SUICIDPREVENTIVA DAGEN

10 September 2010 Stockholm, Kulturhuset

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2010

På uppdrag av
Stockholms läns landsting

Karolinska Institutet

200 år
1810 – 2010

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta School of Public Health i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälso-arbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Britta Alin Åkerman, Lillemor Katz, NASP

Formgivning: Cecilia Johansson

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Solna

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

Rapporten kan beställas/laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

ETT ÅR MED NOLLVISION FÖR SUICID - VAD HAR HÄNT OCH VAD ÄR PÅ GÅNG ?

Seminarium om självmord

Suicidpreventiva dagen 10 September 2010
Stockholm, Kulturhuset

”Den 10 september anordnas den Internationella suicidpreventiva dagen. Bakgrunden är ett beslut som fattades år 2003 under en IASP-konferens (International Association for Suicide Prevention) som tillsammans med WHO beslöt att årligen uppmärksamma denna dag över hela världen. Arrangören för denna dag i Stockholms län var NASP som ansvarar för det suicidpreventiva nätverket för Stockholm- Gotlandsregionen”

Karolinska Institutet

Innehåll

Program till Suicidpreventiva dagen 3

Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi, Karolinska Institutet, NASP, Inledningstal 4

Birgitta Rydberg, landstingsråd, Stockholms läns landsting talar om vad som hänt kring nollvision för suicid och handlingsplan för nollvision 7

Anne Stefenson, psykiater och universitetsadjunkt, NASP, beskriver Lex Maria-fall av fullbordade självmord bland personer med långvarig Psykos 11

Daniel Frydman, psykiater och psykoanalytiker, talar om utbildning för personal inom primärvård och kommun om självmordsförebyggande arbete 15

Birgitta Westerman, leg. psykiatrisjuksköterska berättar om sina erfarenheter som psykiatrisjuksköterska och anhörig inom SPES 22

Camilla Henemark, artist och debattör beskriver en berättelse om resan från svårt sjuk (diagnos suicidal) - till att vilja ta emot hjälp och bejaka livet 25

Billy Ehn, professor i etnologi och anhörig berättar om sina erfarenheter av faderns självmord 31

Danuta Wasserman, NASP avslutar seminariet 36

Seminarium om självmord

Ett år med nollvision för suicid
- vad har hänt och vad är på gång?

10/9
12.30-17.00
Fri entre
Ingen föranmälan

Suicidpreventiva dagen

Stockholm – Kulturhuset, Studio 3

Välkommen till ett seminarium om hur självmord kan förebyggas. Arrangör är National prevention of suicid and mental health vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting tillsammans med Suicidprevention och efterlevandes stöd, SPES.

PROGRAM

Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi, chef för NASP vid Karolinska Institutet, välkomnar.

Moderator: David Titelman

Inledning
Birgitta Rydberg, landstingsråd (10 minuter)

Lex Maria-fall av fullbordade självmord bland personer med långvarig psykos
Anne Stefenson, psykiater och universitetsadjunkt, NASP (30 minuter)

Utbildning av personal inom primärvård och kommun om självmordsförebyggande arbete
Daniel Frydman, psykiater och psykoanalytiker (30 minuter)

PAUS

Moderator: Britta Alin Åkerman

Erfarenheter som psykiatrisjuksköterska och anhörig inom SPES
Birgitta Westerman, leg. psykiatrisjuksköterska (25 minuter)

Berättelsen om resan från svårt sjuk (diagnos suicidal) - till att vilja ta emot hjälp och bejaka livet
Camilla Henemark, artist och debattör (45 minuter)

Erferenheter av faderns självmord
Billy Ehn, professor i etnologi och anhörig (45 minuter)

Avslutning
Danuta Wasserman

SPES Riksförbundet för Suicidprevention och Efterlevandes Stöd
Stockholms läns landsting
Karolinska Institutet 200 år

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

Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi och chef för NASP vid Karolinska Institutet välkomnar.

Världshälsoorganisationen (WHO) tillsammans med International Association for Suicid Prevention (IASP) utannonserade år 2003 under världskongressen i Stockholm att den Suicidpreventiva dagen kommer att genomföras i hela världen den 10 september. Frågorna måste ständigt vara aktuella för att kunna hjälpa dem som brottas med självmordstankar och suicidala problem samt även deras anhöriga.

Sedan 2008 har Sveriges regering och riksdag godkänt ett nationellt självmordspreventivt program. I detta program ingår nio strategier. Strategierna är inriktade både mot att förebygga självmord inom hälso- och sjukvården, men även mot att förebygga självmord i befolkningen genom att bland annat använda sig av metoder som upptäcker självmordsnära personer långt innan de kommit till sjukvården.

Under våren 2009 fick NASP i uppdrag av regeringen att genomföra två utredningar. Den ena handlade om det arbete som svenska kommuner utför när det gäller självmordsprevention. Tvåhundranittio svenska kommuner kontaktades. Utredningen kan hämtas från regeringens eller NASP:s hemsida (http://www.ki.se/nasp). Det visade sig att endast ett fåtal svenska kommuner har något självmordsförebyggande program. Däremot har många kommuner vidtagit åtgärder, som kan leda till självmordspreventivt arbete. Att förebygga psykisk ohälsa handlar också om självmordsprevention, men det måste alltid åskådliggöras i ett sådant program.

Personal från socialtjänsten önskar och behöver få mer utbildning vad gäller självmordspreventiva insatser

Under våren 2010 fick NASP ytterligare ett uppdrag av regeringen nämligen, att kartlägga socialtjänstens syn på det förebyggande arbetet. Intervjuer med personal från socialtjänstkontor över hela landet genomfördes. Det visade sig att personalen önskar och behöver få mycket mera utbildning och kunskap kring suicidpreventiva frågor. Dessa båda utredningar gjordes för att stödja och komplettera Socialdepartementets utredning om huruvida Lex Maria-förordningen inom

sjukvården kan utvecklas och även omfatta socialtjänsten med en Lex Sara som motsvarighet till Lex Maria. Vi kommer att höra mer om till exempel. Lex Maria under eftermiddagen. Båda dessa utredningar finns på regeringens hemsida, men man har ännu inte fattat något beslut om hur man ska gå vidare i dessa frågor.

Så mycket som händer nu och har hänt under de senaste två åren har inte hänt sedan vi startade vår verksamhet 1993, då sjukvårdslandstingsrådet Birgitta Rydberg öppnade ett suicidpreventivt landstingscentrum, numera Nationellt centrum för Suicidforskning och Prevention (NASP) då vid Statens Institut för Psykosocial Medicin (IPM) och numera vid Karolinska Institutet. Regeringen har beslutat att utbildningsprogrammen Första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA) och Asistprogrammet (Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) ska genomföras av NASP som ett pilotprojekt i olika svenska regioner för att senare, om utvärderingen utfaller väl, kunna implementera metoderna i hela Sverige.

Den Nationella styrgruppen för självmordsprevention, med representanter för både regioner och organisationer, såsom Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Barn- och Ungdomspsykiatriska föreningen, SKL, Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet och SPES kommer att följa detta arbete.

Programmet Mental Health First Aid Training eller på svenska Första Hjälpen till psykisk hälsa (MHFA) har utarbetats i Australien och testats i nästan hela Australien, också på minoritetsgrupper. Det har även testats i flera europeiska och amerikanska stater. Programmet visar att man kan öka kunskap och ändra attityder genom att allmänheten kan få bättre kännedom om de vanliga psykologiska problem och psykiska sjukdomar som kan leda till självmord. Psykologiska problem och psykisk ohälsa hänger ofta ihop med olika typer av livskriser. Programmet handlar om information om depression, ångestsyndrom, beroendesjukdomar, psykoser, och vilka konkreta kontaktuppgifter som finns inom just de län eller kommuner där programmet ska genomföras.

MHFA sprids genom *kaskadprincipen,* som är en decentraliserad utbildning: Personalen vid NASP utbildades till huvudinstruktörer under fem sommardagar 2010 av de personer från Australien som ansvarar för programmet. Nästa steg är att våra huvudinstruktörer ska utbilda instruktörer inom olika landsting och kommuner, där dessa instruktörer i sin tur ska genomföra en 12-timmarsutbildning för minst 1000 personer. Det finns en ganska stor flexibilitet för hur dessa 12 timmar kan organiseras. Målgrupp är här hela befolkningen eller särskilt angelägna yrkesgrupper.

Inom ramen för Modellprojektet, kommer Mental Health First Aid Training and Research Program att prövas på distriktsläkarmottagningar och kanske vid socialtjänsten. Vid polisen, brandkåren och andra aktörer skall MHFA genomföra en utbildning i ett distrikt inom Stockholms läns landsting. ASIST är ett program som huvudsakligen fokuserar på självmordsbeteende. Det ger inte samma breda kunskap som The Mental Health First Aid. Dessa två program kompletterar emellertid varandra. Man ska vid båda utbildningarna lära sig vilka färdigheter som krävs för att kunna hjälpa en person med självmordsproblematik och veta vilka resurser som finns tillgängliga inom det egna området och vidarebefordra i lokalsamhället hur man kan stödja dem som är självmordsnära. Det är viktigt att kunna identifiera riskfaktorer och veta hur man ska bemöta en självmordsnära person i en risksituation, med den huvudsakliga inriktningen är att göra något i den akuta situationen. Om någon till exempel står på Västerbron får man lära sig hur man kan förhandla med denna person – och vilka åtgärder som kan vidtas.

ASIST-programmet sprids också via kaskadprincipen. Det är framtaget i Kanada, men är inte lika bra utvärderat. Det finns rapporter från Norge, där programmet används, men inga publikationer i vetenskapligt granskade tidskrifter. Grundutbildningen för de yrkesgrupper som programmet vänder sig till är 16 timmar under två dagar. För att vara huvudinstruktör måste man vidare gå en utbildning under fem dagar. Det finns vissa likheter mellan programmen, men målgrupperna är något olika. Mental Health First Aid riktar sig till yrkesverksamma grupper samt till befolkningen. ASIST riktar sig enbart till yrkesverksamma grupper, såsom socionomer, poliser, personal inom kyrkan, skolpersonal, ambulanspersonal med flera. Programmen ska efter att utbildningen har genomförts utvärderas av Socialstyrelsen tillsammans med SBU och vid positiv effekt ska beslut fattas om dessa program ska införas i varje län och i varje kommun i hela Sverige.

I den ursprungliga SOU - utredningen föreslogs bland annat att 66 miljoner skulle tilldelas de sex regionala nätverken under fem år. Därutöver finns ett förslag på nästan 360 miljoner för att implementera de här utbildningarna i län och kommuner. Hoppas att detta blir en verklighet, då riktade program för att förebygga psykisk ohälsa och suicid måste stödjas med ekonomiska resurser.

Birgitta Rydberg, landstingsråd, Stockholms läns landsting
Nollvision för suicid och handlingsplan för nollvision

Exakt två år har gått sedan jag stod här och invigde en tidigare NASP-konferens om att förebygga självmord. Då liksom nu kommer människor att beröva sig livet för att man inte uthärdar att leva. Det handlar om tre människor varje dag. Fem gånger så många har sannolikt vårdats för självmordsförsök i den somatiska eller psykiatriska slutenvården. Därtill kommer förmodligen över en halv gång så många som aldrig blir inlagda på sjukhus.

Sådana här siffror är förstås ingen nyhet, men lika förfärliga varje gång man ser eller tänker på dem. De kanske också gör att vårt och framför allt ert arbete med att förebygga självmord känns tungt och motigt – det går ju så långsamt, det är så många som väljer att lämna livet, som vi kanske borde ha kunnat hjälpa!

Men – siffrorna ger oss nog ännu mer kraft, energi och motivation att fortsätta det oerhört viktiga arbete som suicidprevention handlar om. Här kan vi verkligen tala om att människor dör i onödan. Kan vi nå fram med rätt hjälp, eller snarare kanske hjälpa andra att hjälpa i tid, ja, då kunde många fler liv sparas.

