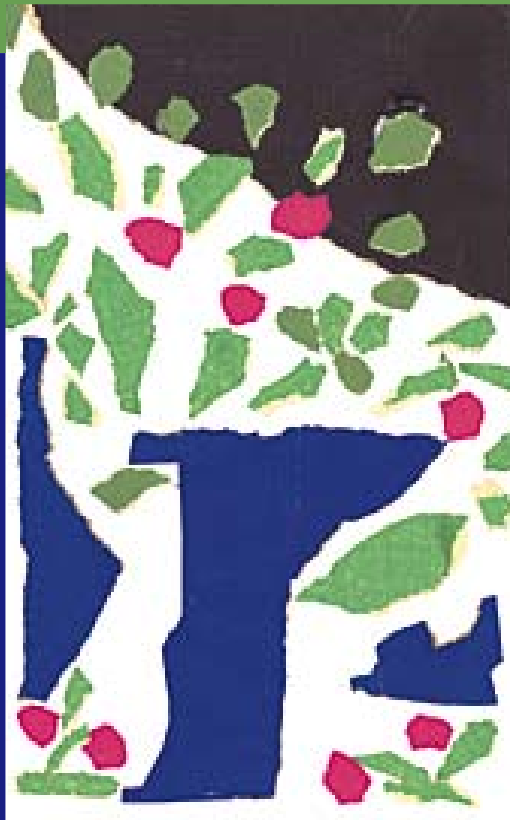


RIKSKONGRESS

Den sjätte nationella nätverkskonferensen om självmondsprevention

Göteborg 14-15 november 2007

Metoder för suicidprevention



Att satsa på psykisk hälsa
- förebygga självmord och självmordsförsök

Rapport 2008

© NASP - 2008

Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska
Institutet och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning
och prevention av psykisk ohälsa

NASP
Karolinska Institutet
171 77 Stockholm

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

ISBN: 91-974546-6-4
ISSN: 1400-3023
Rapport 2008

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	5
Avsnitt 1 – Inledning.....	7
<i>Jan Beskow, professor, Västsvenska Nätverket för Suicidprevention</i>	<i>7</i>
<i>Maria Larsson, äldre- och folkhälsominister, Socialdepartementet</i>	<i>7</i>
<i>Carl Axel Aurelius, biskop, Göteborgs stift.....</i>	<i>11</i>
<i>Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi, KI, chef vid NASP.....</i>	<i>12</i>
<i>Margit Ferm, socionom, språkrör för SPES</i>	<i>14</i>
<i>Jan Beskow introducerar professor Jan-Otto Ottosson</i>	<i>17</i>
Avsnitt 2 – Nya förutsättningar för suicidprevention.....	18
NASP:s nationella expertfunktion ur ett WHO/EU-perspektiv,	
<i>Danuta Wasserman, professor i psykiatri, NASP, KI.....</i>	<i>18</i>
 Andra kulturer: Nicaragua, Ryssland och Sameland	
<i>Lars Jacobsson, professor i psykiatri, Umeå universitet</i>	<i>21</i>
 Norskt perspektiv på självmordsprevention	
<i>Lars Mehlum, professor i psykiatri och suicidologi, Oslo</i>	<i>24</i>
 Strategier för suicidprevention	
<i>Helena, Silfverhielm, medicinalråd, Socialstyrelsen</i>	<i>28</i>
 Strategier för självmordsprevention	
<i>Sven Bremberg, docent, Statens folkhälsoinstitut</i>	<i>30</i>
 Internationellt perspektiv på svensk suicidprevention	
<i>Wolfgang Rutz, professor i psykiatri, Uppsala</i>	<i>33</i>
 Personligt perspektiv	36
Suicidalitet som tillflyktsort och överlevnadsstrategi	
<i>Anne Marie S. Johnsen, museumspedagog, Norge</i>	<i>36</i>
Avsnitt 3 – Olycksfallsperspektivet	39
Kan självmord vara ett olycksfall? Teoretiska aspekter	
<i>Jan Beskow, professor, Västsvenska nätverket, Göteborg.....</i>	<i>39</i>
 Självmord som olycksfall – några perspektiv från skadeforskningens horisont	
<i>Ragnar Andersson, professor i riskhantering, Karlstads universitet</i>	<i>42</i>
 Suicid i vägtrafiken	
<i>Tomas Fredlund, specialiststöd, Vägverket</i>	<i>48</i>
 Räddningsverket och Räddningstjänsten - viktiga för suicidprevention	
<i>Robert Ekman, docent, Nationellt centrum för Lärande från Olyckor.....</i>	<i>50</i>

Olycksfallsanalyser ur systemperspektiv	
<i>Mikael Ljung Aust, Olycksanalys och Förarbeteende, Volvo personvagnar,</i>	54
Olycksfallsperspektiv i hälso- och sjukvård	
<i>Helena Silfverhielm, medicinalråd, Socialstyrelsen</i>	59
Lokalt kommunalt arbete	
<i>Sven Bremberg, docent, Statens folkhälsoinstitut</i>	62
Avsnitt 4 – Fyra parallella seminarier – Suicidprevention i utveckling.....	66
A. Suicidprevention inom psykiatrisk vård.....	66
<i>Wolfgang Rutz, professor i psykiatri, Uppsala universitet</i>	66
Depressionssymtom hos män mätt med Gotlands Male Depression Scale (GMDS)	
<i>Sigurður Páll Pálsson, MD, PhD, Enheten för psykiatri, Reykjavik</i>	68
Tidig upptäckt av suicidrisk genom elektrodermal hyporeaktivitet	
<i>Lars Håkan Thorell, docent i experimentell psykiatri, Linköping</i>	71
Personalkompetens i suicidprevention – erfarenheter från vuxenpsykiatri i Gävle	
<i>Jørgen Tranevik och Linda Malmö, vuxenpsykiatri, Gästrikland</i>	72
Suicidprevention inom Norra Stockholm psykiatri (NSP)	
<i>Ullakarin Nyberg, med dr, överläkare och specialist i allmänpsykiatri</i>	73
Kvalitetssäkring och patientsäkerhet	
<i>Karl-Otto Svärd, tillsynsläkare i psykiatri, Socialstyrelsen</i>	76
Händelseanalyser i psykiatrisk vård	
<i>Helena Silfverhielm, medicinalråd, Socialstyrelsen</i>	78
B. Suicidprevention inom skola och kommun.....	80
Hur fungerar systemteori på skolans område?	
<i>Sven Bremberg, docent, Statens folkhälsoinstitut</i>	80
Social och emotionell träning i skolan – praktik och evidens	
<i>Birgitta Kimber, lärare, leg psykoterapeut.....</i>	84
Förebyggande arbete mot mobbning – en viktig form för suicidprevention	
<i>Karin Nyström, Myndigheten för skolutveckling.....</i>	87
Suicid på nätet – är det skolans problem?	
<i>Xzenu Cronström</i>	89

Suicidpreventivt arbete i skolor – en spjutspets in mot kommunen	
<i>Elisabeth Hellner, kurator ungdomsmottagningen i Alingsås</i>	90
Hur kommuner kan stödja föräldrar genom föräldrakurser	
<i>Birgitta Kimber, lärare, leg psykoterapeut, Stockholm</i>	93
C. Suicidprevention inom vård av långtidssjuka och äldre	96
Suicidprevention bland långtidssjuka och äldre	
<i>Jan Beskow, professor, Västsvenska nätverket</i>	96
Suicidprevention i Region Nordjylland, Danmark	
<i>Elena Fleischer, PhD, Nordjylland, Danmark</i>	98
När himlen är nära – om trygghet, tröst och återupprättelse	
<i>Jan Beskow, professor</i>	101
Hur går det efter suicidförsök – två fallstudier av äldre	
<i>Stefan Wiktorsson, leg psykolog, Göteborg</i>	104
D. Suicidprevention som folkbildning	107
Inledning	
<i>Margit Ferm, socionom, språkrör för SPES</i>	107
Suicidpreventivt arbete med massmedia i Norge	
<i>Lars Mehlum, professor i psykiatri och suicidologi, Norge</i>	108
Befolkningsinriktad information om självmord - en slags folkbildning	
<i>Lars Mehlum, professor i psykiatri och suicidologi</i>	112
Efterlevande efter suicid – en intervjustudie	
<i>Pernilla Larsson, psykiatrisjuksköterska och doktorand, Karolinska Institutet</i>	114
Hälsoenheten i Borås-Bollebygd - primärvårdens enhet för psykisk egenvård	
<i>Leif Hansson, hälsosamordnare, Borås-Bollebygd</i>	117
Vad en skola på småländska höglandet kan bidra med i ett folkbildningsperspektiv	
<i>Bertil Carnhede, verksamhetschef för elevhälsan, Nässjö</i>	119
Kyrkan som initiativtagare till suicidpreventiva utbildningar	
<i>Birgit Lerman, stiftskonsulent i Växjö stift</i>	121
Folkbildning för suicidprevention	
<i>Kerstin Selén, verksamhetsutvecklare och vuxenpedagog, Sensus</i>	123

Avsnitt 5 – Regionala möten	125
Sammanfattning av möten i de självmordpreventiva nätverken	125
Stockholm-Gotlandregionens självmordspreventiva nätverk.....	125
Möte i mellansvenska nätverket för suicidprevention	128
Regionalt möte i Västsvenska nätverket (WNS)	130
 Avsnitt 6 – Avhandlingar, forskningsrön.....	 135
The treatment of depression in clinical practice.	
A public health perspectiv	
<i> Svante Henriksson, psykiater, leg psykoterapeut</i>	<i>135</i>
 Suicidala personers psykiska avskärmning – hur kan man	
mäta den?	
<i> Lars-Håkan Thorell, docent i experimentell psykiatri, Linköping.....</i>	<i>140</i>
 Medfödda handlingsmönster – En existentiell förklaring	
till suicid	
<i> Jan Beskow, professor, Göteborg.....</i>	<i>141</i>
 Avslutning	
<i> Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi, NASP.....</i>	<i>145</i>
 Deltagare vid Rikskongressen	 148

FÖRORD

Årets nationella nätverkskonferens i suicidprevention med temat metoder för suicidprevention genomfördes i Göteborg 14-15 november 2007 av Västsvenska nätverket för suicidprevention och var en kombination av en rikskongress om suicidprevention och en nätverkskonferens. 1997 ägde den första nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention rum och samtidigt startade på NASP:s initiativ de sex regionala suicidpreventiva nätverk som finns i de sex sjukvårdsregionerna i Sverige. Genom bidrag från samtliga nätverk har i årets konferens kunnat förmedlas den mångfald och höga aktivitetsgrad som förekommer inom de olika nätverken.

I regeringens proposition 2007/08:110 – En förnyad folkhälsopolitik – poängteras att grunden för folkhälsoarbetet ska bygga på sambandet mellan hälsans villkor och individens förutsättningar. Häri ligger vikten att arbeta suicidpreventivt så att vi kan hindra den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa, nämligen suicid. Kommuner och landsting har en nyckelroll inom folkhälsoarbetet och bör förbättra och utveckla sina metoder och verktyg. Regeringens bedömning är att ingen bör hamna i en sådan utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord. Regeringen har därför antagit en nollvision när det gäller självmord – ett tema som genomlyste hela konferensen och inte minst i hälsoministern Maria Larssons anförande. Regeringen har också uttryckt sin avsikt att ge Statens folkhälsoinstitut, i samråd med Myndigheten för skolutveckling och NASP, i uppdrag att utarbeta ett lättillgängligt informationsmaterial samt ta fram en strategi för hur informationsmaterialet kan spridas till lärare och annan skolpersonal. Som utgångspunkt ska användas WHO:s stödmaterial som riktas till lärare och annan skolpersonal och som tidigare anpassats till svenska förhållanden.

En stor del av innehållet i konferensen har haft fokus på just skolan och dess betydelse för det suicidpreventiva arbetet, eftersom ungdomar lever under speciella förhållanden. Erfarenheter och forskning har visat att det finns en tendens till att självmordsförsöken ökar i synnerhet bland gruppen unga kvinnor.

Bidragen i årets nätverkskonferens visar också tydligt vikten av att göra händelseanalyser av Lex Maria-anmälningar. Regeringens förslag är att samtliga självmord inom hälso- och sjukvården eller i dess anslutning ska anmälas till Socialstyrelsen. Tidigare analyser finns redovisade i en rapport från Socialstyrelsen och i ett flertal fall har systembrister som kan ha bidragit till självmordet identifierats. Eftersom rutiner har saknats för självmordsriskbedömningar, dokumentation, samverkan, informationsöverföring, kontinuitet, kompetensutveckling, vårdplaner, tillsyn och övervakning bör sådana rutiner utvecklas.

Föreliggande rapport från den sjätte nationella nätverkskonferensen i suicidprevention visar på kunskaper och erfarenheter inom många områden. Erfarenheterna visar att självmordsprevention lönar sig, något vi alla kan vara mycket stolta över. Stor omsorg har lagts ned på konferensen från det Västsvenska nätverket och Jan Beskow som utvecklingskonsult vid Center för Cognitiv Psykoterapi och utbildning. Konferensen innehöll bidrag från olika fält, vilket visade på bredden och att viktiga insatser görs inom det suicidpreventiva området. Fortfarande finns dock mycket att göra och vårt hopp är att politiker, beslutsfattare och administratörer på alla nivåer i samhället inser att det inte räcker med en nollvision utan att alla som arbetar suicidpreventivt behöver ha såväl ekonomiska som personella resurser för att kunna arbeta med förebyggande åtgärder.

Sammanställningen av föreliggande rapport har gjorts av professor Britta Alin Åkerman vid NASP, Karolinska Institutet (KI). Som hjälp vid de parallella seminarierna har varit Ellenor Mittendorfer Rutz, Birgit Friséen-Andersson och Laila Lindahl, alla tre vid NASP. Varje medverkande föreläsare har tagit del av sammanställningen och godkänt sitt inlägg i föreliggande upplaga. Rapporten har därefter språkgranskats av Inga-Lill Ramberg forskare vid NASP och slutgiltigt granskats av professor Danuta Wasserman samt färdigställts av Laila Lindahl vid NASP.

Danuta Wasserman

Professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska Institutet och chef för NASP (Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa)

AVSNITT 1

INLEDNING

Västsvenska Nätverket för Suicidprevention, (WNS) hälsar er hjärtligt välkomna

Professor Jan Beskow

Detta är en glädjens dag. Tre glädjeämnen vill jag lyfta fram:

1. **Vikande tabuering.** Under flera tusen år har självmördaren varit utesluten ur samhället, han har inte varit en fullvärdig medmänniska. Nu är självmördaren välkommen in i gemenskapen – äntligen! När fjällen faller från våra ögon öppnas nya perspektiv, vi kan se suicidaliteten som det stora problem det är.
2. **Olycksfallsperspektiv.** Det andra är att vi börjar inse att suicidaliteten är en kognitiv process, man tänker ut något, planerar och sedan genomför det. Den processen går ofta – men inte alltid – parallellt och växelverkar med psykisk sjukdom, framför allt depression. Ibland förmår inte personen hantera sin suicidalitet. Detta kan uppfattas som ett *psykologiskt olycksfall*.
3. **Det tredje** som vi kan glädja oss åt i dag är att vi har en regering som är positiv till suicidprevention. Det är därför med mycket stor glädje som jag hälsar Maria Larsson varmt välkommen.

Äldre- och folkhälsominister Maria Larsson

Det är en stor ära för mig att få delta här idag och inviga denna rikskongress om suicidprevention. Den psykiska ohälsan är ett område som engagerar mig mycket och för vilket regeringen har långtgående planer. Den psykiska hälsan måste vårdas, arbetas med på samma sätt som den fysiska hälsan. Jag är övertygad om att ett kraftfullt arbete, där många olika aktörer är med, kan bli framgångsrikt. Denna konferens kännetecknas just av att många aktörer vill vara med och bidra, vilket är en fantastisk styrka i sammanhanget.

Ingen ska behöva ta sitt liv. En nollvision ska alltså gälla.

Regeringens ambitioner beträffande prevention är att suicid kan förebyggas och undvikas. Min mening är därför att vi inte kan ha någon annan utgångspunkt än att vi i varje enskilt fall måste göra allt vi kan för att ge andra alternativ till individen än att ta sitt eget liv. Det är ett etiskt ställningsta-

gande, som avslöjar den syn på livets okränkbarhet som jag menar att samhället och lagstiftaren ska stå bakom. Det är också en humanitär utgångspunkt. Främst naturligtvis för den som förlorar sitt liv, men också för alla de anhöriga som tillfogas ett livslångt lidande av att någon närstående begått självmord.

Med tanke på dessa utgångspunkter är min vision att ingen ska behöva ta sitt liv. En nollvision ska alltså gälla. I Göteborgsposten igår (13 nov 2007) framkom att många självmord sker impulsivt i en pressad situation och att 85-90 procent av dem som gjort självmordsförsök inte avlider i självmord senare i livet. Livet kan vända om hjälp finns att få.

När jag besökte SPES:s kongress i juni år 2007, framkastade jag en nollvision och fick mycket positiva reaktioner. Många hörde av sig. Det fanns de som hade invändningar. Men jag kan inte se att vi ska "ge upp" inför vissa situationer. Eller att samhället egentligen kan ha någon annan vision än just denna. När vi nu på Socialdepartementet arbetar med en folkhälsopolitisk proposition är det nollvisionen som är utgångspunkten. I takt med växande kunskap och mer forskning, bättre och fler förebyggande åtgärder samt större medvetenhet såväl hos allmänheten som hos olika myndigheter och samhällssektorer anser jag att dessa utgångspunkter är rimliga för arbetet med att förebygga självmord.

Det är positivt att antalet självmord har sjunkit i Sverige under de senaste decennierna. Men det är oroande att vi inte ser en minskning i åldersgruppen 15-24 år. Självmord bland unga – och framför allt bland unga kvinnor – behöver uppmärksammas mer.

Barnombudsmannen rapporterar att försäljningen av antidepressiva läkemedel till 15-19-åringar fördubblades mellan 1999 och 2003. Bris rapporterar att antalet tjejer som skär sig eller är självdestruktiva har ökat med 40 procent. Det finns en stor press främst på unga tjejer att vara framgångsrika, snygga, duktiga och smala. I kombination med att tilliten till vuxensamhället sviktar och att nära och trygga relationer ibland saknas, har självmordstankarna lättare att få fäste.

Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut har på uppdrag av regeringen utvecklat förslag på strategier och åtgärder till ett nationellt program för suicidprevention. Senare under förmiddagen kommer några av dem som arbetat med detta att gå närmare in på strategierna i förslaget. Förslaget bereds på Socialdepartementet som en del av arbetet med den folkhälsopolitiska propositionen. Genom arbetet med handlingsprogrammet har nya perspektiv tillförts.

Självmord ses som en form av "psykologiskt olycksfall". Det är ett slags "mänskligt haveri". När Statens haverikommission utreder en flyg- eller sjöolycka tittar man på allt som hänt i samband med olyckan. Det är tre frågor man söker svar på: *Vad hände? Varför hände det? Vad kan göras för att en liknande händelse inte inträffar igen?*

Man kan naturligtvis inte leta efter lösa muttrar eller bristande underhåll, som hos ett flygplan. Men angreppssättet stämmer till eftertanke. Hur noggranna

är vi i arbetet med mänskliga haverier? Jag vill vara med om att skärpa kravet på grundlighet i utredningen. Därför hoppas jag kunna lägga förslag på hur det arbetet skulle kunna inledas. Det är viktigt att alla aktörer tillsammans hjälps åt att identifiera brister.

I många fall går det inte att hitta ett trovärdigt svar. Att ett självmord blir ett faktum kan bero på en rad olika händelser och också på tillfälligheter. Men för att förstå och bättre förebygga självmord behövs ett strukturerat arbetssätt, och att vi ställer rätt frågor.

Sedan Statens haverikommission inrättades har metodiken för händelseanalyser utvecklats. Så kan det också bli inom det här området. Särskilt viktigt är det att förstå självmord bland ungdomar i åldern 15–30 år. De lokala aktörerna behöver få en djupare insikt och kunskap om vilka brister och risker som leder fram till att en ung människa tar sitt liv.

Vi behöver utveckla diskussionen om olika riskfaktorer. Men som folkhälso-minister känns det också spännande att se på vad som skapar hälsa, vilka som är friskfaktorerna, eller skyddsfaktorerna, som det väl egentligen heter. Sociala nätverk är en erkänt mycket god skyddsfaktor. Gemenskap med andra människor, att känna delaktighet och att kunna påverka sitt eget liv och samhällsutvecklingen är viktigt för oss. Detta är begrepp och förklaringar som ofta återkommer när det gäller att förstå varför vissa människor klarar påfrestningar bättre än andra.

Jag tors slå fast att allra viktigast för oss människor är nära relationer till familj eller till andra nätverk. För barn utgör föräldrarna och en trygg uppväxt en mycket viktig skyddsfaktor. Centrum för folkhälsa vid Stockholms läns landsting pekar som stora riskfaktorer ut familjekonflikter och tidigt missbruk. Viktiga skyddsfaktorer är en väl fungerande familj och en negativ inställning till droger.

Det finns starkt vetenskapligt belägg för att föräldrastöd förebygger psykisk ohälsa bland barn. Föräldrar som älskar sina barn och vill dem väl utgör en stark skyddsfaktor. Det räcker dock ändå inte alltid till för att förhindra ett självmord. Men vi vet att det är betydelsefullt för den psykiska hälsan.

I regeringsförklaringen skriver vi att föräldrastöd ska erbjudas kontinuerligt under barnets hela uppväxt. Det ska ske på frivillig basis. Vi vill ju inte undergräva föräldrars tilltro till sin egen förmåga. Vi vill inte heller ha ett påtvingat expertinflytande över privatlivet. De flesta föräldrar har den kunskap de behöver och har rätt inställning. Men de kan behöva ett gott råd, få en fråga besvarad eller få veta att de handlar rätt i en given situation, vilket inte minst gäller under tonårstiden. Samtidigt är det viktigt att säga att självmord kan ske bland unga trots det allra bästa föräldrastödet.

Om vi nu betecknar de flesta föräldrar som en skyddsfaktor, är alkoholkonsumtion definitivt en riskfaktor. I Sverige har vi haft en konsumtionsökning

med 30 procent mellan åren 1994 och 2004. I spåren följer ett stort mänskligt lidande och en försämrad psykisk och fysisk ohälsa.

En tjej jag mötte för en tid sedan hade gått på Plattan – Sergels Torg – i många år och använt olika former av droger. Hon menade att alkoholen är den allra svåraste drogen att komma loss ifrån. Den finns överallt och möter oss i alla sammanhang. Regeringen avser att hålla fast vid och utveckla den restriktiva alkoholpolitiken. Ett gott skäl för detta är att alkohol sänker tröskeln för självmord.

Regeringen har ett särskilt fokus på barn och ungdomar även när det gäller det drogpreventiva arbetet. Satsningen på barn till missbrukare är ett exempel. Att vi nu permanentar länsstyrelsens samordnare för det drogförebyggande arbetet är ett annat exempel. Den restriktiva alkoholpolitiken och ett förebyggande fokus på barn och ungdomar kan ge effekt på självmordstalen för ungdomar.

Jag skulle kunna fortsätta nämna olika delar som jag anser viktiga i arbetet för att förebygga självmord. Regeringen har påbörjat arbetet med att prioritera och konkretisera alla de olika förslag som Miltonutredningen lämnat. Att upptäcka och kunna behandla en underliggande psykisk störning handlar bland annat om en förstärkning av den psykosociala kompetensen i primärvården. Det fortsatta behovet av forskning och metodutveckling är stort, liksom arbetet med att bryta ensamhet och isolering bland de äldre.

Jag vill ändå avslutningsvis nämna de närståendes engagemang. Ni utgör en mycket stor tillgång främst naturligtvis för era anhöriga. Men också som en del av folkbildningen har ni en viktig uppgift. Det är viktigt att vi arbetar för att undanröja de rädslor och tabun som självmordsproblematiken omgärdas av. I det förebyggande arbetet är det centralt att människor blir mer medvetna om problemet. Informationsinsatser kommer att behövas för att tydliggöra problemet.

Frivilligorganisationerna kan inte lyftas fram tillräckligt. Därför är jag glad över att jag för några veckor sedan kunde meddela Riksförbundet för Suicid-Prevention och Efterlevandes Stöd (SPES) att vi avsatt 500 000 kronor årligen till deras arbete.

Jag vill önska er lycka till i ert viktiga arbete! Det är några välfyllda dagar ni har framför er. Vad jag har kunnat se i programmet finns landets samlade expertis här för att dela med sig av sin kunskap och sina erfarenheter. Jag har velat betona några saker som för mig känns som de mest angelägna att lyfta fram, och jag hoppas på en fortsatt bra dialog om dessa viktiga frågor.

En välkomsthälsning till rikskongressen om suicidprevention från Göteborgs stift

Biskop Carl Axel Aurelius

Under århundradenas lopp har kyrkan på olika sätt försökt avskräcka människor från att ta livet av sig och tysta ner saken. I biskop Eric Pontoppidans *Collegium Pastorale Practicum* från 1760-talet läser jag under rubriken Jordafärd och likpredikan om "sådana arma människor, som antingen i raseri eller i djup melancholi bära våldsamma händer på sig själfwa. Deras tillstånd inför Gud kan wara mycket olika, och därom bör man hålla sit omdöme tillbaka: men för andra efterlefande skull, bör deras begrafning ske ganska tyst" (s 483).

Att avskräcka och att tysta ned är inga framkomliga vägar idag. Nu gäller det att bryta tystnaden, bjuda in till samtal och kunskap. Kanske kan man tala om att skapa en motkultur i en tid när utstötning och utanförskap blivit underhållning på bästa sändningstid. En kultur där vi bryr oss om varandra, där empati står

**Nu gäller det
att bryta tyst-
naden, bjuda in
till samtal och
kunskap.**

mot apati, där gemenskap står mot utanförskap. "Du vet väl om att du är värdefull" sjunger vi med konfirmanderna. Det är mycket i vårt samhälle idag, som hotar att beröva en människa hennes livsmod. Förr talade man om konsten att dö, *ars moriendi*. Nu talar vi om modet att vara till, att leva.

Det handlar om vårt ansvar för varandra. Ansvar är svaret på ett anrop. Orden hänger ihop rent språkligt, även på engelska och tyska: "respons" och "responsability", "Antwort" och "Verantwortung". Svar på den andres rop ur djupet.

Vi måste bli bättre på att ta ansvar, att urskilja ropet i bruset av röster, att tyda tecknen i vimlet av bilder. Våra liv är ju sammanflätade redan från början. Ditt fotoalbum med alla dina vänner och alla dina möten gör dig mer rättvisa än din CV. Det visar ju att vi är varandras dagliga bröd, som Martin Luther säger. Med det menar han att vi är det vi är, inte minst genom vad andra människor bringar in i våra liv, störst av allt i kärleken. Därför har nog Jan rätt, när han säger att det inte handlar om att "ta sitt liv", som om det vore en privatsak, utan att handlar om att "ta livet av sig", dvs. det liv vi har tillsammans. Och därför ska vi tillsammans motverka att så sker. Välkomna!

Välkomsthälsning från NASP

*Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi
vid Karolinska Institutet (NASP)*

Det här är första gången som en minister talar vid vår nationella konferens och vi är därför väldigt glada över att äldre- och folkhälsominister Maria Larsson är med oss idag. Det är också glädjande att så många har kommit till den här rikskongressen. Närmare 450 medlemmar sitter här i salen.

För de sex regionala nätverken som startade på NASP:s initiativ 1997 har nätverkskonferenserna fungerat som en bas i det självmordspreventiva arbetet i Sverige. De har genomförts vartannat år. Alla har dokumenterats och dokumentationen fungerar som en rik kunskapsbas för det självmordspreventiva arbetet i Sverige. Rapporterna kan hämtas från NASP:s hemsida (www.ki.se/suicid).

Det är också roligt att denna rikskongress genomförs i Göteborg, som är en föregångsstad när det gäller självmordspreventiva insatser. Både Ruth Ettlinger och Jan Beskow, som har bidragit mycket till det självmordspreventiva arbetet i Sverige, började sin vetenskapliga gärning vid Göteborgs universitet. Båda handledes dessutom av psykiatriprofessor Jan-Otto Ottosson. Han är en av föregångarna till självmordspreventionen och har handlett flera avhandlingar i ämnet. Och idag är han med oss här på podiet.

Nollvision för självmord i Sverige

Självmord är inte tabu längre, men trots det visar allmänheten fortfarande en stor förvirring och en rädsla för att öppet tala om självmord. Som äldre- och folkhälsominister Maria Larsson nämnde kommer Socialdepartementet att slutligen ta ställning till ett nytt nationellt självmordspreventivt program och regeringen arbetar nu med folkhälsopropositionen.

NASP tillhör idag Karolinska Institutet (KI). Vår roll som nationell expertfunktion när det gäller prevention av självmord och psykisk ohälsa finns inskriven i KI:s regleringsbrev. Att ha fått in expertfunktionen på ett så anrikt universitet som Karolinska Institutet känns som en oerhörd framgång.

Alla åhörare idag uppskattar regeringens nollvision avseende självmord. För Stockholms län finns det redan en nollvision. Den antogs av landstingsfullmäktige 12 december 2006 över alla partipolitiska gränser. Även Hallands läns landsting har antagit en nollvision. Det innebär att två landsting redan har förekommit regeringens förslag om en nollvision. Men fortfarande återstår mycket att göra.

Självmondspreventiva nätverk i Sverige

Sedan 1997 har vi haft ett aktivt regionalt arbete inom de sex nätverken, som finns kring större universitetsstäder som Stockholm, Linköping, Göteborg, Umeå, Uppsala och Malmö. I ledningen för de nätverken sitter representanter från den akademiska psykiatri i Sverige, anhörigföreningen SPES samt personer från andra verksamheter inom kommun och landsting.

Samtliga nätverk har erfarenheter av självmondspreventivt arbete. De flesta arbetar dessutom utan lokalt ekonomiskt stöd. Av de lokala nätverken är det nämligen bara NASP i Stockholm och göteborgsnätverket som har ett ekonomiskt stöd från sina landsting.

Ett önskemål vore att regeringen skulle ge stimulansbidrag till de sex självmondspreventiva nätverken. De har informerat om självmondspreventiva åtgärder och forskningsinsatser för implementering i tolv år nu. Det arbetet följs upp av NASP, som också samordnar och informerar medlemmarna genom månatliga informationsbrev om både nationella och internationella rön kring självmondsprevention.

Det är viktigt att satsa på långsiktiga och systematiska åtgärder i alla åldersgrupper. Men särskilt angeläget är det att satsa på de äldre, som är en sårbar grupp. Ännu viktigare framstår en satsning på ungdomar där en sviktande psykisk hälsa inte bara märks i Sverige utan i hela Europa. Det finns många väl utprovade program som kan anpassas till svenska förhållanden, framför allt från USA och Australien.

Självmondspreventiva frågor berör såväl Socialdepartementet och Utbildningsdepartementet som Arbetsmarknadsdepartementet. Hälso- och sjukvården måste förbättras och så är också fallet med de självmondspreventiva insatserna i skolan. Dessutom krävs en förbättring av arbetsmarknadspolitiska åtgärder.

Utbildningsdepartementet är i allra högsta grad berört av självmondspreventiva frågor. Det är viktigt att lärarna får systematisk utbildning i preventiva åtgärder och då räcker det inte med enbart punktinsatser. I stället måste nya lärare utbildas varje år och nya elevkullar lära sig hur man stärker sin psykiska hälsa och förebygger psykisk ohälsa och dess yttersta konsekvens självmord.

Forskningen måste också stärkas; både forskning om hur man implementerar nya forskningsrön i praktiken och behandlingsforskning. Det räcker inte enbart med antidepressiva läkemedel, även om de behövs. Lika viktiga är psykologiska behandlingsformer, särskilt för barn och ungdomar.

Välkomsthälsning från SPES

*Margit Ferm, socionom, psykoterapeut med kognitiv inriktning och sociolog.
Språkrör för SPES, NSPH, Nationell samverkan för
Psykisk Hälsa, SAMS, Samarbete för Människor i Sorg*

Inte förrän i mitten av förra århundradet upptäckte man med början i USA att efterlevande till den som tagit sitt liv befann sig i en speciellt utsatt situation. Först i början av 1970-talet beskrevs en del olika sådana situationer. Några år senare – 1987– bildades en anhängigorganisation i Sverige. Den har nu funnits i 20 år. Vi som är medlemmar i SPES har det gemensamt att någon som stått oss mycket nära har tagit sitt liv. Redan i vårt namn kan vi berätta att vi arbetar efter två huvudinriktningar såväl med prevention som med stöd till efterlevande.

NSPH fick i uppdrag av regeringen att öka inflytandet för patienter, brukare och anhöriga så att våra insikter och vår kunskap kan komma in inom psykiatri och bidra både till vården och till omsorgen.

I samarbete med Anders Milton och psykiatrisamordningen har vi startat Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa – NSPH. Vi har fått regeringens uppdrag att öka inflytandet för patienter, brukare och anhöriga så att våra insikter och vår kunskap kan komma in i psykiatri och bidra både till vården och till omsorgen. Genom samarbete kan vi lära oss så mycket mer inom området och vi kan hjälpas åt att förmedla kunskapen vidare. Följande 13 organisationer ingår i NSPH:

- Riksförbundet **Attention**
- Riksförbundet för hjälp åt narkotika – och läkemedelsberoende – RFHL
- Riksförbundet för Social och Mental Hälsa – **RSMH**
- Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd – **SPES**
- Riksföreningen **Autism**
- **Schizofreniförbundet**
- Svenska OCD-förbundet **Ananke**
- Svenska Ångestsyndrom-sällskapet – **ÅSS**
- Sveriges **Fontänhus**
- Riksföreningen **Anorexi/Bulimi-Kontakt**

Associerade medlemmar

- Föreningen **Balans**
- Riksförbundet Föräldraföreningen Mot Narkotika – **FMN**
- Föreningen Kriminellas revansch i samhället – **KRIS**

När det gäller stödet till efterlevande inom SPES har vi formaliserat det genom samarbetet med tre andra organisationer – Spädbarnsfonden, VSFB – Vi som förlorat barn och VIMIL – Vi som mist någon mitt i livet – som också stöder efterlevande. Detta har skett genom bildandet av organisationen SAMS – Samarbete för Människor i Sorg. Genom dessa samarbeten har vi i ännu större utsträckning kommit in i sammanhang som på ett tydligare sätt gett oss möjlighet att arbeta både med prevention och med stöd till efterlevande.

Vi vill nu tända ett ljus med hjälp av Marianne Åström, förbundsordförande inom SPES. Ett ljus till minne av alla dem som inte såg någon annan lösning i sin outhärdliga situation än att ta sina liv. Genom quilten, som finns i salen med bilder på flera av våra anhöriga som tagit sina liv är de med oss dessa dagar för att påminna oss om hur viktigt vårt preventiva arbete är. Vi måste gemensamt hjälpas åt att skapa ett samhälle där man verkligen bryr sig om varandra och ger det stöd som var och en av oss förmår. Ljuset är också för alla de söner, döttrar, föräldrar, kamrater, släktingar, kolleger, grannar och alla andra som vi saknar och sörjer. Deras liv blev kortare än vad vi hade förutsett. Det är de som har fört oss samman här idag och det är till dem våra tankar går. Runt ljuset ligger stenar, större och mindre, vassa och runda, avslipade eller urgröpta av krafter större än vi själva. Det är stenar som symboliserar det vi har upplevt, nämligen förlusten, sorgen och saknaden. Vi vill lämna ifrån oss den smärta vi känner. Det kan bara ske till en del, eftersom saknaden alltid finns kvar. Visserligen avslipad och inte med så vassa kanter längre, men vi kommer alltid att vara sårbara, mindre stresståliga och något urgröpta precis som stenarna på brickan.



Om vi tittar på de mörkare stenarna finns också skiftningar som påminner oss om att det ändå så småningom kan bli ljusare inslag i livet. I några stenar gnistrar det som av stjärnor och de dovt rosa-röda linjerna symboliserar kärlekens linjer. Några stenar är ljusa och de står för det vackra och de fina minnen vi har av den person vi förlorat, men som fortfarande står oss så nära.



En tankeväckande dikt

Om jag ger mig av
medan ni ännu finns här...
vet då att jag lever vidare
och vibrerar i annorlunda takt,
bakom en tunn slöja ni inte kan se igenom.

Ni kommer inte att se mig,
så ni måste lita på mig.
Jag väntar tills den gång då vi åter är tillsammans,
svävar i skyn medvetna om varandra.

Till dess, lev era liv i fullaste mått.
Och om ni behöver mig,
Viska bara mitt namn i era hjärtan ...
Jag kommer att finnas där.

Colleen Hitchcock

Hälsominister Maria Larsson har fört fram nollvisionen som vi självklart måste ha som mål att sträva mot. Jag vill verkligen inbjuda alla att dela den här visionen med oss efterlevande. **Ett suicidfritt Sverige!**

Introduktion av professor Jan-Otto Ottosson

Jan Beskow, professor

Kära Jan-Otto! Det viktigaste skälet till att jag har bett dig komma hit i dag är dina stora insatser för svensk psykiatri. Ett annat viktigt skäl är att hälften av alla deltagare här kommer från den psykiatriska vården. Detta kanske är deras sista chans att få träffa dig, skaka hand med dig och tala med dig. Jag vill som ett uttryck för vår tacksamhet överlämna en liten blomma. Varmt tack!

Här nedan redovisas ett antal böcker som Jan-Otto skrivit eller medverkat i:

- Vad gör jag med min ångest? 2:a upplagan, Natur och Kultur, 1995 (Red)
- Patient - läkarrelationen, SBU samt Natur och Kultur, 1999 (Red)
- Akutpsykiatri (med Hans Ottosson, Mats Ottosson, Ulf Åsgård), 3:e upplagan, Liber, 2004
- Psykiatrin i Sverige, Natur & Kultur, 2003
- Psykiatri, 6: e upplagan, Liber, 2004
- Psykiatrisk etik, Liber, 2005
- Ethics in Electroconvulsive Therapy (med Max Fink) 2004

AVSNITT 2

NYA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SUICIDPREVENTION

NASP:s nationella expertfunktion ur ett WHO/EU-perspektiv

Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi, NASP

Det har hänt mycket inom suicidpreventionen sedan vi höll den första nationella nätverkskonferensen i Stockholm 1997. Ett exempel är konferensen i Helsingfors i januari 2005, där hälso- och sjukvårdsministrar från 52 länder, alltifrån Irland till Kaukasus, undertecknade ett dokument om psykisk hälsa. I dokumentet slås fast att det finns ett stort behov av forskning och utveckling och man konstaterar att suicidprevention ska uppmärksammas.

WHO Helsingforsdeklaration om psykisk hälsa i Europa 2005

- WHO ministermöte 12-15 januari 2005.
- En deklaration om psykisk hälsa godkändes av alla hälsoministrar i de 52 medlemsstaterna.
- Psykisk hälsa är en viktig faktor för människors sociala, ekonomiska och för dess hälsoutveckling.
- Det bör därför uppmärksammas som ett angeläget område även inom andra verksamheter såsom mänskliga rättigheter, socialvård, utbildning och arbetsmarknad.

När det gäller implementeringen av WHO:s Helsingforsdeklaration har sex WHO Lead Collaborating Centres fått i uppdrag att samordna utvecklingen av kunskap i den europeiska WHO-regionen för att därigenom kunna förebygga psykisk ohälsa och suicid överallt. Så här fördelades uppdragen mellan länderna:

- Att förebygga psykisk ohälsa och suicid, NASP, Sverige.
- Att minska stigma, diskriminering och ojämlikhet, National Health Service (NHS), Skottland.
- Att främja psykisk hälsa, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Institutet för arbetshygien (FIOH), Nationella folkhälsoinstitutet (KTL), Finland.
- Att sprida information, Trimbosinstitutet, Nederländerna.
- Att utveckla struktur för vård och omsorg, Trieste, Italien.
- Att utveckla vårdforskning, Institutet för psykiatri, London, England.

Vi som ingår i dessa sex centra träffas regelbundet för att se hur vi kan använda oss av varandras kunskaper. Nästkommande möten äger rum i Utrecht i februari 2008 och i Stockholm oktober 2009. Skottland och Finland har fått en stor budget för att genomföra sina uppdrag. För Sveriges del har det däremot inte avsatts några resurser för NASP:s WHO-arbete, och därför finns det heller inte pengar för att göra det arbete som egentligen krävs.

