

1999
Rapport nr 1

DEN FÖRSTA NATIONELLA NÄTVERKSKONFERENSEN OM SJÄLMORDSPREVENTION



Att satsa på psykisk hälsa
– förebygga självmord och självmordsförsök

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: Ljunglöfs AB, Stockholm
ISBN: 91-972520-4-2
ISSN: 1400-3023

INNEHÅLL

Förord	3
Om konferensen	6
Programmet	8
Anmälda till konferensen	11
Välkomsthälsning	15
<i>Danuta Wasserman, professor, Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa</i>	
Inledningsanföranden:	
1. Gunn Franzén-Ljung, politisk planeringschef, Socialdepartementet.....	20
2. Gunnar Ågren, folkhälsolandstingsråd, Stockholms läns landsting	22
Själv mord som folkhälsoproblem	23
<i>Agneta Dreber, generaldirektör, Folkhälsoinstitutet</i>	
En andra chans: Sekundärprevention som strategi	25
<i>Claes Örtendahl, generaldirektör, Socialstyrelsen</i>	
Prevention i skolan	30
<i>Anne-Liis von Knorring, professor, Akademiska sjukhuset, Uppsala</i>	
Riktlinjer för omhändertagande av självmordsnära patienter	31
<i>Marie Åsberg, professor, Karolinska Institutet, Stockholm</i>	
Riktlinjer för omhändertagande av patienter med affektiva sjukdomar	32
<i>Hans Ågren, professor, psykiatriska kliniken, Mölndals sjukhus</i>	
Personliga erfarenheter av arbete på en suicidenhet	33
<i>Lil Träskman-Bendz, professor, Lund</i>	
Humanistisk självmordsprevention	35
<i>Jan Beskow, professor, Göteborg</i>	
Workshop om befolkningsinriktad självmordsprevention	38
Workshop om självmordsprevention i den psykiatriska vården	47
Workshop om självmordsprevention inom primärvården.....	52
Workshop om självmordspreventiva åtgärder för barn och ungdom	66
Karta över regionerna i det självmordspreventiva arbetet	79
Regionvisa sammankomster:	
Minnesanteckningar från den norra regionen	81
Minnesanteckningar från Stockholm/Gotlandregionen.....	85
Minnesanteckningar från den västsvenska regionen	89
Minnesanteckningar från sydöstra regionen	91
Minnesanteckningar från den södra regionen	95

FÖRORD

Själv mord kan förebyggas. Denna övertygelse har genomsyrat flera expertgrupper som världshälsoorganisationen WHO och Förenta Nationerna (FN) har samlat. Sverige har förbundit sig att utveckla en aktiv självmordsprevention. Detta skedde år 1984, när vi accepterade WHO:s program *Hälsa för alla år 2000*. Detta innefattar nämligen också målet att bryta den stigande trenden av självmord och självmordsförsök (mål 12).

I september 1995, publicerade Nationella rådet för självmordsprevention *Stöd i självmordskriser. Nationellt program för utveckling av självmordsprevention*. Med detta program fick Sverige en gemensam begreppsapparat och en övergripande modell för landets arbete med suicidprevention.

I programmet preciserades *suicidpreventionens mål*: "att varaktigt minska antalet självmord och självmordsförsök".

Därutöver presenterades tre delmål:

- *Barn- och ungdom*: "att därutöver så långt som möjligt undanröja omständigheter som kan leda till att barn och unga tar sitt liv".
- *Epidemiologisk bevakning*: "att tidigt upptäcka och försöka bryta stigande trender av självmord och självmordsförsök i utsatta grupper".
- *Ökat stöd genom ökad medvetenhet*: "att öka den allmänna kunskapsnivån om självmord, så att mänsklig gemenskap och samhällsliga åtgärder blir ett stöd för människor med självmordstankar och för människor med upplevelser av närståendes självmord och självmordsförsök".

Åtgärderna preciserades i *tio strategiska områden*. I marginalen angavs vem som skulle göra vad: myndigheter, andra institutioner, frivilligorganisationer och olika professioner.

Centrum för suicidforskning och prevention är statens och Stockholms läns landstings centrala expertenhet inom självmordsforskning och självmordsprevention. Centret 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. Verksamheten kan delas in i fyra huvudområden:

- forskning och utveckling,
- riktad analys av epidemiologiska data och uppföljning av självmordsutvecklingen,
- information,
- undervisning.

Viktiga deluppgifter är att initiera, följa upp och värdera suicidpreventiva projekt samt att hålla området i sin helhet under bevakning och att följa den internationella kunskapsutvecklingen.

Självmondsprevention håller nu på att utvecklas till en viktig del av folkhälsoarbetet. Som allt förändringsarbete stöter detta på vanetänkandets motstånd. Detta förstärks av den mer än tusenåriga *rädslan* för allt som har med självmord att göra. Många törs ännu inte ta ordet självmord i sin mun. Därför uppmanar det nationella programmet var och en att utveckla sin förmåga att tala om *existentiella frågor*.

Tala med anhöriga, arbetskamrater och patienter om liv, död och självmord! All individuell självmondsprevention börjar med ett personligt samtal. Betydligt fler självmord har orsakats av att man inte kunnat tala om det än att man kunnat tala om det. Alla gemensamma ansträngningar för att sänka självmondsfrekvensen förutsätter ingående samtal om detta fenomen.

Det är oftast en komplicerad bakgrund bakom ett individuellt självmord. Det finns också komplicerade samhällsfaktorer bakom en hög självmondsfrekvens inom ett område. De flesta har nu insett värdet av att detta stora samhällsproblem lyfts upp till diskussion på den samhälleliga arenan. Det gäller inte minst de som aktivt arbetat med preventiva åtgärder professionellt och ideellt, t.ex. i sjukvården, kyrkan och frivilligorganisationerna. Medlemmarna i SPES (Svenska föreningen för prevention och efterlevandes stöd) är nu inte längre ensamma i detta arbete.

Flera decenniers forskningsarbete inom psykiatri och annan sjuk- och hälsovård skall nu omformas till praktisk preventiv verklighet. Karaktäristiskt för detta nya skede är att traditionell forskning nu måste kombineras med *aktionsforskning*.

Det suicidpreventiva budskapet måste utformas på ett för varje grupp specifikt sätt. Detta leder till ett mångsidigt arbete i många olika projekt med metodutveckling och utvärderingar. Detta måste ske i nära dialog mellan forskare och den grupp för vilken suicidpreventionen skall utformas. En djupare förståelse för problemen kräver också samarbete med forskare inom humaniora och samhällsvetenskap.

Ett led i denna stora samhällsprocess – att göra suicidprevention till en integrerad del av svenskt folkhälsoarbete – utgjordes av den nätverkskonferens, som arrangerades av Centrum för suicidforskning och prevention den 4 och 5 december 1997 och som här avrapporteras. Intresset för konferensen var större än väntat, många måste tyvärr avvisas. Uppslutningen från myndigheter, forskare och ideella organisationer var helhjärtad. Centrum för suicidforskning och prevention kommer även fortsättningsvis

att vartannat år anordna nätverkskonferenser tillsammans med de olika regionerna. Nästa konferens kommer att äga rum i Umeå hösten 1999.

Denna rapport bygger på det material som de flesta talare ställt till Centrums förfogande. Här finns anföranden från företrädare från regeringen, Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet samt forskarrapporter från tillämpad suicidprevention.

För att underlätta preventionsarbetet har det bildats sex olika regionala nätverk, som också sammanträdde under dessa dagar. Även deras arbete finns redovisat här.

Sammantaget ger rapporten en ögonblicksbild av svensk suicidprevention. Här finns djupa insikter om självmordsproblemets allvar, breda kunskaper om detta problem men också en försiktigt prövande hållning i letandet efter framkomliga vägar.

Det ankommer nu på var och en av oss att fundera över vad i detta material som är värt att växa och utvecklas och hur vi alla, var och en på sitt sätt, kan bidra till framväxten av en kraftfull och målmedveten självmordsprevention som kan rädda liv och lindra lidanden för tusentals människor.

Danuta Wasserman
Professor i psykiatri och suicidologi
vid Institutet för Psykosocial Medicin/Karolinska Institutet
Chef för Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för
suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

OM KONFERENSEN

Den första nationella nätverkskonferensen

ägde rum den 4 och 5 december 1997 i en fullsatt aula på Karolinska sjukhuset. 240 deltagare från hela landet deltog. Många fler hade velat komma, men det fanns inte plats för alla. Syftet med konferensen var att få till stånd ett möte mellan forskare och praktiker, förmedla senaste nytt inom området och främja det lokala självmordsförebyggande arbetet. Under första dagen ägde workshops om barn och ungdom, primärvårdsbaserat arbete, psykiatribaserat arbete respektive befolkningsinriktat arbete rum. Andra dagen ägnades åt erfarenhetsutbyte.

Konferensen inleddes med att Danuta Wasserman hälsade alla välkomna och berättade därefter om den sjunkande självmordsfrekvensen.

Själv mord i Sverige 1995 och 1996 fördelade efter kön och diagnosgrupp.

		1995	1996	Procentuell förändring
Säkra självmord (E950-E959)	Män	936	872	-6,8%
	Kvinnor	412	381	-7,5%
	Totalt	1348	1253	-7,0%
Osäkra självmord (E980-E989)	Män	340	278	-18,2%
	Kvinnor	125	132	5,6%
	Totalt	465	410	-11,8%
Säkra och osäkra självmord (E950-E959, E980-E989)	Män	1276	1150	-9,9%
	Kvinnor	537	513	-4,5%
	Totalt	1813	1663	-8,3%

Själv mord i Stockholms län 1995 och 1996 fördelade efter kön och diagnosgrupp.

		1995	1996	Procentuell förändring
Säkra självmord (E950-E959)	Män	152	139	-8,6%
	Kvinnor	104	77	-26,0%
	Totalt	256	216	-15,6%
Osäkra självmord (E980-E989)	Män	52	42	-19,2%
	Kvinnor	26	31	19,2%
	Totalt	78	73	-6,4%
Säkra och osäkra självmord (E950-E959, E980-E989)	Män	204	181	-11,3%
	Kvinnor	130	108	-16,9%
	Totalt	334	289	-13,5%

Inledningstal

Gunn Franzén Ljung, politisk planeringschef vid Socialdepartementet, inledningstalade liksom *Gunnar Ågren*, folkhälsolandstingsråd i Stockholm läns landsting samt professor *Jan Lindsten*, dekanus vid Karolinska Institutet. Alla konstaterade att självmordsprevention är ett mycket viktigt tema på dagordningen.

Föreläsningar

Flera av landets främsta experter inom självmordsforskningen och preventionen föreläste: professor *Marie Åsberg*, Karolinska Institutet och professor *Jan Beskow*, Centrum för suicidforskning och prevention, professor *Lil Träskman Bendz*, Lund och professor *Hans Ågren*, Göteborg, professor *Anne-Liis von Knorring*, Uppsala och generaldirektören *Agneta Dreber*, Folkhälsoinstitutet.

Workshops

Fyra parallella workshops hölls. De behandlade självmordsprevention inom den psykiatriska vården, inom primärvården, bland barn och unga samt befolkningsinriktad självmordsprevention.

"Kärleken är den bästa kicken"

- en film om fyra ungdomars liv, kriser och självmordstankar.

Vid konferensen visades för första gången inför en större publik filmen "*Kärleken är den bästa kicken*". Den handlar om två pojkar och två flickor från storstad, småstad och glesbygd, som berättar om sin uppväxt och skolgång, sina kriser, självmordstankar och hur de kommit ut starkare på andra sidan.

Syftet med filmen är:

- att visa att det inte är så ovanligt med självmordstankar,
- att det är viktigt att ta ungdomars självmordssignaler på allvar,
- att självmord och självmordsförsök går att förebygga,
- att lära ungdomar hur man kan tala om och bearbeta sina självmordstankar,
- att det är viktigt att söka hjälp,
- att man ska få veta var hjälp finns.

Filmens målgrupper är elever från årskurs ett i gymnasiet, lärare och annan skolpersonal samt föräldrar. Innan filmen visas i större skala, kommer dess effekter att utvärderas vetenskapligt.

Centrum för suicidforskning och prevention fick tillsammans med Panfilm i maj tredje pris för "*Kärleken är den bästa kicken*" i Guldklappan 1998, festivalen för beställningsfilm och interaktiva medier, kategori dokumentärer.

Regionvisa sammankomster

Konferensens sista eftermiddag ägnades åt regionvisa sammankomster. De självmordsförebyggande målen skall följa det nationella programmets. Arbetet skall vara tvärsektoriellt och vetenskapligt. Varje region skall arbeta enligt de lokala förutsättningarna. En professor i psykiatri kommer att vara ansvarig för varje region tillsammans med representanter från andra samhällssektorer och en ledningsgrupp skall formos.

Här nedan följer dokumentation av konferensen.

Program

Torsdagen den 4 december

- 09.00 Registrering med kaffe och ostsmörgås. Anmälan till workshop och regionvisa sammankomster
- 10.00 Välkomsthälsning
Danuta Wasserman, professor, Centrum för suicidforskning och prevention (CSP)
- 10.15 Inledningsanföranden
Gunn Franzén Ljung, politisk planeringschef, Socialdepartementet
Gunnar Ågren, folkhälsolandstingsråd, Stockholms läns landsting
Jan Lindsten, professor, dekanus, Karolinska Institutet
- 11.00 Självmod som ett folkhälsoproblem
Agneta Dreber, generaldirektör, Folkhälsoinstitutet
- 11.30 Prevention i skolan
Anne-Liis von Knorring, professor, Akademiska sjukhuset, Uppsala
- 12.00 Lunch, presskonferens
- 13.00 "Kärleken är den bästa kicken". Visning av ny videofilm (45 min).
Diskussion.
Danuta Wasserman
- 14.30 *Workshop I - Befolkningsinriktad självmordsprevention*
Moderatorer: Töres Theorell och Inga-Lill Ramberg
Plats: Tomtebodaskolan, Gisslersalen
- Workshop II - Självmordsprevention bland barn och unga*
Moderatorer: Gunilla Ohlsson och Agnes Hultén
Plats: Tomtebodaskolan, Gustav Eksalen
- Workshop III - Självmordsprevention inom primärvården*
Moderatorer: Wolfgang Rutz och Benkt Åbom
Plats: IPM, Tomtebodavägen 11 F, Stora konferensrummet
- Workshop IV - Självmordsprevention inom den psykiatriska vården*
Moderatorer: Lennart Gustavsson och Bo Runeson
Plats: Karolinska sjukhuset, Stora aulan

Se separat program. Workshop I - III:
buss från KS huvudentré kl 14.20.
Kaffe, Tomtebodaskolan, kl 14.30

16.45 Föreningsmöten

18.00 Buffé (Medicinhistoriska Museet)

Program

Fredagen den 5 december

- 09.00 En andra chans: Sekundärprevention som strategi
Claes Örtendahl, generaldirektör, Socialstyrelsen
- 09.30 Riktlinjer för omhändertagande av självmordsnära
psykiatriska patienter
Marie Åsberg, professor, Karolinska Institutet
- 10.00 Paus med kaffe
- 10.30 Riktlinjer för omhändertagande av patienter med affektiva
sjukdomar
Hans Ågren, professor, Psykiatriska kliniken, Mölndals sjukhus
- 11.00 Personliga erfarenheter av arbete på en suicidenhet
Lil Träskman-Bendz, professor, Psykiatriska kliniken, Lasarettet, Lund
- 11.30 Humanistisk självmordsprevention
Jan Beskow, professor, Centrum för suicidforskning och prevention
- 12.00 LUNCH
- 13.00 Regionvisa sammankomster (se separat program).
Plats:
Stockholm/Gotland, KS, Stora aulan
Uppsala/Örebro, Tomtebodaskolan, Gisslersalen
Västsvenska regionen, Tomtebodaskolan, Gustav Eksalen
Norra regionen, Tomtebodaskolan, Konferensrum 1
Södra regionen, IPM, Tomtebodav 11 F, Stora konferensrummet
Sydöstra regionen, IPM, Tomtebodav 11 F, Lilla konferensrummet
- 15.30 Återsamling
- 16.00 Avslutning



ANMÄLDA TILL KONFERENSEN

Alingsås	Hellner	Elisabeth	Göteborg	Blom	Ingvor
Alingsås	Risö-Bergerlind	Lise-Lotte	Göteborg	Ekbom Johansson	Pia
Alingsås	Solbreck	Margareta	Göteborg	Fors	Zelma
Boden	Sundström	Christina	Göteborg	Halvarsson	Ulla
Borås	Bartholdson	Erik	Göteborg	Irgens	Janeke
Borås	Ivarsson	Bo	Göteborg	Johansson	Holger
Borås	Svenson	Brita	Göteborg	Lindahl	Inger
Bromma	Holmström	Ulla	Göteborg	Thorslund	Anders
Bromma	Häggström	Katarina	Göteborg	Waern	Margda
Bromma	Persson	Ulla-Britt	Hallsberg	Hennerdal	Kerstin
Bromma	Stackenland	Rolf	Halmstad	Larsson	Lena
Bålsta	Frisk	Martina	Halmstad	Swedblom	Britt-Marie
Bålsta	Lovén	Sune	Haninge	Westlund	Roland
Danderyd	Alvariza	Maia	Haninge	Öhler	Birgitta
Danderyd	Garnefält Nyberg	Inga	Helsingborg	Dahllöf	Barbro
Danderyd	Omerov	Majda	Helsingborg	Nilsson	Marie
Danderyd	Westberg	Kristina	Helsingborg	Olausson	Eva
Eksjö	Granat	Lili	Huddinge	Dahlbrink	Els-marie
Eksjö	Pettersson	Rose-Marie	Huddinge	Eriksson	Lillemor
Eksjö	Solling	Aili	Huddinge	Håkanson	Eva
Fjärås	Sandegren	Björn	Huddinge	Liwergrén	Lotta
Gimo	Rantala-Thorén	Pia	Huddinge	Stille	Berit
Gnesta	Fernström	Kennet	Hägersten	Cederfelt	Margareta
Grums	Engström	Mats	Hägersten	Norling	Marianne
Gustavsberg	Gdula	Anna	Järfälla	Johansson	Leena Maria
Gustavsberg	Wallin	Ulla	Jönköping	Eklund	Gun
Gävle	Wejbro	Yvonne	Jönköping	Eriksson	Yvonne
Gävle	von Kraemer	Christoffer	Jönköping	Frisk	Margareta
			Jönköping	Lundqvist	Mia
				Petersson	Annika
				Tovhult	Gunnel

Jönköping	Wikström	inger	Malmberget	Wikström	Ann-Christine
Kalmar	Andersson	Johan	Malmö	Dobre	Elena
Kalmar	Bodin	Lena	Malmö	Ingvert	Eva
Kalmar	Bryngelsson	Mirjam	Malmö	Jacobsson	Amelie
Kalmar	Hansson	Eva-Marie	Malmö	Linden Magnus	Anna
Kalmar	Jansson	Tomas	Malmö	Nordström	Peter
Kalmar	Jeppsson	Birgitta	Mariefred	Jonsson	Simon
Kalmar	Lexne	Erik	Mjölby	Gustafsson	Lars
Kalmar	Ljungkvist-Saarma	Marita	Mora	Bjärnulf	Anita
Kalmar	Olsson	Berit	Mora	Cedervall	Vivianne
Karlskrona	Björkman	Ella-Maria	Mora	Lundqvist	Lisbeth
Karlskrona	Jonasson	Ingegerd	Mora	Nilsson	Gunnar
Karlskrona	Yllner	Styrbjörn	Mora	Olsson Bergholtz	Gunnel
Karlstad	Andrén	Anders	Mora	Skoglund Hassis	Inger
Karlstad	Forssell	Inger	Mora	Åström	Lise-Lotte
Katrineholm	Storm	Gunnel	Motala	Pettersson	Urban
Kinna	Abrahamsson	Per-Anders	Motala	Sandh	Anne
Kista	Adlercreutz	Susanna	Motala	Thorén	Olof
Kista	Danielsson	Karin	Märsta	Daag	Annika
Kristinehamn	Larsson	Eva	Norge	Widhe	Sten O
Kristinehamn	Myhr	Kerstin	Norrköping	Chesterson	Ken
Kungsängen	Hamborg	Lena	Norrköping	Engdahl	Bodil
Köping	Asplund	Viveka	Norrköping	Germundsson	Eva
Köping	Elisson	Laila	Norrköping	Lindgren	Elisabeth
Linköping	Sjödin	Ingemar	Norrköping	Olsson	Barbro
Lund	Cedereke	Mari	Norrköping	Sjöblom	P-O
Lund	Nimeus	Anders	Norrtälje	Lundén	Ingrid
Lund	Nyholm	Kerstin	Norrtälje	Lönnheim	Ann-Margret
Lund	Odén	Birgitta	Norrtälje	Wahlström	Lars
Lycksele	Lindström	Annelie	Norrtälje	Walukeiwia	Helena
Malmberget	Marklund	Sven-Olof	Nyköping	Agnedal	Monika

Nyköping	Salander	Pirjo	Stockholm	Jakobsson	Einar
Nynäshamn	Thorslund	Margareta	Stockholm	Karlsson	Siv
Orsa	Boberg	Kristina	Stockholm	Korpskog	Maria
Oslo, Norge	Hauge	Nils Petter	Stockholm	Levy	Helèna
Oslo, Norge	Hestetun	Inge Björg	Stockholm	Lindelius	Birgitta
Oslo, Norge	Schelderup	Georg	Stockholm	Lundgren	Sten
Piteå	Olofsson	Roland	Stockholm	Lundmark	Marts
Piteå	Sandgren Björklund	Eva	Stockholm	Magnell	Claes
Sandviken	Iredahl	Kristina	Stockholm	Novak	Ylva
Sandviken	Wählstedt	Karin	Stockholm	Olmarken	Lotta
Skövde	Bergqvist	Larseric	Stockholm	Thoor	Eva
Skövde	Ekenstierna	Kerstin	Stockholm	Wahlgren	Ulla-Karin
Skövde	Gunnarsdottir	Gudrun	Stockholm	Vaile	Teresa
Skövde	Klarin	Nina	Sundbyberg	Beckroth	Gunilla
Skövde	Önnefors	Börge	Sundbyberg	Lidmar Sundmark	Ulla-Britt
Solna	Falk	Elisabeth	Sundbyberg	Wiklander	Maria
Stenungsund	Berander	Anita	Sundsvall	Johansson	Gun
Stockholm	Arvidsson	Ewa	Sundsvall	Nordström	Berit
Stockholm	Barkman	Anne	Sundsvall	Nyberg	Elvy
Stockholm	Björkman	Åsa	Sundsvall	Snellman	Juha
Stockholm	Borgå	Per	Sundsvall	Wiksten	Timo
Stockholm	Carpelan	Cecilia	Sundsvall	Åberg	Ann-Charlotte
Stockholm	Eriksson	Kerstin	Säffle	Andersson	Gun
Stockholm	Ettlinger	Ruth	Säffle	Andersson	Stig
Stockholm	Gabrielsson	Elisabeth	Säffle	Norberg	Ing-Marie
Stockholm	Gaspar	Eva	Sävedalen	Donnerdal	Lisa
Stockholm	Glemme	Margareta	Södertälje	Bergström	Aina
Stockholm	Grundberg	Gunnel	Södertälje	Gustavsson	David
Stockholm	Gyllenswärd	Göran	Tomelilla	Ringskog	Susanna
Stockholm	Göransson	Sara	Trollhättan	Engström	Annelie
Stockholm	Indahl	Birgitta	Trollhättan	Hansson	Maria

Trollhättan	Sundberg	Anita	Ängelholm	Almström	Bengt
Tromsø, Norge	Ferrada-Noli	Marcello	Ängelholm	Beckman	Lena
Trondheim, Norge	Hjelmeland	Heidi	Örebro	Adolfson	Ullastina
Trondheim, Norge	Wenche	Haukö	Örebro	Bederoff	Anne
Tyresö	Hjelm	Kristina	Östersund	Eriksson	Gunnel
Tyringe	Lind	Vera	Östersund	Lif	Gitte
Täby	Wahlquist	Leif	Östersund	Reimer	Guje
Uppsala	Albért	Ulla	Östersund	Ström	Tomas
Uppsala	Bernhardsson	Gunilla	Östersund	Torberntsson	Urban
Uppsala	Joelsson	Per			
Uppsala	Joki-sjöstrand	Ingrid			
Uppsala	Knutsson-Medin	Lena			
Uppsala	Lindberg	Elisabeth			
Uppsala	Lindén	Michael			
Uppsala	Olsson	Gunilla			
Uppsala	Severin	A			
Uppsala	Trost von Werder	Anne-Christine			
Vansbro	Hellström	Olle			
Vansbro	Stenback	Lisbeth			
Vederöd	Persson	Britta			
Vejbystrand	Foyer	Helene			
Vällingby	Aflaki	Bahram			
Vällingby	Sebek	Ann-Christin			
Västerås	Göller	Marie-Louise			
Västerås	Hedin	Ulla			
Västerås	Kollander	Elisabeth			
Västra Frölunda	Weirén	Lena			
Växjö	Carlsson	Christina			
Årsta	Helgesson	Anki			
Årsta	Prave	Elisabeth			
Årsta	Stolt	Irene			

VÄLKOMSTHÄLSNING

Danuta Wasserman

Kära mötesdeltagare och ärade gäster.

Jag vill i dag hälsa Er hjärtligt välkomna till den första nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention som Centrum för suicidforskning och prevention har tagit initiativ till i enlighet med Riksdagens och Regeringens uppdrag till centret att påbörja aktiviteter som främjar suicidpreventionen i Sverige. Jag hoppas att den här konferensen kommer att leda till att vi lär av varandra hur onödiga självmord som Kalles kan förebyggas.

