



Suicidpreventiva dagen 2012



**Karolinska
Institutet**



**Stockholms läns
sjukvårdsområde**
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

NASP - Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. NASP är sedan 1993 Stockholms läns landstings och sedan 1995 statens expertorgan för suicidprevention. NASP är verksam vid Karolinska Institutet och Stockholms läns sjukvårdsområde. NASP:s verksamhet är inskriven i Karolinska Institutets regleringsbrev. NASP är också ett WHO samarbetscenter som arbetar med suicidprevention tillsammans med det europeiska regionala WHO-kontoret i Köpenhamn utifrån Helsingfors-deklarationen om psykisk hälsa i Europa och med centralkontoret i Geneve beträffande självmordsprevention på fem kontinenter. NASP:s övergripande mål är att medverka till att varaktigt minska antalet självmord och självmordsförsök, att undanröja omständigheter som kan leda till att barn och unga tar sitt liv, att tidigt upptäcka och bryta negativa trender av självmord och självmordsförsök hos utsatta grupper och att öka kunskapsnivån om självmord, att stödja personer med självmordstankar och anhöriga till personer som försökt eller har begått självmord.

NASP:s verksamhet delas in i fyra huvudområden:

- Forskning och metodutveckling: Syftet är att studera samband mellan olika determinanter för psykisk samt kroppslig ohälsa som kan leda till suicidala handlingar. NASP stimulerar även forskning som stödjer utvecklingen av självmordsprevention.
- Analys och uppföljning av epidemiologiska data: NASP följer utvecklingen av självmord och självmordsförsök och arbetar med att identifiera riskgrupper, risksituationer och riskmiljöer.
- Information: NASP samlar in, sammanställer och analyserar kunskap som förmedlas genom utbildningar, riktade informationsinsatser, rapporter och på Internet.
- Undervisning: NASP bedriver utbildningsverksamhet med målet att sprida kunskap och förbättra insatserna inom självmordsprevention.

Redaktör: Britta Alin Åkerman

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

ISBN: 978-91-87517-00-6

Foto: Internet

2013

Karolinska Institutet
171 77 Stockholm

E-post: nasp@ki.se
Telefon: 08-524 87793
www.ki.se/nasp

Rapporten kan laddas ner från www.ki.se/nasp

Innehåll

Gergö Hadlaczky, bitr. verksamhetschef vid NASP Inledning	3
Britta Alin Åkerman, professor emerita i pedagogik, NASP, Karolinska Institutet	5
Anne Stefenson, psykiater och universitetsadjunkt, NASP Erfarenheter som huvudinstruktör i utbildningen MHFA, Första hjälpen till psykisk hälsa	8
Gunilla Wahlén, förbundsordförande i SPES Hur SPES arbetar och dess olika framtidsvisioner	12
Carl von Essen, generalsekreterare vid Föreningen Psykisk Hälsa Nytt suicidpreventivt projekt på nätet	16
Alfred Skogberg, journalist och författare Vad kan vi göra för att minska självmorden? Vad har media för ansvar?	20
Presentation av dvd-filmen "Låt himlen vänta"	27
David Titelman, docent i psykologi vid NASP Sammanfattning av de olika bidragen under dagen	28



Framtidsvisioner om självmondsprevention:

Suicidpreventiva dagen: 10 September

PROGRAM

Moderatorer: Britta Alin Åkerman och
Gergö Hadlaczký NASP

13.00 – 13.30 Britta Alin Åkerman, Gergö
Hadlaczký och Anne Stefenson, NASP -
Öppningsanförande & Första hjälpen till
psykisk hälsa

13.30 – 14.00 Gunilla Wahlén,
Förbundsordförande SPES -
Hur SPES arbetar och dess
olika framtidsvisioner



14.00 – 14.15 Sträckpaus

14.15 – 14.45 Carl von Essen, Generalsekre-
tare föreningen Psykisk Hälsa - Nytt
suicidpreventivt projekt på nätet.

14.45 – 15.15 Paus med möjlighet till kaffe

15.15 – 15.45 Alfred Skogberg, Journalist
och författare - Hur gör vi för att rädda liv?
Vad har media för ansvar?

15.45 – 16.30 Låt himlen vänta - en film av
Ammi Svensson. Diskussion och frågor, Britta
Alin Åkerman.

16.30 – 16.45 David Titelman, NASP
Diskussion och avslutning

Tid och plats:

13.00 – 16.45

Kulturhuset, Stockholm

Begränsat antal platser

Ingen föränmälan

Fri entre



**NASP - Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet
och Stockholms läns landsting**

Den 10 september anordnas den Internationella suicidpreventiva dagen. Bakgrunden till dagen är ett beslut som fattades år 2003 under en IASP-konferens i Stockholm (International Association for Suicide Prevention) som tillsammans med WHO beslöt att årligen uppmärksamma denna dag över hela världen.

Gergö Hadlaczký, bitr. verksamhetschef vid NASP



Inledning

Varmt välkomna till den suicidpreventiva dagen som årligen hålls i hela världen den 10 september. För att föra alla de som arbetar med självmordsprevention närmare varandra startade NASP ett nationellt nätverk för suicidprevention 1997. Nätverket delades upp i sex regionala nätverk som samlar representanter från såväl myndigheter och vårdgivare som frivilligorganisationer. NASP:s roll är att samordna nätverken på nationell nivå. Dessutom leder NASP det regionala nätverket för Stockholm-Gotland. Sedan beslut fattades om att genomföra en internationell suicidpreventiv dag varje år den 10 september har NASP ansvaret att genomföra dagen i Stockholm.

NASP är sedan 1993 Stockholms läns landsting och sedan 1995 statens expertorgan för självmordsprevention.

NASP:s uppgift är bl.a. att utveckla och förmedla kunskap om självmord och psykisk ohälsa samt att driva, stödja och utvärdera självmordspreventiva insatser. På NASP:s hemsida finns information om självmord och psykisk ohälsa men också om olika insatser och pågående forskningsprojekt som bedrivs av NASP.

NASP ska medverka till:

- Att varaktigt minska antalet självmord och självmordsförsök
- Att undanröja omständigheter som kan leda till att barn och unga tar sitt liv
- Att tidigt upptäcka och bryta negativa trender av självmord och självmordsförsök hos utsatta grupper
- Att öka kunskapsnivån om självmord samt att stödja personer med självmordstankar och anhöriga till personer som försökt eller har tagit sitt liv

NASP:s verksamhet delas in i fyra huvudområden:

Forskning och metodutveckling

Syftet är att studera samband mellan olika determinanter för såväl psykisk som kroppslig ohälsa som kan leda till självmordshandlingar. NASP stimulerar även forskning som stödjer utvecklingen av självmordsprevention.

Analys och uppföljning av epidemiologiska data

NASP följer utvecklingen av självmord och självmordsförsök och arbetar med att identifiera riskgrupper, risksituationer och riskmiljöer.

Information

NASP samlar in, sammanställer och analyserar kunskap som sedan förmedlas genom utbildningar, riktade informationsinsatser, rapporter och via Internet.

Undervisning

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

Den här dagen används till stor del att presentera erfarenheterna från det Regeringsuppdrag som beslöts i november 2010 nämligen att ge i uppdrag till NASP att genomföra en pilotstudie för att pröva det australiensiska programmet MHFA (Första hjälpen till psykisk hälsa) under svenska förhållanden. I regeringsbeslutets skrivning understryker man att det befolkningsinriktade arbetet ska ha en ”tvärsektoriell folkhälsovetenskaplig ansats” med målsättningen att:

- Sprida kunskap om ”vad som kan leda till självmordsförsök och självmord”
- ”Minska rädslor, tabun och stigmatisering som självmord och psykisk sjukdom omgärdas av”
- Bidra till utvecklingen av stödjande miljöer

Implementeringen är klar och preliminära utvärderingsresultat är lovande. CEPI (Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser) har ansvarat för utvärderingen och beräknar att redovisa de slutgiltiga resultaten under våren 2013.

Idag finns det runt 80 utbildade instruktörer och fler än 2300 Första hjälpare. I juni 2012 fick NASP ytterligare i uppdrag att genomföra en pilotstudie med anknytning till Ungdomsprogrammet (MHFA-Y).