Utbildning inom området är mycket viktig. Vid Karolinska Institutet har vi i år startat den första internationella masterkursen i suicidprevention. I kursen deltar studenter från flera olika länder.

SAYLE (Saving young lives in Europe)

Vi arbetar också med ett EU-projekt som handlar om jämförande studier i Europa. Projektet syftar till att analysera och utvärdera tre typer av interventioner i skolor för att se om det räcker med screening av psykisk ohälsa och suicidala beteenden och kontakter med psykologer eller psykiatriker eller om insatserna måste förstärkas med information till föräldrar och lärare. Syftet är att hitta kostnadseffektiva metoder som kan tillfredsställa ungdomars behov av att få prata om existentiella frågor något som föräldrar kanske inte hinner med.

EU har också uppmärksammat självmordsprevention i ett dokument som kallas "green paper". Tanken är att detta "green paper" ska resultera i ett "white paper" som ska innehålla konsensus och tjäna som ett underlag för hur policydokument i respektive EU-land ska utarbetas. Att ta fram ett sådant gemensamt dokument tar alltid många år. EU består i dag av 26 länder som ska komma överens om vad som är gångbart och vad unionen ska satsa på.

Lyckligtvis har självmordstalen för alla åldersgrupper över 25 år sjunkit konstant och avsevärt sedan 1980, men trots detta är självmordstalen alldeles för höga.

Självmordstalen i Europa varierar mycket. Östeuropa med länderna Ungern, Estland, Lettland, Litauen och Ryssland har de högsta talen, medan sydeuropa med länderna Grekland, Italien, Spanien och Portugal har de lägsta. När det gäller Sverige har självmordstalen ökat, särskilt bland unga flickor, även om det relativt låga antalet självmord i denna åldersgrupp kräver att trenden tolkas med försiktighet. Lyckligtvis har självmordstalen för alla

åldersgrupper över 25 år sjunkit konstant och avsevärt sedan 1980, men trots detta är självmordstalen alldeles för höga.

Självmordstalen för åldersgruppen 15–24 år är:

- 14,6/100 000 för pojkar.
- 5,9/100 000 för flickor.

Det finns en mängd bevis på att den bästa behandlingen för en suicidbenägen vuxen är en kombination av antidepressiva medel och psykoterapeutisk behandling. När det gäller ungdomar med depressioner vet vi från en amerikansk studie TADS, (publicerad i Archives of General Psychiatry), 2007 att:

- Efter 12 veckor hade 48 procent svarat på behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT), 62 procent på fluoxetinbehandling och 73 procent på kombinationsbehandling.
- Själv mordstankarna minskade mer när fluoxetinbehandlingen kombinerades med KBT än när unga med själv mordstankar endast behandlades med fluoxetin.
- Själv mordshandlingar förekom oftare hos patienter som fick fluoxetin (14,7 procent) än vid kombinationsbehandling (8,4 procent) eller KBT (6,3 procent).

Slutsatsen är att depression och suicidalitet inte kan minskas med antidepressiva medel enbart. I stället krävs det att de kombineras med psykologiska behandlingar. Det är också viktigt att påpeka att själv mordstankar kan uppstå vid behandling med antidepressiva medel hos personer med en viss genetisk uppsättning.

Vi ser fram emot den Folkhälsopolitiska propositionen med tillförsikt. Det är viktigt att många aktörer är engagerade i att verkställa det själv mordspreventiva programmet i Sverige, särskilt stora aktörer som Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut. Från NASP kommer vi att bidra med den kunskapsmassa som vi har och dessutom samlar in från de främsta nationella och internationella experterna på alla fem kontinenter.

Ännu ett tack till er alla som bevistar detta historiska möte. Det här känns som en omstart för det själv mordspreventiva arbetet i Sverige efter att det första programmet "Stöd i själv mordskriser" författades av Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet och NASP, 1995, men som enbart blev ett myndighetsdokument. Nu ser vi fram emot att riksdagen på regeringens förslag kommer att godkänna det nya själv mordspreventiva programmet samt att de avsätter de resurser som krävs för arbetet.

Andra kulturer: Nicaragua, Ryssland och Sameland

Lars Jacobsson, professor i psykiatri vid Umeå universitet

När jag blev tillfrågad om att medverka i denna konferens föreslog jag först som rubrik på min föredragning: "Suicid, en kulturbunden universalitet", men det var alldeles för abstrakt varför jag ombads att vara mer konkret i framställningen. Finns det något mer gemensamt inom olika kulturer då människor dör av egen hand? Det jag vill föra fram bygger på erfarenheter både från kliniskt arbete i Sverige och i Etiopien, från forskning både där och här hemma samt samarbete med forskare i Nicaragua, Lettland, Ryssland och Iran.

Jag minns mycket väl min första reaktion då jag ganska omedelbart efter ankomsten till Etiopien 1969 mötte självmordsproblematik. Jag hade kommit dit för att arbeta vid ett litet sjukhus ute på landsbygden. Vid den tiden var den allmänna uppfattningen av människor i väst att människor i u-länder inte var drabbade av psykiska problem. Människor i dessa länder led visserligen av infektionssjukdomar, men var väsentligen förskonade från psykisk ohälsa tänkte man. Ganska snart upptäckte jag att psykisk sjukdom, självmord och självmordshandlingar också förekom i det traditionella etiopiska samhället. Den första självmordsförsökspatienten som jag mötte på sjukhuset var en ung flicka som hade försökt skära halsen av sig. När hon efter operation och 14 dagars läkning kunde tala, berättade hon att hon hade blivit mobbad av kamraterna i byn. De påstod att hon hade legat med någon av pojkarna och inte längre var oskuld och därmed förbrukad på äktenskapsmarknaden. I sin desperation försökte hon då ta livet av sig. Jag gjorde en gynekologisk undersökning och tog också ett graviditetstest och gav henne sedan ett intyg om att hon var oskuld som hon fick ta med sig hem till byn.

Sedan mötte jag flera självmords- och självmordsförsökspatienter och började informera mig om vad som kunde ligga bakom deras handlingar. Så småningom skrev jag en uppsats inom området som också publicerades i *Acta Psychiatrica*. Min slutsats då, och som jag tycker har beäkrats senare, var att människor är oerhört lika oavsett kulturell bakgrund. Människans existentiella villkor och sätt att reagera präglas av den kultur man lever i, men i grunden är vi väldigt lika varandra. Min slutsats är att det vi har gemensamt i förhållande till självmord är att människor i grunden vill leva, men att självmordet ses som en möjlighet om och när man upplever livet som omöjligt. Skälet till detta kan variera mycket beroende på sociokulturella omständigheter. I Etiopien var det konflikter inom familjen, eller med det omgivande samhället, fattigdom och svält som låg bakom. I Ryssland och Lettland, där jag också haft anledning att studera självmordsfrågan, är det återigen omöjliga livsvillkor och framför allt en rigid mansroll

toppad med alkohol som leder till självmord. I Nicaragua, liksom många andra länder i tredje världen, används lättillgängliga insektsbekämpningsmedel av framför allt unga flickor för att ta sina liv.

Bland renskötande samer, som jag nu intresserar mig för, finns en betydande överdödlighet i självmord bland män och där är det återigen en påtagligt begränsande men samtidigt kravfylld mansroll tillsammans med alkohol som är den bakomliggande faktorn. I Iran och Indien finns en tradition av att kvinnor bränner sig till döds för att de har alltför begränsat livsutrymme på grund av sociokulturella könsrollsmönster. Självmordet där är också i hög grad en protest mot ett omöjligt liv. I Iran och Kina dör betydligt fler kvinnor än män i självmord. Där handlar det om deras mycket begränsade kvinnoroller. Framför allt är det unga gifta kvinnor som bränner sig.

Sammantaget tycker jag att man kan se att det är kulturbundna faktorer som gör livet outhärdligt för människor, vilket i sin tur under vissa omständigheter gör att människor väljer att avsluta sitt liv för egen hand. Det som blir intressant är då att studera de sociokulturella faktorer som är underliggande gemensamma

Man kan se kulturbundna faktorer som gör livet outhärdligt för människor, vilket i sin tur under vissa omständigheter gör att människor väljer att avsluta sitt liv för egen hand.

faktorer som gör att människor väljer att avsluta sina liv. Det är helt uppenbart att människor i det längsta försöker hålla sig kvar vid livet. Man kan förundras över hur människor i koncentrationsläger och flyktingläger och människor som lever med sjukdomar och svält dagligen in i det sista försöker klamra sig fast vid livet. Samtidigt måste det finnas någon underliggande faktor som gör att alla människor i alla kulturer i alla tider, under vissa omständigheter ändå väljer att avsluta sina liv. Kanske är detta en av de mänskliga egenskaper som

handlar om valfrihet inför livet. Döden är en väg från lidandet och inte från livet som sådant.

I vår kultur finns självmordet som en risk, men framför allt som en möjlighet för de flesta människor. I vår kulturkrets finns också ett mycket starkt samband med psykisk ohälsa och då särskilt depressioner, missbruk och psykoser. Här tror jag att grundproblemet är att den psykiska sjukdomen, ohälsan och missbruket leder till svårigheter med nära relationer, men också till att viktiga relationer till andra människor inte längre kan upprätthållas så att livet till slut blir omöjligt att leva. Psykisk sjukdom orsakar således inte primärt självmordet utan psykisk sjukdom ställer till en mängd problem i våra relationer till andra människor och som kan vara utlösande faktorer till ett självmord.

I andra kulturer med andra grundvärderingar är självmordet nästintill otänkbart. Så är det i traditionellt kristna och muslimska kulturer. Ändå förekommer självmord, om än i betydligt lägre frekvens än hos oss, där människan i modern tid själv väljer sin livsväg på ett annat sätt och där traditioner är mindre

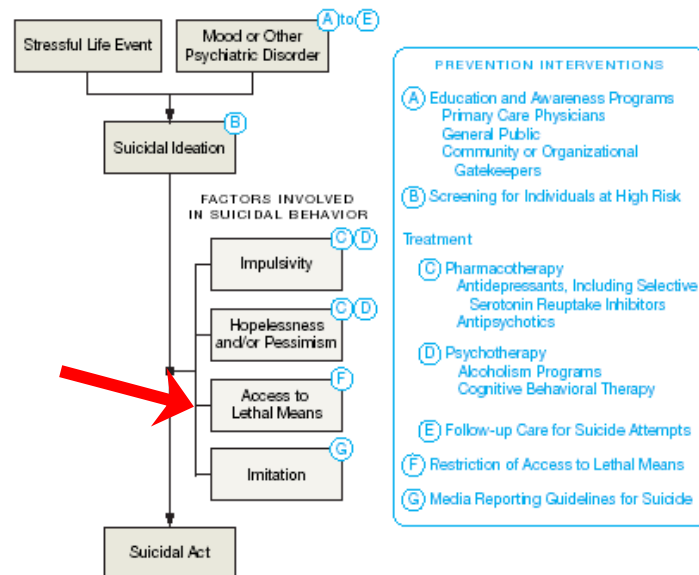
begränsande. Jag samtalade nyligen med en mulla i Teheran, och han menade att den största synden är att förlora hoppet. När människan förlorar hoppet om ett möjligt liv, vad återstår då? Kanske antidepressiva medel kan hjälpa, men det viktigaste är känslan av hopp, nämligen att livet åter kan bli möjligt. Vår möjlighet att hjälpa ligger i att kunna förmedla ett trovärdigt hopp, vilket kan ske på många olika sätt beroende på hur begränsningarna ser ut i varje sociokulturellt sammanhang. Det är närande relationer till andra människor som är avgörande för vår livsvilja.

Norskt perspektiv på självmordsprevention

*Lars Mehlum, professor i psykiatri och suicidologi,
chef för sektionen för självmordsforskning och förebyggning (SSFF)*

Jag kommer från sektionen för självmordsforskning och prevention vid universitetet i Oslo. Sektionen är Norges nationella kompetenscentrum. Vi samarbetar med fem regionala centra för självmordsförebyggande åtgärder. Det har vi gjort de senaste 12 åren. I Norge ser vi de nationella strategierna för självmordsprevention som en landsomfattande verksamhet för att minska självmordsbeteende hos människor i alla livsfaser. Ett samordnat och kulturellt samhällsmässigt ansvar från flera instanser i såväl den offentliga som privata sektorn är den definition vi använder oss av för att precisera vad det är vi vill åstadkomma. Vi vet att det är mycket som vi kan åstadkomma. Då metoder för att förebygga suicidhandlingar även kan ses ur ett olycksfallsperspektiv, vill jag visa några exempel på hur vi kan arbeta med självmordsförebyggande interventioner.

Innsatsområden för självmordsförebyggande interventioner



Circled letters refer to relevant prevention interventions listed on right.

©2005 American Medical Association. All rights reserved.

Mann JJ et al, JAMA 2005

(Reprinted)

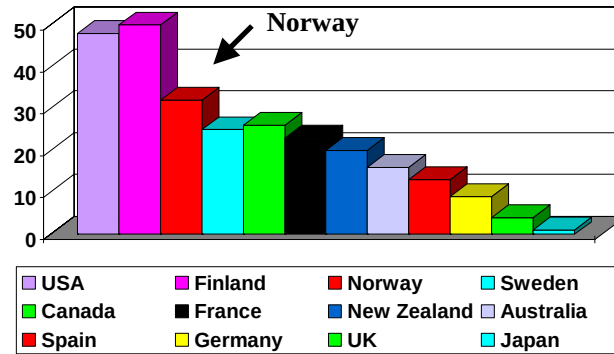
En av infallsvinklarna som jag vill använda mig av är Haddons skadeförebyggande strategier:

Strategier	Exempel
1. Eliminera risker	Förbjuda försäljning av giftiga medel
2. Urskilja risker	Införa karenstid för vapeninnehav
3. Isolera risker	Påbjuda användning av låsbara vapensåp
4. Modifiera risker	Minska CO-utsläpp genom katalysatorer i bilar
5. Utrusta för att tåla risker	Genomföra program för skolelever
6. Träna och instruera	Genomföra förstahjälpkurser vid självmordsrisk
7. Vara medveten om risker	Genomföra befolkningsinriktad upplysning
8. Övervaka	Upprätta rapporteringssystem vid självmordsförsök
9. Rädda	Upprätta krisinterventionsprogram
10. Lindra och rehabilitera	Ge behandling och uppföljning efter självmordsförsök

I detta arbete finns tre infallsvinklar:

- Begränsning av **tillgången** till självmordsmetoder
 1. skjutvapen
 2. hängning
 3. tabletter
 4. gifter
 5. broar och höga platser
 6. tåg, tunnelbana, vägtrafik
- Minska **dödligheten** efter självmordsförsök
 1. exempelvis antidepressiv behandling
 2. minska tillgång till gasförgiftning
- Begränsa **utbredning av kunskap** kring olika självmordsmetoder (smittoeffekten)
 1. förgiftning
 2. tåg, tunnelbana, vägtrafiken

Firearms ownership (% of private households)



Cukier, 1998

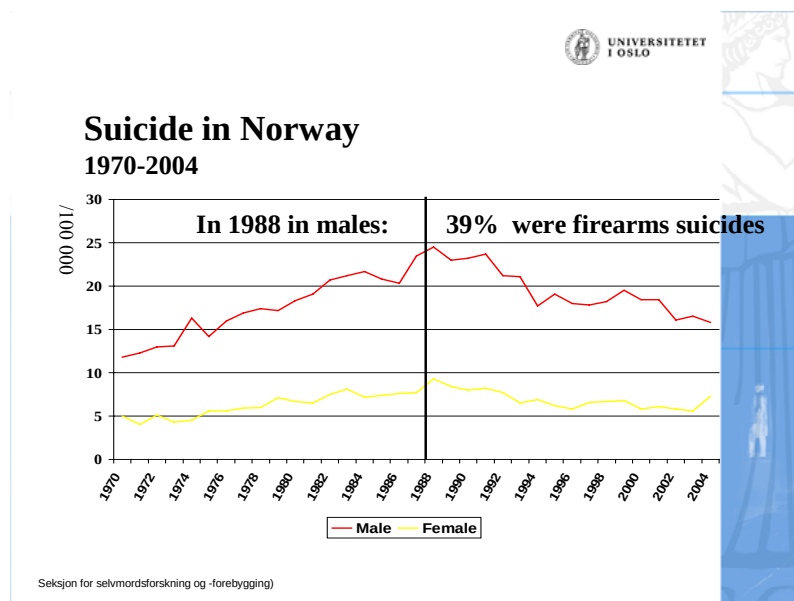
Seksjon for selvmordsforskning og forebygging)

I Norge er tilgangen til skjutvapen vanlig og dermed økar risken at använda vapen för att ta sitt liv. 1996 fick vi en lagändring som har gått ut på att det är svårare att skaffa sig vapen, att det finns krav på att ha vapen inlåsta i särskilda skåp samt att polisen har möjlighet att göra kontroller i vanliga hem. Indrag av

**I Norge är till-
gången till skjut-
vapen vanlig och
därmed ökar ris-
ken att använda
vapen för att ta
sitt liv.**

otillåtet vapeninnehav kan vidare göras och att det idag finns ett nationellt vapenregister. Försvaret har även ändrat rutinerna för vapenbruk.

I tabellen nedan visas hur självmordstalen har förändrats i Norge mellan åren 1970 till 2004. År 1988 utfördes 39 procent av alla självmord bland män med hjälp av skjutvapen. Denna andel har sjunkit betydligt under åren därefter. År 2002 var andelen nere i 24 procent.



Även hängning som metod är vanligt i Norge. Framför allt är det en metod som har använts av inlagda på sjukhus, när bevakningen av patienterna inte har varit tillräckligt bra.

För att arbeta förebyggande på ett bra sätt är det viktigt att undvika konfrontativa och konfliktskapande metoder i kontakten med självmordsnära personer. Det är viktigt att visa dem respekt, ha en känslighet för olika kulturer och ge adekvat information. Samtidigt bör många verksamheter vara involverade i det preventiva arbetet för att nå den bästa effekten. Höga räcken vid broar är en av de åtgärder som har använts för att förhindra hopp från dessa.



Strategier för suicidprevention

Helena Silfverhielm, medicinalråd, Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har ett stort intresse för frågorna om suicidprevention. Det vill jag gärna illustrera med en bild som i sin snårighet ändå visar en framkomlig väg till att förhindra självmord. Utifrån det Nationella handlingsprogrammet, som Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen tillsammans med NASP har arbetat fram, la vi fram nio strategier som vi kunde enas om. I studier har framkommit att alltför många människor har en missbruksproblematik och för dem finns suicidrisken med som en stor fara. Många av dessa riskpersoner har inte kunnat erbjudas slutenvårdsplats utan de har endast haft öppenvårdskontakter. En av de strategier som därför har förts fram är att arbeta för en *minskning av alkoholkonsumtionen i befolkningen*. Ytterligare en strategi som har bedömts som oerhört viktig är att *minska tillgängligheten till medel och metoder för suicid* som Lars Mehlum talade om när det gäller Norge. Vi har ungefär motsvarande problematik i Sverige. Därför är en viktig strategi att *sprida kunskap om evidensbaserade metoder för att reducera suicid*. En annan viktig strategi är en *kompetenshöjning av personal som arbetar med den suicidnära patienten*.

En av de strategier som har förts fram är att arbeta för en minskning av alkoholkonsumtionen i befolkningen.

Socialstyrelsens uppgift är också att göra en sammanställning av de självmord som har gjorts i anknytning till hälso- och sjukvården. I februari 2006 fick vi ett tillägg till föreskriften Lex Maria 2005:8 enligt vilken alla händelser som kan ha medfört allvarlig skada ska anmälas till Socialstyrelsen. Enligt tillägget ska **alla** självmord som hänt inom fyra veckor efter den senaste kontakten med hälso- och sjukvården anmälas till Socialstyrelsen enligt Lex Maria för att vi ska få kunskap om de självmord som händer inom vården. Om någon söker sig till vården med en självmordsproblematik ska vi kunna identifiera faktorer i vården som bidragit till att vi har misslyckats. Kanske är det något vi har förbisett eftersom vi inte har kunnat hjälpa dessa patienter. För att det inte ska råda osäkerhet om vad som ska anmälas, till exempel när personal inom vården anser att något fel inte har gjorts inom vården, ska alla händelser anmälas. Därefter har Socialstyrelsen att ta ställning till vad som kan ha orsakat händelsen. Numera arbetar vi mycket mer utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Alla data från de inträffade självmorden fr.o.m. 2006 har tagits fram för att vi ska kunna se vilka brister som finns i systemet. Målet har med andra ord inte varit att hitta enskilda syndabockar utan att upptäcka systembrister. Vi har fått in ungefär 350 fall från 2006, men har endast hunnit analysera 153. I hälften av

dessas har det framkommit att det inte funnits brister i vården som har kunnat relateras till självmordet. I hälften av fallen har dock systembrister varit påtagliga.

Patientsäkerhetswebben



Behörighets- och
patientsäkerhetsenheten

- Fallstudier (händelseanalyser)
- Riskstudier (riskanalyser)
- Riskronden/Tema
- Undervisningsmaterial
- Information till patienter
- "Alerts"

 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har en webbsida där det är möjligt att studera fallstudier och bland dessa fallstudier finns två som är relaterade till självmord. Vi fortsätter med analys av Lex Maria-material och 2009 kommer en ny rapport där en sammanställning kommer att göras över tre års inkomna Lex Maria-anmälningar. Ett hopp är att resultatet av dessa analyser ska ha en självmordspreventiv effekt.

Strategier för självmordsprevention

Sven Bremberg, docent, Statens folkhälsoinstitut

Av de nio strategierna som vi gemensamt har tagit fram är fyra befolkningsinriktade. Arbetet med att ta fram ett underlag för ett suicidpreventivt program har varit starten för ett bredare och mer inträngande arbete vid Statens folkhälsoinstitut om prevention av psykisk ohälsa. Vi håller precis på att rekrytera medarbetare som ska göra det möjligt för oss att tydligare peka på vad vi vet och vad som är effektivt för att föreslå preventivt arbete som vi fortlöpande kommer att presentera.

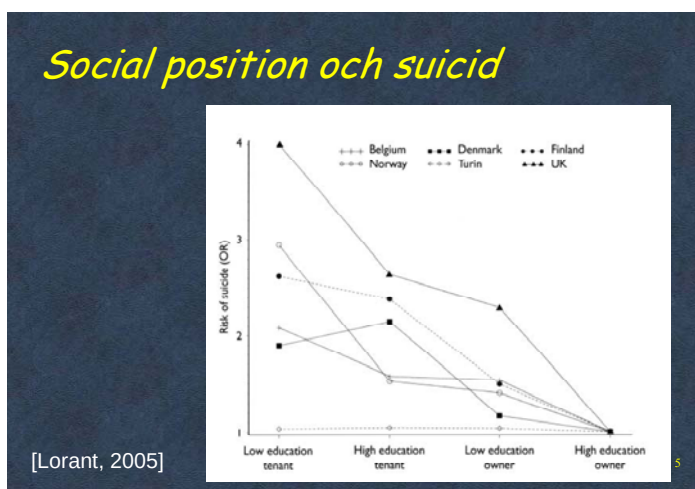
- 1: Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper.
- 2: Minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid.
- 3: Minskad tillgänglighet till medel och metoder för suicid.
- 4: Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag.

Ur ett folkhälsoperspektiv kan vi se att all form av hälsa och ohälsa är en följd av en lång kedja av länkar och händelser. Om någon får psykiska problem hänger

**Ur ett folkhälso-
perspektiv kan vi
se att all form av
hälsa och ohälsa är
en följd av en lång
kedja av länkar och
händelser.**

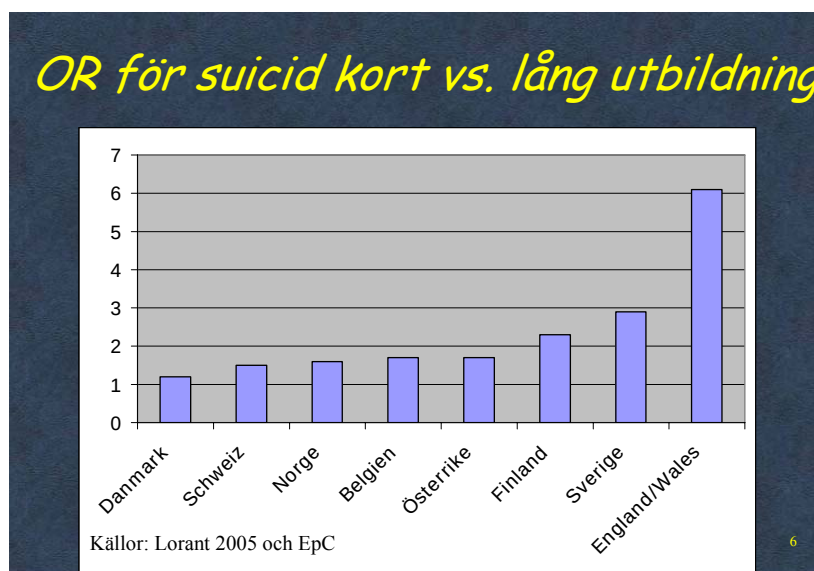
detta samman med något som är kopplat till hur individen lever. Det i sin tur hänger samman med vilken miljö som människan lever i och med hennes livschanser och ytterst med samhällsstruktur och ekonomi. Det här får konsekvenser för suicidområdet eftersom en människa som väljer att ta sitt liv upplever att han/hon inte har några livschanser.

Social position och suicid



I ovanstående bild representerar den översta kurvan situationen i Storbritannien, där risken är större för att en person med låg utbildningsgrad begår självmord jämfört med personer med hög utbildningsnivå. Bilden säger speciellt två saker. Det ena är hur människors faktiska livssituation är avgörande för om de ska ta sina liv. Det andra handlar om att det samhälle människan befinner sig i påverkar risken för självmord. Låg utbildning och boende utan äganderätt är de största riskerna i samtliga redovisade länder. Detta visar sig speciellt i Storbritannien där det är ganska stora sociala skillnader, se nedanstående bild.

OR för suicid kort vs. lång utbildning



Alkoholkonsumtion har en stark inverkan på risken för självmord, vilket också illustrerades i Maria Larssons inledningsanförande. För den grupp som använder alkohol har det visat sig att det är 12 gånger högre självmordsrisk än

för dem som inte använder alkohol. Alkohol är en central riskfaktor för självmord. Det innebär stora utmaningar att närma sig alkoholfrågan idag. Tillgängligheten är viktig. Minskas tillgängligheten av alkohol kan detta till viss del bidra till en minskning av självmord. Det gäller att förstå att alkohol inte är som vilken handelsvara som helst.

En tredje punkt berör den omfattande kunskapsbasen om effektiva insatser. Det finns ett stort antal förebyggande insatser som har vetenskapligt stöd. Följande punkter är exempel på en lång lista på vad som kan göras.

- Prevention av depression
- Mobbningsförebyggande program i skolan
- Skadesäkra väg- och järnvägsmiljöer

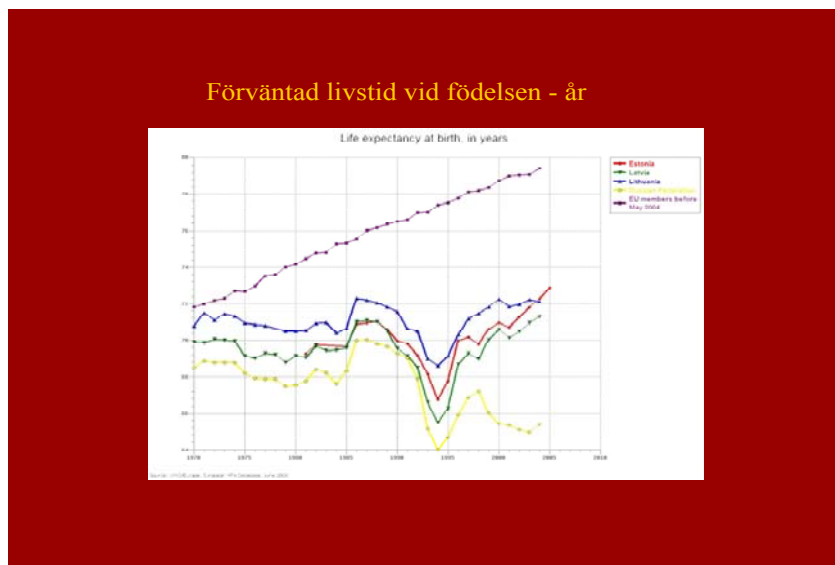
Det är viktigt att se möjligheterna med en s.k. haverikommission. Och att vi kan använda de möjligheter vi har för att öka kunskaperna om vad som kan ligga bakom självmordshandlingar med hjälp från bland annat rättsmedicin.

Internationellt perspektiv på svensk suicidprevention

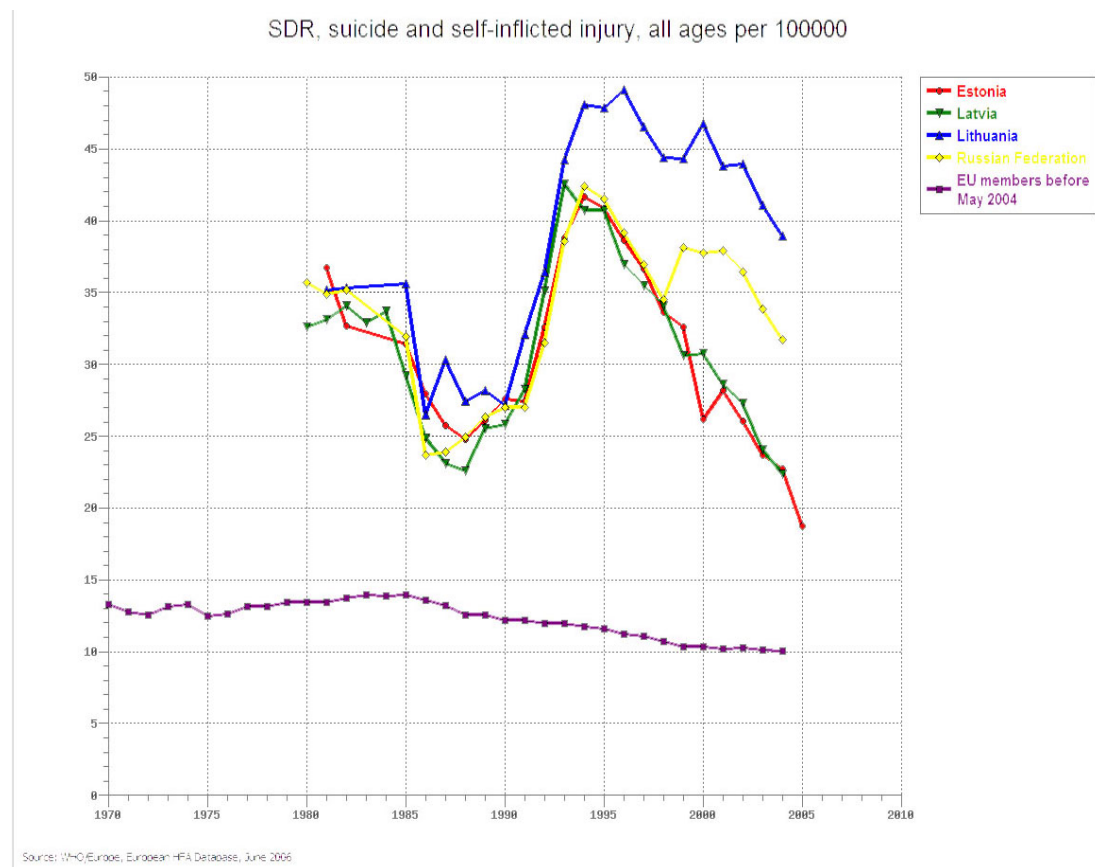
*Wolfgang Rutz, professor, enheten för hälsofrämjande psykiatri, psykiatridivisionen, Akademiska sjukhuset, Uppsala,
Faculty of Social Sciences, Coburg University,
International Advisor, NASP, Karolinska Institutet*

Inom området psykisk hälsa finns i princip fyra bestämningsfaktorer som är viktiga att uppmärksamma. Eftersom vi kan se självmordet som den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa är det viktigt att fokusera på dessa faktorer, nämligen autonomi, det sociala sammanhanget i vilket vi lever, att vi upplever mening med livet samt slutligen integritetsaspekter. Ser vi på hela situationen i Europa kan vi se att vi befinner oss i en övergångssituation i samhället, som försätter vissa individer i stressliknande situationer. Det finns vissa utsatta populationer som påverkas i hög grad av sjuklighet och för tidig död.

Nedanstående figur visar förväntad livstid vid födelsen i relation till åldern.



De redovisade siffrorna återspeglar den stress som finns i samhället. Självmords- och olycksfallskurvorna ökar och minskar på ett motsvarande sätt i takt med samhällets stressbelastning. Se nästa bild.



Olycksfall i trafiken och på arbetsplatsen ger samma typ av kurva i samhällen med hög stressladdning. Alkohol, speciellt "binge drinking" (=intag av alkohol under flera dagar i sträck) är också en faktor som påverkar dödligheten. Suicid är inbäddat i ett stressrelaterat samhällssyndrom där följande tillstånd ingår: Depression, aggression, risktagning, våldsbeteenden, misshandel, kardiovaskulära sjukdomar, mord. Allt detta återspeglar mer eller mindre direkt serotoninmetabolismen, som direkt är kopplad till hjälplöshet, brist på social signifikans, meningslöshet i tillvaron och statusförlust, men även till genetiska faktorer. Vi måste öka meningsfullheten för människor och deras möjligheter till ett fullvärdigt liv. Komplexa orsaker kräver komplexa svar. Därför är det angeläget att hitta de personer som ligger på randen till svår psykisk ohälsa, speciellt bland män och ungdomar, som är kända för att inte söka hjälp i tid.

Det är angeläget att hitta de personer som ligger på randen till svår psykisk ohälsa, speciellt bland män och ungdomar, som är kända för att inte söka hjälp i tid

Det är angeläget att hitta de personer som ligger på randen till svår psykisk ohälsa, speciellt bland män och ungdomar. Båda dessa grupper är kända för att inte söka hjälp i tid.

Den svenska suicidforskningen och preventionen är internationellt väl förankrad och har hög kvalitet. Den är multidisciplinär och det finns en omfattande koppling mellan forskning och tillämpning med centra i Göteborg, Umeå och Lund samt hos Statens folkhälsoinstitut och NASP. Även i Uppsala finns ett aktivt och internationellt arbete, med fokus på manlig depression och suicidalitet

samt en medverkan från primärvård till vilket Gotlandsprojektet är knutet. Förutom de svenska initiativen har vi WHO:s Helsingforsdeklaration, som nämndes förut av Danuta Wasserman. Deklarationen är en aktivitetsplan som antogs 2005. Vi har också EU:s "gröna bok" som möjligen kommer att följas upp av en "vit bok". En ministerkonferens är planerad till 2010 inom WHO för uppföljning av vad som har gjorts när det gäller internationell suicidprevention.

Det är viktigt att alla som är engagerade eller drabbade av självmord i samhället ges tillfälle till att mötas för att delge varandra de erfarenheter och kunskaper som har framkommit genom olika forskningsinsatser. Kyrkan, försäkringskassor, trafik, apotek, polis, militär verksamhet, skolor, hälso- och sjukvården, socialtjänsten m.fl. bör träffas regelbundet, regionalt och nationellt, för att delge varandra olika erfarenheter och utveckla ett harmoniserat samarbete. Ett bra exempel är tyska regeringens nationella nätverk för suicidprevention där både Danuta Wasserman och jag själv är internationella rådgivare och vars president, professor Armin Schmidtke, är knuten till NASP.

För denna samverkan behöver vi dock ha finansiering för att samarbetet verkligen ska kunna fungera. Viktigt att fundera över är att "det samhälle som vi har skapat genererar psykisk ohälsa" vilket EU:s hälsokommisarie Markos Kyprianou framhöll i ett tal. Han sa också att den "psykiska ohälsan är Europas okända mördare". Tolstoy har sagt och i bibeln står att "människan lever inte av bröd allena" och Stalin menade - apropå värderingar - att "inget folk - inga problem".

Även Einsteins kommentar kan väcka tankar om evidensen i våra evidensbegrepp: "Not everything that can be counted, counts - and not everything that counts, can be counted".

PERSONLIGT PERSPEKTIV

Suicidalitet som tillflyktsort och överlevnadsstrategi

Anne Marie S. Johnsen, museumspedagog, Norge

För åtta år sedan började jag känna mig djupt deprimerad, mådde illa och hade flera svårigheter inom flera områden i mitt liv, vilket tydligast visade sig socialt och ekonomiskt. Jag tog kontakt med en läkare som tog mig på allvar och som la ner mycket tid på mig. Vid undersökningen konstaterades det att jag var med barn, vilket kändes svårt och bara negativt för mig. Jag fick kontakt med en psykiatrisk behandlingsavdelning där man hjälpte till att bygga upp ett nätverk runt mig. Detta inträffade vid julen och barnet som jag väntade skulle födas i april. Då hade jag bara ett mål i livet, nämligen att själv hålla mig vid liv tills barnet var fött.

Bakgrunden till mina svårigheter låg tio år tillbaka. Då var jag 20 år och stod på tröskeln till det vuxna livet. Livet lekte, jag trivdes och allt var bra. Tidigt en höstkväll besökte jag mina föräldrar och lillebror som bodde i en annan stad. Det hade börjat mörkna när jag var på hemväg. Jag gick av bussen. Två minuter efter jag steg av den varma bussen blev jag våldtagen av tre män. De höll fast mig i både armar och ben. Jag blev helt fången och kunde inte göra något för att komma undan. Ovanför oss fanns en stor bro med en trafikerad väg. Där hörde jag bilar köra under tiden som jag själv låg paralyserad och utan kraft att kämpa emot. Det kändes som om jag låg i en grav av betong. Jag kände mig helt utanför. Det var en form av autistisk känsla. Jag kände att jag blev fullständigt förstörd och den reflektion jag fick var att: "Nu dör Anne Marie, nu finns jag inte mer. Nu finns bara min kropp kvar – låt dom bara hålla på". Men jag ville på något sätt vara medveten för att veta när den riktiga döden skulle komma, eftersom jag visste att jag skulle dö. I denna smärta fanns bara en igenkännbar smärta och det var en sten som jag kände under ryggen. Men jag dog inte. Männen försvann. Det tog väl mer än 45 minuter innan jag var hemma och gick in till badrummet och såg mig själv i spegeln. Den bild jag såg var en okänd, en levande död. När jag såg den här bilden av mig tänkte jag omedelbart att "detta ska inga andra få se".

Jag vet att många andra människor har upplevt värre saker än jag och att de lever vidare. Genom våldtäkterna förlorade jag all kontroll och påverkan på mitt eget liv. Min känsla var att det enda som fanns kvar, som jag själv kunde bestämma över, var min egen död. Tanken på självmord fastnade i mig som en konstruktiv, färdig lösning på en helt omöjlig situation. Tanken var mycket tydlig. När jag inte klarar av min situation själv då tar jag mitt liv. Att veta att jag

hade den kontrollen kvar blev en förutsättning för att leva. Under natten som följde hände mycket. Jag kräktes samtidigt som tankarna snurrade runt inom mig. Men det var tanken på självmord som hindrade mig från att bli fullständigt galen. Tanken på självmord blev en form av normalitet för mig, som gjorde att jag kunde klara av att leva vidare och att ingen skulle kunna märka att våldtäkten hade skett. Jag sökte ingen hjälp eller anmälde händelsen för polisen. Det innebar att ingen visste något om händelsen.

Efter händelsen utvecklade jag en mängd olika symtom. Känslan av att vara i närheten av döden var mycket stark medan de olika symtomen utvecklades efter hand. Jag levde hela tiden två parallella liv. Det ena livet var med alla svåra känslor och det andra livet med ett falskt behärskat yttre. Mitt inre var kaos. Men tanken på självmord blev dock en förutsättning för mig att kunna leva vidare. I början var det jag själv som hade kontroll över den tanken och min upplevelse var att det var det enda jag hade kontroll över i mitt liv. Jag fick tabletter utskrivna, och jag visste att tog jag dessa tillsammans med alkohol var det en metod för mig att ta mitt liv. Tabletterna hade jag alltid med mig. De gav mig ett lugn eftersom jag visste att de var en utväg.

