



SUICIDPREVENTIVA DAGEN

10 September 2009

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
2009

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

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 folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Britta Alin Åkerman, NASP - Nationell
prevention av suicid och psykisk
ohälsa

Redigering och formgivning: Cecilia Johansson

Foto: Cecilia Johansson

Stockholm 2009

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

”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. Arrangören för denna dag i Stockholms län var NASP som ansvarar för det suicidpreventiva nätverket för Stockholm-Gotlandregionen”

Innehåll

Program till Suicidpreventiva dagen 10 Septmber 2009.....	4
Danuta Wasserman, Professor i psykiatri och suicidologi, Karolinska Institutet, NASP, Inledningstal.....	5
Catarina Andersson-Forsman, Hälso- och sjukvårdsdirektör, Stockholms läns landsting, talar om nollvision för självmord.....	6
Marie Ljungberg Schött, ordförande i Stockholms och Ekerös sjukvårdsstyrelse, talar om hur vi kan uppnå nollvision.....	7
Danuta Wasserman, de nio strategierna för självmordsprevention.....	8
Ludmilla Rosengren, SPES, talar om sin dotter och kampen mot självmord.....	11
Lars Wiklund, SPES, talar om sin dotter och kampen mot självmord.....	13
Inga-Lill Ramberg, MD, Karolinska Institutet, NASP, talar om projektet Aktion Livräddning.....	15
Jussi Jokinen, MD, Karolinska Institutet, NASP, talar om Lex Maria anmälningar av självmord i Stockholms Län.....	16

10/9
13.00-17.00

Stockholm
Kulturhuset, Studio 3
Fri entré

Nya sätt att förhindra självmord - nollvision inom SLL

Suicidpreventiva PROGRAM

13.00-13.10 Inledning

Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska Institutet.

13.10-13.25 Nollvision för självmord

Catarina Andersson Forsman, hälso- och sjukvårdsdirektör, Stockholms läns landsting, presenterar ett projekt som omfattar stadsdelarna Södermalm, Enskede-Årsta-Vantör, Farsta och Skarpnäck.

13.25-13.45 Vad kan vi göra för att uppnå nollvisionen?

Marie Ljungberg Schött (M).

13.45-14.15 Nio strategier för självmordsprevention

Danuta Wasserman, professor och chef för organisationen Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa (NASP) presenterar den forskning och det arbete som pågår.

14.15-14.40 Linnéa var 14 år när hon tog sitt liv

Ludmilla Rosengren från den ideella organisationen Suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES) delar med sig av erfarenheter som mamma till en 14-årig flicka som tog sitt liv under en permission från barn- och ungdomspsykiatrin trots att hon var öppet självmordbenägen. Sjukvården fick efter Lex Maria-anmälan kraftig kritik i Socialstyrelsens utredning.

14.40-15.05 "Det hade inte behövt hända"

Lars Wiklund från frivilligorganisationen Suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES) berättar om och reflekterar över hur vården agerade under de sista månaderna av hans dotters liv. Lisa ändade sitt liv på en psykiatrisk vårdavdelning i Stockholms län.

PAUS

15.45-16.10 "Aktion Livräddning" - en utvärdering

Inga-lill Ramberg, med.dr, Karolinska Institutet.

16.10-16.35 Lex Maria-anmälningar av självmord hos unga vuxna i Stockholm

Jussi Jokinen, med.dr, Karolinska Institutet.

16.35 Avslutning och debatt

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. Arrangören för denna dag i Stockholms län är NASP som ansvarar för det suicidpreventiva nätverket för Stockholm-Gotlandregionen.



Karolinska
Institutet

NASP

National Prevention of Suicid and Mental Ill-Health



Danuta Wasserman, professor och chef för NASP - Nationellt Prevention av Suicid och Psykisk Ohälsa vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

Danuta Wasserman inledde med att önska alla välkomna och påpekade att i år har inbjudan endast gått till professionella och inte till allmänheten. Detta ändrar vi på till nästa år, eftersom det är viktigt att även nå ut till allmänheten. Vi vill att alla ska bli medvetna om att självmord och självmordsförsök förekommer men att mycket går att göra för att förebygga dessa svåra handlingar. Samtidigt måste vi erkänna att det finns mycket kvar att göra: dels behöver vi mer kunskap, men vi behöver också få till stånd attityd-förändring. Förändring av attityder krävs hos den vanliga medborgaren, hos socialtjänst, skolan, kyrkan och alla delar inom hälso- och sjukvården. Tyvärr är attityder mot psykisk ohälsa och mot självmordsprevention fortfarande negativ. Inom SLL har vi dock kommit en bra bit på väg med att påverka negativa attityder hos sjukvårdspersonal, vilket kommer att redovisas senare i programmet. Detta gäller främst de som inte har så lång grundutbildning men som har mycket nära kontakt med de självmordsnära patienterna. Genom detta projekt har vi funnit att det är värt att satsa på utbildning. Vad som krävs är en bred ansats i självmordsprevention och inte bara fokus på hälso- och sjukvården, även om det där behövs mycket för att förändra vård och attityd. Vi måste satsa på att samarbeta, ha bra kunskaper och rutiner för vårt fortsatta arbete långt innan vi möter en person som funderar på att avsluta sitt liv. Även massmedia kan hjälpa oss att förändra våra kunskaper och attityder.

