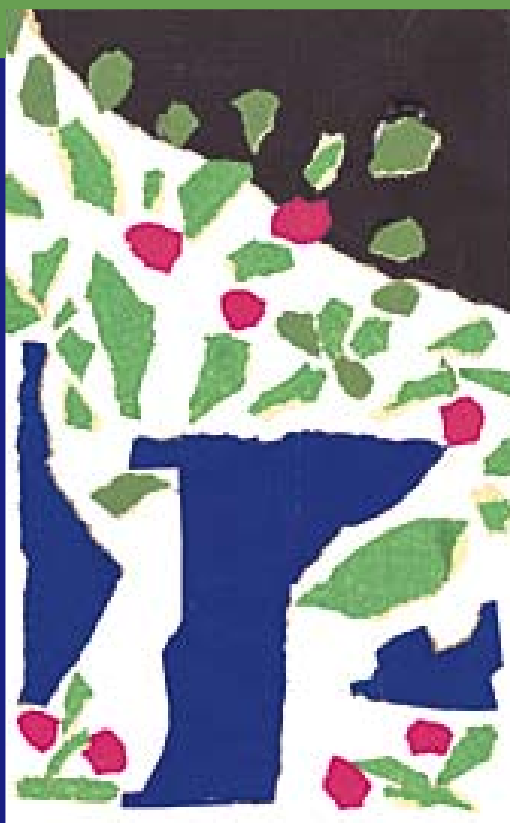


2002

Rapport nr 1

**DEN TREDJE NATIONELLA
NÄTVERKSKONFERENSEN OM
SJÄLMORDSPREVENTION
- BARN OCH UNGDOMAR**



**Att satsa på psykisk hälsa
- förebygga självmord och självmordsförsök**

Att satsa på psykisk hälsa - förebygga självmord och självmordsförsök

Rapportserie från Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

Den tredje nationella nätverkskonferensen
om självmordsprevention
– barn och ungdomar

© NASP - 2002

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

HSNstaben

Samhällsmedicin

Institutet för psykosocial medicin - IPM

Karolinska Institutet

Box 230, 171 77 Stockholm

Tfn: 08/728 70 26

E-post: suicid.forskning@ipm.ki.se

www.sll.se/suicid

Tryckeri: Graphium Ljunglöfs AB, Stockholm

ISBN: 91-973751-3-6

ISSN: 1400-3023

Rapport 2002:1

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

DEL I

”Vi kan vara stolta”	7
<i>Förord av Danuta Wasserman, chef för Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP)</i>	
Från barndom till vuxenliv - en livsfarlig passage	9
<i>Förord av Eva Ekselius, redaktör för konferensrapporten</i>	
Bra bostäder, värn om naturen och ett mångsidigt kulturliv ingår i det goda samhället	11
<i>Välkomsttal av landshövding Ann-Cathrine Haglund, Uppsala</i>	
Önskan att leva och önskan att dö	13
<i>Välkomsttal av Bengt Westermarck, vice rektor vid Uppsala universitet</i>	
”Många barn lever i ett gråzonsläge”	14
<i>Cristina Husmark Pehrsson (m) om riksdagens syn på självmordsprevention</i>	
Ökad psykisk ohälsa bland unga - en ny hotbild	18
<i>Gunnar Ågren, generaldirektör vid Statens folkhälsoinstitut</i>	
”Förtvivlan var ett svårt brott”	25
<i>Arne Jarrick, professor i historia vid Stockholms universitet</i>	
”Sårbarheten hos individen ska motverkas redan från livets start”	33
<i>Danuta Wasserman om framstegen i arbetet för en förbättrad självmordsprevention</i>	

DEL II: RAPPORTER FRÅN DE REGIONALA NÄTVERKEN

Satsning på prevention efter ”epidemi” av självmord i Norrbotten	44
<i>Ellinor Salander Renberg, Norra nätverket, om växande regionalt och internationellt</i>	
Råd som stöd vid vård av självmordsnära barn och ungdomar	47
<i>Birgit Frisé-Andersson, Nätverket för Stockholm-Gotland, om nya Råd och anvisningar till vårdpersonal</i>	
”Då tog självkänslan ett skutt framåt!”	54
<i>Jan Beskow, Västsvenska nätverket, om resurscentrum och nätverksprocesser i västsvenska regionen</i>	
”Vi vill stötta närstående i sorgprocessen”	61
<i>Margit Ferm, Sydöstra nätverket, om hur språkbruk och rutiner kan ändras</i>	

DEL III: RAPPORTER FRÅN WORKSHOPS

<i>Workshop 1</i>	
Växa genom marknadsföring och ny teknik	64
<i>Margit Ferm om ledningsgruppens planer för utbildning och information</i>	
<i>Workshop 2</i>	
"Lyssna aktivt. Visa hänsyn och respekt. Ha öppenhet som förebild. Fokusera på känslor, inte logik!	66
<i>Agnes Hultén och Gunilla Olsson om självmordsprevention bland barn och ungdomar inom öppen och slutna vård</i>	
<i>Workshop 3</i>	
Att stoppa den nedbrytande cirkeln - och lära ut livskompetens	80
<i>Inga-Lill Ramberg om skolans arbete med självmordsprevention bland barn och ungdomar</i>	
Mot en ökad beredskap i skolan	84
<i>Zelma Fors om en läroprocess i skolan för att förebygga psykisk ohälsa</i>	
<i>Workshop 4</i>	
Så förstärker medierna självmordsrisken	88
<i>Susanne Ringskog om klustereffekten och journalisters rapportering om självmord</i>	

DEL IV

Stress och sårbarhet i komplext samspel av biologisk, psykologisk och social natur	92
<i>Lars Hellgren, Socialstyrelsen, om evidensbaserad och kvalitetssäkring inom suicidpreventionen</i>	
"Vi möter dem som kastats in i kaos, som famlar i mörker"	96
<i>Sven-Olof Marklund, ordförande för Riksorganisationen SPES (Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd)</i>	
Det första dokumentet i sitt slag i Europa	98
<i>Gunilla Ljungman, om utarbetandet av nationella riktlinjer för omhändertagandet av självmordsnära barn och ungdomar</i>	
Sambandet mellan självkänsla, sociala kontakter, kognitiv kompetens, fysisk träning, skolmiljöns utformning ... och depressiva problem	100
<i>Sven Bremberg, Statens folkhälsoinstitut, ger en kunskapsöversikt över evidensbaserad prevention av depression bland barn och ungdomar</i>	
"Jag kände igen tomheten inom mig, tror jag"	105
<i>Britta Alin Åkerman om svenska effekter av suicidförebyggande insatser för skolungdom</i>	

DEL V: NYA AVHANDLINGAR

Att möta risken för suicid 109
Anders Niméus, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Lunds universitet

Aspekter på självmordsbeteende hos barn och unga 111
Agnés Hultén, Karolinska Institutet, Stockholm

Psykologisk obduktion av äldre som tagit sitt liv 115
Margda Waern, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Göteborgs universitet

Dödlighet i självmord vid schizofreni och affektiv störning 116
Urban Ösby, Karolinska Institutet, Stockholm

APPENDIX

Motioner till riksdagen om självmordsprevention 118

KONFERENSDELTAGARE 124

”Vi kan vara stolta”

Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi vid Institutet för Psykosocial Medicin, Karolinska Institutet och chef för Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), om det politiska arbetet för bättre självmordsprevention

I alla nationella och internationella sammanhang är jag mycket stolt över att kunna berätta om det politiska beslut som fattades av den svenska riksdagen 1993. Då beslutades av alla politiska partier enligt socialutskottets förslag att Sverige skulle få en nationell institution inriktad på självmordspreventiva frågor.

Detta var något unikt. Riksdagens socialutskott och riksdagen diskuterade då också var en sådan institution skulle vara placerad. Den skulle vara inriktad på ett brett och tvärvetenskapligt samarbete. Därför skulle den inte verka enbart inom psykiatrin, inte heller bara på universitetet. Det skulle inte vara en myndighet som Folkhälsoinstitutet eller Socialstyrelsen. Därför blev det naturligt att placera NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa vid Statens institut för psykosocial medicin (IPM), som både är en myndighet och bedriver forskningsverksamhet i en tradition från såväl det medicinska som det psykosociala forskningsområdet. Samtidigt integrerades, enligt riksdagens intentioner, detta centrum genom ett avtal mellan staten och Stockholms läns landsting (SLL) i den övriga självmordspreventiva verksamhet som bedrivs inom landstinget.

1995 fick Sverige sitt nationella program för suicidprevention. Det skrevs av en brett sammansatt arbetsgrupp, med representanter från Svenska kyrkan, Landstingsförbundet, Kommunförbundet och Svenska Psykiatriska Föreningen, och där Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och NASP fungerade som motorer i arbetet.

Men sedan dröjde det flera år utan att det hände någonting, trots flera riksdagsmotioner, väckta i tur och ordning av så gott som samtliga politiska partier, för att aktualisera det nationella programmet för självmordsprevention i riksdagen. Inte förrän Cristina Husmark Pehrsson (m) i riksdagen tog upp frågorna om hur våra ungdomar har det och vad ska vi göra för att förebygga självmordsbeteenden bland unga människor. Hon lade en motion i frågan och lyckades också få med namnteckningar från sju partier på sin motion.

Den 24 januari 2001 fattade riksdagen sedan enhälligt ett beslut med följande innehåll:

- Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening att de av WHO utarbetade riktlinjerna för att förebygga självmord i skolan omsätts till svenska förhållanden.
- Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening att dessa riktlinjer införs i kursplanen vad gäller elevens utbildning såväl som lärarens.

Detta innebär en utmaning bland annat för vårt centrum, eftersom det samtidigt föreslås att NASP får fortsatt förtroende att se till att riktlinjerna införlivas i skolväsendet och att sedan följa upp och utvärdera denna process.

Ordföranden i socialutskottet, Ingrid Öhman (v), har nu ambitionen att riksdagen även ska anta "Nationella programmet för självmordsprevention" (som för närvarande är ett myndighetsdokument) som riktmärke för det fortsatta arbetet.

Vi kan vara mycket stolta över att vi i Sverige har så många som engagerar sig så starkt för de här frågorna och över att politiker, administratörer, forskare, kliniker och frivilliga på fem kontinenter kan arbeta vidare utifrån ett material, som vi tagit fram som underlag till Världshälsoorganisationen (WHO) för deras självmordspreventiva arbete i alla världsdelar. Ändå har vi långt kvar och jag uppmanar alla politiker, beslutsfattare och administratörer att avsätta de resurser som krävs för att vi ska kunna leva upp till vår målsättning.

Danuta Wasserman
danuta.wasserman@ipm.ki.se

Från barndom till vuxenliv - en livsfarlig passage

Eva Ekselius, kulturjournalist och redaktör för denna skrift, om en existentiell övergång som rymmer både sorg och ångest

Livet rymmer en rad livsfarliga passager. De kan betraktas som vadvägar, där man ska ta sig från ett landskap över till ett annat.

Att ta sig från barndomen över till vuxenlivet är en sådan passage. Den rymmer, som de flesta övergångsskedan, ett stort mått av sorg. Jag

Jag måste sörja också det som inte blev, alla de hål och brister som barndomen lämnat kvar.

ska sörja allt det jag måste lämna bakom mig. Men jag måste sörja, inte bara det jag lämnar utan också det jag inte fick, allt det som inte blev, de hål och brister som barndomen nu på ett oåterkalleligt sätt lämnar som spår.

Denna övergång rymmer också ett stort mått av ångest. Kommer jag att duga, kommer jag att räcka till? Kommer någon att vilja ha mig? Kommer jag att kunna klara mig i detta främmande okända, som jag ska träda in i?

Det barn, som redan bär på alltför mycket psykisk smärta, kan känna ångest också inför den uppdämda sorg som hotar att bli övermäktig. Liksom över den vrede som kan vara både befogad och skrämmande, men som är en del av den kraft med vilken barnet ska kunna avskilja sig från sina föräldrar och ta språnget in i en ny och självständig vuxen identitet.

Jag ser ofta denna existentiella övergång framför mig just som ett vadvägar, ett vattendrag där man själv utan hjälp måste ta sig över till andra sidan. Passagen kan se helt olika ut för olika individer. För en kan den vara som ett lekfullt porlande vattendrag, för en annan en passage genom våldsamma svarta vatten, där förrädiskt hala och vassa stenar gör övergången svårforcerad och farlig, där man lätt kan förlora fotfästet och inte säkert klarar att ta sig över levande.

För mig, som utomstående och redaktör för denna skrift, har det mot denna bild varit både till inspiration och tröst att ta del av föreläsningarna och diskussionerna vid årets nätverkskonferens, som behandlat självmordsprevention bland barn och ungdomar. Sammantagna visar de hur ett nätverk av personer och institutioner i samspel bygger ett skyddsnet, som ska kunna fånga upp den som halkar och slinter, den som i psykisk eller social bemärkelse fallit och gjort sig så illa att – om omständigheterna är tillräckligt olyckliga – riskerar att gå under.

Detta skyddsnet vävs nu inte bara tätare, med allt finare maskor, det tycks mig också bli vidare och allt mera täckande, främst genom ett sällsynt prestigefritt sätt att sammanfoga kunskaper och erfarenheter från

en rad olika specialområden. Här står inte en psykodynamisk tolkning mot kognitiv eller medicinsk-psykiatrisk, inte en sociologisk mot en psykoanalytisk eller en samhällsorienterad mot en biologisk. Här står inte vård mot forskning, anhörig mot myndighet, behandling mot politik. Varje dimension är relevant, för att skydda de sköra eller extremt utsatta från att gå sönder eller gå under.

Detta nätverk, som samlar sig kring eller utvecklats ur NASP, tycks mig också ha en annan unik (åtminstone mycket sällsynt) egenskap. Här är avståndet kort mellan teori och praktik, mellan det abstrakta och det konkreta, mellan insikt och verkställighet. Kanske beror det på att alla som kommit nära den suicidala problematiken kan höra de tystnades röst, de bär det avbrutna samtalet inom sig. Aldrig mera vill de se det ske.

En av föreläsarna, Britta Alin Åkerman, avslutade sitt föredrag med att visa en bild. Den föreställde två barn, ett par för tidigt födda tvillingar, mot praxis vilande tillsammans i en kuvös. Det ena barnet höll, redan i detta nästan ofödda skede, sin arm beskyddande om sitt syskon, den mindre och svagare tvillingen. Denna anda av att vilja använda sig själv till att skydda den svagare och livshotade, tycker jag genomsyrade nätverkskonferensen om självmordsprevention bland barn och ungdomar, vars huvudinnehåll finns återgivet i denna rapport.

Eva Ekselius
11 december 2001

Bra bostäder, värn om naturen och ett mångsidigt kulturliv ingår i det goda samhället

Landshövding Ann-Cathrine Haglund, Uppsala, i välkomsttal till nätverkskonferensen om självmordsprevention bland barn och ungdomar

Välkommen till nationell nätverkskonferens i Uppsala län!
Välkommen till länet och staden.

Som mamma, mormor och farmor, ja, som medborgare i detta fina land önskar jag intensivt att konferenser om självmordsprevention bland barn och ungdom inte skulle behövas. När de nu tyvärr behövs vill jag ändå tro att miljön här i Uppsala, på detta framstående universitet och på detta förnämliga sjukhus är en bra miljö för konstruktivt utbyte av tankar och kunskap.

Vi har ju en kunskaps- och forskningsmiljö i denna stad som är oerhört intressant och som stimulerar utvecklingen och lockar till sig andra aktörer, som i sin tur stimulerar ytterligare utveckling.

Uppsala län ligger i en av Europas mest expansiva regioner. En förklaring till detta är våra två universitet, Uppsala Universitet och Sveriges Lantbruksuniversitet, SLU, med ca 40 000 studenter och 7 000 forskare, som besitter unik och världsledande kunskap, kompetens och forskning inom många framtidsområden.

En klusterstudie som gjorts på uppdrag av Länsstyrelsen analyserar tre viktiga kluster i länet; Life Science, Energiteknik och Verkstadsteknik. Klusterstudien visar den mångsidiga struktur som näringslivet har. Å ena sidan finns den akademiska delen med universiteten som bas. Å andra sidan finns en bas i brukskulturen i Norduppland med starka – ja, i vissa fall världsledande – verkstadstekniska och energiintensiva verksamheter.

Här i länet finns ett stort antal internationellt framgångsrika kunskapsföretag. Bland våra spännande styrkeområden vill jag nämna materialteknik, IT, medicinteknik, bioteknik och läkemedel, energiteknik, miljö-kunnande. Bioinformatiken är i stark tillväxt.

Över 20 000 människor i Uppsala är verksamma inom Life Science. Här går utvecklingen i ett rasande tempo och Uppsala län tillhör de världsledande inom detta område.

Mellan universiteten och företagen finns ett nära samspel som skapat helt nya förutsättningar för ett blomstrande näringsliv av världsklass.

Campus Uppsala längs Kunskapens väg – Dag Hammarskjölds väg mellan våra två universitet – är ett dynamiskt och attraktivt etableringsområde, en marknadsplats för avancerade företag och nyskapande

entreprenörer, en mötesplats för idéer och initiativ och ett lysande exempel på samarbete och kraftsamling.

Ett nytt initiativ, där jag själv är mycket engagerad, är starten av ett centrum för kliniska prövningar av hälsoeffekter av livsmedel. Både allmänheten och industrin blir alltmer intresserade av hälsoeffekter. Det behövs kliniska prövningar och dokumentationer för att kunna styrka hälsoeffekter. Detta har vi här i Uppsala särskilda förutsättningar för.

Min och Länsstyrelsens uppgift är att tillsammans med alla andra goda krafter styra Uppsala län mot nya möjligheter och utmaningar. Vi har i detta län ett utomordentligt gott samarbete – en Uppsala läns anda – som ger god stämning och glädje i arbetet och detta är mycket viktigt när man drar upp strategier för framtiden.

På Länsstyrelsen diskuterar vi just nu att folkhälsofrågor ska ingå bland de strategiska frågor vi kommer att lyfta fram och betona särskilt i vår verksamhetsplanering. I regeringens budget finns satsningar på folkhälsoarbete att följa upp på regional nivå. Det gäller bl.a. sådant som stöd till kommunernas alkoholförebyggande arbete, stödjande insatser för barn till missbrukare och barn i familjer där våld och övergrepp förekommer.

Folkhälsofrågor ska ingå bland strategiska frågor i vår planering.

mål för vårt arbete.

Återigen välkomna till Uppsala och Uppsala län. Ni har ett mycket viktigt och intressant program för dessa dagar och jag hoppas att vistelsen här blir givande.

Ann-Cathrine Haglund
acha@c.lst.se

Ann-Cathrine Haglunds väkomsttal är här förkortat.

Önskan att leva och önskan att dö

Bengt Westermark, professor i tumörbiologi, vice rektor vid Uppsala universitet, i sitt välkomsttal om Uppsala universitets syn på självmordsprevention bland barn och ungdomar.

Önskan att leva, trots motgångar och svårigheter, är en förutsättning för artens överlevnad under evolutionen. Ett sådant sociobiologiskt färgat postulat pekar på att vi människor kanske har inneboende mekanismer som gör att vi faktiskt vill leva för livets egen skull. Oavsett om denna hypotes är riktig eller ej finns det individer där önskan att leva ersätts med en önskan att dö. Att identifiera dessa individer och att på olika sätt blockera deras suicid tendens är synnerligen angelägna uppgifter för samhället. Än mer angeläget blir detta genom att suicidfrequensen är så hög bland unga individer, d.v.s. bland ungdomar och unga vuxna.

Siffrorna är skrämmande. Hos ungdomar 15-19 år är suicid andra vanligaste dödsorsaken efter trafikolyckor. Hos vuxna 20-44 år är suicid den vanligaste dödsorsaken. Suicid har tydligast samband med depression även om också andra problem kan förekomma. Man brukar uppskatta att 60-80 procent av alla som dött i suicid led av egentlig depression.

Att identifiera individer och blockera deras suicid tendens är en angelägen uppgift för samhället.

Övrig bakgrund till fullbordade suicid är alkohol och drogmisbruk och personlighetsstörningar.

Fullbordade suicid har i och för sig under 1990-talet sjunkit från totalt 2 000 per år till 1 600 per år. Men för de allra yngsta d.v.s. 15-25 år har det inte sjunkit i samma grad som för de övriga.

Sänkningen av fullbordade suicid har sannolikt samband med att det idag finns effektivare behandlingsmetoder för att bota depression, t.ex. SSRI-preparaten och olika former av psykoterapi.

Det är viktigt men svårt att kunna känna igen en depression: Många personer med depression kan ha ospecifika symtom, som man söker för eller inte alls söker för. Det kan till exempel vara fråga om olika kroppsliga krämpor eller trötthet. Hos pojkar och unga män är det inte ovanligt att de visar olika utagerande symtom som bråkighet, trots och bruk av droger. Också ångestsymtom kan vara sekundärt till depression. Således är det viktigt att lära ut om hur man känner igen depressioner. Här måste många yrkesgrupper engageras!

Universitetet har tre uppdrag från Sveriges Riksdag: Forskning, Undervisning samt den så kallade tredje uppgiften, Samverkan med

samhället. Vi känner ett engagerat ansvar för universitetet i alla dessa uppdrag inom suicidprevention. Vi har en stor uppgift vad gäller utbildning inom depressionskunskap och suicidkunskap. Här är det ju inte bara doktorer utan sjuksköterskor, psykologer, lärare, socionomer, hälsoplanerare, apotekare, farmaceuter m.fl. som är viktiga målgrupper.

Självklart har vi en uppgift inom suicid- och depressionsforskning. Vår kunskap inom området skall spridas till samhället. Det är mycket viktigt att sprida kunskaper om psykisk sjukdom till allmänheten – vi måste ha som mål att de sista resterna av skamkänslor för psykisk sjukdom försvinner. Kanske kan vi öka medvetenheten om de symtom som kan förebåda suicid hos unga, så att de sprids bland alla dem som har att göra med ungdomar, till exempel fritidsledare, militära utbildare, skolans olika personalkategorier etc.

Ni har viktiga uppgifter framför er och jag önskar er lycka till i ert arbete och i denna nätverkskonferens. Återigen, varmt välkomna till Uppsala universitet.

Bengt Westermark
Bengt.Westermark@genpat.uu.se

”Många barn lever i ett gråzonsläge”

Riksdagsledamot Cristina Husmark Pehrsson (m), ledamot av socialutskottet, om riksdagens syn på självmordsprevention bland barn och ungdomar

Skolan har börjat – en ny hösttermin med läxor och klasskamrater. Förhoppningsvis i en trygg och kreativ miljö. Men alla barn är inte glada barn. En lärare bad eleverna ta med sig något hemifrån som de kunde personifiera sig med. En flicka tog med en illaluktande disktrasa – så kände hon sig.

Denna lärare har sinnena öppna – hon lyssnar och har förmågan att fånga stämningar. Hon finns där, men var finns vi, politiker i riksdagen? Vi som skall vara den lagstiftande församlingen och ge förutsättningarna. Var finns vi i verkligheten och vad känner vi för stämningar. Vem lyssnar vi till?

Efter att ha suttit i riksdagen i tre år nu vet jag att ingen lever ett isolerat liv. Vi har familjer. Vi undgår inte problem – men vi får också känna av lyckan ibland.

Därför finns ett djupt engagemang också i riksdagen för frågor som rör barn och ungdomar. Det är ändå viktigt att ni kommer och besöker oss, informerar oss och bjuder in oss till samtal. Vår möjlighet att göra ett gott arbete handlar just om att få information. Somliga kallar det lobbyverksamhet. Jag kallar det för en nödvändighet. Vår uppgift är att samla på oss olika slags information, söka kunskap och få insikt, för att sedan noga kunna överväga ett ställningstagande.

En ny typ av sjuklighet dominerar bilden av barns ohälsa i skolan.

I riksdagens socialutskott finns sjutton ledamöter, varav jag är en. Förutom hälso- och sjukvård, läkemedel, psykiatri m.fl. sociala områden ansvarar vi för socialtjänsten och frågor som rör barn. Här kom motionen om att omsätta de av WHO antagna riktlinjerna till svenska förhållanden upp under förra årets motionstid – den som någon har betecknat som en milstolpe i svensk suicidprevention och som skrevs av mig och undertecknades av fem andra partier. Riksdagen följde uppfattningen hos ett enigt utskott – att detta var viktigt – och nu skulle regeringens kvarnar kunna börja mala. Vi var många som var otåliga och ville komma igång. På en fråga till socialministern om vad som nu skulle hända hänvisade han till att denna fråga för närvarande bereds i utbildningsutskottet.

Yrkande två i motionen om att riktlinjerna också skulle omsättas i kursplanen för såväl elever som lärare ser därför ut att också bli verklig-

het. Vi får hjälpas åt att bevaka denna fråga. Detta är särskilt angeläget eftersom jag läser i ett pressmeddelande från Socialstyrelsen om "Attityder till skolan 2000" att endast fyra av tio lärare anser sig ha tillräcklig kunskap och kompetens för att arbeta med elever med olika social och kulturell bakgrund.

Så har vi alla dessa bokstavs barn och gråzons barn. En ny typ av sjuklighet har kommit att dominera bilden av barns ohälsa i skolan. Det

Endast fyra av tio lärare anser sig ha tillräcklig kunskap för att arbeta med elever med olika social och kulturell bakgrund.

handlar om DAMP, ADHD, MBD och Aspergers syndrom. Tillstånd som rör barns beteenden, känslor, motorik och sociala kompetens. Om detta vet ni säkert mer än jag.

Det verkar idag finnas en tilltro till att de medicinska bokstavsdiagnoserna ska kunna lösa skolans problem, snarare än Kalles. Men om Kalles diagnos är felaktig blir också insatserna fel, extrainsatserna gör ingen nytta. Både Kalle och skolan måste kunna lita på en dylik medicinsk diagnos.

"Det är bra att Kalle får en diagnos", sade en lärare, "för då kan jag gå till skolnämnden och begära mera resurser".

Men innan en sådan diagnos sätts, som antyder en medfödd hjärndysfunktion, måste det finnas klara belegg för att diagnosen är riktigt ställd. Så är inte alltid fallet. Idag strider man inom professionen om diagnoskriterier och om vilken behandling som barn med koncentrationssvårigheter och emotionella störningar skall få.

Det finns också många barn som lever i ett slags mellanläge – i en gråzonsvärld. Jag vet att särskolan håller på att spränga alla gränser, att bokstavs barnen och gråzons barnen blir allt fler. Dessa barn som vi inte alltid kan precisera problemen för.

Jag har en stark oro för att dessa barn mer är ett symptom på skolans, familjens, samhällets problem – än deras egna. I brist på kunskap hamnar dessa barn mellan stolarna – och riskerar att må än sämre.

Särskolan kommunaliserades 1996 för att särskolan skulle ingå som en naturlig del i grundskolan. Idag ser man emellertid klara tendenser till att utredningar och inskrivning av elever i denna särskola ibland sker alltför lättvindigt.

I Skolverkets särskolerapport "Hur särskild får man vara" framgår att reglerna är trubbigt formulerade och ger utrymme för ganska vida tolkningar. Detta kan vara en av anledningarna till att allt fler barn med s.k. bokstavsdiagnoser nu går i särskolan. Barnen blir "gråzons barn". Det är barn som befinner sig mittemellan, de har speciella behov, behöver kanske

mera lugn och ro för att klara av sina studier, barn som skolan inte riktigt vet vad de skall göra med.

Andelen elever i den obligatoriska särskolan har ökat från 8 200 läsåret 1992/93 till nästan 12 500 elever läsåret 1999/2000, vilket ger en ökning på nästan 50 procent. I grundskolan har elevantalet ökat under samma period med ca 18 procent.

Mer än hälften av alla barn som skrivs in i särskolan i Göteborg är invandrare. Men det är inte bara antalet invandrabarn som ökat i Göteborgs särskolor. Det totala elevantalet i särskolan har under senare hälften av 90-talet ökat med 148 procent.

Den tvärvolitiska barngruppen i riksdagen är en sammanslutning av två representanter för varje parti. Vi försöker att bevaka barns och ungdomars situation genom att välkomna grupper för information och skriva gemensamma motioner på detta tema.

Årets motioner handlar bl.a. om utsatta barn, osynliga barn, familjeåterförening, barnkompetensen hos domstolar, m.m.

Vad gäller självmordsprevention finns nu en sjupartimotion från denna grupp om att anta mål för det självmordspreventiva arbetet i Sverige.

Till sist vill jag också berätta att Socialutskottet under detta år haft fokus på psykisk ohälsa och bland annat haft en hearing med Danuta Wasserman. Vi har besökt ungdomshem och kriminalvård och vi fortsätter i november med en ny hearing om samordning inom psykiatrin.

Vi försöker alltså att vara makthavare – mitt i verkligheten. Tack för att jag blev inbjuden och lycka till med dessa intressanta dagar.

Cristina Husmark Pehrsson
cristina.husmark.pehrsson@riksdagen.se

Ökad psykisk ohälsa bland unga – en ny hotbild

Gunnar Ågren, generaldirektör vid Statens folkhälsoinstitut, om verkets roll i det självmordsförebyggande arbetet

Folkhälsoinstitutet har både fått ett nytt namn och ett nytt uppdrag. Numera heter vi Statens folkhälsoinstitut. Namnet betonar att vi fått en något annorlunda roll. Vi ska inte längre bedriva kampanjverksamhet eller informationsverksamhet direkt riktad till allmänheten om enskilda folkhälsoproblem, med undantag för särskilda regeringsuppdrag.

Vår huvuduppgift i framtiden ska vara att fungera som ett nationellt kunskapscentrum i sådant som specifikt rör folkhälsa. Inom folkhälsoområdet finns det ett stort behov av specialorgan, som t.ex. NASP.

Vi ska särskilt bygga upp kunskap om vilka metoder som är effektiva på områden där det idag finns stora kunskapsluckor. Vi konfronteras till exempel ofta med frågan vad vi ska göra åt den ökade användningen av alkohol och narkotika bland ungdomar. Vilka metoder är effektiva och vad finns det för vetenskapligt belägg för detta? Vi ska också följa upp de nationella folkhälsomålen. Jag har själv suttit med i den nationella folkhälsokommittén, som kom med sitt slutbetänkande hösten 2000. Kommittén föreslår 18 nationella folkhälsomål, som rör många olika samhällssektorer och många olika folkhälsoproblem. Folkhälsoinstitutet samarbetar i de här frågorna med regeringen och inom kort kommer en proposition om en nationell folkhälsopolitik i Sverige.

Har man mål för arbetet så måste de naturligtvis följas upp och det görs genom ett antal indikatorer med vilka man kan kontrollera måluppfyllelsen. Statens folkhälsoinstitut är den myndighet som tillsammans med sektorsansvariga myndigheter ska följa upp målen.

Vi ska också ha övergripande tillsyn på alkohol-, narkotika- och tobaksområdet, där vi bl.a. övertagit den tidigare Alkoholinspektionens uppgifter. Tillsynsuppdragen är mycket viktiga, eftersom de ökar möjligheterna att följa upp en rad av de faktorer som påverkar folkhälsan.

Vi har även en övergripande uppgift att tillsammans med andra aktörer se till att frågor som rör folkhälsan och det förebyggande folkhälsoarbetet ventileras i samhällsdebatten. I framtiden måste vi ha en samhällsplanering där man inte enbart sätter upp ekonomiska mål utan också mål som gäller människors hälsa. Här spelar det suicidförebyggande arbetet en mycket viktig roll.

Vi ska med andra ord göra folkhälsan till en viktigare del av samhällspolitiken och bidra till att det folkhälsoarbete som bedrivs i Sverige samordnas.

De 18 Folkhälsomålen

1. Stark solidaritet och samhällsgemenskap
2. Stödjande sociala miljöer för individen
3. Trygga och jämlika uppväxtvillkor
4. Hög sysselsättning
5. God arbetsmiljö
6. Tillgängliga grönområden för rekreation
7. Sunda inne- och utemiljöer
8. Skadesäkra miljöer och produkter
9. Ökad fysisk rörelse
10. Goda matvanor
11. Trygg och säker sexualitet
12. Minskat tobaksbruk
13. Minskat skadligt alkoholbruk
14. Ett narkotikafritt samhälle
15. En mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård
16. Ett samordnat folkhälsoarbete
17. Långsiktig satsning på forskning, metodutveckling och utbildning
18. Saklig hälsoinformation

UTGÅNGSPUNKT 1: ETT STORT FOLKHÄLSOPROBLEM – MÅNGA FÖRLORADE LEVNADSÅR

När det gäller suicidhandlingar finns en rad viktiga utgångspunkter för vårt arbete. Den viktigaste utgångspunkten är att detta är ett mycket stort folkhälsoproblem, större ju längre ner man går i åldersgrupperna. Även om suicid bland de yngre står för en relativt liten del av den totala dödligheten i Sverige, så står de ändå för ett mycket stort antal förlorade levnadsår.