Efter två år sökte jag hjälp hos läkare och blev hänvisad till en psykolog för att lära mig förstå min livssituation. Men jag upptäckte att hos psykologen fanns ingen hjälp att få. Tio år av mitt liv gick utan att något ändrades och med många depressionsperioder. Hela tiden hade jag tanken på att ta mitt liv. Den tanken var mer eller mindre stark, men stundtals upplevde jag också glädje i livet. Mest visade jag ett falskt yttre jag. Allt negativt som inträffade, som exempelvis en examen som jag inte klarade av, bekräftade min värdelöshet och att jag inte hade rätt till något liv. Efter tio år var jag sliten, eftersom jag befann mig i ett nätverk av lögnar. För några av mina vänner berättade jag om våldtäkten, men jag kunde inte förmedla till någon vad de gjort med mig. Jag var helt fylld av skam, lögnar och nederlag.

Sedan hände något nytt i mitt liv. Min mans tioåriga kusin blev tillsammans med en annan liten flicka på åtta år våldtagna och mördade. Det var en mycket allvarlig händelse i Norge, och berörde många. Då aktualiserades mina tidigare upplevelser och min reaktion blev helt tydlig för alla i min omgivning. Jag kände det som ett svek – jag lever men de två små flickorna är döda. Då kom tanken på döden för mig oerhört starkt tillbaka. Upplevelsen jag då hade var helt annorlunda än den jag upplevde tio år tidigare. Jag hade inte längre kontroll över självmordstankarna. Tanken på metod blev våldsammare. Det var då vid julen 2001 som jag hos läkare fick veta att jag var gravid. På något sätt överlevde jag graviditeten och det lilla barnet blev en liten motor i vardagen. Under denna tid var jag upprepade gånger på behandling. Eftersom jag var gravid eller ammade ville jag inte ha någon form av läkemedel. Min behandling bestod i samtalsterapi, som också omfattade ett nätverk av olika fackpersoner. Nu blev det äntligen

möjligt för mig att berätta för min närmaste omgivning vad som hänt och vilka konsekvenser det hade fått. Det var en trygghet att ha min man och familj omkring mig, men de fick inte vara mina behandlare.

Efterhand blev det bättre, men tanken på självmord satt hela tiden fast i mig. Jag har nu förstått att jag är skör och alltid kommer att vara det. Jag lärde mig långsamt ett nytt sätt att tänka på. Det var svårt och krävde mycket arbete under lång tid. Jag kan lätt erinra mig hur oerhört stark tanken på självmord var, och hur länge den satt i. Det var oerhört svårt att släppa en tanke som på något sätt hade representerat en trygghet, och till slut fylla tomrummet med konstruktiva tankar. För detta behövde jag hjälp och jag kom till en mycket duktig psykiatrisk läkare som hade stor mänsklig värme, kunskap och empati vilket är en mycket bra kombination. Vi arbetade hårt tillsammans. Hon krävde mycket av mig, och visade tydligt att jag skulle klara av mina svårigheter. Det är helt fantastiskt att till slut kunna leva ett liv där alla mina tidigare upplevelser har gett mig själv en stor lärdom om hur jag kan sköta om mig och handskas med mitt liv. Det tog dock tio år innan jag till slut fick hjälp. Jag har många gånger tänkt på vad som skulle ha hänt om jag fått en annan behandling tidigare och redan då vågat be om hjälp. Jag vet att ni alla som deltar här gör ett mycket viktigt arbete och jag önskar er alla lycka till.

AVSNITT 3

OLYCKSFALLSPERSPEKTIVET

Kan självmord vara ett olycksfall? Teoretiska aspekter

Jan Beskow, professor, Göteborg

Självmord/suicid är en medveten, uppsåtlig, självförvållad, livshotande handling, som leder till döden. Olycksfall är sådant som bara händer? Hur kan då suicid vara ett olycksfall?

Ett exempel kan vara klargörande. En man vaknar på morgonen. Han är lite trött efter gårdagens fest. Han ser att det har snöat ute. Han vet också att han har lite dåliga bromsar och att han ännu inte har hunnit byta till vinterdäck. Vad ska han göra? Han måste ju komma till jobbet. Det är nödvändigt att ta bilen! I och med det har han fattat tre viktiga beslut som ökar risken för ett olycksfall.

Av alla som kör med dåliga bromsar och halvslitna sommardäck kanske en på 10 000 råkar ut för en olycka. Men många är i riskzonen. Jämfört med alla dem är ändå krockarna med plåtskador få. Ännu färre får personskador och endast ett fåtal dör. Sannolikheten att det kommer att drabba just honom är liten.

Hur gick det sedan? Jo, i en kurva höll han lite för hög hastighet. Han mötte då en långtradare som råkat komma över lite på fel sida. Just där var det särskilt halt. Det blev en förfärlig katastrof, eftersom de var fyra personer i bilen. En lärdom är att stora katastrofer kan utlösas av små banala omständigheter som råkar sammanfalla.

Jag skrev min avhandling för att försöka förstå varför självmord inträffar. Då talade jag också med anhöriga och kamrater till en 20-årig pojke. Han var lite speciell och trodde inte att han skulle kunna få kontakt med någon tjej – men det fick han! Men när hon gjorde slut några månader senare blev det en katastrof. Han pratade inte med någon om det. Han blev deprimerad, men sökte inte hjälp för sin depression. På fredagarna drack han öl tillsammans med sina kamrater. Därmed hade han fattat tre viktiga beslut, som alla ökade risken för suicid. Hur gick det då för honom? En fredag tillsammans med kamraterna talade han om att ta sitt liv. I flera timmar satt några av kamraterna i bilen och försökte tala honom tillrätta. Sedan körde de honom hem, men de berättade ingenting för hans föräldrar. Nästa fredag inträffade samma sak. Den tredje fredagen stod de i en liten grupp. Halvt på skoj, halvt på allvar slog en av kamraterna till honom lite i bröstet. Han vände sig om och sprang sin väg. De övriga undrade vart han hade tagit

vägen och följde sedan efter. De såg att han hade varit vid sin bil. Han hade tagit ett rep som han hade i baksätet och sprungit upp i skogen. De sprang efter, men hann inte fram. Han hade redan hunnit hänga sig. Detta framstår som ett fullständigt onödigt självmord.

Många människor har allvarliga suicidtankar. De vacklar på gränsen till suicid. Men av dem är det få som gör ett suicidförsök och ännu färre som tar sitt liv. I förhållande till många riskpersoner och risksituationer är det relativt få som råkar ut för olyckshändelser respektive suicid. Avgörande blir till sist andra aktörer. Lite för hög hastighet, halka i en kurva, långtradare på fel sida respektive några öl, ett slag i bröstet och lite för långsam reaktion hos kamraterna. Självmordsförsök och självmord kommer ofta oväntat – även hos personer med hög suicidrisk.

Definitioner

Man kan definiera ett olycksfall som en situation när starka fysiska faktorer kommer över en så snabbt att man inte klarar av att hantera dem. På liknande

Suicidhandling kan definieras som en situation när starka emotionella faktorer kommer över en så snabbt att man inte klarar av att hantera dem.

sätt kan man definiera en suicidhandling som en situation när starka emotionella faktorer kommer över en så snabbt att man inte klarar av att hantera dem. Flera riskfaktorer för suicid såsom psykisk störning, alkoholbruk och inlevelse i suicidplaner är i själva verket långdragna processer. De leder dock inte automatiskt till suicid. Däremot skapar de högriskpersoner. När sedan många små, ofta banala faktorer, ofta av olika karaktärer, blixtsnabbt sammanstöter under några korta sekunder eller minuter,

kan de utlösa ett suicidförsök eller ett suicid. Detta kan kallas en *suicidal episod*. Här finns likheter mellan olycksfall och suicid.

Laboratorier för att framkalla suicidalitet

Att tänka på suicid, planera och genomföra en suicidhandling är i grunden en kognitiv process. Annorlunda än, men i nära samspel med psykisk sjukdom, till exempel en depression (Ellis TE (ed), 2006, *Cognition and Suicide. Theory, Research and Therapy*. American Psychological Association, Washington). Med kognitiva processer försöker vi förstå och hantera våra liv. Men ibland räcker inte vår förmåga till, vi misslyckas. En suicidhandling kan således förstås som en oförmåga att hantera sina livsproblem, men också sina suicidtankar.

Vid återkommande depressioner varierar symtombilden, men suicidaliteten är mer konstant (Williams JMG, Crane C, Barnhofer T, Van der Does AJW and Segal ZV, 2006. Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, 91, 189-94. Tidigare utarbetade suicidtankar kan också

relativt lätt aktualiseras (Williams JMG, Barnhofer T, Crane C and Beck AT, 2005. Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed

Genom att spela sorgsen musik eller tala om sorgsna saker kan man framkalla sorgsen sinnesstämning och suicidtankar hos personer som tidigare haft en depression med suicidtankar.

patients with a history of suicidal ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 421-31). Genom att spela sorgsen musik eller tala om sorgsna saker kan man framkalla, *inducera*, sorgsen sinnesstämning och suicidtankar hos personer som tidigare haft en depression med suicidtankar. Personer som tidigare haft en depression utan suicidtankar eller inte haft någon depression alls blir bara sorgsna. Det är inte suicidtankarna i sig som är farliga utan det är när de laddas med så starka emotioner att de blir svåra att stå emot som det

blir farligt. Detta öppnar möjligheten för undersökning och behandling av suicidtankar under ett lugnt skede. Man kan mäta dem i relation till andra faktorer, lära personen att hantera dem samt utvärdera effekten.

Den suicidala personen som aktör

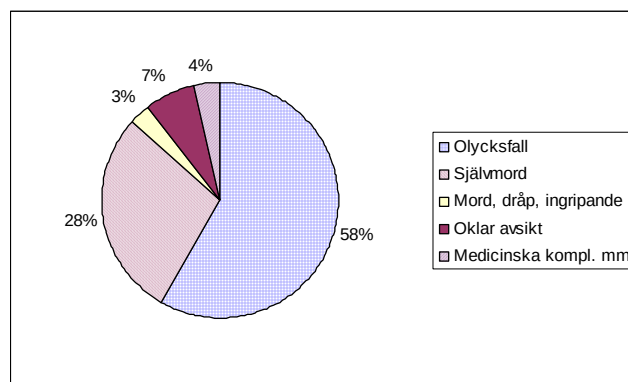
Med detta synsätt är det personen själv som hanterar sin suicidalitet. För att markera detta är det viktigt hur man uttrycker sig. Ser vi suicidtankar ur ett patologiskt perspektiv, till exempel som symtom på en depression, är det vanligt att fråga om patienten "har en depression" samt "har suicidtankar". Personen är en mer eller mindre passiv bärare av en sjukdom eller ett sjukdomssymtom. Sett ur ett kognitivt perspektiv, **har** man inte suicidtankar utan man är en person som **tänker** på suicid. Man kan även "tänka sig till en depression", men därmed också "tänka sig ur en depression". Denna skillnad är fundamental. Från att vara passiv blir personen ett subjekt som kan påverka sin situation, som kan hantera sin suicidalitet. Det är den suicidala patienten själv som måste göra detta. Vi andra kan bara ge honom stöd och kunskaper som ökar sannolikheten för att han ska lyckas. Det sker genom att man talar ingående om suicidtankarna, deras betydelse och hantering. Precis som personen själv är den enda som kan hantera risker för olycksfall. Även här kan vi andra bara förbättra hans förutsättningar genom att bidra med kunskaper och praktiska övningar.

Själv-mord som olycksfall – några perspektiv från skadeforskningens horisont

Ragnar Andersson, professor i riskhantering vid enheten för folkhälsovetenskap, Karlstads universitet

Jag har blivit ombedd att komma med några inspel kring självmordsprevention från olycksfallsforskningens horisont, eller skadeforskningen som vi numera ofta säger. Det naturliga är väl då att först konstatera att såväl olycksfall som självmord är exempel på samma hälsofenomen, nämligen skador. Till gruppen skador hör även mord, dråp och andra våldsskador som kan leda till dödsfall. Om någon hittas död genom drunkning, är bränd, förgiftad, skjuten, skuren, ihjälkörd, kvävd eller liknande är den fråga som först infinner sig om dödsfallet har inträffat genom olyckshändelse, avsiktligt våld, eller kanske självmord. Konsekvensen är densamma, dvs. den kroppsliga skadan. Men orsakerna bakom kan skilja sig åt.

Dödsfall genom skada



Samma diagnoser – skilda orsaker!

Kroppsskador är således en medicinskt sammanhållen kategori med gemensamma diagnoser och mekanismer, dvs. drunkningar, förgiftningar, sårskador, brännskador, kvävningsskador, m.m. Dessutom underindelas de efter yttre orsak, såsom diagrammet ovan visar. Flertalet brukar klassificeras som olycksfall medan cirka 30 procent klassas som självmord. Andelen mord och dråp är liten. Det finns också en ganska stor andel där man inte har kunnat fastställa varför dödsfallet inträffat. Det kan handla om antingen olycksfall, självmord eller mord,

men man har inte med säkerhet kunnat säga vilket. Ur rättslig synvinkel är det viktigt att få reda på bakgrunden till händelsen för att kunna utesluta brott. Ur åtgärdssynpunkt kan man däremot ibland fundera över hur pass betydelsefull denna åtskillnad är. Om någon till exempel blir påkörd av tåget genom olycks-händelse, självmordsavsikt eller blir knuffad med berått mod, kan man fråga sig vilken betydelse det har när man enkelt kan eliminera alla tre riskerna med samma typ av åtgärd.

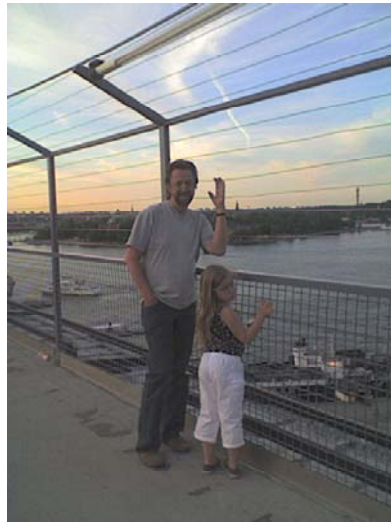
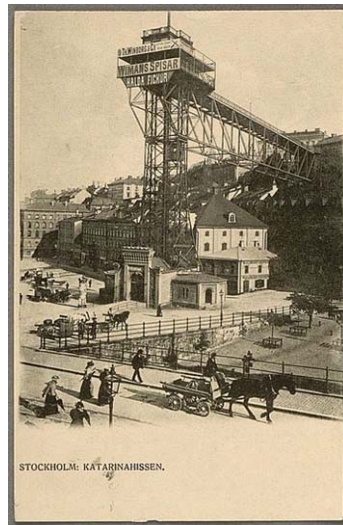
På bilden nedan ser vi en perrong som är ordentligt avskärmad med glasväggar och grindar som öppnas först när tåget står inne. På så sätt är det i princip omöjligt att komma ut på spåret när tåget är i rörelse. Det svenska Banverket ser nu i samarbete med oss på Karlstads universitet över hur skyddet mot påkörning på järnvägar kan förbättras, i synnerhet när det gäller självmord och självmordsförsök.

Betydelse ur preventionssynpunkt??



Nästa bild är ett annat exempel. När Katarinahissen i Stockholm var ny lär den ha attraherat suicidala personer som tog livet av sig genom att hoppa. Sedan länge finns nu ett rejält stängsel som minimerar denna risk. Här är det nära nog omöjligt att ta sig över. Vägverket arbetar på liknande sätt med sina broar sedan man insett att vissa broar är särskilt utsatta för denna problematik.

Många tror att man bara flyttar problemet med denna typ av åtgärd, men så är det inte. Studier visar att åtgärder som försvårar genomförandet också har en absolut förebyggande effekt!

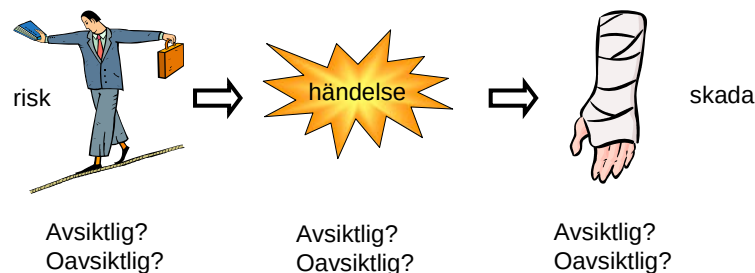


En annan aspekt på detta med avsiktligheten bakom en skada gäller hur man egentligen ska bedöma vad som är det ena respektive det andra. Om jag skulle gå upp i ringen mot Mike Tyson skulle det säkert av någon kunna betecknas som en närmast suicidal handling. Risken att bli ihjälslagen är ganska uppenbar. Någon annan skulle kanske beteckna det som mord eller avrättning. Tyson själv skulle förmodligen hävda att det var en olyckshändelse eftersom avsikten bara var att knocka, inte döda. Svaret ligger till stor del i betraktarens ögon!

Låt mig komplicera det hela ytterligare! I vilket led av ett skadeförlopp avgörs om det rör sig om en olycka eller ett självmord?

På nästa bild ser vi först en person som går på lina. Det är väl ungefär vad vi alla håller på med till vardags? Vi gör så gott vi kan och oftast går det bra, men ibland så mäktar vi inte med. Utsätter han sig självmant för risken, eller är det omständigheterna som har riggat den åt honom?

Vad är en olycka resp självmord?



Gradskillnader, inte artskillnader!

Även om risken kanske är självvald behöver inte händelsen vara det. Vi kanske bara ville komma nära risken för att testa lite, på lek eller genom oförstånd, eller på grund av sorg eller en livskris.

Även om vi nu anser att händelsen var avsiktlig, hur vet vi att skadan var det? Hur vet vi säkert att offrets avsikt verkligen var att avsluta sitt liv? Kanske var det hela mera tänkt som ett rop på hjälp? Det handlar alltså om gradskillnader och inte artskillnader!

Det första jag vill peka på, där skadeforskningen kan bidra på det suicidpreventiva området, gäller ett brett spektrum av åtgärder, som inte bara fokuserar på den suicidala individen utan också på miljön, situationen och de medel som används. Dessa åtgärder kan betraktas som barriärer som på olika sätt kan hindra både förloppets uppkomst och att förloppet löper hela vägen ut. Principerna är välkända och flitigt använda på det olycksförebyggande området, men är inte lika brett tillämpade på suicidområdet. Principerna är dock allmängiltiga och lika tillämpbara för självmord!

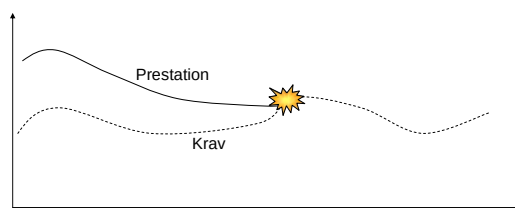
En annan sak vi successivt lärt oss på olycksfallsområdet är hur starkt kontextberoende olycksriskerna är. Förr skyllde man gärna olycksfallen på den mänskliga faktorn, dvs. individen. Men idag har man utvecklat en systemsyn som innebär att människan mera ses i sitt sammanhang, där såväl risk- som skyddsfaktorer finns på både grupp-, organisations- och samhällsnivå. På suicidområdet upplever jag att man delvis ännu är kvar i en individcentrerad huvudinriktning, men att en systemsyn på samspelet mellan människa och miljö skulle

Förr skylldes man gärna olycksfallen på den mänskliga faktorn, dvs. individen. Idag har man utvecklat en systemsyn som innebär att människan mer ses i sitt sammanhang där såväl risk- som skyddsfaktorer finns på både grupp-, organisations- och samhällsnivå.

ha stor relevans även här. Frågan är alltså om vi ska fokusera på den mänskliga faktorn eller anlägga en bredare systemsyn!

Slutligen vill jag peka på betydelsen av situationen, dvs. tillfälligheten, både när det gäller olycksfall och självmord. Latenta förhållanden räcker oftast inte. Det krävs också något i situationen som får bågaren att rinna över. Det kan gälla blixthalka på vägen eller en psykosocial påfrestning i våra privatliv.

Situationens krav kontra människans förmåga



Nollvisionen: Vi behöver förlåtande system!

Den undre linjen i bilden ovan representerar variationen i de krav som ställs på oss, och den övre variationen i mänsklig prestation för att möta kraven. Man kan till exempel tänka sig att man är ute och kör bil. Ibland är vägen bred och rak och då minskar kraven och vi kan slappna av. Men plötsligt kommer en hårnålskurva och är vi då inte beredda kan olyckan vara ett faktum. Det kan också vara prestationen som sviktar, till exempel på grund av trötthet, nedstämdhet eller alkoholpåverkan. Samma analogi tror jag kan vara tillämpbar i många självmords-situationer där vi inte förmår leva upp till kraven.

Inom vägtrafikens nollvision har man bestämt sig för att skapa förlåtande system så att enkla tillfälligheter och misstag inte får så dramatiska konsekvenser. Att till exempel försvåra tillgången till lämpliga medel för att ta livet av sig kan vara en tillämpning av denna lärdom på självmordets område. Samhället

måste tänka sig för så att man inte av oförstånd tillhandahåller lämpliga medel åt den suicidale, till exempel genom olämpligt utformade läkemedel, bristande vapenkontroll, tåg som helt oskyddat med högsta fart tillåts dundra genom tätbebyggda områden, oskyddade broar och avsatser, osv.

Jag skulle avslutningsvis vilja hävda att likheterna är fler än skillnaderna och att mycket finns att vinna på ett mer samlat skadeförebyggande arbete som omfattar såväl olycksfall som självmord. Jag har pekat på några argument:

- Samma konsekvenser och mekanismer
- Gradskillnader i stället för artskillnader
- Gemensam förståelseram

Låt mig till denna lista också få lägga ett sista argument. Även riskfaktorerna är i hög grad desamma. Psykisk ohälsa, missbruk, pressade livsvillkor, tillgång till fysiska risker i omgivningen, etc. är alla faktorer som bäddar både för självmord och olycksfall och även för våld.

Suicid i vägtrafiken

Tomas Fredlund, specialiststöd, Vägverket

När man tittar på den officiella statistiken över dödsfall i trafiken för att klargöra om det handlar om självmord eller annat dödsfall visar det sig att ungefär fem personer per år dör på grund av klarlagd suicid. Vi utreder samtliga dödsfall i landet sedan drygt tio år tillbaka. Av dessa utredningar får vi information om bakomliggande faktorer, sjukdomsbilder och annat som gör att man kan misstänka suicid. Misstänkt suicid är cirka fyra gånger så många som redovisas som klarlagd suicid i officiell statistik. Men det är mycket små tal och man måste vara försiktig vid dessa bedömningar.

Sedan 1997 utreds varje dödsolycka, vilken innebär att man samlar in så mycket information som möjligt. Vi har en särskild djupstudiegrupp som genomför besiktning av fordon som varit inblandade i dödsolyckor. I denna besiktning undersöks vägmiljö och fordon. Vi hämtar också in polisutredningar, obduktionsprotokoll och annat. Därefter går en analysgrupp igenom allt material och försöker återskapa händelseförloppet. En stor del av analysen handlar om själva olyckan, ögonblicket alldeles före samt även till viss del vad som händer direkt efter olyckan. I analysgruppen ingår fordonsingenjörer och personal med andra kompetenser, bland annat personal med medicinsk kompetens. Cirka 25 procent av analyserna i västra Sverige leder till någon fysisk åtgärd på olycksplatsen. Analysen ger oss mycket kunskap och djupstudierna är en av verkets kärnverksamheter. Eftersom många dödsolyckor har inträffat sedan 1997 finns en hel del data som är tillgänglig för forskning.

Suicid representerar en mindre del av dödsfallen i vägtrafiken. Det rör sig om mellan 30-40 personer per år. Tillvägagångssätten är lite olika. En del kör avsiktligt över på andra sidan vägen mot ett tungt fordon. Andra uppsöker ett betongfundament eller liknande och kör rakt in i detta. Obevakade järnvägsövergångar är också en plats som en del personer väljer. Någon kan som gående lägga sig på vägbanan framför en bil. De som hoppar från hög höjd omfattas inte av haveristudier. Det gäller cirka 60-70 personer, varav kanske 40-50 personer hoppar från en bro, som Vägverket kan vidta åtgärder på. Statistiken är dock bara en uppskattning.

Det är ofta svårt att påvisa om det är suicid eller annan olyckshändelse. De åtgärder som vi vidtar har huvudsakligen en olycksförebyggande/skadereducerande effekt men även en preventiv inverkan på suicid.



Med *vägrafikolycka med personskada* avses:

- Att händelsen har inträffat i trafik på väg
- Att minst ett fordon har varit i rörelse
- Att händelsen har medfört att någon person skadats

I somras fattade Vägverkets generaldirektör ett beslut om att vid broar med hög suicidfrekvens ska förebyggande åtgärder ha genomförts senast den 31 december 2009. Det handlar om räcken, barriärer samt uppsättande av hjälptelefoner. Troligtvis kommer barriärer och räcken installeras som preventiv åtgärd.

I somras fattade Vägverkets generaldirektör ett beslut om att vid broar med hög suicidfrekvens ska förebyggande åtgärder ha genomförts senast den 31 december 2009.

Räddningsverket och Räddningstjänsten – viktiga för suicidprevention

Robert Ekman, docent, Nationellt centrum för Lärande från Olyckor (NCO)

Vilken nytta kan Räddningsverket och Räddningstjänsten göra när det gäller suicidprevention? Vi menar att vi kan bistå på många sätt. Jag finns på en enhet i Karlskoga som heter Nationellt centrum för Lärande från Olyckor som har funnits sedan år 2002. Vi är drygt 20 personer som arbetar på enheten. Jag har

Uppgiften för vårt centrum är att samla statistik och faktaanalyser om olycks- och skadeproblemet i Sverige. Varje år presenterar vi en bild över olycksutvecklingen.

också en bakgrund som folkhälsovetare vid Karolinska Institutet i Stockholm. Uppgiften för vårt centrum är att samla statistik och faktaanalyser om olycks- och skadeproblemet i Sverige. Varje år presenterar vi en bild över olycksutvecklingen. Vi har hittills tagit fram drygt 30-talet rapporter som bygger på vår egen statistik som Räddningstjänsten levererar till oss, men också på andra undersökningar som exempelvis Socialstyrelsens register. Vill man veta mer kan man gå in på vår hemsida där ett rikligt material finns att ta del av (www.nco.srv.se). För några år sedan gjorde NCO beräkningar av samhällets kostnader för suicid. Det finns

också ett lagstöd för vår verksamhet, nämligen lagen (2003:778) om skydd mot olyckor. 3 kap 10 § säger:

När en räddningsinsats är avslutad ska kommunen se till att olyckan undersöks för att i skälig omfattning klarlägga orsakerna till olyckan, olycksförloppet och hur insatsen har genomförts.

Räddningsverket har ett förnämligt nationellt rapporteringssystem som bygger på att varje insats av en brandman eller annan tjänsteman förs in i ett formulär. Tidigare överlämnades dessa uppgifter till Statistiska centralbyrån, men sedan något år tillbaka har NCO tagit över uppgiften.

I nästa bild framgår hur många insatser avseende hot om självmord, självmordsförsök eller självmord dit räddningstjänsten kallats som har genomförts per år från 1996 och framåt. Antalet ligger mellan 150 och 200. En liten minskning har skett de senaste åren.

Insatser per år



Räddningstjänsten är ofta först på plats efter en händelse. Då gäller det att data samlas in och analyseras. I bilden kan man se de vanligaste situationerna som är hopp från höga byggnader, hopp framför ett tåg och även hopp i vattendrag.

Vanligaste situationerna -- ofta först på plats data samlas om insatser – rapporteras och analyseras



I rapporterna över händelser finns fritexter som till exempel:

Obekräftat larm:

- En man hotade att hoppa från bron. Ingen hade hoppat eller fanns på bron när vi kom fram.

Fullbordat faktum

- Framförhoppning vid Arlanda Express. En person död. Losstagnung skedde och därefter spolning.

Förhandling

- En person hotade att hoppa ned på E4. Han övertalades av brandpersonalen att sätta sig på en bänk och prata, han togs omhand av polisen och bil 951.

Handräckning till polis

- Polisen ringde och ville ha hjälp med stegar för att hindra en kvinna med psykiska besvär att hoppa från balkong eller fönster – vi hjälpte till att bryta upp ytterdörren och toalettdörren där kvinnan fanns.

Avväpning/våldsmedel

- En yngre kvinna har hoppat i ån och är beväpnad med förskärare. Efter mycket övertalning kunde tre män i vattnet avväpna henne och föra henne i land med våld.

Reflektion

- Självmordsförsök. En flicka hotade att hoppa från en byggnad. En sprängkudde riggades upp. Psykiatripersonal talade med flickan och lyckades gripa tag i henne. Säkerhet och rutinerna vid barnpsykiatri bör kanske ses över, eftersom detta var tredje självmordsförsöket på en månad med ungefär samma panorama.

Prevention av olyckor har resulterat i många positiva effekter, men tyvärr har självskadebeteenden ökat, speciellt bland unga. Det handlar inte bara om fullbordade suicid utan även om självskador, vilket tycks ha blivit en trend.

När det gäller Räddningstjänsten finns ett strålande exempel från Jönköping. Det är säkert inte en slump att minst 12 personer här i rummet kommer från Jönköping. Man har ett omfattande lokalt handlingsprogram, inte bara när det gäller trafik, brand och vattensäkerhet utan även ett aktivt program för suicidprevention. Man utbildar personalen om suicid, myter och föreställningar.

- För 800 personer vid fyra nya tillfällen i februari 2008
- Man har arbetat för att öka medvetenheten vid "hot spots" vilket kan vara nöjesplatser osv. Man sätter upp skydd runt järnvägar, lär serveringspersonal att vara observanta och larma vid starkt alkoholbruk
- Socialtjänsten har haft mellan 400-500 personer under utbildning
- Man har förberett telefonrådgivning inom primärvården
- SOS-operatörer har utbildats
- Polisens aktioner har diskuterats
- Skolpersonal har reflekterat över vilka insatser de kan bidra med
- Länets brandmän har övat i förhandling. Alla som har genomgått dessa övningar har känt mer behov av utbildning

Utbildning har även genomförts för Moras, Orsas, Älvdalens och Sundsvalls Räddningstjänster och SOS-alarmeringscentraler på dessa platser. Inom många kommuner finns förebyggande program, vilket är ett gott exempel på systemtänkande.

Alla intresserade är välkomna att delta i utbildningar i Jönköping som leds av tomas.wibble@jonkoping.se och goran.melin@jonkoping.se

Sammanfattningsvis kan sägas att Räddningsverket som statligt verk och NCO har funktionen att samla data, göra dataanalyser, föra ut informationen så att den blir till nytta i landet och för att återskoppla informationen för lokala kommunala aktioner. Den kommunala, lokala delen av Räddningstjänsten är oftast först på plats, och samlar systematiskt in data om händelserna. De preventiva insatserna baseras på dessa kunskaper. Kommunerna har enligt den nya lagen om skydd mot olyckor skyldighet att upprätta ett handlingsprogram med såväl förebyggande åtgärder som räddningsinsatser.

Olycksfallsanalyser ur systemperspektiv

*Mikael Ljung Aust, Olycksanalys och Förarbeteende,
Säkerhetscentrum, Volvo personvagnar*

Mitt inlägg handlar om hur man kan förebygga olyckor i trafiken utifrån ett tillverkarperspektiv. På Volvo har vi länge utvecklat lösningar som skyddar mot konsekvenserna av en bilkrock, som till exempel airbags, bilbälten, m.m. Helst skulle man dock vilja förhindra att olyckorna inträffar överhuvudtaget. Tack vare de senaste årens tekniska utveckling på dator- och sensorsidan börjar vi nu se möjligheter även inom preventionsområdet.



För att kunna förhindra att olyckor inträffar måste man först ta reda på varför de inträffar. I ett sådant utredningsarbete gäller det att ha en bra utredningsmetod. Utredningsmetoden måste dessutom vara utformad så att resultaten lätt kan sammanställas och att man av sammanställningen ser de gemensamma orsaksmönstren. Om suicid kommer att betraktas som olycksfall kommer det att krävas motsvarande utredningsmetoder även inom detta område.

Idag ska jag tala om ett nationellt metodutvecklingsprojekt inom trafiksäkerhet kallat FICA (Factors Influencing the Causation of Accidents and Incidents) där Volvo Cars, Saab, Autoliv, Volvo Technology, Vägverket samt Chalmers tekniska högskola och Linköpings universitet har medverkat. Projektet startade 2002 som ett svar på behovet av att förstå hur man ska bygga kollisionsundvikande system. Uppdraget var att ta fram en metodologi för olycksanalys och

resultatsammanställning, som gör att man både kan prioritera bland existerande motåtgärder samt föreslå nya åtgärder.

Innan man genomför en olycksfallsanalys finns några stora frågor att fundera över. För det första är olycksorsaker inte något man hittar; de är något man resonerar sig fram till. När man kommer ut till en trafikolycksplats ligger det inte

Olycksorsaker är inte något man hittar; de är något man resonerar sig fram till.

orsaker och skräpar på marken. Snarare handlar utredningsarbetet till stor del om att resonera sig fram till orsaker med hjälp av intervjuer, bilder, mätningar och annan data man samlar in. Eftersom orsaker är tankeprodukter, som påverkar orsaksresonemanget och därmed resultatet, är det viktigt att ha klart för sig vilken underliggande syn man har på vad en olycka är när man gör en utredning. En sådan underliggande syn kan kallas en olycksmodell, och det är något vi alla har med utan att vi tänker så mycket på det. Om det till exempel skulle bli alldeles svart i luften och lukta olja skulle de flesta av oss dra slutsatsen att det kommer från någon närbelägen industri, även om vi egentligen inte har någon aning om det verkligen stämmer. Det kan ju faktiskt bero på något helt annat.

Vår underliggande syn på varför olyckor inträffar styr alltså datainsamling och analys, eftersom man helst och/eller endast letar efter det som man tycker är relevant. Ska man göra motsvarande analys vid suicid måste man därför börja med att granska sina olycksmodeller och välja ett relevant betraktelsesätt som matchar de projektmål man har ställt upp.

Olycksmodellen vi använder i FICA är ganska enkel. Den täcker två saker; var man kan leta efter orsaker, och hur själva olycksförloppet ser ut. När det gäller det förstnämnda tillämpar vi ett brett perspektiv i en så kallad MTO-modell (Människa-Teknik-Organisation). Den innebär att man kan hitta olycksorsaker både hos föraren (människa), i bilen (teknik), i trafikmiljön (teknik) samt hos dem som byggt bilen och trafikmiljön (organisation).

När det gäller olycksförloppet skiljer vi mellan problem som uppstår under själva körningen och på problem som har inträffat tidigare, men vars konsekvenser kan påverka själva körningen. Om jag till exempel får vinterdäcken monterade på av verkstad kan det hända att en mekaniker inte drar åt bultarna ordentligt, eftersom hans chef stressar honom för att han ska hinna med en lång kö av kunder. Detta får inga direkta konsekvenser just då. Men "försummelsen" följer med som en latent omständighet genom hela bilkörningen fram till det ögonblick då jag kanske tvingas göra en häftig undanmanöver på grund av att en älg dyker upp på vägen. I det ögonblicket går hjulbultarna av, jag tappar hjulet och kanar kanske rakt in i älgen.

Ska man förklara en sådan olycka ser man att den beror på en kombination av bidragande faktorer. Det är älgens uppdykande på vägen (trafikmiljön), min kanske onödigt våldsamma undanmanöver (föraren), bultarna som går av (bilen)

och den stressade mekanikerns dåliga arbete (organisation) som tillsammans gör att jag förlorar kontrollen. Alla faktorerna måste till för att det ska bli en olycka.

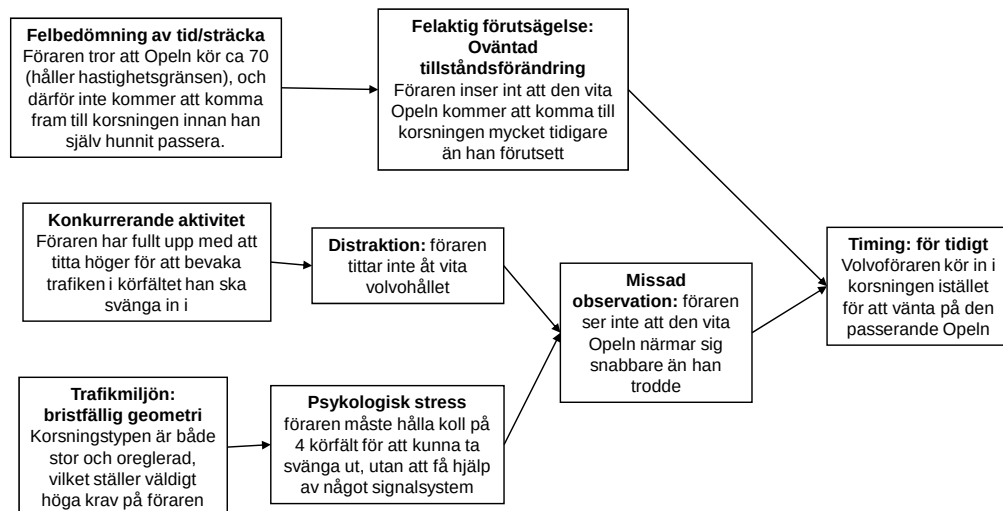
När man har definierat sin olycksmodell är nästa steg att konkret skriva ned vilka de möjliga orsakerna till olyckorna är, så att utredarna vet vad de ska leta efter när de är ute och arbetar. I FICA-projektet har vi skapat en utredningsmetod kallad DREAM (Driving Reliability and Error Analysis Method). Förutom en manual för hur man i praktiken ska utföra olycksanalysen innehåller DREAM ett kategoriseringssystem som listar alla orsaker som vi anser är relevanta att peka ut när man ska förebygga olyckor genom kollisionsvarning i bilen, samt vilka konsekvenser dessa har.

Kategoriseringssystemet är uppbyggt så att man utgår från olycksplatsen och klassar det som skett där med hjälp av det vi kallar fenotyper. Fenotyperna beskriver vad som har gått snett på ett fysikaliskt vis, till exempel att ett fordon har haft hög hastighet, kört åt fel håll, påbörjat en manöver för tidigt, eller liknande. När man har bestämt fenotypen går man vidare och försöker se vad som har orsakat fenotypen. För detta ändamål innehåller kategoriseringssystemen en uppsättning möjliga bakomliggande orsaker, kallade *genotyper*, samt en beskrivning av kopplingar både inom genotyperna och mellan genotyper och fenotyper. Kopplingarna är viktiga, för de utgör ett smidigt sätt att få med sig tidigare erfarenheter inom området som andra projekt och studier gjort.

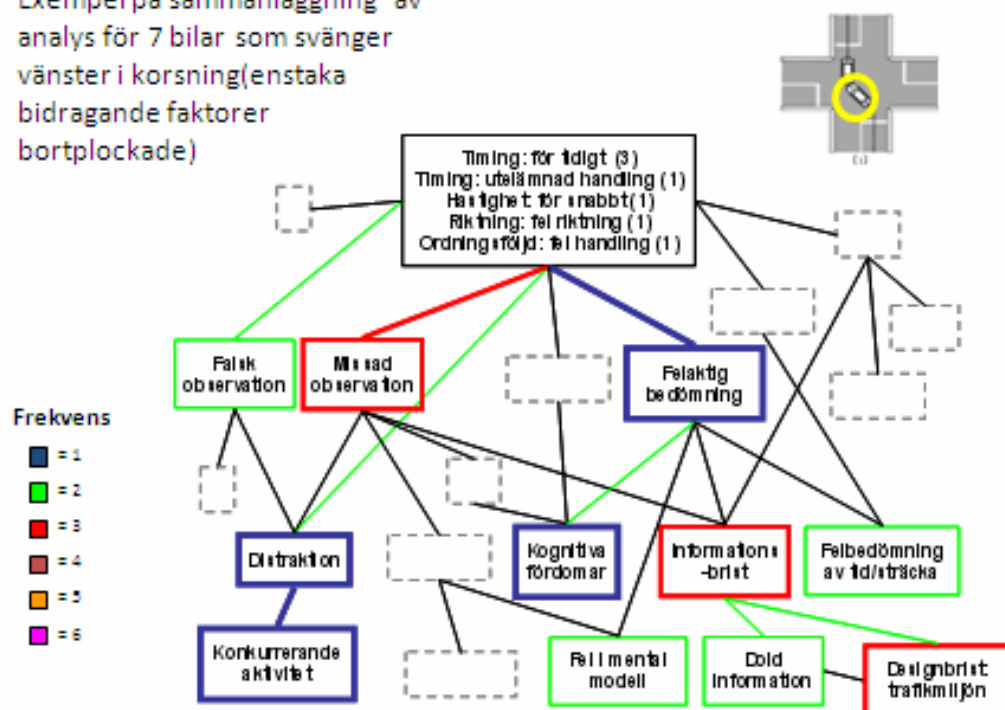
Begreppen *fenotyp* och *genotyp* är hämtade från biologin. Kort kan man säga att även om varje människa (varje fenotyp) har ett unikt utseende delar alla människor ändå samma uppsättning bakomliggande gener. Skillnaderna i utseende beror på vilka gener som är aktiva hos respektive fenotyp. Parallellen till olycksanalys är att även om två olyckor ser olika ut på ytan (olika fenotyper), kan orsakerna till dem härledas ur samma lista av möjliga orsaker, eller samma genpool om man så vill. Det som skiljer dem åt är vilka orsaker som realiserats (dominerar) vid respektive olyckstillfälle.