Britta Alin Åkerman, professor emerita i pedagogik NASP, Karolinska Institutet



Ungefär en miljon människor tar sina liv varje år, globalt sett. Det är verkligen en miljon för mycket. En återblick när det gäller svenska förhållanden visar att till en början skedde en minskning av självmordstalen från 1980 fram till år 2000. Därefter har egentligen inte några förändringar skett annat än små fluktuationer genom ett mindre ökat antal ena året och färre självmord nästa år. Det är beklämmande att det fortfarande är så många som tar sina liv.

Våra statistiska uppgifter är dessvärre inte helt aktuella. Information om data kommer först från Statistiska Centralbyrån som meddelar uppgifterna till Socialstyrelsen. Därefter bearbetas dessa data på NASP. De senaste uppgifterna är från 2011 som anger att 1 378 människor i Sverige tog sina liv. I Stockholms län har det de senaste åren varit ungefär 300 personer som varje år tagit sina liv. Ungefär 2,5 gånger så många män som kvinnor tar sina liv vilket gäller såväl i Sverige som generellt över hela världen. När det gäller självmordsförsök bedömer vi att tio gånger fler inträffar i Sverige. Globalt anges enligt en WHO-studie att 20 gånger flera försöker ta sina liv jämfört med antalet självmord. Personer som vårdats på sjukhus för depression och ångestrelaterade sjukdomar ökar för ungdomar, men är oförändrat i andra åldersgrupper. Det är oerhört viktigt att vi kan gå in här och verkligen kämpa och arbeta för att bringa ner dessa höga tal.

Det glädjande med Första hjälpen programmet är dess fokus på unga som är det senaste Regeringsuppdraget till NASP. Syftet med Första hjälpen till psykisk hälsa, som programmet kallas här i Sverige, är att vi måste som Första hjälpare finnas till hands för en människa som mår så psykiskt dåligt att han eller hon behöver ha hjälp. Det är också viktigt att vid behov finnas kvar hos den person som mår dåligt tills mer professionell behandling kan sättas in. Första hjälparen ställer inga diagnoser. Första hjälparen behandlar inte utan Första hjälparen handlar dvs. finns till hands vid behov. Första hjälparen försöker hjälpa en människa som mår psykiskt dåligt oavsett om det är inom sitt eget verksamhetsområde eller om det är vänner eller bekanta. Det kan också vara den egna familjen som är i behov av stöd. Uppgiften är att förmedla hopp och att det finns hjälp att få. Fördelen med den kurs som vi nu utbildar i är att den är hårt strukturerad. Det är lätt för instruktörerna att följa den givna modellen. På så sätt får faktiskt alla Första hjälpare i hela landet samma utbildning. Det gäller återigen att ge tidig hjälp, dvs. att

arbeta preventivt genom att agera närhelst det blir tydligt att en människa i närheten visar tecken på en begynnande psykisk ohälsa. En ung person i skolan som börjar skolka eller inte gå till lektionerna, inte klarar proven och blir mer eller mindre apatisk bör få omedelbar hjälp.

Utbildningen kan praktiskt genomföras på olika sätt, antingen genom två hela dagars utbildning eller genom utbildning vid fyra olika tillfällen om 3 ½ timme vid varje tillfälle. Det skulle kanske passa för dem som arbetar heltid att gå utbildningen kvällstid. Ungdomsprogrammet är tidsmässigt något längre än vuxenprogrammet. Ungdomsprogrammet omfattar 14 timmar jämfört med vuxenprogrammet som omfattar 12 timmar.

Det finns många orsaker till att Första hjälpen behövs. Kanske det allra viktigaste är att psykisk ohälsa är vanligt i befolkningen. Vem som helst kan drabbas. Alla vi som sitter här, alla vi som även arbetar inom området kan i olika svåra situationer drabbas av psykisk ohälsa och hamna i så svåra situationer att vi blir självmordsbenägna. Vi vet också att kunskap ofta saknas bland befolkningen inom området, vilket är viktigt för att förstå vad som kan ligga bakom psykisk ohälsa. Bristande kunskap kan lätt ge upphov till negativa attityder. Det finns myter och föreställningar om självmord och inte minst att det är farligt att prata om självmord framför allt när det gäller unga personer med risken att väcka den sovande björnen. Så är det inte. Vi vet t.o.m. från forskning som har bedrivits både nationellt och internationellt att det kan vara mer skadligt att **inte** prata om självmord. Vanligtvis känns det som en befrielse för den unga personen att få möjlighet att prata om sina svåra tankar. Många elever i skolorna uttrycker undran över varför självmordsfrågor och tankar inte behandlas under lektioner. "Varför får vi aldrig prata om det som egentligen är livets mening och livets svårigheter" är vanliga kommentarer från eleverna.

En stor del av Första hjälpen programmet har som mål att försöka förändra attityder och alla negativa föreställningar som finns hos allmänheten om psykisk ohälsa och självmord. I programmet finns en liknande modell som vid fysisk, somatisk sjukdom som är uppdelad i fyra olika delar.

De vanliga larmbeteckningarna vid fysisk sjukdom/olycka (L-ABC).

Förkortningen är en minnesregel och talar om i vilken ordning man bör prioritera vid en olycka (sjukdom)

- L - livsfarligt läge
- A - andning
- B - blödning
- C - chock

Suicidpreventiva dagen - 15 oktober

Första hjälpen till psykisk hälsa

- Steg 1 **B**edöm situationen, ta kontakt
- Steg 2 **L**yssna öppet och fördomsfritt
- Steg 3 **E**rbjud stöd och information
- Steg 4 **U**ppmuntra personen att söka stöd och hjälp
- Steg 5 **S**töd personen att söka andra hjälpresurser

BLEUS

Suicidpreventiva dagen - 15 oktober

Först undersöks att en person inte befinner sig i ett livsfarligt läge, därefter hur andningen fungerar, och om blödning är för stark och slutligen hur chocken kan påverka den skadade personen. Första hjälpen till psykisk hälsa har liknande handlingsplan med fokus på hur vi tar kontakt med en person som mår psykiskt dåligt. Situationen måste inledningsvis bedömas. Allvarlighetsgraden får avgöra hur kontakten genomförs och framför allt att det inte är farligt att ta kontakt. Nästa steg handlar om att lyssna som är en konst i sig. Att lyssna är en central del i utbildningen. I programmet anges att lyssna fördomsfritt vilket egentligen inte går. Vi måste lära oss att handskas med våra fördomar så gott det går för att verkligen kunna lyssna aktivt. Om man ska kunna klara av att vara Första hjälpare måste man vara medveten om sin egen attityd och att jag då i rollen som Första hjälpare, ska förmedla till den personen som mår psykiskt dåligt att jag förstår; jag accepterar hur du har det oavsett vad det är för beteende personen i fråga visar. Men jag måste också ha en förmåga att kunna visa att jag är trovärdig, kunna förmedla acceptans, och ha medkänsla. Vår attityd, vårt sätt att agera gentemot medmänniskor förmedlas inte bara genom vad vi säger utan vad kroppen säger. Det finns flera studier som visar att ungefär 70-75 procent av vårt budskap förmedlas via kroppen och endast 25 procent utifrån vad som sägs verbalt.

Det är viktigt att, oavsett var man bor i Sverige, ta reda på vilken hjälp som finns att få, att det finns hjälp att få samtidigt som personen uppmuntras att själv söka hjälp. Det kanske inte alltid är så lätt för den som mår psykiskt dåligt att själv ta initiativet till att söka eller ta emot hjälp. När det gäller unga människor måste alltid någon form av samarbete ske med föräldrar eller vårdnadshavare och försöka få dessa att se och tidigt upptäcka om deras ungdomar mår psykiskt dåligt så att de behöver professionell hjälp.

Anne Stefenson, psykiater och universitetsadjunkt, NASP. Erfarenheter som huvudinstruktör i utbildningen MHFA, Första hjälpen till psykisk hälsa



Jag har blivit ombedd att ge några intryck ifrån den första tiden med Första hjälpen programmet i Sverige.

