

2000
Rapport nr 2

DEN ANDRA NATIONELLA NÄTVERKSKONFERENSEN OM SJÄLMORDSPREVENTION



Att satsa på psykisk hälsa
- förebygga självmord och självmordsförsök

© NASP – 2000, andra översedda upplagan 2004
Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och
prevention av psykisk ohälsa
Box 230
171 77 Stockholm

Tfn: 08-524 870 26
E-post: suicid.forskning@ipm.ki.se

Tryckeri: Graphium Ljunglöfs AB, Stockholm
ISBN: 91-972520-7-7
ISSN: 1400-3023

Att satsa på psykisk hälsa - förebygga självmord och självmordsförsök

Rapportserie från Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning
och prevention av psykisk ohälsa

Den andra nationella nätverkskonferensen
om självmordsprevention

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	6
PROGRAM	8
FOLKHÄLSOMÅL OCH SJÄLMORDSPREVENTION	10
<i>Margareta Persson</i>	
WHO'S VISIONER FÖR SJÄLMORDSPREVENTION I EUROPAREGIONEN	18
<i>Wolfgang Rutz</i>	
DEN NATIONELLA STRATEGIN FÖR SJÄLMORDS- FÖREBYGGANDE ARBETE	29
<i>Danuta Wasserman</i>	
BARNETS UPPLEVELSER EFTER EN FÖRÄLDERS SJÄLMORD	39
<i>Billy Ehn</i>	
SEMINARIUM I: ANHÖRIGA	47
1. SPES - organisationen	47
<i>Sven-Olof Marklund, Margit Ferm</i>	
2. Källan - gruppverksamhet för barn och ungdomar vars föräldrar har en psykisk sjukdom	49
<i>Göran Granath</i>	
3. Anhörigintervjuer - studie i Västerbotten	51
<i>Lennart Gustafsson</i>	
SEMINARIUM II: ÄLDRE	54
1. Varför begår äldre självmord? - Erfarenheter från anhörig- intervjuer	54
<i>Margda Waern</i>	
2. Självmord med läkemedel hos äldre	58
<i>Anders Carlsten</i>	
3. Ångest och depression bland äldre - epidemiologi	63
<i>Lena Larsson</i>	
4. Möten med äldre självmordsnära patienter	65
<i>Barbro Nordqvist-Karlsson</i>	
SEMINARIUM III: PRIMÄRPREVENTION	66
1. Om prevention av självmord och självdestruktivt beteende ...	66
<i>Lars Jacobsson</i>	

2. Kärleken är den bästa kicken - erfarenheter från utvärderingen av filmprojektet 69
Britta Ahlin Åkerman
3. Kriterier för "En säker och Trygg Kommun" relaterat till Arjeplog. En tvärssektoriell grupp ansvarar för det olycksförebyggande arbetet 72
Bo Henricson
4. Vägverket, kommun och landsting i självmordsförebyggande samverkan 79
Gunn Looström

- SEMINARIUM IV: ATTITYDER TILL SJÄLMORDSNÄRA PATIENTER HOS SJUKVÅRDSPERSONAL 85
1. Synen på arbetet med självmordsnära patienter 85
Inga-Lill Ramberg
 2. Livssyn och attityder till suicid hos läkarstuderande 93
Ulla Wallin och Bo Runeson

- SEMINARIUM V: SJÄLMORDSPROBLEMET BLAND BARN OCH UNGDOMAR 100
1. Om självmordstankar och självmordshandlingar bland barn och ungdomar 100
Agnes Hultén
 2. En förälder har gjort ett självmordsförsök - om samarbetet mellan barn- och vuxenpsykiatri 104
Kati Falk
 3. Intoxikationer i suicidsyfte hos barn 10-15 år 111
Gunnar Olsson och Birgit Netzler
 4. Posterpresentation om "Råd och anvisningar till sjukvårdspersonal som vårdar självmordsnära barn och ungdomar" 116
Birgit Frisé-Andersson
 5. Att umgås med självmordstankar. En personlig berättelse. 116
Elin Lindh
 6. Antidepressiva läkemedels roll i suicidpreventionen 123
Svante Henriksson
 7. Suicidpreventivt arbete på en psykiatrisk klinik 128
Ann-Charlotte Åberg
 8. Sjukvårdens roll i självmordspreventionen 134
Nina Rehnqvist

- AKTUELL FORSKNING; FOLKHÄLSOASPEKTER I AKTUELLA AVHANDLINGAR 142
1. Perspectives on the Suicide Problem. From Attitudes to Completed Suicide 142
Ellinor Salander Renberg

2 Migration, Mental Health and Suicide. An Epidemiological, Psychiatric and Cross-Cultural Study	147
<i>Leena Maria Johansson</i>	
3. Ungdomar och depression	150
<i>Gunilla Olsson</i>	
4. Men ingen älskar mig. En deskriptiv studie av självmord i Norrland	157
<i>Lennart Gustafsson</i>	
5. Persons who Attempt Suicide - Social Characteristics, Social Network and Signifikant Others	160
<i>Ulla Magne Ingvar</i>	
6. Självmordsbeteende i relation till födelseårstiden: neurobiologiska och epidemiologiska studier	164
<i>Jayanti Chotai</i>	
SJÄLVMORDET SOM SYMBOL FÖR DEN YTTERSTA FRIHETEN	
1. Några humanistiska perspektiv	169
<i>Jan Beskow</i>	
2. Ett folkhälsoperspektiv på självmordsprevention	179
<i>Jan Thorson</i>	
REFLEKTIONER KRING OCH UPPSUMMERING AV KONFERENSEN	
<i>Danuta Wasserman</i>	186
SEMINARIUM I: ATTITYDER TILL SJÄLVMORDSNÄRA PATIENTER HOS SJUKVÅRDSPERSONAL	
<i>Inga-Lill Ramberg</i>	189
SEMINARIUM II: SJÄLVMORDSPROBLEM BLAND BARN OCH UNGDOMAR	
<i>Agnes Hultén</i>	190
SEMINARIUM III: ANHÖRIGA	
<i>Margit Ferm</i>	192
SEMINARIUM IV: ÄLDRE	
<i>Margda Waern</i>	193
SEMINARIUM V: PRIMÄRPREVENTION	
<i>Ellinor Salander Renberg</i>	195
KONFERENSDELTAGARE	197

FÖRORD

Självordsförsök och fullbordade självmord utgör slutstegen i en process som har sin utgångspunkt i psykisk ohälsa. Världshälsoorganisationen (WHO) ser psykisk ohälsa som framtidens största hälsoproblem och högprioriterar förebyggande åtgärder kring depressioner, alkoholmissbruk och självmord.

Enligt den senast tillgängliga statistiken från Statistiska centralbyrån (SCB) avled 1200 människor år 1997 till följd av självmord i Sverige. I ytterligare 326 dödsfall råder osäkerhet om huruvida dödsorsaken var självmord eller olyckshändelse.

Självord utgör, trots den minskning som skett sedan slutet av 70-talet, den vanligaste dödsorsaken i åldersgruppen 15-44 år för män, och för kvinnor i samma ålder dödsorsak nummer två efter död i tumörersjukdomar. Vi har således ett angeläget arbete med att minska antalet självmord i Sverige framför oss.

Sedan 1976, då pionjären docent Ruth Ettliger lade fram en motion i Stockholms läns landsting om att starta självmordsförebyggande åtgärder, har kunskapsnivån höjts och det självmordspreventiva arbetet kontinuerligt vuxit.

1993 startade Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa sin verksamhet vid Statens institut för psykosocial medicin och Stockholms läns landsting. Centrumet har ett nationellt och regionalt ansvar för att arbeta med kunskapsinsamling och kunskapsförmedling samt för att initiera och bedriva forsknings- och utvecklingsprojekt som främjar självmordsförebyggande åtgärder. Det nationella ansvaret tillkom genom ett riksdagsbeslut 1993.

1997 ägde den första nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention rum och då startade också de sex regionala suicidpreventiva nätverk som finns i vart och ett av de sex sjukvårdsregionerna i Sverige.

Genom nätverksarbete, informations- och kunskapsutbyte nationellt och internationellt, genom utbildning och genom forskning vidgas ständigt kompetensen för suicidprevention i landet. Föreliggande rapport från den

andra nationella självmordsförebyggande konferensen i Umeå återspeglar mångfalden och den höga aktivitetsgraden i dessa ansträngningar. Inom nätverken förekommer okonventionella och tvärsektoriella samarbetsformer. Sex nya doktorsavhandlingar i ämnet har tillkommit sedan den första nationella konferensen.

Föreliggande rapport från den andra nationella nätverkskonferensen i Umeå visar på en idérikedom, en mångfald och en arbetsvilja hos de många delegaterna som samtidigt reflekterar en gemensam kraft och styrka som ger gott hopp inför framtiden. Självmordsprevention lönar sig.

Danuta Wasserman

professor i psykiatri och suicidologi vid Statens institut för psykosocial medicin/Karolinska institutet och chef för Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

PROGRAM

Torsdagen den 23 september 1999
Moderator: Professor Lars Jacobsson

- 09.15 **Registrering/välkomstkaffe**
- 09.50 **Välkomna till Västerbotten**
- 10.00 **Folkhälsomål och självmordsprevention**
Margareta Persson, riksdagsledamot, ordförande i Nationella Folkhälsokommittén, Stockholm
- WHO's visioner för självmordsprevention**
Wolfgang Rutz, Regional Adviser in Mental Health, WHO, Köpenhamn
- Den nationella strategin för självmordsförebyggande arbete**
Danuta Wasserman, professor, Nationellt och Stockholms läns landsting centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Stockholm
- 11.20 **Barnets upplevelser efter en förälders självmord**
Billy Ehn, professor, Etnologiska institutionen, Umeå
- 12.00 **LUNCH**
- 13.00 **Parallella seminarier:**
- | | Moderator |
|--|---|
| * <i>Anhöriga</i> | Margit Ferm |
| * <i>Äldre</i> | Margda Waern |
| * <i>Primärprevention</i> | Ellinor Salander Renberg,
Lars Jacobsson |
| * <i>Attityder till självmordsnära patienter hos sjukvårdspersonal</i> | Bo Runeson |
| * <i>Självmordsproblemet bland barn och ungdomar</i> | Agnes Hultén |
- 14.30 **KAFFE/TE**
- 15.00 **Presentation av arbetet i de olika nätverken**
- 16.00 **Regionala nätverksmöten**
- 18.30 **Konferensmiddag (Ljussgården, Umeå universitet)**

PROGRAM

Fredagen den 24 september 1999
Moderator: Professor Lars Jacobsson

- 09.00 **Antidepressiva läkemedels roll i suicidpreventionen**
Svante Henriksson, överläkare, psykiatriska mottagningen, Kronan, Sundbyberg
- 09.20 **Suicidpreventivt arbete på en psykiatrisk klinik**
Ann-Charlotte Åberg, chefsöverläkare, psykiatriska kliniken, Sundsöall
- 09.40 **Sjukvårdens roll i självmordsprevention**
Nina Rehnqvist, vice generaldirektör, Socialstyrelsen, Stockholm
- 10.00 **KAFFE/TE, SMÖRGÅS**
- Aktuell forskning; folkhälsoaspekter i aktuella avhandlingar**
Agneta Öjehagen, docent, psykiatriska institutionen, Lund
- Lennart Gustafsson, överläkare i psykiatri, Umeå
Leena Maria Johansson, psykiater, Stockholm
Ulla Magne-Ingvar, kurator, Lund
Gunilla Olsson, överläkare i barnpsykiatri, Uppsala
Ellinor Salander Renberg, psykolog, Umeå
Jayanti Chotai, överläkare i psykiatri, Umeå*
- 12.00 **LUNCH**
- 13.00 **Själv mordet som symbol för den yttersta friheten - några humanistiska perspektiv**
Jan Beskow, professor, Göteborg
- 13.50 **Ett folkhälsoperspektiv på självmordsprevention**
Jan Thorson, professor, Folkhälsoinstitutet
- 14.45 **KAFFE/TE**
- 15.00 **Reflexioner kring och uppsummering av konferensen**
Danuta Wasserman, professor, Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Stockholm
- 15.30 **Avslutning, nästa möte**
Lars Jacobsson, professor, Umeå

FOLKHÄLSOMÅL OCH SJÄLMORDSPREVENTION

Margareta Persson, ordförande i Nationella Folkhälsokommittén

Nationella folkhälsokommittén är en parlamentarisk utredning med representanter för alla riksdagspartierna. Vårt uppdrag är att kartlägga, vilka risker för folkhälsan det finns framöver, i framtiden. Vilka är de stora hoten mot folkhälsan, och vad kan man göra åt dem? Vad kan förebygga ohälsa, psykisk såväl som fysisk?

För tio - elva år sedan, 1988, var det valrörelse i Sverige och det sammanföll i tiden med ett mycket uppmärksammar fenomen, nämligen att sälarna dog i haven. Denna säldöd gjorde, att under den valrörelsen en våldsamt miljödebatt bröt ut. Jag tror också det var vid det valet som Miljöpartiet kom in i Riksdagen första gången. Och det man gjorde då, för att hejda den här säldöden, det var inte att skicka plåster eller sprutor ned i haven, utan man började i stället att fundera: varför dör sälarna? Och så satte då den här stora miljödebatten i gång.

Någon motsvarande debatt på hälsoområdet har vi inte haft på länge i Sverige. Förra årets valrörelse, 1998, handlade dock till stor del om vården: vad kan vi göra för att klara vården? Hur skall vi klara alla nya patienter, hur skall vi få pengarna att räcka till? Partierna hade olika förslag kring de här frågorna. Ingen ställde dock frågan: behöver det vara så här? Behöver det bli så många patienter? Det var som om sjukdom och skador var av Gud eller generna givna. Och så är det ju inte.

Ser vi tillbaka i historien, i vår egen historia, så kan vi observera, att medellivslängden har ökat med flera decimeter under det här århundradet. Bakom denna ökade medellängd ligger en förändring. Det som har förändrats är inte läkarna - jo, lite grann - och det är inte generna och det är inte moralen, inte så väldigt mycket, utan det är samhällsförhållandena.

Tittar vi på Ryssland, som är ett skrämmande exempel för oss, så har man där de sista åren förmärkt en dramatisk nedgång i livslängden, samtidigt som landet då blev fritt. Det här tycker jag stämmer till eftertanke. Det är naturligtvis inte så, att människorna i ett fritt land fritt väljer att dö tidigare, utan det är självklart så, att det nya samhället inte ännu har hittat sina strukturer, sin sociala trygghet. Det vill säga, det är samhällsförhållandena i stort som påverkar individerna.

Läser vi tidningarnas hälsobilagor eller veckotidningarna, så är de helt och hållet överfyllda av allt som är ditt eget val - från mat, rökning, alkohol till vilken matolja du skall använda - allt är ditt eget val. I en av Folkhälsokommitténs debattböcker medverkade skribenten Pernilla Ström som skriver, att nu har vi nått vägs ände med samhällsinsatser i Sverige, nu är det upp till individen. - Jag tror att hon har totalt fel.

Jag träffade för en tid sedan en ung flicka, som jag tyckte levde lite väl riskabelt. Hon sade så här till mig: "Jag tycker inte du ska vara så orolig, för jag tycker för mycket om mig själv för att utsätta mig för alltför stora risker." - I de orden ligger väldigt mycket. Det vill säga, om man, av olika skäl, inte äger det som den här flickan beskrev, nämligen en trygghet, så kan man inte påstå att det är ett fritt val alla gånger, de risker vi utsätter oss för. Alltså: även det som till synes är det fritt valda, blir till sist beroende av hur vi mår i själen och hur vi har det runt omkring oss.

Nationella folkhälsokommitténs uppdrag innebär framförallt att undersöka de strukturella orsakerna till ohälsa - vad det är som samhället kan påverka. Vi kommer inte att visa fram en sjukdomskatalog och en åtgärdslista, vi kommer inte att säga att Mål 1 är att få bort hjärt- och kärlsjukdomar, Mål 2 psykisk ohälsa och så vidare. Vi skall i stället granska de faktorer i samhället som grundlägger en god hälsa - eller skapar en dålig hälsa - och se, vad vi kan göra åt dessa faktorer. Framförallt skall vi titta på ett antal samband mellan hälsan och dess olika påverkansmoment, exempelvis förhållandet mellan skillnader i hälsa och skillnader i klass, skillnader mellan kön och geografiska skillnader. För det finns ju stora skillnader i hälsa i dag, mycket större än vi kanske föreställer oss.

Några sifferfakta:

En 40-årig grundskoleutbildad man löper sex gånger större risk att dö före 65 år än en 40-årig forskare.

- Tjänstemän lever friska sju - åtta år längre än arbetare.
- Risken att dö före 65 års ålder är 50 procent högre för manliga arbetare, och 20 procent högre för kvinnliga arbetare, än för tjänstemän. I siffror räknat motsvarar det 2700 män i arbetaryrken som dör "i onödan" före pensionsåldern - om man jämför med tjänstemän.
- Barns ohälsa, fysisk såväl som psykisk, beror till mellan 20 och 40 procent på föräldrarnas sociala tillhörighet.

Att dessa olikheter i hälsa kan relateras till olikheter i vissa sociala parametrar, visar, att hälsan är något som går att påverka. Självmod är ett annat exempel på en företeelse, där de sociala förhållandena spelar roll - självmordsfrekvensen varierar mellan vilket län man bor i, vilken kommun man tillhör, om man är man eller kvinna, om man har invandrarbakgrund eller ej, vilken social tillhörighet man har. Att undersöka självmordsproblematiken stämmer mycket väl in på Folkhälsokommitténs huvuduppdrag - att kartlägga riskfaktorer för ohälsa och hur ohälsan kan förebyggas.

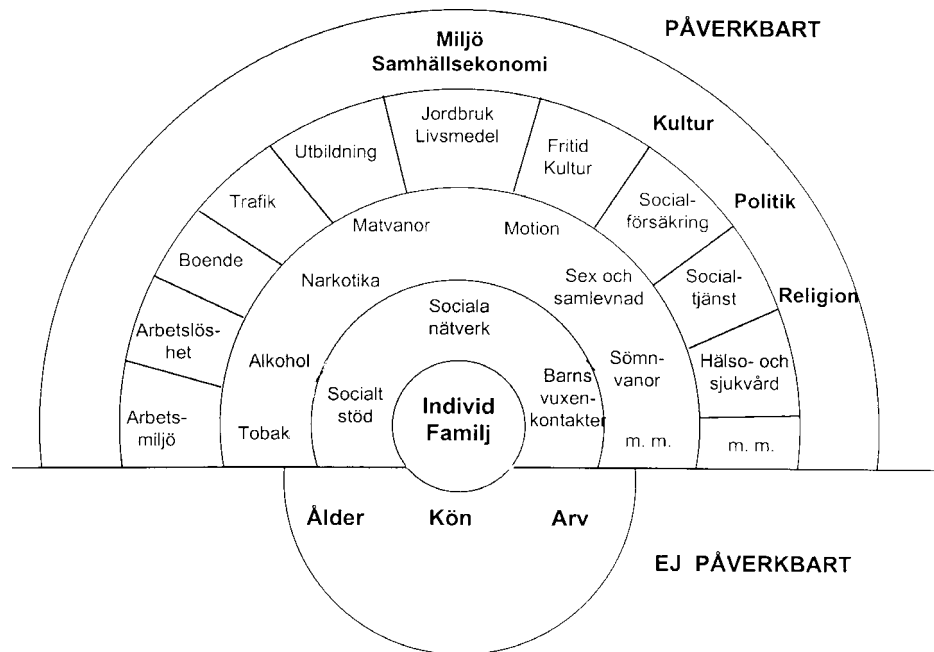
Vi har också inom Nationella folkhälsokommittén arbetat med att ta fram olika forskningsrapporter - professor Lars Jacobsson här, till exempel, har lett arbetet bakom rapporten om psykisk hälsa. Vi har funnit, att de folkhälsoproblem som ökar mest idag utgörs av psykisk ohälsa, övervikt, allergier, hudcancer och kvinnors lungcancer. Den grupp i samhället som har flest sådana här problem, som alltså mår sämst, utgörs av kvinnor i arbetaryrken. Den grupp som dör tidigast återfinns bland män med låg utbildning.

Vi har också givit ut debattböcker - professor Danuta Wasserman, bland andra, har medverkat - för att få igång en diskussion om vilka faktorer som påverkar hälsa och ohälsa. Som vi uppfattar det, utgör psykisk ohälsa det allvarligaste hotet i framtiden mot både den fysiska och den psykiska hälsan. Under 90-talet har det skett en dramatisk ökning av människors självrapporterade psykiska ohälsa i form av lättare oro, ångest, sömnstörningar. Ökningen har inträffat i alla samhällsgrupper, men i absoluta tal ses denna ökade ohälsa som klart störst bland medelålders kvinnor från arbetaryrken. Eftersom kropp och själ hör ihop - det är min fasta övertygelse - så finns risken, att den här ökade psykiska ohälsan också kommer att uttryckas i alla möjliga sjukdomar.

Nu skall jag visa en bild som vill åskådliggöra något av vad det är som bestämmer vår hälsa (bild 1). Oftast när man talar om hälsostyrande faktorer lägger man tyngdpunkten vid det till synes självvalda - motion, matvanor, alkohol och så vidare. Och självklart har jag som individ möjlighet att påverka min hälsa. Men också andra företeelser påverkar hälsan - samhället i stort, kultur, miljö; samhällsbestämda förhållanden som hur arbetslivet är utformat, hur utbildningen ser ut, hur sjukvården och socialförsäkringarna är organiserade - allt det här påverkar ju också hur vi mår. Den del som rör det sociala stödet, nätverket, spelar också in, och här kommer vi inom Folkhälsokommittén att lägga tyngdpunkten i våra förslag. Inom det här området har man fått fram mer och mer veten-

skapliga bevis för det som egentligen alla har vetat hela tiden - att är man ensam så blir man sjuk, och man kan till slut till och med dö av denna ensamhet.

Bild 1. Hälsans bestämningsfaktorer.



Jag vill också visa min egen hemmagjorda bild som mer konkret illustrerar samma företeelse, alltså några av förutsättningarna för hälsa/ohälsa (bild 2): överst ser vi först en man som står med fötterna tryggt på jorden, en man med utbildning, pengar, bra arbete och bra lön, familj och ett gott socialt nätverk. Han känner att han trivs med tillvaron, "har koll på livet". Om den här mannen har en eller annan dålig levnadsvana, så kan han överleva det, därför att han besitter så många skyddsfaktorer i övrigt. Samtidigt har han också mycket lättare att ta itu med sina dåliga vanor, om det nu är så att han inte motionerar eller så.



Bild 2:A. Trygg familj. Trevliga vänner. Bra utbildning. Bra Bostad. Bra jobb. Pengar. Inflytande.

Så har vi kvinnan på nedre delen av bilden (bild 2:B), hon bär livets problem på sina axlar. Hon kanske har låg utbildning, dålig ekonomi, är ensam, har ett bristfälligt socialt nätverk, har ett pressat jobb eller är arbetslös - lever otryggt, kanske dessutom är ensamstående mamma. Nu är det här en schablonbild, men det bilden vill visa är, att en sådan här kvinna är omgärdad av en rad riskfaktorer. Alla de här negativa förhållandena pressar kvinnan i hennes liv och skapar stress på olika sätt - som ger utslag i ohälsa. Är det då dessutom så att hon röker eller inte motionerar, så är det riktigt farligt för henne. Lösningen på kvinnans riskabla hälsoläge ligger inte i att skicka in en glad broschyr i brevlådan där det står "Ut och rör på dig!" eller något liknande. Åtgärderna bör i stället ligga på de tidigare nämnda andra, bakomliggande samhälleliga faktorerna, som är de som i stort skapar hennes problematik.

*Bild 2:B. Otryggt bostadsområde.
Arbetslös/pressat jobb.
Ont om pengar.*

*Ensamstående.
Få vänner.
Låg utbildning.*



Det är kring sådana här frågeställningar som Folkhälsokommittén arbetar - vilka är de viktigaste momenten att åtgärda framöver för att förebygga ohälsa?

Bland det viktigaste vi fått fram i vårt arbete kring hälsans påverkansfaktorer är i korthet för det första betydelsen av individens ekonomiska situation, den relativa fattigdomens inflytande. Hur klyftorna ser ut i vårt samhälle, i Västvärlden, det styr vår hälsa mer än den absoluta nivån i plånboken. Ett exempel utgörs av vita män i Sydafrika, som före apartheidregimens fall uppvisade en mycket hög hjärtinfarktsfrekvens. Människorna i den här samhällskategorin hade allt, kan det tyckas, men ändå levde de så pressat, de också - inte bara de förtryckta svarta. Detta visar, att stora skillnader mellan människor skapar ohälsa - hos alla.

Den andra faktorn som vi vill lyfta fram är något vi kallar för det sociala kapitalet, det sociala kittet i samhället, och dess inflytande på en god hälsa. Här ser vi i dagsläget många orostecken på att detta sociala kitt är på väg att lösas upp, eller åtminstone att förändras mycket drastiskt. Människor som lever utan den här sociala tryggheten, eller sociala tillhörigheten, blir lättare sjuka. Här finns det många exempel på vad som just nu händer, och det finns också många exempel på att man verkligen kan göra någonting för att stödja sociala nätverk.

En tredje för hälsan avgörande komponent, och som hör ihop med de två tidigare, utgörs av förändringen av hela arbetslivet, där många människor i dag blir pressade och stressade, både av att ha för mycket att göra men samtidigt med för litet inflytande över sin arbetssituation, men människor blir också stressade av att ha för litet att göra, att stå utanför arbetsmarknaden, att inte vara behövd.

- Det finns ett språkuttryck som dykt upp de senaste åren: "att gå i väggen", något som jag tycker man hör att människor alltmer blir sjuk-skrivna för. "Att gå i väggen" - det tycker jag är ett bra talesätt, för det är, såvitt jag förstår, första gången som man faktiskt lägger problemen så att säga "på väggen", utanför individen. Det är inte bara "klenas nerver" eller vad man nu hittat på förut som skäl, som gör att en individ just då inte riktigt orkar med, utan det existerar alltså någonting i miljön, i situationen för just den här människan, som bidrar. Att det här språkuttrycket, att gå in i väggen, uppstått på senare tid, ser jag som ett uttryck för insikten att orsaker till bristande hälsa inte helt och hållet ligger hos individen, och att det därmed går att påverka förutsättningarna för hälsa.

Barnens situation, slutligen, är något som Folkhälsokommittén kommer att lyfta fram som den stora frågan, liksom hur vi skall skapa stödjande miljöer för barn och ungdom.

Förutom de här nämnda grundläggande bakgrundsfaktorerna, stressfaktorer i samhället, de ekonomiska ramarna och barnens situation, så ska vi också ta upp en del sakavsnitt i vårt kommande betänkande. Här kommer den del som behandlar den psykiska hälsan att utgöra ett ganska stort kapitel. Bland annat lyfter vi fram såväl hälsofrämjande, förebyggande som behandlande insatser för främjandet av psykisk hälsa för barn och för vuxna, och hur man på olika vis kan stödja - med stöttande miljöer, med barnhälsovård och ungdomsmottagningar, och hur man i arbetslivet, eller med hjälp av anhöriga, kan förbättra risksituationer.

- En nolltolerans mot mobbning.
- Att få ned självmordsfrekvensen så långt det bara går genom tidig upptäckt och genom olika stödåtgärder.
- Det här är ett par av de delmål Folkhälsokommittén arbetar med inom området psykisk hälsa. De här stora frågorna, som jag nämnde tidigare, samhällets grundläggande sociala och ekonomiska strukturer - de hör ju givetvis ihop med dessa specifika målsättningar, eftersom dessa strukturer bildar grunden till att man överhuvudtaget hamnar i en pressad situation. Så det är både det stora och det lilla, som ömsesidigt påverkar varandra, och som har betydelse för individens psykiska hälsa.

Folkhälsokommitténs första förslag presenteras i början på december i år och de går sedan ut på remiss. Vi kommer samla in remissutlåtandena och lämna vårt slutbetänkande i september nästa år, år 2000. Då ska vi också ha granskat de ekonomiska fördelningsformerna, det vill säga, visar vår granskning att samhällets mesta ekonomiska förebyggande resurser exempelvis läggs på att få ned antalet trafikolyckor - varför satsar vi inte lika mycket på att kanske få ned antalet självmord, som ju är många fler? - Faktiskt dubbelt så många dör genom självmord än genom trafikolyckor (1600 mot 800 varje år). "Någon" tar dessa beslut om prioriteringar utan att dessförinnan en politisk diskussion förts om värderingarna bakom besluten. Vår ambition inom Nationella folkhälsokommittén är att få upp dessa frågor på den politiska dagordningen. Vissa saker vi kommer belysa innebär ren information; annat, och det är det mesta, utgörs av genuint

politiska frågor som då också måste debatteras politiskt, eftersom annars ingen förändring kommer till stånd.

Jag tror, att den dag då självmord står på den politiska dagordningen, det vill säga, hur vi ska satsa för att kunna stödja människor, undvika mobbning, stötta anhöriga, uppmärksamma tecken i tid - när vi får en offentlig debatt om dessa frågor, då tror jag att första steget är taget till att upphäva tystnaden omkring självmord och därmed också få dem att minska i antal.

Jag avslutar med att önska er alla en givande konferens om självmordsprevention och önskar också att ni alla medverkar i den debatt som vi hoppas få till stånd när Nationella folkhälsokommittén snart lämnar sina förslag.

WHO:S VISIONER FÖR SJÄLMORDSPREVENTION I EUROPAREGIONEN

Wolfgang Rutz, Regional Adviser in Mental Health, WHO, Köpenhamn

WHO-regionen Europa som jag representerar sträcker sig från Irland i väster till Vladivostok i Rysslands östraste del vid Stilla Havskusten, från Grönland till Tadjukistan och Malta. Detta stora område inbegriper alltså inte bara Europeiska unionen utan omfattar 51 stater och 870 miljoner människor.

Inom det här området råder det en otrolig ojämlikhet. Vi finner här de rikaste länderna i världen, men vi finner också de fattigaste länderna i världen. Vi finner 30 procent skillnad i förväntad livslängd mellan befolkningarna i dessa olika länder, vi har otroliga strukturella skillnader när det dels den sociala strukturen, men också när det gäller sjukvårdsstrukturen. Det finns i detta Europa mentalsjukhus där mortaliteten efter ett års "vård" är nästan 50 procent, en mortalitet som kan jämföras med den som rådde i de tyska koncentrationslägren under andra världskriget.

De här olikheterna existerar också vad gäller de sociala determinanterna för hälsa, som inkomst, sysselsättningsgrad, boendeförhållanden, men också när det gäller "life style"- förhållanden som rökvanor, förekomst av fysisk aktivitet, mat- och alkoholvanor. Skillnaderna återfinns också vad gäller den samhälleliga service som tillhandahålls människor med psykiska hälsoproblem.

WHO har förra året givit ut ett principprogram med titeln "Health for All 21", "Hälsa för alla i det tjugoförsta århundradet". Det är en tjock bok, och den har ratificerats, alltså officiellt antagits, av regeringarna i Europa. Det är ett mycket bra dokument som vi rekommenderar alla att läsa. Dokumentet är som bibeln - en bok att citera ur, som ni kan använda er av i ert argumentationsarbete när ni går ut och söker stöd för ert självmordspreventiva arbete.

Strategierna i detta WHO:s principprogram går ut på att man ska arbeta multisektoriellt. Det innebär, att de olika samhällssektorerna bör samarbeta kring människors hälsa. Det är ett samarbete som startar på ministerie- och regeringsnivå, där justitie-, arbetsmarknads-, hälso- och socialministerierna, exempelvis, verkar i samförstånd för att lösa de

hälsoproblem som finns, som till exempel självmordsproblematiken. Det här samarbetet måste också tillämpas för de olika samhällssektorerna, på plats i lokalsamhället.

WHO:s inriktning är att arbeta åtgärds- och resultatnriktat. Vi ser alltså på det som är evidens i vetenskaplig bemärkelse. Vi verkar också med inriktning på familjen och det lilla samhället. Vårt fokus är "community-based physical and mental health", en hälsovård som erbjuds decentraliserad, nära människorna. Slutligen vill vi också arbeta tillsammans med olika samarbetspartners, och dessa partners kan utgöras av olika regeringsorganisationer ("governmental organisations"), men kan också bestå i "non-governmental organisations" som patient- eller anhörigföreningar.

WHO:s roll är bland annat att utgöra ett "hälsosamvete", ofta ett "dåligt" sådant genom att påtala missförhållanden och att fungera som informationscenter och sprida evidensbaserad kunskap, även att vara katalysator för processer och utveckling genom att stimulera till de olika aktioner som krävs för att tackla hälsoproblemen. Vi erbjuder en teknisk support, tillhandahåller kunskap, men vi fungerar också som skapare av nätverk.

Programmet för Mental Health, programmet mental hälsa, har legat nere på WHO de senaste åren, av besparingsskäl, typiskt nog. Nu har vi åter tagit upp programmet. Jag är den förste "Regional Advisor for Mental Health" igen, som arbetar med det här området i Europa efter min föregångare, dr Sampaio Faria, som slutade för fyra år sedan och som kanske några av er varit i kontakt med.

Det är naturligtvis ganska svårt att öppna ett sådant här Mental Health-program igen, att knyta ihop nätverken på nytt och skapa nya, att studera de problem som finns och fundera på vad man kan göra. Det är en ny situation också för alla som arbetar på WHO:s regionkontor i Köpenhamn. Det finns många förväntningar, ett stort ansvar, stora problem och obegränsade utmaningar - och vi är väldigt få. Därför är det enda sättet vi kan arbeta på att skapa nätverk, att anlita andra, och att lita på andra och andras kompetens.

Inom Mental Health-sektionen studerar vi i dag särskilt de olika samhällena som just nu är stadda i dramatisk förändring i Europa. Vi har förut varit inne på de stora sociala och existentiella förändringar som nu äger

rum i stora delar av östra Europa, speciellt i det forna Sovjetunionen. Här leder samhällelig och strukturell "transition" till våld, missbruk, depression, självmord, men också till olika andra former av riskbeteende. Många människor lever mycket riskfyllt, vilket bland annat återspeglas i att dödsorsakerna till följd av suicid och annat självdestruktivt beteende snabbt rusat i höjden.

I dessa områden stimulerar vår Mental Health-enhet på WHO till utbildning, efter att ha gått ut till länderna och undersökt situationen för att finna underlag till nationella handlingsprogram. Vår strategi är också att försöka motverka "stigmata" och "tabun" kring psykiska hälsoproblem och anordna dagar om Mental Health i de olika länderna. Vi medverkar också i direkt suicidpreventiva program där man bland annat de-tabuiserar den suicidala problematiken.

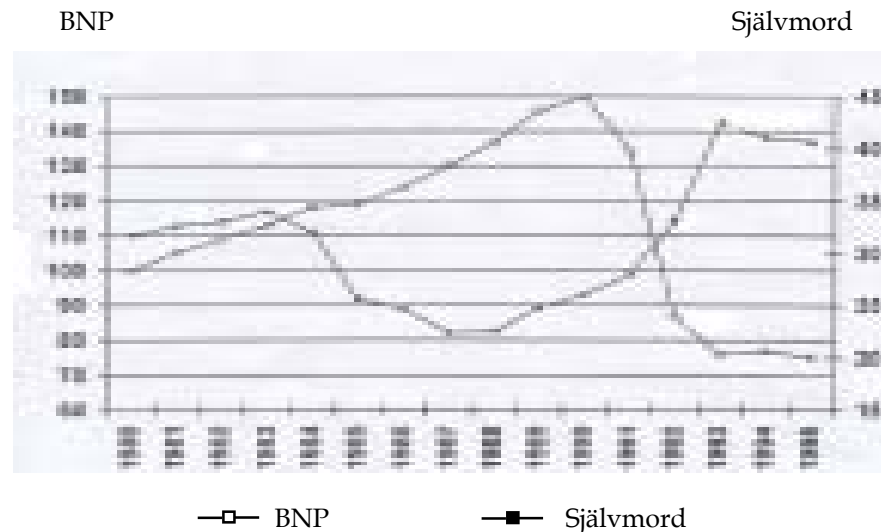
Om man betraktar den europeiska situationen i dag så ser vi, att i östra Europa kraftiga förändringar av suicidaliteten ägt rum. Jämför man män och kvinnor finner vi, att ökningen av suicidaliteten framförallt sker bland män. Vi kan också konstatera att ökningen inträffat i fattiga, ofta lantliga områden bland män i östra delarna av Europa, exempelvis i länder som Estland, Lettland, Litauen, Polen, Rumänien och Ryska federationen. Bakgrunden till det ökande antalet självmord står att finna i de sociala, ekonomiska men också existentiella förändringarna i dessa länder och regioner.

Den ökade suicidfrequensen har lett till att WHO har som ett mål för sin verksamhet att år 2020 ha minskat antalet självmord med en tredjedel. Ett sådant här WHO-mål är principiellt och programmatiskt och kan kanske relativiseras. Skall det ske en substantiell minskning av suicidaliteten så måste emellertid en hög målsättning till.

Föresatsen att minska antalet självmord är också ett resultat av de ekonomiska beräkningar som gjorts, som visar vilken belastning för samhället både självmord och depression utgör, dels ekonomiskt, men också i form av subjektivt lidande och sociala konsekvenser för de drabbade; de anhöriga och för samhället.

För att belysa det komplexa i suicidaliteten skall jag här visa en bild (Bild 1) över förhållandena i Lettland, där kurvan över bruttonationalproduktens utveckling i princip omvänt reflekterar suicidkurvan. Så enkelt är det inte, att bilden återspeglar ett direkt orsakssamband, men det är ändå en intressant samvariation mellan BNP och suicidfrequensen.

Bild 1. BNP och självmordsfrekvens (per 100.000 inv) år 1980-1995 i Lettland.



Ett annat samband man kan se i Litauen är, att landet före andra världskriget uppvisade en könsfördelning vad gäller antalet självmord på ca 1:2, alltså ungefär dubbelt så många män som tog livet av sig jämfört med kvinnor. I dag ser vi, att förhållandet ligger på omkring 1:6 - männens suicidalitet har rusat i höjden. I alla dessa samhällen som befinner sig i dramatisk förändring är det männen som är de känsliga, de är de som reagerar på de växlingar vad gäller levnadsvillkoren, materiellt och existentiellt, som inträffat i samhället. Samma ser man också i landsbygdsområden, i England och i andra länder.

Ytterligare något som stämmer till eftertanke i Litauen är skillnaden i suicidalitet mellan stad och landsbygd, om man jämför tiden före andra världskriget med nutiden. På landsbygden var självmorden mycket färre före kriget än i städerna, nu har förhållandet har blivit det omvända.

I Ryssland ser vi inte bara en oerhört stor ökning av antalet självmord utan också en kraftig ökning av antalet kardiovaskulära sjukdomar och av antalet dödsfall till följd av trafikolyckor, mord och olika former av risktagande beteende eller destruktiva *life styles*. Det finns områden i Ryssland där suicidaliteten är 190 per 100 000 invånare. Bland renhållningsarbetarna i området kring kärnkraftverket i Tjernobyl har suicidfrekvensen stigit till fantastiska siffror, 2000 per 100.000 har nämnts.

Alla dessa förändringar kan noteras efter 1990, då i många östeuropeiska länder demokratiseringsprocessen och frigörelsen från diktaturen inleddes, men efter en första eufori och hoppfullhet också en allt större osäkerhet och identitetsförlust tagit vid.

Det är emellertid inte bara suicidaliteten som ökar utan även antalet dödsfall till följd av yttre orsaker, det vill säga olycksfall, mord och trafikolyckor. Precis samma ökning återfinns här, liksom för kardiovaskulära sjukdomar och för (bild 2 och 3) cancerfrekvensen. En förklaring till denna ökning kan återfinnas i psykoimmunologiska samband - ett förkättrat område fram tills nu, när det börjar finnas forskningsbelägg för att stress, hjälp- och hopplöshet kan påverka också vår resistens mot andra så kallade kroppsliga sjukdomar än de vi hittills varit inne på.

Bild 2. Frekvens dödsfall i hjärt- och kärlsjukdomar, 0-64 år/100.000.

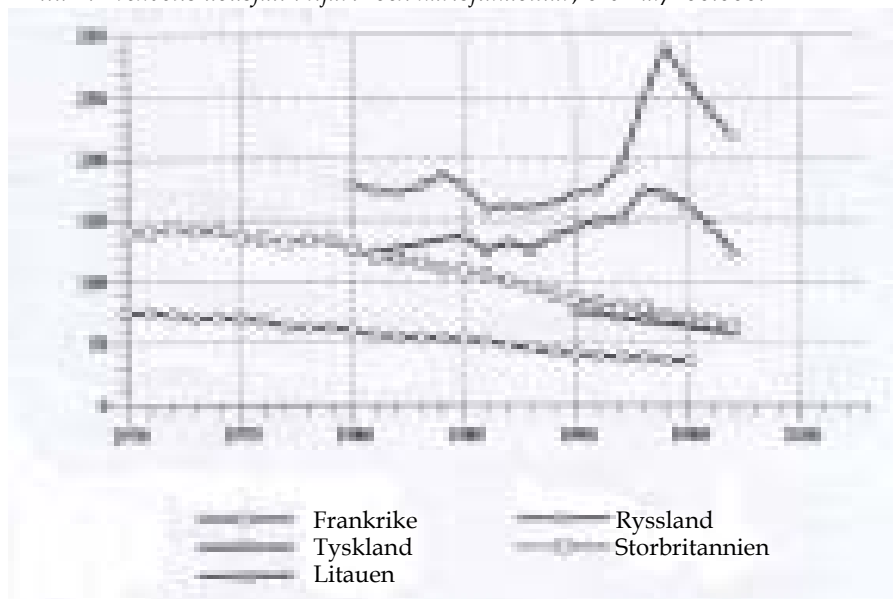
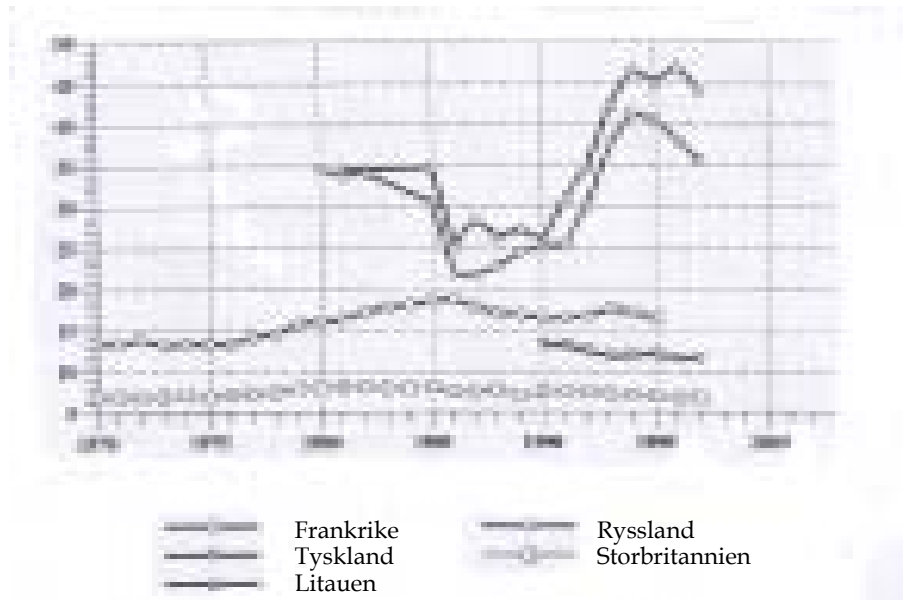


Bild 3. Dödsfallsfrekvens till följd av självmord och själottillfogade skador.



Utgående från de behov och de ojämlikheter som finns i Europa har vi på Mental Health-sektionen tillskapat tre olika arbetsgrupper. En grupp skall arbeta på regeringarnas inbjudan i olika länder och tar fram nationella analyser för att skapa underlag för nationella handlingsprogram. En annan grupp är inriktad på med *de-stigmatisation*, alltså att få bort stigmat och tabubeläggningen kring självmord och självmordsbenägenhet. Den tredje arbetsgruppen, slutligen, fokuserar på de hjälplöshets- och hopplöshetsrelaterade syndromen - det gäller inte bara depression och suicidaliteten i sig utan också annat självdestruktivt beteende och andra typer av stressrelaterad sjukdom. Vi på WHO ser dock kampen mot suicid som en av våra huvudinriktningar, som ett led i kampen mot en prematur, för tidig död.

Dessa arbetsgrupper är tillsatta nyligen, och i dem finns det en gedigen professionell svensk representation. Arbetsgruppen kommer först samla in relevanta data och sedan utveckla en metodologi och hållbara strategier, tillämpbara och anpassningsbara i Europas länder.

När det gäller vårt konkreta suicidpreventiva arbete inom WHO så har vi fokuserat på några strategier som kan anses vara ganska framgångsrika.

En strategi gäller utbildning, "*capacity building*", och medvetandegörande, "*awareness raising*" bland fackfolk, i samhället och hos de drabbade.

Ni har genomfört ett utbildningsprojekt i Umeå, där man har kunnat visa att igenkänningsgraden för depression kan dubblas, om man utbildar allmänläkare. Liknande resultat föreligger från andra länder. Detta fokus på depressionsutbildning av allmänläkare som ett sätt att minska depression och suicidalitet har sitt ursprung mycket i Gotlandsstudien - en studie jag känner väl. Det har blivit en bärande idé för projekt i många länder, inbegripet Sverige och Nordeuropa, och utgör i dag en av WHO:s huvudstrategier.

Om man tittar på de nordiska länderna i dag, visar det sig, att suicidaliteten går ned. Det är resultatet av det arbete som ni alla här har utfört, ett arbete där ni ser multifaktoriellt på problematiken, beaktar både biologiska, psykosociala och existentiella faktorer och där ni genom utbildning och attitydförändring försöker påverka suicidaliteten i landet.

Det som också inträffat under 90-talet är en ökning av den professionella, även den medikamentella, behandlingen av depression. Jag är övertygad om att depression rent allmänt i Nordeuropa i dag blir bättre igenkänt, bättre behandlat och också bättre uppföljt, och att detta tar sig uttryck i minskningen av antalet självmord, på samma sätt som förbättrad kardiovaskulär behandling minskar antalet hjärtinfarkter. Genom fortsatt utbildning av allmänläkare, så att de såväl psykosocialt som psyko- och farmakoterapeutiskt kan följa upp sina patienter, så tror jag att vi kan nå fram till en ytterligare minskad suicidfrequens, både i Sverige, men särskilt i andra länder, där utbildningsförhållandena och tillgången på hjälp är ojämförligt sämre än här.

En annan viktig strategi utgörs av att "*screena*" riskpopulationer. På WHO har vi tillsammans med vårt program för Quality of Care utarbetat ett screeninginstrument för Välbefinnande och Depression, och detta instrument ingår i vårt DepCare-program som tillämpas i allt fler länder i Europa. Screeninginstrumentet, benämnt "*The WHO 5 Well Being Scale*", har testats i multicenterstudier. Det består av fem enkla frågor som visar, inte graden av sjukdom, utan graden av välbefinnande hos den undersökte. Vi har funnit att det här är ett instrument speciellt lämpat för män med depression, männen som oftast inte rapporterar depressionssymtom men väl är kapabla att rapportera minskat välbefinnande. Den skalan skall vi just nu på ett enkelt sätt komplettera med några frågor som är

mera inriktade på den manliga depressiviteten, som uppenbarligen skiljer sig från den kvinnliga i sin kliniska framtoning (se sammanfattning, Tabell 1) och även i sin suicidalitet.

Tabell 1. Manligt depressivt syndrom.

* Sänkt stresstolerans	* Morgonångest, vantrivsel obehagskänsla
* Utagerande, aggressivitet, låg impuls kontroll	* Missbruk – missbruksekvi- valens (endorfinrelaterat beteende).
* Känsla av utbrändhet, tomhet	* Tidsfaktor – t.ex. övergående "asocialitet" eller "personlig- hetsstörning".
* Kronisk trötthet	
* Irritabilitet, rastlöshet otillfredsställelse	* Negativism – depressivt tankeinnehåll
* Obeslutsamhet	* Ärftliga faktorer för själv- mord, depression, miss- bruk (typ II alkoholism) etc.
* Sömnstörningar	

När det gäller den för tidiga dödligheten i Europa, som är vårt stora problem i dag, så finner vi, att den är stressrelaterad, att den ofta återfinns bland män, som tycks mer känsliga för sociala förändringar än vad kvinnorna är, att denna förtidiga dödlighet vidare är relaterad till depression och till suicid, men också till våld, även våld inom familjen, till missbruk och till olika risktagande beteenden - och slutligen till kardiovaskulära sjukdomar.

Ett epidemiologiskt och kliniskt laboratorium för den här typen av tillstånd finner vi utanför vår egen dör, på Grönland. Vi har just påbörjat diskussioner kring ett samarbetsprojekt med danska och grönländska samarbetspartners där vi skall studera den grönländska befolkningens påtagligt förtidiga dödlighet.

Grönland är trots sin geografiska väldighet nästan som Gotland, med sina ca 50 000 invånare, avgränsat och överskådligt. När man intervenerar i den här typen av transparenta samhällen så ser man vilka konsekvenser interventionen ger. Vi tror att Grönland med dess problembild kan utgöra

ett lämpligt geografiskt område vari man kan utveckla metodologi riktad mot suicid och för tidig död, en metodologi som sedan kan tillämpas på andra håll.

Det existerar några paradoxer inom public health, och en av de paradoxerna har det skrivits om förut, nämligen att männen till synes blir så sällan deprimerade, men ändå tar de livet av sig flera gånger oftare än vad kvinnorna gör. Jag tror det föreligger en parallellitet mellan denna paradox och mäns beteende inom hälsovården generellt: kvinnor är sjukare, men lever längre - män är sällan sjuka men lever kortare.

Jämfört med kvinnor söker män mer sällan hjälp för symtom och sjukdomar. De tycks helt enkelt inte "ha vettet", insikten eller förmågan att söka hjälp. Detta kan utgöra en av anledningarna till att mortaliteten är så pass mycket högre bland männen, trots att deras morbiditet, generellt framstår som så mycket mindre.

Vi kanske måste lära männen att liksom kvinnorna ha styrkan att kunna visa sig svag, att kunna be om hjälp, att överhuvudtaget bli mer medvetna om hur de mår. Detta gäller både för depression och självmordsbenägenhet men också för sjukdom överhuvudtaget. Terapeutiska, kanske kognitivt terapeutiska, program behövs för att modifiera den manliga självbilden och föraktet för svaghet, för att lära ut att man kan söka hjälp, för att sedan - vilket är nästa problem - acceptera den hjälp som erbjuds, vara "compliant" (följsam i behandlingen).

En förutsättning, emellertid, för att män ska ta emot hjälp, är hjälperbjudanden som är möjliga för män att acceptera. Jag tror inte det är många män som upplever erbjudandet om stödsamtal en gång i veckan som särskilt attraktivt. De kriterier och förväntningar, som gäller för att en patient skall erbjudas vård och stöd i våra terapeutiska strukturer, ter sig ofta "kvinnligt" färgade: patienten förväntas visa "förändringsvilja", "motivation", "compliance", "insikt". Dessa relativt förståeliga krav ställer sig många män ganska oförstående till eller är helt enkelt inte kapabla att bemöta. Kanske speglar dessa kriterier i viss mån den påtagligt kvinnliga dominansen bland vårdpersonalen.

När man granskar patienterna i den psykiatriska öppenvården, finner man, att denna vård utnyttjas bara till ca en tredjedel av män. Samma könsproportioner redovisas i en ny undersökning av självmordsrådgivning och dess uppföljning i Danmark. Denna könsfördelning bland

de psykiatriska patienterna kan aldrig återspegla verkligheten när det gäller fördelningen av psykiskt lidande och självmordsproblem utan bör föranleda eftertanke, självkritik och nya kreativa lösningar.

När det gäller vårt allmänna suicidpreventionsprogram på WHO så ligger alltså vårt fokus på utbildning och på primärvården, på att genom screeninginstrument upptäcka riskpatienter och vidare på en *comprehensive approach* - att man inte bara tar hänsyn till biologiska faktorer utan också psykosociala, psykologiska och existentiella faktorer. Det råder ingen motsättning mellan dessa olika synsätt, som alla bör belysas i sin växelverkan, även om ofta en biologisk vulnerabilitet som bakgrund kan återfinnas.