Vi vet att medan självmordsförsök är vanligare bland yngre och bland kvinnor, är fullbordade självmord vanligast hos äldre och hos män

Visst har det ändå gått framåt trots att mycket återstår att göra, särskilt för de unga som drabbas av psykisk ohälsa. Sedan 1980 har antalet självmord sjunkit i alla åldersgrupper över 25 år. I åldersgruppen 15-24 år har dock ingen minskning kunnat ses sedan 1990-talets början. Andelen ungdomar som gör suicidförsök ökar dessvärre kraftigt. Olyckor och suicid är de vanligaste dödsorsakerna bland ungdomar.

Av detta kan vi dra slutsatsen att vi har gjort en hel del rätt under de senaste 30 åren, men också att mycket återstår att göra. Vi får aldrig tröttas i strävan att förebygga och minimera självmord och självmordsförsök. Den största riskfaktorn för ett fullbordat självmord är

nämligen självmordsförsök. I den folkhälsoenkät som Stockholms läns landsting genomför som grund för vår stora folkhälsorapport vart fjärde år (nästa år kommer en ny), uppgav 2006 drygt 3 (3,3) procent av männen och drygt 5 (5,3) procent av kvinnorna att de någon gång i livet gjort ett självmordsförsök. Ännu mer skrämmande är enkäter på högstadiet och gymnasiet som visar på ännu fler självmordsförsök bland unga – 8 procent av flickorna i åttan. Minst lika skrämmande är de utbredda självmordstankarna både bland pojkar och flickor – markant mer hos flickor än pojkar på högstadiet, men på gymnasiet har de ökat kraftigt. Pojkarna har nästan kommit ikapp ifråga om självmordstankar. Går vi nedåt i åldrarna är det på nytt skrämmande att se att även mindre barn hyser självmordstankar. Nu ska vi nog inte tro att en tredjedel av gymnasieungdomarna på allvar kan ta steget från tanken på självmord till att försöka ta sitt liv. Vi vet också att medan självmordsförsök är vanligare bland yngre och bland kvinnor, är fullbordade självmord vanligast hos äldre och hos män. Men den osäkerhet och potentiella psykosociala ohälsa bland våra unga, som dessa siffror pekar på, är illa nog.

Två saker tror jag är viktigare än något annat för att hjälpa såväl unga som äldre som har funderat på eller försökt att ta sitt liv: Rätt kunskap och tidig upptäckt. Om vi ser problemen i tid, har vi tid att hjälpa. För att hjälpen ska ha effekt krävs att den baseras på god kunskap.

En av de viktigaste förändringarna som har bidragit till det minskade antalet självmord är den ökade medvetenheten om riskerna och förutsättningarna i såväl vården som skolan, socialtjänsten och samhället i stort. Också kunskaperna om vad som leder fram till självmordstankar och självmordsförsök har växt. Där har NASP, som ett numera nationellt centrum för att förebygga självmord och psykisk ohälsa, spelat en viktig rol. Den kunskap som samlas här måste spridas och komma till användning. Jag väldigt glad över det stöd från socialdepartementet som NASP nu får för att genomföra en pilotstudie som syftar till att förebygga självmord. Den ska bygga dels på det australiska självmordsförebyggande programmet The Mental Health First Aid Training and Research Program (MHFA), dels på det kanadensiska självmordsförebyggande programmet Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST). (Se Danuta Wassermans avsnitt).

Målsättningen ska vara att inom respektive program utbilda 1 000 personer under en och samma tidsperiod om totalt 12 månader. Utgångspunkten för studien är att ge kunskap om förutsättningarna för genomförande av respektive program på rikstäckande nivå. Projektet syftar till att öka kunskapen om, och förståelsen för, självmordsprocessen, bedöma hjälpbehov och förmedla redskap att kunna bemöta en självmordsnära person och bidra till att han eller hon söker professionell hjälp. Programmen ska riktas till allmänheten och personer som i sin yrkesutövning kommer i kontakt med människor med psykisk ohälsa och/eller med personer som är självmordsnära till exempel personal inom socialtjänsten, individ- och familje-, handikapp- och äldreomsorgen, skolan, polisen, kriminalvården och brandkåren, samt ambulanspersonal och distriktssköterskor inom primärvården. Särskilt

angelägna yrkesgrupper är lärare, skolsköterskor och skolkuratorer samt fritidsledare och fältassistenter.

I Stockholms läns landsting, där jag är politiskt ansvarig för psykiatri, beroendevård och folkhälsa, gör vi vad vi kan. En nollvision för suicid har antagits av landstingsfullmäktige. En handlingsplan ”NOLLVISION SUICID” för hela hälso- och sjukvårdens verksamhet i landstinget är på väg fram till beslut. Jag hoppas och tror att beslutet kommer att tas under hösten – i bred politisk enighet.

De unga länsinvånarna är en prioriterad grupp. Deras psykiska hälsa ska förbättras genom ett formaliserat samarbete mellan kommunerna och landstinget och med stöd i fokusrapporten ”Tio åtgärder för att främja unga vuxnas psykiska hälsa” (framtagen av NASP) där varje aktör har ett tydligt ansvar för sina åtgärder inom vård, skola, omsorg och den fysiska miljön. Jag vill här särskilt nämna ungdomsmottagningarna som når många ungdomar på ett framgångsrikt sätt. Vi har gett ungdomsmottagningarna ett tydligare, brett uppdrag där det görs klart att deras ansvar också omfattar ungdomarnas psykiska hälsa. Men det kan utvecklas vidare. Jag och många med mig har länge krävt förstärkningar av skolhälsovården. Den satsning på en halv miljard till elevhälsan som regeringen nu utlovat är ett välkommet bidrag för att förstärka arbetet mot psykisk ohälsa bland unga och i förlängningen minska självmorden och självmordsförsöken.

För tidig upptäckt och ingripande mot psykisk ohälsa hos befolkningen i stort har vi också inom ramen för Vårdval Stockholm ålagt de auktoriserade vårdgivarna att erbjuda psykosocialt stöd (kurator, psykolog, psykoterapeut) i primärvården. Detta har hittills inneburit att besöken ökat med 50 procent

Självmord som begås inne på våra psykiatriska vårdavdelningar borde vara en omöjlighet, och att så är fallet ger oss en självklar uppgift att förbättra riskidentifiering och tillsyn

Vid allvarligare fall har psykiatrin förstås en viktig roll att spela. Där måste man fortlöpande utveckla det egna suicidpreventiva arbetet. Självmord som begås inne på våra psykiatriska vårdavdelningar borde vara en omöjlighet, och att så inte är fallet ger oss en självklar uppgift att förbättra riskidentifiering och tillsyn.

Vårdprogrammet för att förebygga självmord, liksom vårdprogram på andra områden, ska vara styrande för vårdens arbete. Vi betonar att varje mottagning måste se över hur man själv bäst ska arbeta. Riskbedömning, den egna kompetensen och alkohol som riskfaktor är sådant man måste ägna särskild uppmärksamhet. Det kom som en mycket obehaglig nyhet för mig när en så kallad beställarrevison förra hösten visade att så många som en fjärdedel

av patienterna, enligt dokumentation i journalen, inte blir bedömda vad avser risk för suicid enligt vårdprogrammet av suicidnära patienter. Detta är inte acceptabelt och samtliga partier i HSN ställde sig bakom ett mycket bestämt krav på omedelbara åtgärder och bättre efterlevnad.

I Stockholms län har vi en gemensam missbrukspolicy för landstinget och länets kommuner. Jag tycker det är viktigt att också här lyfta fram det suicidpreventiva arbetet när det gäller missbruk och psykisk sjukdom i kombination som är en stor riskfaktor för suicid. På våra vårdcentraler och husläkarmottagningar ska arbetet mot riskbruk av alkohol fortsätta även efter det att FHI projektet är slut i december. (http://www.fhi.se). Det är också en mycket bra indirekt suicidpreventiv åtgärd att, som regeringen aviserar, höja alkoholskatten för att minska totalkonsumtionen och därmed missbruket.

Räddningstjänst och polis har viktiga uppgifter vid både fysiska och psykiska olycksfall, såväl i den akuta fasen som i det förebyggande arbetet. Ett samarbete har påbörjats i SLL mellan räddningstjänsten, SOS Alarm, psykiatrin, NASP, SPES och polismyndigheten för att effektivt ta hand om de 112-samtal som indikerar hot om självmord. Utgångspunkt är den modell som utvecklats i Jönköping med goda resultat.

Vi måste alltså arbeta brett, gentemot och tillsammans med hela samhället, offentliga aktörer, civila organisationer och privatpersoner. Jag vill särskilt nämna och ge en eloge till SPES (Se vidare i Birgitta Westermans avsnitt) för ert fantastiska arbete, och också de självhjälpsgrupper och andra som många gånger jobbar i det tysta. Anhöriga, vänner, arbetskamrater är många som kan se och påverka.

Kunskap, tidig upptäckt, tillsammans kan vi, bit för bit, arbeta mot vår nollvision.

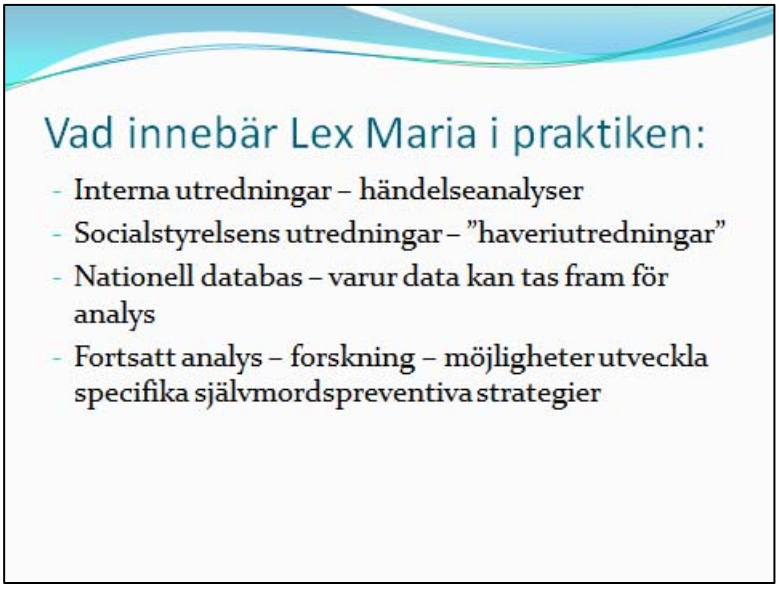
Anne Stefenson, psykiater och universitetsadjunkt, NASP
Lex Maria-fall av fullbordade självmord bland personer med långvarig psykos

Föredraget fokuserade en högriskgrupp för självmord inom ramen för de Lex Maria-utredningar som också kallas haveriutredningar, som Socialstyrelsen har gjort.

Haveriutredningarna är utredningar av enskilda fall med försök till förståelse av samband och process. Det pågående arbetet, som Anne Stefenson berättade om, innefattade fördjupade fallstudier med utgångspunkt i tillgänglig dokumentation.

Den nuvarande Lex Maria trädde i kraft den 1 februari 2006. Den innebar stora förändringar. Alla vårdgivare inom hälso- och sjukvård har skyldighet att anmäla till Socialstyrelsen de självmord som inträffar under pågående vård eller inom fyra veckor efter en vårdkontakt. Den nya lagen kom att omfatta fler individer i kontakt med vården.

Lex Maria utredningarna innefattar: 1. Händelseanalyser som görs av varje vårdgivare efter inträffat självmord. 2. Socialstyrelsens fall- sammanställningar av materialet. 3. En nationell databas varur man kan hämta data för fortsatta undersökningar med forskningsansats.



Fortsatt analys och forskning är ett steg vidare mot att förstå riskomständigheter och på sikt utveckla specifika självmordspreventiva strategier. Lex Maria innebär en möjlighet att fokusera särskilda högriskgrupper, exempelvis individer med långvarig psykossjukdom.