Programmet har från dag ett inneburit vissa utmaningar, inte minst för oss som varit yrkesmässigt förankrade i psykiatrisk och psykoterapeutisk verksamhet. Det har varit ett viktigt steg att gå ifrån att lära ut om ett terapeutiskt förhållningssätt till ett medmänskligt.

Instruktörsutbildningen som vi har bedrivit på NASP handlar om att förmedla kunskaper för medmänskligt hjälpande. Spridningen av Första hjälpen till psykisk hälsa har skett enligt en kaskadprincip där vi som huvudinstruktörer har utbildat instruktörer, som i sin tur har utbildat intresserade personer inom olika verksamheter, eller enskilda ur allmänheten.

En av de stora svårigheterna som man haft i Australien, då man utvecklade programmet, har sannolikt varit att överväga vilka baskunskaper kring psykisk ohälsa som är rimliga i en hårt paketerad utbildning. Det är lätt att känna att det blir förenklat, t.o.m. smärtsamt förenklat. Samtidigt måste kunskaperna rikta sig till en bred allmänhet, också till den som befinner sig långt ifrån både universitet, storstäder och sjukvårdande kliniker.

Regeringsuppdraget till NASP som kom november 2010 poängterade tydligt den breda ansatsen som ska finnas i det befolkningsinriktade självmordsförebyggande arbetet. Det handlar (som vi såg i inledningsanförandet) om att utveckla stödjande miljöer till särskilt sårbara grupper, att öka kunskapen om vad som kan **leda** till ökad självmordsrisk, liksom att försöka undanröja, rädslor, tabun och stigmatisering kring både självmord och psykisk ohälsa.

Första hjälpen kunskapsbas kan tyckas begränsad genom sin hårda paketering, men har som utgångspunkt det mellanmännsliga mötet. I ett första steg handlar kursen om hur vi upptäcker psykiskt lidande eller psykiska problem i vår omgivning. Hur ser det ut? Första

hjälpens programmet lär ut om de vanligast förekommande uttrycken för psykiska problem som vi kommer träffa på i vardagen.



Vi tar inte kontakt på samma sätt med människor i olika tillstånd. I Första hjälpen programmet har man valt att utgå från fyra olika dimensioner av lidande som är vanliga. Att öppna en kontakt och att tala med någon som är nedstämd och tillbakadragen är annorlunda än att möta någon som är uppjagad och rädd, eller någon som är helt innesluten i en egen värld och vars uppmärksamhet är splittrad. Påverkan av en drog kan se ut på många sätt. I programmet beskrivs hur olika droger påverkar oss för att vi som Första hjälpare ska kunna skapa oss en uppfattning om vilken drog exempelvis en ung uppjagad person kan vara påverkad av, och kunna ge rätt hjälp.

Hur upptäckervi psykisk ohälsa i vardagen?



Depression

Stämningsläge
Nedstämdhet
Ledsen
Låg



Ångest

Orolig
Rädd
Osäker
Fasa



Psykos

Splittrad
Egen värld
Jagad
Uppjagad



Påverkan

Varierande



ICD10 Diagnoser – kriteriebaserade:

1
2
3
4
5
etc

I programmet beskrivs även de vanligaste psykiatriska diagnoserna sorterade under huvudgrupperna där de hör mest hemma. Neuropsykiatriska diagnoser eller personlighetsstörningar beskrivs inte utförligt i programmet, därför att vi i vardagen träffar på människor med dessa diagnoser inte utifrån deras diagnoser, utan utifrån de uttryck som beskrivits här ovan. Det har för mig som huvudinstruktör känts mer och mer rimligt att utgå från dessa olika grunddimensioner av uttryck för psykiska problem i en utbildning om medmänskligt hjälpande.

Första hjälpen programmet till Psykisk Hälsa har många fördelar. Det är enkelt att lära ut pga. av den tydliga manualiseringen. Instruktioner om hur man kan levandegöra materialet följer med undervisningsmaterialet till instruktörerna. I undervisningsmaterialet ingår filmer som är mycket åskådliggörande. De enkla strategier som ingår i programmet gör det möjligt att nå ut till många.

I anpassningen till svenska förhållanden finns flera kulturskillnader som är väsentliga. Exempelvis är vi i Sverige ofta reserverade och vill ogärna ta kontakt med främmande människor i öppna situationer. Vi vill inte vara ”påträngande”. När vi försöker att levandegöra programmet ger vi även exempel på olika sätt som ska vara anpassade till våra olika verkligheter.

Avslutningsvis vill jag förmedla en händelse som var en aha-upplevelse för mig. Vid ett besök i Argentina för några år sedan noterade jag att människor mitt i rusningstid runt bussar och tåg tog sig tid att lägga handen på axeln på någon som satt och tiggde, eller var trött, eller uttryckte illabefinnande, och även ge frikostigt med slantar ur sina fickor. Jag frågade en person jag träffade i yrket om det fanns någon speciell praxis eller tanke med detta som verkade vara gängse. Svaret kom snabbt och självklart: "Det kunde ha varit jag som satt där".

En tanke och känsla jag tycker genomsyrar hela Första hjälpen programmet till Psykisk Hälsa.

Några frågor som ställdes efter att Första hjälpen programmet hade redovisats:

Fråga: Vänder man sig till ungdomar i det här programmet?

Britta: Inte ungdomar direkt, inte ännu, men det är en målsättning vi har att vi i framtiden ska kunna bygga upp programmet för att därefter rikta det direkt till ungdomar. Ungdomsprogrammet riktar sig idag till dem som kommer i kontakt med ungdomar först och främst.

Kommentar från publiken: Det finns kamratstödjande utbildningar och verksamheter i skolorna eller på annat sätt. Det är viktigt att det här ansvaret i programmet handlar om den vuxne omvärldens ansvar att hjälpa unga människor. Det borde inte vara uteslutet för framtiden att program direkt riktade mot ungdomar utvecklas. Det är också viktigt att ta tag i på ett samhällsplan att det ligger i den vuxna världens uppmärksamhet mot lidande ungdomar och de som jobbar ungdomsrelaterat vara medveten om detta.

Gunilla Wahlén, förbundsordförande i SPES. Hur SPES arbetar och dess olika framtidsvisioner



Det är positivt att så många har kommit för att delta under den suicidpreventiva dagen. Många SPES-medlemmar deltar också och av dessa finns många i Stockholm och kan vid behov svara på frågor om SPES och hur arbetet genomförs här.

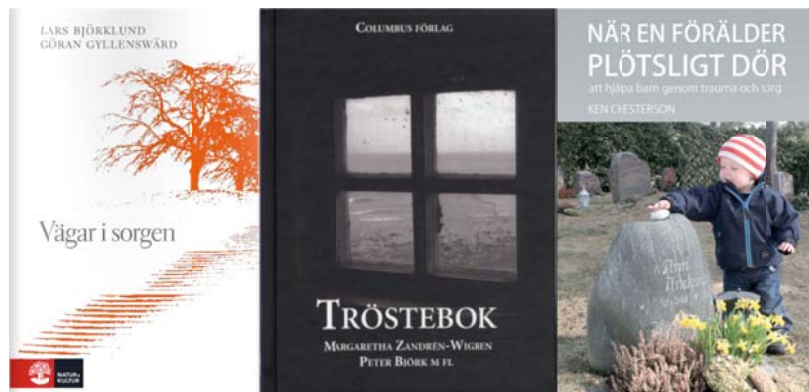
Vi är en rikstäckande ideell organisation, som lever på stöd från våra medlemmar. Vi finns i hela landet och arbetar i stor utsträckning med att förändra attityder. Det sker via kontaktpersoner, i vår telefonjour och i egna utbildningar och träffar samt även i självhjälpgrupper. På många platser i landet finns sorg grupper, efterlevandegrupper eller Leva vidaregrupper. Vi vill bidra med ökad kunskap om suicid som ett samhälls- och folkhälsoproblem samt motverka fördomar och tabuföreställningar. Vi vill minska tabuering och skam kring frågor som handlar om psykisk ohälsa och dess yttersta konsekvens – suicid. Vi vill påverka/samverka med kommuner och landsting att uppfylla den antagna folkhälsopropositionen om nollvision för suicid.