Självmoden står idag för ungefär 2,5 procent av dödsfallen hos män och 1 procent hos kvinnor, men det är en av de vanligaste dödsorsakerna bland män i åldern 16 till 44 år. Självmod står alltså för en stor andel av den samlade ohälsobördan och särskilt mätt i antalet förlorade levnadsår.

Visserligen kan vi också konstatera att vi haft en gynnsam utveckling vad gäller suicid de senaste decennierna i Sverige. Men denna gynnsamma utveckling gäller inte de yngre åldersgrupperna. Det finns inga entydiga belegg på en sådan positiv utveckling bland unga.

UTGÅNGSPUNKT 2: SJÄLMORD GÅR ATT FÖREBYGGA

Nästa utgångspunkt, som är högst central, är att *suicidhandlingar är möjliga att förebygga*. Den viktigaste strategin när det gäller självmordshandlingar är att försöka förebygga dessa. Det är säkert en självklarhet bland delta-

garna i denna konferens att självmord går att förebygga, men det är fortfarande inte en allmänt accepterad sanning ute i samhället. Det finns istället skäl att ytterligare inskräpa detta.

Dessutom är självmordsprevention ett av de områden inom folkhälsoarbetet där förebyggande strategier har högst evidensbaserad, d.v.s. åtgärderna har bevisligen effekt. Det finns klara strategier för att minska antalet suicid i befolkningen.

För att kunna förebygga suicidhandlingar, särskilt bland barn och ungdomar, krävs ett förstärkt samordnat folkhälsoarbete. Man kan alltså inte enbart arbeta på ett plan. Man måste samordna insatserna på en rad olika plan och till exempel inrikta sig på en rad olika bestämningsfaktorer till suicidhandlingar.

Detta breda synsätt kräver uppbyggnad av en specifik forskningskompetens.

UTGÅNGSPUNKT 3: EN KLAR HOTBILD

Att utvecklingen varit gynnsam under ett antal år utgör inte någon garanti för att den gynnsamma utvecklingen kommer att fortsätta. Det finns en klar hotbild. Alla tillgängliga data visar att den upplevda ohälsan, i synnerhet den psykiska ohälsan, ökar i Sverige. Det finns en klar åldersgradering i den här utvecklingen. När det gäller min egen

Det är ingen ny och mystisk epidemi som drabbar de unga. Det finns ett klart samband med bestämda samhällsförändringar.

åldersgrupp till exempel, den övre medelåldern, så finns inget belägg för att vår situation skulle ha försämrats. Det verkar snarare som att vi mår något bättre än vi gjorde för tio år sedan. Generellt mår medelålders och äldre i Sverige inte sämre än för tio år sedan. Däremot möter man en helt annan bild längre ner i åldrarna. I de yngre åldersgrupperna finns en påtaglig ökning av den upplevda psykiska ohälsan under den senaste tioårsperioden. Detta resultat stämmer ganska väl överens med de observationer man gör inom skolan och inom den psykiska barn- och ungdomsvården.

Det är också viktigt att notera att den här utvecklingen inte har tillkommit av en slump, det är ingen ny och "mystisk epidemi" som drabbar de unga. Utvecklingen har ett klart samband med bestämda samhällsförändringar. Just nu publiceras flera intressanta rapporter. Nyligen kom slutbetänkandet från kommittén Valfärdsbokslut, som letts av Joakim Palme och som utrett vad som har hänt med den svenska välfärden under 90-talet. Det är en av de mest intressanta statliga utredningarna under senare tid. Den visar att välfärdsutvecklingen i Sverige har varit mycket ojämn. När det till exempel gäller inkomst-

utvecklingen har människor i medelåldern inte alls drabbats så våldsamt hårt av nittiotalskrisen. Inkomsterna har stigit, sysselsättningen har inte förändrats särskilt mycket vad gäller gruppen totalt. Om man däremot ser till de yngre åldersgrupperna märks en ganska kraftig minskning, både av sysselsättning (särskilt åldersgruppen 16-24 år) och en mycket kraftig minskning av den genomsnittliga inkomsten. Deras sociala situation i förhållande till andra grupper har också påverkats i hög grad. När det gäller deras ställning på arbetsmarknaden syns en dramatisk minskning av sysselsättningen. De ungdomar som faktiskt får jobb har dessutom i mycket högre utsträckning än andra grupper tillfälliga anställningar, projektanställningar, med mindre inflytande och ett mycket större mått av social otrygghet.

Det här är en påtaglig utveckling som gäller alla ungdomsgrupper, men det är klart att den även bland ungdomar slår ojämnt. För ungdomar med invandrarbakgrund i utsatta storstadsområden är det inte fråga om måttliga förändringar utan om dramatiska sådana. Det är i själva verket ganska få av dem som kan se fram emot en tryggad framtid på arbetsmarknaden.

Jag vill hävda att den minskade ekonomiska tryggheten och den minskade känslan av delaktighet, upplevelsen av att inte längre ha något inflytande eller kontroll över sin situation eller över samhällsutvecklingen, allt detta sammantaget är naturligtvis nyckelorsak till försämringen av den självupplevda hälsan, vilket utgör en mycket påtaglig hotbild.

UTGÅNGSPUNKT 4: ETT STARKT SAMBAND MELLAN SUICIDFREKVENSN OCH ALKOHOLKONSUMTION

Det andra stora elementet är tendensen till ökad alkoholkonsumtion i alla åldersgrupper. Det verkar, åtminstone att döma av de enkätundersökningar som görs på skolor etc, som att den ökade alkoholkonsumtionen och den ökade konsumtionen av andra droger har ett samband med suicidfrekvensen. Det är den kanske mest belagda av enskilda bakgrundsfaktorer vid suicidhandlingar och har bestyrkts i en rad vetenskapliga rapporter. En ny doktorsavhandling av Mats Ramstedt, som genomförts i samarbete med Statens folkhälsoinstitut och som läggs fram inom kort, visar ännu en gång på det tydliga sambandet.

Under en rad år har vi undersökt sambandet mellan alkoholkonsumtionens utveckling och en rad indikatorer på alkoholrelaterade skador, där suicidfrekvensen ingår som en sådan faktor. Den här undersökningen bestyrker att i hela Nordeuropa, däremot inte i Sydeuropa, finns ett mycket entydigt samband mellan alkoholkonsumtionens storlek och suicidfrekvensen. När alkoholkonsumtionen ökar påverkas suicidfrekvensen och när den minskar så minskar också suicidfrekvensen. Vi

har aldrig haft en åtgärd i Sverige som har haft en så stor inverkan på suicidfrequensen som motbokens införande år 1917. Det stämmer visserligen inte med dagens alkoholpolitiska resonemang, men jag tycker att det förtjänar att påpekas. De som inte vill nöja sig med detta svenska exempel kan ju gå till grannlandet Ryssland och se vad som hände under Gorbatsjovs perestrojkaperiod. Man lyckades då under några år minska alkoholkonsumtionen, med en kraftig minskning av suicid som följd. Under 1990-talet skedde åter en avsevärd ökning av alkoholkonsumtionen, vilken åtföljdes av en mycket hög ökning av suicid, särskilt bland män i sårbara grupper.

Jag vill hävda att om vi inte kan bryta den här ökningen av alkoholkonsumtionen är det en rimlig prognos att den tyvärr kan förändra den gynnsamma utvecklingen av suicid, särskilt när det gäller de äldre åldersgrupperna.

VAD KAN VI GÖRA?

Vad kan vi då göra för att minska suicidfrequensen? Vad ska vara inslag i en generell folkhälsostrategi? Där ingår naturligtvis en bättre skaderegistrering, som också omfattar alla suicidhandlingar. Jag tror att en sådan statistik är ett fundament, åtminstone för en del typer av förebyggande insatser. Till exempel kan en bra registrering av läkemedelsförskrivning få stor betydelse. Man kanske upptäcker att vissa typer av läkemedel ofta används i samband med suicidhandlingar, att vissa typer av vanor bland ungdomar har negativa följder, som till exempel drogen GHB som fått en viss spridning bland ungdomsgrupper och som visar sig åstadkomma dödsfall. Det finns gott om exempel på att bra kunskap om suicidhandlingar har kunnat leda till ganska enkla åtgärder, som haft en dokumenterad inverkan på suicidfrequensen.

Det är också viktigt att vi har ett samhällsklimat där vi kan diskutera psykisk hälsa och suicidhandlingar på ett sakligt och genomtänkt sätt. För inte så länge sedan var suicidhandlingar något man helst inte talade om, inte inom den psykiatriska vården och ännu mindre inom den somatiska. Idag har vi trots allt kommit långt, i varje fall när det gäller ett ändrat diskussionsklimat. Sedan kanske vi inte kommit lika långt när det gäller att omsätta detta i verkliga resurser.

Det är också viktigt att man inte hamnar i ett "skyttegravskrig" mellan olika skolor. Psykisk hälsa hos barn och ungdomar är en kombination av biologi och miljö, så har det alltid varit och så kommer det att vara i framtiden.

Vi behöver utforma en generell politik i Sverige som är bra för barn och ungdomar. Grunden ligger i deras uppväxt- och levnadsförhållanden. Om vi ser till det relativa utfallet av nittioalet i Sverige – och där kommit-

tén Valfärdsbokslut är entydig – måste vi dessvärre konstatera att barn, ungdomar och barnfamiljer drabbats värre än människor högre upp i åldrarna. Huvuddelen av åtgärderna måste således gälla ovan nämnda grupper. Det handlar om hela paketet, att främja delaktighet, ge människor möjlighet till inflytande över sin livssituation och ge dem en grundläggande social trygghet.

Det behövs en konsekvent barn- och ungdomspolitik för att vända den negativa trenden. Det krävs också en aktiv alkoholpolitik och en aktiv drogpolitik, som både tar hänsyn till de sociala bestämningsfaktorerna

**Vi ser suicid som ett synnerligen allvarligt folkhälso-
problem.**

och driver en restriktiv politik när det gäller tillgängligheten av såväl alkohol som narkotika och andra droger. Så länge vi har ett mycket stort utbud av alkoholdrycker för barn och ungdomar så får vi räkna med att andelen alkoholskadade i befolkningen ökar. Alkoholskador står, precis som alla andra folkhälso-
problem, i direkt och nära samband med hur stor exponeringen är för drogen ifråga.

Vi måste också arbeta för ett bra sekundärt preventivt arbete. Det innebär att vi ska mobilisera både psykiatrik – barn- och ungdomspsykiatrik och vuxenpsykiatrik – och få ett bra suicidförebyggande arbete också inom primärvården. Det finns en stor dokumentation som visar att man kan åstadkomma en hel del i suicidförebyggande arbete och man måste därför satsa på en gemensam kunskapsutveckling.

DEN GLOBALA SITUATIONEN ÄR KATASTROFAL

Den här konferensen pågår ju samtidigt som WHO idag släpper sin nya stora världshälsorapport, som handlar just om den psykiatriska vården. En av slutsatserna i den är att huvuddelen av jordens befolkning inte har tillgång till någon anständig psykiatrisk vård alls. Situationen är fullständigt katastrofal. Huvuddelen av världens befolkning har inte tillgång ens till den mest elementära hjälp när de drabbas av psykiska sjukdomar och tyvärr finns ingenting som säger att fattigdom skulle vaccinera mot psykiska sjukdomar, snarare tvärtom. Sett ur ett sådant globalt perspektiv så är de svenska problemen naturligtvis ganska obetydliga. Internationellt ser vi inte heller någon motsvarighet till den gynnsamma trend som vi ser i Sverige vad gäller suicidutvecklingen.

Ett suicidförebyggande arbete måste i stor utsträckning bygga på samverkan. Folkhälsoinstitutet kan vara en av dessa aktörer. Vi ser suicid som ett synnerligen allvarligt folkhälso-
problem och det är vår uppgift att i samarbete med andra följa utvecklingen och försöka bidra till att slå larm om den går i icke önskad riktning och försöka peka på de orsaksfaktorer som kan påverkas. Men det behövs därutöver mycket utbyggnad av en

specifik kompetens, den kompetens som det här nätverket representerar och som NASP särskilt står för.

Gunnar Ågren
info@fhi.se

”Förtvivlan var ett svårt brott”

Arne Jarrick, professor i historia vid Stockholms universitet, ger några historiska perspektiv på självmordsfrågan

Jag ska säga några ord om självmordets historia, framför allt i Sverige. Dels om hur man har sett på självmordet i moraliska och straffrättsliga termer, hur man har bedömt och värderat det. Dels ska jag säga något om hur man sett på människors motiv att ta livet av sig – och lite grann om min egen syn på den saken också.

Jag kommer inte specifikt att tala om ungdom eller barn, inte heller specifikt om prevention, men kanske kan det jag säger ändå ha något slags tillämpning på det som ni ägnar er åt.

Det finns ett stort intresse kring självmord, trots att den frivilliga döden är något som både provocerar och upplevs som fränstötande. Ändå tycks frågan ha ett slags lockelse. När man läser dödsannonser och inte får veta varför någon har dött, så går genast våra fantasier i en bestämd riktning. Självmordsfrågan har också varit starkt närvarande inom forskningen under många år, kanske särskilt inom sociologisk forskning – den kan faktiskt sägas ha varit ett älsklingsämne inom sociologin.

Självmordsämnet är alltså inte tabu i den allmänna diskussionen om livsfrågor, trots att döden på många sätt och i praktiken är undanstädad. Även ”hedersamma” begravningar sker numera ”i stillhet”. Begravningsprocessioner som förr var vanliga är borta sedan länge – döden är undanskuffad. Men om man till exempel söker i databaser på vissa sökord, så är ”självmord” ett lika vanligt ord som ”lycka”, ”död” är lika vanligt som ”kärlek” och de är betydligt vanligare än begrepp som ”frihet” och ”arbetslöshet”.

I fiktionens värld är döden allestädes närvarande, ständigt och jämt möter vi döden i filmen och litteraturen. Det tycks mig som om självmordet intresserar många människor, alldeles oavsett om självmord är vanligt förekommande eller inte.

Självmordsfrekvensen i Sverige har, som ni alla här känner till, länge varit på nedgång, åtminstone under det senaste årtiondet. Det hindrar inte att vi under senare år sett artikelserier i Dagens Nyheter, Svenska Dagbladet och på en rad andra håll om just självmordsfrågan. Det tycks finnas ett djupt existentiellt intresse kring självmordsfrågan.

Förr var detta intresse betingat av att självmordet var ett brott. Även på den tiden då man åtminstone *trodde* att självmord var något mycket ovanligt fanns ett stort intresse av att försöka hindra brottet och för att bestraffa det när det väl var begånget.

I kristendomens tidiga dagar var självmord inte ett brott, men blev det senare. Grundtesen i den kristna läran var ju att Gud givit människan livet till låns. Eftersom Gud har lånat ut det, så kan människan inte lämna tillbaka det på eget initiativ, utan hon måste vänta tills Gud själv tar det tillbaka.

Ända sedan senantiken (400-500-talet e.Kr.) eller den tidiga medeltiden och långt in på 1800-talet har den kristna kyrkan fördömt självmordet som en svår synd och ett brott (konciliet i Arles 452 e.Kr.). Tidigt på medeltiden (konciliet i Braga 563 e.Kr.) bestämdes att den som tagit sitt liv skulle uteslutas från den vanliga begravningsritualen – häri låg straffet. Men självmordsfördömande hör inte bara till kristendomen, självmordet har fördömts i många andra kulturer, som inte alls är kristna. Och omvänt har det i den kristna kulturen ansetts riktigt att ta andra människors liv, nämligen brottslingars liv genom dödsstraffet, trots att livet givits människan till låns av Gud. Så det finns ingen riktig konsekvens.

I värsta fall var straffet att grävas ner på galgbacken.

ständigt om det nästa livet och om hur uselt detta livet är.

Men från och med 500-talet blev självmordet inom den kristna kultursfären betraktat som synd, dessutom en svår synd, en dödssynd och ett brott även mot det världsliga samhället. Därför skulle brottet beivras – vilket är anledningen till att vi alls vet någonting om hur man resonerade omkring de här frågorna. Efter rättsprocesserna upprättades ju protokoll. Det är genom dessa domstolsprotokoll – inte alls genom de försvinnande få avskedsbrev – som vi vet någonting om detta. Domstolens uppgift var ju att fastställa begravningssättet. Utformningen av begravningen var ett mått på hur strängt straff självspillingen dömts till. Därför ville man veta exakt hur någon dött och varför.

För en människa som dött hederligt skulle det vid begravningen ringas i kyrkklockorna, prästen skulle hålla predikan och församlingen sjunga psalmer; sång och böner ingick också i begravningsritualen. Men om dödssättet ansågs oriktigt kunde den avlidna som straff bli begravd i norra delen av begravningsplatsen; om det ansågs ännu värre kunde det bli under kyrkogårdsmuren. I värsta fall kunde straffet bli att grävas ner på galgbacken, i ovigd jord, eller till och med brännas där.

Jag ska ge er exempel på en dom:

1654 har en kaplansänka från Frösthult "ynkeligen" haft ihjäl sig själv med en kniv. Någon åtskillnad borde ändå göras mellan henne och

sådana som "christeligen i herranom döo", ansåg man, trots att hon varit gift med en kyrkans man. Den döda skulle visserligen få svepas som andra döda, men om det i kyrkan funnes två klockor skulle klockaren bara ringa i den ena. Det skulle inte heller vara sång i kyrkan utan bara på gravbacken och sedan skulle hon läggas "afsijdes på kyrkogården". Till sist skulle prästen förmana församlingen att ta lärdom av den osaliga kvinnans öde på det att de "altidh bifalla sigh Gudh i hander när de läggja sigh om aftonen att sofwa, såsom att när de råka uthi någon wedermöda och frestelse, att de innerligen bidja Gudh om tolamodh och förbija hans hielp".

Vi vet alltså något om vilka motiv man *tillskriver* den som tagit sitt liv. Men vi vet ju inte så mycket om vilka motiv kvinnan egentligen hade. Redan detta är dock intressant, för vad den tilltänkta "självspillingen" (som man kallade dem) *trodde* om reaktionerna efteråt, spelade in när hon övervägde om och hur hon skulle ta sitt liv – det ingick som en del av det spel en person var indragen i inför sitt planerade självmord.

I kristendomens historia blev det först värre med intoleransen, sedan blev det bättre. Kristendomens försök till självmordsprevention kan ha att göra med att vissa riktningar av den utlöste ett slags dödsimpulser.

Den tyske prästen Johan Christian Arndts predikningar, som gavs ut i bokform i början av 1600-talet, lästes av hundratusentals, kanske miljontals fromma kristna i många länder. I en av sina "Fyra anderika böcker..." skriver han: "Thetta lifwet är et älendigt lif. En usel och jämmerlig ting är med alla menniskiors lefwerne." Eller: "tu måste misshaga tig sjelf, tu måste blifwa tig sjelfwom led och wanskapelig, tu måste hata och förneka tig sjelf!" Johan Christian Arndt uppmanande alltså människorna att döda fienden inom sig. Detta känner vi igen från suicidologin, att människor som tar sitt liv ofta har känslan av att det finns någon inom dem som de måste döda eller begrava ... Man kan alltså se kristendomens fördömande hållning till självmordet som en primitiv form av prevention mot de dödsimpulser som väcktes av den egna läran.

Vad tillskrev man då människorna för motiv till sina självmordshandlingar? Jag har gått igenom omkring femhundra genomförda eller misstänkta självmord och självmordsförsök (ibland var det ju inte fråga om självmord, men man hade misstankar om det och ville undersöka saken). Jag ska ge några exempel och sedan se om det går att finna ett mönster i dem, kanske till och med någon förklaring.

Från år 1664 berättas om en piga i Husby socken som varit melankolisk, hon hade jämrat sig över föräldrarnas frånfalle; på ett annat ställe finns en bestulen kvinna, där man ansåg att själva stölden var motivet till att hon tagit sitt liv; här finns också en Hans Larsson från Mora, som var nittio år och tyckte han var för gammal för att fortsätta livet längre; och en

änka efter en "självspilling" som dräpt sig just för att hon kallats "självspillingshustru"; här finns bonden från Nordmaling som har ont i bröstet sedan han sett en besatt man föras förbi ... han skar halsen av sig; så är det mannen i Skinnskatteberg som tog livet av sig på grund av sin fallandesot; andra exempel är båtsmanshustrun från Själevad som kallats "Tjuv-Ella" efter kyrkostöld, Ingeborg som "per temprum et intervalla med interruptus" (alltså då och då) hade haft "samwettzqwal" och då sökt enslighet och huggit ihjäl sig (man trodde att det berodde på det onda som fanns i kvinnans blod), prästen som kände sig hatad av sin församling ... Jag skulle kunna fortsätta att räkna upp exempel ... som "den fåfänga" Margareta som hade förlorat ett barn, Catharina Andersdatter som trodde sig hatad av sin mamma och alla andra efter en stöld av en guldsked...

Det finns en hel palett av tillskrivna motiv. Jag ska ge ett lite längre exempel, som är belysande för den teori som jag föreslagit i min bok

Att ta sitt liv är ett sätt att vältra tillbaka skammen på någon annan.

"Hamlets fråga" som handlar om självmord. Det handlar om Eric Julius Biörner som slår sin hustru, det råder söndring i äktenskapet, hon vill ta ut skillnad därför att han hotat både hustru och dotter och sig själv i "grymma expressioner". Han har nämligen sagt att "han skulle mörda sig sielf", heter det i protokollet, och "til fullbordande deraf" har han "tagit ifrån [sin] dotter en uddewass pennknif, hwarmed han henne visat på hwad sätt han skulle sticka och mörda sig [...] under tiden har han och sagt det skulle han dränka sig, att Bödelen icke skulle släpa honom bort ..." Så ska han ha öst ur sig skällsord som bara det "alldragemenaste folket" brukar göra.

Vågar man tro på protokollet från förhören med Biörner har han till sitt försvar hävdad att hans våldsamhet mot hustrun berott på att hon inte höll honom kär och på att också hon slår honom gång på gång och på att hon är allmänt ogudaktig och bara sällan besöker Guds hus. Hur skulle de kunna hålla sams under sådana omständigheter? Han erkänner dock att han förivrat sig mot hustrun och betygar sin ånger, men klagar också på att hustrun Ebba alltid varit hårdhärtad mot honom, ty hon har varken visat honom kärlek eller vänskap. Att hon skulle älska honom kan han inte tro, eftersom hon alltid är så "kallsinnig". Så klagar han över att hon har en sexuell aptit långt utöver hans förmåga. Hon är "ganska okiärlig och fri i ägtenskapet, hälst iag arma och därhos flitigt studerade man, ei äger den styrkan, som hon, i wanlig ägtenskaps plicht, långt öfwer andra kwinnor, åstundar". Kanske har hon också haft "kiötslig beblandelse" med andra män, funderar han.

Kan man inför hela denna palett av tillskrivna motiv få någon ordning på dem? Ett av de vanligaste tillskrivna motiven är vad som kallas "melankoli" eller "svårmod". Ett annat vanligt skäl är vad som kallas "huvudsvaghet". Det tredje vanliga är "förtvivlan", vilket man ska hålla åtskilt från svårmod och melankoli. Så finns förstås också ett svårt kroppsligt lidande eller att man är utfattig och inte ser någon utväg ur sin svåra fattigdom.

Om man går ännu djupare in bland motiven ser man att det ofta handlar om skam. Eller med ett annat ord: om relationsförluster som upplevs som skamfyllda.

"Förtvivlan" var ett svårt brott. Men kunde man tillskriva en självmördare "melankoli" eller "svårmod" var det en förmildrande omständighet. Förtvivlan däremot var försvårande. Men varför? Jo, att vara svårmodig var att inte vara herre över sig själv. Den som inte var herre över sig själv kunde heller inte tillskrivas det fulla ansvaret för sina handlingar. Då som nu drog rättskipningen en artificiell gräns mellan handlingar som man är ansvarig för och handlingar som man inte kan ställas till ansvar för.

Att känna sig förtvivlad betydde att man kände sig utesluten från Guds nåd. Den som tog sitt liv i förtvivlan var vid sina sinnes fulla bruk och därför fullt ut ansvarig för sin onda gärning.

Jag ska läsa ett citat från en av alla de filosofer och läkare som skrivit tjocka traktater om självmordet. Charles Moore skrev i en bok som kom ut 1790 att desperationen, alltså förtvivlan, var den lumpnaste och mest föraktliga av människans handlingsgrunder. Han skriver: "Desperationen kan aldrig åstadkomma något gott utan flödar över av ondska". Han sa också att en förtvivlad människa "är beredd till varje utbrott av våld, så som mot sig själv så också mot andra". Det fanns många andra, bland annat upplysningsmannen Kellgren, som resonerade på samma sätt. Den självmordshandling som utfördes i förtvivlan var en fri handling, medan den som utfördes i svårmod var en ofri handling.

Detta är ju en verkligt tragisk hållning: den som är förtvivlad känner sig ju redan utesluten från Guds nåd, alltså förlorad, förtappad, och tar sitt liv i denna förtappelse – och blev så dubbelt dömd för den handlingen.

Men varför omfattas inte människorna i det här tänkandet av Guds nåd? Jo, den person som tar sitt liv i förtvivlan har valt att inte motstå djävulens frestelser – och bara den som är förtappad kan vara fri. Men om denna handling inte är en fri handling, vem är då ansvarig för den? Då måste Gud hållas ansvarig. För att hålla Gud ansvarsfri så måste man tillskriva den förtvivlade människan det fulla ansvaret för den självdestruktiva handlingen. Så skulle jag tolka det här sättet att resonera.

Men varför lade man vid denna tid ner så stor energi på att lagföra och bestraffa självmördare och dra inför skranket också dem som inte hunnit

så långt som till att genomföra självmordet? Som jag ser det försiggick i rätten ett slags moralisk dragkamp mellan dem som överlevt den självmördade och den som tagit sitt liv. En människa som kände sig utskämd på olika sätt ville vända skammen tillbaka på de människor han eller hon kände sig utskämd av. Ett sätt att vältra tillbaka skammen på någon annan är att ta sitt liv.

Den första impulsen när man känner sig utskämd, alltså blottad i sin stora svaghet, är att vilja gömma sig, försvinna. Nästa impuls är att hämnas. Man kan också välja att bli tokig och på så sätt slippa ansvaret för sig själv. Man kan döda en annan människa för att därigenom bli av med skammen, även om man då får skuld istället. Man kan be om förlåtelse, eller förlåta andra. Det finns faktiskt avskedsbrev från självmördare, där de förlåter eller ber om förlåtelse för att de alls existerat – ett raffinerat sätt att anklaga andra. Man kan förlåta andra för sådant de inte alls känner sig skyldiga till, för att därigenom flytta skulden för den egna handlingen till dem som man lämnar efter sig.

Det var en moralisk dragkamp, där man flyttade skuld och skam mellan levande och döda.

någon annan drabbats.

Om denna moraliska dragkamp mellan levande och döda skulle vara meningsfull, förutsatte den att människorna kunde nå varandra över den gräns som skiljer döda från levande. Föreställningen var alltså stark att döden inte är detsamma som total utplåning. Kanske är därför insikten om övertygande död i sig själv självmordsavskräckande. Övertygelsen att man går mot ett annat liv kan då också misstänkas vara en drivkraft bakom modet och förmågan att genomföra ett suicid.

Detta är en tidlös gestalt och den illustreras också av alla gengångarhistorier som följer med självmord. Den som dött för egen hand troddes ju inte ha kommit till vila utan "gick igen" bland de levande. Idag skulle vi förklara detta med skuldkänslor hos de överlevande, men förr förklarade man det med att den döde faktiskt befunnit sig där. Omgivningen måste därför göra något för att de inte skulle gå igen. Det är bland annat därför som man begravnade människor under kyrkogårdsmuren. Då var de fast förankrade där och kunde inte komma upp.

När nu den självmördade hade satt skammen och därmed skulden på de överlevande, måste de på något sätt skjuta tillbaka skammen på den som dött. Det finns många exempel ute i Europa på andra former av förnedrande straff, där man försökte skämma ut och förnedra den redan döde. I Frankrike släpade man till exempel en självmördare efter en vagn, med huvudet sist och benen före, och det hände att man körde pålar genom bålen på den döde. Den här sortens förnedrande skamstraff är alla exempel på den moraliska trafiken mellan levande och döda.

Jag tror naturligtvis inte att upplevelsen av skam skulle vara den enda orsaken bakom självmord. I själva verket kanske det bara är en specialvariant av de fall som har att göra med förlorade relationer, ofrivilliga relationsförluster.

Det finns hos oss människor ett kanske grundläggande behov att vara behövda. I vår tid, när den aktiva tiden av livet trycks ihop från båda hållen, när barndomen och ungdomsåren utgör en allt större del av livet

Förtvivlan var ett svårt brott. Melankoli eller svärmod var en förmildrande omständighet.

och de friska åldringsåren också är en allt större del, då blir den yrkesaktiva tiden sammantryckt. Under en allt större del av livet behöver vi alltså kompensera för känslan av att inte vara behövda. Vi gör det med att förvandla samhället till ett tivoli, en underhållningsfabrik.

Ett annat utslag av strävan att skjuta över skammen på andra människor är att det i historiska exempel är så vanligt att människor som tänker ta sitt liv känner stark vacklan mellan att ta sitt eget liv och att ta någon annans.

Med tiden blev rättskipningen mildare. Redan i början av 1700-talet började man försöka, åtminstone i England, att förklara människor som svärmodiga snarare än förtvivalade, för att på så sätt ge dem chansen till ett mildare straff. Med 1700-talet och sekulariseringen började också upplysningens filosofer betrakta bestraffning av lik som lika meningslöst som att piska statyer. Man började alltså med upplysningen och avkristningen skaffa sig idéer om att den som är död är död och inte kan nås av något straff. Det skedde under en period då självmordsfrekvensen steg. Kanske var det något som kunde användas i självmordspreventivt syfte: föreställningen om döden som något som faktiskt är lika med död, utslöcknande, absolut frånvaro.

Man kan fråga sig varför självmordsfrekvensen gick upp under 1800-talet, när både 1800- och 1900-talet långt mindre än tidigare perioder var präglade av begrepp som skam och heder. En förklaring kan vara att i det gamla samhället fanns etablerade institutioner för att handskas med skam. Ingen brottmålstyp var vanligare i domstolarna i de stora städerna på

1700-talet än just ärekränkingsmål och liknande. Man hade alltså institutioner för att återupprätta hedern när man hade förlorat den.

Men kanske är skamkänsligheten på väg tillbaka igen. Det kan (som Gunnar Ågren var inne på) ha med samhällsutvecklingen att göra, och det kan i särskilt hög grad vara ett problem bland barn och ungdom. I så fall har vi ännu en faktor som talar för att man måste vara uppmärksam på problemen och vara särskilt på sin vakt.

Arne Jarrick
Arne.Jarrick@historia.su.se

”Sårbarheten hos individen ska motverkas redan från livets start”

Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi vid Institutet för Psykosocial Medicin, Karolinska Institutet och chef för NASP, om framstegen inom självmordspreventionen

Till NASP händer det att vi med e-posten får brev från unga flickor och pojkar som behöver förmedla sin ensamhet, förtvivlan och avsaknad av hopp. Trots att det finns så många personer i Sverige som arbetar med självmordsprevention och trots att vi har de sex regionala nätverken så räcker vi inte till.

Flera undersökningar har visat att vuxna ofta blundar för den suicidala kommunikation som kommer från förtvivlade ungdomar. Det beror inte bara på att den kan vara otydlig, utan också på att vi vuxna inte vill se våra barns lidande. Vi vill helst se barn och ungdomar enbart som friska och framgångsrika individer. Därför kan det uppstå en oroväckande samstämmighet mellan självmordsnära unga människor som har svårt att uttrycka sin desperation och oss vuxna som inte vill se den.

Detta visar hur angeläget det är att bygga ut arbetet med suicidprevention. Den här Tredje nationella nätverkskonferensen ägnar vi därför helt åt självmordsprevention bland barn och ungdomar.

Varje år dör omkring en miljon människor i världen genom självmord. Det är den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa. I Sverige är självmord den vanligaste dödsorsaken bland män i åldrarna 15-44 år och den näst vanligaste för kvinnor i samma ålder.

Det som oroar oss särskilt är att omkring fem procent av våra tonåringar någon gång har försökt ta sitt liv. Det är en mycket hög siffra. Vi vet samtidigt att självmordsförsöken banar väg för självmord senare i livet, om man inte i tid hjälper dessa ungdomar att finna strategier för att hantera livssvårigheter. Om man inte upptäcker och behandlar de ungdomar som lider av depressioner, missbruk och psykoser kommer det att resultera i åtskilliga självmord. Det arbete vi bedriver är därför inte kortsiktigt; även om vi kan se resultat av vårt arbete redan på kort sikt så är det förebyggande arbetet långsiktigt.