Genotyperna är hämtade från hela MTO-domänen och utvalda för att de representerar faktorer som vi anser att projektdeltagarna i framtiden kan ha möjlighet att påverka med olika hjälpsystem i bilen. Detta urval är mycket viktigt. Det är ingen idé att utreda bidragande faktorer som man ändå inte kan göra något åt. Därför måste kategoriseringssystemet vara noga avstämt mot både projektmål och projektmedarbetarnas resurser om man ska kunna förändra de vanligaste bidragande faktorerna man hittar under projektet. Erfarenhet från FICA-projektet har också lärt oss att orsaksanalyser ställer stora krav på tydlighet och utformning i utredningsmanualen, där kategoriseringssystemet beskrivs. Finns det tvetydigheter i manualen blir resultaten från projektet också tvetydiga.

Slutresultatet av varje olycksanalys i FICA blir en identifiering av de bidragande faktorer som tillsammans skapade möjligheten för just den här olyckan, inklusive kopplingarna mellan dem. Det kan se ut så här:



Exempel på sammanläggning av analys för 7 bilar som svänger vänster i korsning(enstaka bidragande faktorer bortplockade)



Vinsten med att ha fördefinierade faktorer och kopplingar i ett kategoriserings-system som DREAM är att det blir lätt att sammanställa resultaten från flera olyckor. Eftersom kopplingarna är fördefinierade kan ett antal analyser helt enkelt överlagras ovanpå varandra, och då ser man snabbt vilka orsaksmönster som återkommer oftast. Detta gör att man kan dra slutsatser om vilka bidragande faktorer som är intressanta att fokusera motåtgärderna på.

Den bästa typen av förebyggande åtgärder är förstås de som gör att en kritisk situation inte uppstår till att börja med. Bra motåtgärder för exempelolyckan ovan är att ha viltstängsel på plats och kvalitetskontroll på däckverkstan, dvs. ta bort förutsättningarna för att olyckan ska kunna inträffa. Om man ändå hamnar i en olyckssituation kan man säga att alla situationer inte är lika definitiva som när man tappar ett hjul. I vårt arbete har vi sett att vid trafikolyckor finns det vanligtvis en liten tidslucka på en eller ett par sekunder från det att man kan upptäcka att det håller på att gå illa fram till själva kollisionen, dvs. en liten lucka mellan förlorad kontroll och krock där man har möjlighet att försöka återställa kontrollen. Det är den tidsluckan som de flesta krockvarningssystem, som är på väg ut på marknaden, siktar på. Samma analys kan göras i samband med ett möjligt självmord. Om man har jobbat igenom alla möjliga åtgärder som ska förebygga suicidtillstånd hos människor, och någon ändå ringer in och säger att "nu ska jag göra ett självmord" finns det ofta en tidslucka innan själva självmordet utförs som kan variera från en till två timmar. Under den tiden finns det alltså fortfarande en möjlighet att vidta vissa åtgärder, bara man kan ta reda på vilka som skulle kunna fungera.

Olycksfallsperspektiv i hälso- och sjukvården

Helena Silfverhielm, medicinalråd, Socialstyrelsen

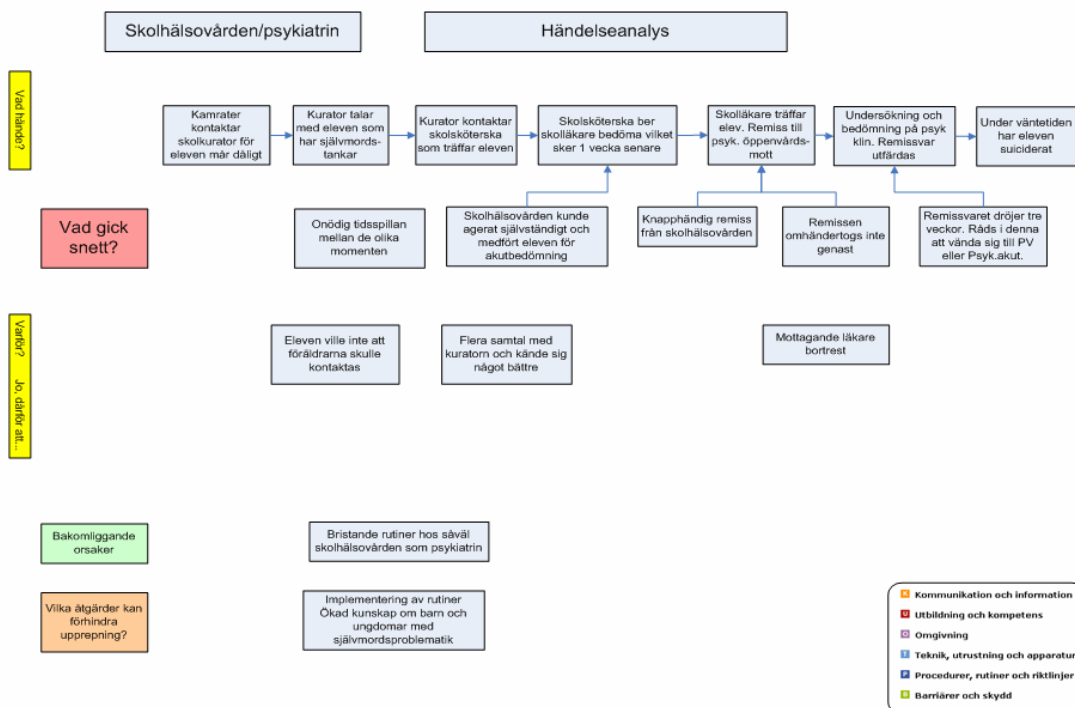
Jag har tidigare under dagen i korthet belyst Lex Maria och de självmord som ska anmälas till Socialstyrelsen. I samband med att ett självmord genomförts i anslutning till vården görs inledningsvis en internutredning. I denna ska också ingå en händelseanalys. Av de 1 154 självmord som genomförts har 60 procent av de personer som suiciderat haft kontakt med vården någon gång tidigare och 40 procent under den senaste månaden. Detta är uppgifter som vi fått från vårt epidemiologiska centrum. Uttryckt i siffror är det 709 personer som har haft kontakt med vården under det senaste året och 493 som har haft kontakt under den senaste månaden. Det är dock siffror i underkant för i dessa beräkningar finns

När förslaget till det nationella handlingsprogrammet kom, var en av strategierna att göra händelseanalyser för att försöka vinna kunskap från dessa analyser.

inte de som kontaktar primärvården med, och vi vet att primärvården haft kontakt med en del av de patienter som senare suiciderat. För år 2006 har 350 Lex Maria-anmälningar kommit in, vilket är något lägre än den tidigare nämnda siffran på 493. För år 2007 har vi fått in närmare 500 anmälningar. Anmälningarna har ännu inte analyserats. När förslaget till Nationellt program för suicidprevention kom, var en av strategierna att göra händelseanalyser för att försöka vinna kunskap från dessa analyser. Av tidsskäl har endast hälften av de ärenden som har kommit in analyserats. I hälften av fallen hade, som

tidigare nämnts, inte Socialstyrelsen någon kritik på hur patienten hade omhändertagits. Men för den andra hälften kunde vi konstatera att det var något i vården som brustit och som kunde ha bidragit till att denna person hade tagit sitt liv. Där brister har identifierats har Socialstyrelsen anmodat vårdansvariga att till Socialstyrelsen rapportera vilka åtgärder som vidtagits för att reducera eller eliminera de konstaterade bristerna.

Alla kommer inte till slutenvården. Många kommer till öppenvården dvs. primärvård, skolhälsovård, dvs. allt som finns utanför sjukhusen. Då gäller det att identifiera riskpersoner och se till att de får någon form av vård eller stöd. Det har funnits brister när det gäller att identifiera suicidala patienter. Som exempel kan nämnas en skolelev med depression, suicidtankar och planer att genomföra ett suicid där brister i vården har påvisats. Skolläkare fanns inte på plats, remissen från skolläkaren kom inte fram i tid till rätt mottagning, en remiss som kommit fram till mottagningen lästes inte av rätt person eller remissen hade lagts i ett fack hos en läkare som var på semester.



A

Nästa risksituation är om en adekvat riskbedömning inte görs när man kommer in till slutenvården. Det är viktigt att fråga patienten om suicidtankar, hur länge dessa tankar har funnits, om patienten har gjort ett tidigare suicidförsök. Det är viktigt att i detalj diskutera problemet. Hos många av de patienter som senare tagit sina liv har vid granskning av journalerna framkommit att sådana frågor aldrig har ställts. Ibland kan det stå att inget suicidalt framkommer, vilket kanske inte är en slutsats efter frågor, utan snarare läkarens känsla av att det inte funnits någon suicidrisk. Stora brister finns framför allt i dokumentationen. Antingen har frågan inte ställts eller så saknas det dokumentation om detta. Om en patient kommer in akut saknas många gånger en bedömning av suicidtankar och suicidplaner i dokumentationen. Sak samma kan gälla när patienten skrivits ut. Epikrisen har inte innehållit information om suicidrisk, vilket kan försvåra för öppenvården som ska överta ansvaret för patienten.

Samverkan mellan olika instanser och inte minst med anhöriga är också viktig. Det är till exempel viktigt att informera anhöriga inför en utskrivning förutsatt att patienten inte motsätter sig detta och att även meddela primärvården och annan öppenvård allt som är viktigt inför kommande kontakter. Att inte ge patienten en tid för uppföljning är en annan brist som har kunnat konstateras. Det bästa vore att patienten i samband med utskrivningen fick en skriftlig infor-

mation med tid för uppföljning och även namn på den läkare som han/hon ska ha kontakt med inom öppenvården. En del har fått veta att en läkare ska ringa, vilket sedan inte sker.

Lokalt kommunalt arbete

Sven Bremberg, docent, Statens folkhälsoinstitut

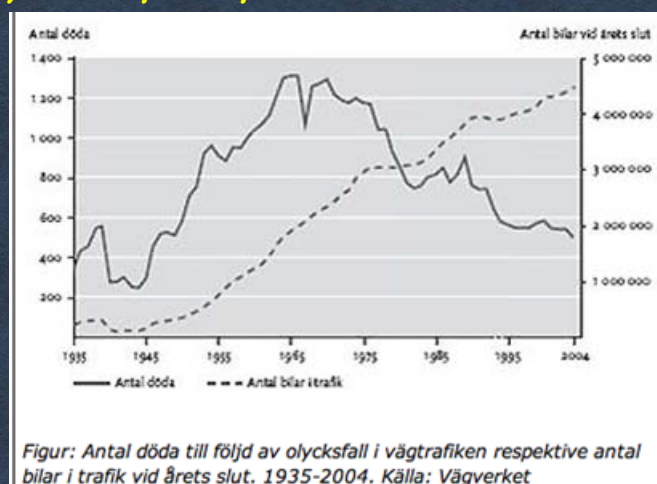
I underlaget till Nationellt program för suicidprevention som Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen har lagt fram framgår att tre viktiga samhällssektorer kan bidra till att reducera självmord. Det är samhällssektorer som påverkar människors allmänna levnadsvillkor inklusive tillgång till alkohol, hälso- och sjukvården samt primärkommunerna. Framför allt primärkommunernas insatser är viktiga när det gäller dessa uppgifter. Det är i viss mån en utmaning, eftersom de flesta kommuner inte bedriver några självmordsförebyggande insatser. Skälet är

Genombrottet att se på suicid som ett psykologiskt olycksfall kom från en WHO-rapport 2002 där olycksfallsskador, mord och suicid behandlas i ett gemensamt sammanhang.

kanske att vi ser på suicid som något helt annat än våld eller olycksfall med hänvisning till vad Ragnar Andersson tidigare belyst. Prevention av olycksfall hanteras av bland annat trafikmyndigheterna. Vårdshandlingar behandlas i rättsapparaten och suicid i hälso- och sjukvården. Frågan blir då varför kommunerna ska ägna sig åt dessa frågor.

Genombrottet att se på suicid som ett psykologiskt olycksfall kom från en WHO-rapport 2002, (Violence and health, 2002, kapitel 7: Self-directed violence, s. 83-212) där olycksfallsskador, mord och suicid behandlas i ett gemensamt sammanhang.

Systemperspektiv



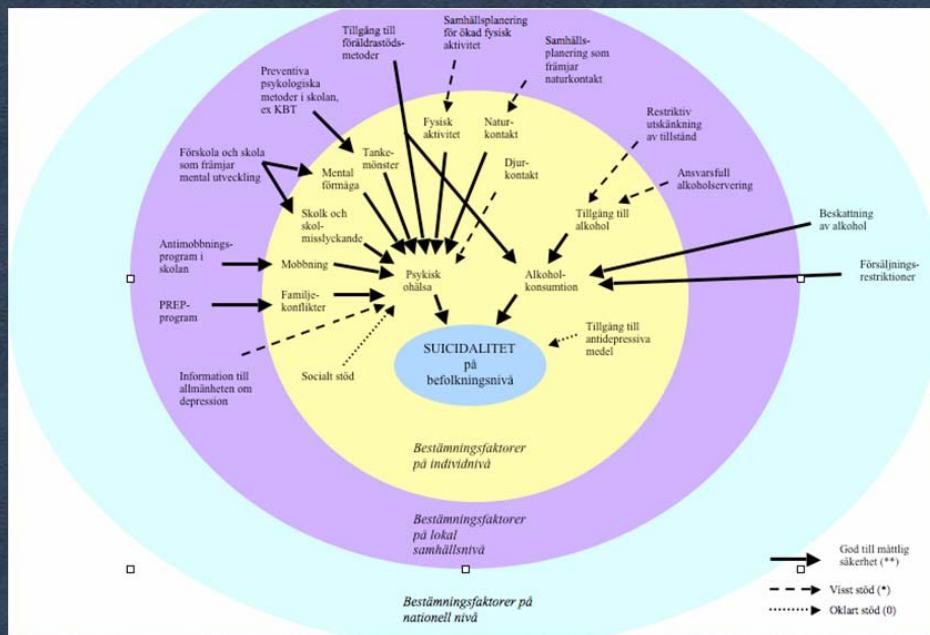
14

Den undre prickade kurvan i diagrammet ovan visar omfattningen av trafikolycksfall i Sverige, medan den helstreckade linjen visar antalet döda i trafiken. Till en början stiger dessa kurvor parallellt. Någonstans i mitten av 1960-talet vänder trenden varefter antalet döda efter trafikolycksfall kraftigt går ner. Vid den tidpunkten böt man perspektiv på vägtrafikolyckorna från att tidigare ha sett på föraren som den felande länken till att se på olyckor i ett helt system. Man lägger med andra ord ett folkhälsovetenskapligt perspektiv på vägtrafikolyckor. Ytterst är det en individ som drabbas, men den fysiska miljön liksom den sociala miljön som individen befinner sig i har också betydelse.



En viktig fråga är att ta reda på *var* i ett förlopp det är möjligt att ingripa. De effektiva åtgärderna finns i en skrift som tagits fram vid FHI där en mängd evidensbaserade insatser redovisas som man kan använda sig av, men som dessvärre inte används. Ett nationellt program kan stimulera kommunerna att vidta åtgärder och framför allt ge dem stöd inför sådana åtgärder.

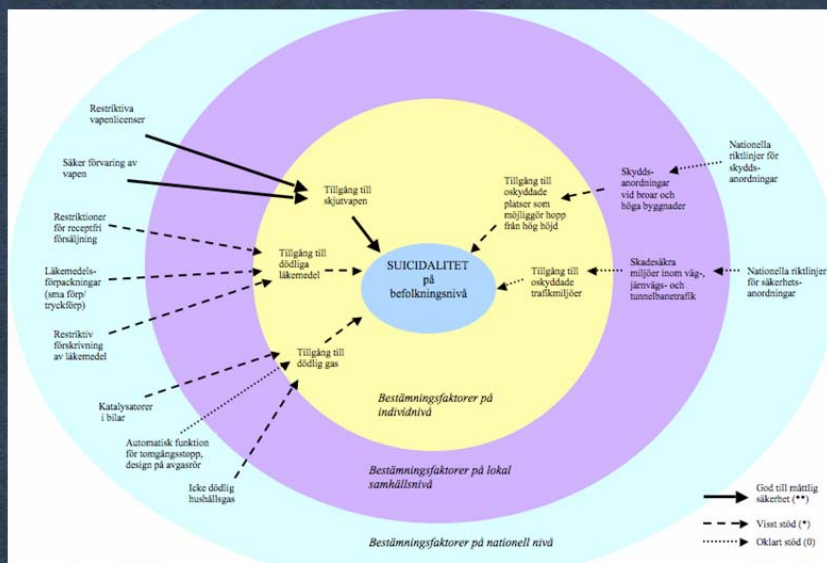
Bestämningsfaktorer: individfaktorer



19

Figuren ovan visar ett flertal faktorer som kan påverka möjligheten att förebygga psykisk ohälsa och framför allt förbättra den psykiska hälsan. En mängd program finns att ta till för att förbättra livsvillkoren för människor (föräldrastödsprogram, antimobbingsprogram, kbt-program m.m.). Här ingår också faktorer som påverkar alkoholkonsumtionen och tillgången till alkohol. De hel-dragna pilarna rör flera studier med hög kvalitet och hög evidens. De andra pilarna visar att evidensen är mer oklar eller att det inte finns något stöd alls för deras effektivitet.

Bestämningsfaktorer: suicidmedel o fysisk miljö



20

På liknande sätt kan ovanstående figur illustrera de faktorer som påverkar den fysiska miljön, bland annat det som har tagits upp idag om broar och vattendrag. Det finns många insatser som kan göras. Haverikommissioner kan bli en motor i ett sådant arbete. Redan idag går de rättsmedicinska avdelningarna igenom alla suicidfall och tar också reda på omständigheterna och levnadsförhållandena vid ett självmord. Denna kunskap bör kunna överföras till grupper på kommunal nivå där det finns olika beslutsfattare för skolan, trafiksystemen och äldreomsorgen. De skulle kunna presentera konkreta suicidfall och analyser som kan ge kunskap om hur den här formen av suicid ska kunna förebyggas. När en människa, och då framför allt en ung människa, begår självmord väcker detta ett stort engagemang i hela kommunen. Detta engagemang kan möjliggöra ett förebyggande arbete i kommunen så att nästa självmord förhindras. Det är också viktigt att beslutsfattare får tillgång till goda kunskaper och effektiva metoder.

AVSNITT 4

FYRA PARALLELLA SEMINARIER

– SUICIDPREVENTION I UTVECKLING

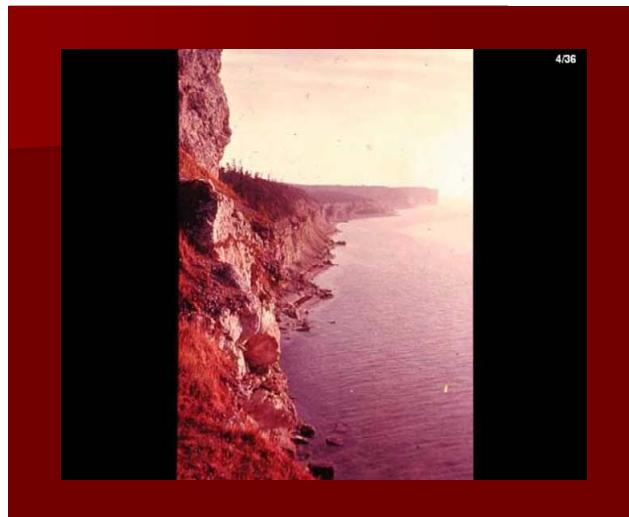
A. Suicidprevention inom psykiatrisk vård

Moderator: Wolfgang Rutz

Deltagare: Wolfgang Rutz, Sigurður Páll Pálsson, Lars-Håkan Thorell, Jörgen Tranevik, Linda Malmo, Ullakarin Nyberg, Karl-Otto Svärd och Helena Silfverhielm.

Wolfgang Rutz inledde seminariet med att kort sammanfatta Gotlandsprojektet vad gäller utgångsläge, innehåll och resultat. Han visade samtidigt hur det ser ut när det gäller suicidaliteten på Gotland idag.

Gotland genomgick en förändringsprocess under 1970- och 1980-talen, som påverkade levnadsförhållandena för många människor på ön, framför allt för dem som arbetade i skogs- och lantbruket. Suicidtalerna var höga och man använde oftast drastiska metoder för att ta sitt liv, även bland kvinnorna. Samtidigt fanns det en låg förskrivning av antidepressiva medel, men en hög förskrivning av anxiolytika, sedativa och hypnotika.



Efter att man genomförde ett utbildningsprogram som syftade till att höja kompetensen bland allmänläkarna så att de tidigt kunde diagnostisera och behandla depression, gick suicidtalerna ner, men bara bland kvinnor. En efterundersökning visade klart att det fortfarande mycket höga antalet manliga suicidanter inte hade kunnat nås av kunskapsförbättringen inom primärvården, eftersom de suiciderade männen inte hade kontakt med allmänläkare eller andra delar av sjukvården. Dessa fynd gjorde det möjligt och nödvändigt att utarbeta ett skattnings- och screeninginstrument för att i tid kunna känna igen och följa upp männens typiska/atypiska sätt att vara deprimerad på och ytterst suicidal, som tydligt hade framkommit i vår undersökning.

Efter en psykologisk autopsi av alla manliga suicid under 1980-talet utvecklade forskargruppen därför en manlig depressionsskala (Gotlands male depression scale, GMDS), som återgav de typiska tecknen för manlig depression som autopsin hade givit. Tecknen avsåg aggression, dålig impulskontroll, missbruk och missbruksekvivalens som självmedicinering, regressivt självömkande och dysfori, beslutsoförmåga och social tillbakadragenhet hos tidigare såväl beslutskapabla som socialt kompetenta män, en "pseudopsykopatisk" personlighetsförändring som både de drabbade och deras anhöriga klart tidsmässigt kunde lokalisera, samt en manlig hereditet för missbruk och suicid.

Skalan publicerades ursprungligen på svenska, sedan på danska och engelska och är idag tillräckligt väl utprövad och spridd över hela Europa. I stigande grad används den som ett screeninginstrument, med översättningar till tyska, finska, isländska, slovenska och ungerska. Även här hemma i Sveriges tilldrog sig skalan stort intresse bland medlemmarna vid senaste nätverksmötet i mellan-svenska nätverket för suicidprevention i Karlstad.

Gotlandsmodellen och dess idé har nu spritts över hela Europa och ligger även till grund för projektet "European Alliance against Depression". Ett annat viktigt resultat av gotlandsundersökningen var att utbildningsprogram måste repeteras vart tredje år för att bibehålla effekten. Utbildningar har inte hållits på Gotland under de senaste tio åren, vilket tillsammans med en social omstrukturering, kan vara en förklaring till varför suicidtalerna på Gotland åter igen är de högsta i Sverige.

Depressionssymtom hos män mätt med Gotlands Male Depression Scale (GMDS)

*Sigurður Páll Pálsson, MD, PhD, Enheten för psykiatri,
Universitetssjukhuset i Reykjavík, Island*

I inlägget presenterades ett projekt på Island, där man använde GMDS för att upptäcka män med depression och jämförde resultaten med andra skattningsformulär och klinisk diagnostik. I första fasen inbjöd man män mellan 18 och 80 år att delta i studien. Man använde GMDS, Beck Depression Inventory (BDI) samt ett allmänt självskattningsformulär för att få en bild av personernas hälsa. I andra fasen, som omfattade 137 män, genomförde psykiatriker en undersökning där man använde sig av DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), MINI-D (Kortversion av DSM-IV), CPRS (Comprehensive Psychiatric Rating Scale) och Paykels suicidfrågor. Man kunde visa att aggressivitet, ökad irritabilitet och ångest korrelerade mest med egentlig depression (Major Depression, MDD). De symtom som män oftast beskrev var sömnproblem, trötthet, lägre stresstolerans och aggressivitet. I kliniska sammanhang är det viktigt att titta på dessa symtom för att upptäcka manlig depression.

Män talar mer sällan än kvinnor om sina symtom, framför allt inte om symtom på depression. De söker även i betydligt mindre utsträckning hjälp. De

**Män talar mer
sällan än
kvinnor om
sina symtom
framför allt
symtom på
depression.**

nämnda depressionsskalorna identifierar inte samma fall. Bland deprimerade var sambandet 76,8 procent och bland icke deprimerade var sambandet 94,4 procent. Tio procent av männen var positiva mätt med både GMDS och BDI, vilket motsvarar en betydligt högre prevalens av depression bland män än som tidigare beskrivits i befolkningsstudier.

Ett metodologiskt problem med studien var att av 534 män ingick enbart 25 procent av de män man kontaktade i studien.

De som var allra sämst representerade var ogifta och yngre män. De som deltog överensstämde dock med hela landets population vad gäller personer i arbete, arbetslöshet, förtidspension, utbildningsnivå, alkoholvanor och rökning.

Table 1. Participation according to marital status

General male population reference*		Study #
Status	%	%
Single	31,8	13,8
Married	47,4	60,2
Cohabiting	10,1	15,3
Divorced	7,3	7,9
Widower	1,7	2,8
Total	98,3 *	100

*Statistical Bureau could not account for the marital status of 1,7 %

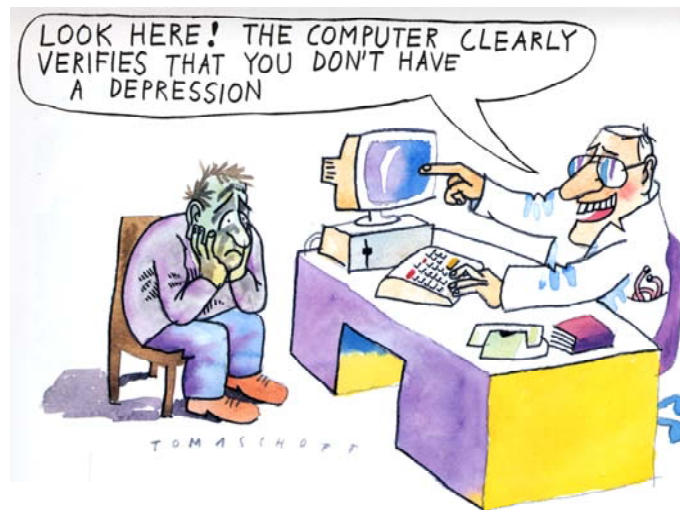
Calculated proportion for males 18-80 year of age in Iceland.

Information lacking for 4 cases

Gotlandsskalan (GMDS)**N=534**

2 = Passar bra 3 = Passar mycket bra		Poäng >1	
		%	95%KI
1	Lägre stress tolerans, mer stressad än vanligt	16.8	13.7- 20.2
2	Mer aggressiv, arg, sämre självkontroll, mindre tålamod	11.8	9.2-14.8
3	Känner sig utbränd, tomhets känsla	14.5	11.6-17.8
4	Konstant trött, utan klar anledning	18.2	15.0-21.8
5	Mera irriterad, frustrerad	15.3	12.2-18.6
6	Svårare att fatta enkla beslut	10.8	8.3-13.8
7	Sömnproblem	21.1	17.6-24.8
8	Ångestsymptom	10.5	8.0-13.4
9	"Acting out" beteende. Hyperaktiv i tex arbete, mera alkohol	10.3	7.8-13.2
10	Ändrat beteende, olik sig själv, svårt att umgås med andra	4.7	3.1-6.9
11	Deprimerad, hopplöshetskänsla, negativ, ser allt svart	10.4	8.0-13.4
12	Ökat tendens för att tycka synd om sig själv	4.8	3.1-6.9
13	Familjeanamnes: Depressivitet, missbruk, suicid, suicidförsök, riskbeteende	22.3	18.8-26.1

Sammanfattningsvis visade studien att det är mycket svårt att få män att delta. Det är skillnad mellan mäns och kvinnors deltagande i studier. För att tidigt upptäcka män med depression och ta hänsyn till deras obenägenhet att söka hjälp, rekommenderas andra arenor som till exempel olika föreningar och arbetsplatser.



Tidig upptäckt av suicidrisk genom elektrodermal hyporeaktivitet

*Lars-Håkan Thorell, docent i experimentell psykiatri vid
Hälsouniversitetet i Linköping*

I detta föredrag redogjorde Lars-Håkan Thorell om resultaten från de senaste 26 årens forskning om så kallad elektrodermal hyporeaktivitet och dess samband med suicidförsök och suicid hos deprimerade personer. Elektrodermal hyporeaktivitet är benämningen på bristen av normala fysiologiska reaktioner i svettkörtelaktiviteten i fingertopparna då man stimulerar en person med överraskande ljud. Undersökningen tar 15 minuter och går till så att man via hörlurar får höra en ton då och då enligt ett särskilt utvecklat tidsschema. Under tiden mäter man de kortvariga ökningarna av svettning som automatiskt framkallas av stimuleringen. Man använder elektroder som tejpas fast på fingertopparna.

Tre internationella laboratorier har var för sig publicerat en rad artiklar som sammantagna visar att 97 procent av dem som tog sitt liv var elektrodermalt hyporeaktiva och att endast sju procent av dem som inte var hyporeaktiva genomförde ett allvarligt självmordsförsök eller begick självmord. Ett extraordnärt starkt samband visades mellan suicidal benägenhet och elektrodermal hyporeaktivitet.

Den elektrodermala hyporeaktiviteten är inte beroende av stämningsläge. Hyporeaktiviteten kvarstår under lång tid, två år och kanske längre, efter en depressionsperiod. Det betyder att man bland patienter med depressionssjukdom mycket tidigt kan finna dem som behöver särskild behandling och omvårdnad, redan innan självmordstankar uppstår och till och med före en eventuell ny depressionsepisod. På så sätt kan man i tid behandla och förbereda försvar mot självmordstankar och självmordsförsök.

Personalkompetens i suicidprevention – erfarenheter från vuxenpsykiatri i Gävle

*Jörgen Tranevik, enhetschef LRV-enheten, Vuxenpsykiatri
Gästrikland Psykiatri & Habilitering, Gävle och
Linda Malmö, Vuxenpsykiatri Gästrikland*

I Gävle, som har en suicidpreventiv modell inom vården, bygger de preventiva insatserna bland annat på en basutbildning till all personal. Basutbildningen är organiserad av en grupp som arbetade med suicidprevention. Den obligatoriska utbildningen omfattade all personal från sekreterare till verksamhetschef och handlade i grundläggande delar om bemötandet av både patient och anhöriga. Under utbildningen använde man sig av både fallbeskrivningar med diskussioner om praktiska åtgärder på olika suicidrisknivåer och små gruppdiskussioner på respektive enheter. En viktig del av utbildningen var också att understryka betydelsen av att fråga patienter direkt om deras suicidtankar och suicidplaner. Under hela processen var SPES med och hjälpte till att förmedla förståelse för suicidproblematiken. Resultaten, som mest bygger på intervjuer, visar att deltagarna tyckte det var lättare att hantera kriser och våga fråga patienter om suicidproblematik. De hade också en mer positiv syn på arbetet med dessa patienter. Man har vidare utvecklat en mall för suicidriskbedömning. Många sjuksköterskor som deltog i utbildningen var nyutbildade och påstod att de inte fått dessa kunskaper under sin grundutbildning. Utbildningen ska genomföras under våren 2008 och samtidigt har man skapat ett nätverk för suicidprevention, där man framför allt kan få information.

Suicidprevention inom Norra Stockholms psykiatri (NSP)

Ullakarin Nyberg, med dr, överläkare och specialist i allmänpsykiatri

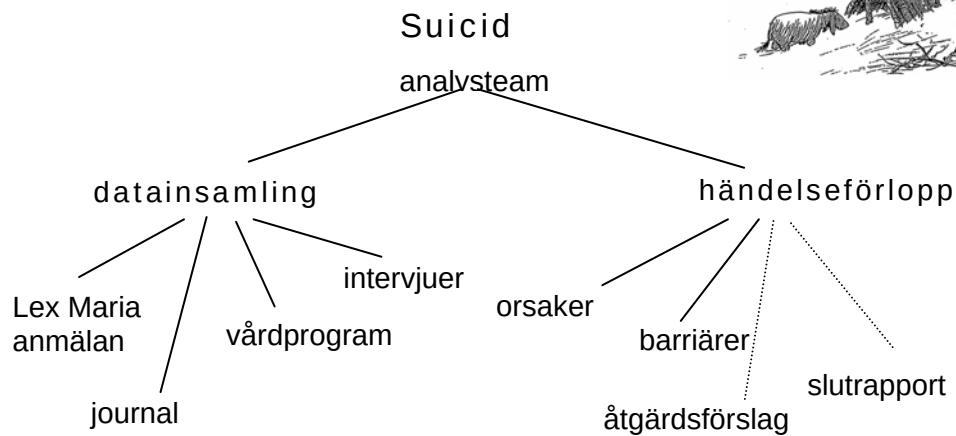
Inom psykiatrin i Norra Stockholm ingår händelseanalyser efter suicid som en viktig del i det suicidpreventiva programmet. Analysernas övergripande syfte är att dra lärdom av inträffade suicid. Eftersom mänskliga fel alltid kan inträffa är det viktigt att organisationen är utformad så att säkerheten upprätthålls oavsett individuella misstag.



Händelseanalyserna utgår från ett systemperspektiv och inte från den enskilde vårdgivarens insatser eller bedömningar.

Disciplinära åtgärder mot enskilda leder sällan till utvecklingsarbete inom vården, medan analys av systemfel kan resultera i förbättrade rutiner och riktlinjer som kan användas för att förhindra att nya suicid inträffar. Av detta skäl utgår händelseanalyserna från ett systemperspektiv och inte från den enskilde vårdgivarens insatser eller bedömningar.

Mall för händelseanalys



Säkerhetstänkandet inom NSP illustreras av ett suicidärende som inträffade många år tidigare när föreläsaren arbetade som onkolog. En ung psykiaterkonsult hölls då ansvarig för ett suicid som inträffade och han beslutade sig sedermera för att byta specialitet.

Fall: En 50-årig man med prostatacancer och KOL som nyligen genomgått en skilsmässa plågades svårt av nytillkommen inkontinens och suicidhotade inför anhöriga. Han blev akutinlagd på medicinkliniken på grund av andningsbesvär. Psykiaterkonsulten bedömde suicidrisken som hög, men ordinerade inget extra-vak. Mannen avvek från kliniken och tog sitt liv i hemmet.

Varför hände detta? Man kan peka på bristande kommunikation mellan vårdgivare och avsaknad av kontakt med anhöriga. Rutinerna för överföring mellan vårdinstanser var bristfälliga, och det fanns inga riktlinjer gällande observation av en suicidal patient. Jourläkaren hade arbetat dubbla pass och saknade erfarenhet av suicidriskbedömningar.

Inom Norra Stockholms psykiatri har vi utfört cirka 30 händelseanalyser. Det är glädjande att konstatera att vården vanligen präglas av engagemang och vilja till förändring, men vi har också funnit brister i bland annat kontinuitet, samverkan med andra vårdinstanser, vårdplanering, kontakt med anhöriga och dokumentation av suicidriskbedömningar. Det har blivit tydligt att det krävs specifika utbildningsinsatser när det gäller vissa riskgrupper såsom äldre, patienter med neuropsykiatriska funktionshinder och postpartumdepressioner.

De suicidpreventiva åtgärder som vidtas inom Norra Stockholms psykiatri är bland annat:

- Temadagar om suicid varje termin.
- Workshops om suicidriskbedömning med kliniska exempel.
- Strukturerad suicidriskbedömning med hjälp av modul i datajournal.
- Samtalsmetodikkurser för omvårdnadspersonal som arbetar med suicid-nära.
- Psykologiska och retrospektiva genomgångar efter varje suicid.
- Samarbete med anhörigföreningar.
- Föreläsningar om psykisk ohälsa för allmänheten.
- Föreläsningar om riskbedömning och riskgrupper.
- Handledning för läkare under utbildning och omvårdnadspersonal.
- Nätverk för personal som vill sprida kunskap om suicid.
- Registrering och analys av alla suicidförsök.
- Framtagande av en modell för observation av riskbeteende i samband med extravak.

Kvalitetssäkring och patientsäkerhet

Karl-Otto Svärd, tillsynsläkare i psykiatri, Socialstyrelsen

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården vara av god kvalitet och patientsäker.

Kvalitet

Med kvalitet förstås i detta sammanhang grad av måluppfyllelse. Det i sin tur förutsätter att huvudmannen/vårdgivaren har givit tydliga uppdrag till olika ansvarsområden såsom primärvården, psykiatri och somatisk specialistvård. Det förutsätter också att huvudmannen/vårdgivaren har givit direktiv avseende exempelvis tillgänglighet, bemötande, samverkan och kompetens. Uppdragen och direktiven kan då säkerställas genom att de följs upp med stöd av bland annat indikatorer och kvalitetsregister.

Patienter ska utredas, diagnostiseras och behandlas utifrån aktuell kunskap som redovisas i lokalt anpassade och ändamålsenliga vårdprogram. Professionens kliniska riktlinjer samt Socialstyrelsens kunskapsöversikter och nationella riktlinjer är exempel på lämpligt underlag för de lokala vårdprogrammen. För att vårdprogrammen ska vara användbara i det kliniska vardagsarbetet krävs en sammanfattande checklista och att den följs. Socialstyrelsen anser att det ska finnas vårdprogram för olika diagnosområden, exempelvis ångest- och depressionstillstånd, schizofreni, ADHD, autismspektrumstörningar, missbruks- och beroendetillstånd samt ätstörningar.

Patientsäkerhet

Hälso- och sjukvården är ett högriskområde. Det hänger samman med att de olika sjukdomstillstånden gör människor sårbara samt att de utgör en risk i sig. Brister eller misstag i utredning, diagnostik och behandling kan i sin tur leda till lidande och skador. Patientsäkerhetsarbete handlar om att förebygga vårdskador (icke förväntade negativa händelser) och eliminera risker.

Att följa upp resultat och ha en fungerande avvikelshantering och riskhantering är en förutsättning för en patientsäker vård med god kvalitet samt för utveckling av organisationen.

Resultat kan följas upp genom indikatorer utifrån angivna riktlinjer med angivande av standard. Effekt/nytta/outcome av gjorda insatser är viktigt att fånga upp. Kvalitetsstjärnan, som används inom vissa psykiatriska verksamheter, är ett exempel.

Avvikelse ska rapporteras, leda till korrigerande åtgärder i det individuella fallet samt sammanställas på olika aggregeringsnivåer för åtgärder i ett systemperspektiv.

Riskbedömning ska göras utifrån perspektivet sannolikheten att liknande händelser kan inträffa igen. Riskförebyggande åtgärder ska genomföras utifrån riskbedömningen.

Socialstyrelsen anser att för alla självmordsnära patienter som kommer till hälso- och sjukvården bör det göras en kvalificerad värdering av självmordsrisken. Med självmordsnära menas någon som under senaste året gjort ett självmordsförsök, eller som har allvarliga självmordstankar, eller som utan att ha allvarliga självmordstankar på grund av omständigheterna i övrigt bedöms vara i

Risk- och skyddsfaktorerna bildar tillsammans en riskprofil, vilken kan utgöra underlaget för riskbedömningen och de preventiva åtgärder som behöver vidtagas, formulerade i en vårdplan.

faroazonen för självmord. Bedömningen bör vara strukturerad och systematisk samt grunda sig på ingående samtal med patienten och närstående samt eventuella journalhandlingar och andra relevanta informationskällor. Det finns en lång rad faktorer som utgör riskmoment för självmord och andra som är skyddsfaktorer. Risk- och skyddsfaktorerna bildar tillsammans en riskprofil, vilken kan utgöra underlaget för riskbedömningen och de preventiva åtgärder som behöver vidtas och som bör vara formulerade i en vårdplan.