I Sverige tar nästan 1500 personer sitt liv varje år. Varje dag tar i genomsnitt fyra personer sitt liv. Suicid är den vanligaste orsaken till dödsfall hos män under 44 år, och den näst vanligaste dödsorsaken hos kvinnor under 44 år. Suicid är den vanligaste dödsorsaken hos unga mellan 15 och 24 år. Många personer under 44 år lämnar efter sig barn: 5-åringar, 10-åringar, 15-åringar som blir efterlevande till en mamma eller en pappa som tagit sitt liv. När suicidtal inte sjunker hos ungdom lämnar de här ungdomarna efter sig kompisar, syskon.



SPES har tagit emot pris för ungdomsverksamhet ur socialminister Göran Hägglunds hand.

Vad gör då SPES rent konkret? Den viktigaste verksamhet som SPES har är vår telefonjour varje kväll. Den är öppen varje kväll mellan klockan 19.00–22.00. Telefonnummer 08–34 58 73. Telefonjouren bemannas av våra särskilt erfarna och kompetenta SPES-medlemmar. Den är till för dem som är närstående när någon tagit sitt liv. Det är välgörande att tala med någon som har liknande erfarenhet. Vi behöver varandra eftersom vi förstår, kan stödja varandra oavsett hur många år som förflutit sedan den dagen vi drabbades. Vi har upplevt sorgen, saknaden och smärtan i vår verklighet.



Här ovan visas några exempel på läsvärd litteratur som: ”Vägar i sorgen”, ”Trösteboken” och ”När en förälder plötsligt dör”. Det finns dessvärre alltför lite strukturerat stöd om hur vi hjälper barn och unga vid förlust av sin mamma eller pappa. Vi har samarbete med många organisationer som ger oss information om hur man ska marknadsföra de viktiga frågorna samtidigt som vi får kunskap i vår organisation. Bland andra har vi attitydambassadörer i Hjärnkollprojektet. Vi har även ett samarbete med Föreningen psykisk hälsa som kommer att presentera sig senare likväl med olika anhörigföreningar och kompetenscentrum. Hos framför allt äldre män är problemet oerhört stort när det gäller självmord. Ett strukturerat arbete behövs för att ge de äldre männen och även kvinnorna som bor på äldreboenden eller hemma och är deprimerade och behöver hjälp. Det är viktigt att se deras problem och ge dem hjälp.

I sjuksköterskeutbildningar, polisutbildningar, barnmorskeutbildningar borde ingå att kunna ge Första hjälpen till en människa i nöd. Den som hittar någon på gatan har självklart inte kravet att ställa diagnos om det är en hjärtinfarkt eller en hjärnblödning utan att hjälpa personen att komma till rätt behandling. På samma sätt ska en suicidnära person få hjälp. Även om personen inte vill ha hjälp handlar det om att rädda liv. Jag har träffat på människor med svår andnöd och blåa i ansiktet som inte vill åka till sjukhuset. Trots personens ovilja är det viktigt att ringa efter en ambulans med hopp om att ambulanspersonalen kan övertala personen att åka till sjukhus. Då tar de professionella över vilket är lika viktigt för en suicidnära person.

Folkhälsoinstitutet borde få ett uppdrag att på ett tydligare och klarare sätt arbeta med suicidprevention. Vad kan Folkhälsoinstitutet ge för information till allmänheten och till professionen vad som ska göras och vilka är de olika myndigheternas ansvar. Frågorna engagerar många idag. Telefonsjälvården har SPES ett samarbete med pga. vår telefonjour. SAMS är en annan samarbetsorganisation som består av olika sorgeorganisationer som exempelvis "Vi som förlorat barn", "Föreningen änkor änkemän", "Randiga huset", "Vi som mist mitt i livet".

SPES viktigaste uppgift är efterlevandestöd och att förmedla den kunskap som finns om suicidprevention. Efterlevandestöd finns i hela landet dit den drabbade kan vända sig till efter ett besked att någon anhörig har tagit sitt liv. Till SPES ringer ofta någon som har varit den som kanske hittat sin avlidna pappa, mamma eller syskon och behöver ha hjälp. Genom att ta reda på varifrån samtalet kommer går det att rekommendera en SPES-medlem som finns i närheten och kan ha en kontakt med den inringande personen. Det finns emellertid inte någon samlad information dit människor kan vända sig i en akut kris. Den som ringer om en ung suicidnära person bör i första hand hänvisas till skolhälsovården som i sin tur har att besluta vilken hjälp den unge personen behöver. Men även lärare behöver utbildning i hur man upptäcker den sårbara eleven och därefter handla.

Många arbetsplatser som Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Kronofogden kan möta självmordsnära människor eller någon på arbetsplatsen som har tagit sitt liv. Många ringer till SPES för att få hjälp och stöd. Tyvärr finns allt för lite stöd att ge trots att behovet är stort. Beredskapen är olika beroende på var personen är bosatt. Unga personer som förlorat en nära anhörig får inte heller alltid hjälp. Skolhälsovården som bör finnas tillhands är stängd juni, juli och halva augusti samt även halva december och januari. Det är under den perioden som risken att ta sitt liv är störst för en ung person. De som mår så dåligt att de behöver hjälp har svårt att få hjälp i den akuta situationen. Varje myndighet borde ha ett uppdrag att inom sin myndighet, skola, arbetsförmedling eller arbetsplats göra en suicidpreventiv plan för att därigenom försöka minska suicidtal. Trafikverket t.ex. har en väl fungerande plan för att minska dödstaten i trafiken. Även SJ har gjort en plan för hur antalet suicid ska minskas vid tågolyckor. Suicidtal i tunnelbanan i Stockholm har inte minskat utan snarare ökat. I ett brev från SPES till SL:s ledning fördes fram en fråga vad de tänker göra för att minska suicidtal. Detta resulterade i ett möte i vilken ett förslag skisserades tillsammans med MTR vad som kan göras i Stockholms tunnelbana för att sänka suicidtal. Det besked vi fick var att de ska ta initiativ till att all

deras personal som vistas på perrongen och spärrvakter ska få utbildning så att de vet hur de ska göra vid mötet av suicidnära personer.

Vi är oerhört glada att SL har lyssnat på oss och att ett samarbete har startat.



Besök gärna vår hemsida, där finns all aktuell information.
www.spes.se. Kontakta SPES: info@spes.se och även får Facebook-grupp.



Carl von Essen, generalsekreterare vid Föreningen Psykisk Hälsa. Nytt suicidpreventivt projekt på nätet



Jag arbetar på en förening som heter Psykisk hälsa som har funnits sedan 1931. Vi har under årens lopp fått många frågor om självmord men att arbeta med frågorna direkt på nätet har vi endast gjort ungefär ett år.

Föreningen Psykisk Hälsa består av ca 2000 medlemmar huvudsakligen inom olika professioner, dock inte enbart de som är engagerade i psykisk hälsa som terapeuter, psykiatriker, socialarbetare och läkare utan även många andra. Vi finansieras genom medlemsavgifter och bidrag från allmänheten. Vi har ett s.k. 90-konto, för att därigenom få medel till verksamheten. Vi ingår i ett europeiskt nätverk som heter Mental Health Europe.

