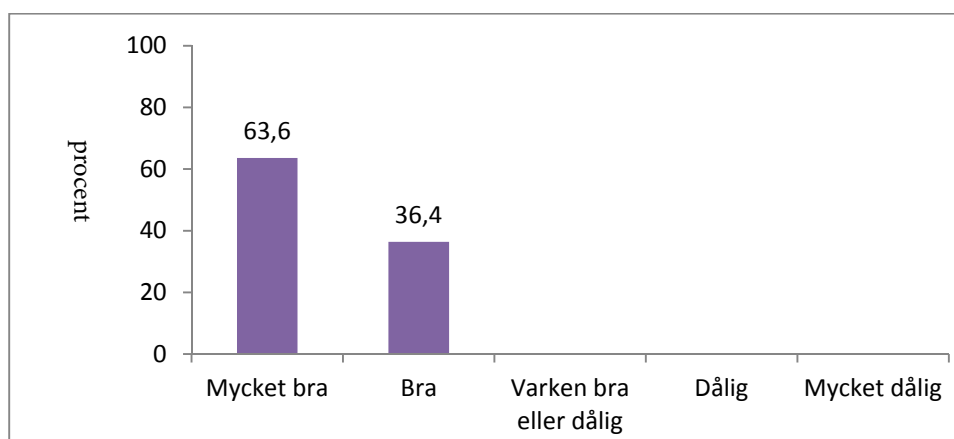


Diagram 5. Synpunkter på utbildningsdagarna under hösten 2010, n=11

EFFEKTUTVÄRDERINGEN

METOD

Instrument

En första enkät skickades ut till all behandlingspersonal inom Psykiatri Södra Stockholm under slutet av augusti 2007. Enkäten bestod av sammanlagt 46 frågor. Frågorna avser att mäta bakgrund (kön, ålder, funktion, anställningstid, enhet, dag/natt), erfarenhet av självmordsnära patienter, synen på utbildning för arbetet med självmordsnära patienter, attityder till arbete och patienter samt synen på rutiner för arbetet med självmordsnära patienter.

En uppföljningsenkät skickades ut i slutet av 2008 till dem som svarat på den första enkäten. Uppföljningsenkäten innehöll 50 frågor. Utöver de frågor som ingick i den första enkäten hade frågor lagts till rörande deltagande i utbildningen, om utbildningen tillfört kunskaper och om den påverkat arbetet med självmordsnära patienter. År 2010 skickades en likalydande enkät ut till dem som besvarat enkäten 2008.

De frågor – utöver vissa bakgrundsfrågor – som bearbetats är

Synpunkter på utbildningen inom projektet Aktion Livräddning

- Deltog du vid de olika utbildningstillfällen som anordnades 2007, 2008, 2009 och 2010?
Svarsalternativ: ”ja” och ”nej”
- Anser du att Aktion Livräddning har tillfört kunskaper avseende ditt arbete med självmordsnära patienter?
Svarsalternativ enligt en femgradig skala från ”ja i stor utsträckning” till ”nej inte alls”.
- Anser du att Aktion Livräddning påverkat ditt sätt att arbeta med självmordsnära patienter?
Svarsalternativ: ”ja” och ”nej”

Tillräcklig utbildning

- Anser du att du har tillräcklig utbildning för att kunna arbeta med självmordsnära patienter?
Svarsalternativ: ”ja” och ”nej”

Attityder till självmordsnära patienter, till arbetet med självmordsnära patienter och till möjligheterna att förebygga självmordshandlingar

Frågorna rörande attityder till självmordsnära patienter och arbetet med dessa samt till möjligheterna att förebygga självmordshandlingar testades med LISREL 8.51 (Jöreskog 1990; Jöreskog & Sörbom 2001) för att undersöka deras dimensionalitet, validitet och reliabilitet. Testen resulterade i tre modeller som mäter koncepten attityder till tydlighet i arbetet, attityder till trygghet i arbetet samt attityder till möjligheterna att förebygga självmordshandlingar (tabell 2).

Tydlighet i arbetet med självmordsnära patienter

Fem frågor på en fyrgradig svarsskala från ”Stämmer inte alls” till ”Stämmer helt och hållet”, vilka härrör från Ahlberg-Hultén & Theorell (1997) avsåg att mäta *attityderna till tydlighet i arbetet med*

självordsnära patienter. Efter analys av dimensionaliteten kvarstod fyra av frågorna (tabell 2). Svaren på dessa frågor gavs ett fiktivt värde från 1 (stämmer inte alls) till 4 (stämmer helt och hållet) och summerades för att bilda ett index. Frågorna i första enkäten har en Cronbach's alphakoefficient på 0,59, på 0,58 i den andra och på 0,68 i den tredje.

- Jag vet vad som väntas av mig i arbetet med självordsnära patienter (VET)
- Jag får klara och bra instruktioner beträffande handläggningen av vården av självordsnära patienter (BRAINSTR)
- Olika överordnade har skilda uppfattningar om hur och vad jag ska göra i arbetet med självordsnära personer (SKILDUPPF)
- Jag saknar kunskaper och information om vad som är viktigt i arbetet med självordsnära patienter (SAKNINFO)

Trygghet i arbetet med självordsnära patienter

Fyra frågor på en fyrgradig svars skala från "Stämmer inte alls" till "Stämmer helt och hållet" avsåg att mäta *attityderna till trygghet i arbetet med självordsnära patienter*. Samtliga kvarstod efter analys av dimensionaliteten (tabell 2) och svaren på frågorna gavs ett fiktivt värde från 1 (stämmer inte alls) till 4 (stämmer helt och hållet) och summerades för att bilda ett index. Frågorna i första enkäten har en Cronbach's alphakoefficient på 0,68, på 0,59 i den andra och på 0,60 i den tredje.

- Ansvarfördelningen för suicidriskbedömningen är klar och tydlig (KLARANSV)
- Jag känner mig trygg i mitt arbete med självordsnära patienter (TRYGG)
- Jag har inte någon att dela ansvaret för patienterna med (HELANSV)
- Samarbetet runt de självordsnära patienterna fungerar bra (BRASAM)

Möjlighet att förebygga självmordshandlingar

Fyra frågor på en fyrgradig svars skala från "Stämmer inte alls" till "Stämmer helt och hållet" härrör från Aish m fl (2002) och avsåg att mäta *attityderna till möjlighet att förebygga självmordshandlingar*. Samtliga frågor kvarstod efter analys av dimensionaliteten (tabell 2) och svaren på frågorna gavs ett fiktivt värde från 1 (stämmer inte alls) till 4 (stämmer helt och hållet) och summerades för att bilda ett index. Frågorna i första enkäten har en Cronbach's alphakoefficient på 0,59, på 0,58 i den andra och på 0,63 i den tredje.

- Det är möjligt att förebygga självmord (PREVSUI)
- Det spelar ingen roll vad som görs för självordsnära personer, de kommer ändå att lyckas ta sina liv för eller senare (INGROLL)
- Om någon verkligen vill ta livet av sig kommer han/hon göra det även om han/hon får bästa tänkbara behandling (VILL)
- När en person väl bestämt sig för att begå självmord är det ingen idé att försöka förhindra det (EJHINDRA)

Koncept (latent variabel)	Enkät	Indikator (observerad variabel)	Modellanpassning			Indikatorernas kvalitet	
			X ²	Df	P-värde	Validitet	Reliabilitet
Tydlighet i arbetet med självmordsnära patienter	Enkät 1	VET	3,55	2	,17	0,84	0,71
		BRAINSTR				0,70	0,48
		SKILDUPPF				0,33	0,11
		SAKNINFO				0,77	0,59
	Enkät 2	VET	0,56	2	,76	0,84	0,71
		BRAINSTR				0,70	0,49
		SKILDUPPF				0,30	0,09
		SAKNINFO				0,77	0,60
	Enkät 3	VET	5,79	2	,06	0,91	0,83
		BRAINSTR				0,87	0,76
		SKILDUPPF				0,56	0,31
		SAKNINFO				0,58	0,34
Trygghet i arbetet med självmordsnära patienter	Enkät 1	KLARANSV	2,67	2	,26	0,67	0,46
		TRYGG				0,71	0,50
		HELANSV				0,56	0,31
		BRASAM				0,87	0,75
	Enkät 2	KLARANSV	2,70	2	,26	0,76	0,58
		TRYGG				0,40	0,16
		HELANSV				0,52	0,27
		BRASAM				0,80	0,64
	Enkät 3	KLARANSV	1,54	2	,46	0,67	0,45
		TRYGG				0,66	0,44
		HELANSV				0,47	0,22
		BRASAM				0,72	0,52
Möjligheter att förebygga självmords-handlingar	Enkät 1	PREVSUI	4,31	2	,12	0,62	0,38
		INGROLL				0,89	0,79
		VILL				0,46	0,21
		EJHINDRA				0,59	0,34
	Enkät 2	PREVSUI	1,22	2	,54	0,48	0,23
		INGROLL				0,79	0,62
		VILL				0,62	0,38
		EJHINDRA				0,66	0,43
	Enkät 3	PREVSUI	,60	2	,74	0,81	0,66
		INGROLL				0,61	0,38
		VILL				0,55	0,31
		EJHINDRA				0,59	0,35

Tabell 2. Validitet och reliabilitet för indikatorer för koncepten tydlighet, trygghet samt möjligheter att förebygga

Ett antal av de påstående som avser att mäta attityder till självmordsnära patienter och arbetet med dessa redovisas var och en för sig eftersom de enligt LISREL-analyser inte har någon gemensam underliggande/latent variabel som gör att de kan inordnas i ett index. Samtliga påstående har en fyrgradig svars skala från "Stämmer inte alls" till "Stämmer helt och hållet".

- Arbetet med självmordsnära patienter kräver för stor arbetsinsats
- Jag har inte tillräcklig tid för att hinna med arbetet med självmordsnära patienter
- När någon tar sitt liv är det alltid ett misslyckande
- Jag känner mer sympati för patienter som försökt ta sitt liv för första gången än för dem som tidigare gjort ett eller flera försök
- Jag har lättare för att acceptera att äldre tar sina liv än yngre
- Det finns omständigheter där valet att ta sitt liv är acceptabelt
- Man ska inte tala så mycket med patienterna om deras självmordsproblematik för att inte "väcka den björn som sover"

Rutiner för omhändertagandet av självmordsnära patienter

I redovisningen av behandlingspersonalens syn på rutinerna för omhändertagande av självmordsnära patienter ingår 15 frågor med en tregradig svars skala; "ja", "nej" och "vet ej".

- Har du tagit del av (dvs. läst) vårdprogrammet?
- Har du fått information om hur vårdprogrammet ska användas?
- Har du nytta av vårdprogrammet i ditt arbete?

Hur tillämpas följande rutiner på din enhet?

- Får alla självmordsnära patienter en individuell vårdplan?
- Används skattningsskalor för suicidriskbedömning?
- Görs anhöriga delaktiga i behandlingen av självmordsnära patienter?
- Fungerar överlämnandet av patienten från en vårdgivare till en annan?
- Larmas specialistläkare om en självmordsnära patient avviker?
- Rapporteras misstanke om suicidrisk till behandlingsansvarig eller patientansvarig läkare?
- Kontakts psykiatrisk specialist för bedömning av självmordsrisk?
- Får självmordsnära patienter särskild uppföljning efter utskrivning?
- Får anhöriga stödkontakt när en patient tagit sitt liv?
- Vänder ni er till en personalakut (psykologiska genomgångar) när en patient tagit sitt liv?

Undersökningsgrupp

Den första enkäten 2007 skickades ut till 500 behandlingspersonal inom Psykiatri Södra Stockholm. 361 personer (72,2%) svarade på enkäten.

Den första uppföljningsenkäten skickades ut i slutet av 2008 till de 312 personer som svarat på den första enkäten och som fortfarande var anställda inom Psykiatri Södra Stockholm. Svar erhöles från 222 (71,2%) personer.

Den andra uppföljningsenkäten skickades ut i slutet av 2010 till de 181 personer som svarat både på enkäten 2007 och enkäten 2008 och som fortfarande var anställda inom Psykiatri Södra Stockholm. Svar erhöles från 148 personer (81,8 %).

Svarsfrekvenserna med fördelning på kön, funktion och enhet framgår av tabell 3. Som framgår av tabell 3 är svarsfrekvensen på den tredje enkäten högre för både män och kvinnor samt för behandlingsansvariga, kontaktpersoner och andra funktioner än svaren på den första och andra enkäten. Det samma gäller för vissa av enheterna; Farsta-Skarpnåcks socialpsykiatriska enhet och jourmottagning, Södermalms socialpsykiatriska enhet samt Enskede-Årsta-Vantörs socialpsykiatriska enhet och jourmottagning. För övriga enheter har svarsfrekvensen minskat och allra mest har den minskat för Centrala jouren.