Skalor och andra skattningsinstrument kan öka precisionen i bedömningen. Man bör uppmärksamma att självmordsrisken varierar med tid, plats och situation. En vårdplan ska göras i samråd med patienten och närstående om det inte är direkt olämpligt. Vårdplanen ska följas upp, utvärderas samt revideras vid behov. Socialstyrelsen anser att det ska finnas vårdprogram för utredning och behandling av självmordsnära patienter.

Nollvisionen

Inga självmord ska ha samband med brister i vården. Det förutsätter ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Händelseanalyser i psykiatrisk vård

Helena Silfverhielm, medicinalråd, Socialstyrelsen

Fallstudie nr. 22 | Artikelnr. 2007-109-16 | ISSN 1653-4832

Patient tog sitt liv under vård på sjukhus

En man med självmordstankar sökte psykiatrisk vård. Han lades in men vägrade att låta sig övervakas. Bristande information om nya rutiner gjorde att mannens tillhörigheter placerades i ett olåst skåp. Mannen hämtade sitt bälte och hängde sig i en väggfast duschanordning.

Orsaksområden i detta fall

- | | |
|---|--|
|  Kommunikation och information |  Teknik, utrustning och apparatur |
|  Utbildning och kompetens |  Procedurer, rutiner och riktlinjer |
|  Omgivning |  Barriärer och skydd |

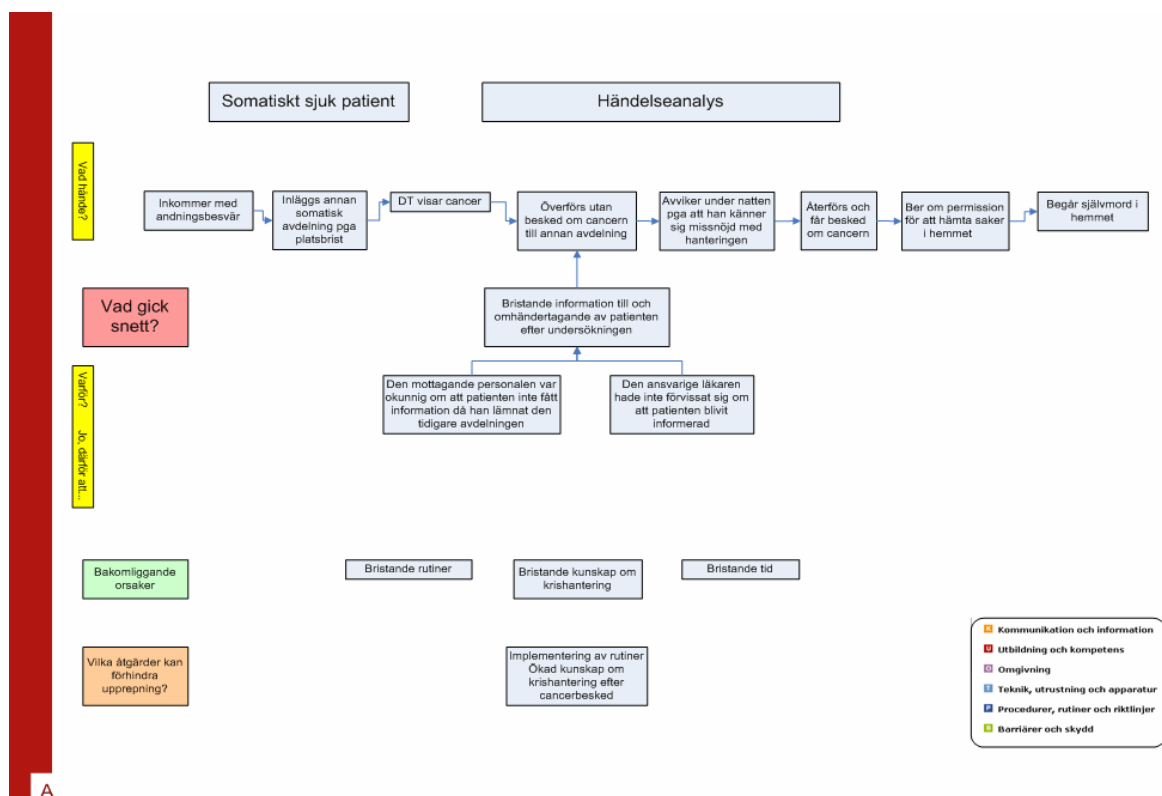
 Socialstyrelsen

Följande inlägg handlar om händelseanalyser och för att belysa detta visas ett detaljerat exempel. En man med självmordstankar sökte vård vid en psykiatrisk akutmottagning.

Mannen bedömdes behöva läggas in med särskild övervakning, men han vägrade låta sig övervakas. Mannen skrevs in på en psykiatrisk vårdavdelning utan övervakning. Vårdpersonalen på akutmottagningen tog hand om mannens tillhörigheter, bland annat hans bälte och andra föremål som kunde användas i självskadande syfte. Alla tillhörigheter lades i en och samma påse som medföljde patienten till avdelningen och placerades i ett olåst skåp i mannens rum. Patienten hämtade sitt bälte ur skåpet och hängde sig med hjälp av det och avled.

Av de 156 fall, som man redan gått igenom på Socialstyrelsen, begick tio procent suicid under pågående slutenvård. Inom Socialstyrelsen arbetar man med en nollvision inom slutenvården. Man kunde dra flera slutsatser efter att man noggrant gått igenom fallen:

- 1) Det ska skrivas in i vårdprogrammet vad man ska göra om patienter vägrar övervakning.
- 2) Alla läkare – även hyrläkare – måste känna till vårdprogrammet och kontakta bakjouren om de inte är specialistläkare.
- 3) Det måste finnas en tydlig kommunikation till akutmottagningen om innehållet i vårdprogrammet – i detta fall att farliga föremål ska vara i en separat påse.



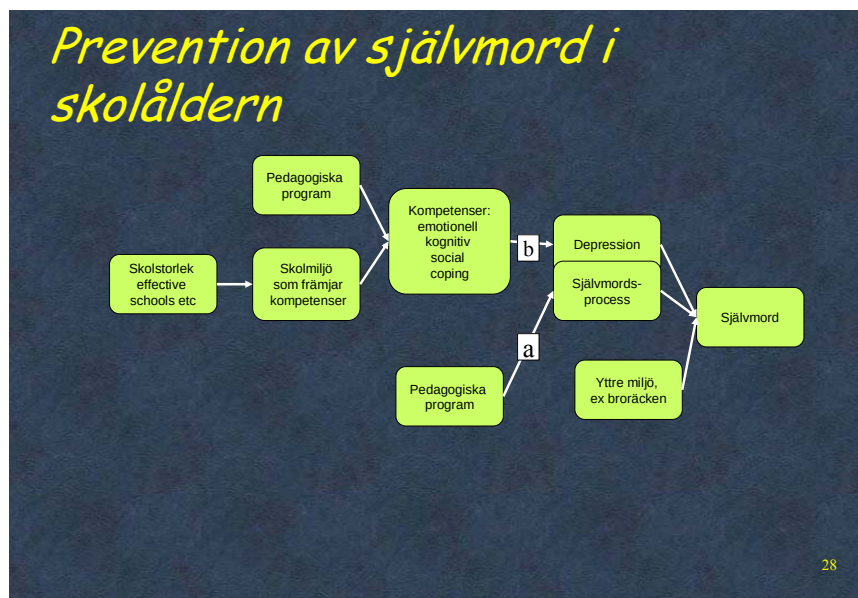
B. Suicidprevention inom skola och kommun

Moderator: Sven Bremberg

Deltagare: Sven Bremberg, Birgitta Kimber, Karin Nyström, Xzenu Cronström och Elisabeth Hellner.

Hur fungerar systemteori på skolans område?

Sven Bremberg, docent, Statens folkhälsoinstitut



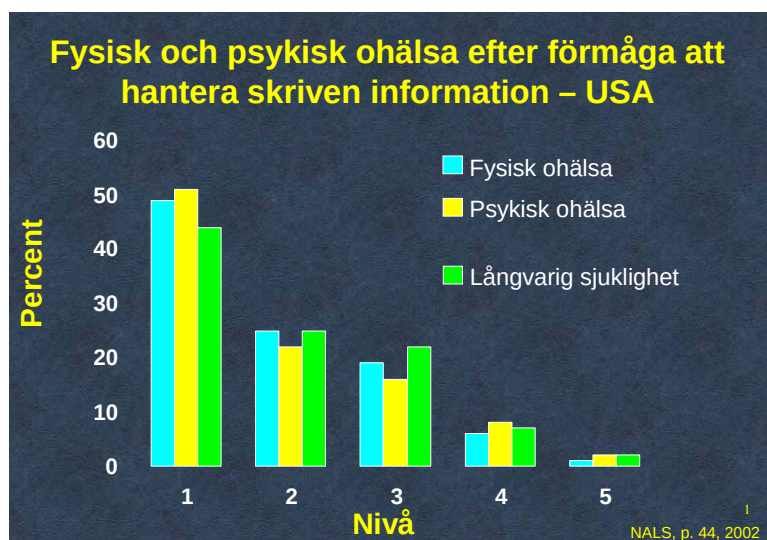
Rubriken som jag har fått, nämligen hur systemteori fungerar på skolans område, är ett ganska komplicerat ämnesområde och det är inte min avsikt att presentera någon komplicerad modell. Viktigt är att diskutera skolan som arena för suicidprevention, dvs. hur skolan kan bidra till att minska suicidtalerna bland unga. I alla former av samhällsproblem pekas på skolan och då poängteras allt som skolan bör göra, nämligen att förhindra brott, alkohol- och knarkkonsumtion, fetma samt främja jämlikhet mellan könen m.m. Alla frågor hamnar så småningom i skolan. Suicidprevention i skolan är mycket angeläget, men det måste också ses i konkurrens med 50 andra viktiga frågor som bör behandlas inom skolans ram.

Det är ett visst dilemma sett ur ett skolperspektiv när det gäller hälsoområdet i allmänhet.

I nedanstående figur redovisas en amerikansk undersökning om 20-åringars läsfärdighet, dvs. deras förmåga att kunna tolka information. I figuren står nummer ett för de 20 procent som är sämst på att tolka information, nummer två är näst sämst, nummer tre är de som är genomsnittliga och staplarna över nummer fem är de personer som är bäst på att tolka information. Den blå stapeln handlar om fysisk ohälsa, den gula om psykisk ohälsa och den gröna om långvarig sjuklighet. Det kanske inte är att förvåna sig över att de som är sämst på att tolka information också är sjukare än dem som är bäst på informationstolkning. Det är så mycket som 10 gånger mer sjuklighet i den grupp som är sämst på att tolka information, vilket gäller både fysisk och psykisk ohälsa. I och med att det

Kompetenser i vid bemärkelse är bland de främsta skyddsfaktorerna vi har mot ohälsa.

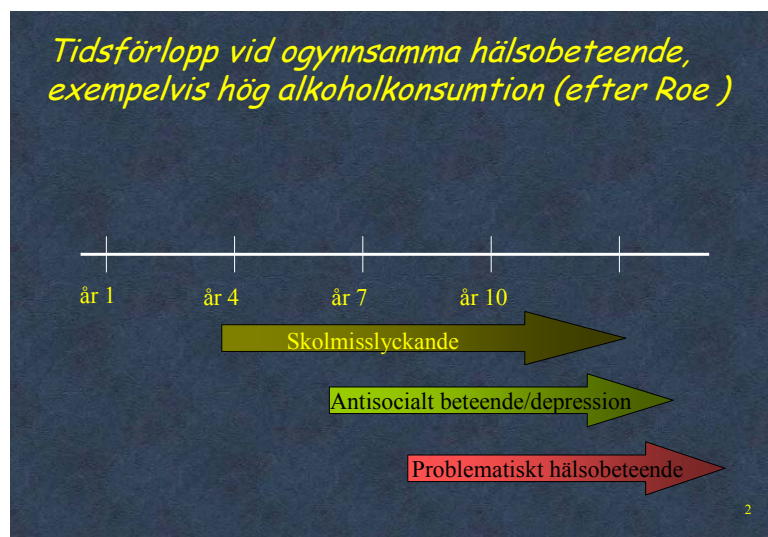
är en amerikansk studie har säkerligen gruppen haft mer ekonomiska problem jämfört med svenska förhållanden. Ändå visar ett stort antal studier där man har kontrollerat för bakgrundsförhållanden att kompetenser i vid bemärkelse är bland de främsta skyddsfaktorerna vi har mot ohälsa. Elevernas kompetenser skyddar även mot suicid, vilket framkommit i nordiska studier. Och skolans viktigaste uppgift är ju att förbereda unga människor inför livet genom att förse dem med kompetenser i vid bemärkelse.



Man kan lägga två perspektiv på suicidprevention i skolan.

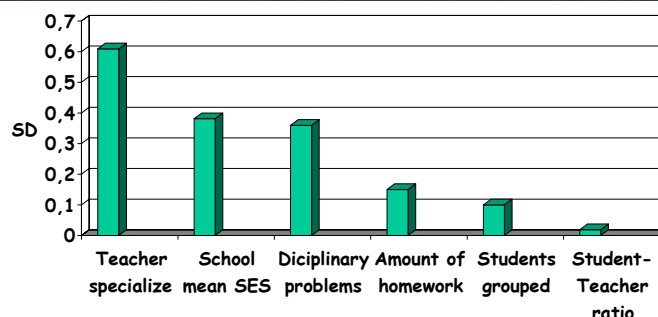
1. Specifika program riktade mot att förebygga suicid.
2. Verksamheter i skolan som stödjer skolans kärnuppdrag, som elevhälsa, att träna ungdomar i känslomässig kompetens, både för att klara livet i stort men också för att klara skolans uppgift.

Mobbningsprogram kan också ses på detta dubbla sätt. Genom att förebygga mobbning resulterar det också i färre elever som behöver misslyckas. Ofta kan självmordsbenägenhet bland tonåringar i gymnasieåldrarna vara kopplad till depression, dåliga skolprestationer och andra faktorer. Det finns studier som visar på tidsförlopp vid ogynnsamma hälsobeteenden hos ungdomar som ofta börjar med skolmisslyckanden och sedan kommer detta med självmordstankar. Det innebär att skolans uppgift nummer ett är att förebygga skolmisslyckande, vilket främjar hälsan i suicidförebyggande syfte och förhindrar konsumtion av alkohol och droger.



Frågan är hur man gör för att skolan ska bli bättre? Som ett exempel kan nämnas en studie från en kanadensisk undersökning i vilken man försöker förstå varför barn från vissa skolor med kontroll för social bakgrund presterar bättre i matematik. Det viktigaste tycks vara duktiga lärare som kan sitt ämne och är goda pedagoger. Nummer två är att även socioekonomiska faktorer spelar roll. Nummer tre är att det inte är bråkigt i klassen. Lärartätheten betyder emellertid inte särskilt mycket, vilket framgår av figuren nedan.

*Characteristics of schools that affect
Canadian children's mathematic scores
(TIMSS), adj models, grades 7-8*



Att duktiga lärare spelar en stor roll är en viktig faktor men hur kan andra som inte är lärare stödja elevvården så att skolan blir bättre? Det är viktigt att samla uppgifter om hur det faktiskt är i en viss skola och därefter lägga upp en plan för att förbättra det som behövs. Sedan ska dessa förbättringar utvärderas och fortsätta hela tiden med ytterligare förbättringar. Det här är ett perspektiv man kan lägga på skolans suicidpreventiva arbete, som jag uppfattar inkluderar olika typer av specifika insatser.

Social och Emotionell Träning (SET) i skolan – praktik och evidens

Birgitta Kimber, lärare och leg psykoterapeut

I Botkyrka kommun har SET-projektet genomförts tillsammans med lärarna. Projektet startades för att främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och skapa bättre förutsättningar för lärandet. Om man mår dåligt går det inte att ta in information. I SET-programmet finns en lärarhandledning i vilken ingår underlag för vad lärarna ska göra vid varje lektion. Man arbetar med en till två schemalagda lektioner per vecka. Övningarna går ut på att öva upp sociala och emotionella färdigheter. Många av övningarna har inslag av beteendetekniker, vilket innebär att eleverna får träna på uppgifter för att uppöva olika färdigheter. Eleverna tränar såväl i skolan som på hemmaplan genom läxor eller hemuppgifter.

Vi har försökt ta reda på varför det på vissa skolor fungerar bra, medan det inte gör det på andra. Den viktigaste förutsättningen tycks vara att det finns en positiv skolledning. En annan är att lärarna får chans till utbildning. Det måste också finnas möjlighet till handledning och metoddiskussion då vi diskuterar varför övningarna har fungerat eller inte. Det är också viktigt att tänka långsiktigt och inte tro att allt är klart efter en termin, utan att detta är något vi måste arbeta med under flera år framöver. Men kanske det allra viktigaste är lärarnas förhållningssätt. Det är lätt att prata om hur man ska vara, hur man till exempel ska vara som en god lyssnare, men att vara en god lyssnare är en helt annan sak. Barn lär sig mindre av vad läraren säger än av vad läraren gör.

Det allra viktigaste är lärarnas förhållningssätt.

SET-studien är en kvasiexperimentell studie. Det innebär att vi valde ut två experimentskolor och matchade där efter två kontrollskolor. Vi har utvärderat efter två och fem år. En baslinjemätning gjordes i maj 2000. Därefter svarade eleverna på ett batteri av frågor i maj varje år. Lärarna utbildades 1999/2000. Vi har också en kvalitativ utvärdering som utfördes av en psykologstuderande.

Interventionen såg ut på följande sätt. Utbildning av lärarna i SET skedde två gånger i veckan till och med årskurs fem. Därefter genomfördes utbildning en gång i veckan. I början dvs. under de första två åren fick lärarna handledning, främst i form av metoddiskussioner, en gång i månaden. Därefter fick de som ville handledning. Det var inte många som kände behov av ytterligare handledning. Utagerande problematik som aggressivitet visade effekt (Δ 0,33) och "attention seeking" visade också effekt (Δ 0,32). Trianglarna betyder effektstorlek. Psykiskt välmående med frågor ur instrumentet "Jag tycker jag är" (Ouvinen-

Birgerstam, 1985, Jag tycker jag är, Stockholm, Psykologiförlaget) ger effektstorleken 0,95 för de små barnen och 0,33 för de äldre barnen från årskurs fem och uppåt. På en universell insats som ges till alla är man nöjd med 0,25. Men vid behandling av en enskild patient är siffran något låg. Upp till 0,95 är lysande. När det gäller droger och alkohol ligger effekten på 0,23 respektive 0,26 och mobbning på 0,39. Preliminära resultat efter fem år visar en stark effekt både på inåt- och utåtagerande problematik.

Det är viktigt att se att skoltrivseln ligger högt, eftersom trivsel i skolan är en förutsättning för lärandet. Vi har en fundering på om det skrivna programmet är mer inriktat på emotionella än sociala förmågor. En kvalitativ studie har gjorts av Ann-Louise Gadd vid Linköpings universitet. Hon intervjuade 13 lärare. I dessa intervjuer representerade lärarna alla åsikter om SET-programmet. Trots att en del var mycket negativa tyckte de ändå att programmet bidrog till lärarens personliga och professionella utveckling samt till bättre arbetsmiljö i klassrummet (lugn, fokus osv.).

När det gäller att lära barn affekthantering använder vi stoppljuset. Detta gäller främst de mindre barnen.



Om ett barn visar ilska utan att begränsa ilskan kan det vara lika farligt som en bil som kör mot rött ljus. Man får också träna på "att lugna ned sig-tekniken" genom att fråga barnen om alternativa handlingsmönster. De kan ge sådana exempel som att tvätta ansiktet i kallt vatten, eller att springa ett varv runt huset. Vi försöker alltid träna barnen att ta djupa andetag när de är arga. När barnen sedan har lugnat ned sig och vi har hamnat på den gula lampan kan vi fråga: "Ville du klippa till honom/henne från början?". Då kanske barnet svarar att han/hon ville leka med henne. Vår fråga blir då: "Vad kan du göra för att få leka

med honom/henne?" Vi styr inte barnen utan de får säga exakt vad de vill. Därefter tittar vi på konsekvenserna och använder den gröna lampan som symbol. Vi frågar: "Vilken lösning tror du på?" Om det inte fungerar går vi tillbaka till den gula lampan och prövar en ny lösning.

Förebyggande arbete mot mobbning – en viktig form för suicidprevention

Karin Nyström, Myndigheten för skolutveckling

Förra veckan deltog jag vid ett seminarium som handlade om skolans fysiska miljö med frågeställningen "Hur kan vi bygga framtidens skola?" Det var rådet för arkitektur, form och design som hade ett uppdrag att ge förslag på målsättningar för hur den framtida skolan ska utformas. Det finns en mängd studier som visar att om man satsar på skolmiljön ger det bättre resultat, ökad trivsel och trygghet för eleverna.

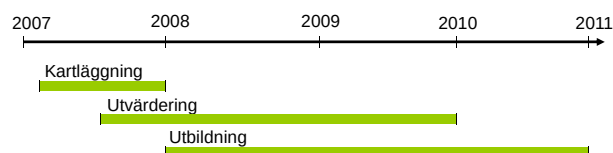
Vi har fått ett uppdrag till Myndigheten för skolutveckling att utforma en utbildningssatsning som ska byggas på forskningsbaserade åtgärdsprogram mot mobbning i skolan. När ministern gav oss detta uppdrag sa han också: "Ingen

Det finns en mängd studier som visar att om man satsar på skolmiljön ger det för eleverna bättre resultat, ökad trivsel och trygghet.

unge ska behöva vara rädd för att gå till skolan". Syftet med vårt uppdrag är att minska förekomsten av mobbning i skolan genom att sprida kunskap om förebyggande och åtgärdande metoder, som är evidensbaserade och kvalitetssäkrade. Uppdraget är att sammanställa och kartlägga forskningsbaserade program och åtgärder mot mobbning. Därefter ska vi utforma en utbildningssatsning där hänsyn tas till de erfarenheter som gjorts i andra länder. Det är också tänkt att vi ska

samverka med olika organisationer och myndigheter. En grund för rekommendation av olika program är att vi har utvärderat effekterna av dessa. Sedan ska även utbildningssatsningens effekter utvärderas. I nästa bild framgår tidsplanen för arbetet.

Tidsplan



www.skolutveckling.se



Redan nu pågår kartläggning av mobbningsprogram och en utvärdering görs. Utbildning av skolpersonal kommer att inledas fr.o.m. 2008. För att informera om de kommande utbildningsinsatserna inbjuder vi till mötesplatser i Göteborg, Stockholm, Örebro, Falun och Malmö. Mer information om mötesplatserna finns på vår webbplats. De program som ska utvärderas är:

- Farstaprogrammet
- Friends
- Olweusprogrammet
- SET – social emotionell träning, EQ
- Skolkomet
- Stegvis. Second step

Att just dessa program har valts har att göra med att de används i stor utsträckning och har rykte om sig att vara framgångsrika.

Utbildningsresultat och framtidsfrågor upptar dagens elever i stor utsträckning. Idag ställs stora krav på eleverna och visst är det viktigt med kunskap, men alltför ofta ligger fokus på elevernas prestationer. Att elever inte når målen uttrycks ofta som att: "Eleverna är inte godkända". Men uttryckssättet förstärker de processer, som leder till att alla krav och förväntningar läggs på eleverna, som snabbt tar till sig omgivningens attityder. Det är *skolan och lärarna* som har ansvaret att hjälpa eleverna att utveckla goda kunskaper. Elever i allmänhet är redan medvetna om att det ställs stora krav på dem. Vi vet idag att framgångsrikt arbete bland annat innebär att ledning och personal är viktiga och att skolan ska arbeta långsiktigt och uthålligt för att nå resultat av förbättringsarbetet.

Suicid på nätet – är det skolans problem?

Xzenu Cronström

Frågan om skolans ansvar när det gäller Internet är inte lätt att besvara, eftersom frågan är oerhört komplex. Internet är inte något slutresultat i sig, utan Internet är en kommunikationsform. Vad som kommuniceras beror på dem som kommunicerar med varandra. Internet är idag en stor del av många ungdomars liv, såväl privat som i skolan. Ungdomarna lever en stor del av sitt sociala liv via Internet, vilket är viktigt att veta för att förstå. En av de främsta användningsmöjligheterna av Internet är att ungdomar lätt hittar likasinnade, vilket naturligtvis är både på gott och ont. De kan genom varandra få stöd, erfarenheter och goda råd. Hur goda dessa råd är varierar. Det är lätt att sätta in fel insatser med utgångspunkt från deras internetbeteende, vilket kan innebära att man kan förlora ungdomars förtroende.

Internet är en kommunikationsform. Vad som kommuniceras beror på dem som kommunicerar med varandra.

Ungdomar har vanligtvis en egen hemsida. Det finns flera andra system där man kan prata med varandra, men där man även kan göra saker tillsammans, allt i ett socialt sammanhang. Det är värdefullt om vuxna deltar i dessa ungdomskontakter och blir medvetna om vilka webbsidor som ungdomarna är inne på. Man har trott att det huvudsakligen är ungdomar som är inne på dessa sidor, men äldre besöker sidorna lika ofta.

Sven Bremberg informerade om en studie av hur föräldrar använder Internet för att ge varandra stöd. Den visade att det var de lågutbildade föräldrarna som hade den största nyttan av dessa webbsidor. När det gäller nyttan av Internet finns planer på att informera om olika verktyg för träning som även Birgitta Kimber informerat om. Dessa verktyg ligger på Internet, verktyg som har bevisad effekt, som till exempel kognitiv terapi. Verktygen kan samspela med elevvården som kan stimulera ungdomar till att använda dem.

Suicidpreventivt arbete i skolor – en spjutspets in mot kommunen

Elisabeth Hellner, kurator vid ungdomsmottagningen i Alingsås

Jag har varit med i det Västsvenska nätverket sedan starten och är en aktiv medlem. Tillsammans med två kolleger i nätverket, Gunnar Böhm och Ingrid Molander, har jag bedrivit utbildning med utgångspunkt från videofilmen "Kärleken är den bästa kicken". På NASP:s utställningsbord finns mer information om filmen. Vi har använt idén från NASP, men utvecklat innehållet så att det passar oss. Utbildningen omfattar två dagar och en uppföljning på en halv dag. Vi åker ut till den skola som önskar utbildning. Deltagarna är vanligtvis olika personalkategorier. Vi vill ha med en vaktmästare, en matbespisningsansvarig, elevvärdar, lärare, skolledning och gärna politiker. I de små kommunerna har vi också kunnat ta med personal från psykiatrin, skolan och socialtjänsten. I en kommun deltog en polis. Efter de olika kurserna har vi genomfört utvärderingar för att få ta del av deltagarnas upplevelser. Vi har också gjort en mer noggrann utvärdering, som finns som bläddermaterial på Västsvenska nätverket och som går att ladda ner från hemsidan. För utvärderingarna valde vi ut fyra utbildningar som genomförts i tre kommuner, Åmål, Dalsed och Vara. De är tre små kommuner. Gemensamt för deltagarna vid dessa utbildningar var att alla hade erfarenhet av suicid på sina skolor. I Dalsed hade vi två utbildningar, dels på gymnasieskolan och dels inom kommunen.

Syftet med utvärderingarna har varit att dra lärdom av personalens erfarenheter och också ge inspiration till deltagarna att våga jobba suicidpreventivt. Vi ville fokusera på deltagarna och se hur deras process såg ut genom att få en bild av hur det var före utbildningen och hur det var när utbildningen var genomförd. När vi kom tillbaka för halvdagsuppföljningen var vi intresserade av vad som hade hänt. Inför varje utbildning använde vi god tid för presentation så att alla fick delge varandra sina tankar och förväntningar på den utbildning de skulle få. Både resultaten från personalens förväntningar och deras utvärderingar har vi använt som delar av materialet i kurserna. Slutligen genomförde jag för två år sedan gruppvisa intervjuer med deltagare från respektive utbildning med hjälp av på förhand bestämda frågor.

- Hur initierades suicidfrågan hos dem?
- Hur upplevde de att processen hade sett ut?
- Var upplevde de att de befann sig nu i processen?
- Vad hade "Kicken-kursen" betytt för dem?
- Vilka hinder hade de upplevt?
- Hur såg de på framtiden?

Slutsatserna har arbetats fram i samverkan med Jan Beskow. De är inga nyheter på något sätt, men det är ändå bra att se de samlade erfarenheterna. Alla deltagare och berörda krispersoner upplevde suicidaliteten som oerhört viktig. Behovet av att inhämta kunskap och få samtala om ämnet är stort. Många uttryckte också att de inte visste innan vad de hade saknat. Framför allt önskade de mer och fördjupad kunskap. Många upplevde utbildningen som ett väckelsemöte och någon uppgav att hon aldrig kunnat ana att de skulle skratta under dessa dagar. Det var

**För att kunna arbeta
suicidpreventivt och
tränga in i ämnet måste
man ha en känsla av
att bli berörd.**

någon form av pånyttfödelse. För att kunna arbeta suicidpreventivt och tränga in i ämnet måste man ha en känsla av att bli berörd. Graden av berördhet påverkar också det fortsatta engagemanget. Våra kurser kännetecknades till stor del av att vi åkte ut till respektive skola och kommun. Ofta genomfördes utbildningen i klassrum. På så sätt fick vi en god kännedom om var skolan befann sig. Vi såg också att ju fler på en arbetsplats som var berörda samtidigt, desto mer varaktigt och genomgripande blev engagemanget. Är man ensam från en arbetsplats och ska försöka summera erfarenheterna till kolleger rinner fortsättningen ofta ut i sanden. Kollegerna är inte berörda på samma sätt som deltagarna i kursen. Eftersom ämnet är så ångestfyllt blir det lätt att erfarenheterna försvinner i det dagliga arbetet. Det är så mycket annat som tar personalens uppmärksamhet. Därför är det viktigt att ha en handfast struktur, handlingsplan och handledning för att processen ska kunna fortleva.

När jag kom tillbaka till skolorna några år senare hade alla förutsättningar runnit ut i sanden i vissa skolor trots våra intentioner, medan andra skolor hade lyckats hålla preventivtankarna i någon form av liv. Önskemålen om att få mer kunskap har varit påtagliga.

Det är viktigt att såväl under som efter utbildningen lyfta fram de hinder som finns för att kunna arbeta suicidpreventivt i skolorna. Ett exempel på hinder som alltid förs fram är sekretesslagen. För att arbeta suicidpreventivt måste man alltid arbeta i samverkan med andra. Det är lätt att man gömmer sig bakom sekretesslagen. Det är inte säkert att sekretesslagen behöver bli ett problem om man har den som drabbats med sig. Hindret ligger oftast hos oss själva för att vi är rädda. Samverkan och nätverksbyggande är grundpelare i det suicidpreventiva arbetet. När nätverk skapas är det hela tiden viktigt att göra dem nyskapande. Medlemmarna i nätverken kan bytas ut på grund av nya jobb eller för att de flyttat från platsen. Det får inte bli "bäst-före-datum" utan nätverken och allt gemensamt arbete som har lagts ned måste få leva vidare. En person har uttryckt: "Måste någon dö för att vi ska förstå vad det handlar om?".

Sammanfattande slutsatser:

1. Alla utbildningsdeltagare samt berörda kringpersoner upplever ämnet suicidalitet som oerhört viktigt.
2. Behovet av att inhämta kunskap och få samtala är mycket stort, dock vet man inte innan vad man saknat... Och man vill ha mer.
3. För att kunna verka suicidpreventivt måste en känsla av berördhet uppnås. Graden av berördhet lägger grunden för den fortsatta engagemangsnivån och varaktigheten av denna.
4. Ju fler på en arbetsplats (skola/kommun) som blir berörda samtidigt, desto mer varaktigt och genomgripande blir engagemanget.
5. Ämnets ångestfyllda karaktär gör att ämnet lätt förlorar sitt fokus i det dagliga arbetet. Kontinuitet och handfast struktur i form av handlingsplaner, utbildningar, handledning m.m., vertikalt genom hela organisationen, är en nödvändighet.
6. För att kunna arbeta suicidpreventivt måste också kringliggande hinder undanröjas såsom bristande kunskap om exempelvis sekretesslagens bestämmelser.
7. Samverkan och nätverksbyggande är grundpelare i suicidpreventivt arbete. För en aktiv samverkan krävs att alla känner sig delaktiga, och det är av yttersta vikt att varje samverkansmöte har en karaktär av "nyskapande" så att nytillkomna kan inlemmas.

Mer information finns på Västsvenska nätverkets hemsida

www.suicidprev.vastsvenskanatverket.se

Hur kommuner kan stödja föräldrar genom föräldrakurser

Birgitta Kimber, lärare och leg psykoterapeut

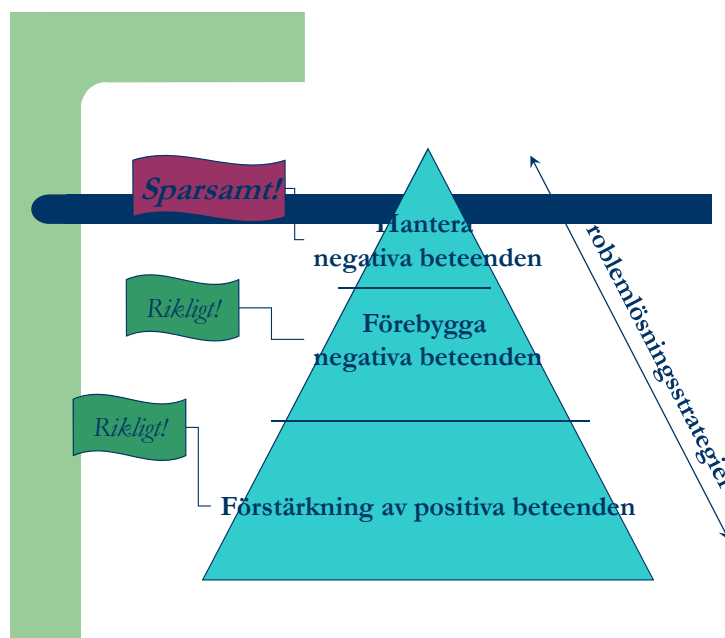
För att kunna arbeta förebyggande på föräldranivå måste man starta tidigt. Frågan är hur föräldrastöd kan integreras i kommunen. Såväl förskolan som skolan är en utmärkt bas för att starta olika typer av föräldrakurser, främst genom att informera om att sådana kurser finns. Vi når ju alla familjer via förskolan och

Såväl förskolan som skolan är en utmärkt bas för att starta olika typer av föräldrakurser.

skolan. Anledningen till att föräldrastödskurser ska finnas är för att familjen är viktig. När ungdomar kommer upp i tonåren är det inte bara kompistryck som är det viktiga utan bra föräldra-barnrelationer och sunda familjenormer är viktiga för att ungdomar ska få en god anpassning. För föräldrarna handlar det också om att hjälpa ungdomarna att hantera all stress som ungdomar möter och framför allt den stress många ungdomar känner i skolan. Det verkar

som om många föräldrar är lite vilsna i sitt föräldraskap. De behöver hjälp med olika alternativa uppfostringsmetoder. Alla program som finns idag handlar om att stärka de skyddande faktorerna framför allt på familjenivå.

De flesta program går ut på följande:



Det är viktigt att förstärka de positiva beteendena, men även att förebygga negativa beteenden. För att stärka de positiva beteendena arbetar man med beröm, belöning och positiv förstärkning. När vi förebygger negativa beteenden försöker vi ignorera dessa och i stället ge tydliga instruktioner. Det gäller också att vara konsekvent så att om beteendet är negativt ska fördelar dras in. Alla program går ut på att **visa** barnet vad som förväntas men också **hur** barnet ska göra. Om man uppmärksammar allt dumt och dåligt som barnet gör, förstärker man det beteendet hos barnet. Nedanstående dikt av Hjalmar Söderberg ger oss alla tankar:

Man vill bli älskad
i brist därpå beundrad
i brist därpå fruktad
i brist därpå avskydd
och föraktad.
Man vill inge någon slags känsla.
Själén ryser
för tomrummet
och vill ha kontakt
till vilket pris som helst.

Får man inte uppmärksamhet eller kontakt för det fina man är eller allt bra man gör, ser man till att bli sedd på något annat sätt. Det lilla barnet applåderar man och man påpekar hela tiden vad bra han är, vilket stimulerar honom till att fortsätta göra på samma sätt. Men det äldre barnet får inte på samma sätt positiva reaktioner för det de är bra på. De straffas ofta i stället för att de är dåliga. I skolan får de samma reaktioner. När de gör rätt händer ingenting men gör de något tokigt är läraren där direkt. Efter det har hem och skola tillsammans uppfostat ett monster. Alla föräldraprogrammen går ut på att uppmärksamma de bra saker som barnen/ungdomarna gör. Innehållet i programmen är ganska generellt:

- Positiv tid tillsammans – man gör saker tillsammans som är gratis – hur kan detta utvecklas?
- Uppmuntran/beröm (ignorera/berömma) – viktigast är att inte alltid uppmärksamma när barnen gör tokiga saker. Man kanske inte alltid behöver se allt. Däremot måste man alltid se det positiva som barnet gör.
- Lek, fritid är också viktig lärdom för föräldrar – strukturerade fritidsaktiviteter är skyddande faktorer.
- Det är också viktigt att ha adekvata förväntningar på vad barnet klarar av.

- Kommunikation som rätt kritik och alla stärkande budskap är viktiga.
- Man ska arbeta med stresshantering. Föräldrar måste veta vad som händer när de agerar i ett affekttillstånd, eftersom det skrämmer barnen.
- Problemlösning/konflikthantering och gränssättning är viktiga områden att beakta. Vi arbetar mycket med positiv gränssättning och positiva regler.
- Regler och rutiner i hemmet arbetar vi igenom.
- Skolarbete.
- Positivt samarbete mellan hem och skola är synnerligen viktigt.

Dessa punkter är bärande moment i de flesta föräldrastödskurser. Nedan följer några exempel på olika program beskrivna i bokstavsordning:

- Cope
- De otroliga åren
- Familjeverkstan, DVD
- Föräldrakraft
- Komet för föräldrar
- SET för föräldrar
- Stegvis
- ÖPP

Sven Bremberg nämnde ett program som ska lanseras under våren 2008, nämligen en variant avsedd för studieförbunden som heter Familjeverkstan. Fördelen med detta program är att det används i studiecirkelform och genomförs i samarbete med kommunerna nu under hösten innan programmet kommer att lanseras i större utsträckning. Det finns ytterligare en variant, som kan användas som ett komplement. Det finns ett stort intresse från föräldrarna. Ungefär 40-50 procent av föräldrarna har visat intresse för att få ta del av programmet. Det kanske inte är så lätt att bygga upp kapacitet i kommunerna så att man klarar 50 procent av föräldrarna. Då behövs det lite olika varianter.

C. Suicidprevention inom vård av långtidssjuka och äldre

Moderator: Jan Beskow

Deltagare: Jan Beskow, Elene Fleischer och Stefan Wiktorsson.

Suicidprevention bland långtidssjuka och äldre

Jan Beskow, professor

Tjugofem procent av alla suicid begås av personer över 65 år, dvs. pensionärer. På något sätt är det en flerdubbel tabuering. Den starkaste tabueringen är förbudet mot självmord. Dessutom är det laddat att tala om psykisk sjukdom. Därefter tillkommer också någon slags tabuering av äldre. Det har blivit större skillnad mellan yngre och äldre än det var tidigare. Äldre lever nu mer avskilt. Det betyder att många unga inte har träffat äldre och inte vet hur man umgås med dem.

I detta spel om det förbjudna har frågan om hur suicidprevention ska bedrivas bland äldre spelat en undanskymd roll. En vetenskaplig sammanställning om vad vi vet om suicid bland äldre finns i underlaget för Nationellt program för suicidprevention på Socialstyrelsens hemsida www.sos.se Det går att ladda ned rapporten eller läsa den direkt på nätet.

Vi är bara tre föreläsare inom denna sektion. Först ska jag lämna ordet till Elene Fleischer, som har inspirerat mig mycket i mitt arbete, framför allt genom hennes avhandling om suicidal kommunikation. Elene beskrev hur röstläget mellan den suicidala personen och anhöriga trappades upp. Sedan blev det plötsligt tyst – tomrum – varefter suicidförsöket inträffade. Det fanns ett tydligt samband mellan det yttre samtalet, det inre samtalet och suicidförsöket. Det här tomrummet mellan människor handlar om tystnad. Hur vi ska förstå och möta denna tystnad, så vanlig vid suicidalitet, är det andra området som Elene berikat vår kunskap med.