Nästan alla personer med långvarig psykossjukdom har en pågående kontakt med

vården. De fullbordade fallen av självmord som anmäls omfattar därmed så nära vi kan komma en totalpopulation. Livstidsrisken för självmord hos de här personerna eller patienterna är hög, 5-15 procent. Det är lika höga självmordstal som vid depression eller affektiva syndrom. Det finns mycket forskning kring riskfaktorer för suicid inom gruppen, men samtidigt en brist på suicidpreventiva strategier i vården för att möta dessa patienter. Forskning och klinisk erfarenhet talar för att det föreligger särskilda svårigheter att förutsäga självmord i gruppen.

Livstidsrisken för självmord hos patienter med psykossjukdom är så hög som 5-15 procent

Det har skett stora förändringar inom psykosvården, både nationellt och internationellt de senaste decennierna. Bland annat handlar det om utskrivningen från de tidigare mentalsjukhusen och med ökade öppenvårdsinsatser. De flesta personer med psykossjukdom har idag regelbunden kontakt med psykiatrisk öppenvård, men bor på egen hand. Såväl mediciner mot psykos, som annan behandling har också utvecklats. Självmordstalen verkar dock inte ha påverkats.

Anne Stefenson berättade om preliminära resultat från en aktuell dokumentationsstudie: Studien innefattar 20 fall av inträffade självmord. De 20 individerna ingick i en grupp om 97 Lex Maria-fall av fall av fullbordade självmord inom Stockholms läns landsting under ett års uppföljningstid (2006-2007). Fördjupade systematiska fallstudier av dokumentationen kring de enskilda fallen hade genomförts. Av 97 fall undersöktes vidare 20 individer som någon gång i en dokumenterad vårdkontakt haft psykosdiagnos enligt klassifikation ICD10 20-29. Av 20 individer hade 17 en schizofrenidiagnos, med eller utan annan diagnos.

Genomsnittsåldern i den studerade gruppen var 44 år, med en spridning mellan 25 och 64 år. Några var något äldre. Femton av 20 personer var äldre än 35 år. Elva av 20 var äldre än 45 år. Femton av 20 personer hade insjuknat i en första psykos för mer än tio år sedan. Av de 20 personerna var 9 kvinnor och 11 män. Det är en annorlunda bild av könsfördelningen än vad vi är vana vid att se inom andra diagnos- eller patientgrupper med en högre andel kvinnor. Tre män av 20 hade haft en tidigare beroendeproblematik. Anne Stefenson berättade vidare att 15 av de 20 personerna var sjukpensionerade utan daglig sysselsättning. Endast 2 personer arbetade. Nitton av de 20 personerna bodde i ensamhushåll. En person bodde i sin ursprungsfamilj. Tre personer hade varit gifta tidigare men var skilda, och 4 av de 20 personerna hade barn. Elva personer hade påbörjat universitetsstudier, 4 personer hade en akademisk examen. Studien hade som inriktning att undersöka vårdsituationen kring de 20 personerna före självmordet. Tio av de 20 personerna hade haft en kontinuerlig kontaktperson inom psykiatrisk vård under lång tid. Fyra av de 10 stabila vårdrelationerna hade nyligen avslutats eller var på väg att avslutas. Sex av 20 personer hade väsentliga vårdkontakter inom specialiserad psykosvård. Fjorton

av 20 personer hade kontakt med allmänpsykiatrisk specialistvård. Tre personer vårdades inom slutenvård men hade permission vid tiden för självmordet. Fem personer hade nyligen blivit utskrivna från somatisk eller psykiatrisk slutenvård (inom två veckor). Tolv av de 20 personerna hade enligt journaler tecken på psykos före självmordet. Tre personer verkade vara i remission, utan tecken på psykos, före självmordet. Nitton av 20 personer var ordinerade antipsykotisk medicinering. För 10 personer var det tveksamt om de tog mediciner enligt ordination. I 12 fall fanns rapporter om svårigheter i samarbetet mellan vård och patient, med en varierande grad av ifrågasättande av behandlingen av patienten. Ifrågasättande av medicineringen på grund av besvärliga biverkningar var vanligast.

Suicidal kommunikation till omgivningen månaden före självmordet var enligt Anne Stefenson rapporterad i journalhandlingar för 10 av de 20 personerna. Sex andra personer hade uttryckt djup hopplöshet och livsleda samtidigt med specifika bekymmer. Tre personer sökte hjälp på en akutmottagning för diffus oro under månaden före självmordet. Två personer hade skrivit avskedsbrev om förestående självmord. Fjorton av 20 personer hade enligt journalhandlingar gjort ett eller flera tidigare självmordsförsök. Fyra av de 20 personerna hade gjort ett självmordsförsök under det sista året. De suicidmetoder som använts hade en hög dödlighet. Sju av 20 personer intoxikerade sig med en dödlig dos av ordinerad medicin. Fyra av dessa använde ytterligare en metod, såsom kvävning. Sju personer hoppade från en hög höjd och ett par personer hoppade framför ett tåg. I 7 fall rapporterades i journaler ökad självmordsrisk tiden före självmordet. Olika extra stödinsatser var aktuella och diskuterades. Ett intryck ifrån fallstudierna var att det var svårt att hitta resurser till extra stöd i en utsatt situation. Det som fanns att tillgå var oftast slutenvård under en tid. Efter avslutad slutenvård vidtog tidigare öppenvårdskontakter under samma premisser som före slutenvården.

Nio av de 20 personerna hade allvarliga kroppsliga besvär. Uppgifter om negativa livshändelser kort före självmordet förekom i journalhandlingar i 17 fall av 20. Uppgifter om barndom och uppväxt saknades i de flesta fall.

Sammanfattningsvis fanns i studien av journaldokumentationen omkring ett flertal av de 20 individerna tecken på en självmordsnärhet sedan lång tid. Tiden före självmordet uttryckte de flesta en ökad mängd bekymmer och svårigheter att möta dessa. Kroppsliga sjukdomar, förlust av anhörigstöd och problem med boende och försörjning tillhörde de vanligast återkommande negativa livshändelserna. De flesta beskrev i kontakten med vård tilltagande isolering, ensamhetskänslor och uppgivenhet kring sin livssituation.
I flera journaler fanns rapporterat att patienterna före självmordet själva berättat om hjälp och stöd de önskat, exempelvis meningsfull sysselsättning dagtid.
Trots öppna tecken på en ökad självmordsrisk verkade vårdgivarna ha svårigheter att ge ett utökat stöd, frånsett i form av en tids traditionell slutenvård. Efter slutenvården återgick individerna till en oförändrad livssituation, med samma sociala svårigheter som tidigare och ofta med obearbetade traumatiska livshändelser och omständigheter.

Suicidpreventiva strategier för den aktuella gruppen måste sannolikt innehålla mer av öppna samtal med patienterna om hur de upplever sin livssituation, och individanpassade stödåtgärder när negativa livshändelser inträffar och tecken på en ökad uppgivenhet finns. Detta kräver stabila vårdkontakter och ökade resurser såväl till specialiserat samtalsstöd som till rehabiliterande verksamheter och stöd i boende.

Daniel Frydman, psykiater, leg psykoterapeut och psykoanalytiker samt Projektledare i Modellprojektet inom NASP

Utbildning av personal inom primärvård och kommun om självmordsförebyggande arbete

Varje människa är ett universum. Det finns alltid någon anledning att just den här personen kommer att hamna i en situation där man funderar på att ta sitt liv, eller kommer att hamna i en situation där man faktiskt klarar av att ta sig vidare. Vi som arbetar i vården kan på olika sätt försöka hitta nyckeln för att hjälpa varje enskild individ.

Jag är projektledare för Modellprojektet, ett utbildningsprojekt om självmordsförebyggande arbete, där vi utbildar personal inom socialförvaltningen och inom primärvården och även inom psykiatrin. Under våren har vi utbildat personal från några vårdcentraler och nu under hösten utbildar vi de som arbetar inom socialförvaltningen. Det geografiska område som Modellprojektet riktar sig till är det område som omfattas av det som tidigare var Psykiatri Södra Stockholms område; från Gamla Stan till Vantör. De stadsdelar vi har riktat oss till är Södermalm och Farsta- Skarpnäck samt Enskede-Årsta-Vantör.

Det finns ett stort behov av fördjupad kunskap inom det här området. Sjukvårdspersonalen har sina behov och de som arbetar inom socialförvaltningen har sina specifika behov och svårigheter. Inom vården möter man människor som söker hjälp för ett definierat problem, oavsett om det är ångest, nedstämdhet, förkylning, lunginflammation eller brutna ben. Man söker vård. Inom kommunen möter man bland annat människor i hemmiljön eller i skolan eller i olika boendeformer. Där är behoven inte lika preciserade. Sjukvården och socialförvaltningen har enligt lagen olika åtaganden. En reform från 1995 kallad Psykiatrireformen säger att landstinget skall hantera vård och ohälsa och kommunen boende och daglig sysselsättning. Personer inom dessa olika yrkesområden ställs därför inför olika typer av problem.

Det är viktigt att förmedla kunskaper om att kunna prata om liv och dö utan att vara rädd för det

För att förutsättningarna för samarbetet mellan de olika delarna av samhället skall bli så goda som möjligt innehåller den utbildning om självmordsförebyggande arbete som vi ger samma viktiga information. Vi är intresserade av att hitta fungerande samarbetsvägar mellan olika myndigheter. De delar av samhället som vi fokuserar på är psykiatri, primärvård och socialförvaltning. Man skulle behöva utbilda många andra yrkesgrupper, till exempel personal inom brandkåren och stadsplanerare. Båda dessa grupper är oerhört viktiga; brandkårens praktiska insatser är viktiga, vi vet också att höjden på broräcken kan vara direkt begränsande för vissa typer av självmord, eftersom vissa typer av självmordsimpulser kan gå över om man faktiskt inte kan hoppa där man hade tänkt. Man går inte till nästa bro. Därför kan stadsplanerare också ha nytta av självmordspreventivt tänkande och stadsplanering innehålla självmordsförebyggande moment.

I planeringen av innehållet i de utbildningar som vi håller i och som gäller primärvården, har vi haft nytta av en studie från Gustavsbergs vårdcentral som har handlat om hur man kan arbeta med frågor kring psykisk ohälsa. Ungefär en tredjedel av alla patienter som kommer till vårdcentraler har visat sig ha svårigheter eller problem som kan definieras som psykiatriska eller psykologiska, oavsett om man klagar på fysisk smärta eller på oro. Dessa iakttagelser har gjorts även i andra delar av världen.

Utbildningens ges som heldagsseminarier. Vi vill dels förmedla kunskaper om riskfaktorer och skyddande faktorer och dels – och det är kanske något som borde stått högst upp – att det är viktigt att kunna prata om liv och död utan att vara rädd för samtalsämnet. Det finns ju en slags myt som säger att man inte ska prata om självmord för då väcker man faran. Så är det vanligtvis inte. Frågar jag en människa om hennes tankar kring liv och död är det vanligaste att man faktiskt ”avladdar” och hjälper till att göra problemen talbara och därmed också ger uttryck för annat än destruktiva handlingar. Det är också viktigt att man på detta sätt kan förmedla en insikt om att denna kunskap innebär att var och en faktiskt kan göra någonting själv för att hjälpa en medmänniska. Jag pratar om professionella situationer, men det gäller egentligen alla. Det är också viktigt att veta att man inte behöver agera ensam. Man måste veta att man kan be om hjälp och man måste också på ett ungefär veta var gränsen går för ens egen kompetens. För att ha en sådan trygghet krävs kunskaper. För att hitta måste man leta, och för att leta måste man veta.

Jag ska ge ett fiktivt exempel:
Mia Karlsson är född 1991. Hon bor på ett behandlingshem som heter Strulis, på Södermalm. Det är Södermalms stadsdelsförvaltning som har placerat henne där. Anledningen till placeringen är att hon har ett självdestruktivt beteende med alkohol, droger och sexuella relationer. Hon har gjort ett flertal självmordsförsök de senaste två åren

och vissa har varit allvarliga. Med allvarliga menas att har varit fara för hennes liv. Personalen på behandlingshemmet är orolig för hennes liv. Då blir frågan? Vilket av de beteenden som finns listade här är den största enskilda riskfaktorn för ett fullbordat självmord?