Jag skulle vilja visa några kartor över hur självmord – säkra och osäkra – statistiskt fördelar sig över landet. Röd färg visar här höga självmordstal, grön färg visar medelhöga, gul färg visar låga självmordstal. Skillnaderna mellan regionerna är som ni ser inte särskilt stora.

**Själv mord (säkra och osäkra i Sveriges sjukvårdsregioner 1970-1998.
Antal fall per 100 000 invånare 15-19 år gamla. Se bilaga.**

Om man däremot delar upp statistiken efter kön framträder tydliga skillnader. För flickor mellan 15 och 17 år är antalet (säkra eller osäkra) självmord 7 per 100 000 invånare i regionerna Stockholm och Gotland, medan självmordstalet för pojkar är dubbelt så högt (12-14 per 100 000) och särskilt alarmerande bland pojkar i Norra regionen. Det är många ungdomar som vi förlorar på detta sätt.

**Själv mord (säkra och osäkra) i Sveriges sjukvårdsregioner 1970-1998.
Antal fall per 100 000 flickor 15-19 år gamla. Se bilaga.**

**Själv mord (säkra och osäkra) i Sveriges sjukvårdsregioner 1970-1998.
Antal fall per 100 000 pojkar 15-19 år gamla. Se bilaga.**

Här ser vi samma karta för unga kvinnor och män i åldern 15-24 år. Den visar hur självmorden ökar dramatiskt när man passerat 20-årsgränsen. Vi ser att den är högst i Stockholmsregionen och på Gotland. Men när vi delar upp unga män och kvinnor ser vi på nytt att dubbelt så många unga män tar livet av sig, inte bara i Stockholm och på Gotland utan även i Norrland. För unga kvinnor i Norra regionen är självmordstalen däremot låga. De är dock höga även i Göteborg och den västsvenska regionen.

**Själv mord (säkra och osäkra) i Sveriges sjukvårdsregioner 1970-1998.
Antal fall per 100 000 invånare 15-24 år gamla. Se bilaga.**

**Själv mord (säkra och osäkra) i Sveriges sjukvårdsregioner 1970-1998.
Antal fall per 100 000 unga kvinnor 15-24 år gamla. Se bilaga.**

**Själv mord (säkra och osäkra) i Sveriges sjukvårdsregioner 1970-1998.
Antal fall per 100 000 unga män 15-24 år gamla. Se bilaga.**

Både säkra och så kallade osäkra självmord (då man bedömer att dödsorsaken är självmord men inte är absolut säker) har minskat kontinuerligt i Sverige sedan åttiotalet. Det är dock oroande att självmorden inte minskar i de yngsta åldersgrupperna upp till sjutton års ålder.

Enligt olika enkätundersökningar, både från Uppsala, Stockholm och Göteborg, uppger omkring 8 procent av flickorna och 4 procent av pojkarna att de någon gång försökt ta sitt liv. Vid noggrannare psykologiska och psykiatriska intervjuer sjunker dessa siffror till hälften, både för pojkar och flickor, därför att man tillämpar en mer stringent terminologi vid klassificering av självdestruktiva beteenden och suicidala tankar. Ungdomar med mycket starka självmordstankar *upplever* ofta att de verkligen försökt ta sitt liv, trots att det stannat vid tankar. Vid en strängare bedömning skiljer man strikt mellan självupplevd och faktisk handling. På grund av detta är siffrorna därför högre vid självrapportering än vid genomförda intervjuer. Men det är allvarligt nog att så många ungdomar försökt ta sitt liv eller ser döden som en utväg.

En ung människas självmord betyder många förlorade levnadsår, men det innebär också många förlorade arbetsår. Det är därför också en social och ekonomisk förlust för samhället. Men förlusten är särskilt svår för alla dem som fanns nära omkring, föräldrar, syskon, vänner, skolkamrater. Många av dem lider under lång tid, många blir långvarigt sjukskrivna eller fungerar bara med nedsatt kapacitet. Även om de inte är sjukskrivna innebär förlusten mycket lidande och plåga. Därför finns det en kraftfull organisation, SPES (Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd), som vi samarbetar med och som gör ett mycket viktigt arbete både vad gäller suicidprevention och som stöd för människor i en mycket utsatt situation.

Kan man locka fram livsbejakande krafter hos en person som är förtvivlad och lockas av tanken på döden? Ja, det går. Det visar resultaten av en rad självmordspreventiva aktiviteter, både inom hälso- och sjukvården och från projekt som inriktar sig på hela befolkningen.

Det finns alltså flera strategier för att förebygga självmord. Den strategi vi använder och som också rekommenderas av WHO har två inriktningar: dels på den primära hälso- och sjukvården (förbättrad tidig diagnostik, anpassad behandling och rehabilitering, höjd kunskap hos anhöriga och personal, etc), dels på en utåtriktad kommunikation som syftar till att öka kunskapen hos allmänheten om hur man förebygger självmord och till att påverka de faktorer i samhället som ökar risken för psykisk ohälsa och självdestruktiva beteenden.

Självmordsprevention förutsätter ett brett angreppssätt som bygger på breda tvärvetenskapliga kunskaper, som förutom psykiatrisk kompetens kräver insikt i de existentiella och psykosociala komponenter som är viktiga inslag i den suicidala processen. Psykisk ohälsa är ofta en följd av

att en känslig och sårbar individ har utsatts för övermäktiga påfrestningar, som utlöst den ångest, nedstämdhet och känsla av hopplöshet som – tillsammans med påtagliga fysiologiska reaktioner – är tecken på ökad risk för självmordshandlingar, särskilt om symtomen är långvariga.

Den ömsesidiga kommunikationen mellan den självmordsnära individen och dennes omgivning är avgörande för hur den suicidala processen ska utvecklas. Önskan att få hjälp är hos de flesta betydligt starkare än önskan att dö. Individens förmåga att be om och ta emot hjälp och vår förmåga att uppfatta och känna igen budskapet kan vara avgörande för om vi ska lyckas bromsa processen eller om den ska fortskrida mot ett fullbordat självmord.

En tvärssektoriell och bred folkhälsovetenskaplig ansats är nödvändig i det självmordspreventiva arbetet. Insatser måste göras tidigt, så att sårbarheten hos individen kan motverkas redan från livets start. I en sårbar familj bör den sättas in redan när en graviditet planeras. Barnet behöver under sin uppväxt stöd från familj, vänner och närmiljö (som därför behöver kunskap och stöd för denna uppgift), men det behöver också få lära sig att hantera stress så att inte sårbarheten förvärras.

Äldre och nyare forskning visar att en rad åtgärder som inriktar sig på hela befolkningen har en bevisad effekt på suicidfrekvensen. I en avhandling från NASP har de dramatiska förändringar som kunde avläsas under perestrojkan i dåvarande Sovjetunionen beskrivits. En kraftfull restriktiv alkoholpolitik fick då effekt i samtliga femton delrepubliker och minskade antalet självmord bland män i åldrarna 25-54 år med 40 procent. En noggrann analys av de självmordsförebyggande aktiviteter som genomförts av olika frivilligorganisationer i ett antal länder visar också positiva effekter.

Även de projekt som NASP bedriver vid några stockholmsskolor visar att antalet självmordsförsök bland unga minskar signifikant till följd av genomtänkta interventionsprogram. Om ungdomar får instrument att hantera sin känslighet och utnyttja sin faktiska förmåga ökar deras upplevelse av att kunna påverka sina liv. Det minskar känslan av hopplöshet och ökar benägenheten hos de självmordsnära ungdomarna att söka stöd hos vuxna och efterfråga professionell hjälp.

Effektiv behandling av depressioner med antidepressiva läkemedel, psykoterapi och andra terapeutiska metoder är viktiga inslag i hälso- och sjukvårdens strategi för att förebygga självmordshandlingar. Förbättrad utbildning av allmänläkare i depressionsdiagnostik och behandling har i vetenskapliga studier visat sig ha tydlig självmordsförebyggande effekt. Utbildningsprogrammen ska utformas så att hela den personal som

Önskan att få hjälp är hos de flesta betydligt starkare än önskan att dö.

hela befolkningen har en bevisad effekt på suicidfrekvensen. I en avhandling från NASP har de dramatiska förändringar som kunde avläsas under perestrojkan i dåvarande Sovjetunionen beskrivits. En kraftfull restriktiv alkoholpolitik fick då effekt i samtliga femton delrepubliker och minskade antalet självmord bland män i åldrarna 25-54 år med 40 procent. En noggrann analys av de självmords-

arbetar med de självmordsnära patienterna både får del i dessa nya kunskaper och påverkas i sina attityder.

Flera studier har visat att adekvat behandling av mani-depressiva patienter med litium och schizofrena patienter med nyare antipsykotiska medel tydligt minskar antalet självmord i dessa kända riskgrupper. En metaanalys visar att en grupp som behandlats med antidepressivt medel visar en signifikant minskning av självmordsfrekvensen (5,6 gånger färre självmord per patient och år) jämfört med den grupp som behandlats med placebo. Behandlingen påverkar också positivt andra uttryck för suicidalitet, som visar sig i en signifikant reduktion av självmordsförsöken. Vissa psykoterapiformer, särskilt kognitiv psykoterapi och dialektisk beteendeterapi, har väldokumenterad effekt på självmordsbenägenheten.

I debatten har framförts som argument mot behandling med antidepressiva medel att de kan användas i självmordssyfte. Men dessa läkemedel måste användas på ett adekvat sätt. En del av de nya s.k. SSRI-preparaten kan ha besvärliga biverkningar. När de aktiverar 5HT₂-receptorer i det centrala nervsystemet kan det framkalla ångest och panikattacker i början av behandlingen. Då både de psykosociala problemen och ångesten kvarstår finns en risk att patienten tar livet av sig, om inte en tät kontakt med läkare eller annan stödjande person kan kompensera för påfrestningarna i det initiala skedet av behandlingen. Man ska alltså inte döma ut de antidepressiva läkemedlen bara för att det förekommit brister i kunskapen om hur behandlingen ska genomföras.

Effekten på självmordstankar, självmordsförsök och fullbordade självmord av olika behandlingar undersöks ofta med *post hoc*-analyser och på material som insamlats för andra ändamål. Det gäller också de studier som visar att en minskning av skadliga miljöfaktorer bidrar till minskad dödlighet i självmord. Därför behöver vi resurser för att genomföra prospektiva, kontrollerade randomiserade kliniska studier på stora material av självmordsnära patienter för att säkrare kunna utvärdera effekten av olika självmordspreventiva åtgärder.

Självmord kan ibland förebyggas effektivt med till synes enkla och inte särskilt kostsamma medel. Flera studier från Storbritannien och USA visar att en så enkel åtgärd som en brev- eller telefonkontakt minskar risken för självmord. I Italien genomfördes en mycket intressant studie på nästan 20 000 personer. Patienterna som skrivits ut från somatiska avdelningar blev uppringda och tillfrågade om hur de mådde psykiskt och om de hade några särskilda behov. De informerades om att de i så fall kunde få hjälp. Genom dessa samtal sänktes depressionspoängen och såväl inläggningar på sjukhus som självmordsfrekvensen minskade signifikant.

I en artikel i *British Medical Journal* har redovisats en sammanställning av en mängd studier som visar liknande resultat. Patienter som gjort självmordsförsök hade i en undersökning tilldelats en speciell kod som

gjorde att de, när de kände självmordsimpulser, kunde ringa till sjukhuset utan att först vänta på telefontid, bli hängande i en telefonkö eller misslyckas med att få kontakt med någon de kände förtroende för. Det räckte med denna tillgänglighet i vården för att effektivt minska frekvensen av självmordsförsök.

Det är nu mycket glädjande att riksdagen den 24 januari 2001 antagit Cristina Husmark Perhssons m.fl. motion om att WHO:s riktlinjer för förebyggande av självmord i skolan ska omsättas till svenska förhållanden och att de ska införas i kursplanen för såväl elevens som lärarens utbildning.

Jag ser denna motion som en milstolpe i det självmordspreventiva arbetet i Sverige. Den skapar förutsättningar för en bred kunskap om självmord och psykisk ohälsa bland lärare, annan skolpersonal och föräldrar, så att vi kan samordna våra insatser i det förebyggande arbetet. På Lärarhögskolan i Stockholm har man redan infört en särskild kurs i självmordsprevention och främjande av psykisk hälsa i utbildningen av lärare. Men vi behöver införa en sådan utbildning som obligatorisk för lärare på alla nivåer i skolan.

Det går att locka fram livsbejakande krafter även hos den som är förtvivlad.

erforderliga resurser. Den svenska riksdagen har angett en riktning och det är vårt ansvar att se till att besluten efterlevs i praktiken.

Verkligheten ser ännu inte ut så som riktlinjerna föreskriver. Därför är det upp till oss att se till att politiker och andra berörda på det lokala planet blir medvetna om innebörden av de beslut som tagits på nationell nivå – och trycka på för att de ska bli genomförda. Vårt mål är att de stora skillnaderna jämnas ut mellan de landsting och kommuner som släpar efter och de som är ambitiösa och satsar

Danuta Wasserman
danuta.wasserman@ipm.ki.se

De regionala nätverken för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

Som ett led i NASP:s nationella samordningsfunktion har NASP tagit initiativ till ett nationellt nätverk för självmordsprevention. Sedan år 1997 är således det nationella självmordsförebyggande arbetet organiserat i sex regionala nätverk. Nätverken följer indelningen i sjukvårdsregioner. NASP ansvarar för samordning av nätverken på nationell nivå och leder det regionala nätverket för stockholmsregionen.

Syftet med nätverken är att göra självmordsprevention till en integrerad del av svenskt folkhälsoarbete. Tanken är också att skapa en arena där forskare och praktiker från olika discipliner kan mötas och tillsammans finna vägar för att utveckla det självmordsförebyggande arbetet. Nätverken strävar därför efter att ha en bred medlemsbas med deltagare från bl.a. hälso- och sjukvården, sociala myndigheter, skolan, kyrkan och frivillig organisationer.

Arbetet i nätverken bygger till stor del på rekommendationerna i "Stöd i självmordskriser - nationellt program för utveckling av självmordsprevention" och ska också följa de mål som finns angivna i detta program.

Vartannat år anordnas nationella nätverkskonferenser om självmordsprevention. Tidigare konferenser har hållits i Stockholm (1997) och Umeå (1999). Den senaste konferensen ägde rum i Uppsala den 4-5 oktober 2001 och dokumenteras i denna rapport. Samtliga nätverkskonferenser finns dokumenterade i centrets rapportserie "Att satsa på psykisk hälsa - förebygga självmord och självmordsförsök". Här följer rapporter från de olika regionala nätverk som medverkade vid konferensen 2001.

Adress och kontaktpersoner vid de regionala nätverken för
suicidprevention:

Norra regionen

Lars Jacobsson, professor
E-post: lars.jacobsson@psychiat.umu.se
Ellinor Salander Renberg, psykolog,
med dr Adress till båda: Psykiatriska
kliniken, Norrlands universitets-
sjukhus, 901 85 Umeå

Uppsala-Örebroregionen

Anne-Liis von Knorring, professor
E-post: anne-liis.von-knorring@
bupinst.uu.se
Gunilla Olsson, överläkare, med dr
Adress till båda: BUP-kliniken,
Akademiska sjukhuset, Psyk divisio-
nen, 750 17 Uppsala

Stockholm-Gotlandregionen

Danuta Wasserman, professor
E-post: danuta.wasserman@ipm.ki.se
NASP,
Box 230, 171 77 Stockholm
Tel: 08-728 70 26, Fax: 08-30 64 39
Hemsida: www.sll.se/suicid
Einar Jakobsson, SPES, Box 297,
101 25 Stockholm
Gunilla Zetterlund, SPES, Box 297,
101 25 Stockholm
E-post: spes@swipnet.se
Hemsida: www.spes.nu

Västsvenska regionen

Jan Beskow, professor
Center Cognitiv Terapi,
Thorilds gränd 1, 442 31 Kungälv
Ingvor Blom, SPES, Nordostpassagen
11, 413 11 Göteborg
E-post: ingvorblom@hotmail.com
Hemsida: www.suicidprev.com

Sydöstra regionen

Margit Ferm, SPES
E-post: margit.ferm@fermland.se
Bymarksgatan 24, 554 48 Jönköping
Gunilla Jarkman-Björn, överläkare,
klinikchef Barnpsykiatriska kliniken,
Universitetssjukhuset,
581 85 Linköping
Annika Petersson, vårdutvecklare
E-post: annika.petersson@
ryhov.ltjkg.se
Länssjukhuset Ryhov, Adm hus D9,
551 85 Jönköping

Södra regionen

Lil Träskman Bendz, professor
E-post: lil.traskman-bendz@
psykiatr.lu.se Psykiatriskt centrum,
Universitetssjukhuset, 221 85 Lund
Ingegerd Jonasson, chefsöverläkare
E-post: ingeagerd.jonasson@
ltblekinge.se
Karlskrona Väst, Psykiatriska kliniken,
Fortifikationsvägen 1,
371 31 Karlskrona

RAPPORT FRÅN NORRA REGIONALA NÄTVERKET

Satsning på prevention efter "epidemi" av självmord i Norrbotten

Ellinor Salander Renberg, psykolog, om växande regionalt och internationellt samarbete för förbättrad suicidprevention

Norra regionens nätverk för suicidprevention omfattar de fyra nordligaste länen: Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Väster-norrland, totalt 225 434 km², d.v.s. 55 procent av Sveriges yta (men bara 10 procent av befolkningen), vilket naturligtvis får konsekvenser för hur vi arbetar i vårt nätverk.

Styrelsen består av:

Lars Jacobsson, professor, Umeå (ordf), Ellinor Salander Renberg, psykolog, Umeå (kontakt med nationella centra), Ann-Christine Wikström, distriktsläkare, Malmberget, Sven-Olof Marklund, ordförande i SPES, Ann-Charlotte Åberg, chefsöverläkare, Sundsvall (f.n.vakant), Gitte Lif, psykiater, Östersund.

Vi arbetar via telefonmöten, 2-3 ggr per termin, planerar, utbyter erfarenheter o.s.v. Önskemål: Att tillskapa en gemensam kansli-funktion, eventuellt med stöd från Landstingen (för utskick, info, samordning etc).

Gemensamma aktiviteter:

Vi försöker anordna c:a en konferens per år. Konferens hölls i

Sundsvall 5 oktober 2000. Den var mycket uppskattad och välbesökt. Vi från regionen hjälptes åt med programmet, som innehöll en rad olika typer av inslag, förutom föreläsningar t.ex. demonstration av "Dans och rörelse som verktyg för att finna livslust".

Internationella kontakter:

Suicidpreventionskonferens i Murmansk, februari 2000. Representanter från Västerbotten och Norrbotten medverkade. Delta-garna var mycket imponerade och intresserade av vårt arbete i Sverige, bl.a. var de mycket intresserade av SPES' arbete.

SPES

Lokalföreningar startar på fler och fler håll i vår region, bl.a. har mycket hänt i Västerbotten under de senaste åren.

Aktiviteter i de olika länen:

NORRBOTTEN

Svårt att representera ett så stort geografiskt område. Vi försöker knyta nätverket till Landstingets hälsoenhet. I maj 2000 anordnades en Norrbottnisk konferens - i

annan regi än vårt gemensamma nätverk. I Gällivare, där man under slutet av 90-talet hade en rad självmord bland yngre personer, det talades nästan om en epidemi, har resurser mobiliserats via Folkhälsorådet. Genom åren har man genomfört en rad olika insatser riktade till skolor och ungdomar. Utbildning i "Livskompetens" ges bl.a. kontinuerligt till grundskolan, åk 8, och ska utvärderas våren 2002.

JÄMTLAND

Aktiviteter sker framför allt inom psykiatri, t.ex. vårdprogram, utbildningsinsatser. Inget lokalt nätverk finns ännu.

VÄSTERNORRLAND

Här anordnades en regional nätverkskonferens för ett år sedan, hösten 2000 i Sundsvall. Psykiatri arbetar aktivt utifrån sitt vårdprogram, har bl.a. infört kvalitetsindikatorn - kontakt med och stöd till barn vars förälder gjort suicidförsök. Samarbeta sker med BUP. Skolan har upprättat eget nätverk för suicidprevention sedan ett antal självmord inträffat bland elever i gymnasieskolan.

VÄSTERBOTTEN

Länet är indelat i tre olika sjukvårdsdistrikt. Det är roligt att se att aktiviteter pågår i alla dessa tre distrikt, med insatser riktade till skolor, ungdomar, samarbete mellan BUP och vuxenpsykiatri,

"Livskompetens", vårdprogram, Hälso skola, etc.

Ett mycket spännande arbete görs i det inter-regionala nätverk för suicidprevention, SUPPORT, som landstinget i Västerbotten initierat inom ramen för AER (Assembly of European Regions) och som Ellinor Salander Renberg samordnar. Genom utbyte av erfarenheter och kunskaper i nätverket ska detta bidra till att utveckla och stimulera regionala program för suicidprevention i de olika regionerna.

Projektet stöds lokalt med landstingsmedel, medan det internationella samarbetet stöds genom EU-medel. Det unika med SUPPORT-nätverket är bl.a. det nära samarbetet mellan dem som fattar beslut om resursfördelningar (politiker, tjänstemän) och oss som arbetar mer direkt med suicidprevention i olika former. Det har visat sig vara en mycket framgångsrik väg.

Framtiden: Just nu planerar vi för en konferens om psykisk ohälsa och suicid bland samer, antingen en mindre regional/lokal konferens, eller en större för hela Nordkalott-regionen. Konferensen är tänkt som ett samarrangemang mellan nätverket och representanter för samerna.

Ellinor Salander Renberg
ellinor.salander.renberg.us@vll.se

Styrelsen för Norra nätverket:

Prof Lars Jacobsson
Psykiatriska kliniken
Norrlands universitetssjukhus
901 05 Umeå
Tel: 090-785 63 13
Fax: 090-13 53 24
E-mail: margaretha.lindh@
psychiat.umu.se

Psykolog Ellinor Salander Renberg
Psykiatriska kliniken
Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 63 23
Fax: 090-13 53 24
E-mail: ellinor.salander.renberg@
psychiat.umu.se

Sven-Olof Marklund, ordförande
SPES
Box 7
930 27 Kalvträsk
Tel/Fax: 0915-311 11,
Tel: 0915-310 66
E-mail: kalvtrask.turism@telia.com

Öl Gitte Lif
Psykiatriska kliniken
Östersunds sjukhus
831 83 Östersund
Tel: 063-15 35 09
E-mail: gitte.lif@jll.se

Distr läk Ann-Christine Wikström
VC Malmberget
Stallv 3
983 32 Malmberget
Tel: 0970-19 700 E-mail:
Ann-Christin.Wikstrom@nll.se

RAPPORT FRÅN REGIONALA NÄTVERKET FÖR STOCKHOLM-GOTLAND

Råd som stöd vid vård av självmordsnära barn och ungdomar

Birgit Frisé-Andersson, läkarsekreterare vid NASP, om arbetet med att ta fram nya råd och anvisningar

I samarbetsprojektet med Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Stockholm har vi, sedan den senaste nätverkskonferensen i Umeå 1999, arbetat med att ta fram enkla råd och anvisningar till personal som möter eller vårdar barn och ungdomar på sjukhuset – på akutmottagning, intensivvårdsavdelning (IVA) eller vårdavdelning. I projektgruppen ingick även representanter från anhörigföreningen SPES och Västerängskliniken.

Dessa "Råd och anvisningar till personal som vårdar självmordsnära barn och ungdomar" på akutmottagning, intensivvårdsavdelning respektive vårdavdelning används nu på Astrid Lindgrens Barnsjukhus och finns i pärmen

"Utbildning för vårdrutiner", som ska fungera som ett stöd för personalen. De är formulerade så att även anhöriga som kommer till sjukhuset får veta vad som händer med barnet under sjukhusvistelsen. Den administrativa personalen på kliniken kan också få en bra introduktion när de läser anvisningarna.

"Råd och anvisningar" har också varit underlag för de lokalt anpassade riktlinjerna för BUP i Norrköping, där man har utformat egna riktlinjer i form av en PM. Intresserade kan beställa informationen på www.sll.se/suicid eller fax: 08-30 64 39

Birgit Frisé-Andersson
birgit.frisen-andersson@ipm.ki.se

RÅD OCH ANVISNINGAR TILL PERSONAL SOM VÅRDAR SJÄLVMORDSNÄRA BARN/UNGDOMAR PÅ VÅRDAVDELNING

Du som tar emot en självmordsnära patient bör om möjligt vara enbart ansvarig för just henne/honom under tiden på avdelningen. Undvik att ytterligare personal involveras så att patienten

inte behöver träffa alltför många personer.

Se till att du får tillräcklig rapport om patienten (från akutavdelning eller IVA).

Om bedömning av suicidrisk ej är gjord av BUP-läkare, ombesörj att en sådan utförs.

Lämna inte patienten ensam. Personal skall finnas hos patienten till dess att en suicidbedömning är gjord.

Om patienten vill lämna avdelningen innan suicidbedömning gjorts, motivera henne/honom till att stanna kvar på avdelningen.

Vid mötet med patienten

Presentera dig och tala om hur långt ditt arbetspass är, samt vem som tar vid efter dig. Berätta om rutiner på avdelningen och tala om att en bedömning av suicidrisk av en barnpsykiatrier kommer att göras (om den ej redan är utförd) och att patienten då får reda på vilken hjälp som kan erbjudas i framtiden.

Ombesörj att patienten får lugn och ro omkring sig, kanske något att dricka eller sova ut.

Vissa patienter har behov att tala om sin situation, andra har det inte. Du kan erbjuda dig att samtala om det som har hänt och även om du träffar patienten under en kort tid, bör du inte avvisa initiativ till samtal från honom/henne.

Gör samtalssituationen tydlig. Vilka möjligheter har du att lyssna och under hur lång tid? Patienten får inte tro att problemen ska lösas

omedelbart, men inte heller att de är olösliga. Tala om att hon/han inte är ensam om det som har hänt och att det finns hjälp att få t.ex. genom BUP, skolkurator eller liknande.

Om du ska orka lyssna uppmärksamt kan du då och då behöva prata själv. En lösning kan vara att du sammanfattar vissa avsnitt ur patientens berättelse.

Använd din intuition som vägvisare under samtalet, så att ni båda kan röra er fritt mellan de olika ämnen som dyker upp. Om du märker att samtalet fördjupas eller att er kontakt helt stannar av – stöd då patienten att tala vidare med personal ifrån BUP.

Existentiella frågor kan bli aktuella. Det är bra att kunna föra ett öppet samtal kring liv och död, besvikelser och förlust. Döden, som möjlig lösning på livets svåra problem, är ett ämne som kan förekomma. Lyssna noga och ha respekt för att det kan dröja innan patienten orkar se andra lösningar. Din närvaro och ditt tålamod är det viktigaste du har att ge just nu.

Vid mötet med föräldrarna

När en ung människa försöker ta sitt liv blir det oftast en krisreaktion i familjen. Anhöriga kan känna skam och skuld och även reagera med ilska och förnekande.

Informera om vilka medicinska insatser som har gjorts och vad som ska göras. Det är viktigt att tala om att de kommer att få träffa personal från BUP och vilka möjligheter till hjälp som finns att få. Betona även att de inte är ensamma om det som har hänt.

Föräldrar kan ha behov att själva få tala med personal. De har säkert många funderingar och tankar om vad som hänt och frågor om vad som kommer att ske framöver. Finns det möjlighet, avdela en personal som vid behov kan sätta sig tillsammans med dem i ett annat rum. Ta god tid på dig att lyssna.

Stöd föräldrarna att vara med sitt barn. Om det verkar spänt i kontakten mellan patient och föräldrar kan du som personal finnas med som "medlare".

Om en eller båda föräldrarna är påverkade av alkohol eller andra droger – be dem komma tillbaka nästa dag. Informera om att ni kan ha regelbunden telefonkontakt. Om

föräldrarna uttrycker sig starkt känslomässigt, tag kontakt med BUP.

Personalstödjande åtgärder

För personal som varit involverad i vården kring den självmordsnära patienten och dennes anhöriga är det viktigt att prata med varandra om hur vården upplevts.

Om självmordsförsöket medfört uppslitande scener eller där föräldrarna respektive barnets/ungdomens beteenden varit svåra att förstå, bör personal som varit i kontakt med patient och föräldrarna beredas möjlighet till uppföljning och stöd.

För att klara sitt arbete på bästa sätt och känna att "man räcker till" bör det finnas avsatt tid för personal att få samtala, kanske med en utomstående person, om självmord och självmordsförsök och om de svårigheter som kan uppkomma i mötet med människor som begått självmord.

RÅD OCH ANVISNING TILL PERSONAL SOM VÅRDAR SJÄLVMORDSNÄRA BARN OCH UNGDOMAR PÅ IVA

Du som tar emot en självmordsnära patient bör om möjligt vara dennes kontaktperson under vårdtiden på IVA. Undvik att ytterligare personal involveras så att patienten inte behöver berätta "för alla och en var".

Även om du träffar patienten under en kort tid, bör du inte avvisa initiativ från patienten.

Vid mötet med patienten

Berätta vem du är och hur länge du arbetar och – om du vet – berätta

även vem som kommer att ta över efter dig. Berätta om rutiner på avdelningen, att det alltid skickas en remiss till BUP, som kommer till avdelningen och bedömer ifall han/hon kan åka hem eller få vidare hjälp på en barnpsykiatrisk avdelning.

Se till att patienten får lugn och ro omkring sig. Kanske vill denna (ifall det är medicinskt tillrådligt) ha något att dricka eller sova ut.

Först härefter kan det bli aktuellt med en lättare dialog er emellan. Gör samtalssituationen tydlig. Försök att förmedla både hopp och allvar. Vilka möjligheter har du att lyssna? Och under hur lång tid?

Patienten får inte tro att problemen ska lösas omedelbart, men inte heller att de är olösliga.

Tala om att hon/han inte är ensam om det som har hänt och att det finns hjälp att få, t.ex. genom BUP, skolkurator eller liknande.

Det är bra om ni kan börja betrakta problemet utifrån. Observera att första timmarna efter ett självmordsförsök är ungdomar mer öppna att tala om det som hänt och det är viktigt att lyssna noga på vad de berättar. Senare kan de vilja bagatellisera och t.o.m. förneka handlingen. Om du märker att samtalet fördjupas eller att er kontakt stannar av helt och hållet – stöd då patienten i att tala vidare med personal ifrån BUP.

Olika typer av existentiella frågor kan dyka upp. Det är bra att kunna föra ett öppet samtal kring liv och död, besvikelser och förlust. Döden som möjlig lösning på livets svåra problem är ett ämne som kan förekomma. Lyssna noga och ha respekt för att det kan dröja innan patienten orkar se andra lösningar. Din närvaro och ditt tålamod är det viktigaste du har att ge just nu.

Vid ett överlämnande till BUP eller annan avdelning är det du (eller ansvarig personal som tagit över efter dig) som rapporterar tillsammans med ansvarig läkare. Finns det möjlighet är det bra om föräldrarnas kontaktperson är med vid första mötet med patienten.

Vid mötet med föräldrarna

När en ung människa försöker ta sitt liv blir det oftast en krisreaktion i familjen. Anhöriga kan känna skam och skuld och även reagera med ilska och förnekande.

Känns det spänt i kontakten mellan patienten och föräldrarna, kan man hänvisa dem till ett enskilt rum. Naturligtvis har föräldrarna många funderingar och tankar kring det som hänt och funderingar över vad som kommer att ske framöver.

Ta god tid på dig att lyssna på deras berättelse, de känner patienten bäst och kan ha ovärderliga upplysningar om vad som kan ha utlöst självmordsförsöket. Informera om vad ni rent medicinskt har gjort och vad ni tänker göra.

Tala om att det alltid skickas en remiss till BUP och även i vissa fall till sociala myndigheter för uppföljning och vidare behandling av patienten.

Är en eller båda föräldrarna påverkade av alkohol eller andra droger – be dem komma tillbaka nästa dag eller att ni kan ha regelbunden telefonkontakt.

Personalstödjande åtgärder

För båda kontaktpersonerna gäller att ni innan ni avslutar ert arbetspass ska tala med varandra om hur ni har känt och upplevt vårdtiden med den självmordsnära patienten och dennes anhöriga. Om starka känslomässiga utspel sker, rekommenderas kontakt med barnpsykiatriskt team.

RÅD OCH ANVISNINGAR TILL PERSONAL SOM VÅRDAR SJÄLMORDSNÄRA BARN/ UNGDOMAR PÅ AKUTMOTTAGNING

Du som tar emot en självmordsnära patient bör om möjligt vara enbart ansvarig för just henne/honom under tiden på avdelningen. Undvik att ytterligare personal involveras så att patienten inte behöver träffa alltför många personer.

Medicinska insatser sätts in akut.

Kontakta föräldrar och be dem komma snarast, om de inte redan är med.