Danuta ger en kort presentation av NASP som tillkom 1993 efter flera motioner av Ruth Ettliger om behovet av att göra insatser inom suicidprevention. Sedan 1995 har NASP även en nationell expertfunktion och där NASP numera är inordnad i Karolinska Institutet och bedriver forskning och utbildning med anknytning till självmordsprevention samt information. Innan presentation av hälso- och sjukvårdsdirektören Catarina Andersson-Forsman vill jag nämna det dokument som hon har undertecknat och som antogs i december 2006 för nollvision inom SLL, vilket är i linje med den nollvision som regeringen har antagit år 2008. Ytterligare ett landsting har antagit nollvision, nämligen Hallands län. I SLL: s dokument godkänns den breda ansatsen från allmänheten till professionella inom alla områden. För att fastställa de viktigaste strategierna som vi ska använda är det viktigt att vi följer det utlåtandet som har antagits av SLL.

Kommentar:

- Arbeta med förändring av attityder
- Vikten med bred ansats inom självmordsprevention

Catarina Andersson-Forsman, hälso- och sjukvårdsdirektör Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting

Suicidprevention är en fråga som berör oss alla, vilket gör att vi har en bred ansats i arbetet. Jag är själv läkare i botten och första gången som jag på ett mer personligt plan fick kunskap inom området var när jag var tillsynschef på Socialstyrelsen i början av 2000-talet, då vi gick igenom alla Lex Maria anmälningar. Detta resulterade i att vi ändrade regleringen för anmälningsplikten. Detta är ett oerhört viktigt instrument som vi kan använda i lärandeprocessen. Därför är det viktigt för mig som förvaltningschef inom landstinget att få vara med och påverka det fortsatta arbetet. Redan 2006 togs frågan upp i landstingsfullmäktige. Sedan kom regeringens beslut och strax efter började vi arbeta med en strategi. En av de olika komponenterna är att vi mer ska arbeta med evidensbaserad kunskap och med hjälp av NASP förmedla detta. Ett projekt "Noll självmord i Stockholms län" som jag nu ska jag berätta mer djupgående kring är ett utbildnings- och samarbetsprojekt med utgångspunkt från nollvisionen. Till en början genomförs projektet i en avgränsad del av landstinget, där vi också försöker implementera det som regeringen tog fram i sin proposition. I början av 2010 har vi en upptaktskonferens under vilken vi kommer att bjuda in representanter från många delar av samhällsfaktorer som landstinget och andra intresserade. Målet är att öka intresset för projektet och att höja kompetensen när det gäller att identifiera och ägna sig åt självmordsprevention. En viktig aspekt är hur vi bemöter och behandlar självmordsnära patienter såväl inom hälso- och sjukvården likväl som inom den kommunala sektorn och socialtjänsten. Projektet genomförs inom Södermalm, Årsta, Skarpnäck och Farsta. Vi vill arbeta med att utveckla samarbetsformer och de vårdkedjor som finns inom dessa områden. Som kontaktperson och ordförande i styrgruppen finns Carin Bokedal ifrån hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och Inga-Lill Ramberg, NASP, som också båda är ansvariga för projektet. Vi har precis utarbetat en liten broschyr "Projekt Noll självmord i Stockholms län - ett sätt att förverkliga nollvisionen" som vi hoppas att alla tar med sig och därigenom tar del i detalj vad projektet handlar

om. I styrgruppen finns projektledare och företrädare för socialtjänsten och arbetsmarknadsförvaltningen samt företrädare från NASP. Det som är viktigt är att vi har någon form av utvärdering, vilken NASP kommer att bistå med. De aktiviteter som är på gång är dels en behovsinventering i samarbete med kommunerna. Det är viktigt för oss att veta vilka behov kommunerna har så att vi kan bistå på rätt sätt. Vi kommer att göra riktade utbildningsinsatser för att sprida den kunskap som framför allt finns vid NASP. Vi kommer att genomföra ett antal storföreläsningar. Vi kommer att ta fram samarbetsöverenskommelser i de ingående kommunerna för att få ett bättre fungerande vårdkedjearbete över huvudmannagränserna. Vi kommer också att ta del av utvärderingen. Främst är det viktigt att fundera på vad som ska utvärderas. Just nu pågår en diskussion kring hur den utvärderingen ska se ut. Projektet får också vissa resurser från Socialstyrelsen under åren 2010 och 2011. Slutligen vill jag föra fram att det här är ett oerhört prioriterat område. Utifrån de föreslagna strategierna håller vi nu på att ta fram en handlingsplan, en plan som vi räknar med att vara klar senare i år för att lämna till nämnden för beredning i de politiska organisationerna.

Kommentar:

- Viktigt att förmedla modellprojektet, eftersom det ger oss möjlighet att förmedla erfarenheter och resultat för fortsatt suicidpreventivt arbete

Marie Ljungberg Schött, Stockholms och Ekerös Sjukvårdsstyrelses ordförande och moderat politiker

Varje år dör ca 300 personer i Stockholms län för att de tar sitt eget liv. I hela världen är den siffran ungefär en miljon och självmordsförsöken är ännu vanligare. Därför känns det oerhört angeläget att ta fram metoder, strategier och behandlingar för att förhindra självmord och få människor tillbaka till ett liv som för dem är värt att leva. Suicid är vanligt hos män men enligt statistiken framgår också att fler och fler unga kvinnor upplever att de mår dåligt med dålig framtidstro och att deras självskador och ibland självmordsförsök ökar. Detta är signaler som vi måste ta på högsta allvar. Vad kan vi som politiker och ni som arbetar i en styrd politisk organisation göra för att minska antal suicidfall? Jag vill återigen påpeka att 2006 antog vi inom SLL en nollvision med full politisk enighet. Det är ganska ovanligt med sådana frågor där vi är totalt eniga. År 2008 togs en strategi hur arbetet skulle fortskrida, och igår tog vi ett reviderat vårdprogram för patienter. Som tidigare sagts är en handlingsplan på väg att tas fram för beslut i höst. Viktiga inslag i en handlingsplan kan vara att ta fram metoder för tidig upptäckt, och hur vi förmedlar modeller och metoder som vi kommer fram till så att dessa genomsyrar all vår verksamhet. Det är viktigt att dessa metoder och modeller inte stannar i någon bokhylla. Kanske det allra viktigaste är att förmedla hur vi kan samverka bland alla olika aktörer så att det i fortsättningen inte kommer att hända att den enskilde individen hamnar mellan två aktörer som tappar bort patienten och hans behov. Vi måste också skapa hållbara system vid överlämnande av patienter inom vårdinrättningar, där samverkan är nödvändig, inte minst för den självmordsnära patienten.