	Enkät 1			Enkät 2			Enkät 3		
	Ut-skick	Svar	%	Ut-skick	Svar	%	Ut-skick	Svar	%
All behandlingspersonal	500	361	72,2	312	222	71,2	181	148	81,8
Per kön									
Män	193	136	70,5	122	89	73,0	79	66	83,5
Kvinnor	307	221	72,0	190	133	70,0	102	82	80,4
Per enhet									
Centrala jouren	11	7	63,6	4	2	50,0	3	1	33,3
Ytterö	78	63	80,8	57	45	78,9	38	30	78,9
Psykoterapienheten	24	24	100	24	21	87,5	13	12	92,3
Farsta-Skarpnäck SPE	87	59	67,8	53	40	75,5	34	30	88,2
Farsta-Skarpnäck jourmott	25	18	72,0	12	9	75,0	7	6	85,7
Södermalms SPE	88	45	51,1	44	29	65,9	24	17	70,8
Södermalm jourmott	32	31	96,9	25	18	72,0	13	12	92,9
Enskede-Årsta-Vantör SPE	88	57	64,8	45	20	44,4	18	12	66,7
Enskede-Årsta-Vantör jourmott	26	24	92,3	24	23	95,8	19	19	100
Övrigt	41	33	80,5	24	15	62,5	12	9	75,0
Per funktion									
Läkare	34	29	85,3	20	14	70,0	10	7	70,0
Behandlingsansvarig	200	171	85,5	149	110	73,8	95	83	87,4
Kontaktperson	212	110	51,9	104	66	63,5	58	40	69,0
Annat	54	51	94,4	39	32	82,1	18	18	100

Tabell 3. Svarsfrekvenser; enkäterna

Det är ingen signifikant skillnad när det gäller ålder eller funktion mellan dem som enbart svarat på enkät 1 och dem som svarat på alla tre enkäterna. Däremot finns en signifikant ($p=.033$) skillnad mellan könen, fler män än kvinnor svarade på alla tre enkäterna jämfört med dem som enbart svarade på den första enkäten. Det finns också en signifikant ($p=.001$) skillnad mellan enheterna. Vid de flesta enheter har färre svarat på alla tre enkäterna än endast på enkät 1. Undantagen är Ytterö, Farsta-Skarpnåcks socialpsykiatriska enhet och Södermalms jourmottagning där lika många svarade på alla tre enkäterna som enbart på enkät 1 samt Årsta-Enskede-Vantörs jourmottagning där fler svarade på alla tre enkäterna än på enbart den första enkäten. Dessutom finns en signifikant ($p=.012$) skillnad när det gäller dem som anser att de har tillräcklig utbildning för arbetet med självmordsnära patienter. Av dem som svarat på samtliga enkäter är det en större andel som anser att de har tillräcklig utbildning än som anser att de saknar utbildning medan det är fler bland dem som enbart svarat på den första enkäten som anser att de saknar utbildning än som anser att deras utbildning är tillräcklig.

Statistiska beräkningar

De program som använts för de statistiska analyserna är

- Windowsversionen av SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0;
- LISREL 8.51 (Jöreskog 1990; Jöreskog & Sörbom 2001).

Olika statistiska beräkningsmetoder har använts för att testa förändringar över tid beroende på svarsskalornas konstruktion. I samtliga fall har icke parametriska test för korrelerade grupper använts.

- *Friedman Test* för frågor med svarsalternativ på en ordinalskala (t ex attitydfrågorna) eller när nominalskalan inte är dikotom (t ex svarsalternativ ja, nej, vet ej) och skalan betraktats som en ordinalskala.
- *Marginal homogeneity test* för frågor på en nominalskala (t ex svarsalternativ ja och nej) används när två år jämförs.
- *Cochran Q test* för frågor på en nominalskala (t ex svarsalternativ ja och nej) när tre år jämförs.

Jämförelserna över tid har genomförts enbart för de personer som deltagit i projektet Aktion Livräddnings utbildningar och som angett att de arbetat med självmordsnära patienter under de senaste sex månaderna.

Samtliga test var tvåsidiga och gränsen för statistisk signifikans sattes vid 0.05.

Strukturekvationsmodellering (Linear Structural Equation Modeling) med hjälp av LISREL 8.51 (Jöreskog 1990; Jöreskog & Sörbom 2001) användes för att testa kvaliteten på attitydfrågorna och deras underliggande, bakomliggande mönster eller samband. Faktoranalyser med hjälp av LISREL har en konfirmativ ansats. Detta gör att man, i motsats till vad som gäller för explorativ faktoranalys, före själva analysen måste göra antaganden om hur variablerna förhåller sig till varandra och vad de mäter.

RESULTAT

Internt bortfall

Det interna bortfallet i enkätundersökningarna skiljer sig åt mellan frågorna och varierar från 0,8 procent till 9,3 procent. Det högsta interna bortfallet (6,8 – 9,3 procent) rör vissa frågor om rutinerna samt frågan om man anser att man har tillräcklig utbildning för att kunna arbeta med självmordsnära patienter. I enkäten 2008 var det dessutom 6,8 procent som avstod från att svara på påståendet att det är förståeligt att en person som är obotligt sjuk väljer att ta sitt liv och 9,3 procent som avstod att svara på påståendet att det finns omständigheter där valet att ta sitt liv är acceptabelt. För att behålla en så stor population som möjligt i analysen av frågorna används svaren från samtliga respondenter inom respektive frågeområde. Antalet respondenter som ingår i analyserna redovisas i texten och diagrammen.

Respondenterna

Av den behandlingspersonal som besvarat alla tre enkäter (n=148) är 43,9 procent män och 56,1 procent är kvinnor. Medelåldern vid tiden för den sista enkäten 2010 är 54,2 år (53,0 för männen och 55,0 för kvinnorna). 95,9 procent anger att de arbetat inom Psykiatri Södra Stockholm i mer än fem år; 87,8 procent arbetar dag och 11,5 procent arbetar natt. En person (0,7 procent) anger att han/hon arbetar både dag och natt. Fördelningen på funktion och enhet framgår av tabell 3.

Personalens erfarenheter av arbete med självmordsnära patienter och patientsuicid

Så gott som samtliga av de 148 (95,3%) respondenterna har arbetat med självmordsnära patienter under det senaste halvåret, 70,7 procent dagligen eller minst en gång i veckan.

Övervägande delen av personalen har erfarenhet av patientsuicid. 65,1 procent rapporterar sådan erfarenhet i den första enkäten 2007, 22,3 procent rapporterar att de varit med om ett självmord bland patienterna under det år som gick mellan den första och andra enkäten 2008 och ytterligare 35,2 procent anger att någon eller några av deras patienter tagit sina liv mellan åren 2008 och 2010. 9,4 procent av dem har erfarenhet av fem eller fler patientsuicid.

Av tabell 4 framgår att så gott som samtliga som har varit med om patientsuicid fått stöd av arbetskamrater i samband med händelsen men att det rapporterade stödet efter patientsuicid tycks ha sjunkit.

Stöd i samband med patientsuicid	Erfarenhet av patientsuicid t o m 2007, n=80	Erfarenhet av patientsuicid 2007 – 2008, n=33	Erfarenhet av patientsuicid 2008 – 2010, n=51
Fick stöd av arbetsledningen	1)	1)	72,5
Fick stöd av arbetskamrater	93,8	78,8	70,6
Fick stöd genom personalakuten	57,5	48,5	39,2
Retrospektiv genomgång genomfördes	53,8	30,3	2)
Händelseanalys genomfördes	1)	1)	51,0

1) Frågorna ingick inte i enkäterna 2007 eller 2008

2) Frågan ingick inte i enkäten 2010

Tabell 4. Behandlingspersonalens erfarenheter av stöd inom Psykiatri Södra Stockholm i samband med patientsuicid

Jämförelser mellan dem som deltog och inte deltog i utbildningen

Av de 148 respondenterna deltog 118 vid minst något av de utbildningstillfällen som anordnades inom ramen för Aktion Livräddning. 30 personer deltog inte vid något tillfälle. Av tabell 5 framgår hur de som deltog och inte deltog fördelar sig på vissa bakgrundsfaktorer.

	Deltog, n=118	Deltog inte, n=30
Män	72,7 %	23,3 %
Kvinnor	85,4 %	14,6 %
Medelålder	53,4 år	57,07 år
Läkare, specialist i psykiatri	100,0 %	0 %
Läkare, icke specialist	100,0 %	0 %
Behandlingsansvarig	91,6 %	8,4 %
Kontaktperson	50,0 %	50,0 %
Annan funktion	83,3 %	16,7 %
Dagpersonal	87,7 %	12,3 %
Nattpersonal	13,3 %	86,7 %

Tabell 5. Jämförelser mellan deltagare och icke deltagare i utbildningen

Det finns ingen signifikant ($p=.066$) skillnad mellan dem som deltog och inte deltog när det gäller kön. Däremot är de som deltog i utbildningen signifikant ($p=.031$) yngre än dem som inte deltog. De som deltog arbetar i signifikant ($p=.000$) större utsträckning dag än natt.

Vidare finns en signifikant ($p=.000$) skillnad när det gäller funktion. Ju högre upp i hierarkien desto större närvaro i utbildningen bland dem som svarat på samtliga enkäter.

Synen på kunskap för arbetet med självmordsnära patienter

118 personer av de 148 (79,7%) som svarat på alla tre enkäter deltog vid minst något av de utbildningstillfällen som ingick i Aktion Livräddning. Av dem har 91 svarat på frågan om Aktion

Livräddning tillfört dem kunskaper avseende arbetet med självmordsnära patienter i enkäterna 2008 och 2010. Som framgår av diagram 6 anser 58,2 procent av dem att utbildningen i första etappen av Aktion Livräddning tillfört dem kunskaper i stor eller ganska stor utsträckning och att andelen ökat till 65,9 procent när all utbildning genomförts. Ökningen är signifikant ($Z=-2,404$, $p=.016$).

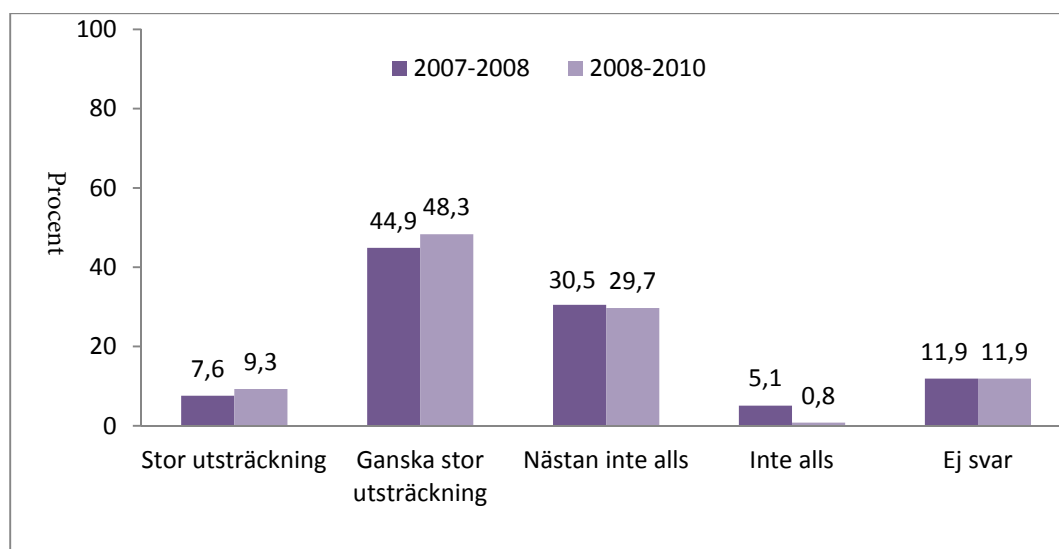


Diagram 6. Andelen personer som anser att Aktion Livräddning tillfört kunskaper avseende arbetet med självmordsnära patienter (n=91)

54 av dem som ansåg att Aktion Livräddning tillfört dem kunskaper har i båda enkäterna även svarat på frågan om dessa kunskaper medfört att deras arbete med självmordsnära patienter påverkats. Andelen som anser att de kunnat omsätta de nyförvärvade kunskaperna i praktiskt patientarbete har ökat signifikant (Marginal Homogeneity Test $= -4,123$, $p=.000$) från 51,9 procent år 2008 till 83,3 procent år 2010. 37 av de 45 personer som anser att de har haft användning av sina kunskaper har dessutom angett vilka av dessa kunskaper som de kunnat använda i sitt arbete.

De kunskaper som framför allt nämns är:

- Kunskapen och medvetenheten om suicidrisk och hur göra riskbedömningar
- Vikten av att upptäcka suicidrisk i tid och förebyggande insatser
- Ökad tydlighet
- Vikten av nätverksarbete, samverkansfrågor och täta uppföljningstider

Man anger också att man nu gör en mer omfattande analys/dokumentation, har en större vaksamhet på patienter med psykosproblematik som uttrycker suicidtankar, fått ökad kunskap om processer, ökad lyhördhet och ökat fokus på frågan samt kan ge ett bättre bemötande.

16,7 procent anger däremot att de inte tycker att utbildningen inom Aktion Livräddning påverkat deras arbetssätt. Som främsta skäl anges att man har redan hade lång erfarenhet av arbetet med självmordsnära patienter och att man arbetar enligt befintliga rutiner.

Vid jämförelser över tid från tiden före Aktion Livräddning till projektets slut visar det sig att det har skett en signifikant ökning (Cochran's $Q=9,556$, $p=.008$) av andelen personal som anser att de har tillräcklig utbildning för att arbeta med självmordsnära patienter bland dem som deltog i utbildningen och som arbetat med självmordsnära patienter under de senaste sex månaderna ($n=80$). Andelen som anser att de har tillräcklig utbildning för detta arbete har ökat från 68,8 procent år 2007 till 75,0 procent år 2008 och till 85,0 procent år 2010.

