Den nionde Nationella konferensen om suicidprevention

16 -17 september 2013

Vad kan man göra för att förbättra den psykiska hälsan?

Jubileumsprogram: 20 år av NASP:s verksamhet

NASP 2014:1

Karolinska Institutet

Stockholms läns landsting

NASP - Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa - är sedan 1993 Stockholms läns landstings och genom ett riksdags- och regeringsbeslut sedan 1995 statens expertorgan för suicidprevention. NASP inordnades i Karolinska Institutet 1 oktober 2007 och 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 Helsingforsdeklarationen om psykisk hälsa i Europa och med centralkontoret i Genève 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, att öka kunskapsnivån om självmord och att stödja personer med självmordstankar och anhöriga till personer som försökt eller har begått självmord.

NASP:s verksamhet:
Forskning, metodutveckling och metodstöd:
Syftet är att studera olika faktorer som kan leda till självmordshandlingar. NASP utvecklar och utvärderar olika metoder för självmordsprevention.

Analys och uppföljning av epidemiologiska data:
NASP bearbetar statistik rörande självmord och självmordsförsök samt följer upp utveckling och trender på regional, nationell, europeisk och global nivå.

Information:
NASP samlar in, sammanställer och analyserar vetenskaplig information som sedan förmedlas genom utbildningar och riktade informationsinsatser till olika målgrupper.

Utbildning:
NASP bedriver utbildningsverksamhet med målet att sprida kunskap och förbättra insatserna inom självmordsprevention.

Författare:

Siv Fischbein, professor emerita i specialpedagogik
Britta Alin Åkerman, professor emerita i pedagogik, NASP
Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi, NASP

ISBN: 978-91-87517-17-4

Nationellt centrum för suicid forskning och prevention av psykisk ohälsa

Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting

E-post: nasp@ki.se
Telefon: 08-524 87026
www.ki.se/nasp

Rapporten kan beställas/laddas ner från
NASP's hemsida, www.ki.se/nasp

INNEHÅLL

Program 5

Konferensen inleddes med musik av gymnasieungdomar från det estetiska programmet
Isak Bergmark-Jingrot, Sofia Eriksson, Fabian Grytt 9

ÖPPNINGSANFÖRANDEN 10

Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska Institutet 10

Lennart Levi, professor *emeritus i psykosocial miljömedicin vid Karolinska Institutet och riksdagsledamot (C) 2006-2010* 13

Birgitta Rydberg, *landstingsråd, Stockholms läns landsting* 15

Anders Printz, *Samordningsansvarig för riktade insatser inom området psykisk ohälsa på Socialdepartementet* 17

Gunilla Wahlén, Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES) 19

PLENARFÖRELÄSNINGAR 21

Problemlösning, ett systemiskt kognitivt perspektiv på suicidalitet
Jan Beskow, *professor emeritus i psykiatri* 21

Självmord i ett (trans)kulturellt perspektiv
Lars Jacobson, professor emeritus i psykiatri, suicidforskare, Umeå Universitet 26

Psykoanalytiska perspektiv på självmordsnärhet
David Titelman, *docent i psykologi, psykoanalytiker, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP)* 35

Medie- och kommunikationsperspektiv på självmordsprevention
Michael Westerlund, PhD, Institutionen för journalistik, media och kommunikation och NASP 43

SVENSKA PRESENTATIONER 47

Föräldrars upplevelser efter sitt barns självmord
Ludmilla Rosengren, legitimerad läkare, KBT-terapeut, innehavare av en simskola och författare
Britta Alin Åkerman, professor i pedagogik, psykoterapeut, NASP 48

Föräldrar som förlorat ett barn genom självmord: En rikstäckande befolkningsundersökning
Ullakarin Nyberg, överläkare i psykiatri, suicidforskare
Pernilla Omerov*, doktorand, Institutionen för klinisk neurovetenskap Karolinska Institutet* 50

Suicide Rescue: Tillsammans kan vi förebygga självmord och rädda liv!
Johan Sjöholm 53

Självmordsförsök hos asylsökande
Maria Sundvall, överläkare och forskare, Norra Stockholms psykiatri, transkulturellt centrum, NASP 55

REGIONALA SJÄLVMORDSPREVENTIVA PROJEKT 57

Aktuellt arbete samt erfarenheter av MHFA
Uppsala Örebroregionen
Anna Baran, överläkare, Psykiatriska kliniken, Nyköpings lasarett, ordförande i Mellansvenska nätverket för suicidprevention 57

Södra regionen/SPiSS (Suicidprevention i Skånsk specialistpsykiatri)
Lena Eidevall, koordinator för forskning, utbildning och utveckling inom psykiatri Skåne 61

Västsvenska regionen
Else-Marie Törnberg, verksamhetschef för suicidprevention i Väst 64

Norra regionen
Maine Lundberg, projektansvarig och länsdelssamordnare vid Social-psykiatriskt kunskapscentrum i Västerbotten 68

Sydöstra regionen
Margit Ferm, medlem i NSPH och SPES, projektledare för MHFA ungdomsprojektet i Jönköpings län

Ann-Kristin Karlsson, biträdande vårdenhetschef och samordnare på psykiatriska mottagningen i Vetlanda 71

Stockholm-Gotlandregionen

Carl von Essen, generalsekreterare för MIND, f.d. Föreningen för Psykisk Hälsa 74

PRESENTATION AV NÄTVERKEN 75

Britta Alin Åkerman, *professor i pedagogik, NASP*

STUDIER FRÅN SVERIGE 83

Utvärdering av MHFA
Bengt Svensson, *docent i psykiatrisk vårdvetenskap, Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI), Lunds universitet* 83

INTERNATIONELLA STUDIER

Gergö Hadlaczky, PhD, biträdande verksamhetschef vid NASP 89

WORKSHOPS 91

MHFA Vuxen
Moderator:
Anne Stefenson, *legitimerad läkare och adjunkt vid NASP, huvudinstruktör MHFA och*
Bengt Svensson, docent (CEPI) 91

MHFA för instruktörer, ungdom och äldre
Moderator:
Britta Alin Åkerman, professor i pedagogik och
Johan Andreen, vuxen- *och barn- och ungdomspsykiater,*
huvudinstruktörer i MHFA 95

Internet Based Health Promotion
Moderator:
Gergö Hadlaczky, PhD, *NASP*
Carl von Essen, MIND
Michael Westerlund, *PhD, NASP* 100

Modellprojektet Aktion livräddning
Moderator:
Inga-Lill Ramberg, *PhD, NASP och*
Linda Karlsson, *forskningsassistent, NASP* 105

INTERNATIONELLTA FÖRELÄSNINGAR 113

Moderator:
Christina Hoven, professor i barnpsykiatri och
Marco Sarchiapone, professor i psykiatri

Psykologiska modeller för ungdomars suicidala beteende
Alan Apter, *professor, Tel Aviv University och*
Shira Barzilay, psykolog *vid Tel Aviv University* 113

Svensk-Ukrainska projekt rörande befrämjande av hälsa: Fokus på olika åldersgrupper
Vsevelod Rozanov, *professor, Odessa National Mechnikov University,*
Human Ecological Health, Odessa, Ukraina 119

Sambandet mellan patologiskt internetanvändande och självmords-beteende bland europeiska ungdomar
Tony Durkee, doktorand, NASP 121

Välbefinnande hos europeiska ungdomar: Resultat från WE-STAY-studien
Peeter Värnik, PhD och *Merike Sisask, PhD* 124

Effektiviteten av självmord förebyggande interventioner i skolor
Danuta Wasserman, professor i allmänpsykiatri och suicidologi 126

Lifestyles and psychopathology in European adolescents. What can be done about it?
Vladimir Carli, *universitetslektor, NASP* 128

PHD-PRESENTATIONER 130

Moderator:
Marcus Sokolowski, *docent vid NASP*

Självmordsförsök och skam
Maria Wiklander, med. dr. leg. psykolog 130

Epidemiologiska studier av självmord hos patienter med psykisk sjukdom
Johan Reutfors, psykiater vid Psykiatri Nordväst 133

Självmordsförsök sent i livet: En prospektiv studie
Stefan Wiktorsson, PhD, leg. psykolog 136

Självskadepatienter på akuten: Kliniska och epidemiologiska studier
Katarina Bilén, PhD 138

Avslutning: Tankar om framtiden
Moderator:
Danuta Wasserman, professor i allmänpsykiatri och suicidologi vid NASP..... 141

Måndag 16 september (alla föreläsningar är på svenska)

08.00-08.30	**Registrering och frukostbuffé**
08.30-09.00	Musikunderhållning – **Isak Bergmark-Jingroth, Sofia Eriksson, Fabian Grytt**
09.00-10.00	**Öppningsföreläsningar** **Danuta Wasserman** – NASP **Lennart Levi** – Karolinska Institutet **Birgitta Rydberg** – Stockholms läns landsting **Anders Printz** – Socialdepartementet **Gunilla Wahlén** – Riksförbundet för Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd – SPES
10.00-12.00	**Plenarföreläsningar: Forskningsperspektiv – Moderator: Danuta Wasserman** Problemlösning, ett kognitivt perspektiv på suicidalitet **Jan Beskow** Självmord i ett transkulturellt perspektiv **Lars Jacobson** Psykoanalytiska perspektiv på självmordsnärhet **David Titelman** Medie- & kommunikationsperspektiv på självmordsprevention **Michael Westerlund**
12.00-13.00	**Lunchpaus**
13.00-14.00	**Svenska presentationer, Moderator: David Titelman** Föräldrars upplevelser efter sitt barns självmord **Ludmilla Rosengren/Britta Alin Åkerman** Föräldrar som har förlorat ett barn genom självmord – en befolkningsundersökning **Ullakarin Nyberg/Pernilla Omerov** Suicide Rescue projekt – Tillsammans kan vi förebygga självmord och rädda liv! **Johan Sjöholm** Självmordsförsök hos asylsökande **Maria Sundvall**
14.00-15.30	**Regionala självmordspreventiva projekt: Aktuella arbeten samt erfarenheter av MHFA – Moderator: Gergö Hadlaczky** Uppsala-Örebro regionen – Mellansvenska Nätverket för Suicidprevention **Anna Baran** Södra regionen **Lena Eidevall** Västsvenska regionen **Else-Marie Törnberg** Norra regionen **Maine Lundberg** Sydöstra regionen **Margit Ferm** Stockholm/Gotland regionen **Carl von Essen**
15.30-16.00	**Kaffebuffé**

16.00-16.45 **Självmordsprevention i Sverige – Gruppdiskussion i separata nätverk**

Uppsala-Örebroregionen
Rapportör: Anna Baran och Ludmilla Rosengren

Södra regionen
Rapportör: Kerstin Lindell och Lena Eidevall

Västsvenska regionen
Rapportör: Else-Marie Törnberg och Jan Beskow

Norra regionen
Rapportör: Ingrid Ögren och Maine Lundberg

Sydöstra regionen
Rapportör: Margit Ferm och Ann-Kristin Karlsson

Stockholm/Gotland regionen
Rapportör: Britta Alin Åkerman och Birgit Frisén-Andersson

16.45-17.45 **Presentationer i plenum av nätverkens framtida arbete**
Moderator: Britta Alin Åkerman

17.45-18.00 **Dagen avslutas**

Tisdag 17 september (föreläsningar är på svenska eller engelska)

08.30-09.00 **Utvärdering MHFA Moderator: Michael Westerlund**
Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser - Studier från Sverige
Bengt Svensson

NASP – Internationella studier
Gergö Hadlaczky

09.00-10.00 **Workshops**

MHFA Vuxen	MHFA för instruktörer Ungdom & Äldre	Internet based Health Promotion	Modellprojektet
Moderator: Anne Stefenson, Bengt Svensson	**Moderator:** Britta Alin Åkerman, Johan Andreen	**Moderator:** Gergö Hadlaczky, Carl von Essen, Michael Westerlund	**Moderator:** Inga-Lill Ramberg, Linda Karlsson

10.00-10.30 **Kaffebuffé**

10.30-13.00 **Internationella föreläsningar**
Moderator: Christina Hoven, Marco Sarchiapone

Psychological models of adolescent suicidal behaviour
Alan Apter
Lifestyles and psychopathology in European adolescents: What can be done about it?
Vladimir Carli
The association between pathological Internet use and suicidal behaviors among European adolescents
Tony Durkee
Effectiveness of Suicide Preventive Interventions
Danuta Wasserman
Well-being in European adolescents
Merike Sisask/Peeter Värnik
Swedish-Ukrainian projects on mental health promotion: focus on different age groups
Vsevolod Rozanov

13.00-14.00 **Lunchpaus**

14.00-15.30

Presentationer av avhandlingar
Moderator: Marcus Sokolowski

Attempted Suicide and Shame
Maria Wiklander

Epidemiological studies of suicide in patients with psychiatric illness
Johan Reutfors

Attempted suicide in late life: a prospective study
Stefan Wiktorsson

Deliberate self-harm patients in the emergency department: clinical and epidemiological studies
Katarina Bilén

Workshop

Swedish-Ukrainian Projects on Mental Health Promotion

Moderator: Vsevelod Rozanov

15.30-16.00 **Avslutning: Tankar om framtiden – Moderator: Danuta Wasserman**

Konferensen inleddes med musik av gymnasieungdomar från det estetiska programmet

Isak Bergmark-Jingrot, Sofia Eriksson, Fabian Grytt

Öppningsanföranden

Danuta Wasserman, chef för NASP (Nationellt centrum för prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landstings expertorgan för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa vid Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME), KI)

Professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska Institutet (KI)

Välkomna till den nionde Nationella konferensen om suicidprevention och till NASP:s 20-årsjubileum. När jag vaknade i dag regnade det och himmelens portar öppnade sig. Jag vet inte varför men kanske är det ett tecken på att suicidprevention fortfarande arbetar i motvind trots att mycket hänt de senaste 20 åren.

Det känns vemodigt, hedersvärt men också roligt att kunna presentera två av öppningstalarna; Lennart Levi och Birgitta Rydberg, som båda var med för tjugo år sedan när NASP startade sin verksamhet. Innan jag lämnar ordet vidare vill jag dock inleda med en kort överblick av verksamhetens utveckling. Det startade med att Stockholms läns landsting beslöt att satsa 400 000 kronor på suicidprevention. Det var både lite och mycket pengar vid denna tid. Samtidigt funderade riksdagens socialutskott på en självmordspreventiv verksamhet på nationell nivå. En överenskommelse mellan den regionala och nationella verksamhetsnivån tedde sig som en konstruktiv lösning och ett riksdagsbeslut om inrättande av ett nationellt kompetenscentrum och expertfunktion inriktad på självmordspreventiva frågor, i samarbete med Stockholms läns landstings centrum, kom till. Detta blev NASP – ett nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. Sedan dess arbetar vi integrerat med att tillämpa den samlade kunskapen via landstinget och först Statens Institut för Psykosocial Miljömedicin (IPM) och numera vid Karolinska Institutet (KI). Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet tillsatte 1995 ett nationellt råd för självmordsprevention med representanter för olika myndigheter och med NASP som huvudsekreterare. 1995 publicerades det första självmordspreventiva programmet som det nationella rådet tagit fram. Så småningom ansåg regering och riksdag att man borde ha ett bredare program baserat på vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet. Det uppdrogs 2005 åt Socialstyrelsen att tillsammans med Folkhälsoinstitutet och NASP skriva ett underlag till ett sådant program. Det nya nationella programmet för självmordsprevention godkändes av riksdag och regering 2008. Den över-

gripande målsättningen är att ingen ska behöva hamna i en så utsatt situation att man måste ta sitt liv. Regeringen är angelägen om att involvera alla kommuner och landsting i detta arbete. Det är också kommunerna och landsting som har en nyckelroll genom närheten till medborgarna och möjligheter att fatta beslut om åtgärder och medel som behövs för den lokala verksamheten.

Vi har också lång erfarenhet av samarbete med Världshälsoorganisationen (WHO) eftersom NASP sedan 1997 är ett samarbetscentrum vilket har mandat av regeringen och förnyas kontinuerligt. Vi har en rådgivande funktion gentemot både det europeiska kontoret i Köpenhamn och det världsomspännande kontoret i Genève. Det ger oss en unik insyn i preventiva metoder som används på olika kontinenter och vilka som kan användas i Sverige. NASP implementerar nya metoder för självmordsprevention, testar dem inom Stockholms läns landsting och utvärderar hur de fungerar i praktiskt arbete vilket ofta resulterar i nya frågeställningar. Vi kommer på denna konferens att presentera resultat från ett internationellt projekt, The Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) som visar att det går att minska självmordsförsök. Ökad medvetenhet hos elever (över 12000) om psykisk hälsa och suicidprevention fick signifikanta effekter inte bara på ökade kunskaper utan också på minskat antal självmordsförsök. Även självmordstankar och ångest som är förenat med ökad självmordsrisk minskade både hos flickor och hos pojkar. Detta gör att självmordspreventiva program kan rekommenderas att införas i skolan. Vi har räknat ut att om programmet riktas till 1000 elever kan antalet självmordsförsök minskas hos 5-6 elever, vilket är mycket bra. Detta förhindrar också framtida lidande och självmord.

Många som är här i dag arbetar med Första Hjälpen till Psykisk Hälsa (MHFA), ett självmordspreventivt program för vuxna. Det är ett regeringsuppdrag till NASP att pilottesta programmet för vuxna samt barn och ungdomar. SKL (Sveriges kommuner och landsting) har också gett oss i uppdrag att utveckla ett liknande program för äldre som också kommer att pilottestas. I den första pilottestningen för vuxna hade vi för få deltagare och resultaten blir därför svårtolkade. När vi nu slår ihop resultaten från flera studier blir resultaten tydligare och vi ser signifikanta beteendeförändringar hos Första hjälpare, som gör det möjligt att hjälpa andra när man genomgått utbildningen. Bland deltagarna på MHFA-kurserna finns poliser, brandmän, SOS, socialtjänstpersonal med mera, vilket gör att vi hoppas att det blir möjligt att avläsa resultaten i statistiken.

Vi arbetar också med att sammanställa resultat från studier inom suicidologi och inom angränsande områden. Dessa presenteras på vår webbsida (www.ki.se/nasp). Tyvärr är självmord fortfarande den enskilt största dödsorsaken och under 2012 var det 1523 personer som tog sina liv. Detta är en ökning jämfört med 2011 och det är framför allt män över 45 år som drabbas. Glädjande är att ökningen inte finns i Stockholms läns landsting som mycket aktivt arbetat med självmordsprevention men vi kan alltså inte slappna av och slå oss till ro. Det kommer ständigt nya utmaningar. Det visar hur viktigt det är

att forskningsresultat omsätts i praktiken. Vi kan se att samma misstag upprepas, kunskap omsätts inte i praktiken och man har inte tid att utbilda ny personal. Det känns motigt att samma risksituationer upprepas, exempelvis att en patient går hem på permission utan att någon närstående underrättas. De skrivs ut till samma missförhållanden som orsakade inläggningen och alldeles för ofta äger ingen uppföljning rum. Jag önskar därför att det ska sitta i ryggmärgen på personalen att det är nödvändigt att kontakta någon vid utskrivning och försäkra sig om att inte risksituationen uppstår på nytt. Jag ser fram emot denna konferens och att arbeta vidare med er som samlats här i dag för att utveckla suicidprevention i hela landet.

Vi försöker använda alla förmågor, alla har erfarenhet och kunskaper och var och en kan bidra med någonting viktigt på sin arbetsplats och i samhället. NASP försöker leva efter denna princip.

Suicidprevention – Öppningsanförande

Lennart Levi

Professor emeritus i psykosocial miljömedicin vid Karolinska Institutet och riksdagsledamot (C) 2006-2010.

Danuta Wasserman nämnde i sitt anförande att ”himmelen öppnat sig”. Det ser jag som ett gott omen. Då kan nämligen vad vi har att rapportera stiga upp till beslutsfattare och nå Socialstyrelsen, Ungdomsstyrelsen, och naturligtvis Regering och Riksdag. Och då kan dessa aktörer också bidra till en förbättrad livssituation och folkhälsa.

Det är bra att anordna konferenser och skriva rapporter. Men dessa måste också leda till förändring av personers livssvårigheter. Förra året tog 1523 människor sina liv. Och det finns säkert ett stort mörkertal. Men statistik lär ju inte blöda … Minns ni vad massmördaren Josef Stalin sagt? Att en enskild människas död är en tragedi. Men att en miljon människors död är − statistik.

Men vart och ett av dessa 1523 dödsfall är en tragedi – en tragedi som borde ha gått att förebygga. Det gläder mig att Danuta främjat en dagordning enligt vilken man inte bara ska förebygga ohälsa − utan också ska främja den positiva psykiska hälsan.

Faktorer som leder till ohälsa är sociala, psykologiska och kroppsliga − och alla dessa går att påverka. Genetiska faktorer är naturligtvis svårare att komma åt men ofta är de sjukdomsframkallande först i ett samspel med miljöfaktorer. Att människor tar livet av sig beror alltså inte på en naturlag. Det går att förebygga! Och detta livsviktiga arbete måste vi intensifiera.

Cyril Connolly sade en gång att ”det finns inte ett självmord för vilket inte samhället bär ett medansvar”.

Det samhället kan och ska göra är att påverka inte livskvaliteten − utan livskvalitetens *bestämningsfaktorer* som till exempel fattigdom, arbetslöshet, överskuldsättning, hemlöshet, och utanförskap. Enligt mitt sätt att se är vi

skyldiga att åtminstone *försöka* göra just detta − och så vitt möjligt på ett evidensbaserat sätt.

I vårt lands grundlag står det att ”den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet, och för goda förutsättningar för hälsa.”

Det som många i det här rummet kan och bör ägna sig åt är alltså *välfärds-produktion*. Och för det har vi faktiskt ett europeiskt mandat, i Lissabon-fördraget som Sverige anslutit sig till. Nämligen i dess artikel 168, enligt vilken ”en hög hälsoskyddsnivå för människor ska säkerställas vid utformning och genomförande av all unionspolitik och alla unionsåtgärder.” FNs Världshälso-organisation argumenterar för samma grundidé – Health in All Policies.

Sedan 2008 finns dessutom en *Europeisk Pakt för hälsa och välbefinnande*. Enligt denna pakt är vi skyldiga att försöka: förebygga depression och själv-mord; främja ungas psykiska hälsa; främja psykisk hälsa på arbetsplatser; främja psykisk hälsa hos äldre; och bekämpa stigma och utanförskap.

Allt detta får inte göras styckevis. Det ska bilda ett sammanhållet program. Somliga säger att vi inte har råd med detta. Men forskare har visat att kurser i suicidprevention för alla allmänpraktiserande läkare leder till en samhällsvinst som motsvarar **fyrtiofyra (!)** gånger insatsen (Knapp, McDaid & Parsonage, 2011). Med andra ord – vi har inte råd att låta bli!

The Science-Policy Gap, gapet mellan vad man vet och vad man faktiskt tillämpar är tyvärr väldigt stort. Detta kräver att vi inte tröttnar, inte ger upp utan försöker − igen och igen. Den romerske skalden Ovidius sade en gång: ”Den fallande droppen urholkar stenen − inte genom sin kraft utan genom att ofta falla.”

Därför är min maning till er: **”Just do it!”** Lycka till med ert oerhört viktiga arbete!

REFERENS

Knapp M, McDaid D, Parsonage M. (2011). *Mental Health Promotion and Prevention: The Economic Case.* Personal Social Service Research Unit. London: School of Economics and Political Science.

Öppningsanförande

Birgitta Rydberg, Landstingsråd

Stockholms läns landsting

Jag har följt NASP sedan starten och även innan när vi startade den regionala enheten. Dess omfattande bredd och imponerande djup samt kapacitet att kunna ta sig an lösningar för att minska självmord och självmordsförsök i Sverige. Detta har varit framgångsrikt under dess 20-åriga historia. Hela samhället ska samverka för att förhindra självmord och minska psykisk ohälsa, kombinerat med forskningskompetenser, kombinerat med internationella utbyten och med fokus på individen. Detta borgar för att vi ska kunna möta de nya utmaningar vi står inför. Den här breda kompetensen inom NASP är alltså en förutsättning för ett framgångsrikt arbete.

Vi måste också politiskt prioritera insatser till särskilt angelägna områden, sådant som visat sig ha god effekt. Jag blir väldigt glad när Danuta Wasserman betonar att vi måste gå från forskning till praktiken. En enig sjukvårdsnämnd har beslutat att vi ska ha en nollvision när det gäller att förebygga självmord. Vi ska använda NASP och NASP:s arbete i det befolkningsinriktade arbetet. Vi måste satsa på att omsätta de program som är framgångsrika i praktiskt arbete. Det blir intressant att följa detta i fortsättningen och se om självmordstalen går ner. Jag vill lyfta fram Första hjälpen kursen som vi startade i Rågsved. Det är i själva verket lika viktigt som hjärt- och lungröntgen. Jag hoppas att detta ska kunna bli samma folkrörelse. Vi kommer nu att sprida detta till andra stadsdelar och till hela det civila samhället.

Arbetet mot en nollvision måste stärkas också inom sjukvården. Det finns arbete kvar att göra. Vi har exempelvis inte gjort allt för att upptäcka depressioner. Personer i primärvården måste bli bättre på att fånga upp förstämningssyndrom innan dessa leder till självmordsförsök. Vi vet att det är särskilt kritiskt i samband med in- och utskrivningar. Personer med diagnoser såsom psykos eller bipolära tillstånd innebär förhöjd suicidrisk och detta måste innebära att vi fångar upp dessa signaler och ger extra stöd. Vårdprogrammet mot suicid har inte tillräckligt stor följsamhet och det är stora skillnader mellan olika vårdenheter. Det är oroväckande när några enheter uppnår 100 procent tillförlitlig riskbedömning medan andra ligger betydligt lägre. Jag trodde nog att vi på fyra år skulle uppnå 100 procent vid alla enheter men så är inte fallet. Beroendevården har dock lyckats göra strukturerade suicidriskbedömningar vilket är glädjande. Detta borde ses som en patientsäkerhetsfråga.

Självmorden har minskat över tid i Sverige men det är oroväckande att självmordsförsök bland unga kvinnor ligger på en hög nivå. Vi måste se unga som en egen riskgrupp och särskilt de som har en nära anhörig som begått självmord. Dessa behöver särskilt stöd då vi vet att risken är förhöjd att de också har självmordstankar eller gör självmordsförsök. Arbetet med att ta fram ett vårdprogram för suicidnära barn och unga utifrån nationella riktlinjer pågår och ska vara klart innan årets slut. Som Danuta Wasserman redan framhållit finns det evidensbaserade program och det går att göra väldigt mycket för att förhindra självmord. Att förebygga är alltid en bra strategi. Vi behöver en Första linjens psykiatri för unga.

Vi har i Stockholm planer på att införa psykosociala insatser för barn där barnläkarmottagningar och husläkarmottagningar kan kvalificera sig för att behandla lättare psykisk ohälsa hos barn och unga. Det är tänkt att komma i gång på nyåret. Detta är en länk i kedjan med en förstärkning på den första nivån. Äldre blir också i stor utsträckning underdiagnostiserade och underbehandlade. Man kanske riktar in sig på en somatisk sjukdom och glömmer bort nedstämningsproblematiken. Vi behöver ett bättre omhändertagande av äldre både i psykiatrin och i primärvården. Inom psykiatrin har vi stärkt kraven på suicidprevention för äldre personer och vi har särskilt lyft fram att man ska ha psykiatriska team. Vi behöver också stärka stödet till anhörigföreningar och patientföreningar. Dessa sitter inne med kunskaper som andra aktörer saknar. Jag skulle särskilt vilja nämna anhörigföreningen SPES som är en mycket värdefull samverkanspartner i det suicidpreventiva arbetet. Genom detta kan politiker skaffa sig värdefull kunskap. Jag kommer ihåg när NASP bildades och jag är väldigt glad över att Danuta Wasserman fortsätter leda arbetet med engagemang och beslutsamhet. Hon har bidragit till att vägen mellan kunskap och praktik blir snabbare. Det går ändå långsammare att omsätta forskningsresultat inom psykiatrin jämfört med hjärtsjukvården, men vi får inte ge upp, för det handlar om att rädda liv. NASP är en väldigt pigg 20-åring och jag hoppas vi ska fortsätta samarbetet mellan olika parter i samhället för att få fler att må bra och att sluta tänka på att livet inte är värt att leva. Jag önskar lycka till med det arbetet minst 20 år till!

Öppningsanförande

Anders Printz

Samordningsansvarig för riktade insatser inom området psykisk ohälsa på Socialdepartementet

Jag arbetar på Socialdepartementet och ansvarar för samordningen för regeringens handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa (PRIO). Det är en långsiktig strategi för att förbättra samhällets insatser.

Jag vill starta med regeringens handlingsplan för det suicidpreventiva området. Det är en rad olika aktörer som arbetar för att få ned ohälsotalen och skapa bättre psykisk hälsa. Det handlar om en samhällsstrategi som förhindrar att en människa väljer att ta sitt liv. Regeringen har antagit en plan för riktade insatser mot psykisk ohälsa. Målet är bl.a. att minska självmorden och med fokus på barn och unga. Regeringen har därför givit NASP i uppdrag att utveckla ”Första hjälpen till psykisk hälsa” i två omgångar, först för vuxna och sedan för barn och unga utifrån en modell som ursprungligen tagits fram i Australien.

Egentligen kan ju allt arbete som pågår för att möta psykisk ohälsa hos unga också på längre sikt förhindra självmord. Sveriges kommuner och landsting har i uppdrag att möta barn och unga i behov av stöd både i förskola, skola, hälso- och sjukvården men också i specialistvården. Det saknas långsiktiga strategier för hur dessa kan samverka. Framför allt har man svårt att omsätta kunskaper i praktiken och det är viktigt att sätta in åtgärder tidigt så att psykisk ohälsa inte utvecklas. Det som prövas är att testa olika sätt att samverka och organisera sig, att bygga upp första linjen. Det är nödvändigt att också ta med detta i beräkningen när det gäller självmordsprevention. Regering, kommuner och landsting måste samverka och ta ett gemensamt ansvar. Alla kommuner och landsting måste på sina hemsidor ha detaljerad information om arbete mot psykisk ohälsa och vart man kan vända sig. Det kan på sikt minska självmords-frekvensen om man snabbt kan få reda på vart man vänder sig då man exempelvis misstänker att tonåringen röker hasch. Det här breda perspektivet, att veta vart man ska vända sig är en central fråga i ett långsiktigt arbete mot psykisk ohälsa.

När man frågar sig mer specifikt hur vi ska arbeta med självmordsprevention framöver behövs tydlighet. Som Lennart Levi framhöll i sitt anförande så gäller det att inte bara prata utan också göra något konkret. Jag har nämnt några

insatser som görs. Första hjälpen-kit mot psykisk ohälsa är också ett sådant där man på arbetsplatser kan lägga material som beskriver vart man kan vända sig och en frågemanual där man kan ta reda på vad det handlar om och vart man kan vända sig med olika frågor. Vad är det då som saknas? Vi har en mängd åtgärder men det behövs ett nationellt grepp för hela området psykisk ohälsa. Vi kanske lägger för mycket vikt vid vissa områden och försummar andra? Det kanske blir ett socialtjänst- eller psykiatriperspektiv i stället för ett samhällsperspektiv?

Vi måste också se till att den kunskap som finns kommer ut och används på ett praktiskt sätt. Efter ett självmord måste vi använda oss av den kunskapen och lära oss av det som hände så att det inte händer igen. Vi måste se de nationella, regionala och lokala strukturer som finns. Vi måste använda existerande nätverk. Det finns människor som är engagerade men man måste också veta vilken myndighet som har ansvar för dessa frågor. Vi måste bygga hållbara strukturer som kan praktiskt implementera kunskapen. Vi har resurser och vi är ute på fältet för att se hur vi på bästa sätt kan använda dessa. Vi träffar nätverk och ska tillsammans bygga strukturer som tar tag i dessa angelägna frågor.

Öppningsanförande

Gunilla Wahlén

Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd – SPES

SPES betyder hopp. Vi vet ju att det är det mest fruktansvärda besked en människa kan få att en kär person tagit sitt liv. Det spelar ingen roll om det är en förälder, ett barn, ett syskon, en arbetskamrat eller en nära vän. Tack, Birgitta Rydberg, för dina uppskattande och värmande ord om det samarbete som vi har. Livet blir aldrig detsamma igen då man står inför det faktum att någon närstående tagit sitt liv. Ändå är det otroligt många människor i går, i dag, i morgon, i Sverige, i världen som får detta fruktansvärda besked. Vi vet att man känner sig arg, förtvivlad, ensam, övergiven och har massor med frågor och både kropp och själ får kortslutning. I vår telefonjour träffar vi dessa människor som gråter, ställer frågor. Vi måste visa att det går att leva vidare, att det går att få ett bra liv trots allt. Men stödet till efterlevande måste också komma organiserat från det man brukar kalla offentliga samhällsinstitutioner. Det finns skolor, arbetsplatser där man inte pratar om självmord när det hänt. Här måste vi bli bättre!

Efterlevandestöd måste vara uppsökande, återkommande och erbjudas de närstående oavsett ålder. Vi vill ha ett nationellt program för efterlevande liksom det som finns i Norge. Vi måste ta detta folkhälsoproblem på allvar och liksom NASP sikta på en nollvision även om det är en utopi. Vi menar att det i alla Sveriges kommuner måste finnas konkreta handlingsprogram för hur man kan förebygga och förhindra självmord. Det handlar om att visa engagemang, bryta ensamhet, prata öppet om detta och visa på hopp. Det handlar om rätten att få en diagnos och behandling oavsett var man bor och hur gammal man är. Antalet personer som lider av psykisk ohälsa måste minska. Självmordsnära måste erbjudas vård och behandling och köerna måste minska till specialistsjukvård. Man måste veta vart man ska vända sig. Det finns utmärkta utbildnings- och behandlingsprogram. Politiker på alla nivåer har det yttersta ansvaret för det förebyggande arbetet och för att antalet personer som tar sitt liv minskar. Politik är inte bara att vilja utan att våga. Jag vill skicka med en uppmaning till riksdagen att se till att arbeta med det handlingsprogram som finns. Vi skulle vilja att man tillsätter en haverikommission som kommer med konkreta åtgärder. Det är en negativ utveckling i Sverige och vi måste förhindra

att den psykiska hälsan försämras och att en människa tar sitt eget liv. Jag önskar lycka till på konferensen, gratulerar på 20-årsdagen och avslutar med att NASP behövs!

Plenarföreläsningar

Problemlösning, ett systemiskt kognitivt perspektiv på suicidalitet

Jan Beskow, Professor emeritus i psykiatri

Det är roligt att se så många människor här, djupt engagerade i att förstå och utveckla suicidprevention. Vilken förändring det skett de senaste fem åren! Under så många år var vår uppgift att försöka väcka intresse för suicidprevention. Nu handlar det om att möta behoven hos alla dem som nu vänder sig till NASP och de regionala nätverken för att få hjälp och vägledning. Vi har kommit upp på en helt ny arbetsnivå. Denna kräver ännu mer kunskaper. Systemteorin och kognitionsteorin har viktiga bidrag att ge.

Systemteori

Det som gläder mig mest är att kunskapen går framåt så snabbt och att olika perspektiv börjar sammanfalla i stället för att bekriga varandra. Förståelsen av psykologiska mekanismer har gått från ”grand theories”, som förklarar på en övergripande nivå, till kognitiva modeller som förklarar begränsade psykiska funktioner, varav allt fler nu också kan förstås i ljuset av neurofysiologiska fynd. Genom att teoretiskt förstå både hjärnan och våra liv som stora system med blixtsnabbt interagerande små informationsenheter, (Stern, 2005), förtydligas ytterligare relationerna mellan hjärna och liv.

Kahneman (2011) beskrev höger- och vänsterhjärnan som system, som använde stora delar av hjärnan för att utföra sina uppgifter. Han betonar särskilt att system 2, problemlösaren (tidigare vänsterhjärnan), kräver koncentration och uppmärksamhet och därigenom konsumerar mer energi än system 1 (tidigare högerhjärnan) med dess bredare kringsyn. Detta kastar ljus över den starkt dalande problemlösningsförmågan när vi blir utmattade, något som är särskilt relevant för suicidala personer.

Kognitionsteori
En artikel av Michel m.fl. (2002) är en verklig *portal till modern suicid-prevention.*

Två år tidigare hade nio internationellt välrenommerade suicidforskare och psykiatrer/psykologer samlats på ett hotell i Schweiz, för att försöka förstå varför bemötandet av suicidala patienter var ungefär detsamma och lika dåligt i hela västvärlden. Deras enträgna uppmaning blev att vi ska lyssna noggrannare efter hur patienterna själva definierar sina problem och hur de själva arbetar kognitivt för att lösa dem i stället för att bara låta dem svara på våra frågor. Detta är en förutsättning för att ta tillvara personernas egen förmåga att undvika suicid.

De som försökt lyssna in patienternas budskap finner att de plågas av allt från sociala till djuppsykologiska problem. En del är en följd av den psykiska sjukdomen, andra icke. Platsen, situationen visar sig då vara mer betydelsefull än vi tidigare förstått. Att förstå problemen som patienterna själva upplever dem och stärka deras förmåga att hantera dem är inte något specifikt för suicid-preventionen utan en stark trend inom hälso- och sjukvården (Sheldon, 2003). Boken handlar om självbestämmande inom hälso- och sjukvården och rymmer också det tänkvärda uttrycket *promoting ownership of non-enjoyable behaviors* (sid 28).

Allmän metod för problemlösning
Som psykiater har jag i decennier arbetat med att journalföra patienters alla problem, för säkerhets skull gärna upprepade vid varje ny vårdkontakt. Insatserna blev ofta slumpvisa. Även problemlösning bör därför följa en speciell metod (Gyllensten, 2011). Det handlar om att *ta ett problem i sänder! F*örst när en lösning är på god väg är det dags att ta itu med nästa. Inom varje problem-område prioriteras det viktigaste problemet och den metod som har störst sannolikhet att lyckas, varefter man följer upp patientens användning av metoden innan man går vidare till nästa problem.