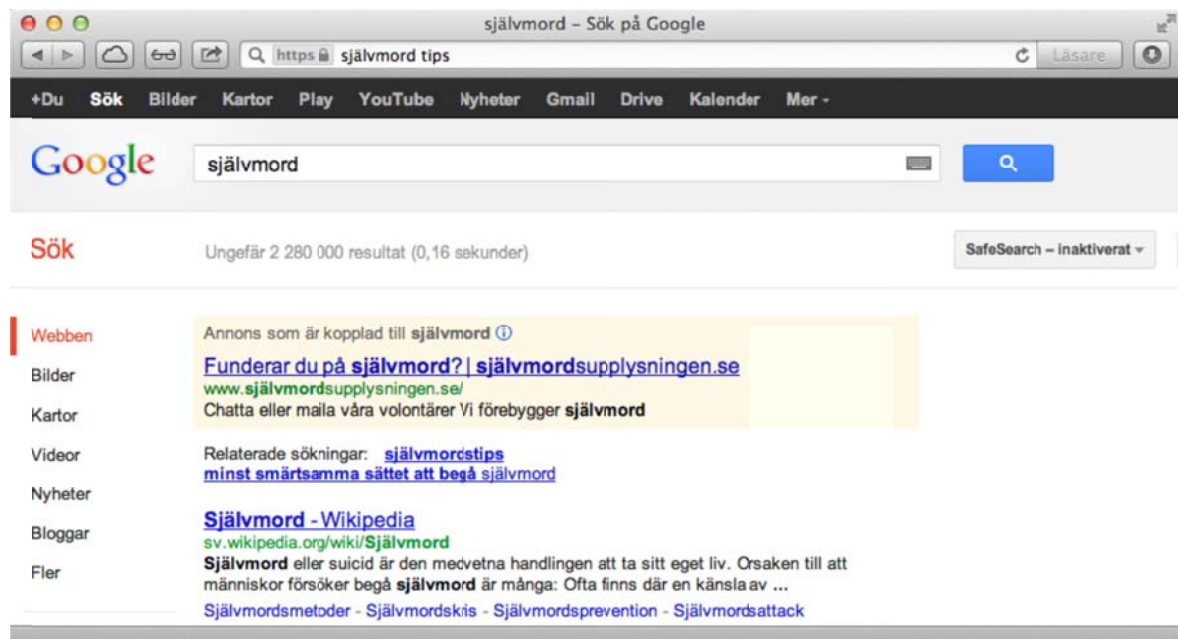
Vårt nya projekt "Självmord på nätet" kommer säkerligen inte som någon nyhet, eftersom vi alla numera vistas en stor del av vår tid på nätet. Alla vet säkert idag vad som hände oktober 2010 då ett självmord genomfördes av en ung kille på Flashback. Han annonserade att han skulle ta livet av sig och blev samtidigt uppmuntrad med sarkastiska kommentarer tillsammans med alltför få stödjande kommentarer innan han efter 1,5 timme tog sitt liv genom att hänga sig med en nätverkskabel. Händelsen berörde oss alla och inte minst inom föreningen Psykisk hälsa funderade vi på vad som skulle kunna göras. I samband med händelsen gav vi ut en rapport "Du är ett troll tror jag" som finns på vår hemsida. Diskussionstråden efter händelsen på Flashback fylldes på med över 4000 inlägg. Av inläggen går det att lära sig vilka missuppfattningar som finns om självmord och självmordsprevention. En missuppfattning har att göra med att det inte går att påverka den som har bestämt sig för att ta sitt liv. Många erfarenheter har visat att det går att förhindra även om personen har bestämt sig. Det tragiska är också den sarkastiska

tonen som fanns med i dessa olika inlägg. Det är därför oerhört viktigt hur den person som talar om självmord blir bemött, en person som inte är stabil utan behöver stöd på olika sätt. Händelsen visade också att det finns ett behov av stödjande platser på nätet, där man kan diskutera självmord, en fråga som för många är belagd med skam och skuld.

Efter denna händelse har vi startat en webbsida för att initialt pröva möjligheten att chatta, diskutera, blogga, mejla och också kunna ge information om självmord och psykisk hälsa, en plats som främst riktar sig till unga personer. Syftet är att minska tabu om självmord. Ett antal volontärer har fått en grundläggande utbildning i hur man bemöter suicidala personer. De är inte terapeuter men deras kunskaper och förhållnings-sätt påminner mycket om tankarna bakom Mental Health First Aid (Första hjälpen till psykisk hälsa). Målet för den som svarar på dessa frågor via chatten är att förmedla en väg till psykisk hälsa. Det handlar om att ge människor bättre förutsättningar i det med-mänskliga mötet. Det handlar inte om att ge behandling utan vi kommer att hänvisa unga personer som mår dåligt att söka professionell hjälp.

I arbetet med att få fram webbsidan har vi haft stor hjälp av en grupp användare från Fontänhuset och RSMH för att få vägledning. Vi har även samarbetat med NASP och SPES' ungdomssektion samt S:t Lukasstiftelsen. Allmänna Arvsfonden och stiftelsen Solstickan har bidragit med finansiering. Vi har haft hjälp av olika byråer med webbsidan. Webbsidan öppnades i morse.

Namnet Självmordsupplysningen har gett upphov till många synpunkter. Efter samtal särskilt med unga personer har vi fått klart för oss vikten av att vara tydlig, dvs. att i klartext tala om vad sajten handlar om. Planen har varit att etablera ett forum på nätet där man kan diskutera självmord på ett öppet, icke-dömande och stödjande sätt. Till en början hade vi ett annat arbetsnamn nämligen – prata om livet.se –. Namnet testade vi på ungdomar som inte accepterade det. De menade att om man verkligen vill bryta tabu måste vi också prata om det. Det resulterade i namnet ”självmordsupplysningen.se” som kan jämföras med föregångaren till Vårdguiden som hette Sjukvårdsupplysningen.



Till dig som mår dåligt just nu.

På vår chat kan du prata anonymt

vardagar kl 19-22 med våra volontärer.



Chatten kommer att vara öppen klockan 19-22 med möjlighet att chatta, blogga, mejla. Vi kommer att lägga in kortfattade texter om psykisk ohälsa som inte kommer att vara uttömmande men med viss grundläggande information om vanliga tillstånd som kan orsaka psykisk ohälsa samt även kortfattad information om självmord. Den primära målgruppen är de som själva mår dåligt och även kan vara suicidala. En annan viktig grupp är anhörig till de personer som har tagit sitt liv och inte minst anhörig till dem som har hotat med självmord. Om en kompis säger att han funderar på att ta livet av sig men att du absolut inte får berätta det för någon, hur gör man då? Här är det viktigt att ge rätt information för skolpersonal, nyckelgrupper som kommer i kontakt med ungdomar och journalister som har en viktig roll.

Utbildning av fler volontärer kommer att behövas samt möjligheten att öka öppettiderna dygnet runt vilket dock kräver mer resurser. Gå gärna in på sidan och sprid den. Nätverksarbetet är viktigt och stödet till varandra. Vi har foldrar och visitkort som kan beställas från föreningen Psykisk Hälsa.

Fråga: Hur gamla var deltagarna i Sköndal?

Jag vill minnas att de var 20-30 år. Det är inte så att en nyckelgrupp är killar, det vet ni att 70 procent är pojkar. Jag har själv tre pojkar men man går inte dagligen och tänker: tänk om de skall ta livet av sig – men man tänker tanken.

Fråga: Vilken typ är Chatten?

Chatten är mellan den hjälpsökande och volontären. Det är en 1-1-chatt.

Alfred Skogberg, journalist och författare. Vad kan vi göra för att minska självmorden? Vad har media för ansvar?



Jag började skriva på boken "När någon tar sitt liv – tragedierna vi kan förhindra", år 2003 när jag studerade journalistik och multimedia på Södertörns högskola. Då visste jag inte att det skulle bli en bok men det blev det. Och den publicerades i maj 2012 på Ordfront förlag. I boken har jag försökt ge en helhetsbild av hur självmord drabbar och inte minst vad vi kan göra för att förhindra tragedierna. Den är skriven som en reportage- och debattbok.

Jag kände mig tvingad att skriva den efter att folkhälsopropositionen 2008 kom med förslaget om nio strategier som skulle minska självmorden. De nio strategierna kändes alldeles för övergripande och jag tvivlade på att de skulle påverka suiciden i någon större utsträckning. Jag kände att politiker och allmänheten behövde få djupare kunskaper så att vi alla kan förstå hur vi kan bidra till att rädda liv. Och eftersom jag tidigare gjort ett program för Kalla Fakta, som handlade om självmord bland ungdomar, och gjort så mycket research på området, kände jag att mina kunskaper måste ut till en större publik. I samband med att boken gavs ut skrev jag en artikel på DN debatt där jag listade 13 konkreta förslag som skulle kunna minska självmorden radikalt.



I dag kommer jag att beskriva de 13 stegen samt ett fjortonde steg som helt nyligen har lagts till.