Attityder till arbetet med självmordsnära patienter

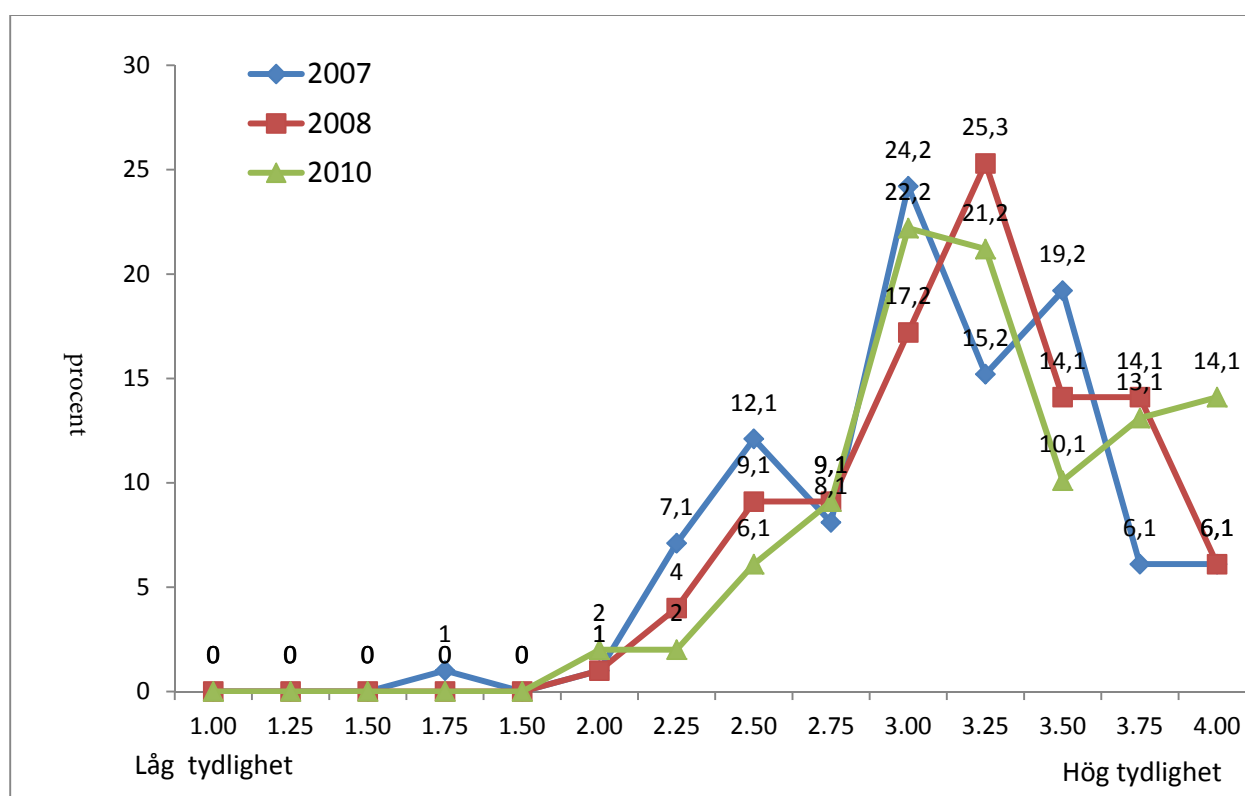


Diagram 7. Synen på tydlighet i arbetet med självmordsnära patienter före och efter utbildningen bland personal som deltagit i utbildningen och som arbetat med självmordsnära patienter senaste halvåret, $n = 99$

99 av dem som deltog i utbildningen och som arbetat med självmordsnära patienter under det senaste halvåret svarade på de fyra frågor som avser att mäta synen på tydlighet i arbetet med självmordsnära patienter vid samtliga enkätstillfällen. De personer som deltagit i utbildningen rapporterar i signifikant ($X^2=13,994$, $p=.001$) högre utsträckning tydlighet när det gäller arbetet med självmordsnära patienter efter utbildningen än de gjorde före utbildningen. Medeltalet ökade från 3,08 år 2007 till 3,19 år 2008 och slutligen till 3,26 år 2010. Av diagram 7 framgår den procentuella svarsfördelningen från låg (=1) till hög (=4) tydlighet vid de tre olika enkätstillfällena.

Fyra frågor avser att mäta trygghet i arbetet med självmordsnära patienter. 99 av deltagarna i utbildningen och som arbetat med självmordsnära patienter under det senaste halvåret besvarade dessa fyra frågor vid samtliga enkättillfällen. Deltagarna i utbildningen rapporterar att deras uppfattning vad gäller trygghet i arbetet med självmordsnära patienter ökat signifikant ($X^2=6,769$, $p=.034$) från ett medeltal på 3,02 år 2007 till 3,07 år 2008 och slutligen till 3,15 år 2010. I diagram 8 redovisas den procentuella spridningen vid de tre enkättillfällena från låg trygghet (=1) till hög trygghet (=4) i arbetet med självmordsnära patienter bland personal som deltagit i utbildningen och som arbetat med självmordsnära patienter de senaste sex månaderna.

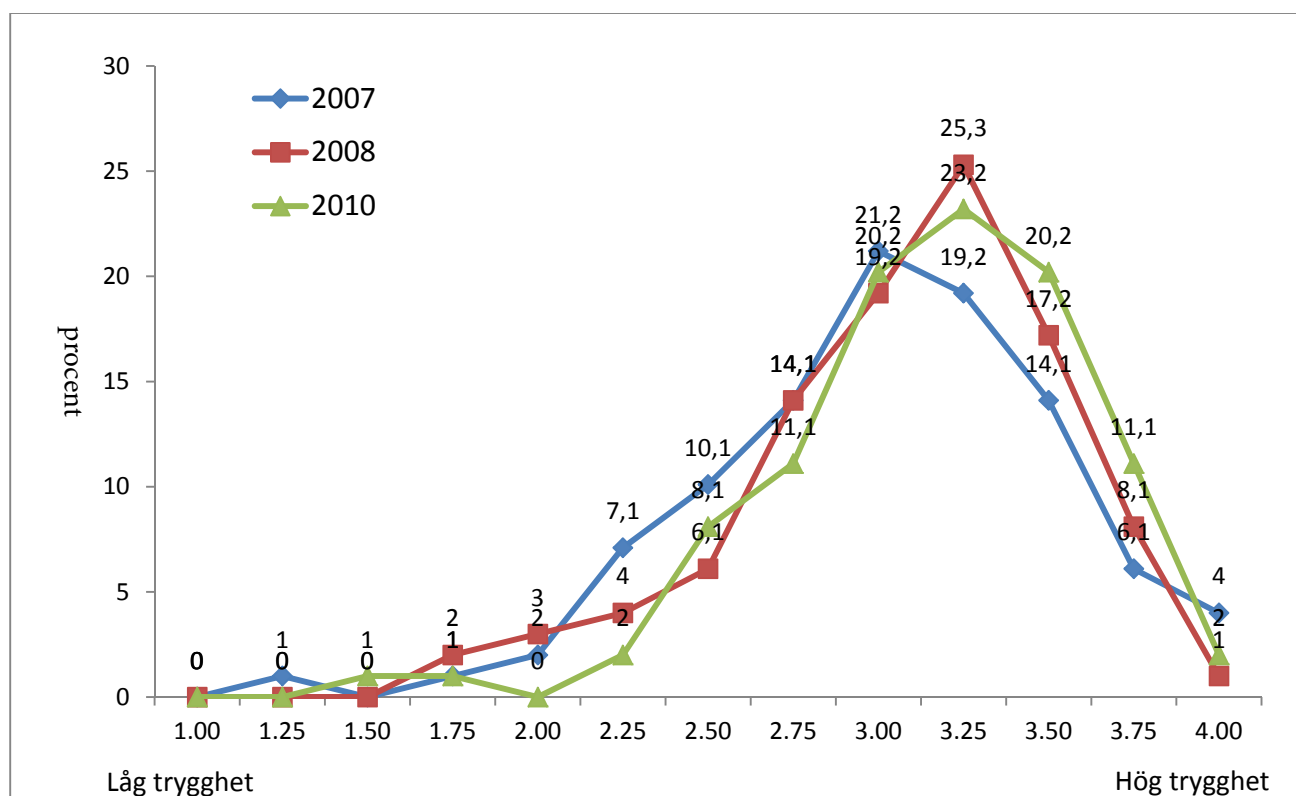


Diagram 8. Synen på trygghet i arbetet med självmordsnära patienter före och efter utbildningen bland personal som deltagit i utbildningen och som arbetat med självmordsnära patienter senaste halvåret, n=99

Ingen signifikant förändring har skett när det gäller synen på arbetsbelastningen när det gäller vård och behandling av självmordsnära patienter. Av de 85 personer som deltagit i utbildningen, arbetat med självmordsnära patienter under de senaste sex månaderna samt besvarat frågorna om arbetsbelastning i alla tre enkäterna anger 51,8 procent före utbildningen, 47,1 procent efter första etappen av Aktion Livräddning och 51,8 procent efter projektets slut att de anser att arbetet med självmordsnära patienter kräver en för stor arbetsinsats ($X^2=,450$, $p=,798$). 31,8 procent rapporterar före, 40,0 procent efter första etappen och 37,6 procent efter projektets slut att de inte har tillräcklig tid för att hinna med arbetet med självmordsnära patienter ($X^2=,490$, $p=,783$).

Som framgår av diagram 9 har heller ingen signifikant ($X^2=,311$, $p=,856$) förändring skett när det gäller att man inte ska tala så mycket med patienterna om deras självmordsproblematik för att inte "väcka den björn som sover".

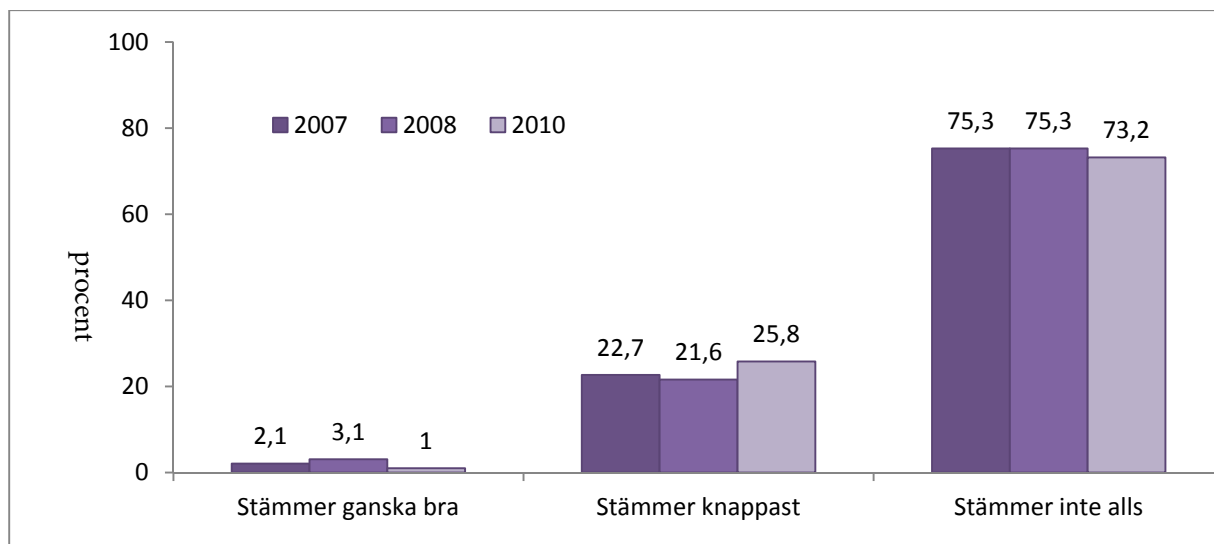


Diagram 9. Synen på att inte "väcka den björn som sover" före och efter utbildningen bland personal som deltagit i utbildningen, n=97

Attityder till möjligheter att förebygga självmord

De personer som deltagit i utbildningen, svarat på samtliga enkäter och arbetat med självmordsnära patienter under det senaste halvåret (n=98) rapporterar en signifikant ($X^2=10,564$, $p=,005$) större tilltro till möjligheterna att förebygga självmord efter utbildningen än före. Medeltalet ökade från 3,24 år 2007 till 3,39 år 2008 för att minska något till 3,38 år 2010. I diagram 10 redovisas den procentuella spridningen från låg tilltro (=1) till hög tilltro (=4) på synen på möjligheterna att förebygga självmord vid de tre enkättillfällena.