Det tredje området är hennes bidrag till vårt arbete med suicidprevention bland äldre. I det arbetet har vi en annan fördel, nämligen arbetsteamet uppe på Sahlgrenska sjukhuset som leds av Margda Waern med Nisse Sjöström och Stefan Wiktorsson som medarbetare. Vi har genom dem möjlighet till en samlad sakkunskap.

I vårt äldreprojekt, som stöds ekonomiskt av Socialstyrelsen, har vi fått mycken inspiration och praktisk hjälp av Elene. Hon var här och berättade om

projekten i Danmark. Vi tog till oss av hennes kunskap och framför allt detta om kommunikation. Det centrala i suicidprevention är att man vågar prata om det. Törs man inte prata om det blir det ingen suicidprevention, en kunskap som vi bland annat har fått från henne.

Suicidprevention i Region Nordjylland, Danmark

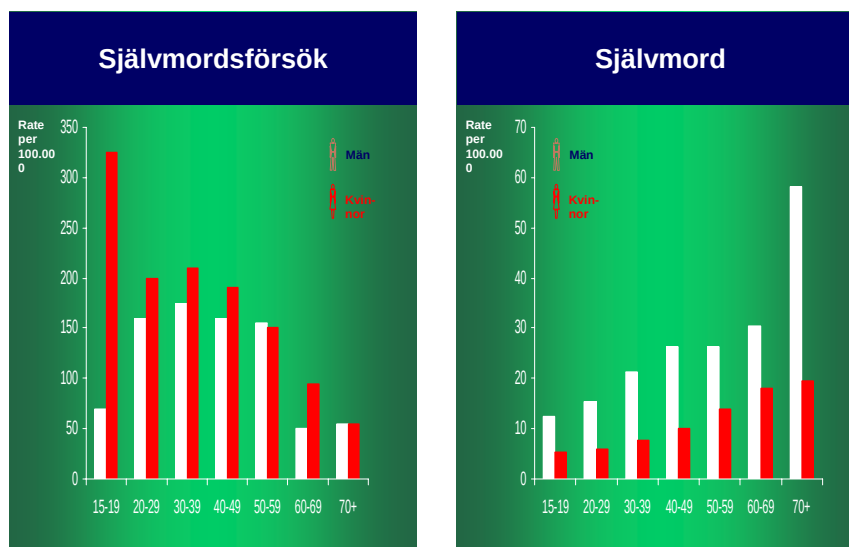
Elene Fleischer, Ph.D., www.elene.dk, www.geronet.dk, e.fleischer@rn.dk

Är det riktigt att det ser ut så att man i Danmark accepterar att äldre personer över 75 år begår självmord? För att få svar på detta påstående har nedanstående frågor skickats till ett befolkningsunderlag med en inledningsfråga, nämligen: "Har du samma åsikt?"

- är det rätt, att äldre begår självmord?
- är det rätt, att du själv begår självmord?
- är det rätt, att din son eller barnbarn på 14 år begår självmord?
- är det rätt, att ditt barn på 10 år ska uppleva, att hans älskade morfar/farfar begår självmord? Detta bara för att vi som vuxna och som fackpersoner har stor förståelse för att äldre människor blir livströtta och förlorar upplevelsen av värdighet och därför ser självmordet som den enda lösningen?

Vet du

- att det i Danmark sker över 600 självmord per år (2005) och cirka 200 begås av äldre människor över 65 år?
- att äldre människor ofta utför självmordshandlingar för att dö?
- att ett försök till självmord inte är detsamma som ett självmordsförsök?



Bakgrund och orsaksfaktorer till suicid är komplexa problem. Somatiska och psykiska belastningar i ålderdomen medför ofta sämre rörlighet, vilket kan medföra en ångest för en ovärdig eller smärtfylld död och kan medverka till att dödsönskningar och självmordstankar utvecklas.

Fackpersoner ska kunna förstå äldre människors livssituation och livströtthet. De ska kunna samtala med äldre om döden och om deras dödsönskningar. För att kunna få en bild av orsaksfaktorer till suicid ska en förebyggande insats genomföras på skilda nivåer och områden för att identifiera och förebygga de riskfaktorer som kan ligga som grund för utveckling av självmordsbeteende. I Danmark är självmordstalet 18 per 100 000 personer. För äldre män över 85 år är det 82 per 100 000 personer.

I region Nordjylland har förebyggande av självmordsbeteende varit ett prioriterat område sedan 2002, och den förebyggande insatsen i förhållande till bland annat äldregruppen är ytterst viktig. Projektets primära grupp är de äldre över 65 år. Målet för våra insatser har varit:

- 1) Utbildning av hälsovårdspersonal
- 2) Utökat nätverksarbete
- 3) Tvärsektoriellt samarbete

Centret för Självmordsförebyggande åtgärder genomför följande uppgifter:

- Utbildningsprogram för praktiserande läkare
- Utbildning av nyckelpersoner inom den kommunala sektorn (60 timmar)
- Vidareutbildning av nyckelpersoner på alla somatiska och psykiatriska sjukhusavdelningar (15 timmar)
- Utbildning av okvalificerade nyckelpersoner
- Kurser för intresserade frivilliga
- Offentliga möten i samarbete med andra institutioner
- Etablering av tvärsektoriellt och tvärfackligt nätverk
- Utskick av nyhetsbrev
- Genomförande av 1-2 årliga nätverksmöten för alla i nätverket

I arbetet krävs följande:

Personlig kompetens: Att kunna förstå berättelser, ha ett tydligt förhållande till de äldre och vara villig att reflektera kring deras tankar, känslor, beteenden och fördomar. Här krävs kompetens i kommunikation.

Teoretisk kompetens krävs när det gäller kunskap om självmord och riskfaktorer samt teorier kring kommunikation som är tillämpbara på äldre människor.

Fackspecifik kompetens krävs när det gäller förmågan att kunna handla med anknytning till fackspecifika krav samt förhålla sig korrekt i förhållande till kolleger och äldre människor.

Man arbetar utifrån en stödjande och ledsagande princip, vilket innebär att en fackperson har ansvar för att en äldre person, som försökt begå självmord eller har återkommande självmordstankar, hänvisas till relevant behandling. Denna person får aldrig lämna den äldre innan någon annan tagit över ansvaret.

Projektledare är Elene Fleischer, Ph.d och psykolog Maria Holmgaard Secher vid psykiatri i region Nordjylland, Mølleparkvej 10, 9000 Aalborg. Projektet har namnet "Indsats til forebyggelse af selvmord blandt ældre" och genomförs som ett tre-årigt projekt (2006-2008) finansierat av Socialministeriet. För genomförandet av projektet har använts:

- Elektronisk enkät om kunskaper om förhållningssätt, åldersbetingade belastningar och kommunikationsfärdigheter. Enkäten innehåller 22 sidor och tar 30-40 minuter att besvara. Enkäten genomförs såväl före som efter en 60 timmarskurs.
- Utvärdering sker av alla insatser på över 15 timmar.

När den gamle dör, dör också lite av vår historia och en familjehistoria med dråp och självmord är inte en historia vi är stolta över.

När himlen är nära – om trygghet, tröst och återupprättelse

Jan Beskow, professor

Jag ska nu berätta om hur vi här i Västsvenska nätverket tillsammans med SPES tänker kring vårt projekt om äldre.

Studiematerial och heldagsutbildningar. Ursprunget var ett projekt för ungdomar som heter *Låt himlen vänta*. Ett studiematerial med samma namn togs fram tillsammans med studieförbundet Sensus. Under ett par år har materialet spritts genom studiedagar över hela landet. Efter dessa heldagar har studiecirkelar arrangerats, dock inte så många som vi hade hoppats på.

Studieprogrammet *När himlen är nära* har tillkommit i samarbete med Margit Ferm, SPES, Kungsbacka kommun, och en grupp bestående av tolv anhörigvårdare samt med stöd av en ganska stor referensgrupp. Socialstyrelsens målsättning med projektet är att stödja den som vårdar långtidssjuka och äldre i hemmet. För att de anhöriga ska kunna delta i utbildningen måste det finnas ersättare som kan ta hand om den sjuke. Därför måste kommunerna engagera sig. Vi har nu fått förnyat anslag. För det kommer vi att ordna fler utbildningsdagar i olika delar av landet. För att sprida intresse för projektet kommer vi också ta kontakt med anhörigföreningar, patientföreningar för neurologiska handikapp samt pensionärsorganisationer.

Studiematerialet bygger på fem sammankomster eller träffar. Vi har nu fördjupat materialet med hjälp av korta videofilmer. Margit Ferm och Gunnar Eckerdal (en överläkare inom palliativ vård i Kungsbacka och medlem av Läkaresällskapets etiska råd) och jag introducerar dessa sammankomster. Innehållet i programmet ser ut på följande sätt:

1. Den första träffen handlar om att samtala om svåra saker. Vi har skrivit *samtal* för att understryka att man talar sig samman. I grunden ligger en modell för samtal inom kognitiv psykoterapi. De samtalande uppfattas som två forskare som har ett gemensamt problem att lösa. Patienten bidrar med sin unika och ovärderliga kunskap om sig själv och den anhörige. Åldringsvårdaren eller terapeuten bidrar med de teorier och tekniker som behövs för att lösa problemet. Att vara på jämställd nivå spelar stor roll. Från början är man ju aldrig riktigt jämlik. En frisk anhörig, vårdare eller terapeut är nästan alltid i överläge. Därför måste man lägga ner möda på att skapa mesta möjliga jämställdhet. Att tillsammans lösa ett problem är en helt annan sak än att patienten berättar om sina symtom och den andre löser problemet. Det har också en

stor betydelse för ansvaret och skulden. Om jag ska lösa ditt problem och vi inte lyckas fullt ut, är det mitt ansvar och min skuld. Genom att båda arbetar om problemet tar vi ett gemensamt ansvar. Detta minskar upplevelsen av destruktiv skuld.

2. Den andra träffen handlar om *åldrande, död eller döende*, om vad det innebär att dö och vilka känslor som väcks kring detta när man blir äldre.
3. Den tredje träffen handlar om *rädsla/ångest, kränkningar och depression*, om att trygga, återupprätta och trösta.
4. Den fjärde träffen handlar om *suicidalitet* och om hur man talar med suicidala människor.
5. Den femte och avslutande träffen handlar om *sorg efter suicid*, om att lägga pussel för att förstå och bygga broar mellan då och nu.

Hedvig och Maria. Materialet handlar om en gammal kvinna som heter Hedvig. När hemsamariten Maria kommer till henne en morgon ligger hon med ryggen utåt och vill inte prata. Maria blir alldeles ställd. Hon vet inte riktigt hur hon ska möta Hedvig. Hon sätter sig ned och så småningom får de lite kontakt. Då säger Hedvig: "Jag orkar inte, jag vill inte leva längre."

Den repliken kan betyda tre helt olika saker.

- Den kan betyda att hon faktiskt är inne i en döendeprocess och att det är fullständigt normalt och naturligt att hon inte orkar leva längre.
- Den kan också betyda att hon gått in i en depression, vilket är vanligt hos äldre. Då behöver hon depressionsbehandling, läkemedel eller psykoterapi.
- Den kan också betyda att hon känner sig kränkt och förtvivlad och att detta väcker suicidtankar. Då ska hon mötas i ett samtal.

Det kan också vara så att alla tre förklaringarna är giltiga samtidigt, att det handlar om en döendeprocess, en depression och en kränkning, som tillsammans gör henne suicidal. När Hedvig säger att hon inte vill leva längre, skulle Maria kunna säga att hon inte ska tänka så och i stället föreslå en kopp kaffe. Det vore inte så klokt. Det svaret beror sannolikt på att Maria blir rädd och inte vet vad hon ska säga. Hon har inte språket för de riktiga kommentarerna. Efter en studiedag upplever många att det går lättare att prata om allvarliga frågor.

Respekt. I stället stannar Maria upp, sitter kvar bredvid Hedvig, tar hennes hand och visar respekt för hennes känslor. Känner Hedvig att hon inte vill leva längre måste Maria sitta ner och lyssna. Det handlar om ömsesidig respekt, en konst som är svår att lära.

Om jag inte respekterar mig själv i min roll som hemsamarit, sjuksköterska, läkare eller vad det nu är, kan jag heller inte respektera andra. **Jag måste respektera mig själv för att kunna respektera dig.** Det finns många sätt att visa bristande respekt på, till exempel genom att tala över huvudet på den andre, att inte lyssna på vad hon säger, att inte sitta ner när hon säger att hon inte vill leva

Jag måste respektera mig själv för att kunna respektera dig.

osv. Det är fundamentalt att Hedvig möts med respekt, att hon tillåts känna det hon känner. Att hon får vara den hon är även i den här besvärliga situationen. Först då kan hon respektera sig själv, vilket är nödvändigt för att kunna hantera svåra känslor. Det är också nödvändigt för att hon ska kunna respektera Maria.

När Maria har suttit bredvid Hedvig en stund säger Hedvig, att hon hade en hemsk dröm i natt. Drömmen handlade om hennes barn och barnbarn. Hon var så sorgsen över att hon var så fattig när barnen var små. Hon måste jobba mycket och försummade barnen. Nu kommer de i gengäld inte och hälsar på henne. Det är en stor sorg.

Samtalet löper som en röd tråd genom varje kapitel. Även frågorna: "Har du tänkt på döden? Hur tänker du på döden? Hur kom du fram till de här tankarna?" tas upp. Tillsammans ger frågorna upphov till en liten berättelse och inte bara ett kort svar. Att bara fråga: "Varför då?" ger ofta ett korthugget svar: "Äsch det var ingenting!" Lite senare kan Maria komma in på frågor om Hedvigs upplevelse av att hon inte vill leva längre. Tänker hon på att ta sitt liv? Det är inga konstiga frågor. Vi tänker alla på döden och att slippa leva, när vi har det riktigt svårt. Att vi upplever dem konstiga beror på att det är ett förbjudet, tabuerat samtalsområde. Efter frågorna börjar Hedvig gråta och berättar att hon hade tänkt på det under natten. Så småningom förstår Maria vad det hela handlar om. Detta är ett sätt för Maria att långsamt närma sig de frågor som är känsliga för Hedvig men samtidigt så livsviktiga att få tala om.



Hur går det efter suicidförsök – två fallstudier av äldre

*Stefan Wiktorsson leg psykolog och
doktorand vid Göteborgs universitet*

Sedan fem år tillbaka har jag tillsammans med min handledare Margda Waern varit engagerad i ett projekt med fokus på suicidförsök hos äldre. Jag har under en treårsperiod träffat 103 personer som kommit in till något sjukhus i Västra Götalandsregionen och som sagt ja till en intervju. Sjukhusvistelsen har haft samband med att de har försökt ta livet av sig. Efter ett år har jag följt upp dem för att se hur deras situation varit året efter suicidförsöket. En del har sagt nej till uppföljning beroende på att de inte vill ha fortsatt kontakt och vissa har avlidit. Medelåldern på dem jag träffat är 80 år. Jag ska presentera två fall och berätta i korthet om hur deras liv har sett ut både före och efter självmordsförsöket.

Fall 1

En 84-årig änkeman inkommer till medicinakuten efter att ha intoxikerat sig med tabletter och alkohol. Han har författat ett avskedsbrev som ligger på köksbordet. Han hittas av hemtjänstpersonal som tillkallar ambulans. Han har fem barn och många barnbarn. Han har under många år haft en konflikt med en av sina söner vilket plågar honom mycket. Det är en långdragen historia. Hans egen mor tog livet av sig när han var i tonåren. Han har en kronisk sjukdom sedan 10-15 år tillbaka och har näst intill kronisk värk. Ibland kan han känna sig bättre och ibland är det sämre. Han har också sedan några år nedsatt syn, vilket har inneburit att han har fått sitt körkort indraget. Det har gjort honom ledsen, eftersom möjligheten att köra bil har varit en frihetskänsla för honom. Han har aldrig sökt psykiatri i något sammanhang tidigare före självmordsförsöket. Däremot hade han en djupgående depression någon gång i 40-årsåldern. Han umgicks då med suicidtankar och dödsönskningar nästan dagligen under ett par års tid. Han hade också en förhöjd alkoholkonsumtion någon gång i ungdomsåren. Alkohol har emellertid inte varit något större problem under de senare åren. Han sökte vårdcentral ungefär sex år före självmordsförsöket på grund av nedstämdhet och dödsönskningar. Han blev då ordinerad antidepressiva medel, men det gav honom biverkningar varför han tvingades avsluta medicineringen. Hustrun avled tre år innan han försöker ta sitt liv. Därefter har han upplevt en alltmer ökande ensamhetskänsla. Han har under de tre åren efter hustruns bortgång till och från umgåtts med suicidtankar. Han förlorade aptiten ett par månader före

självordsförsöket och även livsgnist. Jag träffar honom ett år efter självordsförsöket då följande har hänt.

Någon månad efter självordsförsöket när han är utskriven från psykiatri blir han tvungen att amputera vänster ben, vilket innebär att han blir rullstolsburen. Tre till fyra månader efter självordsförsöket får han ett rum på ett äldreboende. Han beskriver en frustrerande och jobbig känsla av att inte kunna förstå hur omöjligt det är att flytta hem igen. Lägenheten säljs. När han vaknade upp efter självordsförsöket var han mycket frustrerad över att det inte lyckades. Han var arg och agiterad och ansåg sig verkligen ha sin fulla rätt att bestämma när, om, var och hur han skulle göra med sitt liv. Livsgnist har varit konstant låg året efter suicidförsöket. Han har också drabbats av sömnproblem. Minnet börjar svika, han har en sämre kognitiv kapacitet. Han råkar ut för några falltrauman, bryter armen och synförsämringen pågår hela tiden, vilket innebär att han inte har möjlighet att läsa tidningen. Han blir alltmer sängliggande.

Han har självordstankar till och från, men säger att han inte tänker göra ett nytt försök. Jag upplever att han har ett stort behov av att samtala. Han uppskattade att jag hade åkt långt för att träffa honom, vilket var en stark upplevelse. Det blev ett positivt samtal. Han berättade att han hade haft samtal med en diakon men det var bara vid två tillfällen. Han uppskattade samtalen och var ledsen över att de hade upphört. Han avlider ett halvt år efter mitt möte med honom. Dödsorsaken är oklar för mig men han var dålig, såväl fysiskt som psykiskt.

Fall 2

Detta fall handlar om en 75-årig änka. Mannen dog sex till sju år före självordsförsöket. Hon kommer in på medicinakuten efter ett självordsförsök. Hon har också skrivit ett avskedsbrev. Kvinnan upplever att hon har goda relationer med sina nära. Hon har fyra barn och sex barnbarn och har ofta besök av dem. Hon har också en väninna som bor våningen under som hjälper henne med praktiska saker. Hon bor i egen lägenhet och upplever ingen ensamhet. Hon har en ganska kraftig hörselnedsättning, vilket gör att samtalet försvåras, men går ändå att genomföra. Sedan ett antal år tillbaka har hon en kronisk värkproblematik på grund av höftledsartros. Hon har varit i kontakt med läkare och ortoped drygt ett år innan, men det bedömdes inte vara aktuellt med operation. Hon bor på femte våningen utan hiss och går med rullator, vilket är besvärligt när hon ska ta sig ut. Kvinnan har ingen tidigare psykiatrisk kontakt och hon beskriver att hon inte har haft psykiska problem någon gång under sitt liv. Hon har inte upplevt sig som deprimerad trots att värken har intensifierats månaderna innan hon gör självordsförsöket. Den bedömningen görs inte heller när hon kommer in för självordsförsöket. Hon har sömnproblem som enda depressiva symtom, men det kan snarare förklaras av värken. Hon beskriver att hon upplevt en desperation i

samband med att värken har ökat. En morgon vaknar hon och har stark värk och säger till sig själv: "Nu får det vara nog, nu orkar jag inte mer". Hon tar tabletter och försöker sedan dränka sig i badkaret, men av en slump kommer väninnan som upptäcker det hela. Hon ringer efter ambulans och på så sätt kommer hon in på medicinakuten.

Ett år senare träffar jag henne på ett äldreboende. Hon är glad och positiv. Hon berättar att hon flyttade i princip direkt efter utskrivningen från psykiatri till ett äldreboende och är väldigt nöjd med det. Hon berättar också att tack vare den förnyade kontakten med sjukvården efter självmordsförsöket skrevs en remiss för hennes höfter. Ungefär en till två månader efter utskrivningen låg hon på operationsbordet. Operationen blev lyckad. Dock har hon stunder då hon har värk i benen och de stunderna funderar hon ibland på att det var synd att hon inte lyckades ta sitt liv. Hon uppskattar oerhört mycket den sociala samvaron på äldreboendet och upplever den som en trygghet. Hon får hjälp med allt och har ingen direkt längtan hem till sin lägenhet, utan hon trivs bra där hon bor. Hon upplever ingen livsleda eller någon ensamhetskänsla och har fortfarande goda familjerelationer. Hon får ofta besök och har också goda relationer med de boende och personalen på äldreboendet. Sammantaget har det blivit en klart förhöjd livskvalitet för denna kvinna.

D. Suicidprevention som folkbildning

Moderator: Margit Ferm

Deltagare: Lars Mehlum, Pernilla Larsson, Leif Hansson, Bertil Carnhede, Birgit Lerman och Kerstin Selén.

Margit Fermes inledning

Här i landet har vi arbetat med folkbildning sedan början av förra seklet och jag skulle tro att det är på samma sätt i Norge. Att träffas i samtalsgrupper eller i studiecirklar ger en möjlighet att diskutera, samtala, tala sig samman, vilket handlar om att fördjupa kunskap och att ta fram erfarenheter som man kanske inte är medveten om att man har. Det leder till nya insikter och till att vi lär av varandra, tar del av varandras erfarenheter, berättelser och livsberättelser och att vi ges möjlighet att reflektera tillsammans. Mötena vid denna konferens ger oss möjlighet att utveckla viktig kunskap. För Riksförbundet SPES är arbetet med folkbildning helt naturligt och har blivit än naturligare sedan vi blev medlemmar i studieförbundet Sensus, med vilket vi har ett nära samarbete.

Det här är första gången som vi har folkbildning som tema på en suicidpreventiv konferens. Det är glädjande många som medverkar idag. Var och en kommer att belysa det suicidpreventiva arbete man är involverad i utifrån ett folkbildningsperspektiv. Vi ser fram emot en innehållsrik förmiddag där fokus kommer att läggas på massmedia och informationskampanjer, efterlevande, primärvård, satsningar inom skolan och svenska kyrkan och hur ett studieförbund arbetar med dessa frågor.

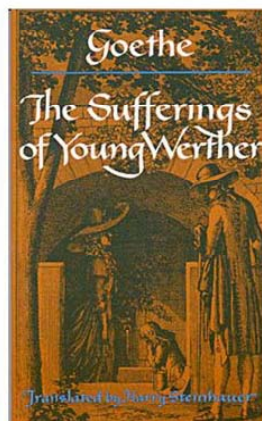
Suicidpreventivt arbete med massmedia i Norge

*Lars Mehlum, professor i psykiatri och suicidologi,
chef för seksjonen for selvmordsforskning og -forebygging (SSFF)*

Jag kommer inte att presentera vår forskning och andra insatser från enheten utan jag kommer att ha fokus på vårt samarbete med media när det gäller självmordsprevention i Norge. Werthereffekten, som myntades genom Goethes roman där den unge Werther har kärlekssorg och tog sitt eget liv, är säkert välkänd för många. Historien i boken är fiktiv, men ger en mycket dramatisk och romantisk skildring som fick smittoeffekter i samtidens Tyskland.



Werther effekten



Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging

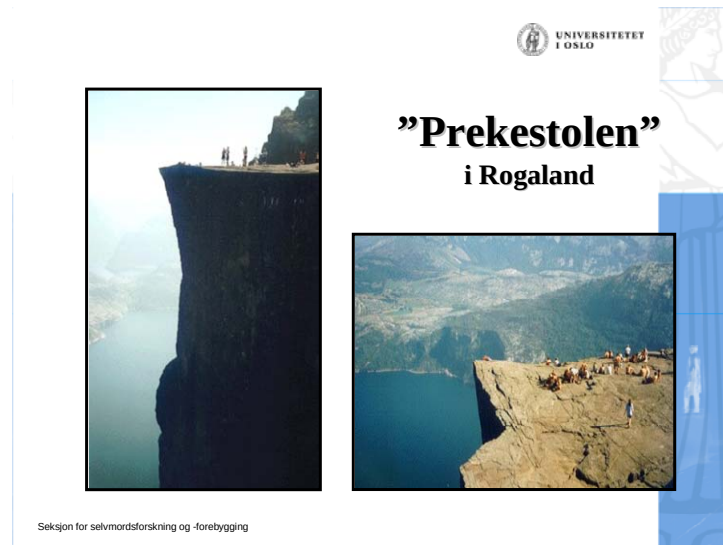
Werthereffekten är viktig och finns över hela världen. När tidningsskildringar visar hur människor hoppar, använder tabletter eller skjutvapen för att ta sitt eget liv kan det medföra en stark påverkan och leda till en ökning av självmord med hjälp av dessa metoder.



Bilden ovan är från Hongkong. Det finns länder vars tidningar i försäljningssyfte använder denna typ av bilder för att hetsa upp eller skrämma och väcka uppmärksamhet.

Man beskriver även metoden för att därigenom ge självmordet ett ansikte, vilket lätt kan ge upphov till smittoeffekter.

Vi har som tur är inte sådana tidningar, men vi har andra media som publicerar självmord på förstasidan och till exempel mycket ingående beskriver en person som har tagit sitt eget liv. Man beskriver även metoden för att därigenom ge självmordet ett ansikte, vilket lätt kan ge upphov till smittoeffekter.



Bilden ovan visar ett tillfälle när två ungdomar träffar varandra på en platå som heter Prekestolen på Västlandet i Norge. Där är mycket vackert och naturen kan kännas dramatisk. En person från Österrike och en från Norge bestämde att de skulle träffas här. Ungdomarna tog kontakt via Internet och bildade en självmordspakt. De hoppade tillsammans och följde varandra in i döden. De följande dagarna blev det en enorm uppmärksamhet i media och många journalister ville skriva eller rapportera om denna händelse. Vi tvingades stoppa det mesta. Episoden illustrerar hur Internet och andra elektroniska medier kan öka risken för smittoeffekter. Sådana effekter är inte lika lätt att hindra jämfört med oönskade publiceringar i tidningar.

Vi hade ett långt samarbete med representanter för pressen efteråt för att diskutera de etiska reglerna. I ett öppet samhälle är det viktigt att opinionen får information om problemet självmord. Det kan reducera tabun och myter och öka sannolikheten för att fler människor i riskzonen kan få hjälp. Samtidigt är det viktigt att faran för smittoeffekter inte undervärderas. Vi hade ett gott samarbete med Pressförbundet om de pressetiska reglerna. De lyssnade på våra synpunkter, vilket resulterade i en revision av den nya lagtexten i november 2005.

För att uppfylla god pressetik är det viktigt att vara varsam och inte nödvändigtvis skriva om självmord och självmordsförsök eller metoder för att ta sitt liv. Detta kan utlösa nya självmordshandlingar. Det blir också lätt kränkande för efterlevande om man skriver för mycket i medierna.

Vi utarbetade vidare år 2006 en vägledning om hur man ska skriva om självmord i medierna. Representanter för pressen utformade själva dessa regler med hjälp av oss. I reglerna beskrivs hur man skriver och talar om självmord utan att utlösa smitta. Flera journalister var osäkra och frågade sig: "Vad gör vi nu? Vi ska publicera artiklar om självmord, men hur ska vi göra detta?" En lärobok om

hur man på ett bra sätt skriver om självmord är publicerad i Norge. Den heter "Fra tabu till tema. Selvmord i mediene", författad av R K Nybø, 2007.

Vi har även hållit seminarier för journalister om media och självmord. Senaste seminariet hölls i oktober 2007. Vid ett seminarium fokuserade vi på Internet och självmordssmitta då boken om Internett og selvmordssmitte skriven av två specialister, A Galtung och O K Hoff introducerades. Boken har titeln Selvmordsfare og Internett. Kan jussen gi beskyttelse? (Oslo, 2007).

Vi har samarbete med NPF (Norsk psykiatrisk forening) och Institutt for journalistikk. Under 2008 ska Wertherpriset för god mediabevakning av självmord delas ut i form av ett penningpris. I samband med prisutdelningen ska också ett seminarium hållas.

Vi bör hjälpas åt med att lyfta fram att självmord är ett stort samhällsproblem. Det finns många självmordsförebyggande metoder. Det är viktigt att föra ut den kunskapen. Det finns också fortfarande många myter och många felaktigheter som måste diskuteras.

Befolkningsinriktad information om självmord – en slags folkbildning

Lars Mehlum

Det finns ett antal hjälpmedel för att föra ut information om självmord genom till exempel:

- Massmedia (annonser, kampanjer, filmer, radioprogram)
- Folkbildning (grundskolan/högstadieskolan samt första hjälpen-kurser)
- Elektroniska medier (e-learning)
- Världsdagen för självmordsprevention den 10 september

Man går här från tabu och tystnad till öppenhet och möjlighet att tala om ämnet. Detta skadar inte, vi tjänar på det.

Vi har gjort flera landsomfattande kampanjer i radio/TV och i annonser under tiden januari-mars 2007. Vi har samarbetat med LEVE, vilket är den norska motsvarigheten till SPES, Kreativt Forum och SSFF (Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging) med en budget på 10 mkr. Många har även arbetat på frivillig basis. Målet har varit att öka publikens/befolkningens uppmärksamhet på samhällsproblemet självmord och att stödja efterlevande vid självmord. Det är ett stort problem för efterlevande och därför viktigt att ge stöd till dem. Det är 2-3 gånger vanligare att någon avlider i självmord jämfört med att avlida i samband med en trafikolycka.

Vi har använt olika exempel på annonser om någon som tagit sitt liv som publicerades i pressen under ett antal månader.



Efter dessa annonser har det kommit många positiva reaktioner, men också ett fåtal negativa.

Vi har haft funderingar på om det är till nytta eller till skada. Vi tror totalt sett att detta är bra, även om det är svårt att utvärdera nyttoeffekter inom området. Så länge vi inte traumatiserar eller stigmatiserar någon och så länge vi inte bidrar till att skapa smittoeffekter, känns det som vi ändå står på en trygg grund. Ett flertal olika program har utvecklats som:

VIVAT-programmet (VIVAT betyder "lev!", imperativ av vivere) är ett program för första hjälpen vid självmordskriser som består av:

1. ASIST (Applied Suicide Intervention Skills Training)
2-dagarskurs
Vardagsspråk, ej fackspråk
2 kursledare, 14-15 deltagare per kurs
2. KURSLEDARKURS
5-dagarskurs
Utbildar kursledare
3. VÄGLEDARE
Erfarna kursledare
Upplärningsprogram

Cirka 10-20 000 har genomgått dessa kurser i Norge.

ETT INTERNATIONELLT SAMARBETE OMFATTAR

- Kanada;
engelska - franska,
urbefolkning
- USA;
delstater och regioner,
militär personal (Irak)
- Australien;
Nya Zeeland
Melanesien
Polynesien
Mikronesien
- Norge
- Ryssland
- Litauen
- Storbritannien;
Skottland, England, Nordirland
- Irland
- Singapore

Efterlevande efter suicid – en intervjustudie

*Pernilla Larsson, specialistsjuksköterska i psykiatri och
doktorand vid Karolinska Institutet*

Jag ska berätta om vårt projekt "Föräldrar, vars dotter eller son tagit sitt liv".

Föräldrar vars dotter eller son tagit sitt liv



Då jag arbetade på den psykiatriska akutmottagningen mötte jag drabbade i det akuta skedet, men också personer som sökte många år efter förlusten. Man sökte till exempel för sömnproblem eller depressionssymtom. När man hade pratat en stund nämnde han eller hon att det kanske har samband med att sonen tog sitt liv för tio år sedan eller om förlusten av en far för 20 år sedan och att någon hjälp inte gavs då. Jag både såg och hörde om bristerna både i det akuta omhändertagandet och i det långsiktiga. Sedan slogs jag av att när katastrofer drabbar många

I dag påverkas det bemötande man får när någon har tagit sitt liv av var man bor, vilken tid på dygnet det är, vilken veckodag det är eller om man har tur att träffa rätt person.

människor finns det riktlinjer för vilken hjälp vi ska erbjuda. Men när katastrofer drabbar den enskilda människan eller familjen finns inga riktlinjer för hjälpen och detta trots att det är så många som cirka 1 400 personer, som drabbas varje år.

I dag påverkas det bemötande man får när någon har tagit sitt liv av var man bor, vilken tid på dygnet det är, vilken veckodag det är eller om man har tur att träffa rätt person. Så får det inte vara. Det viktigaste stödet kommer

sällan från vården och samhället utan från närstående, anhörigföreningar m.fl., men vården och samhället kan också hjälpa till och stödja.

Målet med studien var att ta fram riktlinjer, som ska erbjudas den drabbade personen, så att hon eller han inte faller mellan stolarna och därmed inte får någon hjälp. En anledning till att det saknas riktlinjer är att det saknas kunskap. Man vet inte riktigt vilka behov de sörjande har, vad som erbjuds och vad som borde erbjudas. Vad finns det för rutiner och vilket stöd finns som kan motverka att sorgen övergår i sjukdom? För att få den kunskapen förstod vi att det bästa är att fråga dem som har gått igenom förlusten själva.

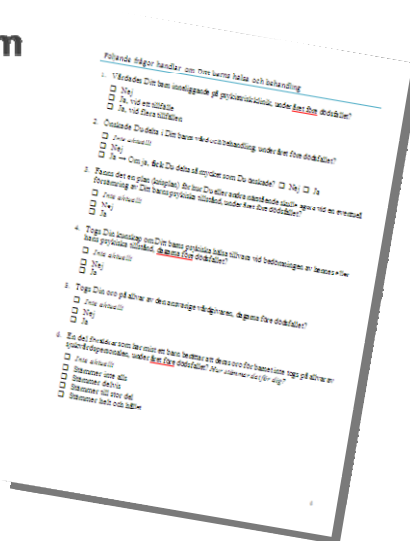
Studien görs i flera steg. Syftet med den första delen var att tillsammans med föräldrar som förlorat en son eller dotter genom självmord få fram ett frågeformulär. Inledningsvis läste vi dokument, både vetenskapliga och dokument som var skrivna av drabbade. I olika nätverk diskuterade vi, till exempel med SPES, som var med från början, hur vi skulle gå tillväga. Därefter intervjuade jag 17 förlustdrabbade föräldrar, som berättade om sin son eller dotter och vad som hade varit betydelsefullt tre till tio år efter förlusten. Vi spelade in samtalen på band och jag skrev ut ord för ord vad som hade sagts. Därefter omformulerades svaren till frågor.

I nästa steg hjälpte ytterligare 20 förlustdrabbade personer till att förbättra frågorna. Det är oerhört viktigt att vi förstår och frågar på rätt sätt och ännu viktigare att det inte är kränkande eller negativt på något sätt. Tillsammans förfinade vi formuleringarna av frågorna.

Ytterligare 29 förlustdrabbade föräldrar har besvarat formuläret och tittat på frågorna och formuleringarna. Från början var fokus på att ta fram kunskap för att kunna formulera riktlinjer för stöd till och omhändertagande av förlustdrabbade. Vid intervjuerna underströks dock bristerna i kommunikation och information före dödsfallet och flera uttryckte sin besvikelse över den psykiatiska vården. Därför har vi även lagt till frågor som handlar om tiden före dödsfallet i formuläret, frågor kring hur sonen eller dottern verkade må under året före dödsfallet, vilka tecken som fanns på sårbarheten, vilken vård eller behandling som man fick eller inte fick. Idag innehåller frågeformuläret 220 frågor om före, under och efter dödsfallet. Frågorna handlar om hur man fick beskedet och tiden för avsked. Har man fått se sin son eller dotter och har man fått ta det avsked som man själv ville? Om sorgen och om arbetet fritid och hälsa, hur man mår idag. Frågeformuläret ska skickas ut till cirka 1 000 förlustdrabbade föräldrar och även till föräldrar som inte har förlorat ett barn för att därigenom få en kontrollgrupp.

...220 frågor om

- Före förlusten
- Dödsfallet
- Dödsbeskedet
- Tiden för avsked
- Efter förlusten
- Sorg
- Arbete
- Fritid
- Hälsa



Tyvärr har vi haft en del problem med olika myndigheter. Liknande studier har gjorts tidigare efter att föräldrar har förlorat ett barn i cancer eller har fått ett dödfött barn. Vi ansökte om att få skicka ett informationsbrev och därefter ringa för att fråga om personen ville se vårt frågeformulär, vilket varken Socialstyrelsen eller Rättsmedicinalverket godkände med motiveringen att frågorna var för känsliga att ställa. Processen pågår och vi tror att det kommer att lösa sig. Etiknämnden har godkänt studien och SPES samt flera suicidforskare stödjer studien. Senare kommer vi att höra med syskon som har förlorat en syster eller bror och barn som har förlorat en mor eller far.

Fortsatta studier

Syskon vars syster
eller bror tagit sitt liv

Rossana Pettérssen
Ullakarin Nyberg

Barn vars mor eller
far tagit sitt liv



Edvard Munch

Jag vill passa på att tacka alla som har hjälpt till med studien.

Hälsoenheten i Borås-Bollebygd – primärvårdens enhet för psykisk egenvård

Leif Hansson, hälsosamordnare, Borås

Hälsoenheten i Borås – Bollebygd tillkom för fyra år sedan. De två första åren som projekt och därefter som en ordinarie verksamhet. Anledningen till projektet var att man ville skapa något som skulle bli modell för människor i deras strävan att ta eget ansvar för sin hälsa och ge förutsättningar för att de skulle kunna förändra och hantera sin livssituation på ett bättre sätt. Avsikten med egenvårdsenheten var att den skulle arbeta sekundärpreventivt genom att sprida kunskap och medvetenhet hos allmänheten och bland patientgrupper via gratisföreläsningar. Hälsoenheten arbetar inte bara med psykisk ohälsa utan också med somatisk ohälsa. Enheten erbjuder depressionsgrupper, ångestgrupper, rökavvänjningsgrupper, överviktsgrupper, stress- och avslappningsgrupper och även smärthanteringsgrupper.

Huvudsakligen ska jag berätta om depressionsgruppen som också skulle kunna kallas depressionsskola eller depressionskurs. Vi har ännu inte hittat ett riktigt bra namn. Tills vidare kallar vi det för depressionsinformation. Grupperna består av åtta till tio patienter som kommer via remiss från våra tio vårdcentraler i primärvårdsområdet Borås-Bollebygd.

Träffarna genomförs vid fem tillfällen och kan se ut på följande sätt:

Första träffen är ett introduktionstillfälle där vi pratar om upplägg, innehåll och syftet med kursen. Gruppdeltagarna presenterar sig, berättar om sin bakgrund och sina förväntningar. Därefter går vi igenom vad depression är för något ur patienternas synvinkel. Det är ju patienterna som har eller har haft depressioner som har erfarenhet och som gärna vill dela med sig till övriga. De känner att de andra förstår och vet vad de talar om på ett helt annorlunda sätt än andra utan erfarenhet kan göra.

Vid andra tillfället veckan därpå kommer en läkare som informerar i dialogform om depression utifrån en medicinsk synvinkel. Läkaren går igenom hur hjärnan fungerar, bland annat vad signalsubstanser är och om hur medicin påverkar. Han berättar om vad det finns för behandlingsmetoder som till exempel medicin, terapier, motion etc. Han kommer också in på medicinens biverkningar, hur man sätter in och sätter ut medicin. Utöver de frågor patienterna redan har, väcks ofta många nya frågor. Och här finns möjligheter att få svar, vilket man annars har svårt att få då läkarbesöken på vårdcentralerna oftast är starkt tidsbegränsade.

Vid nästa tillfälle, veckan därpå, kommer en sjukgymnast som berättar om depression ur kroppslig synvinkel. Vi vet att kroppen speglar måendet. Kroppen

reagerar på hur vi mår, exempelvis påverkas kroppshållningen av depression. Det är viktigt att förstå hur kropp och själ hänger ihop. Inaktivitet är oftast en annan följd av depressionen. Konditionen försämras och har man sämre ork mår man ännu sämre. Motionens positiva betydelse behandlas både ur psykisk och fysisk synvinkel.