1. Professionella som bemöter inlägg om psykisk ohälsa på nätet

Sveriges radio, där jag tidigare var anställd, har en policy att finnas där folk är. Målgruppen ska inte behöva söka upp Sveriges Radio som tidigare var brukligt via en FM-radio. I dag finns Sveriges Radio i smarta mobiler, webbapplikationer, på Spotify och som inbäddade spelare. Samma policy borde gälla för personal som arbetar med suicidfrågor. De bör befinna sig där de suicidala är. Och många av dem finns på nätet. Det finns olika forum på nätet där suicidala personer kan debattera, när man dessa kan man rädda liv. Den chatt eller forum som finns kvar efter webbsidan *självmod.com* beskrivs i min bok. Magnus Grahn, som tagit fram *självmod.com*, ger mängder av exempel på olika sätt att ta sitt liv. Vårdprofessionella och personer som kan bemöta sådana inlägg borde också finnas på forumen.

2. Lagstiftning mot hets till suicid

I Australien är det olagligt att använda Internet för att hetsa någon till att ta sitt liv. Detsamma gäller i Portugal. Men i Sverige är det inte olagligt. Du kan alltså peppa någon som har självmordstankar och löper ingen risk att bli åtalad. Jämför det med hets mot folkgrupp. I Australien får du stora böter om du bryter mot den lagen. Även här i Sverige borde vi lagstifta mot hets till självmord. Lyckligtvis finns inte *självmod.com* längre eftersom ägaren tog ner den när hans arbetsgivare klagade. Men det finns andra sätt att hitta informationen och inget hindrar någon från att göra en liknande sida.

3. Dagsaktuell och tydligare statistik

Statistiken kring självmord måste bli betydligt mer snabb, noggrann och informativ än den är i dag. Polisen borde i samarbete med andra myndigheter dagligen sammanställa exakt **var** folk tar sitt liv. Är det på en specifik järnvägsplats, bro eller på annan plats under en begränsad tid bör den stationen, bron etcetera noga iakttas och statistiken måste skyndsamt uppdateras. Detta eftersom ett självmord kan smitta och leda till copycat-suicid. Och då måste samhället vara medvetet om att problemet pågår. En del preliminära självmord kan självklart ta flera månader innan de går att fastställa om de var självmord eller inte. Men om det pågår ett suicidkluster skulle det kunna brytas på ett tidigt stadium om polisen hade tillgång till snabb statistik.

4. Kraftigt ökad satsning på suicidpreventionsforskning och anhörigföreningar

Statens satsning för suicidpreventionsforskning är drygt tre miljoner kronor per år. Då ska man veta att 1500 tar sitt liv varje år. Jämför det med trafiken. I trafikdödsolyckor dör cirka 300 personer årligen. För att förhindra dödsfallen satsar staten 100 till 150 miljoner kr per år på trafiksäkerhetsforskningen. Hellre än att förebygga självmord satsar staten 50 miljoner på svenskt mode. Detta eftersom mode är viktigt för den internationella Sverige bilden. Exempelen visar tydligt hur svårt det är att göra något åt problemet om våra folkvalda inte inser vilket oerhört stort samhällsproblem självmord är. Den minimala satsningen på självmordspreventionsforskning är ett hån mot alla dem som tar sina liv. Visst finns projekt som staten stöttar som t.ex. MHFA, Mental Health First Aid, men det finns så oerhört mycket att göra. Och vinsterna är gigantiska i form av minskat psykiskt lidande, mer skatteintäkter och ett förbättrat samhälle. Så för mig är det en gåta att så lite

görs. Även föreningar som SPES och SPIV bidrar till att rädda liv. Det goda arbete som görs är i alltför stor utsträckning ideell. Med ett rimligt stort bidrag till dessa skulle de kunna arbeta mer fokuserat och därmed bidra till att rädda liv.

5. Krockkuddar på tåg

Det finns ett amerikanskt tv-program som heter Smash Lab och som visas på Discovery channel. I programmet testas ingenjörer olika tekniska utmaningar. Bland annat har de satt upp en krockkudde på ett lok och placerat en bil på ett järnvägsspår. När lokföraren kom i närheten av bilen tryckte han på en knapp varpå en stor krockkudde vecklades ut och buffade bort bilen. Resultatet var inte perfekt men sannolikheten för att någon skulle överleva en smäll krockkudde mot metall ökar dramatiskt jämfört med om metall möter metall eller en om metall möter en människa. Det skulle också kunna lindra traumat för lokföraren som aktivt skulle kunna göra något i stället för att bara vänta in krocken. Och eftersom det globalt sett sker tiotusentals järnvägssuicid varje år torde det finnas stora pengar på att ta patent på en fungerande krockkudde för tåg, tunnelbana och spårvagn.



6. Livskunskap enligt Miami-modellen

I Dade county, Miami har man fått ner självmorden bland ungdomar med, vissa år, 100 procent. Dade county är USA:s fjärde största High School-distrikt och där studerar 380 000 ungdomar. I slutet av 80-talet storsatsade man på kuratorer i det så kallade TRUST-programmet. Dessa kuratorer började undervisa eleverna i livskunskap, från tidig ålder och genom hela skoltiden. Syftet är dels att lära eleverna att lösa en del av sina egna livsproblem och dels lär sig eleverna att de kan vända sig till kuratorn den dag de behöver det. Och eftersom de lärt känna kuratorn är det inte ett lika stort steg att ta som att söka upp en institution externt, som BUP, och där du kanske ska berätta om att du varit utsatt för något till en person du inte känner. Lärarnas uppgift är inte att ta på sig kuratorsrollen utan de tränas regelbundet i att se varningstecken på barn och ungdomar som mår dåligt. Om någon misstänker att ett barn mår dåligt kallar de omedelbart på kuratorn som träffar eleven samma dag. Väntetiden är alltså minimal. Kuratorerna kan erbjuda individuella samtal eller gruppsamtal. En grupp kan ta emot elever som har alkoholiserade föräldrar. En annan grupp fokuserar på ungdomar som är utsatta för övergrepp av något slag eller där föräldrarna kanske sitter i fängelse. Att få träffas i grupper med andra som har ungefär samma problematik som man själv kan vara avgörande för utgången. Inte minst viktigt är att förstå att man inte är ensam om sitt problem.

Om någon elev har försökt ta sitt liv följs eleven upp under lång tid och slussas varsamt tillbaka till skolan med personal som stöttar.

När ett självmord inträffat finns ett kristeam som åker ut på plats. Då har den som tagit sitt liv kartlagts, hens vänner är kända eftersom de allra närmaste är i största riskzonen för att kopiera suicidet. Dessa följs upp och kristeamet stannar till dess att faran bedöms vara över. Kort sagt kan man säga att man hittar eldarna tidigt. Man släcker dem snabbt och ser till att de inte tar fart igen. Jämför det med hur vi i Sverige säger till personer som mår psykiskt dåligt och som söker hjälp att det inte finns plats för dem, bara om de är på gränsen till att ta sitt liv. Tänk om brandmän skulle resonera på samma sätt: ”Vi kommer inte om du känner röklukt, bara om huset är övertänt.”

7. Suicidsäkra bilar

Hur många miljarder lägger inte fordonstillverkare på att ta fram trafiksäkra bilar? Varför ska det då vara så svårt att stänga av motorn automatiskt om någon kopplar en slang till avgasröret? Eller varför kan inte en bil känna av om kolmonoxidhalten i kupén är för hög, och då stänga av sig? Det sker fortfarande i dag ett antal självmord med slangmetoden. Det tar något längre tid i dag än tidigare, eftersom vi i dag har katalysatorer som renar avgaserna. Men det går definitivt fortfarande att ta sitt liv med avgaser. Så varför gör inte fordonstillverkarna något?