Misslyckade problemlösningar och suicidalitet
Det behövs också en modell som belyser sambandet mellan bristande problemlösning och suicidalitet. Här ett förslag med fyra steg, att närmare precisera i ordningen 1-4.

1. Misslyckade problemlösningar *ger.*
2. Trötthet, utmattning, uppgivenhet som *ger.*
3. Outhärdligt psykiskt lidande med kraschad självuppfattning som *ger.*
4. Ensamhet och utanförskap, som i sin tur gör att livet blir outhärdligt att leva.

Bemötande i omvänd ordning
Det absolut viktigaste problemet är *omedelbar risk för suicid*, dvs. under eller i nära anslutning till pågående samtal. Då krävs andra åtgärder. Detta förekommer, men är sällsynt.

4. Ensamhet och utanförskap bryts genom att lösa problemen tillsammans enligt *Två-forskarmodellen.* Det viktigaste problemet läggs symboliskt mellan behandlare och patient. Denna engageras i ett jämlikt problemlösningsarbete, vilket ger distansering och lindring av ångesten. Patienten bidrar med sin unika erfarenhet av sig själv och sin suicidalitet. Behandlaren bidrar med sitt professionella kunnande (teorier, tekniker) och sin livserfarenhet.

3. Outhärdligt psykiskt lidande, som ofta är ångestbaserat, lindras av struktur, andningsreglerande tekniker mm. *Varje suicidriskbedömning är en terapeutisk intervention.* Hur patienten reagerar är avgörande för bedömningen. Patienten tar själv aktiv del i sin suicidriskbedömning. Redan första dagen ska hen dessutom få fungerande ångestlindrande verktyg med sig hem.

2. Trötthet och uppgivenhet lindras av vila och sömn, vid behov understött av KBT och läkemedel.

1. Först därefter är det dags att analysera bakgrundsproblemen. Ett problem i sänder. Det viktigaste först.

Samhällskritisk suicidprevention
Insikterna att såväl platsen/situationen som *upplevd ensamhet* är central för utveckling av suicidalitet öppnar för ett samhällskritiskt perspektiv.

Att producera ensamheter. Delegationen från Kongo hade just anlänt till den metodistförsamling i vilken de skulle *återmissionera*. Två av de kvinnliga delegaterna ville vila sig efter resan. De fick var sitt rum. När man senare hämtade dem hade de lagt sig i samma rum och samma säng. Var de lesbiska? Nej, förklaringen var enklare än så. I deras kultur är närhet naturlig och önskvärd. Det handlar inte om sexualitet utan om sensualism och trygghet. Det behövs tydligen en återmission för att vi ska sluta att rutinmässigt *producera ensamheter.*

När barnen kommer till föräldrarnas säng för att söka närhet och sova tryggt bär vi dem till deras egna sängar. Därmed skapar vi ensamhet, nattlig förtvivlan, familjär oro och åtskilliga psykiska trauman. I traditionella kulturer sover man tillsammans. Men stöd av vårt *system 2-dominans* trycker vi ner känslorna till förmån för principerna. Vi har skapat talrika ensamrum med hög risk för suicid på häkten, fängelser och behandlingshem. Efter några år sitter personer med svår psykisk störning (schizofreni och bipolär sjukdom) ofta ensamma på sina rum utan sysselsättning och utan vänner. Ensamhet som riskfaktor för suicid.

Samhälleliga felkonstruktioner
Fysiska fel. Det samhälle som vi skapat framför allt under de senaste 250 åren är fantastiskt. Det visar många vägar mot framtiden. Tidigt upptäckte man dock att samhället var *fysiskt felkonstruerat* jämfört med hur vi är evolutionärt

gjorda. Människor dog i mängd i industrier och på vägar. Först försökte man intala sig att de inte var så många. Ödet, slumpen kunde man ändå inte göra något åt. När siffrorna visade motsatsen la man ansvaret på enskilda individer. De skulle plockas bort eller uppfostras. Först på 1970-talet insåg man att det handlade om den *snabba interaktiva kommunikationen* mellan små systemdelar, mellan förare, bil, vägbana och trafikregler. Brister i dessa samspel orsakade sekundsnabbt dödsolyckor. Med denna teoretiska förståelse fick man fart på preventionen och olycksfallsfrekvensen sjönk inom alla områden.

Psykosociala fel. Vad man glömde bort var att samhällets *psykosociala konstruktion* också kostade många människoliv, för närvarande 1500 liv varje år i Sverige. Även på detta område trodde och tror många att det är ödet, slumpen och inget man kan göra något åt. Inom hälso- och sjukvården läggs fortfarande orsakerna inom enskilda personer. Nu är det dags att ta steget över till systemteorin även inom suicidprevention och hoppas på radikalt förbättrade resultat. Men för det behövs en bakomliggande tankegång. Här ett förslag.

1. *Berättelsen om evolutionen är vår tids stora berättelse.* Den är grundad på vetenskap, har en krävande etik och kan rädda oss från förvirring, oro och hopplöshet. Vi börjar förstå hur vi funkar.
2. *Samhällets psykosociala konstruktion är bristfällig och producerar lidande kontinuerligt.* Genom än mer detaljerade analyser av vad som verkligen hände före ett suicid ska vi åstadkomma effektivare prevention.
3. *Suicidala personer är viktiga informationsbärare.* Låt oss enligt Michel lyssna noga till deras berättelser och fånga upp hittills okända orsakssammanhang. Ta vara på deras erfarenheter. De är viktiga samarbetspartner i det suicidförebyggande arbetet! Dessutom är de oftast mycket tålmodiga bärare av mycket ofta onödigt lidande. Vi bör därför också se dem som de hjältar de i själva verket är.

Gå med i Suicide Zero och gör det i dag!

REFERENSER

Gyllensten K, Palm Beskow A, Palmer S (red). *Psykologisk coaching för varaktig förändring.* Stockholm: Natur och Kultur 2011.

Kahneman D. *Tänka, snabbt och långsamt*. Stockholm: Volante 2013.

Michel K, Maltsberger JT, Jobes DA et al. Case Study. Discovering the Truth in Attempted Suicide. *Am J Psychotherapy* 2002;56:424-37.

Sheldon KM, Wiliams G, Joiner T. *Self-determination theory in the clinic. Motivating physical and mental health*. New Haven: Yale university press 2003, sid 28.

Stern D. *Ögonblickets psykologi. Om tid och förändring i psykoterapi och vardagsliv*. Stockholm: Natur och Kultur 2005.

Plenarföreläsning – Självmord i ett (trans)kulturellt perspektiv

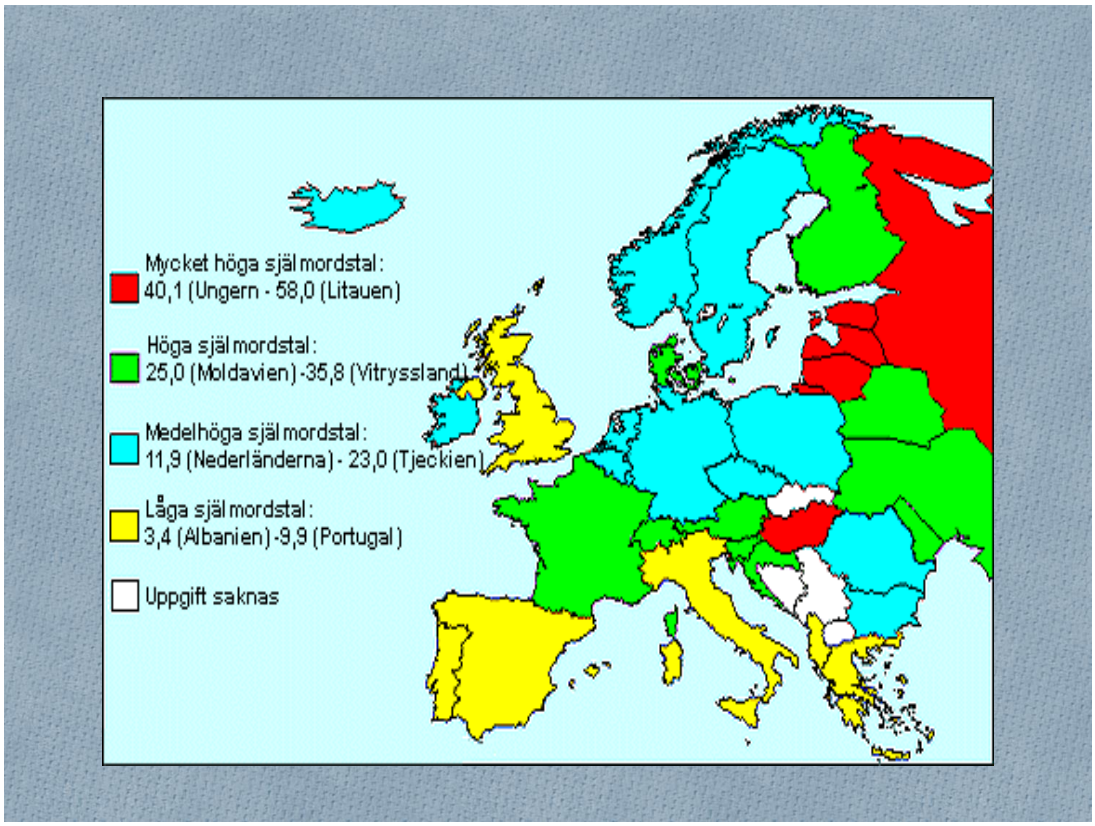
Lars Jacobson, Professor emeritus i psykiatri

Umeå universitet

Jag ska börja med och korta ner mitt anförande genom att inte tala om ett transkulturellt perspektiv på suicid utan ett kulturellt. Jag reste 1969 till Etiopien för att arbeta på ett litet sjukhus under ett par år. Det fanns en föreställning om att i Afrika dog man visserligen av olika sjukdomar men annars var man lycklig och led inte av psykisk ohälsa. Jag blev därför förvånad när jag fann patienter som mådde psykiskt dåligt och även begick självmord. Jag samlade en del statistik över detta som sedan blev en artikel i Acta Psychiatrica. Jag kommer snart att resa tillbaka för att försöka få en bättre bild av hur vanligt det är med självmord i en traditionell kultur. Vi har också tittat på psykospatienter och funnit att schizofrenipatienter har en väldigt hög självmordsfrekvens.

Jag har varit involverad i självmordsstudier i många olika länder och det är sammanlagt ett femtontal avhandlingar som producerats om detta. Kultur kan definieras som värden dess medlemmar omhuldar, normer som de följer och materiella ting som de skapar. Kortare kan det definieras som socialt överförda levnadsmönster. Vi har ofta för oss att kultur är något som finns i andra länder men vi lever själva i en kultur fastän vi ser den inte så tydligt.

Självmord är ett fenomen där människans kognitiva, emotionella och sociala förmågor skapar det kulturella sammanhang hon lever i och där självmordet finns som en möjlighet och ett hot. Självmord kan alltså betraktas som ett kulturfenomen och i figuren nedan ser vi att självmordstalen varierar mycket kraftigt mellan länder.



Nästa figur visar självmordstalen i olika länder som WHO tagit fram och även här ser vi en mycket stor variation. De låga talen till vänster ska man inte ta så allvarligt på eftersom statistik saknas i dessa länder och självmord är tabu-belagt. Vi kan också konstatera att självmordstalen för män är högre än för kvinnor.

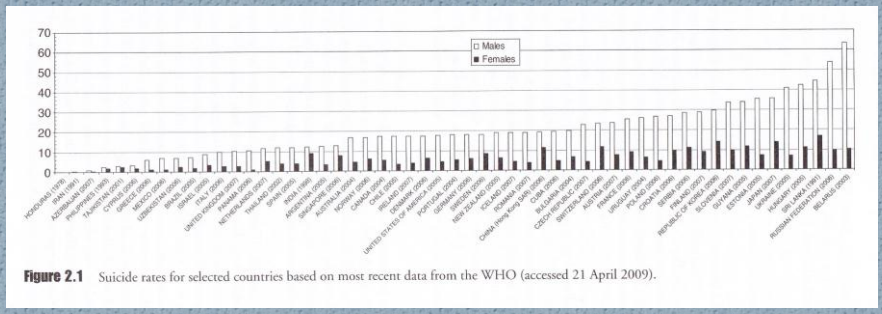


Figure 2.1 Suicide rates for selected countries based on most recent data from the WHO (accessed 21 April 2009).

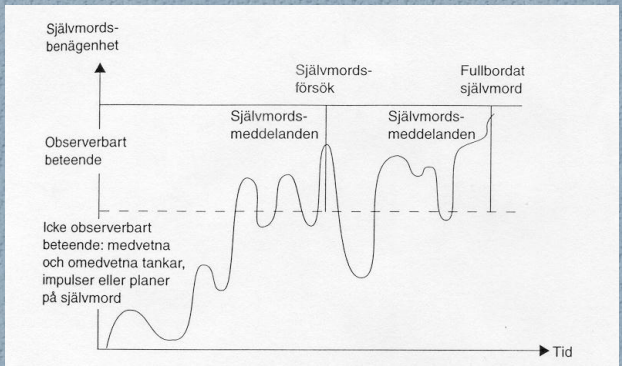
Nästa bild är hämtad från en tidning i västra Iran, där självbränning bland kvinnor är vanligt. Detta förekommer dock också i Indien och i Kina även om uppgifterna är osäkra. Det ska stå Eilam som är en del av västra Iran och där utgör självbränning så mycket som 71 procent av alla självmord.

Kvinnosuicid

- Vellore, Indien 148,0 (10-19 år)
- Kina (landsbygd) 30,7
- Självbränning Eliam, Iran
  8,7/ 100.000
  71% av alla suicid

Nedan visas en modell för hur en självmordsprocess kan se ut. Processen kan pågå under flera år. Man laborerar med tanken och kanske gör något själv-mordsförsök tills något händer och man tar livet av sig. Jag har funnit den här modellen användbar i många sammanhang.

Processmodellen

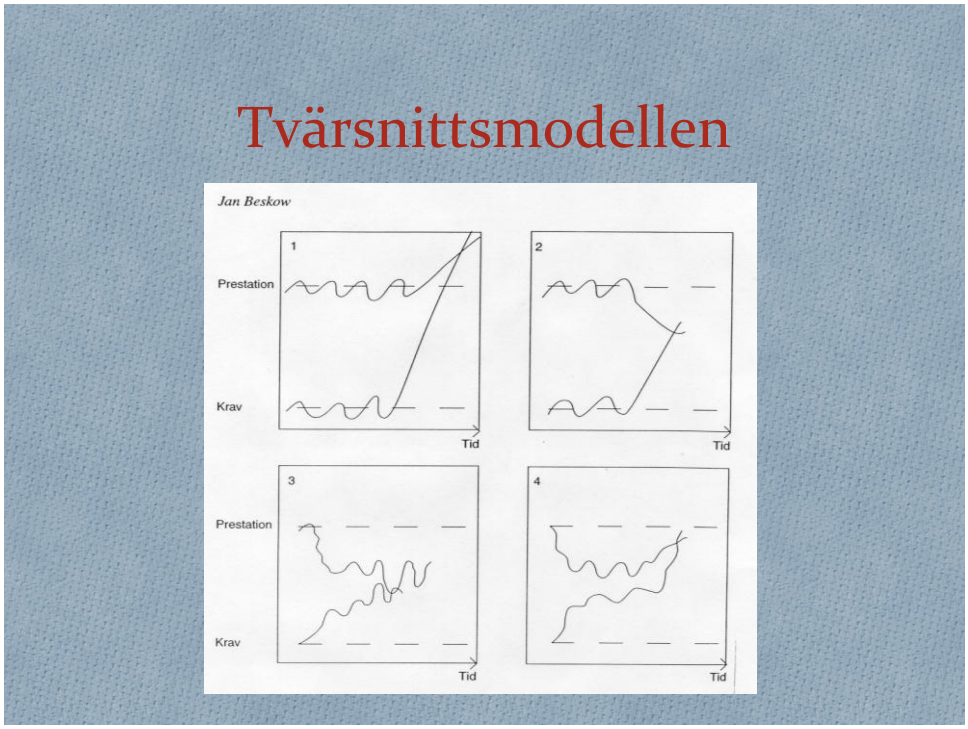


Figur 2.1 Självmordsprocess.

Källa: Socialstyrelsen – Vårdprogramnämden 1983, Beskow 1979.

Här ser vi exempelvis hur Carola offentligt berättar om att hon funderat på att ta sitt liv.

Nedan visas ytterligare en modell som har introducerats i Sverige av Jan Beskow. Man kan kalla den för olycksfallsmodellen där självmordet betraktas som en psykologisk olycka. Det kan hjälpa en att förstå varför det hände just då.



Den modell som visas härnäst blev jag uppmärksammad på nyligen då jag undersökte självmord bland renägande samer. Dessa har ju en högre självmordsfrekvens är befolkningen i övrigt. Här kan man säga att suicidalitet är ett svar på nederlag; upplevelse av förlust, förödmjukelse, behov av flykt. Man finner ingen utväg; en upplevelse av att vara fångad. Det finns ingen räddning och man känner sig hjälplös.

”Cry of pain”

En modell för suicidalitet (Mark Williams 2001)

Suicidalitet som svar på

1. **Nederlag; upplevelse av förlust, förödmjukelse, behov av flykt**
2. **Ingen utväg; upplevelse av att vara fångad – entrapment**
3. **Ingen räddning; hjälplöshet**

Nästa bild illustrerar detta. Samer uppfostras till att klara sig själva och har höga krav på sig att leva upp till en mansroll som stark och oberoende. Situationen kompliceras dessutom ofta av markkonflikter.

Höga krav och markkonflikter kan vara orsak till självmord

Renskötande män löper större risk att ta sina liv än andra män boende i glesbygd

LYCKSELE Lars Jacobsson, psykiatriprofessor vid Umeå universitet, konstaterar att självmord är vanligare bland renskötande män än för andra män i glesbygden. Högt ställda krav kan vara en av orsakerna.

Men även oron över ökade markkonflikter kan vara anledning till självmord, det konstaterar Jacobsson och hans kollegor vid Umeå universitet. Enligt Sameradion kommer forskningen om självmord bland samer att slutföras under våren men vissa resultat är dock redan klara. Psykiatriprofessor Lars Jacobsson har i sin forskning kommit fram till villkoren för renskötare är olika beroende på vars de bor: Konflikterna om renbetesland ökar ju längre söderut man kommer och det skiljer sig även i hur renskötseln är organiserad i norr och söder. Självmord bland samer är vanligare i Västerbotten

Lars Jacobsson.

– Självmord är ju uttryck för en livssituation som blir för överväldigande och för tung, säger Lars Jacobsson till SR:s Sameradion.

Färre renskötare

Faktumet att det finns ven på de enskilda individerna. Och en annan viktig skillnad är de långa avstånden mellan sommar- och vinterbetesland som finns i Västerbotten.

Lars Jacobsson har tillsammans med sina medarbetare gjort enkäter och har även samlat in självmordsstatistik.

Tar tag i det här

Resultaten från de senaste 50 åren visar att det i snitt begås ett självmord per år bland renskötande män – dessa siffror är

glesbygden. För renskötande kvinnor skiljer sig däremot inte siffrorna från genomsnittet. Jacobsson vill nu att problemet ska tas upp till diskussion.

– Det bygger på att man själv inom samegrupperna tar tag i det här

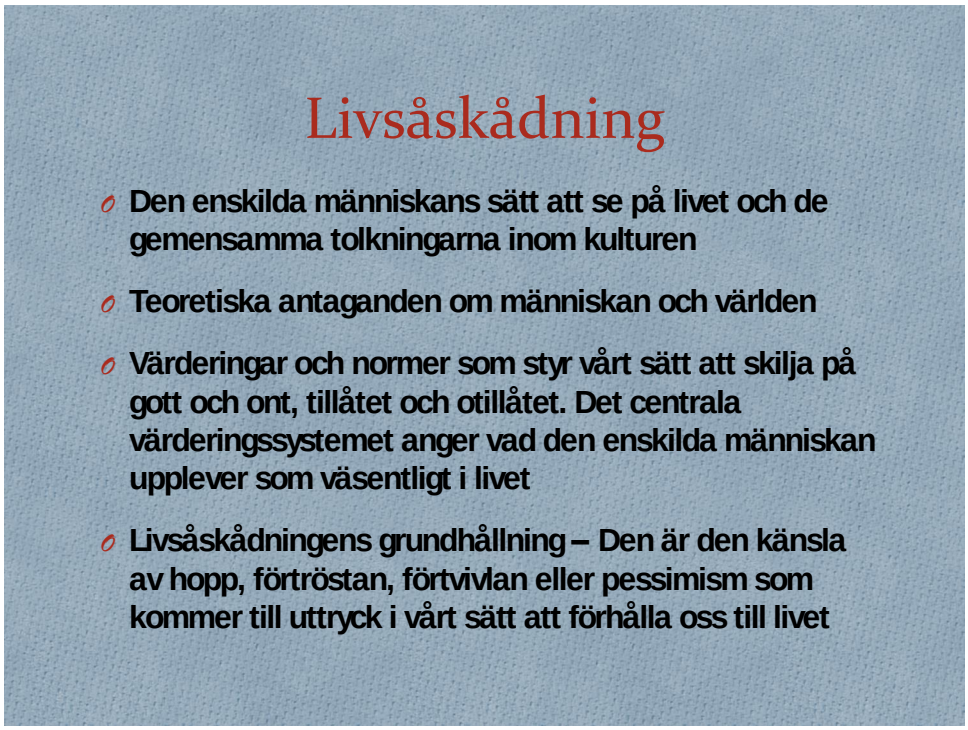
ting, men det är bara ni själva som kan göra någonting är det, säger han till Sameradion.

VANLIGARE. Högt ställda krav eller oro över ökade markkonflikter kan vara anledningar till att renskötande män begår självmord. Att ta sitt liv är vanligare bland dem än bland andra män i glesbygden. Personen på bilden har inget samband med artikeln.

FOTO: SCANPIX

Vi vet mycket om olika riskfaktorer som också varierar i olika kulturer. Alkohol är till exempel inget problem i muslimska samhällen. Man måste ha tillgång till medel för att ta sitt liv och detta varierar också i olika delar av världen. Bekämpningsgifter i jordbruket används i vissa länder. Andra använder sig av mer våldsamma metoder: skär sig i halsen, hängning, spjut m.m. Gemensamt är ofta en protest mot den situation de befinner sig i.

Jag har dock mer och mer börjat fundera på vad som ligger bakom självmordet som fenomen och hamnar då i livsåskådningsfrågor. I nästa figur presenteras några olika sätt att se på detta.



Lars Gyllensten har skrivit om livsfrågor. Om meningen med livet, om hur vi ska kunna stå ut med lidanden och död, om vårt ansvar för varandra och oss själva, om gränserna för vår egen förmåga och om vårt beroende av krafter utanför det blott och bart mänskligas räckvidd, om skuld och oskuld, om leda och förtvivlan och driften att förkasta sig själv och tillvaron och om hängivelse och förtröstan, om tvång och förnedring i denna värld och om dess storhet och härlighet.

Vi får inte fastna i en medicinsk modell och enbart prata om sjukdomstillstånd utan precis som Jan Beskow framhöll finns det mer under ytan. För några år sedan publicerades en avhandling i Umeå av Tony Sporrong, som utgår från psykoanalytisk teoribildning. Han menar att det som kanske är allra svårast att stå ut med är när självbilden krackelerar.

I Etiopien finns både kristna kopter och muslimer och i båda dessa kulturer är självmord tabubelagt liksom det har varit i vårt land. Samtidigt finns också en fascination över självmordet och detta hindrar många gånger självmords-prevention. Många författare har tagit livet av sig. Självmordet beskrivs i sådana sammanhang som en dödslängtan. Jag tror inte det handlar så mycket om dödslängtan utan snarare om paradislängtan. Nils Ferlin skriver i sin dikt ”Inte ens”:

Inte ens en grå liten fågel
Som sjunger på grönan kvist
Det finns på andra sidan
Och det tycker jag nog blir trist.

Inte ens en grå liten fågel
Och aldrig en björk som står vit –
Men den vackraste dagen
Som sommaren ger
Har det hänt att jag längtat dit.

Eftersom kulturella faktorer spelar en avgörande roll för förekomsten av olika självmordsbeteenden blir det viktigt att undersöka de underliggande värden och sociala förhållanden som utgör förutsättningarna för självmord för att kunna utveckla förebyggande strategier.

En norsk suicidolog, Heidi Hjelmeland, menar att vi ägnar alltför mycket tid åt kvantitativ forskning såsom biologi, genetik, medicin och epidemiologi. I stället borde vi ta tag i de så kallade mjuka frågorna och bedriva mer kvalitativ forskning inom suicidområdet.

Jag vill slutligen gå tillbaka till definitionen av kultur och menar att grund-problemet handlar om meningen med livet. Självmordsprevention är som Anders Printz framhöll en medborgarfråga. Hur kan vi skapa ett samhälle där vi bryr oss om och tar hand om varandra? Vi måste se vårt eget samhälle som ett kulturfenomen och det är lika viktigt att diskutera meningen med livet med sina patienter som att göra riskbedömningar.

Plenarföreläsning – Psykoanalytiska perspektiv på självmordsnärhet

David Titelman, Docent i psykologi, psykoanalytiker

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP)

Jag har just blivit ombedd att förkorta denna föreläsning. Därför börjar jag med några slutsatser: Den psykoanalytiska behandlingen garanterar inte någons lycka och inte heller en enkel bot av psykisk sjukdom. Psykoanalys kan dock stärka en psykiskt nödställd människas kamp för att förbli en tänkande och kännande och autonom person – detta kan också gälla den som är hårt drabbad av livets svårigheter, begränsningar och handikapp. Psykoanalytisk behandling av de mest självdestruktiva och sårbara patienterna kräver ibland en inramning och stöd av en accepterande och kunnig behandlingsmiljö, exempelvis en psykiatrisk klinik. Det ställs, med sådana patienter, stora krav såväl på analytiker som på berörd vårdpersonal att kunna bära patientens ångest, vrede och destruktivitet. På psykiatriska kliniker har psykoanalytiker också en viktig uppgift att fylla som handledare och lärare när det gäller kunskap om psykiskt lidande som man inte ska låta gå förlorad. Jag vill också plädera för att den psykiatriska personal som vill, ska få gå i egen terapi, till exempel hos psykoanalytiker, med stöd av arbetsgivaren. Detta skulle vara ett steg i riktning mot en humanisering av psykiatrin.

Evidens

Innan jag går över till att tala om Primo Levi, som jag också är ombedd att tala om, vill jag säga något om psykoanalysens evidens. Istället för att presentera tabeller med studier som talar för och emot olika terapiformer – ni får ta mitt ord för att det finns sådana resultat som också stöder värdet av psykoanalys och psykodynamisk terapi, särskilt vid depression – vill jag börja med att säga några ord om den i dag så ofta omtalade och ur evidenssynpunkt framgångsrika anknytningsteorin.

Denna inriktning skapades av den tidigare psykoanalytikern John Bowlby, som studerade relationen mellan barnet och dess vårdare, alltså samma relation som stod i fokus för den psykoanalytiska objektrelationsteorin. Skillnaden mellan Bowlbys approach och den klassiska psykoanalytiska är att anknytnings-teorin baseras på empiriska observationer av kvantifierbara beteenden medan objektrelationsteorin bygger på en kvalitativt beskrivbar inlevelse och på utvecklingspsykologisk teori. Trots att man idag kan höra unga anhängare av

anknytningsteorin, till exempel KBT-terapeuter, använda anknytnings-perspektivet som ett argument mot psykoanalysen, så är den enkla historiska sanningen att Bowlby knappast skulle ha kommit på idén att forska om barnets tidiga samspel med andra utan sina kunskaper i psykoanalytisk utvecklings-psykologi.

Anknytningsteorin själv delar sig i två spår, ett mer behavioristiskt och ett psykoanalytiskt. Den behavioristiska grenen sysslar strikt med observationer av beteenden framför allt hos mor och barn. Dessa observationer ligger sedan till grund för det Bowlby kallade ”inre arbetsmodeller”, det vill säga inlärda mönster av hur barnet relaterar i förhållande till sin vårdare som antas prägla barnet under dess fortsatta utveckling. Den psykoanalytiska inriktningen av anknytningsteorin beskriver relationsmönster som en återspegling av känslor och omedvetna föreställningar om vad man varit med om och av vad man kan vänta sig i livet. Skillnaden mellan skolorna kan tyckas fin, men en viktig aspekt av den psykoanalytiska versionen är tanken att vi alla bär på *inre representationer* eller personliga tolkningar av vad man varit med om. Dessa inre bilder kan vara korrekta eller orealistiska, kärleksfulla eller arga, goda eller onda.

Vi tolkar dessutom våra inre och yttre realiteter självcentrerat eller ”narcissistiskt”. Vi tänker, medvetet eller inte: ”Vad säger denna erfarenhet om mig … om min kropp … om mitt eget värde som människa?” I just detta avseende är den självmordsnära personen mycket sårbar. Hon eller han, som ofta plågas av sin självmedvetenhet och självkritik, uppfattar alltför lätt verklighetens oundvikliga kärvhet eller orättfärdighet som ett bevis på hennes egen värdelöshet. Yttre fysiskt eller psykiskt våld förenar sig hos sådana personer – igen alltför lätt – med aggressivitet riktad mot självet och med vad psykoanalytiker uppfattar som en djup resignation och en ”drift” att ge upp. Sådana svårigheter hör till det som vi psykoanalytiker försöker hjälpa människor att komma till rätta med hos sig själva. Frågan är hur man ska definiera evidensen för framgång med sådan terapi. Jag anser att man ibland måste förlita sig till de inblandades berättelser.

En av 1900-talets största kunskapsteoretiker, *Ludwig Wittgenstein* är en intressant person för oss i dessa sammanhang av minst två skäl. Han var en begåvad men excentrisk person som kom från en familj där självmord varit en tragisk realitet. Tre av hans bröder tog sitt liv och han själv kämpade med sin självaktning livet ut (Wittgenstein dog 1961 av en cancersjukdom). Mitt intryck är att det som räddade honom från självmordet i slutet av sitt liv var den forskargrupp i Cambridge under ledning av Bertrand Russell som tog honom till sig, erkände hans storhet som filosof och accepterade honom som han var. Wittgenstein, som var en av de främsta talesmännen för den logiska empirismen, den forskningsmetodologiska riktning som dagens evidensbaserade medicin bygger på, var kritisk mot den vetenskapliga halten i mycket av sin tids forskning. Ändå framhöll han att bara för att något inte kan förklaras vetenskapligt (dvs. med evidensbaserade metoder) så betyder inte det att fenomenet inte existerar. Samma relativa öppenhet visade han psykoanalysen. Han gjorde å ena sidan processen kort när det gällde psykoanalysens vetenskapliga

kvalitet: subjektiva upplevelser, erfarenheter i överföringsrelationer och retrospektiva perspektiv låter sig inte så lätt studeras med naturvetenskapliga metoder. Samtidigt skrev han att han inte kände till någon psykologisk teori om människan som var mer intressant än den psykoanalytiska.

Primo Levi

Primo Levi var en italiensk-judisk kemist och författare som sannolikt tog sitt liv vid 68 års ålder. Han var en storartad författare med en skarp iakttagelse-förmåga, både inåt och utåt. Han påminner i detta avseende om en annan hyllad författare, som fler av er kanske har läst och som också föll för egen hand, nämligen Harry Martinsson. För människor i omgivningen är ju alltid självmordet en vedervärdig händelse, som vi helst skulle se ogjord. Martinssons självmord kan inte förnekas, det ägde rum på en psykiatrisk klinik i Stockholm. I Levis fall finns många beundrande läsare som hävdar att han omöjligen kan ha tagit sitt liv, och att hans fall nedför trapphuset i byggnaden där han levde nästan hela sitt liv var en olycka. Båda författarnas dödsfall var inte bara sorgliga utan också motsägelsefulla, eftersom bådas texter har en livs-bejakande kvalitet som berikar var och en som läser dem.

Min metod att närma mig Levi har varit genom att läsa om hans böcker och biografiska data med två psykoanalytiska perspektiv för ögonen (Titelman, 2006). Mitt syfte var att förstå fenomenet självmord snarare än Levis personliga öde. Det första perspektivet var *narcissismen*, som handlar om självbevarelsedrift, självaktning och identitetskänsla, men också, när denna sida av att vara människa är skadad eller ointegrerad, har en baksida i form av sviktande självaktning och ibland självtillräcklighet och isolering.

Det andra perspektivet var den destruktiva impuls jag nämnt, det Freud kallade *dödsdrift*, tendensen hos allt levande att befria sig från spänning och sträva efter stillhet, ytterst död. Begreppet dödsdrift är kontroversiellt, även bland psykoanalytiker. De psykiska skeenden och beteenden det handlar om syns tydligast i svår psykisk sjukdom, vid självmord, men också i ofta kusliga mass-psykologiska fenomen, till exempel mobbning, hat mellan folkgrupper och krig.

Jag avstod i arbetet om Levi från att använda en tredje central psykoanalytisk infallsvinkel på depression och självmordsnärhet, nämligen en människas yttre och internaliserade relationer till närstående, alltså hennes ”objektrelationer”. Det beror på att Levi i stort skyddade sig själv och sina nära anhöriga genom att inte skriva om dessa förhållanden annat än antydningsvis och allegoriskt, och jag ville inte spekulera om saken; i detta avseende skiljer han sig från Martinsson, vars gripande barndoms- och ungdomsskildringar kastar ljus över hans förhållande till livet som vuxen. Jag kommer att nämna några få detaljer om Levis personliga relationer, men låta dem tala för sig själva.

Primo Levi överlevde mot alla odds ett år, 1944-45, i förintelselägret Auschwitz. Han var då 25 år och han dog drygt 40 år senare, 1987, på det sätt jag redan nämnt. Vid tiden för sin arrestering av tyskarna var Levi medlem av en anti-fascistisk motståndsgrupp som befann sig i de italienska alperna. I tron att han

skulle få ett lindrigare straff än att bli arkebuserad som partisan, uppgav han att han var judisk flykting. Detta medförde dock omedelbar transport till Auschwitz via det italienska uppsamlingslägret i Fossoli. Levi dödades inte omedelbart vid ankomsten till Auschwitz eftersom tyskarna behövde hans expertkunskaper som kemist vid IG Farbens gummifabrik, Buna, som var placerad i anslutning till förintelselägret. Han har skildrat sina upplevelser i flera böcker som handlar om den yttersta förödmjukelsen, mord på flertalet fångar och en liten minoritets överlevnad. (Den mest kända är *Är detta en människa*, som nyligen återutgivits på svenska (Levi, 2013). De judiska fångarna var berövade rätten att leva vidare. Levi framhåller självanklagande att det var de slugaste och mest hänsynslösa som överlevde.

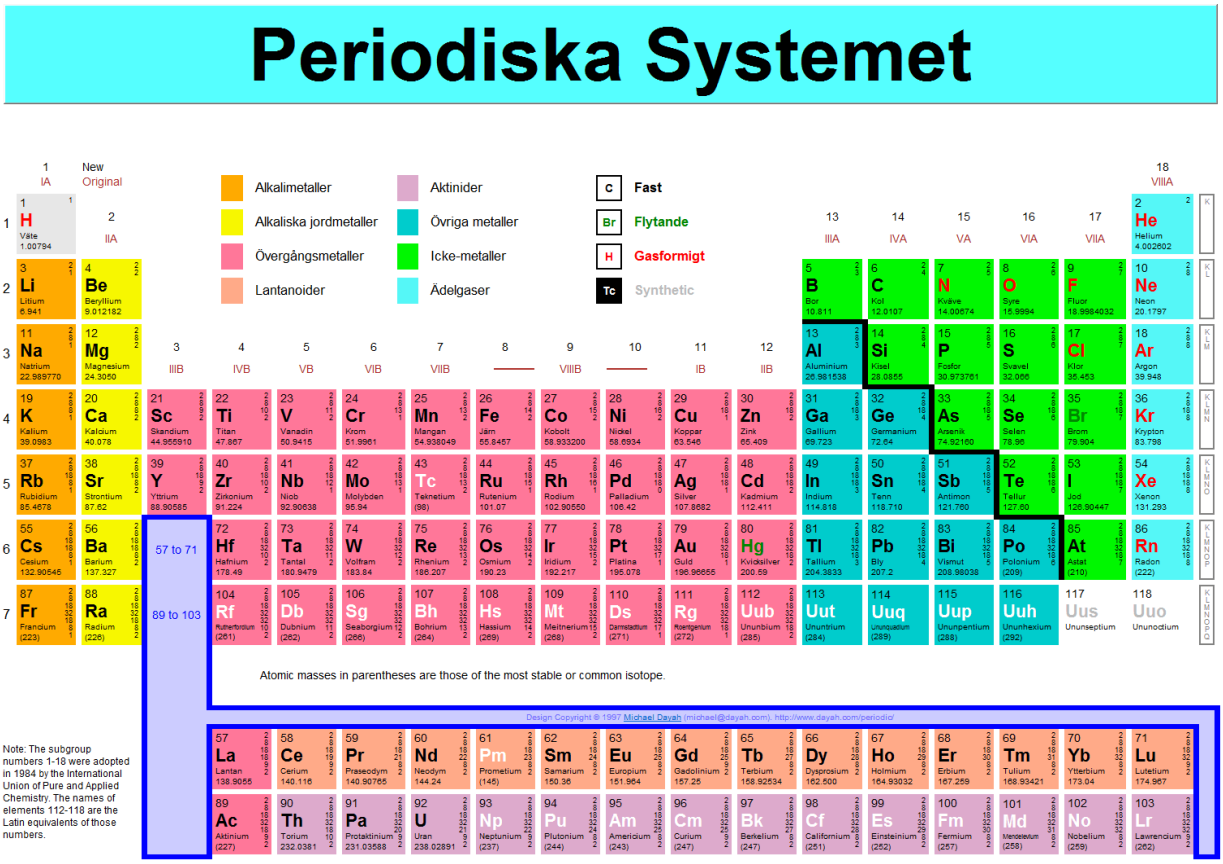
Den mer objektiva sanningen var att överlevnad i Auschwitz ibland var möjlig – om man hade tur och med hjälp av andras barmhärtighetshandlingar. Levis eget öde belyser detta. I fabriken fick han kontakt med en icke-judisk italiensk tvångsarbetare, Lorenzo Perrone, som arbetade som murare utanför Bunas stängsel. Varje dag riskerade Lorenzo livet genom att smuggla in en tallrik med rester av hans egen soppa och bröd till Levi under stängslet. Levi livnärde sig på denna dagliga extraranson mat, men plågades av skuldkänslor för att han inte delade sitt hemliga privilegium med de andra svältande fångarna, trots att han faktiskt delade soppan med en annan kamrat, men bara med honom.

I sin sista bok, som på svenska heter *De förlorade och de räddade*, jämför sig Levi med en annan överlevare och författare, Jean Améry, som tog sitt liv 1978. Améry hade flytt från Österrike till Belgien 1938. Hans öde var likt Levis i Italien, men hans narcissistiska jämvikt – eller obalans – var annorlunda och hans vrede större. Améry betraktade sin egen självömkan som en sjukdom som han inte fann någon bot för. Levi var mot slutet av sitt liv djupt tagen av Amérys bittra men inträngande skrifter, som i hög grad fokuserade på det självmord som han visste att han skulle genomföra. Levi ger i sin bok flera citat av Améry. Här är ett av dem, 20 år efter kriget:

> Kombinationen av hat mot hemlandet och självhat gjorde ont, och smärtan blev intensivast när vanlig hemlängtan vällde upp och krävde sin rätt, samtidigt som den utmattande självförstörelsen fortgick … Den enda boten skulle ha varit en … revolution och samtidigt med den vårt hemlands tydligt uttryckta önskan att vi skulle återvända. Men revolutionen ägde aldrig rum … vår återkomst skulle ha generat [människorna i hemlandet] (Améry, 1964, sid. 51).

Även om Levi talade om sig själv genom att citera Améry, var hans självaktning stabilare efter kriget än Amérys, i vart fall under de perioder han mådde relativt bra. Men han var på sitt sätt också upptagen av att känna sig utesluten eller stämplad som oren, vilket enligt den nazistiska mytologin var anledningen till att vissa människor inte gavs rätten att leva.

I sin självbiografiska exposé från 1975, *Det periodiska systemet*, är Levis betraktelser över grundämnena metaforer för människan och hennes lott. Ett exempel, som belyser hans relativa själsstyrka under den tiden, är hans beskrivning av orenheten hos vissa zinkföreningar likaväl som den i hans egen härkomst som livgivande katalysatorer. Detta var en kraftfull protest mot



Det periodiska systemet skrevs under en god tid i Levis liv. Han hade träffat sin fru, Lucia, strax efter hemkomsten, vilket var ett under som kullkastat hans kvardröjande tonårsfantasi att vara utesluten från kärlekens och sexualitetens gemenskap. Paret fick två barn, vilket också var en triumf över Hitler. Vid sidan av sitt heltidsjobb som kemist erövrade Levi under dessa år en position som författare, även om han ända till sin död var känslig för kritik och plågad av fantasin att bara betraktas som en förintelsekrönikör och en litterär amatör.

Besläktad med fantasin att vara utestängd från kärleken och den litterära elitens gemensakap var Levis tanke att det inte var för honom att ta steget från den oorganiska till den organiska, ”riktiga” kemin, livets vetenskap. Det avslutande kapitlet i *Det periodiska systemet* heter inte desto mindre ”Kol” och ger ett suggestivt perspektiv på livets, i form av en viss kolatoms, beständighet, liksom på våra individuella själars förgänglighet. Efter att ha följt hans atoms öden under några hundra år går vi in i berättelsen i slutet av 1960-talet:

> [Kolatomen] är återigen hos oss, nu i ett glas mjölk. Den ingår i en mycket komplex lång kedja, som ändå är sådan att *nästan* alla dess länkar accepteras av människokroppen. Den sväljs, och eftersom varje levande organism rymmer en barbarisk misstro mot varje tillskott av substans med levande ursprung, bryts kedjan omsorgsfullt isär och dess fragment accepteras eller stöts bort, ett efter ett. Det fragment som vi nu engagerar oss i går över de inre organens barriär och in i blodomloppet: det migrerar, knackar på dörren hos en nervcell, går in och ersätter det kol som tidigare var där. Denna cell tillhör en hjärna, och det är min hjärna, hjärnan hos mig som skriver" (Levi, 1975, sid. 232-233).

Under 1980-talet var Levi i sina böcker allt mer upptagen av depressiva tankar, inklusive av författare som tagit sitt liv. Hans psykiska försvar tycktes svikta. I *De förlorade och de räddade* skrev han, strax före sin död, att människorna i förintelselägret inte var suicidala medan de var där. Den ständiga hungern, törsten, tröttheten, mobiliserade en önskan att leva. Tillfredsställelse av de primära behoven var allt han och andra tänkte på. Det var först under ögonblick av eftertanke, och efter befrielsen, som skammen över att ha krympt som människa blev plågsam:

> Som djur var vi instängda i nuet … vid sällsynta tillfällen kom vi ur detta tillstånd: under de få vilodagarna, de undflyende minuterna innan sömnen eller under flygräderna, men dessa var plågsamma stunder, just därför att de gav oss möjligheten att mäta vår förminskning utifrån. (Levi, 1986, sid. 56).

Historierevisionister hade nu börjat framträda i Europa och hävda att förintelsen inte ägt rum, att den överdrivits, eller (motsägelsefullt) att den var orsakad av dess offer. Kanske var det Levis stigande smärta över att människor inte tycktes vilja lyssna som till slut knäckte honom.

Som vetenskapligt orienterad person försökte Levi bota sina depressioner med farmaka, till liten nytta. Den medicinen hade dessutom biverkningar, till exempel förvärrade den hans prostatabesvär, vilket gjorde situationen i sin helhet mer svåruthärdlig. Levi undvek också psykoanalys, trots att en av hans kamrater från motståndsgruppen och medresenärer till Auschwitz, Luciana Nissim, också överlevde och sedan blev psykoanalytiker och upprätthöll kontakten med honom. (En tredje person i gruppen, Vanda Maestro, som Levi var blygt förälskad i, skar sina handleder under transporten och avrättades i Auschwitz.) Han sade att han ogillade psykologisk spekulation och ironiserade över psykoanalytiska anspråk på att förstå förintelsens offer. Samtidigt var han hela sitt liv reflekterande, sökande, psykologiskt känslig och nyfiken på världen och människorna, inklusive vad som drev de nazistiska bödlarna. Som obotlig iakttagare, kemist, kunde han bara skamset konstatera att dessa monster var som han själv: människor. (Levi, 1975)

Många författare har försökt förklara Levis självmord. En av dem, Thomson (2002), lyfter fram mörkare sidor hos de Piedmontiska judarnas historia än vad Levi själv skrev om. Primo Levis farfar, Michele, som under slutet av 1800-talet drev en bank på den norditalienska landsbygden, utnyttjade efter en lagreform möjligheten att köpa mark av kyrkan och drabbades därefter av ett falskt rykte om sviktande kreditförmåga. Han hotades av en lynchmobb, ledd av en präst som såg sin auktoritet hotad. Strax innan hade Michele blivit skandaliserad av sin fru som rymt med en ny man. Michele Levi flydde till sin frus släktingar i Turin och tog där livet av sig genom *att kasta sig* från tredje våningen i deras hus.

Ingen av förklaringarna befriar oss från att vi inte vet exakt varför Primo Levi föll. Förklaringarna utesluter inte heller varandra. Alla går att förena med tanken att Levis ansamlade smärta och ångest och oövervunna skam vid en viss tidpunkt blev honom övermäktiga, att han brast och lät sig falla. Det var i så fall ett ögonblick av största ensamhet – vad är outhärdlig ensamhet om inte en känsla av att vara utesluten och en okontrollerad självnedvärdering – ett livstema han delade med Améry. Till sist vill jag läsa ett stycke om och delvis av Levi från en biografi skriven av Anissimov (1998). Hon beskriver hur Levi är på väg från Auschwitz och befinner sig på ett tåg:

> När tåget stannade i Trzebinia och Levi, fortfarande klädd i sina randiga Auschwitzkläder, klev ut för att sträcka på benen, fann han sig omgiven av en nyfiken folksamling, bland dem den första civil-klädda personen han sett sedan han lämnade Italien – det var en advokat som var klädd i filthatt och bar en läderportfölj. Det var vid detta ögonblick som Levi började vittna. Han berättade vad han sett i Auschwitz, och advokaten översatte till polska för åhörarna, som var arbetare och bönder från trakten. Levi insåg mycket snabbt att advokaten inte översatte exakt. Han undvek avsiktligt att berätta för åhörarna att Levi var jude, han kallade honom i stället en italiensk politisk fånge. När gruppen av människor skingrades, frågade Levi sin tolk varför han undvek att nämna att han var jude. Advokaten förklarade att det var bättre för honom att göra så, eftersom kriget ännu inte var slut … När advokaten sedan tog farväl, erbjöd han Levi pengar – vilket han nekade att ta emot – och bekände sedan att Polen är ett sorgligt land.” (Anissimov, 1998, s. 216).

Levis egen kommentar till detta var:

> Jag kände mig plötsligt gammal, livlös, trött bortom alla mänskliga mått; kriget var inte slut, kriget pågår alltid. Mina åhörare började dra sig undan; de måste ha förstått. Jag hade drömmar om sådana saker under nätterna i Auschwitz: att tala utan att någon lyssnade, att återfinna friheten, men att förbli ensam.” (Levi, 1962, s. 55).

REFERENSER

Améry J. (1964). *At the Mind’s Limits: Contemplations by a Survivor on Auschwitz and its Realities*. Bloomington & Indianapolis: Indiana, 1980.
Anissimov M. (1998). *Primo Levi: Tragedy of an Optimist*. London: Aurum.
Levi P. (1947). *If this is a man* (övers. S. Woolf) New York: Orion.
Levi P. (1962). *The Truce* (övers. S. Woolf). Boston: Little, Brown & Co.
Levi P. (1975). *The Periodic Table* [Det periodiska systemet] (övers. till engelskan R. Rosenthal). New York: Schocken, 1984.
Levi P. (1986). *The Drowned and the Saved* (övers. R. Rosenthal). London: Michael Joseph, 1984.
Levi P. (2013) *Tre böcker: Är detta en människa / Fristen / De drunknade och de räddade* (övers. I. Börge). Stockholm: Albert Bonniers förlag.
Thomson I. (2002). *Primo Levi*. London: Hutchinson.
Titelman D. Primo Levi’s loneliness: Psychoanalytic perspectives on suicide-nearness. *Psychoanalytic Quarterly* 2006;*75*:835-858.

Plenarföreläsning – Medie- och kommunikationsperspektiv på självmordsprevention

Michael Westerlund, PhD i medie- och kommunikationsvetenskap

Institutionen för journalistik, media och kommunikation, NASP

Jag ska framför allt uppehålla mig vid det som sker på Internet som är en global plattform som når största delen av världens befolkning. Det som är särskilt intressant är de digitala och sociala medierna där människor möts, samtalar, skaffar sig information och kommunicerar om allt möjligt. Medierade framställningar har fått en allt större plats i samhället. När det gäller självmord och självmordsprevention bidrar dessa framställningar till hur vi påverkas, uppfattar och förhåller oss till självmordsämnet.

Det kan handla om direkt påverkan som kan utlösa eller förhindra självmordshandlingar och det finns mycket forskning om detta. Man talar ibland om en ”Werther-effekt” där ett medierat självmord utlöser sådana handlingar hos människor som befinner sig i en suicidprocess. Man pratar i dag också om en ”Papageno-effekt”, dvs. den positiva påverkan som medier kan ha på självmordsprevention. Man kan också tala om en indirekt påverkan där medier är med och formar samhälleliga och kulturella föreställningar om självmord. Det finns ofta en diskrepans mellan den medierade verkligheten som den framställs i media och den faktiska verkligheten. På så sätt påverkas både allmänhet och politiska beslut i samhället av medierade föreställningar. Samtalsforum på Internet tenderar också att sudda ut skillnaden mellan det privata och det offentliga.

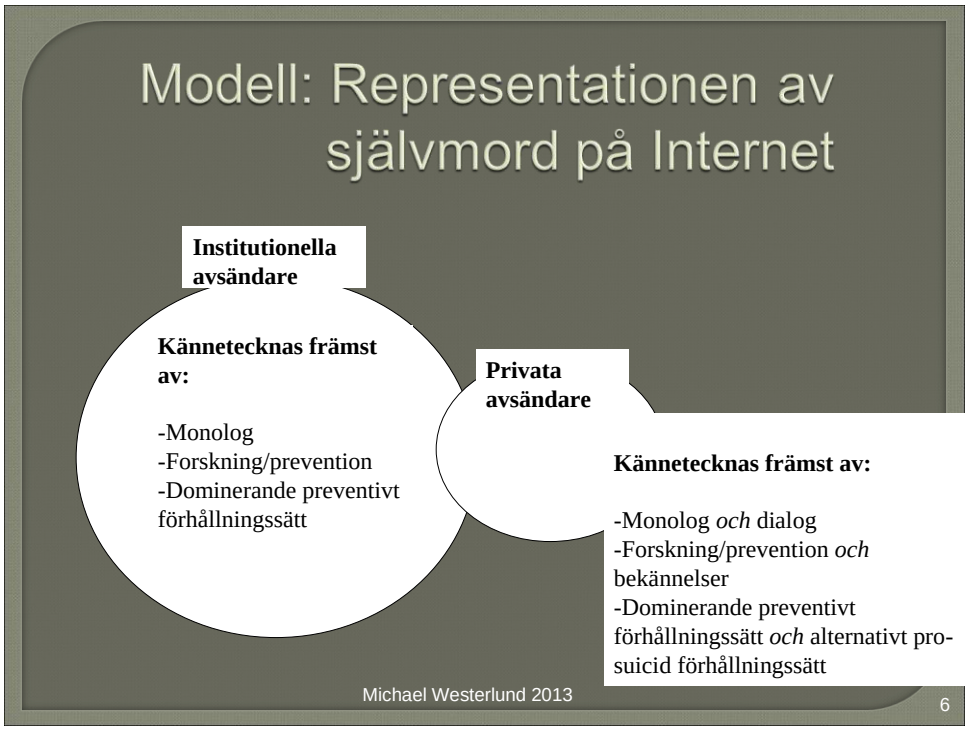
Internet är ingen låtsasvärld utan befolkas av människor med olika sociala och kulturella bakgrunder. Det som händer på Internet får också konsekvenser för människor i deras liv. Därför bör man se sociala medier som virtuella sociala miljöer där människor möts, utbyter tankar och erfarenheter.

Jag vill gå över till att tala om hur det ser ut på Internet när det gäller självmord. Förra året publicerade vi en artikel *The Representation of Suicide on the*

Internet där vi utgick från material insamlat via Google med sökorden ”självmord” och ”suicide” 2005, 2009 och 2012. De variabler som undersöktes var

1) Avsändare. Vilka är det som lägger ut material om självmord.
2) Innehåll. Vilket material handlar det om?
3) Kommunikationsform. Är det i monolog- eller dialogform?
4) Förhållningssätt. Handlar det om självmordsprevention eller förespråkar man självmord?

Institutionella avsändare dominerar med cirka 80 procent av kommunikationen och detta var också fallet före Internet. Deras kommunikation kännetecknas av monolog, handlar ofta om forskning/prevention och representerar ett självmordspreventivt förhållningssätt. Vid sidan av dessa finns de privata avsändarna, vilka ökat mellan åren 2005 till 2012 och utgör cirka 20 procent. I denna kommunikation är dialog vanligare, det handlar ofta om egna bekännelser och här finns också självmordsförespråkande material.



Webbsidor med självmordsförespråkande material och metoder ökade mellan åren 2005 till 2009 men då detta uppmärksammades startades motaktioner. Detta har resulterat i att sådant material nu inte framträder lika mycket vid sökning på självmord.

Dessa självmordsförespråkande webbsidor karakteriseras att de

1) Ser självmord som en acceptabel lösning på livsproblem.
2) Är mot det i samhället dominerande suicidpreventiva förhållningssättet.
3) Delar texter och annat innehåll.

4) Delar ett motkulturellt/motdiskursivt budskap.
5) Utgör ett löst sammanhängande kluster av självmordsförespråkande webbplatser.

Det är viktigt att få kunskap om hur man kommunicerar på Internet om självmord så att vi därigenom kan starta självmordspreventiva projekt. Vi har startat några sådana projekt, exempelvis SUPREME som främst är ett internetbaserat projekt. Vi har Självmordsupplysningen.se som drivs av Mind, före detta Psykisk Hälsa. I båda dessa projekt har kunskap om hur man kommunicerar och vill kommunicera på Internet varit väldigt viktigt. Jag vill också nämna de dialogbaserade sajter där man kommunicerar om självmord, bl.a. Flashback. Denna typ av samtal om självmord ägde tidigare rum i privata sammanhang men blir nu offentliga och massmedierade. Detta erbjuder också möjligheter att studera denna typ av kommunikation som varit mycket svår att få tillgång till tidigare. Ibland kan detta vara mer intressant än intervjustudier eftersom dessa personer själva valt att kommunicera på detta sätt. Jag ska visa en sådan webbplats, Suigui Chat. Denna är enbart till för kommunikation om självmord och jag har samlat material där under olika perioder.

Det man kan se är att det är

1) Mest unga forumdeltagare. De flesta är i 20-årsåldern.
2) Främst kommunikation om självmord och psykosociala problem.
3) Många deltagare som uppvisar sårbarhet.

Dessa samtal karakteriseras av

1) En anonymiserad offentlighet med en till största delen autentisk kommunikation.
2) Samtalsdeltagarna vill *avslöja* – inte bli *avslöjade*!
3) Anledningen till samtalen är oftast att få känna igen sig hos andra, att erhålla förståelse och bekräftelse.

Internet har ökat möjligheterna att hitta andra med samma problematik.

Ofta kommer olika förklaringar och skäl till självmord upp i diskussionerna på Suigui chat. Här förhandlas vilka skäl som är giltiga och vilka som inte är det. De skäl som anges till varför man vill ta sitt liv handlar ofta om inre smärta, ångest och självhat. Man kan se att det handlar om svåra situationer, hat mot sig själv utan att man vet varför det uppstått och som bara blir värre. Skälen och förklaringarna till självmord summerar rätt väl vad som ofta återkommer i samtalen på detta forum. Särskilt tycks ensamhet vara det som är svårast. Man upplever att man blir övergiven, ingen lyssnar, man blir inte sedd och ensamheten och isoleringen får till slut bägaren att rinna över.

Jag vill referera till Thomas Joiner som tar upp olika orsaker till självmord:

1) Failed belongingness. Ensamhets- och isoleringskänslor.
2) Perceived burdensomemess. Livet är tungt och outhärdligt.
3) Ability to enact lethal self-injury. Förmåga att tillfoga sig själv skada.

Samtal på Internet kan tjänstgöra som ett slags förberedelse till självmord genom att göra det mer accepterat.

Slutligen vill jag nämna att Supreme-projektet kommer att rapporteras i december och att vi också avser att utvärdera Självmordupplysningen som drivs av Mind.

Svenska presentationer

Föräldrars upplevelser efter sitt barns självmord

Ludmilla Rosengren, legitimerad läkare, KBT-terapeut, innehavare av en simskola och författare

Britta Alin Åkerman, professor emerita i pedagogik, leg psykolog och leg psykoterapeut, NASP

Jag heter Ludmilla Rosengren och förlorade min dotter, som tog sitt liv för mer än fem år sedan. Hon var då 14 år och jag upplevde att personer i omgivningen stod handfallna och inte visste vad de skulle göra. Alla blev upprörda och rädda men ingen hjälp sattes in per automatik. Det gjorde att jag med min medicinska bakgrund funderade på hur jag skulle kunna göra nytta och förändra detta. Jag hade sedan tidigare kontakt med ett nätverk av föräldrar som förlorat sina barn i självmord vilket gjorde att vi befann oss i liknande situationer.

Syftet med projektet var alltså att sprida information om hur man kan bemöta föräldrar som drabbats av förlust och sorg. Jag menar att det måste finnas riktlinjer för hur det ska gå till. Kanske tror man att det är någon annan del av sjukvården som tar hand om frågan; kanske tror man att polisen gör det eller kyrkan. I själva verket finns det inga riktlinjer för vem som ska ta hand om nära anhöriga som förlorat någon i självmord. Jag spred information om studien via sociala media, KBT-terapeuter och föräldranätverket och det var ett stort intresse för att delta.

Etthundrasexton föräldrar med barn som begått självmord svarade. Man har diskuterat om det är etiskt försvarbart att fråga föräldrar om detta men det visar sig att väldigt många vill dela med sig av sina erfarenheter. Vi använde en webbaserad enkät där föräldrarna kunde svara anonymt. Det var 80 procent mammor och det visar sig att mammor har mer symtom än pappor. De flesta av barnen hade haft vårdkontakt innan de tog sitt liv. Av dessa kontakter var 90 procent inom psykiatrin. Av de föräldrar som visste om att barnet mådde dåligt var det bara 27 procent som hade fått stöd, de övriga hade känt sig i vägen och missförstådda. De yngsta barnen i studien var 13 år och de äldsta 40 år så det ingår även vuxna barn. Av de föräldrar som inte vetat om att barnet mådde dåligt var 57 procent under 20 år. Det är alltså vanligt att föräldrarna inte vet något även om barnet bor hemma. Många föräldrar hade förstås skuldkänslor och på frågan om man fått någon hjälp av vården svarar de flesta nekande. Många föräldrar svarar att det inom barnpsykiatrin är vanligt att föräldrarna

ses som ett problem vilket visar på vikten av att involvera anhöriga i vården. Många föräldrar uttrycker också att när barnet blev myndigt förlorade de insynen i barnets liv. Det är lika viktigt vid psykisk som vid fysisk ohälsa att anhöriga är med vid utskrivning och att man pratar om vilka varningssignaler man ska vara uppmärksam på. På frågan om man fått information om hur man kan stödja barnet kunde föräldern svara från ett till tio poäng och de flesta ligger på ett till två. När det gäller frågan om hur bra vården upplevdes blev svaren likartade. Hur bra hjälp fick ni från vården resulterar i svaret vet ej, vi var inte involverade. De flesta kommentarer om vården var alltså negativa men det finns också enstaka svar där föräldern upplevt engagemang och involvering.

Det var också en mängd frågor om hur det var efter dödsfallet och hur man ser på framtiden. De flesta svarar att vården inte hörde av sig vid dödsfallet och att de inte hörde av sig senare och följde upp hur föräldrarna mådde. Då det gäller stöd efter dödsfallet svarar föräldrarna att det främst kom från anhöriga och vänner. Bara 19 procent hade hört talas om SPES. Då det gällde hjälp på lång sikt hade 43 procent inte blivit erbjudna något stöd alls. Man uppskattar det sociala nätverket men det kan bli problem när man sörjer på olika sätt och när vänner drar sig undan. Det var således 63 procent som hade velat ha annat stöd. Föräldrarna säger slutligen att de hade velat få omedelbar hjälp, upprepad hjälp, uppsökande hjälp och professionella samtal.

När det gäller symtom har de flesta föräldrar drabbats av komplicerad sorg. Detta är dock en diagnos som i vården sätts efter sex månader och då får man terapeutisk hjälp. Jag menar dock att efter att ett barn tagit sitt liv behöver föräldrarna stöd från första dagen. Kvinnor mår sämre än män men båda grupperna drabbas av orkeslöshet, minnessvårigheter, rädsla och separationsångest, fysiska smärtor, minskad sexlust, självmordstankar. På frågan om ”du haft självmordstankar” senaste veckan svarar 21 procent av kvinnorna ja, oavsett hur lång tid det gått sedan dödsfallet. De flesta uppfyller också kriterierna för depression, PTSD och komplicerad sorg. Det finns flera parametrar som avgör svårighetsgraden av symtom. Värst är det att vara ensamstående arbetslös kvinna utan andra barn.

Föräldrarna ser dock en ljusning i framtiden. Det blir ändå bättre. Man kan räkna med att det tar 4-5 år innan man integrerat detta trauma i sin egen livshistoria. Sammantaget kan man säga att det innebär stora hälsorisker under flera år att förlora ett barn i självmord och föräldrarna upplever inte att de får tillräckligt stöd från samhället. Det finns ett behov av tydliga riktlinjer för hur man omedelbart och aktivt hjälper föräldrar som förlorat barn i självmord. Rapporten från projektet har givits ut av NASP och finns att ladda ner från deras hemsida.

Föräldrar som förlorat ett barn genom självmord: En rikstäckande befolknings-undersökning

Ullakarin Nyberg, överläkare i psykiatri, suicidforskare

Pernilla Larsson Omerov, doktorand

Institutionen för klinisk neurovetenskap, KI

Vår studie utgår från en vilja att förändra situationen för föräldrar som mist ett barn i självmord genom att förbättra vårdens möjligheter att identifiera personer som behöver professionell hjälp och erbjuda effektiva behandlingar till dem. Pernilla och jag hade båda klinisk erfarenhet av att närstående som har mist någon genom självmord har stora behov av professionellt stöd, men sällan erbjuds detta.

För att kunna påverka måste man beskriva verkligheten så vi startade med det. Jag vill som exempel ta ett citat från en mamma som förlorat sin son genom självmord. Hon säger: ”Det är två sorger i en. Ingen frågar om min son, ingen nämner hans namn, det är som att han aldrig har funnits.” Den här mammans upplevelse speglar något av det värsta man kan råka ut för; mitt barn dör och ingen vill prata om det. Tyvärr är hennes erfarenhet inte unik, självmord är kanske vårt sista stora tabuområde och tystnaden som råder runt självmord påverkar både omgivningens attityder, uppsökande inom vården och hjälpsökande hos dem som drabbats.

Vi letade efter en vetenskaplig metod som kunde användas för att undersöka förlustdrabbades erfarenheter och hittade en metod som har använts mycket inom onkologin. Man utgår från de drabbades egna erfarenheter genom att först djupintervjua dem och sedan analysera intervjumaterialet, som skrivs ner ordagrant och som så småningom genererar frågor som samlas i ett frågeformulär. För att kunna inkludera så många som möjligt i studien använder man sig av våra nationella register för att identifiera alla som har drabbats under en viss tidsperiod.

Trots att den här metoden har använts i ett stort antal studier som handlar om anhörigas reaktioner efter ett dödsfall mötte vi många hinder när vi ansökte

om att få göra den. Vi fick till exempel höra att vi inte kunde kontakta föräldrar som har mist ett barn i suicid eftersom kontakten skulle kunna väcka tankar på det döda barnet. Många har alltså föreställningen att en förälder som mist ett barn på det sättet har lagt det bakom sig och att det kan vara skadligt att bli påmind om händelsen. Vi mötte också uppfattningen att den här gruppen inte var kapabel att säga ja eller nej till ett forskningsdeltagande. Vi överklagade alla avslag och fick så småningom tillstånd att genomföra vår studie.

Vi skickade ett informationsbrev om studien till alla föräldrar som förlorat ett barn i suicid mellan 2004 och 2007, då barnet var mellan 15 och 30 år gammalt. Vi skickade också en förfrågan till en matchad kontrollgrupp av föräldrar som inte hade mist ett barn. Från början tackade 84 procent ja till att vara med och de fick ett frågeformulär hemskickat. Formuläret innehöll nästan 300 frågor som handlade om tiden före förlusten, vad som hände i anslutning till barnets död och tiden efter förlusten. Sjuttiotre procent av föräldrarna fullföljde sitt deltagande genom att skicka in den besvarade enkäten. Totalt var det alltså över 1000 föräldrar som deltog: 449 män (43 procent) och 594 kvinnor (57 procent). Av dessa var 283 män och 383 kvinnor förlustdrabbade och medelåldern var 57 år. Den viktigaste lärdomen av det höga deltagandet är att de flesta människor vill berätta om sina upplevelser i anslutning till ett självmord.

Man kan ställa sig frågan om deltagarna i vår studie är patienter eller kanske ännu hellre om de behöver professionell hjälp. I frågeformuläret ingick en skattningsskala för depression (PHQ-9) och vi fann att 25 procent av de förlustdrabbade uppgav att de hade måttlig till svår depression eller åt antidepressiv medicin. Bland de icke förlustdrabbade var motsvarande siffra 9 procent. Då det gällde ångest svarade 21 procent av de förlustdrabbade föräldrarna att de hade sådana symtom jämfört med 6 procent i kontrollgruppen. Många som förlorat ett barn uppgav också att de plågades av att inte veta varför det hänt och hade skuld- och skamkänslor. Knappt två tredjedelar trodde att barnet led av en psykisk sjukdom och många hade velat diskutera möjliga orsaker till barnets självmord med en professionell person. En viktig uppgift var att nästan alla förlustdrabbade föräldrar (96 procent) ansåg att vården bör ta aktiv kontakt efter ett barns självmord. Majoriteten tyckte att kontaktförsöket bör upprepas om föräldrarna säger nej den första gången. Många uttryckte också behov av information om vanliga sorgereaktioner.

Från klinisk erfarenhet vet vi att små omsorger kan vara betydelsefulla och därför frågade vi om professionella personer som sagt eller gjort något positivt i anslutning till dödsbeskedet. Vi fick väldigt många exempel på positiva upplevelser som fanns kvar som goda minnen två till fem år efter barnets död. Ett exempel på detta är en förälder som svarade: ”Två poliser tog hand om oss på bästa sätt. De tog hand om disken, vi hade precis ätit …”. Den lärdom man kan dra av detta är att små omsorger är särskilt viktiga i situationer då det är vanligt att människor drar sig undan, eftersom det känns som att man inte kan göra något eftersom det värsta har hänt. I stället bör man göra tvärtom – erbjuda all hjälp man kan.

Våra resultat är tydliga och många går att omsätta i praktiskt kliniskt arbete. Inom Norra Stockholms Psykiatri har vi till exempel infört nya rutiner när det gäller stöd till närstående efter suicid och det har gått lätt att arbeta med detta. Vår önskan är att ta fram nationella riktlinjer för omhändertagande efter suicid så att vi hittar dem som är mest sårbara för komplikationer till sorgen och kan sätta in professionell hjälp till dem som bäst behöver detta.

Vår vision är att kunna säga som norrmännen efter Utöya: Det finns inte en enda norsk familj som inte känner sig personligen berörd av det som hände där. Vi önskar att inställningen kunde vara densamma när det gäller psykisk ohälsa och suicid: Det finns inte en enda svensk familj som inte är personligen berörd av det. Med en sådan attitydförändring kan den rädsla som många känner kanske ersättas av samhörighet.

Suicide Rescue: Tillsammans kan vi förebygga självmord och rädda liv!

Johan Sjöholm

Jag tänkte börja med att berätta lite om min bakgrund och därefter beskriva Suicide Rescue, som endast funnits ett halvår. Det började när jag var 13 år och min storebror Björn tog sitt liv. Jag fick inte något stöd förutom från kyrkan och jag beslöt att försöka göra något för att rädda andra som planerade att ta sina liv. När jag gick en utbildning på Hyper Island, en fantastisk skola i Stockholm, fick jag syn på det engagemang och den energi som många människor har och detta blev en vändpunkt. När jag sedan gick en utbildning på NASP för Britta Alin Åkerman tipsade hon mig om att ta kontakt med Alfred Skogberg, journalist och författare.

Vi tog kontakt med Ludmilla Rosengren och tillsammans planerade vi hur vi skulle arbeta för att nå vårt mål. Vi har hunnit en bit på väg men det återstår mycket arbete både vad vi vill göra inom organisationen Suicide Rescue och hur vi vill göra detta. Vi har inte officiellt startat verksamheten ännu vilket kommer att ske i november. Vi vill först vara säkra på att vi har en säker grund att stå på.

Vår idé genererar, ordnar workshops och seminarier, ger effektiv feedback både internt och externt. Tack vare många förslag och idéer från er alla har vi kommit en bra bit på väg. Vi håller på att ta fram mål- och styrdokument, manifest och handlingsplan. Det är viktigt att det blir trovärdigt i alla led. Vi är noga med vilka företag vi samarbetar med. Vi vill se och lyfta varandra och ta vara på olikheter och möjligheter som finns. På vår webbsida söker vi volontärer och en av frågorna är ”vad du kan bidra med” och ”hur vi bäst kan ta tillvara det du är bra på”. Till en början kommer vi att fokusera på att förebygga självmord och aktivt rädda liv. Vi har olika verksamhetsområden efter målgrupp: barn och unga, vuxna, äldre och HBTQ. Vi kommer att ha en omfattande digital verksamhet men också påverka samhället och politiker genom lobbying, insändare m.m. Vi ser ett stort behov av hjälpinsatser både digitalt och via telefonkontakt. De som finns är öppna mellan klockan 13 och 06. Det finns dock inte något mellan klockan 06 och 13. På Internet finns många hjälpsökande och vi vill etablera ett samarbete med Google, Facebook och Microsoft för att nå TV-spelande ungdomar. Hur ska vi kunna vara med på Facebook och fånga upp signaler från unga som mår dåligt så att vi kan förebygga självmord och rädda liv?

Vi har nu ett stort antal Första hjälpare i Sverige och vi vill binda ihop dessa genom att utveckla en app som kan larma när någon mår dåligt. Det skulle göra det lättare att ingripa lokalt innan något händer. Vi menar att färsk statistik är

viktig och vi vill samarbeta med polis och räddningstjänst så att vi också får reda på vilka ”hot spots” som finns.

Vi kommer inte bara att prata utan visa civilkurage och våga agera. Ett exempel är att om inte politiker agerar och sätter upp staket vid ett spår där människor tar livet av sig, måste vi agera och göra det själva med hjälp av näringslivet. Vår styrelse består av Ludmilla som är ordförande, Britta Alin Åkerman, Eva Wedberg, ekonomichef för Riksteatern, och Alfred Skogberg. Våra region-ansvariga ska hjälpa oss sprida kunskap om Suicide Rescue och dessa är Else-Marie Törnberg, Maiellen Stensmark, Margit Ferm, Ursula Thieme och Joakim Strömvall. Vi saknar dock representant för Norra Sverige. Programansvariga: Anders Bjärnhed, som arbetar med kriminalvårdsrelaterade frågor, Björn Hultman som är diplomerad coach och arbetar med antimobbningsfrågor, Gody Keller som arbetar för ett bättre omhändertagande av barn och unga i skolan. Expertrådet: Jan Beskow, Ullakarin Nyberg samt metodstöd från NASP och ett stort stöd från näringslivet.

När vi startade Suicide Rescue trodde vi att det skulle gå att sköta som fritids-sysselsättning men vi har upptäckt att man måste arbeta med detta till 100 procent. Det är viktigt att vi gör det här tillsammans inte varje organisation för sig.

Tillägg: Suicid Rescue finns inte längre i den beskrivna formen utan en ny webbsida har öppnats med namnet **suicide zero** med samma mål och innehåll och huvudsakligen samma styrelse.

(http://suicidezero.se)

Självmordsförsök hos asylsökande

Maria Sundvall, överläkare, specialist i psykiatri

Norra Stockholms psykiatri, Transkulturellt centrum, NASP

Det är en pågående studie som görs tillsammans med en grupp från Institutionen för klinisk neurovetenskap vid KI. Bakgrunden är att det är en stressfylld situation att vara asylsökande liksom att vara flykting överhuvudtaget. Kliniker som möter asylsökande inom psykiatrin har ofta svårigheter med att diagnostisera psykisk ohälsa över kulturgränser. Det är också särskilt svårt när det gäller asylsökande genom att rätten till vård inte är självklar. Bedömningen görs också i en alldeles särskild situation där funderingar om hur detta påverkar rätten till uppehållstillstånd kommer in. Det är dessutom en brist på studier av suicidriskbedömning hos asylsökande.

Syftet är att öka kunskapen om suicidrisker och suicidalt beteende i ett transkulturellt perspektiv. Frågeställningar är relaterade till att jämföra en grupp asylsökande med en grupp patienter med uppehållstillstånd. Det är fokus både på patienten och behandlaren och vi ställde upp ett antal hypoteser.

Det är en registerstudie där vi fått journaldata från länsakuten i psykiatri i Stockholm vid två tillfällen. Sammantaget fick vi tillgång till 93 asylsökande patienter som vi sedan matchade mot en kontrollgrupp med svenska personnummer. Det är både en kvantitativ och en kvalitativ studie och i den förstnämnda fokuserar vi mycket på riskfaktorer för självmord. Vi tar också hänsyn till speciella faktorer för asylsökande såsom exempelvis avslag på asylansökan. Vi dokumenterar vårdprocessen och använder ett instrument Suicide Intent Scale för att försöka analysera det suicidala beteendet. Eventuellt kommer vi att göra en uppföljning i närområdet.

I nästa fas kommer vi att göra en kvalitativ studie för att försöka fånga hur det ser ut i enskilda fall. Vi kommer att välja ur journalerna för att få så stor variation som möjligt och därefter göra en innehållsanalys. Vi kommer också att ha en lika stor kontrollgrupp. Det är naturligtvis problematiskt att bara använda journaldata men dessa patienter går ej att nå på annat sätt. Det går till exempel inte att göra en uppföljning då de antingen inte finns i Sverige längre eller har fått ett nytt personnummer. Vi vet heller inte om de suiciderat.

Journaldata är en rik kunskapskälla då det gäller sjukdomsförlopp, bedömning och behandling, men det gäller att komma ihåg att den inte avspeglar patientens subjektiva upplevelser utan patienten som han eller hon uppfattas av vårdgivaren. Dessa data säger också mycket om vårdens organisation, regler för journalförande etc. Det är en intressant källa men svår att handskas med. Ofta saknas information som borde finnas och det gäller att tolka det som står där. Allt material är också redan tolkat utifrån vårdgivarens filter och därför får vi ju inte samma typ av data som i en intervjuundersökning. Journalföring är inte heller konsekvent utan bestäms av situationen, som ofta är stressig på en akutmottagning. Det är därför svårt att fånga suicidavsikten utifrån en journal.

Några iakttagelser vid journalgenomgången är att det ofta finns en osäkerhet då det gäller diagnos och att den ofta ändras över tid. Detta kan bero på kulturella aspekter. Man har svårt att förstå olika uttryck för lidande. Det saknas också ofta uppgifter om traumatiska bakgrundsfaktorer, vilket kan ha att göra med akutsituationen. Det blir svårt att gå in på sådana djuplodande frågor som ju samtidigt är väldigt viktiga vid ett självmordsförsök. Det blir också tydligt vid journalgenomgången att situationen starkt påverkas av samhälleliga förhållanden då både patient och vårdgivare är medvetna om asylprocessen och frågan om uppehållstillstånd.

Regionala självmordspreventiva projekt – Aktuellt arbete samt erfarenheter av MHFA

Uppsala Örebro regionen

Anna Baran, överläkare

Psykiatriska kliniken, Nyköpings lasarett

Ordförande Mellansvenska Nätverket för Suicidprevention

Jag är här därför att jag lyckats rädda någon som var dömd till döden. På ett sätt har jag också själv blivit räddad. Räddningsprocessen var kantad av alla möjliga hinder. Den som räddar liv räddar hela världen säger Talmud och så känns det verkligen. Jag vill ge tröst och kraft till er som förlorat någon och till er som försöker rädda en människa.

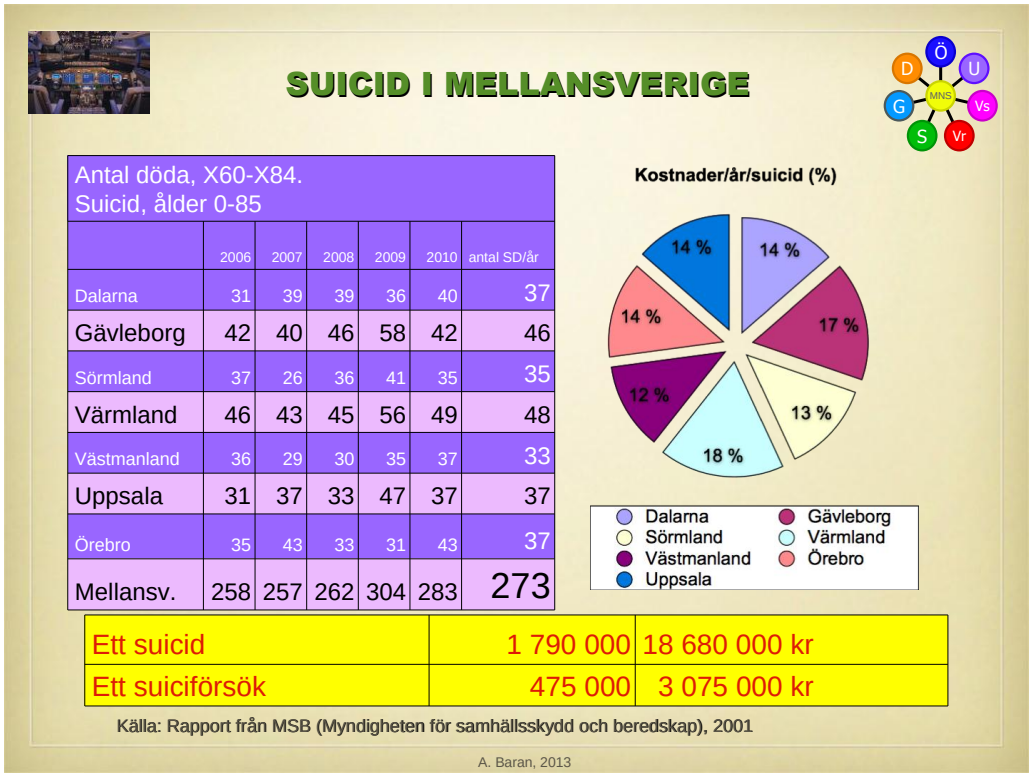
Mellansvenska nätverket för suicidprevention omfattar sju län: Dalarna, Gävleborg, Värmland, Örebro, Västmanland, Uppsala och Södermanland. Målsättningen är att förbättra psykisk, fysisk, social och psykologisk hälsa (resiliens). För att åstadkomma detta behöver vi skapa en välfungerande struktur i samhället med samverkan mellan olika delar. Man kan jämföra detta med en bil eller ett flygplan. För att bygga en sådan struktur kan vi utgå från en biopsykosociokulturell modell för suicid. Utifrån biologiskt perspektiv är suicid en slags hjärnsvikt. Utifrån psykologiskt perspektiv är suicid en psykologisk olycka, en kognitiv svikt. Utifrån sociologiskt perspektiv är suicid ett samhälleligt misslyckande, en otillräcklighet i samhällsstrukturer som ska skydda den drabbade individen. Kulturell svikt innebär ett otillräckligt skydd av lagstiftning, värderingar, traditioner.

Om vi utgår från denna modell så får vi olika områden som vi behöver arbeta med för att få ett välfungerande suicidpreventivt system. Om vi betraktar psykisk sjukdom på samma sätt som kroppslig sjukdom och självmord som andra dödsfall så kan det underlätta för människor att söka hjälp. Det kan bli lika naturligt som att söka hjälp vid stroke eller hjärtinfarkt. Psykologiska interventioner, exempelvis krisplaner, kan hjälpa människor genom suicidala kriser. Samhälleliga och kulturella åtgärder, såsom Första hjälpen kurs, förstärkning av copingstrategier och livsfrämjande värderingar, kan förhindra att människor hamnar i suicidala beteenden. Den allmänna modellen utgör grunden för arbetet i regionen, något som jag kallar för Strukturerad Suicid-

Prevention. Den vänder sig till olika målgrupper: psykiatri, primärvård, polis, räddningstjänst, kyrka, anhöriga, patienter, media, politiker m.fl.

Inom ramen för nätverket organiserar vi vartannat år en regional konferens. Den senaste konferensen handlade om sorg efter suicid och om framtids-visioner. Nätverket arbetar huvudsakligen med utbildning av olika målgrupper.

För att följa upp effekter av suicidprevention kan man analysera statistiska data. I regionen tar i genomsnitt 273 personer sitt liv årligen. Man kan se att suicid är relativt jämnt fördelat mellan de sju länen.



Antal döda, X60-X84. Suicid, ålder 0-85						
	2006	2007	2008	2009	2010	antal SD/år
Dalarna	31	39	39	36	40	37
Gävleborg	42	40	46	58	42	46
Sörmland	37	26	36	41	35	35
Värmland	46	43	45	56	49	48
Västmanland	36	29	30	35	37	33
Uppsala	31	37	33	47	37	37
Örebro	35	43	33	31	43	37
Mellansv.	258	257	262	304	283	273

Om vi tittar över tid ser vi att självmordsfrekvensen varit högst i Gävleborg och Värmland. Där har också arbetslösheten varit på väg uppåt. Det ökade antalet självmord kan också ha samband med finanskrisen i världen och oron i samband med sjukförsäkringsreformen. De senaste åren har läkemedels-kostnaderna ökat på grund av att man börjat använda centralstimulantia, som kostar mer än antidepressiva och lugnande mediciner, men man ser inte att det har påverkat suicidtal i Mellansverige.

För att kunna sätta in suicidpreventiva metoder räcker det inte enbart med att titta på statistik. Vi måste också analysera olika riskfaktorer. Jag har tagit fram ett instrument som jag kallar Kilimanjaro Checklista för att kunna se samband mellan ett antal suicidriskfaktorer. Jag har kallat den så för att det är som att klättra uppför ett berg och på toppen är det mest farligt. I checklistan är alla riskfaktorer uppdelade i fyra grupper: suicid- status, klinisk status, psykosocial status och demografiska data. Jag använder checklistan i utbildningar för att

underlätta för personalen att komma ihåg olika riskfaktorer samt förklara hur de kan använda dem i vårdplaneringen. Jag har också använt checklistan för att kartlägga riskfaktorer i kontakter med vården i en studie av Lex Maria-anmälningar av suicid i Södermanland. Det har blivit tydligt att checklistan kan användas för att sätta in suicidpreventiva åtgärder på lokal och regional nivå.

Om vi utgår från sammanställning av suicidriskfaktorer i Kilimanjaro Checklista samt den biopsykosociokulturella modellen för suicidprevention kommer vi fram till de områden som vi behöver arbeta med på lokal och regional nivå som jag kallar Strukturerad SuicidPrevention. Strukturerad SuicidPrevention omfattar tolv olika områden och alla områden behöver fungera på ett kvalitetssäkert sätt samt vara väl synkroniserade för att minimera risken att individer hamnar mellan stolarna i ingenmansland. Inom alla områden handlar det om att hitta optimala rutiner för att arbeta med riskfaktorer, för att förstärka skyddsfaktorer samt för att se till att verksamheter fungerar på ett mer människovänligt sätt. Olika verksamheter behöver ha mer kunskap och ta mer ansvar för att kunna hantera olika risk- och skyddsfaktorer. Exempel på detta är omhändertagande av patienter med psykisk och/eller kroppslig ohälsa, de som uttrycker suicidtankar och/eller suicidplaner och de som gjort suicidförsök samt stöd efter suicid, psykisk livräddning, utveckling av livs- och hälsofrämjande kultur och social hälsa (minskning av utanförskap, fattigdom, bostadslöshet, arbetslöshet, sysslolöshet och våld). Tack vare denna modell kan man se var man befinner sig när det gäller suicidpreventivt arbete i länet och i regionen. På detta sätt kan vi öka våra chanser för att minska antalet suicid i Sverige.

Alla län har lagt ned mycket arbete på att förbättra den psykiatriska vården. I Värmland och Södermanland har man arbetat med blåljusprojektet och i det förstnämnda länet också med hjärnkoll, en kampanj för att prata öppet om psykisk hälsa. Vi har dock mycket kvar att göra för att uppnå målen.

Innan jag avslutar vill jag berätta om hur vi började använda modellen för Strukturerad SuicidPrevention i Södermanland. Först arbetade vi med den psykiatriska vården och introducerade ett vårdprogram för suicidnära patienter 2009. På psykiatriska kliniken i Nyköping har vi skapat en livssjälargrupp som arbetar med suicidpreventiva frågor. Ett stort förändringsarbete pågår på kliniken bl.a. försöker man förbättra rutiner vid övergång från öppen- till slutenvård. Det syftar till att förbättra vår mobila verksamhet och skapa individuella vårdplaner för våra patienter. Inom psykiatrin finns det fortfarande mycket att göra och arbetet fortsätter.

Den 10 september 2012 organiserade vi världsdagen för suicidprevention i Nyköping tack vare SPES Södermanland och Ursula Thieme med hjälp av Ingela Ljung, socialföretagare och SPES-vän samt ett antal sponsorer. Samtidigt påbörjade vi media projekt med pressmeddelande angående suicidstatistik i länet. Vi talade om hur vi planerade att arbeta med problemet. Efter detta har intresset för ökad kunskap inom suicidprevention växt enormt. Vi var tvungna att prioritera vissa områden. Det här året har vi återigen anordnat världsdagen för suicidprevention. Vi har märkt betydligt större intresse från politiker och

journalister jämfört med förra året. Landshövding Elisabeth Högberg och Jesper Bohm, författare till boken Du borde vara här – om min brors självmord var bland de uppskattade föreläsarna. Dagen handlade om stigma och suicid-prevention.

En annan återkommande aktivitet som organiseras i Södermanland av Ursula Thieme kallas sofflandning. Hon bjuder in olika gäster som har en viktig roll i förebyggande av suicid. Detta inspirerar alla parter till vidare arbete med suicidpreventiva frågor.

Inom ramen för blåljusprojektet har vi arbetat i en länsövergripande arbetsgrupp med representanter från polisen, räddningstjänsten, ambulansen, SOS Alarm och psykiatrin som organiserade utbildningar för instruktörer från räddningstjänsten i hela Södermanland. Dessa har i sin tur implementerat dessa kunskaper som en naturlig del av brandmännens träning. Blåljuspersonal arbetar enligt denna rutin sedan juni 2013.

Sedan januari 2013 har vi skapat en länsövergripande arbetsgrupp med representanter från primärvården och psykiatrin som tagit fram rutiner för suicidriskbedömning och dokumentation inom primärvården. Vi ska utbilda representanter från alla vårdcentraler i länet vid tre olika tillfällen under hösten 2013.

I oktober 2013 påbörjas arbete med en hållbar handlingsplan för suicid-prevention i hela Södermanland. Detta projekt sponsras av hållbarhets-nämnden och där ingår representanter från Folkhälsocentrum, psykiatrin, BUP, primärvården och SPES Södermanland. Vi planerar också ett ungdomsprojekt som ska starta under 2014. Jag vill sluta med att tacka alla personer som varit involverade i alla arbetsgrupper och i nätverket.

Södra regionen/SPiSS (Suicidprevention i Skånsk Specialistpsykiatri)

Lena Eidevall, överläkare, leg psykoterapeut

Koordinator för forskning, utbildning och utveckling inom psykiatri Skåne

Jag är här tillsammans med min kollega, Kerstin Lindell, som är chefläkare. Hon är vuxenpsykiater och jag är barnpsykiater. Tillsammans driver vi projektet SPiSS. Vi skickade ut ett vykort till alla anställda i november 2012 för att informera om projektet. Grundtanken är att alla har känt eller känner någon som funderat på att ta livet av sig eller har gjort det. Vi har ungefär 3000 anställda och vi ville involvera alla, inte bara dem som träffar patienter. Verksamheten omfattar barn-psykiatri, vuxenpsykiatri och rättspsykiatri. Vi ville trycka på vikten av att ha en dialog på arbets-platsen kring etik/moral/liv/död. Vi ville höja lägstanivån på kunskap om suicidalt beteende och suicidprevention bland alla anställda samt öka uppmärksamheten kring suicidfrågor.

Med vår satsning hade vi ambitionen att medarbetaren och teamet runt patienten ska

- ha tillräckliga teoretiska och praktiska kunskaper för att göra största möjliga nytta för patienten, samt ha goda förutsättningar att ta sitt ansvar.

Utbildningsmaterialet ska

- vara användbart för all personal.
- träna upp kommunikation och beteende i situationer där personalen möter suicidnära patienter.

Vi skapade ett koncept som vi har kallat för en webbaserad fortbildning. Detta består av

- fyra faktamoduler med baskunskap i suicidologi;
- att medarbetaren ska arbeta självständigt med dessa;
- tolv moduler med fingerade fall, som speglar olika suicidnära personer/ situationer;
- att fallen ska utgöra utgångspunkt för diskussion i mindre grupper på arbetsplatsen. Samtalen leds av samtalsledare och vi har anlitat en handledare för att träna dessa;

- att dygnet runt ska varje anställd kunna hitta de fakta, verktyg och inspiration som behövs i arbetet med suicidnära patienter.

Vi rekryterar både interna och externa samtalsledare som alltså får regel-bunden handledning. Grupperna består av 6-8 personer och de har 90 minuter ostörd tid till sitt förfogande fyra gånger om året. Fallen utgör en gemensam bas för samtalet och fokus är på reflektion, hopp och förståelse, på vikten av kommunikation, etik och bemötande.

Varje enhet inom Psykiatri Skåne ska certifieras inom SPiSS och kravet är att alla medarbetare ska ha gjort faktamodul ett och två med godkänt resultat samt att alla som arbetar patientnära ska ha deltagit i minst två fall-diskussioner.

Hösten 2012 gick vi ut med en informationskampanj i vår egen organisation. Vi skickade ut power point presentationer till samtliga 140 chefer och vi lade ut information på vårt intranät. Där finns också några introduktionsfilmer.

Jag ska avsluta med att säga något om vad vi vill uppnå.
Vi vill säkerställa att alla i Psykiatri Skåne

- uppmärksammar;
- reagerar;
- agerar.

i enlighet med de riktlinjer och vårdprogram som finns när suicidrisk föreligger och hypotesen är att trygga, kunniga medarbetare gör bättre suicidriskbedömningar.

Jag vill också peka på några förhoppningar och farhågor med SPiSS.

Förhoppningar är

- Större medvetenhet och kunskap.
- Större förmåga hos alla att upptäcka suicidalitet och att inge hopp.
- Bättre dokumentation.
- Bättre överlämningar och vårdprocesser.

Farhågor är att
- cheferna inte orkar fullfölja;
- SPiSS försvinner i glömska och andra utbildningsbehov tar över;
- utvecklingen avstannar;
- det inte gör någon skillnad.

Vi har gjort en kvalitativ utvärdering där en forskare har haft fokusgrupper med personal och vi planerar något liknande för brukare.

Länk till artikeln; http://www.scirp.org/journal/OJMP/

Vi har gått ut med en webbenkät till alla anställda, men vi saknar grunddata i journaler och administrativa system som kan möjliggöra före-/eftermätningar.

Av de cirka 3000 anställda har 2200 gjort faktamodul ett och två och under hela 2013 kommer vi att ha genomfört drygt 1300 samtalsgruppstillfällen med sex till åtta deltagare/tillfälle.

Västsvenska regionen

Else-Marie Törnberg

Verksamhetschef för suicidprevention i Väst

Vi arbetar med tre områden: utbildning, opinion samt forskning och utveckling av systematisk suicidprevention. På bilden nedan ser ni våra 17 MHFA-instruktörer och tre huvudinstruktörer.

SUICIDPREVENTION I VÄST

17 MHFA-instruktörer

Västsvenska Nätverket för Suicidprevention, www.suicidprev.com

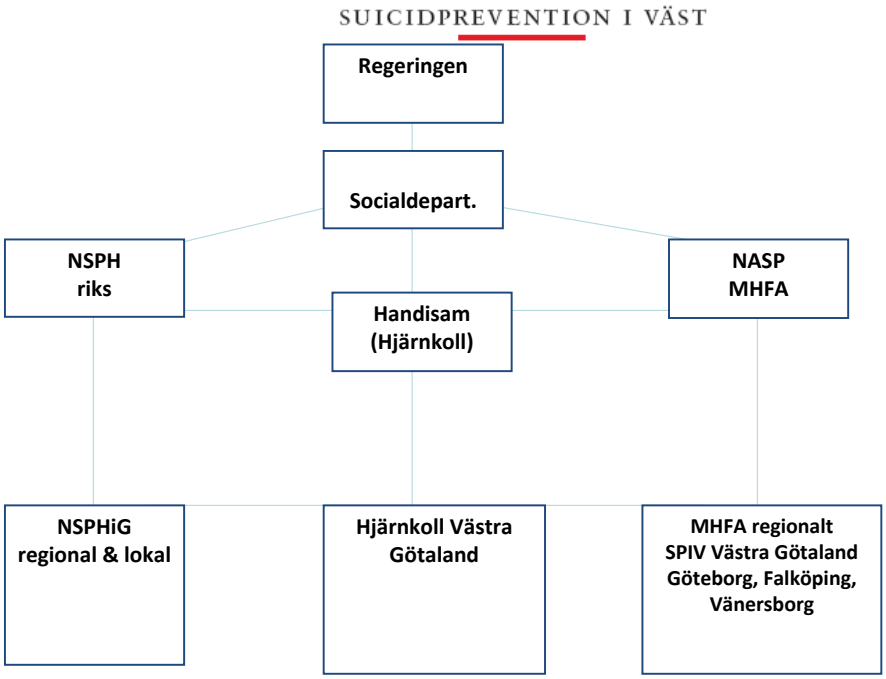
Dessa personer utgör basen för vårt arbete med Första hjälpen till psykisk hälsa och har gjort det möjligt att utbilda 1000 personer.

Jag vill börja med en dikt av Tage Danielsson, Droppen.

En droppe, droppad i livets älv,
Har ingen kraft att flyta själv.
Det ställs ett krav på varenda droppe:
Hjälp till att hålla de andra oppe!

I november 2010 beslöt regeringen att 1000 personer skulle utbildas till Första hjälpare i två län. I februari 2011 slöts ett avtal mellan Suicidprevention i Väst (SPIV) och NASP. I april 2011 utbildades 17 instruktörer. Vi bestämde att vi skulle arbeta i Göteborgs, Vänersborgs och Falköpings kommun för att få en spridning av tätorter. I Göteborg hade vi redan ett samarbete med Försäkrings-kassan och Arbetsförmedlingen, i Vänersborg fanns goda kontakter med högskolan och i Falköping hade kommunen väl upparbetade kontakter som gjorde det lätt att rekrytera deltagare till kurserna. I juni 2012 var uppdraget slutfört och vi har också gjort en vetenskaplig utvärdering av projektet.

I figuren visas organisationsskissen och olika samarbetspartners



Organisationsskiss Hjärnkoll/MHFA

Västsvenska Nätverket för Suicidprevention, www.suicidprev.com

Regeringen gav alltså uppdraget och på nationell nivå fanns Socialde-partementet, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Handisam med Hjärnkollprojektet och NASP, som fått uppdraget med MHFA. Sedan fanns den regionala och lokala nivån med NSPHiG, Hjärnkollprojektet i Västra Götaland och de tre kommunerna. Det fanns representanter för alla dessa i vår projektgrupp. Projektet blev väldigt bra genom att fokus sattes på suicid-prevention och psykisk ohälsa. Till detta bidrog den nationella satsningen och

mediabevakningen men också Hjärnkollprojektet, där man arbetar med attityd-förändringar. MHFA såg till att utbilda Första hjälpare som kunde vara en länk till professionell vård och suicidprevention blev därmed synligt i samhället. Det blev stora synergieffekter mellan Hjärnkolls satsning på att skapa mötesplatser mellan personer som har erfarenhet av psykisk ohälsa och de som inte har detta och MHFA, där Första hjälpare kan känna igen och stödja en person i kris. Man har också visat att attityder förändras mest effektivt när man kombinerar en nationell mediaexponering med ett lokalt uthålligt påverkansarbete.

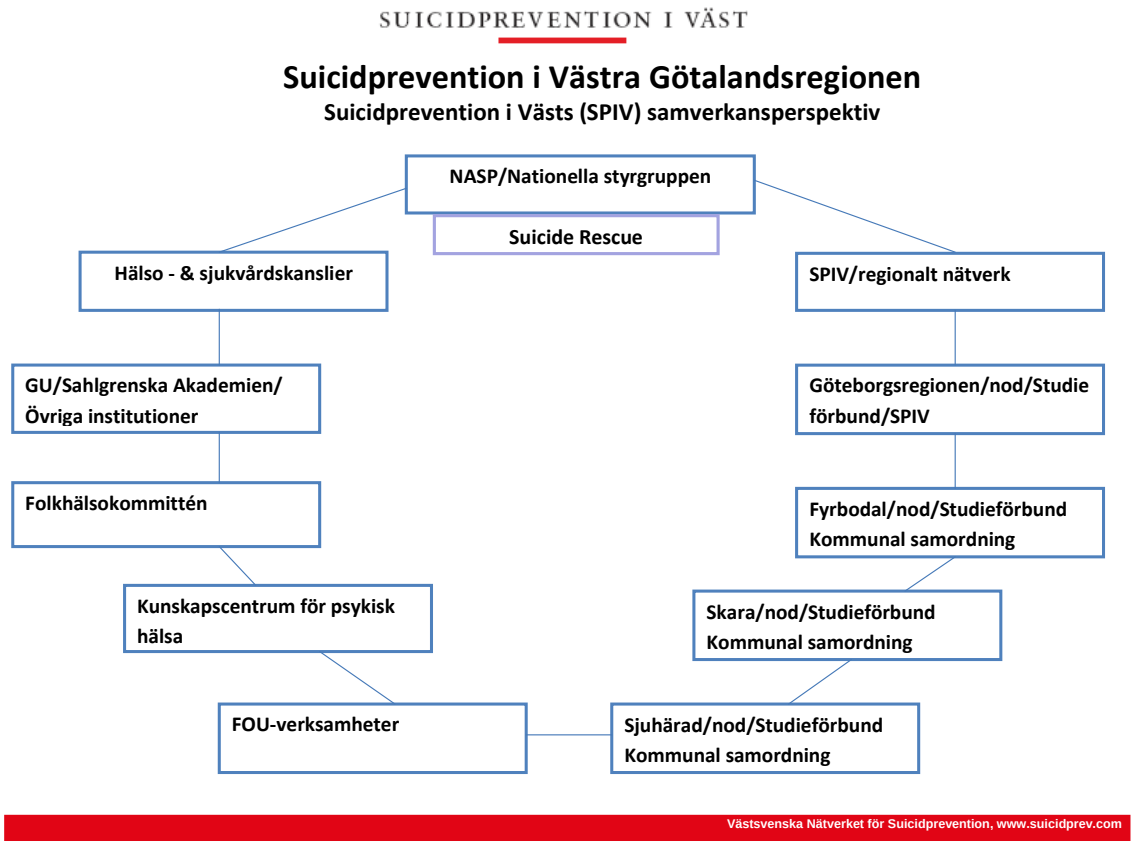
Vad har då pilotprojektet inneburit?

- 1000 Första Hjälpare.
- Större medial uppmärksamhet.
- Ett ökat kontaktnät och en större vana att samverka kring gemensamma satsningar.
- SPIV:s kompetens efterfrågas i högre grad.

Några satsningar som pågår nu är

- Strategisk plan för suicidprevention i Göteborg.
- Film om suicidriskbedömning, Skaraborgs sjukhus.
- Konsultationer och verksamhetsutveckling.
- Psykosocialt omhändertagande vid kris och sorg i familjen.

Vi håller också på att upparbeta kanaler för samverkan och detta ser vi i nästa bild.



Suicide Zero (f.d. Suicide Rescue), en ideell förening ska finnas på nationell nivå i samverkan med NASP. Sedan har vi de regionala nätverken och i Västra Götaland finns redan fyra avdelningar/noder där samverkan om suicidprevention kan komma in. Sedan har vi FoU-verksamheter, Kunskapscentrum för psykisk hälsa i VGR, Folkhälsokommittén, Göteborgs universitet och hälso- och sjukvårdskanslier.

Norra regionen

Maine Lundberg

Projektansvarig och länsdelssamordnare vid Socialpsykiatriskt kunskapscentrum i Västerbotten

Kunskapscentrum ägs av landstinget, kommunerna och brukarföreningarna i Västerbotten. Även Habiliteringscentrum och Försäkringskassan medverkar. Vi arbetar med både lokala projekt och nationella uppdrag. Vi arbetar mycket med utbildning om psykisk ohälsa och vi är en blandad personalgrupp men alla har en förankring i verkligheten. Vi arbetar alltså deltid på Kunskapscentrum liksom våra två chefer, där den ena kommer från Skellefteå och den andra från Umeå. Västerbotten utgör ett stort och glesbefolkat område. De flesta bor vid kusten men vi arbetar mot alla små kommuner. I Västerbotten ligger Sveriges minsta kommun, Bjurholm, som bara har cirka 2400 invånare. Det är stora avstånd och det finns inte så bra allmänna kommunikationer. Ska man ta sig från Lycksele till Sorsele tar det två timmar med bil. Befolkningsmässigt är Skellefteå dubbelt så stort som hela Södra Lappland och Umeå har nästan dubbelt så många invånare som Skellefteå så det är stora befolkningsskillnader. Till ytan är Västerbotten nästan lika stort som Schweiz.

När vi fick uppdraget att utbilda Första hjälpare hade vi ingen erfarenhet av att arbeta med suicidprevention. Vi blev dock väldigt entusiastiska över att få arbeta med detta. Vår styrgrupp kom att bestå av Socialpsykiatriskt centrums ledning med socialchefer, chefer för habiliteringen och representanter för RSMH och schizofreniförbundet samt ordföranden i SPES.

Länsdelssamordnarna fick en betydande roll och det finns tre stycken, en för Södra Lappland, en för Skellefteområdet och en för Umeområdet. Antalet kommuner varierar mellan dessa områden och för Södra Lappland var det ett stort arbete att sprida information om projektet, att hitta instruktörer och deltagare till grupperna. Vi fick anställa en person på 15 procent för att ta hand om utvärderingen. Denna gjordes i form av enkäter, en före och en efter utbildningen samt efter ett halvår.

Vi utbildade 24 instruktörer, varav några är här i dag. Vi ville hitta arbetsgivare som kunde låta personalen både bli instruktörer och gå kurserna. Instruktörerna är sjuksköterskor, psykologer, socionomer och personer med egen erfaren-

het. Målsättningen var att utbilda 1000 Första hjälpare. Vid utbildningsstarten var det svårt att få ihop grupper. Målgruppen var personer som i sitt yrke möter individer med psykisk ohälsa och suicidalitet. Prioriterat var skolans personal, men även socialtjänsten, IFO (Individ och familjeomsorg), handikapp- och äldreomsorg, polis, kriminalvård, räddningstjänst, ambulanspersonal mm. Det var olika hur arbetsgivare reagerade på erbjudande om utbildning i Första hjälpen till psykisk hälsa, en del var entusiastiska, andra hävdade att de inte hade tid och möjligheter att skicka personal på utbildning.

Utbildningsupplägget blev olika i de olika länsdelarna. I Södra Lappland fick instruktörerna övernatta och man ordnade tvådagarsutbildning medan vi i övriga länsdelar testade halvdags- eller heldagsutbildningar med en vecka mellan dagarna. I Södra Lappland hade vi också samebyar som deltog i utbildningen.

I Skellefteområdet hade man satsat mycket på att nå ut till äldreomsorgen och hemtjänstens personal. Det visade sig sedan att det blev utbildningsstopp för dessa på grund av ansträngt läge och man tvingades då rekrytera nya grupper, exempelvis taxichaufförer, som träffar många som mår dåligt. Ett stort företag, Rönnskärsverken, blev också intresserat av att utbilda sin personal till Första hjälpare.

I Umeområdet var skolan mycket aktiv och man beslöt att alla rektorer skulle gå utbildningen. Då det gällde elevhälsan fick vi prioritera lite mellan dem och lärare som ville fick gå utbildningen. Det var också många från socialtjänsten som var positiva så det var inga större problem att fylla grupperna i Umeå-området när vi väl kommit igång. Sveriges Samers Riksförbund (SSR), som har sitt kontor i Umeå, var en personalgrupp som visade intresse av att gå utbildningen.

Det var många utmaningar under det år vi höll på och ofta var cheferna positiva när vi informerade om utbildningen men sedan kunde mellanchefer stoppa upp processen. Detta gjorde att vi inte nådde ut till de anställda och vid några tillfällen fick vi färre deltagare än förväntat.

Utvärderingsproceduren var för omständlig för att vi skulle få ett stort antal deltagare att delta. Information och förfrågan om deltagande i utvärderingen måste skickas ut minst tre veckor innan kursstart och ofta hade vi inte namnen på deltagarna vid den tiden. Lärarna frågade ibland om det var frivilligt och avstod då från att fylla i enkäterna eftersom man kände sig så arbetsbelastade.

Det mesta var dock positivt och instruktörerna var väldigt motiverade att arbeta med detta. Möjligheten att påverka utbildningsmaterialet har också varit positivt och det är stor skillnad på materialet i dag jämfört med i början. Vi hoppas också få finansiering för ett projekt där vi avser att arbeta med Första hjälpen till psykisk hälsa för samegruppen. De flesta arbetsgivare som gav sin personal möjligheter att bli instruktörer har också fortsättningsvis låtit dessa

utbilda personal i den egna organisationen. Av 24 instruktörer har 17 även gått en utbildning i MHFA ungdom.

Vi ser positivt på projektet i Västerbotten och vi hoppas få ytterligare finansiering så att vi kan fortsätta och bredda verksamheten.

Sydöstra regionen

Margit Ferm, medlem i NSPH och SPES, projektledare för MFHA ungdomsprojektet i Jönköpings län

Ann-Kristin Karlsson, biträdande vårdenhetschef och rehab-samordnare på psykiatriska mottagningen i Vetlanda

Det viktigaste i den sydöstra regionen just nu är MHFA för ungdom och vi vill fokusera på detta. Jönköpings län är indelat i 13 kommuner, tre sjukvårds-områden med varsin psykiatrisk klinik med suicidpreventiva team knutna till resp. klinik. Vi har 11 psykiatriska mottagningar, tre plus en BUP-mottagning, varav en där det inte krävs remiss, 52 vårdcentraler och 44 brandstationer. Spindeln i nätet för att arbeta suicidpreventivt är SOS Alarm-centralen som är gemensam för hela länet. Vi har också sju närpolisstationer och tio ambulansstationer. NSPH Jönköpings län är projektsamordnare av Första hjälpen projektet som vi kommer att berätta mera om.

I augusti 2012 började vi informera om regeringsuppdraget som vi fick från NASP. Engagemanget var störst på småländska höglandet och vi bildade en styrgrupp som var brett sammansatt. Samordningsförbundet har kanalerna direkt ut till kommunerna. Ann-Kristin sitter i styrgruppen och kommer att berätta om det arbetet. Både jag själv och styrgruppens medlemmar var ute i kommuner, församlingar och föreningar och informerade om projektet. Under hösten rekryterade vi instruktörer och vi slöt ett avtal med studieförbundet SENSUS att de skulle svara för projektadministrationen.

Britta Alin Åkerman och Johan Andreen utbildade 23 instruktörer i januari 2013 och dessa utbildar i sin tur Första hjälpare, som beräknas bli 600 under året. Av instruktörerna är två från landstinget, 12 från länets kommuner, sju från ideella föreningar och två från Svenska Kyrkan. Det är stor spridning i ålder, mellan 22 och 65 år. Våra instruktörer arbetar och bor i tio av länets 13 kommuner, vilket var en målsättning då vi ville ha spridning på utbildningar över hela länet. Instruktörerna har genomfört två till åtta utbildningar vardera. De arbetar tillsammans två och två och vi försöker ha en instruktör i reserv så att man aldrig ska behöva ställa in en utbildning.

Jag började vid projektstarten att skicka ut veckobrev med information om projektet, ny forskning, nya hemsidor, utbildningsinbjudningar mm. Det har

varit viktigt för mig som projektledare att ha kontakt med alla instruktörer varje vecka. Det har också medfört att alla, instruktörer, styrgrupp, SENSUS har fått samma information samtidigt. Vi tog också fram en fyrsidig folder, som vi har använt när vi har rekryterat deltagare till Första hjälpen kurser. Vi har en kreativ ordförande i styrgruppen, Bo Kenneth Knutsson, verksamhetschef för psykiatrin på höglandet. Han konstruerade två knappar, en för instruktörer och en för Första hjälpare. Dem delar vi ut i slutet av utbildningen som ett examensbevis.

Resultatet har blivit att vi hittills utbildat 502 Första hjälpare och räknar med att ha nått målet, 600 vid årsskiftet 2013/2014. Vi har anordnat 38 kurser i tio av länets kommuner men haft deltagare från alla 13. Vi har också haft deltagare från angränsande län, Östergötlands och Kalmar län, som ingår i Sydöstra regionen. Vi har hittills haft deltagare från alla målgrupper som regeringsuppdraget tar upp, utom fosterföräldrar.

Vi har diskuterat hur vi kvalitativt skulle kunna utvärdera projektet. Tillsammans med den nye psykiatriprofessorn i länet, Staffan Hägg, har vi tagit fram ett frågeformulär, som vi skickar till alla utbildningsdeltagare före utbildningen, efter utbildningen och efter sex månader. Vi vill se hur kunskaper om och attityder till psykisk ohälsa kan påverkas och förändras. Vi vill också se i vilken utsträckning man bistått personer med psykisk ohälsa efter att man utbildats till Första hjälpare.

Genom NASP kommer våra instruktörer att få en kompletterande utbildning så att de kan täcka alla åldrar. Styrgruppen kommer att se till att instruktörerna kan genomföra minst tre utbildningar varje år så att de kan ha kvar sin certifiering. Vi har diskussioner med gymnasieskolor med vårdprogram, som funderar på att lägga in utbildningen som ett obligatoriskt moment. Jag har nära kontakt med Hälsohögskolan där vi haft kurser både för studenter och för personal. Vi vet att flera kommuner planerar fortsatta utbildningar och det finns ett stort intresse i föreningar, inte minst idrottsföreningar.

Jag lämnar nu över till Ann-Kristin.

Att delta i ett projektarbete är en lärande situation men också en utmaning. Första gången jag kom i kontakt med denna typ av utbildning var för drygt två år sedan. Suicidpreventiva gruppen på höglandet och motsvarande grupp i Stockholm skrev tillsammans en ansökan till Allmänna arvsfonden. Tyvärr fick vi ett negativt beslut med motiveringen att det var ett myndighetsansvar. Ett år senare kom förfrågan från NASP och då gällde det att agera snabbt. Vi hade redan ett fungerande samarbete mellan kommun, landsting, arbetsförmedling och försäkringskassa. Det handlade om att öka samverkan mellan fyra organisationer samt förbättra kunskapen om psykisk ohälsa och detta projekt hade just avslutats. Denna samverkan hade varit mycket positiv så vi valde att bjuda in några från detta projekt att ingå i projektets styrgrupp. Inom tio dagar hade vi haft ett första möte och därmed var styrgruppen i funktion.

När instruktörsutbildningen startade hade vi stort stöd av media, som visade detta i tidningar, på radio och i TV. Styrgruppens medlemmar hade många olika uppdrag **med denna viktiga uppgift men ska det bli positivt behöver man eldsjälar. Vårt projekts eldsjäl är vår projektledare.**

Stockholm–Gotlandregionen

Carl von Essen

Generalsekreterare för MIND, f.d. Föreningen för Psykisk Hälsa

Jag ska framför allt säga något om MHFA, som vi genomfört i Stockholms län. Först vill jag dock nämna några andra verksamheter inom MIND som har med suicidarbete att göra. Vi startade för ett år sedan Självmordsupplysningen på nätet där man kan chatta, blogga, mejla frågor och diskutera om självmord. Det startade som en reaktion på den händelse då en kille begick självmord i realtid på Flashback. Vi ville flytta över diskussioner om självmord till en mer säker miljö och tycker vi har lyckats med detta, eftersom vi haft över 3000 chatt-samtal på självmordsupplysningens sajt. Vi har också haft ungefär 1000 inlägg på våra forum och bloggar. Vi arbetar också med seminarier och konferenser kring självmord och nyligen hade vi ett seminarium om mediarapportering och självmord. Vi kommer att ha en konferens i november 2013 riktad till vård, skola och omsorgspersonal. Vi arbetar också med denna fråga på EU-nivå då vi medverkar i ett nätverk Mental Health Europe. Vi vill lyfta frågan vid EU-parlamentsvalet och försöker få upp frågan om psykisk hälsa på EU-agendan.

Jag ska nu säga något kort om MHFA. Vi blev kontaktade om projektet för ett år sedan och vi skapade då en referensgrupp och började rekrytera instruktörer. Vi har fått i uppdrag att utbilda 1000 personer i Stockholms län. Vi räknar med att vara klara med detta i februari 2014. Utbildningen erbjöds framför allt till organisationer med personal som kommer i kontakt med unga 12-18 år. Materialet är avsett för personer som arbetar med barn och unga men man kan tänka sig att gå upp till 25 år. Vi vänder oss framför allt till skolor, fältassistenter, socialtjänsten, ungdomsmottagningar mm. Vi har haft kurser för kommunala verksamheter men också på Kulturhuset, Mentor Sverige, RFSL, arbetsförmedlingen, frälsningsarmén. Som ni hör så är det stor spridning på verksamheten.

Slutligen vill jag ge några reflektioner kring utbildningen. Vi har 22 instruktörer och vi kommer att träffa alla i november 2013 för att samla in deras synpunkter. Framför allt filmerna är alla väldigt nöjda med och psykosavsnittet ser många som värdefullt. Alla är eniga om att utbildningen är viktig och borde nå ut till hela befolkningen. Vi har fått en del kritik då det gäller att statistiken borde vara mer uppdaterad och att man borde fördjupa några områden. Det vore också bra med större interaktivitet i det pedagogiska upplägget. Man saknar också inslag om spelberoende och sexmissbruk.

Presentation av nätverken

Britta Alin Åkerman, professor emerita i pedagogik, NASP

De sex regionala nätverken bildades 1997 i Stockholm med syftet att därigenom lättare kunna diskutera vad man regionalt kunde arbeta med när det gällde suicidprevention. Man ville också försöka följa den internationella kunskapsutvecklingen inom området. Nedan visas en karta över de sex regionerna där det framgår att några är mycket stora, såsom exempelvis Norra regionen med många och långa resor för att kunna komma i kontakt med representanter i nätverket.

De ansvariga för nätverken är i Norra regionen Lars Jacobsson, i Stockholm/ Gotlandsregionen Danuta Wasserman, i Sydöstra regionen Gunilla Jarkman-Björn, i Södra regionen Åsa Westrin, i Uppsala/Örebroregionen Anna Baran och i Västsvenska regionen Evert Eggelind.

Diskussionsfrågor för nätverken är
- Vad hände på förra nätverksmötet i Luleå 2011?
- Vad pågår inom de olika nätverken?
- Vilka delmål kan man uppnå år 2013?
- Vilka delmål kan man uppnå år 2014?

Kom med tankar, förslag och idéer och använd gärna den information ni fått under dagen. Försök vara så kreativa som möjligt och i varje nätverksgrupp är det någon som får ansvara för att skriva ned de punkter som ni kommer fram till. Ni måste lämna in detta innan ni går härifrån och detta kommer att redovisas i en konferensrapport så att vi vet hur vi ska agera fortsättningsvis.

Presentationer i plenum av nätverkens framtida arbete:

1) Norra regionala nätverket

Vad hände 2011?
I Luleå 2011 beslutade vi att sammankalla till en regional nätverkskonferens. Det blev ej av.

Vad pågår?
Västerbottens läns landsting har antagit ett tolfte mål när det gäller suicidprevention.

Vilket delmål har vi för 2013?
Vi vill utveckla ett samarbete med intressenter inom suicidprevention i det norra regionala nätverket. Ingrid Ögren får i uppdrag att göra detta möjligt genom att bilda en sändlista med de som deltagit i den nionde suicidpreventiva nätverkskonferensen 2013.

Vilka delmål har vi för 2014?
Vi vill genomföra en regional nätverkskonferens i Östersund eller Skellefteå. Redan nu finns ett löfte från landstinget i Östersund att bistå hjälp till genomförandet av en sådan konferens.

Redan nu vill vi framföra en önskan om ett större stöd till de regionala nätverken än vad som tidigare getts från NASP.

---

2) Stockholm-Gotlandnätverket

Deltagare
Vid mötet träffades 26 konferensdeltagare vilka representerade bl.a. hälso- och sjukvården, brandförsvaret, Svenska Kyrkan, Försvarsmakten, frivilligorganisationer, forskare och allmänheten.

Bakgrund och nuvarande arbete inom nätverket
Danuta Wasserman gav en kort beskrivning av utvecklingen från 1997 av verksamheten inom Stockholm-Gotlandnätverket för självmordsprevention. Möten har varit förlagda både på dag- och kvällstid. Det visade sig svårt att genomföra dessa möten regelbundet och man bestämde till slut att ge ut ett Nyhetsbrev per mejl (publiceras även på NASP:s hemsida). I redaktionen finns representanter för bl.a. NASP och SPES. Idag finns möjlighet för samtliga självmordspreventiva nätverk i Sverige att lämna kort information om aktiviteter och verksamheten genom detta Nyhetsbrev.

NASP ger stöd till de självmordspreventiva nätverken
NASP kan ge stöd till de självmordspreventiva nätverken genom att erbjuda kurser (bl.a. MHFA – Mental Health First Aid). På NASP:s hemsida finns även läsrum med bevakning av aktuella artiklar i ämnet. Stöd genom att ge utrymme på NASP:s hemsida vidareutvecklas för alla nätverken i Sverige. Där kan man ge kort aktuell information och länkar.

Tankar och goda exempel
Deltagarna vid mötet gav flera exempel på hur självmordsprevention kan och skulle kunna utvecklas, här några exempel:

- Brandförsvaret i Stockholm har påbörjat en utbildningsinsats med kurser för instruktörer i MHFA. Man går sedan ut och ger kurser som Första hjälpare. Man har även spelat in en film som utbildningsmaterial.
- Utveckla stöd för personer *i sorg.* Starta stödgrupper för föräldrar och anhöriga till suicidala personer som gör upprepade självmordsförsök.
- Svenska Kyrkan i Bromma har stödgrupper för unga tjejer/tonåringar som mår dåligt.
- Tillämpa nya nationella kliniska riktlinjerna.
- Representanter för Försvarsmakten berättar att de har ett lagkrav som arbetsgivare att verka för större öppenhet i det psykiska arbetsmiljöarbetet inte bara i det fysiska arbetsmiljöarbetet.
- Alla arbetsgivare skulle kunna utveckla arbetet med den psykiska arbetsmiljön.
- Att försöka få patienterna som söker vård på rätt nivå. Stigma kring självmordsproblematiken finns kvar.

- Att möta människor i sorg och ge stöd, t ex hålla en hand, koka en kopp kaffe när det tragiska har hänt, när man möter en anhörig till någon som gjort ett självmordsförsök och vid fullbordat självmord.
- SPES gör ett mycket värdefullt arbete när de ger stöd och samtalar med anhöriga till personer som tagit sitt liv. Finns möjlighet också att de kan ta emot samtal från anhöriga till personer som gjort självmordsförsök?

Slutsatser

- Det är bra att fler män arbetar med självmordsprevention.
- Försök ge stöd till anhöriga och vård till självmordsbenägna på rätt nivå både ute i samhället och i närmiljön liksom inom sjukvården.
- Försök skapa fler arenor med bland annat teknikens hjälp för mer information, utbildning och krisstöd inom självmordspreventionen.

Undertecknat av Birgit Frisén-Andersson

---

3) Mellansvenska nätverket

Vid förra nätverkskonferensen (Luleå, 2011) valdes Anna Baran att efterträda professor Wolfgang Rutz. Anna verkar som överläkare inom psykiatrin i Nyköping.

Vad hände 2012?

- En regional nätverkskonferens i Solliden, Örebro län, där man fokuserade på efterlevandestöd
- Världsdagen för Suicidprevention 10 september 2012 organiserades av SPES i samarbete med Mellansvenska Nätverk för Suicidprevention i Nyköping samt Bollnäs. Tema: Stigma och suicidprevention

Vad pågår?

Samordning av suicidpreventivt arbete i bl.a. Dalarna, Värmland, Södermanland, Gävleborg.

Fortsätt arbete med att sprida goda exempel av suicidpreventiva insatser exempelvis utbildningar i MHFA (Värmland), Blåljusprojektet (Södermanland), utbildning i suicidprevention inom Primärvården (Södermanland).

I Värmland samarbetar svenska kyrkan (Eva Bonander) och landstinget (Anders Andrén) kring en egen framtagen utbildning som man sprider bland annat till blåljuspersonal. Man upplever en positiv inställning från den här yrkesgruppen. Man vill få veta hur man kan agera. Man har även utbildat MHFA-instruktörer. Man har öppna föreläsningar om psykisk ohälsa.

I Västmanland pågår ett projekt om hur man involverar anhöriga i sluten-vården. Projektet inkluderar Mälardalens högskola. Psykiatrisjuksköterskan Linda Sellin driver projektet.

I Uppsala har man under de senaste åren arbetat med att förtydliga riktlinjer. Man har byggt nya Psykiatrins Hus där personalen sitter i öppna kontors-landskap och alla patienter har enkelrum. Man är på det hela taget nöjd med det nya huset men det har uppkommit nya problem som man inte räknade med. Ensamheten på rummen till exempel. Kuratorn Anna Korbutiak har deltagit i ett projekt i syfte att förbättra omhändertagandet av patienter efter självmordsförsök. Hon har haft två stående tider i veckan till akutbesök så att det inte ska dröja mer än tre dagar innan man får uppföljning. Detta gäller de som inte haft kontakt med psykiatrin tidigare. Anna K. har även kontaktat anhöriga till dem som tagit sina liv (om de varit i kontakt med vården inom en månad dessförinnan). Ludmilla Rosengren har en pågående dialog med Åsa Törnkvist, Maria Holstad Högberg och Åsa Hagberg som har ledande befattningar inom psykiatrin i Uppsala.

Vilka delmål har vi för de närmaste fyra åren?

- Utveckling av en hållbar grund för suicidprevention i regionen t.ex. att alla län har sina representanter på både nationella och regionala konferenser i suicidprevention
- Organisation av regional nätverkskonferens i Solliden, Örebro län, maj 2014 som kommer att handla om psykiska första hjälpen. Tanken är med konferensen är att skapa en grund för utveckling av kurser för Psykiska första hjälpen i Uppsala-Örebroregionen
- Organisation av Världsdagen för Suicidprevention varje år (10 september) i varje län (SPES i ett samarbete med Mellansvenska Nätverket för Suicid-prevention)
- Organisation av nationella nätverkskonferensen om suicidprevention i 2015 eller 2017

Problem som uppmärksammas:

o Det är svårt att driva regional/lokal verksamhet utan ekonomiska medel.
o Vart ska efterlevande vända sig? Är de patienter? Tydlighet krävs!
o De som gjort suicidförsök – hur och av vem ska de tas omhand?

Undertecknat av Anna Baran

---

4) Södra regionens nätverk

- Omstart av nätverket under 2013.
- Starta ”Första hjälpen kurs” i regionen.
- Arbeta för att resurser avsätts och en struktur skapas.

Undertecknat av Lena Eidevall och Kerstin Lindell

---

5) Västsvenska regionens nätverk

- Suicidprevention borde in i PRIO-satsningen.
- MHFA är en viktig metod – hur får vi in den i den befintliga strukturen? Vad gör de utbildade och engagerade MHFA-instruktörerna nu, när de inte har ett uppdrag? Resurstilldelning?
- Hälso- och sjukvården styrs av riktlinjer. Kanske NASP kunde få i uppdrag att utforma riktlinjer för suicidprevention inom hälso- och sjukvården?
- Viktigt att inte stoppa arbetet med Händelseanalyser.

Undertecknat av Else-Marie Törnberg

---

6. Sydöstra regionala nätverket

Närvarande: Margit Ferm, Johan Andreen, Ann-Kristin Karlsson, Eva-Lena Klarqvist, Yvonne Unbeck, Britt-Marie Arnesson, Lars-Håkan Thorell, Lili Granath, Sofia Persson

Vi presenterade oss för varandra och konstaterade att Lars-Håkan var ensam från Östergötlands län och ingen representerade Kalmar län, övriga åtta kommer från Jönköpings län.

Margit Ferm och Ann-Kristin Karlsson presenterade förslag till dagordning, som vi beslöt följa.

Sofia Persson åtog sig att skriva anteckningarna.

Anteckningarna från mötet vid förra konferensen i Luleå 2011

- Anteckningarna från Luleåträffen delades ut och vi gick igenom dem.
- Anhörigstöd, hur ska vi gå till väga för att involvera anhöriga i vården? Sekretess? Hur gör vi en bra övergång mellan BUP och vuxenpsykiatrin? Hur stöttar vi anhöriga vid suicid? Behövs rutinbeskrivning?
- I Värnamo erbjuds tre anhörigsamtal efter fullbordat suicid.
- Ett mål är att involvera anhörigstöd i Jönköpingsmodellen.

Rapporter

Första hjälpen till psykisk hälsa MHFA

- Ytterligare tio YMHFA instruktörer med fokus på unga kommer att utbildas i Jönköpings län vecka 49, 2013.
- De nuvarande 23 YMHFA instruktörerna har snart utbildat de 600 Första hjälpare som de åtagit sig. I januari 2014 får de en påbyggnad som ger dem behörighet att utbilda även inom vuxendelen av MHFA. Om cirka ett år får de behörighet att utbilda med fokus på äldre.

För att behålla sin behörighet behöver de utbilda minst tre grupper per år. Viktigt att de får tillfälle till detta så att kunskapen hålls vid liv.

Av de 23 instruktörerna är:
två anställda i Landstinget;
tolv anställda i kommunerna;
två anställda inom Svenska kyrkan;
sju aktiva i intresseorganisationer (SPES, Ananke, NSPH, Scouterna, Röda korset, Zonta).
16 kvinnor och sju män. De är i åldrarna 22-65 år och bor eller arbetar i tio av länets 13 kommuner.

Värnamo

- Värnamo planerar en dag för information till somatiken och samarbete med polis.

Höglandet

- Höglandet fortsätter med samarbetet mellan psykiatrin och polis, räddningstjänst.

Tar med från denna konferens

- Önskemål framförs om att bjuda in Skåne SPiSS (suicidprevention i skånsk specialistpsykiatri) för att få mer information om deras arbete med att utbilda sin personal.
- Önskemål framförs också om en föreläsning av Lars-Håkan Thorell om hans forskning om depression och suicid. Arbeta in användningen av nya verktyg är viktigt.
- Johan Andreen informerar om ett utbildningsmaterial som framtagits i Stockholm av Räddningstjänsten AOSP – Akut Omhändertagande av Suicidnära Person. Det är en videofilm som ingår i det tre timmar långa utbildningsprogrammet, som Johan kan utbilda i. För mer information kontakta conny.soderberg@storstockholm.brand.se

Vår förhoppning

- Vi diskuterade vad vi vill åstadkomma framöver och enades om:
  Vår vision inom Jönköpings län är att alla kommuner använder MHFA-instruktörer för att ge alla nyanställda utbildning i Första hjälpen till psykisk ohälsa. De redan anställda bör också få del av utbildningen. Utbildningen bör ges till lärare inför varje höstterminstart.

Fortsatt samarbete i Jönköpings län

- Vi behöver förbättra samarbetet i länet. Värnamo kommer att kalla till träff i Jönköpings län till våren 2014.

Samarbetet inom SÖ regionen

Samarbetet inom SÖ regionen har i princip upphört, vi saknar idag representanter från Kalmar och har enbart en representant från Östergötland.
Finns det intresse om fortsatt samarbete?

Lars-Håkan Thorell tar kontakt med Linköping och Johan Andreen tar kontakt med Kalmar angående det regionala nätverket.
Om det finns intresse kommer vi att bjuda in till en regionträff under 2014.

Nytändning

- Hur får vi till en nytändning? Var är vårt engagemang till samverkan i regionen? Var frågor vi ställde oss själva.
- Vi avvaktar besked om kontakterna med Östergötlands och Kalmar län leder fram till ett nytt samarbete eller ej.
- Vi inom Jönköpings län, konstaterade att vi vill fortsätta samarbeta och utveckla samverkan inom det suicidpreventiva området.
- Vi beslöt att dessa anteckningar även skickas till de tre verksamhetscheferna inom psykiatrin i Jönköpings län.

Undertecknat av Sofia Persson, BUP Nässjö.

Studier från Sverige

Utvärdering av MHFA (Mental Health First Aid)

Bengt Svensson, docent

Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI), Lunds universitet

Jag har arbetat med utvärdering av vuxenversionen av Första hjälpen till psykisk hälsa. Tre personer har varit involverade i detta: Sigrid Stjernswärd, Lars Hansson och jag själv. MHFA är en australiensisk modell för att öka kunskap om psykisk ohälsa, vad som krävs för att hjälpa till, förbättrar självförtroendet, attityder och ökar benägenheten att hjälpa.

Det var ett regeringsuppdrag till NASP 2010 att testa och utvärdera MHFA och NASP har översatt, anpassat och implementerat modellen samt utbildat instruktörer. CEPI har utvärderat effekterna av den utbildning som 1000 personer i två regioner gått igenom.

Målgrupper som pekades ut var personal inom försäkringskassan, arbetsförmedlingen, socialtjänsten, skolan, polisen, kriminalvården, räddningstjänsten och fritidsverksamheten. Detta är ju områden där personalen borde vara ganska välutbildad och det får man komma ihåg när man tittar på resultaten.

De frågeställningar som vi ville utforska var om kunskapen om psykisk ohälsa och behandling ökar, om kunskapen om bemötande av personer med psykisk ohälsa ökar, om självförtroendet för att kunna hjälpa ökar, om benägenheten att bistå ökar och slutligen om attityder till personer med psykisk ohälsa förändras.

I Västra Götaland gjorde vi en randomiserad kontrollerad studie med två grupper, en som gick utbildningen och en som stod på väntelista. Vi undersökte dessa vid starten och efter sex månader. I Västerbotten gjorde vi en kvasi-experimentell studie med mätningar före och efter utbildningen samt efter sex månader. Slutligen genomförde vi fokusgruppsintervjuer med kursdeltagare sex månader efter utbildningen. Vi använde instrument som tidigare använts i den australiensiska utvärderingen för att kunna jämföra deras resultat med våra.

Vi skickade ut postenkäter i Västra Götaland innan randomiseringen och sex månader efter utbildning och i Västerbotten i samband med kursstart och

avslutning samt sex månader efteråt. Fokusgruppsintervjuer gjordes med en grupp i Göteborg, två grupper i Falköping, en grupp i Vänersborg och två grupper i Umeå. Det är således ett omfattande material vi samlat in.

Information om deltagarna visas i tabellen.

Deltagare

	RCT-studien (E=199, K=207)	Kvasiexperimentell studie N = 475
Ålder (år), m (sd)	46 (10,5)	47 (11,3)
	%	%
Kvinnor	77	81
Högskoleutbildning	76	64
Födda i Sverige	91	95
Arbetar inte i vården	83	65
Egen erfarenhet av psykisk ohälsa	25	22
Haft psykisk ohälsa i familjen	43	47
Träffat någon med psykisk ohälsa senaste sex månaderna	85	79

Majoriteten är högutbildade kvinnor mellan 40 och 50 år. De är födda i Sverige och arbetar inte inom vården utan inom andra verksamheter. De har egen erfarenhet av psykisk ohälsa, de har psykisk ohälsa i familjen och de har träffat personer med psykisk ohälsa under de senaste sex månaderna så det finns en erfarenhet av problematiken.

Nästa tabell fordrar en del kommentarer. Titta framför allt på kolumnen längst till höger.

Intention to treat analysis, RCT, före utbildning och vid sex månaders uppföljning

	Experimentgrupp, (n = 199)		Kontrollgrupp (n = 207)		Statistik				
Område	**Pre**	**Follow up**	**Pre**	**Follow up**	**Estimate**	**SE**	**CI**	**P**	**ES**
Bemötande och beteende	7.3(0.16)	8.7(0.16)	7.2(0.16)	7.6(0.21)	-1.08	0.34	-1.77- -0.40	0.003	0.88
Säker på att hjälpa	2.5(0.05)	2.7(0.06)	2.4(0.05)	2.4(0.05)	-0.23	0.06	-0.35 - -0.12	<0.001	0.70
Erbjudit hjälp	2.8(0.07)	3.0(0.08)	2.8(0.07)	2.7(0.07)	-0.25	0.10	-0.44- -0.05	0.015	0.58

Detta gäller bara den randomiserade studien och ES står för effektstorlek. Om denna är mellan 0,2 och 0,5 så är det en liten effekt, mellan 0,5 och 0,8 utgör en medelstor effekt och över 0,8 är en stor effekt. Trots att detta är en väl-utbildad grupp med stor erfarenhet så är det väldigt tydliga skillnader efter sex månader mellan den grupp som gått utbildningen och den som inte gått den. Bortfallet har simulerats i beräkningarna. Resultatet är mycket positivt då deltagarna förändrats med avseende på de viktigaste variablerna. Man upp-lever att man har ändrat sitt bemötande, blivit mer självsäker och erbjudit hjälp i större utsträckning.

I nästa tabell visas resultaten för enbart de som fullföljt och fyllt i formulären efter sex månader. Även här ser vi tydliga effekter fastän effekterna är mindre.

Resultat - completers

Område	RCT, skillnader vid 6 mån. uppföljning (exp = 135, K = 142)	Kvasiexperimentell (före utbildning – 6 mån uppföljning) (n = 270)
Kunskap allmänt	NS -	p = 0.001, ES = 0,30
Självförtroende att hjälpa	p = 0.001, ES = 0.43	p = 0.001, ES = 0.30
Bemötande och beteende	p = 0.001, ES = 0.71	p = 0.001, ES = 1.19
Erbjudit hjälp	NS, ES = 0.24	p = 0.001, ES = 0.23
Attityder till psykisk ohälsa	Depression/ p = 0.04, ES = 0.31	Psykos / p= 0.009, ES = 0.21
ES = effektstorlek, 0,2 – 0.5 liten effekt, 0.5 – 0.8 medelstor effekt, >0.8 = stor effekt		

Nästa tabell visar förändringar i attityder till personer med psykisk ohälsa. Där är effekterna små även om de går i positiv riktning.

Specifika frågor kring attityder

Fråga	Depression		Psykos	
	RCT p/ES	Kvasiexp p/ES	RCT p/ES	Kvasiexp p/ES
Bli granne med	NS/0.4	NS/0.0	NS/0.19	NS1/0.17
Bli vän med	NS/0.0	0.01/0.40	NS/0.17	0.007/0.36
Bli kollega med	NS/0.15	0.02/0.15	NS/0.33	NS/0.18
Bli ingift i familjen	NS/0.0	0.001/0.31	NS/0.31	NS/0.18
ES = effektstorlek, 0,2 – 0.5 liten effekt, 0.5 – 0.8 medelstor effekt, >0.8 = stor effekt				

Då det gällde resultaten från fokusgrupperna var deltagarna i allmänhet nöjda med kursen även om de tyckte den var omfattande och att det var svårt att ta till sig allt. Man tyckte att man lärt sig mycket nyttigt som man även kunde använda i privatlivet. Man tyckte att den avdramatiserade psykisk ohälsa och motverkar fördomar. Den gav också konkreta verktyg i specifika situationer och nästan samtliga rekommenderade kursen till kollegor.

Sammanfattningsvis så visade studien att

- en majoritet av deltagarna var högutbildade kvinnor i arbeten med många mänskliga kontakter
- det fanns en positiv skillnad mellan experimentgrupp och kontrollgrupp avseende tre av fem viktiga frågor
- resultaten upprepades i före- och efterstudien från Västerbotten
- fokusgruppsintervjuerna gav mycket positiva omdömen
- resultaten överensstämmer i hög grad med tidigare forskning

Socialstyrelsen var främst intresserad av om det verkligen skett några förändringar i beteende och detta är ju svårt att svara på. Vi har därför gjort en tvåårsuppföljning och preliminära resultat visas i tabellen nedan.

Två årsuppföljning - Sedan jag gick kursen i ”Första hjälpen vid psykisk ohälsa” har jag blivit bättre på att:

n = 79, medelvärden	Inte alls	I viss utsträckning	I ganska stor utsträckning	I stor utsträckning	I mycket stor utsträckning
Våga ta kontakt med en person som inte verkar må psykiskt bra	1	2	3.35	4	5
Stanna kvar och lyssna på en person som pratar om sina psykiska problem	1	2	3.60	4	5
Veta vad jag skall lyssna efter och vara uppmärksam på när jag pratar med någon som är nedstämd och ledsen	1	2	3.39	4	5
Fråga om någon har tankar på att ta sitt liv/begå självmord	1	2	3.01	4	5
Ge personer som mår psykiskt dåligt information om vilken effektiv hjälp som finns att få	1	2	3.39	4	5
Informera om vart man kan vända sig för att få rätt sorts hjälp	1	2	3.43	4	5
Känna igen tecken på att en person lider av en psykisk sjukdom	1	2	3.25	4	5
Bedöma allvaret i en situation där en person befinner sig i en svår psykisk kris	1	2	3.19	4	5
Föreslå saker som kan göra att en person med psykisk ohälsa mår bättre	1	2	3.23	4	5

Det handlar om nyckelfrågor då det gäller intervention och deltagarna har svarat i en femgradig skala. Vi kan se att för de 79 deltagare som hittills svarat ligger medelvärdet på drygt tre, vilket betyder att de ändrat beteende i ganska stor eller stor utsträckning.

Nästa tabell visar om jag *oftare* förändrat mitt beteende. Här är det en fyrgradig skala och även här kan vi se att deltagarna svarar att de gjort detta lite fler eller betydligt fler gånger.

Två årsuppföljning - Sedan jag gick kursen i ”Första hjälpen vid psykisk ohälsa” har jag oftare:

n = 79 , medelvärden	Inte alls	Vid lite fler tillfällen	Vid betydligt fler tillfällen	Vid många fler tillfällen
Vågat ta kontakt med en person som inte verkar må psykiskt bra	1	2.52	3	4
Stannat kvar och lyssnat på en person som pratar om sina psykiska problem	1	2.73	3	4
Frågat om någon haft tankar på att ta sitt liv/begå självmord	1	2.26	3	4
Gett personer som mått psykiskt dåligt information om vilken effektiv hjälp som finns att få	1	2.55	3	4
Informerat om vart man kan vända sig för att få rätt sorts hjälp	1	2.56	3	4
Föreslagit saker som kan göra att en person med psykisk ohälsa mår bättre	1	2.61	3	4

Det verkar därför faktiskt som om man utnyttjar kunskaperna från kursen och tillämpar dem i sin vardag i större utsträckning än man gjorde före utbildningen. Ännu så länge har vi bara fått in svar från en del av deltagarna så vi får se om resultaten står sig.

En sådan här studie väcker ju också nya frågor, exempelvis hur effekterna skulle bli i andra grupper med mindre förförståelse, mindre utbildning och som inte arbetar med människor. Man kunde tänka sig att rekrytera från supporterklubbar för fotbollslag, personer i verkstadsindustrin, från gruvnäringen eller från invandrarföreningar.

Internationella studier

Gergö Hadlaczky, PhD, biträdande verksamhetschef vid NASP

Jag kommer att prata både om de internationella och svenska studierna. Huvudsyftet i MHFA är att förändra kunskaper, attityder och beteende hos Första hjälpare. Vi sökte efter studier som utvärderade MHFA i syfte att skapa en evidensbas. Det finns olika sätt att studera evidensbasen. Ett sätt är att göra en litteraturgenomgång, gå igenom alla studier och sammanfatta. Detta ger dock inte ett kvantitativt mått på evidens. Man kan också använda sig av ”vote counting” då man räknar de studier som visar signifikanta förändringar och jämföra med dem som inte visar detta.

Det vi gjorde var en metaanalys av alla genomförda studier. För att bedöma faktiska förändringar använde vi p-värden som visar hur stabil effekten är, effektstyrka som visar storleken på förändringen, samt homogenitetsmått, som visar om resultaten i alla studier är likvärdiga eller inte. Vi gjorde en metaanalys på alla studier som utvärderade MHFA och det var sammanlagt nio studier. Av dessa var fyra randomiserade och kontrollerade, en var kontrollerad men ej randomiserad och fyra var kvasiexperimentella studier med före- och eftermätningar. Alla dessa studier använde sig av samma utvärderingsfrågor och vi valde att jämföra attityder, kunskaper och beteenden. För mätning av attityder hade man använt Social Distance Scale, för kunskaper använde vi ett aggregerat mått baserat på konsensusfrågor kring behandlingar och vinjetter kring symtom, Slutligen för beteenden använde vi frågan om man erbjudit Första hjälpen till någon under de senaste sex månaderna. Denna fråga förutsätter dock att en sådan situation uppstått så detta mått är sannolikt en underskattning av benägenheten att hjälpa.

Huvudresultaten var baserade på 2989 deltagare och visade för attityder ett p-värde på 0.0001, vilket säger oss att kursen tveklöst har en effekt på attityder. Effektstyrkan var 0,26 vilket tolkas som en påtaglig effekt. Om vi tittar på kunskaper var deltagarantalet 3239, p-värdet 0,0001 vilket visar att kunskaperna förbättrats under kursen och effektstyrkan var 0,35, vilket är en stabil förändring. Beteendemätningarna var baserade på sex studier, eftersom alla studier inte mätte beteenden och antalet deltagare var 2138, p-värdet var 0,0002 och effektstyrkan 0,18, vilket är en mindre effekt men sannolikt underskattad.

Möjlig kritik mot metaanalysmetoden är att man blandar olika typer av studier. Betty Kitchener som grundade MHFA är försöksledare i många av dem vilket kan ha påverkat resultatet, och en del studier är publicerade i mindre ansedda tidskrifter vilket kan tyda på dålig kvalitet. Vid metastudier kan denna kritik bemötas genom att jämföra studier där Kitchener var med och där hon inte var med. Vad gäller attitydförändringar fann vi dock ingen sådan skillnad, och inte heller någon skillnad mellan studier publicerade i bra och mindre bra tidskrifter. Inte heller ser vi någon skillnad mellan kontrollerade och icke kontrollerade studier. Då det gäller kunskapsförändringar får vi liknande resultat. Inte heller för beteendeförändringar får vi någon skillnad mellan studierna. Resultaten pekar också åt samma håll i alla studier. Det finns dock en variation i effektstorlek men den är ej signifikant.

Sammantaget kan man säga att det tveklöst finns en effekt av MHFA men storleken på effekten är svårare att uttala sig om. Till detta behövs flera studier. Vi skulle också behöva använda ett bättre mått på beteendeförändring.

Workshops

MHFA Vuxen

Moderator: Anne Stefenson, legitimerad läkare adjunkt vid NASP, huvudinstruktör MHFA och Bengt Svensson, docent CEPI

Seminariet vände sig till dem som i Sverige har erfarenhet av Första hjälpen programmet, antingen är utbildad instruktör eller Första hjälpare. Seminariet ville få till stånd ett samtal om de första erfarenheterna av utbildningsprogrammet i Sverige, om förtjänster, men också svårigheter, svagheter eller problem. Också vad som behövs utvecklas i fortsättningen.

Anne S berättade inledningsvis om NASP:s uppdrag från 2010 att utbilda instruktörer i Sverige. Målsättningen var att förändra attityder till personer med psykisk sjukdom, att öka kunskapen om detta område och att förändra beteende gentemot dessa personer så att man kan ingripa i krissituationer. Detta innebär också att förbättra de stödjande miljöerna i samhället.

Programmet består av tre delar:
- En gemensam kunskapsbas kring psykisk ohälsa.
- En konkret handlingsplan, hur säger jag? hur gör jag i en krissituation? Denna del ska ge verktyg för att handla.
- Kunskap om vart vi vänder oss för professionell hjälp. Denna del innebär en kartläggning i aktuell region som måste göras av varje instruktör.

Fördelar med programmet är att det kan läras ut på ett enkelt sätt, det fokuserar på enkla strategier och verktyg, det kan läras ut till många och om man lär sig mer om psykisk ohälsa så ökar uppmärksamheten i mellanmänskliga kontakter.

Några frågor att diskutera är: Är utbildningen alltför manualstyrd? Ges tillräcklig kunskap om sjukdomstillstånd och diagnoser? Vilka faktorer hindrar spridningen av programmet och vilka underlättar?

Ordet lämnades, efter en inledning, till publiken.

Fråga från publiken: När någon är ångestfylld och uppriven hur menar man enligt Första hjälpen kursen att man ska hantera att det kan vara något kroppsligt, t.ex. en hjärtinfarkt?

Svar: Det går inte att skilja en panikattack från hjärtinfarkt. Man ska alltså i sådana situationer skaffa somatisk akuthjälp. Första hjälpen kursen är väldigt mån om att understryka detta.

Kommentar från publiken: Jag kommer från Västerbotten och vi hade svårt att nå ut till skolor, mycket beroende på deras dåliga ekonomi. Manualen tycker jag är bra men den måste ju levandegöras så att man börjar uppmärksamma människor som mår dåligt. Frågan är också om målgruppen var väl vald. Vi hade många deltagare från kommuner och landsting och många tyckte att de hade större kunskaper än vi. Man borde från regeringens sida satsa medel för att utbilda allmänheten.

Svar: Målgrupperna var i detta fall de som i sitt arbete träffade personer med psykisk ohälsa. Det är ju annars alldeles riktigt att utbildningen egentligen inte är avsedd för de som redan i en yrkesutbildning kommit i kontakt med kunskap om psykisk ohälsa och hur man kan hjälpa.

Första hjälpen kursen utgår från det medmänskliga mötet och är till för allmänheten. Det kanske är lättare på en mindre ort att se genomslag och kunna kontrollera olika steg i en spridningsprocess. Det har exempelvis varit väldigt värdefullt att i Örnsköldsvik kunna överblicka hur spridningen sett ut i ett första steg genom nyckelpersoner som har mycket olika slags kontakter inom kommunen.

Pengar är ofta ett hinder men på många platser har man kunnat göra detta på arbetsplatsen till en billig kostnad.

Fråga från publiken: När det gäller instruktörer är det då en fördel eller nackdel att arbeta inom vården med suicidnära?

Svar: Det är både och. Det kan vara svårt att lägga sina professionella erfarenheter åt sidan och utgå från de medmänskliga mötena. Men det är en fördel att kunna något om psykiatri från insidan.

Fråga från publiken: Hur lång är instruktörskursen?
Svar: Den är en vecka.

Bengt: Vad gäller frågan om fördelar och nackdelar med psykiatrisk kunskap hos instruktörerna var det flera i fokusgrupperna som tog upp detta. De menade att det nog ändå var en fördel att ha överblick över det psykiatriska fältet, eftersom många av deltagarna kommer därifrån.

När det gäller kostnader kan man jämföra med hjärt-lungräddning. Man brukar säga att var femtonde person på en arbetsplats ska ha gått en sådan utbildning.

Det är betydligt vanligare att träffa på en person i akut kris än ett hjärtstillestånd. Man har dock betydligt mindre beredskap och det kan ses som en diskriminering av området psykisk ohälsa. Arbetsgivare borde prioritera denna typ av kurser och det är en slags strukturell brist att detta inte görs.

Kommentar från publiken: Man skulle kunna vända på resonemanget och säga har vi råd att inte skicka personal på Första hjälpen kurs? Att rädda ett liv sparar också pengar.

Kommentar från publiken: Jag kommer från Örnsköldsvik och vi har haft en uppföljning i instruktörskursen. Den var ganska varierad med personer från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Kommunen. Vid uppföljningen har också chefer suttit med och då märker man att det inte är så mycket pengar som tid som saknas. Det känns som om cheferna själva måste gå kursen för att förstå vilken samhällsnytta den har.

Svar: Ja, sen har NASP ju ett ansvar att sprida detta och exempelvis denna konferens är ju ett sätt att göra detta. Man måste försöka påverka arbetsgivarna för att komma över trögheten. Och Socialstyrelsen har också haft krav på att det i utvärderingarna ska gå att påvisa beteendeförändringar, för att lansera något med statsunderstöd, och detta är inte lätt att göra. Vi hade tankar på att intervjua personer som fått stöd av Första hjälpare men detta lyckades inte. Det är också ett stort metodologiskt problem att urskilja vad som är orsak och verkan. Tvåårsuppföljningen är ett sätt att försöka komma åt upplevd förändring och det är unikt att ha en så lång uppföljning.

Kommentar från publiken: Man kan säga att det finns pengar men inte tid. Om man hade mer pengar skulle man kunna anställa ersättare. I Skellefteå har man exempelvis anställningsstopp inom äldrevården. Detta har man för att det saknas pengar som går till annat. Är man inte beredd att uppifrån satsa på detta blir det heller inget genomslag. Jag har varit instruktör för personer som sitter i telefonjour och dessa uttrycker att de blivit mycket tryggare efter utbildningen och vet vad de ska svara och vem de ska hänvisa till.

Fråga från publiken: Varför integreras inte denna kunskap i sjuksköterskeutbildningen? Vilka kostnader är det och hur kan man föra ut detta utan att kränka sjuksköterskor som tycker att de kan?

Fråga från publiken: Innehåller utbildningen något om hotfulla situationer som ganska ofta uppstår då någon mår psykiskt dåligt?

Svar: Det ingår frågor om hot och våld, och hur man ser tecken på en situation som man ska avstå från att ge sig in i. Frågan om vad som ska finnas med i olika grundläggande högskoleutbildningar är komplicerad. Det är ofta trångt om utrymmet. När det gäller ideella föreningar där medlemmarna deltar i olika utbildningar, är det lättare att väva in kunskap om Första hjälpen.

Då det gäller vårdutbildningar varierar det över landet. Man prioriterar ämnet psykiatri väldigt olika på olika ställen. I Lund har man fem veckors psykiatri samt klinisk praktik men på andra ställen kanske man inte får någonting då denna kunskap är integrerad i andra ämnen, en slags strukturell diskriminering.

Kommentar: Jag håller helt med då det är mycket vanligt att de som går vårdutbildningar har negativa attityder till psykiatrin.

Svar: I de studier vi gjort så finner vi att vårdpersonal inom slutenvården har mer negativa attityder än allmänheten till vad man kan kalla psykosgruppen.

Kommentar från publiken: Jag är instruktör och har varit ute i skolor i Stockholms län och skulle vilja gå tillbaks till frågan om tid och pengar. Programmet är ju väldigt stort och jag tror att man kunde korta ned det för att spara tid och pengar. Man skulle till exempel kunna korta ned ångest- och psykosavsnitten.

Svar: Det tål att tänka på. Ett sätt kan ju vara att dela upp den på olika tillfällen. Det är också så att man med större erfarenhet som instruktör lär sig ta fram vissa delar mer än andra. Det är 170 bilder och det gäller att sovra utifrån egen erfarenhet. Alla får ju manualen och den kan man sedan slå i när man vill komplettera något.

Kommentar från publiken: Jag tycker snarare att programmet kunde vara längre. Alla kurser är ju på minst 12 timmar och här handlar det om att rädda liv. Det är en väldig trängsel i huvudet när man går kursen men värdet och nyttan har man kvar.

Svar: Detta måste vara en återkommande utbildning och då måste man informera om detta precis som man gör när det gäller hjärt- lungräddning. Det måste bli en spridningseffekt för att kunna bryta ned murarna.

Fråga från publiken: I Australien har man skapat spridningseffekt genom samarbete med privata företag. Har ni funderat på något liknande?

Svar: Marknadsföringen är väldigt viktig och vi hörde tidigare ett bra exempel från Jönköping där man samarbetat med ett studieförbund. Jag tror att det är en framkomlig väg i Sverige.

MHFA för instruktörer, ungdom och äldre

Moderator: Britta Alin Åkerman, professor i pedagogik och Johan Andreen, vuxen- och barn- och ungdomspsykiater, huvudinstruktörer i MHFA

Vi har tänkt kombinera ungdoms- och äldreutbildningarna och först ska vi göra en kortfattad rekapitulation. Vi fick i uppdrag 2010 att göra en pilotstudie för vuxna. Vi har alla idag hört om den positiva utvärderingen av detta. Från början var det tänkt att också inkludera ASIST (Applied Suicide Intervention Skills Training), ett kanadensiskt program som är snävare än MHFA. Det förra har fokus på självmord och självmordsprevention medan det senare är bredare och tar upp psykisk ohälsa. Vi tycker att det är viktigt med det bredare perspektivet för att förstå bakgrunden till att människor mår så dåligt att de inte orkar leva längre.

Vårt nästa uppdrag blev att göra en ungdomsversion och många här har gått instruktörsutbildning till denna. Sammantaget har vi utbildat 170 instruktörer och 3000 Första hjälpare. Då det gäller ungdomsversionen har vi haft tre grupper och utbildat sammanlagt 77 instruktörer. Föreningen MIND har också en pågående utbildning.

Fråga från publiken: Är det tänkt att man ska göra detta inom ramen för sitt arbete eller vid sidan av?

Svar: Vi hoppas ju att det ska ske på arbetstid och att arbetsgivare ska vara positiva så att utbildningar kan ske under arbetstid. Det finns från regeringens sida en intention om en befolkningsinriktad insats men man vill först se att det verkligen får effekt. Detta finns med i Folkhälsopropositionen 2006 och 2011 att gå ut brett och det finns avsatta medel för ändamålet. Det kan vara på arbetsplatser, ideella organisationer eller privata aktörer.

Kommentar från publiken: Jag skulle vilja att man hade en strukturell plan för hur detta ska nå ut till alla kommuner så att det inte spelar någon roll var i landet jag bor. Jag ska ha tillgång till samma kompetenta personal.

Svar: I det första uppdraget ingick att om utvärderingarna var positiva skulle man avsätta medel för att sprida utbildningar till allmänheten. Då ingår också en gemensam struktur och ett gemensamt arbetssätt. Det pågår ett arbete med att utvärdera verksamheten och blir utvärderingen positiv är regeringens

ursprungliga intension att det ska finnas medel vilket i sig kan ge en spridningseffekt. När det gäller äldre delen kommer en liknande utvärdering att göras.

Bakgrunden till äldresatsningen är att det finns en bristande kunskap om psykisk ohälsa hos äldre. Det är också en tydlig samsjuklighet mellan somatisk och psykisk sjukdom hos äldre. Det finns ett projekt ”Bättre liv för sjuka äldre” som drivs av SKL (Sveriges kommuner och landsting) och vi har fått i uppdrag att inom ramen för detta tillhandahålla en instruktörsutbildning i MHFA. Det har gått väldigt snabbt då vi fick uppdraget under våren 2013 och utbildningen ska genomföras under hösten samma år. Vi har således skrivit en manual och tagit fram material till detta. Vi har en intern referensgrupp inom SKL och en extern referensgrupp med representanter för många olika organisationer på området. En stark drivande kraft i äldresatsningen är Susanne Rolfner Suvanto. Vi har också skickat materialet till den nationella styrgruppen för suicidprevention och har fått mycket synpunkter som vi tagit till oss.

Cirka 50 personer är utvalda från hela landet att gå utbildningen men tyvärr bara tre män. Det är en stor spridning var man arbetar: socialtjänsten, landstinget, privata arbetsgivare etc. och det är också en stor spridning på yrkeskategorier och över landet. Under hösten kommer vi att ha tre utbildningar. Det är samma mål för MHFA vuxna, ungdom och äldre, nämligen att utbilda Första hjälpare som ska finnas till hands för människor i ett kristillstånd eller i situationer där de behöver hjälp på grund av psykisk ohälsa.

Innehållet för äldre är dock delvis annorlunda. Vi tar upp åldersutvecklingen och då framför allt åldrandet och hur man kan ge den bästa behandlingen. Vi har förstås med olika sjukdomstillstånd hos äldre, både psykiska och s.k. organiska dvs. demenssjukdomar. Substansrelaterade sjukdomar är en viktig del och där ingår såväl alkoholmissbruk som läkemedelsmissbruk.

Första hjälpen till psykisk hälsa kallas BLEUS. Vi har spelat in tre filmer med äldre personer som är drabbade av psykisk ohälsa.

Kommentar från publiken: Det är helt fantastiskt att detta nu kommer i gång för äldre. Det har varit en stor brist inom detta område. Ett problem är att det finns instruktörer ute i landet som inte används.

Svar: Då är vi tillbaks till samhällsansvaret för det kostar att utbilda Första hjälpare och de pengarna finns ofta inte. Om man betänker vilka kostnader som är förenade med psykisk ohälsa och den yttersta konsekvensen, självmord, är suicidpreventivt arbete lönsamt.

Sverige är dock unikt i att arbetet sker på ett regeringsuppdrag och att det har avsatts medel för en nationell spridning av programmet om utvärderingarna talar för detta.

Olika kommentarer från publiken:

I Australien har man en volontärtradition som vi inte har i Sverige.

Min dotter tog sitt liv när hon var 21 år och jag visste inte att hon var under behandling och medicinerade. Det var arbetslöshet då också och ungdomar upplever att de inte har något värde när de inte kommer in på arbetsmarknaden. Vi måste förebygga detta och det måste ske nationellt och med tillräckliga resurser. Man kan inte bygga verksamheten på frivilligkrafter och eldsjälar. Det är viktigt att använda sig av dessa, men det måste också finnas ersättning så att man kan förebygga självmord. Varför har den somatiska vården större resurser och varför kan man bygga ut vägräcken för att förhindra trafikskador? Det måste ju också vara ett samhällsintresse att förhindra självmord.

Det var fantastiskt att höra om resultaten från utvärderingarna och att man kan förändra beteenden men vi vet inget om effekter på människor med psykisk ohälsa och på självmordstalen.

Ett annat sätt att tänka när vi pratar om ersättning är att se till att arbetsgivare låter sina anställda få utbildning. Instruktörskostnaden är då försumbar i jämförelse med sjukskrivning och produktionsförlust.

Min erfarenhet är att högre chefer inte förstår detta. Jag kommer från Brandförsvaret och vi har utbildat Första hjälpare men vi får inte möjlighet att göra detta internt på grund av bristande resurser och man tar då inte hänsyn till att det sparar pengar på sikt.

När det gäller skola, socialtjänst och vård handlar det om skattemedel. Man måste samordna resurser i samhället för att lösa detta. Nätverken kan fungera som ett sådant samverkansorgan regionalt men då måste det finnas resurser till suicidpreventivt arbete.

Jag representerar SPES och vi har gjort insatser då det gäller SL (Storstockholms Lokaltrafik). Vi gick till högsta VD och säkerhetschefen och man har nu byggt om en del på T-centralen i Stockholm. Det blir också en kampanj där man kan ringa ett telefonnummer om man ser någon må dåligt och risk för självmord föreligger. SL kommer också att utbilda sin personal så att de kan ingripa när något händer. Det är likadant när det gäller skolan att man måste gå till högsta ledningen för att utverka resurser från politiker.

Jag instämmer med detta. När jag kontaktade rektor sade han att vi inte har det problemet i kommunen och jag vände mig då till kommunledningen som nu har gått med på att jag får hålla MHFA-kurser för 500 lärare. Jag tror också att vi är i början av något och att regeringspengar på sikt kan leda till utbildning av instruktörer i hela landet och även inom företag och ideella organisationer.

Jag representerar Svenska Kyrkan och träffade nyligen alla diakoner i Stockholms stift. De arbetar dagligen med att förebygga psykisk ohälsa och ville

gärna gå utbildningen. Det blir dock omöjligt om det ska kosta 21 000 kronor, pengar som inte finns.

Svar: Vi instämmer helt med detta. Man kan nog sätta av arbetstid men man har inte de pengar som instruktörer och material kostar. Det som oroar oss på NASP är att man inte avsätter tillräckliga resurser för forskning och spridning av Första hjälpen. Resurser för att motverka trafikolyckor är tusenfalt större trots att dödsfall i trafiken 2012 var 300 jämfört med 1500 för självmord inklusive cirka 300 osäkra självmord.

Från Socialdepartementets sida kan man säga att vi har ökat satsningar på detta till flera miljoner men det är riktigt att trafiken får miljarder men det tar tid att styra om resurser.

Kommentar från publiken: Vi får inte glömma att Skolverket nu förstärker resurser till Elevhälsan så detta ligger i tiden.

Svar: Det är ju verkligen glädjande för vi måste nå ut till Elevhälsan. De kan göra insatser för att förhindra självmord bland unga och självmordsförsök där vi vet att antalet ökar.

Kommentar från publiken: Jag är högstadielärare och vet att kringresurser till skolan har beskurits i hög grad. Detta gör att vi inte har någonstans att skicka barn som mår dåligt. Samordningen mellan kommuner och landsting är också dålig.

Svar: Första linjens barnpsykiatri saknas och vi måste arbeta för att barn-mottagningar och vårdcentraler kan ta mer ansvar för detta.

Kommentar från publiken: Jag kan verifiera detta. Första linjen saknas totalt och BUP tar inte heller tag i detta. Någon som förlorat en anhörig i suicid är i riskzonen för psykisk ohälsa men barnpsykiatrin menar att sorg inte är ett psykiatriskt tillstånd. Det varierar väldigt mycket över landet. I vissa landsting menar man att barn i sorg är en högprioriterad grupp men i Stockholm är det inte så.

Jag skulle vilja säga att MHFA bygger på att var och en ska kunna rycka in och agera när det behövs, alltså inte alltid professionella. Det pågår väldigt många satsningar i Sverige och en av dessa är uppdrag till Nationellt Kompetens-centrum för anhöriga. Kanske borde NASP samverka med dem om inte detta redan sker?

Vi ser ju från rapporteringar i nätverken att det ser olika ut över landet och man måste sträva efter en likvärdighet och samordning så att vi kan lära av varandra.

Jag vill berätta om vad vi gör inom blåljusgruppen i Stockholm. Vi har valt att ge en egen tretimmarsutbildning som bygger på autentiska fall samt lagar och

bestämmelser. Vi hoppas att de allra flesta ska ha fått den utbildningen till årsskiftet. Utbildningen heter Akut Omhändertagande av Självmordsbenägen Person (AOSP).

Svar: Vi hoppas detta ska sprida sig över hela landet om man inte har möjlighet att gå Första hjälpen kursen

Kommentar: Vi behöver just denna kunskap. Om någon ska till att ta sitt liv måste vi kunna föra en dialog och veta vad vi kan och inte kan göra.

Svar: Vi kan också säga att om det är någon i övriga landet som arbetar inom Blåljusorganisationerna och vill gå utbildningen kan man vända sig till Stockholm.

Kommentar från publiken: För några år sedan gick en serie på TV som hette Livräddarna och den spelades in på den brandstation där jag arbetar. Man fick se en situation med en person som skulle kasta sig från ett tak och budskapet var att brandmän i sin utbildning får kunskap om hur de ska hantera detta. På den tiden fick vi dock ingen som helst kunskap om vad vi skulle göra när människor var psykiskt sjuka. Nu har vi fått en liten grund att stå på och det har varit fantastiskt bra.

Jag arbetar på Nationellt Kompetenscentrum för anhöriga och vi vill utbilda läkare inom vuxenpsykiatrin. Det förekommer att man efter ett suicidförsök skriver ut patienter till samma hemmiljö där detta skedde utan stöd från något håll. Läkare måste kunna göra bedömningar om anhöriga kan klara av att ta hand om patienten.

Svar: I dag har vi riktlinjer och checklistor och där ska också ingå psykosociala bedömningar. Hur långt detta har kommit och hur det tillämpas är olika men utvecklingen går i denna riktning.

Kommentar från publiken: Det vore ju väldigt bra om vi kunde ha MHFA som bas och sedan fördjupningar för olika yrkesgrupper.

Jag arbetar inom primärvården och vill säga att första linjens psykiatri måste ligga hos skolan, BVC och primärvården. Den försvinner dock ofta i dessa sammanhang. Jag menar att vi har ett ansvar att arbeta preventivt med barn till föräldrar som är psykiskt sjuka. Det brister i kontakterna mellan primärvård och vuxenpsykiatrin.

Fråga från publiken: Kommer man från regeringen att satsa medel för att sprida MHFA?

Svar: Vi avvaktar nu resultat från metastudien och hoppas att detta ska leda till större resurser. Äldrestudien är också viktig då utvärderingsfrågorna som används stämmer bättre med svenska förhållanden.

Internet Based Health Promotion

Moderator: Gergö Hadlaczky, NASP, Carl von Essen, MIND och Michael Westerlund, NASP

Frågan är vad som finns, vad som fattas och vilka idéer man kan ha för framtiden när det gäller webbaserade verktyg.

Kommentar från deltagarna: Man bör undersöka vad som finns på nätet och vilka nätvanor personer har. Man måste också vara medveten om både riskerna och möjligheterna och att vi gärna ser mer nätvandring. Det skulle vara bra om det fanns ett säkerhetssystem så att man inte hamnar på sidor som är destruktiva.

Kommentar från panelen: Det finns en amerikansk studie som kartlagt hur många sidor det finns om psykisk ohälsa och vilken kvalitet dessa har. Det finns ett stort antal webbsidor som man inte underhåller, som har dålig kvalitet och som är inaktuella. Ibland vet man inte vem som är avsändare. Studien visade också att en del material till och med tenderade att öka den psykiska ohälsan hos sårbara individer. Detta kan också öka stigmatiseringen.

Kommentar från deltagarna: Jag arbetar inom bröstcancermottagningen och där är det mycket vanligt att patienterna går ut på nätet och söker information. Det kan leda till att de hamnar på sidor med beskrivningar av någons död och det kan vara väldigt traumatiskt.

Kommentar från panelen: Detta har absolut likheter med suicidprevention. Vi har också problemet med att patienter läser om olika behandlingar och tror att de blir nekade sådant som finns.

Kommentar från deltagarna: Det finns också stora kommersiella intressen på nätet där olika behandlingsmetoder saluförs.

Kommentar från panelen: Var det någon som tog sig an grundfrågan? Vad ska man råda en ung person att göra?

Kommentar från deltagarna: Ungdomar säger inte att de mår ”psykiskt dåligt”, de säger att de ”mår dåligt”. Man vet inte vad det handlar om och jag skulle råda att söka skolhälsovården eller ungdomsmottagning, inte att börja söka på nätet.

Man kan vända sig till sjukvårdsupplysningen för att få vidare information. Man kan ibland vara rädd för att vända sig till psykvården då man tror att man ska bli inlåst, så ofta är sjukvårdsupplysningen väldigt bra att prata med.

Kommentar från panelen: Att vända sig till skolsköterskan eller en mottagning kan upplevas som pinsamt och man kanske inte vågar ta det steget.

Kommentar från deltagarna: Jag menar inte att man ska släppa taget utan följa upp. Många unga är väldigt rädda för att utredas och få en diagnos.

Kommentar från panelen: Det kan ju vara mer anonymt att söka information via nätet. Ungdomar kan vara rädda för att blanda in föräldrarna. Exempelvis kan internetresursen Självmordsupplysningen erbjuda anonymitet.

Kommentar från deltagarna: Anonymitet är på gott och ont. Det går inte att säga vad som är rätt och fel. Stigmatiseringen gör att man inte vill prata om det. Jag tror inte man ska förutsätta anonymitet och ha detta som ett förstahandsalternativ.

Kommentar från panelen: I går gav regeringen Ungdomsstyrelsen i uppdrag att undersöka vilka psykiska problem ungdomar har och vilken hjälp de önskar. Förhoppningsvis får vi mer information om något år då studien är klar.

Jag läste om en intressant studie från Israel som visade att om en webbsida listade vanliga och allmänna symtom först, och mer ovanliga och allvarliga därefter, så var besökarna mer benägna att söka läkarhjälp. Slutsatsen blev att om man vill att många ska söka vård så ska man lista symtom på ett visst sätt.

Kommentar från deltagarna: Ofta handlar det om att normalisera, att säga att något är vanligt förekommande. Då blir det inte så farligt.

Det finns en ångest-App som är mycket nedladdad. Vi diskuterade hur man kunde utforma en suicidpreventiv App, eftersom detta är helt naturligt att använda bland ungdomar.

Kommentar från panelen: Har ni hittat någon App om självmord? Jag har bara hittat en. Den är från Skottland och heter Suicide Help och är framtagen av Samaritans på Android.

Vi kan väl gå in på frågan om det behövs en portalresurs och Appar.

Kommentar från deltagarna: Man behöver samla alla resurser landstingsvis och en sådan satsning är 1177. I Prios uppdrag ligger att all information från stat,

kommun, landsting regionalt ska finnas på ett ställe, så vi vill inte ha en portal till.

Kommentar från panelen: Hur kommer man att kvalitetssäkra de länkar som läggs ut där?

Kommentar från deltagarna: Det är Socialstyrelsen som ska följa upp detta.

Jag håller verkligen med om att vi inte behöver en portal till. Det räcker med 1177.se och 1144.se, tidigare sjukvårdsrådgivningen. Den sajt som finns för ungdomar är fantastiskt bra och man skulle kunna bygga vidare på detta.

Kommentar från panelen: Alla verkar vara mot mig i portalfrågan. Jag vill ändå presentera mina argument för en portal där all information finns. Man skulle kunna erbjuda detta till skolor, så man undviker att ungdomar söker planlöst på Google. Nätbaserade insatser behöver inte vara regionala. Webbresursen Självmordsupplysningen kan användas var som helst och detta är en av de viktigaste fördelarna med nätet.

För de ungdomar som inte har något nätverk runt sig kan internet vara livsnödvändigt.

Kommentar från deltagarna: För att undvika stigmatisering så kan det vara viktigt med en egen portal för den psykiska hälsan. På så sätt kommunicerar man att detta är viktigt.

Man måste utgå från att ungdomar söker på allt och därför bör informationen på nätet vara utforskande snarare än rådgivande.

Kommentar från panelen: Det borde vara obligatoriskt inom psykiatrin att man frågar patienter om deras nätbeteende.

Man bör också fundera över sökord och sökbegrepp som ungdomar använder. Psykisk hälsa är definitivt inte ett sådant.

Kommentar från deltagarna: Det är svårt att nå ungdomar mellan 15 och 23 år och man bör fundera på en portal där man slussar dem vidare, ett slags första steget-metod. Jag har arbetat med anorektiska ungdomar och man kan verkligen nå destruktiva webbsidor inom detta område om man söker planlöst på nätet.

Vi pratar om detta som två olika världar men ungdomar i dag ser det inte så. Internetvärlden är inkluderad i den verkliga världen. Vi har också arbetat med sökoptimering och det vanligaste tycks vara ”ta självmord” eller ”ta självmord smärtfritt”.

Vi behöver också ha en dialog med ungdomar om hur man agerar på nätet, alltså en bred ansats. Ungdomar saknar sådana samtal med vuxna. När man pratar om etik så ska också detta gälla för internet.

Vuxna måste delta i diskussioner på nätet och komma över motståndet mot detta. Har ni sett Pro Ana? Den illustrerar verkligen ett ”vi och dem”, det är bara ”vi” som vet hur det är.

Kommentar från panelen: Det finns liknande sajter när det gäller självskade-beteende och suicid.

Kommentar från deltagarna: Det uppstår subkulturer i samhället och jag menar att den information vi vill sprida ska finnas på exempelvis umo.se (ungdoms-mottagningen), som är mycket besökt.

Kommentar från panelen: Kostnaden ligger inte i att starta en portal utan i att underhålla och sköta den. De summor som krävs för att marknadsföra ett nytt varumärke är skrämmande stora.

Man löser detta genom att använda existerande portaler. Umo.se är till exempel gjord för ungdomar där ungdomar via fokusgrupper kan föra ut sina åsikter. Sjukvårdsupplysningen är en annan sådan sajt.

Kommentar från deltagarna: Det är viktigt att ha goda kontakter med existerande ungdomsorganisationer som har ett etablerat varumärke och stort nätverk.

Kommentar från panelen: Det är väldigt viktigt att via de sajter där ungdomar finns få möjligheter att styra nätkontakter till nätplatser där man inte bara är destruktiv och hittar likasinnade, utan också får kontakt med nätplatser där man erbjuds stöd och hjälp.

Barn i dag har massor med kontakter på nätet och lever i större utsträckning i en barnvärld. Hur kan vuxna komma in där?

Man kan bli vän med dem på Facebook.

Det var en intressant artikel i New York Times om detta. När vuxna kommer in så tenderar ungdomarna att söka sig någon annanstans. Det är kanske ett stort misstag av Facebook att tillåta att föräldrar kan bli vänner med sina barn.

Kommentar från deltagarna: Jag tycker inte man ska gå in i barnens privata sfär. I stället bör man erbjuda en trygg situation utanför nätet.

Kommentar från panelen: Det är inte säkert att barn och ungdomar kan hantera nätsituationer, exempelvis mobbning. Många klarar sig utmärkt medan andra blir väldigt utsatta.

Kommentar från deltagarna: Det finns egentligen ingen dialog i dag om socialt tryck på nätet. Man blir beroende av att vara omtyckt och ha många ”likes”. Här skulle vuxna kunna gå in och skapa en dialog och fråga vad ungdomar egentligen tycker om detta.

Om vi går tillbaks några generationer så kallades det ”rätten att stänga dörren till sitt rum”. Har man trygga relationer så klarar man också att hantera det privata. Det handlar om hela samhällsklimatet. Vuxna har mycket att göra och det går ibland ut över relationsskapandet. Vi måste vara en förebild vad gäller relationsbyggande.

Kommentar från panelen: Det kanske också handlar om prioriteringar.

Kommentar från deltagarna: Man kan gå in på Flashback och följa en tråd. På så vis kan man bidra med mer vederhäftig information.

Kommentar från panelen: Tycker du att det bör göras systematiskt?

Kommentar från deltagarna: Jag tror det finns ett värde i att vara med i sådana samtal utan att bli integritetskränkande.

Kommentar från panelen: Jag hade en tanke om en ”task force”.

Det kan man ju säga att nätvandrarna är. De gör ett fantastiskt arbete genom att vara där ungdomar är och delta i samtalen.

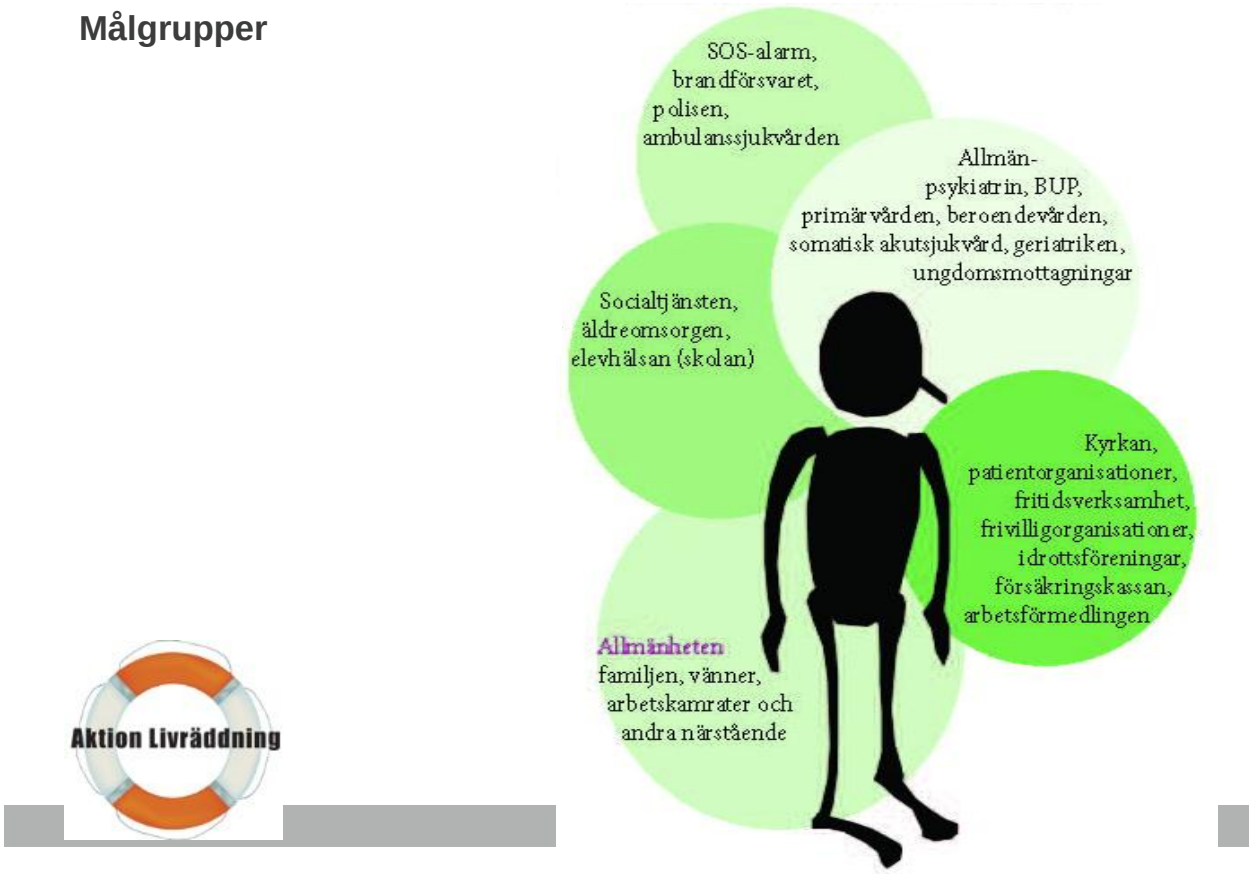
Modellprojektet Aktion Livräddning

Moderator: Inga-Lill Ramberg, PhD, NASP och Linda Karlsson, forskningsassistent, NASP

NASP har fått ett femårigt uppdrag av Stockholms läns landsting att sprida en modell för utbildning i självmords-prevention i hela länet. Det började med ett pilotprojekt som tillsammans med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Stockholms socialtjänst- och arbetsmark-nadsförvaltning bedrevs i de södra delarna av Stockholm med medel från Socialstyrelsen. Anledningen till att detta startade var att landstinget beslutat om en nollvision för självmord och också hur denna ska uppnås, där utbildning av alla som kommer i kontakt med självmordsnära personer ingår som en del.

Vi erbjuder en utbildning i tre steg. Det första är en heldagsutbildning där deltagarna får en gemensam kunskapsbas och denna ges i varje område var för sig. Vi följer upp denna utbildning med en halvdag om samverkan mellan olika verksamheter. Sedan erbjuder vi olika fördjupningsutbildningar som kan variera i utformning och som ett exempel kan utbildning i Första hjälpen till psykisk hälsa nämnas.

Våra målgrupper är också varierande och i figuren ser ni en överblick av dessa. De omfattar alla som kommer i kontakt med självmordsnära personer alltifrån den intresserade allmänheten till specialisten i psykiatri.



Utöver dessa har vi också deltagare från kriminalvården, kronofogden och försvaret. Närmast i tur står Solna och Sundbyberg och därefter Södertälje, Nykvarn, Salem, Huddinge och Botkyrka.

Grundutbildningen ges av en psykiater och börjar med att ta upp fakta om självmord, myter och tabun, sambandet mellan självmord och psykisk ohälsa, samtalsklimat, riskfaktorer och skyddande faktorer, unga och självmord, närståendes behov och slutligen självmordsriskbedömning. Det viktigaste är kanske hur utbildningen ges och att den som håller kursen har förmåga att dra in deltagarna i diskussionen. Vi kontaktar cheferna när vi rekryterar deltagare och erbjuder oss att komma och informera om utbildningen. Tidigare hade vi varje målgrupp för sig men nu har vi blandat olika grupper i kursen. Vi börjar med 60 deltagare men sedan blir fördjupningsgrupperna mindre och då använder vi också grupparbete.

Fråga från publiken: Vad är kostnaden?

Svar: Det är helt gratis. Vi får pengar från Stockholms läns landsting så deltagarna får utbildningen helt gratis. Vikarier får de stå för själva.

Kommentar från publiken: När vi har varierat sammansättningen i grupperna så har vi sett att det blir bättre diskussioner när de kommer från olika delar i samhället.

Svar: Vi har också funderat över att anordna fördjupningsutbildningar med olika teman såsom transkulturella aspekter, händelseanalysarbete, behandlingsarbete, suicidal kommunikation och reflektion över arbetet med en suicidal person.

Vi kommer från RSMH, Riksförbundet Social och Mental Hälsa, och heter Catrin Fryklund och Brita Modig. Vi har fått i uppdrag av NASP att genomföra Första hjälpen kurser i Solna och Sundbyberg inom ramen för modellprojektet.

Eftersom vi representerar en brukarorganisation vill vi alltid att våra utbildningar genomsyras av det, så en av kursledarna har alltid egen erfarenhet av psykisk ohälsa.

Våra erfarenheter säger att när kursdeltagare får lära sig hur man kan hjälpa ett barn eller ungdom kan det betyda skillnaden mellan liv och död. Det kan betyda så mycket att man vågar ställa frågan – hur mår du egentligen? Du stödjer barnet/ungdomen i första skedet men lämnar sedan över till professionella. Det är det som är vår uppgift som Första hjälpare, att ställa de första inledande frågorna.

I en internationell studie av över 12000 elever kunde forskarna se att det blev en avsevärd skillnad i självmordsfrekvens när lärarna fått veta hur de skulle fråga, stötta och agera. Det är slående att när man ger kunskap om psykisk ohälsa till lärare kan det göra stor skillnad. Även om man inte har alla redskap är det bättre att ingripa än att inte göra någonting.

BLEUS (Första hjälpens handlingsplan) står för **B**edöma, **L**yssna, **E**rbjuda stöd, **U**ppmuntra till att söka professionell hjälp och **S**tödja personen att söka annan hjälp. Sedan går man igenom olika tillstånd av psykiskt mående - depression, ångest, missbruk, psykoser och ätstörningar.

Vi har fått i uppdrag att göra tre kurser som ska vända sig till boende och arbetande i Sundbyberg. Det var inte så lätt att få tag i kursdeltagare. Vi har fått två fulla kurser och en skolpersonalkurs. Det är rätt mycket arbete att nå ut till allmänheten i en stadsdel. Vi fick väldigt många intresserade från Kronofogden. Vi har haft några från kyrkan, socialpsykiatrin, frälsningsarmén och från Solnas företagarförening. Vi har genomfört en kurs och ska genomföra två till under hösten 2013. Det har varit svårt att få med boende men vi har kontakt med ett bostadsföretag och vi har via boende satt upp affischer. Anonymiteten i Stockholm är dock en svårighet. De som har gått kursen tycker att de fått mer kunskap och att den också hjälper till att bryta tabut runt självmord och överhuvudtaget runt psykisk sjukdom. Det är viktigt att kursledaren kan komma med egna personliga exempel.

Vid muntliga och skriftliga utvärderingar kommer en del kritik mot materialet som till exempel att det innehåller en hel del upprepningar; det är för många bilder och för lite interaktivitet i upplägget. Filmerna fungerar bra och även gruppdiskussionerna.

Vi kommer tillbaka till varför vi fått det här femåriga uppdraget. Det började med att landstinget 2006 antog en nollvision av självmord i Stockholms län och 2008 en strategi för hur den ska uppnås och Aktion Livräddning är ett led i denna. Ett pilotprojekt som också utvärderas startades.

Syftet med pilotprojektet var att öka kunskapen hos personal som kommer i kontakt med självmordsnära personer och på så sätt lättare upptäcka dessa och veta vilka åtgärder man ska vidta.

Området som berördes var Södermalm, Enskede-Årsta-Vantör, Skarpnäck och Farsta. Antalet invånare är drygt 280000 och man kan beräkna att antalet självmord är cirka 60 och självmordsförsök cirka 600 varje år. Det är således svårt att utvärdera förändringar i självmordsbeteende beroende på projektet. Men vi tänker försöka se om det finns en nedåtgående trend med hjälp av olika register och den folkhälsoenkät som skickas ut i Stockholms län.

Vi startade med personal inom psykiatrin, eftersom vi vet att det finns ett starkt samband mellan självmord och psykisk sjukdom. Av dem som tar sitt liv har en tredjedel varit i kontakt med psykiatrin under året innan men de upptäcks först i efterhand och får ingen behandling. Svenska studier visar också att personalen tycker att de saknar kunskaper inom området.

Primärvården är viktig då den ju är första linjens psykiatri och först kommer i kontakt med patienten. Det innebär också att de ofta har tidigare kunskap om patienten så att man kan se förändringar. Personer med en fysisk sjukdom utgör en riskgrupp, eftersom en tredjedel uppvisar psykosocial problematik. Av dem som kommer till primärvården och har en depression upptäcks bara 50 procent. Studier visar också att av dem som tar sitt liv så har cirka 50 procent varit i kontakt med primärvården senaste månaden.

Det finns lite forskning om socialtjänsten och självmordsförebyggande arbete. Personalen möter dock personer i en livskris som utgör en riskgrupp. Inom socialtjänsten har man ofta långa och nära kontakter med klienterna och kan nå dem som inte själva söker sig till hälso- och sjukvården.

Vi gjorde först en behovsinventering inom dessa tre områden. Inom psykiatrin intervjuade vi 12 personer i fokusgrupper. Inom primärvården genomförde vi 14 individuella intervjuer och inom socialtjänsten 22 intervjuer i fokusgrupper och enskilt. Inom psykiatrin efterfrågades verktyg för strukturerad bedömning, man behövde stöd i sitt arbete och en genomgång av rutiner och samtal om samarbete framför allt inom organisationen. Även inom primärvården efterfrågades verktyg för strukturerad bedömning, man ville ha lokal information om vart man skulle hänvisa ensamma äldre patienter, tidsanpassning är en

svårighet när man har en kvart per patient, man efterfrågade evidensbaserad behandling och samarbete framför allt med psykiatrin. Inom socialtjänsten ville man också ha ett verktyg för strukturerad bedömning, en handlingsplan och då kan MHFA vara användbar, diskussioner om skuld och skam, skillnad mellan självmordsbeteende och självskadebeteende samt samarbete med psykiatrin.

Interventionen bestod av en dags föreläsning baserad på de behov som framkom vid intervjuerna med Daniel Frydman, tre specialföreläsningar med Sofia Åkerman som talade om självskadebeteende, Ann Heberlein som beskrev sin egen bipolära sjukdom och självmordsnärhet samt Billy Ehn som pratade utifrån ett anhörigperspektiv. Därefter hade vi ett möte kring samverkan med verksamhetsansvariga. Vi tog upp vikten av att ha samma bedömningsverktyg.

Kommentar från publiken: Ifyllande av formulär kan öka avståndet till klienten. Man tror att det räcker med detta.

Det är viktigt att betrakta suicidriskbedömning som ett ingripande i klientens behandling.

I stället för att fråga verksamhetsansvariga vad de behöver kan man fråga vad de är rädda för och vad som är svårt.

Svar: Vi gjorde mycket ingående intervjuer och tog upp dessa frågor.

I utvärderingen av utbildningen, som bestod av enkäter före och cirka ett år efter utbildningen, svarade 82 personer från psykiatrin på enkäten och dessa utgjorde drygt 80 procent av deltagarna. Inom primärvården svarade endast 23 personer, vilket ju är ett litet material och vi hade i stället en stor kontrollgrupp på 122 personer. Här var svarsfrekvensen cirka 60 procent. Inom socialtjänsten svarade 62 personer på en enkät både före utbildningen och efter ett år. Här hade vi en kontrollgrupp på 65 personer och svarsfrekvensen var även här 60 procent.

Synpunkterna på utbildningen var i allmänhet positiva och särskilt social-tjänsten uppskattade innehållet.

Gemensam kunskapsbas och samverkan kring identifikation och bemötande av självmordsnära personer

- Fakta om självmord, myter och tabun
- Sambandet mellan självmord och psykisk ohälsa
- Vikten av ett öppet samtalsklimat – att våga tala om självmord
- Bemötande av självmordnära patienter och det professionella förhållningssättet
- Riskfaktorer - vad bör du vara uppmärksam på?
- Skyddande faktorer för självmordhandling
- Unga och självmord – orsak, behandling och prevention
- Att möta närståendes behov - frågorna, sorgen och krisbearbetningen
- Syftet med en självmordriskbedömning - varför behövs den och när ska den utföras?

Aktion Livräddning

4

När vi tittar på om kunskaperna ökat inom området så svarade 78 procent inom psykiatrin att så var fallet och man tyckte också att det påverkat deras sätt att arbeta med självmordsnära patienter.

Inom primärvården så var det över 90 procent som tyckte de fått mer kunskaper och drygt 77 procent som sade att det påverkat deras arbetssätt. Det var också en stor ökning, från 25 till 55 procent, som tyckte de fått tillräcklig kunskap om psykisk ohälsa medan andelen som ökat sina kunskaper om självmordsnära patienter ej var signifikant.

Inom socialtjänsten menade drygt 76 procent att de fått ökade kunskaper, drygt 59 procent att det påverkat deras arbetssätt och en signifikant andel hade ökat kunskaperna om psykisk ohälsa och självmordsnära personer.

Då det gällde attityder till arbetet med självmordsnära personer så ökade känslan av att man visste vad man skulle göra hos personal inom alla tre verksamheterna, psykiatrin, primärvården och socialtjänsten. Man kände sig också mer trygg i arbetet och detta gällde framför allt primärvården och socialtjänsten. Slutligen menade man att möjligheterna att förebygga självmord hade ökat och här var skillnaden signifikant endast för personal inom social-tjänsten.

Fördjupningsutbildningar

- Hel- eller halvdagsutbildningar på olika teman, t ex
- transkulturella aspekter
- händelseanalysarbete: suicidprevention med hjälp av det retrospektiva perspektivet
- behandlingsarbete kring självmordsnära
- suicidal kommunikation
- ge deltagarna tillfälle för att reflektera över vilken verklighet de står i när de arbetar med en suicidal person

Aktion Livräddning

4

När det gällde psykiatrin så hade man en stor utbildningsinsats före modell-projektets start och tittar man på hela utbildningssatsningen så är skillnaden när det gäller tydlighet och trygghet i arbetet liksom synen på att självmord går att förebygga signifikant även för denna grupp.

Fråga från publiken: Kan det inte innebära lägre motivation och att man inte fullföljer utbildningen därför att den är gratis?

Svar: Vi har inte märkt detta. Det är ändå arbete med att ordna vikarier så det är inte bara att närvara.

Kommentar från publiken: MHFA-utbildningen är också gratis och de allra flesta fullföljer även denna.

Det är intressant att veta hur ni rekryterade deltagare.

Svar: Det bästa var när någon rekommenderade utbildningen till vänner och bekanta. Vi har haft många mejlkontakter. I Rågsved annonserade vi i lokaltidningen och satte upp affischer. Då gällde det MHFA. Vi lägger ned mycket arbete på personliga kontakter och på att få folk entusiastiska.

Kommentar från publiken: Inom primärvården måste det vara förankrat hos hälso- och sjukvårdsförvaltningen och sedan måste cheferna informeras. Vi hade också en konferens där vi pratade om detta.

Svar: Vi tycker inte vi har löst frågan om samverkan mellan verksamheter. Det är oftast den svåraste frågan. Nu får man redan från början anmäla sig till samverkansdagen som en uppföljning och vi hoppas detta ska fungera bättre.

Kommentar från publiken: Det är viktigt att ledningen verkar för samverkan.

Vi lärde oss också värdet av att få stöd från media för att rekrytera allmänheten.

Svar: Det får vi fundera på hur man ska göra i Stockholm, kanske kontakta lokal-TV.

Internationella föreläsningar

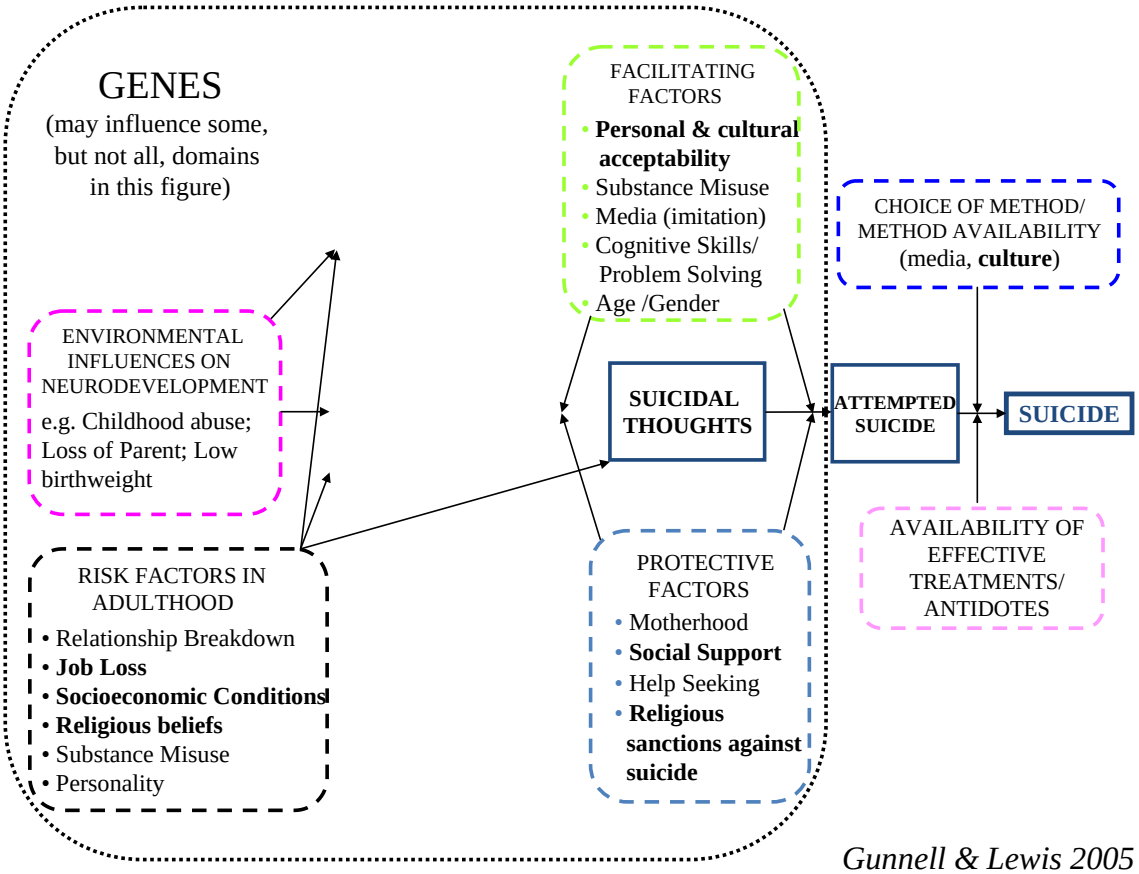
Moderator: Christina Hoven, professor och Marco Sarchiapone, professor

Psykologiska modeller för ungdomars suicidala beteende

Alan Apter, professor, Tel Aviv University och Shira Barzilay, psykolog vid Tel Aviv University

Inom psykiatrin funderar man mycket över varför en del människor vill tillfoga sig själva skada. Jag har under en stor del av min karriär intresserat mig för detta och försökt bygga modeller för hur detta fungerar. Det handlar om biologiska förutsättningar, den omgivande miljön och specifika händelser som alla påverkar psykologiska processer, vilka i sin tur kan leda till självmordstankar och självmord.

Jag ska visa en modell som presenterats av Gunnell & Lewis (2005).



Gunnell & Lewis 2005

Det finns en relation mellan självmordstankar, självmordsförsök och fullbordat självmord. Denna påverkas av genetiska förutsättningar men också av miljön och specifika händelser under uppväxten. Det finns olika riskfaktorer i vuxen ålder av olika slag. Samtidigt har vi skyddande faktorer som motverkar dessa. Det spelar roll i vilken kultur man växer upp och vilka metoder för att ta sitt liv som är tillgängliga och accepterade och slutligen är förstås verksamma behandlingsmetoder viktiga för att förhindra att självmord äger rum. Det är inte meningen att ni ska fördjupa er i specifika faktorer utan förstå hur komplicerat det är att undersöka varför människor ”cross the enemy lines”, det vill säga tillfogar sig själva skada.

Vi kan gå tillbaka till några tidiga teoretiker som funderat över detta.

1. Sigmund Freud skrev redan 1926 om ”Beyond the Pleasure Principle”, där han argumenterar för att människan inte alltid drivs av lustprincipen utan i stället om och om igen gör sådant som leder till självförstörelse.
2. Melanie Klein är en annan psykoanalytiker som intresserade sig för människans dödslängtan och menade att det hade att göra med outhärdliga skuldkänslor.
3. Karl Menninger skrev på 30-talet ”Man against himself” (1938) där han tog upp den suicidala triaden, d.v.s. att aggression kan leda till önskan att dö, önskan att döda och önskan att bli dödad.
4. John Noshpitz talade om att önskan att döda sig själv handlade om skuld och ett straffande överjag.

Dessa ”stora” teorier är intressanta att läsa om, men tenderar att förklara allt och är därför inte möjliga att statistiskt pröva. Eftersom detta är önskvärt i modern psykiatri har filosofin tagit över dessa.

Det finns dock moderna forskare som införlivat en del av dessa teoretiska resonemang och försökt empiriskt pröva dessa.

Några handlar om empiriska modeller i relation till den suicidala kroppen. Orbach (1996) tar exempelvis upp relationen mellan skuld och önskan att dissociera sig från den egna kroppen. Han menade att detta är en av de grundläggande mekanismerna när man försöker skada sig själv.

Andra empiriska modeller fokuserar på flykt från psykologisk smärta. Shneidman (1993) är den som tagit upp detta begrepp och försökt operationalisera detta som ”psychache”, vilket är en outhärdlig smärta som kan leda till självmord.

Baumeister (1990) är en betydande person inom psykoanalytisk litteratur och han tar också upp begreppet mental smärta, som innebär att man försöker fly från sig själv och ett outhärdligt självmedvetande.

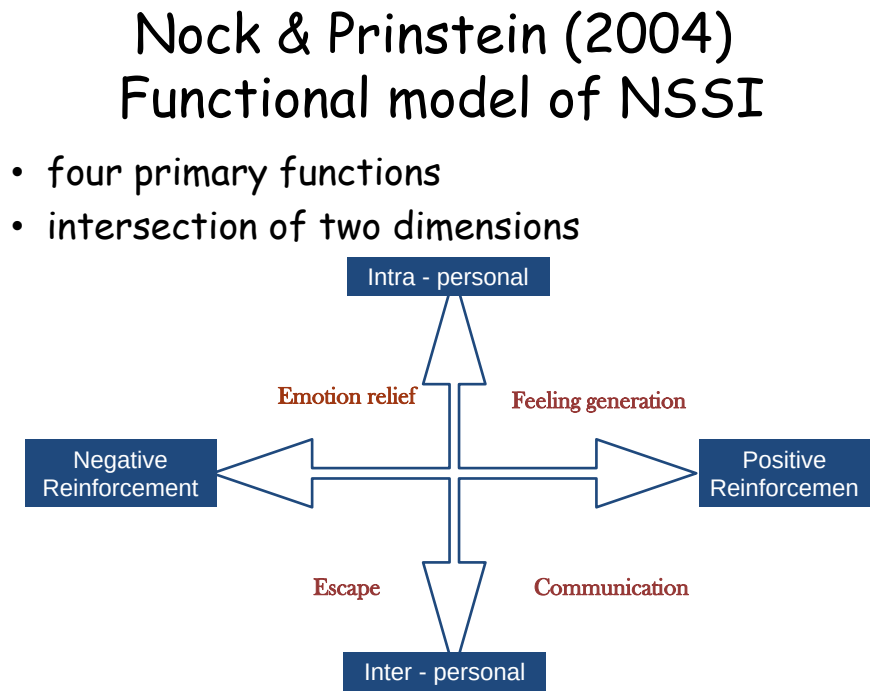
Williams (1997) är en annan forskare som menar att självmord är ett rop på hjälp. Suicidala personer har mycket vaga minnen av sin tidiga barndom och

svårigheter med interpersonella relationer. De har ofta varit utsatta för övergrepp och misshandel och därför förträngt dessa minnen. När de hamnar i relationssvårigheter så har de inga minnen att falla tillbaka på och väljer därför självmord. Vi har gjort några studier där vi visar att det finns ett samband mellan brist på tidiga barndomsminnen, destruktiv barndomsmiljö, dålig problemlösningsförmåga och suicidalt beteende. Williams kan således sägas ha bidragit till att empiriskt operationalisera psykoanalytisk teori och pröva den.

Kognitiv teoribildning har också bidragit till att utveckla psykoanalytiska teorier men det finns inte tid att utförligt gå in på detta.

En mycket viktig teoribildning och modellbyggande har skett inom området impulsivitet och aggression. Särskilt ungdomars suicidala beteende kan förklaras av en impulsiv aggressivitet, som har en genetisk komponent och är relaterat till serotoninsystemet. Jag har sysslat med denna typ av forskning som ligger nära Freuds och Kleins teorier.

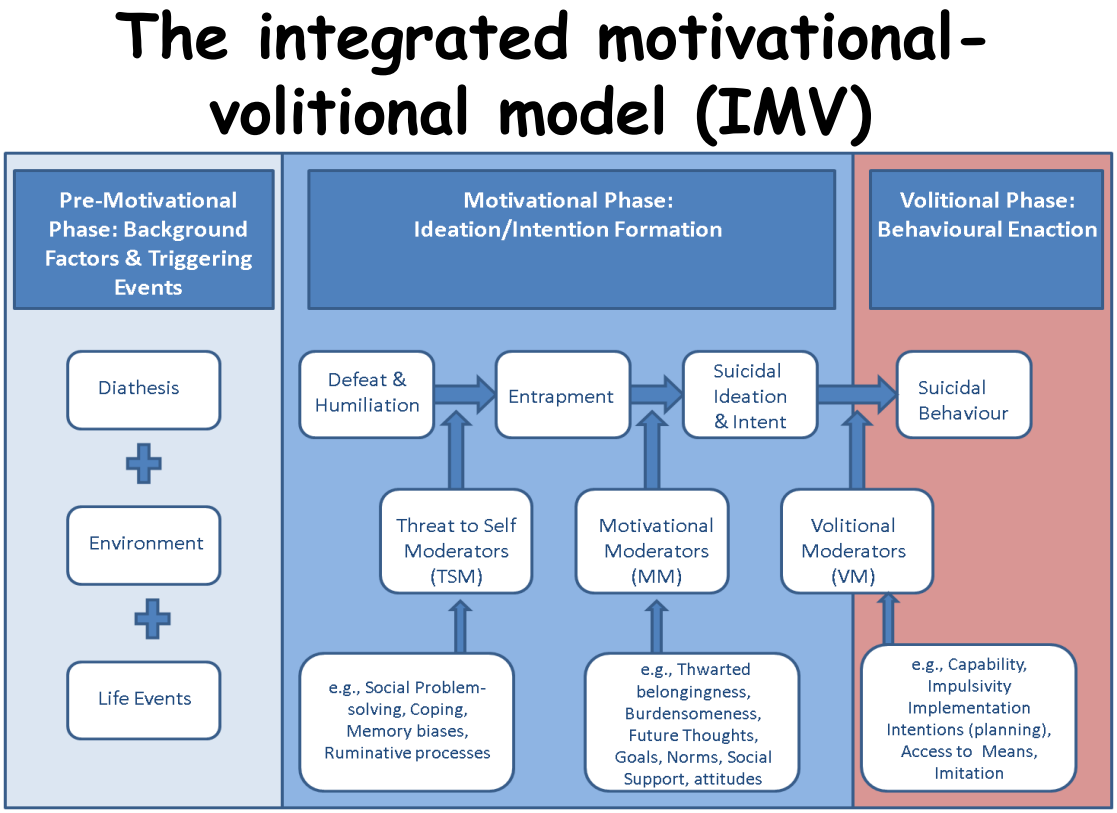
En annan typ av teorier är relaterade till icke suicidalt självskadebeteende, exempelvis ungdomar som skär sig. I figuren på nästa sida ser vi en modell med fyra faktorer: intrapersonella, interpersonella samt positiv och negativ förstärkning. (NSSI = Non suicidal Self Injury)



Man kan skada sig själv för att undslippa negativa känslor eller för att överhuvudtaget känna något, vilket är intrapersonellt eller det kan vara en flyktmekanism alternativt ett rop på hjälp. I dessa fall är det interpersonellt.

Det nuvarande forskningsläget inom suicidologin har identifierat många individuella riskfaktorer men man har inte i någon större utsträckning försökt utveckla mer generella teoribaserade modeller. Detta är vad jag tror man måste göra framöver. Statistiska korrelationer mellan riskfaktorer är meningslösa om man inte har en teoretisk modell som förklarar relationen mellan dem.

På senare tid har forskare försökt utveckla övergripande teoretiska modeller som är anpassade till empiriska data. O´Connor (2011) är en sådan forskare och hans modell presenteras i figuren på nästa sida.

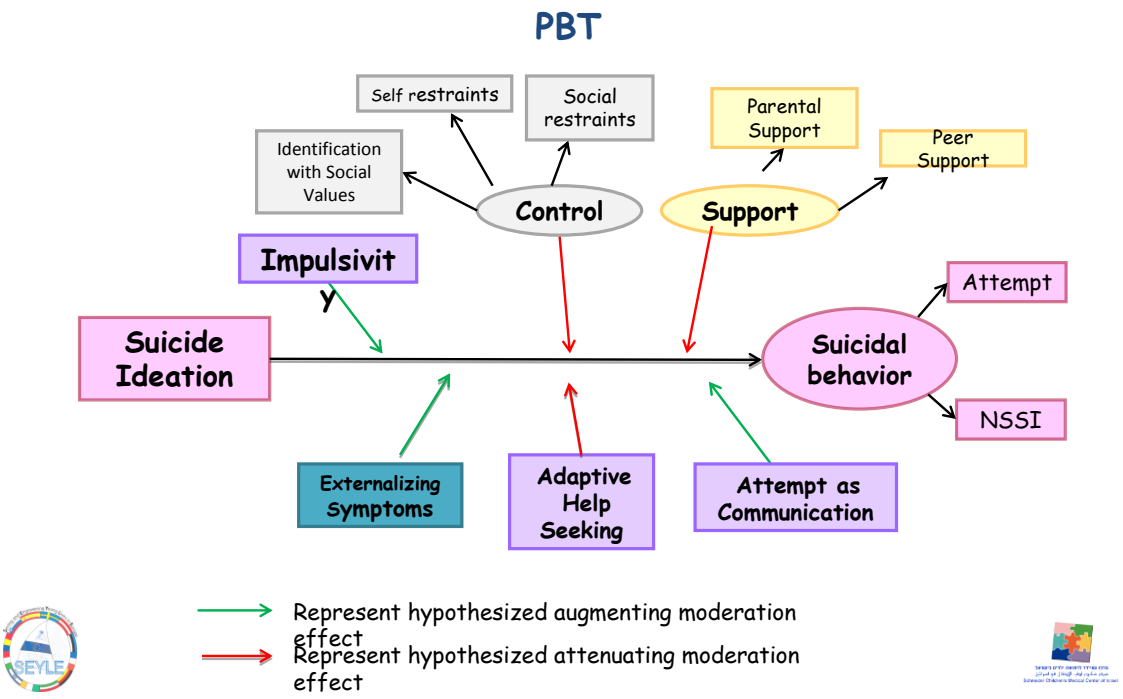


O'Connor (2011). In O'Connor, Platt & Gordon (Eds.). *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy & Practice*

O´Connor försöker inordna existerande faktorer i en viss ordning som går från pre-motivationella till motivationella och slutligen utförande av beteendet. Inte heller denna modell hinner jag gå in på i detalj.

En annan forskare som försökt relatera olika riskfaktorer till varandra är Jessor (1987). Han menar att det finns ett kluster av problembeteenden, som går mot samhällets normer och han kallar detta ”Problem Behavior Theory”. King visade 2004 att dessa problembeteenden var högt korrelerade med suicidalt beteende och att det fanns en underliggande dimension som han kallade konventionellt – okonventionellt beteende.

Den israeliska forskargruppen inom Seyle-projektet har försökt testa Jessors modell med hjälp av data inom projektet.



Som framgår av modellen använde vi moderatorerna kontroll och stöd som antas influera konventionellt beteende och undersökte om dessa har effekt på suicidalt beteende och självskadebeteende. Resultaten visade att konventionalitet influerade både suicidalt tänkande och beteende så att dessa var mindre förekommande.

Joiner (2005) presenterar ytterligare en teori som kallas ” Interpersonell självmordsteori”. Dödslängtan kommer från två interpersonella tillstånd: ensamhet och dåliga kamratrelationer samt utanförskap i samhället. Detta leder till en förmåga att skada sig själv som i sin tur har samband med självmordsbeteende. Både upplevd känsla av utanförskap och ensamhet är riskfaktorer för självmord. Båda dessa faktorer är nödvändiga och tillräckliga för att beteendet ska uppträda. Båda faktorerna fungerar på en nivå över och utanför enbart internaliserad psykopatologi. Samspelet mellan tillhörighet, utanförskap och förvärvad självskadeförmåga predicerar självmordsförsök. En slutsats är att förvärvad självskadeförmåga medierar relationen mellan impulsivitet och suicidalt beteende.

Resultat från våra israeliska studier av ”The Interpersonal Theory of Suicide” (IPTS) visade två vägar som ledde till suicidalt beteende (SB) hos ungdomar:

1. Internaliserande/interpersonell sårbarhet.
2. Impulsivt självskadebeteende/utagerande sårbarhet.

Slutsatser av ovanstående blir att:

1. Teoretiska modeller låter oss gå utöver sambandsstudier och fokusera på kausala mekanismer.
2. ”Genom att länka sådana angreppssätt till observations- och interventionsstudier kan vi beskriva hur suicidalt beteende uppstår och vad vi kan göra för att stoppa det” (Brent, 2011).

REFERENSER

Barzilay-Levkowitz S, Apter A. Psychological models of suicide. *Arch Suicide Res (accepted 2014).*

Gunnell D, Lewis G. Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention. *Br J Psychiatry* 2005;187(3):206-208.

Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(5):885-90.

O'Connor, RC, Gordon J, Platt, S. Towards an Integrated Motivational–Volitional Model of Suicidal Behaviour. International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice, 2011.

Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, Balazs J, Bobes J, Hoven CW. Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2010;10(1):192.

Svensk-Ukrainska projekt från Baltiska till Svarta Havet rörande befrämjande av hälsa: Fokus på olika åldersgrupper

Vsevelod Rozanov, professor

Odessa National Mechnikov University, Human Ecological Health, Odessa, Ukraina

Det svensk-ukrainska samarbetsprojektet startade redan för 15 år sedan och är en betydelsefull del av NASP:s internationella verksamhet. Professor Danuta Wasserman och NASP har stöttat självmordsprevention och arbete för psykisk hälsa i Ukraina med samordnande centrum i Odessa, en million-stad i södra Ukraina, sedan 1999. Den största samarbetspartnern i Odessa är en ideell organisation, Human Ecological Health, vilken organiserar alla utvecklings- och forskningsprojekt inom hälso- och självmordsprevention och Mechnikov Universitetet.

I denna presentation finner vi det viktigt att peka på olika projekt och aktiviteter inom detta samarbete som berör olika åldersgrupper i populationen. Från början var NASP och Human Ecological Health mest inriktade på en yngre generation. Detta gällde GISS projektet (Genetic Investigation of Suicide and Suicide Attempts) som berörde yngre som lever med sina föräldrar och senare SEYLE-projektet som var inriktat på att förhindra nedstämdhet och öka den psykiska hälsan hos skolbarn. Dessa två projekt har engagerat pedagogiska och medicinska verksamheter i Odessa och övriga delar av Ukraina och har haft inflytande på självmordsförsök och fullbordade självmord hos unga.

Å andra sidan kräver förändrade demografiska mönster i Väst- och Östeuropa att större uppmärksamhet ägnas den äldre generationen. Sådana förändringar i Ukraina och Sverige vilka innebär att människor lever längre och att andelen åldringar ökar i samhället leder till att man måste öka kunskapen om och förståelsen för deras potential och behov.

Det är därför viktigt att fokusera på alla åldersgrupper från barndom och ungdom till åldringar. Studier har visat att psykisk hälsa genom levnadsförloppet bestäms av tidigare perioder i livet men samtidigt kan äldre bli aktiverade och deras psykiska kapacitet förbättras genom adekvata interventioner och (vilket är viktigast) genom stödjande och respektfulla attityder från yngre generationer. Utbildning verkar vara det område där

framgångsrika strategier kan utvecklas och där insatser för att förbättra den psykiska hälsan kan bli mest effektiva.

Utbildning för äldre är det bästa instrumentet för att upprätthålla social aktivitet och förbättra den psykiska hälsan hos denna grupp. Pedagogiska institutioner specialiserade inom detta område tycks dock inte vara tillräckligt uppmärksamma på hur utbildningssystem kan öka kommunikationen mellan yngre och äldre generationer och hur psykisk hälsa kan förbättras i denna kontext. Vi försöker understryka att lärarkåren vid universitetskurser för äldre borde utgöras av unga, eller till och med de yngsta lärarna. Detta skulle göra att ungdomar och äldre fick en större förståelse för varandra i ett modernt samhälle. Dessutom är detta en tilltalande situation för att ta upp frågor om psykisk hälsa och införa speciella angreppssätt för både yngre och äldre.

Kunskaper om positiv psykisk hälsa, dess utveckling under livscykeln och bevarande under åldrandet väcker många frågor. Faktorer som påverkar psykisk hälsa inbegriper biologiska (genetiska och utvecklingsfaktorer), psykologiska (temperament, karaktär, personlighet) och sociala (samhälls-struktur, ojämlikhet, tillgång till socialt stöd). Den mest negativa påverkans-faktorn utgörs av psykosocial stress som kan förstås som en överförings-mekanism av negativa sociala förhållanden till biologiska mekanismer med en förmedlande inverkan av psykologiska faktorer. Alla dessa element i modellen är sammanlänkade och samspelar med varandra på ett komplext sätt.

Livslångt lärande är ett sätt att sprida den senaste kunskapen om psykisk hälsa till allmänheten och detta är värdefullt men utnyttjas inte helt. Den allmänna förståelsen av psykisk hälsa i samhället är ganska ytlig och sammankopplas ofta med medicinska aspekter. Psykiatrin uppfattas framför allt som stigmatise-rande, vilket inte är ett effektivt sätt att bevara och förbättra den psykiska hälsan på populationsnivå. Samtidigt är behovet av att öka medvetenheten om vikten av psykisk hälsa och sätt att förbättra denna (hälsosamma kostvanor, fysiska och intellektuella aktiviteter, avslappning, känslomässig stimulans, kognitiv träning, optimistiska attityder, mindfulness, andlighet) mycket stort.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det är en angelägen och viktig uppgift att inkludera kunskaper och praktiska rekommendationer rörande positiv psykisk hälsa i de livslånga utbildningssystemen. Det bästa sättet att överföra denna typ av kunskap skulle vara genom unga lärare som själva behöver systematisk och professionell träning inom detta växande fält. Detta är syftet med det senaste samarbetsprojektet mellan NASP och Human Ecological Health som omfattar tre länder (Sverige, Ukraina och Ryssland) och fem universitet och detta har redan startat med flera seminarier.

Under denna jubileumskonferens för NASP anordnades en särskild sektion för att presentera visioner hos de lärare som håller kurser inom projektet och för att rekrytera specialister från Sverige som kan bidra till utbildning av unga lärare i att förbättra den psykiska hälsan.

Sambandet mellan patologiskt internet-användande och självmordsbeteende bland europeiska ungdomar

Tony Durkee, doktorand vid NASP

Sammanfattningsvis kan man konstatera att Internet-användning har växt exceptionellt till nära två billioner användare i världen och att majoriteten är ungdomar och unga vuxna. Internetanvändning spelar en integrerad roll i många ungdomars dagliga liv och ändå har vi lite kunskap om effekter på utvecklingen av deras känsloliv och beteenden.

Patologisk Internetanvändning (PIU), som också kallas internetberoende, har rönt uppmärksamhet under senare år, bland annat på grund av funderingar på att inkludera detta som en diagnos i DSM-5. PIU kännetecknas av bristande impulskontroll som liknar andra beroendetillstånd; det saknas dock en universell definition och valida diagnostiska kriterier. Shaw & Black (2008) karakteriserar PIU som överdrivna och dåligt kontrollerade fixeringar, behov och beteenden relaterade till internetanvändning som leder till skada eller utmattning hos användaren.

Epidemiologiska studier av förekomst av PIU har rapporterat stora variationer. Tre kartläggningar i USA som mätte förekomst av PIU varierade från 0,7 till 8,1 procent. I Asien rapporteras till och med större variationer av PIU hos ungdomar och unga vuxna, från 2,4 procent till 37,9 procent. Forskning på liknande åldergrupper i Europa har visat följande andelar av PIU: ungefär 2 procent i Norge, 3,1 procent i Finland, 5,4 procent i Italien, 5,8 procent i Polen, 8,2 procent i Grekland och 18,3 procent i England. Dessa stora variationer i förekomst av PIU kan bero på olika metodologi, definitioner och vilken tidsram som gällde för studien.

Ungdomar med återkommande psykiska problem är ofta isolerade; detta kan driva ungdomar ytterligare in i den virtuella världen, varigenom patologiska beteenden i internetanvändning kan ta form. Flera tvärvetenskapliga studier som utförts framför allt i Asien och Stilla havsregionen har funnit substantiella korrelationer mellan PIU och depression, social fobi, ADHD, tvångssyndrom och fientlighet/aggression. Systematiska översikter har emellertid framhållit att det finns många metodologiska avvikelser och brist på data då det gäller relationen mellan PIU och andra psykopatologiska tillstånd.

Självdestruktivt beteende observeras också ofta hos ungdomar. Dessa beteenden samvarierar vanligen med psykopatologiska tillstånd och olika typer

av riskbeteenden; lite uppmärksamhet har dock ägnats det möjliga sambandet med PIU. Den existerade litteraturen omfattar bara tre studier som specifikt uppskattade sambandet mellan PIU och självdestruktivt beteende; två studier undersökte sambandet mellan PIU och glorifieringen av självmord bland ungdomar i Korea och Kina; och en studie undersökte PIU och självskade-beteende bland ungdomar i Australien. Signifikanta samband hittades i alla tre studierna.

Den forskning som NASP är involverad i undersöker PIU i Europeiska länder och finansieras av EU: Saving and Empowering Young Lives in Europé (SEYLE). Detta är en randomiserad kontrollerad studie (RCT) som utvärderar förebyggande åtgärder då det gäller riskbeteenden hos europeiska skolungdomar. Studien omfattar 12395 ungdomar rekryterade från 179 slumpvis utvalda skolor vid elva platser i följande länder: Österrike, Estland, Frankrike, Tyskland, Ungern, Irland, Israel, Italien, Rumänien, Slovenien och Spanien med Sverige som koordinationsland. Alla frågeformulär administrerades på respektive lands officiella språk.

Studier som genomförts av NASP har haft följande syften:

- Att uppskatta förekomsten av patologisk internetanvändning bland ungdomar i Europa.
- Att undersöka vilka sociodemografiska variabler som är relaterade till PIU, såsom kön, internettillgång, sammansättning av hushåll, född i annat land respektive utlandsfödda föräldrar, föräldraengagemang och arbetslöshet, kamratrelationer och religiositet.
- Att undersöka samband mellan PIU och psykopatologi, inkluderande depression, ångest, emotionella problem, beteendeproblem, ADHD och problem med kamratrelationer.
- Att undersöka relationen mellan PIU och självmordsbeteende, såsom avsiktligt självskadebeteende, självmordstankar och självmordsförsök.

PIU mättes med Youngs Diagnostic Questionnaire for Internet Addiction (YDQ). Psykopatologi mättes med Becks Depression Inventory-ll (BDI-ll), Zung Self-Rating Anxiety Scale (Z-SAS) och Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ); självdestruktiva beteenden (till exempel avsiktligt självskadebeteende (DSH), självmordstankar och självmordsförsök) skattades genom Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI) och Paykel Suicide Scale (PSS).

Resultaten visade att förekomsten av PIU var 4,4 procent; högre för män jämfört med kvinnor (5,2 procent respektive 3,8 procent) och skiljde sig åt mellan länder ($X2=309.98$; $df=20$; $p<.001$). PIU korrelerade signifikant med genomsnittligt antal timmar online och manligt kön. De högst rankade online aktiviteterna var att titta på video, besöka chat rum och sociala nätverk; vi fann signifikant högre förekomst för män av spel med bara en deltagare och för kvinnor besök på sociala nätverk. Att bo i storstäder var också korrelerat med PIU. Elever som inte bodde med sina biologiska föräldrar, med lågt engage-mang av föräldrar och arbetslöshet löpte högre risk att hamna i PIU.

Då det gäller psykopatologi och självmordsbeteenden visade resultaten att självmordstankar och självmordsförsök, depression, ångest, beteendeproblem och hyperaktivitet/koncentrationssvårigheter var korrelerade med PIU. DSH visade inte ett eget samband med PIU. Sambandet mellan beteendeproblem, hyperaktivitet/koncentrations- problem och PIU var starkare för kvinnor än för män, medan sambandet mellan PIU och depression, ångest och problem med kamratrelationer var starkare för män jämfört med kvinnor. Korrelationen mellan psykopatologi, självdestruktiva beteenden och PIU var starkare i länder med högre förekomst av PIU och med högre självmordsfrekvens.

Det finns fortfarande lite kunskap om förebyggande av PIU men flera behandlingsalternativ existerar. Dessa inkluderar terapi och rådgivning (till exempel kognitiv beteendeterapi). En kombination av läkemedelsbehandling och terapi har visat sig framgångsrikt vid behandling av PIU, till exempel med naltrexone (en opiatantagonist och antidepressiva medel (SSRI)). Det finns också gruppstöd på nätet, till exempel Internet and Technology Addiction Anonymous (ITAA) och Webalkoholics Anonynous (WA). Nyligen har ett behandlingscenter startats i USA som kallas reStart. Fastän några behandlingsalternativ har visat sig lovande är målet fortfarande att förebygga PIU.

REFERENSER

Durkee T, Kaess M, Carli V, Parzer P, Wasserman C, Floderus B, Wasserman D. Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction 2012;107(12):2210-2222.*

Shaw M, Black DW. Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs 2008;22(5):353-65.*

Välbefinnande hos europeiska ungdomar: Resultat från WE-STAY studien

Peeter Värnik, PhD och Merike Sisask, PhD

WE-STAY (Working in Europe to Stop Truancy Among Youth) är ett hälsobefrämjande program för ungdomar i europeiska skolor som NASP leder med stöd från EU. Syftet med studien var att:

1. beskriva psykisk hälsostatus och val av livsstil bland europeiska ungdomar
2. visa samband mellan välbefinnande och indikatorer på psykisk hälsa och livsstil
3. föreslå en ekonomisk lösning för att förbättra välbefinnande och minska suicidalitet

Data samlades genom självskattningsformulär som besvarades av 11186 elever i åldrarna 14-18 år från sex länder. Välbefinnande mättes med WHO-5 välbefinnandeskala som bygger på fem positivt laddade utsagor. Andra mätinstrument som användes i studien är: Beck Depression Inventory (BDI), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI), Paykel Suicide Scale (PSS). Eleverna rapporterade också dryckesbeteende, rökning, droganvändning, sömnvanor och andra beteendeval.

Brist på välbefinnande rapporterades av 26,6 procent av alla deltagare, 32,2 procent var flickor och 20,8 procent var pojkar. Enligt BDI led 16,1 procent av depression – 8,7 procent mild, 5,1 procent medelsvår och 2,3 procent svår depression. Under sin livstid hade 48 procent av deltagarna rökt, 12 procent hade använt droger och 61 procent hade druckit alkohol. Medelantalet timmars sömn per natt var 7,8.

Tidigare studier (Sarchiapone et.al, 2014) har visat att sömn spelar en mycket viktig roll för den psykiska hälsan. I denna studie indelades respondenterna i sex grupper baserat på medelvärde och standardavvikelse då det gällde antal

rapporterade timmars sömn. Det visade sig att ju fler timmars sömn desto högre var respondentens genomsnittliga poäng på WHO-5. När samma procedur applicerades på PSS poäng blev det uppenbart att det finns ett optimalt antal timmars sömn, 7,8-9,2 timmar. Både mindre och fler timmars sömn hade samband med riskabelt höga poäng på PSS.