Vilket av Mias beteenden är största riskfaktorn för ett fullbordat självmord?

A. Sexuellt utagerande
B. Alkoholmissbruk
C. Tidigare självmordsförsök
D. Drogmissbruk
E. Dålig kontakt med familjen

Ett tidigare självmordsförsök bedöms vara den allvarligaste risken. Det har vi hört flera gånger här i dag. Har man gjort ett kliv över ”kroppsgränsen”, eller föreställningen om vad man kan göra med sitt liv, då kan det vara farligt. Vi vet att vid vissa åldrar under uppväxten har man faktiskt inte riktigt begrepp om vad självmord betyder. *Vad då dö? Jag behöver vila.* Det är faktiskt sant att en person kan säga så utan att vara vare sig psykotisk eller orealistisk i andra sammanhang. Det kan vara svårt att faktiskt veta vad *döden* betyder men har man gjort en gränsöverskridande handling, som ett självmordsförsök är, har man också satt något slags mentalt spår. En följande fråga kan då vara: ”Är det sant att en person som försökt ta sitt liv fortsätter att vara självmordsnära?” Ja, tyvärr är det så, men inte lika mycket hela tiden. Den första månaden efter ett självmordsförsök är farligast. Det första året är också mycket farligare än därefter, men risken att en person skall ta sitt liv är statistiskt sett högre efter ett enstaka självmordsförsök än hos genomsnittet av befolkningen i övrigt. Man höjer sin egen risk genom att göra saker mot sig själv. Detta måste vi vara medvetna om.

En kortfattad statistisk redovisning, som är mycket grovhuggen, visar att ungefär 1400 människor per år är det som tar sitt liv i Sverige just nu. Det är en halvering på 30 år, det självmordsförebyggande arbetet i Sverige har varit mycket framgångsrikt.
För varje fullbordat självmord kan man räkna med att det ungefär är 10 självmordsförsök och ungefär 100 självmordsplaner samt ungefär 1000 personer som går med självmordstankar. Det innebär att knappt 1,5 miljon människor nu går omkring och har självmordstankar. En vanlig fråga som jag har kunnat ställa till patienter, som har haft mycket självmordstankar, men som aldrig har gjort några självmordshandlingar, är: ”Vad innebär de här självmordstankarna för dig?” En sorts svar som jag har hört många gånger är: ”Det är en trygghet för då vet jag att om jag förlorar allt annat, har jag i alla fall min frihet kvar. Då vet jag att när min upplevelse av autonomi har blivit för trängd, skulle jag kunna lösa det problemet genom ett självmord.” Vanligt är att just föreställningen om ens frihet också bidrar till att gränsen för vad man tolererar flyttas. Självmordstanken kan vara livsskyddande, trots att det är en sorglig tanke. Det betyder inte att den är bra. Det betyder inte att den är rolig. Men det betyder att den inte alltid är farlig.

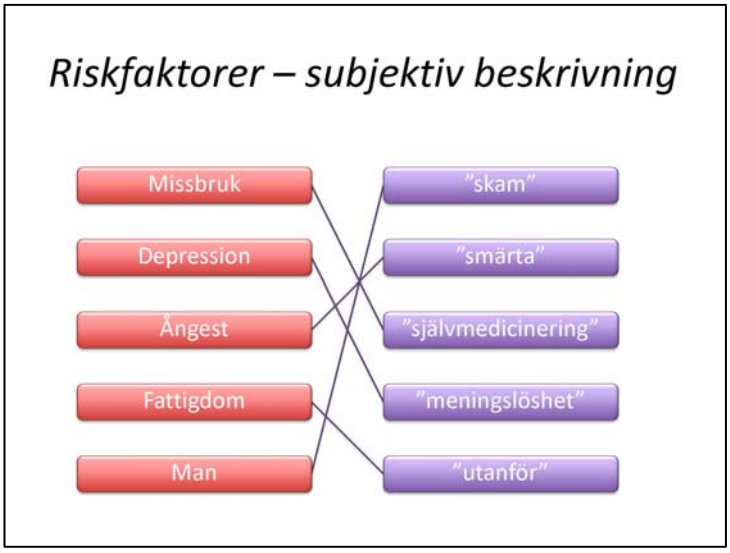
I det område där utbildningen genomförs, från Gamla stan till Vantör, visar det sig att det är c:a 100 självmord som har genomförts per år. Södermalm är störst med 118 000 invånare och ungefär 90 000 bor i Enskede-Årsta-Vantör, i Farsta 48 000 och i Skarpnäck 40 000. Så här många tog livet av sig år 2008 i de nämnda stadsdelarna:

Enskede-Årsta-Vantör	*30*
Farsta	*16*
Skarpnäck	*13*
Södermalm	*39*

Det innebär c:a 100 personer per år inom området. Antalet självmordsförsök är mycket större och det betyder att – om man ser det ur ett behandlarperspektiv – de flesta människor som vi träffar har problem kring självmordsfrågorna. Det är dessa människor som vi skulle kunna hjälpa om vi bara kunde nå dem. Utgångspunkten är att det alltid finns hopp och många olika sätt att behandla.

En tillbakablick till fallet Mia. Hon berättar att hon känner mycket oro hela tiden, och hon kan beskriva att ingenting hjälper mot den här ångesten, i alla fall ingenting såsom alkohol eller cannabis som hon har prövat sedan hon var 13 år. Det är också dyrt. Hon har faktiskt inga pengar över huvud taget, vilket är ett bekymmer. Hon beskriver livet som allmänt meningslöst och så säger hon att hon inte alltid vill dö, men ibland vill hon dö och att hon tycker att livet alltid känns meningslöst.

De riskfaktorer som finns i berättelsen om Mia är droger, depression, ångest och fattigdom.



Mia talar om droger som självmedicinering och inte som missbruk. Det finns inga ångestlindrande (läke)medel som är så gamla i världshistorien som alkohol och cannabis, men det är också känt att såväl alkohol som andra droger kraftfullt bidrar till ångest och andra psykiska symtom. Det som beskrivs hos Mia tyder troligtvis på en depression, som hon uttrycker som meningslöshet. Ångest beskrivs ofta av den som lider som en psykisk

smärta. Det går att jämföra med att ha ont i kroppen, som ont i ryggen, ont i magen, ont i bröstet, svårigheter att andas. Det är en psykisk smärta som värker lika mycket som fysisk smärta.

Dålig ekonomi kan leda till ”utanförskap” Det finns många studier som visar att när man låter folk som har psykiska svårigheter, få lite bättre ekonomiska resurser, kan situationen för dem bli bättre. Man behöver klara sig själv på många andra sätt, men genom att ändra på upplevelsen av ”att faktiskt inte vara med i samhället” kan problemen minskas genom att man får möjlighet att ha insikt och översikt över ekonomin. Det finns en riskfaktor som Mia *inte* har, och det är att hon inte är man. Utifrån ett genusperspektiv kan man hypotetiskt tänka att mäns ökade andel i självmordsstatistiken också beror på att, med den potenta bilden av en man, är det mer skamlig att leva med psykiska problem.

Behandling riktad mot själva självmordsfaran kan delas upp i två delar:

= Den personliga kontakten med en behandlare, som man känner intresserar sig, är mycket viktig. Det finns välgjorda studier som visar att kontakten för att upprätthålla hopp inte måste vara särskilt stor, bara det finns en kontinuitet. Man måste känna att någon bryr sig om en, att någon är intresserad och att det finns någonstans att vända sig.
= Det ska också finnas en förmåga att behandla det underliggande psykiatriska, eller somatiska tillstånd som ligger till grund för problemet. Självmord är ofta kopplat psykiska sjukdomar till.

Depression är vanligt i samhället. Punktprevalensen (hur många som har ett visst tillstånd just nu) beräknas till ungefär en procent av befolkningen. Risken att råka ut för en depression någon gång i sitt liv bedöms vara fem gånger så stor, det vill säga fem procent. Många söker inte för att de är deprimerade, eftersom de inte har förstått att de känslor de har kan kallas för depression. Exempelvis kan en patient uttrycka sålunda: ”Jag klarade över huvud taget inte tentorna den sista terminen, jag var så trött, jag orkade ingenting och livet verkligen sög. Jag kunde inte äta, jag tappade energin. Några månader senare kändes det lättare, nån gång i mitten på terminen därpå tror jag.” Vanligt är att en enstaka depression pågår ungefär ett halvår och sedan går över.

Självmordsrisken vid depression är stor. Det är cirka 10 procents risk att någon tar sitt liv under en depression. Vid bipolär sjukdom, det som förut kallades manodepressiv sjukdom, är självmordsrisken mycket större, cirka 25 procent. Däremot är det inte lika många människor som har en bipolär sjukdom, vilket innebär att det är färre personer ur den gruppen som tar sitt liv. De flesta som tar sitt liv och som har bipolär sjukdom, gör det i den depressiva fasen, men det kan också hända i den maniska fasen, men då kan *avsikten* med självmordet vara oklar. Man kanske tror att man lever i de bästa av världar och dessutom kan flyga och prövar sina ”vingar”.

Ångestsjukdomar är också farliga. Det hänger ihop med den psykiska smärtan vid ångest. Mellan fem och tio procent har ångestsjukdomar. Personlighetsstörning och självdestruktivt beteende kan ibland leda till döden. Ibland kan en avsikt att dö finnas, och ibland sker ett misstag i det självskadande beteendet. Skillnaden mellan en självmordshandling och självskada är den *avsikt* som finns i handlandet.

Ungefär 20 procent av alla patienter i sjukvården torde ha ett missbruk. De flesta av dessa kommer aldrig att få sitt missbruk identifierat, eftersom vi är dåliga på att söka efter missbruk. Det gäller både inom somatisk som psykiatrisk vård. När ett tillstånd inte förbättras på det sätt man förväntar sig, bör man alltid ifrågasätta den diagnos man ställt eller leta efter andra faktorer som underhåller sjukdomstillståndet. Missbruk är den vanligaste faktorn för att bibehålla en psykisk sjukdom. För personer med sociala problem är andelen personer med missbruk ännu större, c:a 40 procent. Missbruk ökar dessutom i sig risken för självmord. Vid en depressionssjukdom, med samtidigt alkoholmissbruk, ökar självmordsrisken nio gånger. En enda enskild självmordspreventiv handling på nationell bas skulle kunna vara ett totalförbud för försäljning av alkohol. Jag tror inte att någon politiker skulle föreslå det, och jag tror inte att många av medborgarna i Sverige skulle vara särskilt positiva heller, men det skulle förbättra folkhälsan och minska antalet självmord. I Sovjetunionen, under tiden 1992-96, höjdes alkoholpriset väsentligt. Under de åren minskade självmordstalen, misshandeln och trafikolyckorna.

Det finns kroppsliga sjukdomar, neurologiska tillstånd, som har förhöjd psykiatrisk sjukdomsrisk. Parkinsons sjukdom är ett exempel. Man kan te sig deprimerad när man har Parkinsons sjukdom, men Parkinsons sjukdom ger ibland i sig också en depression. Fyrtio procent av de som har Parkinsons sjukdom lider också av depression. Andra kroppsliga sjukdomar med förhöjd suicidrisk är ALS och MS, så även cancersjukdom och kronisk smärta.

Ibland sägs det att den som har planerat att ta sitt liv inte kommer att tala om det. Det stämmer inte. En stor andel av alla människor som gör ett självmordsförsök har sökt någon form av sjukvård under de sista tre månaderna före självmordsförsöket. De flesta som söker hjälp berättar inte om sina självmordstankar utan söker för andra orsaker, men i efterhand kan man se att kommunikationen också gällt frågor om liv och död.