Kontakta BUP-teamet för bedömning av suicidrisk.

Lämna inte patienten ensam. Personal skall finnas hos patienten till dess att en suicidbedömning är gjord. Om patienten vill lämna avdelningen innan suicidbedömning är gjord, motivera henne/honom till att stanna kvar på avdelningen.

Vid mötet med patienten

Presentera dig och tala om hur långt ditt arbetspass på akutmottagningen är, samt vem som tar vid efter dig. Berätta om rutinerna på avdelningen och att en suicidbedömning av en barnpsykiatrier kommer att göras och att han/hon då får reda på vilken hjälp som kan erbjudas i framtiden.

Vissa patienter har behov att tala om sin situation, andra har det inte. Du träffar patienten under en kort tid, men avvisa inte initiativ till samtal från henne/honom. Du kan även erbjuda dig att samtala om det som hänt.

Gör samtalssituationen tydlig. Den naturliga utgångspunkten är att du frågar efter vilka medel eller vilken metod som använts och de direkta omständigheter som ligger bakom denna handling. Vilka möjligheter

har du att lyssna och under hur lång tid blir avgörande för samtals fortsättning, men förmedla att han/hon inte är ensam om det som har hänt och att det finns hjälp att få t.ex. genom BUP, skolkurator eller liknande. Patienten får inte tro att problemen skall lösas omedelbart, men inte heller att de är olösliga.

Använd din intuition som vägvisare under samtalet, så att ni båda kan röra er fritt mellan de olika ämnen som dyker upp. Om du märker att samtalet fördjupas eller att er kontakt helt stannar av – stöd då patienten att tala vidare med personal ifrån BUP.

Existentiella frågor kan bli aktuella. Det är bra att kunna föra ett öppet samtal kring liv och död, besvikelser och förlust. Döden som möjlig lösning på livets svåra problem, är ett ämne som kan förekomma. Lyssna noga och ha respekt för att det kan dröja innan patienten orkar se andra lösningar. Din närvaro och ditt tålamod är det viktigaste du har att ge just nu.

Om du skall orka lyssna uppmärksamt kan du då och då behöva prata själv. En lösning kan vara att du sammanfattar vissa avsnitt i patientens berättelse.

Vid överlämnande till vårdavdelning eller IVA, är det du (eller ansvarig personal som tagit över efter dig) som rapporterar över

patienten tillsammans med ansvarig läkare.

Vid mötet med föräldrarna

När en ung människa försöker ta sitt liv blir det oftast en krisreaktion i familjen. Anhöriga kan känna skam och skuld och även reagera med ilska och förnekande. Vuxna kan bete sig ganska knäppt, men kom ihåg att de är i kris! Inta en neutral position mellan ungdomar och föräldrar, men förmedla både allvar och hopp i situationen. Viktigt att inte skuldbelägga någon part.

Informera om vilka medicinska insatser som har gjorts och vad som ska göras. Det är viktigt att tala om att alla berörda kommer att få träffa BUP-personal. Upplys om vilka möjligheter till hjälp som finns att få och betona att de inte är ensamma om det som har hänt.

Föräldrar kan ha behov att själva få tala med personal. De har säkert många funderingar och tankar om det som hänt och frågor om vad som kommer att ske framöver. Finns det möjlighet, avdela en personal som vid behov kan sätta sig tillsammans med föräldrarna i ett annat rum. Ta god tid på dig att lyssna.

Stöd dem att vara med sitt barn. Om det verkar spänt i kontakten mellan patient och föräldrar kan du finnas med som "medlare".

Om en eller båda föräldrarna är påverkade av alkohol eller andra droger – be dem komma tillbaka nästa dag. Informera om att ni kan ha telefonkontakt.

Om föräldrarna uttrycker sig starkt känslomässigt, tag kontakt med BUP.

Personalstödjande åtgärder

Hur är personalens egen attityd till självmord? Akut- och IVA-personal ska rädda liv – självmordsförsök kan vara utmanande mot den rollen. För personal som varit involverad i vården kring den självmordsnära patienten och dennes anhöriga är det viktigt att prata med varandra om hur vårdtiden upplevts.

Om självmordsförsöket medfört uppslitande scener eller där föräldrarnas respektive barnets/ungdomens beteenden varit svåra att förstå, bör personal som varit i kontakt med patient och föräldrar beredas möjlighet till uppföljning och stöd.

För att klara arbetet på bästa sätt och känna att "man räcker till" bör det finnas tid avsatt för personal att få samtala, kanske tillsammans med utomstående person, om suicid och självmordsförsök och om de svårigheter som kan uppkomma i mötet med människor som gjort självmordsförsök.

RAPPORT FRÅN VÄSTSVENSKA REGIONALA NÄTVERKET

”Då tog självkänslan ett skutt framåt!”

Jan Beskow, professor emeritus i psykiatri vid NASP, om nätverksprocesser och resurscentrum i västsvenska regionen

NÄTVERKSARBETE ÄR EN PROCESS

Reflexioner av Jan Beskow, Ingvor Blom, Lisa Donnerdal, Zelma Fors, Elisabeth Hellner, Jerker Hetta, Holger Johansson

En av våra medlemmar, Monica Wennblom, verksam inom primärvården, föreslog att vi skulle anordna ”öppna hus” utan något särskilt program. Det blev ”after work”-möten från 16-19. Det brukar bara komma 2-3 personer utanför styrelsen. Men vi kläcker flera nya idéer och pratar oss samman. Det är konstruktivt.

En sådan konstruktiv idé kom Monica själv med: *Suicidpreventionen måste synas bättre!* Det ledde till att vi på det nationella nätverksmötet i Uppsala presenterade oss med en poster, årsberättelse, skrifter och en beställningsedel över våra produkter. Vi kommer att göra likadant på fler konferenser, bl.a. på en stor folkhälsosammandragning i Västra Götalandsregionen i november.

Detta kan synas som en självklarhet. Det är klart vi måste synas om vi ska sprida kunskaper, det begriper ju vem som helst. Men hur kommer det sig att denna idé

bland tusen andra plötsligt blev verklighet? Det måste hänga ihop med det engagemang varmed den sades, men också med att tiden, d.v.s. nätverksprocessen, var mogen för detta steg. Just då.

Kunskap har vi gott om. Kunskap genererar tusen idéer. Men hur veta vilken som skall realiseras. Hur fixa den optimala övergången från tanke till handling? Detta är en huvudfråga i allt folkhälsoarbete.

Under vårt öppna hus hände på detta sätt något som vi inte hade förutsett. Traditionellt sett var det ett misslyckande, funktionellt sett var det en framgång.

NÄTVERK SOM PROCESS

Uppdraget bakom denna rapport är att beskriva vad som hänt inom Västsvenska nätverket sedan förra nätverkskonferensen för två år sedan.

Men vad har egentligen hänt? Är det alla möten, föredrag, publikationer vi har presterat? En sådan beskrivning är ting- eller produktinriktad. Då blir det öppna huset ett misslyckande. Men beskrivningen kan också göras mer processinriktad, d.v.s. ett försök att

tydliggöra vad som händer under ytan. Att ta ett steg tillbaka och reflektera över nätverksarbetet som sådant, vad det är, hur det fungerar eller inte fungerar. Då blir historien om det öppna huset full av betydelser. Här ska vi försöka göra lite av vardera. Ibland kan suicidprevention upplevas som ett oändligt åtagande, särskilt jämfört med våra begränsade resurser. I Sverige finns t.ex. 5000 grundskolor och 900 vårdcentraler. Dessutom faller mycket av det som görs på hälleberget. Det blir då viktigt vad vi prioriterar. Vi måste ändå lita på att kunskapen sprider sig som ringar på vattnet.

I förlängningen ligger frågan om nätverksarbetet över huvud taget är effektivt. Enligt obekräftade rykten dör 60 procent av alla nätverk inom 3-4 år. I det läget är de i varje fall inte särskilt effektiva. Det borde vara angeläget – kanske också underhållande – att reflektera över nätverksarbetets natur och funktion. Kanske kommer en sådan reflexion också få en preventiv funktion.

Ett nätverk kan se ut på många olika sätt. Mest effektivt är kanske spontana personliga kontakter, som verkar ömsesidigt stödjande. De nationella nätverksmötena fungerar bl.a. genom att vara arena för sådana möten.

Även om detta är nog så viktigt vill de regionala nätverken gå ett snäpp längre och se nätverksarbetet som ett målinriktat instrument för att utveckla suicidpreventionen. Våra nätverk utformas på

många olika sätt, d.v.s. de gestaltar *olika sorters nätverk*. Detta ger oss rika utgångspunkter för reflexion. Spontant är troligen var och en av oss övertygade om att det just vi gör är mest effektivt – annars hade vi ju inte valt att göra just så! Men i själva verket är det väl ingen som vet vad som egentligen är mest effektivt. Så låt oss börja sam-tala om det. (Vi skriver sam-tala med bindestreck för att betona att det betyder tala oss samman, inte till en kompromiss utan till en djupare förståelse.)

FINANSIERING

Att driva ett nätverk kostar pengar, bl.a. för resor och utskick. Skall man arrangera konferenser eller publicera informationsmaterial kostar det än mer. Ekonomin kan hanteras på flera sätt. Nätverket kan t.ex. drivas från en redan befintlig institution eller myndighet. Vi fick i början god hjälp av Västra Götalandsregionen genom Anders Thorslund, som var programansvarig för regionens suicidprevention. Principiellt sker detta dock vid sidan av institutionens/myndighetens egentliga verksamhet. Nätverket blir därför beroende av välvilja och av tillfälligheter.

Vår lösning blev i stället att nätverket etablerade sig som ideell förening. Detta var nödvändigt för att få ta emot anslag, för att få en egen ekonomi. Mer arbete, javisst! Men samtidigt ökad självständighet. Det har blivit möjligt att utveckla olika grenar av verksam-

heten, dels ett resurscentrum, dels verksamhet riktad mot skolor, företag m.m.

RESURSCENTRUM

Ansvarig: Ingvor Blom

När resurscentret nyligen flyttade in i Göteborgs Frivilligcenter på Mellangatan 1, tog vår självkänsla ett rejält skutt uppåt! Också det var en överraskning. Tänk att det är så viktigt att få verka i en vacker och ändamålsenlig miljö!

Tanken är att utveckla ett dynamiskt kunskapscentrum för alla som arbetar med suicidprevention. Informationen skall vara gratis eller så billig som möjligt. Som sekreterare i nätverket och ordförande i SPES Västra krets är Ingvor, ett nav i vår verksamhet. Det är hon som driver och utvecklar centret. Folkhälsokommittén i Västra Götalandsregionen stödjer verksamheten med 125 000 kronor (år 2001).

Depressionsskolan drivs i samarbete med Hälsodisken, stadsdelen Lundbys verksamhet för spridning av hälsokunskap. Den består av fem timslånga föreläsningar (våren 2002 blir det sex eller sju) följda av lika långa gruppsamtal kring kaffekoppen. Kurserna är fulltecknade lång tid i förväg. Verksamheten har utvidgats med några grupper med vardera 20 timmar samtalsterapi med kognitiv inriktning.

Under våren planeras en serie filmförevisningar om ångest och depression, baserade på filmer från

Center för Kognitiv Psykoterapi och Utbildning i Kungälv.

Depressionsföreningen Nyckeln (nyckeln till psykisk hälsa), avsedd för patienter och anhöriga, börjar nu ta form. Mönstren har varit Libra i Lund och Balans i Stockholm. Möjligheterna att påverka är många. Libra har t.ex. en ständig, intressant dialog med psykiatriska kliniken. Svårigheten har inte varit att hitta medlemmar utan att hitta ledarämnen. Ideellt arbete är en möjlighet till eget växande; det är viktigt att alla som arbetar med detta själva känner att de har nytta av det!

På resurscentret finns också föreningens sekretariat, SPES kontakttelefon (031- 775 79 77), bibliotek med utlåning av skrifter, talband och videon, samt föreläsarförmedling. Vi förmedlar bara kontakterna. Arvodet är en sak mellan föreläsaren och föreläsningssammansättaren; här går gränsen för idealiteten. Vilket inte hindrar att många föreläser gratis eller långt under ordinarie arvoden.

Ett större exempel på föreläsningssamarbete är den halvdagskurs för intensivvårdspersonal (upprepad tre gånger), som Jan Beskow och Lisa Donnerdal utvecklade för några år sedan, bl.a. i samarbete med psykiatriska kliniken på Sahlgrenska sjukhuset. När det nu kommit önskemål om en ny kurs på samma tema finns färdigt föreläsningssmaterial.

KOMPETENSUTVECKLING FÖR SKOLPERSONAL

Ansvariga: Jan Beskow, Lisa Donnerdal, Zelma Fors, Elisabeth Hellner

Med hjälp av en del inspirationsföreläsningar och Lisa Donnerdals envetna informationsarbete per post och inte minst per telefon har det kommit många sökande till kurserna, som alltid varit fulltecknade, ofta med väntelista för eventuella återbud. Hittills har vi utbildat 137 personer fördelade på sex kurser. Kommande kurser blir i november 2001 och mars 2002.

Vilka processer står lärarna egentligen i? Hur kommer vi in i dessa processer? I sina föreläsningar betonar Zelma *hållandet*. Eleverna måste "hållas" (en utflykt till ordet "underhållning" ger vissa associationer). Lärarna måste också hållas – av oss – under kursen. Vi måste också hållas – av varandra. Poängen är att påvisa att deltagarna har resurser nog att med egen kraft möta elevernas depression, förtvivlan och suicidalitet. Dialogen med oss kan stärka dem. Filmen "Kärleken är den bästa kicken", kan fungera som väckare och verktyg. Zelma Fors har utvecklat temat i en annan artikel i denna skrift.

Mot slutet av kursdagarna samlas deltagarna från varje skola för att planera sitt fortsatta arbete. Hur det gick redovisas under en halvdagsuppföljning ett år senare. I kursutvärderingen får de ange vad som berört dem mest – det antyder

hur deras nästa steg i utvecklingen ser ut. Vi får kopior på deras tankar (karbonpapper).

Skolornas ekonomi är knapp. Kurserna inklusive uppföljningen är därför avgiftsfri. Sponsorer är Stiftelsen Göteborgs Barnhus och Västra Götalandsregionens Folkhälsokommitté, med totalt 185 000 kronor för år 2001.

Även här behöver nya medarbetare komma till. Elisabeth föreslog en *utbildning av utbildare*. Gruppen består nu av åtta personer, alla med långvarig erfarenhet av att arbeta med barn och ungdom. De skall handledas av oss och varandra med målet att ha egna kurser, som ger kompetens att visa filmen. Överlevnadsgruppen i Alingsås har i skriften "Det handlar om lilla Anna" beskrivit gruppens egen processutveckling. En sådan är kanske möjlig att initiera också på skolorna. En inspirationsdag i Alingsås nyligen skapade nya kontakter.

Det finns ett gap mellan friska ungdomar, som ofta och gärna pratar om liv, död och existentiella problem, och vuxna som ryggar tillbaka. Därför måste vi skapa en läroprocess som berör och som kan berättas vidare. Hur vårt kunskapsområde kommer in i skolornas Livskunskap och hur skolpersonalen kan möta döds Kult och suicidepidemier är andra fokus för våra samtal.

ARBETSLIVET

Ansvariga: Jan Beskow, Holger Johansson

Slimmade företag, stress, utbrändhetsdepressioner och mobbning – visst är företag och förvaltningar ett angeläget område för suicidprevention! Men det finns många trösklar att övervinna. Motståndet formulerades ofta så här: "Nämn inte ordet självmord – då slipper ni aldrig in på företagen!"

Tack vare ett positivt gensvar från några större företag, Länsarbetsnämnden, regionen m.fl. kunde vi starta en gemensam arbetsgrupp, där bl.a. chefer och företrädare för facken deltog.

En viktig samarbetspartner var Stiftelsen Bräcke Diakonigård, där vi hade våra sammankomster. Ett resultat av gruppens möte var ett arbetsseminarium förra hösten. Detta avrapporterades av Samarbetsdynamik AB i skriften "Samtal som formar ett psykiskt friskt arbetsliv".

Så följde en period av osäkerhet – hur går vi vidare? Men nya vägar öppnade sig. Nu förbereder vi en utbildningssatning på ESAB, en stor internationell koncern med svetsningsaggregat som huvudprodukt. Tanken är att utbilda lokala utbildare, *training trainers*. I samarbete med en beteendevetare på Volvo förbereder vi också föreläsningar för myndigheter och företagare i Vara kommun.

Såväl i Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande, "Hälsa på lika villkor", SOU

2000:91, som i Centrums namnbyte till *Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa* har det skett en glidning i fokus från suicid till psykisk ohälsa. I kontakterna med arbetslivet har vi lagt tyngdpunkten ännu tidigare, nämligen på utmattningsdepression.

För- och nackdelar med glidningen mot stress- och utbrändhetsproblem kan diskuteras. Drunknar suicidpreventionen i ett så komplext fält? Eller är det en föredömligt tidig suicidprevention. Kanske är det också särskilt värdefullt att föra fram suicidrisken just i det sammanhanget. Det finns också andra existentiella kopplingar, t.ex. till frågan om meningen med ett sönderstressat liv.

Återigen aktualiseras namnfrågan. Att helt slopa anknytningen till självmord/suicid i nätverkets namn känns som att kapitulera totalt. Tvärtom – folk behöver lära sig att umgås också med denna verklighet! Men kanske är tiden mogen att acceptera SPES förslag och övergå till ordet suicid. Vi har tagit ett första steg: förkortningen WNS, West- Swedish Network for Suicide prevention.

FOLKHÄLSOPOLITIK M.M.

Ett av nätverkets mål är att få ett genomslag för suicidpreventionen i regionens och kommunernas folkhälsoplaner. Som programansvarig inom regionen hade Anders Thorslund här en nyckelposition. Han pensionerades

nyligen och efterträddes av Pia Ekbohm-Johansson. Tjänstebeteckningen skall nu ändras till "planeringsledare". Även i Västra Götalandsregionen har området vidgats att förutom suicidprevention också omfatta psykisk hälsa. Förståelsen för området är stor. Flera föreläsningar för politiker och tjänstemän i regionen har förhoppningsvis bidragit till detta. Arbetsmetoderna för regionens folkhälsoarbete är fortfarande under diskussion.

LEDNINGSKONFERENS I GÖTEBORG HÖSTEN 2002!

Det är nu tre år sedan vi i västsvenska nätverket ordnade en större konferens. Det var ett "arbetsseminarium" om ångest och depression med stöd av bl.a. H. Lundbeck AB. Vi arbetar nu mer med riktade

Vi vill utveckla ett dynamiskt kunskapscentrum för alla som arbetar med suicidprevention.

förstå hur de har det och hur de tänker. Därmed skapas också litet av det "sociala kitt", som ingår i den första av nationella folkhälsokommitténs övergripande riktlinjer och i mål 1. Vi tror att ett sådant stöd frigör många egen kraft att möta suicidala medmänn-

insatser mot mindre enheter. Därmed kommer vi närmare dem som skall utöva den suicidprevention vi talar om. Vi lär oss

niskor och sprida det suicidpreventiva budskapet.

Detta betyder inte att vi nedvärderar betydelsen av stora konferenser. Båda dessa arbetsformer behövs i den interaktiva process som suicidpreventionen utgör. För att kunna diskutera effektivitetsfrågor måste vi först ha en teori om den processen. Och en teori om hur nätverk fungerar. Detta är inget konstigt. Vi har alltid teorier bakom vad vi gör. Ibland är det bra att medvetandegöra dem.

Vi i Västsvenska nätverket vill arbeta vidare med dessa utmaningar. I den första workshopen i Uppsala - ledningsmöte för nätverksansvariga - testade vi Anders Thorslunds idé att ordna ett möte för just denna grupp åren mellan de nationella nätverkskonferenserna. Förslaget upptogs positivt. Västsvenska nätverket kommer därför i samarbete med NASP inbjudas de ledande (i vid bemärkelse!) inom de fem andra nätverken till Göteborg.

Då tänker vi sam-tala om hur vi vidareutvecklar nätverken och hur vi marknadsför suicidprevention. Fundera själv vilka avvägningar du gör i ditt nätverksarbete, vilka föreställningar och teorier du använder dig av! Det kan vara svårt att göra revor i självklarheter, men det är inte omöjligt. Och sam-tala med andra om dina och deras teorier. Och hör gärna av dig till oss.

INFORMATIONSMATERIAL

Samlad kunskap och erfarenhet för att förebygga självmord. Presentation av nätverket. Gratisfolder.

Västsvenska nätverket för självmordsprevention. *Årsberättelse 1999 resp. 2000.* Gratis.

Överlevnadsgruppen i Alingsås.
Det handlar om lilla Anna. En rapport om psykisk hälsa och självmordspreventivt arbete.

Wennberg B.Å., Hane M., Beskow J. *Samtal som formar ett psykiskt friskt arbetsliv.* Västsvenska nätverket och Samarbetsdynamik AB, Göteborg 2000.

Kan beställas av Ingvor Blom
ingvorblom@hotmail.com eller
genom hemsidan
www.suicidprev.com

Jan Beskow
Jan.Beskow@online.idg.se

RAPPORT FRÅN SYDÖSTRA REGIONALA NÄTVERKET

”Vi vill stötta närstående i sorgprocessen”

*Margit Ferm, representant i Sydöstra regionen och vice ordförande i SPES,
om hur rutiner och språkbruk kan ändras*

Vi har den hårda vägen lärt oss, att det är mycket personberoende att hålla nätverk vid liv. Det behövs engagemang och eldsjälar. När en viktig nätverksmedlem flyttar, blir det ett tomrum och verksamheten ebbar lätt ut.

Inom sydöstra regionala nätverket har vi gjort omstart efter omstart. Vid den senaste träffen beslöt vi att sänka ambitionsnivån och endast ha en träff per år. Där- emellan arbetas det aktivt inom de lokala nätverken i landstingen. Vi har 53 medlemmar i nätverket, flest från psykiatrin.

När vi träffats har det varit mycket givande dagar, riktiga höjardagar, då vi skilts åt med mängder av nya tankar, idéer och synpunkter, som inspirerat till nya tag i den egna verksamheten.

Tyvär har vi tappat kontakten med representanter för landstinget i Kalmar. Finns det deltagare därifrån, så tag kontakt med Urban Peterson, samordnare i Östergötland eller Annika Pettersson, samordnare i Jönköping eller med mig, Margit Ferm, SPES.

Redovisning från verksamheten i Östergötlands läns landsting:
Samordnare i läsnätverket är Urban Pettersson, Motala BUP, tel: 0141-77010.

Informationsmottagare från NASP är chefsöverläkare Gunilla Jarkman- Björn, BUP-kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping, tel: 013-22 20 00.

Länsträffar 4ggr/år för verksamhetsföreträdare i syfte att sprida information och att hjälpa och stötta varandra i det suicidpreventiva arbetet.

Utvecklandet av lokala vårdprogram i enlighet med de nationella kliniska riktlinjerna pågår. Länets samtliga tre sjukhus utvecklar samarbetsrutiner mellan den psykiatriska/barnpsykiatriska och den somatiska akutsjukvården för att förbättra vården för patienter efter självmordsförsök.

I Norrköping finns ett Barntraumateam, som till stor del hanterar suicid och suicidnära problematik. Kontaktman: Lars Widén, tel: 011-222077.

Västra och Centrala sjukvårdsdistriktet har inrättat mobila team med barnkompetens.

Föreläsningar har hållits för gymnasieskolor och barnmottagning.

En undersökning är gjord beträffande arbetet med TIS-ärenden (TIS = tidig intervention vid suicidförsök) vid psykiatriska kliniken i Motala respektive kliniken i Norrköping. Kontaktperson: Anne Sand tel: 0142-78 550.

Redovisning från verksamheten i Jönköpings läns landsting:

Samordnare är Annika Petersson, Länssjukhuset Ryhov, tel: 036-32 12 53, 070-698 25 32.

Länsträffar 2 ggr/år för verksamhetsföreträdare i syfte att sprida information och att hjälpa och stötta varandra i det suicidpreventiva arbetet.

Länets samtliga tre sjukhus har utvecklat samarbetsrutiner mellan den psykiatriska och den somatiska akutsjukvården för att förbättra vården för patienter efter självmordsförsök.

Öppna föreläsningar har hållits för psykiatrins samarbetspartners (primärvården, kommunen, skolhälsovården, kriminalvården etc.) i det suicidpreventiva arbetet.

I Jönköping har en speciell stödverksamhet för närstående utvecklats, vars syfte är att hjälpa och stötta närstående i sorgprocessen efter ett självmord eller vid allvarligt självmordsbeteende. Enheten erbjuder stöd t.ex. vid visning av den döde, speciellt om det finns barn i familjen.

Utvecklandet av lokala vårdprogram i enlighet med de nationella kliniska riktlinjerna pågår.

Synpunkter utifrån SPES perspektiv:

Det är och har varit mycket viktigt för SPES som organisation att ha inbjudits till att samverka i de regionala nätverken. Det har stärkt oss som individer och som organisation. Det är helande att få dela med oss av våra erfarenheter och insikter. Och vi har lärt oss otroligt mycket i det här samarbetet.

Ur SPES synpunkt är det viktigt att fokusera på bl.a. följande:

- Överlämnandet av meddelandet om dödsfallet. Ett svårt och tungt uppdrag, oavsett vem som gör det. Det är ofta polisen, många gånger en ung polisassistent, eller en präst, eller någon inom sjukvården, men det kan också vara någon anhörig. Här behövs kunskap och insikt om att den som får budskapet kan reagera mycket kraftigt

(vilket är helt normalt och naturligt) och inte bör lämnas ensam. Lova aldrig mer än du kan hålla i den situationen! De som funnit den döde är i en alldeles speciell situation. De har en upplevelse som etsat sig fast och behöver därför speciellt stöd och hjälp.

- Samtalsstöd, enskilt eller i grupp – hur erbjuds det? Till alla eller ett fåtal? Enligt en kartläggning som Ingvor Blom gjort bland SPES-medlemmar i Göteborg fick 41 procent erbjudande om samtal, ungefär lika stor andel sökte själva samtals-hjälp. Det visar att ungefär var femte inte hade något samtalsstöd. Målet bör vara att alla erbjuds detta.
- Språkbruket är viktigt. Det är dags att sluta använda de

gamla benämningarna självspillan, självmord och självmördare. Dessa ord hör samman med en förgången tid, då det var förbundet med brott, straff, skuld och skam att någon tog sitt liv. Vi säger inte längre kräfta eller sockersjuka utan cancer och diabetes. Så nu är tiden inne för att istället använda ordet suicid och formuleringen ta sitt liv.

Elinor Salander Renberg nämnde att hon såg SPES som en samverkanspartner. Så vill vi också se på verksamheten i de regionala nätverken. Vi samverkar för att tillsammans utveckla stöd och hjälp till suicidnära människor och deras närstående, minska tabu-beläggningen, ta död på myter och påverka attityder och värderingar i samhället. Därför är samarbetet i nätverken så viktigt för oss inom SPES.

Margit Ferm
margit.ferm@fermland.se

WORKSHOP 1

Växa genom marknadsföring och ny teknik

Margit Ferm rapporterar från workshop med ledningsgruppen för NASP

Vi använder ny teknik för att sprida information:

- NASP sprider information via e-post till kontaktpersonerna i respektive nätverk.
- Respektive nätverk skickar uppgift om e-postadresser till NASP.
- Inom respektive nätverk sprids information via e-post.
- Information till alla i nätverken sprids via NASP:s hemsida.

NASP lägger månatligen ut kortfattad information från nätverken på hemsidan www.sll.se/suicid

Länka gärna hemsidorna till NASP:s hemsida, t.ex. SPES hemsida www.spes.nu

Informationen från NASP kommer i fortsättningen via hemsidan, vilket minskar kostnaderna för produktion av Nyhetsbrev.

Statistik presenteras på hemsidan. Kontaktperson är Guo-Xin Jiang. 1999 års uppgifter kommer vid årsskiftet.

Tanka gärna ner bilder från NASP:s hemsida för egen användning.

Stimulera regionvis registrering av suicidförsök. I Västerbotten och Stockholm finns speciell kunskap och erfarenhet. Dessa nätverk uppmanades att bjuda in till en konferens om registrering.

I diskussionen betonades

- betydelsen av att ha lokala data samt
- att registreringen ger en trygg struktur.

Utbildning som genomförs av NASP:

- 2-årig kurs i suicidologi, 10 p, fjärde omgången startar ht -02, anmälan till NASP kan göras redan nu.
- 3-dagars kurs för personal i offentlig verksamhet, som möter suicidnära människor.
- SK-kurser, specialistutbildning i psykiatri.
- Kurs för verksamma allmänläkare var tredje termin.
- 3-dagars kurs, handledarutbildning för filmen "Kärleken är den bästa kicken".

- Livskompetens – Mentalt förebyggande hälsovård på högstadium och gymnasium.
- 3-dagarskurs för skolpersonal.

Marknadsföring

- För att underlätta låt nätverket övergå i en ideell förening. Behövs för att hantera pengar och få anslag från t.ex. Landstinget.
- Ha gärna ett större antal medlemmar, men ett fåtal räcker för att bilda föreningen, ha årsmöte och protokollförda möten.
- Ordna egna lokaler, viktigt som ett led i den egna utvecklingen som förening.
- Viktigt att ha en utsedd person, som arbetar med nätverket.
- Använd de ekonomiska resurserna för det som är "moget i tiden".
- Viktigt att synas och att ha något att erbjuda, t.ex. utbildning.
- Utbilda utbildare (Västsvenska nätverket för t.ex. ut filmen "Kärleken är den bästa kicken").
- Självförtroendet ökar när vi går ut med information.
- Träna på att bli proffsig – viktigt att lära sig koderna på marknaden.
- Detta är en process i växandet för att öka gruppens egen styrka.

Förslag att NASP ordnar en kurs i marknadsföring för samordnarna i nätverken. Västsvenska Nätverket erbjöd sig att tillsammans med NASP anordna en sådan kurs.

Beslöts att samla samordnarna i de olika nätverken till en utbildningsdag åren mellan nätverkskonferenserna. Vi inbjöds till Göteborg den 18/10 2002.

Margit Ferm
margit.ferm@fermland.se

WORKSHOP 2

”Lyssna aktivt. Visa hänsyn och respekt. Ha öppenhet som förebild. Fokusera på känslor, inte logik!

Agnes Hultén, psykiater, Dr.med.vet., NASP, om det akuta omhändertagandet av självmordsnära ungdomar i barnpsykiatrisk slutenvård

En ung människas självmordsförsök är en krishandling som påverkar hela familjen. Därför bör hjälpinsatserna riktas till både individ och familj. Två uppgifter är då överordnade: att skapa ett bra möte och skydda individen så att nya självmordshandlingar inte inträffar. Risken för nya suicidförsök måste avvägras.

Behandlarens terapeutiska hållning är avgörande för hur mötet gestaltar sig. Inkännande och respekt är ett måste och det är nödvändigt att visa en accepterande hållning. Försök få till stånd ett så tidigt möte som möjligt, helst redan inom några timmar. Kort tid efter ett självmordsförsök

Den mentala flexibiliteten hos människor smalnar vid stress.

sätter ofta ett kraftfullt förnekande in. Både patient och anhöriga kan tveka att se det skedda som ett uttryck för svårare underliggande problem med risk för framtida upprepning.

Se till att första samtalet kan ske på en bra och skyddad plats, så att ingen utifrån kan störa eller patienten skadas om han eller hon tappar kontrollen och blir våldsam eller försöker göra ett nytt självmordsförsök. Tonåringar är mitt i en frigörelseprocess och strävar efter autonomi. Men många ungdomar som gör självmordsförsök kan också ha brister i sin förmåga att känna tillit till vuxna på grund av tidigare livserfarenheter. Behandlarens balans mellan närhet och distans måste därför avvägas noga. Lyssna aktivt. Visa hänsyn och respekt. Ge först den unge tid att prata enskilt och kom då överens om vad som senare ska tas upp gemensamt. Försök ha öppenhet som förebild. Samtala därefter med föräldrarna enskilt och slutligen med alla tillsammans. Fokusera på känslor, inte logik (men använd den egna logiken!)

Det är bra om aggressioner luftas. Fråga både patienten och föräldrarna vad de i första hand vill ha hjälp med. Betona hopp och allvar i situationen, avlasta skuld och förklara hur omhändertagande och behandling (troligen) kommer att läggas upp.

Det är ofta bra om man i detta skede kan luta sig mot klinikens rutiner: ”Vi brukar alltid göra så eller så i fall som detta...” Beskriv hur lång tid man kommer att hålla kontakt med familjen, ”eftersom risken för återfall är störst under hela första året...” Förklara hur man ser på ansvarsfördel-

ningen, på kort och lång sikt, och vilka omständigheter man grundar sina bedömningar på.