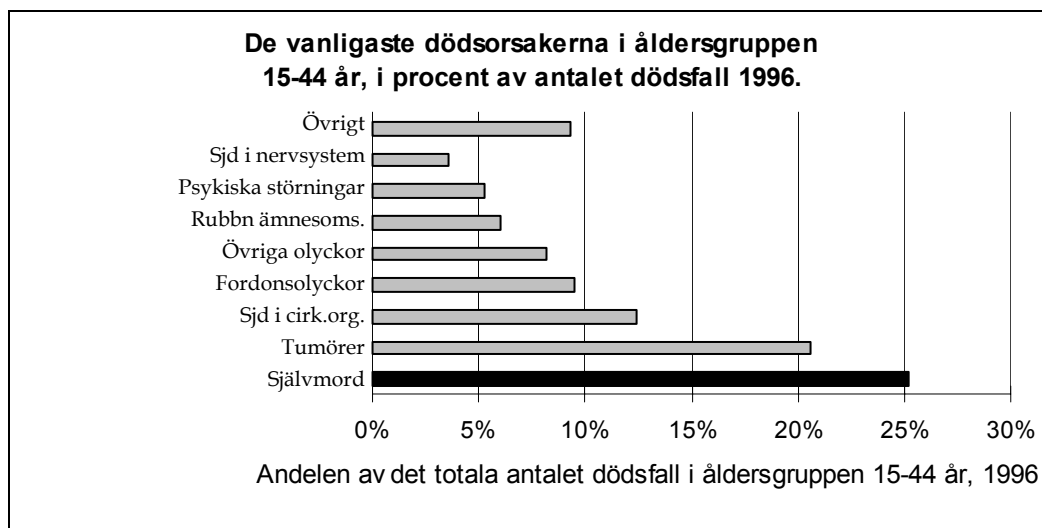
Han stod där bara, vid plattformskanten, Kalle, femton, snart sexton, år, klädd i gymnastikskor, blå jeans och brun jacka, halvlångt ljust hår. Han hade en pinne i handen. Det såg ut som om han skulle vilja slå på tåget med den eller kasta den på rälsen. Tågföraren bromsade in och signalerade, men Kalle gjorde inte en ansats av att vilja flytta sig. Allting gick så fort. När tåget kommit nästan fram till plattformskanten, kastade han sig raklång på spåret. Det var otäckt tyst meddetsamma, men sedan började folk springa, vifta och skrika. Plötsligt var hela plattformen full med brandmän och poliser. Den här gången gick det inte att rädda livet på Kalle, som för bara några månader sedan försökte ta livet av sig på ett liknande sätt. Men då räddades han, fördes till sjukhuset och skrevs ut nästan med det samma. Kalle tog aldrig kontakt med den mottagning han hänvisades till. Han blev struken från patientlistan eftersom han inte hört av sig efter påminnelse. Kalles föräldrar kontaktades inte vid detta vårdtillfälle. De visste ingenting.

Hittills har 1800 personer årligen tagit sina liv i Sverige. Man brukar uppskatta att cirka tio gånger fler gör självmordsförsök (18 000) och att 180 000 har självmordstankar. 1996 har vi emellertid noterat de lägsta siffrorna beträffande självmordsdödlighet i Sverige, både för män och för kvinnor, sedan 1969. Dessa resultat är särskilt viktiga med tanke på att statistiken för år 1995 visade att i landet som helhet begicks tio procent fler självmord än 1994. Med hänsyn tagen till den höga arbetslösheten i Sverige och att många människor idag är utsatta för en ökad psykisk belastning, var vi rädda att den nedåtgående självmordstrenden i Sverige skulle brytas. Detta har inte hänt. 1996 tog 1663 personer sitt liv, varav 513 kvinnor och 1150 män.

Trots de sjunkande självmordstalen är det angeläget att hålla ett vakande öga på den fortsatta utvecklingen, eftersom självmord fortfarande är den

vanligaste dödsorsaken bland män i åldrarna 15-44 år och den näst vanligaste dödsorsaken för kvinnor.

Vi kan också notera att dödsfallen i kategorin psykiska störningar i huvudsak består av dödsfall på grund av alkohol eller drogrelaterade sjukdomar och det är sannolikt att det bakom denna diagnos även döljer sig en del självmord.



Särskilt skulle jag vilja välkomna regeringens representant *Gunn Franzén-Ljung* från Socialdepartementet. 1993 beslöt riksdagen på ett initiativ från socialutskottet, att skapa ett nationellt kompetenscentrum med uppgift att initiera och främja självmordsförebyggande forsknings- och utvecklingsprojekt i Sverige.

Centrum för suicidforskning och prevention som utgör statens och Stockholms läns landstings centrala expertenhet inom självmordsforskning och självmordsprevention, knöts genom Socialdepartementets försorg till Statens institut för psykosocial miljömedicin (IPM).

Jag skulle också vilja hälsa *Gunnar Ågren* välkommen, folkhälsolandstingsråd vid Stockholms läns landsting. Alltsedan docent Ruth Ettlingers vetenskapliga och kliniska verksamhet vid Södersjukhuset på 1960- och 1970-talen och senare till stor del tack vare hennes politiska aktivitet, har detta landsting mycket energiskt stött det självmordsförebyggande arbetet i länet. Tack vare Stockholms läns engagemang har det nationella centret genom avtal integrerats med Stockholms läns landstings självmordsförebyggande centrum.

Jag är också mycket glad att Karolinska institutet aktivt stödjer vår forskningsverksamhet och välkomnar med glädje professor *Jan Lindsten*, dekanus vid Karolinska Institutet. Karolinska Institutet är idag ett

medicinskt universitet som genom utbildning, forskning och information bidrar till att förbättra människors hälsa – inte enbart den somatiska, utan även den psykiska hälsan.

Den svenska regeringen har undertecknat Världshälsoorganisationens deklaration "Hälsa för alla år 2000", i vilken man redan 1984 åtagit sig att med all kraft arbeta för att bland annat mål 12 i denna deklaration ska uppnås, d.v.s. att den stigande trenden av självmord och självmordsförsök ska brytas i Europaregionen. Av denna anledning tillsatte Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet 1993 det Nationella rådet för självmordsprevention med centret som samarbetspartner.

Det Nationella rådet för självmordsprevention har en bred sammansättning med medlemmar från Landstingsförbundet, Kommunförbundet, Försvaret, Rikspolisstyrelsen, Svenska kyrkan, Svenska psykiatriska föreningen, Sveriges Radio samt representanter från Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen. Arbetet leds av generaldirektör *Agneta Dreber*, som senare under förmiddagen kommer att presentera Folkhälsoinstitutets handlingsprogram och generaldirektören för Socialstyrelsen *Claes Örtendahl*, som i morgon kommer att presentera Socialstyrelsens roll i detta arbete. Båda dessa myndigheter försöker tillsammans med Centrum för suicidforskning och prevention att förverkliga de mål det nationella rådet för självmordsprevention har ställt för att förebygga självmord och självmordsförsök. Målen för det nationella självmordsförebyggande arbetet är:

- att varaktigt minska antalet självmord och självmordsförsök,
- att därutöver så långt möjligt undanröja omständigheter som kan leda till att barn och unga tar sitt liv,
- att tidigt upptäcka och försöka bryta stigande trender av självmord och självmordsförsök i utsatta grupper,
- att öka den allmänna kunskapsnivån om självmord, så att mänsklig gemenskap och samhälleliga åtgärder blir ett stöd för människor med självmordstankar och för människor med upplevelser av närståendes självmord och självmordsförsök.

Svensk självmordsforskning har länge haft en framskjuten ställning på den internationella arenan. Forskare rekryteras främst från det psykiatriska fältet, eftersom självmord och självmordsförsök, som är den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa, är ett stort problem inom psykiatin. Utan överdrift kan man säga att vid varje medicinsk fakultet i Sverige finns det framstående forskare inom suicidologin som samtidigt är professorer, antingen i vuxen- eller barn- och ungdomspsykiatri, och som länge försökt utveckla olika självmordspreventiva program. Jag är stolt över att många av dem kommer att medverka aktivt med föredrag under dessa dagar och vill hälsa följande deltagare hjärtligt välkomna: professorn i barn- och ungdomspsykiatri från Akademiska sjukhuset i Uppsala *Anne-Liis von*

Knorring, professorn i psykiatri vid Karolinska sjukhuset *Marie Åsberg*, professorn i psykiatri vid psykiatriska kliniken vid Mölndals sjukhus *Hans Ågren* och professor *Lil Träskman-Bendz* vid psykiatriska kliniken, lasarettet i Lund, som länge har lett ett framgångsrikt arbete vid en suicidenhet och som kommer att förmedla sina personliga erfarenheter av att arbeta på en avdelning för vård av enbart självmordsnära patienter. Jag vill också hälsa alla de kolleger som är engagerade i olika vetenskaps- och regionvisa presentationer hjärtligt välkomna.

Självordspreventionen är dock inte endast ett psykiatriskt problem, utan ett brett samhälleligt problem. Huvudmålsättningen med konferensen är att bilda ett nationellt nätverk för en mer systematisk självordsprevention i landet. Denna måste byggas upp i samarbete mellan människor inom skilda sektorer av samhället, nämligen inom psykiatrin, övrig hälso- och sjukvård, kommunerna, olika frivilligorganisationer, polis och massmedia. Inför detta arbete har vi utgått från landets indelning i sex sjukvårdsregioner från 1.1 1984. Vi har vänt oss till professorer i psykiatri verksamma i respektive region och bett dem ställa upp som ansvariga samordnare och som en kunskapsresurs i respektive region. De skall tillsammans med personer som representerar en annan sektor, t.ex. kommun, frivilligorganisation (som SPES) eller patientorganisationer och även enskilda engagerade, kunna fungera som koordinatörer för respektive region. På detta sätt bygger vi ett nätverk som startar sitt arbete i och med denna konferens.

Under de regionvisa sammankomsterna i morgon (fredagen den 5 december) kommer deltagarna att synliggöra den strategi för självordsprevention som man har i respektive region, utbyta tankar kring det fortsatta arbetet samt vid återsamlingen och i den rapport som Centrum för suicidforskning och prevention kommer att ge ut efter konferensen kunna förmedla sina erfarenheter till kolleger i andra regioner. Ambitionen är att beskriva den lokala strategi i varje region för hur självmorden och självmordsförsöken ska sänkas med hänsyn tagen till lokala förutsättningar. Den mangranna ("kvinnogranna") uppslutningen bakom denna målsättning talar sitt tydliga språk om hur viktigt detta arbete upplevs av alla.

Slutligen vill jag hälsa professor *Jan Beskow* välkommen, vars uppgift vid Centrum för suicidforskning och prevention är att utifrån det nationella programmet för självordsprevention initiera och stödja den humanistiska forskningen. De breda kulturella aspekterna, inte enbart utifrån svenskarnas perspektiv utan också med utgångspunkt från de många invandrare som hittat en fristad här i Sverige, skall tas till vara vid förverkligandet av de nationella målen för självordsprevention. Det är viktigt att utveckla förmågan hos oss alla till samtal om existentiella frågor, till samtal som berör vår inställning till döden samt synen på självmordsbeteende, självordsprevention och eutanasi.

Innan jag överlämnar ordet till våra gäster som ska hålla inledningsanföranden, skulle jag vilja tacka Er alla för visat intresse för denna konferens. Jag vill be Er hälsa dem av Era kolleger som inte kunnat få plats vid denna konferens att en skrift som dokumenterar detta möte kommer att ges ut.

Referenser

Nationella rådet för självmordsprevention. *Stöd i självmordskriser. Nationellt program för utveckling av självmordsprevention*. Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Centrum för suicidforskning och prevention, 1995.

Nationella rådet för självmordsprevention. *Om livet känns hopplöst. Stöd till självmordsnära medmänniskor*. Folkhälsoinstitutet, Centrum för suicidforskning och prevention, Socialstyrelsen. Folkhälsoinstitutets rapport 1996:116. Beställs från Folkhälsoinstitutets distributionstjänst, tel 08-449 88 22, fax 08-449 88 11.

INLEDNINGSANFÖRANDE

Gunn Franzén Ljung

Jag vet ingen händelse som är så omskakande som när vi står inför det faktum att en människa tagit eller försökt ta sitt liv. Den hjälplöshet, litenhet, man känner, kan inte ens vi mångordiga politiker ge ord för. Än värre blir det ju för dem som förlorat en nära och kär medmänniska.

Ni som samlats här idag och som i er profession skall hjälpa oss med dessa svåra frågor är därför ovärderliga. Folkhälsan är ett av regeringens prioriterade områden inom välfärdspolitiken. En god hälsa är av största vikt om man ska kunna leva ett gott liv.

Hälsan i Sverige har förbättrats kraftigt under 1900-talet. Många sjukdomar (t.ex. TBC, polio) har utrotats eller kan behandlas. Olika hälsorisker i miljö och samhälle har bekämpats framgångsrikt. Medellivslängden ökar, vilket är ett tecken på att dödligheten sjunker.

Själv mord är dock fortfarande en av våra vanligaste dödsorsaker och den dödsorsak som orsakar flest förlorade levnadsår.

Omkring 1800 personer dör av själv mord varje år. Det är dubbelt så många som dödas i trafiken. Skulle vi inte kunna tänka oss en nollvision när det gäller själv mord? Kanske naivt önskemål från mig som lekman? Långt fler försöker ta sina liv, cirka 18000 eller har allvarliga själv mordstankar cirka 180000.

Man kan därför fråga sig vad det är för samhälle vi lever i och vad är politikernas ansvar.

Politikens grundläggande uppgift är att ge människor förutsättningar att skapa sig ett gott liv. I vårt land för vi en generell välfärdspolitik med detta syfte. Barnomsorg, skola och barnbidrag skall ge varje barn en bra start i livet. Vård och omsorg skall finnas tillgänglig för den som behöver den vid sjukdom, på grund av ett handikapp eller på ålderns höst.

Sjukpenning, pensioner och a-kassa ger ekonomisk trygghet när livet går en emot. En god utbildning rustar individen för framtiden, en god arbetsmarknad med möjligheter att försörja sig och sin familj, ett demokratiskt och jämlikt samhälle där var och en kan påverka sin framtid, är tre andra fält som har stor betydelse för människors livskvalitet.

Det är på detta övergripande plan som regeringens insatser är mest påtagliga. Den högst prioriterade uppgiften är – som ni vet – att minska arbetslösheten. Detta av flera skäl: Arbetslöshet drabbar den enskilde hårt, ekonomiskt och socialt. Arbetslöshet hotar samhällsekonomin och därmed

möjligheterna att föra en god välfärdspolitik. Arbetslöshet är också ett folkhälsoproblem.

Vi har inte sett om arbetslösheten återspeglats i självmordsstatistiken bl.a. p.g.a. eftersläpande statistik – men visst är det en oroande möjlighet.

Den ekonomiska krisen har drabbat hundratusentals människor. Många har mist jobbet, andra sett sina inkomster sjunka på grund av sänkta bidrag eller pensioner. Klimatet på arbetsmarknaden har hårdnat och i ungdomarnas miljö har besparingar inom bland annat skola och skolhälsovård blivit kännbara. Det psykiska välbefinnandet har försämrats av detta.

Psykisk ohälsa leder till stora sociala och ekonomiska konsekvenser för samhället. Det är viktigt att frågan om psykisk ohälsa, om psykisk sjukdom – och frågan om självmord kan diskuteras mer öppet. Ökad kunskap hos folk i allmänhet kan minska känslan av att detta är ett tabubelagt område.

Just de många rent psykologiska, attitydmässiga och känslomässiga svårigheterna som är kopplade till en diskussion kring självmord gör särskilda insatser nödvändiga. Centrum för suicidforskning och prevention gör viktiga insatser på det här området.

Regeringskansliet följer ert arbete sedan tillkomsten 1993. Vi har tagit del av det nationella programmet "Stöd i självmordskriser" som kom 1995 och som Folkhälsoinstitutet, Centrum för suicidforskning vid Institutet för Psykosocial Miljömedicin och Socialstyrelsen arbetat fram och vi har ju regelbundna kontakter med dessa myndigheters generaldirektörer Agneta Dreber, Töres Theorell, Claes Örtendahl med medarbetare.

Vi vet att samarbetet mellan personer som på olika sätt är engagerade i frågor kring självmord och förebyggande insatser pågått i många år. Ett samarbete och kontaktnät som säkerligen är nödvändigt, såväl ur patient/klient perspektiv som för att ni i er profession skall ges påfyllning, stöd och förhindra utbrändhet. Jag har förstått att det nu är dags för ett mer formaliserat nätverk – och då är det ju särskilt glädjande att så många har samlats till den här konferensen.

Från regeringskansliets sida och socialminister Margot Wallström, som idag är i Bryssel och slåss för en annan Folkhälsofråga – förbud mot direkt och indirekt tobaksreklam – önskar vi er två givande dagar och ett framgångsrikt samarbete i fortsättningen.

Gunnar Ågren

pekade i sitt inledningstal på det initiativ inom det självmordsförebyggande området som Stockholms läns landsting tagit genom bildandet av Centrum för suicidforskning och prevention för att kunna nå hälso- och sjukvårdsplanens mål att minska självmorden i länet. Han nämnde vidare att centret blivit en av stöttepelarna i landstingets samhällsmedicinska verksamhet.

SJÄLMORD SOM ETT FOLKHÄLSOPROBLEM

Agneta Dreber

Folkhälsoinstitutets uppgift är att förebygga sjukdom och annan ohälsa. Skador och olyckor är de vanligaste dödsorsakerna i Sverige upp till 40 års ålder. Cirka 2800 personer avlider årligen till följd av olyckshändelser, våld och självmord. Ungefär 1800 personer begår självmord. I denna siffra finns cirka 500 osäkra fall. Man vet inte om dessa personer avsiktligt eller oavsiktligt dött av olyckshändelser/skador.

Att förebygga skador/olyckor är mot denna bakgrund en viktig folkhälso-uppgift. Som en följd av bland annat arbetet i det nationella suicidpreventiva rådet har Folkhälsoinstitutet sedan två år integrerat det självmordsförebyggande arbetet i det skadeförebyggande. Det betyder att vi gör våra insatser för att se hur miljöer, metoder och strukturer kan påverkas. Folkhälsoinstitutet arbetar inte direkt med de delar av självmordsprevention som hör till psykiatrin.

Målsättningen för Folkhälsoinstitutets självmordspreventiva arbete är att öka den allmänna kunskapsnivån om självmord och att varaktigt minska antal självmord och självmordsförsök i Sverige. Det innebär:

- att följa självmordsutvecklingen i Sverige,
- att redovisa mortalitet och morbiditet i rapporten "Skador i siffror",
- att utveckla och integrera metoder för självmordsprevention i ett tvärssektoriellt perspektiv som en del av den sjätte nationella skadekonferensen,
- att publicera och sprida rapporten "Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök",
- att planera och genomföra en nationell och en internationell masterkurs samt en forskningsförberedande kurs i skadeepidemiologi och prevention, där självmord och självmordsprevention ingår som en del.

Några exempel på självmordsförebyggande insatser:

- Hushållsgasen i England innehöll till en början kolmonoxid, sedan övergick hushållen till gas med betydligt lägre halt av kolmonoxid, därefter naturgas. Möjligheten att begå självmord med hjälp av hushållsgas har minskat.
- Klädkrokar vid institutioner (klädhängare i fängelser) kan konstrueras så att de inte tål några större tyngder.
- Avgasrör måste inte vara runda så att dammsugarslangen passa – de kan lika gärna vara ovala eller ha annan form.
- Läkemedel som tas i alltför stora doser kan tillföras extrakt av kräkmedel.

- Tåg och T-banestationer kan byggas så att hopp framför tåg försvåras.

En närmare beskrivning av Folkhälsoinstitutets arbete, liksom andra myndigheters, finns i återgivet i "Stöd i självmordskriser", nationellt program för utveckling av självmordsprevention under rubriken *Strategier*.

EN ANDRA CHANS: SEKUNDÄRPREVENTION SOM STRATEGI

Claes Örtendahl

De drivande personligheterna kring arbetet med självmordsfrågorna i det här landet har en betydande övertalningskraft. Således har man lyckats få mig att tala inför denna alldeles för kvalificerade församling.

Jag är som bekant inte läkare. Mitt sätt att närma mig ämnet skall därför inte vara som medicinsk expert. Lånade kläder sitter oftast illa. Istället är jag här för att jag faktiskt har erfarenhet som medmänniska av arbetet med självmordsnära människor. Och jag tror att den erfarenheten faktiskt är värd att föra vidare. Den teoretiskt okunnige kan ibland se saker som må vara självklara men ändå osynliga för personer av facket.

Min historia är inte särskilt originell. För många år sedan – jag var ännu inte fyllda fyrtio år, hade jag en arbetskamrat som tog sitt liv. Han lyckades på tredje försöket.

Han var en stor kraftig man med ett eget företag i vars styrelse jag satt, utsedd till uppdraget av min arbetsgivare. Han var känd som en drivande person med betydande personlig charm. Bland män i min ålder var han därtill känd för att äga den vackraste bilen i församlingen. En Porsche 911 som fick oss innehavare av begagnade SAAB eller Volvo att framstå som en smula efterblivna.

Han var gift men hade inga barn. Hans hustru reste mycket, var mycket blond och mycket vacker. Han dyrkade henne på ett sätt som uppenbart besvärade henne. Den middag han bjöd mig och några andra till i deras nya våning kändes inte så rolig. Han översköljde henne med kärleksbetygelser som hon uppenbart fann besvärande och pinsamma. Tre veckor senare hade hon ringt och meddelat att gräset var grönare någon annanstans och att hon helst såg att han inte var hemma när hon samma eftermiddag kom och hämtade alla sina saker.

På kvällen ringde man från akuten. Man bad om hjälp för att få kontakt med anhöriga. Mannen hade kört av vägen med sin Porsche och förvandlat den till skrot. Själv hade han överlevt trots alla odds. Och måttligt skadad. Men han ville inte prata med personalen på akuten. Men där visste någon att vi kände varandra. Han kom hem igen nästa dag. Gipsad och lindad och omplåstrad. Han hade sagt mycket få ord sedan han kommit till sjukhus i ambulans. Ändå sändes han hem.

Hans vänner – vi var i allt åtta – förstod att detta kunde ha varit ett självmordsförsök. Vi skapade en slags vakt- och kontaktkedja runt honom. En av hans vänner påtog sig ansvaret att hålla kedjan igång. Vi ringde och besökte och bjöd hem. Varje dag var någon ansvarig. Varje kväll var någon

på besök eller hade honom hemma hos sig. Vi gjorde försök att övertyga honom på det naiva sätt som är ganska unga mäns eget – att havet är fullt med fisk och att han nu kunde göra allt det där som vi andra inte fick göra eftersom vi ju var gifta familjefäder. Då log han sorgset och stirrade ut i fjärran.

Mannen var först sjukskriven i en vecka och kom sedan till jobbet men var också där nästan helt tyst. En nära vän till honom som arbetade i hans företag höll dock igång det hela trots hans mentala frånvaro.

I tre veckor höll vi på. Mot slutet föreföll han bättre. Han började tala igen och diskuterade framtiden. Vi började känna oss litet lättade. Han berättade att han påföljande dag skulle titta på en ny våning och att han därför inte skulle komma till sitt arbete. På kvällen fann vi honom liggande i hallen. Han hade fallit alldeles vid ytterdörren. Han hade rivit telefonen från väggen i fallet, djupt medvetlös. Men sjukhuset klarade hans livhank och efter en tid på intensivsen fördes han till den psykiatriska kliniken. Nu var det ju uppenbart att han led av en svår depression och att den var så djupgående att sluten vård var motiverad.

Vi besökte honom på psyket. Det var inget roligt ställe. Han var skrämmd av situationen och ville ut. Han såg sig själv och identifierade sig själv med hjälp av medpatienter som också på oss tedde sig en smula skrämmande. Det var definitivt inte en plats för en 35-årig man med självmordstankar. Men det var den plats som fanns.

Han kom ut efter cirka två veckor och fick stödsamtal. Och vaktkontaktkedjan sattes igång igen, nu med förnyad misstänksamhet.

Det varade i två månader. Vi i kedjan runt honom var alldeles slut. Han gjorde om sin övertygande beskrivning av att må mycket bättre, meddelade att han över helgen skulle åka till sina föräldrar. En av oss lånade ut sin bil för att han skulle åka ner till barndomens Småland.

24 timmar senare var han död. Han hade aldrig åkt. Han hade bara försökt lura oss in i falsk säkerhet. Han bad om ursäkt för detta i ett brev men han hade – sedan hustrun lämnat honom – inget skäl att leva längre. På något sätt hade vi kanske förstått det, och gett upp. Vaksamheten var inte så hög de sista veckorna. Efteråt försökte vi att fundera igenom vad vi gjort fel. Kanske var det inte fel. Kanske hade vi ingen rätt att försöka driva honom att fortsätta leva. Det var den första reaktionen. Men ganska snart insåg vi att han borde ha haft en god chans att ta sig ur sitt dilemma. Men det hade krävt ett annorlunda förhållningssätt. Detta var några av våra amatörmässiga synpunkter.

1. I hans lägenhet hade vi efter det första försöket hittat lugnande mediciner och sömnmedicin som skulle ha räckt till livslångt bruk. Alla

var utskrivna under de senaste veckorna. Ett stort antal läkare var förskrivare. Flera från grannstaden. Ingen var psykiater. Var det verkligen rimligt att man skulle kunna få sådana mängder av medicin utan att någon slog larm? Och hade verkligen alla dessa läkare tänkt igenom vad dom gjorde när dom skrev ut medicinen? Hade dom försökt förstå hans situation? Var det rimligt – om man nu hade akuta sömnsvårigheter – att man fick tabletter som skulle räcka för långvarig förbrukning? Var verkligen permanent användning av sömntabletter en rimlig behandlingsstrategi för en 35-årig man?

Vi var i alla fall djupt kritiska. Vi tyckte rent ut att de förskrivande läkarna var naiva och okunniga som inte förstod att mannen var självmordsnära och vi tyckte att systemet var konstigt som inte självt slog larm när ett uppenbart samlande av självmordsredskap pågick.