Det är dessvärre inget enkelt arbete för dem som har den direkta kontakten med en självmordsnära person att se signaler där suicidrisk är påtaglig. Exempelvis kanske en ung, nybliven mamma inte alltid känner den förväntade moderslyckan. Hon kanske är djupt deprimerad och kan därför inte känna den glädje som förväntas. Det är inte heller lätt att hitta signaler hos en missbrukare som kanske misslyckats med sin behandling, har förlorat sin tjej, sin lägenhet och sitt arbete. För schizofrenipatienter med mångåriga svårigheter, bipolära patienter

med stark ångest kan livet verkligen vara i fara. Det finns också patienter med svåra kroppsliga sjukdomar som bara har terminal vård att se farm emot. Även för dem är det viktigt att bli trygga i att den sista tiden av livet också kan vara värdefull, eftersom risken för självmord kan öka utan denna trygghet.

Vi måste inse att det är ett omfattande arbete som vi har framför oss mellan olika aktörer och alla människor för att vi så småningom ska kunna nå en nollvision. Alla goda krafter måste samarbeta i ett långsiktigt arbete mot samma mål. I stort sett alla verksamheter inom landstinget berörs såsom kommunerna, socialtjänsten och missbruksvården, anhöriga och inte minst frivilligorganisationer inom den ideella sektorn samt kyrkan inom dessa verksamheter måste vi alla hjälpas åt. Vi behöver också verktyg för att kunna se viktiga signaler. När en person inte orkar leva längre behövs verktyg för alla aktörer att kunna observera detta och därmed snabbt gå in och hjälpa. Vi måste lära oss att inte känna rädsla inför dessa patienter en rädsla som kan hindra oss att ta till det som syns och hörs. Men det räcker inte att se, det behövs också kunskaper om hur man ska agera och en trygghet i att andra kan hjälpa till. Vid sidan av vår verksamhet och handlingsplan ser jag fram emot att regeringen också tar fram ett nationellt förslag. För några dagar sedan tillsatte regeringen, socialdepartementet en särskild utredare som ska klargöra och analysera förutsättningarna för

att inom hälso- och sjukvårdens socialtjänst utveckla och förbättra händelseanalyser av inträffade självmord. Kunskaper i denna utredning ska kunna överföras till regional och lokal nivå som kan komma till praktisk

Kommentar:

- Samarbete mellan olika aktörer, inte minst med anhöriga
- Den självmordsnära patienten berättar ibland mer för anhöriga än de gör för personalen

användning i självmordspreventivt arbete. Vi ska aldrig acceptera en siffra på 300 personer som tar sitt liv varje år och ännu mindre att det har varit så de senaste sju åren. Jämför detta med det antal som omkommer i trafiken varje år, som är betydligt färre, men där stor kraft och resurser har lagts ned.

Danuta Wasserman - De nio strategierna för självmordsprevention

De nio strategierna presenteras som utvecklats på nationell nivå och inom Stockholms läns landsting. Strategierna berör flera olika områden och är framtagna utifrån såväl vetenskaplig som praktisk evidens utifrån erfarenheter från alla delar av världen kring dessa frågor. Strategierna har utarbetats av Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet med stöd av NASP. Dessa har därefter lagts fram till regeringen och presenterats i riksdagen. Strategierna är politiskt godkända.

Regeringens övergripande vision (Regeringens proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik) är att:

Ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord. Ingen ska behöva ta sitt liv. Visionen uttrycks i följande nio strategier för suicidprevention:

1. Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper.

Här ingår gruppen suicidnära personer och personer med fysisk eller psykisk nedsatt funktion som befinner sig i risksituationen för suicidala handlingar.

2. Minskad alkoholkonsumtion i befolkningen och i högriskgrupper för självmord

Det finns mycket stor evidens för att alkohol har samband med självmordshandlingar. Sambanden är mycket komplicerade men bland annat vet vi att alkoholen kan "trigga" en suicidal handling. Minskad alkohol konsumtion i befolkningen är en svår fråga eftersom det idag inte finns någon riktig enighet vare sig inom EU eller WHO. Studier från den tidigare Sovjetunionen visade mycket tydligt sambanden mellan suicid och alkohol. Konsumtionen reglerades genom att minska på möjligheten att få tillgång till alkohol genom att produktion och försäljning begränsades samt priserna ökades på de alkoholdrycker som fanns till försäljning. Man förstärkte även sjukvårdsinrättningar som tog hand om alkoholister. Dessa åtgärder medförde att dödsfall genom suicid, trafikolyckor och intoxikationer minskade signifikant i 16 av dåvarande Sovjets unionens delrepubliker. Vi har liknande erfarenheter även från

Finland där man också såg att minskad tillgång till alkohol minskade risken för suicidala handlingar hos dem som var mest drabbade, dvs. de alkoholberoende.

3. Minskad tillgänglighet till medel och metoder för självmord

Det är en viktig preventiv strategi, vilket för svenska förhållanden gäller att minska bl.a. tillgången till paracetamol. I andra länder och kontinenter handlar det mycket om olika bekämpningsmedel bland annat i Kina och Indien där dessa medel är lättillgängliga.