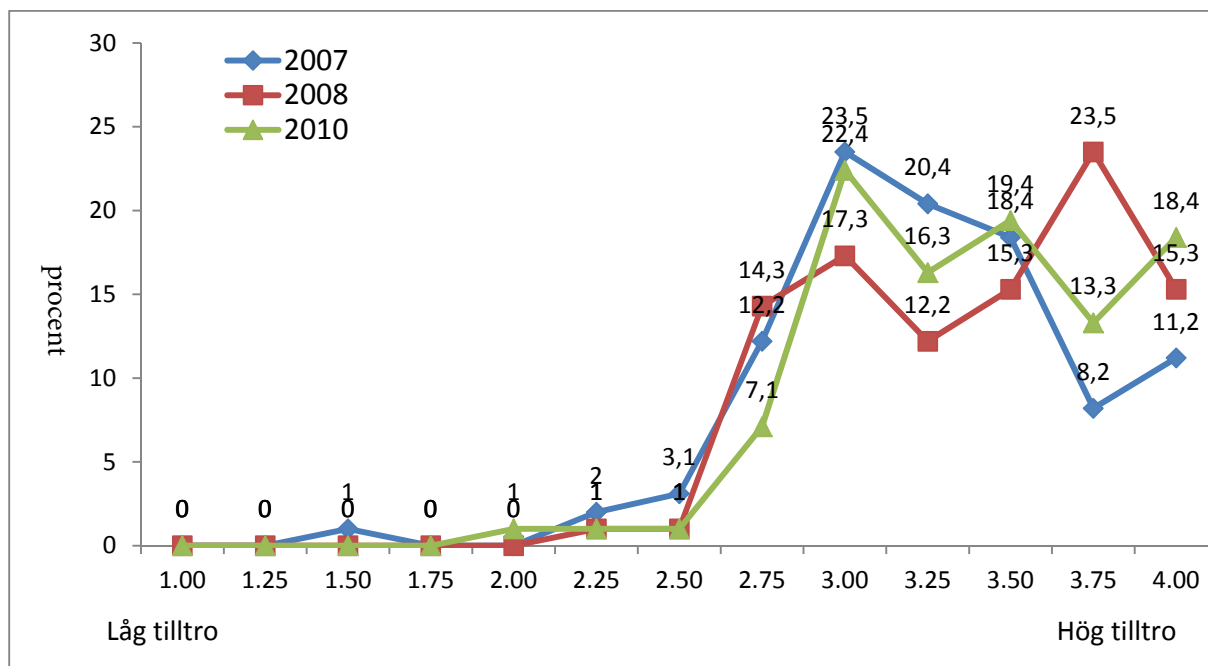


Diagram 10. Synen på möjligheterna att förebygga självmord före och efter utbildningen bland personal som deltagit i utbildningen och som arbetat med självmordsnära patienter det senaste halvåret, n = 98

Attityder till självmordsnära patienter

Någon signifikant förändring ($X^2=2,618$, $p=,270$) har inte skett när det gäller synen på om självmord kan ses som ett misslyckande. Av de 92 personer som deltog i utbildningen, arbetat med självmordsnära patienter under de senaste sex månaderna och som svarade på frågan om misslyckande vid de tre enkättillfällena rapporterar 64,1 procent före utbildningen, 62,0 procent efter första etappen av Aktion Livräddning och 66,3 procent efter projektets slut att de anser att det alltid är ett misslyckande om någon tar sitt liv.

Det finns en tendens ($X^2=5,940$, $p=,051$) till att den personal vid Psykiatri Södra Stockholm som deltagit i utbildningen ökat sin sympati för patienter som gjort flera självmordsförsök. Före utbildningen rapporterade 13,4 procent att de känner mer sympati för patienter som försökt ta sitt liv för första gången än för dem som tidigare gjort ett eller flera försök. Efter första etappen av Aktion Livräddning var andelen 11,3 procent och efter projektets slut 7,2 procent. I diagram 11 presenteras den procentuella svarsfördelningen för de 97 personer som deltagit i utbildningen, arbetat med självmordsnära patienter under det senaste halvåret och som besvarat denna fråga vid samtliga enkättillfällen.

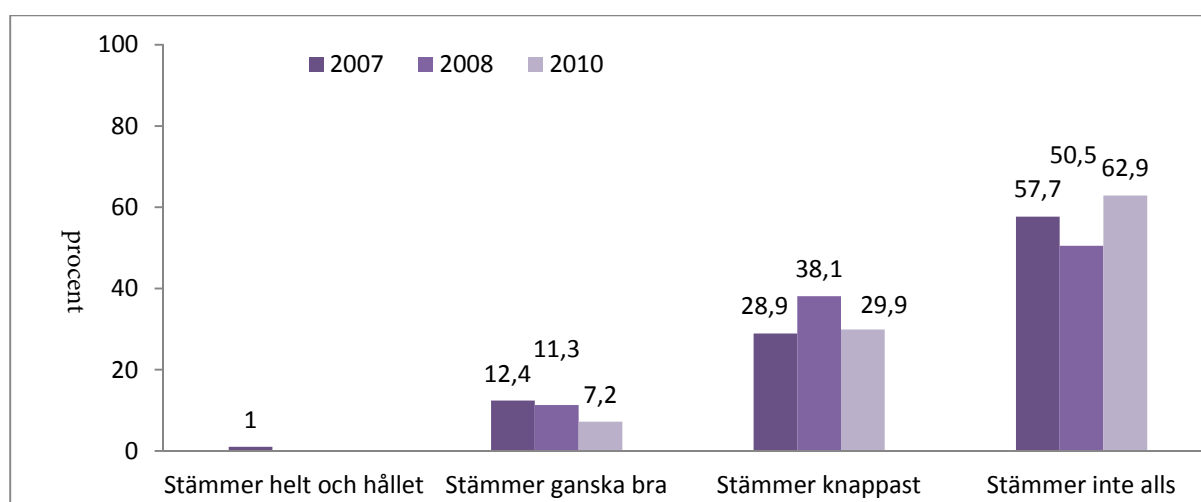


Diagram 11. Känner mer sympati för patienter som gjort ett självmordsförsök än för dem som gjort flera. Före och efter utbildningen bland personal som deltagit i utbildningen, n=97

Tre av frågorna handlar om synen på om självmord kan accepteras i vissa fall; om det finns omständigheter när självmord är acceptabelt; om självmord är förståeligt när någon är obotligt sjuk; om det är lättare att acceptera självmord bland äldre. Någon signifikant förändring av acceptansen har inte skett. 49,1 procent av dem som deltagit i utbildningen och besvarat dessa tre frågor vid samtliga enkättillfällen (n=83) anser före utbildningen, 44,4 procent efter första etappen av Aktion Livräddning och 42,6 procent efter projektets slut att det finns omständigheter där valet att ta sitt liv är acceptabelt ($X^2=1,661$, $p=,436$). 49,4 procent rapporterar före utbildningen, 47 procent efter första etappen av Aktion Livräddning och 55,4 efter projektet att det är förståeligt att en person som är obotligt sjuk väljer att ta sitt liv ($X^2=3,184$, $p=,204$) och 19,3 procent anger före utbildningen och 22,9 procent såväl efter första etappen av Aktion Livräddning som efter projektets slut att de har lättare för att acceptera

att äldre tar sina liv än yngre ($X^2=,792$, $p=,673$). Av diagram 12 framgår den procentuella svarsfördelningen för de 83 personer som deltagit i utbildningen, arbetat med självmordsnära patienter det senaste halvåret och svarat på samtliga enkäter.

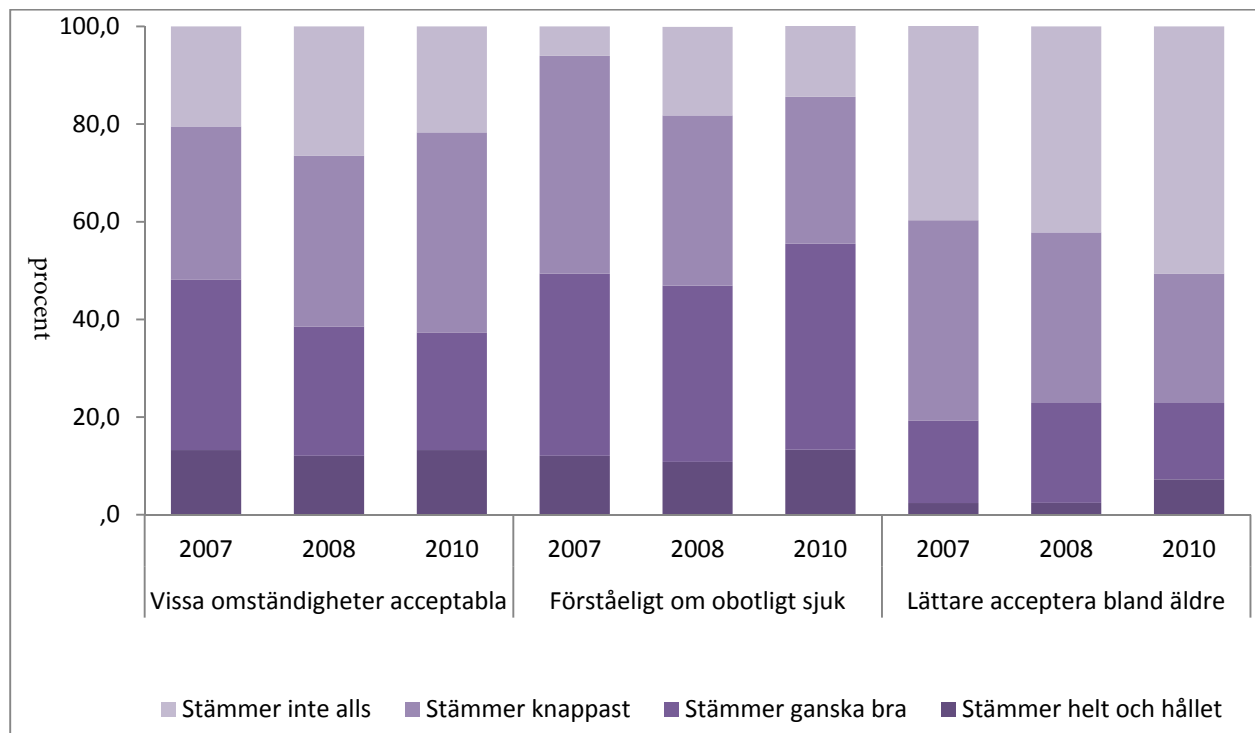


Diagram 12. Acceptans av självmord före och efter utbildningen bland personal som deltagit i utbildningen, n=83

Rutiner för omhändertagandet av självmordsnära patienter

Implementering av vårdprogram för vård av suicidnära patienter

Vårdprogrammet för vård av suicidnära patienter inom Psykiatri Södra Stockholm implementerades inom verksamheten under 2006 och lanserades på nytt i samband med utbildningen inom projektet Aktion Livräddnings första etapp. Den upprepade lanseringen har inte haft någon statistiskt säkerställd inverkan på hur många som tagit del av programmet ($X^2=,712$, $p=,701$), har fått information om hur det ska användas ($X^2=,583$, $p=,747$) eller anser att de har nytta av det ($X^2=2,780$, $p=,249$) vid projektets slut. En tendens till ökning av dem som anser att de har haft nytta av vårdprogrammet kan dock noteras från 44,3 procent år 2007 till 50,6 procent år 2008 och till 57 procent år 2010. I diagram 13 redovisas svarsfördelningen för den behandlingspersonal vid Psykiatri Södra Stockholm som deltagit i utbildningen, arbetat med självmordsnära patienter under det senaste halvåret och som besvarat frågorna om vårdprogrammet vid samtliga enkättillfällen (n=79).

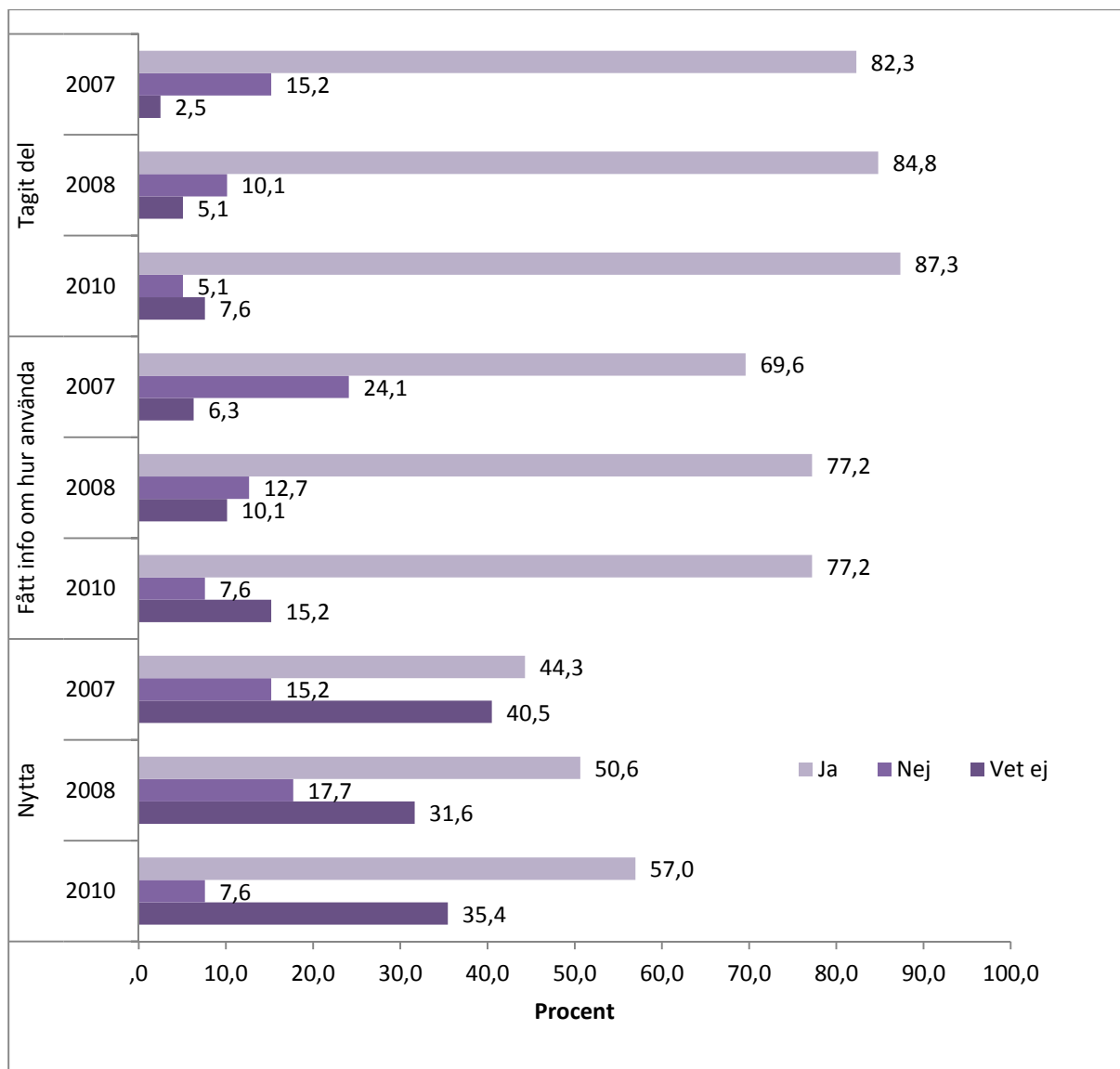


Diagram 13. Synen på implementeringen av vårdprogram för vård av suicidnära patienter inom Psykiatri Södra Stockholm bland behandlingspersonal som deltagit i utbildningen och arbetat med självmordsnära patienter under det senaste halvåret före och efter Aktion Livräddning, n= 79