2. Hur kunde man behandla hans bilolycka som en olyckshändelse? Varför kopplades inga psykiatriska resurser in redan då? Borde inte alla varningslampor lyst när han inte ville tala om namnet på sina anhöriga? När han egentligen inte alls ville tala? När omständigheterna kring olyckan inte involverade någon annan bil – en försommarkväll, med torra vägbanor och liten trafik? Hade polisen inte reagerat för den egendomliga singelolyckan?

Fast vår egen reaktion hade ju egentligen också varit naiv. Utan kunskaper hade vi kastat oss in i att försöka "rädda" vår vän och vi hade inte gjort några ansträngningar att skaffa professionellt stöd. Vi antog på – i efterhand – tveksamma grunder att sjukhuset förstått att detta var ett självmordsförsök och att man kände sig övertygade om att det inte skulle hända igen eftersom man skickade hem honom. Polisen då? Som utredde olyckan – hade dom inte förstått? Jag frågade en av dem som jag kände från den lokala pistolskytteklubben. Han sa, att han tyckte att detta var doktorernas bekymmer och att polisen inte hade någon utbildning på sånt här.

3. Efter det uppenbara självmordsförsöket med tabletter och sprit fick han vård. Bland hans få riktigt intensiva reaktioner efteråt var att dit skulle han aldrig tillbaka. Det var inte så att han misstrodde läkare eller skötare. Han uppskattade deras goda vilja. Men själva miljön var skrämmande. Allvårdsavdelning på psykiatrisk klinik. Också vi – vännerna – tvekade inför vårdavdelningen. Han kände sig brännmärkt genom att han varit på psyket. Vännerna kände sig illa till mods när de gick dit. Och stödet efter det att han lämnade sjukhuset var inte särskilt intensivt.

En samlad bild av sjukhustiden var att den gav god säkerhet mot nya självmordsförsök under en begränsad tid – i övrigt nästan ingenting. Man var – som han själv sade – mycket snälla och rara mot honom. Men i övrigt

gjorde vården inget särskilt intryck. Och skillnaden i kontaktnivå från vården under tiden på sjukhuset och vården efteråt var förkrossande stor. Fullt pådrag dag ett. Låsta dörrar. Pansarglas i rutorna. Ute på gatan dag två.

Det kändes verkligen som om sjukhusets psykiatriska klinik inte var för honom och att han på något sätt var en fyrkantig patient när han borde varit rund. I efterhand är det ju också mycket egendomligt att vi – som lade så stor vikt vid att hjälpa och stödja inte tog oss före att ta kontakt med psyket. Men det gjorde vi inte. Vi förutsatte på något egendomligt sätt att vi skulle värderas som ovidkommande. Vi var ju inte anhöriga i vanlig mening. Sjukhusets image spelade en viktig roll för att kontakten inte uppstod. Hans egen skräck för att återkomma till psykkliniken avskräckte nog också oss.

4. Att vi lät oss luras att släppa vår uppmärksamhet i slutet var kanske inte så egendomligt. Vi orkade helt enkelt inte längre. Våra civila liv krävde sitt. Vi hade familjer att tänka på. Det tog i stort sett ett dygn i veckan av var och en av oss. Men det kändes bistert att konstatera efteråt, att vi inte begripit att vi tagit oss vatten över huvudet och att vi helt enkelt aldrig haft en rimlig chans. Vi var för okunniga, godhjärtade men okunniga. Dumma som inte bad om hjälp från professionella personer och självöverskattande.

Att vi därtill kunde konstatera att vännen hade lyckats samla ihop en ny hög med sömnmedel och lugnande mediciner som återigen uppnått genom att han vänt sig till en rad av doktorerna på hemorten och i grannstaden, var en smula skrämmande. Skulle det vara så här? Visste ingen av dom verkligen att han försökt att ta sitt liv nyss? Begrep ingen av dom att när en 35 årig man ber om sömnmedel och lugnande medicin så är det inte alldeles säkert att den kommer att användas på avsett sätt? Det fanns tre apotek att välja på. Det mesta kom från ett enda av dem. Hade dom inga tankar om detta? Han var ju en ganska känd person i den lilla staden.

Jag hoppas nu att ni alla säger samma sak. Så där går det inte till idag. Det där är historia. Och i så fall har vi gjort en kvalitetstest på systemet. Vi är på väg åt rätt håll. I så fall skulle det betyda

1. Det är inte längre möjligt att på mycket lösa boliner samla ihop till dödande doser av mediciner från fem olika läkare inom loppet av en vecka utan att någon reagerar och gör riktiga ansträngningar att behandla mera grundläggande psykiatriska problem.
2. En oförklarlig singelolycka leder till frågeställningar om suicidförsök och kvalificerade insatser oavsett om patienten kommer till olycksfallsakut eller till en mera psykiatriskt orienterad del av sjukvården.

Psykiatriska problem behandlas inte längre bara som ett resttillstånd som kommer till användning som förklaring av patientens förhållanden när ingen somatisk orsak kunnat upptäckas.

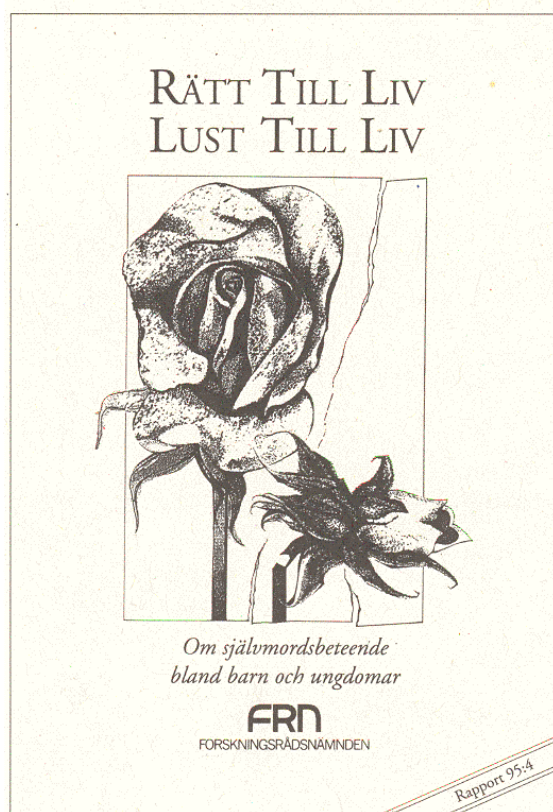
3. Anhöriga och vänner kontaktas och används, om de vill och kan, som stöd för en självmordsnära person. De ges kontaktmöjligheter och information. Och uppföljande stöd efteråt om det värsta skulle hända.
4. Andra yrkesgrupper som poliser, personalchefer, lärare etc. ges möjlighet att ta kontakt och ge information om självmordsmisstanke och de kan få diskutera sitt eget förhållningssätt.
5. Anhöriga och vänner känner sig inte så utestängda från den psykiatriska världen att de tvekar att be om hjälp och råd utan tycker att det är naturligt att ta och få kontakt.
6. Vårdmiljön på en psykiatrisk klinik är idag sådan, att man inte av sin egen erfarenhet av att ha vistats där, blockeras från möjligheten att se den som en positiv resurs.
7. Själva synen på psykiatrin bland människor som i ett svagt utgångsläge drabbas av de svåraste livskriserna är sådan, att de inte tvekar att söka stöd och hjälp.

Det vore ju fullt rimliga och enkla förändringar ... Inte särskilt svåra att komma fram till. Självklara på något sätt. Ändå känner jag osäkerhet om vi faktiskt har hunnit så här långt.

PREVENTION I SKOLAN

Anne-Liis von Knorring

talade under rubriken "Prevention i skolan". Här hänvisas till *Rätt till liv, lust till liv. Om självmordsbeteende bland barn och ungdomar*, utgiven av Forskningsrådsnämnden, 1995.



Kan beställas från Forskningsrådsnämnden (tel 08-454 41 00, fax 08-454 41 44).

RIKTLINJER FÖR OMHÄNDERTAGANDE AV SJÄLMORDSNÄRA PATIENTER

Marie Åsberg

talade under rubriken "Kliniska riktlinjer för omhändertagande av självmordsnära psykiatriska patienter". Här hänvisas till skriften *Själmordsnära patienter - kliniska riktlinjer för utredning och behandling*, utgiven av Svenska Psykiatriska Föreningen och Spri, 1997.

På uppdrag av Svenska Psykiatriska Föreningen ingår i arbetsgruppen om förstämningssjukdomar förutom Marie Åsberg, som är dess ordförande, även:

Professor Jan Beskow, Göteborg

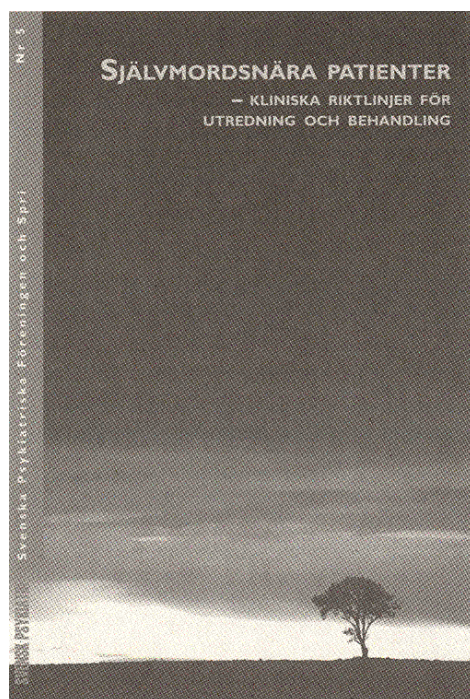
Cheföverläkare Ulla Hedén, Västerås

Docent Bo Runeson, Skövde och Stockholm

Cheföverläkare Karl-Otto Svärd, Karlstad

Professor Lil Träskman-Bendz, Lund

Professor Danuta Wasserman, Stockholm



Skriften kan beställas från Spri (tel 08-702 46 00, fax 08-702 47 99).

RIKTLINJER FÖR OMHÄNDERTAGANDE AV PATIENTER MED AFFEKTIVA SJUKDOMAR

Hans Ågren

talade under rubriken "Riktlinjer för omhändertagande av patienter med affektiva sjukdomar". Här hänvisas till *Förstämmningssjukdomar - kliniska riktlinjer för utredning och behandling*, utgiven av Svenska Psykiatriska Föreningen och Spri, 1997.

På uppdrag av Svenska Psykiatriska Föreningen ingår i arbetsgruppen om förstämmningssjukdomar förutom Hans Ågren som är ordförande, även:

Leg psykolog Björn Gustavsson, Lund

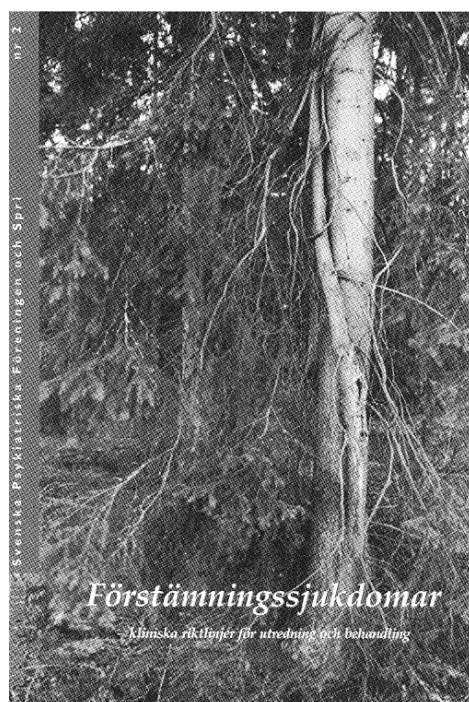
Universitetslektor Björn Mårtensson, Stockholm

Docent Adam Nagy, Göteborg

Professor Conny Nordin, Linköping

Cheföverläkare, med dr Wolfgang Rutz, Visby

Professor Lil Träskman-Bendz, Lund



Skriften kan beställas från Spri (tel 08-702 46 00, fax 08-702 47 99).

PERSONLIGA ERFARENHETER AV ARBETE PÅ EN SUICIDENHET

Lil Träskman-Bendz

Enheten för Affektiva Sjukdomar och Suicidprevention öppnade våren 1986. Sedan dess har ett flertal olika forsknings- och utvecklingsprojekt genomförts. För närvarande inrymmer verksamheten organisatoriskt en vårdavdelning, konsultationsuppdrag i somatiken, en stödenhet för närstående till självmordsfall (under utvärdering efter tre år), en ljus-behandlings-/ECT-avdelning, en enhet för psykoedukativ hemsjukvård/dialectical behaviour therapy (projekt) samt uppföljning av anhöriga och aktiv uppföljning av patienter efter självmordsförsök.

Konsultationer

Redan 1986 framarbetades ett konsultationsunderlag med därtill hörande skattningar av undertecknad och kurator, docent Agneta Öjehagen. Detta idag något reviderade underlag används nu vid alla konsultationer, som oftast genomförs av läkare och kurator tillsammans enligt "Lunda-modellen". Konsultationsunderlaget har delgivits andra kliniker i landet. Eftersom konsulterna mest sker inom internmedicin, har detta inneburit ett gott samarbete med medicinens intagningsavdelning. Tillsammans har vi även genomfört forskningsprojekt och bl.a. framarbetat en medicinsk risk-skala (Lund Index for Medical Severity – LIMS). Vidare har vi i samarbete med kliniska farmakologer genomfört en toxikologisk, klinisk farmakologisk studie, som när det gäller plasmakoncentrationer av läkemedel kan komma att bli av betydelse i det kliniska arbetet i akutsituationen för förgiftningstillbud.

Vårdavdelningen

Självmordsnära och självdestruktiva patienter utgör diagnostiskt en heterogen grupp patienter och somliga av dem kan vålla omvårdnadsproblem. Under åren som gått har personalgruppen vuxit sig stark och har med tiden fått en unik kompetens och ett gott självförtroende. Vi har lärt oss att ledarskapet på avdelningen varit av avgörande betydelse.

Tidigt sökte sig en grupp personal till Norge för att där lära sig mer om strukturerad omvårdnad, som sedan blivit rättesnöret i arbetet på avdelningen. Dessutom har personalen erbjudits kurser i kognitiv psykoterapi. I omvårdnadsplaneringen ingår inventering av patientens resurser och problem samt en målbeskrivning av omvårdnadsarbetet och utvärdering. På senare år har personalen utarbetat ett oerhört strukturerat schema i omvårdnaden av särskilt självdestruktiva individer, en "behandlingsvaksmodell", som visat gott resultat. Personal från andra avdelningar i Sverige har gjort studiebesök hos oss eller har auskultat på avdelningen, och personalen själv har deltagit i utbildningsprogram som vi förmedlat.

Barn- och Ungdomspsykiatri

Vi har lärt oss att barn till självmordsnära patienter kan vara i riskzonen för att utveckla psykiska störningar. Därför kommer en kontaktperson från BUP regelbundet till avdelningens ronder och erbjuder kontakt med såväl patient som dennes familj och barn. Vi har genomfört en liten undersökning, vari vi visat att vi med relativt små medel kan stärka familjen och stödja barnen till ett bättre mående.

Psykoeduktiv hemsjukvård

Vår erfarenhet har lärt oss att vissa patienter med upprepad självdestruktivitet fordrar långa och kostsamma vårdtider. För närvarande pågår ett utvecklingsprojekt, vari vi med stöd av våra erfarenheter framför allt i strukturerad omvårdnad söker finna en modell för ett alternativt omhändertagande i patientens hemmiljö med syfte att finna levnadsstrategier utan självdestruktivitet.

Öppen vård

Under några få år hade vi möjlighet att själva behandla patienter i öppen vård efter sjukhusvistelsen. Vi prövade då olika psykiatriska behandlingar inom ramen för ett kontrakt, som utarbetades utifrån erfarenheter av kontraktsbehandling av missbrukspatienter, beskrivna i Agneta Öjehagens avhandling.

Uppföljningar

Denna typ av arbete har gett oss olika perspektiv på den suicidala individen och kan i sig anses vara kvalitetshöjande i vården av patienterna och stödet till anhöriga. Ett fynd som gjordes tidigt var att cirka en tredjedel av patienterna fortsätter att ha självmordstankar månaderna strax efter självmordsförsöket och därför är i behov av behandlingskontakt. I ett pågående projekt erbjuder vi aktiv uppföljning med stöd av semistrukturerade intervjuer, och de patienter som ej är i behandling kan hjälpas till sådan i den reguljära psykiatriska vården. I en annan uppföljning fem år efter slutenvård i anslutning till självmordsförsök, konstaterar vi att självmordsrisken är hög hos denna patientgrupp, vilket är ett ytterligare belägg för aktivt omhändertagande av patienterna i öppen vård.

Anhöriga

Vår strävan har länge varit att inkludera de anhöriga i vårt patientarbete. De anhörigas situation har undersökts i anslutning till konsultationerna och även i ett längre perspektiv. Stödenheten för närstående efter självmord tillkom som ett resultat av vårt samarbete med anhörigföreningen SPES i södra regionen. Vi har under de senaste åren kunnat erbjuda krisintervention och stöd. Denna verksamhet är för närvarande under utvärdering.

Patienter med depressionssjukdom och deras anhöriga har erbjudits delta i depressionsskolor. Resultatet av dessa insatser har bl.a. blivit bildandet av patientföreningen LIBRA, som vi ser som en viktig samarbetspartner.

Mina erfarenheter från verksamheten i Lund har lärt mig att motivation, kompetens, struktur, kontinuitet och en trivsamt och trygg arbetsmiljö med positiva förtecken varit nyckeln till våra framgångar.

HUMANISTISK SJÄLMORDSPREVENTION

Professor Jan Beskow

Skönhetens ursprung är alltid det sår - unikt för var och en av oss, dolt eller synligt - som alla människor bär på, bevarar och flyr in i när de vill dra sig undan världen för en stunds kort men intensiv ensamhet.

Jean Genet, 1979/1994

Psykatri/psykologi försöker förstå genom att dela upp i smådelar för att sedan syntetisera. Det primära syftet är att skilja på sjukt och friskt, onormalt och normalt. Existentiella frågor är däremot *allmängiltiga* och för oss närmare varandra. Vi har alla ett sår att fly in i. Och där skapa våra livs skönhet.

Metaforer är vanliga bland suicidnära människor. "Att skiljas är att dö en smula". För somliga att dö på riktigt. Alla inom sjukvården borde få lära sig att förstå och använda sig av metaforer, kanske bäst inlärd ur litteraturen/poesin.

Budskap

Humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning hjälper oss att genom *dialoger* skapa djupare förståelse för självmord och självmordsprevention. Ett 20-tal nu verkande humanister och samhällsvetare har publicerat sig om självmordsproblem. Till detta kommer många psykologer, kuratorer, sjuksköterskor m.fl., knutna till hälso- och sjukvården. Deras erfarenheter måste tas tillvara och vidareutvecklas.

Individuell längtan efter mening till suicidaliteten

Suicidnära patienter vill tala om sina problem (*Mats Samuelsson*). Orsakerna kan vara depression, missbruk etc. Men för patienten är *motiven* mest närliggande, frågan: varför vill jag ta mitt liv? Livet upplevs *meningslöst*. Men trots detta är *frågan* om livets mening ännu kvar. Den erbjuder en möjlighet att komma i nära kontakt med patienten.

Vi socialiseras genom beröm och skam. Nästa steg efter skamvrån är att åka ut, ut ur gemenskapen. Vårt liv pendlar mellan denna risk och risken

att slukas genom att någon annan tar över våra liv (*Suzanne Retzinger*, sociolog). En suicidal situation kan både innebära att man känner sig utanför all mänsklig gemenskap och att man känner sig så överväldigad av andra människor som bestämmer att man själv knappt finns till. När en människa i sitt inre brutit kontakten med alla andra människor, ja med hela världen, och gjort ett självmordsförsök blir bemötandet när hon hamnar på intensivvårdsavdelningen av strategisk betydelse för möjligheten att åter rädda henne till ett värdefullt liv. Nästa steg är att åter skapa ett meningsfullt liv.

Lisa Donnerdal är sjuksköterska på IVA. Hon fann i en kvalitativ studie, att suicidalpatienter vill bemötas genom att personalen *skapar (!) kontakt* och *visar empati*. Därigenom lyfts patienten från utanförskapet åter in i mänsklig gemenskap. Genom att visa *respekt* markerar personalen att de inte tänker ta över deras liv, inte sluka dem. Så ger vårdpersonalen patienterna *trygghet* i en livsfarlig situation.

Leena-Maria Johansson handledd av religionspsykologen *Valerie deMarinis* har studerat hur fem finska och fem svenska kvinnor *skapar mening i sina liv*. De hade alla *relationsförluster* i barndomen, som de hanterade psykosomatiskt (värk i mage, rygg och huvud). Efter puberteten lät de kroppen bli bärare av sexuella relationer. När de senare ville avgränsa sig som självständiga individer kom ångest, depression och suicidalitet. Viktiga strategier var att skapa *heliga rum*, oftast i naturen, där de ensamt och tryggt kunde bearbeta sina problem, och skapa *ritualer*, t.ex. att begrava symboliska objekt. Självständigheten medförde en ny kroppsuppfattning.

Samhällets hantering av lidande och aggressivitet

Suicidpanoramat växlar geografiskt och över tid, vad gäller fördelning på åldrar, kön, metoder och orsaker. Äldre tiders påtagliga lidanden kan möjligen förklara en stigande frekvens av självmord under 1700- och 1800-talen. Varför vi under 1900-talet med världens högsta levnadsstandard och utbildningsnivå fortfarande uppehåller denna höga suicidfrequens är en annan fråga.

Flera historiker (*Ann-Sofie Ohlander*, *Birgitta Odén*, *Yvonne Werner* och *Bodil Persson*) har verifierat en i förhållande till 1900-talet låg självmordsfrekvens på 1600-talet. Jordelivets mening var att förbereda för det eviga livet. Genom självmord gick människan miste om detta. I praktiken innebar dock hanteringen av suicidproblem en förskjutning av skuld till enskilda personer, en mekanism som lättade samhällets egen skuldbörda.

Johan Söderberg och *Arne Jansson* har visat hur 1500-talets höga våldstal sjönk och hur *suicidalmorden* dök upp och försvann som en samhällsligt betingad företeelse, varefter självmorden stadigt ökade. Det handlar om samhällets sätt att hantera aggressivitet, utåt eller inåt.

Rädslan för självmord håller nu på att vika, vilket öppnar för suicid-preventiva åtgärder men också för minskat försvar mot suicidhandlingar. Avtabueringen är emellertid inte en rätlinjig liberaliseringsprocess från 1600-talet och framåt utan en växlande och differentierad utveckling på många nivåer (*Arne Jarrick, Anders Ekström*). Tabueringen under 1900-talet har i vissa avseenden snarare ökat än minskat.

Referenser

Donnerdal, L. *Hur kan akutsjukvården bemöta patientens psykiska behov efter ett självmordsförsök?* Institutionen för vårdlärarutbildning, Göteborgs universitet. Kan beställas hos författaren, IVA, Sahlgrenska universitets-sjukhuset/Östra, 416 85 Göteborg.

Jarrick A, Söderberg J. (red). *Människovärdet och makten. Om civiliserings-processen i Stockholm 1600- 1850*. Stockholmia förlag, Stockholm. Tel 08-700 02 39.

Jarrick A. *Visor om kärlek och död. I kärlekens makt och tårar - en evig historia*. Norstedts, 1997.

Johansson LM, DeMarinis V, Sundqvist J, Bergman B. Contributions of meaning - making systems to psychosocial assessment and diagnosis: A cross- cultural study of suicidal Swedish and immigrant women. I: Johansson LM. *Migration mental health and suicide. An epidemiological, psychiatric and cross-cultural study*. Avh. Karolinska institutet. Avd för klinisk neurovetenskap och familjemedicin, Sektionen för psykiatri, Huddinge sjukhus, 1997.

Odén B, Persson B, Werner Y. *Den frivilliga döden. Samhällets hantering av självmordet i historiskt perspektiv*. Cura, 1998.

Ohlander, AS. *Kärlek, död och frihet. Historiska uppsatser om människovärde och livsvillkor i Sverige*. Norstedts, 1986.

Samuelsson M. *Attempted suicide. Studies of attitudes and psychiatric care*. Avh. Karolinska institutet, Avd för klinisk neurovetenskap, Sektionen för psykiatri, 1997.

WORKSHOP OM BEFOLKNINGSINRIKTAD SJÄLMORDS- PREVENTION

Moderatorer:

Töres Theorell, professor, Institutet för psykosocial medicin och Stressforskningsinstitutet.

Inga-Lill Ramberg, informationsansvarig, Centrum för suicidforskning och prevention.

Inledning

Inga-Lill Ramberg

Livs(o)vilja - socialpsykologisk förståelse av valet att ta sitt liv.

Elisabeth Lindberg, sociolog, doktorand vid sociologiska institutionen, Uppsala universitet

Det finns bruk för alla

Susan Danielsson, processledare inom tredje sektorn, Skaraborgs läns landsting

Självmondsförebyggande arbete i Västerbottens län – folkhälso- perspektivet

Ellinor Salander-Renberg, psykolog, doktorand, utvecklingsenheten, psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Mentalt förebyggande hälsovård - livskompetens (skolprojekt)

Brittmari Ahlner och Eva Hildingsdotter-Bengtsson, skolkurator resp skolsköterska

Vårdorganisation - yrke och psykisk hälsa: Hur ser orsakskedjan ut?

Bengt Arnetz, professor, Institutet för psykosocial medicin, Stockholm

Inledning

Inga-Lill Ramberg

Välkomna till denna workshop om befolkningsinriktad självmordsprevention!

Inom allt förebyggande arbete är riskgruppsperspektivet – om än inte enkelt – så oftast det enklaste perspektivet. De flesta av oss som arbetar med självmordsförebyggande arbetar ju också oftast utifrån ett riskgruppsperspektiv. När vi på centret bestämde oss för att ha en särskild workshop för det befolkningsinriktade självmordsförebyggande arbetet tyckte jag därför att det kändes som en stor utmaning. Jag är därför särskilt glad över att vi har så många spännande och intressanta föredrag att se fram emot under de drygt två timmar workshopen äger rum.