4. Självmordsprevention som hantering av psykologiska misstag

Det behövs träning och kunskap från alla organisationer för att vi ska kunna klara av självmordsprevention på alla nivåer. Denna strategi handlar precis det som regeringen nu har beslutat vid sitt senaste sammanträde, den 3:e september att tillsätta den nationella utredaren Inga-Marie Pettersson som är f.d. landstingsråd i Gävle. Det handlar om hur man med bred kunskap ska se på varje självmordsfall. En kollega från Holland, Rene Diekstra, har beskrivit på ett mycket tydligt sätt en fallbeskrivning i en bok med titeln "Det behövs en hel by för att ta död på en flicka". Det är en mycket omskakande bok som beskriver hur kunskapen om flickan flyttades från den ena aktören till den andra, där alla kände till hennes utsatta situation. Vi vill med denna strategi trycka på vikten av samarbete mellan olika sektorer i samhället.

5. Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser

Det handlar inte bara om behandling med psyko-farmakologiska medel, vilket i sig är mycket viktigt, men den behandlingen måste alltid kombineras med psykologiska insatser. Dessa insatser är inte bara KBT, som har god evidens, utan det finns även andra psykologiska behandlingsmetoder med enskilda utvärderingar som har givit positivt resultat. Det gäller alltid att anpassa behandlingen till den patient som är i behov av vård och stöd. De psykosociala insatserna är också oerhört viktiga.

6. *Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska självmord*

Strategin är till stor del riktad mot NASP där regering och SLL förväntar sig att vi förmedlar den samlade kunskapen som finns. Regelbundna nyhetsbrev som kan laddas ned från NASP:s hemsida www.ki.se/nasp under rubriken NyhetsBrevet beskriver det aktuella läget inom suicid prevention.

7. *Kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik*

Det projekt som senare kommer att presenteras under dagen är en av de insatser som ingår inom denna strategi

8. *Händelseanalys av Lex Maria anmälningar*

Strategin är oerhört viktig på en strukturell nivå till en början, men förhoppningen är att fokus senare kommer att förflyttas till mer innehållsmässiga faktorer i dessa misslyckande: vad har hänt som gör att t.ex. en patient kan ta livet av sig på en permission, eller att en patient kan ta livet av sig inne på en avdelning, eller att patienten blir utskriven utan att familjen har blivit informerad, eller att en patient skrivs ut utan planerad uppföljning. Denna strategi är unik för Sverige. Vi vill implantera denna strategi även i andra länder, eftersom det kan öka kunskaper som kan användas inom sjukvården.

9. *Stöd till frivilligorganisationer*

Samarbete och stöd till olika frivilligorganisationer är också en mycket viktig strategi. Ännu så länge är det bara SPES (anhörigföreningen) som arbetar med självmordsprevention. Kanske kan stöd till andra frivilligorganisationer i framtiden utvecklas som på något sätt tangerar och arbetar med dessa frågor. Det finns en paraplyorganisation för alla frivilligorganisationer dit riktade insatser kan förmedlas.

NASP medverkar tillsammans med Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet och andra organisationer i fyra regeringsuppdrag som beskriver följande.

1. *Utarbeta ett informationsmaterial om hur man kan förebygga självmordsförsök och självmord bland skolelever*

Statens folkhälsoinstitut (FHI), i samråd med Myndigheten för skolutveckling och Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska institutet, ges i uppdrag att utarbeta ett informationsmaterial om hur man kan förebygga självmordsförsök och självmord bland skolelever. I uppdraget ska ingå att ta fram en strategi för hur materialet kan spridas till lärare och annan skolpersonal.

2. *Ta fram förslag på utbildningsinsatser avseende vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik*

FHI, i samverkan med Socialstyrelsen, ges i uppdrag att ta fram förslag på utbildningsinsatser för att höja kompetensen avseende vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik. I uppdraget ingår även att ta fram förslag på en strategi för implementering av insatsen.

3. *Åtgärder för att öka kunskapen om självmord i befolkningen*

Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram ett informationsmaterial som syftar till att öka kunskapen om självmord i befolkningen. Många människor har kunskap om hur man kan rädda liv vid olyckor eller vid andningsproblem. Det behövs en utbildningssatsning i första hjälpen också för den som mår dåligt. Det behövs folkbildning och att vi sprider kunskap och metoder.

I uppdraget ingår även att föreslå hur kunskapen och informationen ska spridas inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen ska samverka med Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES) och Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska institutet.

4. Kartläggning av lokalt självmordspreventivt arbete

Regeringen har gett NASP i uppdrag att under 2009 kartlägga det självmordspreventiva arbete som utförs av andra samhällsaktörer än hälso- och sjukvården i 190 kommuner. Syftet med kartläggningen är att undersöka i vilken omfattning självmordsförebyggande arbete sker i lokalsamhället.

På NASP arbetar vi med forskning, utbildning och information om evidensbaserade metoder för suicidprevention samt även med metodstöd. De utbildningsinsatser som vi genomför går att hitta på vår hemsida där en mer detaljerad information går att finna. Det är ett masterprogram om 120 poäng, suicidprevention – teori och praktik, vetenskapligt utvärderade interventioner i suicidprevention samt utbildningar och kurser inom ramen för vårt uppdrag inom SLL. Via vår hemsida går att läsa mer om de nyhetsbrev som vi ger ut, i omfattning ca 20 nyhetsbrev varje år med aktuell forskning samt information om aktuella kurser och konferenser i ämnesområdet och närliggande discipliner. Rapporterna och bifogade dokument skickas till prenumeranter i Stockholm-Gotlandregionens nätverk samt till 10-talet huvudmän för övriga regionala och suicidpreventiva nätverk i landet. Ca 300 artiklar som handlar om suicidalitet produceras varje månad globalt, vilket ger ungefär 3 600 artiklar varje år. Det är en omfattande kunskap med stor relevans för vårt område. De viktigaste av dessa artiklar sammanfattas och läggs ut på vår hemsida.