Efter Aktion Livräddning ansåg 45 personer som deltagit i utbildningen, arbetat med självmordsnära patienter under det senaste halvåret och svarat på frågorna om vårdprogramarbetet vid samtliga enkätstillfällen att de har nytta av vårdprogrammet. Av dem har 36 personer angett anledningar till varför. De viktigaste anledningarna är:

- Att det ger ett strukturerat arbetssätt och gemensamt synsätt
- Att man har tillgång till riktlinjer och konkreta rutiner avseende riskbedömning och uppföljning
- Att det är OK att prata om självmord med patienterna
- Att det är innehållsrikt och att kunskapen finns samlad på ett ställe
- Att frågan uppmärksammas

6 personer anger att de inte anser att de har någon nytta av vårdprogrammet. De anledningar som främst anges är:

- Att det inte innehåller någon ny information
- Att man saknar tid att använda det
- Att det passar dåligt när suicidhot används som påtryckning
- Att man saknar konkret information när det gäller den praktiska registreringen av data

Rutiner enligt vårdprogram för vård av suicidnära patienter inom Psykiatri Södra Stockholm

Det vårdprogram för vård av suicidnära patienter som lanserades år 2006 innehåller ett antal rutiner som personalen vid Psykiatri Södra Stockholm ska följa när de vårdar och behandlar en suicidnära patient. 121 personer svarade på frågorna om rutiner som rör riskbedömningar (diagram 14), 111 på frågorna som rör anhörigaspekter (diagram 15) och 101 på övriga rutinfrågor (diagram 16) vid samtliga tre enkätomgångar.

Som framgår av diagrammen är det vissa av dessa rutiner som en stor andel av personalen är mer säker på att de följs inom deras enheter än andra. Vid samtliga enkät tillfällen ansåg 80 procent eller fler att misstankar om suicidrisk rapporteras till behandlingsansvarig eller patientansvarig läkare och att psykiatrisk specialist kontaktas för bedömning av självmordsrisk vid deras enheter. Vid de två senaste enkät tillfällena rapporterade dessutom 80 procent eller fler att specialistläkare larmas rutinmässigt när en självmordsnära patienter avviker. År 2010 var personalen även säker på att man rutinmässigt använder skattningsskalor för bedömning av suicidrisk.

Andra rutiner tycks personalen vara mer osäker på om de används eller inte. Vid samtliga tre enkät tillfällen var det mindre än hälften som kände till att självmordsnära får särskild uppföljning efter utskrivning. Åren 2007 och 2008 var det mindre än hälften som rapporterade att överlämnandet från en vårdgivare till en annan fungerar på deras enheter och 2010 att anhöriga görs delaktiga i behandlingen av självmordsnära patienter.

Över tid har kännedomen om att skattningsskalor används rutinmässigt för suicidriskbedömning ökat signifikant ($X^2=8,894$, $p=,012$). 2007 rapporterade 66,9 procent av personalen detta, 2008 75,2 procent och 2010 81,8 procent. I övrigt har inga signifikanta förändringar skett.

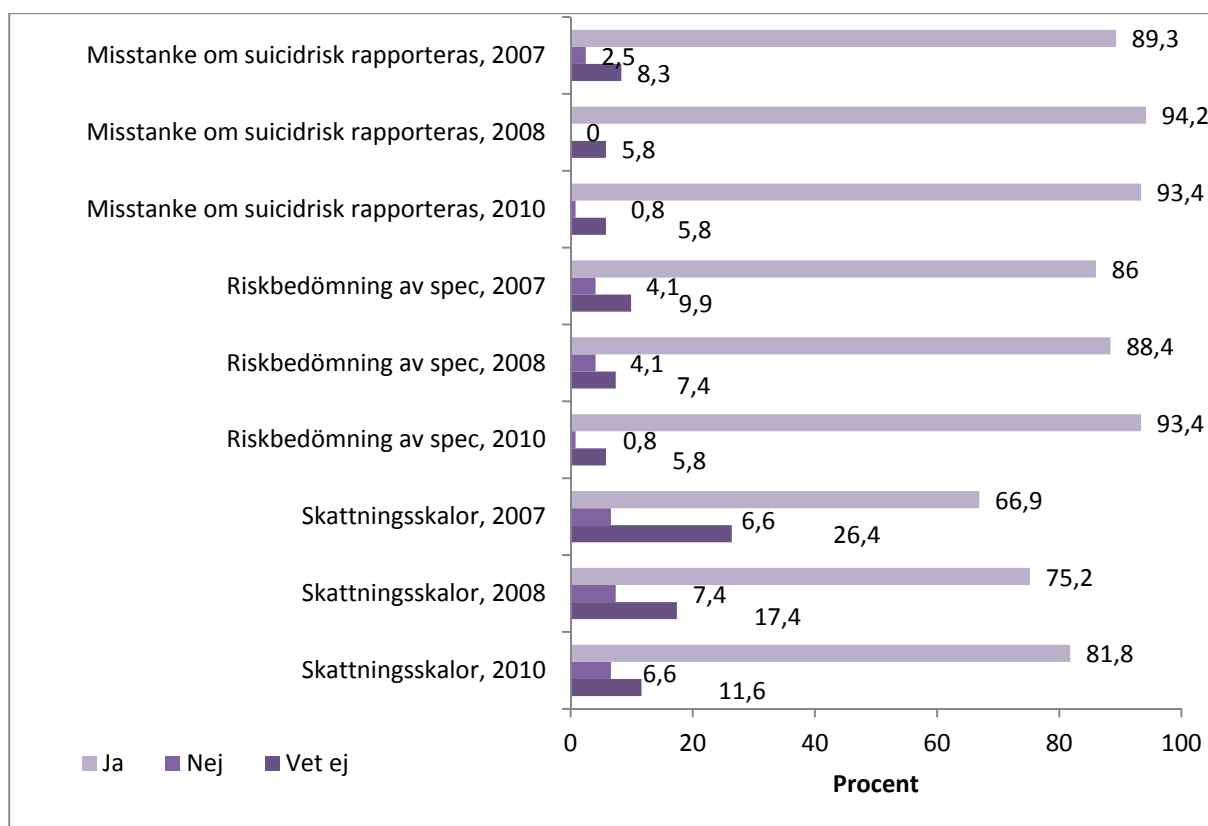


Diagram 14. Personalens kännedom om vilka rutiner rörande suicidriskbedömningar som tillämpas på deras enhet i arbetet med suicidnära patienter, n=121

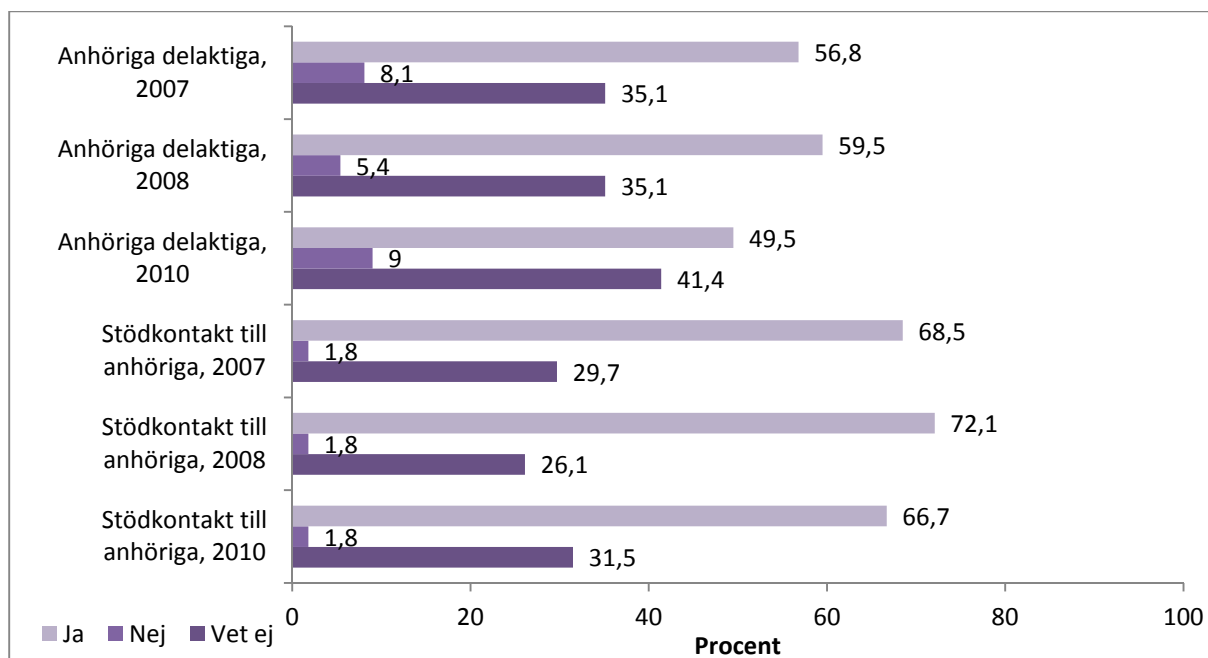


Diagram 15. Personalens kännedom om vilka rutiner rörande anhörigaspekter som tillämpas på deras enhet i arbetet med suicidnära patienter, n=111

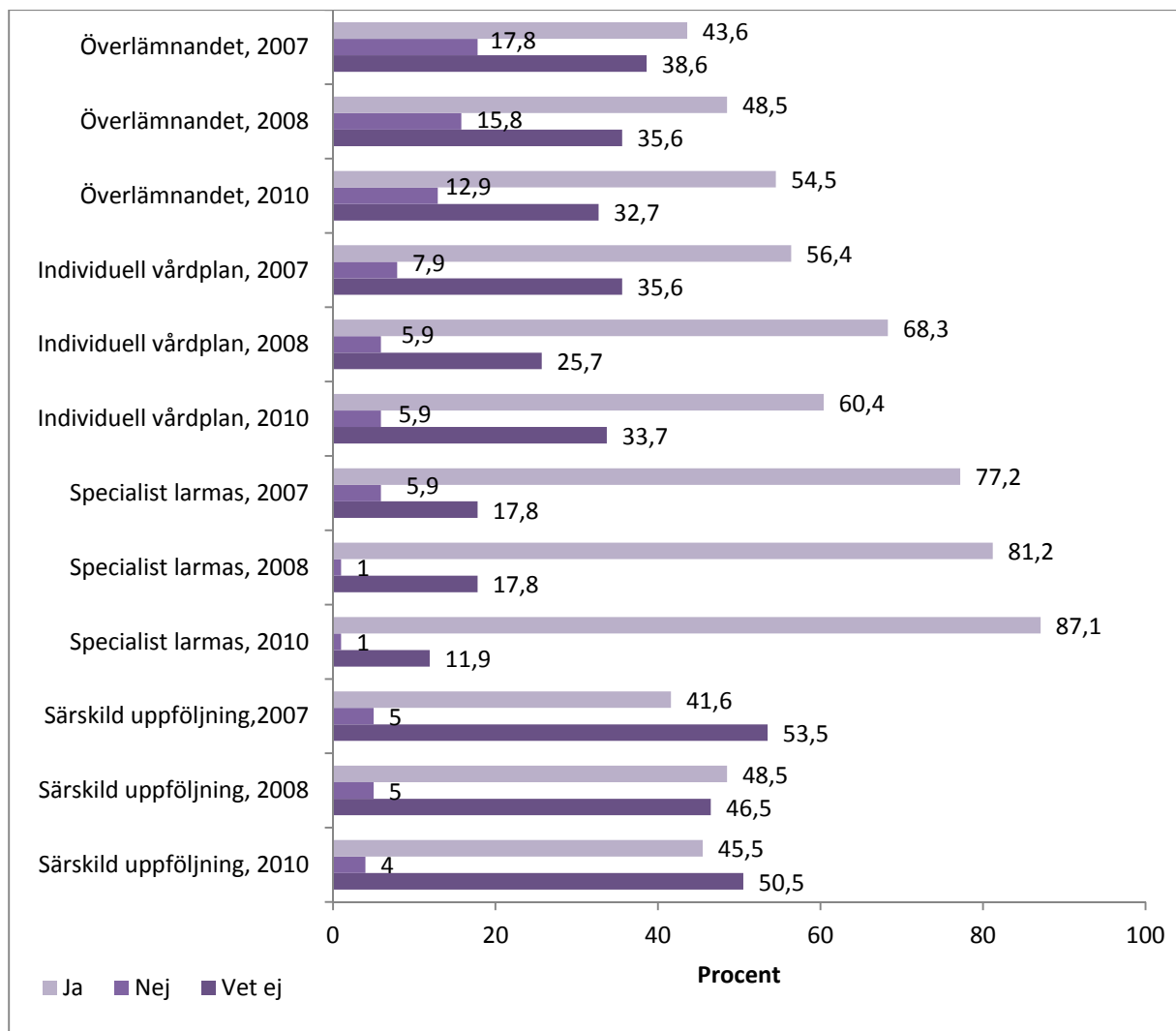


Diagram 16. Personalens kännedom om övriga rutiner som tillämpas på deras enhet i arbetet med suicidnära patienter, n=101

Personalakut

Utöver de rutiner som presenterats ovan innehåller vårdprogrammet för vård av suicidnära patienter även rutiner när det gäller hur man inom Psykiatri Södra Stockholm ska ta hand om personalen efter ett självmord bland patienterna. 130 personer besvarade vid samtliga tre enkätstillfällen den fråga som belyser dessa rutiner (diagram 17). Kännedomen om hur dessa rutiner praktiseras har inte förändrats signifikant över tid ($X^2 = 3,436$, $p = ,179$).