Innan jag släpper fram den första föreläsaren vill jag dock nämna något om vad som står i det Nationella programmet för självmordsprevention när det gäller det befolkningsinriktade arbetet.

Ett av Nationella programmets mål rör **ökad medvetenhet**. Och i programmet sägs att vi på sikt behöver få en mer genomarbetad och allmänt accepterad syn på självmordsproblemen. Spänningen mellan att se självmord som något som man inte kan tala om och samtidigt något som alla har rätt att begå måste överbryggas. Den samlade kunskapen måste spridas. I eftermiddag kommer vi att höra två intressanta föredrag på dessa teman. Det ena hålls av sociologen Elisabeth Lindberg. Elisabeth kommer snart att lägga fram sin avhandling som har arbetsnamnet Livs(o)vilja där hon beskriver hur man utifrån ett socialpsykologiskt perspektiv kan förstå valet att ta sitt liv. Psykologen Ellinor Salander-Renberg kommer att ge ett praktiskt exempel på hur man i Västerbotten arbetar med att höja den allmänna kunskapsnivån när det gäller självmordsproblematik och också ge oss kunskaper om befolkningens attityder till självmordshandlingar.

Det står också i Nationella programmet att vi under vår uppväxt och skolgång behöver **lära oss att möta kriser och konflikter** och att bemästra tendenser till depression, missbruk, våld och självmordsbenägenhet. Brittmari Ahlner och Eva Hildingsdotter-Bengtsson, skolkurator respektive skolsköterska kommer att berätta om den metod som de utformat för att skolan ska kunna arbeta med detta. Men även vuxna har ju nytta av denna kunskap så det är en lärdom som vi kan behöva ta till oss under hela livet. Det är en stor hjälp när vi hamnar i en kris om vi får förståelse för vad i min reaktion som beror på min egen personliga psykologi och hur mycket som beror på yttre faktorer.

Det **sociala nätverkets** betydelse lyfts fram, liksom **meningsfull sysselsättning** och **sammanhang och mening**. Alla tre faktorerna har konstaterats ha betydelse för den psykiska hälsan. Här lämnar vi det förebyggande och kommer in på hälsofrämjande aspekter. I projektet "Det finns bruk för alla" tar man just utgångspunkt från vad som främjar hälsan och erfarenheterna från detta projekt kommer Susan Danielsson, processledare inom den tredje sektorn, att berätta om och då får vi också höra vad som menas med den tredje sektorn. I dessa arbetslöshetstider blir vi gång på gång påmind om arbetets betydelse, men när det gäller sysselsättning, eller arbete, så är det inte tillräckligt att ha ett arbete. Arbetet måste också vara utformat på ett hälsosamt sätt. Och den **psykosociala arbetsmiljön** behöver därför ägnas stor omsorg. Professor Bengt Arnetz kommer att hålla ett föredrag om arbetsmiljöns betydelse för det psykiska välbefinnandet.

Minskad tillgänglighet till självmordsmedel är en annan åtgärd som föreslås i det Nationella programmet. Restriktivitet med giftiga mediciner

tas upp i detta sammanhang såsom försiktighet vid förskrivning, små förpackningar och blisterförpackningar som gör att man måste trycka fram en tablett i sänder. Det handlar också om tillgängligheten på vapen som förstås är ett större problem i länder som USA men jaktvapen används inte sällan i syfte att ta livet av sig i våra skogslän där jakt är en utbredd sysselsättning och tillgången på vapen stor. I trafiken kan också en del tekniska åtgärder vidtas som gör att vi inte skadas till döds. En sådan enkel sak som att se till att bilarnas avgasrör inte passar så bra ihop med dammsugarslangen som den i vissa fall gör idag skulle också kunna förhindra självmord. När det gäller denna del av programmet har vi dock inget särskilt inlägg utan jag hänvisar till generaldirektören Agneta Drebers plenarföreläsning.

Livs(o)vilja – socialpsykologisk förståelse av valet att ta sitt liv

Elisabeth Lindberg – kunde ej delta p.g.a. sjukdom, men hennes bidrag redovisas här.

Hur tänker och resonerar en individ kring sig själv och sin situation innan hon begår självmord; vilka tankebanor leder henne fram till självmordet? Detta är den fråga kring vilken min kommande avhandling cirklar. Fokus ligger på individens egna upplevelse av sin situation vad gäller interaktionen med andra, alltså den betydelse det sociala samspelet individer emellan har i individens val att ta sitt eget liv.

Behovet av att känna tillhörighet och gemenskap med andra, och rädslan för att hamna utanför, är en betydelsefull faktor i självmordet. Jag talar i min avhandling om två olika typer av tillhörighetskänsla, vilka baseras i två olika typer av situationer. Den ena typen handlar om en tillhörighetskänsla som uppstår ur situationer där krav på prestation inte har någon betydelse. Den andra typen av tillhörighet uppstår i samband med lyckade prestationer. Det är den sistnämnda typen av tillhörighet som varit den centrala för avhandlingens förståelse av den självmordsnära. Att prestera, och att bli uppmärksammas av andra för sina prestationer, skapar denna typ av tillhörighetskänsla. Jag talar om detta som relationen mellan *varat och börat*, där *varat* är den bild individen har av vem hon är, och *börat* är den bild hon har av vem hon borde vara. Relationen dem emellan, det vill säga avståndet dem emellan, skapas dels av individens uppfattning om sina egna prestationer, dels av individens uppfattning om de andras reaktioner på de egna prestationerna. Jag menar att för den självmordsnära individen befinner sig *börat* i en sådan relation till *varat* att individen inte ser hur ett närmande dem emellan skall kunna åstadkommas. Man ser inte hur man någonsin skall kunna leva i sitt *böras* infogande i *varat*. Ett sådant tillstånd uppkommer som ett resultat av en längre process där *börat* successivt distanseras från *varat*. I denna process ingår flera olika moment, där ett viktigt sådant utgörs av upplevelsen av de andras avståndstagande från de egna agerandena.

Genom att de andra upplevs visa avståndstaganden, genom bestraffning och/eller osynliggörande, hotas individens känsla av tillhörighet. Avståndstagandena fungerar alltså som bestraffning just i relation till individens vilja att känna sig delaktig. Det är därför den egna värdegemenskapens responser blir så betydelsefulla för individen; det är genom sin relation till i synnerhet dessa andra som förhållandet mellan varat och börat skapas. Beroende på detta förhållande mellan varat och börat kan individen tillfoga positiva respektive negativa sidor till sin identitetsuppfattning, eller varats bild. När man upplever att de andra visar avståndstaganden från de egna agerandena hotas ens position i värdegemenskapen. Anledningarna till att detta sker är individuella och därmed flerfaldiga.

Det är sedan genom att gång på gång försöka "komma tillbaka", och att gång på gång uppleva att man bemöts med avståndstaganden, som individen hamnar i en situation där börats relation till varat ses som sådan att ett närmande dem emellan synes omöjlig. Vad som händer under denna process är att för varje misslyckat försök att säkra sin position i värdegemenskapen framstår den egna förmågan som mer och mer otillräcklig. Vad som alltså händer under processens gång är att man börjar tvivla på sig själv, börjar anse sig själv otillräcklig, anse att man inte passar in. Härigenom blir varats bild dominerat av en negativ sida och börat framstår som alltmer onåbar. Det handlar om ett mycket komplext samspel i vilket individen som vid upprepade tillfällen bemötts med avståndstaganden blir allt mer känslig för hur de andra responderar på vad hon gör och säger. Risk uppstår då för att hotet mot tillhörigheten blir ett bevis på den egna otillräckligheten.

Vad jag talar om i min avhandling är alltså en process, en presuicidal process som stegvis närmar sig självmordshandlingen. Men denna process består också av vilja att leva, varför jag omväxlande talar om en livs(o)vilje-process och om en presuicidal process. Viljan att leva, viljan att lyckas, viljan att föga börat till varat är, menar jag, själva drivkraften i processen. Vad jag försöker visa i min avhandling är att för de självmordsnära som jag studerat innebar hotet om utanförskap ett hot om att dö från den värdegemenskap vars tillhörighet man var beroende av för den egna självrespekten. Vad det i det socialpsykologiska perspektivet framför allt handlar om är således ett behov av att känna sig tillhörig, att utgöra en del i en gemenskap, d.v.s. att ha en plats i tillvaron. Det är när denna plats i tillvaron hotas – när man hotas av utträde ur sin värdegemenskap – som situationen blir problematisk för individen. Det är då man börjar förlora i självrespekt och riskerar att successivt bli alltmer insnärjd i ett självmordsmönster. Vad jag sett är ett mycket komplext samspel: individer emellan, mellan individer och olika grupper, samt inom individen själv – olika röster inom individen. Vad jag talar om i min avhandling är en livs(o)viljeprocess,

eller en presuicidal process som inte blir suicidal förrän självmordet är fullbordat.

Det finns bruk för alla

Susan Danielsson

Värde. Ett litet och kanske obetydligt ord i sig men det kan betyda skillnaden mellan liv och död. Värdefull eller värdelös. Bär man känslan av att vara värdefull inom sig ser livet relativt ljust och förhoppningsfullt ut. Känner man sig värdelös, inte behövd, helt utan värde då mår man allt annat än gott. Idag känner sig många människor sig mer värdelösa än värdefulla och i många fall beror detta på arbetslöshet. Arbete är en av de allra viktigaste friskfaktorer i en människas liv och det arbetar vi med inom Det Finns Bruk För Alla. Läget på arbetsmarknaden ser dystert ut enligt de senaste siffrorna som visar arbetslösheten. Den öppna arbetslösheten sägs ligga runt åtta procent och räknar man med alla som deltar i olika former av arbetsmarknadsåtgärder stiger siffran till 12 procent. Dessvärre ser verkligheten något mörkare ut än så det är nämligen hela 27 procent som befinner sig utanför en arbetsgemenskap. Orsakerna är många – långtidssjukskrivning, förtidspensionering, invandrare utan uppehållstillstånd, arbetslöshet, studerande som heller skulle vilja arbeta och andra som lever helt utan bidrag och på så sätt inte syns i statistiken. Den största delen av dessa människor skulle vilja arbeta om det bara var möjligt.

Har vi råd att låta 26,7 procent av befolkningen mellan 16 och 65 år stå utanför och kosta pengar i form av olika bidrag (ca 144 miljarder/år) och må dåligt på grund av en känsla av värdelöshet som kan leda till, i värsta fall, självmord? Det finns lösningar på problemet som både sparar på de statliga medlen och människors hälsa.

Det Finns Bruk För Alla arbetar med målet att öka människors hälsa. Detta arbete började 1994 i södra Skaraborg och har nu spritt sig till andra delar i landet. Bilden av arbetsmarknaden med den Privata och Offentliga sektorn har förändrats, nu finns Tredje sektorn med där alla som står utanför en arbetsgemenskap får plats. Inom Tredje sektorn utbildas processledare som startar olika processer som behövs på den aktuella orten. Det kan röra sig om allt från Skrivhjälp för invandrare till Återbruksaffärer. Den regel som gäller är att ingen process inom Tredje sektorn får konkurrera med någon befintlig verksamhet på orten. Människor som sedan vill delta i arbetet tar kontakt med processledaren och de kommer överens om villkor för arbetet. Dessa överenskommelser ser olika ut och anpassas efter varje medarbetares behov och önskemål. Någon arbetar kanske två timmar i veckan medan någon annan arbetar 40 timmar i veckan. All medverkan inom Det Finns Bruk För Alla grundas på egna val, ingen ska anvisas en plats i någon av processerna utan man väljer själv om man vill delta och i vilken process.

Som det ser ut nu får medarbetarna i processerna behålla sina olika bidrag under den tid de medverkar i någon av Det Finns Bruk För Allas processer. Men tanken är att alla bidragspåsar ska slås samman och att medarbetarna ska få en lön utbetald av Det Finns Bruk För Alla istället för sitt bidrag.

Arbete är en viktig ingrediens i en människas liv, det får oss att känna oss värdefulla och behövda. Men det gäller inte alla arbeten utan det gäller att människor får göra egna val och att arbetet är möjligt att anpassa till personens speciella behov. Dagens arbetsmarknad saknar till stor del denna flexibilitet vilket gör att stora grupper som vill arbeta tvingas stå utanför. Det finns många arbeten som behövs utföras men som inte är tillräckligt lönsamma för att få plats i den Privata eller den Offentliga sektorn och därför inte utförs. I Tredje sektorn finns det möjlighet att utföra dessa arbeten och flexibiliteten är så stor att alla får plats att utföra ett arbete oavsett man kan arbeta åtta timmar om dan eller två timmar i veckan.

Självmondsförebyggande arbete i västerbottens län – folkhälsoperspektivet

Ellinor Salander Renberg

Vi ville bredda det självmondspreventiva arbetet inom den psykiatriska vården till att även omfatta ett befolkningsinriktat arbete. Bakgrunden var att den ökning av antalet självmond som i slutet av 70-talet skedde bland våra psykiatriska patienter även hade sin motsvarighet i befolkningen i stort, vilket pekade på att orsaker till förändringar i självmondsfrekvens till stor del stod att finna i förhållanden utanför det psykiatriska området. Utgångspunkten var att primärt inte lägga tonvikten vid självmond som en medicinsk fråga utan i grunden en existentiell fråga som handlar om människors värdering av livet och döden. Även om de flesta som begår självmond är deprimerade vid tiden för självmondet betyder det inte att självmondet primärt orsakas av depressionen. De som tar sitt liv gör det i desperation och förtvivlan över sin livssituation och i ett sammanhang där självmond ses som en möjlig utväg. En annan viktig utgångspunkt för vårt arbete är den s k processmodellen, vilken innebär att ju tidigare vi kan ingripa i processen desto större är rimligen möjligheterna att förebygga självmondet.

Det första steget i projektet har varit att försöka skapa en opinion för att självmond ska och kan förebyggas, vilket förutsätter både spridning av kunskap om problemet och att diskutera möjligheter att förebygga självmond. Massmedia har här varit en viktig kanal för att nå ut till allmänheten. Vi har också skrivit en bok som riktar sig till anhöriga, människor i självmondskriser men också människor som arbetar med självmondsproblemet. En annan väg har varit att genom att samla representanter/nyckelpersoner från olika områden till årliga konferenser i länet, sprida information och väcka intresse för självmondsprevention.

Dessa konferenser har innehållit skiftande teman och riktat sig till delvis olika målgrupper. Teman har t.ex. varit: *Själv mord kan förebyggas!*, *Familjen och självmordet*, *Anhöriga och självmord*, *Själv mord och självmordsförsök - strategier för ett bra omhändertagande av människor i självmordssituationer*, *Själv mord angår oss alla!* Målgrupper har bl.a. varit politiker, massmedia, allmänheten, vårdpersonal av olika kategorier, polis, kyrka, skola, frivilligorganisationer, intresseorganisationer (SPES, RSMH). Ett annat sätt har varit att i olika kommuner utbilda personal utanför psykiatri som i sin profession möter självmordsnära personer, d.v.s. delvis samma målgrupper som för de större konferenserna. Dessa s.k. studiegrupper har slagit mycket väl ut och har bl.a. inneburit att man, förutom ökad kunskap i suicidologi och större beredskap att möta självmordsnära personer, i de enskilda kommunerna har mobiliserat resurser för självmordspreventivt arbete och utvecklat samarbetsrelationer.

Vi ser det befolkningsinriktade självmordspreventionsarbete som ett mycket långsiktigt arbete och att det är viktigt att just tanken att självmord kan förebyggas får slå rot. Arbetet måste ske utifrån en bred ansats och på flera fronter samtidigt. En viktig tanke är också att insatserna gärna får komma spridda i tid och rum och inte allt för massivt för att inte väcka uppståndelse, onödig kritik eller skapa panikstämning.

Utvärdering

Den viktigaste indikatorn på gynnsamma effekter av arbetet är naturligtvis en sänkt självmordsfrekvens och färre självmordsförsök, vilket dock inte låter sig avläsas på kort sikt. Det är också svårt att uttala sig om effekter av isolerade insatser då självmordstalet naturligtvis påverkas av en rad andra faktorer.

Ett annat sätt att utvärdera våra insatser är att genom attitydmätningar i befolkningen försöka spåra eventuella förändringar i synen på självmordet. Vi har genomfört mätningar 1986 och 1996 och preliminära resultat visar på en mer accepterande attityd till självmordet 1996 samtidigt som man i större utsträckning tror på möjligheterna att förebygga självmord.

Mentalt förebyggande hälsovård – livskompetens (skolprojekt)

Brittmari Ahlner och Eva Hildingsdotter-Bengtsson

40 procent av Sveriges ungdomar anger att de har haft självmordstankar och sju procent att de gjort ett självmordsförsök. Varje år tar 50 tonåringar sina liv. Rapporter om ungdomars psykiska ohälsa visar idag oroande höga siffror. Själv mord är den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa. Skolan har en viktig roll att fylla när det gäller det självmordsförebyggande arbetet. Det självmordsförebyggande arbetet i skolan bör bestå av:

1. Rutiner för omhändertagande av elever i riskzonen. Handlingsplan vid inträffade självmordsförsök/självmord.
2. Utbildning av skolpersonalen/föräldrar.
3. Lektioner för elever.
4. Samarbete med hjälpinstanser.

Mentalt förebyggande hälsovård är en utbildning i "Livskompetens" som vänder sig till elever i hela klasser på högstadium och gymnasium. Målsättningen är att förebygga psykisk ohälsa, mobbning och ytterst självmord. Syftet är att ge eleverna egna redskap för att hantera t.ex. en kris eller depression. Detta görs genom att:

- ge kunskap om medicinska, kroppsliga och psykiska symtom,
- ge information om olika behandlingsmetoder och var man söker hjälp,
- ge hjälp till självhjälp genom insikt och förståelse,
- upptäcka, stoppa och förebygga mobbning,
- påverka det sociala nätverket och förmågan att stödja varandra.

Metodiken utgår från elevernas egna erfarenheter och ska ge en upplevelsebaserad kunskap genom att arbeta enligt följande: Likar hjälper likar - kamratstöd. Använda gruppen som verktyg. Gruppsamtal och gestaltande övningar. Skapa visioner. Göra handlingsplaner.

Undervisningsmaterialet till lektionerna innehåller följande huvudmoment. Känlornas påverkan på hälsan. Stress under skollåren. Integritet och Identitetsutveckling. Psykisk kris. Mobbning. Depression. Tankar om att inte orka leva. Ett helhetsseende på hälsa. Klassens psykosociala arbetsmiljö.

Metoden är utarbetad av Brittmari Ahlner och Eva Hildingsdotter-Bengtsson.

Effektutvärdering

Metoden utvärderas av Centrum för suicidforskning och prevention vid Stockholms läns landsting och Statens institut för psykosocial miljömedicin. Metoden prövas i sju högstadieskolor i Stockholms län (interventionsgrupp). Jämförelsegruppen består av tolv högstadieskolor. I utvärderingen undersöks om:

- självmordstankar och självmordsförsök minskar,
- bemötandet av självmordsnära kamrater förändras,
- självmordsnära ungdomar söker hjälp i större utsträckning i interventionsgruppen jämfört med jämförelsegruppen.

Vårdorganisation – yrke och psykisk hälsa: hur ser orsakskedjan ut?

Psykisk energi bland sjukvårdspersonal i relation till pågående omstruktureringsringar

Bengt Arnetz

Hälso- och sjukvården genomgår för närvarande kraftfulla strukturella förändringar samtidigt som de ekonomiska ramarna krymper. Under den kommande tio-årsperioden förväntas vårdens resurser understiga behoven med upp till 8 procent. Det innebär att vårdpersonalen riskerar att ställas inför ökande krav samtidigt som resurserna minskar. Hur påverkar detta personalen? Det är viktigt att närmare utreda eftersom vården utgör en av de största branscherna i Sverige. En ogynnsam arbetsmiljö kommer därför att få återverkningar på folkhälsan i stort.

I samarbete med Örebro Regionsjukhus (RSÖ) har vi sedan 1994 följt hur anställda bl.a. upplever arbetsmiljö och eget välbefinnande. Vi har tagit fram ett mått som dels mäter den psykiska energin, dels mäter emotionell utmattning. Föreliggande presentation lyfter fram hur den psykiska energin påverkas av organisatorisk oro respektive neddragningar samt vilka skyddsfaktorer som kan aktiveras för att minska ohälsoreaktioner.

Den psykiska energin minskade i samband med att det blev klart att RSÖ skulle reducera personalen med cirka 20 procent. Efter det sjukhuset genomfört personalreduktionen kvarstod den psykiska energin på denna lägre nivå. Samtidigt ökade graden av arbetsrelaterad emotionell utmattning.

Faktorer som bidrog till att minska arbetsrelaterad emotionell utmattning var ett gott arbetsklimat, rimlig arbetsbelastning, utvecklande arbete samt dedikation till arbetet. Den psykiska energin var högst när anställda upplevde ett gott arbetsklimat, rimlig arbetsbelastning samt hög delaktighet.

RSÖ-studien av drygt 3000 anställda visar att allmänt minskar den psykiska energin samtidigt som den arbetsrelaterade emotionella utmattningen ökar i samband med att verksamheten genomgår omstruktureringsringar. Framför allt utgör perioden av organisatorisk osäkerhet ett riskmoment. Effekterna kan delvis lindras genom att utveckla arbetsinnehåll, delaktighet men fortsätter arbetsbelastningen att öka kommer anställdas psykiska energi att minska samtidigt som den emotionella utmattningen riskerar att öka. Vår kunskap om eventuella effekter på folkhälsan av pågående förändringar inom vården behöver dock förbättras.

WORKSHOP OM SJÄLMORDSPREVENTION I DEN PSYKIATRISKA VÅRDEN

Moderatorer:

Bo Runeson, docent i psykiatri och suicidologi, Skövde, Stockholm.
Lennart Gustavsson, överläkare, psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå.

Dialektisk beteendeterapi

- en modell för behandling av suicidala kvinnor med borderline personlighetsstörning

Åsa Nilssonne, universitetslektor, leg läk, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

Mötet med suicidala invandrare

Leena-Maria Johansson, överläkare, med dr, Kronan, Stockholm

Stöd i hemmiljö efter suicidförsök

- utvärdering av interventionen

Lars Kjellin, dr med sc, Vitae-projektet, Västerås

Utbildning i suicidprevention för psykiatrisk vårdpersonal

Mats Samuelsson, leg sjuksköt, med dr, hälsöghögskolan, Stockholm

Suicidpreventivt vårdprogram på psykiatrisk klinik

Lennart Gustavsson

Självordsprevention och kulturellt möte

Leena Maria Johansson

Inom den psykiatriska vården är **mötet**, kommunikationen och samtalet med den självordsnära människan grundläggande för en framgångsrik preventiv insats. Det gäller alla människor, både de med liknande kulturell bakgrund som personalen och de med annat ursprung. Inom psykiatrisk epidemiologi behandlar man ibland alla invandrare som en grupp eller för man samman grupper med liknande ursprung, medan man inom psykiatrisk vård behöver gå från gruppnivån till den individuella nivån. För detta behövs ökad (1) kulturell medvetenhet, (2) kulturell kompetens och (3) kulturell känslighet.

(1) **Kulturell medvetenhet** behövs i alla möten. Identitet, kultur, språk, föreställning om livet (om en själv, om andra, om världen) hör ihop och interagerar. I min avhandling "Migration, mental health and suicide" tar jag upp hur kulturen skapar våra arbetsmallar och påverkar teorier, diagnostisering och behandlingsmetoder. Samhörighet och tillhörighet ("relating and belonging") påverkar hela vår tillvaro och vårt liv. Det är

väsentligt att se de olika källorna till ens egen kulturella programmering, och hur man har förvärvat sin kultur.

(2) Man kan öka sin **kulturella kompetens** genom *ökad kunskap* - lära sig så mycket som möjligt om kulturen ifråga observation - betrakta noga vad kulturen anser som viktigt utfrågning - ta reda på saker man inte förstår, samt

bekräftelse - identifiera kulturens starka sidor införlivande - använda de identifierade starka sidorna av kulturen i vårdplaneringen firande - hitta tillfällen att fira patientens/klientens familj, historia och kultur

Beteckningen "kulturellt kompetent" bör dock användas med försiktighet. Det är svårt/omöjligt att vara kulturellt helt kompetent. Istället behövs det ett dynamiskt samarbete bl.a. mellan etnologiskt, kulturanthropologiskt, religionspsykologiskt och psykiatriskt kunniga personer. I Sverige finns inget centrum för sådant samarbete, men man kan hitta förebilder i andra länder.

(3) Ett förtroendefullt möte med en människa förutsätter även **kulturell känslighet**. Denna känslighet behövs redan i hälsningsceremonin, som för att lyckas förutsätter ömsesidighet och lugnt välkomnande. Efter det att man har hälsat på varandra behöver man bryta isen genom hjärtlighet och bekräftande av patienten "också som en människa". Ibland kan det vara lämpligt att bjuda på något att dricka och äta. På detta sätt visar man sin respekt för hela människan inklusive hennes fysiska behov. Inom psykiatri glömmar man ofta bort kroppen och ens behov av näring, vätska och vila. De psykologiska behoven av bekräftelse och acceptans är viktiga att tillfredsställa för att senare kunna lösa problem och åstadkomma ett förändringsarbete. Acceptans är inte detsamma som gillande, utan man godtar verkligheten såsom den är just nu, i varje stund. Detta dämpar också skuld känslor för vad man gjort och ångest inför framtiden. Upplevelse av att man hör samman med andra, att man får finnas till och att alla slags känslor och tankar är förståeliga ökar ens förmåga att se livet som en möjlighet. Detta är viktigt för alla människor och kan vara livsavgörande att förmedla till självmordsnära människor. Speciell uppmärksamhet kan behövas, när det finns kulturella skillnader. *Prany Sananikone* från University of California talar om basfärdigheter inom interkulturell kommunikation: Lyssna, att formulera problemet, att känna igen motståndet (från bådas sidor) och minska ens försvarsbenägenhet. Dessutom behöver man intervjumall och teknik samt färdighetsträning av personalen (inklusive terapeuter/läkare). När man möter en människa som har självmordstankar eller som har försökt ta sitt liv är det betydelsefullt att åtminstone stundtals lämna alla metoder. Att samtala, dela med sig och lära sig från varandra kan förändra våra liv oberoende av våra skillnader. Även det första mötet kan förmedla känslan av tillhörighet och ge hopp om framtiden.