Vid samma tillfälle berättar en sköterska om hur det är att leva med depression, vad stressen har för inverkan, sömnens betydelse, hur viktigt det är med rutiner och struktur samt kostens betydelse. Hon talar också om "tidiga tecken" och hur man kan hantera dessa för att förhindra eller minska depression.

Vid det fjärde tillfället kommer en psykoterapeut och berättar om depression ur kognitiv synvinkel. Detta görs också i dialog- och diskussionsform. Han informerar om vad det finns för olika terapiformer, men framför allt om hur människors tankemönster påverkar individens känslor, kroppsliga reaktioner och beteenden.

Vid det femte avslutande tillfället sammanfattar vi, knyter ihop och ger tips om vad det finns för information att hämta på nätet, i litteraturen etc. Här nämns också en del om patientföreningar eller andra intresseföreningar. Ofta uppstår en önskan om att träffas igen i någon form av självhjälpsgrupper. Och det är inte så sällan som grupperna har träffats igen efter att gruppinformationen har avslutats.

Informationsgrupperna i depression har pågått under några år och en utvärdering har genomförts av verksamheten.

- Enkäter har delats ut efter avslutad informationsserie. De har innehållit frågor om hur man har upplevt upplägg, innehåll och form. Poängen har varit höga, men det som uppskattats mest är att få träffas i grupp.
- Vi har också gjort mätningar på depressionstillståndet genom patientskattningar på depressionssymtom vid första respektive femte tillfället, men även

Det visar att kunskap och medvetenhet är väsentliga faktorer för att hantera depression och må bättre.

efter sex månader genom brev. Förutom att vi mätt deras depression, har vi också mätt deras skattade hälsotillstånd enligt EQ-5D, där 100 poäng visar bästa tänkbara hälsotillstånd och 0 sämsta tänkbara. Efter sex månader skickade vi ut brev med samma skattningsblanketter. Sjuttitre procent av patienterna är förbättrade i sin depression. Man hade en 21-procentig ökning i sitt hälsotillstånd när man skattade sig efter sex månader. Vi tycker att det är bra siffror med tanke på den ringa insats som gjordes i tid och pengar per patient. Det visar att kunskap och medvetenhet är väsentliga faktorer för att hantera depression och för att må bättre.

Vad en skola på småländska höglandet kan bidra med i ett folkbildningsperspektiv

Bertil Carnhede, verksamhetschef för elevhälsan, Nässjö

Jag är från Nässjö kommun, men representerar flera kommuner på småländska höglandet, vilka har haft ett samarbete med Margit Ferm under lång tid. Som Margit sa fick vi möjlighet att starta projektet tillsammans med SPES och henne. Det är viktigt att umgås socialt och Margit umgicks socialt med presidenten i en av Rotaryföreningarna. Presidenten blev oerhört intresserad av det här området och satte igång en process med andra föreningar. Föreningarna skulle göra någonting i samband med deras 100-årsjubileum. I stället för att ha en stor bankett på hotell gav man pengarna till skolor i kommunerna och erbjöd sig att tillsammans med Margit genomföra en utbildning inom det suicidpreventiva området. Det är den fantastiska bakgrunden.

Vi träffades allesammans tillsammans med Margit i en stor gymnasieskola. Dit bjöd vi givetvis in politiker från barn- och utbildningsförvaltningen i alla kommunerna, representanter för elevhälsan och representanter för skolans pedagoger. Det var nog flera som bar med sig många frågor hem, bland annat frågan om "ska man väcka den björn som sover"? Den frågan återkom under hela det året vi jobbade.

Vi startade med ett gemensamt möte och hade en utbildning där Margit berättade om SPES. Vi arbetade också med en del av materialet från SPES och Sensus, samtalshandledningen Låt himlen vänta. Meningen var att vi skulle föra ut tankarna i kommunerna och vi valde att rikta oss till högstadie- och gymnasieskolorna. Alla kommuner var representerade vid detta första tillfälle. Därefter satte vi igång ute i respektive kommun. Vi valde att bjuda in den personal som var knuten till elevhälsoteamen, dvs. skolläkare, kuratorer, psykologer, specialpedagoger och givetvis rektorerna. Vi förde fram de viktiga tankar som presenteras i Sensusmaterialet och framför allt arbetade vi med filmen "Kärleken är den bästa kicken". Meningen var att vi skulle använda den i mötet med eleverna. Detta pågick under hela läsåret 2006-2007. Vi började i maj 2006 och förde därefter ut vår kunskap i elevteamen och använde det material vi hade fått av Margit. Detta pågick hela hösten. Det var ju inte så att det här var självklart. Vi mötte frågor som: "Är detta nödvändigt? Ska vi jobba med något som inte är?" Det kom upp flera sådana frågor, men vi hade bestämt oss för att vi skulle genomföra projektet. Det tog ganska lång tid innan vi tillsammans gick ut till eleverna. När vi gjorde det valde vi lite olika arbetssätt. Till en början utgick vi alla från filmen på det sätt som vi hade lärt oss av Margit. En del skolor valde att samla alla elever till stora temadagar, och vid de tillfällena utgå från filmen och

sedan dela upp sig i grupper med bestämda frågeställningar. Andra valde att jobba ute i klasserna först, vilket framför allt gällde gymnasieklasserna.

Resultatet skilde sig åt skolorna emellan eftersom vi tillät skolorna att genomföra programmet på olika sätt. Samtidigt hade vi hela tiden kontakt med Margit, eftersom vi ville tala om för omgivningen vad vi gjorde. Vid det första tillfället var givetvis Margit där och blev intervjuad i tidningen. Starten blev på så sätt medial, men vi ville också att föräldrarna skulle veta vad vi arbetade med i skolan. Vi träffade Margit vid ytterligare ett tillfälle och hade en utbildningskväll där vi pratade om hur vi möter eleverna. Mötena var inte så välbesökta då vi inte hade riktat inbjudan direkt till föräldrar till gymnasie- och högstadieelever. Det kom mellan 50-80 personer per kväll. Vi hade dock annonserat i tidningen om mötet. Det var inte så många som var intresserade av att få information. Men det var viktigt att fler människor än våra elevhälsoteam fick lyssna till Margit, som också deltog i diskussionen efteråt.

Filmen användes och det var intressant att ta del av hur programmet genomfördes. Det var inte eleverna som hade motstånd mot att diskutera ämnet utan personalen. Eleverna ställde raka frågor till oss. Frågorna satte igång processen och den blev bättre när eleverna kom igång med arbetet tillsammans med personalen. Det jag personligen jobbade med var konsten att uppfatta signaler från vänner. Margit hade tagit upp frågan – ”om man skulle väcka den björn som sover?”. Hon nämnde även att många ungdomar ger varandra förtroenden och på det sättet konserveras uppfattningen om att inte prata öppet om det. De för inte vidare ett budskap om någon har sagt: ”Jag tänker på att jag skulle vilja dö, men du får inte säga det till någon”. Detta blev något vi diskuterade mycket i skolan. Eleverna hade verkligen åsikter om hur man gör och vem man ska vända sig till; mamma, pappa eller till någon annan. Arbetet återkom som tema under hela läsåret. Vi bestämde oss för att tillsammans med eleverna formulera en strategi.

Vi som vuxna har en benägenhet att inte diskutera detta angelägna ämne.

Alla högstadie- och gymnasieskolor är skyldiga att ha en krisplan. I krisplanen finns också en handlingsplan som heter: Hur ska vi göra om någonting händer! Den finns ute på alla skolor och i det utbildningspaket som vi arbetar med varje år på initiativ av elevhälsans personal. Därigenom har vi förankrat och sett till att kunskapen spritts i hela vår kommun. Vi hade troligtvis inte klarat detta om vi inte hade haft stöd av Margit Ferm och av det material som vi har fått använda under hela läsåret. Det har varit en spännande vandring och framför allt har det varit spännande att diskutera detta med ungdomarna. Särskilt med tanke på att vi vuxna har en benägenhet att inte diskutera detta angelägna ämne.

Vi får tacka Margit för att vi har fått ett bra komplement till våra krisplaner.

Kyrkan som initiativtagare till suicidpreventiva utbildningar

Birgit Lerman, stiftskonsulent i Växjö stift

Jag tänkte inte gå tillbaka till 90-talet då vi gjorde ett försök i stiftet att ta upp frågor kring suicidprevention, utan jag ska fokusera på vad som hänt under 2000-talet. Jag är samordnare för jourhavande präst i Växjö stift. Efter varje nattpass ger jourhavande mig en lapp med notering om vilket ämne samtalet har handlat om. Sekretess gäller både för den som ringer upp och den som svarar. Vi har kunnat notera att samtalen från psykiskt handikappade och sjuka har ökat. Det gäller även suicidsamtalen. I kyrkan, som i samhället i övrigt, är det ofta så att det måste hända något innan man börjar agera. Det som hände oss var ett fullbordat suicid direkt under ett pågående samtal. En ung kille säger i telefon: "Nu kommer tåget" – och tåget kom!

Jag kunde inte bara sitta och ta del av sådan information utan att göra något. Särskilt som jag samtidigt fick höra att det hänt flera gånger under pågående samtal att den som ringt har försökt och även lyckats ta sitt liv.

Jag samlade några personer med något olika professioner för att diskutera en handlingsplan. De var representanter från kyrkan, skolan, psykiatri och primärvården och några till. I vårt stift finns det tre län. Vi startade med Kronobergs län och gjorde en riktad inbjudan till olika verksamheter inom samhället; skola, vård, kyrka, polis och anställda inom Räddningstjänsten. En kurs startades i Växjö respektive Älmhult. Förmiddagen inleddes med en föreläsning av en professor från Lund.

Många har säkert upplevt efter en kurs eller konferens att mycket har varit intressant, men resultatet blir möjligtvis ett par papper som hamnar i en pärm. Så var det inte efter våra kurser. Deltagarna fick inte åka hem innan man utsett kontaktpersoner inom alla professioner som kunde arbeta vidare med frågorna. I de fall någon yrkesgrupp saknades blev uppgiften att undersöka vilka personer som skulle ingå i ett nätverk på hemorten. När kontaktpersonen utsetts fick deltagarna åka hem.

Vid hemkomsten fick alla fundera på vad som borde göras när det gäller suicidprevention och vilka personer som fortsättningsvis borde ingå i nätverket. Man gjorde på motsvarande sätt i Kalmar län. I Jönköpings län hade man redan tidigare arbetat bland annat i skolorna. Men det finns fortfarande vissa ställen där det inte händer så mycket och där önskar jag att man borde arbeta mer med att lägga upp ett suicidpreventivt program.

En viktig fråga är naturligtvis om dessa insatser har fungerat. På de flesta ställen har det fungerat mycket bra, och på en del ställen har vi fått göra en

nystart. Det kan bero på att människor på olika positioner har flyttat och nya har tillkommit.

En fritidsassistent som jobbade på skolan i en landsortskommun i Kronobergs län läste i tidningen att församlingens diakon varit i Växjö under utbildningsdagen. Han tog kontakt med diakonen och berättade att han kommit i kontakt med en tjej på skolan som har allvarliga suicidtankar. Han ville att diakonen skulle kontakta henne och hon fick senare ytterligare hjälp och mår idag bra.

Inom psykiatrin måste också mycket göras. Referensgruppen för telefonsjälvården har skrivit till de tre landstingen. Önskemålet är att vidga samarbetet mellan kyrkan och psykiatrin, eftersom suicidprevention måste finnas inom psykiatrin. För att kunna genomföra detta måste politiker påverkas. Våra utsända brev resulterade i flera artiklar i både press, radio och TV. Samarbetet har även utvecklats med Kalmar läns landsting. Sekreteraren till landstingsstyrelsens ordförande har ringt och ville ha kontakt.

När det gäller Kronobergs län träffade jag ordförande i landstingsstyrelsen förra veckan för att tala om suicidprevention.

Suicidprevention tar tid men vi har till stor del lyckats nå politikerna som har sagt ja och även min arbetsgivare, Stiftsstyrelsen, har varit positiv. Utflyttning sker av psykiatrin till vårdcentralerna och vi ska få till stånd preventionsinsatser vid varje vårdcentral. Inom Växjö stift kommer det att på varje vårdcentral finnas någon (kurator, psykolog eller psykiatriker) som har kontakt med en präst eller diakon.

I varje kontrakt samlas regelbundet präster och diakoner, ibland även pedagoger till Konvent. Vid ett Konvent i Växjö (Kinnevalds Kontrakt) behandlades enbart suicidprevention. Som utgångspunkt användes "Kärleken är den bästa kicken". Alla såg filmen och vi delade in oss i smågrupper och diskuterade livligt. Allt arbete har för mig känts mycket meningsfullt.

Folkbildning för suicidprevention

*Kerstin Selén, verksamhetsutvecklare, vuxenpedagog samt
SPES:s kontaktperson inom studieförbundet Sensus*

Jag kommer från studieförbundsvärlden, från Sensus. SPES har valt att samarbeta med oss, vilket vi är mycket stolta över. Vi kan ingenting om suicidprevention. Vi har däremot fackkunskaper då det gäller vuxenpedagogik. Sensus styrka är bland annat att vi har ett 50-tal kontor runt om i hela landet, vilket gör att man kan få kontakt med oss var man än befinner sig. Kontakten mellan SPES, kyrka och arbetsplats blir mycket naturlig då SPES, liksom Svenska kyrkan, Vårdförbundet, TCO, Lärarförbundet m.fl. organisationer, är en medlemsorganisation i Sensus. Att det ingår så många organisationer gör att vi lätt kan skapa spännande och konstruktiva mötesplatser och nätverk.

Det var SPES som ledde oss in i det suicidpreventiva arbetet. SPES behövde material och därför började Margit och jag, som har samarbetat under många år, göra en pärm för informatörer. SPES har egna lekmannainformatörer som kan åka ut och möta människor i olika sammanhang. Informatörerna kan åka ut och möta ambulanspersonal och ungdomsledare. Och de kan åka ut till skolor.

SPES informatörer gör en fantastisk insats. När en människa med självupplevd kunskap berättar griper det tag i åhöraren. Samtidigt kan det finnas en fara i att lekmannen informerar. Det är lätt så att lekmannen generaliserar utifrån sin egen upplevelse. Därför är det särskilt viktigt att lekmannen får ett korrekt och faktaspäckat material med sig. Det material vi gjort innehåller fakta. I materialet får man dessutom tips på ingångar till samtal. Man lär sig genom samtal, reflektion, genom att dela kunskap och att ta del av varandras perspektiv. De egna attityderna påverkas och man blir beredd till handling.

När en människa med självupplevd kunskap berättar griper det tag i åhöraren.

Man blir gripen av ett möte när man ställs inför frågor som berör en själv. När man träffas går man igång och gör saker. Informatörspärmen var det första vi gjorde. Innehållet

handlade både om suicid och attityder. En röd tråd genom allt vi gör är att försöka bryta tabun och få människor att tala, eftersom vi tror att samtalet är suicidpreventivt i sig. När vi berättar någonting om självmord kommer människors egna berättelser spontant. Man vänjer sig vid att formulera sig i ord och så bryts tabut.

Nästa material vi gjorde var samtalsmaterialet "Det går att leva vidare", vilket anknyter till två NASP-rapporter som innehåller berättelser av människor som drabbats av suicid i sin närhet. Materialet kan användas i självhjälsgrupper. Man berättar om hur man fick beskedet, vilket ofta upplevs som det

mest traumatiska. Man talar om vad som hände före och efter samt hur begravningen genomfördes. Allt detta får man dela med andra som har upplevt samma sak. Man kanske berättar om det som hänt för femtio år sedan, men det finns fortfarande kvar många djupa sår. Det är bra att vara tydlig och betona att lekman träffar lekman, att samtalsledaren inte är terapeut. Vi uppmanar ledaren att inte ställa för många frågor och att betona sin roll som samtalsledare. Det budskapet finns med i materialet. Materialet kan hämtas hos Sensus och finns i pdf-format.

I nästa steg gjorde vi "Låt himlen vänta", vilket är det material som Bertil Carnhede hänvisade till. Materialet handlar om att upptäcka och samtala med ungdomar som kan befinna sig i riskzonen för att ta sitt liv. Pernilla Larsson och flera andra har varit inblandade i att skriva texter. I materialet informeras om Internet, något som vi vuxna oftast är omedvetna om, och om vad det innebär att ha mobiltelefon men inte få några SMS. Det är då många upplever ensamheten. Syftet med materialet har också varit att försöka förebygga mobbning.

Materialet vill också uppmuntra bildandet av suicidpreventiva team, som flera har talat om idag. Det är viktigt att ta med alla dem som möter ungdomar, till exempel vaktmästaren på skolan, som kanske ser det läraren inte ser. Han kanske ser en elev som går åt sidan under rasterna eller gömmer sig på toaletten. Man ska "ta fram allas ögon" för att tillsammans upptäcka det som är fel. Här får man tips om hur man kan samtala och ställa frågor till en ung människa på ett bra och hänsynsfullt sätt. Det här att "väcka den björn som sover" har vi för länge sedan kommit bort ifrån. Ungdomar talar med varandra om självmord och om hur de mår. Det måste vi vuxna känna till och vi måste våga fråga om vi misstänker att någon inte mår bra. Det finns många som inte mår bra. Efter att det tragiska skett säger ungdomarna "varför såg ni inte detta? Varför frågade ni inte mig?" Det finns unga med ätstörningar och de som skär sig. Var inte så diskret, gå på och fråga. Exempel på hur man kan fråga finns i studiematerialet "Låt himlen vänta". Förhoppningsvis kommer den i nytryck men den finns idag i pdf-format.

Nästa material, som vi har varit delaktiga i, handlar om äldre med depression och suicidala tankar. Det vänder sig till vårdpersonal och till anhöriga som ska klara av svåra samtal och stödja på ett riktigt sätt. Jan Beskow har skrivit materialet och Sensus har bidragit med material och samtalsfrågor.

Vi tror på samtalets kraft och folkbildningens uppgift i det suicidpreventiva arbetet.

Sensus har kontor i hela landet. Vår hemsida är: www.sensus.se

AVSNITT 5

REGIONALA MÖTEN

Sammanfattning av möten i de självmondspreventiva nätverken

Stockholm-Gotlandsregionens självmondspreventiva nätverk

Mötet leddes av professor Danuta Wasserman, chef för NASP, och utmynnade i fem prioriterade punkter:

1. Grupp för att samordna och fördjupa Stockholm-Gotlandsregionens händelseanalyser bildades. Då resurser saknas för att analysera samtliga suicid på årsbasis kommer gruppen i första hand att fokusera på unga personers självmonds. Behovet av att utföra händelseanalyser efter suicid bland personer som inte varit i kontakt med sjukvården underströks också.

Händelseanalysgruppen: Eva Biderstrand, Pernilla Larsson, Tomas Mayer, Ullakarin Nyberg, Birgitta Wallin, Maria Rothlin, Ove Åström
Sammanställande: Danuta Wasserman.

2. I förslaget till Nationellt program för suicidprevention står att psykoterapi oftast är motiverad i behandlingen då patienten bedöms som suicidnära. Beteendeterapi, kognitiv terapi, kognitiv beteendeterapi och interpersonell psykoterapi har visat sig effektiva för att behandla depression. Dessa terapier är dock svårtillgängliga och det är oklart hur många terapeuter som finns i regionen. En kartläggning pågår och utredare Anders Hedberg vid Socialstyrelsen återkommer med information till nätverket när denna är klar.
3. Norra Stockholms psykiatri (NSP) bedriver sedan flera år tillbaka ett omfattande suicidpreventivt arbete. Detta arbete har resulterat i lokala handlingsprogram och riktlinjer liksom datoriserade hjälpmedel för bland annat suicidriskbedömning och uppföljning. Ullakarin Nyberg och Pernilla Larsson vid NSP, tillika medlemmar i NASP:s regionala nätverk, undersöker om delar av dokumentationen kan göras tillgänglig för andra inom

Stockholms läns landsting. Om möjligt kommer Fredrik Norberg, bitr. chefsjukskötare Psykiatri Nordväst, också ingå i arbetsgruppen liksom administratör Birgit Frisé-Andersson, NASP. Ullakarin Nyberg och Pernilla Larsson ansvarar också för att informera nätverket om hur revideringen av det regionala vårdprogrammet "Vård av suicidnära patient" fortskrider.

Sammanställande: Pernilla Larsson

4. Flera angelägna ämnen diskuterades under mötet. Bland annat uttryckte flera deltagare en oro över neddragningar bland kuratorer och psykologer inom primärvård och skola. Danuta Wasserman uppmanade samtliga deltagare att skriva brev och insändare till de ansvariga för att belysa de olika problem som diskuterades.
5. Danuta Wasserman berättade om planerna att utvidga ett av 2008 års nätverksmöten till ett uppdateringsseminarium med föreläsningar och diskussion.

Eva Biderstrand

Chefssjuksköterska, Beroendecentrum Stockholm, Magnus Huss sektionen

TUB-mott

E-post: eva.biderstrand@sll.se

Telefon: 08-517 729 53

Anders Hedberg

Utredare vid Socialstyrelsen

E-post: Anders.Hedberg@socialstyrelsen.se

Telefon: 075-247 36 81

Pernilla Larsson

Doktorand, Institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för psykiatri,

S:t Görans sjukhus

E-post: pernilla.e.larsson@sll.se

Telefon: 08-517 765 99

Tomas Mayer

Representant från Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandestöd (SPES)

E-post: Tomas.Mayer@spray.se

Telefon: 073-771 71 17

Fredrik Norberg

Bitr. Chefsjukskötare, Psykiatri Nordväst, Allmänpsyk sektion, Avdelning 161

E-post: fredrik.norberg@sll.se

Telefon: 08-655 60 61

Ullakarin Nyberg

Psykiatriker, Chef för FoUU- enheten vid norra Stockholms psykiatri

E-post: ullakarin.nyberg@sll.se

Telefon: 08-672 23 49

Birgitta Wallin
Byrådirektör, Regionala Tillsynsenheten, Socialstyrelsen, Stockholm
E-post: Birgitta.Wallin@socialstyrelsen.se
Telefon: 075-247 30 00

Danuta Wasserman
Professor vid Karolinska Institutet. Chef för Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för
suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP)
E-post: Danuta.Wasserman@ki.se
Telefon: 08-524 869 37

Maria Rothlin
Utredningssekreterare, Stockholms läns sjukvårdsområde, Ledning och centralt verksamhetsstöd,
Centralt verksamhetsstöd, Vård – patientsäkerhet.
E-post: maria.rothlin@sll.se
Telefon: 08-686 56 62

Ove Åström
Kvalitetssamordnare, Beroende centrum Stockholm, Administrationen.
E-post: ove.astrom@sll.se
Telefon: 08-555 742 39

Sammanfattat av Pernilla Larsson

Möte i mellansvenska nätverket för suicidprevention

Mötet leddes av Wolfgang Rutz, Enheten för Hälsofrämjande Psykiatri, UAS, som valdes som ad hoc ordförande. Som sekreterare valdes Jóna Kristjánsdóttir, vid samma enhet.

Bästa vänner,

Inför stundande helger vill vi med dessa minnesanteckningar ge en återblick från vårt spännande och förhoppningsvis fruktbara första och konstituerande möte som ägde rum som en del av Rikskongressen om suicidprevention, 6:e Nationella Nätverkskonferensen i Göteborg den 15:e november 2007.

Allmänt

Mötet besöktes av ett närmare 50 personer, alla aktiva i suicidpreventivt arbete inom kommuner och landsting, ideella organisationer samt religiösa samfund. Deltagarlistan har redan sänts ut.

Mötet bjöd på en livaktig och konstruktiv diskussion i en mycket positiv samarbetsstämning.

Beslut

Följande beslut togs enhälligt eller efter omröstning med stor majoritet:

1. Nätverkets Syfte:
Nätverket ska arbeta med suicidprevention inom samhällets alla sektorer och vara ett gott exempel för ett folkhälsofrämjande samarbete mellan landsting och kommun samt arbeta utöver budgetgränsarna i en strukturell och ekonomisk samverkan.
2. Nätverket ska representera mellansverige i NASP:s och FHI:s rikstäckande nätverk för suicidprevention. Medlemmarna är representanter för organisationer och strukturer som är aktivt engagerade i ett suicidpreventivt arbete i mellansverige. Nätverket bör utvidgas till att omfatta alla aktiva intressenter, samhällssektorer och persongrupper yrkesmässigt engagerade i eller drabbade av suicid i mellansverige.

3. Önskan om medlemskap framförs till nätverkets ledningsgrupp som även preliminärt godkänner ett medlemskap.
4. En enkel enkät utarbetas av representanterna från Uppsala och utsändes till medlemmarna för att få en bild av pågående suicidpreventivt arbete inom regionen, svårigheterna, positiva resultat, framtida utmaningar samt förslag för kommande mötesteman, nätverkets arbete samt bildandet av eventuella arbetsgrupper.
5. Intressanta projektredovisningar och lokalt framarbetat material inhämtas och tillgängliggörs i en databas.
6. Nätverket träffas två gånger per kalenderår.
7. Nätverkets samordnande ledning ligger interimistisk hos Enheten för hälsofrämjande psykiatri, UAS, med enhetschefen Wolfgang Rutz, som ordförande, och enhetens psykolog, Jóna Kristjánsdóttir som sekreterare. Denna interimistiska ledning ska bekräftas vid nätverkets nästkommande sammanträde, kompletteras eller ersättas av annan ledningsgrupp.
8. Nästa möte äger rum i form av ett internatmöte från lunch till lunch i Karlstad under försommaren 2008. Kallelse utgår senast tre månader före mötet. Programansvariga är nätverksmedlemmarna i Karlstad samt nätverksledningen efter synpunkter ifrån medlemmarna.
9. Bo Rydén från Eskilstuna lovade att arbeta på en gemensam Webbsida.

Wolfgang Rutz MD PhD /Jóna Kristjánsdóttir Leg psykolog
 Enhetschef, Head of Unit
 Enheten för Hälsofrämjande psykiatri/Unit for Public Mental Health
 Akademiska sjukhuset/University Hospital, Uppsala Professor of Social
 Psychiatry Faculty of Social Sciences/University of Coburg, Germany

Regionalt möte i västsvenska nätverket, wns

Ordförande Jan Beskow

Under mötet redovisades en rad suicidpreventiva projekt inom regionen.

DEPRESSIONS- OCH SUICIDPREVENTION I KUNGÄLVS KOMMUN

Folkhälsosamordnare Inger Aronsson och Skolsköterska Maria Jensen

Åren 1995-2006 pågick ett samverkans- och folkhälsoarbete i Kungälv mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Kommunen och Hälso- och sjukvårdsnämnd 4, kallat Falk. Detta ersattes 2007 av Folkhälsorådet Kungälv, ett samarbete mellan Kungälvs kommun och Hälso- och sjukvårdsnämnd 4. Här redogörs för Folkhälsorådets rapport *Depressions- och suicidprevention i Kungälv kommun*. Den går att ladda ner från www.kungalv.se Gå via kommunens verksamheter/folkhälsoarbete/skadeförebyggande arbete/läs mer om depressions- och suicidprevention/länk.

År 2001 bildades arbetsgruppen för depressions- och suicidprevention för att öka kunskapen om psykisk ohälsa. Åren 2003-2005 genomfördes tre tvådagarsutbildningar i *Livskompetens* under ledning av Brittmari Ahlner och Eva Hildingsdotter Bengtsson (Ahlner BM, Hildingsdotter Bengtsson E, *Mentalt förebyggande hälsovård – undervisningsmaterial i Livskompetens för elever på högstadium och gymnasium*, Sama förlag AB, 1996, www.sama.se) samt fyra uppföljningsdagar. Denna utvärdering grundar sig på 35 enkätsvar och 11 intervjuer. Av dessa kom 23 från skolan, åtta från socialtjänst, tre från fritid samt en från primärvård. Arbetet finansierades och styrdes helt av Falk och Kungälvs kommun, vilket är unikt.

Resultat

- På det hela taget var resultatet mycket positivt. 80 procent var nöjda med utbildningen, 70 procent med uppföljningen, 67 procent hade fått nya redskap och 69 procent hade använt sig av kunskapen från utbildningen.
- Skolpersonalen var mer nöjda med själva utbildningen (kursinnehållet mer inriktat på skolor), de från socialtjänst och fritids var mer nöjda med uppföljningarna (mer diskussioner).

- De allra flesta deltagarna ansåg att mentalt förebyggande hälsovård och depressions- och självmordsprevention är mycket viktigt och att det är värdefullt att man valt att lyfta upp frågorna på dagordningen.
- Det är bra att föra samman folk från olika verksamheter så att man får förståelse för varandra.
- Man önskar mer diskussion kring hur man arbetar och vad man ska göra när något inträffar.
- Utbildningen har lagt grogrunden för en fortsatt utveckling i skapandet av en egen modell med nätverkande, erfarenhetsutbyten och kunskaps-spridning.

VÄSTSVENSKA NÄTVERKET FÖR SUICIDPREVENTION, WNS,
EGNA PROJEKT

Jan Beskow

Västsvenska nätverket för suicidprevention, WNS, har en övergripande nollvision för suicid. För att nå den är det nödvändigt att vi talar öppet om suicidalitet och suicidprevention. Mer konkret är vårt mål att höja det allmänna och politiska medvetandet om suicidalitet och arbeta för en rationell suicidprevention i Västra Götalandsregionen och Halland. Nätverket har cirka 250 medlemmar men samarbetar nära med Västra kretsen av SPES och dess cirka 250 medlemmar.

Sedan mötet i Jönköping 2005 har medvetenheten om suicidproblemen ökat markant. Suicidpreventionen och nätverket har uppmärksammats i tidningar, radio och TV på ett helt annat sätt än tidigare.

En central del av verksamheten är att sprida kunskap till personal inom vård, skola och omsorg men även till allmänheten. Detta sker utifrån vårt *Resurscentrum*, som leds av Ingvor Blom och drivs i samarbete med SPES Västra krets. Vår hemsida, (www.suicidprev.com) har utvecklats mycket av webbredaktören Anna Palm Jonasson. Nätverket har också varit inblandat i arbetet med SPES-Sensus-projektet "*Låt himlen vänta*" avsett för alla som arbetar med ungdomar.

Sömn- och depressionsskolor. Nätverket har för åttonde året i rad arrangerat depressionsskolor (sex föreläsningar) och för sjätte året i rad sömnskolor (tre föreläsningar). Dessa är nu samarbetsprojekt med olika stadsdelsförvaltningar under ledning av Monica Wennblom. Skolorna är tänkta för dem som själva har besvär samt för deras anhöriga. Många deltagare är vårdpersonal, vilket ger ringar på vattnet.

När himlen är nära... är ett suicidpreventivt samarbetsprojekt sedan 2006 mellan SPES och WNS, som bekostas av Socialstyrelsen. Målgruppen är anhöriga till långtidssjuka och äldre men även vårdpersonal nås av projektet. Elene Fleischers suicidpreventiva arbetet bland äldre i Vejle kommun och på Jylland har inspirerat oss, se www.elene.dk. En studiehandledning *När himlen är nära*, har författats av Jan Beskow. Inspelning pågår av en DVD med filmvinjetter som introduktion till sammankomsterna samt underhandlingar om den danska filmen *Når livet bliver for langt* kan försees med svensk text. Ett flertal heldagskonferenser har hållits i olika delar av landet. Uppsala, Jönköping och Kungsbacka. (DVD från dessa konferenser är nu klara och kan beställas från nätverket, se www.suicidprev.com)

Samarbete med Svenska Kyrkan

International Suicide Prevention Day den 10 september 2007 i Domkyrkan (cirka 200 deltagare) med ljusständning till minnet av de, som dött av suicid i Västra Götalandsregionen och Halland. Biskop Carl Axel Aurelius och Jan Beskow samtalade över temat "... är du också där."

Skolkyrkan har uppmärksammat suicidpreventionen i möten och skolarbete. Else-Marie Törnberg har arbetat fram en studiecirkelhandledning för *Suicidalitetens språk* och flera studiecirkelar har arbetat med den. Samarbetspartner här är också Sensus Studieförbund.

Kyrkans Leva vidare-grupper. Sjukhuspastor Evert Eggelind, församlingspedagog Jannike Irgens och diakon Pia Danielsson driver sedan många år samlingsgrupper för efterlevande, varav en speciellt för efterlevande efter suicid. En gemensam broschyr för detta arbete och SPES (inkl. jourtelefonen) har tagit fram.

Nationell nivå. WNS:s styrelsemedlem Daniel Tisell har skrivit en motion till kyrkostyrelsen om suicidprevention inom kyrkan. Detta ledde till en arbetsgrupp som ska inventera kyrkans nuvarande suicidpreventiva verksamhet och föreslå åtgärder som kan vidareutveckla denna.

Samarbete med Göteborgs universitet

Heldagsseminariet *Själv mord som olycksfall* på Jonsereds herrgård den 25 april från WNS arrangerat av Jan Beskow och Monica Wennblom med medverkande från Statens folkhälsoinstitut, socialstyrelsen, Säker och trygg kommun, Räddningsverket, Vägverket m.fl. väckte stort intresse. – *Själv mord som olycksfall. Rapport från ett seminarium på Jonsereds Herrgård*, kan laddas ner från hemsidan.

Informationsspridning

Broschyren *Psykisk livräddning*. En första lektion om suicidprevention för dig som tänker på självmord, trycktes till kongressen av Jan Beskow och Li Wikström. Den kan länkas ner från www.suicidprev.com men också beställas från vårt Resurscentrum.

Nätverkets mångåriga arbete mot skolor kring filmen "Kärleken är den bästa kicken" har under många år, dock inte det senaste, drivits med anslag från Västra Götalandsregionen. Elisabeth Pors Hellner kommer att berätta om utvärderingen. Rapporten *Måste någon behöva dö för att vi ska fatta? Uppföljning av ett suicidpreventivt projekt i Åmål, Dals-Ed och Vara* finns också för nerlänkning på hemsidan.

Styrelsemedlemmen Claes Billberg försöker överföra utbildningspaketet Question, Persuade, Refer, QPR, till svenska förhållanden.

SPES VÄSTRA KRETS /Ordföranden Ingvor Blom

Det stödjande arbetet för efterlevande efter suicid bedrivs genom Jourtelefonen och regelbundna sammankomster för medlemmarna. Flera av dem deltar aktivt i WNS övriga arbete. Västra kretsen ordförande Ingvor Blom delar sin tid mellan SPES och WNS. Kretsen har omkring 250 medlemmar, av vilka flera också är aktiva inom nätverket. I Varberg och Skövde har nya grupper bildats.

SUICIDPREVENTION I HALLAND/Bengt Eliasson, ordförande för psykiatristyrelsen i Landstinget Halland. Våren 2007 antog Landstinget Halland till en nollvision för självmord, som man planerar att följa upp med ett flertal suicidpreventiva insatser. En arbetsgrupp inventerar nu och ska ge förslag. Västsvenska Nätverket för Suicidprevention ses som en viktig samarbetsorganisation i detta arbete.

SUICIDPREVENTION I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN OCH HALLAND/Rutger Gram, VGR:s Folkhälsokommitté. Det finns ett positivt intresse för suicidprevention inom regionen. En arbetsgrupp har tagit fram en lägesrapport samt åtgärdsförslag. Regionen inväntar nu regeringens ställningstagande till den utredning som socialstyrelsen och folkhälsoinstitutet lämnade till socialdepartementet den 15 december 2007. Regionen har ett intresse för att förebygga suicid, som bland annat manifesterar sig i ett förslag till handlingsprogram mot suicid och dels det vi då inväntade, dvs. åtgärdspaket hämtade ur den folkhälsopolitiska propositionen som nu tog mkt lång tid på sig. Detta innehåll berörde även Maria Larsson i sitt anförande. Det som är intressant i Regio-

nens ansats är att både Hälso- och sjukvårdsutskottet och Folkhälsokommittén har gett uppdrag med olika ingångar, ett individpreventivt respektive befolkningspreventivt.

AVSNITT 6

AVHANDLINGAR, FORSKNINGSRÖN

The treatment of depression in clinical practice. A public health perspective

Svante Henriksson, psykiater, med dr. och leg. psykoterapeut

Jag disputerade 2004, och har till största delen arbetat vid Karolinska sjukhusets psykiatrienhet. Tidigare har jag varit knuten till landstinget. Jag är delvis engagerad i ett depressionsprojekt och även i ett privat psykiatriprojekt. Min huvudhandledare i avhandlingsarbetet var docent Göran Isacson och bihandledare professor Tore Hällström. Avhandlingen och ramberättelsen finns på KI:s hemsida www.ki.se (under forskning/avhandlingar). Särtryck av det fjärde arbetet och resultat av åtta års depressionsutbildning för distriktsläkare i Jämtland finns att hämta hos mig (svante.henriksson@ki.se). I Jämtland jobbade jag i sammanlagt 12 år och hade ansvaret för psykiatrin i början av 1990-talet. Vid den tiden var det högre självmordstal i Jämtland än för riket i sin helhet (1985-95 i genomsnitt 26,5 respektive 22,9/100 000 inv.). Försäljningen av antidepressiva läkemedel var 1995 25 procent lägre än riksgenomsnittet. Dessa siffror var grunden till att jag ville göra en avhandling inom ämnet. Syftet var att med Jämtland som exempel studera vilken betydelse de nya möjligheterna till depressionsbehandling haft för deprimerade individer i befolkningen. Jag samlade in data bland annat från Receptundersökningen i Jämtlands län. Jag tittade i patientjournaler, dödsorsaksregistret och tog in rättsmedicinska toxikologiska analyser. Vidare genomförde jag enkäter och intervjuer för att sammanställa de fyra olika rapporter som avhandlingen bygger på.

I dessa fyra arbeten samlades data med målet att kunna studera:

1. Förskrivningsmönster avseende olika antidepressiva läkemedel.
2. Om den ökade förskrivningen av antidepressiva läkemedel varit till nytta för deprimerade individer.
3. Den föreskrivna farmakologiska behandlingen för och konsumtionen av farmaka bland individer som hade tagit sitt liv.
4. Den antidepressiva användningen hos deprimerade individer bland ett representativt urval av befolkningen.

Delstudie 1

Från Apoteket AB:s jämtländska receptundersökning inhämtades objektiv information om den individuella läkemedelsanvändningen för samtliga studier. Undersökningen omfattar c:a 18 000 individer och har pågått kontinuerligt sedan 1970. Individer som tagit ut receptbelagda läkemedel och är födda på fyra särskilda dagar i månaden ingår i studien.

Mellan 1990-95 ökade försäljningen av antidepressiva läkemedel trefaldigt i Sverige. Via Apoteket AB:s individbundna receptundersökning i Jämtlands län (ett representativt urval av befolkningen) studerades förskrivningsmönstret för de 1034 individer som hade erhållit ett första uttag på ett antidepressivt läkemedel 1991-96. Studien visade en ökad användning av antidepressiva medel. De nya serotoninåterupptagshämmarna (SSRI) bidrog framför allt till denna ökade användning. De gamla tricykliska (TCA) medlen minskade i betydelse. Det blev också en användning av antidepressiva läkemedel som svarade bättre mot de riktlinjer som finns (se tabellerna nedan).

Relativ incidens av behandlingar med olika antidepressiva läkemedel

År	TCA %	SSRI %	Övriga* %
1991	88,1	3,0	8,9
1992	82,1	4,8	13,1
1993	78,7	6,4	14,9
1994	63,9	25,9	10,2
1995	31,8	65,9	2,4
1996	25,4	69,9	4,7

*mianserin, moklobemid, venlafaxin och nefazodon

Incidens och prevalens av antidepressiva läkemedel

År	Incidens	Prevalens	Incidens-6 mån*.
1991	0,76	2,0	0,17
1992	0,81	2,2	0,21
1993	0,79	2,3	0,26
1994	0,93	2,7	0,25
1995	1,18	3,3	0,38
1996	1,33	3,8	0,52

*Incidens av behandlingar med minst 6 månaders duration

35 procent gjorde endast ett uttag av sitt antidepressiva läkemedel oavsett typ (TCA eller SSRI).

Delstudie 2

I den första delstudien framgick det inte om det var deprimerade individer som använde antidepressiva läkemedel. Därför genomfördes delstudie 2.

Ur receptundersökningen valdes individer som år 1995 hade ett första uttag av antidepressiva medel (N=191). Journaler för dessa individer eftersöktes hos förskrivare på 47 mottagningar i länet. Skriftlig och muntlig information gavs till förskrivarna. Jag fann 191 individer med ett första uttag av antidepressiva läkemedel (TCA N=56, SSRI N=135) och fick journaldata för 171 individer. För 162 individer kunde utläsas vilken indikation som låg bakom förskrivningen. Jag fann att 107 individer hade depression som indikation för förskrivning av antidepressiva. Därutöver fanns ångest, sömnstörningar, smärta, PMS-besvär, trötthetssyndrom och demens som indikationer för antidepressiv behandling.