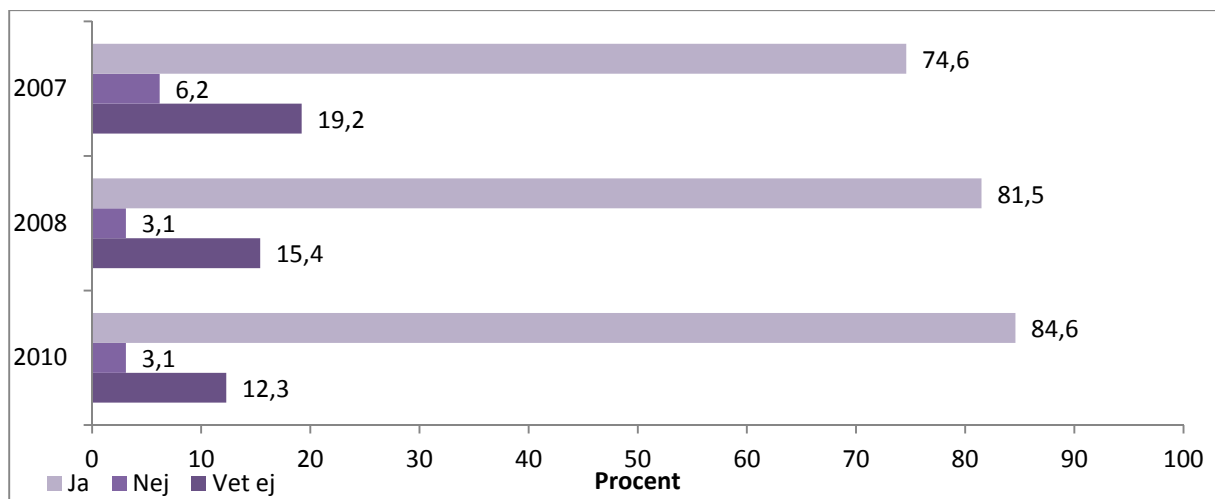


Diagram 17. Rutiner för omhändertagande av personal efter patientsuicid, n=130#

DISKUSSION

METOD

Svarsfrekvenser

Svarsfrekvensen är hög på den första enkäten (72,2 %) och relativt jämnt fördelad mellan enheter med undantag för Södermalms socialpsykiatriska enhet (51,1 %). Av funktionerna är det kontaktpersonerna som i störst utsträckning avstått från att svara. Kontaktpersonernas ovilja att delta hänger troligen samman med att man inte ansåg sig vara berörd av utvärderingen eftersom någon utbildning för dem inte var planerad när den första enkätundersökningen genomfördes. Det är också i första hand kontaktpersonernas obenägenhet att svara som avspeglar den låga svarsfrekvensen bland Södermalms socialpsykiatriska enhet.

222 personer (71,1 %) av dem som svarade på den första enkäten och som fortfarande var anställda vid Psykiatri Södra Stockholm vid tidpunkten för den andra enkätomgången svarade även på den andra enkäten. På den tredje enkäten svarade 148 personer (81,8 %) av dem som svarat på både den första och den andra enkäten.

Att följa samma personer över tid har stora metodologiska fördelar när man önskar mäta förändringar över tid (Frankfort-Nachmias & Nachmias 1996; Krohn & Thornberry 2000). Problemet är att andelen personer som är villiga att delta i ett antal upprepade studier tenderar att minska. Det är också fallet i denna studie eftersom 29 procent av dem som svarade på den första enkäten avstod från att svara på den andra och ytterligare 18 procent avstod från att svara på den tredje enkäten. När andelen respondenter minskar i förhållande till den ursprungliga populationen kan det medföra problem med tillförlitligheten eftersom de som svarar kanske inte längre är representativa för den grupp man vill undersöka. Aktion Livräddning syftar främst till att höja kompetensen vad gäller omhändertagandet av självmordsnära patienter och en signifikant ($p=,012$) skillnad har konstaterats mellan dem som svarat enbart på den första enkäten och dem som svarat på samtliga enkäter när det gäller deras subjektiva upplevelse av att ha tillräcklig utbildning för arbetet med självmordsnära patienter. Av dem som svarat på samtliga enkäter var det en större andel som ansåg att de redan innan projektet startade hade tillräcklig utbildning för detta arbete än de som inte ansåg att de hade tillräcklig utbildning. Av dem som enbart svarat på den första enkäten däremot var det en större andel som ansåg att de saknade tillräcklig utbildning än som ansåg att deras utbildning redan var tillräcklig. En tidigare studie har visat att den subjektiva upplevelsen av att ha tillräcklig utbildning har ett samband med upplevelsen av tydlighet i arbetet (Ramberg & Wasserman 2003). Detta tyder på att de resultat som presenteras i denna rapport snarare kanske är en underskattning än en överskattning.

Eftersom det är utbildningens effekter som undersöks har de som inte deltagit i utbildningen uteslutits från utvärderingen. Dessutom har enbart de personer som arbetat regelbundet med självmordsnära patienter under de senaste sex månaderna ansetts vara relevanta för frågorna i enkäten eftersom de handlar uteslutande om detta arbete. De flesta respondenterna tillhör dock denna kategori. Men med tanke på detta och att alla som deltagit i utbildningen inte medverkat i enkätundersökningen kan

konstateras att utvärderingsunderlaget består av en subgrupp av personalen vid Psykiatri Södra Stockholm. Gruppens representativitet kan därför diskuteras.

Det kan också finnas problem när det gäller generaliserbarheten om det finns skillnader mellan dem som deltar vid båda enkätundersökningarna och dem som enbart deltar i den första enkätomgången (Frankfort-Nachmias & Nachmias 1996). Jämförelser mellan dem som svarat på samtliga enkäter och dem som enbart svarat på den första enkäten visar emellertid att det inte finns någon signifikant skillnad när det gäller ålder eller funktion. Däremot finns en signifikant ($p=.033$) skillnad mellan könen, fler män än kvinnor svarade på alla tre enkäterna jämfört med dem som enbart svarade på den första enkäten. Det finns också en signifikant ($p=.001$) skillnad mellan enheterna. Eftersom resultaten inte presentera per kön eller enhet bör detta dock inte ha någon större betydelse.

Avsaknad av kontrollgrupp

En svaghet i denna undersökning är att det inte finns någon kontrollgrupp. En möjlighet hade varit att som i utvärderingen av den första etappen av Aktion Livräddning (Ramberg 2010) använda de respondenter som inte deltagit i utbildningen som en jämförelsegrupp. I den här undersökningen är dock denna grupp för liten, enbart 30 personer, vilket gör att jämförelsen med de 118 personer som deltagit i utbildningen skulle bli alltför skev.

Användningen av index

Syftet med faktoranalyser är att beskriva data med så mycket information som möjligt och med så få dimensioner som möjligt genom att hitta likheter i de data som samlats in. Med andra ord vill man reducera den totala mängden data samtidigt som man vill behålla så mycket information som möjligt.

För att reducera mängden data har en konfirmativ ansats använts i stället för den explorativa ansats som är vanligast. Anledningen är att den konfirmativa ansatsen, även om den kan vara mer komplicerad att genomföra, är stabilare och lättare att tolka.

De analyser som genomförts med hjälp av dataprogrammet LISREL visade att vissa av attitydfrågorna kunde reduceras till tre olika index; synen på tydlighet i arbetet, synen på trygghet i arbetet samt synen på möjligheterna att förebygga självmord. Alla tre hade någorlunda tillfredsställande intern reliabilitet mätt med Cronbach's alfa vid första, andra och tredje enkättillfället. Samtliga ingående variabler visar också på en tillfredsställande validitet och reliabilitet även om såväl validiteten och reliabiliteten skiljer sig åt mellan de variabler som ingår i indexet samt mellan enkättillfällena.

Återrapportering av resultat

En återrapportering av resultaten från den första enkäten 2007 genomfördes av utvärderaren under våren 2008. Respektive enhets svar på ett urval av enkätfrågorna jämfördes med svaren från verksamheten i sin helhet för att ge en bild av hur enheten låg till när det gäller attityder till och kunskap om rutiner för arbetet med suicidnära patienter. Intresset för resultaten skilde sig åt mellan olika enheter; på vissa var det stort och man var öppen för en diskussion medan det inom andra var mycket ljust. Att återföra resultat till dem som ingick i studien sågs som en del av interventionen. Det är dock svårt att avgöra vilken effekt – positiv eller negativ – det haft på resultaten av utvärderingen.

Det kan ha påverkat såväl benägenheten att svara på de resterande enkäterna som hur man besvarade frågorna.

RESULTAT

Erfaren personal

Enkäten visar att Psykiatri Södra Stockholm har en stabil personalgrupp med låg personalomsättning och lång erfarenhet av arbete inom den psykiatriska vården. Mer än hälften av personalen har också erfarenheter av suicid bland patienter med allt vad det innebär; inte mindre än nio procent har varit med om fem eller fler patienter som tagit sina liv. Större delen av dem som arbetade inom Psykiatri Södra Stockholm när självmord inträffat bland patienter anger att de fått stöd av sina arbetskamrater i samband med händelsen. Alla tycks dock inte använda det stöd till bearbetning som ges av personalakuten och än färre har deltagit i en retrospektiv genomgång efter ett inträffat självmord. Den senare rutinen används heller inte längre. När det gäller personalakutens insatser är det den lokala arbetsledningen som avgör om deras insatser behövs eller inte. I vilken mån personalakuten används kan därför skilja sig åt mellan de olika enheterna.

Behovet av reflektion och utbyte av erfarenheter

Den personal som deltog vid de utbildningstillfällen som anordnades inom ramen för projektet Aktion Livräddning och senare inom ramen för projektet Noll självmord i Stockholms län var nöjda med utbildningsdagarna. Mest nöjda var de med dagarna som helhet men de uppskattade även diskussionerna i tvärgrupperna, vilket kanske är ett tecken på att man inte har så många möjligheter att sitta ner och reflektera över och ta del av varandras erfarenheter av arbetet med självmordsnära patienter i det vardagliga arbetet. Detta trots att det är ganska betungande eftersom 52 procent av dem som arbetat med suicidnära patienter under senaste halvåret anger att de tycker att detta arbete kräver en för stor arbetsinsats och 38 procent svarar att de inte har tillräcklig tid för patienterna efter projektets slut. Att personalen uppskattade diskussionerna i tvärgrupperna kan också avspegla det faktum att man inte alltid använder sig av personalakutens insatser i samband med ett självmord bland patienterna eftersom utbyte av erfarenheter av självmord bland patienterna var ett tema i grupperna.

Alla blev inte delaktiga

Utbildningen i suicidprevention var obligatorisk för all personel vid Psykiatri Södra Stockholm. Trots detta har inte alla som svarat på enkäterna deltagit i utbildningen. Av dem som svarat på samtliga enkäter är det 20,3 procent som anger att de inte deltagit. De är äldre ($p=.031$) och arbetar i större utsträckning natt ($p=.000$) än de som deltog i utbildningen. De som är äldre kanske ansett att de redan har tillräcklig utbildning och erfarenhet och därför avstått från att delta i utbildningen. När det gäller nattpersonalen däremot kan det bero på att de inte kunnat delta på grund av schematekniska orsaker, vilket är angeläget att uppmärksamma inför kommande utbildningsaktiviteter.