Om man ska öka kontaktytorna mellan de professionella som kan vårda och hjälpa, krävs skiftande kunskaper. Trauman kan driva fram självmordsbeteende. Det gäller alla personer som är inblandade i en traumatisk situation. Den som blir vittne till en misshandel och den som blir utsatt, men även förövaren, är i riskzonen. Den som förlorat en anhörig i ett självmord löper också en ökad risk både för psykisk ohälsa i sig, man kan bli deprimerad och sorgsen utöver den vanliga sorgen, men det finns också en ökad självmordsrisk. Den här risken kan vara långvarig. Varje gång dödsdagen kommer, varje gång födelsedagen kommer för den förlorade familjemedlemmen, dyker de svåra känslorna upp hos somliga efterlevande. Det innebär att vi i vården måste vara medvetna om att efterlevandestöd är

oerhört viktigt. Den som har förlorat en anhörig kanske har någonting att prata om. Stödet måste finnas tillgängligt.

Det jag har berättat här, är ett litet axplock ur det som ingår i Modellprojektets utbildning.

Fråga från publiken: Ann Heberlein har skrivit en bok om sin problematik och sina egna självmordstankar. Det som hon framför som på något vis har hindrat henne att fullfölja ett självmord, som många gånger har varit långt framskridet, är konsekvenserna för de anhöriga. Vilka slutsatser kan dras av det?

Svar: En depression innebär ofta att personen drar tillbaka alla anknytnings- eller närhetsförbindelser med andra viktiga personer. I förlängningen betyder det att man blir mer och mer innesluten i en depressiv tanke, samt mer och mer egocentrisk. Då kommer de anhörigas betydelse att sjunka undan. Det som står beskrivet i Ann Heberleins bok är väl möjligen en kamp, där hon håller den yttre verkligheten tillräckligt levande för att man inte ska åka tillbaka helt. Det finns också olika faktorer som är skyddande för män och för kvinnor. Just familjen och eventuella barn är i högre grad en skyddande faktor för kvinnor än för män. Det tycks gälla även om föräldraparet separerat. Familjelivet självt tycks vara viktigare för män som skyddande faktor. Är kraven på kvinnors omsorgsgrad högre eller finns det andra aspekter på detta? Det är inte något man vet något om, egentligen, det finns sociologiska teorier och biologiska teorier men det finns inte några egentliga förklaringar, bara gott om iakttagelser.

Birgitta Westerman, leg. psykiatrisjuksköterska berättar om sina erfarenheter som psykiatrisjuksköterska och anhörig inom SPES

Jag började som vikarierande mentalskötare på Långbro Sjukhus1965. 1991 tog min bror sitt liv. När jag blev tillfrågad om jag ville berätta om SPES, Riksföreningen SuicidPrevention och EfterlevandeStöd började jag fundera på det faktum att min brors självmord inte enbart påverkat mig personligen, utan också givit någon slags riktning för mig i arbetslivet.

Jag har arbetat inom psykiatrin under många år. En berättelse om den tiden tänker jag inte plåga er med, eftersom den berättelsen skulle bli alltför lång. Det finns emellertid två arbetsplatser som jag vill berätta om och som har kommit att ha betydelse för att jag står här idag.

Akutteamet

1993 blev jag tillfrågad om jag kunde tänka mig att vara med och starta ett mobilt psykiatriskt akutteam, som skulle vara tillgängligt dygnet om. Det var en utmaning för en som aldrig arbetat inom öppenvården. De flesta i personalen kom ifrån en avdelning med många patienter som var intagna enligt tvång. Personalen hade själv fått söka till Akutteamet, och det visade sig att det var mycket bra personer som sökte. Ganska snart blev det uppenbart för oss att många som ringde hade tankar och också planer på att ta sina liv. Vår första studiedag kom alltså att handla om hur man bemöter och tar hand om människor med självmordstankar. Den utbildningen gav oss kunskap och mer säkerhet i vårt svåra arbete. För mig var det en otrolig lärorik tid.

Under fem år hade jag senare förmånen att få vara adjungerad klinisk adjunkt för sjuksköterskestudenter från Sophiahemmets Högskola, vilka gick sin kliniska utbildning i psykiatri. Jag samarbetade med den kliniska adjunkten från skolan. Ganska snart började jag föreläsa om suicid och suicidprevention för studenterna. Den första dagen som vi träffade studenterna var deras introduktionsdag. Det var mycket information att ge. Studenterna kände sig också nervösa inför praktikdelen. Under den här tiden sökte jag mycket information som jag sedan sammanställde så att det skulle kunna passa sjuksköterskestudenterna. Jag hade läst många artiklar och avhandlingar som jag har läst. Det är en sak att gå på föreläsningar, men den viktiga frågan är hur man handlar i olika situationer. Det var tacksamt att prata om ämnet, och i bästa fall blev det också bra

diskussioner. Min tanke var att en del av dessa studenter skulle komma att möta suicidnära personer och behöva få nödvändig kunskap i ämnet. Till min glädje kom en del av dem även att göra sina C uppsatser om suicid.
Varje student fick också ett exemplar at konferensrapporten från Den *tredje Nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention - barn och ungdom* som är utgiven av NASP, och handlar om råd och stöd vid vård av självmordsnära barn och ungdomar.

När jag arbetade på Akutteamet gick jag med i SPES. Under många år var jag betalande medlem, men för c:a tre år sedan började jag arbeta mer aktivt i föreningen. SPES är en rikstäckande ideell förening för alla som förlorat en familjemedlem, släkting, partner eller god vän i suicid. Självklart kan man vara medlem även om man inte förlorat någon. Vi välkomnar alla som vill stödja föreningen. SPES betyder också HOPP. Den som initierade föreningens bildande var Maryan Fasth, som efter att ha förlorat sin dotter tog kontakt med en veckotidning för att berätta sin historia. Det första konstituerade mötet hölls i Gustav Vasa kyrka 19 maj 1987. Ordföranden i Riksföreningen idag är Gunilla Wahlén.

SPES är indelad i regioner och kretsar. Vi här tillhör Stockholmskretsen, som är den krets som har flest medlemmar. Kretsens lokaler finns på Sabbatsbergs sjukhus. SPES arbetar med både suicidprevention och efterlevandestöd.

Ett viktigt arbete är telefonjouren som är öppen mellan klockan 19-22. De personer som svarar i telefon har själva förlorat någon i självmord. Jourpersoner finns över hela landet. Samarbete finns med andra brukarorganisationer. SPES finns där man behöver vår kunskap. I det projektet som Daniel Frydman berättade om finns vi med i referensgruppen. Tidningen Förgätmigej ges ut fyra gånger per år. SPES har en hemsida (http://spes.nu), och Stockholmskretsen har en egen hemsida (http://www.spesistockholm.se). I landet finns flera engagerade medlemmar som på olika sätt arbetar för att förebygga självmord och att stödja efterlevande.

I Stockholm är man välkommen till Öppen Träffpunkt varje vecka - jämna veckor på torsdagar mellan kl 18 och 21, och ojämna veckor på onsdagar samma tid.
Gruppen är öppen. Man kan komma när man vill och vid behov. Man behöver *inte* vara medlem i SPES för att komma. Man får gärna ha någon vän eller släkting med sig. De personer som håller i Öppen Träffpunkt är ideellt aktiva och har alla själva förlorat någon i suicid. Det är en liten engagerad skara. I år har för första gången Öppen Träffpunkt varit öppen sommartid. Många som under en tid har deltagit under träffarna berättar att det har varit en otrolig hjälp att träffa andra i liknande

När man upplever en sådan katastrof, är man inte i stånd att be något som helst. Man är fullständigt borta och känner att man kommer att drunkna

situation. En del anhöriga har själva självmordstankar, vilket innebär att SPES verkligen utfört ett preventivt arbete. En syskongrupp startades i våras och det finns också en mammagrupp. Om behov finns kan även andra grupper startas. En söndag i månaden är det månadsmöte, och om möjligt engageras olika föreläsare. Förra året hade man i Stockholmskretsen ca 60-100 besök per månad i olika grupper och månadsmöten. Då har det även kommit familjer med barn. Många hittar till SPES via Internet och goda vänner och bekanta.
Sedan ett par år har SPES anordnat en stödhelg på Marholmen. Just kommande helg är man där ute. Stockholmskretsen är mycket aktiv och finns med i olika sammanhang. Ordförande i kretsen, Pirjo Stråte, är en flitig föreläsare och har bland annat föreläst för polisen i hur man bemöter anhöriga efter självmord. Det har resulterat i att polisen nu har SPES informationskort i sina bilar att dela ut till drabbade.

”*När man upplever en sådan katastrof är man inte i stånd att be om något som helst. Man är fullständigt borta och känner att man kommer att drunkna, och man behöver hållas uppe av någon*”**.** Citat är av hämtat från en mamma till en tonåring som tog sitt liv.

Jag tänkte avsluta med råd till drabbades sociala nätverk. Det är från en artikel av Kari Dyregrov, en forskare i Norge.

- Dra er inte undan
- Det är inte alltid så viktigt att säga så mycket, bara visa att ni bryr er
- Praktisk hjälp t.ex. med barnen kan vara ovärderlig
- Visa respekt och tålamod för vårt sätt att sörja
- Ha kontakt, och ge stöd över tid
- Glöm aldrig den som vi mist

Camilla Henemark, artist och debattör beskriver en berättelse om resan från svårt sjuk *(diagnos suicidal)* till att vilja ta emot hjälp och bejaka livet

Jag är artist. Jag har mått mycket dåligt och vill beskriva vägen tillbaka.
Jag brukar tänka på mig själv som en överlevare, men det är inte riktigt sant. Jag lever nu, men det finns ingen garanti för framtiden. Jag gör dock allt för att fortsätta leva. Det är så jag ser det. Min mamma är här idag. Hon har inte haft det lätt. Jag blev lite rörd när jag fick veta att hon skulle komma. Jag vet att hon har försökt att få hjälp att förstå mig men inte haft kunskap för det.

Jag har jobbat som artist. Jag har hållit föredrag. Jag har varit modell. Det är tuffa yrken, som kräver mycket, framför allt en perfekt yta. Man får inte visa svaghet, utan man ska framhålla sig själv som en superkvinna som fixar allt. Svaghet är inte något som passar i min bransch. Det är inte något som jag har haft problem med, men jag har haft en depression som har kommit och gått. Den har varit knuten till min menscykel, har de som stått mig nära uppfattat, även om jag själv inte alltid sett det. Det har varit många upp- och nergångar som har ökat med åren. De senaste åren har varit en ren mardröm, inte bara för mig utan också för alla omkring mig.

Någonstans omkring 2002 insåg jag att min situation inte var bra och att jag måste söka hjälp. Jag gick till min husläkare, som man gör vid första kontakten, där det framkom att mitt problem hade en psykisk orsak. Jag blev skickad till Serafen för att träffa en psykiatriker för samtal under 40 minuter för att berätta hur jag mådde. Han lämnade en rapport till min husläkare, i vilken framgår att jag hade alkohol- och tablettmissbruk. Det första kan jag absolut hålla med om. Jag har tagit varje tillfälle att döva min ångest med alkohol, speciellt i de skov som jag har haft. Tablettmissbruk var det aldrig frågan om. Jag hade knappt tagit en huvudvärkstablett. Min husläkare hade försökt skriva ut lugnande till mig, men som jag inte hämtat ut. Så konstaterades det att det handlade om menscykeln, varför jag remitterades till en gynekolog. Han var nog inte särskilt insatt i det som kallas för PMDS (PMDS är en form av allvarligt premenstruellt syndrom som enbart inkluderar psykiska symptom, antingen kombinerat med PMS eller fristående och som kan uppträda under menstruationscykeln hos kvinnor). Jag har försökt att läsa på för att få en egen förståelse för mina problem. Jag är en slags doktor Jekyll och mister Hyde. Det är inte en vanlig depression, men det kan påminna om det, kännas som det. Jag svävar helt enkelt i

livsfara en gång i månaden när jag tar väldig konstiga beslut. Det i kombination med alkohol är naturligtvis fullständigt livsfarligt. Jag blev skickad fram och tillbaka i vården till en början utan någon klargörande diagnos, men husläkaren gav mig så kallade lyckopiller. Jag hoppades jättemycket på dem förstås, och tabletterna höll väl något år kanske. Inte ens så lång tid, för till slut kände jag att medicinen inte hjälpte och jag tog återigen till alkohol som tröst. Jag var tvungen att arbeta och hålla ansiktet uppe. I min bransch får man faktiskt dricka på jobbet hur knasigt det än kan låta. Allt snurrade runt. Naturligtvis ledde alkoholen till att jag gjorde bort mig på jobb, på kändisfester och dylikt, när jag inte mådde bra och hällde i mig ännu mer alkohol. Jag hade utfall, nästan vansinnesutfall. Jag har dock inte röjt direkt fysisk. Folk började undvika mig. Jag förlorade jobb, och utan jobb hade jag inga pengar. Utan pengar hade jag inte råd med bostad. Då hade jag en bostadsrätt, och jag beslöt att sälja den. Min pappa dog också under den här tiden, och då hade jag ändå inte direkt något att göra här i Sverige. Min tanke var att jag skulle hitta en ny mening med livet, kanske ett nytt jobb, eller jag vet inte riktigt. Jag hade haft ett förhållande som tagit slut, så jag tänkte att någonstans ska jag väl hitta meningen.