En logistisk regressionsmodell användes för att undersöka sambandet mellan välbefinnande som beroende variabel (dikotomiserade WHO-5 poängskala) och ålder, kön, land, självskattning av hälsa, livsstilsval och indikatorer på psykisk hälsa som oberoende variabler. Enligt den modell som passade bäst uppgav flickor 1,37 gånger oftare än pojkar att de inte mådde bra medan ålder inte var en signifikant prediktor. Självskattning av övergripande hälsa visade sig ha ett starkt samband med välbefinnande. Indikatorer på psykisk hälsa var viktiga i modellen utöver allmänt hälsotillstånd – elever som hade en PSS poäng på två eller mer hade 2,7 gånger högre sannolikhet att må dåligt jämfört med de som hade poängen noll. Ett påstående som besvarades med ja eller nej ”Framtiden ser mörk ut för mig” visade sig vara en stark prediktor i denna studie liksom i tidigare undersökningar. De som svarade ja i denna studie hade 2,3 gånger högre sannolikhet att må dåligt. Antal timmars sömn per natt förbättrade prediktionen signifikant. De som sov 6,4 till 7,8 timmar per natt hade 1,4 gånger högre sannolikhet att må dåligt och de som sov mindre än 4,9 timmar hade 2,1 gånger större risk än den grupp som sov mer än 7,8 timmar. Modellen kontrollerades för skillnader mellan länder.

Slutsatser från denna studie var följande:

1. En fjärdedel av respondenterna rapporterade brist på välbefinnande, vilket var mer uttalat hos flickorna
2. Välbefinnande har samband med hälsa i allmänhet och psykisk hälsa i synnerhet
3. Välbefinnande är inte en specifik indikator på självmord men det är en mycket känslig indikator så att lågt välbefinnande kan betyda andra saker. Det är dock alltid lågt då suicidalitet föreligger
4. Få timmars sömn har samband med lågt välbefinnande och även med högre suicidalitet. Att bara öka antalet timmars sömn bidrar till bättre välbefinnande och psykisk hälsa

WE-STAY har finansierats av EU som en gemensam insats under det 7:e ramprogrammet. (Grant Agreement HEALTH-2010-241542).

REFERENS

Sarchiapone M, et. al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Med 2014;Feb;15(2):248-54.*

Effektiviteten av självmord förebyggande interventioner i skolor

Danuta Wasserman, professor i allmänpsykiatri och suicidologi

I övergången från barndomen till vuxenlivet gör ungdomar val av livsstil och initierar ett beteendemönster som påverkar både deras nuvarande och framtida välfärd och hälsa. Många negativa hälsobeteenden uppstår i tonåren och fortsätter in i vuxenlivet med allt större konsekvenser för negativa och ibland långvariga resultat. Flera stora studier har genomförts främst i USA för att samla information om både hälsosamma och riskbeteenden samt psykiatriska symtom. Andra studier har analyserat effekterna av interventioner för att främja psykisk hälsa och förebygga självmord bland tonåringar. Men så vitt vi vet har inga tidigare studier jämfört effekten av interventioner genomfört med en randomiserad kontrollerad studie (RCT) som Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) projektet har utformats.

SEYLE är en randomiserad kontrollerade studie för att främja psykisk hälsa bland ungdomar i europeiska skolor. SEYLE-projektet omfattade 12 europeiska länder: Österrike, Estland, Frankrike, Tyskland, Ungern, Irland, Israel, Italien, Rumänien, Slovenien och Spanien med Sverige som har det samordnade ansvaret. Studiens främsta mål var att samla in information om hälsa och välbefinnande hos europeiska ungdomar för att hjälpa dem till bättre psykisk hälsa genom minskat risktagande och suicidalt beteende. Syftet var också att utvärdera resultaten av olika förebyggande åtgärder och rekommendera effektiva och även kulturellt anpassade modeller för att främja ungdomars psykiska hälsa i olika europeiska länder.

De tre aktiva insatserna i SEYLE omfattar (1) lärarutbildning (QPR), (2) ungdomars ökade medvetenhet om psykisk hälsa och suicidala beteenden (Medvetandeträning), och (3) professionell screening (ProfScreen) av ungdomar med psykiska problem och riskbeteenden. Dessa insatser jämfördes med en kontrollgrupp som inte fick ta del av de tre beskrivna förebyggande programmen utan hade endast tillgång till den vanliga behandlingen som användes i olika skolor.

SEYLE:s insatser bygger på välkända teoretiskt förebyggande strategier nämligen: Universell/Selektiv/Specifik. Den universella strategin riktar sig till hela befolkningar i syfte att minska riskfaktorer och öka skyddsfaktorer för en hel population. Den selektiva strategin riktar sig till individer eller grupper i

befolkningen som inte visar tecken på självmordsbeteende men visar riskfaktorer som skulle kunna utgöra en större risk i framtiden. Den specifika strategin inriktas mot personer som visar tecken på självmordsbeteende som till exempel har uttryckt självmordstankar eller gjort självmordsförsök.

Baserat på dessa teoretiska tillvägagångssätt innebär SEYLE insatser i en större population när det gäller Universell strategi - att elevernas medvetenhet och färdigheter ska ökas i förståelsen av olika psykiska problem och suicidala beteenden. Innebörden av den selektiva strategin var att ge lärare behörighet att kunna använda frågorna som ingår i QPR i programmet och därmed upptäcka elever med riskbeteenden och hänvisa dem till hjälpinstanser. Den specifika strategin innebär en utbildning för läkare, psykologer och sjuksköterskor i förebyggande och behandlingsarbete och att de ska kunna använda ProfScreen programmet i sitt dagliga arbete.

Resultat av SEYLE visade att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan de tre beskrivna modellerna och vanliga insatser vid tre månaders uppföljning. Vid 12 månaders uppföljning var förekomsten av allvarliga självmordstankar signifikant lägre i de grupper där eleverna fått ökad medvetenhet jämfört med kontrollgruppen. Förekomsten av självmordsförsök var också signifikant lägre i den grupp som fått medvetandeträning. Dessa resultat tyder på att en medvetenhet avsevärt kan minska självmordstankar bland tonåringar och medvetenhetsprogrammet avsevärt kan minska förekomsten av självmordsförsök.

Lifestyles and psychopathology in European adolescents. What can be done about it?

Vladimir Carli, universitetslektor, NASP

Fler än 12000 tonåringar (14 -16 år) i elva europeiska länder besvarade enkäter som tog upp olika risk-beteenden och psykiatriska symtom. Statistiska analyser av resultatet delade in ungdomarna i tre riskgrupper. Individer som fick höga poäng på de flesta undersökta riskbeteendena grupperades i "högrisk"-gruppen (13 procent av ungdomarna). "Lågrisk"-gruppen (58 procent) bestod av personer med ingen eller mycket låg förekomst av riskbeteenden.

Utöver dessa båda förväntade riskgrupper hittade forskarna även en tredje grupp som de kallar "en grupp med osynlig risk". Ungdomar i denna grupp kännetecknades av hög media användning, stilla-sittande livsstil och minskad sömn. Dessa beteenden förknippas generellt inte med psykisk ohälsa av vuxna i ungdomarnas omgivning, men studien visar att tonåringar i den här gruppen hade lika stor förekomst av självmordstankar, oro och depression som högriskgruppen. Ungdomarna i gruppen "osynlig risk" hade även hög förekomst av självmordstankar och självmordsförsök.

Så många som nästan 30 procent av tonåringarna grupperades i "osynlig risk"-grupp, som hade en hög nivå av psykopatologiska symtom. Medan högrisk-gruppen lättare kan identifieras genom riskbeteenden som alkohol- och drog-användning, är föräldrar och lärare troligtvis inte medvetna om att ungdomar-na i den osynliga riskgruppen löper risk.

Studien är den första som uppskattar förekomsten av ett bredare spektrum av riskbeteenden och livsstilar och deras koppling till symtom på psykisk ohälsa bland europeiska ungdomar. Resultaten tyder på att både riskbeteenden och psykopatologiska symtom är relativt vanliga i denna population. De visar även att riskbeteenden och symtom ökar med åldern, vilket är i överensstämmelse med tidigare studier. De flesta riskbeteenden var vanligare bland pojkar. Emotionella psykiatriska symtom som depression, oro and självmordstankar var vanligare bland flickor. Studien är en del av det stora forskningsprojektet Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE), ett samarbete mellan 12 europeiska länder och USA, som leds av Danuta Wasserman vid NASP vid Karolinska Institutet. Studien har genomförts med finansiellt stöd från EU:s sjunde ramprogram (FP7 Health).

REFERENS

Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Chiesa F, Guffanti G, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Postuvan V, Saiz P, Värnik A, Wasserman D. A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry 2014;13:78-86, online.*

PhD presentationer

Moderator Marcus Sokolowski, docent vid NASP

Självmordsförsök och skam

Maria Wiklander, med dr, leg psykolog

Jag ska presentera min avhandling som består av fyra delstudier och här tar jag upp de tre första. De första två av dessa är kvalitativa och den tredje och fjärde kvantitativa.

Låt mig först introducera bakgrunden till projektet. Självmordsförsök är ju en riskfaktor för självmord men också ett uttryck för lidande och kan tyda på psykisk sjukdom. Personer som gjort ett självmordsförsök kan därför ha nytta av en psykiatrisk kontakt då det gäller diagnostisering, behandling och olika former av stöd. Problemet är att dessa personer ofta avstår från kontakt eller avslutar behandling i förtid.

Den första studien gjordes därför för att undersöka upplevelsen av psykiatrisk slutenvård hos dessa patienter så att vi på sikt kunde förbättra denna. I denna studie intervjuades 18 patienter som gjort ett självmordsförsök och som var inlagda för specialiserad behandling. Intervjuerna analyserades med hjälp av innehållsanalys och vi erhöll ett antal kategorier. Patienterna kände skam, en lättnad över att de överlevt och en förståelse av att man behövde hjälp. De var positiva till personalen som behandlade dem på ett vänligt sätt, de fick möjlighet att prata med någon och kände sig förstådda. De menade också att detta var en kritisk händelse som gjorde att de kunde leva vidare.

Resultaten från den första studien fick mig att undra om skamkänslor var en bidragande anledning till att det var så svårt att få kontakt med självmordsnära

personer. Fokus för min avhandling blev sålunda skamkänslor. Detta är ett tillstånd då du upplever dig själv som värdelös, liten och skadad. Skam handlar om hela personen. Det beskrivs som ett allvarligare tillstånd än skuld som mer handlar om beteende, om vad du har gjort och inte om hela personligheten. Skam utlöser också flyktmekanismer och önskan att gömma sig för omvärlden. Detta kanske orsakar svårigheten att få kontakt med dessa patienter och att de avbryter behandlingen.

I den andra delstudien analyserade jag intervjuerna igen med fokus på utsagor om skam. Beskrivning av skamreaktioner fanns hos 13 av patienterna från den första delstudien. Det kunde vara känslor av misslyckande på olika sätt, att de överlevt, att de försökt ta sina liv mm. De beskrev också känslor av att vara exponerad, på sjukhuset eller som psykiatriska patienter. De kände skam över sig själva och att de var en börda för samhället. En del ville fly eller gömma sig och någon sade att hon hade överskridit gränsen för vad som var accepterat. De beskrev också samspel med vårdpersonalen som jag tolkat som ökat eller minskat deras känsla av skam. Denna känsla minskade när de blev behandlade med förståelse och respekt, när man inte blev negativt bedömd och när självmordsförsöket inte fördömdes. Det var också viktigt med låga krav eftersom självmordsförsöket ofta var slutet på en lång krisperiod. Några hade mått dåligt och misskött sin hälsa pga. depression, konflikter eller dylikt. Några mådde fysiskt dåligt efter självmordsförsöket om de t.ex. hade intoxikerat sig. De beskrev också att skamkänslorna ökade och de kände sig utsatta när personalen fördömde deras handlande eller inte behandlade dem med respekt.

Nästa fråga blev om dessa patienter reagerade med skamkänslor därför att de gjort ett självmordsförsök och var intagna på en psykiatrisk avdelning eller om de var särskilt benägna att uppleva skambenägenhet (shame-proneness). I den tredje delstudien undersökte vi därför ”shame-proneness” med ett särskilt frågeformulär (TOSCA). Vi hade två undersökningsgrupper som gjort självmordsförsök och två kontrollgrupper. De förra bestod av kvinnor med borderline symtom och en blandad grupp där båda grupperna hade gjort självmordsförsök. Kontrollgruppen bestod dels av en deprimerad patientgrupp och en grupp som var friska och ej patienter. Inga av dessa hade självmordstankar eller hade gjort självmordsförsök. Hypotesen var att patienterna som hade gjort självmordsförsök skulle ha mest skamkänslor, deprimerade patienter ligga i mitten och friska försökspersoner minst skambenägna. Vi analyserade borderlinepatienter och andra patienter för sig och män och kvinnor separat.

Resultaten visade att kvinnorna som uppfyllde kriterierna för borderline personlighetsstörning låg högst på ”shame-proneness”, medan de personer som gjort självmordsförsök hade signifikant lägre resultat och framför allt männen visade oväntat låga resultat. Detta är oväntat eftersom självmordsförsök är relaterat till skam i de flesta studier. Vi har också gjort en regressionsanalys på de patienter som deltog i studien (patienter som gjort suicidförsök och icke-suicidala patienter) och resultaten visade att för kvinnorna predicerade låg ålder, tidigare självmordsförsök, depression, borderlinediagnos och missbruk ”shame-proneness”. För män var det depression och borderline-

diagnos som predicerade skamkänslor. När vi höll flera faktorer under kontroll kvarstod depression och borderline som predicerande för kvinnorna medan för männen var det också depression men oväntat nog avsaknad av självmords-benägenhet.

Sammantaget visade avhandlingsresultaten att skamkänslor var vanliga bland patienter som gjort självmordsförsök och att vårdpersonalen måste vara med-veten om att det är särskilt viktigt att behandla dessa patienter på ett respekt-fullt hänsynsfullt sätt om man inte vill förlora kontakten med dem. Vad gäller benägenhet för skam i allmänhet fann vi däremot att en del patienter var mycket skambenägna (kvinnor med borderline), medan andra skattade relativt lågt (män utan borderline som gjort självmordsförsök) i formuläret som mätte skam. Suicidförsök i sig predicerade inte skambenägenhet.

Fråga från publiken: Hur ser du på sambandet mellan skam och självstigmati-sering?

Svar: Skam kan betraktas som en mer medfödd reaktion medan stigmatisering kommer utifrån. Att känna skam kan dock vara kopplat till en internalisering av omgivningens behandling.

Fråga från publiken: Kan skam fungera som skyddsfaktor?

Svar: Jag har inte undersökt detta men det finns andra studier som tyder på att skuld är mer skyddande än skam.

REFERENS

Wiklander M. *Attempted suicide and shame*. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, 2012.

Epidemiologiska studier av självmord hos patienter med psykisk sjukdom

Johan Reutfors, psykiater vid Psykiatri Nordväst

Jag arbetar som psykiater vid Psykiatri Nordväst i Stockholm och är postdoc vid Karolinska Institutet. Vi vet att självmordsfrekvensen är olika för män och kvinnor. För män är den 27 på 100000 och för kvinnor 11 om man tar alla över 15 år. Det är också välkänt att självmord är relaterat till psykisk sjukdom och mer än 90 procent har en psykisk sjukdom vid dödstillfället. Vi vet dock inte lika mycket om riskfaktorer för självmord vid olika typer av psykiska sjukdomar.

Ett syfte i min avhandling var att studera självmordsrisk under sjukhusvistelse och ett år efter utskrivning för patienter med en psykisk sjukdom. Vi ville också uppskatta årstidsväxlingar för självmord i relation till sjukdomshistoria för de som tagit sitt liv. Ytterligare ett syfte var att studera riskfaktorer för självmord hos patienter med schizofreni och hur diagnosprofil är relaterat till självmord hos dessa patienter.

Den första studien hade titeln ”Suicide and hospitalization for mental disorders in Sweden”. Detta var en matchad fall-kontrollstudie för alla som begått självmord i Sverige mellan 1991 och 2003. Under denna tidsperiod var det 20675 personer som begick självmord, inräknat osäkra fall. Vi valde ut tio personer per fall från den allmänna befolkningen som kontrollgrupp och vi länkade våra data till slutenvårdsregistret för att kunna studera diagnoser från psykiatriska kliniker ett år före självmordet. Diagnoserna var framför allt depression, schizofreni och missbruksrelaterade. Av männen hade 23 procent varit inlagda för psykiatrisk diagnos året före självmordet och av kvinnorna 31 procent. I kontrollgruppen var siffran för män 0,9 och för kvinnor 0,7 procent. Dessa data gjorde att vi kunde beräkna den relativa självmordsrisken under året som följde på utskrivningen. Risken var 34 gånger högre bland män om man jämför med den allmänna populationen och för kvinnor 71 gånger högre. Vi fann varierande mönster bland olika diagnoser. För män med bipolära och depressionsdiagnoser var risken första veckan efter utskrivning cirka 175 gånger högre, de tre följande veckorna 150 gånger högre och resten av året 50 gånger högre samt vid inläggning 100 gånger högre. Vid schizofreni är inte risken förhöjd lika mycket och vid missbruksproblematik är risken förhållandevis stabil. Mönstret för kvinnorna är likartat men den relativa risken är högre. Första veckan efter utskrivning är risken förhöjd mer än 250 gånger jämfört med baslinjen i populationen som ju är lägre för kvinnor. För de flesta som begick självmord så var det mer än en månad sedan de varit inlagda. För männen var tre procent inlagda när de begick självmord och fem procent av kvinnorna. Slutsatsen är att man

måste vara uppmärksam på de patienter som skrivs ut och särskilt veckorna efter utskrivning men majoriteten tar livet av sig senare än en månad efter utskrivning. Sammanfattningsvis visar våra resultat att självmordsrisken är högst för patienter med depressionsdiagnoser och för månaden efter utskrivning. För patienter med schizofreni- och missbruksdiagnoser är risken hälften så hög och relativt konstant. Majoriteten av självmorden ägde rum mer än en månad efter utskrivning så självmordsprevention måste vara långsiktig.

I den andra delstudien ville vi undersöka variation av självmord över året i relation till diagnoser och vi hade material från åren 1992 till 2003, sammanlagt 14000 personer. Diagnoser insamlades från fem år innan självmordet. Vi studerade åtta grupper av psykiska sjukdomar: depression, neuros, schizofreni, andra psykotiska tillstånd, personlighetsförändringar, alkoholmissbruk, missbruk av andra substanser och övrigt. Vi jämförde också våldsamma och icke våldsamma självmordsmetoder och självmordsfrekvens för den lägsta och högsta månaden på året. Den högsta suicidfrekvensen finns i april till juni och vi kan se att för både män och kvinnor är denna frekvenstopp högst för personer med en psykisk sjukdom och för personer som använt våldsamma metoder. För de flesta av de olika grupperna av psykiska sjukdomar var självmordsfrekvensen högst i maj eller under sommaren. Slutsatsen blir alltså att det är vanligast med självmord under våren och försommaren och att självmordsfrekvensen är högst för personer med psykisk sjukdom och för de som använder våldsamma självmordsmetoder. Variationen över året tycks inte vara specifik för vissa sjukdomar utan är ett generellt fenomen.

De följande två delstudierna handlar om självmord hos nydiagnostiserade patienter med schizofreni. Dessa är hämtade från Stockholms län under åren 1994 till 2000 och uppgår till 4000 patienter. Av dessa hade 112 begått självmord under tidsperioden. Vi studerade journalerna från 84 av dessa som hade tagit livet av sig inom en femårsperiod efter diagnosen. Vi studerade också journaldata från 84 andra schizofrenipatienter i Stockholms län, som utgjorde kontroller. Dessa hade inte begått självmord.

I delstudie tre fann vi olika riskfaktorer för att ta sitt liv: högre utbildning ökade risken tre gånger, högre ålder (30 år och äldre) vid debut av psykiatriska symtom ökade risken 4,8 gånger, tidigare självmordsförsök innebar en ökad risk med fem gånger och att vara svenskfödd innebar 3,6 gånger högre risk. Kön påverkade ej risken, inte heller missbruk eller en familjehistoria med psykisk sjukdom och självmord. Det verkar alltså som om vissa riskfaktorer hos schizofrena patienter skiljer sig från den allmänna populationen. Självmordsfrekvensen verkar högre hos de patienter som haft en hög funktionsnivå före sjukdomsdebuten.

I den sista studien förde jag in data för symtomprofilen för självmords- och kontrollgruppen i en checklista som ger diagnoser enligt ICD eller DSM. Syftet var att utvärdera diagnostiska mönster enligt DSM-IV. Vi använde fyra diagnostiska kategorier: schizofreni, affektiva tillstånd, andra psykotiska tillstånd och nedstämningstillstånd. Utvärderingen visade att de som då fick

diagnosen nedstämdhetssyndrom hade 3,3 gånger förhöjd risk att begå självmord än de övriga patienterna. Vi kan konstatera att schizofreni med inslag av nedstämdhet och depression ökar risken för självmord trefaldigt. Detta visar att en förnyad utvärdering av tidigare diagnos kan vara av stor vikt för att bedöma självmordsrisk hos schizofrena patienter.

Jag vill avsluta med att tacka mina handledare och alla medförfattare och andra medarbetare.

Fråga från publiken: Jag vill fråga vilken förklaring du har till årstidsväxlingarna i självmordsfrekvens, eftersom dessa inte uppmärksammats i tidigare studier?

Svar: Det finns inte så många studier av årstidsväxlingar och olika diagnoser. Förmodligen är det inte relaterat till typ av diagnos utan kanske till biologiska och sociologiska faktorer, såsom ljusförhållanden, melatonin- och serotoninnivåer.

Fråga: Tittade du också på komorbiditet mellan depression, missbruk och schizofreni?

Svar: vi har ännu inte studerat komorbiditet mellan olika psykiska diagnoser och det är en intressant fortsättning.

Självmordsförsök sent i livet: en prospektiv studie

Stefan Wiktorsson, PhD, leg psykolog

Vi vet att äldre personer har hög självmordsfrekvens och svenska män över 85 år har den högsta av alla åldersgrupper. Vi vet också att det är ett starkt samband mellan självmordsförsök och fullbordat självmord och detta gäller särskilt sent i livet. Det är brist på kontrollerade fallstudier och prospektiva studier av personer som försökt begå självmord.

Syftet i avhandlingen var att studera prediktorer för självmordsförsök och att följa personer som gjort ett självmordsförsök ett år efter händelsen. Vi inkluderade alla patienter mellan 2003 och 2006 från fem sjukhus i västra Götaland, som hade gjort ett självmordsförsök. Patienterna skulle vara 70 år eller äldre. De skulle ha normal kognitiv förmåga. Vi exkluderade personer som inte talade svenska och som hade en dödlig sjukdom. Deltagarna var 103 patienter, 47 män och 56 kvinnor. Medelåldern var 80 år med en variation från 70 till 91 år. Vid första intervjutillfället deltog 77 procent och vid uppföljningen 71 procent. Mellan självmordsförsöket och intervjun var det i genomsnitt 11 dagar. Vi valde en kontrollgrupp som inte hade gjort något självmordsförsök från en studie av hälsa och åldrande som pågick i Göteborg. Vi matchade grupperna med avseende på kön och ålder. Kontrollgruppen bestod av 408 personer. Vid uppföljningen hade 16 personer ur försöksgruppen dött, två kunde inte återfinnas och 25 tackade nej till intervjun och vi intervjuade alltså 60 personer. Vi intervjuade varje deltagare för sig både vid baslinjen och vid uppföljningen. Vi gick också igenom patienternas journaler och dödsorsaksregistret som komplement till intervjuerna. Vi använde oss också av psykiatriska skattningsinstrument, frågor om alkoholkonsumtion, ”sense of coherence”, personlighetsmätningar och frågor om socialt nätverk.

Resultat från den första delstudien visade att riskfaktorer för självmordsförsök var: att leva ensam, vara ogift, ha en depressionsdiagnos (2/3) eller vara deprimerad utan diagnos (1/4), tidigare psykiatrisk vård (50 procent), tidigare självmordsförsök (1/3) och upplevd ensamhet. Däremot skiljde sig inte demensfrekvens mellan försöksgrupp och kontrollgrupp. Dessa resultat liknar de som man fått i tidigare studier. I den andra delstudien fann vi att alkoholmissbruk var mycket vanligare i gruppen med självmordsförsök (27 procent) och att hälften av dessa tidigare gjort ett självmordsförsök och att de också var yngre när de gjorde sitt första suicidförsök. I uppföljningsstudien fann vi att två

tredjedelar av dem som diagnostiserats som depressiva vid baslinjen inte uppfyllde dessa kriterier ett år senare. Faktorer som predicerade fortsatt depression var hög depressionsskattning, hög skattning av självmords-benägenhet och låg ”sense of coherence” vid baslinjemätningen. Det var 16 personer som dog under uppföljningsåret vilket är 2,5 gånger högre än i kontrollgruppen. Två av dessa var fullbordade självmord och de övriga dog av andra orsaker. Det var dock sex upprepade självmordförsök i gruppen. Vi fann att vår försöksgrupp var mer neurotisk och mindre utåtriktad men när vi lade till depressionsdiagnos i en multipel variansanalys så var detta den huvud-sakliga orsaken till självmordsförsök.

Det jag hittills beskrivit var en kvantitativ studie men jag ställde också en kvalitativ fråga: Varför ville du skada dig själv? Svaren spelades in och kategoriserades i sex teman: somatisk sjukdom och smärta, funktion och autonomi, en börda för andra, sociala relationer, psykologiska problem och sömnsvårigheter samt brist på mening i tillvaron.

Jag vill nämna några styrkor och svagheter med studien. Styrkor är: intervjuerna utfördes av en person som var psykolog, gruppen bestod av enbart personer över 70 år och vi använde validerade instrument. Svagheter kan vara: få personer vid uppföljningen, underskattat alkoholmissbruk i kontrollgruppen, personer som gjort ett självmordsförsök men ej fått sjukhusvård saknas.

Slutsatser blir att det är mycket viktigt att tidigt upptäcka och behandla personer med depression och alkoholmissbruk. Det är också önskvärt med interventioner där man försöker stärka sociala relationer och nätverk för sårbara äldre personer. Som ett komplement till medicinsk behandling behövs också psykosocial behandling.

REFERENS

Wiktorsson S. *Attempted suicide in late life: A prospective study*. Doktorsavhandling. Göteborgs Universitet, 2012.

Självskadepatienter på akuten: kliniska och epidemiologiska studier

Katarina Bilén, PhD

Jag är specialist i internmedicin vid Södersjukhuset i Stockholm. Vi som arbetar på de somatiska sjukhusens akutmottagningar slås ofta av det stora antalet patienter som behöver vård till följd av avsiktliga självdestruktiva handlingar (självskador) och av att många av dessa patienter återkommer vid upprepade tillfällen tillföljd av nya självskador. Viljan att leva är grundläggande för alla människor och att någon skadar sig själv måste tas på allvar och vara en varning att en individ inte klarar av en viss situation eller period i livet.

Omkring tio miljoner människors skadar sig själva och en miljon människor begår självmord varje år över hela världen. Självskador är en betydande orsak till enskilda lidanden och är även en belastning för hälso- och sjukvården. Att ha skadat sig själv är den starkaste riskfaktorn för självmord, patienter som skadat sig själva har upp mot hundra gånger så hög risk att ta livet av sig jämfört med individer som inte har skadat sig själva. Mellan 15-25 procent av patienterna som kommer till en akutmottagning på grund av en självskada, skadar sig själva igen och risken för en ny självskada är högst inom det första halvåret till året efter en självskada.

Syftet med denna avhandling var att studera vilka riskfaktorer det finns som kan kopplas till att återkomma med ny självskada, att utveckla och pröva ett verktyg för att kunna hitta patienter med högre risk för att återkomma med ny självskada och att undersöka om en tidig uppföljning med ett återbesök inom tio dagar skulle kunna minska den höga andel patienter som återkommer med nya självskador.

Studie I: Under tre år sökte 1524 patienter Södersjukhusets akutmottagning tillföljd av självskada och kunde inkluderas i studien. Tidigare och nya självskador hos dessa patienter kunde upptäckas genom tillgång till nationella register. De riskfaktorer som kunde kopplas till att återkomma med ny självskada var följande: att ha skadat sig själv tidigare, kvinnligt kön, att skära sig och att skära sig så allvarligt att det krävdes en kirurgisk operation, att ha en pågående psykiatrisk eller antidepressiv behandling, att ha en beroendediagnos eller en personlighetsstörningsdiagnos och att inte vara förälder till små barn.

Patienterna kunde grupperas efter deras risk för ny självskada och det fanns grupper med låg risk (18 procent) för ny självskada och hög risk (47-72 procent) för ny självskada.

Studie II: De riskfaktorer som var kopplade till att återkomma med ny självskada i Studie I användes i denna studie för att ta fram ett verktyg för att kunna identifiera patienter med högre risk att återkomma med ny självskada, Södersjukhuset Self-Harm Rule (SoS-4). Ett verktyg, från England, som också tagits fram för bedömning av risken för att återkomma med ny självskada, Manchester Self-Harm Rule (MSHR) utvärderades också i denna studie. När MSHR utvärderades på de 1524 patienterna i Studie I visade det en sensitivitet på 89 procent och en specificitet på 21 procent. Det nya verktyget, SoS-4, visade en sensitivitet på 90 procent och en specificitet på 18 procent.

Studie III: För att kunna utvärdera SoS-4 och MSHR förmågor att hitta patienter med högre risk att återkomma med ny självskada undersöktes 325 nya patienter som sökt Södersjukhusets och Karolinska Universitetssjukhuset Huddinges akutmottagningar till följd av självskada. Patienterna följdes under sex månader och genom tillgång till nationella register kunde nya självskador upptäckas. När SoS-4 utvärderades på denna nya grupp av patienter visade det en sensitivitet på 89 procent och en specificitet på 12 procent och motsvarande visade MSHR en sensitivitet på 95 procent och en specificitet på 18 procent.

Studie IV: Uppföljning av självskadepatienter och dess inverkan på att återkomma med ny självskada studerades i samma population som Studie III. Återbesök till en psykiatrisk klinik inom tio dagar registrerades som ett tidigt återbesök. När hänsyn togs till kända riskfaktorer för att återkomma med ny självskada uppvisade patienterna som erhöll ett tidigt återbesök en viss benägenhet att återkomma i mindre utsträckning. Studien visade också att en stor andel av patienter som skadar sig själva inte följs upp överhuvudtaget, inte ens de patienter med högre risk att återkomma med ny självskada.

Slutsatser: Denna avhandling visade att det finns riskfaktorer som är kopplade till att återkomma med ny självskada och att dessa riskfaktorer kan användas för att hitta patienter med högre risk för att återkomma med nya självskador. Risken för att återkomma med ny självskada är högre hos vissa patienter och lägre hos andra. De båda kliniska verktygen MSHR och SoS-4 kan vara användbara, tillsammans med en klinisk bedömning av självskadepatienter, för att hitta patienter med högre risk att återkomma med ny självskada. Båda verktygen fokuserar på hög sensitivitet då det är av större vikt att hitta patienter med högre risk att återkomma än att korrekt avfärda de med lägre risk. Det är svårt att förutse vilka patienter som kommer att återkomma med ny självskada men att ha skadat sig själv tidigare och att ha en pågående psykiatrisk kontakt är två viktiga indikatorer på att risken är högre. Gruppen av patienter som skadar sig själva är heterogen och adekvat uppföljning är inte lätt att applicera på olika populationer. Det fanns en benägenhet hos patienter som erhållit ett tidigt återbesök att i mindre utsträckning återkomma med ny självskada när

hänsyn togs till tidigare kända riskfaktorer kopplade till att återkomma med ny självskada.

Fråga från publiken: Har dessa intressanta resultat fått något genomslag i klinisk praktik?

Svar: Vi har ännu inte implementerat detta i klinisk praktik.

REFERENS

Bilén K. *Deliberate self-harm patients in the emergency department: clinical and epidemiological studies*. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, 2013.

Avslutning: Tankar om framtiden

Moderator: Danuta Wasserman, professor i allmänpsykiatri och suicidologi vid NASP

Jag vill sammanfatta några tankar efter konferensen. Vi har inte hört så mycket om hälso- och sjukvårdens viktiga roll förutom i de avhandlingar som presenterats. Detta har varit avsiktligt eftersom vi ville använda tiden till att föra fram de suicidpreventiva program som testats både i Sverige och i andra länder. Vi måste dock komma ihåg att hälso- och sjukvården är en mycket viktig aktör och att man måste använda vetenskapligt beprövade metoder för att förebygga suicid. Jag vill hänvisa till det arbete som gjorts av NASP tillsammans med våra kollegor från utlandet för att ta fram ett vägledningsprogram inom European Psychiatric Association (EPA) med 77 000 verksamma psykiatriker i Europa. Materialet har publicerats i European Psychiatry 2012, vol. 77, Nr 2 och är glädjande nog mest citerat av alla riktlinjer inom de områden som EPA har redovisat.

Jag vill nu gå över till att tala om Första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA) som konferensen i stor utsträckning handlat om. Vi har prövat detta australiensiska suicidpreventiva program för vuxna i två län i Sverige. NASP har också gjort en metaanalys av alla utvärderingar av MHFA som har publicerats i vetenskapliga tidskrifter. Denna metaanalys visar att det finns vetenskaplig evidens för att programmet ökar kunskaper om psykisk ohälsa, förändrar attityder och också gör människor mer beredda att ingripa i sin yrkesutövning och hjälpa självmordsnära personer. NASP prövar också programmet för ungdomar och för äldre. Socialstyrelsen menar att den svenska utvärderingen utförd av Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) visar att det finns evidens för att programmet får effekt när det gäller ändrade kunskaper och attityder men att resultaten inte är signifikanta vad gäller beteendeförändringar. Det underlag som används i Sverige i denna utvärdering var tyvärr inte tillräckligt stort.

Vi har också redovisat resultat från det internationella projekt som kallas SEYLE (The Saving and Empowering Young Lives in Europe) där vi i tre olika självmordspreventiva program involverat 12000 ungdomar i 15-årsåldern från tio olika EU-länder. Den randomiserade, kontrollerade studien visar att det finns vetenskaplig evidens för att program som handlar om ökad medvetenhet hos ungdomar om psykisk ohälsa och suicidala beteenden minskar allvarliga självmordsförsök och allvarliga självmordstankar. Vi hoppas nu att detta ska kunna introduceras i svenska skolor för att öka elevernas kunskaper om psykisk hälsa och förebyggande av ohälsa. Detta leder till en större medvetenhet och inlärning av olika bemästringsstrategier. Det är en av få randomiserade och kontrollerade studier inom detta område och man var orolig för att öka

självmordsbenägenhet hos eleverna genom större medvetenhet men så var inte fallet.

Vi har alltså mycket kunskaper men dessa måste omsättas i praktiken. Vi har sedan år 1997 sex regionala självmordspreventiva nätverk som arbetar på ideell basis. Jag blir också glad över att det kommer nya ideella aktörer: SPES har ju funnits länge men också Psykisk hälsa (MIND) och numera Suicide Zero innebär att det kommer nya entusiastiska människor som vill föra arbetet vidare.

Det har varit ett intensivt samarbete under konferensen och jag vill nu föra fram konferensdeltagarnas tankar om framtiden. Jag har i min hand ett upprop som ni alla skrivit under. Uppropet är riktat till regeringen och Socialdepartementet och vill, baserat på de positiva resultat som MHFA-utvärderingarna gett, förorda att resurser avsätts till att implementera detta evidensbaserade program på kommunal-, regional- och landstingsnivå. Det låter väldigt spännande och framåtblickande. Hittills har det mesta lokala arbetet skett på ideell basis och ingen har fått betalt för detta. Trots det så har nätverken fungerat stabilt även om omfattningen på aktiviteter växlat.

Jag känner mig alltså optimistisk inför framtiden med ett departement som är lyhörd för suicidpreventiva frågor, regeringsdokument till stöd samt med den enade verksamhet som vi nu ser prov på. Man måste hitta medel till regional verksamhet men också bra fördelningsmekanismer.

Vi kan dock inte förlita oss enbart på kommuner och landsting. Vi måste alltså också vända oss till ideella krafter för att komma till skott. Vi har inte tid att vänta på långa eller ineffektiva beslutsvägar, och bemötas av bristande engagemang, utan måste mobilisera så många som möjligt för att inte fler människor tar sina liv.

Nästa konferens kommer att äga rum i september – oktober 2015. Tack så mycket och väl mött 2015!

REFERENSER

Carli V, Wasserman C, Wasserman D et al. The Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) Randomized Controlled Trial (RCT): methodological issues and participant Characteristics. *BMC Public Health 2013;13:479*.

Brener ND, Kann L, Shanklin S, Kinchen S, Eaton DK, Hawkins J, Flint KH. Methodology of the youth risk behaviour surveillance system--2013. *MMWR Recomm Rep 2013;62:1-20.*

Bird HR, Canino GJ, Davies M, Duarte CS, Febo V, Ramirez R, Hoven C, Wicks J, Musa G, Loeber R. A study of disruptive behaviour disorders in Puerto Rican youth: I. Background, design, and survey methods. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006;45:1032-1041.*

Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry 2002;59:741-749.*

Lahey BB, Flagg EW, Bird HR, Schwab-Stone ME, Canino G, Dulcan MK, Leaf PJ, Davies M, Brogan D, Bourdon K, Horwitz SM, Rubio-Stipec M, Freeman DH, Lichtman JH, Shaffer D, Goodman SH, Narrow WE, Weissman MM, Kandel DB, Jensen PS, Richters JE, Regier DA. The NIMH Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study: background and methodology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:855-864.*

Merikangas K, Avenevoli S, Costello J, Koretz D, Kessler RC. National comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A): I Background and measures*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48:367-369.*

Daniel SS, Goldston DB. Interventions for suicidal youth: a review of the literature and developmental considerations. *Suicide Life Threat Behav 2009;39:252-268.*

Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, Rohde LA, Srinath S, Ulkuer N, Rahman A. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet 2011;378:1515-1525.*

Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int 2011;26(Suppl 1):i29-i69.*

ISBN: 978-91-87517-17-4

Karolinska Institutet

Stockholms läns landsting