Vi betonar också att de olika disciplinerna inom sjukvården, utanför sjukvården, inom socialvården och inom samhället överhuvudtaget, skall samarbeta. Det finns ingen konflikt mellan psykosociala, en psykoterapeutiska och biologiska tankar eller behandlingssätt. Alla behövs, och "allt har sin tid", som det står redan i Bibeln. Den biologiska modellen och första hjälpen har sin tid i en akut depression och i dess ofta åtföljande suicidalitet. Senare i förloppet behövs psykosocial och existentiell uppföljning, liksom stöd och profylax. I vårt tycke finns det ingen tid längre för split mellan olika inriktningar inom fältet "Mental Health" eller "suicidologi", där ortodoxa inriktningar och antagonism alldeles för länge och alldeles för mycket har kunnat förhindra respekt utifrån, splittrat samarbetet, förblindat forskningen och förlamat handlingskraften.

Slutligen tror jag det är viktigt att ha i åtanke, att även om vi är bra på att öka på förmågan i samhället att exempelvis känna igen och behandla depression och depressionsrelaterad suicidalitet, så hjälper det föga, om det psykosociala trycket i samhället samtidigt är alltför stort och genererar fler nya depressioner och mer suicidalitet än vi kan ta hand om. Vi konfronteras hela tiden med motsättningen mellan samhällets tryck å ena sidan och vår förmåga att professionellt hjälpa å den andra sidan.

Avslutningsvis vill jag säga några ord om Sverige. Jag är väldigt glad över att få vara här i dag på detta nationella möte, för jag är övertygad om att Sverige och den svenska modellen när det gäller suicidprevention utgör en alldeles utmärkt förebild. Sverige är ett av de få länder som idag har ett nationellt samlande självmordsråd som har fungerat väl och skapat ett nationellt handlingsprogram i interdisciplinärt och intersektoriellt samarbete. Samtidigt har man lyckats med att decentralisera verkställande,

ansvar och mandat. I Sverige finns i dag regionala råd som anordnar lokala aktiviteter. Detta garanterar pluralism och den anpassning av de olika självmordsprogrammen som behövs med hänsyn till de olikheter som existerar inom landet och mellan olika län - en erfarenhet som jag vet är viktig att ta till sig i andra delar av Europa.

Det existerar i Sverige en gedigen forskning både när det gäller psykosociala och existentiella faktorer bakom självmord, men också när det gäller forskning om biologisk vulnerabilitet och medicinsk-kliniska riskfaktorer. Detsamma gäller den svenska utvecklingen av preventions- och behandlingsstrategier. Det här är vi på WHO speciellt glada för - när vi försöker att skapa en gedigen bas för en holistisk approach i hela Europa. Vi tror att vi kommer kunna referera till och använda oss av svenska erfarenheter när det gäller att tillskapa vettiga program för suicidprevention i de olika länderna.

Sverige spelar redan i dag en viktig roll inom WHO:s suicidprevention genom sitt deltagande i olika arbetsgrupper som vi bildat. Sverige är också värd för det första mötet i ett nybildat europeiskt nätverk för Mental Health. Mötet äger rum i Stockholm i januari år 2000. Där kommer också det svenska programmet för självmordsprevention att presenteras, vilket många av de 52 olika inbjudna experterna på Mental Health från Europas olika länder ser mycket fram emot.

Sammanfattningsvis: Ett pluralistiskt, multidimensionellt, multifaktoriellt, integrativt, holistiskt och synoptiskt synsätt parat med nödvändig realism är vad jag tror är en ofrånkomlig förutsättning för att lyckas tillsammans i vårt suicidpreventiva arbete. Det synsättet finner jag representerat här, och det vill jag ifrån WHO gratulera till.

All framgång med konferensen och även i arbetet efter den! Vårt samarbete fortsätter.

DEN NATIONELLA STRATEGIN FÖR SJÄLMORDS- FÖREBYGGANDE ARBETE

Danuta Wasserman, professor i suicidologi och psykiatri, Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Stockholm

Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa har såväl ett nationellt som ett regionalt ansvar att förebygga självmord och självmordsförsök. Det är bland annat därför som Centrum tagit initiativ till de sex regionala suicidpreventiva nätverk som träffas här i dag under den andra nationella nätverkskonferensen för självmordsprevention.

Vad kommer att hända framöver med självmordstalen, när den psykiska ohälsan i befolkningen ökar och även de som har arbete mår psykiskt sämre? Kraven från det moderna samhället är höga och antalet människor med utmattningstillstånd ("utbrändhet") ökar i arbetslivet. Det är viktigt att värna om alla gruppers psykiska hälsa för att dessa förhållanden inte skall leda till en ökning av depressioner och självmord.

Trots att antalet självmord kontinuerligt minskat i Sverige sedan 80-talet, avviker den yngsta och den äldsta åldersgruppen från denna allmänna tendens. Självmorden minskar inte i dessa grupper.

För att förebygga självmord bland äldre räcker det inte enbart med behandling av psykiatriska sjukdomar. Det krävs ett adekvat omhändertagande och en allsidig vård av de äldre, som ofta är ensamma. När man inte kan erbjuda medmänsklig kontakt och omvårdnad, verkar det så enkelt, kanske, att i stället förespråka åtgärder som assisterat självmord eller eutanasi.

Bland de yngsta krävs ett annorlunda tillvägagångssätt för att skydda mot självmord. Mycket behöver göras här, eftersom självmord fortfarande utgör den dominerande dödsorsaken i åldrarna 15-44 år.

Stress och sårbarhet - ett psykobiologiskt perspektiv

Den strategi som tillämpas i Centrums arbete har jag beskrivit i en artikel, publicerad i den skrift som Nationella folkhälsokommittén gav ut 1999.

Här skulle jag kort vilja sammanfatta denna självmordspreventiva strategi och särskilt lägga vikt vid det psykobiologiska perspektivet.

Stress-vulnerabilitetsmodellen (bild 1 sid 31), som först utvecklades på 1950 och 60-talen, betonar en medfödd sårbarhet hos människan, en sårbarhet i det centrala nervsystemet. I dag vet vi att denna sårbarhet inte bara är medfödd, utan att den också kan förvärvas.

Vi vet nu från flera experiment, publicerade i ansedda medicinska tidskrifter, att hjärnans strukturer kan påverkas efter födelsen. Det är alltså inte så, att allt oföränderligt styrs av våra gener och att det är förutbestämt att vi exempelvis måste få en viss sjukdom eller att vi kommer att dö i självmord.

De utvecklingsmässigt äldsta delarna av hjärnan, som exempelvis hippocampus (bild 2 sid 32), bidrar till att våra tankar laddas emotionellt. Aktiviteten i hippocampus äger rum på ett omedvetet plan. Det verkar alltså som om Freud, som redan kring förra sekelskiftet talade om omedveten psykisk aktivitet, har fått rätt. Man kan nämligen tänka sig, att "det omedvetna" är lokaliserat till de utvecklingsmässigt äldsta strukturerna i hjärnan såsom nyss nämnda hippocampus.

Hippocampus påverkas negativt - nervceller går förlorade - vid traumatiska upplevelser som våld, incest eller kontinuerliga ogynnsamma psykosociala förhållanden som pågår dag för dag, månad för månad, kanske år från år. Stressen påverkar bland annat hypotalamus och hypofysen, som i sin tur påverkar binjurarna där hormoner - kortisol och adrenalin - utsöndras och slutligen återverkar på det centrala nervsystemet, bland annat på hippocampus, återigen.

Också det goda kan avsätta sina spår i hjärnan. Alldeles nyligen har man rapporterat i en ansedd medicinsk tidskrift, Science, att nervceller kan regenereras. Även svenska forskare har rapporterat liknande fynd. Tidigare har man trott, att med stigande ålder eller vid vissa sjukdomar dör våra hjärnceller bara undan så att vi blir förvirrade och glömska och att vi inte kan göra något åt det. Men med hjälp av nya undersökningsmetoder har man kunnat se, att det bland annat vid psykoterapi händer någonting i hjärnan. Frågan har väckts: är det bara så att hjärnans aktivitet förändras, eller är det verkligen så att man kan få nya nervceller? Kan det möjligen förhålla sig så, att det, som vi åstadkommer med psykosociala och sociala åtgärder, gör, att människor blir mindre sårbara för stress, på det viset, att

Bild 1. Stress-sårbarhetsmodellen och utvecklingen av den suicidala processen - från självmordstankar till fullbordad handling.

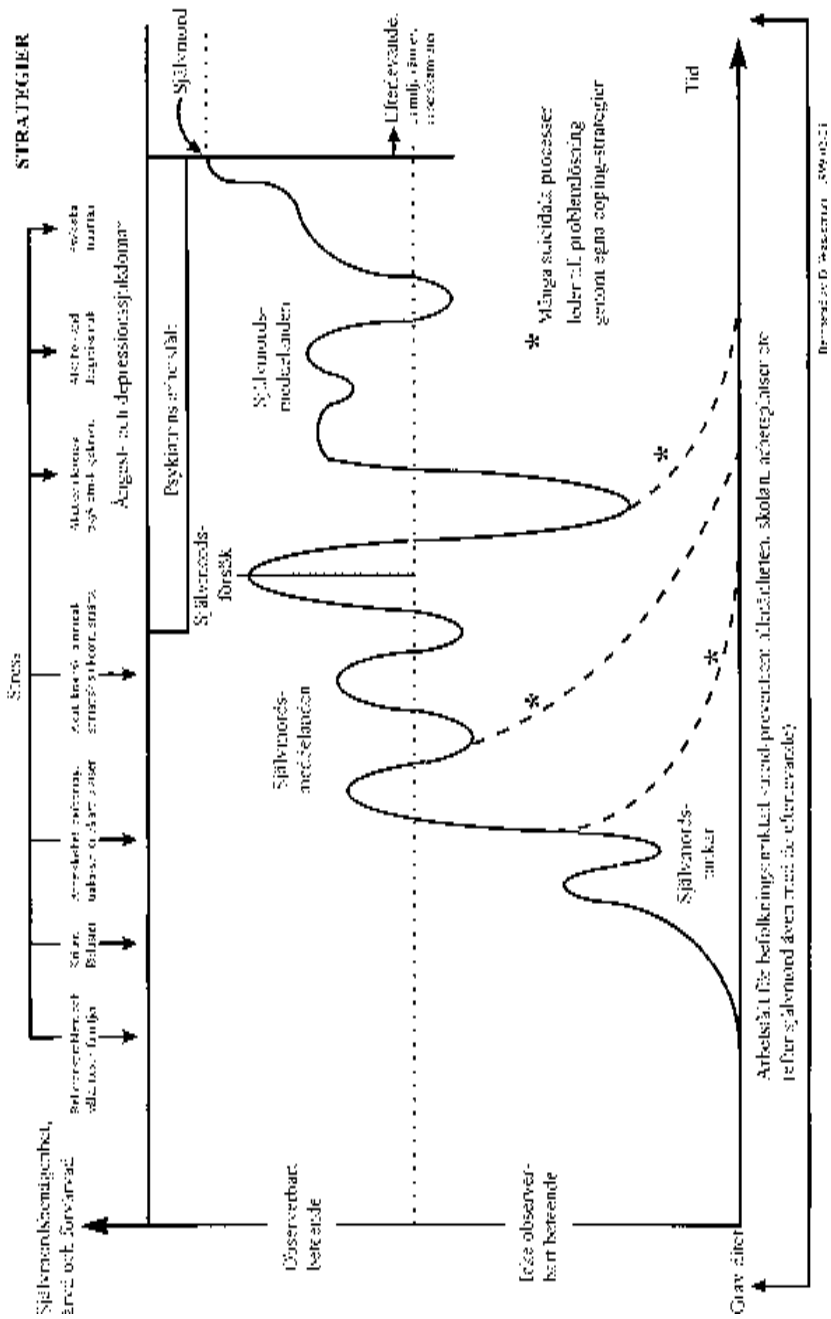
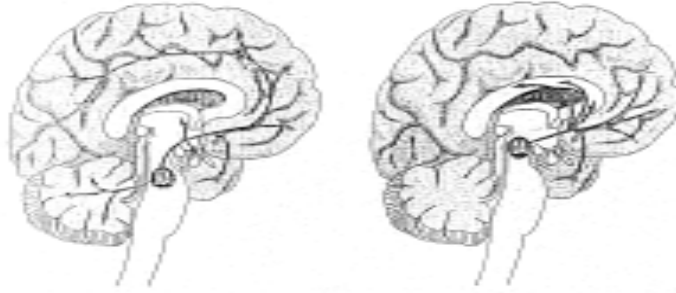


Bild 2. Noradrenalin- och dopaminsystemen.



Noradrenalinproducerande celler ligger i översta delen av bryggan, och går till de flesta delarna av hjärnan. Ger förbättrade "mottagningsförhållanden" för andra celler.

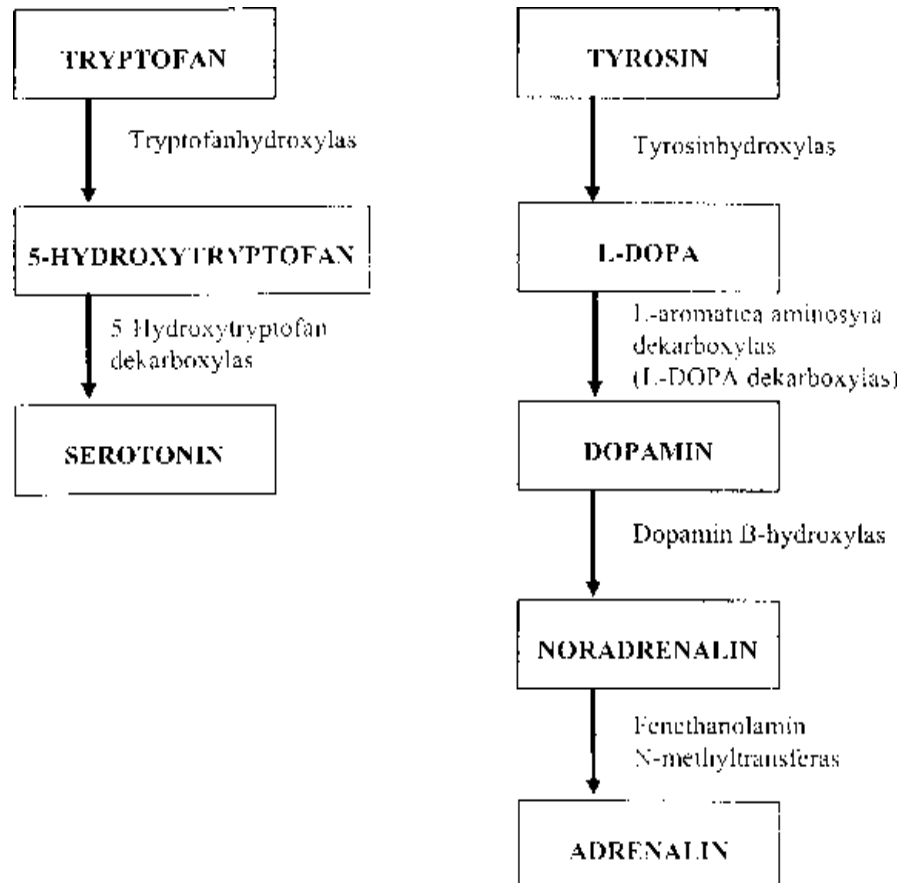
Dopaminproducerande celler ligger i mitthjärnan. Största delen av axonerna går till basala ganglierna, men även amygdala och prefrontala cortex innerveras.

funktioner i vår hjärna påverkas och att vi därigenom också får inflytande över vårt eget välbefinnande?

Genetiska perspektiv

Vid den institution som jag leder har vi studerat polymorfism (genvariation) hos en gen, som kodar för ett enzym som benämns tyrosinhydroxylas. Tyrosinhydroxylas medverkar vid bildandet av noradrenalin och dopamin (bild 3).

Bild 3. Biosyntes av serotonin (A) och noradrenalin (B).

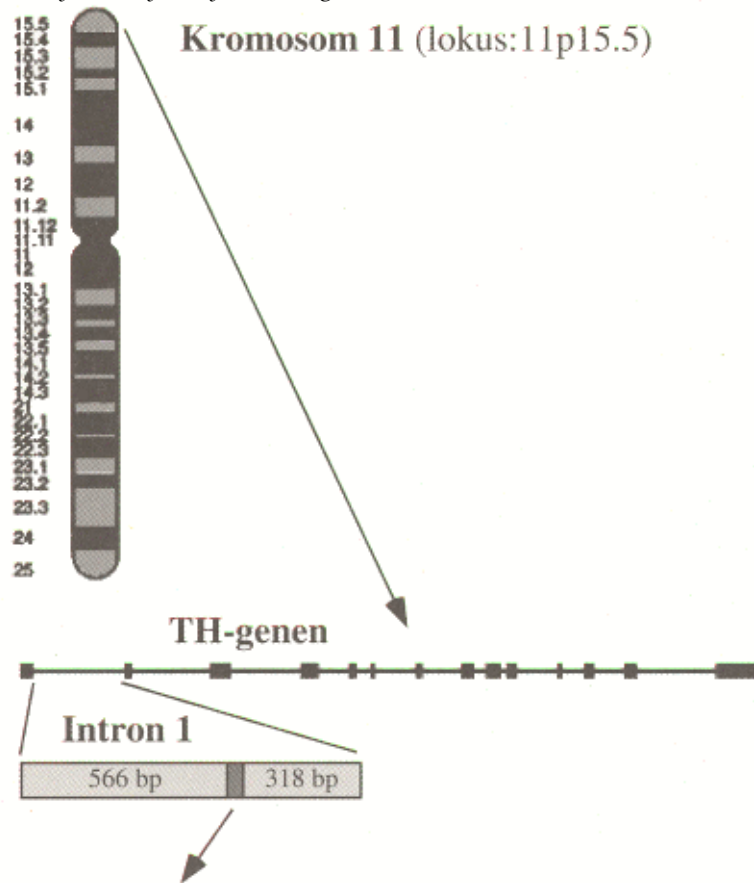


Noradrenalin behöver vi för att kunna skärpa uppmärksamheten och fungera ändamålsenligt i stressituationer. Vi vet att individer som är suicidala känner sig trängda och upplever att de befinner sig i en återvändsgränd, tappar förmågan att se mer nyanserat på sin tillvaro. De ser alltmer i svart eller vitt, de tillämpar rigida copingstrategier. Detta beror sannolikt på, att dessa individers noradrenalinomsättning och förmåga att kunna fylla på med noradrenalin i hjärnan till viss del är defekta.

När vi undersökt denna gen hos sådana patienter, som gjort självmordsförsök, visade det sig, att en viss variant av genen var överrepresenterad i

grupp. Vi vet inte riktigt vad detta betyder, men det är möjligt, att förekomst av denna variant av genen hos suicidala personer kan innebära, att det hos dem bildas mindre noradrenalin i hjärnan. Och, som sagt, noradrenalin behövs för att kunna fungera ändamålsenligt i stressituationer (Bild 4).

Bild 4. Tyrosin hydroxylas (TH) genen.



Variationer i den genetiska koden i denna region medför att man kan särskilja 5 varianter av TH-genen (benämnda T6-T10).

Bild 4. Tyrosin hydroxylas (TH) genen sitter på kromosom 11. Bred linje i bilden (TH-genen) markerar de delar av den genetiska koden som återfinns i budbärarRNA (exon) till skillnad från tunn linje (intron). Variationer i den genetiska koden i intron 1 medför att man kan särskilja 5 varianter av TH-genen (benämnda T6-T10). Nya data tyder på att de som bär på T8 varianten av TH-genen genomsnittligt är mer irriterbara och stresskänsliga än andra. Bild: Med. Dr. Thomas Geijer.

Det visade sig också att samma variant av den här genen återfinns också hos icke-suicidala individer med en viss personlighetstyp, eller ett visst sätt att lösa sina konflikter på. Dessa personer kännetecknas av låg stress-tolerans och benägenhet för irritabilitet. Det kanske kan vara så, att människor med den här typen av personlighet i extrema påfrestnings-situationer inte klarar av att finna konstruktiva utvägar, eftersom deras biologiska vulnerabilitet, bland annat på grund av ovannämnda polymorfism, begränsar deras möjligheter till återhämtning och till val av alternativa, konstruktiva strategier.

Arv och miljö

Är då självmordsbenägenheten ärvd eller förvärvad? Detta är en ständigt återkommande fråga. Forskare är numera eniga om, att både arv och miljö har betydelse. Det är mycket viktigt att vi är medvetna om att vår sårbarhet inte endast beror på vår genetiska uppsättning utan att den kan kompletteras med en förvärvad sårbarhet, en sårbarhet som beror såväl på psykosociala faktorer som på miljöfaktorer som exempelvis ljus och kost, med mera.

Psykosocial stress

Psykosociala faktorer som är betydelsefulla för uppkomsten av stress består bland annat av relationsproblem inom familjen, kriser och förluster, arbetslöshet, trakasserier och mobbning på skola och arbetsplats, akut och kronisk somatisk sjukdom, och smärta och värk. En viktig stressfaktor utgörs också av psykiatrisk sjuklighet och denna sjuklighets konsekvenser.

Psykologiska aspekter

Suicidal kommunikation

Enligt teorin om kommunikation som en del av den suicidal processen inträffar inte ett självmord eller ett självmordsförsök utan någon förvarning. Den självmordsnära individen kommunicerar till familjen eller till vårdpersonalen vad som är på gång, utan att omgivningen alltid förstår detta. Vår uppgift är att lära oss att uppfatta den självmordsnära personens verbala och icke-verbala rop på hjälp.

Samspelet med omgivningen kan ofta avgöra om en suicidal process går mot självmord eller om den går att hejda. I min avhandling har jag beskrivit olika typer av suicidal kommunikation och betonat vikten av att behandlaren verkligen håller i livlinan, så att den självmordsnära individen kan hämta andan, stanna upp, kanske sova ut, äta lite grann och

återerövra förmågan att fungera elementärt, vilket är den första förutsättningen för att hantera sin situation på ett konstruktivt sätt.

Den självmordsnära personen som vi möter, privat eller i sjukvården, har ofta outtalade förväntningar på oss andra. Förstår vi inte vilka förväntningarna är, kan vi, utan att veta om det, faktiskt bidra till att självmordet inträffar. På samma sätt kan terapeutens förväntningar och känslomässiga reaktioner i förhållande till den självmordsnära patienten - förväntningar som terapeuten på ett medvetet eller omedvetet sätt kan förmedla - ha betydelse för patientens följsamhet vid behandlingen. Dessa processer beskrivs i den psykoanalytiska teorin som överföring (patientens reaktioner) och motöverföring (terapeutens reaktioner).

Noceboeffekter - att förstärka suicidalitet

Med noceboeffekt menas motsatsen till placeboeffekt, det vill säga, att som behandlare skada patienten genom sitt uppträdande eller genom sin uppläggning av behandlingen. Ett exempel på detta kan vara, att vi underlåter att se till att en självmordsnära patient läggs in omedelbart och nästan bokstavligen håller honom under armarna under den akuta krisen. I stället har vi - kanske för att vi upplevt patienten som en börda som vi helst vill slippa - endast låtit en skriftlig remiss gå till nästa vårdinstans, och under tiden har patienten kanske tagit sitt liv. Vårt beteende kan på så sätt ha en noceboeffekt och utlösa ett självmord.

Lönar sig självmordsprevention - vad visar forskningen?

Det finns många översikter av depressionsbehandling. I en översikt av 17 kliniska prövningar fann Beasley och medarbetare (1991) att behandling av depressioner signifikant minskar självmordstankarna. Självmorden och självmordsförsöken minskade också, men inte på en nivå som var statistiskt signifikant.

Vissa speciella former av psykoterapi - kognitiv psykoterapi och dialektisk beteendeterapi - har på relativt små material visat positiva effekter. Dessa studier kan dock ur metodologisk synpunkt ifrågasättas. Antalet undersökta personer är ofta för litet för att självmordspreventiva effekter och olika psykoterapiformer skall kunna bedömas. Man behöver minst tusen personer, både i undersökningsgrupp och i kontrollgrupp, för att kunna visa signifikanta effekter på frekvensen självmordsförsök. Ännu större material krävs för att visa en statistiskt signifikant minskning av antalet genomförda självmord.

Det finns studier över psykosociala insatser, bland annat i Los Angeles, där man kunnat visa, att så pass enkla medel som aktiv uppföljning av patienter efter ett självmordsförsök signifikant har kunnat sänka självmordstalen. I Italien har man gjort en mycket intressant studie, där man följde ca 12000 äldre personer (di Leo, Carollo & dello Buono). Man gav dessa patienter möjlighet att ringa när de behövde samt lät också personal ringa till dem två gånger i veckan för att höra om allt var bra. Genom denna enkla intervention lyckades man sänka självmordsfrekvensen, öka välbefinnandet och minska antalet sjukhusinläggningar.

En analys av effekterna av olika hjälporganisationers självmordsförebyggande insatser har också visat positiva samband, om än inte statistiskt säkerställda (Lester, 1994). Man kan tänka sig att själva det faktum att samhället "bryr sig" kan inge så pass mycket hopp, att det uppstår en självmordsförebyggande effekt på individnivå. Denna effekt är viktig att känna till för dem som arbetar med självmordsnära personer.

Det finns bara två studier i världen som visar, att självmordspreventiva interventioner i skolorna verkligen ger en förebyggande effekt. Den ena är från USA, där man har kunnat se att självmordsförsöken minskat efter ett interventionsprojekt (Zener och Lazarus, 1997). Den andra undersökningen är den som vi själva leder i Stockholm på Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa.

Slutsats

För att bedriva självmordsprevention måste vi tillämpa ett mycket brett angreppssätt. Det räcker inte med enbart psykiatrisk diagnostik och behandling. Det räcker inte heller med att satsa på breda informationsinsatser till allmänheten. Jag är psykiater själv, men under arbetets gång har jag insett, att förutom det psykiatriska angreppssättet måste vi använda oss av många och varierade strategier samtidigt. Utbildningen i självmordsprevention måste fortgå hela tiden, eftersom nya generationer av personer involverade i självmordsförebyggande arbete ständigt tillkommer. Det preventiva arbetet måste idkas både inom hälso- och sjukvården och genom stat, kommun, frivilligorganisationer och större sociala nätverk. Det är också nödvändigt att preventionen bedrivs på flera nivåer samtidigt, såväl på individ-, familje- som befolkningsnivå.

Referenser

Beasley C M, Dornseif B E, Bosomworth J C och medarbetare. Fluoxetine and suicide: A meta-analysis of controlled trials of treatment for depression. *British Medical Journal* 1991;303: 685-692.

DiLeo D, Carollo G and Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service to the elderly at home. *American Journal of Psychiatry* 1995;152:632-634.

Lester D. Evaluating the effectiveness of the Samaritans in England and Wales. *International Journal of Health Sciences* 1994;4:73-74.

Wasserman D. Självmord och självmordsförsök. I *Sjuk eller frisk i själen? - Om synen på psykisk ohälsa*. Nationella folkhälsokommittén 1999;s73-79.

Wolk-Wasserman D. Attempted suicide - the patient's family, social network and therapy. Doktorsavhandling, Institutionen för psykiatri, Karolinska Institutet, 1986.

Zenere F J and Lazarus P J. The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1997;27: 387-403.

BARNETS UPPLEVELSER EFTER EN FÖRÄLDERS SJÄLVMORD

Billy Ehn, professor vid Etnologiska institutionen vid Umeå universitet

Den 30:e juni 1958 sprängde sig min pappa i luften med dynamit i en björkdunge utanför Kärrtorp i södra Stockholm, där vi bodde.

Han hade skilt sig från min mamma och flyttat med mig till en ny kvinna och hennes barn. Han var 35 år och jag var 11.

Just den där sommaren så var jag på kollo, på barnkoloni, i Stockholms skärgård. En eftermiddag, när jag höll på att spela fotboll, så kom föreståndarinnan ned till planen och hämtade mig. På väg upp till expeditionen berättade hon, att hon hade något tråkigt att tala om för mig, nämligen att min pappa var död. Jag började gråta med en gång. På expeditionen fick jag en sömntablett och leddes till sovsalen, där jag somnade.

Jag stannade kvar efter det här på kollo, som om inget hade hänt. Jag var inte med på pappas begravning.

Sedan dröjde det nästan 30 år tills jag grät igen på grund av pappas död. Det var på mitten av 80-talet när min dåvarande hustru och jag gick i samtalsterapi hos ett par psykoterapeuter och de frågade oss då förstås om vår bakgrund, om våra föräldrar, och jag berättade så där, som jag brukade, ganska kargt och känslolöst, om min pappa och hans självmord. Det var en "story" som jag drog.

Jag drog den här storyn igen, och terapeuterna frågade mig: Men har du inte sört honom sedan han dog? Sörjer du inte honom nu?

Nej, svarade jag, det kanske beror på att jag inte tror att han är död. Jag har sett honom på stan, flera gånger, och jag väntar på att han ska ge sig till känna, när det är dags för honom att komma tillbaka.

När jag berättade det här, så blev jag ganska förvånad, för det där visste jag inte att jag tänkte riktigt, jag hade inte formulerat det för mig själv. Det blev alldeles tyst i rummet, och så började jag gråta. Jag var inte ett dugg ledsen, jag kände ingenting, men tårarna bara välldes fram. Jag grät länge,

kändes det som, och terapeuterna väntade, och min hustru väntade, tills jag var klar. Så frågade en av terapeuterna om jag någon gång funderat på att gå i psykoanalys. Det hade jag aldrig gjort, men efter det där tillfället bestämde jag mig för att göra det.

Jag började i psykoanalys, intensiv, fyra dagar i veckan under fem och ett halvt år. Jag hade väldig tur, jag fick en analytiker inom några månader, och en väldigt bra sådan. Och under analysens gång så ägnade jag mig väldigt mycket åt att försöka ta reda på varför pappa hade tagit livet av sig, och att försöka förstå honom och att hitta fram till mina egna känslor, elvaåringens känslor som stängdes av med en sömntablett.

Analysen innebar ett hårt jobb, en hård utgrävning, med analytikern som ciceron. Några år efter det jag slutat, när jag tyckte att jag kunde klara mig själv rätt hyggligt, så skrev jag en bok om det här, om analysen och om pappas självmord och om min uppväxt. Någon kanske har sett boken, "Frånvaron" heter den, den handlar om övergivenhet. Det är övergivenhet som är temat.

Det där hade jag aldrig funderat över tidigare, att jag var övergiven. Jag tyckte inte det minsta synd om mig själv, och gör väl inte det fortfarande, men det var som att jag fick syn på barnet, pojken, i den här analysen, att jag fortfarande var den här pojken.

Nu är ju inte självmord precis någon enkel sak att prata om. När jag kom hit så hade jag tänkt fråga er här som deltar i konferensen, hur många av er som har anhöriga som tagit livet av sig. Men så tänkte jag, naej, ska ni sitta där och räcka upp handen då.

Det är så, att flera av mina närmaste vänner har föräldrar som tagit sina liv. Det är en märklig anhopning av självmördares barn bland mina vänner, och vi har nästan aldrig pratat om det där, om hur det kändes, om hur det var, utan vi har bara konstaterat, att "jaha, du är sådan du också..." - För mig var det inget konstigt, det här med självmord, det var ett sätt att dö, helt enkelt.

När jag tänkte på den här frågan som jag tänkte ställa till er, så började jag fundera över varför jag ville det. Det var kanske för att jag ville knyta ett band mellan oss, för att få se att ni inte bara jobbar med självmordsprevention, att ni inte bara har en yrkesmässig relation till företeelsen självmord utan att ni också har ett privat, personligt förhållande till

problematiken - vilket jag utgår från att många av er har, även om ni inte har anhöriga som har tagit sina liv. Jag tänkte, att självmord *är* så väldigt mycket, det betyder så många olika saker. Varje självmord är ju unikt, samtidigt som varje självmord också har många beröringspunkter med andra självmord.

Det handlar, förstås, om sorg, saknad, förtvivlan, övergivenhet. Det handlar också om mera otillåtna känslor, som ilska, aggression, skam, skuld, självförebräelser - ja, ni vet, den mängd av känslor som självmord kan väcka hos anhöriga. Så därför tror jag att jag avstår från den där frågan. Den är outtalad, jag är fortfarande nyfiken, men det viktiga är kanske inte att få fram frågans svar.

För mig var pappas självmord länge en heroisk handling. Han var gräv-maskinist, bergsprängare, en riktig karl med hår på bröstet. Han lärde mig en massa om bilar och fotboll den tid vi var tillsammans. Jag såg upp till honom, också efteråt, och då också mycket på grund av att han tog livet av sig med en sån jävla smäll. Det var liksom ingen liten explosion, utan han satte sig på dynamit ute i skogen och gjorde slut på sig själv med besked. Det där var för mig något heroiskt, något storstilat.

Jag hade ju som barn sett de där dynamitstavarna uppe i ett verktygsskåp som pappa hade i vårt kök där ute i Kärrtorp. Där låg verktyg, några porrtidningar och så de där dynamitstavarna. Och det var liksom ett skimmer över det där självmordet. Det var kanske också därför som jag hade den där lite karga tonen när jag berättade om det. Man skulle inte klema med mig bara därför att min pappa hade tagit livet av sig. Det var i stället nästan som ett adelsmärke. Jag identifierade mig väl med honom, på det viset. Men jag begrep ju aldrig varför han hade tagit livet av sig. Genom min psykoanalys fick jag ju fram omständigheterna som han levde i, det nya äktenskapet, som var mycket konfliktfyllt och trassligt - det var mycket passion och olycklig kärlek. Ekonomin var fullkomligt katastrofal. Och han var kanske en deprimerad människa, eller en ångestfylld människa - jag vet inte.

Fortfarande vet jag alltså inte varför pappa tog livet av sig. Jag fick ett avskedsbrev av honom, ett brev som jag tänkte läsa upp för er. Det var ett kortbrev, som han skickade, ett sådant där med förstämplat frimärke. På den tiden kostade portot 30 öre.

Kortbrevet är adresserat till herr Billy Ehn, Söderarmsvägen 9, Johanneshov:

“Billypojken min, att Din pappa nu försvinner för alltid ska Du inte ta alltför hårt. Du är för ung ännu för att förstå allt här i livet. När åren har gått, och Du har blivit äldre, så vet Du hur Du skall ställa Dig till de problem som kommer. Just nu är det kanske lite svårt, men Du ska se, att den som har fått sina prövningar i unga år, vet hur han ska sköta sig, när han blivit äldre. Pappa kan inte längre. Det har blivit för mycket. Förlåt mig, Billy. Din pappa.”

Vad som hänt efter det där självmordet, det är att jag levt och lever i skuggan av pappas självmord. Det är rätt stort, det är det största i mitt liv. Och jag ställer om och om igen frågor, jag söker upp honom där i björkskogen och ställer frågor som: varför gör du det här? Är inte jag eller dina andra barn tillräckligt värdefulla för att du ska stanna kvar?

Jag skulle vilja veta hur det ser ut, hur det känns, när man står inför den totala meningslösheten, och inte har ens en gnutta livsmod. Och det har väl blivit så, mycket tack vara analysen, att han inte längre är min hjälte, pappa. Jag tycker inte längre det är en hjältemodig handling att ta livet av sig, snarare tvärtom.

Jag har börjat förstå dem som blivit väldigt arga på sina anhöriga för att de tagit livet av sig, även om jag själv inte känner så. Jag känner inget agg, ingen ilska. Trots att varje självmord på flera sätt är ett massmord. Man dödar inte bara sig själv, man dödar... Min pappa, han dödade min far, han dödade sin hustrus make, han dödade sina föräldrars son och så vidare. Självmördare är ytterst farliga personer. De tar död på många människor omkring sig, inte bara sig själva.

Jag kan ändå inte frammana någon ilska. Men jag tycker att pappa var svag och ynkelig. Han gick på randen till avgrunden, det måste han ha gjort. Han måste ha skådat in i intet, in i ensamheten. Han måste ha varit fullständigt uppgiven. Jag antar det. Jag gissar det. På så vis kan jag känna igen mig i honom. På så vis är vi likar. Men jag kan inte identifiera mig med hans beslut att ta livet av sig. Även om självmord är ett slags adelsmärke för mig, så är det en negativ förebild. Självmord är någonting som jag själv definitivt inte ska göra. Min pappa blir som ett slags negativ förebild; hur jäkla olycklig och ångestfull och existentiellt ensam man än blir, så får man inte ta livet av sig. Det är som jag gjort mig till den jag är

tack vare, eller med hjälp av, pappas självmord. Jag har följt honom till den här avgrundsranden. Han hoppar ned, och jag stannar.

Utan pappas självmord skulle jag ha varit en annan person.

För mig har pappas självmord lett till ett livstema, eller ett överlevnadsmantra. Begreppet *livsmod* har kommit att bli mitt mantra. Jag ställer det emot begreppet självmord. Självmord - livsmod, det är de två alternativen, ytterpunkterna.

Vi är alla potentiella självmördare. Vi kan alla ta livet av oss. Vi har det valet. Vi väljer varje dag att inte göra det, även om vi kanske inte är medvetna om det. Det är ett val som vi gör.

Jag är väldigt medveten om att det är ett val som jag gör, att inte ta livet av mig. Det är mycket tack vare det här mantrat, överlevnadsmantrat livsmod. Att få livsmod, det går ut på mycket enkla och resoluta levnadsregler, som nästan låter lite väl hurtiga, kanske, som när en fotbollsscoach manar på sina grabbar:

“Ge inte upp!” “Släpp inte taget” “Skapa mening, finn mening!” “Skapa och upprätthåll värden!” “Fortsätt!”

Har man inte de reglerna, har man inte införlivat dem, så är man ju skyddslös. Jag har gjort de reglerna till mina, i alla avseenden. Vad jag än har gjort, så har det handlat om detta: “Ge inte upp!” “Fortsätt!” - Hur jävligt det än har varit. - Jag hade också hjälp av de här reglerna när jag sprang maraton på 80-talet. Som maratonlöpare är man tvungen att upprepa de här reglerna för sig: “Ge inte upp! Stanna inte! Fortsätt!”

Jag sprang 56 maratonlopp. I stället för att suppa ihjäl mig. Jag är inte ensam om det. Det finns en hel del före detta alkoholister bland maratonlöparna.

Jag kommer alltid att ha pappas självmord med mig, som en energikälla. Samtidigt är det ju bedrövligt, egentligen, att en son ska bli far åt sin pappa. Jag har ju undrat mycket över, hur gör man för att förhindra självmord, och jag undrar över hur ni jobbar. Vad säger man till någon som vill ta sitt liv?

Först tänkte jag säga, att ja, det vet jag inte, jag har ingen aning om vad man säger, jag vet bara vad jag säger till mig själv. Men så kom jag på det: det är klart att jag vet vad man säger. Man säger till den som är olycklig och deprimerad och ångestfull och som inte vill leva längre, att : "Jag vill att du inte tar livet av dig." Med betoning på varenda stavelse, och med all övertygelse och allt livsmod, man själv har, inlagt i orden: "Jag vill att du inte tar livet av dig."

Jag vet inte om att säga så är verkningsfullt, om ni som arbetar med självmordsprevention, ni som är samtalsterapeuter av olika slag, om ni lyckas förhindra människor från att ta sitt liv med sådana ord. Men det är ju det enda man kan säga; det lösenord jag kan säga till min pappa om jag som elvaårig pojke söker upp honom igen, när han sätter sig på dynamiten och skall tända på. Jag kan föreställa mig att om jag varit närvarande, så skulle jag skrikit till honom: "Jag vill, att du inte tar livet av dig! Stanna kvar!"

Nu är det här en konferens om självmordsprevention, det kommer att handla om forskning, om vård och sådant. Jag funderar lite grann: vad kan jag bidra med här? Jag kan berätta min historia, och den kan ni lyssna på. Det är en, av många, berättelser från anhöriga. Det sitter säkert här i salen flera som skulle kunna komma fram och berätta sin historia, sina upplevelser av hur det är att leva i skuggan av någon anhörigs självmord.

Vilken slutsats drar jag av den här berättelsen ? - Jag är ju inte expert på något vis, jag talar inte som forskare, jag har satt mig in väldigt dåligt i forskningen kring självmord, prevention och så. Jag har inget speciellt intresse för självmord, även om jag talar om det nu, utan jag har intresse för min pappa och mig och mitt liv, det är så jag kommit in på ämnet. Den slutsats jag vill dra, det är att man bör växla mellan närhet och distans. Jag kan tänka mig, att om man är yrkesverksam inom område självmord, så får man ganska mycket distans. Man har sina begrepp, som forskare har, man har sina perspektiv, sitt sätt att tala om det. Man säger kanske "suicidera", och så aktar man sig för att komma för nära, att bli för känslös, för privat.

Jag tror att om det är något råd jag har att ge, så är det att man måste nog bli sådan också, känslös och privat, när det handlar om självmord. Självmord är inte något som angår andra. Självmord är inte något som andra gör med sig själva. De gör det med oss också. De utmanar oss. Självmordet är en provokation, en påminnelse om vad livet är, den ångest,

den existentiella ångest och ensamhet som finns alldeles bakom knuten, eller som en del av oss stirrar i vitögat var och varannan dag. Eller som en del av oss försöker döva med alkohol, droger och annat - maratonlopp ...

Jag tror det är viktigt att - ja, kanske inte filosofera, men i alla fall fundera över självmordet som en existentiell angelägenhet. Den kryper innanför huden på oss, på var och en. Företeelsen självmord väcker de här, för de flesta obesvarade, frågorna, om livets mening och om värdenas, och sitt eget värdes, existens. Själv lever jag i en ständig känsla av övergivenhet och ångest och värdelöshet. Egentligen förstår jag inte varför, för jag gick ju i den här psykoanalysen. Jag hänger upp dessa känslor väldigt mycket på pappas självsprängning. I den har jag fått en anledning, ett motiv för känslan av övergivenhet.

Jag har inte blivit svagare av pappas självmord, tvärtom, tror jag. Jag tror det är så vi kan närma oss andras självmord. Se dem som en källa till kraft. Att våga se livet för vad det är. Och att våga formulera för oss själva varför vi lever vidare. Att borra lite grann i den frågan: varför lever vi vidare, varför tar inte också vi livet av oss ...

... Nu försöker jag förtvivlat hitta någon annan mening än just den frågan att sluta det här anförandet med, men jag kommer inte på någon. Så jag slutar här. Tack.

Diskussion

Fråga ur auditoriet:

Har Ditt yrkesval något samband med Din fars självmord?

Billy Ehn:

Ja, jag är alltså etnolog och har ägnat mig som en tok åt att utforska andra människors liv.

Under hela 70- och större delen av 80- talet var jag helt besatt av att komma in i andra människors hem och liv och intervjua dem, vända ut och in på dem.

På det viset kan jag nu se mig själv som någon som riktar min energi mot andra människor och deras liv för att se hur andra människor skapar mening. Det är det etnologin handlar om, att utforska hur människor

skapar mening och värde, hur människor fortsätter, hur människor blir hjältar - inte genom att de spränger sig till döds utan genom att de inte spränger sig, genom att de fortsätter i sina vardagsliv.

SEMINARIUM I: ANHÖRIGA

Moderator: Margit Ferm

1. SPES - organisationen

Sven-Olof Marklund, ordf. SPES

Margit Ferm, v. ordf. SPES

SPES står för Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd. Samtidigt är själva ordet "spes" ett latinskt ord som betyder "hopp".

SPES har sitt ursprung från 1987, då en privatperson, Maryan Fasth, tog initiativet till att starta en förening för dem som drabbats av en närstående självmord. Maryan Fasth tänkte sig en organisation i samma anda som Länkarna, alltså en krets människor med liknande bakgrund och svårigheter, som tillsammans kunde tala om sin sorg och stödja varandra. Till en början kallades föreningen REST, Riksföreningen för Efterlevandes Stöd men bytte så småningom namn till SPES - namnet REST var upptaget av en annan ideell förening.

1987 startades SPES tidning, Förgät-mig-ej- bladet. 1989 bildades SPES ungdomssektion för dem under 30 år. I dag har SPES vuxit till en organisation indelad i nio regioner med närmare 50 kontaktpersoner, som svarar för den lokala verksamheten. Föreningens stödjande medlemmar har i sin profession kunskaper som är till nytta för SPES, de är resurspersoner, som medverkar vid utbildningar, riks- och årsmöten, som föreläsare. Dessa resurspersoner fungerar även som sakkunniga till styrelsen. Många utgör ett extra stöd till kontaktpersoner och faddrar.

I januari -99 startade SPES´ telefonjour, som är öppen varje kväll mellan 18 och 22.

Telefonnumret till jouden är 08 - 34 58 73.

Sedan maj -99 har SPES också en egen hemsida på internet:
<http://home.swipnet.se/spes>

SPES' målsättningar är:

- * Att medverka till att varaktigt minska antalet suicid och suicidförsök,
- * att höja den allmänna kunskapsnivån,
- * att medverka i utbildningssammanhang,
- * att utveckla stöd för närstående,
- * att utgöra en närståendorganisation.

SPES verksamhet innebär dels ett inre arbete, där närstående som tar kontakt med föreningen får en fadder, en samtalspartner, utsedd. Grundtanken är, att genom att hjälpa andra, hjälper vi också oss själva. Alla medlemmarna i SPES har gått igenom samma svåra upplevelse och kan därför särskilt förstå och hjälpa. Särskilda fadderkurser ordnas med hjälp av de stödjande medlemmarna, där deltagarna utbildas ibland annat samtalsteknik och krishantering.

SPES yttre verksamhet består i kontakter med och information till sjukvård och media. Många SPES-medlemmar har bittra erfarenheter av sjukvården. För att kunna åstadkomma en förändring behövs en samverkan mellan SPES och sjukvården för att kunna arbeta suicidpreventivt. Det allt närmare samarbetet har höjt den professionella nivån och medvetenheten på båda sidor, vågar man nog säga, samtidigt som den traditionella vården insett att SPES utgör en välbehövlig resurs och ett viktigt komplement.

I dag samverkar SPES på både nationell, regional och lokal nivå med Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet liksom med universitetssjukhus, landsting, kommuner, kyrka och med andra brukarorganisationer. SPES ha också nära samarbete med Centrum för suicidforskning och prevention i Stockholm, som startades 1993.

SPES mål och verksamhet kan enkelt sammanfattas i dessa tre uppmaningar, som alla utgår från en grundsyn att gemenskap, samverkan och närhet är förutsättningen för att uppnå målen:

*Låt oss hjälpa varandra till ömsesidigt stöd
Låt oss förhindra suicid
Låt oss våga tala om suicid i samhället*

2. Källan - gruppverksamhet för barn och ungdomar vars föräldrar har en psykisk sjukdom

Göran Granath, projektassistent, socionom, Stockholm

Källans verksamhet riktar sig till barn och ungdomar mellan 7 och 18 år vars förälder har långvariga eller allvarliga psykiska problem. Syftet med verksamheten är flerfaldigt, nämligen att:

- * ge barnen kunskap om psykisk sjukdom och på vilket sätt sjukdomen kan påverka familjen,
- * låta barn träffa andra barn och upptäcka att de inte är ensamma om sin situation,
- * ge barnen en möjlighet att prata med andra om sin situation, sin oro och sina känslor,
- * lära barnen hur de kan söka det stöd och den hjälp de behöver, exempelvis när föräldern är sjuk.

Källans verksamhet bygger på Ersta Vändpunktens modell i Stockholm för grupper där föräldrarna har ett alkohol- eller drogberoende. Vi brukar kalla Källans grupper för pedagogiska, eftersom vi i första hand vill erbjuda barnen kunskap på olika sätt, omkring olika teman som är viktiga för barn att bearbeta. Med andra ord är grupperna inte terapeutiska, även om de kan medföra terapeutiska effekter.

Grupperna träffas en gång per vecka under en termin; cirka femton - sexton gånger. Förutom att vi (naturligtvis) pratar, spelar vi också rollspel, ritar, gör värderingsövningar och leker för att på olika sätt arbeta med det tema som är i fokus under de olika sammankomsterna.

De teman vi arbetar kring består av följande: Känslor. Försvar. Psykisk sjukdom. Familjen. Den egna personen. Min kropp och mina gränser. Olika val. Missbruk/beroende. Värderingar. Kommunikation. Skuld och skam. Familjesamlingar.

Hur barnen har det varierar. En del barn har föräldrar som inte fungerar, som nästan aldrig är föräldrar. Andra barn har föräldrar, som kan uppträda som mycket bra föräldrar när de mår bättre. Ytterligare andra barn har en "frisk" förälder som är en välfungerande förälder, somliga andra

har det inte. En hel del är ändå gemensamt för alla de här barnen, trots olika slags föräldrar.

Förvirrande upplevelser

Mycket är förvirrande, ibland skrämmande för barnet. Exempelvis att föräldern ibland är "normal" eller "nästan normal" och sedan plötsligt blir någon annan som kanske hallucinerar eller blir väldigt manisk. Eller att föräldern visar snabba humörsvängningar. Bland det värsta för barnet är upplevelsen av avstängdhet, att föräldern inte är kontaktbar.

Skrämmande upplevelser

Våld och hot är inte ovanliga inslag i barnens vardag. Några barn har berättat om en förälder som tappat kontrollen och slagit dem. Ett vuxet barn har berättat om att mamman blev jagad av pappan med yxa runt matbordet.

Skuldkänslor

Skuldkänslor är vanligt förekommande. Många barn har känt att det är deras fel att situationen ser ut som den gör: "Om jag inte hade fötts ...", "Om jag inte hade varit så bråkig ... " Barnet tycker inte att det gör tillräckligt för sina föräldrar eller är tillräckligt bra.

Skamkänslor

Föräldern kan skämma ut sig offentligt, i skolan, på bion och barnet känner att den egna familjen är annorlunda.

Oro

Barnet hyser oro för att föräldern ska försöka begå självmord - ungefär hälften av föräldrarna till barnen i våra grupper har gjort försök. En del barn har hittat sina föräldrar efter ett sådant självmordsförsök. Man oroar sig också för när mamma/pappa ska bli sjuk nästa gång. Man är också rädd för att bli sjuk, tänker på eventuell ärftlighet.

Barn vars föräldrar drabbas av en psykisk sjukdom utsätts för mycket stress under sin uppväxt. Mycket av sin tid och kraft måste de använda för att försöka förstå och hantera de svårförståeliga och påfrestande situationer som uppstår på grund av förälderns sjukdom. Detta ofta utan att ha någon att fråga, prata med eller på annat sätt få vägledning av. I gruppen erbjuds de både kunskap och redskap till att ta vara på sin egen kraft och sin förmåga att fatta konstruktiva beslut för sina liv. Deltagarna

blir också till hjälp och förebilder för varandra när de berättar om sina egna upplevelser och erfarenheter av att hantera olika situationer.

Barn vars förälder drabbas av en psykisk sjukdom påverkas av förälderns sjukdom. Dessa barn behöver bli sedda, erbjudas kunskap om psykisk sjukdom och få handledning i hur de kan hantera olika problem och sina egna känslor

3. Anhörigintervjuer - studie i Västerbotten

Lennart Gustafsson, överläkare, psykiatriska kliniken, Umeå universitetssjukhus

När jag var 16 år hängde sig en av mina kamrater, en fin kille som jag brukade musicera med. Janne var då 15 år. Han hade "varit ihop" med min tremänning sedan 13 års ålder, men hon ville, 15 år gammal, få tid till eftertanke och hade föreslagit ett uppehåll i deras förhållande - det var vad man berättade för mig. Det talades inte mycket om saken. Både flickan och hennes familj och pojkens föräldrar deltog i begravningen. Själv funderade jag inte särskilt mycket över det inträffade - händelsen var alltför överklig och obegriplig.

Drygt 25 år senare var jag uppe i Norrbotten och föreläste om självmord och kom att besöka flickans familj. Eftersom de visste att jag intresserade mig för självmord, kom Janne på tal. De berättade då, att hans hemförhållanden varit svåra. Hans far, vilken jag minns som alkoholiserad, skulle ha tvingat honom att tillbringa många vinternätter i den kalla farstun eller uppe i det lika kalla vindsförrådet. Varför fadern hade betett sig så, visste man inte, men uppenbarligen hade Janne inte bara förlorat sin flickvän utan även den varma och omtänksamma familjegemenskap som fanns i hennes hem. Kanske bidrog detta till att han inte orkade leva vidare.

Men så här får det väl ändå inte vara! Vad är det för bild man ger när man berättar en sådan historia? Den kanske inte ens är sann, med det klassiska syftet att förklara med hjälp av en utsedd syndabock.

Titeln på min avhandling "... men ingen älskar mig" valdes nästan impulsivt strax innan den gick i tryck. Tidigare titlar vi provat var sed-

vanligt korrekta - och oengagerande. Men hur skall man som efterlevande förstå en sådan titel? Har vi inte älskat tillräckligt, är det vårt fel?

En kvinna från Stockholm hade talat in ett meddelande på min telefonsvarare och bett mig ringa upp. När jag gjorde det, berättade hon, att hennes son tagit livet av sig och att hon fått beskedet att orsaken var depression. Hon hade nu ringt till reportern på Dagens Nyheter, vilken hade beklagat att hela mitt resonemang ej kommit med. Reportern hade berättat mer om vad som sagts i intervjun och modern var, när jag ringde upp, nöjd och sade sig ha förstått hur jag menat.

I en depression har man lättare för att uppleva sig oälskad, självhat ingår ofta i bilden, känslor som inte behöver stå i rimlig proportion till, eller ens ha att göra med hur personer i omgivningen har betett sig - men känslorna och tankarna finns ändå där. Enstaka anhöriga vågade, när jag intervjuade dem, tillstå, att de faktiskt önskat livet ur den som suiciderade och även hade sagt åt honom det. Sådant förekommer och är inget att förundras över - konflikter är inte alltid så lätta att hantera.

Anhörigas roll är känslig - vi vill inte hemfalla åt syndabockstänkandet men får ej heller göra oss blinda för hur de som suiciderar upplever sin situation, eftersom dessa upplevelser har stor betydelse för hur man får försöka agera när självmord hotar.

Under de år jag intervjuade anhöriga berättade de ofta hur avvisade de känt sig av psykiatrin. Schizofreni-framkallande mödrar och felfostrande föräldrar är exempel på när löst tankegods grumlat det psykiatriska tänkandet och spolierat behandlingen. På senare år har även fäderna lyfts fram som misstänkta incestförövare. Det är bra att vi uppmärksammar sådant, men det skapar även problem i relationen till de anhöriga.

Anhöriga är vi alla, vi är människor, vi har behov, vi styrs av känslor och är inte alltid så rationella. Vi behöver hjälp. Den gamla modellen att söka isolera patienterna från förment dåliga kontakter fungerade inte. Den man, som är suicidal och olycklig för att hustrun - utifrån sina motiv - lämnat honom, upphör inte att kontakta henne för att psykiatrin gör det. Följden blir att man inte får information om förekommande självmordsmeddelanden och hur den suicidala dynamiken utvecklas.

Anhöriga är inte heller per definition friska, lyckliga och kapabla att axla hela bördan när psykiatrin sviktar. Det är ju så lätt att anhörigmedverkan blir ett finare ord för att vältra över ansvar.

En kvinna blev efter en anhörigs självmord definitionsmässigt överlevande och därmed en hjälpare, ur det retrospektiva perspektivet - ett perspektiv vi i efterhand tillåter oss att välja. Hon och hennes nu avlidne man hade levt i ett problematiskt äktenskap, vilket dock parterna - som så många andra par - klarade av att hantera. Men så dog kvinnans far, hon blev deprimerad, slöt sig inom sig själv och orkade inte stötta maken som tidigare. Och mannen, fånge som han var i sina egna behov och snäva perspektiv, tolkade detta som ett tecken på att hon hade skaffat en annan man - kanske orkade hon för tillfället inte med det sexuella samlivet. Han tog sitt liv, hon blev kvar, men båda hade behövt hjälp. Och så är det ofta.

Häromdagen läste jag en artikel i lokaltidningen om en kvinna vars tonårige son tagit sitt liv. Av tidningsartikeln framgick att hon efter händelsen hade fått ett gott stöd av psykiatrin, vilket är glädjande, men fortfarande har vi långt kvar att gå. Våra rutiner för att registrera vilka mediciner som skrivs ut är betydligt mer utvecklade än de vi har för att registrera ansvariga läkare och kontaktpersoner och de i suicidsammanhang - i alla sammanhang - så viktiga anhöriga.

Mitt huvudbudskap i detta anförande är:

Anhöriga finns!

Anhöriga är oerhört viktiga.

Anhöriga behöver hjälp - de också.

Anhöriga skall inte utnyttjas för att kompensera för psykiatrins nedskärningar.

SEMINARIUM II: ÄLDRE

Moderator: Margda Waern

1. Varför begår äldre självmord? – Erfarenheter från anhörigintervjuer

Margda Waern, psykiater, med. lic., Institutionen för klinisk neurovetenskap, avdelningen för psykiatri, Göteborgs universitet

Ålderdomen är en tid av förluster; förluster av status, av hälsa, av livsroller. Ens livspartner kanske dör eller kanske drabbas av kronisk, handikappande sjukdom. Sådana förluster kan leda till nedstämdhet och livsleda. Detta är kanske en förklaring till varför de äldre svarar för en oproportionerligt hög andel av självmorden i Sverige i dag. Självmord är vanligare hos äldre än i någon annan åldersgrupp i de flesta industrialiserade länder.

I Sverige har självmordsfrekvensen minskat med ca 30 procent under de senaste två decennierna. Minskningen har dock inte varit jämnt fördelad över livscykeln. Självmordstalen har minskat mest bland grupperna unga vuxna och medelålders personer. Utvecklingen har inte varit lika gynnsam för de allra yngsta och de allra äldsta i vårt samhälle. Och även om självmordstalet skulle förbli stabilt, så förväntar vi oss en fördubbling av antalet självmord i absoluta tal under de närmaste decennierna, detta på grund av den förändrade befolkningsstrukturen med ett proportionellt sett ökande antal äldre.

En del kanske tycker att det är "naturligt" att äldre människor tröttnar på livet. Att det skulle vara rationellt att som stoikerna välja självmord på ålderns höst, hellre än att leva med ålderskrämpor och funktionshandikapp. Från H70-studien i Göteborg vet vi emellertid, att det är ovanligt att psykiskt friska åldringar tappar livsmodet på ålderns höst (Tabell 1). Upprepade studier visar, att det är mycket sällsynt att äldre personer suiciderar under terminalstadiet av en cancersjukdom. Långt vanligare är, att de äldre personer som tar sitt liv, lider av en depressionsjukdom.

Tabell 1. Själv mordstankar hos ett urval icke dementa 85-åriga individer.

Själv mordstankar den senaste månaden	Psykiskt friska (N=225) %	Ej psykiskt friska (N=120) %
Livet inte värt att leva	4	29,2
Dödsönskan	4	27,5
Själv mordstankar	0,9	9,2
Allvarliga själv mordstankar	0	1,7

Internationella studier har visat, att depressioner blir allt vanligare som bakgrundsfaktor för självmord med ökad ålder. Äldre som dör för egen hand söker ofta sin läkare en kort tid före självmordet, men få äldre kommunicerar sin depressivitet och suicidalitet till läkaren. Syftet med den här aktuella studien, som genomförts vid Göteborgs universitet (Jan Beskow, huvudhandledare; Bo Runeson och Ingmar Skoog, bihandledare) är att ta reda på om så är fallet även i Sverige i dag.

Metod

Min studie bygger på intervjuer med anhöriga till 85 äldre personer (46 män, 39 kvinnor, medelålder 75 år, åldersspridning 65 - 97 år), som tagit sina liv i Västsverige. Även polisrapporter, rättsmedicinska undersökningsresultat och sjukvårdsjournaler för dessa individer har studerats.

Resultat

Psykiatrisk diagnos och behandling

Alla utom tre av de genom självmord avlidna individerna visade symptom på en psykisk störning vid tiden för självmordet. 71 (83 procent) led av depression. Hos 42 av dessa hade läkare diagnostiserat ett depressionstillstånd under de sista sex månaderna de var i livet. Den vanligaste typen av behandling bestod av psykofarmaka tillhörande gruppen SSRI-preparat (selektiva serotonin-återupptags-hämmare). I de flesta fall var läkemedels-dosen adekvat enligt FASS, och behandlingen hade oftast pågått i minst en månads tid. 38 procent av de avlidna uppvisade antidepressiva medel, inbegripet litium, i blodet vid tidpunkten för döden.

Ett mindre antal av de avlidna hade även mottagit andra former av depressionsbehandling under sista halvåret. Fem personer hade erhållit elbehandling och tre hade fått samtalsbehandling med psykolog.

Hos nästan en tredjedel av de avlidna återfanns problem med missbruk. Trots detta hade ingen av dessa erhållit speciell behandling för sitt beroende. Nio procent av männen och 23 procent av kvinnorna hade lidit av en ångestsjukdom, oftast i kombination med en depressionssjukdom eller läkemedels/alkoholberoende. Nio personer (tio procent) uppfyllde diagnoskriterierna för en specificerad personlighetsstörning enligt diagnosmanualen DSM-IV. Fyra personer (fem procent), samtliga män, led av demenssjukdom.

Fysisk sjukdom

Allvarlig kroppssjukdom eller svårt funktionshandikapp förelåg hos femton individer (17 procent) i den undersökta gruppen. Nio personer (tio procent) led av cancer, men ingen hade varit döende. Männen i studien tenderade att vara sjukare än kvinnorna, när kroppslig sjukdom skattades enligt Cumulative Illness Rating Scale (Miller et al, 1992).

Suicidal kommunikation

74 individer (87 procent) av de inventerade personerna hade träffat en läkare under sitt sista levnadsår. Drygt en tredjedel hade under det året förmedlat någon form av suicidalitet till sin läkare; livströtthet, dödsönskan, suicidtankar eller suicidförsök. Läkaren diskuterade dock mera sällan frågor om dödsönskan och självmordstankar med de personer som led av svår kroppslig sjukdom eller hade allvarlig syn-, hörsel eller rörelsenedsättning.

Hos nästan tre fjärdedelar av de suiciderade hade de anhöriga uppfattat signaler om livströtthet, dödsönskan eller suicidtankar-/försök under sista levnadsåret. Patienter som talade om sin suicidalitet med både sin läkare och sina anhöriga uttryckte lika stor grad av suicidalitet till båda. Detta tyder på att patienterna var ganska öppna i sin kommunikation, bara deras läkare ställde frågan.

Samtliga personer som förmedlade erfarenheter av livsleda, dödsönskan, självmordstankar eller självmordsförsök till sin läkare erhöll ett recept på antidepressiv behandling. För nio (21 procent) av de 42 personer, som fick behandling för depressionssjukdom under sista levnadsåret, fanns ingen anteckning i journalen om bedömning av självmordsrisken.

Implikationer

Fynden från den här refererade undersökningen tyder på, att läkare blivit bättre på att uppmärksamma depression och suicidalitet hos äldre. Kon-

sten att göra en bedömning av självmordsrisken måste emellertid vidareutvecklas. Det är viktigt att läkaren vågar ställa frågor kring suicidalitet. Livsleda och dödsönskan kan signalera inledningen till en suicidal process. Även efter det att antidepressiv behandling har inletts är det viktigt med en aktiv uppföljning av patientens suicidalitet.

Vad som studiens resultat understryker är, att anhöriga besitter värdefull kunskap som inte når fram till läkaren. Anhöriga bör kunna involveras i behandlingsplaneringen i större utsträckning än i dag. De kan bidra med viktig information kring den äldre personens livssituation och kring vilka faktorer som underhåller döds- eller självmordstankar.

Oväntat många av dessa 85 äldre som tagit sina liv stod på behandling för depression vid tiden för självmordet. Detta väcker frågor kring den optimala utformningen av denna behandling. Vi vet i dag inte hur effektiva de moderna läkemedlen är för behandling av äldre suicidala patienter, eftersom läkemedelsprövningar ofta utesluter personer med självmordstankar och/eller kroniska somatiska sjukdomar. Emellertid vet vi, att det hos äldre kan ta längre tid för läkemedel att verka. Då kan det vara särskilt betydelsefullt med stödjande insatser under de första behandlingsmånaderna. En intressant behandlingsform som prövas i USA i dag utgörs av läkemedel kombinerat med interpersonell terapi (ITP), den senare en terapiform som inriktar sig på rollförändringar och relationsproblem.

Referens

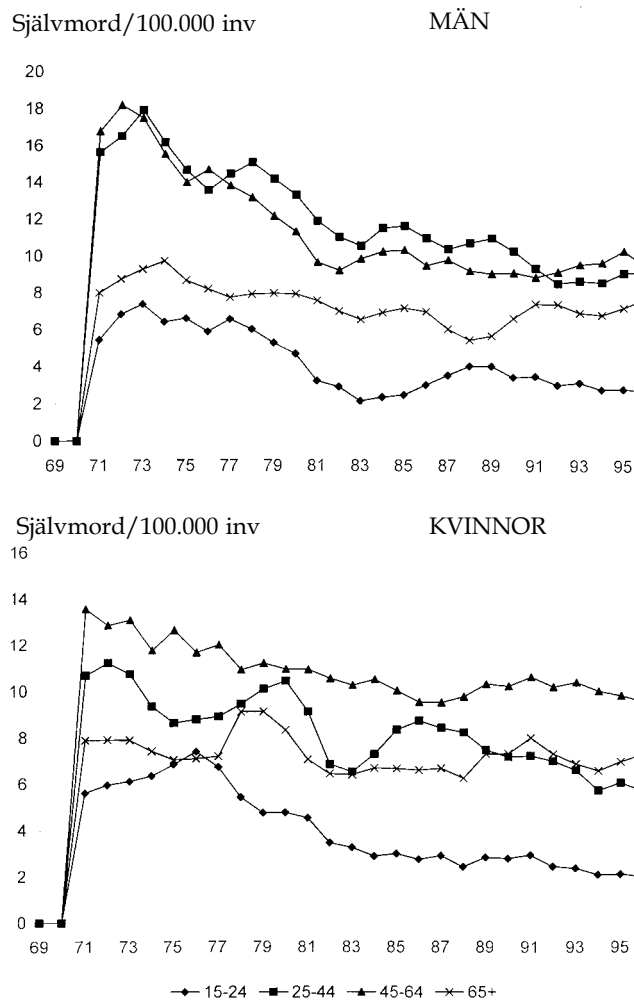
Miller M D, Paradis C F, Houck P R, et al. Rating chronic medical burden in geropsychiatric practice and research: application of the cumulative illness rating scale. *Psychiatry Res* 1992;41:237-248.

2. Självmord med läkemedel hos äldre

Anders Carlsten, apotekare, doktorand, Socialmedicinska institutionen, Göteborgs universitet

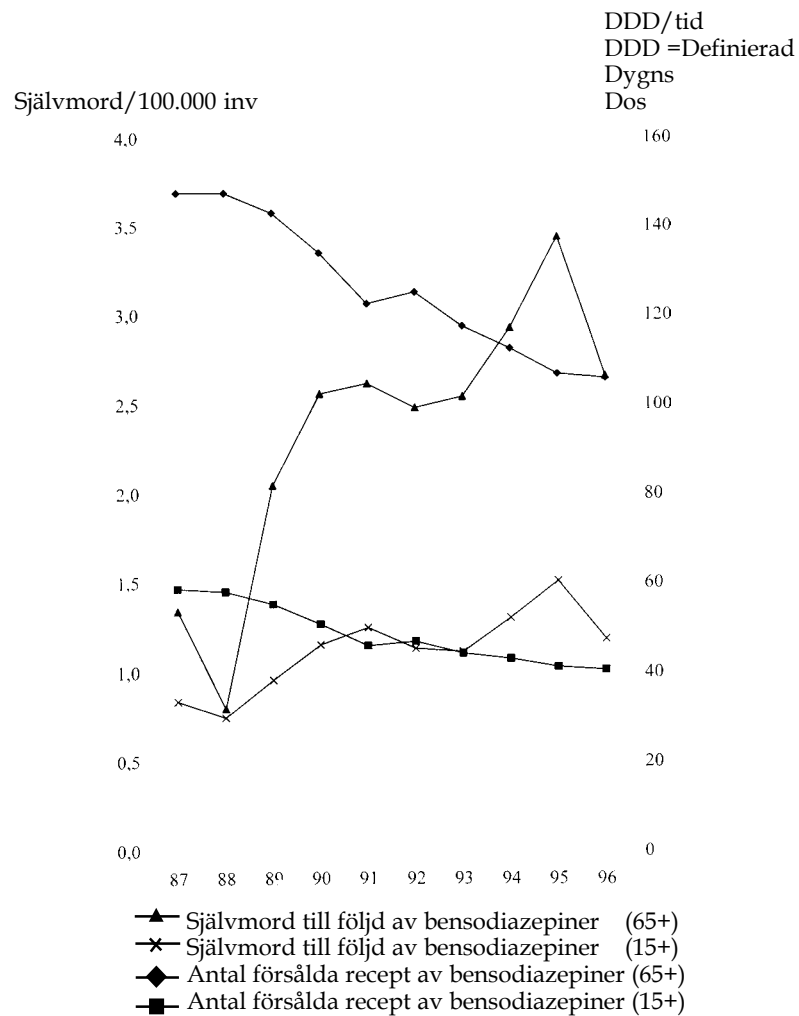
Självmord med läkemedel är ett viktigt folkhälsoproblem. Ungefär varannan kvinna och var femte man som tar sitt liv använder överdosering av läkemedel som självmordsmetod. Analgetika och psykofarmaka är vanligast förekommande och det finns sannolikt samband mellan förändring i försäljning av dessa läkemedel och dess användning i självmord. Under senare år har det skett stora förändringar i förskrivningen av de läkemedelsgrupper som används vid självmord, inte minst till de äldre i befolkningen.

Självmord med läkemedel har minskat främst bland medelålders och yngre män under de senaste tre decennierna. Läkemedelssjälvmorden har även minskat för de äldre männen och kvinnorna men i en betydligt mindre utsträckning. Dessutom kan en viss ökning av självmorden med läkemedel noteras under senare år (Figur 1).



Figur 1. Själv mord med läkemedel i Sverige 1969-1996 i olika åldersgrupper bland män och kvinnor (3-års glidande medeltal).

Under den senaste tioårsperioden har det skett en kraftig minskning i försäljningen av bensodiazepiner medan försäljningen av antidepressiva ökat kraftigt. Själv mord med bensodiazepiner ökade bland de äldre trots en minskad förskrivning under perioden 1987-1996 (Figur 2). Detta kan möjligen bero på att äldre samlar på sig läkemedel i sina hem för eventuell framtida användning. En möjlig väg att minska dessa självmord skulle kunna vara att sjukvårdspersonal eller hemtjänsten vid hembesök samlar in överblivna läkemedel.

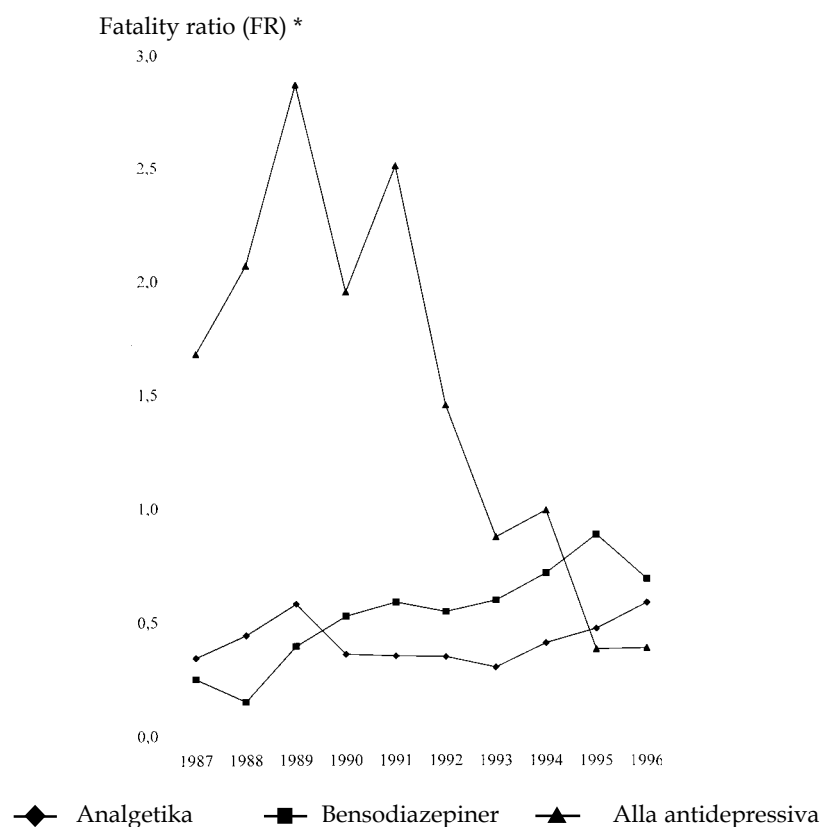


Figur 2. Själv mord med bensodiazepiner och försäljning av dessa läkemedel till äldre (65+) i Sverige åren 1987-1996.

Själv mord med antidepressiva minskade trots en ökad försäljning, vilket sannolikt beror på att SSRI är säkrare läkemedel jämfört med de äldre tricykliska antidepressiva.

Ett sätt att illustrera ett läkemedels användning vid självmord i förhållande till dess försäljning är att beräkna ett så kallat Fatality Ratio (FR). FR är kvoten mellan antalet självmord med det aktuella läkemedlet och försäljningen av preparatet i millioner DDD (definierade dygnsdoser). Det

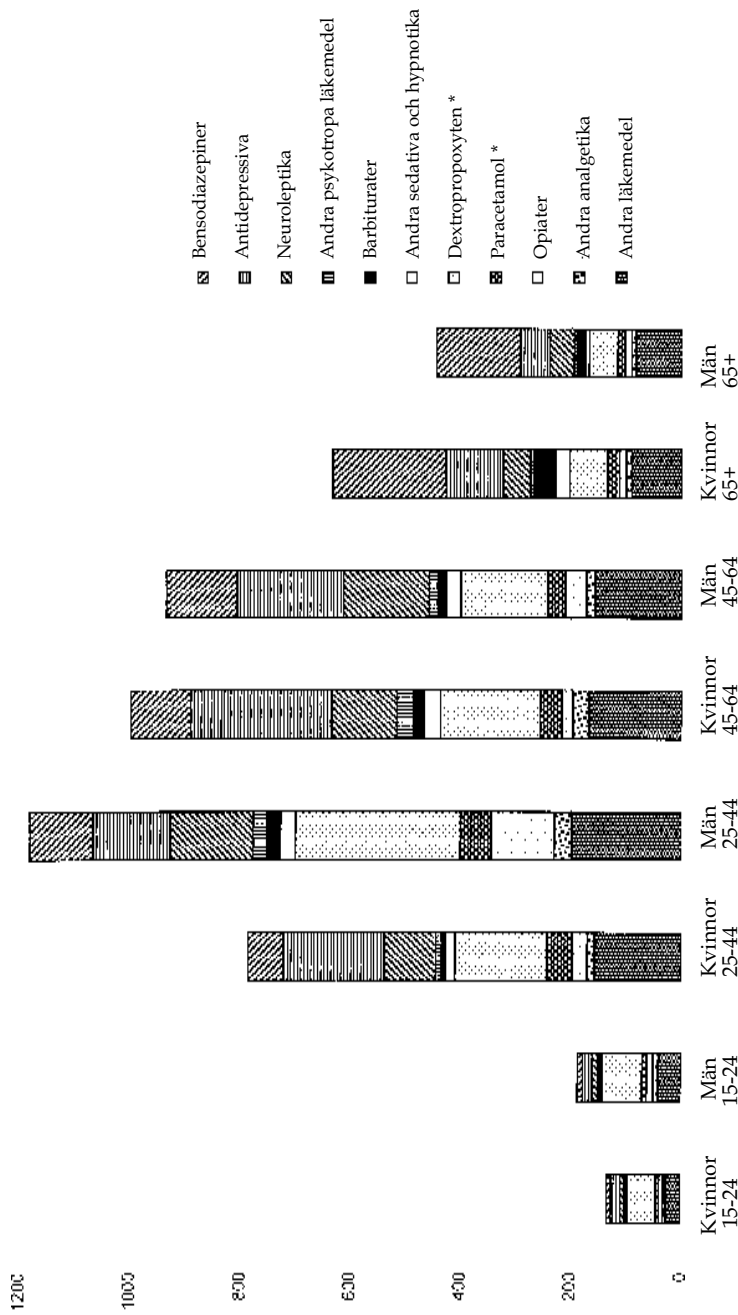
årsvisa FR beräknades för självmord med analgetika, antidepressiva och bensodiazepiner hos äldre under perioden 1987-96. En tydlig nedgång för antidepressiva kunde konstateras och en tydlig ökning för bensodiazepiner (Figur 3).



* Fatality Ratio = antal självmord/sålda DDDx10⁶

Figur 3. Fatality ratio för analgetika, bensodiazepiner och alla antidepressiva hos äldre män och kvinnor i Sverige 1987-1996.

Då läkemedelssjälvmord i olika åldersgrupper jämfördes under perioden 1987-1996 konstaterades att bland yngre och medelålders män dominerade förgiftningssjälvmord med analgetika (dextropropoxifen) medan antidepressiva spelar en stor roll bland kvinnorna. Självmord med bensodiazepiner dominerar bland de äldre (Figur 4).



*Hurudsubstans enligt ICD-10:s klassifikation (WHO:s International Classification of Diseases 10:e versionen).

Figur 4. Typ av läkemedel som används vid självmord i olika åldersgrupper i Sverige åren 1987-1996.

Vid en genomgång av alla självmord bland personer 65 år och äldre för perioden 1992-1996 återfanns 548 fall klassade som läkemedelsförgiftningar. I 40 procent av dessa fall användes bensodiazepiner och i drygt 70 procent av dessa fall angavs enbart ett bensodiazepin i dödsorsaksintyget. Sömnmedlen flunitrazepam eller nitrazepam förekom i 90 procent av dessa fall.

Vid genomgången återfanns också ytterligare en drygt 90-tal självmord som inte klassats som läkemedelsförgiftningar, men där läkemedel bidragit till dödsorsaken. Bland dessa dominerade även bensodiazepinerna och i två tredjedelar av fallen var den terminala dödsorsaken drunkning, oftast i offrets eget badkar.

Bensodiazepiner dominerar bland läkemedelssjälvmorden hos äldre och då främst sömnmedlen flunitrazepam och nitrazepam. Dessa läkemedel bör undvikas till äldre.

Referenser

Carlsten A, Allebeck P and Brandt L. Are suicide rates in Sweden associated with changes in the prescribing of medicines? *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:94-100.

Carlsten A, Waern M and Allebeck A. Suicides by drug poisoning among elderly in Sweden 1969-1996. (*Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 00:00).

Carlsten A, Waern M and Allebeck P. How important are benzodiazepines in elderly suicides? (Manuskript).

3. Ångest och depression bland äldre - epidemiologi

Lena Larsson, överläkare, specialist i geropsykiatri, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för psykiatri, Göteborgs universitet

Epidemiologi är läran om sjukdomars förekomst i befolkningen. Man kartlägger hur vanligt det är med en viss sjukdom, hur stor insjuknandefrekvensen är, studerar riskfaktorer, försöker hitta orsakssamband och undersöker vilka konsekvenser sjukdomar för med sig.

Psykiatriska sjukdomar är vanligt förekommande hos äldre, inte minst depressioner och ångesttillstånd. I en grupp 85-åringar i Göteborg fann Skoog, att 13 procent hade depression och 11 procent led av en ångestsjukdom. Vad gäller båda dessa sjukdomsgrupper har epidemiologiska studier visat varierande prevalens, vilket bland annat kan förklaras av olika diagnos-tiska instrument, olika kriterier för de skilda sjukdomstillstånden samt olika populationer.

Det verkar vara så när det gäller depressioner, att man statistiskt sett finner en topp i medelåldern. Efter pensioneringen sjunker prevalensen, för att efter 75 - 80-årsåldern åter stiga. Ser man till förekomsten av depression under hela livet, räknar man med i Sverige att varannan kvinna och var fjärde man någon gång i livet kommer att drabbas av en depression.

Flera riskfaktorer för depression ökar med stigande ålder, vilket gör äldre känsliga för att drabbas. Faktorer som social isolering, sorg och andra livshändelser, handikapp, fysisk sjukdom och även läkemedel har betydelse. Man har undersökt om kognitiv nedgång och demens kan utgöra en riskfaktor för depression, eller om depression kan vara en riskfaktor för demens. I flera undersökningar har man funnit att depressionstillstånd är vanligare hos dementa, framför allt hos dem med en mildare form av demens.

Depression ger många konsekvenser, och den allvarligaste är fullbordat suicid. I gruppen 85-åringar i ovan nämnda studie var det ovanligt att friska personer rapporterade livsleda eller dödsönskan, utan sådant var starkt relaterat till psykisk sjukdom, främst depressionssjukdom. Av dem som uttryckte livsleda hade 35 av 44 en psykisk sjukdom, och av dem som uppgav suicidtankar led 11 av 13 av psykisk sjukdom. Man fann också en förhöjd dödlighet hos icke-dementa kvinnor som uttalat livsleda.

Att ställa diagnosen depression hos en åldring kan vara svårt, och depressioner är också underdiagnostiserade i denna åldersgrupp. Skälen till detta är flera, till exempel bristande kunskap kring normalt åldrande och samtidig demens, fysisk sjukdom eller medicinering. Samsjuklighet mellan depression och ångest är vanligt hos äldre. Det kan vara så, att har man fobier, blir dessa värre, om man också utvecklar en depression. Hos äldre med ångestsjukdom är det de fobiska tillstånden som är vanligast, medan paniksyndrom är sällsynta.

4. Möten med äldre självmordsnära patienter

Barbro Nordqvist-Karlsson, leg. sjuksköterska, äldrepsykiatriska mottagningen, psykiatriska kliniken, Umeå

Jag vill redogöra för, eller ännu hellre: levandegöra, den äldre suicidnära patienten.

Äldre patienter utgör ingen enhetlig grupp. Tvärtom kan man bland de äldre återfinna många mycket olika personligheter. På grund av antalet levnadsår och därmed antalet livshändelser är den ena äldre patienten mycket olik den andra. Tyvärr motsvaras detta faktum inte av en lika nyanserad syn på de äldre från samhällets eller sjukvårdens sida. Äldre patienter blir ofta inte SEDDA och därmed heller inte hörda.

Utifrån berättelsen om tre olika patienter vill jag belysa vikten av att bli sedd och hörd som patient. Dessa patientfall ger också inblick i tre olika slags möten med suicidnära patienter.

De tre patientfallen visade också på vikten av att kunskap om självmordsprevention omsätts till praktiskt förebyggande åtgärder att vidta av alla som arbetar med dessa patienter.

I patientfall nr 3 berättar denna självmordsnära patient om sitt livsmods-kort (patientens egen benämning). Detta kort innehöll telefonnumret till den psykiatriska öppenvården, och kortet hade hon alltid till hands, väl medveten om att det finns hjälp att få, när hennes suicidtankar kommer smygande.

Avslutningsvis vill jag poängtera, att vi som arbetar med äldre patienter, har möjlighet att göra oerhört berikande möten med de ofta mycket stora och rika personligheter som de äldre patienterna utgör. Vi har möjlighet att göra sådana möten bara om vi *ser, hör och ger oss tid.*

SEMINARIUM III: PRIMÄRPREVENTION

Moderator: Ellinor Salander Renberg och Lars Jacobsson

1. Om prevention av självmord och självdestruktivt beteende

Lars Jacobsson, professor i psykiatri, Umeå universitet

Inledning vid seminarium 23-24 september 1999 i Umeå:

Sedan infektionssjukdomarna kunnat bekämpas effektivt genom i första hand preventiva åtgärder och i andra hand effektiva behandlingsmetoder, har självmord kommit att bli en av de mest vanligaste dödsorsakerna. Mellan 18 och 44 år är självmord nu den vanligaste dödsorsaken. För enbart kvinnor i samma ålder är självmord den näst vanligaste dödsorsaken efter tumörer. Om man till detta lägger det lidande och de kostnader som självdestruktivt beteende förorsakar kan självmord och självdestruktivt beteende tveklöst hänföras till ett av de viktigaste folkhälsoproblemen. Typiskt för ett folkhälsoproblem är utöver detta att många människor berörs, de stora samhällskostnaderna också det förhållandet att orsaken är komplex till sin natur. Det finns ingen enkel förklaring till varför människor tar sitt liv eller agerar självdestruktivt.

Erfarenheterna från infektionssjukdomsbekämpningen och på senare tid också olycksfallsarbetet, visar att förebyggande insatser för det första är möjliga, även om orsakssambanden kan vara komplicerade och för det andra att insatserna måste vara systematiska och mångfacetterade.

När det gäller terminologin är den lite snårig och inte alldeles enkel. Med primärprevention brukar menas att förhindra att ett fenomen eller en sjukdom över huvud taget uppstår, med sekundär prevention att man behandlar uppkommen sjukdom eller skadeprocess så tidigt som möjligt och med tertiär prevention brukar menas att försöka minimera skadorna och handikappet efter en inträffad skada eller sjukdom. När det gäller självmord är ju egentligen allt förebyggande arbete att uppfatta som primärprevention eftersom självmordet ju innebär ett definitivt slut på livsprocessen och alltså inte ger utrymme för behandling eller rehabilitering. Emellertid är det också så att människor som är inne i en uppenbart självdestruktiv process kan hjälpas genom olika typer av insatser och att det i ett sådant perspektiv kan vara rimligt att tala om sekundär preven-

tion, det vill säga behandling av en uppkommen suicidal process. Mera tveksamt är det väl ändå att tala om tertiär prevention. När man på olika sätt försöker lindra skadeverkningarna efter ett inträffat självmord bland anhöriga och närstående kan det säkert i en hel del fall också ses som primärprevention på så sätt att det kan bidra till att minska risken för närstående att själva så småningom ta sina liv eller komma in i ett självdestruktivt livsskede.

Från att ha setts som mer eller mindre oundvikliga händelser har synen på självmordet och självdestruktivt beteende förändrats så att det nu finns många skäl att tro på möjligheten att förebygga självmord och minska självdestruktiviteten i samhället. För förståelsen av självmordshändelsen är det två tankemodeller som utvecklats under senare delen av 1900-talet och som utgör en god bas för ett mera systematiskt självmordsförebyggande arbete. Den ena är den så kallade processmodellen, som ser självmordet som slutet på en lång, kanske livslång process, där en människa har umgåtts med tankarna på självmord som en lösning på sin problemfyllda livssituation under kortare eller längre tid. Detta perspektiv innebär att man kan påverka processen på ett tidigt stadium och med kanske relativt små insatser förändra utvecklingen jämfört med de stora ansträngningar som ibland måste till för att bryta den negativa utvecklingen för själv-mordshotade personer som kanske gjort upprepade självmordsförsök. Processmodellen introducerades hos oss av Jan Beskow och har senare utvecklats av Danuta Wasserman. Processen kan starta tidigt i livet, kanske ett barn hittar sin far hängande i köket eller i uthuset eller när en ung person läser om självmord hos en av sina film- eller musikartistfavoriter eller när man hör om någon som tagit sitt liv i bekantskapskretsen. Forskning har visat att i många fall av fullbordade självmord kan man spåra en suicidal process, ofta många år tillbaka. Ser man på självmordet och självdestruktiviteten på detta sätt är det uppenbart att processen kan påverkas på många olika sätt under en längre period. Om barnet eller en närstående får ett bra stöd efter inträffat självmord hos en närstående kan detta gynnsamt påverka den fortsatta utvecklingen eller om informationen om självmord bland kända personer förmedlas på ett sådant sätt att inte självmordshandlingen glorifieras, utan att bakgrunden beskrivs på ett ärligt och nyanserat sätt, behöver självmordshandlingen inte framstå som en förebild.

En annan intressant modell är den så kallade olycksfallsmodellen eller tvärsnittsmodellen som kan bidra till att förklara varför ett självmord inträffar vid en viss tidpunkt då man kanske inte alls hade förväntat det. Modellen bygger på antagandet att självmordet inträffar när omgivning-

ens krav och förväntningar på individen plötsligt överstiger individens aktuella resurser och möjligheter att bemästra situationen. En lätt begriplig jämförelse är bilföraren som plötsligt förlorar herraväldet över sin bil därför att han kör lite för fort och kanske dessutom blir distraherad av något i terrängen när en plötslig isfläck på vägen gör att han förlorar kontrollen. Detta synsätt kan öka förståelsen varför en person begår självmordet i en specifik situation genom att kombinera individuella personliga faktorer med yttre. Många självmord är oväntade eller åtminstone svåra att förklara varför de inträffar just vid en given tidpunkt - man kunde lättare ha förstått om det inträffat tidigare eller kanske senare när förutsättningarna sett annorlunda ut.

Båda dessa modeller kan hjälpa oss att utveckla ett mera omfattande självmordsförebyggande program som således både tar hänsyn till det ofta långdragna förloppet men också mera aktuella förhållanden.

Det självmordsförebyggande program som nu utvecklats på många håll innehåller en mängd åtgärder på många olika livsområden. Ett exempel är det nationella självmordsförebyggande programmet som utvecklades av Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och Centrum för suicidforskning och prevention i Stockholm, 1995. Jag ska inte närmare gå in på detaljerna i detta, utan nöjer mig med att konstatera att insatserna måste ske brett och engagera många olika personer och institutioner. En nyckelorganisation är hälso- och sjukvården eftersom den ofta har kontakt med självmordsnära personer dels på grund av direkta självmordshandlingar, men också därför att nästan alla som tar sitt liv också lider av någon form av sjukdom, nästan alla har en psykisk sjukdom eller störning av klinisk valör, ofta kombinerad med någon eller flera kroppsliga sjukdomar, som tillsammans minskar individens möjligheter att klara av livets påfrestningar. Den viktigaste självmordsförebyggande insatsen är dock att försöka skapa en positiv tro på framtiden hos människor och öka människors tillit till möjligheten att bemästra livets påfrestningar av egen kraft eller med hjälp av förstående och godhjärtade medmänniskor.

2. Kärleken är den bästa kicken - erfarenheter från utvärderingen av filmprojektet

Britta Alin Åkerman, docent i pedagogik, verksam vid Lärarhögskolan i Stockholm och vid Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

Trots att Sverige under 1990-talet har visat en positiv utveckling med minskat antal självmord totalt finns rapporter om en ökning bland ungdomar i åldrarna 13 -17 år. Ökningen antas bland annat förklaras av att kraven på dagens ungdom är större, samtidigt som det skett nedskärningar av personal inom skolan.

Syfte

Genom att många ungdomar tar sitt liv varje år och många har självmordstankar, finns det såväl i skola som hem ett stort behov av hjälp och stöd. För att försöka hjälpa elever i svåra situationer och för att förhindra självmordshandlingar har Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa initierat tillkomsten av videofilmen "Kärleken är den bästa kicken", som handlar om unga människors livssituation och kriser. Avsikten med denna film är att tillsammans med elever i gymnasieskolan använda den som utgångspunkt för diskussioner om existentiella frågor och frågor kring liv och död. Härigenom skall förhoppningsvis ungdomarnas eventuella destruktiva tankar begränsas eller förhindras.

Filmens målsättning mer preciserat:

- * Satsa på självmordsförebyggande arbete bland elever i högstadiet och i gymnasieskolan.
- * Ge möjlighet till samarbete med föräldrar och myndigheter.
- * Ge hjälp till självhjälp genom förmedling och mobilisering av de goda krafter som idag finns i skolan och i organisationen runt omkring.

Filmens innehåll

I filmen intervjuas fyra ungdomar, pojkar och flickor från storstad, småstad och glesbygd, om hur de klarat sina liv, sina kriser, sina självmordstankar och sina självmordsförsök. Filmen är dokumentär, vilket innebär, att de medverkande är filmade autentiskt i de miljöer som de lever, arbetar och bor i. Ungdomarnas berättelser är avvägda så att de speglar

unga människors existentiella villkor i allmänhet och bearbetningen av självmordsbeteenden i synnerhet.

Utvärdering

För att se om detta filmprojekt verkligen ger självmordspreventiva effekter har vi startat projektet Utvärdering av dokumentären, ett projekt som genomförs i samarbete mellan Lärarhögskolan i Stockholm och Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa.

Det övergripande syftet med utvärderingen är att beskriva och analysera ungdomars dels reaktioner på filmen, dels deras insikt i självmordsproblematiken, dels slutligen hur den insikten påverkar kommunikationen mellan ungdom och förälder.

Utvärderingen startade med en förundersökning, i vilken filmen visades för ett antal högstadie- och gymnasieklasser samt lärare och blivande specialpedagoger. Filmen visades också för en grupp ungdomar, som på grund av självmordstankar och/eller självmordsförsök hade pågående behandlingskontakt med barn- och ungdomspsykiatrisk klinik.

Mätinstrument: för ungdomarna dels enkät som de i klassrummet efter visningen fick fylla i, dels personliga intervjuer. Lärare och blivande specialpedagoger besvarade ett liknande frågeformulär. Efter enkäten följde såväl i lärargrupper som i elevklassgrupper en diskussion, som tog sin utgångspunkt från de deltagandes upplevelser av filmen. Man tog också upp till samtal tanken på att använda film och manual i skolan som en metod att hjälpa elever med suicidala tankar.

Resultat: Majoriteten av de deltagande, både pojkar och flickor, ansåg filmen som mycket viktig. Ungdomarna menade, att det var bra och viktigt att tala om självmord i skolan. De förde också fram, att ämnet aldrig tidigare behandlats under deras skoltid. Samtliga elever kände stark sympati för de medverkande unga i filmen och var djupt berörda över dessas livssituation.

I enkäterna framgick också, hur viktiga kamrater är. Vid problem vänder sig den unge i första hand till sina kamrater och inte till föräldrar, lärare eller annan vuxen. Hur eleverna vill handla om de får veta att en klasskamrat mår dåligt belyses av följande exempel:

- * "Man skall visa att man bryr sig och alltid finns där för personen."
- * "Jag skulle försöka ta reda på vad det är som gör att hon mår dåligt."

Förutom enkäter och diskussioner utfördes också (frivilliga) djupintervjuer med några av ungdomarna, som samtliga upplevde intervjun som positiv. Någon tog deras livssituation på allvar, någon lyssnade. I dessa intervjusamtal framfördes flera reaktioner på filmens mer hoppfulla budskap, exempelvis:

- * "Filmen var bra, ungdomarna gav så mycket av sig själva. Filmen gav hopp – ett budskap om att man kan ta sig igenom svårigheter. I skolan har ämnet självmord diskuterats på psykologilektionen på gymnasiet, men på ett alltför ytligt och lättsamt sätt".

Förundersökningens resultat har lett till omformning av målsättning och frågeställningar för den egentliga utvärderingsstudien. Dettas övergripande syfte består nu i att undersöka om det finns centrala, återkommande upplevelser som förändras över tid efter den eventuella inverkan som film, diskussioner och intervjuer kan utöva.

Frågeställningar:

- * Kan vi med hjälp av filmen på ett bättre sätt komma i kontakt med ungdomars upplevelse av sin livssituation?
- * Kan vi med hjälp av filmen påverka ungdomars resonemang och öppenhet kring frågor om liv och död (existentiella frågor)?
- * Kan filmen ge ökade möjligheter att utveckla lärarstöd, kamratstöd eller annan hjälp från utomstående personer/organisationer?
- * Kan filmen ge ökade kommunikationsmöjligheter mellan ungdomar och föräldrar?
- * Finns det en potentiell fara i att visa filmen, på så vis att vissa av de upplevelser, som de i filmen medverkande ungdomarna ger uttryck för, kan utöva en "smittoeffekt" och kanske utlösa självmordstankar eller självmordshandlingar?

Följande översikt beskriver hur data har samlats in och organiserats:

Samtliga ungdomar ur gymnasieskolans årskurs 1;

Två experimentgrupper, får se filmen:

- a) Flickor och pojkar, som har gjort självmordsförsök.
- b) Flickor och pojkar, som inte gjort självmordsförsök eller haft påtagliga självmordstankar.

Två kontrollgrupper, får inte se filmen:

- a) Flickor och pojkar, som gjort självmordsförsök.
- b) Flickor och pojkar, som inte gjort självmordsförsök eller haft påtagliga självmordstankar.

Undersökningsmetod: djupintervjuer och olika personlighetsinstrument.

Utförande: Möte med eleverna har ägt rum vid två tillfällen. En analys skall försöka se om det från möte 1 till möte 2 inträffat någon ändring, dels i ungdomarnas svarsstruktur och dels i deras kommunikation med sina föräldrar. Avsikten med denna analys är inte att beskriva de enskilda eleverna utan i stället att göra en processbeskrivning, där experiment- och kontrollgrupper jämförs med fokus på eventuella förändringsprocesser.

3. Kriterier för “En Säker och Trygg Kommun” relaterat till Arjeplog

En tvärssektoriell grupp ansvarar för det olycksförebyggande arbetet

Bo Henricson

I det efterföljande beskrivs olika grupper. En del av grupperna har inte direkt skadeförebyggande funktion men vi nämner dem för att vi tror på att orsaken till att folk betar sig “skaderiskabelt” kan vara personliga orsaker, exempelvis. skilsmässor, dålig bostad, normlöshet, föräldrar utan socialt nätverk, arbetslöshet och andra sociala problem, som skapar en livsstil som ökar risken för att bli involverad i en olycka.

A. Samrådsgruppen

Medlemmar: Toppolitiker, ansvarig socialchef, polischef och vårdcentralchef.

Ansvar: Alkohol och droger.

- Arbete: Alkohol- och drogpolicy för kommunen. Planera övergripande åtgärder i samhället.
- Startade: Våren 1995 vid politiskt beslut. Träffas fyra gånger per år.

Samrådsgruppen arbetar för att reducera problemen med alkohol och droger i kommunen. Modellen är Marks kommun, där kommunen har arbetat i 20 år med policy, utbildning och kontroll på ett mycket lyckat sätt.

B. Kommunala folkhälsorådet

- Medlemmar: Cheferna för skola, socialkontor, kultur- och fritid, tekniska kontoret, AF, FK och vårdcentral.
- Ansvar: Samla och bearbeta hälsorelaterat material och presentera det för politikerna. Koordinera insatser.
- Arbete: Alkoholpolicy för anställda i kommunens administration.
- Startade: Hösten 1994, konfirmeras vid politiskt beslut våren 1996, möten sex gånger per år.

Kommunala folkhälsorådet arbetar som koordinationsgrupp för de olika arbetsgrupperna. Gruppen diskuterar tvärsektoriell åtgärd mot utvalda hälsorelaterade områden. Rådet är hälsoarbetarnas livlina gentemot kommunstyrelsen och den politiska processen. Rådet planerar social områdesbeskrivning av Arjeplogs tätort.

C. Arbetsgrupper

C1. Olycksfallsgruppen

- Medlemmar: Konsumentsekreterare, tekniska kontoret, vårdcentralen, tandläkare, polis, skola.
- Ansvar: Definierar olycksfallsrisker i samhället, information och utbildning.
- Arbete: Protokoll från Ofelia (se nedan) och årliga verksamhetsberättelser.
- Startade: 1991 genom politiskt beslut, möten två gånger per år.

Olycksfallsgruppen arbetar med förekommande skadeprevention, samlar ihop frågescheman från skadade och ger utbildning och information i

samhället. De dagliga kontakterna sker genom OFELIA-funktionen som man kan kontakta om man upplever olycksfallsrisker i samhället.

C2. Gruppen för psykosocial hälsa

Medlemmar: Politiker, kyrka, polis, vårdcentral, ungdomsledare, Länkarna, studieorganisationer, socialarbetare.

Ansvar: Reducera den psykosociala ohälsan och förebygga självmord.

Arbete: Krisgrupp startad. Flera offentliga föreläsningar samt utbildning i skolor och för föräldrar. Aktivering av unga människor. Skapa kontaktnät mellan restauranger och pubar för bättre ordning. Antidrogprogram.

Startade: Våren 1994 vid politiskt beslut. Möten sex gånger per år.

Gruppen för psykosocial ohälsa startades efter flera tragiska självmord. Gruppens arbete är mycket fokuserad på orsakerna till olycksfallsriskbeteende, självmord, familjernas hälsa och andra riskfaktorer. Gruppen planerar att starta ett skolprojekt om familjernas vardag (Ljusdals-projektet) och ett projekt för ensamma mödrar. Dessutom planeras ett projekt för att reducera antalet skilsmässor i Arjeplog.

Nyligen har en **grupp för stöd till olycks- och brottsoffer** (E-BOJ) startat som ett samarbetsprojekt mellan Arjeplog och grannkommunen Arvidsjaur. För ögonblicket pågår utbildning av medlemmarna i gruppen.

C3. Fjällsäkerhetskommittén

Medlemmar: Polis, länsstyrelse, fritidschefer, vårdcentral och armén.

Ansvar: Att förebygga olyckor i fjäll och övrig natur.

Arbete: Se nedan.

Startade: 1983 efter beslut i fjällsäkerhetsrådet. Möten två gånger per år.

Fjällsäkerhetskommittén har arbetat i många år för att säkra människors uppehåll i naturen inom Arjeplogs kommun.

C4. Företagshälsovården

Medlemmar: De flesta arbetsplatser i Arjeplog.

Ansvar: Att förebygga ohälsa på arbetsplatserna. Man träffar alla

företag varje år, gör hälsoundersökningar och undersökningar på arbetsplatserna och hjälper till med prevention och rehabilitering.

Arbete: Se ovan. Startade 1986 som privat företag.

A-hälsan som är företagshälsovården i Arjeplog är en privatägd organisation som arbetar med dess medlemmar med hälsa och förebyggande på arbetsplatserna. De flesta arbetsplatserna i Arjeplog är medlemmar. Man arbetar bl.a. med följande:

- * Internkontroll på arbetsplatserna, där anställda själva ser över riskmiljöer.
- * Åtgärder vid hot.
- * Utbildning.
- * Tillbudsrapportering.
- * Information.

Sedan 1995 har vi startat ett projekt som kallas **VISA** (Vetskap Istället för Sjukskrivning). Detta projekt försöker bland annat ge arbetsgivarna i Arjeplog utbildning i hur man förebygger olyckor och andra hälsorisker inom arbetsplatserna. Projektet leds utav försäkringskassan och vårdcentralen. Alla rehabiliteringsinstitutioner deltar i projektet med möten 6-8 gånger per år och omfattar alla arbetsplatser i Arjeplog.

Förutom detta har man startat ett nio veckors yrkesrehabiliteringsprojekt samt en sluss till sjukgymnastiken, för att man skall kunna starta rehabilitering innan sjukskrivning är ett faktum.

Dessutom arbetar Arjeplogs kommun med **Agenda 21**. En person är heltidsanställd och samarbetar nu med enskilda personer och organisationer för att uppnå målen med Agenda 21.

3.5 Psykosocial hälsa

År 1994 hade vi i Arjeplog flera tragiska självmord. Allmänheten krävde att något skulle göras, inte minst då vi hade den högsta självmordsfrekvensen i Sverige.

Vi startade därför en grupp för psykosocial hälsa för att diskutera och genomföra olika åtgärder för att minska antalet självmord.

Det blev ganska snart klart att för att förhindra självmord är man tvungen att arbeta med alla aspekter av det sociala livet, inte bara deprimerade människor, utan också med blivande mödrar, barn, familjeliv, den fysiska och sociala miljön, arbetslöshet och många andra förhållanden relaterade till vårt dagliga liv.

En av de första sakerna vi genomförde var utbildning för personer som var engagerade i självmordsförebyggande verksamheter. Utbildningen startade i Arvidsjaur för åtskilliga personer som hemma startade studiecirkel om ämnet.

Det är svårt att mäta resultaten då kommunen är så liten att vi inte kan lita på statistiska uppgifter, men under de senaste två åren har vi bara haft ett självmord. Vi tror dock inte att detta är resultatet av vårt arbete, men räknar med att vårt arbete är för framtiden. Vi ser idag att vissa människor har en suicidal livsföring som vi tror är grundlagd i barndomen och är mycket svår att förändra nu.

En grupp som är högrepresenterad i självmordsstatistik under de sista tio åren är ensamstående män i åldern 20-45 år. Då många kvinnor har lämnat Arjeplog beroende på brist på acceptabelt arbete samt den nuvarande sociala förväntning på dem, har förhållande kvinnor-män i denna grupp varit så hög som 100/254.

Många män lever därför "Jack London"-liv med för mycket alkohol, snöskoter, jakt och fiske och är mycket rädda för att involvera sig i stadiga förhållanden. Mycket ofta vaknar de upp i 40-45 års ålder och finner sig själv ensamstående utan någon framtida förväntning och med lite för hög alkoholförbrukning.

Vi tror att detta är en av orsakerna till självmord och har fokuserat på detta i vårt arbete.

Vårt arbete i denna sektor inkluderar följande.

- 3.5.1 Kurs och studiecirkel i självmordsprevention, 1994-1995.
- 3.5.2 1994. Krisgrupp startades för hjälp till människor i kris. Gruppen består utav personal från vårdcentralen, präst och andra intresserade människor.

- 3.5.3 Samrådsgruppen har presenterat ett drog- och alkoholprogram för kommunen. Detta har tagits av kommunfullmäktige och är ett steg i riktning att reducera drog- och alkoholproblem i kommunen.
- 3.5.4 Kommunfullmäktige har beslutat om ett ungdomspolitiskt program för att göra det bättre och säkrare att vara ung i Arjeplog, 1995. I detta framhåller man behovet för ungdomarna att få ett ställe att träffas och vara aktiva.
- 3.5.5 Återkommande utbildning för restauranger och dansarrangörer samt deras vakter. Dessa har nu bildat ett nätverk där folk som inte uppför sig enligt reglerna blir "portade" en viss tid från alla offentliga utskänkingsställen i Arjeplog. Detta fungerar mycket bra och vi har sett en ganska god förbättring i restaurangkulturen i Arjeplog sedan detta infördes.
- 3.5.6 Vi har haft diskussioner med olika idrottsorganisationer då det finns krav ifrån bidragsgivande myndigheter, kommunen, om vissa regler för deras arbete. Bidragen kommer att vara beroende av om organisationerna håller på dessa regler. 1996 har vi planerat en utbildning med kyrkan och en konsult för bättre arbete i denna sektor.
- 3.5.7 Föreläsningar i samhället av Lars Gustafsson (svårt bränd brandman), och Ulf Sjödin (fältassistent). Detta har varit ett samarbetsprojekt mellan olika institutioner i Arjeplog och föreläsarna höll även föreläsning och seminarier i skolan samt för föräldrarna. Detta var mycket populärt.
- 3.5.8 Gruppen planerar för träffpunkter för ungdomarna och utövar påtryckning på politikerna för att få acceptabla lokaler. Ungdomarna har tidigare haft två olika träffpunkter men pga dålig planering från politiskt håll har man varit tvungen att stänga dessa under 1995. Det verkar dock som om vi 1996 skall få en bra ersättning för de tidigare mötesställena.
- 3.5.9 Ett projekt mot mobbning planeras inom skolorna hösten 1996. Nyckelorden är elevdemokrati, konfliktlösning, samarbete med olika organisationer, synliga lärare, elevskyddsombud, involvera föräldrarna, pojk- och flickgrupper efter skolan och deltagande av lärare, elever, socialarbetare och föräldrar. Polisen har redan börjat med att besöka och föreläsa för klasserna 1, 3, 4 och 7.

- 3.5.10 Under 1995 började ett projekt med att involvera några av de ensamstående unga männen. Målet var att få dessa män att aktivera sig själva för att samla pengar, studera engelska, ta dykarcertifikat så att de efter ett år kunde resa till Stora barriärrevet i Australien för att dyka. I början var några intresserade men tyvärr dog intresset rätt snabbt. Döm om vår glädje då två av dessa unga män på eget bevåg våren 1996 åkte iväg till Australien för att dyka. Vi planerar att använda dessa två män som föreläsare i skolan för att få andra intresserade av världen utanför Arjeplog. Därför anser vi ändå projektet som delvis lyckat.
- 3.5.11 En plan togs för fem år sedan för att få kvinnor att stanna kvar i Arjeplog och få andra att flytta hit. Det handlar mycket om att skapa högkvalitativa jobb, mera kultur och mer aktiviteter för kvinnorna. För fyra år sedan startades i samband med en framtidsvecka ett kvinnligt nätverk som har arbetet mycket aktivt som resursorganisation för olika politiska beslut. Resultatet är nu att vi har en ökande kvinnlig befolkning och man/kvinna förhållandet var 1990 172/100 i gruppen ej sambo, ålder 19-45 år.
- 3.5.12 Tre projekt planeras för framtiden:
- 1 Ett projekt för 16 år gamla elever om familjeliv. Projektet ämnar att ge ungdomarna en bättre förståelse av familjelivet. Projektet genomfördes i Ljusdal för ett antal år sedan och verkade mycket lovande. Under det sista skolåret lever barnen ett pseudofamiljeliv och alla lärarna är aktivt involverade i projektet med deras "specialité". Vi hoppas att starta projektet sommaren 1996.
 - 2 Ett projekt för social områdesbeskrivning som skall genomföras av studiecirkel bestående av personer som lever i området. Samhället delas upp i fyra delar och i varje del arbetar en studiecirkel med material som består av omkring 300 frågor till olika befattningshavare och andra personer som har relationer till området. När studiecirkeln har fullgjort sitt uppdrag skall den sätta ihop materialet och visa det både för innevånarna i området och sedan kan det användas som grundlag för politiska beslut. Beräknad start hösten 1996.

- 3 Då mer än 505 av äktenskapen i Sverige slutar med skilsmässa, har vi många sociala problem till följd av detta. Frånskilda män har en 20-procentig överdödlighet jämfört med gifta. Mycket ofta förorsakad av självmord, olyckor och alkoholmissbruk. Vi har därför planer på att starta ett projekt som kallas: Rädda familjen - främja hälsan. Detta projekt fokuserar på familjernas hälsa. Förväntningar på varann när man flyttar tillsammans, eget bidrag till familjens styrka, konflikt-lösningssmodeller och utbildning om vardagsliv i familjen är viktiga saker då många unga människor tyvärr bara har sin bild av familjelivet från en uppsjö av mer eller mindre acceptabla TV-serier. Beräknad starttid 1997.

Resultat

Under en 6-års period reduktion av inläggningar bland män 31 procent.

Senaste 3 åren inget självmord.

Bättre observans bland kommuninnevånare angående suicidrisker.

4. Vägverket, kommun och landsting i självmordsförebyggande samverkan

Gunn Looström, socionom, Psykiatriska forskningsenheten, Centrallasarettet, Västerås

Inom Västeråspsykiatrin har det under fem år bedrivits ett självmordsförebyggande forskningsprojekt. Där finns bakgrunden till rubriken ovan.

Vi som arbetat med projektet anser, att självmordsproblematik inte skall ses som en isolerad företeelse, utan bör sättas i relation till närliggande problemområden som livskriser, sociala missförhållanden, och så vidare. Det stod klart för oss, att självmordsförebyggande arbete fordrar hantering utifrån ett vidare perspektiv än sjukvårdens. Därför inledde vi under projektperioden ett brett, sektorsövergripande samarbete med samhällets stödinstanser och frivilligorganisationer.

I det här utåtriktade arbetet fick vi kontakt med många olika yrkesgrupper, men det var skolkuratorer och skolsköterskor som initierade vårt

samarbete med Vägverket. Sköterskor och kuratorer i skolan möter ju inte sällan ungdomar som ifrågasätter meningen med livet.

Det hade blivit ett talesätt bland ungdomar inom Västerås kommun, att den som inte ville leva längre ju alltid kunde hoppa från Vallbybron - en bro med vidunderlig utsikt, ett nästan sakralt panorama breder ut sig därifrån.



Vallbybron.

Bild: Vägverket

Syftet med skolpersonalens engagemang var alltså att förhindra hopp från bron. Detta var anledningen till att man från skolan tog kontakt med Vägverket och den psykiatriska forskningsenheten, där jag då var verksam; Vägverket, eftersom det var lätt att hoppa från bron och på grund av ungdomarnas tal om detta; psykiatriska forskningsenheten, eftersom ett självmordsförebyggande projekt, som skolpersonalen väl kände till, redan var administrativt förankrat inom den verksamheten.

För den person på Vägverket, som handlade frågan, var problemställningen inte ny. Människor hade ringt till honom och frågat hur hög bron var, och om han trodde att man skulle dö om man hoppade från den.

Dessutom hade representanter för den kolonistugeförening, som har odlingar nedanför bron, kontaktat den här personen på Vägverket och påtalat riskerna. Han hade också en arbetskamrat som råkat bevittna ett hopp från just den här bron, Vallbybron.

Det kan ta tid att skapa ett fungerande nätverk, men värdet hos ett nätverk kan inte nog understrykas. Att med utgångspunkt från psykiatrin

tillsammans med skolpersonal bli involverad i förberedelserna inför det möte, som Vägverket planerade, det var helt oväntat för oss, men kändes mycket angeläget. Vi upptäckte, hur man i olika forum såg på självmordsproblematiken, och inte bara såg på den utan också tog initiativ för att påverka - i skolan, i Vägverkets arbets- och lunchrum, i kolonistugeföreningen. Vi kände oss styrkta i vår uppfattning, att självmordsförebyggande arbete fordrade hantering i ett vidare perspektiv än enbart sjukvårdens. Vi såg ju ett engagemang långt utanför sjukvårdens domäner.

Nästa steg i utvecklingen togs av Vägverket, som kallade representanter för länsstyrelse, landsting och Västerås stad till ett möte. När den kallelsen kommit till våra politiker, erinrade de sig, att det redan fanns ett självmordsförebyggande projekt inom organisationen. Politikerna visade sig angelägna att få information, och det kändes bra att få ge den.

Vid mötet på Vägverket 25:e mars -98 beslöts om, att ett skyddsräcke skulle sättas upp på Vallbybron. Vägverket skulle sätta upp räcket, och Västerås stad skulle stå för dess underhåll. Det beslöts också om sätta in informationsinsatser till ungdomar om kriser och krishantering.

Det kan tänkas, att av det här sektorsövergripande nätverksbyggandet bara blivit ett broräcke. Till en början tänkte man faktiskt så. Men de politiker, som tidigare anslagit medel för att under fem år driva det ovannämnda självmordsförebyggande projektarbetet, de var insiktsfulla nog att förstå, att den här problematiken inte enbart kunde hanteras med hjälp av tekniska åtgärder. Det var därför som det i resultatet från det här första mötet kom att ingå ett beslut om informationsinsatser kring kriser och krishantering.

Skyddsräcket på bron finns där nu. Men vägen till detta räckes färdigställande blev längre än beräknat. Enligt de ursprungliga planerna skulle ett plexiglasskydd monteras upp. Hållfasthetsberäkningar visade emellertid, att brokonstruktionen inte skulle tåla den belastning som hård vind mot glaset kunde medföra. Som ersättning för plexiglasen tog man fram ett förslag om en konstruktion med nät. Innan beslut hunnit fattas om detta skyddsnät kom en tredje entreprenör med det förslag, som nu, i september 1999, blivit verklighet.

Som sagt, utöver räcket ingick det i beslutet att informera ungdomar om kriser och krishantering. Den möjligheten tog vi till vara på följande sätt:

I Västerås finns sju "Ung-grupper", som består av representanter för polis, kyrka, skola, ungdomsmottagning och socialförvaltning. Jag träffade den centrala Ung-gruppen, informerade om självmord och självmordsförsök med utgångspunkt från lokala data. Via ytterligare ett antal förberedande kontakter genomfördes en ganska bred behovsinventering, som visade, att det hos berörda fanns ett stort intresse och engagemang för dessa frågor. För att nå så många som möjligt överenskomms att utbilda olika personalkategorier inom skolan. Genom vidareutbildning skulle denna personal få stöd för att bli tryggare och mer motiverade att diskutera komplicerade frågor, som exempelvis livets mening, med unga människor.

Hur skulle vi då gå till väga?

Jo, vi konstruerade ett utbildningspaket som bestod av:

- * "Livskompetens" - en utbildning för grundskolan, som tagits fram av socionom Britt-Mari Ahlner och skolsköterskan Eva Hildingsdotter-Bengtsson, knutna till Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa i Stockholm, och där målsättningen bland annat är att förebygga psykisk och psykosomatisk ohälsa.
- * "Kärleken är den bästa kicken", en videofilm och ett utbildningsmaterial, som också tagits fram av Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, av Britta Alin Åkerman, docent i pedagogik, och medarbetare. Utbildningsmaterialets målsättning är att verka självmordsförebyggande och den riktar sig till ungdomar från första årskursen i gymnasiet och äldre. Syftet är också att förebygga och tidigt upptäcka psykisk ohälsa bland ungdomar.
- * "Hur kan jag se tidiga signaler på kriser och depressioner hos ungdomar?" - särskilt utbildningsprogram.
- * "Om Du hamnar i en svår situation", en broschyr som arbetades fram under projektiden och som är uppbyggd efter Johan Cullbergs krismodell och beskriver vad som kan orsaka en kris, hur krisen kan hanteras och var hjälp står att finna. Broschyren kan hämtas på apoteken, turistbyrån, med flera offentliga platser. Avsikten med att låta den här skriften bli tillgänglig var, att varje skola skulle komplettera broschyrens lista på kontaktforum med den egna skolans stödpersoner.

Det här utbildningspaketet, omfattande "Livskompetens", videon "Kärleken är den bästa kicken", seminarier om depression samt broschyren "Om Du hamnar i en svår situation ..." hör alla hemma under rubriken förebyggande hälsovård i skolan.

Med det här förslaget till vidareutbildning i bagaget fick jag möjlighet att möta samtliga rektorer på grund- och gymnasieskolorna i Västerås stad för att motivera till en satsning inom ämnesområdet. Samtliga rektorer på gymnasieskolorna såg och diskuterade filmen "Kärleken är den bästa kicken". Jag blev också inbjuden till ledningsgrupper ute på skolorna för att informera ytterligare. Det var ju angeläget att ta vara på det intresse som väckts och genom möten med olika arbetslag bidra till att öka den allmänna kunskapen om självmord.

Den här marknadsföringen medförde två fullbokade utbildningsdagar, dels i "Livskompetens", dels i "Kärleken är den bästa kicken". Det första seminariet om depressioner kändes så angeläget för så många, att mer än 100 personer inte kunde beredas plats. Seminariet dubbleras i höst och båda tillfällena är redan mer än fulltecknade.

De utbildningar som genomförts har vi inte sett som punktinsatser utan som en bas för en process, där regelbundet återkommande inslag inom ämnesområdet planeras för framtiden.

Sammanfattning och kommentar

Det hade som sagt blivit ett talesätt bland ungdomarna i vår kommun, Västerås med omnejd, att den som inte ville leva längre ju "alltid kunde hoppa från Vallbybron". Att något sådant verkligen skulle inträffa ville skolmyndigheterna givetvis förhindra, och man tog därför kontakt med dels Vägverket, dels oss på landstingets psykiatriska forskningsenhet.

Ursprungligen tänkte man sig att metoden att förhindra hopp var att endast vidta tekniska åtgärder. Emellertid fanns det en insikt hos beslutsfattare om att en komplettering borde ske med information till ungdomar om hur man kan hantera livets svåra sidor, och på så vis kom vår utbildnings- och informationsverksamhet igång.

Både i förberedelsearbetet till och vid genomförandet av utbildningsinsatserna har vi verkligen mött engagemang från olika individer och grupper ute i samhället. Grupper som vi inte tidigare mött under arbetet i det självmordspreventiva projektet, men som vi nu i samband med

Vallbybron kom i kontakt med, bestod av exempelvis rektorer och ledningsgrupper i skolor, Vägverkets tekniska och ekonomiska personal, kommunens arkitektkontor, gatunämnd och teknisk nämnd.

En lärdom av våra erfarenheter är, att externt samarbete kan skapa möjligheter som annars inte skulle ha erbjudits. Hade inte skyddsrådet på Vallbybron kommit upp, hade sannolikt inte heller extra medel anslagits för att informera ungdomar om kriser och krishantering. - Icke sedvanliga metoder kan alltså öppna oväntade vägar.

Vi vill också se de här insatserna i relation till den senaste folkhälso-rapporten, där det framgår, att

- * svenska barn tillhör de friskaste i världen, men att
- * de har fler psykosomatiska symtom än tidigare, och att
- * de ofta har huvudvärk, ont i magen eller känner sig ledsna.

Visserligen är den vanligaste dödsorsaken bland barn olycksfall. Bland unga människor 15 - 24 år är den vanligaste dödsorsaken dock självmord och olyckor med motorfordon. Det är i det sammanhanget att beakta, att trots att antalet självmord i Sverige totalt minskar, så ligger för ungdomar 15 - 17 år antalet självmord fortfarande kvar på samma nivå som för 20 år sedan.

Självmordsförebyggande insatser behövs och kan bli en angelägenhet för många fler än dem som berörs i sin yrkesroll eller som närstående. Det krävs emellertid information till dem som ännu ej direkt mött den här problematiken. Informations- och utbildningsinsatser inom det här området kan ge upphov till mänsklig gemenskap och även samhällliga åtgärder som kan reducera lidande och dessutom visa sig samhällsekonomiskt lönsamma. Sådana här förebyggande insatser ligger ju för övrigt helt i linje med det skadepreventiva arbete som redan äger rum i kommunerna. Genom ett beslut vid tredje internationella skadekonferensen i Melbourne 1996 förankrades till yttermera visso arbetet med självmordsprevention i ett internationellt skadeperspektiv.

Det arbete som bedrivs för att få en kommun "säker och trygg" överensstämmer väl med de mål för den självmordspreventiva verksamheten som anges i Nationella rådets program från 1995 för utveckling av självmordsprevention. I det här samarbetet med Vägverket och skolan har vi försökt arbeta med nationella programmets målsättning för ögonen.

SEMINARIUM IV: ATTITYDER TILL SJÄLMORDSNÄRA PATIENTER HOS SJUKVÅRDSPERSONAL

Moderator: Bo Runeson

1. Synen på arbetet med självmordsnära patienter

Inga-Lill Ramberg, informationsansvarig, Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

I förebyggandet av självmordshandlingar måste en viktig del av det preventiva arbetet bedrivas inom den psykiatriska vården. Under år 1996 var antalet intagningar till den psykiatriska vården med anledning av ett självmordsförsök ungefär 9.000 i Sverige. Vi vet också att en stor andel av de personer, som gjort ett självmordsförsök eller begått självmord, har haft kontakt med hälso- och sjukvården, främst den psykiatriska vården, i nära anslutning till självmordshandlingen (Beskow, 1979; Runeson, 1990; Runeson, 1992; Runeson & Wasserman, 1994; Hultén & Wasserman, 1998). Den psykiatriska personalen har således en viktig roll att fylla i det självmordsförebyggande arbetet.

Arbetsmiljön är en betydelsefull faktor för den psykiatriska personalens möjligheter att förebygga självmord och självmordsförsök. Jämfört med personal inom andra medicinska specialiteter betecknar emellertid den psykiatriska personalen oftare sin arbetsmiljö som mindre bra. Psykiatrer uppger oftare än specialister från andra medicinska specialiteter att de upplever mer trötthetskänsla, trots mindre stress (Deary et al, 1996). Sjuksköterskor inom den psykiatriska vården rapporterar sämre arbetsmiljö, mindre stimulerande arbete, lägre krav (Samuelsson et al, 1997), lägre intellektuell och personlig tillfredsställelse samt större svårigheter att tillmötesgå förväntningar från kollegor och patienter än sjuksköterskor inom andra specialiteter (Pettersson et al, 1995).

Personalens attityder till självmordsnära patienter kan påverka vårdens kvalitet och effektivitet och även patienternas suicidalitet (Maltzberger & Buie, 1974; Wolk-Wasserman, 1987). Positiva attityder anses verka skyddande och ge patienterna en känsla av värme och omsorg, medan negativa attityder kan uppfattas som fördömande och avståndstagande. Negativa attityder kan därför förstärka patienternas känsla av värdelöshet

och därmed bidra till en negativ utveckling av den suicidala processen i riktning mot upprepade självmordsförsök eller fullbordat självmord.

Kraven är således höga på den psykiatriska personalens kunskap och psykologiska förmåga att bemöta den självmordsnära patientens ångest och hopplöshet. Till dessa höga krav kommer, att mötet med en självmordsnära patient kan väcka den egna rädslan och ångesten inför döden, och hos sårbara individer kanske även väcka den egna suicidaliteten. Det finns rapporter om överdödlighet i självmord bland psykiatrer av båda könen (Rich & Pitts, 1980; Arnetz et al, 1986; Carpenter et al, 1997) jämfört med läkare från andra medicinska specialiteter och också en överdödlighet i självmord bland manliga mentalskötare (Stefansson & Wicks, 1991) jämfört med den manliga befolkningen i övrigt.

Av de internationellt publicerade enkätundersökningar (Oulkinoura et al, 1989; Gustavsson et al, 1997; Samuelsson et al, 1997) som utförts bland läkare och sjuksköterskor inom den psykiatriska vården framkommer, att mellan 33-37 procent rapporterat att de haft självmordstankar någon gång under livet, och mellan 6-11 procent att de haft självmordstankar under senaste året. Mellan 5-14 procent rapporterade att de gjort ett självmordsförsök någon gång under sin livstid.

Den psykiatriska personalens arbetsmiljö, attityder och suicidalitet

Vid Centrum för suicidforskning och prevention genomfördes under år 1994 en undersökning av stödjande respektive försvårande faktorer i den psykiatriska personalens arbete med självmordsnära patienter, av personalens attityder till självmordsnära patienter samt av dess egna suicidalitet. En enkät med sammanlagt 133 frågor tillställdes ett slumpmässigt urval (1724 personer) av den psykiatriska personalen inom Stockholms läns landsting. Enkäten besvarades av 1010 anställda (59 procent av dem som fått enkäten).

Arbetsmiljö

Av de 1010 anställda som besvarade enkäten, svarade 514 personer av dem som regelbundet arbetade med självmordsnära patienter (det vill säga de träffade självmordsnära patienter en gång per månad eller oftare) på samtliga frågor om arbetsmiljö.

Vid jämförelser mellan de tre yrkesgrupperna (Tabell 1) framkom, att sjuksköterskor/mentalskötare utgjorde den grupp som i minst utsträck-

ning ansåg sig ha tillräcklig utbildning för att kunna arbeta med patienter som försökt ta sina liv. De upplevde också att de hade minst möjlighet att själva följa upp och behandla självmordsnära patienter eller att följa behandlingen av en självmordsnära patient från början till slut. Sjuksköterskor och mentalskötare menade sig också i större utsträckning än övriga sakna kunskaper och information om vad som är viktigt i arbetet med självmordsnära patienter. De tyckte också att de fick oklara eller bristfälliga instruktioner beträffande handläggningen av självmordsnära patienter och att de inte visste vad som väntades av dem i arbetet med dessa patienter. Slutligen upplevde sjuksköterskorna och mentalskötarna att olika överordnade hade skilda uppfattningar om vad de skulle göra med patienterna och hur de sedan skulle utföra dessa arbetsuppgifter.

Tabell 1. Stödjande och försvårande faktorer i arbetet med självmordsnära patienter.

	Psykiatrer n=45	Sjuksköterskor/ mentalskötare n=414	Paramedicinare n=55	P-value
Tillräcklig utbildning	73%	37%	60%	<.001
Regelbunden handledning	38%	76%	73%	<.001
Saknar kunskaper och information	4%	13%	4%	<.001
Får oklara eller dåliga instruktioner	4%	19%	9%	<.001
Vet inte vad som väntas av mig	7%	15%	9%	<.001
Olika överordnade har olika uppfattningar	11%	27%	9%	<.001
Har själv möjlighet att behandla och följa upp	64%	40%	66%	<.001
Har inte möjlighet att följa behandling från början till slut	36%	40%	16%	<.05

Attityder

I enkäten ingick 37 frågor om attityder till självmordsnära patienter. Flerparten av dessa frågor hade hämtats från en finsk undersökning av Suokas & Lönnqvist (1989). Vissa av frågorna har också använts av Samuelsson et al (1997) i samband med en evaluering av en utbildningsinsats riktad till psykiatriska sjuksköterskor. En utvärdering av respektive författares olika attitydskalor visar, att enbart vissa av frågorna är reliabla och valida,

bland annat sex frågor om synen på möjligheterna att förebygga självmord.

I föreliggande undersökta psykiatriska personalgrupp återfinns en överlag positiv syn på möjligheterna att förebygga självmord och självmordsförsök. Den positiva synen på dessa möjligheter minskar dock betydligt när patienten i fråga bestämt sig för att försöka ta sitt liv. Att en självmordsnära individ känner en ambivalens inför både livet och döden är något som inte tycks beaktas av alla. Särskilt påfallande är detta när det gäller sjuksköterskorna/mentalskötarna. Enbart hälften av dem anser att det är möjligt att förebygga självmord och självmordsförsök hos en person som redan har bestämt sig för att ta sitt liv.

Sjuksköterskorna/mentalskötarna utgör den grupp som i nästan alla avseenden har minst tilltro till möjligheterna att förebygga självmord (Tabell 2), jämfört med psykiatrer och "paramedicinare" (= samlingsbeteckning för yrkeskategorier som kuratorer, psykologer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster). Paramedicinare visar emellertid den allra lägsta tilltron på suicid-prevention i ett specifikt avseende, nämligen till att det går att hjälpa en person som hyser självmordstankar.

Tabell 2. Synen på möjligheterna att förebygga självmord.

	Psykiatrer n=67	Sjuksköterskor/ mentalskötare n=816	Parame- dicinare n=127	P-value
Det går att hjälpa en person som har självmordstankar	99%	96%	94%	=.027*
Det finns alltid hopp	97%	96%	99%	=.008*
Det är möjligt att förebygga självmord	96%	89%	97%	<.05
Människor bör hindras från att begå självmord	95%	87%	82%	ns
Om någon verkligen vill ta livet av sig gör hon det trots bästa behandling	26%	50%	39%	<.001
När en person väl bestämt sig kan man inte förhindra	25%	45%	28%	<.001

* *Fischers exact test*

Livssyn och suicidalitet

För att kunna jämföra den här undersökta psykiatripersonalen med normalbefolkningen ställde vi samma år, 1994, samma frågor om självmordstankar och självmordsförsök till ett slumpmässigt urval av befolkningen i åldersgruppen 20-64 år i Stockholms län. Efter ålders- och/eller könsstandardisering fann vi en signifikant skillnad mellan den psykiatriska personalen och befolkningen när det gällde parametern "självmordstankar någonsin", vilket den psykiatriska personalen uppgav sig ha haft till 41 procent men normalbefolkningen endast till 21 procent. Denna skillnad gällde både män och kvinnor.

Vad gällde parametern "självmordsförsök någonsin" fann vi också en signifikant skillnad mellan den kvinnliga psykiatriska personalen, där 6 procent hade gjort ett självmordsförsök, mot 4 procent av normalbefolkningens kvinnor. Vid fördjupade analyser av den kvinnliga personalen inom den psykiatriska vården framgick, att det var de kvinnliga sjuksköterskorna/mentalskötarna som rapporterade högst andel självmordsförsök någonsin (7 procent). Däremot befanns inga skillnader föreligga när det gällde parametern "självmordstankar eller självmordsförsök under senaste året" mellan dessa och övriga personalkategorier.

När det gäller livstidsprevalensen av självmordstankar är det inte uteslutet, att resultaten har påverkats av i vilken mån en individ blir påmind om sina självmordstankar eller inte. Den psykiatriska personalens ständiga möte med självmordsnära individer kan medföra att de lättare minns tidigare självmordstankar än personer som i sitt dagliga liv inte kommer i kontakt med denna problematik. Det är svårare att tänka sig att en så allvarlig handling som självmordsförsök är lika lätt att glömma eller förtränga som enbart tanken på detsamma. En annan förklaring till skillnaderna kan därför återfinnas i så kallad "urvalsbias" (= snedvridet urval), nämligen på så vis, att det är tänkbart att personer med en viss personlighet i större utsträckning väljer yrken där deras uppgift är att vårda och behandla andra personer med liknande problem.

Vid jämförelser mellan de olika yrkeskategorierna inom den psykiatriska vården (Tabell 3) visar det sig, att psykiatrer rapporterar såväl dödsönskningar som självmordstankar någon gång under livet i mindre utsträckning än sjuksköterskor/mentalskötare och paramedicinare gör.

Tabell 3. Dödsönsknings, självmordstankar och självmordsförsök.

	Psykiatrer n=67	Sjuksköterskor/ mentalskötare n=815	Parame- dicinare n=127	P-value
Önskat sig död någonsin	21%	42%	44%	<.01
Önskat sig död senaste året	6%	8%	3%	ns
Självmordstankar någonsin	27%	40%	49%	<.05
Självmordsförsök någonsin	1%	5%	2%	ns

Sammanfattning och konklusion

I den här undersökningen av attityder hos sjukvårdspersonal visar resultaten, att det i stort föreligger en övervägande positiv syn på organisatoriska förhållanden i samband med arbetet med självmordsnära patienter. Det framstår emellertid också som tydligt, att sjuksköterskor/mentalskötare är den grupp av personalen som i störst utsträckning anser att de saknar kunskaper, att de får oklara instruktioner och förväntningar samt känner sig klämda mellan olika uppfattningar hos sina överordnade. Man kan förmoda att en sådan osäkerhet måste påverka dessa personalkategoriernas kontakter med självmordsnära patienter och att den också påverkar arbetets kvalitet. Kanske är det också denna osäkerhet som medför att personalen har mindre tilltro till möjligheterna att förebygga självmord än vad psykiatrer och paramedicinare ger uttryck för. Eftersom sjuksköterskorna/mentalskötarna utgör personalgruppen med den tätaste kontakten med patienterna och svarar för dessas omvårdnad, får de också stor inverkan på patienternas välbefinnande. Av detta skäl är det angeläget att sjuksköterskor/mentalskötare får tillräckligt stöd i och utbildning för sitt arbete med självmordsnära patienter så att de ges förutsättningar att förmedla den trygghet och optimism som är så väsentlig för denna patientgrupp.

Vad beträffar parametern "förekomsten av självmordstankar och självmordsförsök under det senaste året" skiljer den sig inte mellan den allmänna befolkningen och den psykiatriska personalen. Däremot rapporterar fler av den psykiatriska personalen att de haft självmordstankar någon gång under livet. Dessa skillnader kan delvis bero på olikheter i vad man minns. Fler av de kvinnliga sjuksköterskorna/mentalskötarna än kvinnor i befolkningen rapporterar att de gjort ett självmordsförsök någonsin.

Självmordsproblematik bland vårdpersonal bör ses både som en arbetsmiljöfråga och en fråga om vårdkvalitet och måste ägnas större uppmärksamhet.

samhet. Mötet med en självmordsnära patient kan hos den vårdande personalen väcka egna, tidigare självmordstankar. Detta innebär inte bara en ökad belastning för den enskilde utan kan också utgöra ett hinder för ett professionellt omhändertagande av patienten. Den personliga erfarenheten av självmordsproblematik kan å andra sidan ge en ökad förståelse för de självmordsnära patienternas problematik och bli till en tillgång i patientarbetet (Buie, 1981; Wolk-Wasserman, 1985). Detta senare förutsätter dock att den egna problematiken har bearbetats grundligt.

Referenser

- Arnetz B, Hörte L-G, Hedberg A, Theorell T, Allander E och Malker H. Läkares dödlighetsmönster i ischemisk hjärtsjukdom och suicid - data baserade på dödsfallsregistret och socialstyrelsens läkarförteckning. *Stressforskningsrapport 185*. Institutet för psykosocial medicin (IPM). Stockholm, 1986
- Beskow J. Suicide and Mental Disorder in Swedish Men. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1979;(Suppl 277):1-138.
- Buie D H. Empathy: Its Nature and Limitations. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1981;29(2):281-307.
- Carpenter L M, Swerdlow A J and Fear N T. Mortality of doctors in different specialities: findings from a cohort of 20 000 NHS hospital consultants. *Occupational & Environmental Medicine* 1997;54:388-395.
- Deary I J, Agius R M and Sadler A. Personality and stress in consultant psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry* 1996;42:112-123.
- Gustavsson L, Arnetz B och Beskow J. Självmordstankar bland sjuksköterskor i Sverige. *Att satsa på hälsa - förebygga självmord och självmordsförsök*. Rapport 2. Centrum för suicidforskning och prevention. Stockholm, 1997.
- Hultén A och Wasserman D. Lack of continuity - a problem in the care of young suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;97: 326-333.
- Maltsberger J T and Buie D H. Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. *Archives of General Psychiatry* 1974;30:625-633.
- Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L and Äärimaa M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1990;25:81-86.

Pettersson I-L, Arnetz B B, Arnetz J E and Hörte L-G. Work Environment, Skills Utilization and Health of Swedish Nurses - Results from a National Questionnaire Study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1995;64:20-31.

Rich C L, and Pitts F N. Suicide by Psychiatrists: A Study of Medical Specialists Among 18,730 Consecutive Physician Deaths During a Five-Year Period, 1967-72. *Journal of Clinical Psychiatry* 1980;41(8):261-263.

Runeson B and Wasserman D. Management of suicide attempters: what are the routines and the costs? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994;90:222-228.

Runeson B. Suicide and mental disorder in Swedish youth. *Doctoral dissertation*. Department of Psychiatry, Sahlgrenska Hospital, University of Gothenburg, Gothenburg, 1990.

Runeson B. Youth suicides unknown to psychiatric care providers. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1992;22:494-503.

Samuelsson M, Åsberg M and Gustavsson J P. Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997;95:222-230.

Samuelsson M, Gustavsson J P, Petterson I-L, Arnetz B and Åsberg M. Suicidal Feelings and Work Environment in Psychiatric Nursing Personnel. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1997;32:391-397.

Stefansson C-G and Wicks S. Health care occupations and suicide in Sweden 1961-1985. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 1991;26:259-264.

Suokas J and Lönnqvist J. Staff's attitudes towards patients who attempt suicide. In Diekstra et al. (Eds.) *Suicide and its prevention: The role of attitudes and imitation*. E.J. Brill, Leiden, 1989 pp 227-248.

Wolk-Wasserman D. The intensive care unit and the suicide attempt patient. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1985;71:581-595.

Wolk-Wasserman D. Some Problems Connected with the Treatment of Suicide At-tempt Patients: Transference and Countertransference Aspects. *Crisis*, 1987;8(1):69-82.

2. Livssyn och attityder till suicid hos läkarstuderande

Ulla Wallin, bitr överläk, Haninge psykiatriska verksamhet, Stockholm

Bo Runeson, docent Karolinska institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, S:t Görans sjukhus, Stockholm

Bakgrund

Själv mord hos läkare har kopplats till hårda arbetsvillkor liksom kunskap om hur man tar sitt liv och till lättillgänglighet vad gäller droger. Av och till kommer det rapporter om läkares självmordsbenägenhet (1, 2, 3). Detta oroar yrkeskåren och även läkarstuderande och uppmärksammas också i media.

Allmänt kan man säga, att undersökningarna vad gäller läkares suicidalitet är något motsägelsefulla. Amerikanska, engelska och även svenska studier från mitten av 80-talet har visat, att självmordstalen för läkare, alla åldrar, genom åren minskat och nu närmar sig nivån för befolkningens självmordstal. Detta gäller dock ej för de kvinnliga läkarna. Studerar man dessas självmordstal, finner man, att de närmar sig de manliga läkarnas, liksom att kvinnliga läkares självmordstal är tre-fyra gånger högre än hos kvinnor i befolkningen i motsvarande åldrar.

För yngre läkares del föreligger olika studier som visat förhöjda självmordstal både hos män och kvinnor. För läkarstuderandes del gäller, att de befinner sig i en ålder, då storleksmässigt självmord utgör en av de främsta dödsorsakerna.

Flera internationella studier har genomförts där suicidalt beteende hos läkarstuderande har undersökts:

- * I en amerikansk undersökning av Simon (4) gällande dödsorsaker hos läkarstuderande 1947 till 1967 hamnade självmord på andra plats. I en population på 85299 studerande (varav 90 procent män) tog 31 personer sitt liv. Två av dessa var kvinnor. Jämfört med i ålder motsvarande befolkningsgrupp framkom en klart ökad risk för självmord.
- * I en senare undersökning av Everson (5) som också intresserade sig för läkarstuderandes olika dödsorsaker under perioden 1967-1971, framkom tvärtemot Simons resultat ett lågt antal självmord jämfört med

förväntat. En senare undersökning, under femårsperioden 1989-1994, av Hayes (6) kunde också belägga en lägre självmordsfrekvens bland amerikanska läkarstuderande än bland åldersgruppen i stort.

- * Pepitone och medarbetare (7) fann 52 självmord bland amerikanska läkar-studerande under tidsperioden 1974 till 1981. Totalt sett befanns självmordstalet ligga högre hos denna grupp jämfört med motsvarande åldersgrupper i befolkningen. Det är framförallt de kvinnliga läkar-studeranden som företer en klart ökad självmordsfrekvens, vilket överensstämmer med det tidigare kända förhållandet, att kvinnliga läkare har en klart ökad självmordsfrekvens.
- * I en prospektiv studie mellan 1948 och 1964, gällande 1337, mestadels manliga, läkarstuderande, identifierades självmordsprediktorer hos dem som sedermera tog sitt liv. Tretton självmord analyserades, samtliga gällde män, åldrarna varierade mellan 24 och 40 år. Vissa återkommande karakteristika hos dessa tretton kunde beskrivas, exempelvis högre förekomst av nervös läggning och av vegetativa symtom (8), (Lauslahti Graves & Bedell).

Sammanfattningsvis kan man notera, att studierna är få och resultaten motsägelsefulla. Någon studie har visat, att suicidtalet är förhöjt hos kvinnliga läkarstuderande, men det bör framhållas, att kvinnorna tämligen sent i ökad omfattning sökt sig till läkarutbildning, varför det, särskilt vad gäller de tidigare undersökningarna, inte finns så stora material att studera.

Krävande studier

Läkarstuderande utgör en grupp med höga ambitioner och krav att lyckas i studierna, inställningar som också återfinns hos de studerandes föräldrar. Studietakten är hög. Den tekniska och medicinska utvecklingen fortgår i ett snabbt tempo. Utbildningen sker under stark press, både vad gäller tid och den mängd kunskap som ska integreras. Krav finns också att lyckas som individ som sådan. Att vara ensam och stark och oberoende är ett ideal för de yngre studerandena. Isolering, ensamhet och svårigheter att etablera kontakt med studiekamrater utgör exempel på problem som dessa medicinstudenter kan uppleva.

Man har identifierat fyra kritiska perioder för den läkarstuderande under utbildningens gång:

1. Under det första studieåret, då de studerandena möter sina egna begränsningar. De är inte alltid längre bäst i klassen, vilket ofta varit fallet under gymnasietiden.
2. Under fjärde terminen då frågor som rör liv-död aktualiseras, kanske särskilt under kursen i patologi.
3. Under femte och sjätte terminerna då de studerandena börjar pröva på det kliniska arbetet och börjar inse de krav som kommer att ställas på dem som läkare.
4. Slutet av studierna: är yrkesvalet det rätta? Kommer man att få den obligatoriska AT (allmäntjänstgöringen under 21 månader) placeringen? Hur ska man orka med yrket?

Läkarstuderande och förmågan till empati

Läkarstuderande mår sämre än andra studerandegrupper och än människor i allmänhet enligt Ulla Holm, som har publicerat flera undersökningar gällande läkarstuderandes förmåga till empati (9).

Under den senare delen av studierna, i samband med den kliniska utbildningen, ökar de emotionella anspråken i och med större stress. Detta kan ge stressrelaterade symtom som oro, ångest, depression och sömnsvårigheter liksom ökad alkoholkonsumtion. Både svenska och utländska medicinstudenter upplever också känslan av att vara obehörig, av att de besvärar, att de inte riktigt accepteras ute på klinikerna.

Förutom detta väcks starka känslor vid konfrontationen med tabubelagda situationer och handlingar, med lidande och död. Dessa känslomässiga reaktioner aktiverar i sin tur psykiska försvar för att slippa uppleva den starka ångest eller andra starka känslor som mötet med patienten kan aktivera. De psykiska försvaren i sin tur kan leda till oförmåga att förstå patienternas behov, något som ger negativa återverkningar vad gäller den blivande läkarens empatiska förmåga.

Föreliggande undersökning

För att sammanfatta det tidigare: Våra personliga attityder avspeglas i samspelet med patienterna. I arbetet som läkare prövas grundhållningen till livsfrågorna, och mötet med suicidala patienter ställer dessa frågor på sin spets. Internationella studier visar, att det finns en förhöjd risk för självmord hos framför allt kvinnliga läkare. Hur förhåller sig läkarstuderande till frågor som har med självmord att göra?

Utvecklingen av den empatiska förmågan har sagts vara bristfällig under studieåren. Vi har frågat oss om mötet med döden innebär en påfrestning och om läkarstuderande ställs i emotionellt krävande situationer utan rätt stöd. Påverkas synen på suicidala patienter under studietiden? Är det skillnad på manliga/kvinnliga studerande?

Dessa var de första i en lång rad frågor vi ville undersöka. Senare ska vi närmare studera om det finns ett samband mellan livssyn och synen på den suicidnära patienten.

Metod

Vår studie bygger på en enkät besvarad av 306 studerande på läkarlinjens termin 1 respektive termin 10. För att direkt kunna bemöta eventuella reaktioner på innehållet i enkäten delade vi ut och samlade in den i samband med föreläsning och tentamen. Svarsfrekvensen var drygt 60 procent.

Resultat och diskussion

I Tabell 1 finns jämförelser mellan läkarstuderande i början och i slutet av utbildningen, jämförelser gällande några av de avseenden vi undersökte.

De som befann sig i slutfasen av sina studier hade en mer medicinskt präglad syn på suicid. Det förelåg däremot ingen påtaglig skillnad mellan nybörjare och avancerade studenter när det gällde egna suicidtankar, vilket ligger ungefär på den nivå man finner i andra studier av unga vuxna. Av dem som besvarade enkäten uttryckte 75 procent att man haft psykiska besvär tidigare. 12 procent angav att man vid tiden för enkäten upplevde nedstämdhet eller ångest av en sådan svårighetsgrad, att det påverkade studierna. 12 procent kan tyckas vara en hög siffra, men ligger på samma nivå som i en studie av andras högskolestuderande från 1990-talet (10).

Det fanns en påtaglig skillnad mellan kvinnliga och manliga studerande. De förra hade sökt psykolog- eller psykiaterhjälp i högre utsträckning. Mer än 25 procent av kvinnorna hade sökt hjälp, men ganska få (5 procent) hade erhållit medicinsk behandling.

Tabell 1. Livssyn och inställning till självmord hos läkarstuderande på termin 1 och 10.

Påstående att instämma i	Termin 1 (n=144)%	Termin 2 (n=162)%	P
Alla självmordsförsök bör leda till kontakt med den psykiatriska vården	78	82	ej sign.
Suicid är alltid uttryck för en psykisk sjukdom*	13	37	>0.001
Samtalsterapi kan vara ett sätt att förhindra ett nytt självmordsförsök	64	52	<0.05
Antidepressiva är ett bra sätt att förhindra självmord*	65	83	<0.001
Har Du någonsin haft tankar på att ta Ditt liv?	33	44	0.08
Har Du någonsin gjort ett försök att ta Ditt eget liv?	1	2	ej sign.
Har Du någon period känt Dig så nedstämd/ ångestfylld att det påverkat studierna?	78	70	ej sign.
Har Du någon gång sökt psykiatrisk psykologisk hjälp?	16	21	ej sign
Är Du för närvarande deprimerad i den utsträckning att det påverkar studier och livstillvaro?	12	12	ej sign

* Anger andel svar med "stämmer helt", "stämmer delvis" eller "stämmer ganska bra"

I en första värdering av sambandet mellan egen livssyn och attityden till självmordsnära patienter analyserade vi ett delmaterial av studien. De studerande som uppgivit att de någon gång haft suicidtankar instämde mindre ofta i påståendet "alla självmordsförsök bör leda till kontakt med den psykiatriska vården" (67 procent mot 87 procent, $p < 0,01$). Dessa personer ansåg också i mindre utsträckning att "människor bör hindras från att begå självmord" (38 procent mot 49 procent, $p < 0,05$).

Sammanfattning och konklusion

Läkarstuderande har självmordstankar i samma utsträckning som motsvarande åldrar i befolkningen - 119 individer hade haft sådana tankar, eller ca en tredjedel av de undersökta. De studenter som själva haft självmordstankar visar också en mer tillåtande syn på självmord.

Från termin 1 till termin 10 blir det en högre andel av de undersökta som haft självmordstankar eller som gjort ett självmordsförsök (dock ej signifikanta skillnader).

Läkarstuderande utvecklade under utbildningen en mer medicinskt präglad syn på möjligheten att hjälpa patienter med självmordsbeteende. Den höga förekomsten av nedstämdhet och ångest (78 procent termin 1. 70 procent termin 10) hos läkarstuderande behöver uppmärksammas, till exempel medelst ett förbättrat studiesocialt stöd.

Referenser

1. Holmes V and Rich Ch. Suicide among physicians. In: Blumenthal & Kupfer, D., eds: Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. American Psychiatric Press 1990:559-618.
2. Richings J C, Khara G and Mc Dowell M. Suicide in young doctors. Br J of Psychiatry 1986;149:475-478.
3. Arnetz B B, Hörte J G, Hedberg A, Theorell T, Allander E and Malker H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Acta Psychiatrica Scand 1987;75:139-143.
4. Simon H. Mortality among medical students 1947 - 1967. J Med Educ 1978;43:1175-1182.
5. Everson R and Fraumeni J. Mortality among medical students and young physicians. J of Med Educ August 1975;50:809-811.
6. Hayes L, Cheever T and Patel P. Medical student suicide 1989-1994. Am J Psychiatry, April 1996;153:4.
7. Pepitone-Arreola-Rockwell F, Rockwell D and Core N. Fifty-two medical student suicides. Am J Psychiatry Feb 1981;138(2):198-201.
8. Lausshlatti Graves P and Bedell Thomas C. Habits of nervous tension and suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior, Summer 1991;21(2).
9. Holm U and Aspegren K. Empatiutveckling bland läkarstuderande. Läkartidningen 1995;92:5,404-406.

10. Undén AL and Orth-Gomér K. Studenters hälsa och studiemiljö. Samband mellan psykosociala studiemiljöfaktorer, hälsa och livskvalité. Delrapport 2. Statens institut för psykosocial miljömedicin. Stressforskningsrapport nr 222, 1990.

SEMINARIUM V: SJÄLMORDSPROBLEMET BLAND BARN OCH UNGDOMAR

Moderator: Agnes Hultén

1. Om självmordstankar och självmordshandlingar bland barn och ungdomar

Agnes Hultén, överläkare Barn och ungdomspsykiatriska kliniken, Gävle

Den vanligaste dödsorsaken för människor i åldrarna 18 till 44 år i Sverige är självmord. Detta gäller också om vi ser på gruppen enbart pojkar under 25 år. För flickor under 25 är tumörer för närvarande vanligare dödsorsak än självmord. Olycksfall kommer på tredje plats.

Också i England utgör självmord den vanligaste dödsorsaken i den här åldersgruppen. I Europa som helhet är trafikolyckor vanligaste dödsorsak, följt av självmord. Självmord har avancerat uppåt i statistiken, delvis beroende på att sjukvården nu klarar av så många medicinska tillstånd och även trafikskador. Vi ska komma ihåg, att självmord ändå är en ovanlig händelse i ungdomsåren.

Hur ser det ut i absoluta tal? 1996 är det senaste året vi har statistik för. Om vi delar in i åldersklasser om fem år i varje, så ser vi, att det inte är många dödsfall det rör sig om:

10 - 14 år 1 pojke och 3 flickor
15 - 19 år drygt 30
20 - 24 år 78

Självmordsfrekvensen har sjunkit generellt i Sverige. Ser vi på de unga åldrarna, 10 till 17 år, så är det ingen minskning, snarare en liten ökning i antalet självmord, men eftersom det är så få det handlar om, skall man tolka en sådan liten ökning med viss försiktighet. Bland de äldre ungdomarna har vi lyckats sänka självmordstalen, men alltså inte i den yngsta gruppen 10 till 17 år. Vi kanske inte vet tillräckligt mycket om den här gruppen, det kan också vara slumpmässiga orsaker till ökningen, eller

impulshandlingar hos dessa unga - vad vi förstår är att här finns mycket att göra, för både sjukvård och för skola.

Hur vanligt är då självmordsförsök? Som framgick nyss är fullbordat självmord en ovanlig handling. Självmordsförsök, däremot, är mycket vanligt. Vid anonyma enkätundersökningar har man sett, att ungefär 5 procent av ungdomar i Sverige uppger att de gjort ett självmordsförsök. Det är inte helt entydigt vad ungdomarna i sina svar menar med ett självmordsförsök - det kan avse en självdestruktiv handling, eller kanske betecknar något som stannat vid en ansats - att de haft en mycket kraftig tanke att de skulle göra något, gått ned till tunnelbanan och slänga sig framför ett tåg, men vänt och gått hem. Det är en glidande skala för vad ungdomar menar med självmordsförsök, och det är något jag tycker man ska komma ihåg när media rapporterar om sådana här händelser.

Vi vet inte hur många ungdomar som gör självmordsförsök. Vi vet däremot att det är huvudsakligen flickor. Många ungdomar berättar inte om det här för någon, eller berättar det bara för en kamrat, och söker inte sjukvården. Ett visst begrepp om problemets omfattning kan ändå WHO:s multicenterstudie över självmordsförsök ge. I denna europeiska studie, som påbörjades 1989 och fortfarande pågår, ingår Umeå och Stockholm som forskningscentra. Undersökningen registrerar alla självmordsförsök från 15 år och uppåt som kommer till sjukvårdens kännedom.

Jag har granskat åldrarna 15 till 19 år i de 12 länder som var med från början i studien. Nu har allt fler länder gått med, så undersökningen täcker större delen av Europa och omfattar numera över fem miljoner. I och med det här materialet få man alltså ett mycket stort underlag för att kunna göra analyser. Några resultat hittills:

- * Mest flickor, tre gånger så många flickor som pojkar, gör självmordsförsök.
- * Självmordsförsöken har inte ökat under de sex - sju år jag studerat närmare. Antalet har heller inte minskat om vi ser särskilt på våra två svenska forskningscentra, Stockholm och Umeå.
- * 15 procent upprepar sitt självmordsförsök inom ett år. Den upprepningen ligger oftast en månad efter det första registrerade självmordsförsöket. Detta betyder, att ungdomarna inte känner att de fått hjälp. Vi behöver titta på den här första tiden efter självmordsförsöket. Den är

mycket viktig, det är här vi skall lägga upp en bra behandling, ett bra omhändertagande.

Vi har också sett, att det är pojkar som i högre grad upprepar sitt självmordsförsök. Det tycker jag är ett viktigt observandum, att det är pojkar som oftare upprepar sitt självmordsförsök och det var ju tre gånger så många pojkar som flickor som tog livet av sig.

- * När det gäller orsaker, så har vi, vid alla centra, sett att det är konflikter med föräldrar i första hand som utgör den dominerande orsaken. Separation från flickvän eller pojkvän kommer som nummer två. Pojkar anger det i lite högre grad än flickor. Det här är något man måste titta på - vad har pojkar för möjligheter att handskas med den stress som en separation innebär?
- * De metoder som använts, och det här gäller 15- till 19-åringar åren 1989 till 1995 i Umeå, Stockholm och övriga europeiska länder, kan delas in i tre stora grupper:
35 procent har använt receptbelagda läkemedel som man antingen själv fått utskrivet eller tagit från föräldrarna. Läkemedlen är av typ lugnande, sömnmedel, antidepressiva.
40 procent har använt smärtstillande medel, som man köpt på apotek, hela 42 procent om vi bara ser på gruppen flickor. Här återfinner vi paracetamol-gruppen; Alvedon, Panodil, Reliv, Curadon med flera preparatnamn.
Handledsröstningar, slutligen, utgör den tredje vanligaste gruppen.

Vad gäller analgetika så skulle jag vilja peka på den ökning som vi faktiskt har sett. Det förefaller bilda lite grann av ett mode just nu. Jag har haft flera ungdomar som patienter som sagt, att: "Ja, det är så här man visar att man ska ta livet av sig, man tar en karta Alvedon och äter den och så lägger man ett avskedsbrev till föräldrarna." Det vill säga, det är en mycket tydlig kommunikativ handling.

Ungdomar förstår inte alltid att det är så farligt som det är med den här sortens medicin. Paracetamol ger alltså leverskador om man överdoserar. På apotek kan man köpa 30 tabletter receptfritt. Redan vid en dos på 15 tabletter kan man få en allvarlig leverskada, som inte uppträder förrän ett till två dygn efter intaget, men man behöver få en antidot efter redan åttio timmar.

En del ungdomar tar den här medicinen för att få en kick tillsammans med alkohol, hembränt eller öl. Paracetamol ger ingen sådan här kick, och

det vet de inte om när de försöker, men risken finns ju att ungdomarna får i sig så mycket paracetamol att de skadar sin lever.

Vi har på Centrum försökt diskutera lättheten att få tag i paracetamol med LäkeMedelsverket, som tycker att svenska folket skall ha tillgång till den här medicinen. I år har verket dock lagt till en varningstext på medicinförpackningarna att medlet är farligt för barn och ungdomar. Jag och många barnmedicinare och barnpsykiatrer med mig anser att man skulle förbjuda försäljning av paracetamol till ungdomar under 18 år, men det har läkeMedelsverket alltså inte gått med på.

Självordstankar är väldigt, väldigt vanligt. I olika undersökningar har vi sett att 15 till 40 procent hyser självordstankar, dubbelt så många flickor som pojkar. Egentligen kan jag tycka, att när man känner sig stressad, när man hamnar i konflikt och inte tycker att man ser någon väg framåt, då kan det vara en ganska naturlig ångestventil att man tänker så här. Jag vet inte om man ska beteckna flyktiga ångesttankar som något mycket allvarligt, eller om vi skall se på dem som något som faktiskt hör till livet.

Det här är något som vi vuxna också behöver prata om med ungdomarna, och om varför det kan vara så här jobbigt. Man talar ju inte längre så mycket om en tonårstid som om en ungdomstid, och ungdom, det kan man vara mellan tio år och 29 år. Ungdomstiden består dels av en biologisk del, som är själva puberteten, och den består också av en känslomässig omställningsperiod, som man växer in i, och under växandet lär man sig hantera stress, att lösa konflikter och att kunna kommunicera bättre om sina problem. Den här perioden består också av en social del, när ens sociala identitet tillkommer, man ska både frigöra sig från föräldrar och man ska hitta sig själv i en positiv identitet och kunna närma sig andra i kärlek och vänskap, och man ska skapa sig en plattform i det vuxna livet med en yrkesutbildning och med en yrkesidentitet.

Den här processen jag nu beskrivit, det är ett arbete som ungdomarna gör. När den biologiska mognaden kommer så tidigt och den sociala mognaden blir så försenad - en ung flicka får menstruation vid elva års ålder och hon får sitt första barn vid 27 års ålder - så är det en jättelik ungdomstid man har emellan, vilket också bidrar till att man kommer i obalans. Det är inte bara den hormonella obalansen utan det är en mängd annan obalans som medverkar till att skapa en skörhet hos den unga människan som befinner sig i det här förändringsskedet.

När vi har ett samhälle som vi har nu, som ständigt förändras väldigt mycket, så kan man förstå, att det finns mycket som kan skaka om ungdomarna. I familjerna finns också en viss press - man ska lära sig, socialiseras från första stund, få en självkänsla genom samspel med föräldrarna; också lära sig hantera stress och kriser och kunna lösa konflikter. Allt det här är mycket viktigt att behärska som vuxen individ, så att det finns plats för en i samhället. Det är också viktigt att ett samhälle också tar emot en och bryr sig om hur man mår som ung.

Ungdomar har i dag ofta mycket stöd från sina egna jämnåriga och har mindre stöd från vuxna, föräldrar, skola. De unga hämtar sina normer och sitt stöd från sin egen grupp, och det här gör dem också mer sårbara, i det att de får så att säga lära sig av varandra, stötta varandra med sina problem.

2. En förälder har gjort ett självmordsförsök – om samarbetet mellan barn- och vuxenpsykiatri

Kati Falk, leg. psykolog. och psykoterapeut, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Lund

Min bakgrund är att jag arbetat som barnpsykolog under 25 års tid, varav de senaste fem åren på en enhet benämnd Kris- och konsultteamet på Lunds universitetssjukhus. Detta är ett litet barnpsykiatriskt team som består av fyra medarbetare; två barnpsykologer, en kurator och en psykiater. Vi har tre arbetsområden, riktade mot regionsjukhuset i Lund. Det första området gäller allvarligt sjuka och döende barn och deras familjer. Det andra området omfattar barn som är anhöriga till allvarligt sjuka och döende föräldrar.

Den tredje inriktningen för vår verksamhet, och den som jag skall tala om här idag, består av ett samarbete mellan vårt barnpsykiatriska team och avdelning 31, som är en suicidpreventiv vuxenpsykiatrisk avdelning i Lund. På den avdelningen läggs de patienter in som efter ett suicidförsök av psykiatrer bedömts på medicinska intensivvårdsenheten vara i behov av vidare psykiatrisk behandling och uppföljning.

De som läggs in på avdelning 31 och som är föräldrar erbjuds samtliga kontakt med vårt barnpsykiatriska Kris- och konsultteam. Det här teamet

har bedrivit sin verksamhet sedan mer än fem år tillbaka i tiden. Jag har just i sommar gjort en liten sammanställning över hur jag arbetat under den tid jag ingått i teamet, som jag inte hinner redovisa för här, men som jag skall återkomma till litet senare, eftersom det har en anknytning till det du nyss sade, Agnes.

Först vill jag då berätta hur jag ser bakgrunden till den här verksamheten, varför det här arbetet för mig varit och fortfarande är oerhört meningsfullt och angeläget. På något sätt skulle jag vilja se det här som en uppmaning till barnpsykiatri: det här innebär en angelägen preventiv insats, och vi inom barnpsykiatri är faktiskt ålagda att bedriva förebyggande arbete. Samtidigt kräver det här området samarbete, kräver expertis från båda sidor om den mur, som det ibland förefaller finnas mellan de två olika kulturer som vuxenpsykiatri och barnpsykiatri omfattar.

Det finns många vetenskapligt förankrade tankar kring varför det är så viktigt att möta barn i den här svåra situationen, och jag vill lyfta fram några.

Man vet, att det naturligtvis är så, att barn som har upplevt en förälders självmord eller kanske självmordsförsök, på något sätt, fått höra om det eller bevittnat det, sådana barn har en ökad benägenhet att själva ta till den lösningen när de kommer i svåra situationer. Det finns dels genetiska faktorer som delorsak till detta, men dels också psykosociala och mer psykologiska orsaksfaktorer, till exempel hur man lär sig konfliktlösning.

En naturlig konsekvens av insikten om dessa förhållanden blir givetvis att försöka möta barnet när just förälderns självmordsförsök är ett faktum. Bland de självmordsförsök som kommer till avdelning 31 finns givetvis hela spännvidden av självmordsbeteenden - alltifrån impulsiva gester i en svår situation, där personen egentligen i grunden är välfungerande men har hamnat i en återvändsgränd, till noga genomtänkta, allvarligt menade självmordshandlingar. De flesta personerna i den här belägenheten har dock ofta psykiska problem på olika sätt sedan tidigare.

Konsekvenserna av en förälders psykiska sjukdom för barnet och för dess utveckling har vi ju länge haft kännedom om. Detta omfattar en ganska stor kunskap i dag, men undersökningar kring den här problematiken har mest fokuserat på det, som, skulle jag lite provokativt kunna säga, är ganska lätt att forska på, nämligen patienter med tydliga diagnoser. Man har tittat på schizofrena mödrar, manodepressiva mödrar eller mödrar

med cykliska psykoser - man har undersökt dem som man definitivt kan säga är psykiskt sjuka. Så har man letat efter om barnen också har fått psykisk sjukdom, för det är också någorlunda lätt att, inbillar man sig, definiera. Här har man funnit, att det sambandet inte är så där väldigt stort.

Den stora gruppen av dem som gjort självmordsförsök utgörs av de personer som inte faller inom de där diagnoskriterierna - jag skulle vilja säga, också lite utmanande, till exempel utgörs de av personlighetsstörningarna - och de är väl så destruktiva för barnen och dessas psykiska hälsa. Personlighetsstörningarna har vi idag inte så stora möjligheter att hjälpa, det finns ingen medicin som hjälper, och ofta skickas föräldrar med den diagnosen efter ett självmordsförsök hem igen, till barnen, till familjen.

Det vi också vet är, att den tidiga mor-barn-relationen är viktig. I dag har vi blivit allt bättre på att fånga upp mödrar eller nyblivna föräldrar som får psykiska problem i samband med barnets födelse. Spädbarnsverksamheten har ju blommat upp över hela Sverige och där görs en mycket viktig insats, verkligen också, tror jag, för att förhindra att barnen får psykiska problem utifrån föräldrarnas svårigheter. Samtidigt kanske de äldre barnen kommit lite i skymundan av denna verksamhet, de äldre barnen, storasyskonen som redan finns där, även om post partum-psykosen debuterar först i och med tredje barnets födelse. Dessa äldre syskon kan bli hängande lite i luften. Jag tror att det är väldigt viktigt att vi arbetar på bred front och inte slår oss till ro med att "nu jobbar vi ju med spädbarnsverksamhet", utan vi måste också se de äldre barnen och ta med dem i behandlingen.

Mina erfarenheter av de ca 50 familjer jag mött med deras sammanlagt ungefär 120 barn är, att de flesta av de här föräldrarna har svåra psykiska problem, och att barnen inte haft någon barnpsykiatrisk kontakt tidigare och något annat stöd har bara funnits i mycket liten utsträckning. Det handlar ofta om lite äldre barn, skolbarn dominerar i den grupp som jag kommer i kontakt med.

Föräldrarna det här rör sig om har i regel haft långvariga problem, haft svårigheter att fullfölja sina grundläggande föräldrauppgifter som förmågan att med en viss stabilitet vara känslomässigt närvarande, att vara lyhörd för barnets signaler och sätta barnets behov i första rummet. Häftiga känslomässiga svängningar som gör föräldrarna oberäkneliga,

något som vi vet är mycket svårt för barnet att hantera, ser vi också i den här föräldragruppen. Det vill säga, det brister i förmågan att fungera som en trygg förälder och att tillsammans med barnet upprätta en trygg anknytning.

Nu är det ju så, att ett självmordsförsök, och naturligtvis i ännu högre grad ett självmord, är en traumatisk händelse, som på många olika sätt för de anhöriga plötsligt slår itu tillvaron. Vi blir lätt fokuserade på det traumat, och det är också något jag vill lyfta fram, att det viktigaste, när vi tänker på barnets psykiska hälsa, kanske inte är just detta trauma, självmordsförsöket, även om det är allvarligt och hemskt.

Freuds teorier fokuserade mycket på traumat, på att ett enskilda trauma kan vara så förödande att det påverkar hela livet. I dag vet vi, att det är minst lika viktigt med den vardagliga samvaron, hur mönstren att relatera till varandra fungerar. Särskilt när det är dramatiska händelser som inträffar är det här något som vi har lätt för att glömma, att det har funnits en tid före det härnu akuta skeendet, en tid som kanske också varit skadlig för barnet. Vi blir kanske alltför upptagna av själva traumat.

Ändå är det så, att just självmord ju utgör ett trauma. Det har varit ett mycket tabubelagt ämne, och vår verksamhet utgör väl ett sätt att försöka bryta det här tabut, att kunna prata om självmord och självmordsförsök. Naturligtvis är något av det allra svåraste att prata med sina egna barn om att man försökt ta sitt eget liv. Det är många som bävar för det, många som ryggar tillbaka inför tanken. Trots det är det så, att de föräldrar i den här situation, som har erbjudits möjligheten till kontakt med oss i det barnpsykiatriska Kris- och konsultteamet, har mycket sällan tackat nej. Några få har tackat nej. Några har varit rejält svårömbedda. De flesta har faktiskt tackat ja. Dessa personer har haft beredskap att ta emot den hjälpen, att få se på situationen ur sina barns perspektiv, och ur sitt föräldraperspektiv.

Här tycker jag det finns en anknytning till det du tidigare refererade till, Agnes. Det är nämligen så, att i mitt material på ca 50 familjer, så är det flest mödrar, som jag har träffat, för det är mest kvinnor som gör självmordsförsök, liksom du berättade, att det i ungdomsgruppen för självmordsförsök mest är flickor. Jag vet inte om övervikten för mödrarna i mitt material beror på att vi är mest angelägna att ge mödrar den här hjälpen, eller om det är så att mödrar i större utsträckning lever med sina barn, även när de har det svårt, och om detta att de just är ensamstående

mödrar är en ytterligare belastning, som gör att de faller igenom. Det kan finnas många olika anledningar till könsfördelningen, men faktum kvarstår, att det mer sällan är fäderna som gjort ett självmordsförsök, även om det naturligtvis förekommer.

Vad är det då vi inom Kris- och konsultteamet försöker göra? Den kanske allra mest bärande tanken vi arbetar efter är att försöka bryta hemlighetsmakeriet, att bryta förtegenheten kring vad som händer. Att bryta just det som vi hörde Billy Ehn berätta om - att inte få en sömntablett när man fått veta att pappa är död eller pappa är på sjukhus, och sedan få leva trettio år innan det här traumat pockar på så mycket att det kommer upp till ytan igen.

Att försöka befrämja en öppenhet kring det inträffade. Barnen riskerar annars att hamna i något som vi kallar ett känslomässigt laddat tomrum. Antingen barnen är små eller stora, orienterar de nämligen efter det känslomässiga klimatet i familjen. När något sådant inträffar, som att en förälder, eller för den delen ett syskon, gör ett självmordsförsök, så väcks starka och mycket motstridiga känslor hos de anhöriga - förtvivlan, sorg, ilska, vrede, skam. Alla dessa starka känslor känner barnen av. De blir varse att något allvarligt hänt. Får de inte veta, så lär de sig två saker:

- * Dels att när man råkar ut för starka känslor, så ska man bära dem själv. Man kan inte få hjälp, utan man ska gå ifrån varandra. Barnen lär sig alltså att gå åt ensamheten till, inte gå åt gemenskapen och delaktigheten till.
- * Dels lär de sig, att "du är för liten, för obetydlig, för värdelös för att få vara med om det här stora svåra" - något som urholkar barnets själv-tillit ännu mer. Barnets tillit är ju redan så rejält ruckad av att de vuxna blir så upptagna av någonting, vad det nu är.

Vägen ur detta är att skapa delaktighet, och skapa det som Antonowski talade om: känslan av sammanhang. Känslan av sammanhang består av de tre faktorerna: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Begriplighet - att göra det som händer i samband med ett självmordsförsök begripligt för barnet.

Hanterbarhet - att hjälpa barnen att hitta vägar att hantera den uppkomna situationen.

Meningsfullhet - handlar både om ordets kognitiva aspekt, att intellektuellt förstå, men det handlar också om delaktighet, att med någon kunna dela alla de känslor som väcks inom en, att inte vara ensam med dessa. Det är just här som jag ser att vuxenpsykiatrin och barnpsykiatrin går samman. Barnen behöver till en del vara delaktiga i föräldrarnas smärta. Föräldrarna mår också bra av att veta, att de kan dela med sina barn det här svåra de går igenom.

Nu menar jag verkligen inte att man ska göra barnen vuxna, utan detta måste ske med den expertis som vi har på bägge sidor, både inom vuxenpsykiatrin och inom barnpsykiatrin, där vi har expertisen att tala med barn om svåra saker, att fungera som tolkar mellan föräldrar och barn, förstå barnens teckenspråk, kroppsspråk, deras sätt att uttrycka sig och förmedla detta till föräldrarna, för att öka deras förståelse för hur barnen tänker kring det inträffade. Och samtidigt hjälpa föräldrarna att föra fram till barnen vad det är som händer på ett sätt som är rimligt för barnen, som barnen kan förstå.

Något av det viktigaste vi har som skydd för vår psykiska hälsa är det här med att samtala, vår symboliseringsförmåga, färdigheten att ge ord åt det allra svåraste. Vi vet att den förmågan befrämjar den psykiska hälsan. Det här är inte minst viktigt, när ett självmordsförsök är ett faktum.

Att samtala kräver naturligtvis väldigt mycket mod, mod från alla inblandade, från den som har gjort självmordsförsöket, från de anhöriga och från barnen, och inte minst från oss professionella. Att orka, våga stå där och finnas med familjerna i att börja tala om det här svåra. När en sådan här sak inträffar, gör det en väldig skillnad för barnen, om de kan tala med föräldrarna om vad som sker. Och för föräldrarna gör det också en väldig skillnad om de kan tala om sitt självmordsförsök, att de kan förklara att de hade "gått rätt in i väggen" eller vilket uttryck de nu väljer. Bakom detta, bortom denna handling, finns en förälder som vill försöka älska sina barn, som egentligen inte vill överge sina barn.

Hur ser då vårt samarbete rent faktiskt ut? Vid suicidförsöket kommer föräldern till den somatiska sjukvården, och där görs det då som sagt så småningom en bedömning om han eller hon skall läggas in på vuxenpsykiatris avdelning 31. På den här avdelningen gör man en grundlig biosocial utredning. Man tar också reda på om patienten har barn och om det är rimligt att koppla in Kris- och konsultteamet, och så erbjuds föräldrarna denna möjlighet.

När vi inom Kris- och konsultteamet blivit kontaktade, ordnar vi först ett förmöte, där vi utan barnen träffar patientföräldern eller anhörigföräldern eller båda tillsammans. Vi talar då med dem om vikten av att möta barnen tillsammans, vikten av att barnen får bli delaktiga. Vi gör ett motivation-sarbete, samtidigt som vi vill respektera de vuxna och särskilt den som gjort självmordsförsöket vad gäller hur vi ska prata, vad man kan säga till barnen, vilka ord vi ska välja. Ibland är detta första gången som föräldrarna tar de här orden i sin egen mun. Det är märkligt hur länge en patient faktiskt kan vårdas på en psykiatrisk avdelning innan han eller hon själv yttrar: Jag har gjort ett självmordsförsök.

I början av vår verksamhet träffade vi hela familjen med barnen direkt, och vad hände då? Jo, munkavlen som legat på föräldrarna, den låg nu på oss personal, eller så blev alldeles för mycket sagt för burdust och för oförberett.

Efter det här förmötet kan vår behandling se ut på olika sätt - vi har familjesamtal tillsammans, vi träffar barnen tillsammans med enbart anhörigföräldern, vi använder oss av alla de olika behandlingsformer och -metoder som finns inom barnpsykiatrin. Vi är då ändå rätt så fokuserade på den traumatiska händelsen, på händelseförloppet. Om det är så att psykisk ohälsa förelegat under en längre tid, så är det också ett viktigt fokus för våra samtal. Sedan avgör den individuella familjekonstellationen och särskilda problematiken inom familjen hur det fortsatta arbetet utformas.

Jag avslutar med en dikt av Milan Kundera:

*Ingenting kan vara tyngre än medkänsla
Inte ens vår egen smärta
Än den smärta vi känner
Med någon annan
För någon annan
Mångfaldigad av fantasin
Förevidad i hundratals ekon.*

Så känner de anhöriga barnen.

3. Intoxikationer i suicidsyfte hos barn 10 - 15 år

Gunnar Olsson, docent, barnnarkosläkare, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Stockholm

Anestesiologens specialitet är att rädda liv vid sviktande organfunktioner.

Hur började jag då studera det här området, självmordsintoxikationer hos barn? Ja, jag halkade in lite på ett bananskal. Bananskalet heter Birgit Netzler, barnsjuksköterska med socialpedagogisk utbildning, som arbetat på den kombinerade intagning- och uppvakningsavdelning på vår klinik på Astrid Lindgrens barnsjukhus. Det är till den avdelningen patienterna förs för intensivvårdsövervakning efter en intoxikation. Birgit visade mig på det här problemområdet. Gemensamt startade vi en inventering av klinikkens intoxikationsfall, en inventering i form av en retrospektiv journalstudie av 859 vårdtillfällen, vilka vi har analyserat via olika frågeställningar som händelseförloppet, aktuell drog, psykosociala aspekter, allvarlighetsgraden av intoxikationen, eventuella medicinska komplikationer, uppföljning av individen efter vårdtillfället, med flera variabler.

Hur farligt är det med dessa självmordsförsök? Egentligen kunde man sluta här med att säga att nej, det är inte farligt. Det inträffar märkligt få medicinska skador efter självmordsförsöket. Analysen av vårt material har dock givit många andra intressanta resultat, som jag ska berätta något om här.

Huvudintresset för vår studie var frågan: vad blev det av dessa ungdomar? I dagsläget har vi ett stort grundmaterial från 1970 och framåt, och nu vill vi gå vidare och se vad som hänt efter den intoxikation som gjorde att individen togs in på vår klinik.

S:t Görans sjukhus (numera Astrid Lindgrens barnsjukhus vid Karolinska sjukhuset) öppnade sin barnklinik 1970. Vi har gått igenom alla slutenvårdstillfällen efter en intoxikation från 1970 till 1997, vilket motsvarar 859 vårdtillfällen. Medansvariga i studien är också barnklinikens chef, Peter Herin, samt P-A Rydelius, professor i barnpsykiatri.

Vid en intoxikation av den typ vi undersökt diagnostiseras fallet som ett "olyckstillfälle" eller "suicidförsök"; en så kallad E-diagnos enligt Sveriges officiella klassifikationssystem, ICD-10 (WHO:s International Classification of Diseases, 10.e versionen). Den vanligaste diagnosen utgörs av "olyckstillfälle", vilket står för intoxikation med alkohol eller

läkemedel. 238 av de 859 fallen diagnostiseras som "suicidförsök". Vid efterhandsgranskning av de studerades journaler har det i ytterligare 84 fall klart framgått, att intoxicationen egentligen utgjort ett suicidförsök - det har funnits avskedsbrev eller annat som tytt på detta - och då har dessa fall diagnostiserats om. Sannolikt finns det ännu fler intoxicationsfall i detta material som egentligen gäller suicidproblematik.

Incidensen av självmordsförsök ökade markant på 80-talet, och denna högre nivå har inte sänkts. Vad gäller könsfördelningen i vårt material återfinns en stor överrepresentation av flickor; precis tio gånger så många flickor som pojkar.

Av de droger som ungdomarna intagit finner vi, att paracetamol dominerar starkt, från att inte ha använts i intoxicationssyfte alls på 70-talet. En allvarlig risk vid överdosering av paracetamol består i allvarlig lever-skada. Levern kan helt nekrotiseras. Individen dör då inte genast utan i sviterna av leverskadan.

Bland övriga droger som använts återfinns acetylsalicylsyra, bensodiazepiner och barbiturater, vilka sistnämnda användes fortfarande på 70-talet (har sedan tagits ur marknaden), varifrån våra första fall kommer. Ofta har individen intagit kombinationer av tre - fyra olika sorters preparat, kanske tillsammans med alkohol. Läkemedlet har ofta utgjorts av ett kombinationspreparat. I sex fall hade man ingen anteckning i journalen om vilken drog individen intoxikerat sig med.

Olycksintoxikationerna, blandade intoxicationer med alkohol och tabletter, tenderar att inträffa i slutet av veckan, på fredagar och lördagar. Övriga intoxicationer uppträder mestadels i veckans början. De allra flesta patienterna har bara överdoserat på detta vis vid ett tillfälle, men åtskilliga har också gjort det flera gånger. I vårt material noterade vi ett fall som vårdats vid hela sex tillfällen för intoxication i suicidsyfte. Här har man uppenbarligen misslyckats med att genom adekvat vård ta hand om denna unga individ.

Vad gäller de psykosociala förhållandena framgår, att vanligaste boendeformen är att leva med ensamstående förälder, vanligtvis mamman. I vanliga befolkningen lever 40 procent av alla barn med endast endera av föräldrarna. I detta material är motsvarande andel 50 procent, alltså en klar överrepresentation.

Annat drogmisbruk i familjen: uppgift saknas i de allra flesta fall. (Svårighet med retrospektivt material att få fram uppgifter).

Familjeproblem uppges ofta förekomma; sexuella övergrepp näst vanligast.

Medicinskt tillstånd efter intoxikationen: 50 procent var relativt opåverkade. De allra flesta patienterna har inte ens uppvisat en medvetandepåverkan. Det är givet, att om personen i fråga endast intagit en mindre mängd paracetamol eller annan analgetika, så ger detta ingen påverkan på medvetandet. Vi fann endast ett fåtal patienter som vid inkomsten företett en djup medvetslöshet. Av alla 859 var det inte fler än fyra patienter som krävt respiratorbehandling. De allra flesta patienterna har blivit magsköljda och /eller fått kräksirap, eller aktivt kol. En del har fått motgifter, som acetylcystein, naloxon eller lanexat. Acetylcystein är ett motgift som hindrar en leverskada att uppkomma efter förgiftning med paracetamol. Lanexat är ett medel som bryter av den lugnande effekten av bensodiazepiner. Morfin- eller opioidpreparat verkar hämmande på andningen, och naloxon är antidoten mot den effekten.

Hur har den medicinska utvecklingen sett sig i efterförloppet för de här patienterna? Ja, i 225 av fallen har inga komplikationer alls tillstött, vilket dock gjorts i 77 fall. I hela det här patientmaterialet uppstod dock inga kvarstående men och ingen mortalitet. De komplikationer som uppstått har gällt cirkulationsrubbingar, blodtrycksfall, förlångsammad pulsfrekvens eller andningsdepression. Andra komplikationer utgörs av elektrolytstörningar, koagulationsstörningar och syra-basobalans, men bara fyra av patienterna har haft tecken till leverpåverkan eller njurpåverkan. I dessa fall har det handlat om måttliga transaminasstegringar eller serumkreatininstegringar.

Enligt min bedömning är det nästan anmärkningsvärt, att av 110 fall som intoxikerat sig med paracetamol endast fyra visat tecken till organpåverkan. Detta är bara något att glädja sig åt. Förklaringen är förmodligen, att det krävs ett intag av ganska stora mängder av preparatet för att ge allvarligare skador, och dessutom har patienterna behandlats med motgiftet acetylcystein. Kommer patienten in i tid och hinner få behandling, så minskas risken för leverskador. Bland övriga komplikationer noteras symtom som neurologiska komplikationer med kramper, hörselnedsättningar och dystoni, liksom låg kroppstemperatur i tre av fallen. Inget av dessa symtom hade dock givit några bestående men.

För att sammanfatta fynden från vår undersökning:

Under 80-talet har det bland ungdomar inträffat en kraftig ökning av intoxikationer i suicidsyfte.

Flickor dominerar och är tio gånger vanligare än pojkar.

Paracetamol står för en mycket kraftigt ökad användning vid dessa intoxikationer och utgör nu huvuddrogen

Inga allvarligare medicinska komplikationer har rapporterats i föreliggande material, men man måste ändå påpeka, att förgiftning med paracetamol är potentiellt livsfarligt. Att så få allvarliga skador har inträffat beror på, att väl patienterna kommer inom akutintaget, så kan de flesta behandlas på ett tillfredsställande sätt och utgången bli besvärsfri. Detta gäller också vid intoxikation av andningsdeprimerande medel som opioid- och morfinpreparat.

Slutligen: När vi studerat det här materialet har vi blivit intresserade av att följa upp dessa unga patienter. Hur gick det sedan? Hur många fall av alkoholism, arbetslöshet, upprepade självmordsförsök eller fullbordade självmord har inträffat i den här gruppen?

Vi planerar också att från 1 januari år 2000 starta en prospektiv studie för samma diagnosgrupp. Detta innebär att vi då kommer undgå många av de svårigheter som följer med en retrospektiv undersökning som den här utgör.

Diskussion

Agnes Hultén: Det är riktigt att det är flest flickor i den här åldersgruppen som gör självmordshandlingar. Det hänger ihop med att flickor mognar fortare och kommer in i stressande livssituationer tidigare än pojkar. Pojkarna kommer lite senare. Efter 15 år och upp mot 20-25 års ålder inträffar pojkarnas självmordsförsök, och då jämnas den här könsskillnaden ut.

Fråga: Vill du berätta något om den särskilda information som tagits fram till personalen vad gäller sådana här patienter på er klinik?

Gunnar Olsson: Ja, när man sett många av de här patienterna komma in till intagningsavdelningen och omges av anesthesiologer och somatisk personal, som ofta är alldeles för lite kunniga i den psykologiska problematiken, så har vi funnit att vi haft dåligt med instruktioner om hur man tar hand om barn och anhöriga i den här belägenheten. Birgit Netzler har därför initierat ett projekt där vi tagit fram riktlinjer för personalen på akutmottagningen, intensivvårdsavdelningen och vårdavdelningarna hur omvårdnaden kan skötas och hur man ska förhålla sig till den här patientkategorin.

(Okänd, läkarsekreterare och administratör): Namnet på dessa anvisningar är "Råd och anvisningar till personal som vårdar självmordsnära barn och ungdomar". Det är ett arbete som också utgått från Birgit Netzler och är tänkt som en vägledning i arbetet med självmordsnära barn. Dokumentet ingår nu som en del i Metodboken på Astrid Lindgrens barnsjukhus.

Projektet bedrivs inom Stockholm-Gotlands-nätverket för suicidprevention, där jag också finns med och blev intresserad av det här. Jag tycker att det här materialet är väldigt intressant som en början till ett utbildningsmaterial för läkarsekreterare och administratörer (vilket jag själv är).

4. Posterpresentation av "Råd och anvisningar till sjukvårdspersonal som vårdar självmordsnära barn och ungdomar"

Birgit Friséen-Andersson, läkarsekreterare, Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Stockholm

Tre projektdokument, "Råd och anvisningar till sjukvårdspersonal som vårdar självmordsnära barn/ungdomar på intensivvårdsavdelning, akut-mottagning respektive vårdavdelning" har nyligen sammanställts av medarbetare vid *Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska sjukhuset och Nationellt och Stockholms läns landsting centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa.*

Arbetsgruppen, som bildats inom ramen för *Nätverket för självmordsprevention i Stockholm-Gotlandsregionen*, tar gärna emot synpunkter från medarbetare och patienter för att vidareutveckla informationsdokumenten på bästa möjliga sätt. Kontaktperson vid centret är Birgit Friséen-Andersson, *telefon 08-728 70 26.*

De preliminära broschyrerna kan beställas kostnadsfritt från Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, *Box 230, 171 77 Stockholm, fax 08-30 64 39, e-post suicid.forskning@ipm.ki.se.*

5. Att umgås med självmordstankar. En personlig berättelse

Elin Lindh, fil. stud., Umeå

Jag är 24 år och jag är student här vid Umeå universitet. Jag tänkte börja med att läsa något för er, något som jag skrev i ett brev till en vän för några år sedan:

Vad gör människor med sin sorg, sin frustration, sin vanmakt och rädsla? Var finns allt vemod någonstans? Stoppar människor ner sin förtoiolan i små påsar, med tårar på och gömmer dem, långt ned i ryggsäcken? Och vad händer när påsen är full? Byter de, till säckar? Och hur gör jag?

Jag gör likadant, men påsen har blivit för tung, och jag har svårt att hitta gömställen.

Det är konstigt, just när jag trodde mig se en skymt av världen utanför, av det som är liv, blir mörkret totalt. Portarna slår igen till depressionens fångelse. Med ett fruktansvärt ödesmättat slammer slår de igen, och jag är kvar. Innanför.

När skrivandet är den enda räddningen, ska man skriva då? När den sista nageln är avbiten, när det inte längre finns några rena strumpor kvar i garderoben, och när teburkarna gapar tomma i skafferiet, ska man skriva då? När man borstar tänderna, bara för att det är det enda som gör en till människa? Det enda som skiljer en från dårskapen? Är det inte bara konstgjord andning att fortsätta?

Det är mycket tyst här nu, som det alltid tycks bli i mina rum, hur hoppfullt det än börjar, hur full av tillförsikt jag än flyttar in. Rum som bebos av mig fylls förr eller senare av tystnad. Inte den rogivande tystnaden, utan den tystnad som kväver. Tomrum, utan tankar, utan drömmar, förhoppningar eller storstilade planer.

Vad hände med sången, med ljuset, med leendet, som inte krävde någon ansträngning? Någonstans gick det förlorat. Just så tycks det mig, som förlorad tid, som om någon stjal från mig. Tid och kraft. Men ingen finns att anklaga för brottet, ingen misstänkt, inga vittnen till händelsen. Kvar står jag. Var finns brottsofferjourerna? Till dem som bestulits på sina förhoppningar utbetalas ingen ersättning.

* Ja, varför berättar jag det här, för er? Just själva skrivandet har haft stor betydelse för mig som ett sätt att uttrycka mig. Jag tror att man kan använda andra sätt, man kanske spelar teater, idrottar, gör musik, skriver dikter - men på något sätt hittar man en uttrycksform som en strategi många gånger, just för att man inte pratar om det, inte pratar om det som är svårt, om det som är svårt att hantera, tankar som rör det som man uppfattar som tabubelagt när man är ung.

Varför berättar jag nu det här för er? Dels så tror jag att det har ett värde i sig att berätta, att man genom att berätta både avdramatiserar detta och gör det möjligt att tala om. Det blir mindre tabubelagt och det blir mindre laddat, och det önskar jag att det hade varit också för mig, tidigare, till skillnad från hur jag kan prata om det här idag.

Det jag ska försöka göra nu, på ungefär en kvart, det är att jag ska föra ett resonemang om det här, som förstås utgår från mina egna erfarenheter, men som förhoppningsvis också har ett värde på ett mer generellt plan.

Detta med att ha självmordstankar var inget nytt för mig när jag skrev det jag läste upp inledningsvis, eftersom jag hade mina första självmordstankar när jag var i 11 - 12-årsåldern. När man är i den åldern, det vet ni säkert själva, så väcks väldigt mycket frågor. För mig handlade det mycket om: är det bara jag som har de här tankarna, eller har alla det, och om alla har det, varför pratar ingen om det? Jag funderade mycket på om det var någon slags överenskommelse, att man inte ska prata om de här sakerna, och då får inte jag heller göra det. Är självmordstankar en del av att bli vuxen, eller är det något onormalt hos mig, någonting som är sjukt, som jag borde ha hjälp med - mycket sådana funderingar.

Senare, när jag var lite äldre än elva år, kom ju också funderingar kring hur mycket arvet spelar in, att det funnits depressioner i min släkt, tillbaka i tiden, om det hade någon betydelse, om det är någon slags förbannelse som min familj drabbats av.

Men jag började skriva, och jag skrev ganska mycket för mig själv under flera år. Sedan var ju inte det här något statiskt tillstånd utan något som kom i perioder, man hanterade självmordstankarna. Men efterhand upplevde jag att det här hindret att berätta för någon annan, någon mer person, växte sig större. Ju längre tiden gick, desto större blev tröskeln som man skulle över till att någon annan skulle veta om det här.

När jag funderar över det här i dag tror jag också det hade att göra med ett dåligt samvete som var förknippat med att ha den här sortens tankar. Alltså att det för mig hade mycket att göra med en koppling till skam. För man egentligen må så här dåligt när man har det så bra? - Alltså materiellt sett bra. Man har föräldrar som älskar en, man har vänner, man har mat för dagen, tak över huvudet, man lever i en på många plan väldigt trygg värld - och att man då kan må så dåligt, det var det som var förknippat med skam. Man borde ju vara mer tacksam.

Fram till jag var i 19 - 20-årsåldern så fanns de här perioderna, återkommande, men det var först när jag var 19 år som jag tog det allra första initiativet till någon slags hjälp utifrån. Det skedde när jag hade flyttat till en universitetsstad i södra Sverige och flyttat hemifrån för första gången. Jag tog kontakt med studenthälsan där och fick prata med en sjuksköter-

ska. Och det som hände då, när jag berättade för en annan människa första gången om mina självmordstankar, det var dels en stor lättnad, att det var någon annan än jag som visste om det, men också förvåning över att jag inte mötte någon dramatisk reaktion - jag kunde berätta det här, och det var alldeles lugnt, och vi kunde fortsätta prata, även efter det att jag talat om att jag funderade på att ta livet av mig. Jag vet inte vad jag hade haft för föreställningar, men jag blev varken inspärriad eller sjukförklarad. Ingenting hände som gjorde att jag inte skulle ha kunnat gå ut därifrån eller kunnat komma tillbaka efter en vecka.

Det är något som jag vill betona här, och som jag tror har betydelse: möjligheten till anonymitet. Det kanske var den möjligheten som ledde till att jag äntligen tog det här steget - dels att jag befann mig på geografiskt avstånd från mitt sammanhang, min familj, mina föräldrar, men också att det fanns en väldigt säker möjlighet till anonymitet som kanske inte alltid finns i små samhällen, på nära håll.

En annan sak som jag tror är viktigt att komma ihåg, och som gör att det här är så svårt, det är ju att människor är väldigt duktiga på att spela teater. För föräldrar, för kompisar, för skola, för lärare, tränare, vad vet jag, så kan man alltså hålla skenet uppe väldigt länge. Min egen teater bottnade i de här skamkänslorna, som jag berättade om, men också i en rädsla - hur skulle jag bli bemött om människor visste om detta, vad skulle hända då, vilka vänner skulle finnas kvar. Jag har inget svar på det, hur man ska göra, men jag tror man ska veta, både som förälder och som utomstående vuxen, att även när allt syns vara bra, så behöver det inte vara det.

Sedan tänkte jag prata lite kort om det här med medicinering. Jag har inga medicinska kunskaper om det här och jag vill verkligen betona att jag tror att mediciner ibland kan ha mycket stor betydelse, alltså fungera väldigt konstruktivt, men jag vill varna för att ge ett medicineringsförslag för tidigt. Jag tror man kan vinna mycket på att vänta som läkare eller som psykiater. Alltså: jag tror inte det är bra att man efter femton minuters konsultation föreslår en medicinering med Cipramil, och så ska den personen som sitter på andra sidan skrivbordet ta ställning till detta.

Det finns två anledningar till att jag tror att man vinner något med att vänta med medicinering. Det ena är att det här att behandlaren i fråga tar sig tid, att man som patient blir tagen på allvar, att man får tid i det ögonblicket man väljer att berätta. Danuta Wasserman, som talade här i

förmiddags, sade något om att det kan ha en förebyggande effekt i sig att samhället visar att det bryr sig, och det är litet det jag menar.

En annan effekt är den att om medicineringsförslaget kommer så tidigt så är man dels så upptagen med att berätta att man inte riktigt tar in det där om medicinering, men det i sig att ordet på medicinen nämns, att receptblocket kommer fram - det blir en onödig etikettering, en kategorisering i det skedet, som man kan tolka som en sjukdomsförklaring, vilket kan vara jobbigt just då.

När jag inte hanterade de här självmordstankarna längre, övergick de från att vara enbart tankar till att bli mer konkreta planer. Under den tid när jag bestämde mig för hur jag skulle gå tillväga så var hela jag helt fixerad vid detta under några veckor. Konkret, för mig, var det så att jag förfalskade ett recept som jag kommit över och hämtade ut sömnmedlen Rohypnol och Flunitrazepam från apoteket. Sedan tog jag aldrig de sömntabletterna någon gång, men jag hade förberett allting, tyckte jag, jag visste att jag skulle befinna mig i en lägenhet i Stockholm där ingen skulle komma och hälsa på mig på tio dagar och dit hade jag då med mig de här tablettorna.

Det som hände då var, att efter att ha varit helt upptagen av det här i flera veckor och jag hade läst i FASS om de här medicinerna så att jag skulle veta hur de fungerade och ändå inte tyckte att jag visste tillräckligt, jag hade skrivit ett brev och jag hade isolerat mig ganska mycket från omvärlden i och med att jag då vistades i den här lägenheten i Stockholm - det som hände då, det var att jag blev rädd att det kanske fanns en massa saker som jag inte tänkt på när allting var klart, när det bara var för mig att sätta den här planen i verket. Jag kom att tänka på det här i morse, när de levande ljusen var tända på podiet, plötsligt fick jag liksom sakrala associationer - att plötsligt blev jag väldigt rädd för vad som skulle hända mig, eftersom jag inte är döpt. Jag fick tankar om vad som händer efter döden med de odöpta barnen eller med självmördare, Dantes första krets i helvetet, och så vidare...

Men jag ska inte fördjupa mig i det nu, jag hade i alla fall väldig tur som kom till en läkare i öppenvården, en läkare som förstod var jag befann mig någonstans och som kunde hjälpa mig vidare.

Det andra som jag verkligen vill trycka på när jag är här, är att det är väldigt viktigt när man har haft en kontakt, tror jag, att det finns en länk

tillbaka. Alltså, om man gör ett engångsbesök på en vårdcentral eller på en ungdomsmottagning eller hos en skolkurator, då måste det finnas en öppen kanal tillbaka till denna första kontakt, så att man kan - får - komma tillbaka dit, att vägen inte är helt stängd, att det inte är så att man passerat någon åldersgräns som gör att man inte får komma tillbaka eller att man har flyttat och är skriven på annan ort. Vetskapen att man kan komma tillbaka är en trygghet som innebär ett värde i sig, även om man sedan aldrig verkligen använder sig av möjligheten och gör ett andra besök.

Avslutningsvis funderade jag på, om jag skulle säga någonting om huruvida det är något som varit positivt med detta - att jag behövt hantera de här upplevelserna av depression och självmordstankar, och då kunde jag först inte komma på någonting, men sedan funderade jag lite till, och då tänkte jag att det som är positivt är, att jag är mindre rädd för hur jag ska hantera de här tankarna nu, och att jag har en större förståelse för människor som har olika svårigheter i livet, eller just de här svårigheterna, att jag är mindre rädd för att möta det, att jag vågar prata om det, vågar stanna kvar när människor börjar prata om det som är svårt eller obehagligt.

Som kontrast till det jag läste i inledningen så skulle jag nu som avslutning vilja läsa något jag skrev efter den här perioden när jag mådde dåligt. Det låter så här:

Att få lägga sig om koällen, fysiskt trött men glad, och med en spirande längtan efter morgondagen. Att få sova med öppet fönster och sakta återvända från drömlandet till koltrastens sång. Att upptäcka den första tussilagon i dikesrenen, energiskt trampandes till skolan i sval luft. Det är lycka, och mycket stort.

Jag är glad över att få möta denna tid, utan såriga handleder. Natten skrämmer mig inte mer. Dygnet har fått färre timmar. Och mina krukväxter har slutat dö.

Förändringen är så total att jag är medveten om den varje minut. Jag behöver inte ens vädra ut det mörka eller ta ned bilderna från mina väggar. Mitt rum är redan så fyllt av ljus. Dagarna rusar, musiken spelar. Flöjtens toner håller i sig. Mina öron lystrar nu till den ljusa sopranstämman som svävar högt, högt över alla bastoner. Lätt och oregerlig har den segrat. Ännu en gång.

Diskussion

Agnes Hultén: Jag har en fråga till dig - vad var det som fick dig att vända, vad var själva lösningen? Du berättar att du hittade en strategi med det här med skrivandet ... om du tänker dig en person i samma situation nu som du då, vad skulle du säga, vad är det som är viktigast?

Elin Lindh: Det är nästan det allra svåraste, och lite sorgligt med det här, att jag inte vet vad det var som gjorde att det vände. Jag kom på mig själv många gånger med att tänka, att när det vänder, sjutton vad jag ska ge akt på vad det är som händer, vad som är receptet, då har jag lösningen till nästa gång, då vet jag precis vad jag ska göra, men... ja, först gradvis och sedan plötsligt blev det bättre, det var väldigt markant när det väl hade vänt, men vad det var som åstadkom vändningen, det vet jag inte ...

Agnes Hultén: När vi pratades vid innan så sade du att "Tänk om jag hade fått veta att det här var så vanligt, att ungdomar har de här tankarna..." Det är något som jag tycker är väldigt viktigt, att vi vuxna ska prata med ungdomar om det här, att det här är vanligt, att det är en del av livet ibland, så att man kan dela upplevelsen med andra.

Åhörare: Hur började den här perioden med depression och självmordstankar, hur märkte du det först?

Elin Lindh: För mig har det alltid inletts med en successivt ökande svårighet att göra allt det där jag i vanliga fall gör med vänsterhanden - att boka en tvättid, att tvätta håret, allt det där vardagliga, det blir helt oöverstigligt. Man blir mer och mer apatisk, alla de där sakerna som man gör varje dag och normalt inte tänker på - allt blir till enorma projekt, det blir så tungt, allt det där vardagliga. Man förstår inte varför man ska gå upp ur sängen överhuvudtaget, och så ligger man där och mår dåligt.

Och då, när man inte gör så mycket saker, då finns det utrymme för tankar. Är man aktiv, träffar vänner, gör saker, då finns det inte plats för så många tankar. Känslan att det är jobbigt nu, det är inte det som är värst, utan det är känslan att det ska förbli så här alltid. Det blir outhärdligt att tänka, att så här kommer mitt liv att vara nu, resten av livet - om jag inte gör någonting. Och då blir plötsligt ett självmord ett alternativ i tanken, ett alternativ bland möjliga strategier.

Åhörare: Vad var det som gjorde att du till slut kunde söka hjälp?

Elin Lindh: Ja ... jag hade ett hinder med mig från min omgivning, att det här med psykologer, terapeuter, studenthälsan det var inte riktigt godkänt och legitimt att söka sig dit. Det var det första motståndet som jag skulle över, och det gjorde väl att det tog ganska lång tid innan jag faktiskt fattade, att man kan gå till sådana ställen utan att man begår något brott (skratt) ... Jag fick först smyga in där, och jag hade dåligt samvete i början, både när jag gick dit och när jag gick därifrån.

Åhörare (läkare): Jag har många gånger undrat vad som är klokast, vad gäller medicinering av unga, hur länge skall man vänta? Hur länge vågar man vänta?

Elin Lindh: Ja ... jag tycker det beror mycket på hur pass lätt den här unga människan har att verbalisera sin situation. Om man känner som behandlare att för den här patienten kan det kanske vara tillräckligt att bara få en annan person att prata med, så räcker kanske det, men ibland kan det vara nödvändigt med medicinering bara för att lyfta upp en till en nivå där man klarar att bedriva samtal.

6. Antidepressiva läkemedels roll i suicidpreventionen

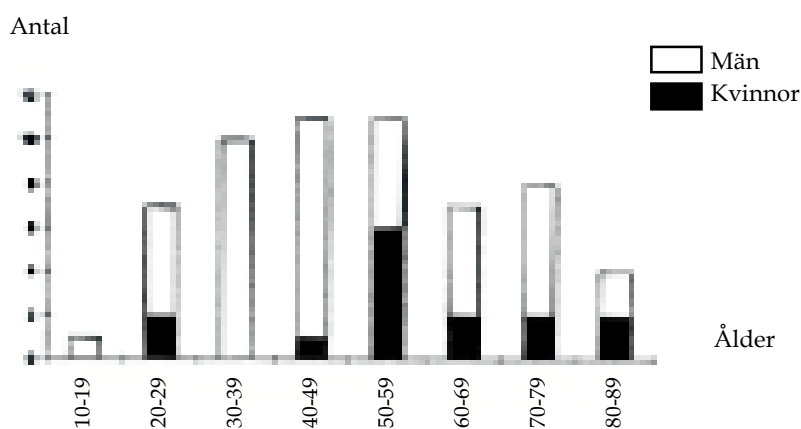
Svante Henriksson, överläkare, psykiatriska öppenvårdsmottagningen Kronan, Solna-Sundbyberg

Min infallsvinkel här i dag är den studie som Göran Isaksson, Göran Boethius och jag genomfört gällande läkemedelsförskrivningen hos suicidfall mellan åren 1985 och 1995 i Jämtlands län. Göran Isaksson är psykiater verksam vid psykiatriska kliniken Huddinge sjukhus och Göran Boethius är överläkare vid lungmedicinska kliniken, Östersunds sjukhus. Han ansvarar också för den receptregistrering som äger rum i Jämtlands län sedan 1970. Den här receptregistreringen har givit oss möjlighet att följa förskrivningsmönstren i Jämtland.

Jämtlands län består av Jämtland och Härjedalen och har ungefär 135 000 invånare. I Jämtland pågår det alltså sedan 1970 en receptundersökning, där man valt ut en representativ sjundedel av befolkningen, födda på fyra

olika dagar i månaden, för närvarande ungefär 18 000 individer som ingår i studien. Vid uttag på recept på något apotek i länet, så lagras receptdata inklusive patientens personnummer i en databas.

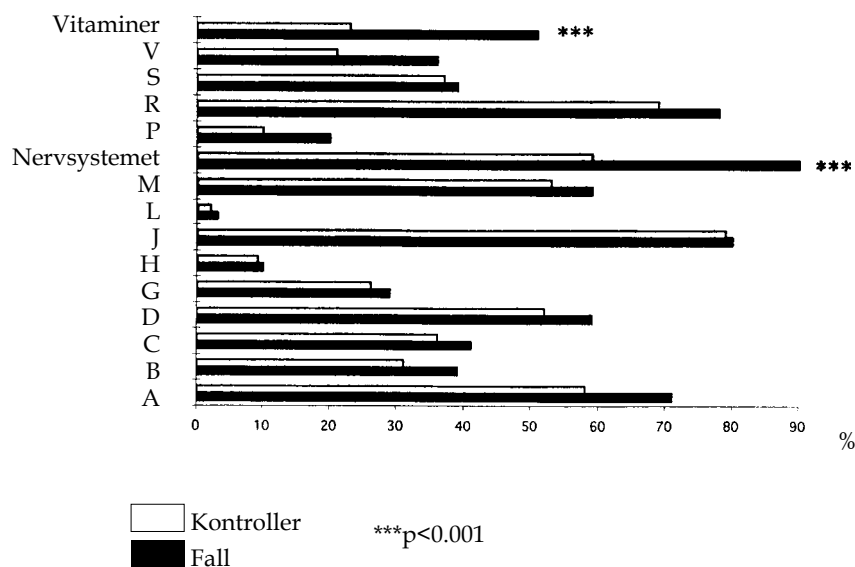
Under vår undersökningsperiod 1985 - 95 begicks 396 självmord och 59 av dessa hörde till det representativa urvalet för forskrivningsstudien. I urvalet (Figur 1) befinner sig de flesta männen i den något yngre medelåldern och de flesta kvinnorna i något högre åldrar.



Figur 1. Självmord 1985-1995 i Jämtlands län. Ålder- och könsfördelning (n=59).

Vad vi har studerat är i första hand läkemedelsförskrivningen hos dessa 59 suicidfall. Vi har också valt ut 118 kontroller, matchade till kön och ålder, som vi följt på samma sätt vad gäller receptförskrivningen.

De läkemedel som har expedierats utgörs framför allt av läkemedel som påverkar centrala nervsystemet (Figur 2). Också vitaminer återfinns i en högre andel.



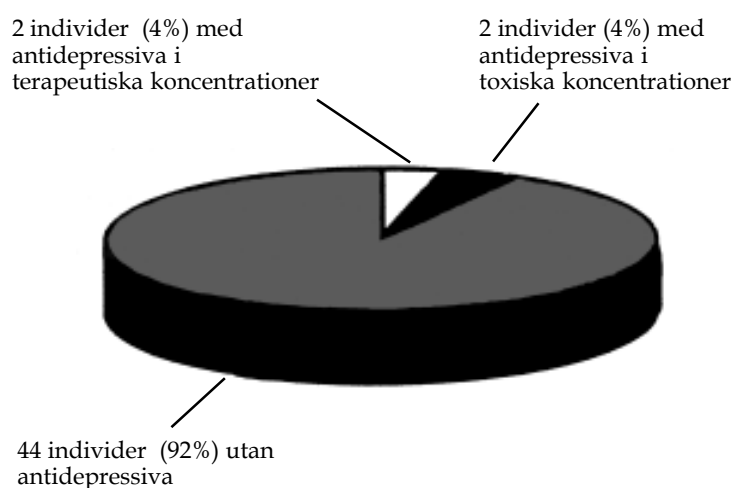
Figur 2. Läkemedelsförskrivning hos 59 suicidfall jämfört med 118 kontroller från 1970 till datum för suicid (Jämtlands län).

Ser vi särskilt på de psykotropa läkemedlen finner vi, att här är skillnaderna ganska stora mellan de 59 suicidfallen och kontrollgruppen. Vi ser också att mängden medel mot alkoholbruk skiljer mellan grupperna, liksom analgetika.

Vi ville fokusera på perioden före självmordet hos de enskilda fallen för att se hur förskrivningsmönstret såg ut då. Vi studerade då särskilt psyko-farmaka och vi kan då notera, att fördelningen mellan de olika typerna av psykofarmaka, om vi renodlar läkemedelsgrupperna till lugnande, antipsykotiska samt antidepressiva läkemedel, fördelar sig så, att det var 29 procent lugnande medel inklusive sömnmedel förskrivna, 12 procent antipsykotiska och 12 procent antidepressiva.

Vi undersökte också i vad mån vi hos de i suicid avlidna kunde återfinna halter av de antidepressiva läkemedlen via toxikologiska analyser som görs vid rättsmedicinsk obduktion. Obduktioner utfördes inte på samtliga

59 suicidfall, men på 48 fall, och hos fyra av dessa 48 kunde vi återfinna antidepressiva i blodet. Hälften av dessa fyra uppvisar toxiska nivåer av det antidepressiva läkemedlet, och hälften visar terapeutiska nivåer. Men den stora andelen av dessa 48 som suiciderat, 92 procent, har inga antidepressiva alls (Figur 3).



Figur 3. Antidepressiva hos suicidfall (n=48) i Jämtlands län.

Göran Isaksson gjorde en liknande studie under åren 1970 till 1984. Där såg förskrivningsmönstret ut på liknande sätt under de tre sista månaderna före suicidet. Någon skillnad i förskrivningsmönstret från 1970 fram till 1995 finns inte.

I Sverige i sin helhet har självmordstalen sjunkit sett över tidsperioden från 1978 och framåt till 1996. Samtidigt har det inträffat en väldig ökning av förskrivningen av antidepressiva läkemedel. Jämtlandsbilden ser ungefär likadan ut som för landet i sin helhet. Våra undersökningsfynd tror vi har ett intresse och troligen också en betydelse i det självmordsförebyggande arbetet.

Vår slutsats av vår undersökning är att suicidfallen, liksom kontrollerna, i stor utsträckning har tagit ut sina läkemedel under all de år studien omfattar, över 90 procent har gjort det. Suicidfallen har dubbelt så många läkemedelsuttag överhuvudtaget jämfört med kontrollerna. Under de sista tre månaderna före suicidet har två tredjedelar av suicidfallen tagit

ut något läkemedel, oberoende av typ. Endast 12 procent av suicidfallen har expedierats antidepressiva.

Studien visar också att självmord oftast begås av individer som ej erhållit antidepressiv medicinering. Trots att vi har en ökning av antidepressiva läkemedel i befolkningen, så är andelen suicid, som behandlats, konstant. Detta kan tyda på att dessa läkemedel har en mot suicid förebyggande effekt.

Diskussion

Fråga: Kan du utveckla tanken bakom det här sista du sade?

Svante Henriksson

Vi har en konstant expediering av läkemedel i suicidgruppen. Depression var indikationen i uppemot 80 procent av förskrivningarna av dessa läkemedel. Tanken är då, att får vi en ökad förskrivning av antidepressiva till deprimerade patienter, så fångar vi in en del av riskfallen för suicid och behandlar dem. Samtidigt har vi en konstans hos de fall som fullbordar självmord. Varför har inte ökningen av förskrivningen varit parallell i den gruppen?

Kommentar (Danuta Wasserman)

Jag skulle vilja kommentera den här sista slutsatsen du har med en annan undersökning, utförd av Jules Angst, som följt stora kohorter av deprimerade patienter sedan 1963. Den här studien har publicerats ganska nyligen i Journal of Clinical Psychiatry. Angst behandlade gruppen deprimerade med ett antidepressivum, imipramin, som profylax mot återfall i depression. En kontrollgrupp deprimerade fick inte samma behandling. Angsts resultat visar mycket tydligt, att den grupp som behandlades med imipramin fick en signifikant lägre frekvens mortalitet i självmord än kontrollgruppen.

Göran Isaksson har nyligen publicerat ett annat arbete som visar att av samtliga svenska personer avlidna i suicid endast 12 procent av männen och 26 procent av kvinnorna, trots att vi vet från Beskows och andras studier, att 60 -70 procent och i vissa material ännu flera, av de människor som avlider genom självmord, har en klinisk depression som borde ha

behandlats - inte sagt behandlas med antidepressiva, men i alla fall en depression som borde behandlas.

Jag skulle också vilja visa engelska undersökningar som visar, att antidepressiva också kan användas i överdoseringssyfte. Antidepressiva är potenta medel som kan användas förebyggande mot depression och självmord, men de är också potenta medel som kan användas att ta livet av sig med. Det är bland annat därför det inte bara är med antidepressiva som vi ska behandla patienter som är suicidala. Dessa patienter behöver också ha ett psykosocialt omhändertagande med mycket tät kontakt med sin läkare.

Särskilt de nya antidepressiva läkemedlen ökar ångesten under första perioden av behandlingen i och med att de verkar på 5HT₂-receptorer som kan öka ångesten och ibland till och med ge panikångestattacker. För man sådana här läkemedel utskrivna utan att samtidigt få psykosocialt omhändertagande, tät läkarkontakt och ens anhöriga är förvarnade, då är ett självmord ett faktum.

Med de äldre antidepressiva läkemedlen är det så, att den psykomotoriska hämningen släpper före ångesten och nedstämdheten, och är man då ensam och ens problem finns kvar, samtidigt som man har fått en full förpackning av ett sådant läkemedel, då kan självmordet vara ett faktum.

Sammanfattningsvis: den här stödkontakten, samtalskontakten, både från sjukvården och från anhöriga är något vi ska kräva i det självmordsförebyggande arbetet och måste få inskrivet i våra nationella riktlinjer för förebyggande av självmord - med adress Nina Rehnqvist från Socialstyrelsen! Man ska inte betona enbart den biologiska sidan av behandlingen utan också den psykosociala.

7. Suicidpreventivt arbete på en psykiatrisk klinik

Ann-Charlotte Åberg, chefsöverläkare psykiatriska kliniken, Sundsvall

Jag skulle vilja knyta an till det, som Margareta Persson undrade över i sitt anförande:

Vad är grunden till psykisk hälsa?

- Kanske är det lyckan?
Och vad är lycka? - Jag vill låna en definition av lycka, som professor Antonowski formulerat, efter att ha intervjuat tusentals amerikanska medborgare:

To work well
To love well
To play well
And to expect well

Jag skall alltså här berätta om den satsning på självmordsprevention som vi genomfört på vår psykiatriska klinik vid sjukhuset i Sundsvall, och jag vill framhålla, att jag är fullt medveten om, att det arbete i självmordsförebyggande syfte, som vi utfört, endast utgör en liten pusselbit i det stora arbetet med att sänka antalet självmord i hela vårt land.

Vi började 1996 med utbildning av distriktsläkare, helt inspirerade av Gotlandsprojektet. Vi hade först en upptaktsdag med medverkan från Centrum för suicidforskning. Distriktsläkarna var redan uppdelade i mindre grupper för sin fortbildning, så då placerade vi en psykiater i varje grupp om åtta distriktsläkare som sedan arbetade med det kompendium jag sammanställt kring självmordslära, riskfaktorer, diagnos och behandling, och så vidare, och även omfattade några artiklar för diskussion och debatt. Härefter följde vi upp den här utbildningen efter ett år.

Sedan femton år tillbaka gör vi på psykiatriska kliniken också regelbundna konsultationsbesök på vårdcentralerna. Då kan det handla om utbyte av kunskap, och oftast om depressionsbehandling. Under det här första året efter upptaktsdagen erbjöd vi också kvällsutbildning i depressionsbehandling till dem, som var särskilt intresserade.

Själv har jag föreläst för all personal på intensivvårdsavdelningarna och på den stora somatiska akutmottagningen på Sundsvalls sjukhus. Vi gjorde också en satsning på internutbildningen på vår egen klinik. Som grund till den utbildningen använde vi de nationella riktlinjerna för behandling av suicidnära patienter, men vi var tvungna att göra en lokal revidering av dessa riktlinjer. Inom parentes tycker jag, att riktlinjerna för andra psykiska sjukdomstillstånd också är viktiga i det här sammanhanget, i synnerhet om vi betänker, att de patienter vi inom psykiatri möter i vardagen, de psykotiska och de deprimerade, uppvisar en dödlig-

het på över tio procent. En god vård kring dessa patienter kanske i förlängningen kan minska antalet självmord.

Något vår psykiatriska klinik också infört i vår självmordsförebyggande satsning är anhörigsamtal i samband med självmordsförsök, speciellt med fokus på barnen. Det är den psykiatriska jourjuksköterskan som med patientens mandat tillkallar de anhöriga och vi säger till dem, att det närmast är en tvingande nödvändighet. Vi blev lite förvånade över att det var så få av patienterna som sagt nej till det här erbjudandet. När man har dessa anhörigsamtal så kan man se, om det är någon ensam anhörig som behöver extra stöd sedan inom den psykiatriska öppenvården, eller om det finns barn med i bilden, så hanterar vi deras vårdbehov också.

Det gäller också att följa upp patienter som gjort självmordsförsök men som uteblir till eftervården, som inte kommer på första besöket i öppenvården - något som vi prioriterar högt, helst skall det besöket infalla redan första vardagen efter utskrivningen. Vi ser det också som mycket viktigt att följa upp dem som enbart passerat Sundsvall under semesterveckor på sommaren eller på sportlov, och jagar dem för att få till stånd en uppföljande öppenvårdskontakt på hemorten. Det här är en uppgift jag lagt på första linjens chefer - avdelningsföreståndarna - för då vet jag, att då blir det gjort. Att få kontakt med dessa som gjort ett självmordsförsök, men som inte stadigvarande bor i vårt upptagningsområde, det är ett riktigt detektivarbete, men det har man klarat mycket bra.

Landstinget i vårt län beslöt att länet skulle satsa på att få ned självmordstalen. Jag tänkte då, att det här blir övermäktigt för en enskild psykiatrisk klinik att greppa hela den här problematiken, vi måste begränsa oss. Min inriktning blev då att ställa in oss på självmordsförsöken, kartlägga dem, och på så vis försöka minska självmorden i vårt län, eftersom tidigare självmordsförsök utgör en stark prediktor till fullbordat självmord.

Vi gjorde en intervjuundersökning som omfattade alla individer över 18 år som försökt ta sitt liv och som vårdats på sjukhuset, intensivvårdsavdelningen eller vår psykiatriska klinik under ett års tid. Det var psykiatriker som genomförde intervjuerna, som skedde medelst ett formulär på 40 huvudfrågor med ett antal delfrågor. Så det blev ett ganska stort material. Bara det att klinikens samtliga psykiatriker alla deltog i den här undersökningen innebar en vinst i sig. Det innebar att intresset för och fokus på självmordsproblematiken ökade hos psykiatrikerna. Också när det gällde den övriga personalen, så ökade också intresset och nyfikenhet. Undersökningen gällde ju vår egen befolkning, våra egna patienter. Och

själva undersökningen i sig, själva forskningsprocessen som sådan, genererade ökat intresse och kunskap.

Ett av våra resultat var, att så många som 72 procent av de intervjuade saknade vid tiden för självmordsförsöket antidepressiv behandling. Alltså, endast 28 procent hade antidepressiv behandling. Detta får ju anses katastrofalt med tanke på den ökade självmordsrisk som föreligger vid depression. 50 procent hade alltså depressionsdiagnos. Nästan 50 procent hade gjort självmordsförsök tidigare.

Med hänvisning till vad Jan Beskow sade tidigare här i sitt anförande: jag är inte forskare, men jag är inte heller pensionär, men jag tar mig ändå friheten att tänka fritt i de här frågorna. I en artikel jag läste i Lancet för många år sedan berättades det om en kvinna, som hade stuckit ned sin man med en förskärare. Kvinnan hade fått strafflindring med hänvisning till att hon vid tiden för dådet befunnit sig i premenstruell fas.

Jag fick tanken, att det är ju liknande processer det här, våld mot någon annan och våld mot en själv, som vid självmordsförsök. Så i våra intervjuer inkluderade vi till kvinnorna mellan 18 och 50 år också frågan om i vilken menstruell fas de befunnit sig, när de gjorde självmordsförsöket. Det visade sig, att nästan 50 procent av kvinnorna verkligen hade befunnit sig i premenstruell fas vid tiden för suicidförsöket. Inte ens de kvinnliga psykiatrikerna hade funderat över detta samband tidigare, trots att vi vet att så många av oss är instabila under den här perioden av menscykeln.

Det finns två undersökningar tidigare, en från 1959 och en från 1967, som också har fångat upp den här samvariationen mellan premenstruell fas och självmordsförsök.

Det här fyndet har haft betydelse för vissa ändrade rutiner på vår psykiatriska klinik. Vi tänker nu på att kvinnor som varit inlagda för depressioner eller självmordsförsök skriver vi helst inte ut i deras premenstruella fas, liksom man under denna fas kanske skall tänka på att intensifiera patienternas öppenvårdskontakt.

Vi fann också, att så många som 51 procent av de intervjuade led av återkommande depressioner, medan det endast var 34 procent av dessa som hade antidepressiv behandling. 10 av de här patienterna hade kontakt med den psykiatriska öppenvårdsmottagningen, två av dessa tio gick

i psykoterapeutisk behandling. De övriga gick i stödkontakt, kristerapi, fick hembesök eller delning av medicin i dosett.

Några av våra resultat i övrigt:

57 procent av de undersökta levde tillsammans med någon annan vuxen.

62 procent hade barn.

51 procent stod utanför arbetsmarknaden.

87 procent av självmordsförsöken ägde rum i hemmet.

56 procent hade intagit droger i samband med självmordsförsöket.

86 procent hade tagit tabletter i självmordssyfte.

48 procent av de undersökta patienterna beskrev sig själva som impulsiva.

Den intervjuande psykiatern uppfattade vid undersökningsögonblicket, att det var 46 procent av patienterna som hade en liten eller mycket liten självmordsrisk. Detta talar kanske för, att suicidhandlingen mycket handlat om ett rop på hjälp och kanske inte om viljan att dö.

Något vi bedömt som viktigt är, att återföra våra resultat till socialtjänst och till primärvård. Från tidigare undersökningar vet vi, att det psykiatrisk patienter värdesätter mest är bemötandet och det förtroende vi som psykiatrisk personal kan erbjuda. Detta har faktiskt visat sig viktigare än själva vårdinnehållet. - Det kan man ju för övrigt spekulera i, varför det förhåller sig på det viset, men det har lett till, att vi som främsta mål på kliniken har att erbjuda ett förtroendefullt möte. Då blev det i vår undersökning givetvis angeläget att belysa, huruvida vi lever upp till den målsättningen, också när det gäller den här patientkategorin, suicidnära patienter. Eftersom vi såg att det var så många, som hade haft kontakt med socialtjänsten de närmaste tre månaderna före, och även med primärvården, så kändes det angeläget att fråga hur de även där hade blivit bemötta.

Här fann vi att:

33 procent hade haft kontakt med psykiatriska öppenvården före självmordsförsöket.

12 procent av dessa tyckte att de fått ett dåligt, eller ganska dåligt, bemötande.

Vår klinik har som mål att 85 procent av våra patienter, oavsett vilket skäl de har att få kontakt med oss, skall vara nöjda med mötet med oss. Så där klarade vi den ribban. För primärvården gällde att 13 procent hade blivit dåligt eller ganska dåligt bemötta.

Vad gäller socialtjänsten, slutligen, som faktiskt hade träffat så många som 27 procent av den undersökta gruppen inom tre månader före deras självmordsförsök; där ansåg 57 procent att de fått ett dåligt eller mycket dåligt bemötande.

Nu kan man ju utveckla detta med bemötande och med att vara suicid-nära, men jag tror ändå att vi alla kan ställa upp på, att ett förtroendefullt möte kan bilda grunden för en vändning i en svår process, oavsett var det mötet äger rum.

När jag presenterade de här undersökningsfynden i en av våra största kommuner, så kommenterade socialchefen att: "Ja ja, det där känner vi till ... vi handlägger så många ärenden, svåra fall som missbruksärenden och omhändertagande av barn, och där är de här upplevelserna av dåligt bemötande inget nytt ..." - Jag ser det ju å min sida så, att här finns en mission för oss inom psykiatrin, att utbilda också socialtjänstens personal.

Parallellt med den här satsningen under det här året, 96-97, så pågick det en beteendegenetisk studie här vid Norrlands universitetssjukhus på samma patientgrupp, suicidhandlande individer.

Vi har nu på vår klinik tillskapat en depressionsbehandlande enhet i januari i år. Den enheten befinner sig ännu i sin vagga, men vi försöker här utbilda personalen i ett kognitivt förhållningssätt. Sedan tidigare har vi ett handlingsprogram vid fullbordat självmord av inskriven patient, omfattande debriefing, restrospektiva genomgångar, anhörigkontakter och så vidare. Vi bedriver också ett fortsatt arbete inom norra regionens nätverk för suicidprevention.

Samtidigt med dessa inomprofessionella satsningar vill vi verka efter visionen att också bland allmänheten öka förståelsen för psykiskt lidande och psykisk sjukdom. Bland annat publicerades i Sundsvalls tidning en serie artiklar i tio nummer om vad psykisk sjukdom är, utifrån vad vi på vår klinik har att erbjuda och bidra med. Jag medverkade själv i en serie radioprogram, som vi kallade för Människokunskap, en programserie som gick under en vår i lokalradion och dit människor kunde ringa in. Fokus för programmen var ångest och depression som uttryck för existentiella problem, gärna med viss inriktning mot männen. Vi vet ju att män inte gärna söker hjälp för sina psykiska symtom.

Jag vill också berätta att vi parallellt med det här suicidförebyggande arbetet har vi sedan 1992 bedrivit kvalitetssäkringsarbete, där vi satt tydliga mål för verksamheten. Våra mål har vi formulerat enligt följande:

- * Att erbjuda ett förtroendefullt möte.
- * Att erbjuda tillgänglighet.
- * Vårdkontinuitet.
- * Att minimera tvångsåtgärderna.
- * Att följa de lokalt reviderade nationella riktlinjerna för vård och behandling av de vanligaste psykiatriska sjukdomstillstånden.

Vi kvalitetssäkrar själva målen via enkäter till patienterna, våra avnämare. Resultaten återför vi till patienterna själva, bland annat via monitorer i den psykiatriska öppenvården. Självklart återför vi också dessa resultat till personalen.

När det gäller att följa de nationella riktlinjerna, jag tidigare nämnde, de lokalt reviderade, så har vi knappt kommit igång, utan vi ska börja nu med det suicidnära vårdprogrammet. Jag har tillsatt ett kvalitetsråd bestående av de olika yrkesgrupperna på kliniken och av patienternas intresseorganisationer. Det här rådet skall ta fram de kvalitetsindikatorer som vi tycker utgör ett bra mått på vad vi menar med god psykiatri, i det här fallet omhändertagande av självmordsnära patienter.

8. Sjukvårdens roll i självmordspreventionen

Nina Rehnqvist, överdirektör, Socialstyrelsen

Socialstyrelsen håller just nu på med den nationella översynen av innehållet i psykiatrin och uppföljningen av psykiatireformen. För närvarande planerar vi hur uppföljningen ska gå vidare, så att vi åstadkommer minsta möjliga motkrafter.

Mitt ämne här i dag är sjukvårdens roll i självmordspreventionen. Sjukvårdens uppgift i det här fallet är huvudsakligen att förhindra själva självmordet med allt vad det innebär av både primär och sekundär prevention. Med primär prevention menar vi förebyggande åtgärder som gäller personer som ännu inte på något vis visat sig självmordsbenägna,

medan sekundär prevention gäller de fall där det föreligger en uttalad risk för självmord.

Det har också visat sig att personer med risk för självmord har en ökad generell sjuklighet. De företer även en överdödlighet som inte enbart betingas av det psykiska tillståndet eller självmordsbenägenheten i sig.

Det finns en studie som visar överdödligheten hos patienter som haft en psykos, där odds ratio (överdödligheten) uppgår till mellan två och tre gånger högre än förväntat. I Stockholm föreligger nu en alldeles ny undersökning, där överdödligheten visat sig ligga ännu högre - mellan tre och fyra gånger högre.

Men överdödlighet orsakas inte enbart av självmord eller psykiatriska tillstånd. Överdödlighetens orsaker varierar lite med åldern, så att självmord är vanligare bland de yngre, medan hjärt- och kärlsjukdomar är oerhört vanliga bland de äldre. Hur mycket som är primärt, hur mycket som är sekundärt och hur mycket som är samspel, eller hur mycket själva vårdmiljön betyder, och hur mycket missbruk, inklusive tobaksmissbruk, påverkar den här förhöjda dödligheten, det är inte alls undersökt. Här finns det ett gigantiskt forskningsfält, skulle jag vilja påstå. Det är många människor det handlar om.

Socialstyrelsen har flera roller i det här sammanhanget, men jag tänkte särskilt poängtera vår kvalitetsföreskrift, som gäller kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. (Denna kvalitetsföreskrift har beteckningen SOSFS 96:24.) Jag gör lite propaganda för den, därför att dess syfte var att ge sjukvården ett stöd att kunna arbeta med det som faktiskt driver sjukvården, nämligen att försöka förbättra kvaliteten för patienterna. Vi har blivit ganska besvikna över att sjukvården inte tagit till sig det här stödet - avsikten var ju faktiskt inte att öka byråkratin.

De här kvalitetsföreskrifterna är en lag, fast bara 50 procent av verksamhetscheferna känner till den lagen. Innebörden i denna lag är, att huvudmannen ansvarar för att det finns ett system, som gör att man kan följa kvaliteten i verksamheten (det vi vanligtvis kallar "kvalitetssäkring"). Sedan ankommer det på dem som arbetar inom verksamheten att delta i denna kvalitetssäkring. Hur detaljerna utformas bestämmer inte Socialstyrelsen, det kan se ut ungefär som i Sundsvall, som vi hörde om här tidigare. Men just det faktum att det finns ett lagligt stöd för kvalitetssäkring, det är en tillgång - så använd det stödet!

I detta att det skall finnas ett system som följer kvaliteten på vården ligger också vad som kanske kan uppfattas som hotfullt ibland, nämligen incident- och avvikelserapporteringen, det vill säga, att man ska beskriva när det inte fungerat exakt som man har tänkt sig. När det gäller självmordspatienter så är detta förstås extra angeläget.

Lex Maria-föreskriften finns för att man skall kunna identifiera just de här patienterna. Sedan finns förstås också Socialstyrelsens vårdprogram, "Stöd för självmordsnära patienter". Socialstyrelsen håller också på att ta fram nationella riktlinjer, som skall utgöra underlag för lokala vårdprogram när det gäller den här patientkategorin. Den första remissomgången för dessa nationella riktlinjer är i princip klar. Meningen är att det skall bli ett dokument som det finns en allmän uppslutning kring. Något annat är meningslöst.

Vi har tänkt oss att man kompletterar det tidigare programmet, "Stöd för självmordsnära patienter", med de någorlunda gemensamma synpunkterna på vad som skulle kunna utgöra kvalitetsindikatorer på bra vård av självmordsnära patienter. Den kompletteringen behövs för att kunna följa hur bra vården, omhändertagandet, är.

Socialstyrelsen genomförde på ett ganska enkelt sätt en enkät till vuxenpsykiatriska enheter, BUP-enheter och vårdcentraler och frågade rakt upp och ned om man kände till det nationella programmet för självmordsprevention och om man hade tillgång till det, och vad som i så fall blivit resultatet av programmet. Det här är svaren:

Enkät gällande Socialstyrelsens nationella program för självmordsprevention.

	Vuxenpsykiatriska kliniker	BUP-enheter	Vårdcentraler
Kände till programmet	70%	55%	16%
Hade tillgång till programmet	65%	45%	6%
Hade skapat skriftliga riktlinjer i enlighet med programmet	50-55%	20%	1%

Vår enkät tog också upp frågan om samarbetet mellan olika kliniker och psykiatrin. Ett formaliserat samarbete mellan psykiatrin och primärvården förekom ganska sällan. Däremot befanns ett formaliserat samarbete med akutsomatiken vara lite vanligare.

Vad gällde arbetssätt frågade vi om det fanns utarbetade rutiner för att ge stöd till närstående vid ett självmordsförsök eller ett fullbordat självmord. Det fanns det ganska ofta, både på vuxenpsykiatri och på BUP-enheter.

Undersökningen visade också, att fortbildningen om självmordsproblematiken låg på en anmärkningsvärt låg nivå. Det här är ett angeläget och svårt område, men det finns kunskap och det finns skäl att bedriva fortbildning i ämnet. Kvalitetssystemet ger också stöd för att klinikerna skall medverka till fortbildning. Här finns mycket att göra.

Det finns också något för Socialstyrelsen att göra, nämligen att följa upp enkätresultaten. Vi har ju faktiskt möjlighet att utöva en tillsyn över området. Vårt problem är då, hur skall man utöva tillsyn så att det blir ett stöd och inte en repression?

När det gäller sjukvårdens roll vid självmordsprevention är det värt att påminna om, att sjukvårdens egen personal uppvisar en högre frekvens av självmord än befolkningen i allmänhet. Det är också något som sjukvården bör beakta. Kvinnliga läkares förhöjda självmordstal är ett ämne som varit föremål för diskussion.

Sjukvårdens roll i övrigt är givetvis att känna igen de personer som står på gränsen till självmord. Ni vet ju mycket bättre än jag att det finns många som söker av andra skäl än direkt uttalad depression, och då är det viktigt att man känner till det. Det är också viktigt att man känner igen de kroppsliga sjukdomstillstånd som ger ökad risk för självmord, såsom kroniska och elakartade sjukdomar, likaså andra tillstånd som kanske inte är alldeles självklara, exempelvis epilepsi och missbruk. Personer med ADHD (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder) är också en patientkategori, som företer en ökad självmordsbenägenhet. Här har sjukvården naturligtvis skyldighet att förmedla den kunskapen och även att följa upp den gruppen.

Läkemedel är en annan stor faktor i självmordsproblematiken. Det är mycket angeläget att kunna följa patienter som har fått läkemedel och se vad som hänt med dem, både på kort och på lång sikt, och i vilka sammanhang läkemedlet förskrivits. Hade vi haft ett fungerande läkemedelsregister enligt den lag som finns om sådana register, så hade man exempelvis kunnat ge svar på en del av frågorna om SSRI (*Serotonin Selective Reuptake Inhibitors; serotoninhöjande antidepressiva*) -preparat och se om

dessa faktiskt påverkar självmordsfrekvensen, därför att då hade man kunnat följa förskrivningen på individnivå.

Här måste jag säga, att i de diskussioner Socialstyrelsen haft med olika aktörer, så är det inte patienterna som varit emot den här typen av registrering, utan förskrivarna. Att motsätta sig receptregistrering tror jag är ett sätt att bromsa kunskapsutvecklingen. Jag tror också att det finns tillräckligt många garantier för att en receptregistrering ska kunna ske på ett sådant sätt att det varken blir komplicerat för förskrivarna eller upplevs som hotfullt på olika vis. Det finns tillräckligt många garantier för att man faktiskt skulle kunna försäkra sig om den här kunskapen, just för att kunna ge svar på den här typen av frågor.

Sjukvårdens roll är naturligtvis också att kunna ta hand om patienten vid ett självmordsförsök, att ge ett adekvat medicinskt akut omhändertagande, intensivvårdsomhändertagande, och att också följa upp patienten, som man gjort i Sundsvall.

Det verkade ju väldigt exemplariskt - att man faktiskt bryr sig om efterförloppet, att man följer sina egna resultat, och att det görs på ett sådant sätt att det är sårbart, så att andra också kan känna av, att det här stämmer. Exempelvis: att omhändertagande, behandling och uppföljning utförs på ett sådant sätt att det kan följas av andra via dokumentation.

I Socialstyrelsens nationella handlingsprogram för suicidprevention, "Stöd för självmordsnära patienter", som nämndes ovan, återfinns rekommendationen att patienten efter ett självmordsförsök alltid skall bedömas av en specialist, och att även andra personer som behöver kopplas in i handläggningen och behandlingen knyts till den bedömningen. Det måste finnas en fungerande övervakning. När det inte gjorts det, så måste det göras en incidentrapportering, eventuellt en Lex Maria-rapportering för att se hur man ska undvika att händelsen upprepas.

Till sjukvårdens roll hör också dess huvuduppgifter: att bedriva diagnostik, att hålla en bra journalföring - det här är självklarheter, liksom att detta ska göras på så sätt att kunskapen förs vidare.

När Socialstyrelsen följt upp psykiatrins verksamhet, har vi sett, att när det brister, så är det vårdprocessen som inte fungerar. Det har vi otaliga exempel på, och det känns tjugigt att behöva säga det, men det är samma brister som återkommer. Det ska för varje patient finnas individuella

vårdprogram som alla varit överens om, alla kontakter skall ha tagits, men så har det inte fungerat. Vi har sagt oss, att "vårdkedja" kanske är fel term - man ser då framför sig många länkar, där den ena griper tag i den andra, en efter en. I stället ska vi kanske tala om "vårdprocess", där många saker måste ske samtidigt, annars får man inte det bästa resultatet. Det här är kanske ett av skälen till att vården inte fungerat - man kanske så att säga väntat på sin tur i den här kedjan. Därför är vi på Socialstyrelsen mycket angelägna om att man hittar system för att åstadkomma en verksam vårdprocess.

I sjukvården ingår också att ta fram och följa kvalitetsindikatorer på god vård. Där har vi från Socialstyrelsens sida ingen annan synpunkt än att vi följer vad de olika professionerna tar fram för indikatorer. Vi har inte högre kompetens att göra detta än vad ni har, tvärtom, men däremot är det vår uppgift att se till att kvalitetsindikatorerna tas fram, att man har diskuterat sig fram till vad som är tecken på god vård. Bara den processen, kan jag hälsa, tar två år, om man startar från noll. Så det är dags att börja, för dem som inte har gjort det!

En annan sak som är viktig i det här sammanhanget är att sjukvården aktivt medverkar i diskussionerna om prioritering när det gäller de självmordsnära patienternas behov, inte bara inom psykiatrin, utan när psykiatrin skall sättas i relation till övriga sjukvården och även i relation till det som har med sjukförsäkring och det sociala nätverket överhuvudtaget att göra. Då finns det skäl att påminna om det som riksdagen beslutat, och som jag tror att alla egentligen bekänner sig till, nämligen att det finns en prioriteringshierarki. Först och främst i den hierarkin står människovärdesprincipen. Att den står först tror jag inte någon har några bekymmer med överhuvudtaget i Sverige. Däremot vad gäller behovs/solidaritetsprincipen så har den ännu inte fått konkret utformning och är inte diskuterad ordentligt. Med behovs/solidaritetsprincipen avses det faktum att de människor som är i störst behov skall ha företräde till vården - först därefter kan kostnads- och effektivitetsprincipen föras in.

Det som ligger något utanför den här diskussionen är den så kallade nyttoprincipen ("Största möjliga nytta till största möjliga antal människor") som ibland kan sammanblandas med kostnads/effektivitetsprincipen, men som inte riktigt betyder samma sak. Offentliga debattörer kan ibland lägga stor vikt vid den här nyttoprincipen, men den diskussionen måste föras på ett sådant sätt att alla medverkar, alltifrån beslutsfattare och professionella till vanliga medborgare.

Sjukvården har mycket att göra i detta sammanhang. Det gäller givetvis det individuella omhändertagandet, men också medverkan i både de strukturella och i de mer övergripande frågorna.

Diskussion

Fråga: Finns det några siffror på hur nöjda patienterna är med vården?

Nina Rehnqvist: Socialstyrelsen har i olika undersökningar tagit reda på om patienter är nöjda med sitt besök i hälso- och sjukvården, och då är det 30 procent som inte är nöjda.. Det gäller inte bara bemötandet, utan besöket som helhet. Frågar man i stället: Är du nöjd med vården? - så brukar 85 procent säga att de är nöjda med själva vården.

Samtidigt är det så, att Socialstyrelsen stödjer de register som är till för att säkra kvaliteten i vården med 15 miljoner per år. Det handlar alltså inte om register som används för tillsyn utan dessa register är endast till för internt bruk. Här tar man inte hänsyn enbart till patientens subjektiva upplevelse utan också andra typer av resultatmätning, som exempelvis dödlighet vid hjärtinfarkt, som kan utgöra en sådan variabel.

Fråga ur auditoriet (Lennart Gustafsson): Personalen ska kvalitetssäkra sitt arbete, men vad får de för instrument till detta?

Nina Rehnqvist: Just den här frustrationen inom vården tror jag delvis beror på att man vet vad man skulle kunna göra men man upplever sig inte ha möjligheten att göra det. Där hamnar vi i ett sådant läge att man nu till och med kastar grus i maskineriet därför att man är så pressad att man inte hittar de smarta lösningarna alla gånger.

Det är alldeles självklart så att om inte personalen fungerar, så går det ut över patienterna. Hittills har det faktiskt inte gjort det. Det finns säkert en inkubationstid på det här också, men hittills har det inte gjort det.

Vi tycker från Socialstyrelsens sida att det är rätt bekymmersamt att bevisbördan, att kunna säga att sjukvården inte fungerar, den måste vara väldigt stark. Man måste nästan kunna leda i bevis att någon enskild patient kommit till skada för att kunna ha någon synpunkt på strukturen på en vårdavdelning, en klinik, ett sjukhus - eller ett landsting, om man så vill. Däremot, när det gäller personalfrågorna så är det enklare - bevis-

bördan behöver inte vara lika stark för att man ska tro på personalen när den säger att den inte mår bra.

Den här diskussionen leder tanken lite fel. Det råder en obalans mellan Yrkesinspektionen och oss på Socialstyrelsen, kan man säga. Det gör det lite svårare för oss. Men självklart håller jag med frågeställaren. Vi måste ha en situation som gör att personalen fungerar i sitt arbete. Då skulle jag vilja säga: använd kvalitetsföreskriften jag nämnde inledningsvis, inte som ett hot utan som ett hjälpmedel, för det är det den är till för.

Kommentar (ur auditoriet): Får jag bara påminna om en sak? Personalen är ju vår viktigaste resurs, absolut! Särskilt inom psykiatrin är det så, och det får vi aldrig glömma. Och vår viktigaste resurs måste vi vårda. - Vi måste vårda vår personal!

AKTUELL FORSKNING; FOLKHÄLSOASPEKTER I AKTUELLA AVHANDLINGAR

Moderator: Agneta Öjehagen

Ny kunskap är viktig för vidareutveckling av det självmordspreventiva arbetet och det är därför mycket glädjande att det lagts fram så många svenska avhandlingar i ämnet de senaste åren.

Avhandlingarna avspeglar också de många olika ansatser som måste läggas på självmordsproblematiken; allt från epidemiologi till biologi.

Här i dag ska nu sex avhandlingar presenteras. Vi börjar här uppe i Umeå, med Ellinor Salander Renberg, som lagt fram en avhandling med titeln **"Perspectives on the Suicide Problem. From Attitudes to Completed Suicide."**

1. Perspectives on the Suicide Problem. From Attitudes to Completed Suicide

Ellinor Salander Renberg, leg. psykolog, med. dr, Umeå

Som framgår av titeln på min avhandling så har jag studerat ett brett spektrum av självmordsproblemen. Från attityder till självmord, livsleda, självmordstankar, självmordsförsök till fullbordat självmord. Jag har bedrivit studien utifrån ett befolkningsperspektiv, ur ett epidemiologiskt perspektiv, med inriktning på utbredningen av olika självmordsproblem bland befolkningen.

Framförallt har jag studerat självmordsproblemen här i Västerbotten.

Målsättningen har varit att få en bild av hur självmordsproblemet ser ut, vilka mönster som finns och vilka förändringar vi kan urskilja, förändringar som är viktiga att följa upp och ha kunskap om i vårt självmordsförebyggande arbete.

Jag ska här försöka sammanfatta de viktigaste fynden och slutsatserna. Det vi har sett är att vi har låga självmordstal i Västerbotten, men självmordstalen har stigit och börjat närma sig genomsnittet för riket. Vi har till och med någon gång under 90-talet haft högre självmordstal än riket i sin helhet.

Vi har också sett, att de regionala skillnaderna här i länet, som var mycket tydliga på 70- och 80-talen, har utjämnats. Vi såg höga självmordstal i de västligaste befolkade kommunerna, våra fjällkommuner. Vi såg också höga självmordstal här i Umeå, som ju är en expansiv stad, nästan en storstad. Alltså i de mest rurala och de mest urbana områdena såg vi en ökning av självmordstalen under 70-talet.

Den ökningen har nu avstannat. I stället har vi funnit en jämnare fördelning här i länet. Jag funderar över varför det sker en utjämning av självmordstalen. Man har sett denna tendens också internationellt. Länder med höga självmordstal har ett sjunkande tal i Västeuropa. Länder med tidigare låga självmordstal har nu ett ökande tal.

Skillnader i självmordstal mellan män och kvinnor, som rapporterats från andra håll ha minskat - det är en förändring vi inte sett här i Västerbotten. Däremot har vi sett en ökad skillnad mellan olika åldersgrupper, och framförallt har vi sett ett ökat tal bland de äldre, speciellt bland de äldre kvinnorna, som vi kan se är en ny grupp med höga självmordstal. Tidigare var det så, att självmordstalet bland kvinnor sjönk med högre ålder, men på senare år, under 80- och 90-talen, uppvisar gruppen kvinnor över 75 år ett stigande självmordstal. Det tycker jag är ett viktigt fynd att följa upp. Har levnadsförhållandena för äldre kvinnor förändrats, är det den förändringen som avspeglas i självmordsstatistiken?

Vi har också noterat en förändring i självmordsmetoder på så sätt, att intoxikationerna, överdoseringen av läkemedel, blivit den vanligaste metoden att ta sitt liv. Även bland männen här i Västerbotten har denna metod ökat, den är nu lika vanlig som självmord genom hängning eller genom att använda skjutvapen, de två metoder som tidigare dominerade bland de manliga självmorden. Bland de preparat som har använts i intoxikationssyfte har vi märkt en ökning av dem som inte förskrivits av läkare.

Hälften av dem i Västerbotten som tagit sina liv hade varit i kontakt med psykiatri. Det är en liknande siffra som för landet i sin helhet, en siffra

som är ganska konstant. Detta gäller tiden fram till 1983. Jag har sett uppgifter om att på senare tid andelen som sökt psykiatrin före självmordet har ökat något.

Om vi så ser på självmordsförsöken har vi funnit, att talen för dessa i länet, liksom för landet i sin helhet, minskar. Den minskar dock inte i alla grupper, inte bland unga kvinnor.

Grupper med höga självmordstal har låga självmordsförsökstal, till exempel kvinnor i de tätbefolkade områdena i Umeå, de har höga självmordsförsökstal men låga självmordstal. Däremot bland män i inlandet återfinns vi nästan inga självmordsförsök alls, medan de fullbordade självmorden är vanligare här.

Under den period vi registrerade självmordsförsöken fann vi, att av de självmord som utfördes under den här perioden, så hade 15 procent tidigare haft kontakt med sjukvården i samband med ett självmordsförsök. Detta skulle innebära, att även om vi optimalt och framgångsrikt behandlar dem som gjort självmordsförsök, så att vi skulle kunna förhindra självmord i den gruppen, så skulle vi fortfarande nå en relativt begränsad del av de fullbordade självmorden. Vi skulle bara kunna förhindra dessa till en relativt liten del. Det är viktigt att vi kommer ihåg detta.

Naturligtvis skall en hel del av vårt förebyggande arbete vända sig till gruppen som gjort självmordsförsök. Det är den tydligaste riskgrupp vi kan identifiera. Men vi får inte nöja oss med att rikta våra insatser till den gruppen. Jag vill också framhålla, att naturligtvis bör självmordsförsök i sig förebyggas. Det får vi inte heller glömma bort. Vi talar ofta om målet att reducera självmordstalen, men självmordsförsöken innebär ju också ett mycket stort lidande.

Vi har också funnit, att självmordstankar är vanliga i befolkningen. 10 procent har haft självmordstankar under senaste året. Var tredje person har någon gång i livet haft självmordstankar. Jag tror att siffrorna är högre än så, men det här är vad människor uppger i vår enkät.

Livsleda och dödsönskningar ökade i befolkningen från 80-talet till 90-talet. Samtidigt som detta är ett uttryck för en faktisk ökning, så kan jag också tänka mig att bakom de stigande siffrorna också återfinns en ökad benägenhet att rapportera, att man har en öppnare attityd.

Ett som jag tycker mycket intressant fynd i mina undersökningar var att skillnader mellan kön och mellan åldersgrupper minskade när det gällde självmordstankar, livsleda och dödsönskningar. Jag hittade ingen skillnad alls på 90-talet. Man kan kanske tolka detta så som att självmordslidandet är ganska jämnt fördelat i befolkningen men att det sedan handlar mycket om vad vi gör med våra svårigheter, hur vi kommunicerar, om vi söker hjälp, om vi kan ta emot hjälpen. Det är intressant att se att lidandet kanske är ganska jämnt fördelat.

Vad jag också fann var att en mer accepterande attityd till självmord blivit tydlig från 80- till 90-tal. Under 80-talet ansåg ungefär 10 procent att det var en mänsklig rättighet att ta sitt liv. Under 90-talet var det 20 procent som tyckte så.

I den grupp som hade den mest accepterande attityden återfanns också den högsta frekvensen för självmordsförsök. Det är de unga kvinnorna som står för den siffran. Samtidigt återfinns i den gruppen väldigt få fullbordade självmord. Man kan fundera över relationen mellan de olika kategorierna - de med accepterande attityd till självmord och med hög frekvens självmordsförsök uppvisar samtidigt en låg frekvens fullbordade självmord.

Till sist några saker jag efter mitt avhandlingsarbete vill framhålla som viktiga för framtida självmordspreventivt arbete:

Jag tycker för det första, att självmordsprevention bör riktas till hela befolkningen och beröra samtliga enskildheter i hela kedjan i självmordsprocessen.

För det andra är terminologin viktig. Det här är något jag blivit medveten om under mitt avhandlingsarbete. Jag använder parasuicid som en term för självmordsförsök för att fånga in inte bara det som är ett uppenbart försök att ta sitt liv utan också andra avsiktligt självtillfogade skador. Såväl intentionen med handlingen som risken att dö har varierat. Anledningen till att vi inkluderat ett brett spektrum av självskadehandlingar är att vi behöver veta mer om sambandet mellan allvaret i den aktuella handlingen och risken att dö i ett framtida självmord.

För det tredje är min slutsats, att en öppen attityd är att föredra i ett självmordspreventivt arbete - att minska tabun.

Och för det fjärde, slutligen: skillnader i livsstilar mellan män och kvinnor är något vi måste fokusera på framöver för att förebygga självmord framgångsrikt.

Diskussion

Fråga: Vi vet mycket väl att ett suicidförsök är den starkaste prediktorn till ett fullbordat suicid. Varför lyckas vi inte bättre att förebygga suiciden när en patient har gjort ett suicidförsök?

Ellinor Salander Renberg:

En del av svaret tror jag står att finna i, att vi har alldeles för litet arbetat med nätverket kring patienten, vi har fokuserat alldeles för mycket på individen. Det här håller vi på att lära oss inom psykiatrin, att involvera alla typer av nätverk, både arbetsplats, familj, vänner och grannar, kring den som gjort ett självmordsförsök. Att vi inte lyckats bättre än vad vi gjort tyder också på, att psykiatrin kan inte ensam förebygga självmord.

Fråga (om skillnader mellan män och kvinnor):

- Jag tänker på det vi pratat om här under konferensen, att männen fullbordar ett självmord medan kvinnor stannar vid ett självmordsförsök, som i mångt och mycket är ett rop på hjälp. Vad kan männen lära sig av kvinnors förhållningssätt och livsstil?
- Kvinnor har ett mer inklusivt tänkande. De fattar beslut ibland i ett mer relationellt sammanhang och har också lättare att ändra sig i sin uppfattning. Kanske har de här skillnaderna i sätt att fungera också betydelse om man tar sitt liv.

2. Migration, Mental Health and Suicide. An Epidemiological, Psychiatric and Cross-Cultural Study

Leena Maria Johansson, överläkare i psykiatri, Stockholm

Agneta frågade mig om jag kunde lägga några folkhälsovetenskapliga aspekter på det här arbetet, och då råkar det vara så, att jag är utbildad inom public health - jag är utbildad både på Karolinska Institutet och på

Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg, salutogenes och andra kurser, så det här tänkandet genomsyrar mig.

Folkhälsovetenskap: tittar man på själva ordet på finska betyder uttrycket folkets hälsa. Genom att man undersöker och forskar om hälsan ska folkhälsovetenskapen leda till alla människors hälsa.

Sveriges befolkning består av en minskande andel svenskfödda och en ökande andel utlandsfödda. De som är utlandsfödda uppgår nu till mellan 10 och 12 procent, mest invandrare, inklusive flyktingar. Det är allt mer betydelsefullt att ha kunskap om hälsan hos de etniska minoritetsgrupperna.

Nu är det viktigt att understryka, att det jag ska tala om gäller hela den svenska befolkningen, alltså både Sverigefödda och utlandsfödda. Alltså företeelser som migration, mental hälsa och självmord.

Jag vill först diskutera själva de här begreppen. Jag tycker inte det finns en mental eller psykisk hälsa, utan det finns en hälsa. Det handlar om en enda människa. Jag har aldrig träffat en människa som försökt att ta livet av sig bara psykiskt, fastän de kanske tror det, utan det är kroppen man ger sig på vid självmordsförsöket. Det talas alldeles för litet om kroppen inom psykiatrin och inom suicidpreventionen, tycker jag. Jag blev så glad, Danuta, när du tidigare talade om det här enkla i det akuta skedet av en självmordskris: att låta individen få något att äta, få vila och värme, det är det grundläggande. Nästan alla som kommer efter ett självmordsförsök har inte ätit på närmare 24 timmar.

Jag arbetar som överläkare på samma ställe som min kollega, Svante Henriksson, som talade tidigare här om antidepressiva läkemedels roll i suicidpreventionen. Jag arbetar också privat som psykoterapeut. Andra influenser jag fått kommer från arbete i somatisk vård, liksom från medicinsk antropologi och religionspsykologi.

Eftersom min bakgrund också är humanistisk, så handlar min avhandling inte bara om vilka resultat jag fått, utan jag ser allt som processer. Därför har jag skrivit en ganska omfattande ram kring avhandlingen, en ram där jag behandlar självmordsbeteende och migration, flyktingskap - allt det där som är PTSD (posttraumatiskt stressyndrom). Jag diskuterar skillnaden mellan illness och disease, och knyter ihop dessa begrepp med trans-

kulturella faktorer, existentiella faktorer och andliga faktorer. De här senare är också viktiga, därför att den existentiella dimensionen, hur man ser på själva tillvaron, det är ju något mycket grundläggande om man står i begrepp att ta sitt liv.

Ett litet kapitel i avhandlingens ram handlar om finländare, som är den största invandrargruppen i Sverige och omfattar ca 200.000 människor, spridda över hela landet. Det motsvarar alltså fyra gånger Gotlands befolkning. Finländarna, särskilt finska män, har ett högt självmordstal i Sverige. Ett förebyggande arbete bland denna grupp är angeläget och behöver uppmärksammas inom folkhälsovetenskap och sociologi. Det skulle bli väldigt kostnadseffektivt om man undersökte finnarna mer i det här avseendet.

En kortfattad översikt över min avhandling: den består av två delar, dels en epidemiologisk med sex undersökningar, och dels en kvalitativ studie. Den kvalitativa undersökningen omfattade tio suicidala öppenvårds-patienter, svenska och finska kvinnor.

De epidemiologiska, kvantitativa studierna visar bland annat, att den utlandsfödda delen av Sveriges vuxna befolkning har en fördubblad självmordsrisk jämfört med den svenskfödda. Detta betyder inte att alla invandrargrupper löper lika stor risk. Invandrare är inte en homogen grupp. Och bland etniska minoriteter finns många subgrupper. Det kan råda stora skillnader mellan olika grupper invandrare. Ryska män, till exempel, har fyra gånger större risk för självmord i Sverige än svenskar har, och sedan finns det andra grupper som har lägre suiciddödlighet än svenskar

Jag vill nämna också något om den sjunde delen av mitt arbete, den del som ligger på individnivå. Det är så, att jag läst en hel del etik, och jag är lärare i medicinsk etik, och jag tyckte att bara undersöka hur saker och ting förhåller sig utan att göra något, det är oetiskt, så därför ville jag göra något också, skaffa kunskaper och göra någonting. Den här lilla undersökningen är ett uttryck för detta.

I denna kvalitativa studie tittar jag på meningssystem. Meningssystem är detsamma som en människas världsbild, det kan vara en religiös eller en icke-religiös världsbild. Om man kan få en människa att berätta om sin världsbild, om de här existentiella frågorna, om sitt meningssystem, hur kan det då användas i förhållande till individens suicidalitet? Undersök-

ningen bygger på en analys av identitetsuppbyggnad, där jag utgick från objektrelationsteori. Jag försökte se hur individerna byggt upp sin identitet och sina relationer till andra människor både ur ett kulturellt och ur ett utvecklingspsykologiskt perspektiv.

Min metodik innebar semistrukturerade djupintervjuer. Mina resultat visar, att man också här måste titta på de vanliga riskfaktorerna för självmord, som psykisk sjukdom, depression och tidigare självmordsförsök, men att dessa riskfaktorer måste ställas emot självkänsla och identitet. Självkänsla är ingenting statistiskt, den går att bygga upp till en sund självkänsla. En sund självkänsla kan skydda mot självmord. I denna sunda självkänsla ingår upplevelsen av kontinuitet, dels av självet kontinuitet, dels av en kulturell identitet, som ger en upplevelse av samhörighet (relating) och tillhörighet (belongingness). Att man tillhör livet, då behöver man inte kämpa, då finns man i livet, och då kan man ta emot det som erbjuds en som behandling när man är deprimerad, till exempel.

Den här bilden av en triangel, efter Erich Fromms modell, är en bild av kärleken - inte kärlek i erotisk mening, utan i den mening den grekiska termen agape avser; människokärleken, empatin. Triangeln består av tre sidor, de tre sidor som utgör grunden för denna kärlek, nämligen omsorg, ansvar och respekt.

Med omsorg menar jag, att den självmordsnära människan måste lära sig att visa omsorg om sina egna behov, bli mer tillåtande och utveckla en känslomässig värme mot sig själv så att hon inte straffar sig själv och avvisar sig själv från livet - tar sitt liv. Omsorgen gäller alla slags behov, kroppsliga, själsliga, sociala, kulturella, existentiella, andliga behov.

Det är viktigt att den här omsorgen börjar med en själv. Många självdestruktiva människor har försummat sig själva under många år, kanske utvecklat en tro på ett falskt själv och när de inte lyckats att leva upp till denna bild har de velat ta sitt liv. Med omsorgen följer ansvar, ansvarstagande, och respekt, för sitt eget och för andras liv.

3. Ungdomar och depression

Gunilla Olsson, överläkare i psykiatri, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Uppsala

Min avhandling handlar om depression, inte om självmord. Vad jag skall berätta om i dag är dels förekomsten av depression, hur sjukdomsbilden ser ut, vad ungdomarna har för press på sig psykosocialt, och hur deras sociala nätverk ser ut, och jämföra detta med hur det ser ut för en kontrollgrupp friska ungdomar.

Den här undersökningen är gjord på 2 300 tonåringar som går i första årskursen i gymnasiet och är 16 - 17 år gamla. 2300 har deltagit i en självskattning där vi frågat om depressionssymtom. Där har vi lagt till en fråga som gällde huruvida de gjort ett självmordsförsök.

Vi fick ett mycket högt deltagande, på 93 procent, vilket är sällsynt i sådana här undersökningar. Tyvärr är det så att i den grupp vi inte nådde återfinns mycket missanpassade ungdomar, i synnerhet pojkar, vilket medför, att alla siffror jag visar antagligen är för låga.

Flickorna skattar sig oftare som deprimerade. Vi har använt två olika skalor, dels BDI, *Beck's Depression Inventory*, dels *Center for Epidemiological Studies' Depression, Child*. Skalorna ligger på olika poängnivåer men vi får ungefär lika många som "fastnar" på båda skalorna och båda skalorna förefaller ungefär lika bra, men de går bara delvis omlott. Det finns alltså ungdomar som bara fastnar på den ena av skalorna.

Självmordsförsöken kryssade ungdomarna i förvånansvärt ofta, men sedan har jag lärt mig, att så här ser det ut i europeiska länder, de ligger på över 5 procent i sådana här åldrar.

I nästa steg intervjuade vi alla dem som hade höga poäng på depressionsskalorna. Det var sammanlagt 284 individer, och vi lyckades få 251 till intervjuer. Bortfallet beror mest på sådana som ramlat ur skolan, så vi har inte fått tag på dem, trots att jag flitigt jagade dem. Vi fick i alla fall 88 procent deltagare i intervjuerna, medan alla frekvenssiffror är räknade på de totala 2300, vilket igen gör att siffrorna blivit i underkant. Jag tycker dock det är bättre att lägga fram det så, då kan de inte tolkas som överdrifter i alla fall.

Totalt sett hade 5,8 procent av ungdomar i gymnasiets årskurs 1 en depression. En del hade haft en *Major depressive Disorder*, MDD, men hade inte under det här året, då undersökningen gjordes, det, utan hade en kvarstående dystymi, vilket är ett vanligt mönster hos ungdomar. Bland de här 5,8 procent som hade en MDD så hade den större delen, 4,6 procent, ett långdraget förlopp. Så hade vi också dem som hade en dystymi men inte hade haft någon djupare depression. Som ni ser är vi uppe i över 8 procent med depressionsdiagnos under det senaste året, och det är ganska mycket.

Det här verkar inte vara någonting som kommit plötsligt. Väldigt många har haft tecken tidigare till att psykiskt inte må bra. Många hade haft ångestsymtom under barndomen. Sedan är det sannolikt så, att en del haft mer depressiva symtom också, men det kunde inte det här intervjuformuläret som vi använde fånga upp.

Jag har också tagit fram ungdomar med ADHD-diagnos, därför att barn med ADHD har en ökad risk för att få depressioner. Det här är alltså matchade par på 186 barn med depressionsdiagnos och 186 som aldrig någonsin haft depression. Man ser då, att knappt en enda elev, 0,5 procent, av de friska hade diagnosen ADHD, medan så många som 15 procent av barnen med depression också hade ADHD-diagnos.

När barnen sedan kommer till tonåren och får sin depression, så är ett mönster att många av ungdomarna får en ångestdiagnos samtidigt, fastän vi vet att ångest ju starkt ingår i depressionerna också, men det skiljer ändå ut i diagnossystemet. Sedan har vi 25 procent som har CD. *Conduct Disorder*, uppförandestörningar. Det handlar om alltifrån att de skolkar, ljugar, snattar, stjälar och så vidare och upp till allvarligare saker. Den här gruppen är stor, och detta är den diagnos som skiljer mellan pojkar och flickor. I övrigt ser det lika ut, men pojkar uppvisar mer Conduct Disorder- och mer ADHD-diagnoser.

Missbruket skiljer här också klart. Det är 9 procent bland de deprimerade, där en tredjedel missbrukar alkohol, en tredjedel blandmissbrukar och en tredjedel sysslar med sniffning eller droger.

Hypomanitillståndet kommer tidigt 16 procent rapporterar sådana symtom. Det är dessa vi har att räkna med som bipolära affektivt sjuka i en framtid. Man får fråga mycket noga för att komma åt de här

symtomen, men det förefaller som om de maniska skoven, svängningarna, kommer tidigt, men är korta och inte så allvarliga i starten.

Jag har delat upp depressionsdiagnoserna i underkategorier. DD plus CD står för *Double Depression*, det vill säga, denna grupp har en långdragen depression där de har en djupare depression ibland och dystymi ibland, och samtidigt CD, beteendestörningen, *Conduct Disorder* jag nämnde tidigare.

Tittar man överskådligt på diagnosfördelningen ser man, att samsjukligheten, co-morbiditeten, är högst i den gruppen som har både långdragen depression och uppförandestörningar. Åtstörningarna återfinns bland depressionerna, posttraumatiska stressyndrom bland de långdragna depressionerna och ångesten är som störst i de här sämst ställda grupperna, som jag skulle vilja kalla dem. Missbruket finner vi i beteendestörningsgruppen. Könsidentitetsproblemen i båda dessa grupper.

Hypomanin är störst i den grupp som har beteendestörningar, vilket är ett viktigt hälsoproblem, därför att de här ungdomarna kommer ofta till Socialtjänsten i stället för till psykiatrin. De får aldrig rätt diagnos på sin bipolära sjukdom. Det här har man lyft fram i barnpsykiatriutredningen, att de här ungdomarna, som kommer till de så kallade paragraf tolvehemmen, blir inte undersökta psykiatriskt, men man påpekade i utredningen att de bör få en sådan undersökning.

Ett avsnitt i undersökningen benämnde jag "Stress i livet". Här har ungdomarna fått fylla i livshändelser, och jag har sedan gjort parvisa jämförelser mellan en deprimerad ungdom och en frisk kontroll. Det visar sig att den deprimerade har upplevt fler påfrestande livshändelser. De som har en depression plus beteendestörning har haft flest påfrestande livshändelser. Sedan kommer en ny diagnos, ODD, *Oppositional Defiant Disorder*, det är Trotssyndrom på svenska. Även grupperna med Double Depression, de långdragna depressionerna, dystymierna och de med *Major Depression*, egentlig depression - alla grupperna med psykiatrisk diagnos har upplevt betydligt mera påfrestningar än de friska kontrollungdomarna. Värst har det varit för de beteendestörda.

Ungdomarna undersöktes också med ett instrument som mäter socialt nätverk. Här står variabeln ABSI för *Availability of Social Interaction*, det vill säga tillgängligheten hos det vidare sociala nätverket. ADSI: hur väl man tycker nätverket fungerar. AVAT: tillgång till det nära, förtroende-

fulla nätverket och om den tillfrågade har personer att anförtro sig till och ADAT står för hur pass nöjda de är med det nära nätverket.

Det är tydlig skillnad mellan de här kategorierna utom vad gäller AVAT, tillgång till nära nätverk. Det finns en risk att det här är fel därför att det var färre frågor på den variabeln. Det väckte ju en undran under studiens gång: varför är det så att ungdomarna uppger att de har närstående medan de ändå är mindre nöjda med sitt nätverk. Av det skälet tittade jag närmare på hur de uppfattade sitt familjeklimat.

De som bara har en kortare egentlig depression, *Major Depression*, det är de som inte varit deprimerade under större delen av året utan verkar ligga på en depressionsepisod sista året som inte gått över halvåret - dessa skiljer sig egentligen inte på den här variabeln jämfört med sina kontroller. I stället förefaller det vara de här långdragna tillstånden där det är klar skillnad i socialt nätverk.

Familjeklimatet har mätts med frågor ur KPRS, *Karolinska Personality Rating Scale*; Karolinskas personlighetskala. Ur den skalan tog jag helt fräckt sex frågor som handlade om hur den tillfrågade uppfattade sin ursprungsfamilj. Här ser vi, att det framträder klara skillnader mellan diagnosgrupperna. De beteendestörda uppfattar sitt familjeklimat mycket sämre, medan de som har haft en kortare episod av depression inte skiljer sig från sina kontroller. Här kommer igen det här, som tidigare tagits upp, att vi behöver arbeta mer med ungdomarnas nätverk.

Diskussion

Fråga: Hur var det med självmordsförsök i ditt material?

Gunilla Olsson:

Av de 284 som skattade höga poäng på depressionsskalorna, intervjuade vi 251. Av dessa uppgav 75 att de gjort självmordsförsök. Den gruppen var samtidigt den som låg sämst till i kombinationen livsstress, socialt nätverk och också familjeklimat.

20 av dessa 75 har någon form av missbruk och 29 har diagnosen beteendestörning, så vi vet att de här självmordsförsöken ligger, precis som i internationell litteratur, hos den här mest problematiska gruppen med kombinationen långdragen depression och beteendestörning som lätt går till missbruk. Det är ett stort arbete att försöka nå dessa ungdomar. Där måste vi i barnpsykiatrin nå dem, för sedan är det för sent.

Tabell 1. Frekvenser av psykiatriska tilläggsdiagnoser hos elever med depressionstecken.		Tabell 2. Antal suicidförsök efter kön och depressions-, missbruks- och conduct disorder (beteendestörning) diagnoser.					
Epidemiologi diagnostisk intervju 251/284 elever med depressionstecken (12.35) (88% deltagande)		Epidemiologi suicidförsök					
	Flickor %	Pojkar %	Totalt %	Flickor	Pojkar	Totalt	
MDD under senaste året	8.9	2.3	5.8	Enligt screening	7.4%	2.5%	5.4%
duration > 6 mån	6.7	1.7	4.6	Antal elever	91	27	118
duration < 6 mån	2.2	0.6	1.2	däruv intervjuade	88	24	102
MDD tidigare+dysthymi	1.8	0.4	1.2	Vidhåll suicidförsök	4.7%	1.6%	3.3%
Dysthymi	1.4	0.7	1.1	Antal elever	58	17	75
				Depressionsdiagnos	50	16	66
				Missbruk alkohol	15	5	20
				CD	19	10	29

MDD = Major Depressive Disorder = Egentlig depression
Dysthymi = Neurotisk depression med långvarig varaktighet (>6 mån)
CD = Conduct Disorder = Beteendestörning

Tabell 3. Samsjuklighet hos deprimerade och kontrollpersoner.
(%)

Diagnos som barn	Depr.	Kontr.
ADHD	15	0.5
Ångestdiagnos	53	16.0
Comorbiditet som tonåring		
CD	24	4
Ångestdiagnos	41	3
Missbruk	9	1
Hypomani	16	0.5

Tabell 4. Samsjuklighet för vissa sjukdomsgrupper.
(%)

	DD+CD	DD	MDD	Dyst.	Kontr
Ångest	44	47	24	36	3
OCD	28	36	12	16	5
PTSD	8	9	3	-	-
Åtstörning	5	5	6	-	-
Missbruk	26	4	-	-	1
Könsidentitet	5	6	-	-	-
Hypomani	31	15	9	4	0.5

ADHD = Attention Deficit and Hyperactivity Disorder = Uppmärksamhets- och hyperaktivitetsstörning

OCD = Obsessive Compulsive Disorder = tvångsneuros

PTSD = Post Traumatic Stress Disorder = posttraumatiskt stressyndrom

DD = Depressive Disorder = Depressiv beteendestörning

MDD = Major Depressive Disorder = Egentlig depression

Dyst = Dystymi = Neurotisk depression med långvarig varaktighet

Comorbiditet = Samsjuklighet

CD = Conduct Disorder = Beteendestörning

4. Men ingen älskar mig. En deskriptiv studie av självmord i Norrland

Lennart Gustafsson, överläkare i psykiatri, med. dr, Psykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset i Umeå

Bakgrunden till min undersökning utgörs av två olika material, dels fullbordade självmord i Västerbotten, 100 fall under drygt två år. Här har vi väldigt god uppföljning med obduktion. Jag tror det bara var ett självmord som inte gick till obduktion. Jag intervjuade de anhöriga till den som gått bort i självmord, och det blev lite fler intervjuer, 109, än de fall som slutligen senare blev klassificerade som självmord. I ett fall gick det inte att genomföra intervjun.

Det andra materialet utgörs av en studie av 16 mord, följda av självmord, begångna i hela Norrland. Sedan har jag då studier av journalmaterial. Sedan har jag då min bakgrund, min erfarenhet som psykiater och som människa, som vi alla har, plus ett antal teorier som man fått med sig genom livet, och som påverkar väldigt mycket.

Ett ständigt återkommande tema bland de här 116 självmorden jag studerade, var ett mer eller mindre tydligt separationshot, eller att en redan genomgången separation ej var avslutad fysiskt eller mentalt, och att dessa separationer i flertalet fall genom utsagor eller genom brev gick att knyta till självmordshandlingen. I de fall tidigare separationer kunde dokumenteras hade även dessa varit förenade med suicidalt beteende eller andra tecken på svårigheter att hantera en sådan situation. Men separationer, de utgör ju en viktig del av människans livsvillkor. I stort sätt alla människor drabbas, förr eller senare, utan att de för den skull tar livet av sig. Antagandet att de som gör det är särskilt separationskänsliga skulle då kunna förklara varför alla inte gör det. Man skulle väl kunna tänka sig, att en sådan separationskänslighet antingen ingår som en personlighetsfaktor eller har förvärvats genom traumatiska upplevelser, eller båda dessa förhållanden.

Personer med den här vulnerabiliteten och känsligheten kan antas helt undvika separationer med hjälp av olika administrativa sätt att behärska dem - det såg jag många olika prov på. Om de är, eller blir, psykiskt eller fysiskt sjuka, till exempel deprimerade, eller om de har komplicerande personlighetsdrag och/ eller börjar missbruka alkohol eller andra droger,

beskärs deras handlingsutrymme, och de blir mer utlämnade åt omgivningens förståelse eller barmhärtighet; psykosociala faktorer.

Folkhälsoperspektiv: allt som görs för att förhindra sjukdom, för att öka människors handlingsrepertoar borde förebygga självmord, liksom ett varmt samhällsklimat med individen i centrum. Intressant i detta sammanhang är att många av dem som tog sitt liv verkade besitta dessa i detta sammanhang värdefulla egenskaper. De beskrevs ofta som snälla och hjälpsamma personer, som var känsliga för andra människors behov, om inte alltid för de allra närmaste som de ibland syntes vara lika krävande emot som mot sig själva. Man hjälpte hellre grannen än sin egen familj och tycktes glömma de mest närståendes behov.

De här individerna besatt ofta sådana egenskaper som samhället prisar - altruism, förmåga att tillgodose andras behov, personlig offervilja. Låt vara att det bakom sannolikt låg ett egoistiskt behov att bli accepterad, att bli älskad och godkänd, att få lov att finnas till. Dessa beteenden var tillräckligt tydliga för att väcka frågan, om de inte har ett överlevnadsvärde, om inte för den enskilde individen så dock för den grupp som han eller hon tillhör.

För vissa personer syntes just de här personlighetsdragen ha blivit så uttalade, att de ställde alltför stora krav på individens anpassningsförmåga. För andra var de inte mer uttalade än att de ställde till problem i mer extrema livssituationer.

Om nu det här resonemanget som jag för har fog för sig, så innebär det, att personer som tar sitt liv är bärare av för samhället positiva egenskaper, egenskaper som inte är ett resultat av sjukdom eller missbruk utan som kanske rentav motverkar sådana förhållanden, fortfarande på gruppnivå.

Att dessa i grunden goda egenskaper ibland bidrar till att självmord inträffar är naturligtvis ett folkhälsoproblem, inte minst på grund av det lidande de efterlevande drabbas av. Vi är därför skyldiga att försöka hjälpa och skydda de människor som har svårt att balansera dessa behov, oavsett om de uppträder som hjälpare eller hjälpbehövande. Vem i en självmordshotad grupp eller familj som till slut tar sitt liv kan ibland komma som en total överraskning för de inblandade. Alla i en sådan grupp har behov av stöd, även den vårdpersonal som ingår.

Att ibland tvingas uppleva att ett livsproblem utvecklas därhän att man inte längre orkar mobilisera känslor och stöd som man inom citat "inser" är av avgörande betydelse för en annan människa, en människa som man dessutom ofta stått mycket nära, innebär i sig ett stort lidande. Det är dessutom så en ibland svårhanterlig skuldkänsla uppkommer, ibland också förknippat med ett behov att skuldbelägga andra, ibland från psykiatrins sida, och vice versa, något som inte bidrar till att lösa problemen.

Om ingen människa hade behov av någon annans närhet, tror jag inte några självmord skulle inträffa. Men hur många av oss skulle vilja leva i ett sådant samhälle? Vore överhuvudtaget en samhällsbildning möjlig med sådana förutsättningar? De känslor och behov som i extrema fall bidrar till att självmord inträffar, medverkar förmodligen i en oerhört mycket större omfattning till en god folkhälsa.

Tror jag.

Diskussion

Fråga: Hur har du kommit fram till en sådan här insikt?

Lennart Gustafsson:

Det blir väldigt mycket sjukdom, självmord och sjukdom, som man för ihop här, och jag vill se dem som lite skilda saker. Det är inte sjukdomarna i sig som leder till självmord, utan det är de här andra faktorerna som kommer till. Det är här vi allihopa blir så viktiga.

Det har tagit lång tid för mig att komma fram till det här. Min avhandling har tagit lång tid, mycket funderande och tvekan innan jag vågat säga det här.

5. Persons who Attempt Suicide - Social Characteristics, Social Network and Significant Others

*Ulla Magne Ingvar, socionom, med. dr., Psykiatriska kliniken,
Lunds Universitetssjukhus*

Vi har undersökt den sociala situationen och det sociala nätverket hos patienter, som blivit inlagda på en psykiatrisk klinik efter ett självmordsförsök. Vi har också undersökt de närståendes situation och om man kan få ytterligare information och ett bredare perspektiv på patientens situation genom samtala med närstående.

De patienten närstående har kontaktats vid två tillfällen, först i samband med den akuta psykiatriska konsultbedömningen direkt efter självmordsförsöket och sedan ytterligare en gång efter ett år. Ungefär hälften av de patienter som bedöms vid akutsituationer i Lund blir inlagda på en psykiatrisk avdelning, företrädesvis på vår specialavdelning för affektiva sjukdomar och suicidprevention. Genom semistrukturerade intervjuer respektive självskattningsformulär har vi undersökt den sociala situationen och det sociala nätverket hos dessa avdelningspatienter.

Vi fann, att en tredjedel av patienterna var gifta eller sammanboende, men vid närmare penetration så framkom, att av dessa så hade nästan två tredjedelar långvariga relationsproblem och var i behov av parsamtal.

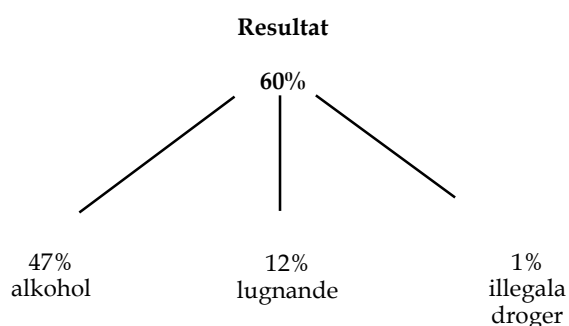
Vidare hade cirka 70 procent av patienterna arbete, eller studerade, men mer än hälften av dessa hade så omfattande problem i denna situation, att de behövde kuratorsinsats. Samtliga patienter hade en psykiatrisk diagnos och majoriteten, 68 procent, hade dessutom en personlighetsstörning.

Suicidförsökare skattade vidare sitt sociala nätverk med hjälp av en skattningsskala, ISSI, Interview Schedule for Social Interaction. Det framkom, att dessa individers sociala stöd var betydligt sämre än det man funnit hos friska personer. Patienter med diagnosen dystymi och patienter med diagnosen personlighetsstörning rapporterade sämre socialt stöd än patienter med egentlig depression eller anpassningsstörning. Det är med andra ord angeläget att göra en noggrann social anamnes för att kunna erbjuda rätt stöd efter ett självmordsförsök.

Vidare frågade vi 126 inlagda patienter om deras uppfattning om sin konsumtion av alkohol, tabletter och narkotika (Bild 1). Det visade sig då,

att 60 procent enligt egen uppfattning överkonsumerat dessa medel. Vanligast var överkonsumtion av alkohol (47 procent) som en mindre andel hade kombinerat med lugnande tabletter.

Bild 1. Antal överkonsumerande bland suicidförsökspatienter (N=75/126).



12 procent hade överkonsumerat enbart lugnande mediciner. Alla utom en av dessa var kvinnor. Endast någon person rapporterade att de använt narkotika.

I jämförelse med icke-överkonsumenter hade överkonsumenter oftare gjort självmordsförsök, de hade oftare fäder som behandlats för psykiska sjukdomar (vanligast här var att ha blivit behandlad för alkoholism).

Överkonsumenter av alkohol var yngre, var mindre ofta gifta eller sambo och hade ett sämre socialt nätverk.

Vi undersökte också patienternas personlighetskaraktäristika, inklusive temperament, och om det var relaterat till huruvida deras föräldrar hade behandlats för psykisk sjukdom, och/eller visat självmordsbeteende. Hälften av patienterna rapporterade att deras mor, far eller båda hade behandlats för psykisk sjukdom och/eller hade gjort ett självmordsförsök/suiciderat (9 procent). Dessa patienter var, i jämförelse med andra patienter, yngre; hade ofta själva blivit behandlade inom psykiatri tidigare, de hade oftare diagnosen dystymi och de hade mer sällan en anpassningsstörning. Temperamentsmässigt visade denna grupp en högre ångestbenägenhet och sämre anpassning till ett socialt sammanhang. Detta även efter statistisk kontroll för diagnostiska skillnader.

De resultat jag hittills rapporterat gäller alltså patienter inneliggande efter ett suicidförsök. Vi har också intresserat oss för de personer som är närstående till de patienter som kommit in akut till sjukhuset efter ett självmordsförsök. Vi tog alltså kontakt med den person som patienten i den akuta situationen uppgav som sin närmsta anhörig och som vi tilläts prata med. Vi fick också prata med de flesta närstående. Av 85 patienter var det bara fyra som inte ville, att vi samtalade med deras närstående, och av dessa var det två som sade att de inte hade några närstående, så egentligen var det bara två som inte gav tillstånd.

Vårt syfte med att kontakta de närstående var att få information om patientens situation men också höra om de närståendes egen situation och eventuella behov av stöd.

Vi fann, att närstående tillför värdefull information över patientens problembild och även över tidigare självmordsförsök, uppgifter som varken patienten själv uppgivit eller som var tidigare kända genom patientens journal. Patienten bekräftade dock dessa uppgifter när vi frågade honom eller henne efteråt.

Många anhöriga berättade att de hade stöttat patienten såväl psykologiskt som praktiskt, vilket hälften fann betungande. I samband med patientens självmordsförsök uttryckte hälften av de anhöriga att de själva behövde stöd med hjälp av gemensamma samtal tillsammans med patienten. En tredjedel av de närstående önskade eget, individuellt stöd.

Anhöriga var vidare mycket positiva att vi tog kontakt med dem vid det här tillfället.

Efter ett år tog vi återigen kontakt med de närstående. Så gott som samtliga kunde nås för en uppföljningsintervju; 93 procent. 44 procent av dessa närstående utgjordes av föräldrar, ungefär en fjärdedel var partners och den sista dryga fjärdedelen bestod av andra närstående - barn, syskon och en och annan vän.

Vid den här uppföljningen rapporterade de närstående att 63 procent av patienterna hade psykiska problem efter självmordsförsöket och att 80 procent hade andra problem, företrädesvis relationsproblem. De flesta anhöriga hade känt oro för att patienten skulle göra sig själv illa under året som gått, vilket naturligtvis hade varit pressande för dem. Många av de närstående bar fortfarande på obesvarade frågor om självmords-

försöket. Hälften meddelade att de ej kunnat beröra detta ämne med patienten.

De flesta anhöriga hade inte blivit informerade om patientens situation eller blivit delaktiga i patientens vård. Det gällde både ineliggande och i ännu högre grad öppenvårdspatienter. En majoritet av de anhöriga hade velat bli involverade. Föräldrar, som utgjorde hälften av alla närstående i undersökningen, hade i mindre utsträckning tagits med i vården än partners. Anhöriga var också mer kritiska till vården än patienterna själva var.

Vi ställde också frågor om den närståendes egen hälsa, bland annat för att få en uppfattning om den anhöriges förmåga att utgöra ett stöd för patienten. Vi fann, att närståendes hälsa inte skilde sig från andra personers i befolkningen.

De anhöriga påpekade återigen efter ett år, att för att förstå och kunna handskas med situationen efter en partners, väns, släktings självmordsförsök, behövde och önskade man sig professionellt stöd. Hälften önskade sig stöd tillsammans med patienten och hälften önskade sig eget individuellt stöd, i vissa fall båda dessa alternativ.

Eftersom bakgrunden till suicidal handlande är multifaktoriellt finns det ett flertal förhållanden att beakta vid ett självmordsförsök. Genom den sociala utredningen och i kombination med andra utredningar har vi funnit socialt utsatta grupper. Vi har pekat på överkonsumenter av alkohol, patienter med diagnosen dystymi och patienter vars föräldrar behandlats för psykisk sjukdom eller för självmordsförsök. Dessa grupper sociala förhållanden behöver uppmärksammas och sociala interventioner är då viktiga. Vi vet att socialt stöd kan lindra stress när vi har det besvärligt. Vi och andra har visat att den här gruppen har ett mycket skört socialt stödnät. Det är därför desto viktigare vid utredning och behandling att ta tillvara den eller de personer som finns i patientens nätverk.

Sammanfattningsvis: från vår studie har vi sett att de närstående tillförde viktig information vid bedömningen av patienten och att därigenom kunde vi få en bredare bild av patientens situation. De närstående behövde själva få information och de önskade själva involveras i behandlingen. De framhöll också att de behövde stöd för egen del, såväl enskilt som tillsammans med patienten.

6. Självmordsbeteende i relation till födelseårs- tiden: neurobiologiska och epidemiologiska studier

Jayanti Chotai, överläkare, psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

En viktig målsättning inom självmordsprevention är att identifiera och studera de komplexa riskfaktorerna för att komma fram till lämpliga och effektiva åtgärder på olika nivåer. Det föreligger en växelverkan mellan samhällsstruktur, individens närmiljö och individens personliga förhållanden. I självmordsprocessen ingår ett samspel mellan självmordsmetodens tillgänglighet (*availability*), dess acceptans för individen (*acceptability*) samt metodens farlighet (*lethality*). Acceptansen beror dels på normerna i samhället (exempelvis ökade självmord genom hängning i England efter avskaffandet 1965 av dödsstraff genom hängning), och dels på individens sociodemografiska omständigheter (kön, ålder, civilstånd, boendeort, med mera). Metodens farlighet avgör utgången av självmordsförsöket.

Självmordsforskning omfattar studier på olika nivåer.

Genom ekologiska studier undersöker man en eventuell samvariation i samhället eller i samhällsgrupper mellan självmord och dess riskfaktorer (exempelvis tillgängligheten av skjutvapen eller av fordon med avgaser, förskrivning av läkemedel, förekomsten av självmordsförsök).

I registerstudier har man tillgång till flera sociodemografiska och andra variabler för enskilda individer, vilket gör det möjligt att studera självmordsaspekter även på individnivå.

Studier med psykologisk obduktion (*psychological autopsy*) omfattar intervjuer med självmordsoffrets anhöriga och närstående samt en genomgång av utredningar för att få reda på de omständigheter som oftast inte finns registrerade kring ett självmord. Exempel på dessa är offrets personliga egenskaper, självmordssignaler, svåra separationer eller andra stressfaktorer som kan ha bidragit till självmordsprocessen.

Slutligen ger studier av djupintervjuer och behandlingsförsök med överlevande efter självmordsförsök information som bidrar till utvecklandet av effektivare strategier för självmordsprevention.

I min avhandling genomförs först en multivariat statistisk analys med användande av registret över alla fullbordade självmord i Västerbotten mellan 1952 och 1993 (1466 individer) för att relatera självmordsmetoder till sociodemografiska variabler. Resultatet framgår av Tabell 1, där även födelseårstiden visade ett samband. Personer födda under vår-vintern (januari-april) valde oftare hängning snarare än förgiftning/avgaser, och tvärtom för personer födda under hösten (september-december).

En oberoende studie med 241 patienter i Stockholm, som hade förstärknings-, ångest- eller anpassningsstörningar visade, att de födda under vår-vinter hade signifikant lägre nivåer av 5-HIAA (*5-Hydroxy Indol Acetic Acid*, 5-hydroxy indol ättiksyra, en nedbrytningsprodukt från transmittorsubstansen serotonin) i cerebrospinalvätskan, ryggradsvätskan.

De som var födda under hösten hade högre nivåer av 5-HIAA och av HVA (*Homo Vanillic Acid*, homovanillinsyra; en nedbrytningsprodukt från transmittorn dopamin) (Tabell 1). Individer med lägre nivåer av 5-HIAA är sedan tidigare kända för att i genomsnitt ha mera av impulsivitet och aggressivitet samt använda sig av "våldsammare" metoder vid självmord.

Tabell 2 visar andelen självmord genom hängning respektive förgiftning/avgaser per födelsemånad för Västerbotten-registret. Vid en jämförelse med Tabell 1 verkar det som om dessa självmordsoffer som grupp skulle haft en liknande variation i 5-HIAA och i HVA. Som framgår av Tabell 2 fanns det inte någon signifikant variation för de övriga självmordsmetoderna i relation till födelseårstiden.

Tabell 1. Självordsmetod i relation till sociodemografiska variabler erhållna genom multipel regressionsanalys i registret över alla fullbordade självmord 1952-1993.

	Föredrogs mest av kategori till vänster	Ingen signifikant skillnad	Föredrogs mest av kategori till höger
Kvinnor	Drunkning Intoxikation	Hängning	Skjutvapen Kolmonoxid-förgiftning
Ålder under 45 år	Kolmonoxid-förgiftning	Hängning Intoxikation Skjutvapen	Drunkning
Boenderegion i stad	Intoxikation Drunkning Kolmonoxid-förgiftning	Hängning	Skjutvapen
Ogift	Drunkning Intoxikation	Skjutvapen	Kolmonoxid-förgiftning Hängning
Senaste åren	Kolmonoxid-förgiftning Intoxikation	Drunkning	Skjutvapen Hängning
Självord runt sommaren	Drunkning	Hängning Intoxikation Skjutvapen Kolmonoxid-förgiftning	Självord under resten av året
Födelseårstid sept - dec	Intoxikation Kolmonoxid-förgiftning	Skjutvapen Drunkning	Födelseårstid jan - april

Tabell 2. Fördelning av självmordsmetoder efter födelseårstid för alla 1466 självmorden 1952-1993 i Västerbotten.

Självmordsmetod	Födelseårstid		
	Jan-Mar	Sept-Nov	Rest
Hängning	38% (143)	25% (90)	31% (233)
Förgiftning eller gas	25% (94)	37% (126)	31% (232)
Skjutvapen	15% (55)	19% (63)	19% (143)
Drunkning	10% (37)	7% (23)	10% (73)
Övrigt	12% (43)	11% (39)	9% (72)
Totalt	100% (372)	100% (341)	100% (753)

För en del av registret (alla fullbordade självmord under 1961-1980, 693 individer) hade vi information om vilka som någon gång hade haft kontakt med psykiatrisk vård. När vi undersökte, var för sig, de två grupperna med eller utan någon psykiatrisk kontakt, fann vi att bara i gruppen utan psykiatrisk kontakt valde männen signifikant oftare hängning och kvinnorna oftare förgiftning/avgaser; den andra gruppen visade inte denna könsskillnad. Det ovannämnda sambandet mellan självmordsmetoden och födelseårstiden fanns likaledes bara i gruppen utan psykiatrisk kontakt.

Således förefaller det som att i gruppen med psykiatrisk kontakt det föreligger en utjämningstendens, ingen signifikant skillnad mellan könen eller skillnad relaterat till födelseårstiden, vad gäller självmordsmetoden. Från tidigare studier vet vi emellertid, att mer än 90 procent av alla självmordsoffer brukar ha en diagnostiserbar psykisk åkomma vid tiden för sitt självmord, även om cirka hälften av självmordsoffren inte haft kontakt med psykiatri.

Då sambandet med födelseårstiden bara förelåg i gruppen utan någon psykiatrisk kontakt, vet vi inte om detta återspeglar en skillnad i typ och svårighetsgrad av psykisk åkomma mellan de båda grupperna, eller om det beror på en eventuell utjämnande effekt av psykiatrisk behandling.

Ett växande antal arbeten i litteraturen tyder på att benägenheten för självmordsbeteende innehåller ett självständigt karaktärsdrag ("suicidality trait") som kan förekomma oberoende av eventuellt samtidigt förekommande psykiatriska diagnoser. Detta karaktärsdrag skulle till stor del

vara reglerat av det serotoninerga systemet. Resultaten i min avhandling tyder på att det serotoninerga systemet skulle ha ett samband med födelseårstiden, och att detta i sin tur på något sätt skulle ge en variation enligt födelseårstid vad gäller självmordsbeteendet och därmed påverka valet av självmordsmetoden.

I min avhandling undersöker jag även relationen mellan ovannämnda nivåer i cerebrospinalvätskan, födelseårstiden, och de fem sektionerna i DIB (*Diagnostic Interview for Borderline Patients*). Dessa sektioner benämns social anpassning, impulshandlingar, affekter, psykosdrag respektive mellanmännsliga relationer. Sektionen för impulshandlingar visade på ett svårtolkat sätt ett samband med födelseårstiden och cerebrospinalvätskans nivåer, vilket dock är möjligt att förena med ovanstående resonemang.

SJÄLVMORDET SOM SYMBOL FÖR DEN YTTERSTA FRIHETEN

1. Några humanistiska perspektiv

Jan Beskow, professor emeritus, Göteborg

Humanistiska perspektiv - det innebär att ansluta sig till en åtminstone 500-årig tanketradition, som hävdar människans möjligheter att inom vissa gränser *bilda* eller *konstruera* sig själv. Jag avser dock inte att berätta om nya forskningsrön utan i stället ge några perspektiv på självmordsprevention utifrån i mig integrerade kunskaper. De är hämtade från historia, språkforskning och systemteori.

Självmordspreventionen står på två ben. Igenkännande och behandling av psykisk störning är det ena. Om detta finns mycket kunskap, utarbetade riktlinjer och kvalitetshöjande åtgärder.

Men de medicinska åtgärderna vid psykisk störning - att bota och lindra - är bara halva jobbet. Sjukdomen måste också hanteras. Och under det arbetet uppträder ofta existentiell vånda. Det framgår fint av Ann-Britt Fernströms dikt här nedan Människor som möter självmordsnära människor måste vara förberedda på det.

Att komma ut på andra sidan

Augusti 1989.

När livstråden blir tunn och skör

Krävs mycken tid

Och stort tålamod

Att väva den

Till ett mönster.

Februari 1990.

Jag bor i min ångest.

Ger jag den ord

Bränner jag mig till döds.

November 1990.

Ångestspindeln väver

*Allt tätare sitt nät
Ikring mig.
Avvärijande rörelse.
Nätet blir inte ens vackert.
Allt slutar i kaos.*

*November 1991.
I gryningen städar jag upp
Efter
Nattens irrfärder.
Ordningen är återställd.*

*April 1992.
I natt släppte jag ut
den instängda fågeln.
Länge hade den
flaxat och hackat
för att bli fri.*

*September 1992.
När fågeln lyfter
Skils den från sin skugga
Ann-Britt Fernström*

Att möta självmordsnära patienter i existentiell nöd är självmordspreventionens andra ben. Det nationella programmet för självmordsprevention uppmanar var och en att tala om liv, död och självmord med anhöriga, arbetskamrater och patienter. Utveckling av kunskaper och stöd i existentiella frågor bör ingå som del i suicidpreventionen.

Självmod och frihet

Den traditionella synen på självmord är att det är modigt och lovvärt eller också fegt och klandervärt. Friska människor upplever inte sällan självmord som något positivt, en möjlig kontroll även om livet skulle bli outhärdligt. För den som verkligen är självmordsnära ter det sig oftast annorlunda. Ofta är det en handling i depression, förtvivlan och förvirring, inte sällan under inflytande av alkohol. Att se självmord som modigt eller fegt är djupt historiskt förankrat.

Individuellt hjältemod

Oidipus' dotter Antigone har i Sofokles drama med samma namn trotsat sin morbror kung Kreons förbud och begravt sin bror Polyneikes som

fallit i strid under ett försök att intaga Thebe. Större delen av dramat upptas av en upprörd dialog, under vilken Antigone hävdar individens rätt medan Kreon försvarar nödvändigheten av statens makt. Antigone döms till döden genom att svälta ihjäl inmurad i en håla. Påverkad av den blinde siaren Teresias ändrar sig Kreon till sist. Gravkammaren öppnas, men Antigone har redan avslutat sin plåga genom hängning. I förtvivlan tar både hennes mor och hennes fästman sina liv. Gravkammarens ensamhet, kyla, depression, hopplöshet och ångest kan stå som metafor för den suicidala situationen. Självmordsförsöket kan ses som ett desperat försök att slå sig fri.

Stoas vise under romartiden strävade efter total kontroll över livet. I detta ingick också att begå självmord om lidandet blev för svårt. Seneca, stående i ett badkar med öppnade ådror, stödd av sina elever, är urtypen för detta. På 1600-talet spreds dessa tankar till höga svenska jurister och bidrog till en mer tolerant inställning till självmord.

Individuellt ansvar

“Kimai”, en 16-årig pojke på en ö i Stilla havet hade ett otillåtet förhållande med en kvinnlig kusin. Vid avslöjandet skändades han med ord, som en man i hans stam inte kunde tåla med bibehållen självaktning. Morgonen därpå hoppade han från en palm, iklädd sina bästa kläder och smycken. Och den japanska samuraj som tappat ansiktet kunde återvinna detta genom harakiri eller seppuku. Kaptenen som går under med sitt fartyg symboliserar något liknande. För dessa gäller att de tar sitt ansvar. Genom sin död förstärker de samhällets normer. Och länge berättas det om deras mod.

Kollektivt offer

Än tydligare står samhällets värden i centrum vid japanska eller islamska självmordsattacker. Det är ett folks frihet det gäller och inga offer är för stora. Belöningen väntar i ett kommande liv. Torgny Anderberg har också diskuterat om inte Jesus i själva verket begick självmord. Han visste att han skulle dö och hade kunnat fly. Men motivet var grandios: att av två mänsklighetens synder. Än ljuder det i våra psalmer: Han dog för mig!

Individuell flykt

Detta är det ofta fördömda fega självmordet, att ge upp livskampen, att kapitulera, med hänsyn bara till sig själv. Det ligger långt från den individuella heroismen. Oftast är det ett självmordsförsök under depression,

ångest, förvirring och rus. Alltför ofta blir det slumpen, som faller utslaget mellan liv och död, mellan självmordsförsök eller självmord.

Vår tids självmord

I den traditionellt polariserade synen på självmord står normer och kontroll i centrum. Detta synätt har vuxit fram i ett manligt strukturerat samhälle med betoning på ära och makt. I vår tids självmord (eller självmordsförsök) ljuder ekot av alla dessa former. Perspektivet är dock ett annat: den psykiska störningen, särskilt balansen mellan ångest och depression, är av utslagsgivande betydelse. Men bakom denna finns en speciell sårbarhet. Under kamp mot tunga bördor växer självmordet fram som en lösning, till sist som en nödvändighet. Vår tids självmord är ett individuellt flyktsjälvmord från en olidlig situation. Men det saknar inte heroiska inslag. Ofta, nästan jämt, är det föregånget av ett uppror, en kamp mot omöjliga livsförhållanden, ett desperat försök att hantera en svårförståelig situation.

En majdag på 1950-talet hörde jag Sara Lidman talar om *vår rätt att fly* när livet blev för omöjligt. Hon talade om fåglarnas rätt att flyga söderut inför vinterns hotande köld. I den andan vill jag försvara vår tids självmord. Det är ej främst ett feghetens självmord utan en uppgivenhetens självmord, uppgivenhet efter en modig men ofruktbar kamp i längtan efter frihet från allt som binder, från alla snärjande tankar, som hindrar människan att utvecklas till den hon känner att hon skulle kunna vara.

I boken *Finns bred vid mig* berättar Kristina Lorangér om sitt första självmord. Några sidor senare berättar hon om sitt andra självmord. Det kändes fel, självmord begår man bara en gång. Tills jag fattade att hon första gången försökte döda sin identitet för att bereda rum för en ny identitet, som innehöll mer av henne själv. Men det fungerade inte, så hon dödade sin identitet en andra gång. Sedan har hon långsamt tillfrisknat och kan nu leva utan mediciner, även om läget ibland känns labilt.

FLYKT - FRÅN VAD?

Språket är människans boning, sade Heidegger. Språket formar våra tankar och därmed vår identitet. Ibland formas tankarna till en kokong, som det är omöjligt att frigöra sig från: språket som fängelse.

Under 1900-talet har förståelsen av språket ökat betydligt. När dessa kunskapsvinster kom i praktiskt bruk främst inom olika vetenskaper, kallades det *the linguistic turn*, vändningen mot språket. Språket är det

som skiljer oss från djuren. Det är så rikt, ger upphov till sång och dikt. Och ändå så torftigt. Det vet var och en som velat berätta om sina finaste upplevelser, en konsert, en film, ett möte med en annan människa. Det är som något försvinner inom oss när vi berättar det.

Utanför oss finns en ständig virvel av händelser. Vi tar in miljontals intryck. Men hinner bara bearbeta ett fåtal. Inom oss finns också en ständig virvel av bilder, föreställningar, känslor, handlingsberedskaper. Bara lite av det når vårt medvetande i form av upplevelser. En ännu mindre del kan vi sätta ord på och därmed omvandla till erfarenheter. Av många episodiska erfarenheter blir det en berättelse. Småningom vårt livs berättelse. Det är vår identitet, men samtidigt de erfarenheter med vilka vi möter nya påfrestningar.

Men hela tiden handlar det om kraftiga reduktioner av verkligheten omkring oss och i oss. Många har heller inte ro att under ungdomen utveckla ett precist språk. Det är därför inte underligt att språket som medel att förstå och hantera problemen haltar väsentligt för så många. Att de snärjer in sig i sitt språk, att det blir ett fängelse i stället för en väg ut.

Orden är bara överenskommelser, koder, som i sin tur är bärare av mening. Och denna mening växer ur sammanhanget. Därför är det vi som väljer, vi som konstruerar våra berättelser. Verkligheten kan ses ur många lika berättigade perspektiv med olika funktioner. Uppfattningen att det bara finns en verklighet, och det är min, försvårar förståelsen av andra grupper med andra språk.

Förtingligandets skadeverkningar

Ett beslut inom den framgångsrika naturvetenskapen, som gav många vinster, men också gav upphov till stora svårigheter, var när man bestämde sig för att tankar, känslor, inre bilder också kan behandlas som ting, ja, att de egentligen är ting. Man glömde då att sådana *fenomen* till sin natur är *bärare av information*, att de är *kommunikation*. Och de kommer i en snabb virvel inne i mig. Om jag låser fast enskilda delar av det, som vore det ett dött ting, missar jag snabbheten, missar jag den djupare innebörden.

Ett sådant ting-tänknade eller *förtingligande* sätter sig fast i språket och utövar ett stort och inte alltid beaktat inflytande. Ta ordet *depression* som exempel. Vi säger: "Jag glädjer mig" - inför en konferens, en fest. Men vi säger aldrig "Jag deprimerar mig." Vilket vi naturligtvis gör. Jag kan glädja

mig eller inte glädja mig åt något som kan bli roligt. Jag har ett val. På samma sätt kan jag förstås deprimera mig eller inte deprimera mig, inför något som jag inte förstår. Det finns en vardagsoro och en vardagsnedstämdhet, som vi måste förstå om vi ska förstå den sjukliga, den patologiska oron och nedstämdheten. Kanske bör vi kalla dem oro och nedstämdhet, inte ångest och depression, för att skilja dem från de sjukliga fenomenen. Således: att stämma ner sig eller att inte stämma ner sig.

När läkaren säger: "Du har fått en depression!" precis som "Du har fått en snuva" - något som har kommit flygande på en utifrån - då slutar patienten att uppfatta depressionen/nedstämdheten som ett budskap från henne själv till henne själv, något hon kan arbeta med och få ut något ur. Ser man inte kopplingen mellan normal och patologisk nedstämdhet riskerar man att den nödvändiga kommunikationen går förlorad. Det kan vara svårt om man som läkare är helt inställd på sjukdomar. Det kan vara lättare för vanliga människor.

Jag talade häromdagen med en uppsatt tjänsteman. Han var helt medveten om att han då och då hade vardagsdepressioner, på samma sätt som han också då och då hade vardagsångest. Jag frågade: "När blir du deprimerad?" Han svarade: "*Det är när jag inte förstår något, när jag inte ser sammanhanget.* Exempelvis när någon talar illa om mig, utan att jag förstår varför." Detta pekar direkt mot nedstämdhetens betydelse för problemlösningen. Jämför gärna med Antonowskys betoning av sammanhang och mening för människors hälsa.

När vi försökt lösa ett obegripligt problem genom att tala med människor och genom att själva tänka allt vi förmår, och det ändå inte går, då skärmar vi av oss från omvärlden, då går vi in i oss själva. Problemet mal därinne, och håller oss vakna på kvällar och tidiga morgnar. Och så, plötsligt, är lösningen där. Något vi bör göra för att hantera problemet. Eller det bara är borta, genom att vi, kanske helt omedvetet, ändrat inställning till det, genom att förstå det på ett djupare sätt, eller helt enkelt genom att ge upp, att inse att våra förväntningar var orealistiska.

Psykosvård

Ett glädjande framsteg inom psykiatrin är den successivt förbättrade vården av människor med psykos, särskilt schizofreni. I mitten av 1950-talet utvecklades Hibernal, det första i en serie av läkemedel, *neuroleptika*. Dessa läkemedel gav en aldrig tidigare skådad symtomkontroll. De sjuka

kunde återfå större funktionsförmåga än tidigare varit möjligt. Och småningom kunde mentalsjukhusen avvecklas.

Men psykiaterna gjorde ett misstag. Karl Jaspers konstaterade tidigt att psykosen var *obegriplig* och därför något för sig, skilt från andra fenomen. Tillkomsten av neuroleptika underströk detta än mer. Nu behövde man inte prata med dessa obegripliga människor, man hade ju tekniken, som kunde, om inte bota, så ändå lindra. Men det fungerade inte - och mycket lidande skapades för dessa människor, som redan lidit nog.

Med neurofysiologins framsteg har vi förstått att sjukdomen, eller sjukdomssymtomen, för det är snarare flera olika sjukdomar, grundar sig på brister i hjärnfunktionen. Men då blir inte bara behandlingen av skadan viktig, utan också hur skadan hanteras, hur den sjuke lyckas hantera sin sjukdom. Hur han kan utveckla sig själv trots sitt handikapp.

Först under 1990-talet har man börjat praktisera den nya kunskapen, att om man lär sig de schizofrenas symbolspråk, blir deras reaktioner fullt begripliga mot bakgrunden av deras sårbarhet. Som Johan Cullberg uttryckte det under ett seminarium häromdagen: Människor med psykoser genomlever tre kriser. Den utlösande krisen kan vara liten ur ett normalperspektiv men stor i relation till dessa människors sårbarhet. Sedan kommer en andra kris: detta skrämmande att vara galen, att inte längre kunna greppa tillvaron. Och så till sist krisen att läggas in på en traditionell vårdavdelning, och kanske mötas av personal, som inte förstår detta. Till detta kommer en fjärde kris, när man skrivs ut till samhället och ensamhet. Den blir ibland dödande.

Om vården däremot försöker finnas till hands redan under den första krisen, kan man avvärja de två andra. Terapeuten kan lära av den sjuke och hans anhöriga vad sjukdomen innebär för just dem och själv kan hon lära dem vad hon vet om exempelvis sjukdomens samband med olika typer av kriser och det stöd neuroleptika i liten dos ibland kan ge. Med en sådan satsning kan antalet resttillstånd minska, de resttillstånd som samhället nu själv producerar, som är ett led i *samhällets lidandesproduktion* - en term som jag fått från den norske suicidforskaren Yngve Hammerlin. U-länderna har ungefär samma frekvens av schizofreni som Västerlandet. Men konsekvenserna i livshaverier och död blir där inte alls så stora. Kunde vi nå deras höga standard på detta område vore mycket vunnet och en viktig suicidpreventiv insats.

Depressionsvård

De senaste åren har givit oss nya kunskaper om depressioner och depressionsbehandling. Nya antidepressiva med färre biverkningar visar sig ha goda behandlingsresultat. Vetenskapliga resultat styrker effektiviteten av kognitiv psykoterapi. Det är värt besväret att ställa frågan om inte problemet med depressioner ofta har vissa likheter med psykoserna? Att också de deprimerade har en grundläggande sårbarhet, som gör att deras vardagsnedstämdhet inte alltid räcker till för att lösa problemen, den blir ofruktbar. Många av dessa människor har starka livskrafter. Depressionsbehandling blir att med olika metoder röja undan hinder för deras egen *självreglerande växtkraft*. Men alltför sällan får de detta stöd, som också är ett stöd att utveckla sin förmåga att lyssna till och hantera sina depressioner. Därför kommer depressionerna ofta tillbaka och, som psykiatrisk vetenskap konstaterat, utvecklas till en livslång sjukdom.

Kanske tidiga interventioner mot depressioner, just när personen befinner sig på gränsen mellan friskt och sjukt, just när hon är på väg in i sitt fångelse, skulle ha en stark förebyggande potential. Kanske ambulansutryckningar vid självmordsförsök följt av samtal med personen själv och hennes anhöriga om vad som faktiskt hänt skulle förhindra mycket lidande. I det akuta skedet finns en motivation för förståelse. Då behövs framför allt samtal om situationen och hur den bäst ska hanteras.

Det är dock så att depressioner och självmordsförsök har en livstidsdödlighet på omkring 15 procent, det vill säga i höjd med flera cancerformer. Vore inte det värt en satsning på tidigt förebyggande arbete? Det vore ett gott stöd för människan i hennes vardagliga nätverk. Det är ingen tvekan om att en utveckling åt det hållet redan är på väg.

FRIHET - TILL VAD?

Internet har kommit. Alltfler ungdomar men även medelålders människor finner nöje i och lär sig att arbeta med *nätet*. Genom att nätet nu blir allmän kunskap kan det också fungera som *symbol* för en av de stora vinsterna av 1900-talets kunskapsutveckling, ett nytt sätt att tänka, nämligen *systemteori* och *systemtänkande*. Låt oss diskutera denna möjlighet.

Nätets uppbyggnad

Heta linjen mellan Washington och Moskva var sårbar under kalla krigets dagar, den kunde lätt skäras av och därmed inte hindra en global krigskatastrof. Den linjen kan ses som en enkel symbol för kommunikationsteorins grundmodell: en sändare som genom ett medium (ledningen)

förmedlar ett budskap till en mottagare. I stället byggdes nätet, som via tusentals datorer skapar ett oändligt antal kommunikationsvägar mellan de två huvudstäderna. Längtan efter fred och stabilitet var en av drivkrafterna.

Nätet var en följd av och speglar samtidigt en modell som växt fram inom naturvetenskapen under senare hälften av 1900-talet. I ett vetenskapligt experiment har det sedan länge gällt att hålla alla faktorer utom en under kontroll för att säkerställa en en-dimensionell orsak-verkan-mekanism. Småningom har en utvecklad statistik givit forskaren möjlighet att studera inverkan av många olika faktorer, modellen har blivit mångdimensionell. Genom tillkomsten av systemteorin har man kunnat studera mycket stora, mångdimensionella men också *interaktiva* system, såsom väderförhållanden, miljöförhållanden - och hjärnor.

Med systemtänkandet har också kommit andra insikter, såsom att sådana system har en *självreglerande växtkraft*. Det är hoppfullt men konträrt mot synen inom sjukvården, som oftast ser patienten som sårbar och svag, helt beroende av vår hjälp. I uppfattningen av ett system ligger också att *en del* av systemet aldrig kan förstå och därför inte heller helt kontrollera *hela systemet*. Detta har stor betydelse på många områden. Min hjärna, som således är ett av många subsystem inom det system som är jag, kan inte kontrollera hela mitt system. Plötsligt begrep jag varför jag aldrig riktigt förstår mig på mig själv - det är helt enkelt teoretiskt omöjligt. Därav följer också att människan aldrig helt kan kontrollera det stora ekologiska system av vilket hon är en del. Också det är teoretiskt omöjligt. Det manar till ödmjukhet inför egna, andras och allas vår otillräcklighet.

Ett nät består av många skärningspunkter eller noder, det kan vara en hjärncell, en människa eller ett företag. Varje nod eller skärningspunkt har täta förbindelser eller *länkar* med noder i sin närmaste omgivning och mer glesa förbindelser med noder längre bort. Informationsöverföringen i länkarna är snabb och interaktiv. Information kan därför snabbt inhämtas och omsättas i handling.

Vinster med ett nättänkande

Internet skulle kunna fungera som en enkel symbol för system- och kommunikationstänkande, som därigenom snabbt skulle slå igenom bland oss alla. Det skulle kunna bli en grundläggande tankefigur, som ersätter det förenklade kausalitets- och ting-tänkande som ännu dominerar. Vad skulle det då vara för poänger med det?

Sanning. Tankefiguren nätet stämmer bättre med verkligheten. Genom en enkel titt på oss själva i familj och arbete kan vi konstatera att det stämmer också på var och en av oss.

Förändringshastighet. Snabbheten inom nätet, mängden av tillgänglig kunskap och de vida kontaktmöjligheterna har bäddat för en hög förändringstakt. För att återvinna stabiliteten är det nödvändigt att förstå detta och själv använda sig av det.

Tankeeffektivitet. Att lösa problem genom långvariga arbetsgrupper, vars tjocka rapporter ofta arkiveras olästa, har sina begränsningar. Att bygga ett nät av tillitsfulla relationer, som man kan ringa - eller mejla - och fråga, är ofta effektivare. Det finns mängder av dött skriftspråk mellan oss och verkligheten. Avståndet i tid mellan tanke och handling är ofta orimligt stort.

Muntlighet. Förändring växer inte automatiskt ur fakta, de måste förmedlas inte bara genom ord, utan också genom röst, mimik och kroppsspråk som inger förtroende. Sokrates insåg skriftspråkets begränsningar. Platon vågade skriva först sedan han skapat Akademin. Den skulle förvalta en tradition, som muntligt skulle förtydliga det skrivna. Skriftspråket borde nog egentligen huvudsakligen vara ett stöd för det muntliga.

Stabilitet. Under 1900-talet har individualismen drivits till sin spets - med stor ensamhet och tillitsbrist som följd. Nyare kunskap säger att all utveckling sker i nära relationer. Vår bild av verkligheten skapas inte i oss utan *mellan* oss. Täta länkar till omgivningen och glesare förbindelser till mer avlägsna noder gör att relationer blir betydelsefulla. De är tillitens bas.

Subjektets renässans. Forskningens objektivitetsideal använt på fel område (scientism) har lett till idén om att varje människa ska vara objektiv och neutral, framför allt i sin yrkesutövning. Subjektet har bannlysts från exempelvis sjukvården, vilket lett till stor trötthet. Varje människa ska vara utbytbar, vilket lett till att man sanslöst slagit sönder under årtal mödosamt uppbyggda välfungerande system. Det har blivit en magnifik uppvisning i hur samhället producerar sitt eget lidande. Människor intresserade av depressioner och suicidalitet kan konstatera att de som i dag skall ta hand om sådana patienter själva går på gränsen till existentiell uppgivenhet. Även nät brister om enskilda noder inte respekteras och ges tillväxtmöjligheter. Nättänkande kräver en renässans för den subjektiva

människan, med rätt att vara sig själv. Till detta tänkande applicerat på psykiskt störda och suicidala människor ger en helt annan bild av hur problemen ser ut och var lösningarna är att finna.

Det skyddande nätet

I ett möte nyligen i Ungdomsmottagningens lokaler i Alingsås med en suicidpreventiv grupp, som kallar sig Överlevnadsgruppen, pekade en av deltagarna på hur samhället styckar sönder hjälpsökande barn och ungdomar. De skulle vilja ställa lilla Anna mitt på bordet, se henne som hon var. I det ögonblicket fick jag en stark vision. Runt den suicidnära människan skapas ett nät av anhöriga, skolfolk m.fl. Stödjande runt dem finns den suicidpreventiva gruppen i Alingsås. Runt dem finns Västsvenska nätverket för självmordsprevention och runt det alla de andra suicidpreventiva nätverken i Sverige. Det är så vi ska bygga suicidpreventionen.

Referens

Castells M. Nätverkssamhällets framväxt. Daidalos, 1998.

Anderberg T. Begick Jesus självmord? Filosofisk tidskrift 1984;5(3):1-16.

Beskow J. Självmord som kommunikation - psykologisk obduktion av Antigones självmord. Läkartidningen 1989;86(25):2393-2395.

Hammerlin Y. Samfunnets lidelseproduksjon. Ansatser till en kritisk eftertanke. I Beskow J, Eriksson BE, Niku N (red). Självmordsbeteende som språk. Stockholm: Forskningsrådsnämnden, 1999.

2. Ett folkhälsoperspektiv på självmordsprevention

Jan Thorson, med. dr., f.d. professor, Folkhälsoinstitutet och Riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn

Med ett folkhälsoperspektiv på självmordsprevention menar jag forskning, utveckling och åtgärder som syftar till effekter för en hel befolkning, godtyckligt vilken - men i dag naturligtvis i första hand Sverige. De cirka 1700 dödsfallen per år till följd av självdestruktiva handlingar - och mångfald fler med övergående skador och sviter efter suicidförsök - är en tillräcklig motivering för att folkhälsoansatsen ska anses befogad. I ett folkhälsoperspektiv finns ansvaret för något utöver effekterna av insatser

för enskilda individer eller grupper, även om folkhälsoarbetet delvis bygger på just sådana. Det övergripande målet är att skapa en gynnsam trend i samhället i fråga om den primära målsättningen - att förebygga. Lyckade insatser på ett håll väger inte upp större försämringar på andra håll. "Operationen lyckades men patienten dog" är inget för folkhälsan.

Praktiskt sett har en modell (ursprungligen utarbetad av W. Haddon Jr) bland annat med eftertryck framförd inom WHO, visat sig användbar - i alla fall har ingen bättre anmält sig: den har sin solida grund i prevention av så kallade olycksfallsskador, och självförvållade skador är ju också skador och, viktigt att understryka, det förhållandet att suicid har en tydlig subjektiv kausalitet, ett uppsåt, brukar vi förmoda. Här är dock osäkerhet befogad, mycket elände som kommer in i statistiken och ser ut som uppsåtlig självförstörelse synes mer vara effekter av slarv, onykterhet, impulsivitet än av uppsåt. Härvidlag är det inte så stor skillnad mellan olika kategorier av skadefall: alltid finns det en mänsklig komponent, mer eller mindre satt ur spel genom vårdslöshet eller okunnighet. Så i princip är det inget större steg att använda samlingsbeteckningen "skador" på en hel massa elände, företrädesvis med rätt snabba förlopp, som ger upphov till ohälsa för dittills jämförelsevis friska, fysiskt sett. Den modell som åsyftas illustreras i Tabell 1.

Tabell 1. Förhindrande av skadeuppkomst (självmod).

Fokus för intervention	Personen	Droger utrustning	Fysisk omgivning	Social omgivning intervention
TIDPUNKT				
Före skadan	Sluta dricka! Utbildning. Information. Behandling av depression.	Eliminera läkemedel, vapen, slipsar, skärp etc (på avd).	Specialdörrar på T-banan. Psykiatriska kliniker långt från järnvägar, broar, vatten.	Motverka mobbing och utstötning. Övervakning, slutenvård, inläsning.
Skadefas	Sluta dricka!	Svagare krut. Paracetamol kombinerat med acetylcystein (antidot). Minska kolmonoxid i bilavgaser.	Psykiatriska kliniker belägna på bottenvåning.	Säkerhetsstandard för bilar, tåg, läkemedel.
Efter skadan	Magsköljning.		Tillgång till ambulans.	

Det intressanta med den här modellen är att den lämnar det sedvanliga kronologiska perspektivet, kedjeperspektivet, - det är mer fråga om en multifaktoriell process. Vi kan göra en förebyggande insats före skadan men också under och efter.

Jag vill visa den här modellen också därför att den är mer specifik för folkhälsoperspektivet än modeller man använder i kliniska verksamheter. Det andra skälet är att vi på Folhälsoinstitutet har arbetat efter den. Det tredje skälet är att det här synsättet vann när WHO gick igenom olika modeller för att bedriva folkhälsoarbete. Modellen är väletablerad inom skadeområdet sedan tio - femton år tillbaka i tiden och vi har alltså haft nytta av den i folkhälsoarbetet i Sverige.

Det som är känsligt för en och annan i psykiatrin och i arbetet med de självmordsnära är att modellen är allmän, den handlar om skador. Får man se självmord som "skada"? Ja, varför inte. Det är ju obestridligen fråga om skador.

- * Som skada har ett självmord/självmordsförsök eller en uppsåtlig misshandel eller en arbetsolycka alla sina yttre eller objektiva bestämningsfaktorer, och de har också sina subjektiva orsaker.

När det gäller självmord är vi dåligt rustade med ord. Ordet *självmisshandel* skulle jag vilja plantera här i dag. Vi har många skador efter självmordshandlingar. Uppenbarligen är det tveksamt om handlingen siktade till döden, men det leder till skador på en själv som är självförvållade. Lika naturligt som att en misshandel av en medmänniska också är förenad med en annan drivkraft än en strävan till en slutlig final. Genom att föra in det här ordet *självmisshandel* så blir det lite mer naturligt än när vi talar om självmordsförsök, som ju kan framstå som bara misslyckade självmord. Vi är hjälpta av att ett nytt ord införs.

Likaså kan man säga att det finns många självmord som egentligen är misshandel varav döden följt, precis som när det gäller en annan person. Vi har vidare *självdrap* som är en grad mindre allvarliga än självmord.

Om vi ser i Tabell 1, modellens första spalt, så handlar den om personen. Här märker vi igen att språket är viktigt; vi måste göra oss förstådda, informera, utbilda. Det finns en grupp med stor självmordsrisk där språkfrågan är särskilt brännande, nämligen immigranterna, och inte bara för att de har ett främmande tungomål. Många av dem kommer via

mångåriga kaotiska förhållanden i sitt hemland till vårt land och har i stor utsträckning inte något eget riktigt modersmål. Det är en otrygghets-
skapande omständighet som passar väl in i det perspektiv Jan Beskow
tidigare tog upp språkets betydelse.

Sedan finns det en rad olika yttre förhållanden av stor betydelse, alltifrån
alkoholmissbruk till bruket av antidepressiva och andra läkemedel. Då
glider vi över i modellens spalt två, som handlar om vilka åtgärder vi kan
vidta för att begränsa tillgängligheten på skadliga medel. Ett exempel är
barbituraterna - när de drogs in, vände utvecklingen i till exempel Austra-
lien där antalet avlidna i läkemedelsförgiftningar 1969 uppgick till 539
mot 276 år 1991, och så här många tabletter, 4,2 x 10 upphöjt till 8 tabletter
utskrivna 1969 mot 2,74 x 10 upphöjt till 8 år 1991. De övriga självmorden
låg stilla under samma period.

Ett klassiskt exemplet på det här området är ju kolmonoxiden, som man
kunde begränsa skadligheten av i England, där man använde mycket
hushållsgas. Till en början producerades gasen ur stenkolk, som gav höga
kolmonoxidhalter. Sedan övergick man till oljeproducerad gas och då blev
det lite mindre kolmonoxid och slutligen använde man naturgas, och då
fanns det ingen kolmonoxid alls. Samtidigt fick man en nedgång i antalet
självmord som kunde korreleras till att kolmonoxiden först minskades,
sedan försvann ur hushållsgasen.

När det gällde barbituraterna intervenerade man mot deras tillgänglighet.
När det gällde hushållsgasen intervenerade man mot dess skadlighet - i
båda fallen reducerades självmordstalen - oberoende av människornas
ifråga grad av lycka eller olycka.

Att angripa självmordspreventionen från det här hållet innebär en lite
annorlunda infallsvinkel än den traditionella huvudlinjen, psykiatrin. När
vi har arbetat med riktlinjer för att förebygga självmord inom Nationella
rådet så ser jag det som att Folkhälsoinstitutet kan komma in på det här
viset och komplettera det psykiatriska synsättet.

I samband med arbetet rörande kolmonoxid: vi försökte under många år
att få Volvo att göra sina avgasrör fyrkantiga för att inte passa till damm-
sugarslangar. Det glädde mig oerhört när 850-modellen kom - med
fyrkantigt avgasrör!

Ytterligare ett exempel på att det går att modifiera omgivningen i skadepreventiv riktning utgörs av De Heavens studie av överlevande från nedslag efter hopp från höga höjder. De Heaven störtade från ett flygplan någon gång på 30-talet. Han överlevde, men inte hans medföljare. De Heaven vigde efter detta en stor del av sitt återstående liv åt att undersöka varför det går bra för somliga men inte för alla under exponering för stor mekanisk energi.

De Heaven undersökte bland annat åtta fall av hopp från höga höjder där personen ifråga överlevt. Sju hade hoppat i självmordsavsikt. Höjden varierade mellan 17 och 35 meter. De Heaven gjorde en analys av skademekanismerna, beräknade hastigheterna vid fallen, kalkylerade lasterna, yttrycken på kroppen vid olika kroppslägen vid fallen, med mera. Hans undersökningar, publicerade 1942, blev grundläggande för bilindustrins utveckling av skadelindrande fordonsdesign och utformningen av bilens inre säkerhet.

De Havens studie blev till utgångspunkt i ett arbete gällande problem i spårbunden trafik, nämligen att människor ibland kastar sig ut framför tåg eller hoppar strax framför tåg som kör in vid tunnelbanepattformar. Varför överlever en del, men andra inte? Man kan också tänka på stavhopparen som överlever höga fall. Gång på gång slår han i underlaget och utan synbarliga svårigheter reser han sig och fortsätter till och med tävlingen, eventuellt. Man kan vända på det och säga att stavhopparen är stilla och hela jordklotet kommer rusande emot honom med en hastighet av 50 km i timmen, och han klarar sig alldeles utmärkt.

Vi analyserade alltså tunnelbaneolyckor och fann, att om personen ifråga blev överkörd, så var mortaliteten nästan 100 procent, oberoende av hur snabbt tåget for. Om personen emellertid inte blev överkörd, klarade han sig bättre. Det var mekanismen vid skadehändelsen som avgjorde utfallet.

Vi studerade sedan skademekanismerna vid bilar påkörda av tåg vid järnvägs korsningar och fann så, att faktorerna dödlighet, hastighet hos tåget samt medsläpning av bilen med tåget alla hade betydelse för olycksutfallet. Medsläpningen är ett bra uttryck för den initiala accelerationen. Om bilen vid olyckan fastnar på loket så har den utsatts för ett kraftigt våld initialt och sedan släpar den med långt. Vi fann, att redan vid en så låg tåghastighet som 30 km i timmen inträffade dödsfall, om kollisionen var förenad med en medsläpning på 100 meter.

De här fynden har betydelse för konstruktionen av lokomotiv. Om man placerar lokets buffertar på en sådan höjd ovanför marken, att de inte har samma höjd som sidorutorna på en eventuellt mötande bil, så kan man sänka dödligheten vid kollisioner mellan tåg och bil. I förlängningen innebär alltså den här forskningen en möjlighet att verka folkhälso-befrämjande, i vissa fall kanske också självmordspreventivt, genom att sänka dödstaten vid den här typen av olyckor.

För att återgå till det psykiatriska perspektivet vid självmordsprevention, så är det ju ett känt faktum, att läkemedel som används för att behandla det tillstånd som kan utlösa ett självmord, nämligen depression, också tyvärr kan användas av patienten för att ta sitt liv. För några år sedan kom publiceringen av sex säkra självmordsfall medelst det antidepressiva läkemedlet citalopram (Cipramil), och kort därefter inträffade ett fall med självmord via fluoxetin (Fontex).

Här vill jag idag för första gången offentliggöra resultatet av en screening gällande antal dödsfall till följd av antidepressiva läkemedel. Det är Mats Öström, Rättsmedicin vid Umeå Universitet, Olav Spigset, Anders Eriksson samt undertecknad som följt dödsfallen till följd av förgiftning med de nyare antidepressiva läkemedlen, de serotoninhöjande SSRI-preparaten. Utgångspunkt har varit rättsmedicinalstatistiken fram till 1998. Som framgår av Tabell 1 uppgår nu antalet självmord begångna med SSRI-preparat till minst 18, innefattande ett genom paroxetin (Seroxat) intoxication; det första som överhuvudtaget har rapporterats i litteraturen.

Varför är nu detta något för Folkhälsoinstitutet att studera? Jo, vi menar, att de goda effekterna av de här medicinerna måste fortsätta, men samtidigt kan vi ju inte acceptera att också dödsfallen genom dessa mediciner ökar. Då gäller det att hantera det här problemet, och vår tanke är att vi, i samarbete med Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa och andra som bildar kunskapsbasen för självmordsproblematiken, skall finna lösningar, i samarbete med läkemedelsindustrin också, givetvis. Det första vi tycker man ska gripa sig an är att bredda administrationsformerna för läkemedlen. Nu finns det enbart tabletter (med ett undantag, fluoxetin, Fontex, som nu föreligger också i flytande beredning). Vad jag vet finns det exempelvis inte ett enda självmord begånget medelst beredningsformen depåplåster. Vi har heller inte funnit ett enda självmord genom stolpiller. De här läkemedlen finns alltså inte som depåplåster eller som stolpiller.

Arvid Carlsson, professor i farmakologi, menade, att det finns vissa svårigheter vad gäller beredningsformen depåplåster, eftersom läkemedlens molekyler är stora, så de kan få svårt att penetrera genom hudcellerna. Hudretningar kan medföra minskad följsamhet gentemot ordinationen. Stolpiller ter sig lämpligare och utan någon negativ farmakokinetisk eller biologisk invändning emot. En sådan beredningsform skulle, enligt min övertygelse, radikalt sänka självmordsfrekvensen med de här antidepressiva läkemedlen, som ju i stället är till för att hjälpa. Följsamhet, "compliance", kan minska, men denna beredningsform borde finnas som ett alternativ.

Diskussion

Fråga: Blev det någon konkret följd av de här rönen gällande medsläpning med tåget vid kollisioner tåg/bil?

Jan Thorson: Londons tunnelbana bjöd in Jan Beskow och mig för att diskutera de här frågorna. Det ena vi arbetade med var "airbags" på fronten på lokomotiv. Det kom rätt långt, man var väldigt intresserad av den tekniken i London.

I Sverige rekommenderade vi en ändrad design av tågen som sänkte tågbuffertarna. De buffertar som tågen är utrustade med finns från 110 till 130 centimeter ovanför rälsen, vilket motsvarar avståndet från marken till en bils sidorutor. Träffar en tågbuffert en bil från sidan vid en kollision, fastnar bilen därför ofta och är det stor risk att bilisten dödas.

Halveringstiden för lokomotiv är otroligt lång, så den här kunskapen har inte kommit till praktisk användning ännu. Och "airbagen" ligger nog tidsmässigt ännu senare, efter buffertändringen.

REFLEKTIONER KRING OCH UPPSUMMERING AV KONFERENSEN

Danuta Wasserman, professor, Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

Det är verkligen en utmaning att sammanfatta den här konferensen.

För att få hjälp har jag vänt mig till dem som har lett olika paneler i gårdagens olika parallella seminarier och bitt dem sammanfatta de synpunkter som kommit fram, så att alla kan ta del av dem. Men innan jag ber er seminarieledare stiga fram här, vill jag ta chansen och sammanfatta mina tankar under det här mötet.

För det första: ett stort tack till er som har organiserat den här konferensen här i Västerbotten! Västerbotten är en föregångare för det preventiva självmordarbetet i Sverige, det vet vi alla. Ni har börjat med befolkningsarbete och inte bara med arbete på psykiatriska kliniker.

För det andra: jag blev verkligen imponerad av alla avhandlingar som presenterats här, och den höga vetenskapliga nivån på dessa. Ingen av oss behöver vara orolig för fortsättningen inom detta område!

Jag är också väldigt tacksam för redovisningen av hur - anhöriga och forskare samarbetar med varandra i de sex regionala nätverken. Vi som forskar måste lyssna både till er som arbetar på fältet och till er som är anhöriga. Jag kanske är mest stolt över, att vi har fått till stånd dessa självmordspreventiva regionala nätverk där praktik och teori båda går hand i hand, där praktiken väcker nya frågeställningar, som vi forskare måste angripa, och där våra forskningsresultat får fantastiska möjligheter att spridas direkt. Det är bland annat därför som, liksom Ann-Charlotte Åberg sade här tidigare, de nationella riktlinjerna för självmordsprevention ständigt måste revideras. Det händer ständigt så mycket inom forskningen, och det händer också så mycket inom praktiken, att vi i dag inte kan använda oss av gamla dokument. Likdant med det nationella programmet, som skrevs 1995. Det måste också revideras. Det är dags, kanske, att vi efter år 2000 sätter oss ned vid bordet igen och diskuterar hur vi ska gå vidare.

Det går inte att sammanfatta hela programmet för den här konferensen, men vissa punkter skulle jag vilja rikta er uppmärksamhet emot:

På bild 1 här har jag skrivit ANHÖRIGA – PATIENTER – PERSONAL och dubbelriktade pilar mellan dessa grupper. Bland anhöriga, patienter och personal har vi både män och kvinnor, både unga och vuxna, både svenskar och invandrare.

Något som lyfts fram här är att vi numera i vårt land har många olika etniska grupper. Uttryckssätten för dessa olika etniska grupper är väldigt varierande, liksom värderingarna är skiftande. Detta måste vi ta vara på och så lära oss mera om.

Vi har vidare berört den suicidala processen, som handlar både om självmordstankar, självmordsförsök och fullbordade självmord, och det är olika fenomen, som man måste angripa på lite olika sätt i det självmordspreventiva arbetet.

Attityder utgör ytterligare ett stort område inom befolkningsinriktat folkhälsoarbete. Det är nämligen så, att attityder inte är något statistiskt begrepp. Attityden varierar beroende på om man är anhörig till en självmordsnära person, eller om man är åskådare. Den är olika om man är patient och olika om man är personal, och den är olika för den som har egna självmordstankar eller inte. Så attityd är inte något enkelt begrepp. Attityder är inte heller statiska.

Varför lyfter jag fram det här ämnet, attityder? Jo, därför att det är något som vi behöver arbeta med både inom vetenskapen och inom praktiken för att bättre förstå problematiken.

Attityder är olika hos barn, hos ungdomar och hos vuxna, varierar med ålder, kön och utbildning. Det går inte att bara säga, att man har den ena eller den andra attityden. Attityder varierar mellan män och kvinnor, och märk väl, bland personalen har vi än så länge mest kvinnor, och bland patienter har vi både män och kvinnor. Det vet alla ni som arbetar med psykoterapi hur viktigt det är i mötet med patienten att hitta rätt inställning till problemen. Det är inte någonting som kommer automatiskt, av sig själv.

Attityder varierar med religion, kultur och socialt system. Alla dessa aspekter måste beaktas när attityderna till självmordsprevention och till den självmordsnära patienten studeras. Det här är komplicerat och stort område och man kan inte bara enkelt säga det ena eller det andra, att man har mer eller mindre tillåtande attityd, utan man måste göra en ordentlig analys av olika variabler och faktorer. Det här är ett spännande arbete, också i och med att det pågår flera sådana här projekt på flera ställen i Sverige.

En annan fråga är tabut kring självmordet som sådant. Från Nya Zeeland gjorde man mig uppmärksam på problematiken med tabubeläggning. Tabu är ett mycket viktigt begrepp. Hur mycket skall man behålla och hur mycket skall man lyfta bort från ett tabu? Detta är en avvägningsfråga. Jag tror, och det här är min personliga uppfattning, att detta att lyfta bort tabubeläggningen från den psykiska ohälsan är något oerhört viktigt.

Däremot att lyfta bort tabut kring själva självmordet - för att knyta an till det Jan Beskow sagt här tidigare - där är jag mera tveksam. Jag har lyssnat till vad våra kolleger från Nya Zeeland säger. De vill behålla tabubeläggningen, särskilt för ungdomar som ännu inte har färdiga värdesystem. Vilken betydelse kommer det att ha om vi lyfter bort tabutänkandet från självmordet för dessa unga? Det måste noga studeras. Där tror jag att det krävs en mycket ordentlig etisk analys av problematiken, och den analysen har vi inte ännu gjort i Sverige.

Vi vet, att i ett tabu ligger en mängd olika värderingar, som är mer eller mindre medvetna. De beror på den kultur som vi kommer från, de beror på vilka erfarenheter vi har med oss, bland annat erfarenheter av egna självmordsbeteenden, etcetera, etcetera. Det är så mycket annat vi i den dagliga verksamheten sysslar med, att vi kanske tappar bort en viktig del av grunderna till det vi försöker lösa. Det här är mycket viktiga frågor som vi också måste ta ställning till, i den debatt vi har framför oss.

För att avsluta det här med en liten varning, och samtidigt knyta an till din presentation av din avhandling, Jayanti, om årstider etcetera, så vill jag ta tillfället i akt att göra er uppmärksamma på att det är viktigt med beredskap inför den stundande nyårsafton och nyårsdagen år 2000. Det är nämligen så, att när Centrums statistiker Ludvig Olsson och ytterligare en forskare vid Centrum, Guo-Xin Jiyang, analyserade ett svenskt material med avseende på när tidpunkten för självmord inträffar, så fann de, att för

de yngre åldrarna, 15 till 29 år, utgör just nyårsafton en topp i självmordsstatistiken.

Vi vet från utländska forskare, att de förbereder sig nu, med stor beredskap, på sina psykiatriska kliniker, för det så kallade Jerusalemsyndromet, alltså, att många patienter eller andra människor, som inte är patienter men är känsliga och vulnerabla, kan utveckla en psykos i och med att de väntar på Frälsaren eller de väntar på att något annat stort skall hända vid det förestående millennieskiftet. Vi är inte riktigt förberedda på det här i Sverige. Därför presenterar jag dessa resultat för er här, så att ni tänker på detta, inte bara på psykiatriska kliniker, men också inom SPES-jouren. Nyårsafton år 1999 blir en viktig natt för dem som arbetar med självmordsprevention.

Nu ska jag be er som ledde work-shops att lyfta fram de viktigaste synpunkterna från era seminarier. - Varsågod, Inga-Lill, Agnes, Margit, Margda och Ellinor!

Seminarium I: Attityder till självmordsnära patienter hos sjukvårdspersonal

Inga-Lill Ramberg

I vårt seminarium presenterades tre olika undersökningar, en som vänt sig till personalen inom den psykiatriska vården, en som undersökt läkarstuderande och en som studerat psykiatriska sjuksköterskor och mentalskötare.

Nyckelord från den första undersökningen är, att sjuksköterskor och mentalskötare från psykiatrin verkar utgöra en grupp som vi bör uppmärksamma mer. De anser själva att de saknar stöd, saknar kunskap när det gäller arbete med självmordsnära patienter, och de har också minst tilltro till möjligheterna att förebygga självmord. Det är också så, att de kvinnliga sjuksköterskorna och mentalskötarna i större utsträckning än andra uppger, att de själva gjort ett självmordsförsök.

När det gäller läkarstuderande, så handlade den undersökningen om livssyn och attityder. Man har följt läkarstuderande under deras studietid, och det har visat sig, att dessa studerande har en optimistisk syn på

möjligheterna att hjälpa patienter med självmordsbeteende, men att de under utbildningens gång tillägnar sig en mer biologisk, en mer medikaliserad syn på patientarbetet. En tredjedel av de undersökta läkarstuderandena hade haft självmordstankar, 70 till 75 procent uppgav att de haft ångest eller känslor av nedstämdhet som på olika sätt hade påverkat dem i deras studier. Så slutsatsen är, att läkarstuderande tycks utgöra en grupp som också måste uppmärksammas.

Mats Samuelsson har i en undersökning av psykiatriska sjuksköterskor försökt se hur ett utbildningsprogram påverkar sjuksköterskors och mentalskötares attityder och deras förmåga att se risksignaler. Han visade, att när det gällde attityder så var det lite svårt att se någon större förändring, men personalens förmåga att bedöma suicidrisken ökade. Angående mätningen av attityder kan sägas att det efteråt framkommit, att Mats Samuelssons instrument kanske inte var så hållbart, så det finns eventuellt ändå förhoppningar om att, när vi får bättre instrument att mäta attityder med, vi också kan få se förändringar inom det området.

Seminarium II: Självmordsproblem bland barn och ungdomar

Agnes Hultén

Seminariet om självmordsproblem bland barn och ungdomar innehöll flera olika delar. Den första presentationen avhandlade nuläget när det gäller självmord och självmordsförsök i Sverige. Vad jag särskilt vill framhålla där är att ungdomsgruppen är den enda grupp som inte visar sjunkande självmordssiffror, som ju övriga ålderskategorier företer, och detta är ett observandum.

I WHO:s multicenterstudie av självmordsförsök ingår också Umeå som ett av flera forskningscentra, och det redogjordes för denna undersökning. Ett fynd här som jag vill lyfta fram är, att pojkar som efter ett självmordsförsök kommer till sjukvården utgör en riskgrupp för senare upprepade självmordsförsök och även för fullbordat självmord. Detta är alltså en högriskgrupp.

Både pojkar och flickor använder vid förgiftningar mycket paracetamol, alltså Alvedon, som man nästan kan kalla en modedrog.

Katti Falk, psykolog från barnpsykiatri i Lund, berättade om en modell för samarbete mellan vuxenpsykiatri och barnpsykiatri när det gällde barnföräldrar som vårdas efter ett självmordsförsök. Katti Falk påpekade vikten av att sådana här klinikövergripande samarbeten kommer igång runt om i landet. Lund är alltså en föregångare inom det här området. Föräldrar behöver få en modell för hur de ska prata öppet med sina barn och det kan de få med hjälp av barnpsykiatri. Katti Falks erfarenhet var, att föräldrar blir mycket tacksamma över att få hjälp. De vill gärna kunna fungera som stödjande föräldrar. Börja med vilken enkel modell för samarbete som helst och följ dess struktur, var Katti Falks råd; hellre det än att förhålla sig passiv.

Från Astrid Lindgrens barnsjukhus presenterade barnnarkosläkare Gunnar Olsson data från barnsjuksköterskan Birgit Netzlers studie, från 1970 och framåt, av 800 självmordsförsök gjorda av barn i åldrarna 10 till 15 år. Jag kan inte gå in på alla resultaten av denna studie här, men vill nämna att man visade att självmordsförsöken ökat mycket i de här åldrarna, att det var tio gånger så många flickor som pojkar i patientgruppen och att ingångsåldern var yngre för flickor än för pojkar. Gunnar Olsson visade också barnklinikens förslag till dokumentation och råd och anvisningar till personal som kommer i kontakt med självmordsnära barn - dels till akutpersonal, dels till intensivvårdspersonal och dels till vårdpersonal på avdelningar.

Den sista punkten i vår workshop utgjordes av en personlig berättelse av en ung studerande som berättade hur det är att umgås med självmordstankar och hantera dem. Den här flickan berättade om detta på ett oerhört inlevelsefullt sätt för oss som lyssnade. Det första hon ville föra fram var, att vi vuxna måste prata om det här, att de unga måste få höra att självmordstankar kan finnas hos många av oss när vi har det svårt, och att ungdomarna får klart för sig att man kan få hjälp.

Det den här unga personen betonade var också, att unga människor vill ha en valmöjlighet var man kan söka hjälp, och de vill veta om man kan få vara anonym eller inte, de vill också kunna diskutera vilken form av hjälp de önskar, man kanske inte vill ha mediciner presenterade i första hand utan hellre ett möte, en dialog. Ytterligare något som hon tog fram var vikten av kontinuitet, att den unga människan inte slussas än hit och än dit utan att man får återkomma till en och samma person.

Seminarium III: Anhöriga

Margit Ferm

Vi gjorde så, att vartefter vi i vårt seminarium kom fram till viktiga punkter, så skrev vi upp dem på tavlan. Jag har valt att redovisa och tala kring dessa nyckelord som kom upp.

Först konstaterade vi, att vi anhöriga finns ju, så se oss! Vi är viktiga i samarbetet. Det var Lennart Gustafsson, som lyfte fram detta. Vi är viktiga att samverka med, men ej att bli utnyttjade. Också vi behöver stöd och hjälp, eftersom vi utgör en stor riskgrupp.

När det gällde barn och ungdomar till psykiskt sjuka föräldrar har dessa ungdomar ett tungt ok att bära, nämligen att ta hand om sina föräldrar. Dessa unga går med en ständig oro som genomsyrar hela livet (Göran Granath).

Vi betonade gemensamt, alla fyra, vikten av att öka kunskapen inom det suicidpreventiva området, att öka insikten och medvetenheten. Vi talade också om behovet av stöd till närstående, att underlätta att de får träffa andra i samma situation, så att man kan dela upplevelser. Den här bearbetningen är någonting som tar lång tid, mycket längre tid än många av oss har insett från början.

Något vi lyfte fram var vikten av att få tala om sin situation, få ta upp frågeställningar, då även existentiella frågor, och behovet av hjälp, behovet utifrån den egna situationen. Vi kan vara så olika, vi sörjer på så olika sätt. Från SPES' sida deklarerade vi mycket klart att vi har ett mycket stort intresse av att medverka i utbildning, personalutbildning, såväl inom vården som på andra arbetsplatser och att medverka, efter vår förmåga, till utveckling av suicidpreventionen.

Vi hade också uppe till diskussion telefonjouren, som Danuta nämnde nyss, vi har ju på SPES en daglig telefonjour mellan klockan 18 och 22. Telefonnumret är 08- 34 58 73, dagligen, vardag som helgdag, mellan klockan 18 och 22. Telefonjouren är bemannad av SPES' kontaktpersoner, och det är vårt kvalitetskrav att vi vet att de som sitter i telefonjouren har fått en ordentlig utbildning, bland annat med hjälp av våra stödjande medlemmar.

Vi avrundade våra en och en halv timme tillsammans genom att vi fyra, alltså Sven-Olof Marklund, Göran Granath, Lennart Gustafsson och jag själv formulerade våra visioner för framtiden:

- * Att vårdpersonalen är så trygg i sin arbetssituation och med sina kollegor att det också är naturligt att söka hjälp inom den egna enheten, när man behöver det. Att även kunna tänka sig att bli inlagd för vård på den egna kliniken. Detta är ett mått på kvalitet i arbetet.
- * Att bryta tabubeläggningen och våga tala om psykisk ohälsa och att skapa ett barnens hus för de barn vars föräldrar har psykisk sjukdom.
- * Att regering och riksdag vågar ta ett nationellt initiativ, där Nationella programmet är basen för Sveriges suicidpreventiva arbete och där det också bygger på en samverkan mellan professionen och frivilligorganisationerna.
- * Nollvisionen: när vi formulerar en nollvision för självmord så ska den omfatta allas medverkan, även när det finns sådana som säger att det här är orealistiskt. För vem ska vi välja bort, vem ska vi utesluta från den gemensamma strävan att minimera antalet självmord? Självklart skall ansträngningarna att förverkliga en sådan nollvision inbegripa alla.
- * Vi klädde det i de här orden: att medverka till att skapa ett sådant samhälle, där ingen behöver komma in i en sådan återvändsgränd, eller som Jan Beskow skulle uttryckt det: behöva bli instängd i sitt eget fängelse, så att enda utvägen kan tyckas att vara att ta sitt eget liv.
- * Alltså: att medverka till att skapa ett sådant samhälle, där ingen behöver komma in i en sådan återvändsgränd, att enda utvägen tycks vara att ta sitt eget liv. - Det är min förhoppning, att det här kan vara en vision som vi kan omfatta alla gemensamt.

Seminarium IV: Äldre

Margda Waern

I går fick vi höra *the good news* - att självmordstalet har minskat betydligt i Sverige under de senaste två decennierna. Men vi fick också höra *the bad news* - att den här utvecklingen inte varit lika gynnsam för de äldsta och de yngsta i vårt samhälle. Vi hörde tidigare här i dag Ellinor Salander Renberg berätta, att självmord ökar bland de allra äldsta kvinnorna.

Mot den här bakgrunden var det mycket glädjande, att så många deltagare kom till vår workshop kring äldre och även deltog aktivt i diskussionen.

Barbro Nordqvist- Karlsson, som är sjuksköterska och arbetar inom äldrepsykiatri, berättade om samhällets attityder mot de äldre, som hon kallade de blåtonade damerna och flintskalliga männen. - Här är en bild på en blå dam, en dam i blå klänning, konstnären Carl Wilhelmssons mor - en tydlig illustration till det här som äldre kan känna: att de spelat ut sin roll, att de är ointressanta och att i detta kanske de tappat sin livslust. Barbro gav oss en väldigt fin bild av samtal som hon haft med äldre självmordsnära patienter. Hon gav dessa personer ansikten.

Sedan tog vi ett skutt från individnivå till befolkningsnivå. Lena Larsson, som är geropsykiater i Göteborg, berättade om forskningsresultat från studien om äldres hälsa i Göteborg. 13 procent av de icke-dementa 85-åringar lider av en depression. Depressionssjukdomen är alltså mycket vanlig hos äldre.

Under rubriken "Varför begår äldre självmord?" tog jag upp resultat från min egen forskning bland anhöriga till avlidna i självmord i Västsverige. Jag besvarade inte den frågeställningen, men är det något jag vill betona, så är det att föreställningen, att äldre skulle ta livet av sig av rationella skäl på ålderns höst, den håller inte. 83 av de 85 fall som jag undersökt led av en psykisk sjukdom vid tiden för självmordet. I hälften av fallen hade en läkare upptäckt att det rörde sig om en depression och förskrivit antidepressiv medicinering. Det är alldeles uppenbart att den behandlingen inte har räckt till som självmordsprevention.

Anders Carlsten, slutligen, som är apotekare och doktorand vid socialmedicinska institutionen vid Göteborgs universitet, berättade om sin undersökning av läkemedelsförskrivning och självmord. Han hade bland äldre noterat en ökning av självmord genom läkemedelsförgiftning och tog särskilt upp problemet, att det är bensodiazepiner, sömnmedel av typ flunitrazepam (Rohypnol) som står för den största andelen av förgiftningar bland äldre. Han manade till säkrare förskrivning och också att man hjälper till att sanera i de äldres läkemedelsskåp.

Seminarium V: Primärprevention

Ellinor Salander Renberg

Lars Jacobsson inledde vårt seminarium med att ställa frågan "Vad är primärprevention?" och han ville kalla alla de tre gängse typerna av prevention, primär, sekundär och tertiär, för primärprevention.

Britta Alin Åkerman berättade så om utvärderingen av filmen "Kärleken är den bästa kicken", den suicidpreventiva film avsedd för skolbruk som tagits fram av Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. Utvärderingen tog sin utgångspunkt i frågan, om filmen kunde skada de ungdomar som såg den.. Det kunde hon säga att det gör den inte, utan ungdomar uttryckte tydligt att de tyckte att filmen ska visas för andra ungdomar på högsta-dium och i gymnasium. Det krävs dock uppföljande samtal kontinuerligt efter det att man visat filmen.

Bo Henricson, distriktsläkare från Arjeplog, berättade om *Safe Community*, som handlar om att skapa en säker kommun, att förebygga olyckor och skador. Arjeplog har haft ett mycket högt självmordstal, det högsta i Sverige under ett antal år. 1995 hade man en självmordstopp, men kommunen har sedan dess arbetat mycket aktivt med att skapa en säker kommun, och sedan 1995 har kommunen inte haft något självmord.
- Besök gärna Arjeplog, var Bo Henricsons hälsning, kom och titta och lyssna på vad vi har gjort.

Gunn Looström, slutligen, berättade från Västerås om ett mycket spännande projekt som visar att självmordsprevention kan ta överraskande vändningar. Psykiatriska kliniken i Västerås blev kontaktad av skolan, för där var man bekymrad över att ungdomar pratade så mycket om att hoppa från en bro i kommunen. Psykiatriska kliniken, där Gunn är verksam som socionom vid forskningsenheten, vände sig då till Vägverket vilket har lett till att man nu byggt skyddsräcken på bron - för övrigt något som var ganska kostsamt; det kostade över två miljoner kronor. Vad man sedan gjorde var att man startade en mängd andra aktiviteter för att förebygga självmord, det är väl det som varit de mest verksamma i det här projektet. Man har gått ut i skolor och arbetat med både personal och elever. Där har man dock haft betydligt blygsammare summor att använda sig av. Kontakta gärna Gunn också för att höra närmare om det här projektet.

Danuta Wasserman, avslutande

Tack så mycket för de här presentationerna.

Jag vill informera om att vi anordnar en konferens tillsammans med Thanatologiska föreningen nästa år, en konferens som handlar om döden, döendet, den palliativa vården och självmordspreventionen. Konferensen äger rum de sista dagarna i augusti år 2000 i Stockholm.

Nästa, den tredje, nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention kommer att hållas i regi av nätverket i Uppsala-Örebro-regionen och den kommer att äga rum i Uppsala, den 4 och 5 oktober år 2001. Organisationskommittén består av Anne-Liis von Knorring, professor i barn- och ungdomspsykiatri, Gunilla Olsson, barnpsykiater som redovisat för sin forskning här i dag, Agnes Hultén, doktorand i barn- och ungdomspsykiatri samt Birgit Frisé-Andersson, Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. Temat för konferensen blir självmordsprevention hos barn och ungdomar. - Ni är alla hjärtligt välkomna!

Slutligen vill jag ännu en gång tacka Lars Jacobsson och Ellinor Salander Renberg och alla era medarbetare för en fantastisk konferens. Tiden gick jättefort och vi hade det dessutom mycket trevligt!

Lars Jacobsson

Jag skulle också vilja tacka er alla, för, som Jan Beskow påpekade, så är vi ju nu alla noder i ett stort medmänskligt nätverk, där vi är beroende av varandra allihopa och lika viktiga allihopa. - Tack ska ni ha!

Konferensdeltagare

Björling, Thomas	Psyk mottagningen	Aivika
Hellner, Elisabeth	Ungdomsmottagningen	Alingsås
Abrahamsson, Mats	Socialkontoret	Arjeplog
Henricsson, Bo	Vårdcentralen	Arjeplog
Johansson, Lotta	Dagvården	Arvika
Lundgren Frithz, M-B		Blåsmark
Asp, Anna-Carin	Barn- och ungdomspsyk.	Boden
Hallqvist, Susanna	Barnpsyk kliniken	Boden
Lagerstedt, Eva-Lotta	Bollmora vårdcentral	Bollmora
Heldt, Jan	BUP	Borås
Jansson, Agneta	BUP	Borås
Johansson, Leane	Psyk mottagningen	Borås
Kahn, Anna	Hälsa- och sjukvårdskan	Borås
Granath, Lili	Psyk kliniken	Eksjö
Jakobsen, Åse-Lill	Psyk kliniken	Eksjö
Pålsson, Thorleif	Psyk kliniken	Eksjö
Niméus, Bengt	PÖT	Eslöv
Bergquist, Larseric	Nationella Skadeprogr	Falköping
Eriksson, Anette		Gällivare
Hällkvist, Tommy	Sjukhuskyrkan	Gällivare
Laurén, Kristina	Psyk kliniken	Gävle
Wejbro, Yvonne	Psyk mottagningen	Gävle
Blom, Ingvar		Göteborg
Carlsten, Anders	Socialmedicinska avd	Göteborg
Ivarsson, Tord	BUP	Göteborg
Johansson, Lars-Åke	Kyrkans jourtjänst	Göteborg
Larsson, Lena	Psyk kliniken	Göteborg
Mathiasson, Håkan	Neurosjukvård och psyk	Göteborg
Thorslund, Anders	Regionens hus	Göteborg
Waern, Margda	Avd för psyk	Göteborg
Wänge, Christina	Neurovård och psykiatri	Göteborg
Forsberg, Eva	Öppna psyk mott	Hagfors
Lindberg, Britt	Öppna psyk mott	Hagfors
Hermansson, Amir		Halmstad
Hyltén-Cavallius, U	Psyk kliniken	Halmstad
Kolmodin, Riga	Psyk kliniken	Halmstad
Svedblom, Britt-Marie	Psyk kliniken	Halmstad
Amrén, Nicke	Anders-Olof skolan	Hammarstrand
Smårs, Gunilla	Anders Olof skolan	Hammarstrand
Wallin, Ulla	Haninge psyk mott	Haninge
Haynes, Torben	Psyk mott Najaden	Helsingborg
Larsson, EvaLotta	Psyk mott Najaden	Helsingborg
Carlstrand, Margareta	Avd 10	Hudiksvall
Svensden, Katrine	Akutmottagningen	Hudiksvall
Lundgren, Hedvig	Esplanadgatan	Hässelholm
Björkman, Irja	Psyk kliniken	Hässelholm
Svensson, Ingvar	Sjukhuset	Hässelholm
Carlsson, Ann-Marie	Psyk akutmottagningen	Jönköping
Eklund, Gun	Länssjukhuset Ryhov	Jönköping
Ferm, Margit	SPES	Jönköping
Henriksson, Lars	Psyk akutmottagning	Jönköping
Magnusson, Inger	Psyk akutmottagningen	Jönköping
Petersson, Annika	Psykologiska kliniken	Jönköping

Wikström, Inger	Akutmottagningen	Jönköping
Marklund, Sven-Olof	SPES	Kalvträsk
Jonasson, Ingegerd	Karlskrona Psyk klinik	Karlskrona
Lindgren, Marie	Barn- och ung. psyk. mott.	Karlskrona
Andrén, Anders	Folkhälsan Värmland	Karlstad
Fredriksson, Ursula	Mobila enh Spånga-Kista	Kista
Björklund, Ann-Marie	Psyk slutenvård	Kramfors
Holmstedt, Ewa	Mobila verk. Björknäs	Kramfors
Höglin, Inger	Psyk stutenvård	Kramfors
Näslund, Gunilla	Psyk slutenvården	Kramfors
Söderberg, Peter	Mobila Verk. Björknäs	Kramfors
Wickman, Glenn	Psyk slutenvården	Kramfors
Bodin, Anneli	Psyk slutenvård	Kramfors
Högstedt, Marie	Vuxenpsykiatri	Kristianstad
Nawrin, Janerik	Psykiatricentrum	Kristianstad
Smids, Mait	Psykiatricentrum	Kristianstad
Weiber, Rikard	Psykiatricentrum	Kristianstad
Engfors, Jeanette	Psykiatriska kliniken	Kristianstad
Beskow, Jan		Kungälv
Nyström Elmegren, N	Folkhälsoenheten KAK	Köping
Jagner, Gustav,	Ungdomsmottagningen	Lerum
Detlefsen, Susanna	Valla folkhögskola	Linköping
Åbom, Benkt	Ljusdals Hälsocentral	Ljusdal
Kassfeldt, Roger		Luleå
Källman, Gunnel	Luleå/Bodens sjukv.förv.	Luleå
Larsson, Gun Britt	Munkebergsskolan	Luleå
Nilsson, Inga-Britt	Luleå Tekniska univ	Luleå
Simma, Birgitta	Luleå tekniska univ	Luleå
Falk, Katti	Barnpsy kliniken	Lund
Magne-Ingvar, Ulla	Psykiatriskt centrum	Lund
Öjehagen, Agneta	Inst. för klinisk neurovet	Lund
Forssén, UllaBritt		Lvcksele
Back, Inga-Lill	Psykiatriska kliniken	Lycksele
Holm, Mona	Barn- och ungdomspsyk	Lycksele
Lindström, Anneli	Psykiatriska avdelningen	Lycksele
Ulla Britt, Forssén		Lycksele
Wikström-Johansson, EM	Psykiatrisk öppenvård	Lycksele
Wikström, A-C	Malmbergets VC	Malmberget
Grundell, Anne-Marie	Barn- och ung. psyk. klin	Malmö
Magnusson, Anette	BUP	Malmö
Ohlsson, Torsten	Psyk sektorskliniken	Malmö
Cedervall Vivianne	Avdelning 54	Mora
Freijs, Zigge	Mora-Norets VC	Mora
Lundqvist, Lisbeth	Avdelning 54	Mora
Skogström, Majken	BUP-Mottagningen	Mora
Pettersson, Urban	Barn- och ungdomspsyk	Motala
Karlsson, Elsie	SPES	Märsta
Chesterson, Ken	Psyk kliniken	Norrköping
Detlefsen, Teka	Ryggakuten	Norrköping
Germundson, Eva	Vuxenpsyk mott	Norrköping
Lönegren, Anna	BUP	Norrköping
Olsson, Barbro	Psykosteamet	Norrköping
Sjöblom, Per-Olov	Psyk kliniken	Norrköping
Dock, Jan	Norrtälje Psyk klinik	Norrtälje
Kjellman, Gunilla	Psyk kliniken	Norrtälje

Lönnheim, A-M	Psyk öppenvårdsmott	Norrtälje
Brännström, Lars	Skellefteå sjukvård	Norsjö
Rockberg, Eva	Levande Rörelse	Näsåker
Conrad, Ingeborg	Center för Selvmordsforsk	Odense
Fagerberg, Cecilia	Psyk kliniken	Piteå
Gustafsson Linnatie, R	Psyk kliniken	Piteå
Qveflander, Mervi	Psyk kliniken	Piteå
Almqvist, Michael	Tunadalsskolan	Robertsfors
Bäckman, Carin	Tunadalsskolan	Robertsfors
Stern, Karin		Ronneby
Bergsten, Ellen	Psyk mottagningen	Sandviken
Törnqvist, Lennart	Psykiatricentrum	Sibbhult
Brännström, Thommy	Skellefteå sjukvård	Skellefteå
Fredriksson, Thomas	Psyk kliniken	Skellefteå
Hagelberg, Harriette	Psyk kliniken	Skellefteå
Lindström, Inga-Lill	Psyk kliniken	Skellefteå
Lundgren, Gunlger	Lasarettet	Skellefteå
Lundström, Gudrun	Psyk kliniken	Skellefteå
Olsson, A-B	Psyk kliniken	Skellefteå
Pihlqvist, Gerd	Psyk kliniken	Skellefteå
Risan, Pia	Skellefteå sjukvård	Skellefteå
Stenvall, Gun-Marie	Sjungande Dalens kyrka	Skellefteå
Wikström, A-C	Psyk kliniken	Skellefteå
Öhman, Ulla-Britt		Skellefteå
Halén, Marianne	BUP	Sollefteå
Söderström, Anette	Utvecklingsenheten	Sollefteå
Berander, Anita	SPES	Stenungsund
Alin Åkerman, Britta	Centrum för suicidforsk	Stockholm
Arvidsson, Eva	LHS Rektorsutbild	Stockholm
Frisén-Andersson, Birgit	Centrum för suicidforsk	Stockholm
Granath, Göran	Källan	Stockholm
Hultén, Agnes	Centrum för suicidforsk	Stockholm
Jakobsson, Einar	Gästriegatan 15	Stockholm
Lundmark, Mats	Psykiatriska sektorn	Stockholm
Netzler, Birgit	BIVA	Stockholm
Ramberg, Inga-Lill	Centrum för suicidforsk	Stockholm
Ringskog, Susanne	Centrum för suicidforsk	Stockholm
Stefenson, Anne	Centrum för suicidforsk	Stockholm
Thorson, Jan	Folkhälsoinstitutet	Stockholm
Titelman, David	Centrum för suicidforsk	Stockholm
Wahlgren, Marianne	Centrum för Suicidforsk	Stockholm
Wasserman, Danuta	Centrum för suicidforsk	Stockholm
Zetterlund, Gunilla	SPES	Stockholm
Åsberg, Marie	Inst för klin neurovet	Stockholm
Henriksson, Svante	Psykiatrimott Kronan	Sundbyberg
Johansson, Leena Maria	Psyk mottagningen	Sundbyberg
Wirén, Else Maj		Sundsvall
Åberg, Ann-Charlotte	Psyk mottagningen	Sundsvall
Nordberg, Ing-Marie	Psyk mottagningen	Säffle
Thorén, Lena	Psyk mottagningen	Säffle
Wiklund, Carin	Umeå VC/Sävar VC	Sävar
Sundquist, Sven-Olof	Psyk mottagningen	Söderhamn
Åström, Göran	Brunnsgården	Sölvesborg
Klasén Larsson, I	Psykiatrimottagningen	Tranemo
Pönniö, Annicka	Psykiatrimott	Tranemo
Hjelmeland, Heidi	Psykologisk Institut	Trondheim

Lind, Vera	SPES	Tyringe
Axelsson, Aina	Umeå universitet	Umeå
Bengtsson, Niklas	Psyk kliniken	Umeå
Biström, Sten	Psyk kliniken	Umeå
Chotai, Jayanti	Psyk kliniken	Umeå
Ehn, Billy	Etnologiska institutionen	Umeå
Enwald-Widding, A	Psyk kliniken	Umeå
Fex, Lena	Psyk kliniken	Umeå
Fransson, Jörgen	Psyk kliniken	Umeå
Gustafsson, Lennart	Psyk kliniken	Umeå
Hammarberg, Karin	Åldreheten	Umeå
Hernborg, Emma	Student	Umeå
Holmberg, Birgitta	Psyk kliniken	Umeå
Jacobsson, Lars	Psyk kliniken	Umeå
Jacobsson, Lars	Psyk institutionen	Umeå
Johansson, David	Psyk kliniken	Umeå
Johansson, Gunnel	Psyk kliniken	Umeå
Jonsson, Madelene	SPES	Umeå
Karlsson, Barbro	Kom.Vux	Umeå
Karlsson, Gunn	Psyk kliniken	Umeå
Kronberg, Lotta	Psyk kliniken	Umeå
Lindgren, Sibylla	Barn- och ungd.psyk. klin	Umeå
Lindskog, Margareta	Psyk kliniken	Umeå
Ljunglöf, Torbjörn	Psyk kliniken	Umeå
Lundberg, Eva	Psykiatriska kliniken	Umeå
Malmefjäll, Anita	Ålidhems vårdcentral	Umeå
Nordqvist-Karlsson, B	Psyk klin	Umeå
Nordström, Annika	Psyk kliniken	Umeå
Olovsson, Tommy,	Psyk kliniken	Umeå
Ottosson, Hans	Psyk kliniken	Umeå
Salander Renberg, E	Psyk kliniken	Umeå
Sandström, K-H	Psyk kliniken	Umeå
Stenlund-Hultgren, M	Psyk kliniken	Umeå
Strömberg, Sven-Olof	Team Syd Psykiatri	Umeå
Söderström, Margareta	Studenthälsan i Umeå	Umeå
Toresson, Ulrika	Psyk kliniken	Umeå
Wallin, Birgitta	Drivkraft	Umeå
Åström, Per Gunnar	KomVux	Umeå
Österberg, Inger	Psyk kliniken	Umeå
Lundgren, Sten	Diakonistift Samariterhem	Uppsala
Olsson, Gunilla	BUP kliniken	Uppsala
Wikner, Annica		Uppsala
Persson, Britta	Idalaskolan	Veberöd
Fritzell, Karin	Psyk kliniken	Värnamo
Lewerth, Birgitta	Psyk kliniken	Värnamo
Bodin-Sadarangani, K	Allmänpsyk kliniken	Västerås
Kollander, Elisabeth	Psyk kliniken	Västerås
Lindbäck, Maud	Allmän psykiatri	Västerås
Looström, Gunn	Folkhälsocenter	Västerås
Nilsson, Agneta	Allmän psykiatri	Västerås
Sjöborg, Elisabeth	Allmän psykiatri	Västerås
Carlsson, Christina	BUP	Växjö
Malmqvist, Helen	Psyk mottagningen	Växjö
Ortvall, Åsa	Vuxenpsykiatri	Växjö
Beckman, Lena	Psyk kliniken	Ängelholm

Nytzen, Ingrid
Söderström, Laila
Karvonen, Anneli
Schroeder, Anita
Sundelin, Iris

Psyk kliniken
BUP
BUP
Psyk kliniken
Psyk kliniken

Ängelholm
Örnköldsvik
Örnköldsvik
Örnköldsvik
Örnköldsvik

Dina synpunkter

Med hjälp av dina och andra läsares synpunkter får vi på Nationellt och Stockholms läns landstings 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 och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

Box 230

171 77 Stockholm

tfn: 08 - 524 870 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"