Jag ägnade ett par år åt att ganska självdestruktivt jaga jorden runt och försöka hitta ”meningen med livet” och lyckan igen. Naturligtvis blev det bara mer och mer destruktivt, och jag började inse att jag inte hade något att leva för, utom pengarna som jag hade fått för lägenheten. Vänner och arbetskamrater försvann automatisk ur mitt liv. Jag var av med vänner, jobb, bostad, partner och kärlek.

Effektivt tryckte jag också bort min kära mamma. Det gjorde jag för att skona henne på grund av att jag hade en nära vän, som jag ofta hade kontakt med, som gjorde väldigt många självmordsförsök. Jag fick många gånger mitt i natten rusa över och rädda henne i sista sekund och köra henne till St Görans sjukhus. Jag var där många gånger och lämnade av och hämtade upp henne. Det hände ofta att jag såg hur hennes mamma led. Min tanke var då att min mamma inte ska behöva lida på det sättet. Jag bestämde mig därför att jag inte skulle ta livet av mig i Sverige. Det skulle jag inte göra på St Görans sjukhus på det drastiska sätt som min vän gjorde. Jag kände mig själv väldigt sårad efter att hon hade tagit sitt liv, även om det sista hon sa till mig var att: ” Camilla, vad som än händer, så vet du, du har räddat mig så många gånger, så jag skulle inte vara här annars”. Det brukar jag också tänka på, men varför fanns jag inte där den sista gången. Egentligen fanns jag där. Jag satt hemma och väntade. Hon skulle bli utskriven på morgonen och jag hade sagt till läkarna att jag inte tror att det håller. Jag var där dagen innan och tog hennes nycklar så att hon därför skulle vara tvungen att åka förbi mig. Det sista samtalet jag hade kvällen innan morgonen hon gick bort hann jag säga till henne: ”Du ger fan i att ta livet av dig hemma hos mig och du måste förbi mig för att få dina nycklar”. Ja, det hände en timme innan hon skulle bli utskriven. Jag kände att det skulle kunna ske, så jag ringde tidigt på morgonen men fick inte några direkta svar. Efter en stund gick det upp för mig att hon hade lyckats den här gången. Hon var utom räckhåll för mig. Det gjorde naturligtvis att min misstänksamhet mot vården blev enorm. Jag kände hat. Jag gick upp dit och jag kokade av hat och förakt för vården. För mig var vården brännmärkt. Inte någonstans skulle jag få

hjälp. Samtalen med min vän handlade om att vi vågade prata om hennes svårigheter och självmordstankar. Jag orkade lyssna på henne. Det är det som är viktigaste – att orka lyssna.

För mig finns en person som har orkat lyssna, och som också har en personlig erfarenhet. Det är min kollega och vän Anders Glisén. Han har varit med mig genom den här resan. Det är absolut inget skuldbeläggande av min mamma, för det är verkligen jag som har stött bort henne. Hade hon haft lite mera kunskap och stöd, kanske av olika anhörigföreningar, inte bara efteråt, utan i den här krisen, hade säkert vår kontakt tidigare varit bättre. Hon var väldigt ensam, och jag kände att när jag inte skulle finnas mer, måste hon ha någonstans att söka tröst och hjälp. Jag fick ett väldigt gripande brev från min vän Annas mamma, och jag förstod hur lite hon hade förstått och hur maktlös hon kände sig efteråt. Hon hade inte fått svar på de frågor hon hade.

Vid det här laget hade jag isolerat mig fullständigt. Jag lyckades vara involverad i några skandaler till. När jag försökte göra en resa gjorde jag något dumt som slutade med att jag kom hem efter en flygplansskandal, där jag fick ett skov på planet. Jag stannade tre dagar i Sverige. Sedan satte jag mig på ett plan till Indien. Jag visste inte vart jag skulle, men jag trodde att det skulle bli min sista resa. Jag tänkte att jag skulle stanna kvar i Indien och ville därför boka en enkel biljett. Men det är inte så lätt att boka en enkel biljett. Man upplyste mig att det är billigare att boka en returbiljett. Avbeställningsskydd var inte att diskutera. Jag får väl slänga returbiljetten. Det är väl inte mer än så. Hon tyckte jag var jätteknäpp, kommer jag ihåg, när jag skulle boka resan. ”Vilken hemresedag vill du ha?” frågade hon.”Ja, det spelar ingen roll”, sa jag. Det var liksom inte intressant. Jag var så fokuserad på att bara komma iväg. Jag kom till Indien men hade ingen planering på vad som skulle hända mig utan tog in på första bästa hotell. Jag gick inte utanför hotellrummet de första dagarna. Jag började gilla Indien lite grand för att de har en hinduisk inställning som inte är så skuldbeläggande och som är enkel och basal. Helt plötsligt började jag delta i vardagssysslor och på något sätt kände jag att jag mådde bra där. Jag slutade att dricka alkohol, eftersom jag inte kände något behov av det. Jag slutade till och med att röka cigaretter som jag så maniskt hade rökt förr. Jag kände att jag kanske mår bra. Jag kanske kan åka hem igen och starta om och försöka reparera allt destruktivt som jag hade gjort.

Jag kände mig jättestark när jag åkte hem. Jag satte mig på planet för hemresan. Det vände någonstans när jag var i Bombay, efter en bilolycka som inträffade alldeles framför mig, där en buss och en bil klämde en motorcyklist. Jag tror inte han överlevde. Detta är vardagsmat i Indien. Då insåg jag, att om det hade varit jag som legat där på marken i fyra delar, hade inget vetat vem jag var. Ingen visste att jag var i Indien. Jag hade inte berättat om min resa till Indien för någon. Jag hade inte kontakt med någon. Jag hade dessutom blivit av med min telefon. Ingen hade kontakt med mig. När jag åkte från Sverige hade jag inte kontakt med någon hemifrån. Då tänkte jag: ”Oh, Gud, jag kommer att hamna i en massgrav här någonstans. Undrar hur lång tid det tar innan någon förstår att jag ens är borta”.

Jag gjorde en lista på vad jag hade att leva för och den blev väldigt tom. Alla viktiga basala saker hade jag lyckats göra mig av med. Först var det ilska mot allt och alla som jag tyckte hade lurat mig till allt, från pengar till alla kompisarna som alltid tidigare hade funnits men nu var frånvarande. Några, en av dem är här, gjorde vad de kunde, man jag var väldigt elak mot henne. Jag stötte bort henne på ett väldigt brutalt sätt. Men hon envisades. Hon är en av de envisaste människorna som jag har träffat, förutom min mamma, så hon klängde sig väl fast vid mig. Men det finns en gräns för alla. Jag lyckades göra mig av med henne också faktiskt. Då vändes allt till självförakt. Då var jag fortfarande väldigt utåtagerande, skylde allt på omvärlden. Jag slutade intressera mig också för omvärlden. Jag slutade med allt, sport, mitt intresse för nyheter och politik gav jag upp. Jag brydde mig inte ett dugg. Allt var fullständigt ointressant. Det var inte intressant om solen sken ute. Jag bodde då ihop med en människa som tyvärr hade haft en ganska tragisk barndom. Hans föräldrar dog innan han var 12 år. Hans pappa tog livet av sig och hans mamma omkom i en olycka. Han hade frånkopplat det emotionella och stördes inte av att jag kunde sitta och gråta hela dagar och inte gå ut på veckor. Han hade inte förmågan att komma åt sina egna känslor. Det är inget jag belastar honom för, men han var alldeles utmärkt för mig i min suicidplan. Det var praktiskt att bo med honom. Han var alkoholiserad, varför jag hela tiden kunde inta den här självmedicineringen helt ostörd. Till slut slutade jag att gråta och blev mer apatisk.

För tre år sedan hade jag jobbat med Anders som är med här idag. Då hade vi arbetat med musik tillsammans. Han tog kontakt med mig för att vi tillsammans skulle producera en musikplatta. Plattan, som jag hade gjort, var väldigt personlig och handlade om mina olika tillstånd och bland annat om min depression. Jag insåg redan då, när jag höll på med plattan, att jag inte mådde bra. Jag kände emellertid att den var viktig att göra färdig innan jag kunde planlägga mitt självmord. Anders blev indragen i mina planer att göra klar skivan innan mitt självmord. Den skulle vara ett slags testamente för mig, genom att säga det sista ordet innan jag skulle ta mitt liv. Tanken var också att förklara för dem som inte förstod. Han sa naturligtvis nej men ville att vi skulle slutföra skivan under den tid det tog. Hela tiden med siktet att när den var klar kunde jag avsluta mitt liv.

Men det fanns ändå någon form av livsvilja, eftersom jag prövade allt som kom i min väg, från healing till hypnos. Men det var ingenting som nådde fram och mot slutet av den här tiden kände jag mig desperat. Anders gjorde ett fantastiskt jobb och kämpade på och gav inte upp. Samtidigt började han att bli desperat. Min före detta man kände sig också panikslagen och försökte tillsammans med Anders hitta möjligheter att hjälpa mig. De såg att det var allvar, speciellt när jag blev helt apatisk och inte längre brydde mig om någonting.

Jag kom i kontakt med en tjej som berättade att hon hade fått kontakt med en jättebra psykiater, som jag hade hört var lite speciell och inte så konventionell. Hon menade att jag borde försöka träffa honom. Han skulle finnas på Ekerö. Samtidigt fick jag veta att Anders mamma hade haft kontakt med denne psykiater. Under loppet av en vecka kommer samma

namn upp på samma läkare. Jag måste ge honom en chans och försöka träffa honom. Jag var väldigt skeptisk men åkte i alla fall dit. Det var någonting med honom och hans sätt att lyssna, som gjorde att jag pratade fritt och kunde vädra min ilska. Någonting hos honom berörde mig. Jag vet faktiskt inte riktigt vad. Jag blev väl bemött. Han såg också det absolut akuta allvaret och jag lovade honom att höra av mig när paniken kommer.

Jag har haft en resväska som jag packade när jag bestämde mig att ta mitt liv. Det skulle inte ske i Sverige, utan i annat land. Jag ville till exempel inte flyta upp i Karlbergskanalen och bli hittad där. Man kan vara fåfäng i sina självmordstankar och väldigt egoistisk. Resväskan har hängt med ända fram till i maj i år. Det har tagit en vecka att packa upp den. Förra året åkte jag ut och in på sluten avdelning inom psykiatrin. Många gånger körde polisen mig dit. Det kändes konstigt eftersom jag inte var någon brottsling utan endast suicidbenägen. När jag inte var inlagd var jag hemlös och utan pengar. Jag levde bland folk på den allra lägsta botten. På ett sätt var det skönt, eftersom det är alltid var någon som mådde sämre än jag.