Det metodstöd som vi ger är huvudsakligen inom SLL eftersom vår personalstyrka inte skulle täcka behov i övriga landet. Stöd kan vara från enskilda konsultationer till mer omfattande stöd till såväl sjukvården som socialtjänsten, frivilligorganisationer och andra aktörer inom SLL. Den senaste kontakten har varit med Räddningstjänsten som planerar att utarbeta en modell som avser ett samarbete med polisen och sjukvården i enlighet med det samarbete som har utvecklats inom Jönköpings kommun och landsting. Skolor, kriminalvården och media anlitar ofta oss för att få tillgång till vår kunskap inom området.

Kommentar:

- De nio strategierna berör oss alla
- Forskning, utbildning och kunskapen kring metodstöd måste tas tillvara

Ludmilla Rosengren från frivilligorganisationen Suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES)

Min dotter var 14 år när hon tog sitt liv. Ludmilla Rosengren delar med sig av erfarenheter om brister och fel som kan uppstå inom vården, utifrån sin personliga erfarenhet som mamma till en 14-årig flicka som tog sitt liv under en permission från sjukvården.

Ludmilla inleder med att hon själv som läkare har arbetat inom barnpsykiatri t.o.m. på samma avdelning som Linnéa var inskriven under sin sjukhusvistelse men slutade för att mycket fungerade dåligt både med avseende på brister i bemötande som på bristande resurser samt att de resurser som fanns var för dåligt organiserade. Genom en blogg som Ludmilla har startat har en mängd kontakter både från drabbade och från vården etablerats. Igår kontaktades Ludmilla av en flicka som hade bestämt att ta sitt liv och även skrivit avskedsbrev, men det framgick dessvärre inte var hon bodde. För henne var det säkert ett sätt att anonymt meddela sig. Till slut lyckades Ludmilla få fram var hon bodde och även att få kontakt med det sjukhus som hon i princip tillhörde. Ludmilla ringde i egenskap av privatperson dit och det första bemötandet var att den person som svarade i telefon tackade för upplysningen och meddelade att hon visste vem personen var och att de lovade att kontakta henne. En kvart senare blev Ludmilla uppringd igen från sjukhuset och fick beskedet att man inte kunde ta hand om ärendet, eftersom resurser saknades att leta efter personen. De rådde Ludmilla att ringa till polisen eller distriktsläkaren. Det är ju en sak att leta efter någon som man inte vet var hon finns, men här fanns information var flickan fanns och att hon bestämt sig för att ta sitt liv. Kontakten med flickan visade att när vården ringde henne, hade flickan känt hur stressad personalen var, vilket fick henne att låta blir att berätta hur hon mådde. Samtalet hade avslutat med att flickan blev uppmuntrad att höra av sig när hon mådde sämre. Efter flera turer framkom det att flickan hade tagit en överdos i skolan, på så sätt hade hon blivit sedd och ambulans larmades, varefter flickan hamnade på det sjukhus där kontakten hade inletts. Hon lever men endast ett inskrivningssamtal med en läkare har varit den behandling som hon har fått. Se vidare under Ludmillas blogg, där fortsättningen på historien finns beskriven (<http://ludmilla.se>)

Berättelsen om Linnéa är den följande: Ludmilla har fyra barn eller kanske fem eftersom ett barn lever i livmodern. Hon bor i Uppsala samt skriver aktivt i sin egen blogg om och med människor som är hårt drabbade. Linnéa var född 1993 och var en glad, öppen flicka. Ett underbart och älskat barn. Hon var alltid positiv och engagerad, vetgirig och ville alltid finnas till hands. Linnéa skulle ha varit 16 år idag. Familjen har rest mycket tillsammans och har mått mycket bra under dessa resor. I februari 2008 visade Linnéa att hon mådde dåligt. I vissa situationer började hon bli lite avståndstagande, men hon var ju 14 år, den ålder då de flesta tonåringar inte släpper den övriga familjen så lätt in på livet. Hon fick också överklighetskänslor och kände att kroppen inte hängde ihop. Hon blev nedstämd, fick sömnsvårigheter och fick även självmordstankar. Hon försökte hänga sig men misslyckades med handlingen. Vid den första kontakten med BUP menade man att Linnéa inte borde läggas in utan att Ludmilla skulle vakta henne själv, vilket var en omöjlig situation för Ludmilla med sitt ansvar för övriga barn. Linnéa blev därefter akut inlagd på sjukhuset och fick antidepressiv behandling och psykologsamtal, dock inte i terapisyfte utan mer stödjande under sjukhusvistelsen. Hon uttryckte hela tiden att hon inte skulle bli 15 år. Hon skulle fylla 15 år den 7 juni. En kväll i maj fick Linnéa tillstånd att gå på konsert i Uppsala med en kamrat och skulle enligt planeringen sedan återvända till avdelningen. Ludmilla informerades inte om konsertbesöket förrän flickan gett sig av. Detta var åtta dagar innan hon skulle fylla 15 år. Hon återkom inte till sjukhuset efter konserten utan tog livet av sig under kvällen.

En Lex Maria anmälan gjordes. Sjukvården ska själva anmäla till Socialstyrelsen när något har skett när misstanke finns att något inom vården har gått fel. Som anhörig eller patient när fel har gjorts kan en anmälan göras till ansvarsnämnden. Familjens uppfattning av vården är att den har varit undermålig. Ingen information om eventuell planering kring hur behandlingen skulle läggas upp har lämnats. Det tog fem veckor innan ett läkarsamtal kom till stånd trots att familjen påpekade behovet av det, eftersom Linnéas symtom var så svåra. Det tog fyra veckor innan intagningsprover togs och upplevelsen var att inte bli tagna på allvar under hela inläggningsperioden.

Två veckor innan Linnéa tog sitt liv upplevde personalen att hon mådde lite bättre. Hon var glad och öppen, varför personalen inte var medveten om hur dåligt hon egentligen mådde. Hon ville då vara hemma själv några timmar. Familjens önskan var att hon hela tiden skulle ha skydd, eftersom hon var självmordsbenägen. Det är naturligtvis en balansfråga kring hur mycket vi som anhöriga ska lägga oss i den vård som bestäms. Linnéa hade inte varit hemma mer än en kvart när hon hade skurit sig i halsen i självmordssyfte. Hon ringde till Ludmillas syster och berättade vad hon hade gjort, eftersom hon hade misslyckats med självmordsförsöket. Någon suicidriskbedömning gjordes aldrig.

I Socialstyrelsens protokoll beskrivs Linnéa som positiv och ska ha dolt sina självmordsplaner för personalen. Hennes symtom uppges ha varit svårbedömda. Linnéa hade ingett vårdpersonalen trygghet om att det skulle gå bra, eftersom man under vårdtiden tyckte sig se en förbättring.

Sedan 1972 har ingen inlagd ungdom tagit livet av sig under vårdtiden på BUP, skriver Akademiska sjukhuset i Lex Maria anmälan till Socialstyrelsen apropå anmälningen.

I Lex Maria utredningen konstaterades att man hade en bristfällig utredning när det gäller diagnos. Efter proverna som togs sent visade det sig att det fanns vissa brister i hjärnan hos Linnéa som till del kunde vara förklaringen till hennes svårigheter. Man konstaterade också bristande kommunikation dels mellan personalen och familjen och dels mellan behandlande läkare och avdelningspersonalen. Behandlande läkaren dokumenterade inte sina bedömningar eller planer kring behandling, vilket gjorde att det heller inte var möjligt för avdelningspersonalen att förstå vad som var tänkt. Behandlingsansvarig läkare var t.ex. inte med på ronderna som är det beslutande organet för att lägga upp handlingsplaner. Någon dokumenterad vårdplan fanns inte. Under hela sista veckan av Linnéas liv hade hon fått cykla ut själv utan tillsyn och utan att detta meddelades anhöriga.

Sjukhuset anser att risken för att något liknande ska hända igen är mycket liten med tanke på att inget annat självmord bland patienter i den åldersgruppen inträffat på mer än 30 år.

BUP kommer nu bland annat att ge personalen ytterligare utbildning i självmordsförebyggande arbete samt ge tydlig information till föräldrarna vid alla permissioner.

Kommentar:

- Hur gör vi för att viktig kunskap nås fram till berörda
- Det är viktigt att den suicidnära berättar hur dåligt han/hon mår
- Det är viktigt att den självmordsnära personen får känna hopp
- Det är viktigt att involvera anhöriga i vården

Lars Wiklund från frivilligorganisationen Suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES)

En pappa berättar om och reflekterar över hur vården agerade under de sista månaderna av hans dotters liv. Lars Wiklund menar att det som kom att hända hans dotter inte hade behövt hända. Det var inte bara ”den mänskliga faktorn” som felade hos den inblandade personalen. Det var så många faktorer som föregick den olyckliga händelsen att det måste betraktas som ett systemfel.

En dag 2008 får jag ett telefonsamtal på jobbet med en inledande fråga om det går bra att prata med mig. Jag svarar jakande på denna fråga. Personen ifråga säger då: ”jag måste tyvärr meddela dig att Lisa är död. Vi har hittat henne livlös i sin säng”. Jag var tvungen att förklara att jag inte kunde prata, eftersom jag satt i ett kontorslandskap. Samtalet blev därefter mycket förvirrande för mig. Personen menade att de inte hade någon aning om att Lisa var så svag. Hon var inte svag tänkte jag, något annat måste ha hänt. Hon hade levt ett långt liv i misär, men fysisk svag var hon inte. ”Finns det något jag kan göra för dig och din hustru?” ”Ja, se till att hon är kvar på avdelningen när vi kommer”. Men när vi kommer dit fanns Lisa inte kvar. Efter polisbesök hade personalen gått med på att låta frakta bort Lisa till rättsmedicin i Solna.

Det som hänt var att man hittat tre metadonkapslar i hennes papperskorg. På avdelningen hade en narkoman varit inskriven men dagen innan skrivits ut med sin medicin. Medicinpåsen fanns i Lisas skåp. Hur hon hade kommit över denna påse var inte klarlagt men narkomanen hade varit kvar på avdelningen i sex timmar efter sin utskrivning och hade under hela denna tid fritt fått disponera sin för andra patienter dödsfarliga medicin.

Lisa hade vid sin bortgång nyligen fyllt 37 år. Redan 1992 då Lisa var 21 år hände något med henne. Hon hade dessförinnan haft en del problematik med den inre tryggheten, utsatts för en del mobbing och hade endast ett fåtal kamrater i sin egen ålder. Första gången hon hade kontakt med psykiatrin var 1992. Under hösten 1992 gjorde hon tvångsmässiga resor fram och tillbaka till England, något som föräldrarna försökte förhindra men inte lyckades med. Hon gjorde sitt första självmordsförsök i januari 1993 då hon intagit

tabletter och magpumpades. Detta upprepades flera gånger och flera andra allvarliga självmordsförsök genomfördes under åren därefter. Hon ville inte vara intagen på psykiatrisk avdelning, vilket visade sig genom att hon konsekvent avvek från vården. Då lämnades hon vind för våg, några uppföljningar eller kontaktförsök gjordes aldrig av vården. Efter Lisas sista stora självmordsbesök, hon blev påkörd av ett pendeltåg men klarade sig mirakulöst med kirurgiska ingrepp på KS intensivavdelning och eftervård på sjukhem och därefter psykiatrisk långvårdsavdelning, blev hon mer positiv till vården eftersom hon fann en form av trygghet där. Under Lisas hela sjukdomstid har hon inte klarat sig själv utan har alltid behövt ha hjälp med praktiska och ekonomiska frågor från vår familj.