Akut analys av självmordsrisken:

1. Fråga den unge i enrum om det som rör självmordshandlingen: Vad utlöste självmordsförsöket? Vilken metod användes? Förgiftning (med t.ex. tabletter) eller en våldsamt metod, som hopp från hög höjd eller användning av vapen? Trodde han/hon att försöket absolut skulle leda till döden (intention)? Vilken bedömning av dödsrisken gör läkaren? Hur gick försöket till i detalj? Impulsivt? eller planerat sedan länge? (Båda sätten är riskabla). Hade tonåringen pratat med vänner om det eller förvarnat omgivningen? Hur hög grad av isolering omgav händelsen? (Risken för upptäckt är t.ex. mindre på natten när alla sover eller när familjen är bortrest). Fanns upptäcktmöjligheter? Kontaktades någon under tiden eller omedelbart efteråt? Hur såg den suicidala processen ut före? Finns tidigare självmordsförsök? Förebilder i familjen eller bland kamrater? Fråga efter tonåringens föreställning om döden.
2. Gå noga igenom bakgrundsfaktorer hos individen, familjen (föräldrarna) eller i livssituationen.

Individuellt:

Finns genetiska (ärflika) faktorer i släkten, t.ex. depression, manodepressivitet, ångest, aggressivitet? Finns psykisk sjukdom, framför allt djup depression, hypomana tillstånd eller manodepressivitet, psykos, ångest, missbruk eller utagerande beteende hos patienten? Fråga efter somatisk sjukdom (epilepsi, infektioner) eller trauma som drabbat centrala nervsystemet. Särskilt stor risk är det vid samsjuklighet (komorbiditet), t.ex. depression, utagerande beteende och alkohol- eller droganvändning samtidigt. Behandling av sjukdomstillstånd (inklusive droganvändning och missbruk av alkohol) är en viktig del av behandling på både kort och lång sikt.

Fråga efter psykologiska riskfaktorer som impulsivitet, aggressivitet/fientlighet och hopplöshetskänsla. Personlighetsstörningar är en ifrågasatt diagnos och tonåringar under arton år får sällan den diagnosen. Uttrycket "sårbar personlighet" är mer användbart, d.v.s. en lättkränkt, lättsårad, lättstressad individ som reagerar starkt på "vardagshändelser" och då överväldigas av känslor av vrede, övergivenhet, besvikelse eller skam. Det är inte ovanligt att sådana ungdomar visar upp en avvisande hållning, tystnar, uppträder undvikande eller fientligt, trots att de verkligen är i behov av hjälp. Alan Apter har beskrivit hur ett antal unga israeliska elitsoldater med höga krav på sig själva överraskande tagit livet av sig efter ganska vardagliga misslyckanden. Gemensamt drag hos gruppen var

att ingen avslöjade sina känslor för någon i omgivningen före självmordet ("stiff upper lip").

Ungdomar är känsliga för hur de blir bemötta efter ett självmordsförsök. Många har en klugen inställning till hjälp, vilket gör att de snabbt kan svänga från att vara hjälpsökande till en fientlig, avvisande hållning. Kognitiva "feltänk" är vanligt, t.ex. "utan henne är jag ingenting", "vi bråkar alltid hemma så jag måste vara en dålig son/dotter". Tankarna blir mera rigida, det blir svårare att kompromissa och allt ses i svart eller vitt (tunnelseende). Deprimerade och suicidala ungdomar tenderar också att generalisera negativa minnen ("det går alltid dåligt för mig, går det bra är det bara en slump"). Många uppträder fyrkantigt och har svårt att kommunicera känslor och behov till omgivningen. Stresshanteringen kan vara dålig liksom förmågan att lösa konflikter med andra människor.

Föräldrar/familj:

Det är viktigt att bedöma föräldrarnas psykiska hälsa, deras förmåga till förståelse för sitt barns problem och möjligheter att ge stöd. Att orka med föräldraskapet, att ha tillgång till eget nätverk och ha förmåga att be om hjälp vid svårigheter är viktiga tillgångar i en familj med en deprimerad eller suicidal ungdom. Finns det mycket konflikter och ett fientligt eller aggressivt familjeklimat är det försvårande omständigheter. Har det förekommit (eller misstänks) fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp i familjen eller har föräldrarna tidigare brustit i omsorg och vård, är detta en riskfaktor i sig.

Livshändelser:

Ungdomar som begår självmordshandlingar har ofta upplevt större stress och fler förluster, kriser och trauman i sina liv än andra ungdomar. Svåra livshändelser kan leda till depression och bidra till självmordshandlingar. Det är viktigt att komma ihåg att den mentala flexibiliteten hos människor smalnar vid stress. Väg alla dessa riskfaktorer mot tillgång till stöd och resurser hos individ, familj och nätverk. Analysera suicidrisken i ett utvecklingsperspektiv – kan man förstå det i existentiell mening? Förstår man varför den unge gjorde ett självmordsförsök just nu? Om inte, undersök om det finns psykotiska inslag. Observera att en suicidriskbedömning har en begränsad giltighet i tid. Den måste därför upprepas och bedömningen dokumenteras i journalhandlingar.

Akut behandlingsinsats:

Det är viktigt att ha behandlingsstrategier på kort och på lång sikt. Var så flexibel och öppen som det är möjligt. Förklara, informera, försök ge tillbaka till patient och föräldrar hur du själv ser på problemen och på

vilka grunder man bedömer situationen. Använd gärna tonåringens och familjens egna ord när den kliniska bilden sammanfogas.

Tala också om i detalj vad som kommer att hända under vårdtiden, så långt det går. Den akuta behandlingsinsatsen handlar först och främst om skydd mot fortsatt suicidalt beteende och självmord.

Vårdformen bestäms av suicidförsökets allvarlighetsgrad och nätverkets resurser.

- *Låg risk* motsvarar t.ex. enbart självmordstankar utan suicidplaner. Ett självmordsförsök har t.ex. inträffat, men bedöms inte vara allvarligt menat och individen kan öppet prata om sina känslor, motiv och sitt kaos och kan förmedla hur tidigare, liknande svårigheter klarats av (utan självmordsförsök).
- *Medelrisk* motsvarar tidigare självmordsförsök, självmordstankar, pessimistisk framtidssyn.
- *Hög risk* innebär aktiva självmordsplaner, kraftig självmordsönskan och tydliga självmordsmeddelanden. Andra exempel på hög risk är tidigare allvarligt självmordsförsök, djup depression, mano-depressiva eller psykotiska symtom.

Vårdformer som kan komma ifråga är t.ex. psykiatrisk öppenvård, olika mellanvårdsformer eller dagvård samt psykiatrisk slutenvård enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, alternativt tvångsvård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT.

Slutenvård bör i första hand ske enligt HSL. Självmordsriskbedömning kräver övervakning i olika grader på avdelningen, från ingen övervakning alls till utgångsförbud och ständig övervakning dygnet om, inklusive öppen dörr vid toalettbesök.

När slutenvård enligt HSL inte bedöms vara tillräcklig, måste lagen om tvångsvård tillgripas. Detta avgörs av ansvarig läkare utan att den unge eller de anhöriga kan motsätta sig det. Bestäms vid akutbedömningen intagning enligt LPT vara nödvändig skrivs vårdintyg. Har vården påbörjats enligt HSL, men visat sig otillräcklig, kan så kallad konvertering ske till vård enligt LPT. För detta finns särskilda villkor uppställda (om vårdintyg respektive konvertering, se Socialstyrelsens Råd och anvisningar). Psykiatrisk tvångsvård är en åtgärd som inkräktar på den personliga integriteten och bör i möjligaste mån undvikas. Frihetsförlusten upplevs ofta kränkande och kan i sig utlösa nya självmordsförsök. Det finns tre förutsättningar för tvångsvård:

- Allvarlig psykisk störning, exempelvis psykos, djup depression, psykisk störning med psykotiska impulsgenombrott eller suicidrisk. Patientens farlighet mot sig själv och/eller andra måste bedömas.
- Patienten har oundgängligt behov av psykiatrisk slutenvård.
- Patienten motsätter sig vård.

Risikfaktorer:

Är den "inre världen" kaotisk? Hur sårbar är personligheten? Finns det mycket impulsivitet och aggressivitet? Pojkar som gjort självmordsförsök har större risk att dö i framtida självmord. Om föräldrarna förmedlar mycket aggressivitet, stress eller hopplöshet bör man besluta om inläggning i psykiatrisk slutenvård.

Kan föräldrarna däremot stå för övervakning, skydd och stöd hemma kan det räcka med att sjukskriva någon av dem och erbjuda tät, kanske daglig, öppenvårdskontakt den första tiden. Informera tydligt om att de måste rensa bort alla mediciner, skjutvapen, alkohol, droger och andra farliga medel hemma.

Under den akuta behandlingsfasen bestäms hur kontakten ska se ut framöver. Alla i familjen ska ha kommit överens om vad man gör om det

Deprimerade och suicidala ungdomar tenderar att generalisera negativa minnen.

"kör ihop sig", d.v.s. om vem man ringer till för att fråga om råd och vart man vänder sig om det händer något (s.k. "green card" till sjukvården). Sammankalla också ett privat nätverk (släkt, vänner, kamrater) och ett professionellt (vård, skola, socialtjänst etc) så snart som möjligt i det akuta behandlingsskedet, oavsett vårdform. Sådana kontakter kan vara till hjälp längre fram, om det till exempel uppstår samarbetsvårigheter eller närståendes hjälp behövs för att motivera till fortsatt behandling. På sikt ska ju

patienten och familjen ta över ansvaret. Olika nätverksinsatser kan hjälpa till att återge förmågan hos den unge att ta ansvar för sin situation. Sjukvårdspersonal är ibland alltför omhändertagande, vilket kan hindra de inblandade att själva hitta egna lösningar på problemen. Detta kan i sin tur kan bidra till att ungdomar upprepar suicidala beteenden.

Vid *utskrivning* efter en kort slutenvårdsperiod som skett på frivillig grund måste stöd och övervakning noga ses över, eftersom det är vanligt med nya självmordshandlingar kort tid efteråt. Bagatellisera inte situationen och lita inte på patientens försäkran om att inte göra om självmordsförsöket. Gör upp med både tonåringen och de anhöriga om när och hur de söker hjälp om det blir kris, vid sidan om den uppföljande behandlingen i barnpsykiatrisk öppenvård.

Det är viktigt med kontinuitet vid överföringar mellan olika vårdformer. Tilliten till vuxna är i regel inte så stor hos suicidala tonåringar.

Bevara kontakterna med de första behandlarna, åtminstone under viss tid, och ha rutiner för uppföljning om den unge uteblir från ett planerat återbesök.

Agnes Hultén
agneshulten@hotmail.com

Självordsprevention hos tonåringar

Gunilla Olsson, med.dr., Institutionen för neurovetenskap, Barn- och ungdomspsykiatri, Uppsala universitet, ger här en sammanställning över faktorer att uppmärksamma, undersöka och åtgärda vid behandling av självmordsnära ungdomar i öppen och sluten psykiatrisk vård

Självordstankar hos 16-17 åringar.

	Pojkar (N=1062)	Flickor (N=1208)
Tankar på att skada sig	4.0	16.0 %
Passiva självmordstankar	1.0	3.0
Aktiva självmordstankar	0.6	1.1
Tidigare självmordsförsök	2.5	7.5

Att reagera på

- Antydningar om att något hänt
- Frågor om mediciner och deras farlighet
- Frågor "för en kompis räkning"
- Kan inte själv berätta om känslor och tankar
- Pratar om hopplöshet
- Döljer handleder eller hals/visar upp ärr

Att uppfatta självmordstankar

- Fråga alltid efter självmordstankar vid depression
- Tonåringar pratar ofta med varandra om att "ta självmord"
- Tänk på att:
 - Frågor utlöser inte självmord
 - Tonåringar är ofta lättade av att få frågan
 - Finns risk för idealisering av självmord
 - De behöver realistisk diskussion med vuxen

Användbara frågor

- Hur tänker du i de allra svåraste stunderna?
- Hur föreställer du dig att det kommer att vara om en månad/ett halvår?
- Hur tror du sommarlovet blir?
- Kan du tro på att det kommer att bli bättre?
- Vad skall du göra i helgen som kommer?

Varningstecken

Undanlidande svar om hur svårt det varit sedan föregående besök
Förtäckta förvarningar
Börjar isolera sig från familj och kamrater
Likgiltighet inför sig själv och andra
Visar upp ett plötsligt lugn trots ledsenheten
Idealiserar självmord
Upptagen av tankar på död hos närstående

Fråga i trappstegsform!

Svaren kan innehålla hela skalan

- skulle vilja slippa ifrån allt svårt
- "det händer att jag tänker på att dö"
- skulle vilja dö, men skulle aldrig göra något
- har tänkt på självmord och i vilken form
- "skulle ta livet av mig om jag bara vågade"
- har planer på att göra det
- har bestämt när
- har försökt, tänker göra det igen

Fråga om positiva faktorer

Vad talar emot självmord?

Fråga om bärande relationer

- till föräldrar och familj
- till kamrater

Påtala det som tonåringen har lyckats med

Beskriv det du ser som positiva egenskaper

I svåra fall: erbjud ett vikarierande hopp

Bedömning skall göras av

Tankar på suicid

Tidigare försök

Risk för upprepning

Risk för fullbordat suicid

Bakomliggande diagnos

Riskförstärkande faktorer

Bedömning av tidigare försök

När i tiden skedde det?

Metod?

- Risken att dö?

Bedöm styrkan i avsikten

- Hur avslöjades det?

- Såg tonåringen till att det avslöjades/doldes?
 - Trodde tonåringen att det skulle leda till död?
- Förvarning, reaktion på försöket?

Bedöm inslag i motiven

- Få uppmärksamhet?
- Få ändring i relationer?
- Återförening med död anhörig?
- Komma ur en ohållbar situation?
- Hämnas?

Faktorer med hög risk att dö

- Störst risk för pojkar (fördelning mellan pojkar och flickor är 5:1 i övre tonåren)
- Affektiv sjukdom
- Dålig relation till föräldrar
- Tidigare självmordsförsök, särskilt då våldsam metod förekommit
- Missbruk
- Suicidalt beteende i familjen?

OBS! Icke letal, självdestruktiv handling utesluter inte allvarlig risk!

Högriskfaktorer hos tonåringar

- Hos pojkar
 - tidigare försök
 - ålder 16-19 år
 - affektiv diagnos
 - missbruk
- Hos flickor
 - affektiv diagnos
 - tidigare försök

Checklista för högrisk

- Suicidalt beteende
 - vill alltjämt ta sitt liv, har tidigare försökt
- Demografi
 - pojke, bor ensam
- Mental status
 - depression, mani, ångest och blandformer
 - missbruk
 - irritabilitet, agitation, hot om våld, förvirring

Risksituationer som kan utlösa

Stark övergivenhetskänsla

- slut med pojk-/flickvän, förlust av närstående

Svåra misslyckanden

- "tappar ansiktet", klarar ej skolan

Disciplinära åtgärder

- straff, förflyttning

Föreläsningar om suicid

Suicid i omgivningen

Risker i tidigare erfarenheter

Sexuella övergrepp

Suicid i familjen

Våld i familjen

Tidigare svåra trauma och PTSD

Bakomliggande faktorer

Psykisk sjukdom

- depression, mani, mixed states (blandtillstånd av depression/ mani), psykos, missbruk, snabba svängningar

Omgivningsfaktorer

- stress, familjeproblem, skolproblem
- isolering

Kognitiva störningar/ dysfunktioner

- hopplöshet
- dysfunktionell coping

Nödvändiga åtgärder

Kontakta förälder

Inläggning om alltjämt vilja att dö

Utskrivning bara om kontroll och stöd finns

Håll undan mediciner, vapen, tillfällen

Ge ny snar tid

Var tillgänglig de närmaste dagarna

Psykoterapi utifrån tonåringens behov

Farmakoterapi utifrån tonåringens behov

Farmakoterapi

SSRI vid depression och PD cluster B

- kan initialt öka suicidaliteten
- kan minska hämningen
- kräver tät och noggrann kontakt/kontroll

Litium vid bipolär sjukdom

- minskar risken för suicid
- ökar risken vid utsättandet

Valproat ev. vid mixed states

Skäl för inläggning

Emotionellt instabil; oförutsägbart beteende
Går ej att skapa terapeutisk allians
Kan ej diskutera känslor och beteende
Verkar ej vara sanningsenlig
Psykotiskt tänkande
Flera tidigare allvarliga försök
Alltjämt intoxikerad
Psykos, *rapid cycling*, missbruk o.s.v.

Inläggning ej nödvändig

Om föräldrar har förstått och vill bistå
Om någon kan hålla uppsikt
Om mediciner och vapen ej finns tillgängliga
– inte heller alkohol eller droger
Återbesök inbokat, *compliance* (uppfyllelse) sannolik
Kontrakt på att ej göra ny suicidhandling

Viktigt för att förhindra självmord

Öka medvetenheten om problemet
Våga tala om problemet med ungdomarna
Utbilda skolpersonal
Utbilda vårdpersonal
Skapa medvetenhet om riskfaktorerna
Behandla depression i tid
Minska tillgång till medel att genomföra självmordet (vapen, medicin, etc)

Prognos vid egentlig depression

Depressionen varar i genomsnitt 7-9 månader (median)
Patienten får återkommande episoder av depressionen

- 50 procent får ny episod inom 3 år

Risk för manodepressiv sjukdom

- hos 40 procent av dem som debuterar i barnåren

Risk för drogmissbruk
Risk för beteendestörning, asocialitet
Risk för självmordshandlingar

Själv mordstankar hos tonåringar

Vid depression har 20-30 procent själv mordstankar
Bland dem som söker hjälp har nästan alla åtminstone passiva själv-
mordstankar
Själv mordstankarna tilltar under den tid depressionen varar
Har en pendlande process
Motgång/ misslyckande kan då utlösa en själv mordshandling

Själv mordstankar hos barn

Deprimerade barn kan ha suicid tankar
De gör också suicidförsök
Deras försök blir ofta inte letala (dödliga)
Vissa barnolycksfall misstänks vara suicid

Att uppmärksamma tonåringen

"Lyssna" med både öron och ögon
Ta antydningar om suicid på allvar
Fråga utan anklagande bitoner
Informera dig om skolfunktionen
Ta inte "skoltrötthet" som något normalt
Pejla kamratrelationer, mobbning
Fråga efter isoleringstendenser

Bipolär sjukdom i tonåren

Ofta mycket korta hypomana faser
Beskrivs inte spontant - måste efterfrågas
Den unge kan må mycket dåligt i hypoman fas
Ofta snabba växlingar mellan depressiva/hypomana tillstånd
Kan vara blandtillstånd depression/mani
Kan missbedömas som borderline-personlighet
Kan hos barn tas för ADHD

Bipolär sjukdom - blandtillstånd

Kraftiga, täta humörsvängningar
Växlande bild vid olika besök
Egendomliga växlingar i beteendet
Vanligt med häftiga utbrott
Dålig förmåga lära av misstagen
Sömnstörningar
Fungerar dåligt i skolan
Impulsiva, oväntade själv mordsförsök

Prognos vid bipolär sjukdom

Minst hälften börjar missbruka droger
Självordsförsök vanligt, 20 procent inom 5 år
Dödligheten i suicid vid sjukdomen är 15 procent
Utbrott, aggression och våld vanligt
Återfall i 90 procent av fallen

Självskadande beteende

Rispar handleder, bränner med cigaretter
Ångesten utlöser skärandet
Fysisk smärta lindrar den psykiska smärtan
Undvik att förstärka beteendet
Hjälp tonåringen hitta andra sätt
Sätt fokus på vad som ger ångesten
Försök stå ut själv!
Missa inte om det kommer allvarliga självmordstankar!

Missbruk och depression

Missbruket börjar med tobak - fråga om det
Alkoholmissbruket går ner i högstadieåldrarna
Hasch, marijuana, ecstasy är vanligt
Kokain används av "jet set" ungdomar
Deprimerade tonåringar "självmedicinerar"
Depressionen tilltar av drogerna
Behandlingen av depressionen blir svår
Självordsrisken ökar avsevärt

Behandling av tonåringar

Effektiv behandling vid första episoden

- akut omhändertagande av tonåring och föräldrar
- farmakologisk behandling
- psykoterapeutisk behandling

Mycket angeläget vid bipolär sjukdom, där medicineringen är skyddande för nervsystemet
Hjälp till familjen behövs alltid

Akuta åtgärder vid depression

Avlasta tonåringen prestationskrav
Ge information så att skuld avlastas
Förmedla hopp
Ge föräldrarna insikt så att de kan stödja

Erbjud samtal regelbundet

- kognitiv terapi, interpersonell terapi, stödsamtal

Informera om att medicinering kan vara till hjälp

Inläggning vid hög självmordsrisk

Akut "holding"

Lova aldrig att inte berätta för föräldrarna

Tag kontakt med föräldrarna

Arbeta på att de ska ge stöd

Erbjud vikarierande hopp

Täta återbesök

Kolla upp planer för närmaste dagarna

Bind upp tonåringen i överenskommelser

Samarbeta inom tonåringens miljö

Skäl att använda medicinering

- melankoli, djup depression
- oförmåga gå i skolan eller arbeta
- uttalad hopplöshet
- självmordstankar
- inget resultat av psykoterapi

Gunilla Olsson

Gunilla.Olsson@bupinst.uu.se

WORKSHOP 3

Att stoppa den nedbrytande cirkeln – och lära ut livskompetens

Inga-Lill Ramberg, med.lic., informationsansvarig vid NASP, om utvärdering av projekt med självmordsprevention i skolan

Som utgångspunkt för denna workshop vill jag hänvisa till vad som står om skolans roll i det Nationella programmet om självmordsprevention, "Stöd i självmordskriser", eftersom detta program ska vara ledstjärnan i vårt arbete. Skolan nämns som en aktör bland andra när det gäller att

- Uppmuntra och utveckla förmågan till samtal om existentiella frågor, särskilt vår inställning till döden samt synen på självmordsbeteende och självmordsprevention.

Vidare står det att

- I den vanliga skolutbildningen bör integrerade utbildningsprogram finnas fr.o.m. åk 7.
- Problem om självmord ska ingå som en liten del i ett mer allmänt innehåll.
- Kunskaper och attityder ska förmedlas genom en bred uppsättning pedagogiska metoder.

På grundval av vad som anges i Nationella programmet och med stöd av den forskning som föreligger om skolans roll i det självmordsförebyggande arbetet rekommenderar NASP följande.

De självmordsförebyggande insatserna i skolan bör bestå av:

1. Skolan bör ha rutiner för hur de ska omhändertaga elever i riskzonen för självmordshandlingar.
2. I skolans kris- och katastrofplan bör ingå rutiner för hur man handlar vid inträffade självmordsförsök och självmord.
3. Utbildning om självmordsproblematik bör ges till både skolpersonal och föräldrar.
4. Särskilda insatser bör göras för eleverna så att de i Nationella programmet angivna råden tillgodoses.
5. Skolan bör bygga upp ett fungerande samarbete med olika hjälpinstanser såsom barn- och ungdomspsykiatri och ungdomsmottagningar så att de kan repliera på andra professionella grupper när så behövs.

De särskilda insatserna för eleverna bör innehålla aktiviteter avseende följande:

- Självkänsla
- Social färdighet
- Coping-strategier
- Problemlösningstrategier
- Varningssignaler
- Hur kan jag hjälpa?
- Var kan jag få hjälp?

Utvärdering av Mentalt förebyggande hälsovård – livskompetens

Mentalt förebyggande hälsovård eller Livskompetens är en metod som utarbetats av Eva Hildingsdotter-Bengtsson, skolsköterska och Brittmarie Ahlner, skolkurator. Metoden riktar sig till högstadie- och gymnasieelever. Med hjälp av verbalisering och gestaltning i form av bl.a. rollspel av sin egen och klassens situation ges eleverna utrymme att på skoltid tala om känslor och identifiera psykologiska problem. Elever med olika bakgrund och känslomässiga och intellektuella olikheter lär varandra att hitta nya mål och lösningar. Stor vikt läggs vid att öka kamratstödet och att stärka det sociala nätverket.

Eleverna får

- ta del av kunskaper om medicinska, psykosomatiska och psykologiska symtom
- information om olika behandlingsmetoder och var man kan söka hjälp
- lära sig hjälp till självhjälp
- lära sig att upptäcka och stoppa mobbning
- lära sig att påverka det sociala nätverket och förmågan att stödja varandra.

Livskompetens består av en medicinsk och en social del. Den medicinska delen handlar om det fysiska, psykiska och psykosomatiska samspelets påverkan på hälsa och sjukdom och behandlar frågor kring hälsa, stress, kris, depression, tankar om att inte orka leva. Den sociala delen handlar om grupprocesser och relationernas betydelse för hälsan och behandlar frågor kring familjen, konflikthantering, klassens miljö, mobbning och kamratstöd. Eleven ses som en person som kommer till skolan med sina livserfarenheter i form av familj, uppväxtmiljö och annan bakgrund. I skolan möter eleven skolans sociala miljö och de grupprocesser som finns där. En stor del av arbetet i klassen går ut på att stoppa eventuella nedbrytande cirklar och i stället få till uppbyggliga cirklar.

Metoden lärs ut till skolans egen personal, i första hand skolsköterskan och skolkuratoren. Utbildningen av personalen omfattar två heldagar. Den

teoretiska bakgrunden, tips på lektionsinnehåll och övningar har samlats i en metodpärm som delas ut i samband med utbildningen.

NASP utvärderar metoden. Utvärderingen görs i högstadieskolor inom Stockholms län, närmare bestämt i Nordvästra sjukvårdsområdet och delar av Norra sjukvårdsområdet. Sedan hösten 2001 deltar också samtliga högstadieskolor i Norrtälje kommun.

Den hittillsvarande utvärderingen omfattar tio skolor; fyra använder "Livskompetens" och sex är kontrollskolor med ca 600 elever i interventionsgruppen och lika många i kontrollgruppen. De frågor som utvärderingen är tänkt att ge svar på är om interventionen påverkar

- andelen elever som anger att de har självmordstankar eller gjort ett självmordsförsök.
- hur eleverna bemöter självmordsnära kamrater.
- hur eleverna söker hjälp.

Utvärderingen görs genom en enkät som eleverna besvarar innan arbetet med "Livskompetens" startar och ytterligare en gång efter ett år. Enkäten innehåller 32 frågor om familje- och vänskapsrelationer, skolk, hälsa och livssyn.

Preliminära resultat från utvärderingen visar ingen minskning bland självmordstankarna. 15 procent av åttondeklasseleverna i interventionsgruppen och 14 procent i kontrollgruppen rapporterade att de haft självmordstankar under senaste året. När samma elever svarade på enkäten efter ett år var andelen 16 procent respektive 15 procent. Däremot minskade andelen elever som angivit att de gjort ett självmordsförsök i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Bland åttondeklasseleverna i interventionsgruppen rapporterade 5 procent och i kontrollgruppen

"Äntligen någon som undrar hur vi mår".

3 procent att de gjort ett självmordsförsök senaste året. Ett år därefter hade andelen självmordsförsök bland eleverna i interventionsgruppen minskat till 3 procent medan den låg kvar på samma nivå som tidigare, d.v.s. 3 procent, i kontrollgruppen.

Något slumpmässigt urval av elever har inte kunnat göras beroende på att medverkan i projektet kräver en stor insats från de deltagande skolorna – såväl mentalt som praktiskt. Deltagandet måste därför bygga på frivillighet. Som framgår av ovanstående finns en skillnad mellan interventionsskolorna och kontrollskolorna i andelen elever som anger att de gjort ett självmordsförsök, när de besvarar enkäten första gången. Skillnaden kan bero på att de skolor som varit intresserade av att använda metoden faktiskt känner till att den psykiska hälsan hos eleverna är ett problem. Skillnaden är dock inte signifikant, så ur statistisk synvinkel bör detta inte vara något problem.

Fler elever måste delta i utvärderingen för att vi ska se om utvecklingen håller i sig och för att få ett tillräckligt stort material för de statistiska beräkningarna. De hittillsvarande resultaten stämmer dock väl överens med resultat från en utvärdering av ett liknande program i Florida. Den bygger på ett betydligt större material och visar på en avsevärd minskning både av självmorden och självmordsförsöken, men inte av självmordstankarna, bland elever som deltog i programmet. Att självmordstankarna inte minskar kan kanske förklaras av att självmordstankar är ett ganska vitt begrepp. Många av eleverna som arbetar med "Livskompetens" tycker att det är spännande och bra. En del säger att det är det bästa de varit med om i skolan hittills. Många elever uppskattar också själva enkätundersökningen. Kommentarer som "bra att ni ställer dessa frågor" och "äntligen någon som undrar hur vi mår" är inte ovanliga.

Inga-Lill Ramberg
inga-lill.ramberg@ipm.ki.se

Mot en ökad beredskap i skolan

Zelma Fors, fil.dr., psykolog och psykoterapeut, om en läroprocess i skolan för att förebygga psykisk ohälsa

Ordet "läroprocess" talar om att det är något pågående som skall utvärderas, inte ett avslutat projekt. Denna läroprocess syftar till kompetensutveckling kring suicidprevention och förebyggande av psykisk ohälsa.

Utbildningen genomförs i regi av det västsvenska nätverket och har som målgrupp personal som arbetar med barn och ungdom i grundskola och gymnasieskola. Önskemålet är att nå flera personer från samma skola.

Kurserna har administrerats av Lisa Donnerdal och utbildningen har genomförts av professor Jan Beskow, psykolog Zelma Fors och kurator Jan Heldt.

Fem kursomgångar har genomförts. Sammanlagt har 117 personer återkommit på en halvdags uppföljning vid två kursomgångar efter ett år.

Syftet med utbildningen har varit att aktivera och stödja en läroprocess där psykisk hälsa stärks och psykisk ohälsa minimeras. Läroprocessen bör vara sådan att den aktiverar och berör så mycket att den kan berättas vidare. Ett led i utbildningen har varit att föra in filmen "Kärleken är den bästa kicken" i skolan. Filmen handlar om fyra ungdomars berättelser om livet och om personliga kriser. Utmaningen har varit att utforma utbildningen så att det förebyggande arbetet kring psykisk ohälsa förankras både hos skolledning och annan skolpersonal.

Ett huvudtema har varit "hållandet" (eng. *holding*) som fokuserats både när det gäller stödet från organisationen, d.v.s. skolledningen, och "hållandet" i mellanmänniskliga relationer, och som avser förmågan och beredskapen att stanna kvar i relationer när svår problematik aktualiseras. Dessutom har vi fokuserat "hållandet" ur individens perspektiv, både som förmåga att hållbara de inre bilderna av sig själv och som försvarssystem. Dessa aspekter är viktiga med tanke på tyngden i de frågeställningar som ungdomarna i filmen presenterar.

Även mobbningsproblematiken, som är så omfattande i skolan, har behandlats. De barn som plågas av mobbning kommer med stor sannolikhet att hantera denna problematik genom att utveckla en depression, de kommer troligen också att ha tankar om att inte vilja leva.

I Läroplanen (LPO - 94) sägs att det är rektors ansvar att se till att ingen kränks i skolan. 1996 redovisades forskning som visade att lärare kränker elever och i Skolverkets attitydundersökning från förra året (2000) framgår att mobbning och kränkningar förekommer bland alla dem som vistas inom skolans värld.

”Värdegrundsåret 1999” lyfte fram behovet av att bygga upp en gemensam värdegrund som ett inslag i det förebyggande arbetet mot mobbning. Skolan har själv en lång tradition av att påverka barn och ungdom genom hot och rädsla. Dagens och framtidens skola ska däremot påverka genom att skapa kontakt, relationer och dialog. I ”Värdegrundsboken” betonas att värdegrund inte bara är något man undervisas i, det är något som också måste utövas. Kurser på gymnasieskolor, som den i ”Livskompetens”, bör därför också omfatta hur elever och skolpersonal bemöter varandra. Under ungdomsåren formas självbilden i stor utsträckning av hur man bemöts av jämnåriga.

Utvärderingen

Då deltagarna har både erfarenhet och stor kunskap om ungdomar har meningen varit att utbildningen ska aktivera frågeställningar om liv och död, om livsprocesser vi alla funderar över i olika livsepoker.

Utvärderingen har försökt värdera den process deltagarna har beskrivit och presenterat. Där framgår att kursen aktiverat känslor av rädsla, aggressivitet och hopplöshet, men också av glädje, hoppfullhet och möjlighet.

Efter avslutad kurs har deltagarna skrivit en essä som ska recensera det de varit med om under de två kursdagarna. 94 essäer inlämnades.

Vid en kursomgång gjordes utvärdering också i form av en enkät. Därutöver finns återslag från två kursomgångar, med deltagare från tio skolor.

Essäerna har analyserats utifrån två perspektiv.

Det ena perspektivet har jag kallat ett utifrån-perspektiv. Det har omfattat beskrivning av kursinnehållet, vad som saknades och vad som kunde läggas till, samt värdering av detta och av föreläsarna.