Jag råkade bli påkörd av en båt och då ville jag inte leva. Jag var missnöjd med att vakna upp. Jag mötte emellertid en kurator som förstod hur dåligt jag mådde psykiskt. När de hade lappat ihop mig blev det sjuktransport till St Görans sjukhus, och den gången blev jag inte utsläppt. Jag fick inga permissioner utan skulle endast få en halvtimmes besök med anhöriga. Men jag hade inga anhöriga, varför jag satt där, dag ut och dag in. Jag försökte prata mig ut förstås, men det gick inte. Till slut kom Anders regelbundet på besök. Anders undrade naturligtvis vad som skulle hända när jag skulle bli utskriven igen. Att bli utskriven under sommaren är verkligen livsfarligt. Då går all sjukpersonal på semester, också öppenvården är stängd. Just den här avdelningen jag var på stängdes helt och hållet. Den här gången skulle det inte bli samma sak, hade Anders bestämt. Det gäller då att ha ett ordentligt nätverk omkring sig som kan finnas som stöd. Om den sociala situationen inte förändras när man kliver utanför dörren efter vistelse på sluten avdelning, är risken stor att hamna i samma destruktiva mönster som tidigare. Många vänner kom emellertid tillbaka. Under den första tiden efter utskrivningen klev jag inte ut utanför dörren förrän en behandlingsplan hade formulerats. Stadsförvaltningen ordnade ett tillfälligt stödboende, som jag nu bor i, och ganska snart är jag kanske redo att kliva ut från det. Det första jag gjorde när jag kom dit, det ligger bara 800 meter från St Göran, tog jag min väska och rullade dit. Jag låste och ville inte gå utanför dörren på två månader. Men jag var tvungen att med sjuktransport ta mig till den vård som jag fick hos en psykiater. Jag hade också fått diagnos, både PMDS, och endometrios, som är en slags kraftig mensverk och är en kronisk sjukdom som innebär att livmoderslemhinna inte bara finns i livmodern utan även utanför. Även under ägglossningen är smärtorna starka, vilket gör mig beroende av smärtstillande tabletter. Jag hade ont överallt. Smärtan har också gett upphov till min depression.

Plötsligt gick det upp för mig, allt jag hade ställt till med och allt som jag hade raserat. Fortfarande kommer tankarna om meningen med livet, och att det finns mycket att

reparera. Jag hade fortfarande dålig kontakt med min mamma, tyvärr. Jag vet att det beror på mig. Jag hade verkligen önskat att det skulle ha funnits hjälp för henne. Jag är glad att jag stoppade Ann Heberleins bok i handen på henne när vi träffades och kunde ge henne en bild hur det också är för mig. Det gjorde kanske att hon fick en inblick i hur svarta mina tankar var även när jag håller färgen. Det var jag väldigt duktig på. Nu har vi hittat tillbaka till varandra eftersom hon i dag känner igen signalerna och förstår hur hon ska förhålla sig till mig. Det kan innebära att hon kommer med mat och att hon inte säger till mig att jag ska rycka upp mig. Det viktigaste är att hon bara finns och kanske kan hjälpa till med tvätten eller något annat praktiskt. Hon är medveten om att jag tjatar om småsaker. Hon vet att det här är en sjukdom. Det är inte mig det är fel på, inte henne, inte min uppfostran. Jag har en depression som jag försöker handskas med och skoven varar numera inte så länge. Jag kan umgås med henne när jag mår sämre utan att hon tar det personligt. Jag känner att vår kontakt har blivit helt annorlunda på grund av det. Jag behöver inte gömma mig längre. Jag kan vara mig själv. Hon förlåter mig även om jag svär.

Jag har sedan i december 2009 bott i ett stödboende. Eftersom jag de första månaderna hade svårt att våga komma ut, fick jag kontakt med en KBT-psykolog. Jag trodde till en början inte alls att det skulle göra någon skillnad. Men han var mycket duktig och lyssnade och hittade vägar för mig att så att jag kunde styra mitt tankemönster när jag föll in i de här skoven. Samtidigt har jag fått lära mig att kontrollera mig och inte vara så drastisk. Jag var helt emot medicin, men jag vet nu att det faktiskt finns medicin som fungerar bara man hittar rätt och får rätt dosering utifrån sin sjukdom. Det är en stor tröst att få ett namn på sin sjukdom. Det är skönt att vara i en omgivning, där jag kan vara mig själv.

En händelse inträffade vid ett besök på Gröna Lund. Jag hade då haft social fobi, ute bland folk, som inte bara berodde på att jag är en offentlig person. Jag hade inte varit ute bland folk på över ett år. Att åka tunnelbana, eller gå i affärer var helt otänkbart. Vi som bodde i stödboendet skulle åka till Gröna Lund i somras. Det hade jag tjatat om flera gånger. Jag visste att jag skulle kunna stödja mig på tabletter om panikattacker skulle uppstå. Jag hann emellertid inte komma längre än till ingången till Gröna Lund då jag fick en panikattack. De från stödboendet fanns omkring mig och förstod fullständigt vad en panikattack är. Jag upplevde en enorm trygghetskänsla under tiden alla stod och väntade tills attacken försvann. Det var ingen som tittade konstigt, vilket jag är livrädd för när något liknande händer om jag är ensam ute. Nu tränar jag att åka tunnelbana med min psykolog. Han utsätter mig för jättejobbiga saker. Han springer av tunnelbanan som Anders gjorde häromdagen till exempel. Jag känner mig trygg när jag är med honom. Vi skulle på ett möte, och helt plötsligt kom han på att vi skulle byta på ett annat ställe. Jag blev helt paralyserad. Jag var glad efteråt att jag satt kvar, för annars skulle jag säkert tuppa av. Men sedan tog jag till mina verktyg som jag hade fått och andades lugnt, och tänkte att jag inte skulle dö. Det är ”babysteps”, som min kompis alltid säger, babysteps Camilla. Det är de bägge ”stepsen” som jag är ute på nu. Så låter min historia.

Billy Ehn, professor i etnologi och anhörig, berättar om sina erfarenheter av faderns självmord

Jag vill inleda med en önskan om att min pappa hade haft en sådan överlevnadskraft som Camilla visade prov på här.

Det har gått 52 år sedan det hände – 52 år, 2 månader och 10 dagar. Min pappa hette Carl Georg Ehn. Han var grovarbetare; grävmaskinist och bergsprängare. Han gifte sig med Märta 1946 och fick mig och min lillasyster Eva. Vi bodde i Blåsut i södra Stockholm och de skilde sig 1952. Pappa tog med mig till Kärrtorp i närheten och flyttade ihop med Birgit som hade två egna barn. De fick sedan ett barn tillsammans. Vi var sex personer i en tvåa. Mamma Märta var kvar i Blåsut med Eva, som hon lämnade bort till fosterföräldrar på Gotland. Jag förlorade kontakten med både min syster och mamma. När vi bodde i Kärrtorp jobbade pappa som grävmaskinist runt om i landet. Han var inte hemma så mycket. Birgit jobbade i fabrik. Hon var ofta sjuk, vilket ledde till att jag bodde hos min farmor och farfar vid Tumba pappersbruk av och till.

Sommaren 1958, då jag var 11 år, var jag på kollo på Blidö i Stockholms skärgård. Det var en vacker kväll i början av juli. Vi spelade fotboll som vanligt, och jag var målvakt. Då såg jag hur föreståndarinnan kom gående från expeditionen ner mot planen. Hon ställde sig vid sidlinjen och ropade på mig. Jag fick be en av mina lagkamrater att ställa sig i mål. Jag gick till föreståndarinnan som la armen om mig med en gång och sa: ”Jag har något tråkigt att berätta för dig. Din pappa är död”. Jag började gråta. Sedan gick vi upp till expeditionen. Jag grät hela tiden. Vi mötte kompisar som tittade storögt på mig. Killar ska ju inte böla. På expeditionen fick jag en sömntablett och därefter följde föreståndarinnan mig till sovsalen. Hon satt, som jag minns det, på sängkanten tills jag somnade och sedan vaknade jag morgonen därpå. Jag minns inte vad jag kände. Efter det dröjde det nästan trettio år tills jag grät igen över pappa.

Jag var kvar på kollot. Jag var inte med på begravningen. Jag visste inte varför pappa hade dött. Farmor kom och hämtade mig på Nybrokajen. Vi kom med båten. Hon var svartklädd och förtvivlad. Vi åkte hem till Tumba. Farfar var också fruktansvärt förtvivlad – deras ende son. De hade också en adoptivdotter. Jag bodde hos farmor och farfar resten av sommaren tills skolan började. Då åkte jag till Kärrtorp, men där var Birgit inte

närvarande. Hon var på nervhem. Det var hennes äldste son som fick ta hand om oss barn, han var sexton.

Hur pappa hade tagit livet av sig fick jag veta av kompisarna i Kärrtorp. Han sprängde sig med dynamit. Han hade gått ut i Nackareservatet och satt sig på dynamiten och tänt på. Kompisarna berättade hur det såg ut. Det fick jag inte veta av någon vuxen utan det var jämnåriga som berättade.

Jag började skolan i Kärrtorp och gick där ett par månader. Birgit kom hem och då ville hon inte ha kvar mig där. Det gjorde ont i henne eftersom jag påminde för mycket om Georg. Jag åkte till farmor och farfar. Var skulle jag bo? Jag kunde inte bo hos Märta, min mamma, för hon hade bildat en ny familj med två nya barn. Jag stannade istället hos farmor och farfar och bodde kvar där tills det var dags att flytta hemifrån.

Puberteten var jobbig som för många andra. Jag tänkte inte så mycket på pappa, spelade munspel och idrottade, precis som pappa. Jag höll på Bajen som pappa hade gjort. Jag textade när jag skrev mina uppsatser i skolan, precis som han. Han fanns där som något slags föredöme. Sedan dog farfar när jag var 16 år. Det var bara farmor och jag. Jag förpestade livet för henne. Hon fick all skit som jag hade inom mig.

Sedan flyttade jag hemifrån och började på universitetet. Det var underbart. Jag fick göra det jag gillade; skriva, forska, läsa, diskutera och jag upptäckte vad jag var bra på och ägnade mig åt det. Samtidigt träffade jag min blivande fru, Siv. Då hörde det ju till att man berättade lite om sin bakgrund, som var man kom ifrån och … föräldrar och sådant. Jag berättade alltid samma historia: ”ja, min pappa tog livet av sig, min mamma hade jag inte kontakt med och inte min styvmamma heller”. Så var det med det. Jag avfärdade alla frågor efter det. Det var ingenting man skulle prata om. Det låg helt bakom en.

Nyårsafton 1969 drabbades jag helt oväntat av en svår ångestattack. Det var som om ett iskallt spjut kördes in igenom mig och det spjutet fick jag inte loss sedan. Det satt kvar. Jag hade ingen aning om vad det var. Det var bara fruktansvärt skrämmande, outhärdligt. Jag började dricka, precis som Camilla. Alkoholen är ju effektiv som självmedicinering, men den förstör också för en. De kommande tio åren ägnade jag mig åt att jobba som en galning, skriva böcker, fältarbeta, lära mig språk och samtidigt ta hand om familj och barn. Siv och jag fick tre barn. Ni kan ju tänka er hur jag var som make och far med den här ångesten, alkoholen och arbetsnarkomanin. Sex spelade också stor roll för att döva ångesten, inte bara med min fru. Jag höll på att gå under av allt det här. Jag måste välja om jag skulle supa ihjäl mig eller om jag skulle fortsätta leva. Jag ville leva och slutade med alkoholen från den ena dagen till den andra. Den 2 februari 1979 slutade jag bara tvärt och började i stället att springa och träna för maraton. Inom tio år hade jag sprungit 56 maratonlopp. Jag var lika intensiv där som när det gällde drickandet och skrivandet.