Under de tre sista månaderna av Lisas liv befann hon sig på en psykiatrisk avdelning i Stockholmsområdet. Lars läste upp ett avkortat sammandrag av journalanteckningarna från denna vårdtid. En entydig diagnos har varit svår att ställa på Lisa, en autismutredning utfördes av psykolog knuten till avdelningen. Lisa var svår att kommunikativt nå kontakt med. Även psykotiska inslag finns redovisade i dessa journalanteckningar. Vid samtliga suicidriskbedömningar får hon en hög siffra, dvs. att liten risk för suicid föreligger, trots att 1) Lisa flera gånger uttrycker att hon inte vill leva vidare, 2) hon lever i en hallucinatorisk föreställning som går ut på att antingen ska hon dö eller så ska en annan person dö, som hon är känslomässigt bunden till. Och då finns det ju ingen mening för henne att leva 3) hon genomför ett suicidförsök på avdelningen med duschslangen 4) en snara hade hittats av Lars i hennes lägenhet när hon togs in på avdelningen. Den behandling Lisa fick var starka neuroleptika som skulle påverka hennes psykotiska inslag.

I suicidrapporten som ingick i Lex Maria anmälan angav ansvarig läkare att någon suicidriskbedömning inte fanns i anslutning till patientens suicid, att suicidrisken var svårbedömd.

Suicidriskbedömning hade dock gjorts vid ett flertal tillfällen och dessa påvisade låg risk. Därför vidtogs

inga särskilda åtgärder för att skydda Lisa från att ta sitt liv. Efter suicidförsöket med duschslangen hade man dock tagit bort den från hennes duschrum, men i övrigt vidtogs inga säkerhetsåtgärder. Den natt Lisa tog sitt liv fanns ingen tillsyn av patienterna på avdelningen. Vid en genomgång av de kriterier som utvecklats vid KI för suicidriskbedömning visar varje punkt att Lisa rimligen borde ha klassats som en högriskpatient.

Hur kunde det gå så fel?

- *Otillräcklig kompetens, för låg personaltäthet, lokalutformning och utrustning?*
- *En inbyggd "avtrubning" hos personalen som medför att de försummar det faktum att de arbetar med personer som lider av "självdödliga" sjukdomar?*
- *Att suicidrisken bedöms utifrån patientens dagstillstånd när dödslängtan i de flesta fall utgör ett fortvarighetstillstånd?*
- *Att vi anhöriga glöms bort eller negligeras som en viktig del i patientens läkande och vilja att komma tillbaka till livet?*

Det finns en konflikt mellan att isolera människor och därigenom hindra dem att ta sitt liv och låta dem ha en viss frihet. Här borde en viktig insats sättas in så att man även med skydd ska kunna ge den självmordsnära känslan av eget bestämmande och trygghet.

Lisa lever inte längre men nu slipper hon åtminstone lida, det kan ibland kännas som en tröst.

Kommentar:

- Riktlinjer hur vårdavdelningar ska vara utformade
- Hur undviker vi systemfel?
- Kan omorganisation av personalstyrka ske så att betydelsen av personalbrist inte upplevs så svår

Inga-Lill Ramberg, MD. Karolinska Institutet, NASP Utvärdering av första steget i Aktion Livräddning

Aktion Livräddning är ett utbildningsprojekt som bedrivs inom Psykiatri Södra Stockholm i samarbete med NASP. Sektorn har ett upptagningsområde med en befolkning på 231 000 personer över 18 år och omfattar stadsdelarna Södermalm, Enskede – Årsta - Vantör, Farsta och Skarpnäck. Projektet startade 2007 och består av utbildning i självmordspreventivt arbete av samtliga läkare och behandlingspersonal, intensifierad implementering av ett vårdprogram för suicidnära patienter samt införande av ett kriskort som ska delas ut till suicidnära patienter i öppenvård och vid utskrivning.

Resultaten av den utvärdering av Aktion Livräddning som presenteras här grundar sig på en enkätundersökning. En första enkät skickades ut till samtliga läkare och behandlingspersonal (n=500) innan utbildningen av chefer och behandlingsansvariga startade 2007. En uppföljningsenkät sändes 2008 när denna utbildningsomgång genomförts till all personal som svarat på den första enkäten och som fortfarande arbetade inom Psykiatri Södra Stockholm (n=312). 222 personer besvarade båda enkäterna.

Den personal som deltagit i utbildningen rapporterar att de har fått ökade kunskaper som påverkat deras sätt att arbeta med självmordsnära patienter. De anser också att de nu i större utsträckning har tillräcklig utbildning för detta arbete. Vidare rapporterar de att tydligheten i arbetet med självmordsnära patienter ökat och att de fått en större trygghet i arbetet. De har dessutom fått en mer positiv syn på möjligheterna att förebygga självmordshandlingar.

Oavsett om personalen deltagit i utbildningen eller inte så tycks utbildningen och den intensifierade implementeringen av vårdprogrammet haft effekt inom hela organisationen, eftersom fler anser att de fått information om hur vårdprogrammet ska användas och fler anser att de har nytta av det.

I vårdprogrammet för suicidnära patienter ingår ett antal rutiner som ska tillämpas i vården av dessa patienter. Personalen verkar vara mer säkra på att vissa av dessa rutiner följs än andra. De rutiner de är säkra på att de används är att man ska larma specialistläkare

om en självmordsnära patient avviker, att misstanke om suicidrisk rapporteras till behandlingsansvarig eller patientansvarig läkare samt att psykiatrisk specialist kontaktas för bedömning av självmordsrisk. De rutiner som personalen är mer osäkra på om de används eller inte är om alla självmordsnära patienter får en individuell vårdplan, om anhöriga görs delaktiga i behandlingen av självmordsnära patienter, om överlämnandet av patienten från en vårdgivare till en annan fungerar samt om alla självmordsnära patienter får särskild uppföljning efter utskrivning.

Påpekas bör att detta inte behöver innebära att dessa rutiner i praktiken inte följs. Oavsett vilket har medvetenheten om att rutinerna följs ökat efter Aktion Livräddning när det gäller vissa av de rutiner som ingår i vårdprogrammet. Dessa är:

- att psykiatrisk specialist kontaktas för bedömning av självmordsrisk,
- att skattningsskalor används för suicidriskbedömning, samt
- att självmordsnära patienter får särskild uppföljning efter utskrivning.

Aktion Livräddning har fortsatt med utbildning av samtliga kontaktpersoner (mentalskötare) samt genom att ytterligare utbildningar av chefer och behandlingsansvariga äger rum under våren 2010.

En rapport över utvärderingen av det första steget i Aktion Livräddning kommer att ges ut under hösten 2009. En slutrapport om projektet beräknas föreligga under våren 2011.

Kommentar:

- Hur kan information komma allmänheten till del att det går att påverka kunskap och bemötande genom utbildning?

Jussi Jokinen, MD, Karolinska Institutet, NASP, Lex Maria anmälningar av självmord hos unga vuxna inom Stockholms län

Syftet med haveriutredningar är att konstruera händelseförlopp som tydliggör vilka faktorer och insatser som hade kunnat förhindra enskilda suicidhändelser. En suicidhandling kan ses som ett psykologiskt misstag eftersom de flesta som överlever ett suicidförsök några år senare vill fortsätta att leva. Forskning om mänskliga misstag pekar på två typer av förebyggande åtgärder – åtgärder inriktade på individen och åtgärder inriktade mot individens miljö.

Insatser inriktade på individen inkluderar utvecklingen av förmåga att lösa problem samt hantera negativa känslor, inklusive suicidtankar, utan att bli överväldigad av dem. En del åtgärder inriktade mot miljön rör fysiska aspekter som läkemedelsförpackningar och räcken på utsatta broar. Andra aspekter gäller omgivningens sätt att bemöta individer som är deprimerade och har suicidtankar.

Denna information kan användas i det förebyggande arbetet.

- ***Ett exempel är Socialstyrelsens granskning av Lex Maria anmälningar. Den 1 februari 2006 trädde den föreskrift i kraft som anger anmälningsskyldighet enligt Lex Maria av de självmord som människor har begått i anslutning till hälso- och sjukvården inom en månad efter senaste vårdkontakt. Syftet har varit att identifiera systembrister som kan ha bidragit till självmordet.***
- Risk-och skyddsfaktorer för suicid hos unga vuxna är troligtvis annorlunda än i den äldre befolkningen.
- ***Vi utför ett omfattande forskningsarbete med hjälp av Socialstyrelsens och Rättsmedicinalverkets register och handlingar t.ex. Lex Maria anmälningar och sjukjournaler av avlidna patienter för att kartlägga risk-och skyddsfaktorer för fullbordat suicid hos unga vuxna (under 25 år) inträffade i Stockholms län mellan 2000-2008.***
- Vi analyserar vetenskapligt hur haveriutredningar vid inträffade suicid kan förbättra identifiering av vårdsystem relaterade brister och hur dessa brister samverkar med individuella riskfaktorer hos denna patientgrupp. Syftet med detta projekt om haveriutredningar och suicidprevention är att belysa självmordsproblematik ur flera synvinklar i dess komplexitet och att bidra till ökad kunskap

om åldersgruppsspecifika riskfaktorer och erhållen psykiatrisk behandling samt om vilka omhändertagande och behandlingsmodeller som kan förebygga framtida självmordsförsök eller självmord. En viktig övergripande målsättning är att hitta evidensbaserad biologisk, psykologisk, klinisk och systemkunskap som kan användas som underlag för att ta fram mera precisa instrument för riskbedömningar och att kunna utveckla mera specifikt inriktade behandlingsinsatser på suicidalt beteende och suicidpreventiva åtgärder speciellt inriktade på unga vuxna.

De viktigaste undersökningsvariablerna ur systemtänkandet från haveriutredningar är:

- ***självmordsriskbedömningar - skalor, upprepning av bedömning***
- ***dokumentation - självmordsriskbedömningar, diagnostik, symtomskattningar***
- ***samverkan, vårdkedjor***
- ***informationsöverföring***
- ***kontinuitet***
- ***kompetens***
- ***vårdprogram och vårdplaner***
- ***tillsyn och övervakning***

Ur risk-och skyddsfaktors tänkandet: psykiatrisk sjuklighet, diagnostik, tidigare suicidalt beteende, erhållen behandling av eventuell psykiatrisk sjukdom, slutenvårdsinsatser, LPT lagstiftning, LRV lagstiftning, farmakologisk behandling, psykoterapeutiska åtgärder, familjeterapeutisk synsätt, kontakter med socialtjänsten och kriminalvården. Speciell fokus ska riktas på analys av erhållen barn-och ungdomspsykiatrisk vård och analys av den suicidala processen.

Kommentar:

- Vad kan vi göra för att minska Lex Maria anmälningar
- Hur förändras kunskapen hos berörd personal

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**