Stöd i hemmiljö efter suicidförsök. Utvärdering av en intervention

Lars Kjellin

Introduktion

Inom hälso- och sjukvården i Västeråsområdet startades 1993 ett femårigt projekt med övergripande syfte att minska antalet suicid. Som en del i detta projekt infördes 1995 ett nytt arbetssätt inom den psykiatriska verksamheten vid behandling av patienter som gjort suicidförsök. Tidigare uppstod ofta brist på kontinuitet mellan den psykiatriska bedömningen efter suicidförsök och fortsatt behandling. Det nya behandlingsprogrammet, "stöd i hemmiljö", skiljer sig från tidigare behandling bl.a. genom en tidig insats av psykiater och kurator/sjuksköterska, följt av täta kontakter och därefter uppföljningar var tredje månad under ett år. Syftet med denna studie var att utvärdera effekterna av den nya behandlingsmodellen.

Material och metoder

Behandlingseffekten för en behandlingsgrupp bestående av patienter, som erhållit den nya behandlingsmetoden, jämfördes med en referensgrupp som fått sedvanlig behandling. Under cirka fem månader 1994/95, innan den nya metoden införts, inkom 77 patienter till centrallasarettet i Västerås efter suicidförsök. Av dessa inkluderades 50 i studien, varav 30 följdes upp efter ett år. Under motsvarande period 1995/96 inkom 102 patienter efter suicidförsök. Av dessa erhöll 84 "stöd i hemmiljö", 48 inkluderades i studien och 33 följdes upp efter ett år. Båda grupperna intervjuades dels direkt i anslutning till att de kommit till sjukhuset, dels ett år senare. Grupperna jämfördes bl.a. med avseende på demografiska variabler, tidigare vårdkontakter och suicidavsikt enligt SIS (Suicide Intent Scale). Behandlingseffekten studerades med BDI (Beck Depression Inventory) och BSI (Brief Symptom Inventory). Antalet upprepade suicidförsök och genomförda suicid följdes.

Resultat

I behandlingsgruppen var 66 procent kvinnor och i referensgruppen 44 procent. Genomsnittsåldern var i båda grupperna cirka 40 år. Drygt hälften i båda grupperna hade tidigare gjort suicidförsök och cirka 60 procent hade aktuell vårdkontakt. Medelvärdena på såväl SIS som BDI och BSI var vid första intervjun lika i de båda grupperna. Efter ett år hade behandlingsgruppen förbättrats enligt BDI med 33 procent och referensgruppen med 42 procent. Förbättringarna enligt BSI var 40 procent respektive 47 procent. Inom ett år efter indexförsöket hade sex personer i behandlings- och tolv i referensgruppen gjort upprepade suicidförsök. Antalet suicidförsök i de båda grupperna var åtta respektive 25 och antalet suicid noll respektive ett.

Diskussion

Den nya behandlingsmetoden tycks inte ha lett till någon ytterligare symptomförbättring jämfört med den sedvanliga behandlingen, möjligen

beroende av att behandlingen fokuserade på den suicidala processen och att suicidalitet och depressivitet är skilda processer. Det relativt stora bortfallet i olika stadier av utvärderingen gör dock slutsatserna osäkra. Bortfallet inräknat tycks emellertid antalet upprepade suicidförsök ha minskat med den nya metoden, kanske genom att patienterna fått hjälp att finna andra lösningar.

Utbildning i självmordsprevention för psykiatrisk vårdpersonal

Mats Samuelsson

Att arbeta med suicidala patienter kräver särskilda kunskaper som sällan ges i grund- och vidareutbildningar för mentalskötare och sjuksköterskor. I syfte att bättre förbereda omvårdnadspersonal för dessa många gånger svåra arbetsuppgifter har Psykiatrisektor Solna-Sundbyberg i samarbete med Karolinska institutet anordnat ett utbildningsprogram "Att arbeta med självmordsnära människor". Programmet innehöll 12 två timmars föreläsningar av inbjudna experter som föreläste om olika aspekter av självmordsproblematik. Efter varje föreläsning följde en timslång diskussion i mindre grupper. Två program ägde rum. Det första hölls 1992-93 med 24 personer och det andra med 23 personer hölls 1995-96.

I syfte att utvärdera programmets eventuella effekt på attityder till att vårda suicidala patienter användes två utvärderingsinstrument. Det första bestod av tre fallbeskrivningar, baserade på verkliga patienter som varit aktuella för psykiatrisk bedömning efter en självtillfogad skada. Deltagarna fick svara på samma tre frågor efter varje patient och på en VAS-skala markera förståelse för patienten, villighet att vara patientens kontaktperson samt bedömning av aktuell självmordsrisk. Det andra instrumentet innehöll 17 frågor av vilka 11 utgör USP-skalan (the Understanding of Suicide attempt Patient scale, USP-scale), och antas mäta förståelse för och villighet att vårda självmordsnära patienter. Av de sex återstående frågorna handlade två om utbildningsbehov i suicidologi och fyra om inställning till psykiatrisk vård för patienter efter ett självmordsförsök

Efter PAST programmet skattade sig bägge grupperna signifikant mer förstående och mer villiga att vårda på USP-skalan än före. Det förelåg inga skillnader i Förståelse och Villighet att Vårda i de tre fallbeskrivningarna. Bedömning av självmordsrisk för två av patienterna ökade signifikant efter PAST-programmet. Även inställningen till behov av psykiatrisk vård för patienter efter självmordsförsök förändrades. På den generella frågan om behov av psykiatrisk vård för patienter som gjort självmordsförsök tyckte 20 procent inte att detta var nödvändigt före medan bara 2 procent tyckte så efter utbildningen. 34 (77 procent) önskade mer utbildning i suicidologi före PAST-programmet och efter programmet efterfrågade över hälften (24, 55procent) fortfarande mer utbildningsinsatser.

Resultatet av denna studie visar att det är möjligt att genom utbildning påverka kunskapsnivå och attityder till självmordsnära patienter. Trots det ganska ambitiösa programmet efterfrågades mer utbildning. I utvärderingen efterfrågade många mer undervisning i psykiatrisk omvårdnad, speciellt specifika metoder för omvårdnadsplanering för suicidala patienter. Fortsatta utbildningsinsatser för denna grupp bör därför koncentreras på detta.

WORKSHOP OM SJÄLMORDSPREVENTION INOM PRIMÄRVÅRDEN – BAKGRUND OCH FRAMTIDSUTSIKTER

Moderatorer:

Wolfgang Rutz, chefföverläkare, docent, psykiatriska kliniken, Visby.

Benkt Åbom, distriktsläkare, Ljusdal och Centrum för suicidforskning och prevention.

Inledning

Benkt Åbom

Utbildning om depression och självmordskunskap för allmänläkare – erfarenheter av gotlandsprojektet

Wolfgang Rutz

Gotlandsprojektet ur primärvårdens perspektiv

Andrea Widén, distriktsöverläkare, Vårdcentralen Söderväg, Visby

Självmordsprevention i Gällivare kommun

Ann-Christin Wikström, distriktsläkare, Malmberget

Självmordsprevention i glesbygd ur kulturellt perspektiv

Brita Hännestrand, allmänläkare, Uppsala och Centrum för tortyr och traumaskadade, Solna

Inledning

Benkt Åbom

Bakgrund

På vilket sätt primärvården ska kunna arbeta preventivt och medverka till en förbättrad hälsa för befolkningen i sitt närområde har debatterats i många år. När jag läste medicin – under 1960- och 70-talen – växte en ambitiös och delvis politiserad inställning fram där allmänläkarens och distriktsköterskans befolkningskännedom skulle ligga till grund för ett omfattande och brett befolkningsinriktat förebyggande arbete. Under årens lopp har ambitionsnivån nog slipats av något under tyngden av de många patienterna och de tilltagande arbetsuppgifterna, men också den senaste hälso- och sjukvårdsutredningen - HSU 2000 – förordar en mer individinriktad strategi vad gäller det preventiva arbetet i primärvården.

Man betonar kunskapsproduktion, vill tydligare definiera primärvårdens roll och pekar på vikten av bättre samverkan med vårdgrannar och andra tänkbara samarbetspartners. En viktig punkt i argumentationen för ett befolkningsinriktat arbete var och är områdesansvaret. Detta har listsystemet slagit sönder för primärvårdsläkarnas del men det finns kvar för distriktsköterskorna. Ett annat naturligt avgränsat område som aktuali-

serats som bas för folkhälsoarbete är kommunen, där hälsoråd (eller folkhälsoråd) har vuxit fram på många håll som nya aktörer för bättre folkhälsa.

Det nationella programmet

Vilken roll ges då primärvården i det nationella programmet för självmordsprevention? Ja, ser man på de olika strategier som programmet utmynnar i och som är dess mest konkreta nivå, har primärvården en viktig roll i de flesta strategierna: en ökad medvetenhet om självmordsproblemet generellt sett, arbetet med stöd och behandling såväl för barn och ungdom, vuxna, äldre, särskilt utsatta grupper och i samband med utbildning och utvecklingsarbete.

Vad kan man göra?

Vid dagens workshop om självmordsprevention inom primärvården kommer vi att beröra flera av de här aspekterna, även om en del av de arbetsuppgifter som primärvården kommer att vara delaktig i när det gäller självmordsförebyggande arbete, kommer att tas upp vid andra workshops (prevention bland barn och unga samt befolkningsinriktad prevention).

Det sekundärpreventiva arbetet med att känna igen och rätt behandla självmordsnära och deprimerade människor bland våra patienter kommer att diskuteras av Wolfgang Rutz och Andrea Widén. Hälsorådets arbete kommer att uppta en del av Ann-Christin Wikströms inlägg men också både vårdprogramarbete och epidemiologisk kartläggning i en kommun berörs.

Brita Hännestrand kommer slutligen att berätta om självmordspreventivt arbete i glesbygd men då ur ett kulturellt perspektiv och med särskild inriktning på självmordsprevention för män.

Referenser

En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet. *Delbetänkande av HSU 2000, SOU 1997:119. Stockholm 1997.*

Stöd i självmordskriser. *Nationellt program för utveckling av självmordsprevention. Socialstyrelsen, Stockholm 1995.*

Utbildning om depression och självmordskunskap för allmänläkare – erfarenheter av gotlandsprojektet

Wolfgang Rutz

Bakgrund

Depression är en folksjukdom med hög morbiditet och mortalitet – oftast i självmord – med frekvenstal som i de flesta europeiska länder vida överstiger antalet trafikoffer. Majoriteten av de deprimerade som söker hjälp kommer i kontakt med allmänläkare men endast i en mindre del av fallen resulterar besöket i rätt diagnos och adekvat behandling. Trots att en depressionsanamnes såväl som en sjukdomshistoria med tidigare självmordsförsök är kraftfulla självmordsprediktorer, är uppföljningen av båda tillstånden, såväl inom allmänvården som inom psykiatrin, ofta bristfällig. Kontinuitetsbrister i psykiatriska och allmänmedicinska vårdstrukturer gör sig gällande och nödvändigheten av en medikamentell långtidsuppföljning beaktas fortfarande för lite. Därför är en förbättring av allmänläkares förmåga att diagnostisera, behandla och följa upp depressioner en av de viktigaste faktorerna för att förebygga depressionsrelaterad sjuklighet och självmord.

Gotlandsprogrammet

Under åren 1983 och 1984 genomfördes ett internatbaserat utbildningsprogram om diagnostik och behandling av depressioner under med uppföljning för 19 av Gotlands då 20 distriktsläkare. Utbildningen hade efterfrågats av allmänläkarna och genomfördes av en grupp erfarna psykiatriker med speciellt intresse för depressioner och självmordsproblem (svenska PTD-gruppen, PTD = Prevention and Treatment of Depressions). Den var interaktiv med föreläsningar, grupparbeten, seminarier samt videodemonstrationer och fallstudier.

Utbildningen resulterade i ett ökat ansvarstagande för handläggning av deprimerade patienter från allmänläkarnas sida, något som i sin tur innebar färre remisser till den lokala psykiatrin, färre sjukskrivningsdagar p.g.a. depressioner, ändrade mönster för förskrivning av psykofarmaka (mindre sedativa och mer antidepressiva och litium) samt kraftigt sänkta självmordstal för de närmaste två-tre åren efter utbildningen. En cost-benefitanalys visade en mycket kraftig samhällsekonomisk vinst till följd av de förändringar som utbildningen förde med sig.

Erfarenheter och slutsatser

Grunden för att utbildningen ska medföra attityd- och beteendeförändringar hos allmänläkarna är att det finns ett behov från allmänläkarnas sida att öka sina kunskaper på området och utbildningen kan därför inte "implementeras ovanifrån". Den bör vara "obligatorisk" eller det bör finnas något annat incitament till att delta. Utbildningen bör

förläggas till en positiv miljö och viktigt är att den bör upprepas efter en tid om cirka tre år, då allmänläkarkåren snabbt förnyas.

Evalueringen av utbildningsverksamheten gick relativt smidigt att genomföra på Gotland, som ju utgör ett naturligt avgränsat geografiskt område, men kan vara betydligt svårare i andra demografiskt mindre lämpade områden. Icke desto mindre är utvärderingen viktig.

Kvarstående problem

En mer detaljerad analys av utbildningsresultaten visade också på några viktiga faktorer vad gäller uteblivna utbildningseffekter: Själv-mordstalen sjönk framför allt bland de patienter som hade en diagnos och historia av egentlig depression, som genomförde drastiska och beslutsamma självmord och som hade kontakt med en allmänläkare, vilket innebar att det framför allt var kvinnornas självmord man via allmänläkarna kunde nå med utbildningen. Omvänt betyder det att de män med en otydlig eller obefintlig depressionsdiagnos och som inte söker hjälp hos distriktsläkare (eller någon annan), fortfarande tar sina liv i ungefär oförändrad utsträckning. Skall man generalisera bilden av den här gruppen av män skulle karakteristiska drag vara somatisering, aggressivt utagerande och ofta ett missbruk som kan vara uttryck för en "självmedicinering".

Många sökte inte vården och några av de som sökte hade problem med compliance, blev feldiagnostiserade och ibland till och med aktivt utstötta ur det medicinska systemet på grund av aggressivitet och bristande impulskontroll. För att möta detta problem har det på Gotland utarbetats en skala för diagnos av det manliga depressiva och suicidala syndromet som även tar hänsyn till kriterier och beteendevariabler som icke har använts i konventionell depressionsdiagnostik.

En annan grupp i befolkningen som är svår att nå är ungdomar med suicidalt beteende, kanske framför allt unga män.

Utmaningen

Problemen med mans- och ungdomsdepression bör särskilt fokuseras på. Till stor del beror svårigheterna här på att de här personerna inte söker hjälp eller gör det på ett sätt som bidrar till att de stöts bort. Ibland är de dock kända inom andra samhällssektorer, som skolhälsovården, missbruksvården, socialtjänsten, den lokala polisen, försäkringskassan, arbetsförmedlingen eller de lokala skatte- eller kronofogdemyndigheterna. Utbildnings- och informationsinsatser kan inriktas på dessa myndigheter för att man där ska kunna identifiera individer i riskzonen. Under förutsättning av att det sker varsamt och utan "smittorisik" kan man också via massmedia eller på annat sätt offentligt informera brett i samhället om hur viktigt igenkännandet, destigmatiseringen och behandlingen av depressioner och suicidalitet är för att man ska komma åt detta stora folkhälsoproblem.

Ett ytterligare komplement är interaktivt stöd till sociala nätverk, alltifrån familj, vänner, arbetsplatser, klubbar och föreningar, till religiösa samfund, anhörigföreningar, telefonservice och familjerådgivning.

Gotlandsprojektet ur primärvårdens perspektiv.

Andrea Widén

Bakgrund

För 20 år sedan då jag inledde min karriär som distriktsläkare var distrikten stora, ofta med mer än 5 000 patienter per läkare. Utbildning i psykiatriska tillstånd baserades på sjukhuserfarenhet och primärvårdsaspekterna var dåligt belysta. Psykiatriska diagnoser anades bakom många vaga tillstånd men diagnostiken var ospecifik. Dessutom var antidepressiva medel belastade med många biverkningar. Läkare var försiktiga med förskrivning, gav ofta dålig behandlingsinformation och compliance var därför dålig.

Gotlandsutbildningen

På Gotland fanns före 1982 en hög suicidalitet hos båda könen. Det förelåg en låg förskrivning av antidepressiva medel och hög förskrivning av lugnande mediciner. Stora skillnader fanns i distriktsläkarnas kunskapsnivå kring depressioner och ett stort antal ospecifika trötthetsdiagnoser förekom. Beskedet om PTD-gruppens utbildning mottogs positivt 1982. Distriktsläkarna kände sig motiverade, liksom den lokala psykiatriska kliniken och den svenska PTD-gruppen. Utbildningsinsatsen var på den tiden unik i sitt slag.

Själva utbildningsprogrammet var mycket väl tilltaget och väl planerat. Alla distriktsläkare deltog på arbetstid, två plus två dagar. Ett förtroendefullt och lärande klimat uppstod under de två dagarnas internatpass på fint hotell. Inte minst fanns goda kontakter med den egna psykiatriska kliniken och man upplevde ömsesidig respekt mellan deltagare och lärare genom blandningen av föreläsningar och grupparbeten.

Innehållet var grundligt och heltäckande. Klassifikation, symptomatologi, etiologi och patogenes av depressioner var inledningen. Vi fick mycket handfasta behandlingsregler och farmakologigenomgång. Utbildning om depression hos äldre ansågs vara av stort värde då distriktsläkare har många gamla patienter. Långtidsbehandling och profylaktisk behandling ansågs tidigare som en specialistangelägenhet men denna kan mycket väl bedrivas i öppenvård även om diskussion med en specialist rekommenderas.

Det andra utbildningsavsnittet inkluderade depressioner i barna- och tonåren samt suicidologi. Dessa ämnen var smått revolutionerande för

distriktsläkaren. Medvetenheten om depressioner i dessa grupper hade ej varit stor. Psykoterapi i depressionsbehandling blev grundligt beskriven och framför allt syntesen av psykoterapi och farmakoterapi ansågs vara av stor nytta. Förhållningssättet gentemot patienten och hans familj avslutade utbildningsdagarna.

Två starka minnen och råd som påverkat mitt arbetssätt under åren efter utbildningen har varit, för det första: det är inte farligt att prova antidepressiva medel i tveksamma fall. Hellre prova t.ex. juvantibus i några veckor än att missa en behandlingsmöjlighet. För det andra: det är aldrig farligt att fråga en deprimerad patient om självmordstankar och planer. Tvärtom upplever patienter ofta denna fråga som en stor lättnad, att kunna prata om sina plågsamma och skrämmande tankar är befriande.

Sammanfattningsvis gav utbildningen oss ett fint arbetsredskap samt trygghet och råg i ryggen att använda det.

Hur gick det sedan?

Självmordstalen visade en tydlig minskning efter utbildningen trots initiala farhågor om att effekten av att utbilda distriktsläkare i suicidintervention skulle bli den motsatta. Medvetenheten om depression som bakomliggande diagnos ökade i många oklara fall och vi blev bättre på att identifiera och motivera dessa patienter till adekvata behandlingsåtgärder. Att kunna följa upp dessa patienter har varit en oerhört tacksam uppgift. Å andra sidan har det däremot känts ännu hårdare i de fall där ett självmord har fullbordats. Vi har fått bekräftat att suicidalitet är ett oerhört svårbedömt tillstånd.

Självmordsstatistiska uppgifter från Gotland för åren 1980-1990 visar en stark nedgång av kvinnliga självmord medan situationen är oförändrad för männen. Sex av tio kvinnliga självmord är kända för sjukvården medan bara två av tio av männens. Vi har således ett problem med att identifiera manlig depressivitet och suicidalitet. Männen söker mera sällan sjukvården och vi har svårt att känna igen tillstånden. Här finns således en utmaning att arbeta vidare med och utveckla prevention och behandling av depressioner och suicidalitet hos män.

Strategier för framtiden

1. Fortsatt utbildning av distriktsläkare

Medvetenheten om och attityden till depression och psykiska sjukdomar har avsevärt förbättrats i samhället under de senaste åren. Patienter ställer större krav på behandling. Distriktsläkare har fått utbildning i samband med tillkomsten av SSRI-preparat. Det anses därför ännu viktigare idag med producentobunden utbildning, där man kan nå lokal konsensus och kanske utveckla någon form av vårdprogram. Decentraliseringen av läkemedelskostnaderna ökar också kraven på

effektivitet i behandlingen. Utbildningsinsatserna bör upprepas förslagsvis vartannat år.

2. Lokalt nätverk

Regelbundna träffar mellan distriktsläkare och den psykiatriska klinikens personal är ovärderliga. På Gotland har vi en sådan träff varje termin. Vi planerar även särskilda möten för genomgång av aktuella självmord, något som i små samhällen sällan sker anonymt. Regelbunden uppföljning av lokal statistik kan också fungera drivande och motiverande.

3. Arbete på bred front för att nå manlig depression och suicidalitet

Vi har under fem år haft tillgång till psykolog på vårdcentralen, i huvudsak för hjälp med patienter som är i kris. Projektpengarna är nu slut men vi arbetar för att få en fortsättning av denna värdefulla verksamhet. Samarbetet med sociala myndigheter och alkoholrådgivning är aktivt och vi har på några år haft tre olika projekt för att underlätta upptäckten av dold alkoholism. I samband med datoriseringen av primärvårdsjournalerna försöker vi "screena" alla patienter beträffande alkohol- och tobaksbruk. Wolfgang Rutz har utarbetat "Visbyskalan" för skattning av manlig depressivitet. I en nyligen publicerad rapport av Ove Bodlund från Umeå rapporteras att 3/4 av diagnoserna depression och ångest missas i primärvården. Närmare samarbete med skola, kriminalvård och polis efterlyses.

4. Definiera diagnostiska och terapeutiska ramar

Svårigheten i primärvården är att sätta behandlingsgränser. Depression och ångest kan skönjas men kräver inte alltid annan behandling än samtal och eventuell uppföljning. Både patient och läkare har ofta en motvilja mot tablettförskrivning och en medvetenhet om att biverkningar också vid behandling med SSRI-preparat kan vara uttalade. Samtidigt visar flera undersökningar att depression är en underdiagnostiserad och underbehandlad sjukdom med hög mortalitet. Framtida utbildning och forskning får gärna inriktas på detta svåra område.

Självordsprevention i Gällivare kommun

Ann-Christin Wikström

Bakgrund

Självordsstalet har varit konstant i Gällivare kommun under 1980-talet, men 1995 skedde en tredubbling, främst bland unga män. Hälssrådet i Gällivare kommun, som driver lokalt folkhälsoarbete, beslutade att man skulle börja arbeta med ett självordsförebyggande projekt.

Vad har gjorts?

Snabbt bildades en arbetsgrupp som träffades tre gånger under 1995-1996. Den bestod av representanter för primärvården, sjukhusets akutmottagning och intensivvårdsavdelning, barn och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatriska kliniken, polisen, socialbyrån och kyrkan. Man beslutade generellt att fortsätta arbeta med att minska arbetslösheten och alkoholkonsumtionen, områden som man redan tidigare hade prioriterat.

Vid en genomgång visade det sig också att det inte fanns något program för omhändertagande av anhöriga efter självord, personer som själva utgör en riskgrupp för självordshandlingar. Ett sådant program fanns färdigt under sommaren 1996 och samtidigt utarbetades ett krisprogram för samtliga skolor.

Våren 1996 tillsattes en grupp för att utarbeta konkreta riktlinjer för omhändertagande av alkoholförgiftade barn på akutmottagningen. Programmet har följts upp och en ny arbetsgrupp tillsatts för att förbättra riktlinjerna, som inte har fungerat helt tillfredsställande. Tanken är att alla barn som kommer in berusade skall tillsammans med sin familj få kontakt med och råd och stöd av socialbyrån eller BUP.

Då man inte visste vilken kunskap som fanns om självord, gjordes en förfrågan i kommunen till olika personer som arbetar med barn och ungdomar om vilken utbildning de skulle behöva. Under 1996 och 1997 har därför omkring 200 personer anställda inom kommunen, landstinget och kyrkan fått en och en halv dags utbildning på området. Detta har också medfört att samarbetet ökat och att man har fått större förståelse för hur var och en arbetar och om hur man lättare ska hitta vägar för att lösa problem.

Ungdomarna själva behöver också kunskap om konflikt och problemlösning. Sedan två elever på gymnasieskolan begått självord anordnade skolan, kyrkan och hälssrådet tillsammans med resurspersoner från olika förvaltningar en heldagsutbildning för samtliga elever i april 1997. All personal hade ett år tidigare fått ytterligare en halv dags utbildning. Under 1998 planeras en uppföljning med ännu en studiedag.

Epidemiologisk kartläggning

För att ta reda på vilka personer som begått självmord och för att om möjligt finna riskmönster, har man studerat samtliga personer som tagit sina liv genom att granska polisens utredningar och vårdcentralens journaler. Det har då framkommit att 1994 begick fyra personer självmord, varav en hade besökt vårdcentralen strax före. Under 1995 begick 12 personer självmord, varav fem var under 30 år och en var kvinna. De allra flesta av dem hade inte haft kontakt med vårdcentralen före självmordet. Under 1996 skedde nio självmord, varav en av de döda var kvinna. Också detta år hade flesta ej haft kontakt med vårdcentralen före självmordet. Således är större delen av dem som tagit sina liv unga män med ringa kontakt med vårdcentralen och med enstaka kontakter med socialbyrån och polisen.