Äktenskapet var minst sagt stormigt och till slut försökte vi rädda det genom att gå i familjeterapi. Som tur var kan man säga, så här efteråt, hamnade vi hos två psykoanalytiker, som inte var ett dugg intresserade av våra gräl eller våra anklagelser mot varandra, utan ville veta; ”Vilka är ni? Var kommer ni ifrån? Vad har ni varit med om?” Både Siv och jag hade trassliga bakgrunder. När jag berättade om min pappa och vad han hade gjort, frågade den ena terapeuten om jag sörjde honom. ”Nej”, svarade jag, ”för jag tror inte att han är död. Jag tror att han lever. Jag har sett honom på stan några gånger, och jag väntar på att han ska vara beredd att ta kontakt med mig”. Det var bara ett spontant svar i den situationen. Det blev alldeles tyst och min fru tittade bestört på mig. Hon hade inte heller hört mig säga någonting sådant. Jag började gråta. Tårarna rann. Länge. Jag vet inte hur länge. En kvart kanske. Jag hulkade fram: ”Jag är inte ledsen, jag är inte ledsen, jag sörjer inte”. Det var en så absurd situation. När tårarna torkat frågade en av terapeuterna om jag hade tänkt gå i analys med tanke på min bakgrund. ”Nej, bevare mig väl”, sa jag. Bara det att gå i familjeterapi var för mycket för den som hade Jan Myrdal som inspirationskälla. Bra karl reder sig själv. Man ska inte hålla på med en massa ”känslopjunk” och psykologer var verkligen inte mina idoler. Men så började jag tänka på det där och pratade med Siv och sökte en analytiker. Jag hade jättetur. Inom loppet av tre månader fick jag komma till en analytiker som jag hade förtroende för. Jag gick fyra dagar i veckan under fem och ett halvt år i första vändan.

Jag fick jobb i Umeå, flyttade dit så småningom, träffade Inger och skilde mig från Siv. Ångesten, kanske ni undrar, vart den tog vägen? Jo, den höll jag fortfarande i schack med hjälp av löpningen. Om det är någon annan löpare här, vet ni hur det går till. Det är som med alkoholen. Man måste ha mer och mer. Springa längre och längre. Till slut gick jag sönder, kroppen höll inte efter alla de här maratonloppen. Det fanns ju ingenting annat. Jag kunde inte gå tillbaka och börja supa. Det verkade vara helt meningslöst. Jag började i stället en ny vända i analys i Umeå och gifte mig med Inger.

Spjutet då? Jag ser det inte som ett spjut längre. Det är en metafor som jag inte använder, utan ångesten är mer som en inneboende hos mig. Elva års analys lärde mig mycket. Det var en sak som var jätteviktig, och som jag har haft stor användning av, och det är att ångesten inte är min fiende. Jag såg ångesten som spjutet som kom utifrån och gick in i mig. Det var fel. Det var en missuppfattning. Ångesten var ju jag. Då började jag använda en annan metafor, nämligen att när ångesten drabbar mig så är den jag. Vägg i vägg, som en inneboende. Och den är som en inneboende kan vara, en bråkig, störig fan ibland. Ibland håller han sig rätt lugn, och ibland är han bortrest ganska länge och det är lugnt och stilla och fantastiskt skönt. Då blir jag också lite orolig. Vem är jag då, när ångesten är borta? Det får inte bli för lugnt heller, men det behöver jag inte vara så orolig för, egentligen, för min inneboende, som är jag, kommer alltid tillbaka och ger sig tillkänna.

Femtiotvå år, två månader och tio dagar. Man kan tycka att det nu får vara bra. Jag har skrivit en bok som heter *Frånvaron – en berättelse om övergivenhet* (Carlsson, 1996) och som handlar om pappas självmord och den betydelse det har haft för mig. När jag berättar

om det här, som jag gjort många gånger, är det visserligen något som jag känner igen. Jag blir inte så överraskad av det, men samtidigt är det någon förskjutning, någon ny infallsvinkel, någon ny känsla, någonting som gör att det inte bara känns som en upprepning. Det har att göra med vad temat är. När jag lyssnade på Camilla var det ju överlevnadstemat. Som jag sa hade jag önskat att pappa hade haft den här livsviljan. Jag tänkte på Camillas ord: ”Ge inte upp, ge inte upp”. Om jag hade följt med pappa därute i Nackareservatet där han sprängde sig hade jag ropat det till honom. Jag har varit i den där björkdungen. Den ligger inte långt från Matteuskyrkan i Björkhagen. Jag har varit i den där björkdungen och letat efter spår.

När jag gick i analys de första fem och ett halvt åren, när jag bodde i Stockholm, ägnade jag en stor del av tiden åt att försöka minnas så mycket som möjligt. Jag ringde till mina båda mammor för första gången på 20-25 år kanske, och sa att: ”Jag kommer nu, är du hemma”. De blev vettskrämda. Jag klädde mig fin och åkte dit. Jag åkte till min mamma i Farsta, där hon bodde. Jag bodde i Bagarmossen inte alls långt ifrån. Vi bodde så nära varandra och hade ändå inte haft någon kontakt. Jag åkte dit och hon bjöd på kaffe och Mariekex, kramade om mig och sa att vi inte hade setts på 25 år. Jag satte igång och pumpade henne. Jag ville inte ha henne som mamma. Jag ville pumpa henne. Jag använde min forskarkompetens. Jag kan intervjua. Jag intervjuade min mamma om allt jag ville veta. ”Vem var pappa? Varför tog han livet av sig? Varför skilde ni er? Hur levde ni? Hur var pappa? Vem var han?” Tre sådana träffar hade vi. Vid tredje träffen hade hon livvakt. Det var en av hennes söner som var där och skyddade henne och sedan dess har jag inte sett henne. Nu är hon död.

I samma veva tog jag kontakt med Birgit, min styvmamma. Hon bodde i ett servicehus tillsammans med en man. Han satt i rullstol. Jag gjorde samma sak där. Hon hade pappas avskedsbrev till henne i handväskan. Hon hade nog levt ihop med flera andra män. Det här var alltså 1986. Det är nästan trettio år sedan, som han hade tagit sitt liv. Hon rufsade mig i håret och sa att ”Du har i alla fall mer hår än Georg. Du ska veta en sak och det är att jag inte har älskat en man så mycket som jag älskade Georg”. Jag fick ett fotoalbum. Pappa hade varit i Polen med Röda Korset alldeles efter kriget och hade tagit fotografier och skrivit kommentarer till. Han var rätt konstnärligt lagd. Han målade oljetavlor – det gjorde jag också i tonåren – han skrev dagbok. Han skrev fantastiska brev och dom har jag använt i min bok. Passionerade kärleksbrev, till Birgit, men också om sin oro och känsla av inte räcka till. Jag vet fortfarande inte varför han tog livet av sig. Varför vill man ta livet av sig? Jag har själv aldrig känt så, eftersom jag gärna vill leva. Min ångest uppfattade jag som en panisk rädsla för döden. Jag ville absolut inte dö, och insåg att det kunde jag inte komma undan från. Jag satte aldrig ihop ångesten med pappa, vad jag minns. Varför han tog livet av sig kommer jag väl aldrig att få veta. Han skrev ett avskedsbrev till mig som jag brukar läsa upp. Jag borde kunna det utantill vid det här laget, men det kan jag inte, för jag begriper det inte. Jag ska läsa upp det för er också:

> *Lillpojken min,* (han skrev rätt mycket brev till mig från alla platser han var och jobbade med grävmaskinen runt om i landet)
> *Lillpojken min, att din pappa nu försvinner för alltid ska du inte ta alltför hårt. Du är för ung ännu för att förstå allt här i livet. Men när åren har gått och du har blivit äldre, då vet du hur du ska ställa dig till de problem som kommer. Just nu är det kanske lite svårt. Du ska se att den som har sina prövningar i unga år vet hur han ska sköta sig när han blivit äldre. Pappa kan inte längre, det har blivit för mycket. Förlåt mig Billy. Din Pappa*

Vad betyder det här? Hur ska jag tolka det? Hur kunde han lämna mig och sina döttrar och sin älskade Birgit, och hur kunde han lämna sin pappa och mamma? Vad tänkte han när han tog dynamiten? Den här dynamiten hade jag sett många gånger i köksskåpet ovanför skafferiet, bland verktyg och porrtidningar hemma i Kärrtorp. Han tog dynamiten och gick ut i Björkhagen och sprängde sig. Sprängningen har blivit en viktig metafor för mig. När jag gick i analys väntade jag hela tiden på explosionen, jag väntade på att insikten skulle explodera i mig och att jag skulle förstå vad det handlade om, varför han tog livet av sig, vad det här betydde och hur jag skulle kunna gå vidare. Men sprängningen är också en sinnebild för den här familjen, för den här släkten, som jag har berättat om. Ingen har kontakt med någon annan, såvitt jag vet. Vi är splittrade, vi är söndrade. Jag har ingen som helst kontakt med familj eller släkt eller syskon. Vi är sex syskon. Jag upptäckte en till på senare år genom mammas syster. Hon hade sett mig på TV, ringde mig och nämnde någon som jag frågade om, om det var hennes son. Hon svarade: ”Nej, det är Märtas första son”. ”Vadå, jag är ju Märtas första son”. ”Nej, hon hade ett barn före dig”. Det var en kille som hon hade fått med en taxichaufför när hon var 17 år som hon adopterade bort. Så honom letade jag också upp.

Det jag berättar här är en historia om en sons kamp med sin faders självmord. Hur det har präglat hans, det vill säga, mitt liv. Det är också en familj- och släkthistoria från 1950- och 60-talet i en arbetarmiljö. Camilla sa: ”Ge inte upp!”, och de orden är också mina. Men jag skulle också säga till min pappa om och om igen: ”Jag vill att du inte tar livet av dig…”

Kommentar från Daniel Frydman: ”Jag vill att du inte tar livet av dig.” Som läkare och professionell brukar jag också säga så. Det är en aktiv önskan mot att ”jag vill inte att du tar livet av dig”.
Fråga från publiken: Vet du om din pappa hade råkat ut för något traumatiskt?
Billy: Farmor ville inte säga mer än att det var nerverna, svaga nerver. Han hade varit på St Lars i Lund. Religiöst grubbel fanns med i bilden. Birgit var sjuk, de grälade och drack. Han var skör, ömtålig och kanske deprimerad, jag vet inte så mycket om det.
Camilla: Man måste försöka förlåta att han gav upp. Förlåt honom, för Guds skull.
Billy: Jag står inte ut med svaghet, inte något tecken på svaghet eller misslyckande. Det gör mig rädd.

AVSLUTNING

Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi, Karolinska Institutet, NASP

Det är oerhört viktigt att berätta! Särskilt viktigt är det om man är en känd person. När Gro Harlem Bruntland, generaldirektör vid WHO – Världshälsoorganisationen – berättade om att hon hade förlorat sin son i självmord hade det tagit lång tid innan hon vågade ta bladet från munnen. Men hon kom en dag ner till en avdelning på WHO i Geneve, som arbetade med självmordsfrågor och hörde sig för: ”Vad vet ni om detta?” Idag finns det flera dokument utarbetade av WHO-experter från flera kontinenter. Följande program finns att ta del av på NASP:s hemsida som idag är översatta till svenska:

- Att Förebygga Självmord: ett stödmaterial för allmänläkare
- Att Förebygga Självmord: ett stödmaterial för primärvården
- Att Förebygga Självmord: ett stödmaterial för professionella inom media
- Att Förebygga Självmord och självmordsförsök hos skolelever – ett stödmaterial för lärare och annan skolpersonal anpassat till svenska förhållanden
- Att Förebygga Självmord: ett stödmaterial för fångvården
- Att Förebygga Självmord: ett stödmaterial för arbetsplatsen

Dessa sex dokument är en del ur en serie stödmaterial riktade till olika specifika sociala och professionella grupper av särskild betydelse för suicidprevention. Inom kort kommer även stödmaterialet *Att förebygga självmord: Hur man startar en grupp för anhöriga som har förlorat någon närstående i självmord* att finnas i en svensk version. Stödmaterialen har tagits fram som en del i arbetet med SUPRE = Suicide Prevention, WHO:s världsomspännande initiativ för suicidprevention. Tidigare fanns bara ett litet knapphändigt dokument som inte gav mycket information. Ge inte upp med att kräva kunskap och forskning. Det finns oerhört mycket att lära i detta ämne.

Tack för att ni kom och deltog i 2010 års självmordspreventiva dag. Hoppas att ni sprider vidare den kunskap som förmedlades här idag. Välkommen åter till den självmordspreventiva dagen den 10 september 2011.

NASP – Nationell Prevention av Suicid och Psykisk Ohälsa
www.ki.se/suicid

På uppdrag av
Stockholms läns landsting

Karolinska Institutet