Vid jämförelser mellan olika yrkeskategorier visar det sig att det är kontaktpersonerna ($p=.000$) som i störst utsträckning uteblivit från utbildningen trots att de har den dagliga kontakten med patienterna

och att det inom denna personalkategori finns de personer som anses vara i störst behov av utbildning. Det är också inom denna grupp som större andelen av nattpersonalen finns, vilket också kan ha påverkat frånvarotendensen.

Ökad kunskap, tydlighet och trygghet

Utvärderingarna i anslutning till utbildningstillfällena visar att deltagarna är övervägande positiva till både innehåll och upplägg. Det är vanligt att man är positiv till utbildningar när man frågar deltagarna i anslutning till utbildningstillfällena och de flesta utbildningar i självmordsprevention har utvärderats kort efter genomförd utbildning (Tierny 1994; Morriss m fl. 1999; Appleby m fl. 2000; Walker & Osgood 2000-01; Neimeyer m fl. 2001; Samuelsson & Åsberg 2002). I utvärderingen av Aktion Livräddning ingår dock även utvärdering av effekterna på lite längre sikt.

Tre år efter starten av Aktion Livräddning och efter all genomförd utbildning uppskattar 65,9 procent av personalen att utbildningen tillfört dem kunskaper för arbetet med självmordsnära patienter och 83,3 procent anser att de ökade kunskaperna påverkat deras sätt att arbeta med denna patientgrupp. Det har skett en signifikant ökning både när det gäller synen på att utbildningen tillfört personalen kunskaper ($p=.016$) och att de kunnat omsätta dessa kunskaper i praktiskt arbete ($p=.000$) från första etappen av Aktion Livräddning då utbildning hölls för chefer och behandlingsansvariga tills hela projektet genomförts och även kontaktpersonerna utbildats och ytterligare utbildning hållits för behandlingsansvariga inom ramen för projektet Noll självmord i Stockholms län.

Andelen som anser att de har tillräcklig utbildning för att arbeta med självmordsnära patienter har också ökat signifikant ($p=.008$) bland dem som deltagit i utbildningen. Redan efter första etappen hade utbildningsinsatserna gett effekt (Ramberg 2010) på personalens uppfattning om sin kompetens och nu tycks de kompletterande utbildningsinsatserna ha stärkt deras uppfattning ytterligare. Efter genomfört projekt är andelen personal som anser att deras utbildning är tillräcklig 85 procent jämfört med 68,8 procent innan projektet startade och 75 procent efter den första etappen av Aktion Livräddning. Resultaten ska ses i ljuset av att en stor andel av personalen ansåg att de redan före utbildningen hade lång erfarenhet av och tillräcklig utbildning för arbetet med självmordsnära patienter och att Aktion Livräddning därför inte tillfört någon ny kunskap (Ramberg, 2010).

Tidigare uppföljande studier av självmordspreventiva utbildningsinsatser har visat att effekterna försvinner om utbildningsinsatserna inte upprepas (Rutz 1992). Den ökande andelen av personal inom Psykiatri Södra Stockholm som anser att de har tillräcklig utbildning för att arbeta med självmordsnära patienter visar att boosterutbildningar inte bara vidmakthåller kunskaperna utan de förstärker dem också. Återkommande utbildningsinsatser är således både nödvändiga och effektiva.

Aktion Livräddnings positiva effekter på den subjektiva värderingen av att ha tillräcklig utbildning för arbetet med självmordsnära patienter stämmer dessutom väl överens med tidigare utvärderingar av såväl korttidseffekter (Appleby m fl. 2000; Samuelsson & Åsberg 2002; Chan m fl. 2008; Ramberg 2010) som långtidseffekter (Ramberg & Wasserman 2004a; Gask m fl. 2006; Botega m fl. 2007) av utbildning i självmordsprevention. Ökade kunskaper mätt med mer objektiva mått har också kunnat konstateras (Eberhard m fl. 1986; Rutz m fl. 1989; Tierny 1994).

Den subjektiva bedömningen av att ha tillräcklig utbildning behöver inte vara ett tillförlitligt mått på kvaliteten på vården av självmordsnära patienter eftersom vi både kan övervärdera och undervärdera våra kunskaper (Bjork 1999). Uppfattningen om att ha tillräcklig utbildning för arbetet med självmordsnära patienter har dock i tidigare studier visat sig ha ett samband med synen på tydlighet i arbetet. Av en studie av ett slumpmässigt urval av personer som arbetade inom den psykiatriska vården i Stockholms län framgick att de som ansåg att de hade tillräcklig utbildning också i större utsträckning litade på sina kunskaper och påverkades därför mindre av eventuella oklarheter i arbetet med självmordsnära patienter (Ramberg & Wasserman 2003). Detta tyder på att personalens bedömning av att ha tillräcklig utbildning för arbetet med självmordsnära patienter trots allt kan vara en stark indikator på en känsla av trygghet och att man litar på sin förmåga och förståelse för de självmordsnära patienternas behov.

Det visar sig också att samtidigt som personalens uppfattning om att ha tillräcklig utbildning för arbetet med självmordsnära patienter ökat efter Aktion Livräddning rapporterade de även en signifikant ökad tydlighet ($p=.001$) och trygghet ($p=.034$) i arbetet med dessa patienter. Att tryggheten i arbetet med självmordsnära patienter ökar efter utbildning i självmordsprevention har likaså visats i andra studier (Appleby m fl. 2000; Ramberg 2003; Gask m fl. 2006; Chan m fl. 2008) och i utvärderingen av den första etappen av Aktion Livräddning (Ramberg 2010).

Positivare attityder till möjligheterna att förebygga självmordshandlingar

I utvärderingen av den första etappen av Aktion Livräddning (Ramberg 2010) visade det sig att inställningen till möjligheterna att förebygga självmordshandlingar blev signifikant positivare såväl bland den personal som deltog i utbildningen som den personal som inte deltog. Detta ansågs kunna bero på att enbart det att genomföra en så stor utbildningsinsats som man gjort inom Psykiatri Södra Stockholm påverkar personalens attityder till möjligheterna att förebygga självmordshandlingar eftersom ledningen härigenom tydligt visat att självmordsprevention är en viktig uppgift och något man tror på. Även på lång sikt är den personal som deltagit i utbildningen positiv till möjligheterna att förebygga självmordshandlingar. En signifikant ($p=.010$) positiv förändring har skett över tid även om tilltron inte ökat efter den första etappen av Aktion Livräddning. Att den inte ökat ytterligare kan bero på att den redan var mycket hög vid andra enkättilfället (ett medeltal på 3,39 av 4 möjliga).

Att personalen nu har en större tilltro till möjligheterna att påverka patienternas framtida självmordshandlingar kan ha stor betydelse för deras förmåga att härbärgera patienternas ångest och fungera som ett ställföreträdande hopp när patienternas egen känsla av hopplöshet är som störst. Kanske är det denna tilltro som påverkat den tendens ($p=.051$) till att personalen tycks ha ökat sina sympatier för patienter som gjort flera självmordsförsök.

Även andra utvärderingar visar att utbildning i självmordsprevention kan ha en positiv inverkan på personalens attityder. De attityder som utvärderats skiljer sig dock åt. Vissa studier visar i likhet med denna studie att personalen får en mer positiv inställning till självmordsprevention (Appleby m fl. 2000; Berlim m fl. 2006; Gask m fl. 2006; Chan m fl. 2008; Chan m fl. 2009), andra att personalens känslor för de självmordsnära patienterna blir mer positiva (Samuelsson & Åsberg 2002; Ramberg

2003; Botega 2007). Att utbildning ofta har en positiv påverkan på de medvetna attityderna har således konstaterats i flera undersökningar. Däremot är det svårare att undersöka de mer djupliggande och fixa attityder liksom de psykologiska försvarsmekanismer som påverkar vårt handlingsmönster och vårt möte med självmordsnära personer (Titelman & Wasserman 2009).

När det gäller övriga frågor om attityder skedde inga signifikanta förändringar vilket kan bero på att de redan från början var mycket positiva eller att de var av en sådan karaktär att de inte kan förväntas påverkas av en utbildningsinsats.

Tillämpningen av fastställda rutiner

Frågorna om rutiner har hämtats ur det vårdprogram för vård av suicidnära patienter som lanserades inom verksamheten 2006 och som vid utbildningstillfällena lyftes fram ytterligare under första etappen av Aktion Livräddning. Under den andra etappen fokuserades mer på händelseanalyser utifrån de synpunkter som inkommit från Socialstyrelsen i samband med deras genomgång av Lex Mariaärenden (SoS 2010). Projektet Aktion Livräddning har inte bara inneburit att man lyft fram rutinerna för vården av suicidnära patienter under utbildningstillfällena. Det har också medfört att rutinerna utvecklats under projektperioden (se sid 17).

Efter första etappen av Aktion Livräddning tycktes den intensifierade implementeringen av vårdprogrammet ha inneburit att signifikant fler av personalen då ansåg att de fått information om programmet och att de hade nytta av det i sitt arbete (Ramberg 2010). De anledningar som bland annat angavs var att man därigenom hade tillgång till riktlinjer och konkreta rutiner, att vårdprogrammet var informativt, gav kunskap och vägledning samt var ett bra bedömningsunderlag och att det lade grunden för ett strukturerat arbetssätt, gemensamt synsätt och bättre kvalitet. I princip samma anledningar anges även i enkäten 2010.

Den upprepade uppföljningen 2010 visar dock ingen signifikant förändring över tid när det gäller synen på vårdprogrammet. En av anledningarna kan vara att bland dem som svarat på alla tre enkäter hade redan från början fler tagit del av vårdprogrammet, fått information om hur det ska användas och rapporterat att de har nytta av det (Ramberg 2010). En annan kan vara ett resultat av att man inte implicit hänvisat till eller diskuterat vårdprogrammet vid de utbildningar som hölls efter 2008 även om vissa av de rutiner som ingår i programmet gicks igenom.

Nästan 23 procent av personalen anser att de inte fått information om hur vårdprogrammet ska användas och det är fortfarande 43 procent som anger att de inte har eller inte vet om de har nytta av det. De rutiner för vården av suicidnära patienter som ingår i vårdprogrammet tycktes vid uppföljningen efter första etappen av Aktion Livräddning vara i olika mån rutinmässigt inarbetade på enheterna (Ramberg 2010). De bäst inarbetade såg ut att vara att man ska larma specialistläkare om en självmordsnära patient avviker, att man ska rapportera misstanke om suicidrisk till behandlingsansvarig/case-manager eller patientansvarig läkare samt att man ska kontakta psykiatrisk specialist för bedömning av självmordsrisk. Samma resultat erhöles i enkäten 2010 med det tillägget att övervägande delen av personalen nu även anger att man rutinmässigt använder skattningskalor för

suicidriskbedömning. Det är för övrigt den enda rutin för vilken kännedomen om att den används på enheten ökat signifikant över tid ($p=.012$).

Vissa av de rutiner som ingår i vårdprogrammet tycks dock fortfarande vara sämre inarbetade. Färre än hälften av personalen är säkra på om anhöriga görs delaktiga i behandlingen av självmordsnära patienter samt på om alla självmordsnära patienter får särskild uppföljning efter utskrivningen. Detta behöver emellertid inte innebära att dessa rutiner inte följs i praktiken eftersom det enbart är personalens kännedom om de följs på deras enheter eller inte som efterfrågas. Ändå tycks det ge en bild av vilka rutiner som är mer inarbetade än andra. De rutiner som ingår i vårdprogrammet är baserade på evidensbaserad kunskap (SLL 2010) och utgör tillsammans en grund för ett gott omhändertagande av självmordsnära patienter. Det är således den sammantagna praktiken av rutinerna som avgör kvaliteten på omhändertagandet. Särskilt oroande är dock personalens osäkerhet när det gäller om självmordsnära patienter får särskild uppföljning efter utskrivning eller inte. Enligt svaren på den första enkäten (Ramberg 2010) bedöms patienternas behov av uppföljning från fall till fall. Det innebär att personalen i varje enskilt fall måste ta ställning både till hur ofta och hur länge patienten ska följas upp – en bedömning som medför ett stort ansvar för varje enskild behandlare och som trots personalens långa erfarenhet torde vara mycket svår att göra.

Behovet av speciell uppföljning av suicidnära patienter har sin grund i att självmordsrisken är speciellt hög under första veckan efter utskrivning och att den förhöjda risken kvarstår under hela året (SLL 2010). Enligt engelska studier dog 23-24 procent av de patienter som vårdats för ett självmordsförsök i självmord under de första tre månaderna efter utskrivningen; varav de flesta under den första veckan. Mest uppseendeväckande var att flertalet av självmorden skedde redan under den första dagen efter utskrivning (Appleby m fl. 1999; Meehan m fl. 2006). I en omfattande multinationell studie i Brasilien, Indien, Sri Lanka Iran och Kina (Fleischmann m fl. 2008) jämfördes självmordsförsökspatienter som fick en systematisk uppföljning efter utskrivning med patienter som erbjöds sedvanlig behandling. Den systematiska uppföljningen genomfördes under en 18-månadersperiod vid vecka 1, 2, 4, 7 och 11 efter utskrivningen samt 4, 6, 12 och 18 månader efter utskrivning. Dödligheten i självmord efter 18 månader var 0,2 procent i gruppen som fick systematisk uppföljning jämfört med 2,2 procent i gruppen utan uppföljning. Tyvärr var sedvanlig behandling i detta fall ingen uppföljning alls såvida patienten inte led av några somatiska komplikationer och det går därför inte att okritiskt överföra just dessa erfarenheter till den svenska psykiatriska vården. Men det finns annat stöd för att införa rutiner som inte bygger på personalens subjektiva bedömning av de självmordsnära patienternas behov av uppföljning och att dessa rutiner behöver vara sig var komplicerade eller särskilt resurskrävande. Motto m fl. (1981) visade på en signifikant lägre dödlighet i självmord för självmordsförsökspatienter som regelbundet följdes upp per brev varje månad under de fyra första månaderna efter utskrivning och varannan månad under ytterligare åtta månader och slutligen var tredje månad under ytterligare fyra år. Liknande resultat gav ett försök med att kontakta äldre patienter per telefon två gånger per vecka (De Leo m fl. 1995).