Planering för framtiden

Ett fortsatt samarbete mellan olika förvaltningar, myndigheter och institutioner som har kontakt med barn och vuxna i Gällivare kommun, bör ske. Mänskliga relationer är grunden till all självkänsla och verklig kunskap som kan skapa ett bra samhälle där ingen behöver ta sitt liv.

Samtliga distriktsläkare skall ges utbildning i depressionslära. Återkommande temadagar på gymnasieskolan om "livskunskap" bör också hållas.

Familjerådgivning inom kommunen kommer att utökas och man kommer särskilt att se över hur missbrukarfamiljers barn får stöd och hjälp. Ett utökat stöd kommer också att planeras för de barn vars föräldrar har psykiska handikapp.

Självordsprevention i glesbygd ur kulturellt perspektiv

Brita Hännestrand

Bakgrund

I ett glesbygdsområde i finnmarken, där jag tjänstgjorde som distriktsläkare 1984-1986, var självordsdödligheten hos män dubbelt så hög som i kommunen i övrigt, länet och riket. Sammanlagt 23 män som tagit sina liv under åren 1959-1984 granskades utifrån sjukvårdsjournaler (17 av 23 fall varav två enbart dödsanteckningar), socialvårdsuppgifter (11 av 23 fall), polisrapporter (23 fall), intervjuer med anhöriga (11 av 23 fall) och övriga källor (3 av 23 fall). Självorden utmärktes av att:

- kontakterna med sjukvården var få och ofta hade skett långt tidigare. 40 procent av männen hade ej haft kontakt med sjukvården under det sista året i livet. Av dem som hade sjukvårdskontakt under det sista året hade dock nästan alla haft den kontakten under det sista halvåret före

dödsfallet (52 procent). Av dem som hade sökt vård, hade fem bedömts ha psykiska besvär och sex män hade tidigare genomfört självmordsförsök, varav i två fall läkare ej hade kontaktats.

- familjen ej hade uppfattat männen som deprimerade och att de i regel sågs som väl integrerade i sin familj. Endast 50 procent av dem hade verbalt eller genom symbolhandling förmedlat sin självmordsavsikt till familjen, varav hälften av meddelandena ej tagits på allvar.
- metoden i regel var våldsam, oftast skjutning.

En kulturanalys

Kulturella faktorer kunde förväntas ligga bakom självmorden p.g.a. befolkningens historiska bakgrund, som "skogsfinnar" som invandrade till Sverige på 1500- och 1600-talen.

Kultur som ett sätt att se och tolka verkligheten och handla i den kan ej undersökas med vanliga epidemiologiska metoder. Om man jämför två grupper från samma område kan kulturen förväntas vara likformigt fördelad i dem. "Suicidaliteten" i en kultur kan i enlighet med Durkheim (1897) ses som ett uttryck för föreställningar och handlingsberedskap kring självmord i en kultur; föreställningar för vilka särskilda individer, exempelvis deprimerade, kan ha en ökad mottaglighet. Dessa individer kan urskiljas med hjälp av epidemiologiska metoder, men ej de underliggande föreställningarna.

En metod som ofta används för att undersöka kultur är deltagande observation, där alla typer av observationer samlas successivt under en tid genom ett systematiskt förande av fältböcker. Metoden att undersöka kultur kräver "förutsättningslöshet"; man måste för att förstå andra människors verklighet först lämna sin egen. I denna undersökning visade sig detta i skillnader mellan läkarnas och patienternas livsvärldar, som uttrycktes i missnöje eller noncompliance hos ett stort antal av patienterna. Självmord framträder här som en handling; särskilt i dess normativa och meningssökande aspekter. En självmordshandling måste bedömas inte bara (om ens överhuvudtaget) efter ett tekniskt målsyfte utan även efter den mening eller betydelse handlingen har. Ruth Ettlinger (1975) uttrycker i sin avhandling förvåning över att så få av de patienter hon intervjuade efter ett självmordsförsök, verkligen ville dö.

Varför söker mannen inte vård?

En kulturell analys av området ledde fram till figur B1. Figur B 2 illustrerar självmordshandlingen. Den personliga kris som vanligen ledde till självmord var olika upplevelser av misslyckanden och tillkortakommanden. Till dessa kunde somatisk sjukdom, alkoholism och skilsmässa bidra. Det starka mansidealet och de kulturella kraven på mannen utgjorde ett hinder för honom att söka hjälp och var i sig ett starkt

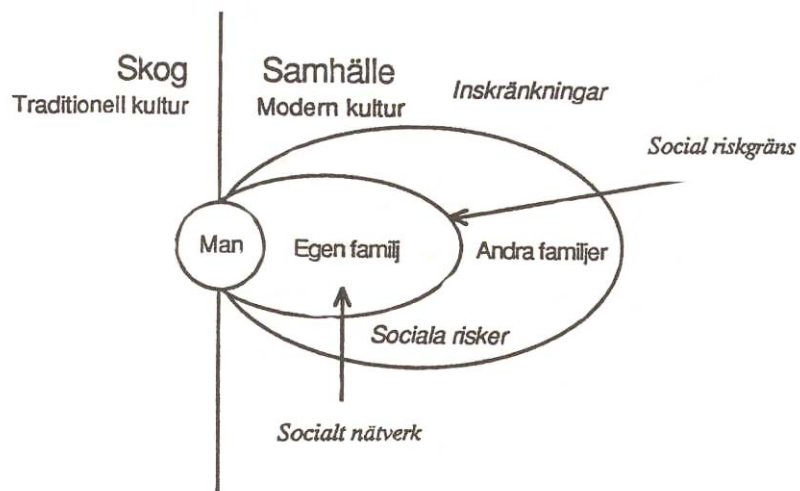
incitament till självmord i situationer av misslyckande. I fyra fall utlöstes självmordshandlingen av förebråelser från anhöriga. En inkongruens mellan det kulturella mansidealet och jagbilden skapade en krissituation som kunde leda till självmord (fig. B 3). Genom kopplingen till geväret som självmordsredskap och dess betydelse i kulturen gavs självmorden en stark betydelse av "upprättelse" (fig. B 4).

Förslag till prevention

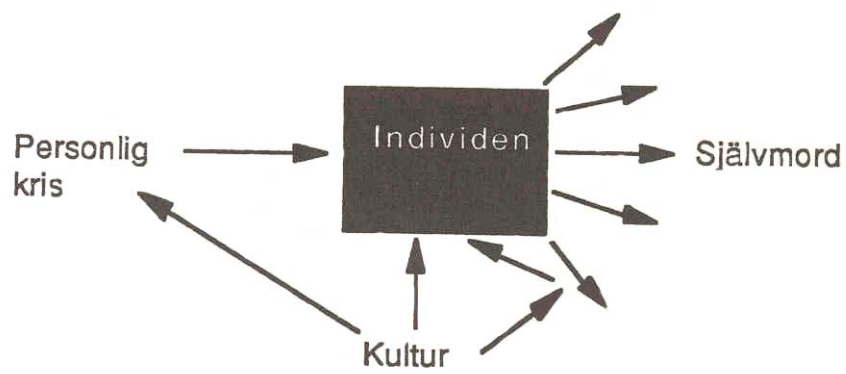
Olika vägar till prevention följer direkt ur kulturanalysen, exempelvis i detta fall:

1. *Socialisera mansrollen.* Genom ett pedagogiskt arbete i förskola och skola kan en större öppenhet åsyftas samt ett accepterande av de egna reaktionerna och en ökad kapacitet att handskas med krissituationer.
2. *Stöd familjen.* Familjen, som det primära nätverket i en utflyttningsbygd där samhällets resurser är små, måste få ökat stöd samtidigt som mannen också behöver terapeutiska kontakter utanför familjens kulturella ram.
3. *Skapa alternativ.* Olika socioterapeutiska åtgärder, särskilt lokala initiativ bör stödjas för att motverka den apati och frustration som skapas av depopulation och isolering.
4. *Bekämpa alkoholmissbruket,* men inte genom moralistiska attityder som kan öka självmordsrisken. Andra alternativa krislösningar än alkohol bör stimuleras.
5. Primärvården bör gå utanför den egna mottagningen och samverka med andra personer. Metoderna att diagnostisera och behandla "illness" bör förbättras.

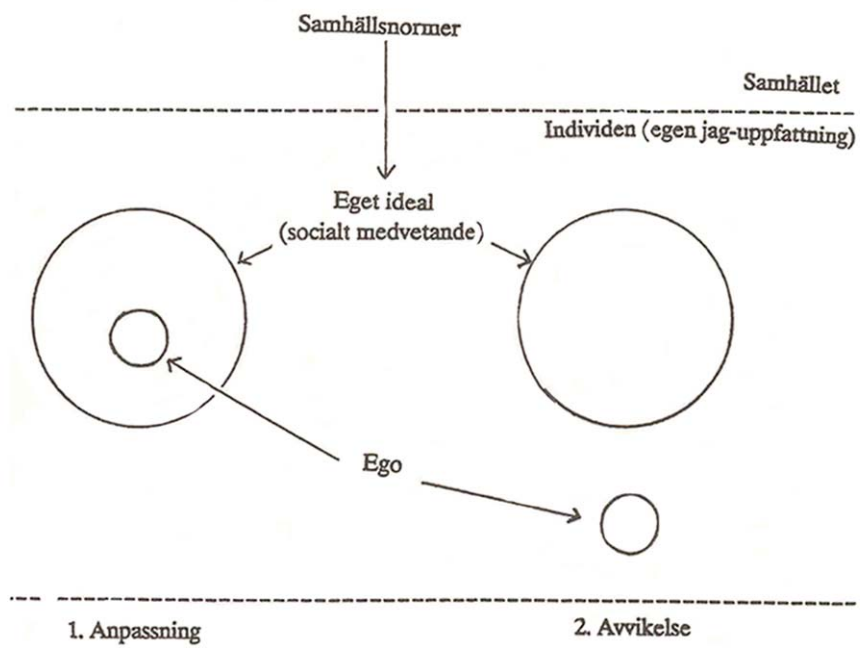
Figur B1.



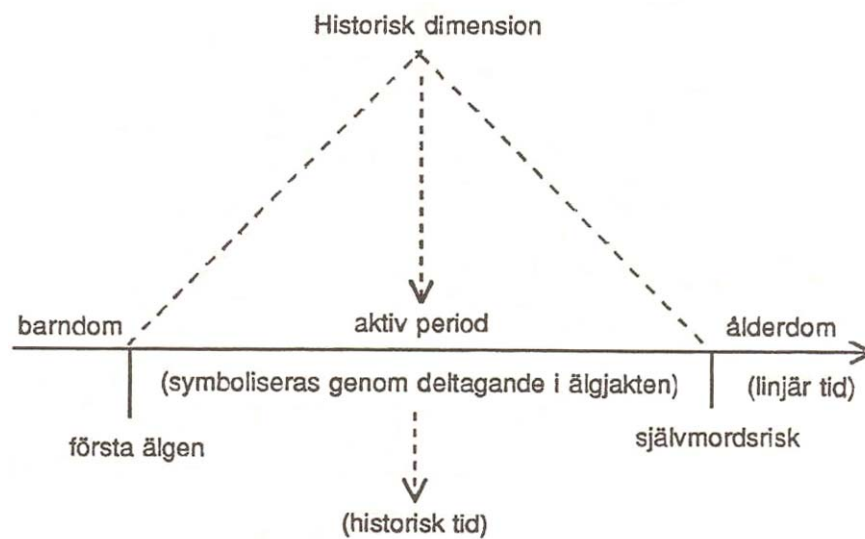
Figur B2.



Figur B3.



Figur B4.



Referenser

Beskow J. Suicide and Mental Disorder in Swedish Men. *Acta Psychiat Scand*, Suppl 277, Copenhagen, 1979.

Durkheim E. *Suicide*. (1897). Engelsk översättning. New York: Free Press, 1951.

Ettlinger R. Evaluation of Suicide Prevention after Attempted Suicide. *Acta Psychiat Scand*, Suppl 260, 1975.

Westerlund-Hännestrand B. Självmod i glesbygden, en kulturanalys ur primärvårds-perspektiv. *Uppsala Research Reports in Cultural Anthropology*, No 10, 1990.

WORKSHOP OM SJÄLMORDSPREVENTIVA ÅTGÄRDER FÖR BARN OCH UNGDOM

Moderatorer:

Agnes Hultén, överläkare i barnpsykiatri, Gävle och Centrum för suicidforskning och prevention, Stockholm.

Gunilla Olsson, överläkare i barnpsykiatri, Uppsala.

Inledning

Agnes Hultén

Allmänpreventivt arbete i skolan

Mentalt förebyggande hälsovård, "livskompetens", ett skolprojekt som riktar sig till hela klasser på högstadium och gymnasium

Brittmari Ahlner, skolkurator och Eva Hildingsdotter-Bengtsson, skolsköterska, Stockholm

Prevention till självmordsnära ungdomar

Startpunkt för vårdprogram till ungdomar som gjort självmordsförsök eller befinner sig i riskzon för självmordshandling:

Agnes Hultén

Diagnostisering av depressioner hos barn och ungdom

Gunilla Olsson

Prevention till riskgrupper

Källan, gruppverksamhet för barn och ungdomar med psykiskt sjuka föräldrar i Stockholm

Eva Waltré, psykolog, Källan, Stockholm

Rädda Barnens projekt med gruppverksamhet för barn i sorg och barn och unga som förlorat en förälder genom självmord

Lotta Polfeldt, socionom

Vård av unga efter självmordsförsök, delförslag till vårdprogram

Agnes Hultén

Smittar självmord? Praktiska och vetenskapliga erfarenheter angående klusterfenomen

Agnes Hultén

Inledning

Agnes Hultén

Denna workshop presenterar exempel på idéer och projekt som omfattar olika former av självmordsprevention till barn och ungdom och som bygger på de riktlinjer nationella programmet mot självmord föreskriver:

Antal självmordsförsök och självmord ska minskas. Omständigheter som kan leda till att barn och unga tar sina liv ska kartläggas och undanröjas. Det innebär att man måste vara uppmärksam på riskfaktorer i uppväxtmiljön och lyhörd för barns signaler om störda hemförhållanden. Barn och ungdomar bör få växa upp i en kultur som stärker deras identitet och självkänsla, som är basen för psykisk hälsa. Att ha tillgång till en stödjande familj under uppväxten utgör en förutsättning. Kunskap om och hantering av kriser och konflikter, depressioner, missbruk och andra självdestruktiva tendenser, våld och självmordsbenägenhet är andra förutsättningar som ungdomar behöver lära sig av vuxna, till exempel av skola och föräldrar i samverkan.

Allmänpreventivt arbete i skolan

Olika typer av förebyggande program mot självmordshandlingar har prövats framför allt i USA och erfarenheter därifrån talar för att utbildningsprogram till skolelever bör ha en bred inriktning. Om programmet bara vänder sig till utsatta grupper riskerar man att de känner sig utpekade, vilket kan få motsatt effekt. Försöker man göra det till ett mer allmänt tonårsproblem finns risk att målsättningen urholkas och effekten uteblir. Därför ska förebyggande program i första hand riktas till elever som kan fungera som "hjälpare" eftersom ungdomar med problem vänder sig till kompisar i första hand. Utbildning i "Mentalt förebyggande arbete – livskompetens" är ett skolprojekt som riktar sig till hela klasser på högstadium och gymnasium. Det presenteras av skolsköterska Eva Bengtsson och skolkurator Brittmarie Ahlner. Se workshop om befolkningsinriktad självmordsprevention, sid 38.

Prevention till självmordsnära ungdomar

Enhetliga svenska riktlinjer för vård av ungdomar som gjort självmordsförsök eller är i riskzon för en sådan handling borde finnas liknande de riktlinjer vuxenpsykiatriska föreningen utgivit för självmordsnära vuxna (Spri 1997). Sådana riktlinjer ska vara grundade på vetenskapliga rön eller om sådana saknas, på beprövad erfarenhet. I denna workshop diskuteras två viktiga områden som bör finnas med i förslag till riktlinjer: Diagnostisering av depressioner hos barn och unga (överläkare och doktorand Gunilla Olsson, Uppsala) och förslag till behandling efter ett självmordsförsök (överläkare och doktorand Agnes Hultén, Gävle, och Centrum för suicidforskning och prevention, Stockholm).

Depressioner och självmordsförsök hos tonåringar

Gunilla Olsson

Depression är den vanligaste enskilda orsaken till självmordshandlingar. Det är därför viktigt att lära sig känna igen tecknen. Tonåringar söker sällan för att de är deprimerade, utan oftast för något mer kroppsligt symptom. Man behöver fråga specifikt om de olika depressionssymptomen för att få reda på hur de egentligen mår. De förstår bättre om man förklarar att depression inte bara innebär att humöret är förändrat, utan att även tankar och kroppsliga funktioner blir annorlunda.

Det är inte farligt att fråga om suicidtankar, det utlöser inte handlande utan det är oftast en lättnad att någon vuxen tar dem på allvar och är beredd att lyssna. Tänk på att även barn som inte nått tonåren faktiskt gör självmordsförsök! Deras depressioner har ännu fler kroppsliga symptom än tonåringarnas.

I Uppsala har 2 300 ungdomar i gymnasiet deltagit i en självskattning av depression. Bland dem uppgav fem procent att de någon gång gjort ett försök att ta sitt liv. Vi fick intervjua de flesta av dem, men alla vidhöll inte att det var ett riktigt försök. Andra kallade det försök, även om de inte klarat att utföra handlingen, utan stått med tablettburken eller kniven i handen och på så sätt "försökt". Av de 58 flickor och 17 pojkar, som i intervju vidhållit att de gjort ett försök, var 89 procent deprimerade vid tillfället. Det oroande är att vuxna i mindre än hälften av fallen vet om försöken. Ingen av pojkarna och bara en tredjedel av flickorna har fått någon hjälp av elevvård eller sjukvård. De som oftast fått hjälp var flickor som tagit överdos av tabletter.

Två av de tillstånd som ofta tillkommer vid depression, ökar risken för självmordsförsök:

Det ena är *beteendestörningar*. När det förekommer har vården svårare att se depressionen bakom. Risken blir då att man försöker "uppfostra" utan att ta fasta på alla ledsna känslor. Beteendestörningen tenderar att stå kvar, även när depressionen gått över och risken för asocialitet är då stor. De här ungdomarna kan vara starkt impulsstyrda och självmordshandlingar utlöses lätt av olika motgångar.

Den andra stora risken utgörs av *missbruk* i alla former. Det är dessutom vanligare vid depression med beteendestörningar än vid enbart depression. Av de 75 ungdomarna i Uppsalastudien hade 67 depression, 29 beteendestörning och 12 missbruk. Ingen hade missbruk utan att ha depression, med undantag av två alkoholmissbrukare. Det som skilde suicidala ungdomar från deprimerade utan suicidförsök var just alla former av missbruk: alkohol, sniffning, tobaksrökning, hasch och tyngre narkotika. För att bedöma risken för självmordshandlingar är det alltså

viktigt att fråga om depression, beteendestörning, missbruk, tidigare självmordstankar och handlingar samt naturligtvis de aktuella känslorna och tankarna.

Det är viktigt att känna igen depression hos barn och tonåringar, eftersom depressionen är den största enskilda faktorn bakom självmord. För diagnos enligt DSM-IV-systemet krävs *minst två veckor med fem av följande symptom, där nummer ett eller två måste ingå*. Symptomen uttrycks ofta lite annorlunda hos unga än hos vuxna:

SYMPTOM	BARN	TONÅRINGAR
1. Nedstämdhet	Hängig, gnällig, trumpen, sur, grinig, ser ledsen ut	Håglös, hängig, irriterad, tål inget, snäsig, uppkäftig
2. Ahedoni (brist på glädje, intresse, engagemang)	Vill inget, "tråkigt", "inget att göra", trist, otacksam	"Inge' ball", "vill inte", slutar med sport/hobby, drar sig undan
3. Låg självkänsla, skuld känslor	Klagar på allt, "är ful och dum", ber om ursäkt	Fel på utseendet, "synd om er, va", "vem bryr sig"
4. Koncentrations-svårigheter, obeslutsamhet	Sitter inte stilla, drömmer, "vet inte", lätt distraherad, velig, kan inte välja	Kan inte plugga, minns inte, kan inte följa med, betygen dalar, har ingen åsikt
5. Energibrist, trötthet	Orkar inget, lat, leker inte, sitter bara, hittar inte på något	"Orkar inte", skolkar, slö, hjälper inte till, tar sig inte för något
6. Psykomotorisk hämning eller agitation	Leker stillsamt, fnattar runt, bråkar, skriker, slåss, retas	Utslätad mimik, stilla, rastlös, pillar o plockar, går ut på lektioner
7. Sömnstörning: för lite/ för mycket	Vill inte gå i säng, kan inte somna, sover hos mamma, stör på natten	Kan inte somna, uppe på natten, vänder på dygnet, sover enormt mycket
8. Aptitstörning, ej hungrig/sugen	Petar i maten, tröstäter, godis	Ratar maten, "äckligt", tröstäter, godis/chips
9. Dödslängtan, självmordstankar	Pratar om död, oförsiktig, tar risker, vill bort	Vill slippa leva, skadar sig, utmanar, "tar självmord", försök

Det är inte farligt att fråga om dödstankar och självmordsfunderingar, tvärtom är det en lättnad för ungdomar att någon orkar lyssna! (Gunilla Olsson).

Prevention till riskgrupper

Agnes Hultén

Det gäller att upptäcka riskfaktorer som kan ligga till grund för självmordshandlingar. Barn behöver stabila vuxenkontakter för att kunna utveckla en positiv självkänsla och livsstil. Det sammanhänger med familjesituationen och utformningen av den sociala miljön. Vi vet att barn och ungdomar påverkas på olika sätt när någon av föräldrarna är psykiskt sjuk, har gjort självmordsförsök eller tagit sitt liv. Att barnet blir sett och får möjlighet bearbeta sina upplevelser kan bli avgörande för den fortsatta utvecklingen. Ett sådant angeläget område är samarbete mellan barn- och vuxenpsykiatriska kliniker kring familjer med barn när en vuxen förälder behandlas efter ett självmordsförsök. Två andra exempel på gruppverksamhet för utsatta barn presenteras under denna workshop: först Källan, gruppverksamhet för barn och ungdomar med psykiskt sjuka föräldrar som bedrivs i Stockholm under ledning av psykolog Eva Waltré och socionom Göran Granath efter modell från verksamheten Ersta vändpunkt, riktad till barn med alkoholiserade föräldrar (Eva Waltré presenterar verksamheten här idag). Därefter berättar socionom Lotta Polfeldt om Rädda Barnens projekt med gruppverksamhet för barn i sorg respektive barn och unga som förlorat en förälder genom självmord som hon leder tillsammans med psykolog Göran Gyllenswärd (Lotta Polfeldt presenterar projektet ensam eftersom Göran Gyllenswärd insjuknat i influensa).

Källan – en gruppverksamhet för barn som har en förälder som är psykiskt sjuk

Eva Waltré

Barn vars föräldrar drabbas av en psykisk sjukdom utsätts för mycket stress under sin uppväxt. Mycket av deras tid och kraft måste de använda för att försöka förstå och hantera de svårförståeliga och påfrestande situationer som uppstår på grund av föräldrarnas sjukdom. Detta ofta utan att ha någon att fråga, prata med eller på annat sätt få vägledning av.

Källan är en gruppverksamhet för barn från 7 till 18 år som har psykiskt sjuka föräldrar. Syftet med verksamheten är flerfaldigt:

- 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, oro och sina känslor,

- hjälpa barnen att upptäcka sina egna behov, förmågor och möjligheter,
- ge barnen kunskap om psykisk sjukdom och på vilka sätt sjukdomen kan påverka hela familjen, lära barnen hur de kan söka stöd och den hjälp de behöver t.ex. när föräldern blir sjuk.

Källan är ett treårigt projekt som drivs av Riks-IFS, Intresseförbundet för schizofreni. Projektpengarna kommer från Socialstyrelsens anhörigstöd och projektet utvärderas av Socialstyrelsen. Under oktober 1996 startade Källans första barngrupp i lokaler på Sabbatsbergs sjukhusområde, centralt i Stockholm. Under första året deltog 34 barn och ungdomar.

Verksamhetens innehåll och form bygger på Ersta Vändpunkts arbete för barn till missbrukare och kallas ett pedagogiskt program med terapeutiska effekter. Programmet har arbetats om för att passa just dessa barn. Det ingår också i projektet att under dessa tre år utarbeta en metod som passar just dessa barn. På Källan träffas barnen i grupper cirka två timmar per gång, sammanlagt 16 gånger. Varje gruppsamling fokuserar kring ett tema: känslor, försvar, psykisk sjukdom, familjen och familjeroller, den egna personen, beroende, missbruk, familjeträffar, gränser mm. Utifrån varje tema pratar vi, ritar och leker beroende på ålder.

Vad är viktigt med Källan?

Viktigt är att barnen får kunskap om psykisk sjukdom och handledning hur de ska hantera sina känslor och bättre kunna hantera den sjuke föräldern så att de själva kan må bra. Viktigt är också att de inte känner sig ensamma.

Två flickor som har gått på Källan intervjuades av Dagens Nyheter (12/11-97) "Det som både Vera och Lisa tycker är bra med Källan är att få prata med andra barn som har liknande erfarenheter, inte bara vuxna. Att känna igen sig. Man tror att man är ensam om att ha det så här jobbigt. När man förstår att det finns många som har det likadant, eller värre, känns det konstigt nog bättre". Flickorna avslutar artikeln i DN med några råd till den friske föräldern, läkare och andra vuxna. De säger "Prata med barnen, de vuxna måste börja! Viktigast är att barn får veta att det inte är deras fel. Och att barnen får visa sina känslor."

Ring gärna till Källan om du vill veta mera och prata med Göran Granath, socionom eller Eva Waltré, psykolog telnr: 690 60 99.

Gruppverksamhet för barn och ungdomar som förlorat en förälder eller ett syskon genom självmord

Lotta Polfeldt

Sedan våren 1994 genomför Rädda Barnens centrum för barn och ungdomar i krisgrupper för barn och ungdomar, från fem år grupp till 18 år, som mist en förälder genom dödsfall. Gruppverksamheten ingår i projektet: Barn i sorg/Barn som anhöriga, som startade för att förbättra situationen för barn som anhöriga till någon nära familjemedlem som dött eller skadats svårt. Barnen i dessa grupper har varit efterlevande till föräldrar som dött av till exempel cancer, hjärtinfarkt eller olycka av något slag. I nästan varje grupp har vi dessutom mött barn till föräldrar som begått självmord.

Vi har funnit att stödgrupperna kan vara till hjälp för barnen och ungdomarna, men vi har också sett att unga anhöriga till föräldrar som begått självmord dessutom kan behöva ett extra stöd, och ett för dem särskilt sammanhang där de kan tala om det, ofta traumatiska, dödsfall som de varit med om. Efter ett självmord följer speciella tankar och känslor, till exempel funderingar å själva handlingen, hur den gick till och om den kunde ha förhindrats, samt tankar om skuld och ansvar.

Ofta upplever barnen ambivalens till den som begått självmord, och många undrar om de verkligen var omtäckta eller älskade – eller vänder tankarna mot sig själv och funderar på om de själva är värda att älskas. Självmordshandlingen påverkar lätt självförtroendet hos efterlevande barn. Dessutom brottas de med den svåra frågan. Varför?

Grupperna för barn och ungdomar som förlorat en förälder eller ett syskon genom självmord bygger alltså på den gruppverksamhet som vi redan genomfört och som finns beskriven i boken "Stöd till barn i sorg" (Rädda Barnens förlag). Tanken med grupperna är att barnen och ungdomarna ska få en möjlighet att

- möta andra som befinner sig i samma situation,
- uttrycka en del av alla de tankar och funderingar som de bär på,
- sätta ord på och få förståelse för sina upplevelser, reaktioner och känslor,
- förstå vad sorg innebär och vad den kan föra med sig,
- se på minnen som en positiv kraft,
- hitta konstruktiva sätt att hantera sorgen,
- uttrycka och bearbeta den förändrade relationen till den som dött.

Till detta kommer alltså att få uttrycka och bearbeta de speciella frågor och funderingar som följer efter en självmordshandling. Detta gör vi genom att arbeta med speciella teman, till exempel vad hände vid dödsfallet, förändringarna i familjen, vad har blivit annorlunda, vad säger man till

andra, minnen – vem var den som dog, min sorg och andras sorg, etc. till dessa teman har vi olika övningar, till exempel att vi ber barnen och ungdomarna rita något, att fylla i en redan färdig figur med olika färger (för olika känslor), att skriva något.

Grupperna sätts samman av barn och ungdomar i ungefär samma ålder, till exempel 7-12 år, 13-18 år, lite beroende på vilka barn som vill delta. Varje grupp består av minst fyra barn och högst åtta. Barnen och ungdomarna träffas åtta gånger; en gång/vecka 2,5 timme på eftermiddagen, med en uppföljande träff ett halvår senare. Tonåringarna träffas varannan vecka.

Programpunkten **"Smittar självmord? Praktiska och vetenskapliga erfarenheter angående risken för klusterfenomen"** (Agnes Hultén), måste utgå p.g.a. tidsbrist. Nedan återges denna punkt.

Vård av unga efter självmordsförsök, delförslag till vårdprogram

Agnes Hultén

Självmord är den vanligaste dödsorsaken för pojkar och unga män i åldern 15-44 år och den näst vanligaste för kvinnor i motsvarande ålder (SCB). Många som tagit livet av sig har tidigare gjort självmordsförsök. Särskilt stor risk att dö i självmord föreligger hos unga män som gjort ett självmordsförsök (Otto 1972, Hawton 1996, Nordström 1997). Därför är det viktigt ur preventiv synvinkel att erbjuda bra vård till unga efter ett självmordsförsök.

Hittills saknas konsensus angående vård och behandling till ungdomar efter ett självmordsförsök. Det vore önskvärt med enhetliga svenska *riktlinjer* för sådan vård, liknande de riktlinjer vuxenpsykiatriska föreningen utgivit för självmordsnära vuxna individer (Spri 1997). Riktlinjer ska vara grundade på vetenskapliga rön eller om sådana saknas, på beprövad erfarenhet.

Vilka är målen?

Färre självmordsförsök och självmord.

Ökad självkänsla.

Effektivare coping (konfliktlösning och stresshantering).

Bättre social kompetens (ex kommunicera, få stöd).

Vilken typ av vård?

Svenska psykiatriska föreningen har i sina riktlinjer föreslagit en kort tids slutenvård för självmordsnära patienter åtminstone i samband med bedömning av dem. Då det gäller unga människor växlar bedömning och behandling mellan olika länder och också inom samma land. USA (som har annan juridisk bakgrund jämfört med Europa) använder sig oftare av slutenvård och längre behandlingskontrakt. I England har man traditionellt kortare behandling. "Manchestermodellen" är ett till exempel på

nyttänkande där man försöker tackla behandlingsmotstånd och undvika hospitalisering genom att låta ett kristeam möta den unga individen i hemmet hos familjen efter första självmordsförsöket – jmf bemötandet av unga schizofrena vid nyinsjuknandet!

Vilken behandling gav resultat?

Det är ett problem att ungdomar som gjort självmordsförsök ofta visat sig negativa till kontakt med sjukvården och ovilligare än andra ungdomar att fullfölja erbjuden behandling. Spirito och Brent rapporterade att bara cirka 25 procent av de ungdomar som gjort självmordsförsök fortsatte behandling mer än fyra gånger (jämfört med "vanliga" barnpsykiatriska patienter som fullföljer i medeltal sex behandlingstillfällen). I en studie behandlades en grupp ungdomar olika efter ett självmordsförsök: cirka hälften fick individualterapi, 20 procent fick familjeterapi och 30 procent fick en kombination av båda. I alla tre grupperna uttalade ungefär 30 procent att det fått mycket bra hjälp, 30 procent tyckte att de fått *någon* hjälp medan 40 procent angav att behandlingen inte hjälpt alls!

Differentiera behandlingen till en heterogen grupp – men först akut krisomhändertagande

Skapa kontakt i form av terapeutisk arbetsallians tidigt innan individens försvarsmekanismer hunnit stabiliseras – helst i samband med det medicinska omhändertagandet! Visa på allvaret i situationen och förmedla samtidigt hopp om förändring. Känslan av hopplöshet hör samman med självmordsbenägenhet och måste tas upp till diskussion. Försök bemöta motstånd och misstro (noncompliance) hos familj och individ. Fråga till exempel vad som skulle kunna få patienten mer samarbetsvillig. Berätta om hur behandlingen går till och vilka mål som kan sättas upp. Direkt inriktning på praktisk problemlösning med fokusering på tydliga, konkreta mål och begränsad tidsinsats är extra viktigt om det finns motstånd mot behandling. Tackla suicidaliteten med muntligt eller skriftligt "No – suicide kontrakt" (direktkontakt med sjukvården i form av "green card", som alternativ till nytt självmordsförsök).

Analys

Viktigt med analys av det aktuella självmordsförsöket och av självmordsprocessen som lett fram dit. Diagnostisera psykiatriska tillstånd, bedöm komorbiditet. Se individen i sitt familjesammanhang och den totala livssituationen. Bedöm riskfaktorer och resurser utifrån hela bilden.

Slutenvård eller inte?

Allmänt kan sägas att en ung person som befinner sig "i ett meningsfullt sammanhang", antingen i arbete eller studier, och som har en stödjande familj omkring sig, väl kan klara öppenvårdsbehandling om föräldrar och övrig familj finns bakom och kan ta på sig ansvaret. Sjukskriv i så fall en av föräldrarna! Finns inte dessa förutsättningar, eller är patienten mycket suicidal, allvarligt psykiskt sjuk, eller om familjen uttrycker mycket stress,

fientlighet, syndabockstänkande och hopplöshet, bör man ordna slutenvård.

Efter den akuta bedömningen

Behandla bakomliggande psykiatriska tillstånd, till exempel depression, ångest, missbruk. Ge alltid stöd eller psykoterapi i någon form till individ och familj.

Individ

Dysfunktion i hur man *tänker* är vanlig hos deprimerade och suicidala individer. Bland annat innebär en *negativ* attributional style att man gör kognitiva feltolkningar, d.v.s. automatiskt knyts alla negativa aspekter av en situation till den egna personen och det behövs träning att tänka i mer flexibla banor. Att inte kunna kommunicera bra, lösa problem och fungera i socialt samspel med andra leder till ökad stress med risk för nya självmordsförsök. Utveckla copingstrategier som fokuserar på lösningar istället för på negativa känslomässiga reaktioner. Innan bättre affektreglering uppnåtts kan patienten rådas undvika situationer som leder till "känslomässiga kortslutningar".

Familj

Föräldrar fungerar som modell även ifråga om compliance och föräldrars acceptans till behandling har visat sig vara viktigaste faktorn att få med ungdomar. Familjeintervention i någon form (psykoedukativt, familjeterapi eller behandling av psykiatriska tillstånd hos föräldrar) bör därför alltid ingå. Ett *positivare familjeklimat* måste eftersträvas. Ungdomar med psykiatriskt sjuka föräldrar mår sämre, har mer drop out, mer kroniskt förlopp och fler återfall.

Drop out och upprepade självmordsförsök

Många ungdomar som gjort självmordsförsök har haft svårt att fullfölja en behandling och slutar den i förtid. Risk för upprepning av ett självmordsförsök är störst de närmaste följande 6-12 månaderna.

Korttidsbehandling

På grund den stora andelen drop out vid behandling av självmordsförsök bland ungdom, har man på många håll föreslagit kortare behandlingskontrakt i det inledande skedet, mer av typ krisinterventioner med målsättning att minska risken för nya självmordsförsök. Viktiga delar i behandlingen är att förändra familjeklimatet/atmosfären i positiv riktning, lära sig omvärdera eller lösa problem, orka fullfölja en behandlingskontakt och kunna söka igen om nya kriser uppstår som de inte själva kan lösa.

Exempel på terapeutiska skolor

Dialektisk kognitiv beteendeterapi (DBT, Linehan) är en individuell behandlingsform som visat sig effektiv för unga kvinnor som är "kroniska självmordsförsökare", d.v.s. som gjort mer än två självmordsförsök. Behandlingen med rötter i både beteendeterapi och kognitiv terapi och består av individualterapi och social färdighetsträning i grupp varje vecka under ett års tid. Genom att lära patienten hantera starka affekter och socialt samspel uppnås minskning av suicidalt beteende

Kognitiv terapi har visat sig effektiv vid depression, hopplöshet och panikångest hos ungdomar. Den hjälper patienten att ändra sitt kognitiva fastlåsta mönster med negativ syn på framtiden (i sig en självmordsrisk).

Interpersonell psykoterapi används i akuta depressionsepisoder som profylax mot recidiverande depressioner hos vuxna. Behandlingen syftar till att förbättra patientens sociala förmåga. Den självmordsförebyggande effekten är inte vetenskapligt undersökt.

Smittar självmord? Praktiska och vetenskapliga erfarenheter angående klusterfenomen

Agnes Hultén

"Redan för ca 2500 år sedan vidtog man åtgärder för att stoppa en självmords-epidemi bland unga kvinnor i Sparta genom att öppet deklarerat att alla kvinnor som tagit livet av sig, efteråt skulle placeras ut nakna på stadens torg".

Man talar om kluster när tre eller flera självmord inträffat som har ett tidsmässigt och geografiskt samband. Risken för "smitta" är vanligast i åldrarna 15-24 år. En ung individs självmord har kunnat inspirera sårbara personer i omgivningen att (försöka) ta livet av sig med samma metod särskilt om de var av samma kön och i samma ålder.

Publicitet i tidningar och tv kring ett självmord har visat sig kunna utlösa nya självmordshandlingar hos känsliga ungdomar. Under 1980- talet beskrev två amerikanska barnpsykiatrer (Gould och Shaffer), vad som hände efter en serie tv-program som handlade om självmord bland ungdomar i New York- regionen. Under två veckor efter varje programvisning ökade självmorden för den aktuella åldersgruppen betydligt. År 1988 kom Schmidtke och Häfner med sin rapport om "Werthereffekten" efter tysk tv-sändning av en serie program om en 19 årig pojke som slutligen tog sitt liv genom att kasta sig framför ett tåg. En ökning av självmord bland pojkar i samma ålder kunde påvisas efteråt. Många hade använt samma metod. Phillips hävdade 1986 att *all* mediareportering om ungdomssjälvmord har en negativ effekt med ökad risk för nya suicid, d.v.s. både generella beskrivningar angående trender, och individuella data. Suicidhandlingar bland tonåringar ökade sex procent efter tv-rapportering om ungdomssjälvmord. Men effekten av "idolsmitta"

har delvis reviderats av andra forskare som bearbetat mediaexponerade självmordsfall med statistiska metoder. Dessutom har erfarenheterna från USA och Tyskland under 1980-talet lett till att tv och övriga media ändrat sin rapportering så att imitationsrisken inte längre är överhängande.

En anhopning av självmordsförsök och självmord har också redovisats i skolmiljöer eller andra grupperingar där ungdomar känner till varandra. Vissa ungdomar föreföll mer påverkbara av suicidal smitta än andra. Vid närmare granskning av de ungdomar som inspirerats till suicidhandlingar genom kamrats död visade de sig ha mer depressivitet och suicidalitet än andra ungdomar. Men kanske risken för smitta också utlöses i en atmosfär som blivit emotionellt överhettad efter ett ungdomssjälvmord? Sättet att handskas med chock och krisreaktioner som uppstår i omgivningen runt en ung människas död har betydelse för smittoeffekten.

Enligt en amerikansk studie skulle personer som befann sig utanför den närmaste vänskretsen vara mer i farozonen än syskon och nära kamrater. Dessa senare stod den avlidne närmare och upplevde chocken och sorgen mycket starkt. De reagerade med depression, ångest och posttraumatiskt stressyndrom, men sade sig ta aktivt avstånd från självmordsbeteendet efteråt (Brent 1996).

Glorifiera inte självmordet

Det har påpekats att smittsamheten är särskilt stor om en ungdomsidol tagit livet av sig, eftersom identifiering med en sådan person lockar till imitation. En känd persons död blir självklart mer omskriven men kanske det handlar om mediernas sätt att presentera händelsen? Jämför rockidolen (gruppen Nirvana) Kurt Cobains självmord i USA 1994.

Men fortfarande är det viktigt att medverka till att medierna nedtonar följande *placering* (inte på löpsedlar eller första sidan, inte först i nyhetssändningar) och *detaljerad beskrivning* eller *glorifiering* av personen eller händelsen när publicering av ett självmord är aktuellt.

Om det blir aktuellt att uttala sig i medier angående ett inträffat ungdomssjälvmord, tänk på att betona dessa tre saker:

- Sällsynt men komplext problem.
- Katastrof för de efterlevande.
- Var man kan få hjälp.

Markera alltid att självmord bland unga är en sällsynthet, och om det inträffat är det oerhört olyckligt eftersom självmord bara är *en* lösning på de problem den unge kämpade med. Framhåll *komplexiteten* i problemet och att han/hon aldrig nåddes av alternativa lösningar på den upplevda stressen. Dessutom viktigt att markera de katastrofala följder som ett självmord alltid har för efterlevande anhöriga och vänner! Nämn

risksignaler (depressionssymptom, suicidala meddelanden) som kan hjälpa oroliga anhöriga att förstå och våga ingripa. Lämna gärna telefonnummer till olika former av hjälp! Om en känd person tagit sitt liv är det klokt att gå ut med valda uppgifter, men informationen ska vara enkel och rak. Är det för svårt eller obehagligt att gå ut själv, kan det vara en god idé att låta en talesman framträda, alternativt lämna en skriven rapport till pressen.

Internet – Cybersuicid

Numer finns tillgång till information via internet som kan leda till ökad imitationsrisk. Metoder att ta livet av sig finns t.ex. beskrivna. Artikeln om cybersuicide – den roll interaktiv suicidal kommunikation kan få genom internet, diskuteras i en artikel i Crisis 1997.

Efter ett självmord

Självordsprevention innebär också att ta hand om och visa omsorg om sina medborgare i kris efter ett inträffat självmord. Däri ingår två mål: a) att hjälpa efterlevande att handskas med sorgen och b) att identifiera och hjälpa "riskpersoner", d.v.s. de som kan göra självdestruktiva- eller suicidala handlingar eller utveckla PTSD, patologisk sorg eller allvarliga svårigheter att fungera till vardags (funktionsnedsättning av typ skolmisslyckanden).

Handlingsprogram i skolan

Det är en mycket speciell situation som uppstår efter en elevs självmord och varje skola ska därför utarbeta ett handlingsprogram som gäller när ett sådant tillfälle uppstår. Handlingsprogrammet ska införlivas i skolans allmänna kris- och katastrofplan och innehålla tre moment: information om dödsfallet, lindra den akuta sorgen och krisen som uppstått, samt förhindra nya självmordshandlingar bland ungdomarna genom bedömning av kamrater i riskzonen

Gällivarekluster 1995

Tolv pojkar tog sina liv under loppet av ett år i Gällivare 1995, alla i åldern 16-30 år. Tre av dem var under 19 år. Det är en liten kommun där många känner eller åtminstone känner till varandra. Bara ett par av de äldre pojkarna kände varandra, övriga var inte nära kompisar. Mycket missbruk fanns med i bilden. Rykten kom i omlopp och många ungdomar kände sig illa till mods. Ett år senare ordnades en minnesstund i kyrkan, vilket fungerade som ett slags katarsis och ledde till olika nätverk i kommunen för bättre beredskap att ta hand om ungdomar i allmänhet, efterlevande kamrater och som förberedelse inför framtida kriser.

Nationella nätverket för självmordsprevention

1. Norra regionen

Ansvariga: Lars Jakobsson, professor
Ellinor Renberg Salander, psykolog

2. Uppsala/Örebroregionen

Ansvariga: Anne-Liis von Knorring, professor
Gunilla Ohlsson, överläkare

3. Stockholm/Gotlandregionen

Ansvariga: Danuta Wasserman, professor
Sune Lovén, SPES

4. Västsvenska regionen

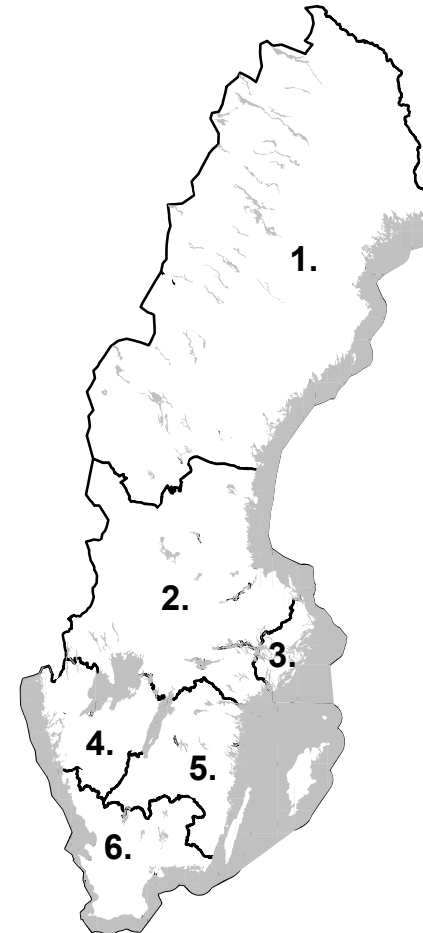
Ansvariga: Jan Beskow, professor
Hans Ågren, professor
Björn Sandegren, SPES

5. Sydöstra regionen

Ansvariga: Jan Wållinder, professor
Margit Ferm, SPES

6. Södra regionen

Ansvariga: Lil Träskman Bendz, professor
Ingegerd Jonasson, chefläkare



MINNESANTECKNINGAR FRÅN DEN NORRA REGIONENS MÖTE DEN 5 DEC 1997

Ansvariga

Lars Jacobsson, professor, Umeå

Ellinor Renberg Salander, psykolog, psykiatriska institutionen och
psykiatriska kliniken, Umeå Umeå

Närvarande

Annelie Lindström, vuxenpsykiatri, Lycksele, Elvy Nyberg, Sundsvall,
Timo Wiksten, Juha Snellman, Berit Nordström, Gun Johansson, Ann-
Charlott Åberg, vuxenpsykiatri, Sundsvall, Eva Sandgren Björklund
(sekreterare), psykolog, PBU-mottagningen, Piteå, Ann-Christine
Wikström, Gällivare/Malmberget, Sven Olof Marklund, SPES, Malmberget,
Guje Reimer, Carl Gustav Olofsson, psykiatriska kliniken, Skellefteå,
Ellinor Salander Renberg (ordförande), Roland Olofsson, överläkare, PBU-
mottagningen, Piteå, Gunnel Eriksson, psykoterapienheten, Östersund.

Vi börjar med en kort presentation av var och en och det man
representerar. Därefter går vi igenom vilket arbete som bedrivs med
avseende suicidprevention på respektive ställe. Slutligen har vi att utse en
ledningsgrupp och eventuell besluta om framtida träffar för det lokala
nätverket.

Presentation

Roland Olofsson berättar att vid mottagning har de inte något speciellt
arbete riktat till suicidprevention. På mottagningen är 15-20 ärenden
aktuella per år där barn och ungdomar, där framför allt flickor söker som
bl.a. ha suicidtankar. Roland är förvånad över den statistik som har
presenterats under konferensen. Norrbotten leder statistiken med avseende
på pojkar, det är sällan de möter dessa på mottagningen i Piteå. Vi talar om
hur man kan söka vidare i statistiken, t.ex. via samhällsmedicin, hälsoråd
och Centrum för suicidforskning har naturligtvis också uppgifter. Från
PBU i Piteås sida efterlyses samverkan mellan barn- och vuxenpsykiatri.
Just nu arbetas det kring ett samarbete för mellanvårdsformer avseende
ungdomar mellan 16-18 år. Ett samarbete avseende barn till föräldrar med
psykiska besvär är också på gång. Även projekt kring barn till miss-
brukande föräldrar föreligger. Inom distriktet är Arjeplog s.k. "safe-
community".

Eva Sandgren Björklund saknar företrädare för barnpsykiatri i allmänhet
vid denna konferens och är också besviken över att ingen företrädare för
barnpsykiatri i Umeå är närvarande. Hon hade sett fram emot ett utbyte
av erfarenheter kring specifika ärenden, t.ex. sådana som gått vidare till
Lex Maria och där yttrande gjorts från barnpsykiatri i Umeå sida rörande
handläggningen.

- Detta hade varit av intresse att fortsätta att diskutera vid konferensen. Kanske just erfarenhetsutbyte och därmed möjlighet till lärande något som har saknats på denna konferens?! En alltför stor betoning på läkare, tillika professorer, inom barn- och ungdomspsykiatri har också funnits på konferensen. Var är alla (vi) andra?
- Värdefullt med möte med SPES! Värdefullt med Claes Örtendahls inlägg! Jan Beskow – en höjdpunkt!
- Saknar koppling av suicidproblematiken till samhällsutvecklingen.
- Workshopen kring folkhälsoarbetet var bra, men isolerat från resten av konferensen.

Gunnel Eriksson medverkar i ett projekt kring unga vuxna (18-25 år) där man är angelägen om att ge snabb hjälp (egentligen ej speciellt suicid-inriktat). Man bedriver där en kort samtalsform, med ett bedömnings-samtal och fyra samtal avseende problemformulering. Man försöker att ha ett aktivt samtal men också aktivt lyssnande. Man ser detta som en indirekt preventiv åtgärd. I Östersund finns också vårdprogram, med hjälp av Dagmarpengar arbetar man specifikt med psykiskt sjuka föräldrar och deras barn. Barnen aktualiseras på barnpsykiatri som har värjt sig eftersom det var risk för att det blev för mycket arbete. Man har en anknytning till Källan-verksamheten i Stockholm. Man har även en gruppverksamhet för barn till psykiskt sjuka.

Annelie Lindström talade dels om en suicidpreventionsgrupp som både har anknytning till Skellefteå och Umeå. Man har ett vårdprogram för omhändertagande av självmordsnära patienter som även är kopplat till barnpsykiatri. De bedriver familjearbete och har bl.a. utbildning från Skellefteå. Man arbetar utåt mot en allvårdsavdelningen i Lycksele med åtta platser (som funnits i fyra år) men också gentemot primärvård. De utbildar personal och har ett samarbete med SPES (projektpengar från kliniken i tre år).

Elvy Nyberg berättade om barnpsykiatriens verksamhet. Hon är verksam vid ett barn- och familjebehandlingshem för barn mellan 9-12 år där man tidigare bara hade barnen men nu har hela familjen, man ser en parallellproblematik mellan barn och föräldrar. Man efterlyser också närmare samarbete med vuxenpsykiatri. Det man saknar från Sundsvalls sida är kyrkan, representanter finns i nationella råd och i St: Lukas. Man kopplar ihop det suicidpreventiva arbetet med kris- och katastrofarbetet. Detta borde vara kopplat till s.k. vardagsolyckor.

Ann-Charlotte Åberg redovisar dels samarbete kring nyinsjuknade psykotiska patienter från 16 år och uppåt. I detta har man ett samarbete med barnpsykiatri. Dessutom bedriver man projekt kring flyktingar och barn till psykiskt sjuka föräldrar (där man samverkar med barnpsykiatri och socialtjänst). Vid samma klinik finns också vårdprogram som är reviderat mot det nationella programmet. Man har också ett dataprogram

avseende avvikelsehantering. Man har program avseende debriefing och psykiatrisk obduktion.

Vid denna klinik har man också ren suicidprevention i form av projekt med:

- Utbildning (för IVA, MIVA – medicinsk intensivvård etc.).
- Liknande Gotlandsprojektet grupper med diskussion kring suicid och depression; både avseende diagnostik och behandling, existentiella frågor, normalt krisförlopp samt psykoterapins värde.

Anhöriga erbjuds samtal efter mandat från patienten. Alla suicidpatienter får tid i öppenvård liksom uppföljning av de som ej kommer till sådana samtal. Minst ett halvår efter ett suicidförsök följs patienterna upp. Man har haft ett intervjuformulär till samtliga patienter som har försökt suicidera där 87 av 96 accepterade att svara. Detta har resulterat i en rapport ("Självmodsförsök – ett rop på hjälp" av Ann-Charlotte Åberg).

Ann-Christine Wikström beskriver att man under 1995 upplevde ett ökat antal självmord vilket togs upp i det s.k. hälsorådet. Den åtgärd man kom fram till var att man skulle ha en utbildning för alla i kommunen avseende suicidologi, detta riktade sig framför allt till personal som hade med barn och ungdomar att göra. Man hade gruppdiskussioner där många lärde känna varandra, detta gav god kontakt och ledde också till att SPES betydelse lyftes fram. Man har ett allmänt vårdprogram för alla i kommunen avseende krisbearbetning och upplysning om en hjälporganisation, d.v.s. var man kan söka för att få hjälp. Man har haft en temadag för elever avseende bemästring av livskris. Man har också ett handlingsprogram avseende barn i kris och man har haft speciella insatser riktade till ambulanspersonal som har en viktig roll när det gäller t.ex. anmälningar till socialbyrån.

Sven Olof Marklund (SPES i Malmberget, som i år fyller 10 år) beskriver att man bedriver samtalsgrupper där man kan möta andra "drabbade". Man har också kontaktpersonsutbildning genom SPES och studieorganisation. Man kan också vara till hjälp i förhållande till myndigheter. De ser sig som ett komplement till terapeutiska åtgärder. I detta nämner man att en del av de som vänder sig till SPES inte har fått, eller inte tagit emot, terapi. En del klarar inte direktkontakt utan vill hellre tala i telefon varför man har en telefonjour under uppbyggnad.

Finansieringen av SPES sker dels via en del anslag från Folkhälsoinstitutet och också från några landsting, men i övrigt är det en ideell förening. Man har cirka 500 medlemmar med stor genomströmning. Man upplyser om möjligheten att vara stödjande medlem som både ses som en möjlighet, att påverka och en viktig skylt utåt i samhället. Man har kretsar i varje län under uppbyggnad, med hopp om bidrag från respektive landsting. Det

man tar upp som problem är den tabubeläggning och okunskap som finns avseende suicid.

Carl Gustav Olofsson påpekar att psykiatrin kan informera om anhörigorganisationer. Han tar också upp speciellt svåra områden och tänker då främst på ungdomsdepressioner och hur man hittar adekvat behandling. Hur når man ut med information? Utvärdering? Samarbete mellan barnpsykiatrin och vuxenpsykiatrin?, speciellt viktigt där det inte fungerar.

Ellinor Salander Renberg. Suicidprevention initierat av Lars Jacobsson och Ellinor Salander Renberg t.ex. i Sorsele där man har haft studiegrupper för dem som kommer i kontakt med självmordsnära personer. Man har ett långsiktigt preventivt arbete i form av konferenser varje år. Man har även ett kliniskt vårdprogram som är förankrat på kliniken. De upplever att barn och ungdomar är en eftersatt grupp. De tror att man kan medverka i form av spridande av epidemiologiska kunskaper t.ex. statistik inom regionen.

Eventuell konferens och ledningsgrupp

Vi talade om att ha en konferens för erfarenhetsutbyte innan Umeå-konferensen.

Kontaktperson för det regionvisa nätverket i den norra regionen blir Ellinor Salander Renberg.

Vi talade om en ledningsgrupp som skulle kunna träffas någon gång per termin och diskuterade hur denna skulle kunna se ut. Ett alternativ var en liten grupp med några få representanter, ett annat att en person från varje ort representerar så att det blir en bredare ledningsgrupp.

Diskussion fördes om att driva frågorna vidare på hemmaplan, att arbeta lokalt för en tvärssektoriell förankring och ett förslag som fördes fram var att chefsöverläkaren ska kontaktas och eventuellt bli representant. Slutligen kom vi överens om att information skickas ut från Umeå tillsammans med adress- och telefonlista.

Piteå dag som ovan

Eva Sandgren Björklund

MINNESANTECKNINGAR FRÅN STOCKHOLM / GOTLANDREGIONENS MÖTE DEN 5 DEC 1997

Ansvariga

Danuta Wasserman, professor, Stockholm

Sune Lovén, SPES, Stockholm

Wolfgang Rutz, docent, Visby, (ersättare inte utsedd)

Andrea Widén, leg läk, Visby

Närvarande – se bilaga.

1. Danuta Wasserman inledde kort.
2. Sune Lovén berättade om SPES.
3. Förväntningar diskuterades: man efterlyste helhet, det fattas kunskap i skolor och man vill utveckla samarbete mellan PBU och vuxenpsykiatri. Man vill ha mer forskning samt som Eva Arvidsson påpekade: påverkan på rektorer.
4. Ledningsgruppen skall bestå av cirka 16 arbetsområden. Vi efterlyste någon från polisen, massmedia, Balans och äldreomsorgen.
5. Strategi och mål ska följa det nationella programmets.
6. Ruth Ettlinger föreslog att man sprider kunskap till studieförbund, kvinnoförbund och ungdomsförbund bland andra.
7. *Eva Håkanson och Katarina Wesslén-Lindahl* ombads påbörja en kartläggning av detta. (Marianne Wahlgren kartlägger personer som arbetar inom vården och som kan ta hand om suicidala människor).
8. Man bestämde gemensamt att ledningsgruppen träffas den 22 januari 1998 kl 17.00 med lätt förtäring, i biblioteket på Centrum för suicidforskning och prevention, Tomtebodavägen 11 K. 17.30 börjar därefter det första mötet för gruppen. Då skall en preliminär regional plan utarbetas.
9. Som representant för Gotlandsregionen tillfrågades Wolfgang Rutz, som tackade ja.
10. Kontaktpersoner är Sune Lovén från ledningsgruppens sida och Katarina Wesslén-Lindahl från centrets.
11. Inga-Lill Ramberg påpekade det viktiga i att upplysa kommuner, lokala hälsogrupper och stadsdelsnämnder, identifiera behov av

kompletterande insatser och inventera pågående självmordsförebyggande arbete.

12. Det är viktigt att berätta för andra om de svårigheter man haft, så att man gemensamt skall kunna lära av dem. Birgitta Öhlén sade att man i PBU/Haninge har försökt etablera samarbete med olika personal-kategorier i kommunen som arbetar med barn och ungdomar, men inte lyckats få till stånd något. Har bl.a. försökt med Eva Hildingsdotter-Bengtsson och Brittmari Ahlner och deras skolprojekt. Folk orkar inte, alla är trötta och uppgivna. Vill försöka hitta en annan strategi. Frågan är bara vilken?
13. Danuta Wasserman påpekade att massmedia och internet kanske är lättare åtkomligt för nedtyngda personer. Vi måste arbeta för att få med oss journalister. Det är den enda vägen som verkar bra, förutom olika utbildningar, projekt och nätverk. Lokaltidningar är mycket väsentliga att använda sig av.
14. Maria Wiklander påpekade att ett nätverk för dem som överlevt ett självmordsförsök och deras anhöriga behövs. De flesta som lyckas ta livet av sig efter ett självmordsförsök gör det inom tre-sex månader.
15. Sune Lovén berättade att det ibland kommer samtal till SPES från suicidbenägna. Behöver en krisgrupp.
16. Danuta Wasserman sade att vi bör skissera på och kartlägga alla kanaler som kan finnas, för en höjd beredskap. Till exempel en informationsfolder till polisen.
17. Ruth Ettlinger påminde om sekretessfrågan. Vi måste gå igenom hur man ska handskas med denna för att inte riskera att kränka integriteten.
18. Danuta Wasserman sade att vi ska sammanfatta vad som finns om sekretess och ungdomar. Hon efterlyste öppet hus på sjukhus, kommunalhus etc. där vi kan presentera vår verksamhet. Hon berättade också att det finns stort intresse för frågan hos alla riksdagspartier samt att regeringen följer arbetet. Vi bör skriva till Gunn Franzén Ljung (hon är politisk planeringschef på social-departementet och invigningstalade dagen före). I den nationella folkhälsokommittén finns ingen psykiater, vilket vi bör försöka ändra på.
19. Sammanfattning av några strategiska frågor:
 - a. Åldersgränsen mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri flyttas.
 - b. Kartläggning av personal som arbetar med dessa frågor.

- c. Engagera massmedia.
- d. Allmänna föreläsningar för olika ungdomsgrupper.
- e. Kartläggning av personal som arbetar med suicidbenägna.
- f. Kartläggning av namn och händelsekedja efter ett suicidförsök.

Stockholm den 8 december 1997

Katarina Wesslén-Lindahl
Informatör

(Bilaga)

Deltagare i Stockholm/Gotlandregionens första nätverksmöte

Susanna Adlercreutz, psykiater
Maia Alvariza, överläkare
Ewa Arvidsson, administratör
Birgit Andrén, socialpedagog
Anne Barkman, överläkare
Aina Bergström, kurator
Cecilia Carpelan, politiker (fp)
Annika Daag, socionom, ungdomsterapeut
Karin Danielsson, kurator
Elisabeth Gabrielsson, överläkare
Inga Garnefält Nyberg, dr psykiatri
Anna Gdula
David Gustafsson, psykolog
Lena Hamberg, överläkare
Kristina Hjelm, kurator
Ulla Holmström, hälsoplanerare
Eva Håkanson, psykolog
Birgitta Indahl, kurator
Einar Jakobsson
Simon Jonsson
Siv Karlsson, sjuksköterska
Torborg Klingsell
Ulla-Britt Lidmar Sundmark, kurator
Birgitta Lindelius, 1:e sekr
Lotta Liwergren, hälsoplanerare
Sune Lovén
Ingrid Lundén, skolkurator
Sten Lundgren
Ann-Margret Lönnheim, socionom, psykoterapeut
Marianne Norling, kurator
Elisabet Prave, överläkare
Ann-Christin Selek, sjuksköterska
Irène Stolt
Margareta Thorslund, skötare
Ulla-Karin Wahlgren, psykolog
Lars Wahlström, psykiater
Ulla Wallin
Helena Walukiewcs, skolkurator
Roland Westlund, psykolog
Maria Wiklander, 1:e skötare
Birgitta Öhlén

MINNESANTECKNINGAR FRÅN VÄSTSVENSKA REGIONEN 19 NOV 1997 OCH 5 DEC 1997

Ansvariga

Jan Beskow, professor, Göteborg.
Hans Ågren, professor. Mölndal.
Björn Sandegren, SPES, Fjärås.

Geografiskt område. Göteborgs- och Bohus län, Älvsborg, Skaraborg, Norra Halland (tom Falkenberg).

Medlemmar: C:a 50 personer, inkl. dem som var med i Stockholm.

Sammankomster. Göteborg 971119, Nätverkskonferensen i Stockholm 971205. Nästa möte: Göteborg 970122. Möten skall även hållas ute i regionen.

Ledningsgrupp. Jan Beskow, professor, Centrum för suicidforskning och prevention, kontaktman med Centrum. Björn Sandegren, internrevisor, Ordförande i SPES Väst. Hans Ågren, professor, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Mölndal.

Principer. Oändligt mycket att göra. Nätverket måste dock få växa organiskt. Främja personlig påverkan på alla nivåer. Sprida kännedom om redan pågående eller avslutade projekt. Successiv vidgning till allt fler områden.

Projekt

Den kompetens som utvecklats under projektarbeten inom regionen är en tillgång för utveckling av respektive delfält. Nätverket kan bidra till att projektledarna inbjuds att föreläsa om sina erfarenheter. Arrangörer kan erbjuda andra personer och grupper att delta gratis i sina evenemang. I takt med att rapporter färdigställs skall de kunna rekvireras hos Jan Beskow. Följande områden redovisades vid nätverksmötet.

Tidig diagnostik och tidig behandling av suicidalt beteende i öppen vård

Lena Weirén och Tomas Bremholm, Svalebo vårdcentral, Göteborg:
Psykologarbete i primärvård. Möjligheter till snabba psykologinsatser (kognitiv terapi) av psykolog i samma hus. Goda terapieresultat även vid långvariga tillstånd. Av 188 remisser hade 38 patienter aktuella konkreta suicidplaner och/eller ett eller flera tidigare suicidförsök bakom sig. Läkarna kände till 13 av dem. Kort utbildning av allmänläkare i kognitiv terapi samt kontinuerlig snabb feed-back. Projektet har permanentats. Internetadress <http://www.altavista.telia.com>. Vid Alta Vista sök på "Svaleboprojektet".

Psykisk vård av självmordspatienter inom somatisk akutsjukvård

Det handlar om utbildning av personal på akutmottagning och IVA samt relationerna mellan dessa och psykiatriska kliniken.

Lisa Donnerdal, Göteborg: *Hur kan akutsjukvården bemöta patientens psykiska behov efter ett självmordsförsök*. Kvalitativt analyserade intervjuer med åtta patienter, som gjort suicidförsök.

Annelie Engström, Trollhättan: *Leva-projektet*. Psykiatrisk personal tjänstgör på IVA, och bidrar med mottagande, kontinuitet och uppföljning. Detta ger såväl behandlings- som utbildningseffekter. Projektet har permanentats.

Uppföljning efter suicidförsök

Bo Runeson, Centrum för suicidforskning och prevention: *Suicidpreventivt team i Skaraborg*. Uppföljning enligt modifierad Baerumsmodell av suicidförsökspatienter som ej intagits i psykiatrisk vård. 1-årsprojekt.

Barn- och ungdom

Rose-Marie Haitkin, socionom, leg. psykoterapeut, Agneta Gårdsmed Viberg, sjuksköterska, Eva Schutz, socionom, leg. psykoterapeut, Pia Ekbom Johansson, socionom och Inger Lindahl, sjuksköterska: *Barn- och ungdomars självmordsförsök. Patienter som behandlats för suicidförsök på Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Göteborg åren 1983 respektive 1992*. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Östra sjukhuset, Göteborg. Slutredovisat i rapport nr 1 - 1996.

Vårdprogram

Britta Svensson, chefsöverläkare, Psykiatriska kliniken, Borås: Planering för vårdprogram för suicidprevention i Borås, Alingsås och Mark-Svenljunga. Psykiatriska kliniken har sedan länge ett klinikprogram. Detta skall nu successivt vidgas att omfatta somatisk sjukvård och vårdgrannar utanför sjukvården. Utgångspunkt: Svenska psykiatriska föreningens Självmordsnära patienter – kliniska riktlinjer för utredning och behandling.

Efterlevandestöd

Janeke Irgens, församlingspedagog, Brämargårdens församling, Hisingen och Björn Sandegren, ordförande i SPES-Väst. Planerat samarbetsprojekt Svenska Kyrkan och SPES. Stöd via SPES till personer som drabbats av självmord i familjen. Gruppsamtal för efterlevande med metodutveckling. Hälso- och sjukvården bör informera om dessa möjligheter. Broschyr kan rekvireras från SPES. Kontakttelefon med senare uppringning 031-775 79 77.

Övriga diskuterade verksamhetsområden

- Informera tjänstemän och politiker.
- Åtgärder inom arbetslivet, t.ex. enligt mönster från Previa- samarbetet i Sydöstra regionen.
- Befolkningsåtgärder, t.ex. informationskampanj bl.a. om depressioner.

MINNESANTECKNINGAR FRÅN DEN SYDÖSTRA REGIONEN DEN 5 DEC 1997

Ansvariga

Conny Nordin, professor. Senare ersatt med Jan Wållinder, professor, Linköping.

Margit Ferm, SPES, Jönköping.

Närvarande

Margit Ferm, Gun Eklund, Gunnel Torhult, Annika Pehrsson, Inger Wikström, Herman Holm, Eva Marie Hansson, Olov Thorén, Anne Sandh, Lars Gustafsson, Urban Pettersson, P-O Sjöblom, Eva Germundsson, Ken Chesterson, Elisabeth Lindgren, Barbro Olsson

Mötesordförande – Margit Ferm

1. *Nätverkslista för mötesdeltagarnas möjlighet till justering av namn och adresser cirkulerades. Aktuell lista bifogas.*
2. *Minnesanteckningar 971010*
Gemensam genomgång av minnesanteckningarna från mötet på Ryhovs sjukhus, Jönköping 971010.
3. *Att diskutera idag*
Ordförande konstaterar att vi utöver de fyra fastlagda diskussionspunkterna (se bilaga) har tre övriga frågor som tillägg:
 - a) När människor ringer och vill ha rådgivning t.ex. när de känner oro att någon närstående vill ta sitt liv – hur och av vem kan de få gensvar?
 - b) Vilka inom regionen är intresserade av att få den speciella utbildningen som siktar mot att använda filmen "Kärleken är Den Bästa Kicken"?
 - c) Det finns 20 milj. kr. avsatta till länsövergripande projekt inom Hälso- och sjukvården ("Forspengar"). Kan vi inom regionen utarbeta projekt för att få del av detta?
4. *Utse en ledningsgrupp*
Inför de länsvisa diskussioner som följde hade vi som underlag dels önskemålet om, att det regionala nätverk som vi vill upprätta skall ha en så heterogen sammansättning som möjligt. Dels hade vi i diskussionen i uppdrag att föreslå ett antal representanter lokalt samt utse vilka. Vidare att utse kontaktperson (-er) länsvis och regionalt.

Efter respektive länsgruppers diskussioner lämnades följande skissförslag till organisation:

ÖSTERGÖTLAND

Man framhöll att psykiatrin bör ta ansvaret som motor i det heterogena nätverket som skissade enligt följande:

Kontaktperson för länet: föreslås Conny Nordin.

LÄNSVIS

Tre personer/ sjukvårdsområde representerande vuxenpsykiatri, BuP, primärvård plus Conny Nordin och Margit Ferm. Summa 11 personer.

LOKALT

Östra sjukvårdsområdet 5 personer.

Centrala sjukvårdsområdet 5 personer.

Västra sjukvårdsområdet 5 personer.

KALMAR

Herman Holm åtog sig att tillfråga en person från Kalmar, Oskarshamn och Västervik respektive. Man föreslog även Eva Marie Hansson från den Samhällsmedicinska Enheten som kontaktperson. För länsnivån föreslog man en överläkare från Vuxenpsykiatri samt en överläkare från BUP.

JÖNKÖPING

För länsnivån lade man fram samma slags förslag som Kalmar: en överläkare Vuxenpsykiatri (Monika Hammarén skall tillfrågas) samt en överläkare från BUP.

Som kontaktpersoner för de tre sjukvårdsområdena föreslogs:

Gun Eklund, Ryhovs länssjukhus

Karin Fritzell, Värnamo sjukhus

Inga-Lill Pettersson, Höglandssjukhuset

Sammanfattningsvis framhölls att de givna förslagen bör ses som startuppställningar med öppenhet för framtida justeringar efter behov. Framhölls också att man bör göra särskilda ansträngningar för att få med primärvården i nätverken.

Man enades om att föreslå Conny Nordin och Margit Ferm som regionombud.

5. Information, brukarorganisationerna

Margit Ferm åtog sig att informera om förslagen vid planerat möte med brukarorganisationerna 9/12 i Jönköping.

6. Strategifrågor

Angående diskussionspunkten "framtidsstrategi" lämnades följande synpunkter: Jönköping vill överlämna denna fråga till ledningsgruppen.

Kalmar anser att en viktig strategisk fråga är hur man skall fånga upp andra viktiga intressenter som skola eller primärvård. Genom sin samhällsmedicinska enhet har man dock vissa förarbetande kanaler för detta.

Motala vill inom 1-5 år ha ett väl fungerande länsprogram för:

- a) omhändertagande efter självmordsförsök.
- b) ha genomfört satsningar när det gäller depressionsdiagnostik, missbruk och suicidologi. Med dessa satsningar på kunskapsspridning vill man ha nått, inte enbart primärvården utan även missbruksenheter, polisen, politiker etc.

Norrköping vill utgå från att förverkliga den nationella programmet "Stöd i Självordskriser" som nu föreligger. Man enades om förslag att vid nästa regionala möte den 24/4 -98 ägna särskild tid åt att diskutera strategifrågor.

7. *Övriga frågor*
(Frågorna a-c, sid 1)

- a) Är detta i första hand primärvårdens uppgift? Kanske ringer människor dit i första hand. Tillgänglighet dygnet runt bör tillgodoses. Inom psykiatrin bör behovet inordnas i det allmänna krisbemötande som varje klinik har.
- b) Kalmar län kan behöva utbilda ett 15-tal personer. Jönköpings län också ett antal personer. Ev kunde en regional utbildning anordnas enl. 3-dagarsmodell som skissades av Östergötland. Margit diskuterar möjligheten till detta med Centrum.
- c) Ang. "Forspengar." Frågan bearbetas vidare i ledningsgruppen.

8. *Nästa Möte*
Nästa möte blir i Linköping 1998 04 24.

Vid protokollet

Barbro Olsson

MINNESANTECKNINGAR FRÅN SÖDRA REGIONENS FÖRSTA NÄTVERKSMÖTE DEN 5 DEC 1997

Ansvariga

Susanne Ringskog, psykiater, Tomelilla.
Lil Träskman-Bendz, professor, Lund.

Närvarande

Britta Persson, Helen Foyer, Susanne Ringskog, Kerstin Nyholm, Anders Niméus, Yvonne Maria Werner, Lena Beckman, Bengt Almström, Marie Nilsson, Eva Olausson, Barbro Dahllöf, Marie Cedereke, Lena Larsson, Britt-Marie Swedblom, Elena Doina Dobre, Amelie Jakobsson, Eva Ingvert, Peter Nordström, Ella Maria Björkman, Styrbjörn Yllner, Vera Lind, Lil Träskman-Bendz, Ingegerd Jonasson.

1. Vi startade mötet genom att presentera oss för varandra och berätta om suicidhandläggning på respektive klinik.
2. SPES-delegaterna redogjorde för sin verksamhet. 95 medlemmar i södra regionen, 500 i hela landet. (Mer än 1,1 miljoner invånare i södra regionen. Antalet suicid per år: 253 år 1995.) Alla medlemmarna har personligen erfarenhet av att närstående suiciderat. Föreningen SPES har medlemssammankomster en gång per månad. Man har informationsverksamhet på skolor och vårdenheter; man rycker ut för krisintervention när ett suicid inträffat; man har också fadder-verksamhet – en SPES-medlem blir fadder för den som nyss drabbats av en närståendes suicid.
3. Mötet enades om att göra till rutin vid suicidhandläggningar på psykiatriska kliniker att aktivt förmedla kontakt med SPES – ge namn och telefonnummer, berätta om SPES's verksamhet.
4. Kontaktperson utsågs: professor Lil Träskman-Bendz. Kontaktperson mellan suicidenheten i Lund och nätverkets medlemmar. Kontaktpersonskapet omprövas vid varje nätverksmöte.
5. Mötet enades om, att det var bättre att börja med idéerna för nätverkets verksamhet; innehåll; i stället för formen – bestämma ledningsgrupp etc. – och vi startade så en allmän brainstormning för vad nätverket skulle ägna sig åt. Några av förslagen som kom upp:
 - Bjuda in SPES till varje klinik.
 - Utbilda personalen på klinikerna, särskilt i själva det svåra mötet mellan suicidant och behandlare – handledning?
 - Inventera utbildningsbehovet.
 - SPES skulle inventera vad deras medlemmar saknat i vårdens handläggande av de ärenden de varit inblandade i.

- Vikten av vårdkontinuitet, obruten vårdkedja.
 - Vid nästa möte redogöra för innehållet i gårdagens workshop för barnpsykiatri.
 - Hur lämnas besked till anhöriga efter suicid? Riktlinjer bör utformas.
 - Kristerapi efter ett suicid – anhöriga, ja större del av släkten bör kunna erbjudas detta.
 - Förslag skicka akutremiss från vuxenpsykiatri till barnpsykiatri med önskemål om deltagande av konsult i krisbearbetning efter suicid där barn stod som anhöriga.
 - Till nästa nätverksmöte bjuda in representanter för skola, primärvård, polis, flykting- eller invandrarhandläggare.
 - Politiker kan bjudas in så småningom när vi har ett konkret program eller förslag att visa.
 - Diskussion om pengar och människovärde - mer anslag till vården = fler tjänster = bättre omhändertagande = att bry sig om människovärdet? Eller detta att uttrycka vårdbehov i pengar = att reducera människovärdet till enbart en fråga om kronor och ören?
6. Nästa nätverksmöte: tisdag 16 maj, ca 9.30-16 i Karlskrona. Kallelser till ovannämnda.
 7. Ort för nätverksmöten beslöts skulle ambulera. Respektive inbjudande klinik och landsting skulle stå för sitt mötes arrangemang.
 8. Vid mötet 16 maj utses ledningsgrupp och ny kontaktperson.

Detta mötesreferat sändes till professor Danuta Wasserman, Centrum för suicidforskning och prevention i Stockholm, och vårt nätverks kontaktperson, professor Lil Träskman-Bendz, vilken senare (tack!) ombesörjer kopia till deltagarna vid dagens möte.

Vid protokollet, med vänlig hälsning

Susanne Ringskog
Överläkare

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 (NASP) 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:

NASP

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 | Själv mord i Stockholm 1986-90. Kartläggning av självmorden i Stockholms läns sjukvårdsområden och psykiatriska sektorer |
| 1/97 | Själv mordspatient på psykiatrisk klinik |
| 2/97 | Själv mordstankar bland sjuksköterskor i Sverige |
| 1/98 | Suicidriskbedömning |