Det andra perspektivet har varit ett inifrån-perspektiv, med frågor om vad som har aktiverats: reflektion över eget förhållningssätt, återupplevande av tidigare händelser, känslomässigt deltagande, förändring av känslor och förhållningssätt.

Exempel på svar avseende inifrån-perspektivet är: ”Jag har haft känslor av otillräcklighet. Nu hopp. Det räcker med att våga möta dem i deras funderingar. Där är jag inte rädd.” ”Det har varit bra med analysen. Jag har blivit mer medveten om mina egna känslor.” ”Jag blev berörd på ett hoppfullt sätt. Känslan kompletterad utifrån ett gott omhändertagande.”

I utifrån-perspektivet kan utbildningen ses som en produkt, d.v.s. som något man lägger till sin kunskapsarsenal. Enligt inifrån-perspektivet ses utbildningen snarare som en process. Av de 94 essäerna har en fjärdedel beskrivit utbildningen som en produkt och tre fjärdedelar som en process.

Min reflektion utifrån resultaten, som de framkommer i essäerna, är att utifrån-perspektivet visar att man ser sig som betraktare och letar efter

verktyg och metoder. Risken är att man ser ungdomarna som objekt, med risk för att de vänder sig ifrån de vuxna. Utbildningen har blivit en produkt som inte närmare berör.

Ett inifrån-perspektiv visar att man blir en samtalspartner, en vägledare kring ungdomens frågeställningar. Ungdomarna blir subjekt till vilka man skapar kontakt, relation och dialog. Utbildningen har då aktiverat en process, där deltagarna själva blir sitt främsta instrument. Utbildningen och den aktuella filmen blir något som kan förvandla deras tysta kunskap till aktivt verkande kunskap.

Resultat från frågeformuläret

Jag väljer här två frågor. "Hur var kursens kvalitet i förhållande till dina förväntningar?" "Vad är din sammanfattande uppfattning om kursen?"

Vid en skala med tio steg var medelvärdet 7,3 på den första frågan, med spridning från 4 till 10. På den andra frågan var medelvärdet på en tiogradig skala 8,07 med spridningen 4,1-6,8.

Uppföljning efter ett år

Vid de två utbildningsdagarna gör deltagarna en planering av hur de ska arbeta med frågeställningarna på den egna arbetsplatsen.

Efter ett år återkommer de och berättar vad de har gjort. Av de femton möjliga skolorna återkom tio. De kan delas in i tre grupper.

1. *Kaos-i-organisationen.* Detta kan t.ex. betyda att rektor har slutat eller att den aktuella arbetsgruppen som gått utbildningen har slutat. Kompetensutvecklingen kom därför enbart till godo för den enskilda arbetstagaren i dennes kontakter med ungdomar.
(4 skolor)
2. *Tillräckligt god ordning i organisationen.* Detta innebar att skolledningen kunde ge stöd till kursdeltagarna att föra ut kunskapen till olika grupper i skolan, som elevvårdsteam, kristeam, lärare i samlevnad och på vårdprogram och lärare i olika arbetsenheter.
(4 skolor)
3. *God ordning i organisationen.* Detta innebar att skolledarna gav stöd så att kunskapen kunde föras vidare av deltagarna i ett program riktat direkt till eleverna. Introduktionen till det förebyggande arbetet mot psykisk ohälsa blev då en naturlig del av skolvardagen.
(2 skolor)

Exempel från en gymnasieskola där fyra elevvårdare samarbetar: Filmen visas först för elevvårdare på gymnasiet och därefter för elevvårdare på grundskolan i deras upptagningsområde. Därefter visas filmen för skol-

ledarna, som dels lugnades i sin oro, dels fick deras stöd att arbeta vidare. Efter detta påbörjades samarbete med andra lärare.

Ett annat exempel visade på en redan väl inarbetad struktur, där elevvårdare diskuterade hälsa, relationer och idealbildningar kring kropp och själ. I detta sammanhang blev samtalen om psykisk ohälsa och tankar på att ta sitt liv ett naturligt inslag.

Sammanfattningsvis kan sägas att en läroprocess som berör och kan berättas vidare kom till stånd på olika nivåer. Det är troligen ett gott resultat när skolor bereder plats i organisationen så att samtalen kan bli en naturlig del i skolans vardag och/eller föras vidare till specifika grupper. Men det är troligen inte helt ovanligt att ett sådant kaos råder att introduktionen inte förs vidare i organisationen utan begränsar sig till att vara en fråga om personlig kompetensutveckling.

Zelma Fors
zelma.fors@telia.com

WORKSHOP 4

Så förstärker medierna självmordsrisken

Susanne Ringskog, specialist i psykiatri, överläkare vid NASP, om kluster-effekten och journalisters rapportering om självmord

Ulf Akermo, journalist och radioproducent på Utbildningsradion, inledde denna workshop med att berätta om tillkomsten av hans dokumentära film "Skolakuten- om självmord". I filmen berättas om regissören och författaren Suzanne Ostens pjäs "Gränsen", som handlar om två trettonåriga flickors gemensamma självmord. Flickorna blev inspirerade av rockmusikern Kurt Cobains självmord 1994 och de båda flickorna tog livet av sig på samma vis som denne, genom att skjuta sig. Pjäsen har visats för högstadieungdomar efter noggrann information till deras lärare, som efter föreställningen diskuterat pjäsen med sina elever. I filmen visas hur lärarna förbereds för pjäsen, vi får se utdrag ur teaterföreställningen, och vi får se elevers kommentarer efteråt till pjäsen.

Dokumentärfilmen fortsätter så med en intervju med två systrar som förlorade sin några år yngre 16-åriga syster i ett helt oväntat självmord. Den skildrar systrarnas chock- och sorgereaktioner och hur de söker efter tecken och beteenden hos systemen före självmordet, som skulle kunna förklara hennes handling, göra den begriplig för dem. Åskådaren får följa systrarna under promenad och senare under inköp och matlagning, allt medan de berättar om sina känslor, reaktioner och tankar – till synes helt utan styrning. Intervjuaren varken syns eller hörs i filmen. Seminariets deltagare reagerade mycket positivt på den här filmen. Producenten Ulf Akermo förklarade, att hans utgångspunkter i arbetet utgjorts av fem nyckelbegrepp:

- att involvera (de medverkande i filmarbetet)
- att ta ansvar (för situationer och reaktioner i och på filmen)
- öppenhet (gentemot alla medverkande)
- ärlighet (i filmarbetet, gentemot de medverkande)
- samarbete (med de medverkande)

Med dessa moraliska egenkrav för ögonen arbetade han så under produktionen av filmen. En sjätte förutsättning kunde kanske motsvaras av ordet "kunskap". Ulf Akermo startade genom att göra research, gick NASP:s tvådagars suicidpreventiva kurs "Kärleken är den bästa kicken" om suicidbeteende bland barn och ungdomar, kontaktade anhörigföreningen SPES och fick därigenom insikt i hur ett självmord kan drabba anhöriga, hur det i detalj kan se ut.

Seminariets auditorium uppfattade filmen som ett seriöst och ansvarsfullt sätt att behandla suicidproblematiken bland unga. Man kände också spontant att filmen skulle kunna användas som utgångspunkt för suicidpreventivt arbete bland ungdomar.

Susanne Ringskog (undertecknad) redogjorde så för Werthereffekten, klusterbildning av självmord bland ungdomar, risker med hur media rapporterar om självmord, samt återgav WHO:s riktlinjer för hur media rekommenderas utföra reportage om självmord.

När flera ungdomar på en skola eller en ort under en kortare tidsperiod tar sina liv, benämnes detta *klustersjälvomord*, eller, med en tidigare beteckning, *Werthereffekten*, efter Goethes brevroman från 1774, "Den unge Werthers lidanden". Brevromanens hjälte, Werther, är olyckligt förälskad och tar till slut sitt liv. Under inflytande av den här succéromanen följde många ungdomar i Europa efter Werthers självdestruktiva beteende.

Framställ inte självmords-offren som martyrer eller förebilder.

Imitation och identifikation utgör viktiga komponenter i inlärningsprocessen hos barn och ungdomar. Unga människor har öppna, känsliga och på grund av bristande erfarenhet kanske ibland också okritiska och naiva sinnen. De tar därför lätt intryck, vill pröva på nyheter, suggereras till olika beteenden och moden. Ungdomar identifierar sig med idoler de beundrar, imiterar dessas klädstil och frisyren –

risken är då att de kanske också tar efter en idols självmordsbeteende. Här har media ett stort ansvar för hur de rapporterar om självmord. Särskilt bildmedierna har en stor genomslagskraft.

Ett exempel på hur självmordsbeteende kan läras ut återfinns i dåvarande Västtyskland, där det 1981-82 visades en TV-serie i sex delar om en nittonårig student som tog sitt liv genom att kasta sig framför ett tåg. Denna händelse repeterades kort i början av varje nytt avsnitt. Själva denna repetition förstärkte givetvis inläringseffekten, dessutom visades dramaserien under två tidsperioder ganska nära i tiden, dels 1981, dels repriserat 1982.

Analys (Schmidtke & Häfner, 1988) av antalet självmord under den tid denna dramaserie började visas och 70 dagar därefter gav vid handen en ökning av antalet självmord i åldersgruppen 15-29 år med 86 procent för män och med 75 procent för kvinnor. För den kategori ungdomar som mest liknade modellen i teveserien, nämligen ynglingar 15-19 år, inträffade en ökning av antalet självmord med hela 175 procent. Undersökarna menar att dessa fynd stöder uppfattningen att identifikations- och imitationseffekterna beror på graden av likhet mellan suicidmodellen och efterföljaren.

Med tanke på risken för självmordkluster är det därför mycket viktigt hur rapporteringen av självmordsfall hanteras av media för att undvika efterföljd. FN:s Världshälsoorganisation, WHO, har därför (WHO, 2000) utarbetat riktlinjer också för hur press och etermedia bör behandla nyheter om självmord:

- Sensationsjournalistik bör undvikas, särskilt när det gäller kända personer. Man bör inte heller publicera fotografier av den avlidna eller av scenen för självmordet. Man bör avstå från löpsedlar och förstasidesrubriker.
- Detaljerade beskrivningar av den använda metoden bör ej förekomma. Forskning har visat att mediabevakning av självmord ger större effekt på metoden som väljs än på antalet självmord.
- Upprepad och kontinuerlig medierapportering om självmord har en tendens att särskilt hos unga människor befrämja och öka självmordsgrubblrier.
- Självmord bör inte återges som något oförklarligt eller relateras på ett överförenklat sätt. Självmord beror aldrig på en enstaka faktor eller händelse.
- Självmord får inte beskrivas som en metod att klara av personliga problem, som t.ex. att misslyckas i en examen, ekonomiska svårigheter etc.
- Att glorifiera självmordsoffren som martyrer eller förebilder riskerar att ge mottagliga personer uppfattningen att samhället högaktar självmordsbeteende. I stället bör betoningen ligga på sorgen efter den avlidne.
- Att beskriva de fysiska konsekvenserna av ett icke-fullbordat självmord (exempelvis hjärnskador, förlamning) kan ge en avskräckande effekt.

Media bör också samtidigt med sin rapportering ge information om var hjälp står att få vid en kris, så att självmord kan förhindras.

Som exempel på hur media på ett ansvarsfullt sätt kan rapportera om självmord visades ett tidningsurklipp ur Aftonbladet från 27 september 2001. Den framstående soulsångerskan Aliyah omkom på Bermudas sommaren 2001 i en flygplanskrasch, där samtliga ombord fick sätta livet till. I Aftonbladets korta artikel, längst ned på en vänstersida inne i tidningen, berättas att den flyginspektör som godkänt flyglicensen för piloten av Aliyahs olycksplan nu begått självmord. Ingen bild på inspektören publicerades, inget sades om tillvägagångssättet och det till och med skrivs i artikeln att man inte vet om inspektörens självmord hade samband med hur Aliyah omkommit. Genom sitt sätt att referera det inträffade visar Aftonbladet medvetenhet om att många ungdomar

kommer att läsa nyheten som har samband med den kända person som omkommit, därför har man också tonat ned rapporteringen.

Susanne Ringskog
susanne.ringskog@spray.se

Lästips

Schmidtke A & Häfner H. The Werther effect after television films: New evidence for an old hypothesis. *Psychological Medicine* 1988;18:665-676.

von Goethe J W. *Das Leiden des Jungen Werthers (Den unge Werthers lidanden)*, Tyskland 1774.

World Health Organization, Department of Mental Health, Social Change and Mental Health. *Preventing suicide: a resource for media professionals*. Genève, 2000. (12 sidor, kan beställas från NASP, Stockholm, per fax nr 08-30 64 39).

Stress och sårbarhet i komplext samspel av biologisk, psykologisk och social natur

Medicinalrådet Lars Hellgren, medicinsk expert och sakkunnig i barn- och ungdomspsykiatri vid Enheten för medicinsk kvalitetsutveckling på Socialstyrelsen, om evidensbaserad och kvalitetsssäkring inom suicidpreventionen

Enheten för medicinsk kvalitetsutveckling på Socialstyrelsen, EMK, har till uppgift att följa och stimulera evidensbaserad kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården. Mitt uppdrag som medicinsk expert och sakkunnig är således att bevaka och driva frågor som rör barns och ungdomars psykiska hälsa, ett uppfordrande och omfattande arbetsfält.

Socialstyrelsen har genom att skapa tre verksövergripande program markerat kraftsamling inom dessa områden, nämligen barn- och ungdomsprogrammet, missbruksprogrammet och psykiatriprogrammet.

Psykiatrins evidensgrunder, och kanske speciellt den "tyngre" psykiatrins, är i många hänseenden egentligen inte svagare än många andra medicinska specialiteter. Men mot bakgrund av att såväl biologiska som psykologiska och sociala faktorer så uppenbart samspelar, både i upptakten av störningar och i behandlingen, blir forskningsuppgiften och evidensuppgiften mycket komplex. Detta gäller i allra högsta grad för barn- och ungdomspsykiatrin.

Även barn- och ungdomspsykiatrins beprövade erfarenhet är drabbad av samma komplexa samspel mellan kropp och själ, vilket resulterat i att den beprövade erfarenheten varit bekymmersamt svajig och den ena etiologiska hypotesen tillsammans med en nylanserad behandlingsmetod har avlöst den andra.

När vi nu lever med den filosofiskt skapade splittringen mellan kropp och själ, är den rimligaste förståelsemodellen i klinisk praktik den om stress – sårbarhet. I en sådan modell ingår som en självklar bedömningsgrund kartläggning och förståelse av såväl barnets/ungdomens resurser och svagheter i utrustning som stressorer av biologisk, psykologisk och social natur i barnets/ungdomens livsmiljö.

I denna mycket komplexa professionella bedömningssituation blir varje steg som vi kan ta i erövringen av evidens synnerligen angeläget, även om vi alla vet att med ny kunskap förändras evidensläget. Det som är sant idag är det inte nödvändigtvis i övermorgon.

Det är därför glädjande att barn- och ungdomspsykiatrin också i Sverige, trots det komplexa samspelet mellan natur och miljö – mellan *nature* och *nurture* – under det senaste decenniet mer aktivt börjat delta i

sökandet efter evidens, dels i form av större forskningsintresse, dels i form av föreningsbaserat kvalitetsarbete.

Kvalitetssäkringsarbete är samtidigt inget som huvudmännen egentligen kan blunda för, då det enligt hälso- och sjukvårdslagen skall ingå som en integrerad och självklar del av arbetet.

Vi vet alla att sådant arbete tar tid och innebär en prioriteringskonflikt i det dagliga arbetet. Men kvalitetssäkringens mål är att på relativt kort sikt göra våra insatser effektivare och därmed förhoppningsvis frigöra resurser för "vårdens svåra val".

I Socialstyrelsens uppdrag från regeringen ingår att följa och stödja sådant kvalitetssäkringsarbete. På Enheten för medicinsk kvalitetsutveckling pågår, i samverkan med professionerna, ett aktivt arbete med nationella kvalitetsindikatorer och nationella kvalitetsregister.

Ambitionerna kring kvalitetsutvecklingsarbetet återspeglas också i ett av Socialstyrelsens strategiska mål som formulerats för den närmaste treårsperioden: Huvudmännen skall bedriva systematiskt kvalitetsarbete och redovisa sina resultat på ett öppet, jämförbart och tillgängligt sätt.

Socialstyrelsens övriga strategiska mål för treårsperioden är:

- Hälso- och sjukvård liksom socialtjänst skall bedrivas på ett sätt som garanterar patientens/klientens säkerhet och rättstrygghet;
- Huvudmännen skall arbeta utifrån ett patient-/klientperspektiv samt utifrån befolkningens behov;
- Hälso- och sjukvården, socialtjänsten och hälsoskyddet skall styras av öppna och tydliga prioriteringsbeslut;
- Huvudmännens verksamheter skall vara evidensbaserade.

De strategiska målen är i allt väsentligt i enlighet med hälso- och sjukvårdens portalparagrafer om god vård på lika villkor och företräde till vård för dem med de största behoven. De är också i enlighet med riksdagens prioritetsuttalande om människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Hög grad av evidens medför inte med nödvändighet hög grad av angelägenhet/behov eller kostnadseffektivitet, skrev Nina Rehnqvist i Läkartidningen om den långa vägen från evidens till Socialstyrelsens arbete med kliniska rekommendationer eller nationella riktlinjer. Även om kostnadseffektivitet inom vården nästan är ett lika komplicerat begrepp som till exempel etiologisk evidens inom psykiatrin så arbetar man på många håll i landet för att komma vidare.

"Life Years Saved", "Quality Adjusted Life Years" och "Disability Adjusted Life Years" är exempel på begrepp som vården alltmer kommer att behöva ta ställning till. Ytterligare ett mått som nyligen presenterats är

”förlorade år”, ett mått med direkt bäring på konferensens tema – suicidprevention.

Att suicidprevention är en speciellt angelägen uppgift för hälso- och sjukvården liksom för samhällets olika andra aktörer är en självklarhet. Lite förenklat kan man säga att ”varje självmord är ett självmord för mycket”.

I ett samarbete mellan Folkhälsoinstitutet och Epidemiologiskt Centrum (EpC) vid Socialstyrelsen har ett spännande underlag för fortsatta diskussioner tagits fram: EpC – Rapport 2000:2. Den kan rekommenderas för begrundan.

I den visas att självmordsförekomsten glädjande nog minskat något i landet under 1987-96. Även självmordshandlingarna tenderar under

**Stigande
incidenstal för
självmonds-
handlingar hos
unga kvinnor
är en vanings-
signal.**

samma tioårsperiod att minska, medan däremot självmordshandlingar bland unga kvinnor (15-24 år) visar en stigande incidens.

Vi har idag många rapporter om att ungdomar – framför allt flickor – upplever alltför stor stress och ofta eller alltid känner sig osäkra/otillräckliga och misslyckade. Stigande incidenstal för självmordshandlingar hos unga kvinnor är bekymmersamt och en varningssignal. Det är därför mycket positivt med det suicidpreventiva nätverksarbete som pågår inom både vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri.

Socialstyrelsen hoppas att snart vara färdig med ”Nationella riktlinjer för vård av självmordsnära patienter” som utarbetats i samverkan med vuxenpsykiatri, ett omfattande arbete. Idag pågår också inom barn- och ungdomspsykiatri ett professionsbaserat arbete om suicidprevention, där man naturligtvis kan använda en hel del av det redan gjorda arbetet i de nämnda vuxenpsykiatriska riktlinjerna.

Vuxenpsykiatri har en lång egen tradition inom Socialstyrelsen. Min förhoppning är att samverkan mellan de två professionerna på myndigheten ska bli en självklarhet, så att barn- och ungdomspsykiatri redan på planeringsstadiet blir delaktig i till exempel arbeten med nationella riktlinjer.

Inom Socialstyrelsen pågår också ett viktigt arbete på uppdrag av regeringen: Hur patientinflytandet – och i ett barn och ungdomsperspektiv anhöriginflytandet – kan stärkas och utvecklas inom hälso- och sjukvården.

Min övertygelse är att brukar- och anhörigorganisationerna haft en mycket positiv effekt på psykiatrin, kanske framför allt barn- och ungdomspsykiatrin, evidens- och verklighetsorientering. Att stärka och stimulera brukar- och anhörigverksamheternas deltagande i psykiatrin

fortsatta utvecklingsarbete är en självklar och nödvändig del av kvalitets-
säkringsarbetet.

I arbetet med de nationella riktlinjerna för vård av självmordsnära
patienter återstår nu framtagande av prioriteringar, som handlar om
behov/angelägenhetsgrad och kostnadseffektivitet. Som tidigare nämnts
är det komplicerade förhållanden, men vi hoppas att det arbetet skall
kunna avslutas inom kort.

Lars Hellgren
lars.hellgren@sos.se

”Vi möter dem som kastats in i kaos, som famlar i mörker”

Sven-Olof Marklund, ordförande för Riksorganisationen SPES – en växande organisation för närstående – om en nationell kampanj för suicidprevention

SPES (Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd*) är en organisation som vill förebygga suicid och ge stöd till dem som förlorat en närstående genom självmord. I vårt arbete möter vi människor som har kastats in i ett totalt kaos, de famlar i mörker. Dessutom plågas de anhöriga ofta av en djävulsk skuld, ett självfördömande där man i sin förtvivlan söker efter orsaken till det skedda. I SPES möter man andra som också drabbats, där kan man hitta andra att identifiera sig med och där kan man få utlopp för sin smärta. Där kan man även uppleva en befrielse från sina skuld känslor.

Målet är att starta en kris-telefon kallad Nationella hjälplinjen.

Vi har under fjorton år, enbart med ideella insatser, byggt upp en organisation med verksamhet över hela landet. Vi har kontaktpersoner, samtalsgrupper, telefonjour, m.m. som redskap till stöd för dem som drabbats och för att rädda andras liv. Tillsammans med myndigheter, politiska beslutsfattare, psykiatrin och andra vill vi ta krafttag för att verkligen minska antalet suicid, på samma sätt som man fått ner antalet offer inom trafikens område.

Nationell kampanj för suicidprevention

Jag är övertygad om att suicid går att förebygga. Men det suicidförebyggande arbetet måste utföras på många olika områden. Det handlar både om att sprida kunskap om suicid och att hjälpa människor att hitta konkreta redskap i det suicidförebyggande arbetet. Kunskap är mycket viktigt för att motverka fördomar och brist på empati.

SPES har därför tagit beslut om att initiera en nationell kampanj för suicidprevention. Vi beräknar att den ska starta någon gång under nästkommande år. Till hjälp för att genomföra kampanjen har vi kontaktat Elisabet Reslegård, som har stor erfarenhet av att lägga upp den här sortens kampanjer. Det ska vara en folkupplysningskampanj, där vi via media, skolor, arbetsplatser, personalutbildningar, offentliga möten, etc, ska sprida kunskap om suicidprevention till större grupper än dem vi hittills har nått. Vi räknar även med hjälp av politiska instanser och myndigheter i denna kampanj.

* SPES är en riksorganisation som är öppen för närstående till någon som tagit sitt liv. Organisationen är en ideell sammanslutning vars ändamål är att ge stöd och hjälp till efterlevande, arbeta för att förhindra suicid, öka kunskapen om suicidproblematiken och motverka tabubeläggning och fördomar vad gäller suicidbeteende.

Vi vill även utveckla vårt arbete för närstående, insatser som är viktiga även rent preventivt. Genom detta hoppas vi kunna etablera oss i de regioner, där vi idag inte har någon verksamhet, bl.a. här i Uppland. I kampanjen kommer vi att samarbeta med andra brukarorganisationer, bl.a. Balans. Vi hoppas att kampanjen även ska påverka regering och riksdag, så att de antar målen i det nationella programmet för suicidprevention.

Nationella Hjälpelinjen

Förra året fick RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa) medel från Allmänna arvsfonden för ett pilotprojekt, där man skulle undersöka förutsättningarna för att starta en nationell kristelefon enligt den modell som Mental Helse bedriver i Norge. I slutet av projekttiden bjöd de in andra brukarorganisationer för eventuell samverkan. Det ledde till att fem av dessa beslutade sig för att gå in i ett gemensamt projekt, där målet är att starta en kristelefon kallad Nationella Hjälpelinjen.

Efter samtal med socialminister Lars Engqvist föreslog han att vi skulle göra en gemensam ansökan till Arvsfonden, vilket vi gjorde i början av innevarande år. I april fick vi besked att Arvsfonden hade beviljat medel för ett treårigt projekt. Bakom Hjälpelinjen ligger, förutom SPES, organisationerna RSMH, Annanke, Balans och Ångestsyndromsällskapet (f.d. PS). Vi har nu byggt upp en organisation med styrelse, stadgar och verksamhetsplan, samt anställt en projektledare och en IT-medarbetare. Vi har även hyrt en lokal i anslutning till Ångestsyndromsällskapets kansli på Kungsholmen.

Projektet kommer att genomföras i samverkan med Socialstyrelsen och HSAN (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd).

Då verksamheten är fullt utbyggd kommer hjälpelinjen att vara öppen dygnet runt. Då räknar vi med att ha 10-12 heltidsanställda medarbetare, som ska arbeta med samtalsmottagning, administration, m.m. Vi ska ha kompetent personal, som ska ha tillgång till handledning och fortbildning. De ska arbeta från en gemensam bas på lämplig plats i landet. Lokalens beskaffenhet är av större betydelse än dess geografiska läge.

Vi kommer även att bygga upp en databas, där inkommande samtal ska kunna slussas till rätt mottagare, till exempel vårdinstanser, socialtjänst, våra egna organisationer etc.

Redan i början av nästa år kommer vi att starta en testverksamhet med några jourmedarbetare. Denna kommer sedan att utvärderas. Därefter fortsätter vi med fler provomgångar, för att förhoppningsvis kunna köra linjen i full skala år 2004.

Sven-Olof Marklund
kalvtrask.turism@telia.com

Det första dokumentet i sitt slag i Europa

Gunilla Ljungman, läkare och psykiater, ordförande i Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, om utarbetandet av nationella riktlinjer för omhändertagandet av självmordsnära barn och ungdomar

Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri beslutade vid sitt föreningsmöte den 6 maj 1999 i Uppsala att i samarbete med NASP ta fram svenska riktlinjer för vård och uppföljning av självmordsnära ungdomar. Dessa riktlinjer skall bli det första dokumentet av detta slag i Europa.

Självmordsprevention har uppmärksammats av Världshälsoorganisationen (WHO) samt av den svenska regeringen i likhet med flera andra regeringar i Norden. 1995 skrevs det svenska nationella programmet för suicidprevention i ett brett samarbete, men man tog inte där speciell hänsyn till barns och ungdomars förhållanden.

Syftet med riktlinjerna är att förbättra vården för de patienter som är under 18 år och suicidnära. Riktlinjerna skall vara till nytta för barn- och ungdomspsykiatriker och andra personalgrupper inom vården, men även för andra som kommer i kontakt med psykiatrin.

Arbetsprocessen

15-17 november 2000 ägde ett seminarium rum vid Högberga på Lidingö angående vård av självmordsnära ungdomar. Seminariet gick under namnet "Det gäller livet!" Alla medlemmar i Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri hade inbjudits att delta i seminariet. Psykologer och socionomer, samt representanter med specialkunskaper i området, bjöds också in, liksom SPES, en förening för anhöriga som förlorat en nära person i självmord. Ett fyrtiotal intresserade personer deltog i seminariet, som har sammanfattats och som bildar grund för utformningen av de aktuella riktlinjerna.

Arbetsgruppen består av
Professor P.A. Rydelius, Stockholm
Professor Danuta Wasserman, Stockholm
Professor Anne-Liis von Knorring, Uppsala
Dr Gunilla Ljungman, ordförande i Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
Dr Tord Ivarsson, Göteborg
Dr Agnes Hultén, Gävle
Dr Gunilla Olsson, Västerås
Psykolog Annelie Törnblom

Arbetsgruppen planerar en intensiv vecka för att slutföra skrivandet av de nationella riktlinjerna. Dessa kommer därefter att gå ut på remiss och vara tema för Svenska Psykiatriska Föreningens vårmöte i maj 2002. Därefter följer en process av implementering på de olika klinikerna i landet. Detta kommer bl.a. att ske genom lokala och regionala utbildningar.

De nationella riktlinjerna för suicidprevention kommer att innehålla

- förhållningssätt och perspektiv på självmordshandlingar
- utredning och analys av suicidala processer och övrig psykiatri-diagnostik
- behandling
- aktiv uppföljning
- stöd och utbildning av personal
- kvalitetsutveckling.

Strävan är att dessa riktlinjer ska vara baserade på kliniska rekommendationer, som bygger på resultat från vetenskapliga studier. De aktuella riktlinjerna kommer kontinuerligt att uppdateras.

Gunilla Ljungman
gunilla.ljungman@ltvastmanland.se

Sambandet mellan självkänsla, sociala kontakter, kognitiv kompetens, fysisk träning, skolmiljöns utformning ... och depressiva problem

Docent Sven Bremberg, Statens folkhälsoinstitut, ger en kunskapsöversikt över evidensbaserad prevention av depression bland barn och ungdomar

Beräkningar av olika hälsoproblems betydelse visar att psykiska problem är den främsta orsaken till funktionsnedsättning i ålder 1-44 år. Inom denna grupp är depressioner det enskilda problem som leder till de största förlusterna av livskvalitet. Utvecklingen av psykiska problem under uppväxtåren har inte varit gynnsam. Förekomsten av depressioner har tydligt ökat under senare år och psykosomatiska besvär har ökat med 50 procent från mitten av 1980-talet till mitten av 1990-talet.

Genom att sammanställa epidemiologiska studier inom området kan man klargöra förutsättningarna för evidensbaserad befolkningsinriktad prevention av depressioner under uppväxtåren.

METOD

Evidensbaserad prevention

Ett hälsoproblem går att förebygga om man känner till den "exponering" som är påverkbar och som har väsentlig betydelse för uppkomsten av problemet. Evidensbaserade förebyggande insatser utgår från vetenskapliga undersökningar av samband mellan "exponeringar" och "utfall". En "exponering" kan vara en förebyggande insats, till exempel ett pedagogiskt program som man erbjuder barn i skolan. Det kan också vara faktorer som barn och ungdomar har tillgång till, utan att det är direkt planerat. Ett exempel är tillgång till nära kontakter med vuxna inom och utom familjen. "Utfallet" är det problem man önskar förebygga, i detta fall depression eller depressiva symtom.

I de vetenskapliga undersökningarna undersöker man samband mellan exponeringar och utfall. Om en förebyggande insats skall ha effekt måste det finnas ett orsakssamband mellan den exponering man försöker påverka och utfallet. De undersökningar som ger de säkraste beskederna om samband är utformade som experiment. Ofta går det dock inte att göra experiment. Man är då hänvisad till undersökningar med lägre säkerhet. Det är vanligt att man anger säkerheten i studier efter deras utformning.

Utfall

Det är nödvändigt att använda entydiga begrepp för att beskriva depression och depressiva symptom. De mest spridda, entydiga, begreppen utgörs av de s.k. DSM-IV diagnoserna. De individer som uppfyller alla de kriterier för depression enligt DSM-IV uppfattas ha en "klinisk depression". En annan angränsade diagnos i DSM-IV är "dystymi", förstämningssyndrom. "Depressiva symptom" uppfyller en del men inte alla kriterierna för klinisk depression. Det finns vidare en omfattande litteratur kring självmord och självmordsförsök. Eftersom det är vanligt att en individ som gör ett självmordsförsök har depressiva symptom har även självmordsförsök inkluderats i denna sammanställning. Det samlade begreppet för alla studerade utfall är "depressiva problem".

Exponeringar

Endast exponeringar i åldern 0-18 år som är möjliga att påverka har inkluderats.

Studietyper

Vanligen har endast undersökningar med måttlig eller hög säkerhet tagits med. Undantaget utgörs av studier med sociala förhållanden som exponering. Skälet är att sociala förhållanden sällan ändras snabbt. Det innebär att även om exponering och utfall är bedömda vid samma tillfälle är det mycket sannolikt att exponeringen varat under flera år dessförinnan.

Litteratursökning

Litteratur identifierades i databasen Medline.

Effektstorlek

Effektstorleken beräknades på två olika sätt beroende av vilka uppgifter som fanns tillgängliga i studien.

(1) I flera undersökningar presenterades resultat som kvot mellan exponerad och icke exponerad, s.k. oddskvot (OR). Med hjälp av denna uppgift och uppgift om hur stor andel av alla individer med depressiva problem som var exponerade kan den etiologiska fraktionen (EF) beräknas. EF är ett teoretiskt mått på hur stor del av ett problem som skulle elimineras om ingen var exponerad för en viss riskfaktor. Vid sammanräkningar av genomsnittliga resultat i flera studier har EF skattats = 0 om en enskild studie inte uppvisat ett statistiskt signifikant samband.

(2) I experimentella undersökningar anges ofta resultaten som medelvärde för poäng på använda skalor i försöks- och kontrollgrupper före och efter försöket. Det brukar också finnas uppgifter om standardavvikelse (SD). Uppgifterna gör det möjligt att beräkna skillnaden mellan försöks- och kontrollgrupper, med hänsyn tagen till skillnader före försöket, uttryckt i SD. Detta uttryck i SD är således ett mått på effekt. Ett sådan

mått är dock svårt att jämföra med EF. Vi presenterar därför också en omvandling av måttet i SD i förväntad reduktion av andel individer med problem. Vi har då antagit att problemgruppen är de 5 procent i en normalgrupp som är mest belastade, exempelvis de 5 procent som har högst poäng på en depressionskala. Med hjälp av tabeller över statistisk fördelning av t-värden har effekter uttryckta i SD omvandlats till procents reduktion av extremgruppen. Vid sammanräkningar av genomsnittliga resultat i flera studier har SD skattats = 0 om en enskild studie inte uppvisat ett statistiskt signifikant samband.

RESULTAT OCH DISKUSSION

Samband mellan coping samt kognitiv kompetens och depressiva problem

Totalt identifierades 9 studier, varav 5 med hög eller mycket hög säkerhet. Resultaten talar för att coping-förmåga ej påverkar förekomst av depressiva problem medan kognitiv kompetens reducerar sådana svårigheter. Effekten av program som tränar kognitiv förmåga avklingar med tiden, ingen studie har påvisat effekt mer än två år efter en intervention.

En finsk och en australisk studie av föräldrarådgivning i förskoleåldern har analyserats. Båda var utförda som experiment vilket medger slutsatser med hög säkerhet. Trots att insatsen genomförts enbart under förskoleåren påvisas effekt under tonåren och senare i vuxen ålder. Det är anmärkningsvärt eftersom förekomsten av problem under förskoleåldern avklingar med stigande ålder. Detta talar för att rådgivningen påverkar bakomliggande faktorer som har hög stabilitet, exempelvis föräldrarnas sätt att bemöta barnet.

Trots att insatsen genomfördes enbart under förskoleåren påvisas effekt under tonåren och senare i vuxen ålder.

I det finska försöket fick familjerna rådgivning i hemmet från psykiatrisjuksköterska. Sjuksköterskan besökte familjerna tio gånger per år från det att barnen var sex månader till de blivit fem år gamla. Rådgivningen var individualiserad och utgick från psykodynamisk utvecklingsteori. I det australiska försöket fick föräldrarna, vanligen mödrarna, upprepade 20-30 minuter långa enskilda rådgivningssamtal med en allmänläkare med särskild kunnskap om barns utveckling.

Vid beräkningarna har antagandet varit att effekten är stabil under hela åldersperioden 4-18 år. De yngsta åldrarna har exkluderats, eftersom det är svårt att fastlägga förekomst av psykiska problem bland de yngsta. Förekomsten av depressioner och depressiva symptom har i genomsnitt reducerats med 37 procent då barnen blivit 15 respektive 27 år gamla.

Samband mellan självkänsla och depressiva problem

Totalt identifierades fem studier, varav ingen med hög säkerhet. Resultaten talar för att bristande självkänsla påverkar förekomst av depressiva problem. I en av de fem studierna påvisas effekt på flickor men ej på pojkar.

Samband mellan sociala kontakter och depressiva problem:

Totalt identifierades åtta studier, varav ingen med hög säkerhet. Sambanden är oklara. De är tydligare för flickor än för pojkar. För pojkar påvisades endast samband då studien gällde kontakter med vuxna. I en undersökning påvisades samband mellan dysfori och ungdomars föreställning om kamratkontakter, medan sådant samband inte fanns med deras verkliga kamratkontakter. Flera av de refererade studierna bygger på självrapporterade uppgifter om kontakter. Föreställningarna om kontakter snarare än de verkliga kontakterna kan vara förklaring till de oklara fynden. Resultaten stämmer med vad man funnit för vuxna där betydelsen av sociala kontakter som skydd för depression bedöms som oklar.

Samband mellan socioekonomiska förhållanden och depressiva problem

Totalt identifierades åtta studier, varav ingen med hög säkerhet. Resultaten talar för att mindre gynnsamma socioekonomiska förhållanden tydligt ökar risken för depressiva problem.

Samband mellan fysisk träning, skolmiljöns utformning och depressiva problem

Resultaten talar för att fysisk träning samt en skolmiljö som stöder inlärning kan förebygga depressiva problem.

SAMMANFATTANDE DISKUSSION

Den föregående presentationen visar att det finns samband mellan ett flertal påverkbara exponeringarna och förekomsten av depressiva problem. Insatser inriktade på dessa exponeringar kan därför förebygga sådana problem. Om man väger samman uppgifter om andelen studier som visar på samband, studiernas kvalitet och effektstorlekarna talar genomgången för att följande åtgärder skulle vara de mest lovande:

- Att tillförsäkra alla barn och ungdomar goda allmänna livsvillkor.
- Strukturerad föräldrarådgivning i ålder 0-5 år.
- Kognitiv träning av ungdomar. För att effekterna skall bli bestående kan krävas att insatserna upprepas.

- Fysisk träning.
- Skolmiljö som stärker självkänsla och framgång i skolarbete.

Sven Bremberg
sven.bremberg@fhi.se

”Jag kände igen tomheten inom mig, tror jag”

Britta Alin Åkerman, Ph.D., leg. psykolog och leg. psykoterapeut, docent i pedagogik, om suicidförebyggande insatser och svenska erfarenheter av självmordsprevention för skolungdom

Självmordsfrekvensen har generellt minskat i Sverige för hela befolkningen. Självmordstalen för unga har däremot inte minskat och det finns dessvärre en risk att de kanske ökar. Ungefär 40-50 ungdomar under nitton år tar sina liv varje år. Sätter vi gränsen vid femton år är antalet ungefär fem. Även förskolebarn kan ta sina liv, även om det är mer sällsynt. De senaste åren har noterats i genomsnitt ett barn varje år.

Dessa negativa siffror har initierat NASP att utveckla två skolpreventiva program. Det ena programmet ”Mentalt förebyggande hälsovård” eller ”Livskompetens” för att användas i högstadiet och videofilmen ”Kärleken är den bästa kicken” för att användas i de sista årskurserna i högstadiet och i gymnasieskolan.

För att se om videofilmen har preventiv effekt på ungdomars suicidala handlingar har två utprovningar genomförts. Vi har studerat hur filmen kan påverka ungdomarnas självkänedom, identitet, relationer till och kommunikation med kamrater, föräldrar och andra vuxna.

Den ena utprovningen genomfördes i såväl högstadiet som gymnasiet och hade som avsikt att ge ungdomar en möjlighet att påverka innehållet i filmen. Ett stort antal blivande lärare och blivande specialpedagoger gavs även möjlighet att se den. Efter visningen fick de anonymt skriva ned reflektioner kring självmord och den egna livssituationen. Flera av dessa berättelser finns redovisade i en rapport med titeln ”Kärleken är den bästa kicken”, utgiven av NASP.

Den andra utvärderingen har genomförts i två grupper, dels den s.k. interventionsgruppen som fått se videofilmen, dels en kontrollgrupp som inte fått se den. I båda grupperna fanns med ungdomar som har försökt att ta sina liv. Djupintervjuer och olika projektiva test genomfördes i båda grupperna vid två olika tillfällen med ett års mellanrum.

Förändringar i ungdomarnas livssituation har noterats och den preventiva effekten analyserats. De två studerade grupperna var små och några statistiska redogörelser har inte gjorts. Det har istället varit en upplevelsestudie där ungdomarnas personliga livssituation, deras tankar kring barndom, uppväxt, kamrater, föräldrar och existentiella frågor har fått stort utrymme. Samtliga ungdomar har menat att filmen borde ingå som en självklar del i undervisningen såväl inom högstadiet som gymnasiet. Några av ungdomarnas reflektioner presenteras här nedan:

”Den var så bra, jag kände igen mig i flera av ungdomarna. Den filmen måste visas i skolan så att lärare kan förstå att vi är många som mår dåligt. När jag tittade på filmen tänkte jag samtidigt att det här ju har hänt mig. Dom som aldrig har tänkt på självmord eller varit i liknande situation, dom bryr sig inte. Men har man knarkat eller blivit mobbad eller haft konflikt med sina föräldrar, då förstår man sig själv mycket bättre. Jag kände ju nu att jag inte är ensam om mina upplevelser.”

En annan elev uttryckte följande:

”Det är viktigt att visa filmen, för det är viktigt att prata om självmord. Det får inte dröja för länge innan den kommer ut i skolan. Jag tyckte att den var bra för mig och det var bra att se den två gånger. Jag tror att filmen har fått mig att förstå att jag inte är ensam om mina tankar. Det finns så många andra som också har det svårt. Men jag tror att filmen skall visas för pojkar och flickor för sig. Vi tänker nog ganska olika. Men jag har förstått att jag nog behöver mer hjälp med mig själv nu när jag har sett filmen. Jag kände igen tomheten inom mig, tror jag.”

Stegen i självmordsprocessen är annorlunda hos unga jämfört med vuxna. De befinner sig ju fortfarande i en utvecklingsprocess. Att tänka på självmord och andra existentiella frågor kan sägas vara normalt under tonårsperioden. Men att omsätta dessa tankar i handlingar är aldrig en normal företeelse. Om tonåringen har dåliga erfarenheter av bärande relationer under uppväxten, blir det svårt att skapa en mognare identitet och hämta kraft och hopp inför framtiden. Studien visar tydligt att de ungdomar som tidigt har utsatts för olika trauman har en ökad skörhet. De har i större utsträckning gjort allvarliga självmordsförsök. Många invandrarelever hör till denna grupp. Deras uppväxt och erfarenheter har många gånger varit mycket negativa. Reaktionerna påverkas också om kamratrelationerna inte fungerar. Många av dessa elever tillåts inte träffa andra ungdomar utanför hemmet och upplevelsen av utsatthet och sårbarhet förvärras då.

Den utlösande faktorn i de beskrivna självmordsförsöken har ofta varit bråk med eller förlust av någon. Flick- eller pojkvännen har gjort slut. Studien visar inte om det är någon skillnad mellan pojkar och flickor, eftersom endast flickor har försökt att ta sina liv i denna studie. Det framkommer dock i samtalen att om någon av de medverkande pojkarna skulle få självmordstankar, tror de att de omedelbart skulle gå till handling och ta sitt liv. De flesta flickor har i större utsträckning talat med en kompis. De metoder som flickorna har valt är huvudsakligen tabletter och att skära sig. Att de rispar sig, säger många, beror på att den fysiska smärtan känns bättre än den rena ångesten och tomheten.

Relationsproblem i familjen, kulturskillnader, arbetslöshet, alkohol och misshandel i familjen kan också ha varit utlösande faktorer. Ökade krav på arbetsmarknaden och rädslan att förlora jobbet tycks stressa föräld-

rarna. Detta är tydligast och särskilt svårt för ensamföräldrarna. Känslan kan då uppstå hos ungdomarna att få för stort ansvar i familjen. Föräldrarna mår dåligt och den unge blir förälder till sina föräldrar. När kraven blir för stora uppkommer de självdestruktiva tankarna och handlingarna.

Nästan alla i de undersökta grupperna har tidigare varit utsatta för mobbning. Det var vanligt under mellan- och högstadietiden, medan få har blivit mobbade under gymnasiet. Känslan av utsatthet finns dock kvar och tycks ha satt mycket djupa spår hos den unge. Ibland har självmordstankarna varit en fördröjd stressreaktion. De som har blivit mobbade kan under själva mobbningstiden ha varit alltför upptagna av att hitta överlevnadsstrategier. När det blivit bättre inser de vidden av att ha blivit behandlade som de har blivit och då kan självmordstankar lätt uppstå.

Ökad sårbarhet uppstår också när det har varit mycket bråk i familjen eller vid skilsmässa, då den unge har kommit i kläm. I sådana fall har lojalitetskonflikter uppstått och resulterat i självdestruktiva tankar.

Många elever som varit inskrivna på naturvetenskapligt program har känt stora krav på att vara duktiga. De har känt en ökad press både från lärare och föräldrar. Elever med högutbildade föräldrar kan uppleva uttalade krav från föräldrarna att de måste ta gymnasiestudierna på yttersta allvar för att de sedan ska komma in på universitet eller högskola.

Nästan alla hade varit utsatta för mobbing.

Ungdomar som inte får förståelse från omgivningen eller hjälp att hantera sina svårigheter får därigenom ännu sämre självförtroende. Det är viktigt att då inte fokusera på symtomen – ont i magen, koncentrationssvårigheter, skolk m.m. – utan försöka hitta grundorsakerna till dessa symtom.

Dåliga prestationer, misslyckande, känslor av utanförskap kan bli följderna och därifrån är det inte långt till nedstämdhet, ångest och suicidala tankar. Om inte orsakerna till problemen klagas, kan varken omgivningen eller ungdomarna själva få förståelse för sina svårigheter och då kan heller inte adekvata insatser erbjudas, vilket resulterar i ännu värre psykisk ohälsa.

Några av de medverkande som inte uttryckt suicidala handlingar har säkert också förträngt sina egna känslor och sin egen ångest genom att istället engagera sig särskilt mycket i sina kamrater. De har blivit den "lilla psykologen", som alltid hjälper sin kamrat och inte ger akt på sin egen situation eller sina egna känslor. Risken är att dessa "små psykologer" kan bryta samman om de själva utsätts för en traumatiserande upplevelse. De kan därmed bli suicidala i ett senare skede.

Flickor kan vara mera sårbara än pojkar, genom att de är mer upptagna av existentiella frågor och frågor kring livets mening. Funderingarna kan lätt vändas inåt. De kan ha svårt att visa sin duktighet i skolan och känner sig därför i underläge. Pojkar känner inte i samma utsträck-

ning efter hur de mår, vilket denna studie klart har visat. Men i längden kan det omvända förhållandet uppstå. Kvinnor förefaller växa ur sin sårbarhet, möjligen på grund av bättre kommunikationsförmåga och eftersom de tidigare söker hjälp. Männens har en tendens att bli mer sårbara senare och tar också livet av sig oftare än kvinnor.

Lärare och skolpersonal, som möter elever där det tydligt märks en förändring i beteendet, måste våga fråga: hur mår du, har något hänt, är det något speciellt? Det är oerhört viktigt att nå fram så tidigt som möjligt och att tidigt upptäcka barn och ungdom i riskzonen och därmed hjälpa dem till de stödformer som finns. Många unga människor med en medfödd skörhet har en betydligt lägre stresstolerans och klarar därför inte motgångar i skolan.

Eleverna har också tydligt uttryckt sin förvåning över hur sällan lärare eller annan skolpersonal tar kontakt med dem eller föräldrarna, för att ta reda på varför de skolkar eller har hög frånvaro i skolan. Många kan säga att den första känslan är att "de lägger sig i", medan nästa känsla kommer ganska omedelbart, nämligen att "de bryr sig". Ungdomarna vill att deras känslor respekteras, men inte genom att den vuxne använder sig av ungdomens språkbruk. Känslorna respekteras heller inte om den vuxne säger sig förstå den unge för att han eller hon har känt likadant.

Ungdomens uppväxtvillkor idag kan inte jämföras med hur det var tidigare. Den största hjälpen är att lyssna och att finnas till hands. Filmen har visat sig i hög grad vara en öppning till samtal och visat att det inte är farligt att tala om självmord. Dessa samtal ger inte heller upphov till andra destruktiva handlingar. Målet med projektet är dels att på alla sätt försöka förebygga psykisk ohälsa, dels att – när den psykiska ohälsan med medföljande suicidala handlingar redan är ett faktum – man ska kunna handla på ett konstruktivt sätt. Med rätt hjälp blir driften att leva mycket större än driften att dö.

Britta Alin Åkerman
britta.alin-akerman@lhs.se

Att möta risken för suicid

Suicide attempters: Drug overdose patterns and ratings of suicidality.

Doktorsavhandling, december 2000, av *Anders Niméus*, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Lunds universitet

Omkring 20 000 suicidförsök registreras varje år i Sverige. Denna siffra borde dock sannolikt vara högre, eftersom bara de individer som kommer i kontakt med sjukvården räknas. Antalet fullbordade suicid har länge ansetts vara cirka 10 procent av dessa, d.v.s. cirka 2 000 personer per år. Sedan några år har dock detta antal gradvis sjunkit till nu cirka 1 600 personer (säkra + osäkra suicid) per år.

En känd riskfaktor för suicid är depressionssjukdom. Cirka 15 procent av patienter som någon gång haft en allvarlig depression dör slutligen i suicid. Andra psykiatriska sjukdomar som alkoholism och psykosjukdom eller en kombination av två eller flera olika psykiatriska sjukdomar, t.ex. depression och alkoholmissbruk, innebär också en hög risk för suicid. Äldre personer och män suiciderar oftare än yngre personer och kvinnor. För suicidförsök gäller det omvända, d.v.s. fler yngre och fler kvinnor gör självmordsförsök.

Att någon gång i livet ha gjort ett självmordsförsök är en av de viktigaste riskfaktorerna för suicid.

Patienterna som ingår i denna avhandling har bedömts i anslutning till en psykiatrisk undersökning efter suicidförsök vid medicinkliniken på Universitetssjukhuset i Lund. Cirka hälften av dessa patienter har, efter förbättring av sitt fysiska tillstånd, fått fortsatt psykiatrisk slutenvård vid samma sjukhus, och där företrädesvis på en suicidforskningsavdelning.

Efter inläggningen har patienter som gjort suicidförsök erbjudits att delta i ett forskningsprogram, vilket inneburit bl.a. utökad intervju med läkare. Vidare tas en mer omfattande blodprovsserie och det görs en s.k. lumbalpunktion (prov från ryggmärgsvätskan, s.k. likvorprov). Deltagande i forskningen är helt frivilligt. Den vanligaste metoden vid suicidförsök är förgiftning med olika läkemedel. I denna avhandling studeras vilka läkemedel som använts vid suicidförsök.

De vanligaste läkemedlen vid självmordsförsök är lugnande medel av typ bensodiazepiner. Även förgiftning med olika smärtstillande och antidepressiva läkemedel är vanligt. Dödliga förgiftningar har oftare inträffat med antidepressiva läkemedel av äldre typ. Receptförskrivning av dessa läkemedel är idag låg. Den stora ökningen av receptförskrivningar med antidepressiva beror framför allt på förskrivning av de nya, mindre farliga s.k. SSRI-preparaten. Ett speciellt smärtstillande läkemedel, propoxyfen, förekommer oftare vid suicid än vad

som är rimligt i förhållande till förskrivna tabletter. Svenska läkemedelsverket diskuterar därför att införa begränsande förskrivningsregler när det gäller detta läkemedel.

Att mäta (exempelvis gradera på en sifferskala) psykiatrisk sjuklighet är svårt. Olika skattningsskalor, som mäter om en patient t.ex. är svårt sjuk, används idag över hela världen och kan vara till god hjälp i kliniska bedömningar. Att försöka förutsäga risken för eventuellt framtida suicid kan vara ett användningsområde för skattningsskalor. Skattningen kan ske dels av läkaren som fyller i skattningsformuläret efter utfrågning av patienten (s.k. expertskattningsskala) och dels av patienten själv (s.k. självskattningsskala).

I denna avhandling har tre sådana skalor fyllts i för patienter efter självmordsförsök. Patienterna har sedan följts, ibland upp till tio år via olika personregister (Rättsmedicinska kliniken i Lund och Statistiska Centralbyrån i Stockholm). De som dött i suicid har registrerats. Skattning med suicidavsiktsskalan (SIS) görs direkt efter det att en patient kommit in på medicinkliniken efter suicidförsök. Skalan innehåller frågor om vilka förberedelser patienten eventuellt har gjort inför suicidförsöket och hur allvarligt menat försöket var. Ju högre poäng som patienten fått, desto allvarligare har avsikten med suicidförsöket bedömts vara. Vi finner en brytpunkt (19 poäng och mer) där risken för framtida suicid

är hög. Denna höga SIS-poäng är framför allt ett varningstecken hos patienter som är äldre än 55 år. Hos yngre patienter är SIS-skalan inte lika användbar, kanske beroende på att yngre oftare gör impulsiva suicidförsök än äldre.

Hög grad av hopplöshet har av amerikanska suicidforskare ansetts vara en farlig suicidriskfaktor vid depression och andra psykiatriska sjukdomar. Höga poäng i hopplöshetsskalan (BHS), som är en självskattningsskala, har i flera studier på patienter som inte gjort suicidförsök tidigare, visat på detta. Våra BHS-resultat, som alltså är från patienter som nyligen gjort ett suicidförsök, kan inte bekräfta detta. Vi finner istället att BHS mäter graden av depression. En tidigare föga prövad skattningsskala, suicidbedömningsskalan (SUAS) är avsedd att kunna användas vid upprepade tillfällen, t.ex. för att utvärdera behandling av patienter som löper risk att suicidera. Eftersom risken är högst inom det första året efter ett suicidförsök och sedan avklingar, så följdes patienterna i tolv månader. Oavsett ålder och diagnos, beräknades suicidrisken vara hög vid 39 SUAS-poäng eller mer.

En del av de patienter som skattats enligt SUAS hade också lämnat blod- och likvorprov, för att man skulle kunna bedöma SUAS-skattningars relation till redan kända biologiska mått på stress (DST) och suicidfarlighet (CSF-5-HIAA). De patienter som hade avvikande resultat i en kombina-

tion av dessa mått, visade sig också ha högre poäng på SUAS. I det kliniska arbetet med att bedöma en patients risk för att suicidera någon gång i framtiden, krävs att en erfaren läkare har tillgång till flera tillförlitliga metoder. En skattningsskala är ett bedömningsinstrument, men resultatet måste alltid vägas in tillsammans med alla andra kända och viktiga riskfaktorer för suicid, såsom den psykiatriska diagnosen, patientens sociala nätverk, patientens ålder, om patienten försökt suicidera tidigare o.s.v. Eftersom SUAS är en lovande riskbedömningskala, bör dess användbarhet i framtiden prövas även på patienter som inte gjort självmordsförsök tidigare, och vid upprepade tillfällen. En självskattningsskala som bygger på SUAS skall också prövas.

Anders.Nimeus

Anders.Nimeus@psykiatr.lu.se

Aspekter på självmordsbeteende hos barn och unga

Suicidal behaviour in children and adolescents in Sweden and some European countries: epidemiological and clinical aspects.

Doktorsavhandling, september 2000, av *Agnes Hultén*, Karolinska Institutet, Stockholm.

Utgångspunkten för avhandlingen har varit den empiriska observationen att självmord numera är den vanligaste dödsorsaken för unga människor i Sverige i åldern från 15 år och uppåt. För pojkar och unga män har självmord varit den ledande dödsorsaken under 1990-talet. För flickor och unga kvinnor har enbart dödlighet i tumörsjukdomar tidvis varit högre. Även i Europa är självmord vanligt bland ungdomar och den vanligaste dödsorsaken efter trafikolycksfall för unga män.

Avhandlingen innehåller en deskriptiv analys av självmordstal och självmordstrender bland olika grupper barn och ungdomar i Sverige, en kvalitativ analys (journalstudie) av problem i samband med psykiatrisk vård av självmordsnära ungdomar samt en kvantitativ analys av riskfaktorer i samband med sjukvård av ungdomar som gjort självmordsförsök.

Statistik angående fullbordade självmord har funnits tillgänglig för olika länder i Europa. Jämförbara data beträffande självmordsförsök har varit svårare att få fram på grund av olikheter i individuella forskningsprogram. Mot den bakgrunden har WHO:s europeiska arbetsgrupp initierat ett samarbetsprojekt med det övergripande syftet att förebygga självmordsbeteenden i Europa. Starten skedde 1989 med målsättningen att självmord och självmordsförsök skulle reduceras med 25 procent i Europa till år 2000.

Genom att deltagande centra använder samma definitioner, instrument och tillvägagångssätt vid registreringarna har för första gången tillräckligt omfattande, reliabla och valida epidemiologiska data kunnat erbjudas. Mellan åren 1989 och 1995 har över 20 000 individer som sökt sjukvård för självmordsförsök registrerats i multicenterstudien med ett upp-tagningsområde på 5 miljoner människor.

Syftet med avhandlingsarbetet har varit att undersöka vissa aspekter av självmord och självmordsförsök bland svenska och europeiska ungdomar. Incidens, vårdkvalitet, korrelation mellan suicidförsök och suicid samt repetitionsmönster och rekommendation till eftervård har stått i fokus.

Forskningsprojektet omfattar fem delstudier:

Delarbete 1: Kartläggning av självmordsfrekvensen hos barn och ungdom i Sverige i åldern 10-29 år under perioden 1974-1986: trender, skillnader mellan könen och självmordsmetoder, samt för ungdomar mellan 20-30 år även civilstånd (antal ogifta, gifta och skilda i gruppen jämfört med totalpopulationen). Analysen omfattade alla svenska barn och ungdomar som avlidit i självmord under de tretton åren, totalt 4 624 individer, varav ingick 3 511 säkra och 1 113 osäkra självmord.

Metod vid självmordsförsöket uppdelades efter ICD-9 klassifikation i intoxication med gas eller

flytande medel, våldsamma metoder samt icke specificerade metoder, fördelade på kön, 5-årsgrupper och totalt. Pojkar använde genomgående våldsamma metoder vid självmordet under tidsperioden, medan flickorna växlade från förgiftning under 1970-talet till våldsamma metoder under 80-talet som den vanligaste metoden.

När civilstånd (i form av antal gifta eller skilda individer) jämfördes mellan gruppen ungdomar som tagit livet av sig och motsvarande ungdomar ur totalbefolkningen, visade sig en signifikant större del av de unga män mellan 25 och 29 år som begått självmord ha varit ogifta eller skilda.

De viktigaste fynden: Linjär regressionsanalys på materialet visade ingen minskning av självmordstalen totalt sett, uppdelat på säkra och osäkra självmord, kön och 5-årsklasser. Tidigare använde sig flickor huvudsakligen av "passiva" självmordsmetoder, d.v.s. oftast förgiftning med läkemedel. Under 1980-talet sågs en förskjutning mot mer våldsamma självmordsmetoder.

Delarbete 2: Detta arbete består av en kvalitativ, retrospektiv journalstudie. Fyrtiofyra journaler granskades för 34 ungdomar, som alla fått barn- och/eller vuxenpsykiatrisk slutenvårdsbehandling, men avlidit till följd av självmord i åldern 15-24 år. Särskilt intresse har ägnats åt dokumentation angående kontinuitet i vården, suicidal kommunikation (suicidal process) och akuta stresshändelser

i anslutning till självmordet. Om sådan information fanns nedtecknad, hade då analys av självmordsrisk gjorts före dödsfallet och planerades vården utifrån dessa aspekter?

Två av 34 ungdomar avled i barnpsykiatrisk vård (15 och 16 år gamla), övriga 32 individer avled i vuxenpsykiatrisk vård. Brist på kontinuitet visade sig vara ett stort problem vid behandling av självmordsbenägna ungdomar. Särskilt inom vuxenpsykiatrisk vård hade många läkare varit inblandade i vården. Det ledde till svårigheter att rätt diagnostisera och behandla psykiatriska symtom och personlighetsstörningar och också att bedöma i vilken fas av den suicidala processen ungdomarna befann sig. I de flesta journaler fanns information om den suicidala processen nedtecknad, men suicidriskanalys saknades.

En av orsakerna till detta kan vara bristande kunskap i suicidologi. En annan orsak kan vara den stora mängd läkare som varit inblandade i bedömning och behandling, framför allt av patienter som efter 18 års ålder kom till vuxenpsykiatrin. Hälften av dessa ungdomar fick träffa mellan tio och 30 olika läkare under loppet av några år. Dessutom utgjorde överflyttningar från en vårdform till en annan ett allvarligt brott i kontinuiteten. 15 av 34 ungdomar tog sina liv antingen på vårdavdelning, vid förflyttning mellan vårdavdelningar eller inom ett dygn efter utskrivning till öppen-

vård. Förhållandevis få fick terapeutisk behandling under ett år eller mer. Akut stress eller allvarliga krissituationer fanns angivna hos 75 procent för tiden närmast före självmordet.

De viktigaste fynden: Kontinuitet i vård och behandling (läkare, psykoterapeut och teampersonal) är en viktig förutsättning för att en ung människa med personlighetsstörningar eller allvarliga psykiatriska störningar skall kunna uppnå en mer mogen, stabil relation till sig själv och andra. Bristande kontinuitet i vården försvårar förebyggande av självmord. Sammanhängande vård med personalkontinuitet borde erbjudas ungdomar upp till 25 års ålder.

Delarbete 3: Material från 15 centra i 13 länder (inklusive Sverige) under perioden 1989-1992 ingår i delarbete 3. Relationen mellan självmordsförsök och självmord bland ungdomar av båda könen i åldersgruppen 15-24 år som varit föremål för analys. Förändringar av talen för självmordsförsök tycks följas av förändringar i självmordstal för gruppen ungdomar 15-24 år.

Delarbete 4: Fokus i detta arbete har varit kartläggning av repetitionsmönstret hos ungdomar (15-19 år) som sökt sjukvård efter ett självmordsförsök. Faktorer som haft betydelse för risken att upprepa självmordsförsöket har undersökts. Enbart ungdomar som registrerats för självmordsförsök i studien när de var 15-19 år följdes upp. Totalt 1 720 ungdomar hade

gjort 1 264 självmordsförsök under den aktuella tiden, fördelningen flickor:pojkar var 2,6:1. Före indexförsöket hade 34,8 procent gjort självmordsförsök och drygt 15 procent upprepade självmordsförsöket under uppföljningstiden. Med hjälp av överlevnadsanalysteknik kunde påvisas att 24 procent av ungdomar med tidigare självmordsförsök i anamnesen upprepade försöket inom ett år, jämfört med 6,8 procent av unga som registrerats för bara ett enda försök. Risken att upprepa handlingen visades vara signifikant förhöjd, både för gruppen ungdomar som gjort tidigare självmordsförsök och för dem som använt våldsamma metoder vid indexförsöket, jämfört med övriga. Viktigaste enskilda oberoende faktorn för repetition var tidigare självmordsförsök.

De viktigaste fynden: Ungdomar som sökt sjukvård efter ett självmordsförsök har störst risk att upprepa försöket närmaste tiden efteråt. Stöd och behandling bör erbjudas under första året efter ett självmordsförsök, särskilt till personer som tidigare gjort självmordshandling och/eller använt våldsamma metoder.

Delarbete 5: I denna undersöktes i vilken utsträckning ungdomar i åldern 15-19 år rekommenderats vård efter ett självmordsförsök. Hypotesen var att pojkar rekommenderas vård i högre utsträckning än flickor p.g.a. högre risk att dö i fullbordade självmord. Unga individer som tidigare gjort själv-

mordsförsök skulle också ha ökad chans till vård, liksom individer som använt våldsamma metoder. I det stora europeiska WHO-materialet från nio centra, inräknat två från Sverige, registrerades totalt 1 540 självmordsförsök utförda av 1 294 individer under perioden 1989-1995. Analysen visade att ungdomar som tidigare gjort självmordsförsök och som använt sig av våldsamma metoder, hade signifikant högre chans att rekommenderas eftervård. Däremot förelåg ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan könen beträffande rekommenderad eftervård, även om andelen flickor som rekommenderades vård var något högre jämfört med pojkar.

De viktigaste fynden: Stora olikheter fanns mellan enskilda centra beträffande rekommenderad vård till ungdomar efter ett självmordsförsök. Uppenbarligen saknas enhetliga riktlinjer i Europa, kanske beroende på kulturella värderingar och lokala vårdtraditioner.

Konklusioner

- Erbjud snabb och aktiv uppföljning efter ett självmordsförsök om den unge gjort självmordsförsök tidigare eller självmordsmetoden som använts varit våldsam.
- Individuellt anpassad behandling och stöd bör ges till ungdomar under åtminstone ett år efter självmordsförsöket. Kontinuitet i

förhållande till läkare, terapeut och andra behandlare är betydelsefullt för självmordsbenägna ungdomar.

- Det är särskilt viktigt att erbjuda vård till pojkar och unga män som gjort självmordsförsök, eftersom den gruppen har ökad risk att dö i framtida självmord.

Agnes Hultén
agneshulten@hotmail.com

Psykologisk obduktion av äldre som tagit sitt liv

Suicide in late life. Doktorsavhandling, november 2000, av *Margda Waern*, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Göteborgs universitet

Ättestupan är en myt och har inga vetenskapliga belägg i historieforskningen. Icke desto mindre begås en fjärdedel av självmorden i vårt land av personer som är 65 år eller äldre. Självmord genom läkemedelsförgiftning minskade i alla åldersgrupper i Sverige under åren 1969 till 1996, men i mindre grad bland den äldsta gruppen.

Margda Waern, vuxenpsykiater i Göteborg fullföljer nu den vetenskapliga tradition som startade i Sverige med Jan Beskows avhand-

ling om självmord hos svenska män, och som bygger på den psykologiska obduktionen som forskningsmetod. Margda Waern har intervjuat nära anhöriga till 85 äldre (46 män och 39 kvinnor) som tagit sina liv under tiden januari 1994 till maj 1996 och jämfört dem med 153 icke suicidala kontrollpersoner med motsvarande sammansättning vad gäller kön, ålder och bostadsort.

Nästan alla åldringar som suiciderade led av en psykisk sjukdom vid självmordet (96 procent) mot 18 procent i kontrollgruppen. Förekomsten av kroppslig sjukdom, till exempel nedsatt syn och neurologiska sjukdomar, var en riskfaktor för depressiva män men ej lika påfallande för kvinnor. Relationsproblem och ensamhetskänslor var de sociala faktorer som var förknippade med ökad risk för självmord.

Cirka 50 procent av patienterna hade en pågående antidepressiv farmakologisk behandling vid tiden för självmordet och att döma av de uppmätta serumhalterna av medlet i fråga oftast i en adekvat dos. Att så många suiciderade trots insatt antidepressiv farmakologisk behandling kan tala för att andra erforderliga stödjande insatser kan ha saknats.

Hos nästan tre fjärdedelar av fallen hade de anhöriga uppfattat signaler om livsleda eller självmordsavsikt under sista levnadsåret medan drygt en tredjedel hade kommunicerat dessa suicidtankar till sin doktor. Det är

viktigt att anhöriga, läkare och övrig sjukvårdspersonal är beredda att ta upp eventuella suicidtankar till diskussion med de gamla som har en allvarlig somatisk sjukdom, inte bara vid misstanke om depression.

Det är viktigt också att ta med de anhöriga i behandlingsplaneringen i större utsträckning än idag.

Referat Benkt Åbom

Dödlighet i självmord vid schizofreni och affektiv störning

Mortality in schizophrenia and affective disorder. Doktorsavhandling, hösten 2000, av *Urban Ösby*, Karolinska Institutet

Urban Ösby har i sin doktorsavhandling undersökt dödlighet och dödsorsaker bland patienter med schizofreni och patienter med affektiva störningar i Stockholms läns landsting mellan 1978 och 1994. Baserat på olika register, visar han att patienter med dessa diagnoser har en avsevärt högre dödlighet jämfört med befolkningen i övrigt. Orsaken till detta kan vara dels deras psykiska störning, dels den livsstil som följer av sjukdomen eller vården.

I avhandlingen indelas dödsorsaken i naturlig och onaturlig död. Kroppsliga sjukdomar hör till den

första kategorin och suicid, olyckor, mord och död genom våld hör till den andra. Bland de schizofrena patienterna var dödligheten – framför allt genom suicid – 15,7 gånger högre än det statistiskt förväntade dödstalet för män och 19,7 för kvinnor. Mest ökade självmordstalet bland unga under det första året efter insjuknandet.

Bland patienter med affektiva störningar övervägde hjärt-kärlsjukdomar följt av cancer i gruppen naturlig död. I kategorin onaturliga dödsorsaker var dödstalet för suicid högst. Suicid orsakade fler dödsfall i unipolär sjukdom än i bipolär (där dödligheten i naturliga orsaker var stor). Suicidrisken för schizofrena patienter och patienter med bipolär sjukdom ökade om suicid förekommit inom familjen. För den behandlande läkaren är det här en viktig information, som vid rätt handhavande kan minska dödligheten i den utsatta gruppen.

Syskon till schizofrena patienter och till svårt deprimerade patienter uppvisade inte, om de var psykiskt friska, någon ökad dödlighet i suicid eller kroppsliga sjukdomar. Psykiskt sjuka syskon hade däremot en dödlighet som var lika hög som i de undersökta patientgrupperna.

Suicidtal i den totala befolkningen har successivt minskat under perioden och en tänkbar förklaring till detta antas vara den ökade förskrivningen av anti-depressiva medel. Under samma tid har dock självmordstalen bland schizofrena patienter och patienter

med affektiva störningar ökat.
Ösby betonar att kraftfulla suicid-
preventiva åtgärder måste riktas

mot dessa båda patientgrupper om
självordstalen skall kunna
minskas.

Referat Marianne Wahlgren

APPENDIX

Motioner till riksdagen

MOTION TILL RIKSDAGEN 2000/01: SO453 AV CRISTINA HUSMARK PEHRSSON (M) M.FL.

ÅTGÄRDER MOT SJÄLMORD

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att de av WHO utarbetade riktlinjerna omsätts till svenska förhållanden.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening att dessa riktlinjer införs i kursplanen vad gäller elevens utbildning såväl som lärarens i enlighet med vad som anförs i motionen. 1 3. 1 Yrkande 2 hänvisat till UbU.

”Live your life” Om suicidprevention och insatser för att förhindra psykisk ohälsa hos barn och ungdom. Sedan början av 1990-talet har självmorden minskat bland vuxna men inte bland barn och ungdomar. Flera enkätundersökningar i svenska skolor visar att 2-3% av pojkar och 8-9% av flickorna har försökt ta sitt liv. Omgivningen, d.v.s. föräldrar, syskon, lärare, elevvårdspersonal och kamrater vet sällan hur de skall bemöta ungdomar som mår dåligt.

Världshälsoorganisationen (WHO) har utarbetat ett dokument, ”Preventing Suicide: a resource for teachers and other school staff, 2000”, med riktlinjer kring hur självmordsprevention kan genomföras i skolorna. Ett omfattande och dokumenterat förarbete har legat till grund för utarbetandet av WHO:s riktlinjer som en del av WHO:s världsomfattande självmordspreventiva satsning.

Dokumentet innehåller såväl information om hur suicidrisk tidigt kan upptäckas bland ungdomar som konkreta handlingsplaner för lärare och elevvårdspersonal.

WHO:s riktlinjer ger struktur för hur vuxna kan handskas med dessa ångestladdade frågor.

Den svenska organisationen NASP vid Institutet för psykosocial medicin har varit samordnande och ansvarig för detta arbete. Sedan 1997 är centret ett WHO Collaborating Center. Det nationella ansvaret tillkom genom ett riksdagsbeslut 1993.

Riktlinjerna bör snarast omsättas till svenska förhållanden, förslagsvis genom att NASP får fortsatt förtroende att införliva riktlinjerna i skolväsendet samt att följa upp och utvärdera denna process.

För närvarande utarbetar också NASP metoder för att förebygga suicidala beteenden bland ungdomar. Metoden riktar sig till högstadie- och gymnasieelever. Viktiga komponenter i detta arbete är att kamratstödet ökar och att det sociala nätverket stärks. Samt att lärare får kunskap om självmordspreventiva metoder. Det har i många enkäter visat sig att endast ett fåtal elever med problem vänder sig till någon vuxen för stöd och hjälp när de har problem.

Många vuxna vågar inte heller ta ordet "själv mord" i sin mun av rädsla att provocera fram ett självmord. WHO:s riktlinjer ger en struktur för hur vuxna kan handskas med ångestladdade frågor och förhindra självmordshandlingar.

Stockholm den 2 oktober 2000

*Cristina Husmark Pehrsson (m), Inger Davidson (kd), Eva Zetterberg (v),
Birgitta Carlsson (c), Johan Pehrson (fp), Ewa Larsson (mp)*

UTDRAG UR MOTION TILL RIKSDAGEN 2000/01: SO471 AV LARS GUSTAFSSON
M.F.L. (KD)

FOLKHÄLSAN

8.5 Förebyggande av självmord

Under de senaste åren har antalet personer som avlider på grund av självmord minskat något. Antalet självmordsförsök är fortfarande stort. Självmord är den vanligaste dödsorsaken i åldersgruppen 15-44 år. Tendensen med ökad psykisk ohälsa bland ungdomar är oroande och bör uppmärksammas.

Resurser för att följa upp patienter som nyligen gjort ett självmordsförsök och de som går med självmordstankar är mycket angelägna. Självmordshandlingar har flera orsaker. Förluster av olika slag är den vanligaste utlösande faktorn. En känsla av ensamhet, hopplöshet och vilshenhet är gemensamt för de flesta som försökt ta sitt liv. Den känslan finns kvar även efter självmordsförsöket.

Efter ett misslyckat självmordsförsök uppstår ett tillstånd av skuld-känslor och besvikelse, även en rädsla inför hur omgivningen ska uppfatta det inträffade. Vårdpersonalens möjlighet att ge närhet, värme och omtanke är viktig. Anpassad utbildning av vårdpersonal liksom tid för patienten är betydelsefulla delar för en lyckad behandling. Uppföljning med återkommande kontakter är avgörande för att motverka att självmordsförsök upprepas.

Vi kristdemokrater anser att det förebyggande arbetet även på detta område ska inriktas på att människor inte hamnar i denna krissituation. Människors behov av gemenskap, närhet och sammanhang kan inte ersättas av samhällsinsatser. Små, nära gemenskaper där människor kan leva i trygghet, värme och tillit verkar förebyggande och motverkar risken, särskilt i tonåren, att fastna i en upplevelse av utanförskap och meningslöshet, som kan utgöra grogrund för självmordstankar. Nationella rådet för självmordsprevention har tagit fram ett program för att motverka självmord. Vi kristdemokrater anser att programmet ska få nationell status.

Stockholm den 5 oktober 2000

Lars Gustafsson (kd), Inger Davidsson (kd), Yvonne Andersson (kd), Magda Ayoub (kd), Sven Brus (kd), Rose-Marie Frebran (kd), Ulla-Britt Hagström (kd), Helena Höij (kd), Dan Kihlström (kd), Kenneth Lantz (kd), Maria Larsson (kd), Ester Lindstedt-Staaf (kd), Chatrine Pålsson (kd), Fanny Rizell (kd), Rosita Runegrund (kd), Ingvar Svensson (kd), Gunilla Tjernberg (kd), Erling Wälivaara (kd)

UTDRAG UR MOTION TILL RIKSDAGEN 1999/2000: SO493 AV LARS GUSTAFSSON M.FL. (KD)

FÖREBYGGANDE AV SJÄLVMORD

Själv mord är den vanligaste dödsorsaken i åldersgruppen 15-44 år. Personer som gjort ett första självmordsförsök löper en mångfaldigt högre risk än andra att senare avlida på grund av självmord. På senare år har en nedgång i antalet avlidna på grund av självmord konstaterats. Trots detta är självmord den näst största dödsorsaken efter cancer.

Det faller sig helt naturligt att problemet särskilt uppmärksammas inom folkhälsoarbetet. Resurser till att följa upp patienter, som nyligen gjort ett självmordsförsök och de som går med självmordstankar eller av andra skäl bedöms vara i riskzonen, är mycket angelägna. Orsaker till självmordshandlingar är flera, ofta är de en utväg ur en situation som upplevs som helt hopplös. Förluster av olika slag är den vanligaste utlösande faktorn. En känsla av ensamhet, hopplöshet och vilshenhet är gemensamt för de flesta som gör självmordsförsök. Den känslan finns kvar även efter självmordsförsöket. Tillståndet efter ett misslyckat självmordsförsök förvärras av känslor av besvikelse, skuld och rädsla för hur omgivningen ska uppfatta det inträffade. Vårdpersonalens uppgift att ge närhet, värme och omtanke kan inte nog betonas. Välanpassad utbildning av vårdperso-

nal och tid för patienten är väsentliga inslag för en lyckad behandling. En ordentlig uppföljning med återkommande kontakter är avgörande för att förebygga att självmordsförsök upprepas.

Det förebyggande arbetet måste inriktas på att motverka att personer hamnar i denna krissituation. Vi kristdemokrater vill betona människors behov av sammanhang, närhet och identifikation. Behovet av små nära gemenskaper där människor kan växa upp i trygghet, värme och tillit verkar förebyggande och motverkar risken, särskilt i tonåren, att fastna i känslor av utanförskap och meningslöshet, som kan utgöra grogrund för självmordstankar.

För många av Sveriges kommuner har bristen på ekonomiska resurser medfört ekonomiska omprioriteringar. Antalet kuratorer och skolpsykologer har reducerats samtidigt som behoven av någon att samtala med ökat. Konsekvensen har blivit att belastningen på de psykiatriska mottagningarna för barn och ungdomar ökat. Brist på psykologer och psykiatriker samt otillsatta tjänster bidrar till att öka köerna och förvärra patientens tillstånd.

I Nationella rådet för självmordsprevention ingår Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska kyrkan m.fl. Rådet har tagit fram ett program för självmordsprevention. Vi kristdemokrater anser att programmet ska få nationell status och därför bör antas av riksdagen.

Stockholm den 5 oktober 1999

Lars Gustafsson (kd), Inger Davidson (kd), Chatrine Pålsson (kd), Maj-Britt Wallhorn (kd), Rosita Runegrund (kd), Rose-Marie Frebran (kd), Fanny Rizell (kd), Kenneth Lantz (kd), Ester Lindstedt-Staaf (kd), Dan Kihlström (kd), Gunilla Tjernberg (kd), Ingvar Svensson (kd), Yvonne Andersson (kd), Erling Wälivaara (kd), Desirée Pethrus Engström (kd), Ulla-Britt Hagström (kd)

MOTION TILL RIKSDAGEN 1999/2000: SO384 AV TUVE SKÅNBERG (KD) OCH ROLF ÅBJÖRNSSON (KD)

SJÄLVMORD BLAND BARN OCH UNGDOMAR

Något av det svåraste som kan drabba en förälder eller ett syskon är när ett barn dör. Något av det allra svåraste att bearbeta och leva vidare med är om barnet eller ungdomen har tagit sitt eget liv. En allvarlig varnings-signal på barns och ungdomars utsatthet är den höga frekvensen av självmord och självmordsförsök bland barn och unga i Sverige. Under 15 års ålder begår ungefär 5 barn i Sverige självmord varje år, övervägande pojkar. I åldern 15-19 år är det ungefär 50, i åldern 20-24 år ungefär 130,

som tar sitt eget liv. Då är medräknat både de fall där man säkert vet att det varit fråga om självmord och de fall där det råder någon oklarhet.

Totalt ca 2 000 människor dör i självmord varje år. Av dessa är nästan 20% under 30 år. Självmord är nu den vanligaste dödsorsaken bland pojkar och unga män i åldern 15-29 år, till och med vanligare än död i trafikolyckor.

Förutom självmorden måste man räkna självmordsförsöken. I enkätundersökningar bland skolungdomar i Sverige har 3-8% rapporterat att de någon gång gjort självmordsförsök. Om man räknar med "självskadande handlingar" blir siffrorna ändå högre. Socialstyrelsens enkät från 1991 visade att så många som 9% av 2 000 ungdomar födda 1973 någon gång utfört självdestruktiva handlingar och avsiktligt gjort sig själva illa.

Sverige har länge haft en oförändrad och hög frekvens av självmord bland ungdom. Det rapporteras nu från flera västeuropeiska länder om en markant ökning av antalet självmord bland ungdom. Norge har under de senaste 20 åren fått en femfaldig ökning av självmord i åldern 15-24 år, och ligger nu på samma höga nivå som Sverige och Danmark. Finland har också haft en ökning av självmord hos pojkar och unga män i dessa åldrar och har nu Europas högsta självmordstal för dessa grupper. Även i länder som Irland och Belgien har skett en ökning, och i USA har ökningen av ungdomssjälvmord ökat så kraftigt att man där talat om en självmords-epidemi. Där har självmord blivit den ledande dödsorsaken efter mord och dråp hos pojkar och unga män i åldern 15-24 år.

Samhället har satsat mycket och effektivt på medicinsk hjälp under perioden då barn är nyfödda. Det har också gjorts stora insatser då det gäller exempelvis trafiksäkerheten för barn. Ett sådant exempel är att landstingen gratis lånat ut bilbarnstolar under det första levnadsåret. Trafiksäkerhetsutbildning på skoltid är ett annat. Nu måste också resurser satsas för att få ned antalet självmord.

Docent Jan Beskow skriver i Forskningsrådsnämndens rapport 95:4 "Rätt till liv, lust till liv - Om självmordsbeteende bland barn och ungdomar" mycket träffande: Det borde vara ett minimimål för självmordsprevention att förhindra alla självmord före 18 års ålder. Människan föds utan eget val in i en psykologisk och social verklighet som blir avgörande för hennes vidare utveckling. Det är vårt ansvar som vuxna att den åtminstone blir uthärdbar för henne. Inte i någon annan ålder framstår självmordet som så tydlig och så smärtsam samhällskritik. Behovet av självmordsförebyggande arbete blir moraliskt påträngande.

Mot denna bakgrund måste det ses som oerhört angeläget att ge Folkhälsoinstitutet i uppdrag att sammanställa en nationell handlingsplan för att förebygga självdestruktiva handlingar och självmord bland i synnerhet barn och unga.

Hemställan. Med hänvisning till det anförda hemställs att riksdagen hos regeringen begär förslag till en nationell handlingsplan för att förebygga självdestruktiva handlingar och självmord bland barn och ungdomar.

Stockholm den 4 oktober 1999

Tuве Skånberg (kd), Rolf Åbjörnsson (kd)

KONFERENSDELTAGARE

Hellner, Elisabeth	Ungdomsmott	ALINGSÅS
Solbreck, Margareta	BUP-mott	ALINGSÅS
Björling, Thomas	Arvika sjh, Psyk klin	ARVIKA
Johansson, Lotta	Arvika Sjh, Dagavd. psyk	ARVIKA
Asp, Anna-Carin	Sunderby Sjh, BUP	BODEN
Heldt, Jan	Borås lasarett, BUP-klin	BORÅS
Sjöblom, Birgitta	Borås lasarett, BUP-klin	BORÅS
Sparavec, Margareta	Borås lasarett, BUP-klin	BORÅS
Detlefsen, Catharina	SPES	BRO
Freij, Anna	Psyk klin	EKSJÖ
Isaksson, Sonny	Psyk klin	EKSJÖ
Wallin, Mikael	Psyk klin	EKSJÖ
Andersson, Cecilia	Enköpings socialförvaltn, Barn & Ungdomssekt	ENKÖPING
Andersson, Marita	Enköpings socialförvaltn, Barn & ungdomssekt	ENKÖPING
Jidetorp, Annica	Enköpings socialförvaltn, Behandl.hemmet Mossen	ENKÖPING
Norman, Margareta	BUP, Öv-mott	ENKÖPING
Nyberg, Ann-Marie	UAS, BUP-mott	ENKÖPING
Näsström, Åke	Enköpings socialförvaltn, Barn & Ungdomssekt	ENKÖPING
Orlov-Hellström, Lena	Enköpings Socialförvaltn, Behandl.hemmet Mossen	ENKÖPING
Riesten, Maud	Skolförvaltn, Stöd- och Resursenheten	ENKÖPING
Winqvist, Terés	UAS, BUP-mott	ENKÖPING
Blomqvist, Nadja	Mälarsjh, BUP	ESKILSTUNA
Falk, Anders	Mälarsjh, BUP	ESKILSTUNA
Granroth, Katarina	Mälarsjh, BUP	ESKILSTUNA
Höglund, Ann-Christine	Mälarsjh, BUP	ESKILSTUNA
Janzén, Monica	Mälarsjh, BUP	ESKILSTUNA
Enochsson, Sylvia	Falu Psyk Sektor	FALUN
Lindström, Åsa	Falu Psyk sektor	FALUN
Paperin, Christina	Falu Lasarett, BUP	FALUN
Göthe, Gunilla	SPES	GUSTAVSBERG
Wikström, Ann-Christine	Gällivare Kommun, Hälsorådet	GÄLLIVARE
Bladini Amborn, Eva	Länssjh, Psyk klin	GÄVLE
Hultén, Agnes	Länssjh, BUP-mott	GÄVLE
Wejbro, Yvonne	Länssjh, Psyk klin	GÄVLE
Blom, Ingvor	Västsvenska nätverket	GÖTEBORG
Ekbom Johansson, Pia	Folkhälsokom Kansli	GÖTEBORG
Fors, Zelma	Västsvenska nätverket	GÖTEBORG

Molander, Ingrid	SDF Örgryte Göteborgs kommun, Ungdomsmott Redbergsplatsen	GÖTEBORG
Waern, Margda	Sahlgrenska universitetssjh, Inst för klinisk neurovetenskap	GÖTEBORG
Wennblom, Monica	Primärvården	GÖTEBORG
Jarbin, Håkan	Länssjh, BUP	HALMSTAD
Dahllöf, Barbro	Psyk klin	HELSINGBORG
Ferencz, Katalin	Psyk klin, Sektion syd	HELSINGBORG
Larsson, Evalotta	Psyk klin, Sektion syd	HELSINGBORG
Carlstrand, Margaretha	Kristinebo behandl.hem	HUDIKSVALL
Åbom, Benkt	NASP	HUDIKSVALL
Lundgren, Hedvig	Psyk klin	HÄSSLEHOLM
Svensson, Ingvar	Psyk klin	HÄSSLEHOLM
Eklund, Gun	Länssjh Ryhov, Psyk akutmott	JÖNKÖPING
Ferm, Margit	SPES	JÖNKÖPING
Petersson, Annika	Länssjh Ryhov, Psyk klin	JÖNKÖPING
Marklund, S-O	SPES	KALVTRÄSK
André, Anders	Folkhälsan Värmland	KARLSTAD
Ramfeldt, Ylva	Centralsjh, BUP	KARLSTAD
Olsson, Gunilla		KNIVSTA
Engfors, Jeannette	Psyk Hässleholm, Piva	KRISTIANSTAD
Hallkvist, Annelie	BUP	KRISTIANSTAD
Smids, Mait	Centralsjh, Psyk klin	KRISTIANSTAD
Törnquist, Lennart	Sjh Hässleholm/ Kristianstad, Centralsjh	KRISTIANSTAD
Aronsson, Inger	FALK, Folkhälsa/ samverkan	KUNGÄLV
Beskow, Jan	Centrum för Cognitiv Psykoterapi	KUNGÄLV
Bodving, Doris	Primärvården, Distrikt	KUNGÄLV
Helsing, Lena	Skolhälsovården, Barn och Utbildning	KUNGÄLV
Jensen, Maria	FALK, Gymnasieförvalt, Skolhälsovården	KUNGÄLV
Rutz, Wolfgang	WHO, Regional office for Europe	KÖPENHAMN
Hencz, Marita	BUP, Lidingö	LIDINGÖ
Singh, Xenia	BUP, Lidingö	LIDINGÖ
Sundblad-André, Birgit	BUP, Västra distriktet	LIDKÖPING
Detlefsen, Susanna	SPES	LINKÖPING
Niméus, Anders	Universitetssjh, Inst för klinisk neurovetenskap	LUND

Lindström, Annelie	BUP-mott	LYCKSELE
Göransson, Tina	Malmö allmänna sjh, BUP's vårdavd	MALMÖ
Magnusson, Anette	Universitetssjh i Malmö, BUP's vårdavd	MALMÖ
Wagner, Maria	Universitetssjh, BUP	MALMÖ
Olsson Bergholtz, Gunnel	Psyk sektorn, Norra Dalarna	MORA
Skoglund Hassis, Inger	Landstinget i Dalarna, Hälso- och sjukvårds- kansliet	MORA
Skogström, Majken	Landstinget Dalarna, BUP-mott	MORA
Pettersson, Urban	Motala BUP AB, Barn och Ungdomspsyk	MOTALA
Gode, Gunilla	Vuxenpsyk i Nacka, Samarbetsprojekt Unga Vuxna	NACKA
Granath, Nina M	Nacka kommun, Miljö- och samhällsplanering	NACKA
Detlefsen, Icka	SPES	NORRKÖPING
Lönegren, Anna	BUP	NORRKÖPING
Widén, Lars	BUP Vrinnevisjh	NORRKÖPING
Bromander, Solveig	Norrtälje BUP-mott	NORRTÄLJE
Hedin Livstedt, Margith	Norrtälje BUP-mott	NORRTÄLJE
Palmstierna, Kule	Norrtälje BUP	NORRTÄLJE
Nylander, Leif	BUP-mott/Samtals- centrum Unga Vuxna	NYKÖPING
Thieme, Ursula	SPES/NASP	NYKÖPING
Forsberg, Carina	Psyk klin	NÄSSJÖ
Granath, Lili	Psyk klin	NÄSSJÖ
Ördén, Sophia	Desiderata	OXELÖSUND
Andersson, Mona	Hälso- och sjukvårds- nämnden	SKELLEFTEÅ
Berggren, Boel	Hälso- och sjukvårds- nämnden	SKELLEFTEÅ
Örjansson, Anitha	Södra Älvsborgs sjh, BUP-mott	SKENE
Axelsson, Ronny	BUP	SKÖVDE
Hammar, Anita	BUP, Skövdemott	SKÖVDE
Midborg, Eine	BUP, avd 17	SKÖVDE
Wallbom, Ann	BUP, S:ta Helenamott	SKÖVDE
Wallin, Mikael	BUP, avd 17	SKÖVDE
Önnefors, Börge	Skaraborgs sjh, Akutmott	SKÖVDE
Gordh-Humlesjö, Elisabet	Sollefteå sjh, BUP	SOLLEFTEÅ

Lundström, Gunilla	BUP-mott	SOLLEFTEÅ
Akermo, Ulf	Utbildningsradion	STOCKHOLM
Alin Åkerman, Brita	NASP	STOCKHOLM
Arvidsson, Ewa	Skolverket, Rektors- utbildning	STOCKHOLM
Bremberg, Sven	Folkhälsoinstitutet	STOCKHOLM
Cheng, Qi	NASP	STOCKHOLM
Ekselius, Eva	NASP	STOCKHOLM
Estari, Julia	NASP	STOCKHOLM
Ferrada-Noli, Marcello	Högskolan i Gävle/ Karolinska Institutet, Avd för socialmedicin	STOCKHOLM
Frisén-Andersson, Birgit	NASP	STOCKHOLM
Geijer, Thomas	NASP	STOCKHOLM
Hellgren, Lars	Socialstyrelsen	STOCKHOLM
Hildingsdotter-Bengtsson, E	NASP	STOCKHOLM
Holmer, Birgitta	SPES	STOCKHOLM
Holmer, Lars	SPES	STOCKHOLM
Husmark Pehrsson, C	Riksdagen	STOCKHOLM
Jakobsson, Einar	SPES	STOCKHOLM
Jarrick, Arne	Stockholms Universitet, Historiska institutionen	STOCKHOLM
Jiang, Guo-Xin	NASP	STOCKHOLM
Ramberg, Inga-Lill	NASP	STOCKHOLM
Ringskog, Susanne	NASP	STOCKHOLM
Titelman, David	NASP	STOCKHOLM
Wasserman, Danuta	NASP	STOCKHOLM
Wasserman, Eva	NASP	STOCKHOLM
Zetterlund, Gunilla	SPES	STOCKHOLM
Ågren, Gunnar	Folkhälsoinstitutet	STOCKHOLM
Eriksson, Christina	Sundsvalls sjh, BUP-klin	SUNDSVALL
Sandström, Karin	Sundsvalls sjh, BUP-klin	SUNDSVALL
Varkonyi, Valeria	Sundsvalls sjh, BUP-klin	SUNDSVALL
Norberg, Ing-Marie	Psyk mott	SÄFFLE
Thoren, Lena	Psyk mott	SÄFFLE
Donnerdal, Lisa	Västsvenska nätverket	SÄVEDALEN
Ling, Birgitta	Hälsinglands sjh, BUP-mott	SÖDERHAMN
Präntare, Elisabeth	Hälsinglands sjh, BUP-mott	SÖDERHAMN
Westerlund, Göran	Söderhamns kommun	SÖDERHAMN
Castenvik, Ulla	Södertälje kommun, Kommunledn.kontoret	SÖDERTÄLJE
Hanzon, Grels	Södertälje sjh, Psyk	SÖDERTÄLJE
Talseth, Anne Grethe	Högskolan i Tromsö, Avd, Helsefage MH-Bygget	TROMSÖ

Hjelmeland, Heidi	Det regionale resurssenter for selvmordsforsk og forebygging, Helseregion Midt-Norge	TRONDHEIM TRÅNGSUND
Stråte Hiltonen, Pirjo Johansson, Lotta	SPES Tingsholmsgymnasiet, Elevvården	ULRICEHAMN
Lindström, Pia	Tingsholmsgymnasiet, Elevvården	ULRICEHAMN
Bylund, Inga-Britt	BUP Umeå, Team 1	UMEÅ
Holmgren, Sigrid	Psyk klin öv-team Syd	UMEÅ
Jonsson, Margareta	BUP, Umeå, Team 1	UMEÅ
Lindgren, Christian	BUP, Umeå, Team 1	UMEÅ
Lindgren, Helèn		UMEÅ
Lindgren, Sibylla	Universitetssjh, BUP-klin	UMEÅ
Salander Renberg, Ellinor	Universitetssjh, Psyk klin	UMEÅ
Midflo, Jane	Västsvenska nätverket	UPPHÄRAD
Ezpeleta, Susana	BUP (öv)	UPPSALA
Fock, Gunnel	BUP-mott Svart- bäckens VC	UPPSALA
Haglund, Ann-Cathrine	Länsstyrelsen	UPPSALA
Hård-Wallenqvist, Berit	BUP	UPPSALA
von Knorring, Anne-Liis	UAS, BUP	UPPSALA
Knutsson-Medin, Lena	UAS, Allm psyk klin	UPPSALA
Lindholm, Eva	Socialförvaltningen, Skolhälsovården	UPPSALA
Ollén, Thérèse	Medikament	UPPSALA
Trost von Werder, A-C	UAS, Allm psyk klin	UPPSALA
Westermarck, Bengt	Uppsala Universitet, Inst för genetik och patologi	UPPSALA
Gerle, Mårten	Region Skåne	VADSTENA
Herkendell, Anna	Visby lasarett, BUP	VISBY
Mattsson, Inger	Visby lasarett, BUP	VISBY
Erikson, Martin	Avd 93, PIVA, Ing 29	VÄSTERÅS
Gevert, Linda	Avd 93, PIVA, Ing 29	VÄSTERÅS
Lindbäck, Maud	Psyk mott	VÄSTERÅS
Ljungman, Gunilla	Centrallasarettet, BUP-mott	VÄSTERÅS
Sjöborg, Elisabeth	Centrallasarettet, BE baspsyk	VÄSTERÅS
Sonnby Pilz, Karin	BUP	VÄSTERÅS
Ulvede, Kicki	Avd 93, PIVA, Ing 29	VÄSTERÅS
Berg, Katarina	BUP	VÄXJÖ
Carlsson, Christina	BUP	VÄXJÖ
Beckman, Lena	Psyk klin, Team II	ÄNGELHOLM

Tholén, Gunnel

Karvonen, Anneli

Söderström, Laila

Knuting, Jim

Regionsjh Örebro,

BUP

BUP-mott

BUP-mott

Wargentinskolan

ÖREBRO

ÖRNSKÖLDSVIK

ÖRNSKÖLDSVIK

ÖSTERSUND

Dina synpunkter

Med hjälp av dina och andra läsaers synpunkter får vi på Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa möjligheter att utifrån olika erfarenheter inom arbetet med självmordsnära personer utveckla och förbättra kommande rapporter för att bättre tillgodose de förutsättningar som krävs för ett framgångsrikt självmordsförebyggande arbete.

Ta gärna kontakt med:

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa
Box 230

171 77 Stockholm

tfn: 08 - 728 70 26

fax: 08 - 30 64 39

e-post: suicid.forskning@ipm.ki.se

Utgivna rapporter

- 1/95 Självmord i Stockholm 1986-90. Kartläggning av självmorden i Stockholms läns sjukvårdsområden och psykiatriska sektorer
- 1/97 Självmordspatient på psykiatrisk klinik
- 2/97 Självmordstankar bland sjuksköterskor i Sverige
- 1/98 Suicidriskbedömning
- 1/99 Den första nationella nätverkskonferensen i självmordsprevention
- 2/99 Future risk after an attempted suicide
- 1/00 "Kärleken är den bästa kicken"
- 2/00 Den andra nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention
- 3/00 Att påskynda livets slut. Historik, forskning och aktuell svensk och internationell debatt om eutanasi
- 4/00 Hasening the end of life. History, research and current Swedish and international debate on the issue of euthanasia
- 5/00 Literature review: relationship between cholesterol and suicide
- 1/01 Guidelines for suicide prevention in schools
- 1/02 Den tredje nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention - barn och ungdomar

Gröna serien

- Kristeamkris – ett mini-projekt. Debriefing och retrospektiva genomgångar på psykiatrisk öppenvårdsmottagning: Erfarenheter vid implementering
- Könsparadoxen – varför tar dubbelt så många män som kvinnor sina liv, samtidigt som det är flest kvinnor som är deprimerade?
- Suicide among the elderly in Sweden