Delstudie 3

Via receptundersökningen och psykiatriska sjukjournaler undersöktes 59 självmordsfall och 118 kontroller mellan 1985-95. Uttag av receptbelagda mediciner mellan 1970 och dödsdatum jämfördes. För suicidfallen studerades också medicineringen de sista tre månaderna före suicid samt rättsmedicinska toxikologiska resultat. Självmordsfallen hade tagit ut dubbelt så mycket receptbelagda läkemedel som kontrollerna. Uttagen de sista tre månaderna före suicid gällde någon typ av medicin, 38 fall (64 procent) och någon typ av psykofarmaka, 21 (36 procent). När det gäller antidepressiva medel var det nedslående resultatet

endast 7 individer (12 procent). 18 fall och 14 kontroller hade erhållit psykiatrisk vård (sluten och/eller öppen vård) vid ett eller flera tillfällen från 1970 och framåt. Åtta av de 11 som erhöll psykiatrisk vård vid något tillfälle de sista tre månaderna före suicid hade en klinisk depressionsdiagnos. Tre av de åtta depressionsfallen vårdades enbart i öppen vård.

Delstudie 4

Med hjälp av en enkätundersökning försökte vi skilja ut vilka som led av depression. Från den jämtländska receptregistreringen valdes 2048 individer 18-85 år gamla. De var födda dag 6 eller 11 i månaden och boende i Östersunds, Frösö eller Marieby församlingar. Från februari 2001 t.o.m. januari 2002 skickades ett screeningformulär med frågor om hälsan (somatisk och psykisk) till de inkluderade individerna. Frågorna inkluderade Major Depression Inventory dvs. kriterier för DSM-IV-diagnostik. De med misstänkt depression kallades till intervju med psykiater. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) användes för diagnos. Svårighetsgraden av depression skattades enligt Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS).

Resultatet visade att av de 1375 (70 procent) som svarade hade 77 misstänkt depression. Sextifem (84 procent) av dessa 77 kom till intervju och 62 av de intervjuade konstaterades efter en lång intervju lida av depression. Depressionsprevalensen låg på 4,5 procent. Sextien (4,4 procent) av de 1375 som svarade på enkäten hade ett aktuellt uttag av antidepressiva medel. Men frågan uppstod om varför 44 icke-deprimerade hade ett uttag av antidepressiva. För att ta reda på förskrivningsindikationen avseende antidepressiv medicin till de icke-deprimerade kontaktades dessa per telefon. Tjugofem av de 44 gick att nå och 18 hade fått sin antidepressiva medicinering på grund av tidigare depression, fem på grund av smärta och två på grund av ångest- och sömnstörningar. Om man kombinerar diagnos och receptdata framgick att 17 (27 procent) av de akut deprimerade hade fått antidepressiva läkemedel, 18 av de icke-deprimerade hade erhållit antidepressiva läkemedel på grund av tidigare depression och fortsatt med underhållsbehandling.

Avhandlingens slutsatser var:

- Nästan var tjugonde individ hade en akut depression.
- Färre än var fjärde deprimerad individ behandlades med antidepressivt läkemedel.
- Moderna antidepressiva läkemedel förskrevs på grund av depression i de flesta fall, men också på grundval av andra godkända indikationer. Användningen vid icke godkända indikationer var minimal.

- Minst 1/3 av de individer som förskrivits antidepressiva mediciner för första gången, oavsett typ av preparat, brister i följsamhet.
- En minoritet av dem som påbörjade en förstagångsbehandling med antidepressivt läkemedel på grund av depression fortsatte behandlingen i de rekommenderade sex månaderna.
- SSRI-preparaten förskrevs i rekommenderade doser till skillnad mot TCA som förskrevs i lägre doser. En framgångsrik behandling var vanligare vid SSRI – än TCA-förskrivning.
- Få, men dock några, självmordsfall hade vid dödstillfället pågående behandling med antidepressiva läkemedel.
- Den ökade användningen av antidepressiva läkemedel har varit till fördel för depressionsdrabbade individer och kan ha förebyggt ett antal självmord.

Suicidala personers psykiska avskärmning – hur kan man mäta den?

*Lars-Håkan Thorell, docent i experimentell psykiatri
vid Hälsouniversitetet i Linköping*

I denna framställning berättade Lars-Håkan Thorell om sin teori att den elektrodermala hyporeaktiviteten speglar ett tillstånd av selektivt ointresse för vardagliga händelser¹. Detta medför att minnesbilderna av det man varit med om blir vaga. Den elektrodermala hyporeaktiviteten är därför sannolikt ett objektiva mått på det tillstånd som ligger bakom det som kognitiva teoretiker kallar övergeneraliserat autobiografiskt minne, vilket i sin tur betyder att man beskriver det man varit med om i vardagen i generella ord och med mindre detaljer. Det har varit känt sedan många år att speciellt deprimerade personer som genomför allvarliga suicidförsök och suicid bland annat kännetecknas av denna egenskap.

Thorell anser att man med metoden att mäta elektrodermal hyporeaktivitet tidigt kan välja ut dem som kan ha nytta av de kognitiva terapiformer som utvecklats under åren för att lindra suicidtankar och suicidal benägenhet så att risken för självmord och allvarliga självmordsförsök kan reduceras.

Metoden att mäta elektrodermal hyporeaktivitet är lämplig att använda framför allt där deprimerade människor söker vård allra först, dvs. på vårdcentraler och psykoterapeutiska mottagningar, och naturligtvis även i öppen och sluten psykiatrisk vård. Inför planeringen av underhållsbehandling är det viktigt att känna till vilka som är elektrodermalt hyporeaktiva så att de får den behandling som är lämplig.

¹ Se även den tidigare redovisningen på sidan 71

Medfödda handlingsmönster – en existentiell förklaring till suicid

Jan Beskow, professor, Västsvenska nätverket för suicidprevention

Detta är ett försök att fördjupa synen på suicidalitet. Eftersom tankarna fortfarande är ofullgångna presenterar jag dem i några punkter. Låt dem stimulera vår fantasi att själva tänka vidare!

1. **Suicidalitet som symtom på depression.** Enligt den statistiska klassifikationen av psykiska störningar, DSM-IV, är tankar på död och suicid ett av nio kriterier på depression. Suicidaliteten ses som ett symtom. Det kan vara berättigat med hänsyn till behoven av tydlig kommunikation mellan forskare och kliniker. Men som förståelse av en livsfunktion, som i sina allvarligaste former innebär ett totalt avståndstagande till och dödande av det egna livet, är det perspektivet onekligen av begränsat värde.
2. **Självbildens sammanbrott.** Med sin välkända "depressionstriad", startade Aaron Beck utvecklingen av kognitiv psykoterapi på 1960-talet (Clark, Beck & Alford, 1999, *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. John Wiley & Sons, New York). Enligt den skapar vi oss ibland dåligt fungerande, dysfunktionella tankevanor. Ett exempel är vanan att ur det rika flödet av känslor, bilder och tankar inne i oss och av syn-, hörsel- och känselintryck alltid uppmärksamma det som är negativt för oss själva. Det får oss att känna oss hjälplösa och hopplösa. Till sist ter sig framtiden alldeles svart. Dessa upplevelser fungerar som en kraftfull attack på bilden av oss själva. "Nej, ett så ruttet själv, som jämt misslyckas, som inte har något att ge till andra människor, som inte känner någon kärlek, ett sådant själv har inte någon rätt att leva!" Förlamningen börjar! Suicidaliteten framstår som en begriplig konsekvens av självbildens totala sammanbrott. Depressionen är bara ett mellanled mellan de scheman, mönster, vanor med vilka vi tänker om oss själva och den verklighet vi har omkring oss.
3. **God självbild är ett grundläggande mänskligt behov.** Nya neurofysiologiska tekniker ger oss möjlighet att djupare förstå de funktioner som ligger bakom våra tankar, känslor och beteenden. Utifrån dessa möjligheter urskilde Klaus Grawe (2007, *Neuropsychotherapy. How the neurosciences inform effective psychotherapy*. Lawrence Erlbaum Ass., London) fyra grundläggande behov. Vi lever hela tiden i *relationer*. Inom den ramen betyder vår upplevelse av *lust/olust* mycket för vad vi väljer. Vi

behöver ha *kontroll* över både det yttre och det inre livet. Det sker genom att vi successivt lär oss att uppfatta, tala, beskriva och berätta om allt vi möter och allt vi gör. Med hjälp av dessa tre funktioner utvecklar vi vår *självbild*. Denna är fundamental för hur vi hanterar oss själva och världen och därmed också för hur vi uppfattar oss själva. Attacker mot självbilden är således attacker mot ett av våra djupaste mänskliga instrument för att förstå och leva i världen. Nu är vi nere på betydligt större djup.

5. **Rädsla/ångest som överlevnadsfunktioner.** Dessa reaktionssätt, belägna djupt nere i vår däggdjurshjärna, räddar ofta våra liv. De aktiverar vid behov hela kroppen i kamp för överlevnad. Minnet av smärtan och hur rädd hon/han blev finns kvar under barnets hela liv. Aldrig mer lägger det handen på den heta plattan. Rädsla är skräcken för den omedelbara faran här och nu – känslan när vi verkligen lagt handen på plattan. Den återuppstår om någon med våld skulle lägga den där. Ångesten är den skräck som väcks av fantasin om att vi själva ska göra det igen, dvs. att vi inte har riktig kontroll över oss själva. Men ångesten ger samma fysiologiska reaktioner som rädslan. Genom den kan vi föreställa oss hotfulla händelser och därefter förebygga dem.

Den starkt upplevda rädslan kan också drabba självbilden, attackera självbilden. Den upplevs som en svaghet. "Jag klarar inte detta! Jag duger inte! Jag har inte rätt att leva!" Ångesten är skräcken för att jag ska behöva uppleva detta igen, och igen. Individuellt är denna ångest en stark överlevnadskraft, men den kan också driva personen till det slutliga sammanbrottet, suicidiet. Tankar och planer på självmord är en riskfaktor för suicid.

Vår gemensamma rädsla/ångest för döden genom självmord har också ett överlevnadsvärde. Suicid hör definitivt till de fenomen som vi borde kunna förebygga. Men suicid har länge varit tabu, ett förbjudet område. Tabu är ett sätt att hantera ångesten genom att förneka fenomenets existens. Finns inte suicid i vår tankevärld, vågar vi inte bli rädda för suicid som en faktisk möjlighet. Ja, då är vi inte heller motiverade att förebygga suicid. Och så har det varit under lång tid.

5. **Den första överlevnaden.** Ångest är således något som uppkommer när vi tänker på något hotfullt som kan inträffa i framtiden. Men punkt fyra antyder att ångestens rötter ligger djupare än så. När det lilla spädbarnet just har fötts och pustar ut på mammas mage är det nästan helt hjälplöst. Överges det dör det inom några timmar. Jag skrev "nästan hjälplöst", ty barnet har också *en egen drivkraft*, ett medfött mönster eller schema för överlevnad. Det börjar kravla uppåt, det möter moderns blick – för många mödrar är det livets lyckligaste ögonblick. Barnet griper med läpparna

om bröstvårtan. Finns där mjölk att få känner det lust för första gången, lusten som får det att vilja leva. Det känner sig älskat, betydelsefullt. Här läggs grunden till en positiv självbild. Ännu är det bara i kroppen och inte medvetet. Barnet drivs till denna sin första handling av de grundläggande behoven. I relationer, genom lust och genom strävan till kontroll, kommer det genom åren att bygga upp en myriad av handlingsmönster, ord, bilder och berättelser, som tillsammans skapar dess självbild, delvis omedveten, delvis medveten. Den självbild som ska hindra det från att någonsin känna sig totalt hjälplöst, hopplöst med en alldeles svart framtid, från självbildens totala kollaps.

6. **Fängslad i djup livsångest.** När barnet ligger på mammas mage är det också – lyckligtvis – fullständigt omedvetet om hela den värld, inklusive alla de lidanden, som väntar henne eller honom. Men skulle det i ett ögonblick kunna uppleva allt detta, ja, då skulle ångesten bli outhärdlig. Och detta tror jag ligger kvar inne i oss som en generell ångestbenägenhet, en livsångest, som vi ibland kommer i kontakt med även som vuxna. Ibland är det kanske så att yttre hot, som den heta plattan, triggar vår rädsla/ångest lagom mycket, så att vi inte lägger dit handen igen. Men i andra ögonblick kan det vara så att ett mer generellt upplevt hot, när man ser hela världen som hotfull, triggar den djupa livsångest, som finns förberedd i oss alla djupt där nere.
- 7 **Det svarta hålet, fängelset.** Vad skulle hända då? Det finns flera möjligheter. Ett totalt förnekande, med dess risker för plötsliga impuls-genombrott. Ett återkommande upplevande av den förfärliga ångesten. Eller att stanna mellan dessa två, att stanna i ambivalensen. Detta leder till ältande av tankar utan att problemet löses och småningom till inre förlamning. Personen upplever sig totalt hjälplös, hopplös. Och framtiden ter sig förlamande svart. Hon "faller ner i ett svart hål", hamnar i fällan, i fängelset, den outhärdliga smärta ur vilket suicidiet ter sig som en räddning, den enda möjliga utvägen (Williams M, 2001, *Suicide and attempted suicide. Understanding the cry of pain*. Penguin Books, London, 1st edition 1997). Men lyckligtvis finns det fler utvägar. Att få tala om sin ångest, att få lägga ut den mellan sig själv och någon annan, en medmänniska eller en terapeut, att förvandla kortslutningarna (negativt urval → dålig människa → suicid) till längre mer nyanserade berättelser. Att göra dolda scheman medvetna, träna in nya och därigenom nå förståelse och frihet. Men denna lösning finns ofta inte i ett samhälle där tal om självmord möts av skräck och brist på ett språk för att tala med varandra om självmord. En brist på *Suicidalitetens språk* (Beskow J, Palm Beskow A, Ehnvall A, 2005, *Suicidalitetens språk*. Studentlitteratur).

Personliga slutsatser. För mig har dessa tankar en djup känslomässig resonans. Jag kan känna ångest för detaljer, till exempel om jag ska lyckas eller inte lyckas med vad jag föresatt mig i dag. Men jag kan också känna ångest för hela mitt liv. Hur ska det bli? Kommer jag att orka? Eller pajar allting? Några gånger har jag trillat ner i djupa, svarta hål. Det var förfärligt! Jag har inte svårt att förstå att den som hamnar där, och blir kvar länge, till varje pris vill slippa plågan, skära av medvetandets ström. Det faktum att jag själv snuddat vid plågan är kanske min främsta drivkraft att arbeta för suicidprevention. Suicidprevention handlar faktiskt inte bara om att undvika de slutliga katastroferna, självmorden. Minst lika mycket handlar det om att förstå människans existentiella situation och hjälpa henne att hantera sin ångest för levandet, den ångest som hindrar henne från att leva fullt ut.

AVSLUTNING

Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi vid KI, chef för NASP

De regionala självmordspreventiva nätverken har haft möten och behandlat frågan om fortsättningen av de nationella nätverkskonferenserna och varit eniga om att dessa ska fortsätta som nätverkskonferenser som samtidigt skall kallas Rikskongresser. Nästa nationella nätverkskonferens om självmordsprevention blir den 7:e, (och i sammanhanget är det viktigt att se på det historiska perspektivet) som kommer att genomföras år 2009 i Lund med professor Lil Träskman Bendz och psykiatriker Susanne Ringskog Vagnhammar samt andra medlemmar från Södra regionala suicidpreventiva nätverket som ansvariga. Konferensen planeras tillsammans med NASP.

Jag vill passa på att tacka det Västsvenska nätverket för suicidprevention för denna fantastiska konferens som nu nått sitt slut och naturligtvis alla som har deltagit i konferensen.

Jag tänkte sammanfatta några tankar om det som behandlats under dessa två dagar. Saker som känns mycket viktiga och som lämpligen kan förmedlas vidare till våra kolleger som arbetar med självmordsprevention.

1. En strävan mot en nollvision har tagits upp av flera under konferensen. Det är omdiskuterat om begreppet ska användas. Det handlar dock om en vision och utan en vision kan vi inte planera vidare. Man kan jämföra med Vasaloppet. Man säger att nu startar vi i Sälen och målet är att komma fram till Mora. Utan det målet i sikte vet ingen vart man ska åka. En nollvision för suicidpreventionen handlar om att alla verksamheter ska sträva mot ett gemensamt mål. Till exempel var det mycket positivt att från Vägverket höra att man ska bygga upp skydd vid broar, eftersom det faktiskt är ett sätt att hindra människor från att ta sina liv. Erfarenheter från andra länder där analyser har gjorts av dem som hindrats att hoppa visar på dessa människors mycket starka ambivalens. Det finns mycket att göra i det akuta skedet för att rädda den suicidnära personens liv.
2. En annan viktig åtgärd som tagits upp här är att göra händelseanalyser utifrån Socialstyrelsens Lex Maria-föreskrifter även ur ett bredare perspektiv. Det är också något som hälsoministern Maria Larsson stödjer. En parallell kan dras till haverikommissioners analyser som försöker se

ett haveri ur ett allsidigt perspektiv. Ett sådant allsidigt perspektiv måste även finnas med i de analyser som görs efter att människor som tagit sina liv.

3. Hittills har psykologiska genomgångar av fullbordade självmord huvudsakligen gjorts. Dessa analyser måste kompletteras med systemanalyser. Något som medicinalrådet Helena Silfverhielm, Socialstyrelsen, har utarbetat en mycket bra modell för. Jag skulle föreslå att dessa analyser sker på vissa specifika grupper eftersom det säkert är en omöjlighet att analysera samtliga ca 1500 självmordsfall som inträffar under ett år i Sverige. Kan vi göra en djupare analys på ca 150 personer skulle mycket vara vunnet och vi skulle få en bättre förståelse för de faktorer som ligger bakom ett självmord. För att dra en parallell till fotbollen har någon sagt: Skjuter man inga skott får man heller inte bollen i mål. Vi måste handla för att komma vidare i det självmordspreventiva arbetet.
4. Många har uttryckt under dessa dagar att vi vet mycket, men att vi fortfarande inte tillämpar dessa kunskaper. Det krävs en kompetenshöjning på alla nivåer. Inom hälso- och sjukvården kan man till exempel satsa på utbildning av distriktsläkare och andra personalkategorier så att de kan upptäcka risken för självmord. Detta gäller speciellt upptäckten av depressioner hos suicidala kvinnor och män. När det gäller suicidnära män bör vi också fokusera mer på deras ökade risk för alkoholproblem.

Därutöver krävs det ökad kunskap för all personal som arbetar i skolorna. Redan 2001 fick NASP i uppdrag av riksdagen att översätta och anpassa Världshälsoorganisationens stödmaterial för lärare och annan skolpersonal till svenska förhållanden. Det materialet finns att ladda ner som pdf-fil på NASP:s hemsida (www.ki.se/suicid) som ligger direkt under KI:s hemsida. Det krävs dock även en aktiv implementering och inte bara ett passivt inhämtande av materialet. Det är viktigt att reflektera över hur den kunskapen kan tillämpas i olika skolor och i kommunerna så att man genomför rätt åtgärder. Här borde det vara möjligt att tänka mer strategiskt. De personer som går på NASP:s utbildningar bör i sin tur sprida dessa kunskaper till respektive skola och kommun. Men även personal inom landstings- och kommunala verksamheter måste ta till sig den kunskap och erfarenhet som finns. Dessvärre är uppbackningen dålig. Det är heller inte alltid lätt att hitta intresserade och kunniga personer för att hjälpa de suicidala individerna.

5. Folkbildning är ytterligare en viktig del i det suicidpreventiva arbetet. I det första svenska suicidpreventiva programmet som presenterades som myndighetsrapport 1995 av Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet och NASP bestämdes att inte i första hand satsa på allmänheten, eftersom de viktiga förberedelserna inom hälso- och sjukvården för att ta emot personer som till följd av ökad medvetenhet skulle söka hjälp av sjukvården, inte var gjorda. Utan förberedelser kan resultatet bli frustrerande. Om man ska börja med allmänhetens utbildning krävs beredskap inom hälso- och sjukvården. Vi måste också utnyttja all den kunskap och kapacitet som finns hos dem som arbetar inom de sex regionala suicidpreventiva nätverken.
6. Sist men inte minst är det viktigt att påpeka behovet av forskning. Forskningen är tyvärr ekonomiskt underdimensionerad i Sverige. Då är det inte lätt för den suicidpreventiva forskningen att hävda sig i konkurrensen med andra områden, där bidragen ofta är högre, eftersom vårt område är relativt ungt och under utveckling. Vi kommer säkert aldrig kunna hävda oss med projekt som kräver mycket medel. I Norge däremot får man vid suicidpreventiva interventionsprojekt 65 procent av finansieringen från staten och för resten av kostnaderna (35 procent) söker man medel från annat håll. Ett interventionsprojekt skulle kunna vara att jämföra olika typer av interventioner i skolor. Därutöver behövs medel för depressionsforskningen som också är eftersatt. Vi vet också att suicidala patienter är en mycket speciell grupp om vilken ökade kunskaper krävs. Kunskapen om sambandet mellan genetiska, psykologiska och sociala stressfaktorer som bakgrund till suicidalitet måste utvecklas.

Eftersom så många deltog under dessa två dagar finns hoppet emellertid att vi alla gemensamt kommer att kämpa för att driva dessa frågor vidare.

Jag vill ännu en gång tacka Västsvenska nätverket för suicidprevention för det arbete som har lagts ned för att få denna höga kvalitet på konferensen. Jag är djupt imponerad.

Välkomna till rikskongressen
och Den sjunde nationella nätverkskonferensen om
självordsprevention i Lund år 2009 anordnad av
Södra regionens suicidpreventiva nätverk

Väl mött!

Deltagare vid Rikskongressen och nätverkskonferensen om självmordsprevention i Göteborg

Abrahamsson	Lisbeth	Göteborg
Aghede	Silvana	Göteborg
Ahlbom	Berit	Skene
Ahlén	Maria	Karlstad
Ahlgren	Ingrid	Borås
Alin Åkerman	Britta	Stockholm
Alltin	Birgitta	Jönköping
Almquist	Roland	Lerum
Alvarez	Maria	Västerås
Andersson	Cecilia	Kalmar
Andersson	Mikael	Stenkullen
Andersson	Ulla	Danderyd
Andersson	Berit	Motala
Andersson	Pege	Älvdalen
Andersson	Lotty	Göteborg
Andersson	Iris	Lerum
Andersson	Kajsa	
Andersson	Ragnar	Karlstad
Andréasson	Sofia	Nödinge
Andrén	Anders	Karlstad
Ankarberg	Lisbeth	Sundsvall
Ardesjö	Staffan	Lindesberg
Aronsson	Inger	Kungälv
Aurelius	Carl Axel	Göteborg
Backman	Majken	Linköping
Bancks	Gerd	Fengersfors
Baran	Anna	Nyköping
Barca	Francisco	Piteå
Beckström	Martin	Trollhättan
Benson-Dahlgren	Lena	Göteborg
Berg	Petra	Mölnadal
Berggren	Anna	Örebro
Bergqvist	Larseric	Skara
Bergqvist	Eva	Varberg
Bergström	Jerry	Göteborg
Berling	Elisabeth	Lidköping
Bertheden	Mats	Lidingö
Beskow	Jan	Göteborg
Biderstrand	Eva	Stockholm
Bilek	Nalin	Danderyd
Bisgaard	Poul	Grönland
Bjerre	Jörgen	Göteborg
Björk	Ann	Lindesberg
Björk	Ann-Christin	Mölnlycke
Blank	Bo	Götene
Blom	AnnaMaria	Upplands Väsby

Blom	Ingvor	Göteborg
Blom	Annika	Göteborg
Blomqvist	Erik	Danderyd
Bodving	Doris	Ytterby
Bondesson	Alf	Angered
Brandell	Conny	Säve
Brandt	Annika	Mölnadal
Brandt	Gunnel	Bollebygd
Bremberg	Sven	Östersund
Broström	Ola	Stockholm
Bruhno	Christina	Tranås
Brunner	Charlotta	Kalmar
Brännström	Robert	Varberg
Buda	Réka	Västerås
Burk	Carol	Göteborg
Byström	Pia	Luleå
Bäckwall	Marianne	Mölnadal
Böhm	Gunnar	Ulricehamn
Callermo	Per	Stockholm
Cannervik Johansson	Gunvor	Falköping
Carlgren-Meyer	Eva	Västerås
Carlsson	Anette	Jönköping
Carlsson	Ingela	Ambjörnarp
Carlsson	Christina	Malmö
Carlsson	Karin	Borås
Carlsson	Christina	Växjö
Carlwe	Anders	Halmstad
Carnhede	Bertil	Nässjö
Cavallin	Christian	Danderyd
Cederloo	Kerstin	Göteborg
Chestersson	Ken	Norrköping
Chivungu	Vimbai	Göteborg
Collberg	Marie	Stockholm
Cronström Beskow	Xzenu	Göteborg
da Silva	Eva	Lindome
Dahlberg	Karin	Örebro
Dahllöf	Barbro	Helsingborg
Dalbjörn	Katarina	Varberg
Danesved	Peder	Borås
Danielsson	Pia	Göteborg
Davidsson	Tom	Varberg
Degerfeldt	Eva	Skellefteå
Dejenfelt	Susanne	Nödinge
Diedrichs	Johan	Göteborg
Donnerdal	Lisa	Sävedalen
Draiby	Åsa	Smedjebacken
Edvinson	Birgitta	Trollhättan
Eek	Ulf	Jönköping
Ekbom Johansson	Pia	Göteborg
Eklundh	Gunilla	Göteborg
Ekman	Robert	Karlskoga

Eliasson	Bengt	Lidingö
Elmblad	Karolina	Värnamo
Emanuelsson	Annika	Mölndal
Emina	Music	Trollhättan
Engström	Monica	Västra Ämtervik
Ergel	Gunilla	Göteborg
Ericson	Hans	Sundsvall
Ericsson	Gail	Danderyd
Eriksson	Carina	Luleå
Eriksson	Ylva	Västerås
Eriksson	Ing-Britt	Falköping
Eriksson	Lina	Östersund
Falk	Jonas	Kalmar
Falk	Gun	Göteborg
Falkman	Margareta	Göteborg
Ferm	Margit	Jönköping
Fjelkner	Annika	Mölnlycke
Fleischer	Elene	Danmark
Floxmo	Thomas	Borås
Folkesson	Britt	Danderyd
Forsberg	Jolanta	Mölndal
Frandsen	Jens	Örebro
Frank	Monica	Kristianstad
Franssen	Mia	Lidingö
Fransson	Karin	Lund
Fransson	Lars-Åke	Lund
Franzén	Jörgen	Halmstad
Fredlund	Tomas	Göteborg
Fridner	Lars	Uppsala
Frisén-Andersson	Birgit	Stockholm
Fritzell	Karin	Värnamo
Funke	Aase	Visby
Färnskog	Tina	Sala
Gedda	Mats	Göteborg
Gerami	Maj-Lena	Göteborg
Germundson	Eva	Norrköping
Gillblad	Paulina	
Gjöthlén	Gunilla	Landvetter
Gonzales	Antonio	Göteborg
Gotälv	Boel	Danderyd
Grahn	Ylva	Karlskoga
Gram	Rutger	Mariestad
Granath	Lili	Nässjö
Granlund	Ingrid	Sundsvall
Grave	Margareta	Kalmar
Grawé	Anders	Mora
Grundström	Marcus	Norrköping
Gruneau	Elisabeth	Göteborg
Gudmundson	Kerstin	Örebro
Gustafsson	Marjo	Borås
Gustafsson	Lena	Kinna

Gustafsson	Ingemar	Kinna
Gustavsson	Åsa	Kungälv
Gustavsson	Lennarth	Mölnlycke
Gustavsson	Agneta	Göteborg
Haag	Nina	Vänersborg
Hagberg	Marie	Stockholm
Haglund	Nanna	Danderyd
Halfar	Elisabet	Danderyd
Hallkvist	Annelie	Kristianstad
Hammarén	Monika	Jönköping
Hansson	Sara	Hällingsjö
Hansson	Carita	Falköping
Hansson	Leif	Borås
Hasselrot	Christina	Lotorp
Hedberg	Anders	Stockholm
Heirås	Margreth	Angered
Heldt	Jan	Borås
Hellner Porss	Elisabeth	Alingsås
Hellström	Johan	Nyköping
Hemmingsson	Ingeborg	Lindesberg
Henriksson	Maria	Göteborg
Hessling	Anna	Ulricehamn
Hjertton	Lotta	Borås
Hjort	Lena	Danderyd
Hofström	Ann-Brith	Danderyd
Hollender	Helene	Borås
Holmberg	Margareta	Götene
Holmberg	Stephan	Mölnlycke
Holmén	Christina	Stockholm
Holstad	Maria	Uppsala
Hult	Nicklas	Göteborg
Humlesjö	Elisabet	Sollefteå
Håglund	Cecilia	Karlstad
Hägerfors	Margaretha	Örebro
Häggfors	Elisabeth	Kalmar
Högberg	Sonny	Mölnådal
Högstedt	Marie	Kristianstad
Höjer	Birgit	Norrköping
Idmyr	Lisa	Göteborg
Inglander	Lars	Jönköping
Irgens	Janeke	Göteborg
Jacobsson	Birgit	Linköping
Jacobsson	Lars	Umeå
Jakobsson	Einar	Stockholm
Jansson	Barbro	Motala
Jansson	Ann	Gävle
Jenninger	Claes	Hisingen Backa
Jensen	Maria	Kungälv
Johansson	Lotta	Ulricehamn
Johansson	Anna-Carin	Karlstad
Johansson	Yvonne	Trollhättan

Johansson	Karin	Stockholm
Johansson	Kjell	Herrljunga
Johansson	Lotta	Arvika
Johansson	Margareta	Göteborg
Johansson	Lena	Östersund
Johansson	Ingemar	Jörlanda
Johansson	Malin	Göteborg
Johansson	Lars-Åke	Göteborg
Jonasson	Elisabeth	Västra Frölunda
Jonsson	Linda	Jönköping
Jonsson	Arne	Danderyd
Jonsson	Christin	Göteborg
Josefsson	Per	Västra Frölunda
Jovén Orrhult	Anne	Kungsbacka
Juneklint	Jenny	Varberg
Juricev	Katarina	Göteborg
Jälmsjö Mellåker	Maria	Halmstad
Jännhult	Katarina	Själövad
Kant	Valeria	Borås
Karlsson	Per-Axel	Öjebyn
Karlsson	Peter	Angered
Karlsson	Ann-Kristin	Vetlanda
Kimber	Birgitta	Stockholm
Kjellberg	Inga-Lill	Göteborg
Klarqvist	Eva-Lena	Värnamo
Klas	Attrell	Göteborg
Klinghed	Pia	Norrköping
Klingspor	Ingela	Tanumshede
Klint	Elisabeth	Norrköping
Klinte Granlund	Kerstin	Mölnlycke
Kolmodin	Riga	Halmstad
Kornesjö Andersson	Lena	Agnesberg
Kornowski	Jaroslav	Visby
Kovac	Christina	Halmstad
Kristiansson	Tomas	Kalmar
Kristjánsdóttir	Jóna	Uppsala
Källner	Zenita	Göteborg
Kälström	Cecilia	Lerum
Lagerfors	Sonja	Göteborg
Lagesjö	Gunilla	Kungsbacka
Lapucha	Anna	Danderyd
Larsson	Pernilla	Stockholm
Larsson	Finn	Mölnådal
Larsson	Maria	Socialdepartementet
Lavén	Ulrica	Upplands Väsby
Ledström	Marie	Sundsvall
Lejon	Jonny	Luleå
Lerman	Birgit	Växjö
Leufvenius	Mårten	Uddevalla
Lidberg	Hannah	Danderyd
Lind	Michaela	Danderyd

Lindahl	Rita	Umeå
Lindahl	Laila	Stockholm
Lindberg	Britt	Karlstad
Linde	Mats	Landvetter
Lindeberg Smith	Lena	Göteborg
Lindegren	Madeleine	Falkenberg
Lindell	Peter	Göteborg
Lindgren	Sara	Danderyd
Lindgren	Marie	Karlskrona
Lindqvist	Christina	Mjölby
Lindstedt	Ingrid	Kungälv
Lindström	Ulla	Jönköping
Ling	Birgitta	Mölnadal
Livefalk	Louise-Marie	Danderyd
Ljung Aust	Mikael	Göteborg
Lundberg	Camilla	Kalmar
Lundgren	Carina	Floda
Lundgren	Hedvig	Hässleholm
Lundstedt	Anna	
Löfgren	Carina	Göteborg
Magnusson	Inger	Jönköping
Malmo	Linda	Söderhamn
Malmström	Stefan	Lysekil
Mankinen	Susanne	Göteborg
Mattila	Birgitta	Varberg
Mayer	Tomas	Skogås
Mehlum	Lars	Oslo
Mellbin	Berit	Helsingborg
Meurling-Eklund	Maria	Danderyd
Mille	Christina	Västerås
Milton	Anders	
Mittendorfer Rutz	Ellenor	Stockholm
Molander	Ingrid	Angered
Moliis	Barbro	Kalix
Molin	Jenny	Umeå
Munkhammar	Ingrid	Ludvika
Mårtensson	Kristina	Sundsvall
Mårtensson	Karolina	Varberg
Nadbornik	Simone	Stockholm
Nelfelt	Kerstin	Varberg
Nelson	Linda	Torslanda
Nilsson	Andreas	Luleå
Nilsson	Agneta	Västerås
Nilsson	Gunnar	Mora
Nilsson	Sandra	Helsingborg
Nilsson	Jonas	Jönköping
Nilsson	Marita	Skellefteå
Norberg	Fredrik	Danderyd
Nordén	Kjell	Värnamo
Nordmark	Lenita	
Nyberg	Ullakarin	Stockholm

Nyblom Malmberg	Lena	Stockholm
Nybons	Per	Västerås
Nygren	Niklas	Visby
Nyqvist	Anna Karin	Örebro
Nyqvist	Marie	Danderyd
Nyström	Bodil	Agnesberg
Nyström	Maria	Fagersta
Nyström	Karin	Göteborg
Olausson	Jill	Hällingsjö
Oléni	Magnus	Halmstad
Olmenius	Veronica	Luleå
Olofson	Eva	Mölnadal
Olsson	Catarina	Åtvidaberg
Olsson	Jan-Ove	Torslanda
Olsson	Mona	Torslanda
Olsson	Ann-Britt	Skellefteå
Olsson	Simone	Östersund
Oscarsson	Marie-Louise	Östersund
Ottosson	Gun-Britt	Hindås
Ottosson	Jan-Otto	Göteborg
Oxenstierna	gabriella	Stockholm
Palm Beskow	Astrid	Göteborg
Palm Jonasson	Anna	Mölnlycke
Palosaari	Pirjo	Göteborg
Pálsson	Sigurdur Páll	Reykjavik
Paulsson	Gudrun	Göteborg
Paulsson	Catharina	Falkenberg
Pellsäter	Barbro	Skövde
Per	Hammar- ström	Tanumshede
Perman	Birgitta	Boden
Persson	Sylvide	Borås
Persson	Maria	Borås
Persson	Sofia	Eksjö
Persson	Bodil	Lund
Pervik	Marie	Kungälv
Petersson	Annika	Jönköping
Pettersson	Urban	Motala
Prahl	Ulf	Varberg
Quick	Carina	Karlskoga
Qvillby Nordgren	Birgitta	Tanumshede
Ragnarsdotter	Ingegerd	Kungälv
Ranebratt-Olovsson	Yvonne	Piteå
Renée	Rosén	Göteborg
Rignell	Ann	Kungsbacka
Ringskog Vagnhammar	Susanne	Stockholm
Ritzman	Birgitta	Göteborg
Rodin	Sara	Östersund
Rothlin	Maria	Stockholm
Rundqvist	Carola	Kungsbacka
Rupinska	Maja	Danderyd
Russell	Bodil	Örebro

Rutz	Wolfgang	Uppsala
Rydbo	Niklas	Lilla Edet
Rydén	Bo	Eskilstuna
Rydström	Folke	Motala
Ryng	Annica	Stockholm
Råberg	Therese	Värnamo
Rådbo	Helena	Karlstad
Röllgårdh	Marie	Borås
Rönnkvist	Ingela	Öjebyn
S. Johnsen	Anne Marie	Norge
Salander Renberg	Ellinor	Umeå
Samuelsson	Mona	Göteborg
Sandberg	Birgitta	Göteborg
Sandblom	Kajsa	Borås
Sanfridsson	Gudrun	Jönköping
Selen	Mats	Eskilstuna
Selén	Kerstin	Älvsjö
Semelius	Ylva	Umeå
Silfverheim	Helena	Malmö
Sjöberg	Margaretha	Alingsås
Sjöberg	Gunnel	Borås
Sjöberg	Ewa	Skövde
Sjöborg	Elisabeth	Västerås
Sjöholm	Rose-Marie	Göteborg
Sjölin	Anders	
Sjöström	Nisse	Göteborg
Skarin	Christina	Danderyd
Skoglund Hassis	Inger	Mora
Skride	Lena	Västra Frölunda
Skärsäter	Ingela	Halmstad
Stephenson	René	Hällingsjö
Stern	Karin	Karlskrona
Stråte	Pirjo	Stockholm
Strömberg	Bo	Eskilstuna
Sturman	Ann-Britt	Nissafors
Sundberg	Elisabeth	Västerås
Sundin	Christina	Borås
Sunnqvist	Charlotta	Lund
Svensson	Anneli	kalmar
Svensson	Helén	Vara
Svärd	Karl-Otto	Örebro
Sylvén	Ann-Catrin	Västra Frölunda
Szabo	Ildiko	Karlskoga
Szabó	Peter	Örebro
Säflund	Karin	Danderyd
Söderström	Håkan	Trollhättan
Sörenson	Lena	Danderyd
Thalén	Björn-Erik	Örebro
Thorell	Britt	Ulricehamn
Thorell	Lars-Håkan	Linköping
Thorén	Catharina	Danderyd

Thuresson	Doris	Mölnadal
Tisell	Daniel	
Tjärnberg	Hélène	Olofström
Tranevik	Jörgen	Söderhamn
Trella	Olga	Västerås
Törnberg	Else-Marie	Göteborg
Wallberg	Helene	Danderyd
Wallenholt	Susanne	Varberg
Wallin	Birgitta	Stockholm
Wasserman	Danuta	Stockholm
Wehlin	Pia	Stockholm
Weiber	Rikard	Kristianstad
Wennblom	Monica	Göteborg
Wessman	Kristina	Danderyd
Westberg	Ylva	Östersund
Westerman	Birgitta	Danderyd
Westin	Anna	Nacka
Westling	Gunilla	Göteborg
Wetterberg	Gill	Västerås
Wibble	Tomas	Jönköping
Widén	Lars	Norrköping
Wiede	Inger	Käringön
Wigh Senestad	Silvi	Söderköping
Wiktorsson	Stefan	Mölnadal
Wiman	Sandra	Göteborg
Windahl	Johan	Kungälv
Wingård	Mette	Göteborg
Wirdby	Helena	Gävle
von Gaffke	Martin	Mölnadal
Wåhlstedt	Sonny	Göteborg
Wånge	Christina	Borås
Välipakka	Mirja	Göteborg
Zackrisson	Susanne	Danderyd
Åkerström	Per	Umeå
Åström	Mariann	Motala
Åström	Ove	Stockholm
Österberg	Ewa	Sala

NASP

Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa – Nationell expertfunktion vid Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap

Statens och Stockholms läns landstings centrala expertenhet inom självmordsforskning och självmordsprevention.

NASP har ett nationellt och regionalt ansvar för att arbeta med kunskapsinsamling och kunskapsförmedling samt för att initiera och bedriva forsknings- och utvecklingsprojekt som främjar prevention av suicid och psykisk ohälsa.

NASP är WHO's samarbetscentrum för prevention av suicid och psykisk ohälsa.

Verksamheten kan delas in i fyra huvudområden:

- * forskning och utveckling av självmordspreventiva metoder
- * metodstöd och analys av epidemiologiska data
- * kunskapssammanställning
- * information och utbildning

www.ki.se/suicid
Kontakt: nasp@ki.se



Centrum för folkhälsa



WHO's samarbetscentrum
för självmordsprevention