8. Försvårad försäljning av värktabletter

Svenska Dagbladet hade en artikelserie om värktabletter häromåret. Serien visade hur det skämmas med värktabletter, som att de är ofarliga. Iprem mannen till exempel, en lustig figur som spelar roliga visor om värktabletter. Ofta kringgärdas tabletterna med mjuka pastellfärger. Dessvärre använder ett stort antal unga flickor värktabletter för att försöka ta sina liv. Om någon överdoserar Alvedon och liknande tabletter finns allvarliga risker för leverskador och en plågsam död. Visst är det bra för många att lätt kunna köpa värktabletter. Men om priset vi betalar är att unga, främst flickor, tar sitt liv med tabletterna, då kanske vi måste debattera frågan. Kanske måste vi kräva leg, bara sälja ett fåtal tabletter, eller kanske bara sälja illasmakande stolpiller. De senare är säkerligen inte attraktiva att stoppa i munnen, och därmed skulle suicidförsöken minska.

9. Haveriundersökningar efter ett självmord

Varför görs inga djupintervjuer med alla nära inblandade efter ett suicid? Och varför verkar vi inte vilja lära oss av det som hänt? I Nacka hade en tonåring på en skola tagit sitt liv. Några år senare tog en fjortonårig flicka sitt liv på samma skola. Hennes tre väninnor hittade henne hängd. De tre flickorna fick extremt bristfällig vård vilket allvarligt påverkade deras psykiska hälsa. Skolpsykologen, som fanns på skolan, satte upp lappar om att hon fanns men pratade inte själv med eleverna. Hon hade istället förväntat sig om att andra hade kontaktat flickorna. Därför tyckte hon inte att hon behövdes, ett handlingssätt som verkligen kan ifrågasättas. Inte minst med tanke på att flickorna berättade för mig vilket helvete de gått igenom under lång tid efter självmordet, och hur en själv försökt ta sitt liv. Det hade alltså inträffat två självmord på skolan. Ändå kände rektor, skolsköterskan och personalen inte till att NASP tagit fram suicidförebyggande

program för ungdomar. Borde inte någon informerat dem redan efter det första självmordet?

I Sverige i dag kan så unga som åttaåringar ta sitt liv. Men har de inte varit i kontakt med sjukvården en månad innan självmordet görs ingen utredning. Så det budskap som sänds ut när någon tar sitt liv försvinner i intet: Vi drar inga lärdomar om det som inträffat och händelsen kan upprepas gång på gång på gång. Vilket den ju också gör. Att följa upp alla 1500 som tar sitt liv varje år kan vara svårt. Däremot borde det gå att göra haveriundersökningar på de cirka 70 personer under 20 år som varje år tar sitt liv. Men var finns viljan till det?

10. Liknande stöd till efterlevande som gavs till de tsunamidrabbade

Efter en trög start erbjöds tsunamiöverlevare i många fall ordentlig vård och uppföljning. Eftersom medierna uppmärksammade frågan tvingades samhället agera kraftfullt. Liknande stöd krävs till efterlevande till någon som tagit sitt liv. Vi vet att många kopierar det inträffade och vi vet att det för många tar mycket lång tid att komma tillbaka till ett någorlunda normalt liv. Skulle efterlevande få samma vård som tsunamiöverlevare skulle läkningsprocessen påskyndas, folk skulle snabbare kunna gå tillbaks till arbetet och familjer skulle inte ta lika mycket stryk som i dag sker.

11. Medier måste rapportera om självmord enligt WHO:s rekommendationer

Eftersom jag själv är journalist blir jag ofta upprörd när jag tar del av hur andra journalister slarvigt rapporterar om självmord. Grundproblematiken är att vi journalister vill skapa identifikation med den vi skildrar och med läsaren. Men sårbara som tar del av rapporteringen känner kanske att den som tagit sitt liv har likheter med en själv. Därför kan hen identifiera sig med den som tagit sitt liv och upprepa handlingen. Detta måste journalister vara medvetna om. Rapporteringen bör hellre fokusera på de efterlevande. Deras smärta kan man med fördel skildra. Så hellre bör journalister fokusera på de som blev kvar snarare än de som tagit sitt liv. Visst går det att berätta om den som dött. Det går även att berätta om metoden. Det viktiga är att identifikation inte sker mellan den döde och den som tar till sig av rapporteringen.

NASP har översatt WHO:s riktlinjer som finns på nätet ”att förebygga självmord”. Sprid den!

12. Fyra psykologbesök till någon som försökt ta sitt liv

På NASP:s hemsida finns beskrivet om ett lyckat försök i England som minskat självmorden. Metoden går ut på att någon som försökt att ta sitt liv får fyra besök av en psykolog. Med bondförnuft kan man komma långt. Har någon försökt ta sitt liv behöver denna antagligen någon professionell att tala med. Detta sker inte alls per automatik här i Sverige och skulle inte kosta mycket. Och många människors liv skulle kunna räddas eftersom vi vet att någon som försökt att ta sitt liv i stor utsträckning kommer att försöka på nytt i ett senare skede, och ofta inom ett år. Därför behöver vården möta dessa personer.

13. Kvalitetsregister för att följa upp vården av suicidnära

I Sverige finns det i dag 101 så kallade kvalitetsregister. Där samlas information om en patient med en viss sjukdom. Det sker med patientens godkännande och samtycke. Det kan handla om diabetes typ 2, reumatologi eller hjärt- kärlsjukdomar och många andra åkommor. I kvalitetsregistren skrivs information ned om vilken behandling som ges, vilka mediciner som tas, hur ofta de skrivs ut, hur ofta man träffar läkaren osv. Ofta finns flera tusen personer i databaserna vilket gör att det tydligt går att se vilken behandling som fungerar bäst, var i landet vården är effektivast och även avdelningar emellan kan utbyta resultat för att lära sig av varandra.

Ungefär 7000 personer om året som har försök att ta sina liv kommer i kontakt med svensk vård. Men många skrivs ut inom kort. Ofta med antidepressiva medel som enda hjälp. Uppföljning saknas mer ofta än sällan. Med ett kvalitetsregister skulle vårdpersonal lättare kunna få svar på vett om vilken uppföljning som görs för en av de absolut mest sårbara patientgrupperna. Vi vet att suicidrisken är kraftigt förhöjd hos dem som försöker ta sitt liv, speciellt under de första tolv månaderna. Därför är det en oerhört viktig patientgrupp att följa upp med evidensbaserade metoder.

14. Pris för bästa suicidpreventiva insats

Slutligen skulle ett pris för bästa suicidpreventiva insats kunna delas ut årligen, förslagsvis på den suicidpreventiva dagen den 10 september. Suicidpreventiva åtgärder måste diskuteras och debatteras. Men i dag sker det bara inom snäva områden och inte för en större allmänhet. Skulle ett årligt pris delas ut som uppmärksammade vissa lovvärda insatser skulle pressen rapportera och suicidfrågan skulle därför regelbundet få sin rättförtjänta plats på dagordningen. Det finns metoder som räddar liv, många fler än vad jag här redogjort för. Men dessa måste upp i dagsljus och diskuteras. Så frågan är vem som tar initiativ till ett sådant pris.

Hur många kan vi rädda?

Jag har grovt uppskattat hur många personer vi skulle kunna rädda om dessa 14 steg infördes. Kanske skulle ungefär 600 personer kunna överleva varje år. Räddningsverket tog fram en rapport år 2004 och kunde visa hur mycket det rent samhällsekonomiskt är värt att satsa för att rädda ett liv. Kan en människas liv räddas motiverar det en satsning på cirka 19 miljoner kronor. Skulle suiciden minska med 600 personer per år motiverar det en satsning på 11 miljarder kronor per år. Skulle även suicidförsöken minska med sex per suicid motiverar det att vi totalt satsar 22 miljarder kronor årligen. Jämför det med de fattiga tre miljoner kronor som staten satsar på suicidpreventionsforskning och hur långsamt suiciden minskar.

Publikkommentarer: *Jag är chef för ett mobilt psykiatriskt akutteam, samt att knutet till det finns ett suicidteam som innebär att när någon kommer in efter ett suicidförsök eller när någon ringer till oss, då åker vi dit direkt. Vi träffar den patienten inom ett till tre dygn och vi har sedan uppföljning. Man ringer 1235 58 58 till akutenhet Noa.*

Publiken. Jag heter Ulla-Karin Nyberg och jobbar inom Norra Stockholms psykiatri. Vi har precis avslutat en studie som ingen trodde man kunde göra på grund av alla dessa tabun som råder runt suicid. Vi tog kontakt med alla föräldrar i Sverige som mist ett barn i självmord mellan år 2004-2007. Det var en studie som vi verkligen fick slåss för just på grund av dessa fördomar att, det här kan man inte prata om, den här gruppen får man inte kontakta, de är så känsliga o.s.v. Det har emellertid visat sig att just den här gruppen verkligen vill bidra med sin kunskap och erfarenheter för att hjälpa någon annan. Bland de tillfrågade 1100 personerna fick vi en svarsfrekvens på 73 %. De har svarat på 300 frågor om sin förlust med syftet att förbättra vården.