Det är väl känt att det är svårt implementera nya kliniska rön och att det inte är tillräckligt att utarbeta och vid enstaka tillfällen informera om vårdprogram och nya rutiner (Bero mfl 1998; Grol &

Grimshaw 2003; Grimshaw mfl 2004; Grimshaw & Eccles 2004; Caminiti mfl 2005). Tvärtom krävs det ett systematiskt implementeringsarbete, återkommande påminnelser och uppföljning. Inte minst med tanke på att personalen med vissa undantag överlag tycks vara osäkra på om de rutiner som ingår i vårdprogrammet används på deras enheter eller inte.

Svårigheten att implementera nya kliniska rutiner bekräftas i en studie som genomförts inom den psykiatriska vården i Stockholms län där man provat en särskild strategi för att implementera rutiner rörande vården av deprimerade och självmordsnära patienter (Forsner m fl 2010). Inom ett antal slumpmässigt utvalda enheter (dock ej Psykiatri Södra Stockholm) hölls under 2000–2005 bland annat ett antal seminarier för att introducera de aktuella riktlinjerna/vårdprogrammen, särskilda implementeringsteam utsågs på respektive enhet, mål för implementeringen sattes upp och regelbundna möten hölls för att diskutera erfarenheter och problem som teamen mött i sitt arbete. Uppföljningen bestod i att före och 6, 12 och 24 månader efter undersökningens början studera drygt 2000 journaler. Studien visade att dokumentationen av samtliga de kvalitetsindikatorer som valts ut ökade redan i studiens tidiga skede och kvarstod på ungefär samma nivå under hela tvåårsperioden. Däremot fann man att det fanns ett stort gap mellan de kliniska riktlinjerna och hur de användes i praktiken och detta var särskilt märkbart bland de enheter där man försökt implementera vårdprogram för suicidnära patienter. Författarna anger som förklaring att det skulle ha krävts stora och komplexa förändringar i den kliniska praktiken, bättre samarbete och organisatoriska förändringar för att få till stånd den praktiska tillämpningen av riktlinjerna. Mot den bakgrunden är den stora satsning som gjorts inom Psykiatri Södra Stockholm på att förbättra rutinerna när det gäller vård och behandling av självmordsnära patienter utmärkt och det är bara att hoppas på att den stannar av nu när projektet Aktion Livräddning är slut.

Satsningen på utbildning i självmordsprevention inom Psykiatri Södra Stockholm har legat till grund för en omfattande utbildningssatsning för personal som kommer i kontakt med självmordsnära personer inom stadsdelarna Södermalm, Enskede-Årsta-Vantör, Farsta och Skarpnäck, vilka utgör Psykiatri Södra Stockholms upptagningsområde. Utbildningsinsatserna har bekostats med Socialstyrelsens medel för förstärkt kompetens bland personal (främst s.k. baspersonal) som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning (NASP 2012(a), NASP 2012(b), SLL 2012). Sammanlagt har drygt 2000 personer utbildats

SLUTSATSER

Utvärderingen av projektet Aktion Livräddning visade att korta utbildningsinsatser i självmordsprevention kan ha positiva effekter på den psykiatriska personalens syn på arbetet med självmordsnära patienter både på kort och lång sikt.

Arbetet med självmordsnära patienter ställer höga krav både på organisationen och på personalen. Det är därför viktigt att de evidensbaserade rutiner som ingår i det regionala och lokala vårdprogrammet för suicidnära patienter implementeras och följs. Det är också angeläget att dessa rutiner ses över kontinuerligt och hålls levande samt att personalen ges utrymme för att reflektera över sina arbetsmetoder och sitt förhållningssätt. Personalens känsla av att ha tillräckliga kunskaper, trygghet, stöd och tilltro är central för deras möjligheter att bidra till det självmordspreventiva arbetet.

REFERENSER

- Ahlberg-Hultén G., Theorell T. (1997). Combined Somatic and Psychiatric Care -- Effects on Personnel Treating Drug Addicts With Infectious Diseases. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(2), 263–272.
- Aish A-M, Ramberg I-L, Wasserman D. (2000). Measuring attitudes of mental health-care staff towards suicidal patients. *Archives of Suicide Research*. 6, 309–323.
- Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, Kiernan K, Davies S, Bickley H, Parsons R. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *British Medical Journal*, 318, 1235–1239.
- Appleby L., Morriss R., Gask L., Roland M., Lewis B., Perry A., Battersby L., Colbert N., Green G., Amos T., Davies L., Faragher B. (2000). An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (the STORM Project). *Psychological Medicine*, 30, 805–812.
- Berlim MT, Perizzolo J, Lejderman F, Fleck MP, Joiner TE. (2007). Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behaviour? *Journal of Affective Disorders*, 100 (1-3), 233–239.
- Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. (1998). *The British Medical Journal KOLLA*. 317, 465–468.
- Beskow J. (1979). Suicide and Mental Disorder in Swedish Men. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl 277, 1–138.
- Bjork R.A. (1999). Assessing Our Own Competence: Heuristics and Illusions. In: Gopher D., Asher K. (eds.), *Attention and Performance XVII: Cognitive Regulation of Performance*, pp 435–459. Los Angeles: Institution U California, Dept. of Psychology.
- Botega N J, Silva S V, Reginato D G, Rapeli C B, Cais C F S, Mauro M L F, Stefanello S, Cecconi J P. (2007). Maintained Attitudinal Changes in Nursing Personnel After a Brief Training on Suicide Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(2), 145–153.
- Caminiti C, Scoditti U, Diodati F, Passalacqua R. (2005). How to promote, improve and test adherence to scientific evidence in clinical practice. *BMC health services research KOLLA*. 5:62.
- Chan S W, Chien W, Tso S. (2008). The qualitative evaluation of a suicide prevention and management programme by general nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2884–2894.

- Chan S W, Chien W, Tso S. (2009). Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. *Nurse Education Today*, 29, 763–769.
- De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. (1995). Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 152, 632–634.
- Eberhard G., Holmberg G., von Knorring A-L., von Knorring L., Rutz W., Wistedt B., Wålin J., Åberg-Wistedt A. (1986). Evaluation of postgraduate medical education given by the Swedish PTD Committee. *Nordic Journal of Psychiatry*, 40, 185–192.
- Fleischmann A, Bertolote J M, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega N J, De Silva D, Phillips M, Vijayakumar L, Värnik A, Schlegel L, Thanh HTT. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 703–709.
- Forsner T, Åberg Wistedt A, Brommels M, Janszky I, Ponce de Leon A, Forsell Y. (2010). Supported local implementation of clinical guidelines in psychiatry: a two-year follow-up. *Implementation Science*, 5:4.
- Frankfort-Nachmias C., Nachmias D. (1996). Research Methods in the Social Sciences. London: St. Martin's Press.
- Gask L, Dixon C, Morriss R, Appleby L, Green G. (2006). Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 739–750.
- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L m fl. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess KOLLA*. 8:iii-iv, 1–72.
- Grimshaw JM Eccles MP. (2004). Is evidence-based implementation of evidence-based care possible? *The Medical journal of Australia*, 180, 550–551.
- Grol R, Grimshaw J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362, 1225–1230.
- Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, Gunnell D, Hazell P, van Heeringen K, House A, Owens D, Sakinofsky I, Träskman-Bendz L. (1998). Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441–447.
- Hultén A., Wasserman D. (1998). Lack of continuity -- a problem in the care of young suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 326–333.
- Jöreskog K G. (1990). New developments in LISREL: analysis of ordinal variables using polychoric correlations and weighted least squares. *Quality and Quantity*, 24, 387–404.

- Jöreskog, K.G. & Sörbom, D. (2001). LISREL 8.5 for Windows [Computer software]. Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc.
- Karlsson L, Ramberg I-L. (2011). Preliminära resultat från utvärdering av projektet Noll självmord i Stockholms län (manus).
- Krohn M.D., Thornberry T.P. (2000). Retention of Minority Populations in Panel Studies of Drug Use. *Drugs & Society*, 16, 185–207.
- Mann A, Apter A, Bertolote J m fl. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of American Medical Association*, 294, 2064–2074.
- Meehan J, Kapur N, Hunt, I M, Turnbull P, Robinson J, Bickley H, Parsons R, Flynn S, Burns J, Amos T, Shaw J, Appleby L. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. *British Journal of Psychiatry*, 188, 129–134.
- Morriss R., Gask L., Battersby L., Francheschini A., Robson M. (1999). Teaching front-line health and voluntary workers to assess and manage suicidal patients. *Journal of Affective Disorders*, 52, 77–83.
- Motto J, Heilborn D, Juster R, Bostrom A. (1981). Communication as a suicide prevention programme. In: Soubrier JP, Vedrinne J (eds.). *Depression and Suicide*. Paris: Pergamon Press. 148–154.
- NASP. <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=37160&l=sy>.
- NASP (2012 a). Att upptäcka och möta livsleda hos äldre, hos personer med fysisk och psykisk funktionsnedsättning samt hos invandrare med komplexa psykosociala behov. Rapport till Socialstyrelsen.
- NASP (2012b). Att upptäcka, möta och följa upp självmordsnära patienter inom beroendevården, S:t Görans psykiatriska akutmottagning, Beroendecentrums akutmottagning och på Södersjukhusets akutmottagning i Stockholm. Rapport till Socialstyrelsen.
- Neimeyer R.A., Fortner B., Melby D. (2001). Personal and Professional Factors and Suicide Intervention Skills. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 71–82.
- Ramberg I-L, Wasserman D. (2000). Prevalence of reported suicidal behaviour in the general population and mental health-care staff. *Psychological Medicine*. 30, 1189–1196.
- Ramberg I-L, Wasserman D. (2003) The roles of knowledge and supervision in work with suicidal patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(5):365–372.
- Ramberg I-L. (2003). Promoting Suicide Prevention. An evaluation of a programme for training trainers in psychiatric clinical work. Avhandling, Karolinska Institutet, Stockholm: Karolinska University Press.

- Ramberg I-L, Wasserman D. (2004a). Benefits of implementing a training-of-trainers model to promote knowledge and clarity in work with psychiatric suicidal patients. *Archives of Suicide Research*, 8:331–343.
- Ramberg I-L, Wasserman D. (2004b). Suicide-preventive activities in psychiatric care: evaluation of an educational programme in suicide prevention. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(5):389–394.
- Ramberg I-L. (2010). Synen på arbetet med självmordsnära patienter. En utvärdering av första etappen av Aktion Livräddning. Rapport NASP, Karolinska Institutet.
- Runeson B, Beskow J. (1991). Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *The Journal of nervous and mental disease*. 179(3), 153–156.
- Runeson B, Wasserman D. (1994). Management of suicide attempters : what are the routines and the costs? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 3, 222–228.
- Rutz W., Wålinder J., Eberhard G., Holmberg G., von Knorring A-L., Von Knorring L., Wisted B., Åberg-Wistedt A. (1989a). An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: Background and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 19–26.
- Rutz W. (1992). Evaluation of an Educational Program on Depressive Disorder given to General Practitioners on Gotland. Avhandling. Linköpings Universitet. Vimmerby: VTT. Grafiska.
- Samuelsson M., Åsberg M., Gustavsson J.P. (1997a). Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 222–230.
- Samuelsson M., Åsberg M. (2002). Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 115–121.
- SLSO, Stockholms läns sjukvårdsområde. (2005). Vårdprogram för vård av suicidnära patienter inom Psykiatri Södra. Lokalt vårdprogram: Psykiatri Södra Stockholm.
- SLL, Stockholms län landsting. (2002). Regionalt vårdprogram. Vård av suicidnära patienter. Medicinska programarbetet, rapport: 4.
- SLL, Stockholms läns landsting. (2010). Regionalt vårdprogram. Suicidnära patienter. Medicinskt kunskapscentrum. Stockholms läns landsting.
- SLL, Stockholms läns landsting, Stockholms Socialtjänst- och Arbetsmarknadsförvaltning, Karolinska Institutet (2012). Noll självmord i Stockholms län. Förstärkning av kompetensen bland personal som kommer i kontakt med självmordsnära personer i Stockholms län. Rapport till Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010). Självmord 2006–2008 anmälda enligt lex Maria. Artikelnr 2010-4-5.

Tierny R.J. (1994). Suicide Intervention Training Evaluation: A Preliminary Report. *Crisis*, 15(2), 69–76.

Titelman D, Wasserman D. (2009). Suicide prevention by education and the moulding of attitudes. In: Wasserman D, Wasserman C (red). Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A global perspective. Oxford University Press, 509–514.

Walker B.L., Osgood N.J. (2000–2001). Preventing suicide and depression: A training program for long-term care staff. *Omega*, 42(1), 55–69.



**Karolinska
Institutet**