Publiken: För att nå en suicidnära person måste man sätta in hjälpen direkt efter suicidförsöket när personen är talbar. Väldigt snabbt kommer skammen in och man talar inte om det här över huvud taget. Det är svårt att få den personen att öppna sig igen. Så hjälpen måste in inom 24 timmar när personen är talbar.

Gergö Hadlaczký: I Spis-projektet har vi tillsammans med Polisen, Räddningstjänsten, SOS Alarm och Ambulanssjukvården påbörjat en statistisk databas mer eller mer i realtid men har dessvärre inte fått medel för att genomföra hela projektet.

Presentation av dvd-filmen ”Låt himlen vänta”

Filmen är en dokumentär som har producerats och filmats av Ami Svensson. Den handlar om en skola där två elever i samma klass har tagit sina liv. I filmen intervjuas de avlidna elevernas föräldrar om hur de har upplevt sin situation och inte minst vad skolan gjorde i den här mycket svåra situationen. Det är ingen offentlig dokumentär men tillstånd har lämnats att visa den under den suicidpreventiva dagen.. Vi kommer inte att kunna distribuera den på annat sätt än att den kan visas i mindre sammanhang. Jag hoppas att kunna nå ut med den i olika skolor för att på så sätt ge skolverksamheten en möjlighet att efter självmord kunna arbeta med elever och personal när en sådan drastisk situation inträffar.

David Titelman, docent i psykologi vid NASP. Sammanfattning av de olika bidragen under dagen



Vi är vid NASP ett tiotal personer fast anställda och grupper av lärare och forskare utöver kärngruppen. Vi kan ibland få en känsla av att vi kan strykas från organisationen med ett penndrag utan att någon skulle märka särskilt mycket av det. Subspecialiteten, som det heter, är liten, och man kan ibland känna sig ensam i att finna området viktigt och engagerande. Fast samtidigt vet vi att våra frågor berör alla människor.

En konferens som denna är en positiv motvikt till sådana känslor. Eftermiddagen har varit imponerande både i sin bredd och djup. Jag skall inte sammanfatta hela programmet en gång till. Diskussionen har ju redan börjat strypas och vår tid är snart slut. Låt mig därför närmast rubrikmässigt rekapitulera vad vi har hört.

Vi hörde först tre presentatörer från NASP om MHFA-projektet. Den yttre ramen för projektet, inkl dess utvärdering, presenterades av Gergö Hadlaczky och uppläggningsen av utbildningen bveskrevs av Britta Alin Åkerman. Därefter talade Anne Stefenson om förverkligandet av programmet på ett sätt som faktiskt är lite nytt för mig. Hon betonade till exempel vikten av att göra programmets manualisering meningsfull och personligt engagerande. Detta är i själva verket en viktig utmaning i all modern utbildning, inte minst i politiska sammanhang, där operationalisering och kortsiktig mätbarhet av utbildningsresultat ofta står i centrum. I utbildning och utveckling av metoder i psykisk hälsa och självmordsprevention, vilket ju i hög grad också har med psykiatri att göra, är Annes hållning särskilt angelägen.

Det är flera som under seminariet har uttryckt sin besvikelse över att psykiatri missar självmordsnära unga. I den film vi nyss sett hade en tonårings remiss till psykiatri slarvats bort och som därför inte hann få hjälp i tid. En sådan händelse är alltför vanlig och uppfordrar till ett utvecklingsarbete i psykiatri, vilket i sig inte är något som genomförs en gång för alla, utan ett arbete som måste pågå kontinuerligt. Har man varit med i det psykiatriska arbetet ett tag, kan man lätt konstatera att tyvärr finns en tendens att glömma tidigare generationers erfarenheter. Vi måste ändå acceptera att de här utmaningarna finns och måste bemötas på ett både realistiskt och ambitiöst sätt. Ett vetenskapligt baserat suicidpreventivt arbete inom och utanför psykiatri utesluter inte ett inslag av mänskligt engagemang.

Gunilla Wahlén talade för SPES mycket klart och värtaligt och som den politiker hon varit och kanske alltför är, vilket gav tyngd på innehållet. En sak som hon berättade om som

tål att upprepas är SPES telefonjour. Telefonnummer och tiden då man kan ringa är:
08-34 58 73, klockan 19-22 varje dag.

Det finns beröringspunkter mellan alla bidragen idag, t.ex. mellan Gunillas presentation och Carl von Essens, en för mig ny röst i det här sammanhanget. En av många intressanta poänger som han presenterade är sajten "Självordsupplysningen". I framställningen framgick att en grupp testpersoner från Fontänhuset hade använts för att pröva idéer och formuleringar när den utvecklades. Det låter som en bra kunskapsbakgrund. Carl von Essen underströk också vikten av att ha en icke moraliserande hållning till de här frågorna. Det är lätt att bli indignerad, t.ex. när människor känner sig felbehandlade, samtidigt som det är en nödvändig konst att behålla en viss kyla och saklighet.

Alfred Skogberg gjorde en mycket intressant presentation av 14 olika steg i det suicidpreventiva arbetet. Krockkuddar på tåg vid kollisioner med människor var en djärv och för mig ny idé. Det finns numera krockkuddar för gångtrafikanter på bilar, så varför inte också på tåg? Många av de övriga stegen är vi bekanta med. Det pågår över hela världen olika försök att förebygga självmord genom ingrepp i den yttre miljön. Ofta hjälper tekniska medel, sannolikt därför att de får balansen i den suicidala personens inre kamp att tippa över till önskan att leva. En långsiktig prevention av självmord kräver emellertid alltid ett socialt, det vill säga mellanmänniskt perspektiv. Det var någon i publiken som talade om nödvändigheten att hålla nivån av kärleksfullhet vid liv i vardagslivets lilla, nära, värld, vilket jag instämmer med. Alfred betonade också en psykologisk dimension av självmord och suicidalitet nämligen betydelsen av identifikation, som t.ex. uppträder i epidemierna av självmord som vi upplever i skolor i Sverige. Att vara uppmärksam på identifikationsfenomen är också viktigt i media-sammanhang och när problemet självmord beskrivs i böcker, inte minst i ungdomsböcker.

Filmen "Låt himlen vänta", som vi just sett, var som lite av ett slag i magen. Man måste hämta andan när man skall tala efter den. Kan även händelserna som beskrivs där ha att göra med identifikation? Jag syftar i första hand i på de två ungdomarna i samma klass som tog sina liv. Att se Debbie och hennes livsvilja, hennes livsglädje i dansen var starkt. Även hennes syskon utstrålade vitalitet och glädje. Ändå slutade Debbies liv så abrupt – och sorgligt för hennes familj. Det var berörande att se syskonens sorg och pappans lyhördhet för deras behov. Ytterligare en viktig aspekt i filmen, som vi tar till oss, var de slutna tuffa killarna, som öppnade sig för smärtan av att ha förlorat två klasskamrater.

Identifikationen med den som tagit sitt liv kan möjligen vara meningsfull och en tillgång för de efterlevande – även om det inte gör den sorgen mindre smärtsam – om man får kontakt med det som är universellt i varje självmord, nämligen inte bara en önskan att dö utan en samtidig önskan att leva. Om, i det suicidpreventiva sammanhanget man lär känna en suicidal människa nära, kan man förnimma att en kamp utspelas mellan dessa två "viljor". När någon trots detta ger upp, är det ett misslyckande för den personen liksom för de närstående, och även för alla oss andra.

Tack, alla, för era bidrag!

ISBN: 978-91-87517-00-6



**Karolinska
Institutet**



**Stockholms läns
sjukvårdsområde**
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING