



Foto: Cécile Everett

Nationella självmordspreventiva nätverkskonferensen i Göteborg

Dokumentation från konferensen 2017



**Karolinska
Institutet**

Berättelserna ger ny kunskap

Dokumentation
från den 11:e nationella självmordspreventiva
nätverkskonferensen i Göteborg
Lena Moberndt och Danuta Wasserman

Suicidprevention2017

Innehåll

Berättelserna ger ny kunskap	3
Förord.....	8
Inledning	9
Program	10
Filmen Steg för livet	16
Välkommen till Göteborg	17
Evidensbaserad suicidprevention	20
Good reasons for listening to suicidal narratives	24
Brukare och ideella organisationer – den framåt drivande kraften	26
Suicidprevention – vi kan alla bidra!	28
Om möten som räddar liv och kan äga rum överallt – från psykakuten till Pokémongym	28
Vad kan suicidpreventionen lära av trafiksäkerhetsarbetet?	29
1 B Psykosocial (o)hälsa, suicidalitet och suicidprevention bland samer.....	33
1 C Samtal om existentiell hälsa	34
Existentiell hälsa – en resurs i självmordspreventionen	34
Samtal om existentiell hälsa	34
1 E Ungdomars egna röster – berättelser och reflektioner om hur samhället kan stötta vid psykisk ohälsa	36
Du är värd att bli lyssnad på – Svenska kyrkans nätvandrare	36
1 F HBTQ personers utsatthet – normkritiska perspektiv i suicidpreventionen	38
Hbtq och normer	38
Mannen som inte visste hur en var en man och därför måste dö... ..	40
Hbtq-personers utsatthet – normkritiska perspektiv i suicidpreventionen	41
Inkluderande bemötande	42
1 H Hälsofrämjande arbetsmiljöer – hur skapar vi en hållbar psykosocial arbetsmiljö?	43
Varför är det viktigt att ställa frågor om suicid vid stressrelaterad psykisk ohälsa?	43
2 A Utbildning kan minska självmorden	46
Youth Aware of Mental health (YAM)	46
Göteborgs ungdomsmottagningars förebyggande och utåtriktade arbete	47
Psykisk livräddning – baskurs i suicidprevention	50
Våga fråga – arbetsplats, Suicide Zeros två timmars utbildning	53
Första hjälpen till psykisk hälsa, Kommun och sjukvård, Samverkan i Göteborgsområdet	54
2 C Varför är självmord vanligare bland män trots att depression och suicidförsök är vanligare bland kvinnor?	57
Male Depression and Suicidality, The Gotland Experience	57
Suicidalitetens könsparadox ur ett neurobiologiskt perspektiv	58
2 D Nya arbetssätt och metoder i psykiatrin – en fråga om patientsäkerhet.....	63
Patientsäkerhet och suicidprevention	63
Öka skyddet mot suicid genom att förstå och utveckla hälso- och sjukvårdssystemet, FRAM-analys på öppenvårdsmottagning	68

Trygg vårdövergång – nytt arbetssätt minskade suicidtalerna	69
Peer support	71
2 E Anhörigstöd – hur kan vi stödja människor i deras relation med suicidnära anhöriga och hur kan vi stödja de efterlevande?	73
Anhöriga måste inkluderas i vården!	73
Familjeband – en DBT-baserad utbildning för närstående till suicidnära patienter	75
Min syster Johanna.....	77
Navigare-projektet	79
Läsa för livet	82
2 G Kan ett gott omhändertagande förebygga suicidrisk bland unga?	83
Att möta unga som har tankar på att ta sitt liv.....	83
Antidepressiv medicinering till barn och unga: Hjälper vi eller stjälper vi?	85
Kort sammanfattning av presentation av humörregleringsinriktad kognitiv beteendeterapi (hr-kbt)	87
2H Behandling av suicidnära personer	88
Framtidsorienterade ”tänkande” och psykisk hälsa/ohälsa	88
Nära framtidsbilder som terapeutiska verktyg	90
Vad personer tänkt och känt i samband med en akut suicidal episod	93
3 A Samtal om suicidalitet och personcentrerad vård	95
Om vikten av att våga prata om existentiella frågor och döden	95
Teori och erfarenheter inom personcentrerad vård	96
Vårdande av personer med risk för självmord: Vad kan bidra till att stödja och stärka patientens personliga återhämtning?	97
3 B Nordiska perspektiv på suicid	99
Recent Danish aspects of suicide prevention	99
Suicide Mortality and Suicide Prevention in Finland.....	102
3 C Skarpt läge – blåljussamverkan	103
Gemensamt arbete med självmordsprevention inom Stockholms län (SPIS) numera Sverige	103
3 D Nya behandlingsformer av självskador och suicidalitet – exempel ur praktiken ..	105
Nya behandlingsformer för självskadebeteende och suicidalitet. Tidig intervention: ERGT (Emotion Regulation Group Therapy)	105
Intervju med Helena Löwen-Åberg fysioterapeut, specialist inom psykosomatik/ psykiatri	108
Samtal kring suicidprevention – och kroppens betydelse	110
3 E Se till mig som ny i landet är – asylsökande och ensamkommande ungdomars psykiska (o)hälsa och risken för suicid, hur kan vi hjälpa?.....	112
Suicidprevention ur ett aktivitetsvetenskapligt perspektiv	112
3 F Alkohol som riskfaktor för suicid – ett befolkningsperspektiv	117
3 G Vad är suicidalitet? Och hur lär man sig bedöma den?	119
Introduktion. Helhet och perspektiv.....	119
Vetenskap och verkstad – Columbiaskalan (C-SSRS) i forskning och kliniskt bruk, del 1: sammanfattning.....	122
Vetenskap och verkstad – Columbiaskalan (C-SSRS) i forskning och kliniskt bruk: del 2.....	124
3 H Hur förklarar vi våra suicidpreventiva handlingsplaner?	126

Suicidpreventivt arbete i Åmåls kommun.....	129
Region Gotland – program för självmordsförebyggande arbete.....	131
4 B Hur skapar vi långsiktig systematisk suicidprevention i Sverige?	133
4 C Att förebygga skarpt läge	136
Stängsling och kameraövervakning är det effektivt mot självmord?	136
Vetlandamodellen: Tankemodell kring förebyggande av psykiska olyckor	137
Ny metod räddar liv på järnvägsspåren	139
4 D Att överleva ett liv med suicidtankar som ständig följeslagare	140
Naturens betydelse i pressande livssituationer – grön miljö som en resurs för hälsa, välbefinnande och att hantera stress	140
4 E Livräddande och samordnade insatser – vikten av KASAM	143
SIP (samordnad individuell plan) ur ett brukarperspektiv	143
Ekonomisk utsatthet och psykisk ohälsa. Om ”economic suicides” ⁽¹⁾ och överskuldssättning vs folkhälsa.....	145
Kreativitet och meningsskapande	147
4 F Hur fungerar hjärnan vid suicidalitet, särskilt vid svåra val och psykisk smärta?..	150
Avvisad, smärta och suicidalitet – Hur fungerar hjärnan?	150
Beslutsfattande och suicid	151
Hjärnvandring. En förenklad bild av hur hjärnan fungerar	157
Hjärnans struktur och funktion	158
4 G Suicidaliteten ur ett genusperspektiv – hur kan vi arbeta förebyggande för att minska suicidtalerna bland män?	161
Suicidpreventionsarbetet behöver ett genusperspektiv	161
4 H Samtal om suicidprevention för äldre	163
Kvalitet i äldreomsorgen ur ett anhörigperspektiv	163
Summering – Hur går vi vidare?	166
Avslutande ord	173
Resolution	175

Förord

Den 11:e nationella suicidpreventiva konferensen anordnades i Göteborg i september 2017. De nationella nätverkskonferenserna, som på NASP:s initiativ startade 1997, samlade år 2017, med Suicidprevention i Västra Götalandsregionen (SPIV) som arrangörer, 920 deltagare i Göteborg. Deltagarna, som kom från alla sektorer av samhället, arbetar alla på olika sätt med suicidprevention. Forskare, ideella organisationer, tjänstemän från kommuner, landsting och statliga verk liksom intresseorganisationer, anhöriga och frivilliga m.fl. medverkade för att ta del av inspirerande ny kunskap och för att dela med sig av egna erfarenheter.

Temat för konferensen var berättelsen. Vi fick ta del av människors erfarenhet av suicidtankar och suicidförsök såväl som forskning och vårdens reflektioner kring berättelsens betydelse för nya sätt att nalkas det svåra mötet med suicidnära personer.

Digniteten i att c:a 1500 människor tar sitt liv i Sverige varje år tydliggör behovet av att ytterligare medel, forskning och erfarenhetsutbyte behövs för att arbetet med att förebygga självmord ska kunna vidareutvecklas.

Kunskap och evidensbaserad forskning visar att förutsättningar nu tycks finnas för att intensifiera arbetet på alla nivåer. Många engagerade människor tycks villiga att bidra med sina kunskaper och erfarenheter. Kompetensen finns på alla plan i samhället, såväl forskare som tjänstemän och ideella organisationer tycks redo för samarbete och konkreta insatser i sina respektive verksamheter.

Mycket har hänt sedan nollvisionen beslutades år 2008 och den och de nio strategierna har varit viktiga steg i arbetet. Mycket viktigt är också det uppdrag Folkhälsomyndigheten har att samordna arbetet med suicidprevention på nationell nivå samt verka för att det självmordspreventiva arbetet bedrivs enligt bästa tillgängliga kunskap med hjälp av behovsanpassade och praktiskt kunskapsstödande insatser. Men nu behöver arbetet intensifieras och konkretiseras. Handlingsplaner och lokala mål behövs i statliga verk, kommuner och landsting. Konferensen visar att såväl kompetens som engagemang finns för den viktiga frågan att förebygga självmord.



Danuta Wasserman

Senior Professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska Institutet (KI)

Chef för Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention (NASP) vid Karolinska Institutet sedan 1993

Chef för WHO:s samarbetscentrum för forskning, metodutveckling och utbildning i suicidprevention

Ordförande i Europeiska Psykiatriska Föreningens (EPA:s) kommitté för etiska frågor

Solna, maj 2018

Inledning

Den 12–13 september 2017 samlades forskare, politiker, representanter från myndigheter och departement, sjukvårdspersonal, brukare och ideella organisationer, anhöriga m.fl. på Svenska Mässan i Göteborg för den 11:e nationella suicidpreventiva konferensen. Årets tema var *Steg för livet – ny kunskap och effektivare samarbete* för att förebygga självmord.

Konferensens målsättning var att steg för steg bygga upp en mer integrerad suicidprevention, där regering och riksdag tar sitt ekonomiska ansvar och där alla, från den vanliga medmänniskan via arbetsplatser, företag, ideella organisationer, kommuner, landsting och regioner upp till EU, vet sin roll. Då kan vi få ett system som skyddar livet. Syftet var också att fortsätta den förra nationella konferensens intention att bygga ett livsfrämjande samhälle.

Ett centralt tema var berättelsens betydelse för att upptäcka de brister i vårt samhällssystem som behöver förbättras för att fånga upp människor i kris.

Konferensen arrangerades av Suicidprevention i Västra Götalandsregionen (SPIV) i samverkan med Folkhälsomyndigheten och Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, NASP, vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting.

Rapporten består av de sammanfattande texter som föreläsare skickat in. Hänvisningar görs också till de PowerPoint–presentationer som finns tillgängliga på konferensens hemsida spkonferens2017.se – såväl från föreläsare som sända in sammanfattningar som föreläsare som inte har någon text i rapporten.

Program

TISDAG 12 SEPTEMBER

8.30-10.00

Registrering & kaffe

10.00-10.25

Lokal: Kongresshallen

Välkommen till Göteborg

Monica Selin, Regionråd Västra Götalands -
regionen, gruppleddare i Kristdemokrater-
nas regionfullmäktigegrupp, ordförande i
Psykiatriberedningen. Else-Marie Törnberg,
verksamhetschef Suicidprevention i väst
(SPIV) och Jan Beskow, professor, psykiater

10.25-10.50

Resan tillbaka till livet

Anneli Wester, äventyrare och föreläsare
(Anneli fortsätter sin berättelse i pass 1G)

10.50-11.05

Evidensbaserad suicidprevention

Danuta Wasserman, Professor
Karolinska institutet och chef för NASP

11.05-11.35

Good reasons for listening to
suicidal narratives

Föreläsningen hålls på engelska
Prof. Dr. Med. Konrad Michel,
University of Bern

11.35-12.00

Brukare och ideella organisatio-
ner – den framåt drivande kraften
Elisabet Lundberg, Nationell Samverkan för
Psykisk Hälsa i Göteborg (NSPHIG)

12.00-13.30

Lunch & mingel bland utställare
och posters

13.30-15.00

Valbara pass 1

(Se program för lista med seminarier
och lokaler)

15.00-15.30

Kaffe, smörgås & mingel bland
utställare och posters

15.30-17.00

Valbara pass 2

(Se program för lista med seminarier
och lokaler)

18.45

Mingel i kongressfoajén

Representationsmottagning
Göteborgs stad och
Västra Götalandsregionen

19.15

Lokal: Kongresshallen

Middag och underhållning
Med bland annat Zinat Pirzadeh
och Kristian Anttila

PROGRAM TISDAG 12 SEPTEMBER

Elisabet arbetar med brukarinflytande, samverkan och är utbildningsansvarig på NSPHiG. Hon är också hjärnkollsambassadör och har en bred bakgrund inom arbete med missbruksbehandling, vård och omsorg och är utbildad kulturprojektledare med huvudämnen inom samhällsvetenskap

12.00-13.30 Lunch & mingel bland utställare och posters

13.30-15.00 Valbara pass 1

- 1A. Narrative principles in interviewing persons with suicidality, part 1. (föredraget hålls på engelska) Lokal: G1
- 1B. Psykosocial (o)hälsa, suicidalitet och suicidprevention bland samer. Lokal: R5-6
- 1C. Samtal om existentiell hälsa. Lokal: J1
- 1D. Skörheten – skildring av psykisk smärta på film. Lokal: R22-23
- 1E. Ungdomars egna röster – berättelser och reflektioner om hur samhället kan stötta vid psykisk ohälsa. Lokal: Kongresshallen
- 1F. HBTQ personers utsatthet – normkritiska perspektiv i suicidpreventionen. Lokal: R2
- 1G. Resan tillbaka till livet – fortsättning från Plenum. Lokal: R24-25
- 1H. Hälsöfrämjande arbetsmiljöer – hur skapar vi en hållbar psykosocial arbetsmiljö?. Lokal: J2

15.00-15.30 Kaffe, smörgås & mingel bland utställare och posters

15.30-17.00 Valbara pass 2

- 2A. Utbildning kan minska självmorden. Lokal: G1
- 2B. Livsviktiga komplement till vården – digitala stöd och samtalsforum. Lokal: R5-6
- 2C. Varför är självmord vanligare bland män trots att depression och suicidförsök är vanligare bland kvinnor? Lokal: J1
- 2D. Nya arbetssätt och metoder i psykiatri – en fråga om patientsäkerhet. Lokal: R2
- 2E. Anhörigstöd – hur kan vi stödja människor i deras relation med suicidnära anhöriga och hur kan vi stödja de efterlevande? Lokal: J2
- 2F. Narrative principles in interviewing persons with suicidality. Part 2. Workshop max 25 platser. Lokal: R22-23
- 2G. Kan ett gott omhändertagande förebygga suicidrisk bland unga? Lokal: R24-25
- 2H. Behandling av suicidnära personer. Lokal: Kongresshallen

18.45 Mingel i kongressfoajén

Representationsmottagning Göteborgs stad och Västra Götalandsregionen

19.30 Middag och underhållning Kongresshallen

Med bland annat Zinat Pirzadeh och Kristian Anttila

ONSDAG 13 SEPTEMBER

8.30-9.00

Lokal: Kongresshallen

Moderator: Else-Marie Törnberg, verksam -
hetschef Suicidprevention i Väst

Suicidprevention – vi kan alla
bidra! Om möten som räddar liv
och kan äga rum överallt – från
psykakuten till Pokémongym
Mikaela Javinger

9.00-9.40

Understanding and intervening
with suicidal patients: One size
doesn't fit all

Föreläsningen hålls på engelska
Barbara Stanley, PhD, is professor of
Medical Psychology at the Department of
Psychiatry, Columbia University, New York.

9.40-10.00

Vad kan suicidpreventionen lära
av trafiksäkerhetsarbetet?

Anna-Lena Andersson, sakkunnig
Trafikverket

10.00- 10.30

Kaffe & mingel bland utställare
och posters

10.30-12.00

Valbara pass 3

(Se program för lista med seminarier
och lokaler)

12.00-13.10

Lunch & mingel bland utställare
och posters

13.10-14.40

Valbara pass 4

(Se program för lista med seminarier
och lokaler)

14.40-15.00

Kaffe & mingel bland utställare
och posters

15.00-15.45

Summering – hur går vi vidare?

Moderator: Else-Marie Törnberg,
Verksamhetschef Suicidprevention i Väst
Medverkande: Alfred Skogberg, general-
sekreterare Suicide Zero, Sonny Wählstedt,
verksamhetsansvarig och ordförande
NSPHiG, ordförande SPIV och SPES riks,
Lise-Lotte Risö Bergerlind, enhetschef
Kunskapsstöd för psykisk hälsa, Västra
Götalandsregionen, Ing-Marie Wieselgren,
projektchef SKL, Ylva Ginsberg, Social-
styrelsen, Jenny Telander, Folkhälsomyndig-
heten, Kerstin Evelius, Socialdepartementet

15.45-16.00

Avslutande ord

Danuta Wasserman,
Professor Karolinska Institutet,
chef för NASP

PROGRAM TISDAG 12 SEPTEMBER

8.30-10.00 Registrering & kaffe

10.00-10.25 Välkommen till Göteborg Kongresshallen

Monica Selin, Regionråd Västra Götalandsregionen, gruppleddare i Kristdemokraternas regionfullmäktigegrupp, ordförande i Psykiatriberedningen

Inledning: Else-Marie Törnberg, verksamhetschef Suicidprevention i väst (SPIV) och Jan Beskow, professor, psykiater

10.25-10.50 Resan tillbaka till livet Kongresshallen

Anneli Wester är föreläsare och äventyrare, känd bland annat för sina bergsbestigningar. Annelis historia handlar om hennes come back. Hennes liv startade med en trasig mamma och sexuella övergrepp i uppväxten, självskador och vård i sju år inom psykiatri- och sedan, resan tillbaka till livet. Hon förklarar på ett osentimentalt och lättbegripligt sätt varför det blev som det blev, ger konkreta förslag på hur man kan agera för att minska konflikter, undvika att trigga det destruktiva och hur man kan göra för att istället hjälpa och läka utifrån fokus på möjligheter och framför allt varför man aldrig ska räkna ut någon

(Anneli fortsätter sin berättelse i pass 1G)

10.50-11.05 Evidensbaserad suicidprevention Kongresshallen

Danuta Wasserman, Professor Karolinska institutet och chef för NASP

11.05-11.35 Good reasons for listening to suicidal narratives
Föreläsningen hålls på engelska Kongresshallen

Prof. Dr. Med. Konrad Michel, University of Bern

Not only suicide is taboo. People suffering from suicidality as well as their relatives are also hit by the taboo. Other people do not know what to say to them. One of the main goals of this conference is to break this taboo and help people experiencing suicidality to re-gain the authority over their own lives. One important way is to listen to their narratives, another is to appreciate their deep experiences of suicidality.

Professor Konrad Michel is initiator and member of the Aeschi group, created in the community of Aeschi in Switzerland in the year 2000. The group consists of internationally highly respected psychiatrists and psychologists. Since 2002 they have pointed out the necessity to listen more sensitively to what suicidal people really say in order to meet them in the right way. Konrad Michel has also together with Anja Gysin-Maillart published the manual Attempted Suicide Short Intervention Program, ASSIP

11.35-12.00 Brukare och ideella organisationer
– den framåt drivande kraften. Kongresshallen

Elisabet Lundberg, Nationell samverkan för psykisk hälsa i Göteborg (NSPHIG)

PROGRAM ONSDAG 13 SEPTEMBER

Moderator: Else-Marie Törnberg, verksamhetschef Suicidprevention i Väst

8.30-9.00 Suicidprevention – vi kan alla bidra! Om möten som räddar liv och kan äga rum överallt – från psykakuten till Pokémongym
Kongresshallen

Mikaela Javinger är skribent, psykiatridebattör och föreläsare med fokus på bemötande- och inflytandefrågor ur egnerfaret patientperspektiv. Mikaela berättar här om vad som hjälpt henne, hur hon kunnat hjälpa andra och hur vi alla kan hjälpa

9.00-9.40 Understanding and intervening with suicidal patients:
One size doesn't fit all
Föreläsningen hålls på engelska
Kongresshallen

Barbara Stanley, PhD, is professor of Medical Psychology at the Department of Psychiatry, Columbia University, New York. She is also director at the Suicide Prevention Training Implementation & Evaluation Center for Practice Innovations at the New York State Psychiatric Institute. Barbara Stanley thus has unique experience to the understanding of suicidal behavior and self-hurting

9.40-10.00 Vad kan suicidpreventionen lära av trafiksäkerhetsarbetet?
Kongresshallen

Anna-Lena Andersson, sakkunnig Trafikverket

10.00- 10.30 Kaffe & mingel bland utställare och posters

10.30-12.00 Valbara pass 3

- 3A. Samtal om suicidalitet och personcentrerad vård. R5-6
- 3B. Nordiska perspektiv på suicid (föredraget hålls på engelska) Lokal: R22-23
- 3C. Skarpt läge – blåljussamverkan. Lokal: R24-25
- 3D. Nya behandlingsformer av självskador och suicidalitet – exempel ur praktiken. Lokal: J1
- 3E. Se till mig som ny i landet är – asylsökande och ensamkommande ungdomars psykiska (o) hälsa och risk en för suicid, hur kan vi hjälpa? Lokal: J2
- 3F. Alkohol som riskfaktor för suicid ur ett behandlings – och befolkningsperspektiv. Lokal: R2
- 3G. Vad är suicidalitet? Och hur lär man sig bedöma den? Lokal: Kongresshallen
- 3H. Hur förverkligar vi våra suicidpreventiva handlingsplaner? Lokal: G1

12.00-13.10 Lunch & mingel bland utställare och posters

13.10-14.40 Valbara pass 4

- 4A. Self-hurting and suicidality in young people (föredraget hålls på engelska) Lokal: G1
- 4B. Hur skapar vi långsiktig systematisk suicidprevention i Sverige? Lokal: R2
- 4C. Att förebygga skarpt läge. R24-25
- 4D. Att överleva ett liv med suicidtankar som ständig följeslagare. Lokal: J1

PROGRAM ONSDAG 13 SEPTEMBER

4E. Livräddande och samordnade insatser- vikten av KASAM. Lokal: J2

4F. Hur fungerar hjärnan vid suicidalitet, särskilt vid svåra val och psykisk smärta? Lokal: Kongresshallen

4G. Suicidalitet ur ett genusperspektiv – hur kan vi arbeta förebyggande för att minska suicidtalerna bland män? Lokal: R22-23

4H. Samtal om suicidprevention för äldre. Lokal: R5-6

14.40-15.00 Kaffe & mingel bland utställare och posters

15.00-15.45 Summering – hur går vi vidare? Kongresshallen

Moderator: Else-Marie Törnberg, verksamhetschef Suicidprevention i Väst

Slutreplik från några av de myndigheter och brukarorganisationer som sätter ramarna för svensk suicidprevention

Medverkande: Alfred Skogberg, generalsekreterare Suicide Zero, Sonny Wählstedt, verksamhetsansvarig och ordförande NSPHiG, ordförande SPES och SPIV, Lise-lotte Risö Bergerlind, Enhetschef Kunskapsstöd för psykisk hälsa, VGR, Ing-Marie Wieselgren, projektchef SKL, Ylva Ginsberg, Socialstyrelsen, Jenny Telander, Folkhälsomyndigheten, Kerstin Evelius, Socialdepartementet

15.45-16.00 Avslutande ord Kongresshallen

Danuta Wasserman, Professor Karolinska institutet, chef för NASP

Filmen Steg för livet

www.stegforlivet.se/filmen

Konferensen inleddes med att filmen Steg för livet visades. Filmen är producerad för Suicidprevention i Väst och Västra Götalandsregionen. Inledningsvis konstateras att var sjätte timme tar en människa sitt liv. Du kan göra skillnad.

Historierna i filmen är inspirerade av berättelser från personer i olika åldrar, som alla överlevt ett självmordsförsök.

Filmen lär ut fyra steg för att rädda liv

1 – TA KONTAKT

Märker du att någon nära dig mår dåligt och kanske har förändrats på ett sätt som gör dig orolig? Prata med personen. Du kan säga: ”Jag ser att du inte mår bra, vill du berätta för mig hur du har det?” Ibland kan det räcka med ett samtal för att en person ska skjuta upp planerna på att ta sitt liv och till slut avstå från självmord.

2 – VISA ATT DU BRYR DIG OCH VILL LYSSNA

Fråga om det har hänt något särskilt. Håll ögonkontakt under samtalet, försök att vara öppen och fördomsfri. Var inte rädd för att det ska bli tyst. Under tystnaden bearbetas tankar och känslor. Ibland behöver du ställa tydliga frågor för att samtalet ska komma igång. ”Vad gjorde du igår? Hur har du det i skolan/på arbetet? Kommer det fram saker som personen upplever som positiva i sitt liv, lyft fram och förstärk dem.

3 – FRÅGA OM SJÄLVMORD

När du ställer frågan visar du att det är okej att prata om självmordstankar. Du behöver inte vara orolig för att frågan ökar risken för självmord. Det är en myt. Du kan fråga: ”Är det så jobbigt att du ibland tänker på att avsluta ditt liv?” Om det är så: ”har du tänkt ut hur du skulle gå tillväga?” Långt gångna planer kan tyda på att situationen är mer allvarlig. Har personen varit i en liknande situation, hur hanterade hen det då? Ta allt prat om självmord på allvar och lova aldrig att du håller någons självmordstankar hemliga.

4 – SÖK HJÄLP – INGE HOPP

Betona att det finns hjälp att få och diskutera hur du kan vara ett stöd. Erbjud dig att följa med och söka hjälp. Under fliken Hjälptjänst hittar du information om vart du kan vända dig. Försök se till att personen känner sig lugn, stanna kvar och kontakta gärna någon som hen är trygg med. Lämna aldrig någon som är självmordsnära ensam. Verkar personen inte ha kontroll över situationen se det som ett nödläge – ring 112 eller åk till psykiatrisk akutmottagning på närmaste sjukhus.

Välkommen till Göteborg

Monica Selin, Regionråd Västra Götalandsregionen, gruppledare i Kristdemokraternas regionfullmäktige-grupp, ordförande i Psykiatribereidningen.

It is my pleasure to welcome our speakers but also all of our other guests to the 2017 National Suicide Prevention Conference! We are pleased to see that there are so many of you that have made the effort to come here to Gothenburg. We are here to address the difficult and painful subject of suicide. But I am convinced that these two days will increase our mutual understanding and prepare us for the important work ahead of us, to prevent suicide. Välkommen till den elfte nationella suicidpreventiva konferensen. Välkommen till Västra Götaland och Göteborg.

Var sjätte timme tar en människa livet av sig i Sverige. Varje dag. Året om. Tio gånger fler gör ett suicidförsök och ytterligare tio gånger fler överväger att ta sitt liv.

Bakom alla siffror i statistiken gömmer sig medmänniskor i behov av vård och stöd. Vid varje självmord och varje självmordsförsök drabbas också nära och kära, vänner och anhöriga. Därför är det viktigt att ta utmaningen med den psykiska ohälsan på allvar.

Trots att psykisk ohälsa är utbredd har psykiatrin historiskt sett haft mycket svårt att hävda sig gentemot den somatiska vården. Tyvärr. Vårdens tillkortakommande har inneburit onödigt lidande för människor som inte sällan bollats mellan olika vårdinstanser.

Men sedan 2015 utgör psykiatrin ett prioriterat område i Västra Götalandsregionen. Vi har satsat på mobila team inom självskadevården i hela västra Götaland och vi håller på att bygga upp en högspecialiserad enhet inom självskadevården som första region i landet.

För människor som tänker på, planerar och försöker genomföra suicid spelar sjukvården en mycket viktig roll. Naturligtvis för att förebygga i ett tidigt skede, men också för att rädda liv i en akut situation eller hjälpa på vägen tillbaka efter ett suicidförsök. Men hur tillgänglig och högkvalitativ sjukvården än lyckas bli så kan den aldrig ersätta de mänskliga möten som sker i vår vardag, där var och en av oss kan göra skillnad för medmänniskor som mår dåligt.

Därför tog Psykiatribereidningen i Västra Götalandsregionen förra året initiativ till kampanjen ”Steg för livet”, som riktat sig till allmänheten. Kampanjen bestod av flera delar, hemsida och utbildningsmaterial. Jag är så stolt och glad för den uppmärksamhet som filmen fått.

Den psykiska ohälsan måste tas på allvar och därför kan jag inte nog understryka vikten av att fortsätta förstärka och utveckla vården för att minska den psykiska ohälsan och förbättra omhändertagandet av patienter med psykisk sjukdom.

Jag hoppas ni alla får givande och inspirerade dagar. I want to say once more on behalf of the organizing committee, welcome. It's a pleasure to see so many of you here.

Tusen tack Monica för de välkomnande orden.

Jag heter Else-Marie Törnberg och vid min sida så har jag professor Jan Beskow. Jag är så glad att Jan får vara med och uppleva den här glädjen. Som ni ser har vi ballonger och träd och vi har byggt upp ett vardagsrum här på scenen.

Det finns tre riktigt bra anledningar att glädjas här idag.

- För det första glädjen att vi som regionala nätverk nu firar tjugoförårsjubileum. Det gäller att vara uthållig. Nu börjar det bli resultat.
- Det andra är att vi har ett publikrekord, vi är 920 deltagare på konferensen. Är det inte fantastiskt!
- Sist men inte minst är det här en konferens för livet. Det är livet vi firar när vi ser hur många som är här idag och blir inspirerade av varandra och av all kunskap vi ser här idag. Det är den glädjen vi vill spegla här på scenen.

Vi vill ta nästa steg i suicidpreventionen. Vi måste fråga om suicid, fråga om självmordstankar. Det är ett sätt att minska tabun. Vi måste stanna kvar och lyssna på svaret.

Ett annat sätt är att du använder den här kassen, ni alla fått tillsammans med konferensmaterialet, med texten: *Vad går du och bär på?* Den frågan har många bottnar, vi hoppas att den ska väcka nyfikenhet hos människor. Kanske kan det bli ett livsavgörande samtal, ett gott möte mellan dig och din medmänniska.

Jan Beskow brukar säga: Låt de goda mötena skapa relationer till människor, som kan befolka ditt inre och berika ditt liv. Med de orden lämnar jag över ordet till Jan Beskow.

Så är ni då här allihopa, alla lika välkomna. I ett och ett halvt år så har den här konferensen funnits i mitt, Else-Maries, Felicias och Sarahs huvuden och den har trängt bort nästan allt annat.

Vi gjorde en omvärldsanalys och ställde frågan: Hur mår svensk suicidprevention? Jo, den mår ganska bra visar det sig.

Tabueringen håller på att försvinna och det finns en enorm aktivitet i hela landet, men den är inte särskilt bra samordnad och det finns inte tillräckligt stöd från statligt håll. Staten börjar vakna. I september 2016 fick vi för första gången ett anständigt anslag. Men det behövs mycket mer.

Inspirerade av Konrad Michel och andra vill vi sätta berättelsen i fokus. Vi måste fråga på ett nytt sätt, mycket mer detaljerat. Vi vill ha berättelsen som huvudtema. Handlingen är något annat än att man tänker på suicid. Av 400 personer som tänker på suicid för egen del, är det en som begår självmord.

Men kunskapen då, vad går framåt? Hjärnforskningen går framåt. Vi vill veta vad tänker den suicidala människan. Vi vill veta vad den psykiska smärtan är som gör att det till slut tappar över. Vi vill också veta mer om männen. Varför är 70 procent av alla som tar livet av sig män? Vad händer i hjärnan? Det finns också ny forskning om ungdomar.

Samordning är en viktig fråga. Vi har en del blåljus här och också trafikverket, som är den största aktören. Vi vill att de ska vara en del av den suicidpreventiva rörelsen. Vi har alla olika uppgifter.

Äntligen har staten börjat vakna och vi har fått ett anständigt anslag men det behövs mer resurser. För att få det måste vi bryta tabun och tala om självmord. Det är en förutsättning för att få mer pengar.

Nu ber vi er att njuta, lyssna och prata med varandra. Observera särskilt de där små ögonblicken, som går djupt in och som förändrar oss.

VÄLKOMMA!



Else-Marie Törnberg och Jan Beskow

Evidensbaserad suicidprevention

Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska Institutet och chef för Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP).



Foto: Suicidprevention i Väst

Danuta Wasserman

Idag samlas vi som arbetar med självmordsprevention för den 11:e nationella självmordspreventiva konferensen, denna gång i Göteborg. Först skulle jag vilja tacka mina kollegor och värdar från Suicidprevention i Väst så mycket för att de åtagit sig att vara värdar för denna konferens. Jag vill även tacka er som har varit med under alla tidigare år sedan starten år 1997 samt välkomna er som är nya.

I would also like to welcome our international distinguished guests Professor Barbara Stanley from New York, USA and Professor Konrad Michel from Bern, Schweiz.

Denna konferens har som fokus; den personliga berättelsen. Den personliga berättelsen engagerar och skapar förståelse. Även de självmordspreventiva konferenserna har som syfte att återge en berättelse, en berättelse om vår kamp för att självmordsprevention ska komma på den nationella agendan.

Självmordspreventiva konferenser har ägt rum på flera ställen i Sverige. Varje konferens för med sig en lokal uppmärksamhet bland politiker, administratörer och allmänheten, vilket ofta hjälper till att få lokala medel till det självmordspreventiva arbetet.

Globalt är det minst 800 000 människor per år som tar sitt liv. Siffrorna är kraftigt underrapporterade, inte bara i Asien och Afrika utan det finns även underrapportering och missklassificeringar i Europa och på andra kontinenter på grund av bestående tabun men även

till följd av bristande registreringsrutiner. Många fler dör i självmord än i malaria, bröstcancer eller demens.

Självmord är den vanligaste dödsorsaken för unga människor i åldrarna 15–29 år i hela världen och vi vet att för varje självmord görs minst tjugo eller kanske fler självmordsförsök. Att se till att de som försöker ta sitt liv får en bra vård och rehabilitering är en viktig möjlighet för hälso- och sjukvården att förebygga fler självmord.

År 2016 tog 1 478 personer sitt liv i Sverige, 1 015 män och 463 kvinnor. Det är fortfarande nästan 1 500 per år som tar sitt liv i Sverige. Jämfört med 2015 har antalet självmord i Sverige minskat med 77 personer, huvudsakligen män. När det gäller kvinnor ser vi tyvärr ingen förändring.

Dessa siffror inkluderar både säkra och osäkra självmord. Säkra självmord är de fall där inget tvivel råder om att avsikten varit att ta sitt liv, medan klassificeringen osäkra självmord används när man är osäker på uppsåtet bakom dödsfallet, d.v.s. om det var en avsiktlig handling eller ett olycksfall. I tidigare undersökningar fastslogs på basis av psykologiska autopsier och genomgång av journalhandlingar att c:a 75 procent av s.k. osäkra dödsfall var självmord. För att skapa sig en aktuell bild genomför nu Socialstyrelsen en ny undersökning för att se om förhållandet har förändrats.

Vi kan glädja oss åt att dödligheten i självmord bland män i Sverige har minskat. Inte minst med tanke på att män generellt är svåra att nå med olika typer av behandling, svåra att motivera till behandling och att de har svårare att tala om sina problem. Kanhända har de män som trätt fram och berättat om sin suicidalitet haft inflytande på andra självmordsnära män att söka hjälp.

2014 gav Världshälsoorganisationen, WHO, ut den gedigna rapporten *Preventing suicide: A global imperative*, som redovisar både evidensbaserade metoder samt dess praktiska tillämpningar. WHO:s globala mål är att minska antalet självmord med 10 procent till år 2020. Sveriges mål sedan 2008 är en nollvision för självmord. Vi strävar dit även om vi har en lång väg kvar att gå.

NASP är ett internationellt samordningscentrum för WHO och därför har vi ett stort nätverk, inte bara i Sverige och i Europa utan även i resten av världen. NASP har förmånen att arbeta i flera internationella projekt, bl. a. är vi behjälpliga vid sammanställningar av evidensen för WHO och publicering av stöd och resursmaterial till dem som arbetar praktiskt med självmordsprevention på fältet. Allt stödmaterial från WHO kan man hitta via NASP:s hemsida (www.ki.se/nasp).

Senast 2017 uppdaterades rapporten *Preventing suicide: a resource for media professionals*. Experter brukar uppmärksamma att massmediarapportering kan trigga känsliga personer att imitera personer som har tagit sitt liv och därför bör rapporteringen ske omsorgsfullt. I den nya WHO rapporten uppmärksammas också hur media med hjälp av positiva exempel kan bidra hälsofrämjande, med information om behandlingsmöjligheter och om hur man kan känna igen symtom på psykisk ohälsa. Rapporten omnämner den s.k. Papageno-effekten som bygger på karaktären Papageno från Mozarts opera Trollflöjten. Papageno planerar att ta sitt liv men lyckas hantera situationen med hjälp från tre unga män som ingriper genom att visa på alternativa lösningar till döden och till självmordet. Därför är det viktigt att medierapportering fokuserar på konstruktiva bemästringsstrategier och ger goda exempel på hur man kan komma över olika livssvårigheter.

Själv mord uppkommer när det är obalans mellan riskfaktorer och skyddande faktorer. På samhälls nivå kan en riskfaktor vara t.ex. brist på lagar som främjar en god hälsa. På lokal nivå är brist på verksamhet som kan tillförsäkra självmordsnära personer en adekvat vård en påtaglig riskfaktor.

Inom vården är det viktigt att få en adekvat behandling med både medicin och psykoterapi men det är lika viktigt att ha tid för en personlig berättelse samt rehabiliteringsmöjligheter. En självmordsnära person måste få möjlighet att återföras till livet och därför är det viktigt att dessa resurser inte saknas.

För familj och närmaste bekantskapskrets handlar det om vikten av goda relationer, vikten av att ha någon att tala med, någon som lyssnar.

På individnivå vet vi att depressioner, missbruk, psykotisk sjukdom, dåliga psykosociala förhållanden, arbetslöshet, ekonomisk kris eller att till exempel förlora körkortet kan framkalla självmordskriser.

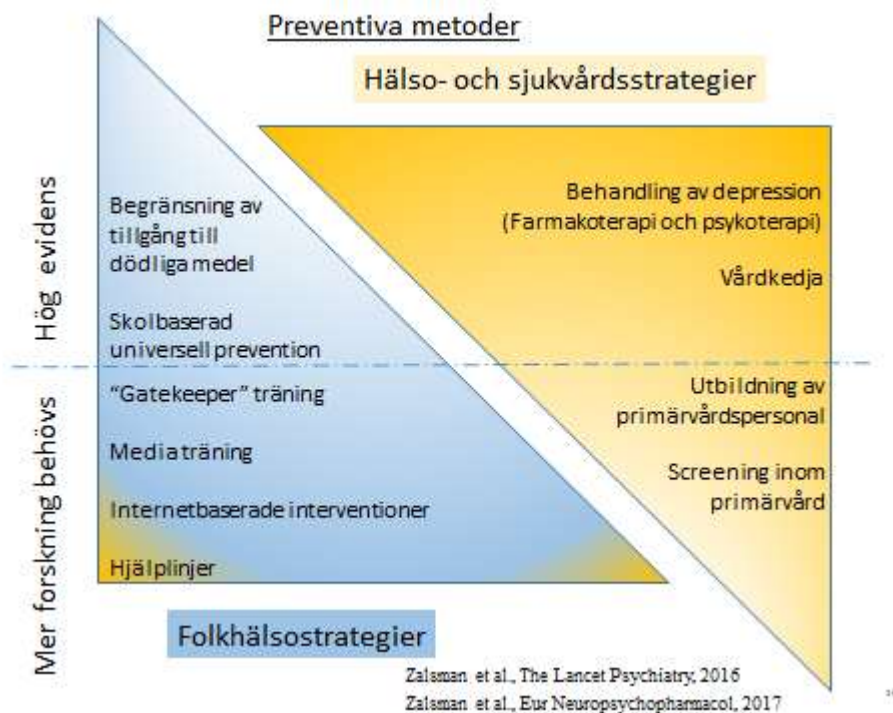
2016 gjordes en gedigen sammanställning av flera europeiska forskargrupper över suicidpreventiva metoder. Resultaten har publicerats i *The Lancet Psychiatry*, 2016, och i *European Neuropsychopharmacology Journal*, 2017. Sammanställningen bygger på en genomgång av all evidens under åren 2005–2015. Dessa publikationer är en uppföljning av en artikel från 2005 som publicerades i *JAMA (Journal of the American Medical Association)*, i vilken inventering av suicidpreventiva studier presenterades från åren 1966 till 2005.

Till de metoder som är evidensbaserade hör bland annat begränsning av tillgång till självmordsmedel t.ex. genom att begränsa förskrivning av läkemedel som används i suicidsyfte, ombyggnad av perronger, att bygga staket kring broar eller skyddsnet runt höga hus för att det kan rädda livet hos en impulsdriven självmordsnära person.

Gatekeeperträning och träning av journalister har också självmordsförebyggande effekter. När det gäller internetbaserade interventioner är man fortfarande ganska osäker på hur de skall utformas.

En annan metod är skolbaserad universell suicidprevention. I SBU:s (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) rapport från 2015 gjordes en genomgång av skolpreventiva projekt och två av metoderna visade tillräcklig evidens, nämligen *Good Behaviour Game* för yngre barn och *Youth Aware of Mental health (YAM)* för barn i åldrarna 14–16 år. Den senare visade att både nya fall av självmordsförsök och självmordstankar minskade med 50 procent hos de elever som fått ta del av *YAM*-programmet jämfört med en kontrollgrupp. Även nya fall av medelsvåra och svåra depressioner minskade med 30 procent.

Ur ett sjukvårdsperspektiv är det viktigt med behandling av den underliggande psykiatriska sjukligheten, samt en noggrann uppföljning av patienter som skrivs ut från psykiatriska kliniker på grund av att mortaliteten i självmord är mycket hög under de närmaste tre månaderna efter utskrivning. Barn och ungdomar som får antidepressiv behandling måste noggrant följas upp eftersom det finns en risk för att utlösa aggressivitet som kan leda till suicidalitet.



I bilden ovan åskådliggörs självmordspreventiva metoder utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv samt ur ett folkhälsoperspektiv. Helst bör man använda flera åtgärder samtidigt från både hälso- och sjukvårdsperspektivet samt folkhälsoperspektivet när man arbetar inom en region eller kommun. Självmord går att förebygga. Åtgärder behövs från alla håll, såväl hälso- och sjukvårdsinsatser som befolkningsinriktade insatser.

Det finns tillräckligt med underlag för att rekommendera tjänstemän och politiker att satsa medel på evidensbaserad självmordsprevention. De ansvariga för fördelningen av resurser kan inte säga att det inte finns tillräcklig evidens.

Avslutningsvis vill jag ännu en gång uttrycka ett stort tack till Suicidprevention i Väst och Göteborg, jag gratulerar er till att ha fått ihop drygt 900 deltagare och ett innehållsrikt och gediget program. Det är verkligen värt en applåd!

Good reasons for listening to suicidal narratives

Konrad Michel, MD, professor at University of Bern, PP-presentation.



Foto: Suicidprevention i Väst

Konrad Michel

To carefully listen to patients has always been an important aspect of good clinical practice. However, in the risk assessment of suicidal patients, the use of questionnaires has more and more replaced the art of listening. But there is another important aspect: In order to reach a shared understanding of a patient's suicidality, health professionals need a model of understanding suicidal behavior that is meaningful to the patient. Too often, clinicians and patients speak a different language – a form of the Tower of Babel syndrome. The traditional medical model with its emphasis on psychiatric disorders undoubtedly plays an important part in risk assessment. Yet, most people with suicidal ideation do not feel ill and too often do not feel understood by their doctor.

We have developed a model of suicidal behavior based on the concept of goal-directed action. In action theory our actions – which are usually life-oriented – are seen as determined by higher-order goal-directed systems, such as projects (work, relationships) and personal life- or identity-goals. Suicide may emerge as a – death-oriented – goal when a person's important and very individual higher-order goals are seriously threatened by some adverse life experience. This means that to understand a person's suicidal impulses we need to know the relevant personal context. The way we explain and understand actions is by telling stories (“Well, that's a long story...”). A story told to an attentive listener in order to give meaning to an event is called a narrative. A narrative approach to the suicidal patient means that the patient is the expert of his or her story; the clinician is in the “not knowing” position. The suicide narratives usually reveal an experience of psychological pain triggering suicidal

impulses – to put an end to an unbearable and seemingly never ending unbearable state of mind. Psychological pain is very often associated with dissociative symptoms (e.g. being in a trance-like mental state). The patients' narratives also indicate the specific suicide triggers and allow working out contingent safety plans.

The narrative interview requires from the clinician a specific therapeutic attitude and experience. Above all, patient-oriented understanding of a person's suicidal crisis sets the scene for a therapeutic relationship based on trust and therapist-patient engagement. Also, it is in our experience the best and most reliable way to learn about a person's short-term and long-term suicide risk, and the mechanisms that may lead to future potential suicidal crises.

In Bern we developed a brief therapy for patients who attempt suicide (ASSIP=Attempted Suicide Short Intervention Program) starting the first session with a narrative interview, followed by two sessions aimed at strengthening working alliance and developing safety plans. The randomized controlled trial published in 2016 revealed an impressive risk reduction for reattempts over two years, suggesting that, indeed, a patient-oriented narrative approach has a strong potential in clinical suicide prevention. However, it is important to mention that ASSIP has been developed as an add-on therapy to the usual clinical assessment and management of the suicidal patient. This means that besides the narrative patient-oriented approach the traditional medical model remains as the second pillar of clinical suicide prevention. Here, the clinician is the expert of the assessment and treatment of clinical suicide risk factors (such as psychiatric diagnosis). In this sense, the clinician has a dual role vis-à-vis the suicidal patient.

Brukare och ideella organisationer – den framåtdrivande kraften

Elisabet Hurtado Lundberg, projektledare i VG-teamet NSPHiG.

NSPHiG står för Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg och Västra Götaland och är ett nätverk av 13 patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området.

Vad vi har gemensamt är att vi alla på något sätt har kopplingar till psykisk ohälsa och vi ser vår erfarenhet som en oundgänglig resurs i vården, stödet och behandlingen. Vi verkar för att våra medlemmar ska ha ett större inflytande över de beslut som fattas inom området.

Så här jobbar vi

VG-teamet: jobbar med att utveckla brukarinflytande i VG-regionen, utbildningar, inspirationsmöten, workshops, representantskap i vårdsamverkan, brukarråd och arbetsgrupper.

Peer support: Utbildning, fortbildning och metodstöd av kamratstödare som sedan jobbar inom hälso- och sjukvården, socialpsykiatri.

Utbildning/studiecirklar: Vi erbjuder empowerment kurser, bemötandeutbildningar, SIP workshops mm.

Brukarstyrda brukarrevisioner: Vi granskar olika verksamheter utifrån metoden brukarstyrda brukarrevisioner.

Hjärnkoll: Vi arbetar med att bryta stigmat för personer med psykisk ohälsa, främst genom att erbjuda föreläsningar av våra attitydambassadörer.

Recovery college: Ett projekt i dagsläget som handlar om att erbjuda brukare utbildningar i återhämtningsorienterade ämnen.

Utgångspunkter i mötet med personer med psykisk ohälsa:

- Individerna har ofta mycket kunskap om sig själv.
- Människor är olika, även när de behöver stöd!
- Att människorna bakom olika diagnoser och tillstånd ska få förståelse, hjälp och stöd.
- Att alla ska få ett bra bemötande i kontakten med skola, arbetsliv, socialtjänst, vård, omsorg och andra samhällsinstanser.

Brukarinflytande på tre nivåer

NSPHiG arbetar med brukarinflytande parallellt på tre nivåer:

Individnivå

När vi talar om brukarinflytande på individnivå avser vi den enskildes möjlighet att påverka sin livssituation och det sociala stöd hen eller någon i familjen behöver.

Exempel: SIP, empowermentkurser, föreningar, delat beslutsfattande.

Verksamhetsnivå

När vi talar om brukarinflytande på verksamhetsnivå handlar det om möjligheten till delaktighet i beslut som rör en verksamhet, till exempel en vårdavdelning eller ett boende. Exempel: brukarråd, brukarrevisioner

Systemnivå

När vi talar om brukarinflytande på systemnivå handlar det om möjligheten att kunna påverka på organisations- eller systemnivå, exempelvis vid utformande av vårdprogram, satsningar, riktlinjer eller politisk påverkan. Denna form av inflytande drivs oftast genom intresseorganisationer.

Exempel: Representation i vårdsamverkan, arbetsgrupper.

Saker att tänka på när man jobbar med brukarinflytande.

- Vill man jobba med brukarinflytande så krävs det ett helhetsgrepp, att man jobbar parallellt med inflytande på individ-, verksamhets- och systemnivå.
- Tidigare erfarenheter av satsningar på brukarinflytande visar att för att nå störst framgång bör man jobba både med värderingar och kunskap likväl som med strukturer och system.
- Att tänka på vilken metod eller arbetsätt som passar bäst in i sammanhanget.
- Att brukarrepresentanterna ges förutsättningar att delta, arvodering, reseersättning.
- Att man dokumenterar arbetet så att det går att följa upp och utvärdera.

Suicidprevention – vi kan alla bidra!

Om möten som räddar liv och kan äga rum överallt – från psykakuten till Pokémongym

Mikaela Javinger, skribent, psykiatridebattör och föreläsare med fokus på bemötande- och inflytandefrågor ur egenerfaret patientperspektiv.

Mikaela berättade om vad som hjälpt henne och hur hon kunnat hjälpa andra och hur vi alla kan hjälpa. Mikaela talade om att vi alla som medmänniskor har ett ansvar att se varandra och att vi alla kan göra något för den som har det svårt. Det kan räcka med några ord eller en anspråkslös ordlös kontakt. Mikaela tog som exempel hur mobilspelet Pokémon go kan fylla en viktig relation för den som är djupt deprimerad och inte orkar söka sällskap. Ensamheten är svår men det kan vara svårt att söka kontakt när man är djupt deprimerad.

Mikaela talade också om att vi inte behöver en professionell kompetens för att våga fråga hur någon mår. Man behöver inte ha några svar. Det räcker långt att lyssna och visa att man vågar dela den andras lidanden eller hjälpa personen att ta kontakt med vården. En suicidtrappa kan se ut på olika sätt och beskrivas olika. Mikaela tog upp exempel på hur det sett ut för henne och vad som kan vara avgörande i att faktiskt begå suicid eller klara en sådan kris med livet intakt.

Mikaela talade också om skillnaden mellan en enstaka kris som kan leda till suicidtankar eller suicidförsök kontra att leva med återkommande eller till och med kronisk suicidproblematik.



Foto: Suicidprevention i Väst

Publikbild

Vad kan suicidpreventionen lära av trafiksäkerhetsarbetet?

Anna-Lena Andersson, socionom, medicine doktor, avdelningen för ortopedi, Sahlgrenska Akademin, PP-presentation.

Anna-Lena har tidigare i många år arbetat som sjukhuskurator, främst inom traumavård och med trafikskadade. Hon arbetar idag på Trafikverket som sakkunnig i trafiksäkerhet inom området suicid och suicidprevention.

I går var jag på Tylösandsseminariet, som firade 60-årsjubileum. Där talade jag också om suicid i transportsystemet. Där talar man om nollvision och att vi ska bygga vägar och fordon, som gör att när människan begår misstag så ska man inte skadas eller dödas i trafiken. Man talar om teknik, man talar om självgående bilar och hur många liv som kommer att sparas när vi får självkörande bilar. Det var egentligen bara Trafikanalys GD Britta Saxon som lyfte blicken och talade om beteendefrågor. Även jag talade om detta. Vi har mycket att lära av varandra. Jag tror att vi måste jobba med säkra fordon, säkra vägar men också med säkra trafikanter.

När det gäller suicid i transportsystemet så är det ett så komplext område att vi inte kommer att klara att bara jobba med väg- och fordonsmiljöer. Regeringen har satt upp som mål att ingen människa ska behöva dö p.g.a. att man tar sitt liv.

Det jag ska tala om idag handlar dock inte om existentiella frågor utan jag ska prata om statistik, förekomst av suicid i transportsystemet och det arbete som Trafikverket bedriver när det gäller suicidprevention.

Trafiksäkerhetsanalytiker Kenneth Svensson är min kollega och vi arbetar en del tillsammans inom detta område. Till denna konferens har vi tagit med en poster och en rapport, som handlar om suicid 2010 – 2015 i vägtrafiken. Rapporten heter ”Suicid i vägtrafiken 2010 – 2015”. Den finns vid postern och kan hämtas från Trafikverkets publikationer.

Sedan 2008 så är det ungefär 1500 personer per år som omkommer p.g.a. suicid eller som tar sitt liv. Den första statistiken från Dödsorsaksregistret kom förra veckan och det ser ut som vi har en liten nedgång. 2016 var det 1478 personer som har tagit sitt liv, d.v.s. fyra personer i snitt per dygn.

Det finns dödssätt då det är svårare att bedöma om det är självmord eller olycksfall. Exempel är dödsbränder, hopp och fall från höga höjder, förgiftningar, drunkningar och omkomna på grund av personpåkörningar på järnvägen och vissa dödsfall i vägtrafiken. I Sverige redovisades år 2016 totalt 1 478 självmord, varav 344 bedömdes som ”osäkra självmord.”

Vad gör då Trafikverket? Vi försöker jobba systematiskt med den här frågan. 2010 beslöt regeringen att olycksfall och suicid på vägen skulle redovisas var och en för sig. Det gör vi genom ett systematiskt arbete. Vi bildade en arbetsgrupp som då bestod av personal från Rättsmedicinalverket, Transportstyrelsen, Trafikverket, Jan Beskow från Suicidprevention i Väst och från Karlstad universitet samt NU-sjukvården.

Vi tog fram kriterier och en klassifikationsskala för att kunna arbeta med vad som är olycksfall och vad som är suicid. År 2012 kompletterades metoden. År 2010–2011 användes

underlaget från de djupstudier som Trafikverkets olycksfallsutredare gör när någon omkommer på vägen.

De samlar in data från väg, fordon och trafikant och samarbetar med polisen, räddningstjänsten, SOS Alarm, obduktionsrapport, mycket foton osv. Dock finns det förhållandevis lite om trafikanten och trafikantbeteendet. I arbetet med att bedöma om dödsfallet beror på olycksfall eller suicid kompletterades de aktuella fallen år 2012 med psykosociala granskningar. Trafikanalys är den myndighet som slutligen tar emot den statistiken. År 2012 godkändes den här metoden för att ta fram data till den officiella statistiken.

Valda kriterier och händelseförlopp

1. Avskedstagande via brev, telefon eller annat jämförbart sätt och misstänkt händelseförlopp
2. Misstänkt händelse förlopp i kombination med
 - a) tidigare kända självmordsförsök i närtid
 - b) indirekta suicidala meddelanden i närtid
 - c) uttalade självmordstankar och livsleda i närtid
 - d) pågående långvarig depression och psykisk ohälsa
 - e) föregående svår emotionell händelse i närtid
3. Starkt misstänkt händelseförlopp

Vald klassifikationsskala – nivå 1 och 2 redovisas som suicid i den officiella statistiken

Nivå 1 Visar att dödssättet var suicid – kräver avskedsbrev eller motsvarande

Nivå 2 Talar starkt för att dödssättet var suicid – näst intill säkert suicid

Nivå 3 Kan inte avgöra om dödssättet var suicid eller resultatet av en olyckshändelse – informationen är inte tillräcklig för att kunna avgöra om en händelse är suicid eller olycksfall

Nivå 4 Talar starkt för att dödssättet var olycksfall – näst intill säkert olycksfall

Nivå 5 Visar att dödssättet var olycksfall – säkert olycksfall

Klassningsgruppen, som tar ställning till den psykosociala utredningen och det material vi har sammanställt ifrån djupstudieklienten, består av personer som har olika kompetens, såsom rättsmedicin, psykologi, psykiatri, beteendevetenskap och trafiksäkerhet.

När vi började tala om suicid 2010 fanns det en tröghet, det fanns ibland t.o.m. ett motstånd i trafikvärlden att prata om suicid och då fick jag frågan ibland: Spelar det någon roll om en person har omkommit p.g.a. olycksfall eller suicid? Ja, svarade jag, det har betydelse för vi måste veta hur stort problemet är, vi måste se hur mönstret ser ut, vi måste analysera det vi får fram om vi ska kunna möta det med prevention som motverkar suicid i transportsystemet.

En inläga skickades till näringsdepartementet 2016 från min kollega och mig. För ett år sen så kom regeringens nystart för nollvisionen ut. I den skriver man att regeringen ser positivt på de initiativ som tas för att minska antalet självmord som begås i transportsystemet och att frågan behöver analyseras vidare för att se om det finns ytterligare åtgärder som kan vidtas. Så nu har vi mandat att arbeta med frågan på ett annat sätt än tidigare.

Hur ser det ut då? Ungefär tio procent av de som omkommer på våra vägar är p.g.a. självmord. När man tittar på åren 2010 och 2011, så ser ut som det har ökat de här åren, men det har det inte. Det är från 2012 som vi kompletterade den här metoden med psykosociala granskningar och vi har en mer rättvis siffra idag.

Om vi tittar på järnvägen så är det så många som drygt 4 av 5 av de som dör p.g.a. påkörningar som är suicid. Här är det väldigt sviktande siffror från 2010–2014. Det beror på att fram till 2015 hade vi inte en strukturerad metod när vi skulle bedöma vad som var olycksfall och vad som var suicid. Från 2015 reviderade vi metoden för suicidklassning i vägtrafiken, så att den skulle passa för järnväg och nu är det möjligt att redovisa stabila statistik. På det statliga järnvägsnätet ses en signifikant minskning av de som omkommit år 2015 från 103 till 81 år 2016. Andelen självmord av de som omkommit är dock densamma.

Statistik är svårt och väldigt ofta redovisas dödsfall i antal. Men nu när vi har en befolkning som växt, nu när vi är nästan 10 miljoner människor, då måste vi enligt min mening redovisa siffrorna per 100 000 i stället. Ser vi på suicid totalt så ligger det runt 15 personer per 100 000 som dör årligen. Då har det inte hänt så mycket med siffrorna.

Jämför man omkomna på väg så har antalet omkomna i trafiken inte gått ner de sista fyra åren, samma är det när det gäller suicid på väg. Det ligger runt 10 procent i snitt.

Ett tredje område är hopp från broar. Vägverket, som det hette då, gjorde en bedömning för ca 10 år sedan. Man bedömde att ungefär 40–50 personer per år dog p.g.a. hopp från broar. Men ingen myndighet har ansvar för detta. Därför är detta ytterligare ett område där ett arbete är startat. Vi behöver ta reda på förekomst, hur många är det per år som dör på det här sättet, är det några speciella broar, hur vi kan jobba med hoppskydd t.ex.

Det som ska understrykas här är att Trafikverket inte är en behandlande myndighet utan Trafikverkets huvuduppgift är att intrångskydda anläggningar så att man försvårar och förhindrar suicid. Vi ska också minska tillgängligheten till medel och metoder för suicid i transportsystemet. Vi har olika roller här allihop, vi som är här idag, myndigheter och organisationer. Vi måste jobba systematiskt för att nå resultat.

Strategi för suicidprevention inom transportsystemen

- Beskriva utvecklingen och fördelningen av suicidhändelser inom respektive trafikslag.
- Att samtliga transportslag använder sig av en enhetlig metod för suicidklassning.
- Säkerställa att suicidpreventiva åtgärder finns med i konstruktionsanvisningar av byggandet av nya vägar, järnvägar, broar, plattformar mm.
- Lokalisera och åtgärda utsatta platser och sträckor.
- Lyfta fram goda exempel som snabba larmkedjor, samarbete mellan blåljusmyndigheter o.s.v.
- Analysera och förmedla psykosociala sammanhang och mönster av genomförda suicid till ansvariga myndigheters interventionsarbete.

Det är viktigt att vi beskriver och följer utvecklingen av suicid i de olika transportslagen eller trafikslagen. Att vi använder enhetlig metod för suicidklassning. Den metoden kan även användas för drunkning, bränder, förgiftningar o.s.v. Suicidklassningsmetoden måste i så fall revideras så att den passar. Vi ska också säkerställa att man tänker in suicidpreventiva åtgärder i samband konstruktionsanvisningar och när man bygger nya vägar, järnvägar, plattformar och broar. Tidigare byggda platser som utgör en risk för suicid, bör åtgärdas.

Det är viktigt att arbeta systematiskt med blåljusmyndigheterna, speciellt järnvägen. Där finns det ju handlingsplaner för larm, trafikstopp, sikhastigheter o.s.v. när man larmar på och larmar av. För det handlar om insatspersonalens arbetsmiljö och säkerhet, men också att få tågen att rulla igen så snabbt som möjligt när man först ska få bort personen som har utsatt sig för fara på järnvägen och se till att insatspersonalen inte skadar sig.

Vi ska analysera de psykosociala sammanhangen och också förmedla detta till andra myndigheter och organisationer, som kan använda det i sitt interventionsarbete och preventionsarbete. När vi tittar på trafiken är det självklart att fortsätta arbeta med väg miljö, sportmiljö, fordon och järnvägar m.m. Men vi måste också lyfta blicken mot det mänskliga beteendet eftersom suicid är ett så väldigt komplext område.

1 B Psykosocial (o)hälsa, suicidalitet och suicidprevention bland samer

Petter Stoor, psykolog/PhD-student och projektledare.
Ingen sammanfattning men en, PP-presentation.



Foto: Suicidprevention i Väst

I pauserna kunde man titta på olika poster utställningar



Foto: Suicidprevention i Väst

MINDs posterpresentation

1 C Samtal om existentiell hälsa

Existentiell hälsa – en resurs i självmordspreventionen

Cecilia Melder, religionspsykolog. Ingen sammanfattning men en PP-presentation.

Samtal om existentiell hälsa

Jan Beskow, professor Suicidprevention i Väst, SPIV.

Evolution och hjärnbiologi

Existentiell hälsa handlar om en djupare förståelse av de sammanhang vi lever i, särskilt liv, död, lidande, sjukdom och mening. Detta kompletteras ofta med behovet av en makt att vända sig till, tilltala, få ledning av. Det kan vara en personlig relation till Gud, livet eller till någon stark ideologisk inriktning. I vår tid av snabba förändringar när också traditionella religioner får ett minskat inflytande är villrådigheten stor och samtal om existentiell hälsa av stor betydelse.

Skilj mellan kunskap och relationer

Jag vill här lyfta fram *distinktionen mellan kunskap och relationer*. Genom att blanda samman dem skapas stor förvirring. Att t.ex. säga att den värld vi känner till skapades på sju dagar är inte sant. Förutsatt att man med dagar menar detsamma som vi gör i vårt vardagsliv. Det vet vi. Det är olyckligt om man binder samman sådana kunskapsfrågor med religiös tro.

Genom forskning om evolution och biologi vet vi ganska väl hur livet utvecklats på jorden och vår plats i denna utveckling. Vi vet också i stora drag hur vår hjärna fungerar och dess begränsningar. För att leva behöver vi den bästa tillgängliga kunskapen om världen och om oss själva. Den vetenskapliga kunskapen har fortfarande stora brister och vidareutvecklas ständigt. Men den är den bästa kunskap vi har. Denna kunskap består övervägande av tankar, av kognitioner, det system som är till för ordsättande och problemlösning. Det handlar om vänsterhjärnan eller som man nu säger S1.

Evolution

Urcellen som skvalpade i urhavet för nära 4 miljarder år sedan tog in ämnen utifrån, bearbetade dem, stötte ut det den inte behövde, rörde sig och parade sig samt förde därigenom generna vidare. Och det är just det som vi människor fortfarande gör. Men oändligt mycket mer differentierat och komplicerat. Det är samma principer nu som då. Vidare är denna process *dialogisk*, en dialog över årmiljonerna mellan gener och miljö. Och inom oss en dialog mellan höger- och vänsterhjärna samt mellan bak och fram, mellan sinnesintryck som kommer in bakåt i hjärnan och som ordsätts och förstås i framloben.

Kunskap om evolutionen innebär att vi är en del av ett mycket stort och mycket levande system, som styrts av samma principer i nu nära 4 miljarder år. Det ger samhörighet och trygghet.

Hjärnfunktion

Här ska jag bara nämna två hjärnkärnor och deras funktioner: amygdala, som blixtnabbt ökar vår aktiveringsnivå vid hot i rummet och hippocampus som skapar minnen och därmed kreativitet. I hippocampus uppstår människan, där uppstår också suicidprevention.

Genom att känna till hjärnans struktur och funktion kan vi bli mer precisa i förståelsen av oss själva, men också av vår suicidalitet. Våra åtgärder på båda dessa områden kan bli baserade på exaktare kunskap och bli mer precisa.

Gudsrelation

Vårt förhållande till Gud, livet och till olika värden är en helt annan sak. Vi har inte bara ett behov av inre dialog. Vi har också behov av att forma relationer till andra människor, relationer som är individuellt utformade och där människans alla fasetter är med: tankar, känslor, vilja, beteenden. Dessa omfattar hela människan, men främst högra hjärnhalvan, det som numera kallas system 1, vårt *livstolkningssystem*. Många har på liknande sätt behov av att språka med och forma en personlig relation till en gudsbild eller en bild av livet. Om detta finns en allmän kunskap, som gör det meningsfullt att samtala om det. Men i grunden är det en personlig fråga. Liksom våra relationer till andra människor kan denna relation utformas på många olika sätt. I princip är det dock något annat än den på vetenskap grundade kunskap som finns om världen och oss själva och som vi kan ta till oss och dra nytta av.

1 E Ungdomars egna röster – berättelser och reflektioner om hur samhället kan stötta vid psykisk ohälsa

Du är värd att bli lyssnad på – Svenska kyrkans nätvandrare

Klara Roxbergh, sjukhusdiakon Sahlgrenska sjukhuset, Svenska kyrkan.

Boken *Den som vandrar på nätet*, en handbok i nätvandring utifrån erfarenheter från Skolkyrkan och Kyrkans Jourttjänst – ett sätt att stötta och stärka personer via nätet finns på Västra Götalandsregionens hemsida <http://www.vgregion.se>.

Nätvandring är att möta människor där de befinner sig för deras skull, ett omsorgsarbete. Vår definition av nätvandring är att se, stötta och stärka personer där de befinner sig på nätet. Det vi talar om här är inte att stötta personer som vi redan har en relation till. Vi som arbetar med nätvandring har fokus på ungdomar men vi möter behovet i alla åldrar. Vi möter längtan efter att prata med en människa som bryr sig om mig för min egen skull, som visar att hen finns här för att prata om det som är viktigt för mig. Befrielsen i att få pröva att berätta utan att behöva förhålla sig till den andres blick, kunna avsluta när som helst, ha frihetens makt i samtalet och slippa rädslan att bli dömd. Att någon frågar mig hur min dag varit, utan att jag behöver leta mig till dennes webbplats.

Vi är inspirerade av Fryshusets nätvandring (start 2007) och det omfattande arbete som personer från Svenska kyrkan gjorde med att möta upp unga på sajten Lunarstorm då tsunamin skett år 2004.

Vi ser ett stort behov av trygga vuxna som ser, stöttar och stärker, inte bara i privata möten på nätet, utan också som professionella med ett uppdrag och ett mandat. Nätvandring bidrar med en form som rymmer lämplighetsprövning, utbildning och handledning. Vi hoppas på att fler organisationer ska börja arbeta med nätvandring så att vi blir fler nätvandrare ute på fältet! Den gemensamma utgångspunkten för Svenska kyrkan nätvandrare är att finnas tillgänglig på nätet för unga. Det måste inte gälla bekymmer utan kan även handla om att få dela glädjen över ett lyckat matteprov.

Vi som arbetar gemensamt med urval, utbildning och handledning av nätvandrare inom Svenska kyrkan är Cristina Fredén och Bo Erlandsson, Kyrkans Jourttjänst och Klara Roxbergh, Skolkyrkan i Göteborg (samtliga Svenska kyrkan). Skolkyrkan är en samlad resurs för Svenska kyrkans gemensamma arbete gentemot grund- och gymnasieskolor i Göteborg. Skolkyrkan driver frågor som stärker personal inom skola och församling att möta barn och unga i deras livssituation. Kyrkans Jourttjänst är en telefonjour och mailtjänst med ett hundratal ideella svarare. Vi står mitt i organisationsförändringar inom Svenska kyrkan i Göteborg där vi verkar. Det innebär bland annat att Skolkyrkan kommer att läggas ner vid årsskiftet. Nätvandringen fortgår, nu med stöd av några av Svenska kyrkans stift.

Vi har sett en poäng i att flera yrkesgrupper samt volontärer kan bli nätvandrare. Samtidigt är inte alla lämpliga att bli nätvandrare, det gäller framförallt den del av nätvandringen som utgörs av enskilda samtal på nätet. Alla människor behöver bekräftelse. När man är i extra stort behov av bekräftelse är man också särskilt sårbar. Kyrkans Jourttjänst och Skolkyrkan inledde ett samarbete för att i december 2012 starta en första utbildning i

nätvandring. Våren 2016 arrangerades den fjärde upplagan av utbildningen, som idag omfattar sex halvdagar.

För att få gå utbildningen krävs att man blir antagen, i en urvalsprocess där största vikt läggs vid personlig lämplighet. Urvalsprocessen tjänar också som en förberedelse inför utbildningen och själva nätvandringen. De 40-tal personer som hittills gått utbildningen har varit anställda eller volontärer inom Svenska kyrkan. Idag är ett 15-tal av våra nätvandrare aktiva på Instagram, Kamrat och Facebook.

Den nollvision för självmord som Sveriges riksdag antog 2008 är långt ifrån verklighet. Antalet självmord minskar generellt men inte bland unga. I åldersgruppen 14 till 24 år är det i genomsnitt 14 personer i månaden som tar sitt liv. Nätvandring är en av många åtgärder som kan ha en självmordsförebyggande effekt. Därför valde Folkhälsokommittén i Västra Götalandsregionen att möjliggöra framtagandet av en bok i syfte att beskriva hur man skapar en modell för nätvandring och de kompetenser som behövs för att genomföra ett sådant projekt. Boken blev klar i augusti 2017 och heter *Den som vandrar på nätet, en handbok i nätvandring utifrån erfarenheter från Skolkyrkan och Kyrkans Jourtjänst*, text Marit Larsdotter och förlag Stiftelsen Kyrkans Jourtjänst.

Det är inte farligt att ha tankar om att ta sitt liv, men det är farligt att inte kunna dela de tankarna med någon (fritt efter Ulla Karin Nyberg). En nätvandrare börjar med att lyssna. Utan att moralisera, skuldbelägga eller förfasa sig över den unges situation. Först därefter kan det bli tal om att se framåt, prata om vad den unge kan göra för att förändra sin situation och på andra sätt stötta och stärka. Att lyssna aktivt inkluderar att ställa öppna frågor som hjälper den unge att berätta. Vårt syfte är att öka nätvandringen. För att unga ska känna sig mindre ensamma.

1 F HBTQ personers utsatthet – normkritiska perspektiv i suicidpreventionen

Hbtq och normer

Linda Gustafsson, RFSL Göteborg, PP-presentation.

Normer

Normer handlar om makt och bekräftelse

<p>Följer normer:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mer makt• Fler privilegier• Mer utrymme• Bättre hälsa	<p>Bryter normer:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mindre makt• Färre (inga) privilegier• Mindre utrymme• Sämre hälsa
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



RFSL
Göteborg

Hbtq står för homosexuella, bisexuella, transpersoner och queera personer och är ett begrepp som används för att på ett enkelt sätt kunna prata om personer som bryter mot normer kring kön och sexualitet. Enligt svensk lag finns det tre sexuella läggningar; bisexualitet, homosexualitet och heterosexualitet, men i realiteten finns det fler, till exempel kan en vara pansexuell eller queer. För att kunna säga något om en persons sexuella läggning kan en titta på vem hen attraheras av, vem hen har sexuella och/eller romantiska relationer med och hur hen identifierar sig, men i slutändan är det bara personen själv som kan bestämma vilken sexuell läggning hen har.

Transperson är ett paraplybegrepp för olika identiteter som har att göra med att bryta mot normer kring kön. En transperson är en person vars könsidentitet och/eller könsuttryck inte stämmer överens med det vid födseln tilldelade könet. En kan vara trans på många olika sätt, till exempel kan en vara binär eller icke binär transperson. Begreppet cisperson finns för att benämna de som passar in i könsnormerna, det vill säga personer som identifierar sig med och uttrycker det kön de blev tilldelade vid födseln. Det går inte att se på någon om hen är cis eller trans och en själv har alltid tolkningsföreträde kring sin könsidentitet.

En norm är en osynlig regel som skapar förväntningar på hur något ska vara och den syns först när någon bryter mot den. Normer skapar hierarkier där de som följer normen ges mer makt, privilegier och utrymme och de som bryter mot den mindre, vilket ofta leder till att personer som bryter mot normer har sämre hälsa. Som hbtq-person bryter en bland annat mot

de normer som säger att en ska vara heterosexuell och/eller cisperson. För mer information och definitioner av begrepp, se www.rfsl.se/hbtqfakta/hbtq/begreppsordlista.

Mannen som inte visste hur en var en man och därför måste dö...

Susanne Hägglund, TransParant, PP-presentation.

Detta är namnet på föreläsningssdelen jag höll i och som handlar om min livsresa hittills. Titeln beskriver en stor del av vad det är jag tror att normerna i samhället gör med oss, både transpersoner och icke-trans. Jag upplever att de här snäva boxarna av hur en förväntas vara till slut tar livet av en. Jag växte upp som pojke men fick tidigt veta att jag inte uppförde mig/var som en pojke enligt rådande normer, och att jag därför egentligen var en flicka. Jag var dessutom tjock, ännu en stigmatiserande parameter.

I hela mitt liv har jag slagits mot/för att bara få vara den jag är och det har tagit kraft. Att hela tiden känna sig onormal och utanför normen är förintande. Till slut kände jag mig så oälskbar att det endast återstod två alternativ; att dö eller bli någon helt annan. Jag försökte ta mitt liv men misslyckades och då återstod bara att bli någon annan. Jag genomgick en könsbekräftande behandling inklusive könskorrigering operationer för att äntligen bli hel. Tyvärr visade det sig att det finns exakt lika mycket normer kring hur en ”riktig” kvinna ska vara, bete sig och se ut som det finns för män, så jag har fått fortsätta slåss för att få vara hela jag. Visserligen blev det på några sätt lättare nu när min utsida stämde mer överens med de egenskaper kvinnor tillskrivs, men det är en hel del som skaver och som jag tvingats trycka undan. Jag har börjat föreläsa under namnet TransParant samt uppträda som figuren Da Suss, för att kunna hjälpa till att luckra upp normerna kring vad som är manligt och kvinnligt så att vi istället kan börja se varandra som människor med olika sorters egenskaper, intressen och klädstil istället för som enbart två vandrande könsorgan.

Hbtq-personers utsatthet – normkritiska perspektiv i suicidpreventionen

Anna Skoglund, Närhälsan, Kunskapscentrum för sexuell hälsa, PP-presentation.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter gäller alla människors samlevnad, relationer och livskvalitet. Det täcker hela livscykeln. Det är viktigt att betona att begreppet sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter inte begränsas till den reproduktiva tiden i en människas liv eller bara handlar om familjeplanering. Med rättigheter avses bland annat rätten att inte diskrimineras på grund av kön eller sexuell läggning samt att själv ha rätt att bestämma över sin kropp och sin fertilitet.

Vi vet att vi i Sverige mår relativt bra men också att vi i undersökningar kan se att hbtq-personer har sämre hälsa än övriga populationen och alltså är i större behov av tillgång till vård, både förebyggande och behandlande insatser. Samtidigt vet vi också att erfarenheten av eller rädsla för dåligt bemötande gör att hbtq-personer drar sig för att söka vård. Och när man söker vård väljer man att inte berätta om sin sexualitet eller könsidentitet av rädsla för att samtalen då kommer att fokusera på detta snarare än den faktiska sökorsaken, även då det är relevant för måendet.

Alla har rätt att slippa utsättas för diskriminering eller kränkande behandling på sin arbetsplats. Och alla har rätt till en likvärdig tillgång till vård och hälsa. I enlighet med Västra Götalandsregionens värdegrund har Närhälsan Kunskapscentrum för sexuell hälsa tagit fram en processutbildning för att säkerställa hbtq-personers rätt till god arbetsmiljö och likvärdigvård. På www.narhalsan.se/ksh finns mer om processutbildningens hbtq-diplomering.

Inkluderande bemötande

Linda Gustafsson, RFSL Göteborg, PP-presentation.

Många hbtq-personer vittnar om att de upplever ett så pass dåligt bemötande eller är rädda att behöva uppleva det inom vård och omsorg att de inte vill ta kontakt och be om hjälp om de inte vet att den de vänder sig till är hbtq-kompetent. Vad är det hbtq-personer möter och hur kan vi förändra det för att skapa möjligheter för ett gott, inkluderande och professionellt bemötande och därigenom arbeta för en bättre hälsa hos hbtq-personer?

Cis- och heteronormativitet leder till bland annat homofoba, transfoba och bifobastrukturer, vilka visar sig i till exempel våra handlingar. Uttryck för homo-, bi- och transfobi kan vara allt från till synes subtila tecken som att himla med ögonen när en ser ett samkönat par hålla hand, till trakasserier, diskriminering och våld. Det kan vara att prata om cis som det ”normala” och om ”riktiga män och kvinnor” eller att inte erkänna bisexualitet som en riktig sexuell läggning. Det kan också vara att ingen ställer några följdfrågor när en kollega berättar om semestern med sin samkönade partner eller att ta det som en förolämpning om någon frågar efter vilket pronomen du använder. Strukturer som dessa leder till att hbtq-personer inte kan delta i samhället på samma villkor som personer som är cis och hetero.

Genom att synliggöra, problematisera och ifrågasätta normer och stereotypa föreställningar kring kön och sexuell läggning både hos oss själva, på vårt arbete såväl som privat kan vi förändra strukturer samt öppna upp för nya tolkningar och möjligheter. Vad finns det för värderingar på arbetsplatsen, vilka normer är vi bärare av, vilka normer upprätthåller vi och hur kan vi förändra dem? Genom att anta ett normkritiskt förhållningssätt kan vi arbeta för ett mer inkluderande, professionellt och respektfullt bemötande.

1 H Hälsöfrämjande arbetsmiljöer – hur skapar vi en hållbar psykosocial arbetsmiljö?

Varför är det viktigt att ställa frågor om suicid vid stressrelaterad psykisk ohälsa?

Kristina Glise, med dr, överläkare, Institutet för stressmedicin (ISM), Göteborg.

Sjukskrivningarna för psykisk ohälsa i Sverige ökade dramatiskt mellan åren 1997–2003, därefter sågs en minskning, men från 2010 ökade sjukskrivningarna åter. Kvinnor var, och är överrepresenterade, framför allt anställda i offentlig sektor. De mest framträdande symptomen hos dessa patienter var utmattning, kognitiva störningar, sömnstörningar och ökad känslighet för stressbelastning.⁽¹⁾ Livskvaliteten var påtagligt sänkt och tankar på att döden vore en befrielse var inte ovanligt i det initiala skedet, uttalade suicidtankar förekom hos enstaka patienter.

Orsaken till den ökade psykiska ohälsan har bland annat visat sig vara psykosocial stress på arbetet, ofta i kombination med privata stressorer. Sjukskrivningarna kan bli långa, flera år i de allvarligaste fallen. För att underlätta klassificeringen av patienter som söker vård för stressrelaterad utmattning, accepterade Socialstyrelsen 2005 diagnosen utmattningssyndrom som är den medicinska motsvarigheten till det psykologiska begreppet ”clinical burnout” (utbrändhet). Diagnosen utmattningssyndrom diskuterades under presentationen. I denna patientgrupp återfinns välutbildade individer som tidigare har varit friska, men som på grund av långvarig stressbelastning och bristande återhämtning blivit sjuka och i behov av sjukskrivning. En patient gav diagnosen utmattningssyndrom ett ansikte under presentationen.

Till patientmottagningen vid Institutet för stressmedicin i Göteborg (ISM), remitterades patienter med allvarligt utmattningssyndrom från primärvården och företagshälsovården mellan åren 2004–2016. Patienterna erhöll behandling och uppföljning under 18 månader eller mer, och flertalet deltog i olika forsknings- och utvecklingsprojekt. Resultatet av ISM:s arbete märks ute i vården i Västra Götalandregionen (VGR), bland annat genom ett vårdprogram för utmattningssyndrom i primärvården, och studentföreläsningar på olika program inom universitetet, exempelvis läkarprogrammet. Forskningen har resulterat i ett antal publikationer om utmattningssyndrom^(2, 3), och fler är under arbete. Bland stressorer som patienterna angav som orsak till sjukdomen, var 90 procent faktorer på arbetet, vanligtvis i kombination med privata stressorer.⁽⁴⁾

För närvarande pågår en långtidsuppföljning av patienter som behandlats för utmattningssyndrom, 7–12 år efter första besöket på ISM. Dessa individer är vanligtvis inte längre sjukskrivna, utan arbetar i varierande omfattning. Många rapporterar kvarstående symptom, ökad stresskänslighet är vanligt, liksom kognitiva störningar av olika allvarlighetsgrad. Tankar på suicid diskuterades under presentationen.

Det finns idag ett antal publikationer om olika arbetsförhållanden som kan leda till ökad risk för suicid, och även yrken som är överrepresenterade bland patienter med suicidtankar och suicid. Detta diskuterades också. En översiktsartikel från 2013 om suicid relaterat till yrke, visar på en stegvis gradient, där yrken med lägst socioekonomisk status har högst risk för suicid, och de med högst socioekonomisk status lägst.⁽⁵⁾

Vissa yrkesgrupper såsom läkare, sjuksköterskor, lantbrukare och poliser har visats ha ökad risk för suicid, vilket skulle kunna förklaras av tillgång till letala redskap. Tillgången till letala metoder har i olika studier visats medföra signifikant ökad risk för självmord. En australiensisk studie rapporterade att individer med tillgång till skjutvapen, läkemedel eller droger samt kolmonoxid, oftare än befolkningen i övrigt, suiciderade med hjälp av detta. Det var tre gånger ökad risk för kvinnor och även ökad risk för män, men inte lika mycket ⁽⁶⁾.

En stor australiensisk befolkningsundersökning 2001–2012, om *höga krav och låg kontroll* på arbetet var riskfaktorer för suicid, visade att *låg kontroll* och *stora arbetskrav* ökade risken för suicid bland män. För kvinnor var *stora arbetskrav* däremot en skyddsfaktor mot suicid. Detta kunde möjligen förklaras av att höga krav hos kvinnor uppfattades som positivt, och ett sätt att få kontroll. ⁽⁷⁾

I en stor longitudinell studie undersöktes sambandet mellan psykosociala arbetsförhållanden och tankar på suicid de senaste två veckorna bland män. De som upplevde *låg kontroll*, *osäker anställning* och *orättvis lönesättning*, hade ökad risk för tankar på suicid, liksom män med tillfälliga anställningar. ⁽⁸⁾

Mobbing eller trakasserier på arbetet medförde ökad risk för tankar på suicid. *Högre kontroll* och *säkerhet på arbetet* var associerat med lägre risk. ⁽⁹⁾ *Psykosocial stress* på arbetet kunde orsaka sömnstörningar. Sömnstörningar har visat sig medföra ökad risk för depression, detta i sin tur kan leda till tankar på suicid. ⁽¹⁰⁾

En stor japansk undersökning av heltidsanställda, visade att *personkonflikter på arbetet* var signifikant associerat med ökad risk för sömnproblem (insomnia). Bland de som rapporterade *osäkrare anställningsförhållanden* var sambanden mellan *personkonflikter på arbetet* och sömnproblem signifikant starkare. ⁽¹¹⁾

Övertid var associerat till försämrad psykisk hälsa i en större australiensisk studie. *Övertid ≤2 timmar* per vecka jämfört med 6 timmar eller mer, i den senare gruppen noterades en lätt sänkning av självskattad psykisk hälsa. Personer med *låg kontroll i arbetet* jämfört med *hög*, hade en signifikant större sänkning av självskattad psykisk hälsa vid övertid 4–6 timmar, eller mer än 6 timmar per vecka. ⁽¹²⁾

Ovanstående exempel är inte heltäckande, men visar att förhållanden i arbetslivet har stor betydelse för den psykiska hälsan. Flera olika faktorer på arbetsplatsen är starkt relaterade till ökad risk för psykisk ohälsa och för suicid. Vården måste bli bättre på att ställa frågor om arbetet vid psykisk ohälsa, och arbetsgivaren ska om det inte uppenbart är olämpligt involveras i rehabiliteringen vid anställds sjukskrivning. Det är på arbetsplatsen som anpassning av arbetsuppgifterna kan ske för tidigare och säker återgång till arbetet, samt för minskad risk för återinsjuknande.

Referenser

1. Åsberg M, Glise K, Herlofson J, Jacobsson L, Krakau I, Nygren Å, et al. Utmattningsyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa. (Exhaustion Syndrome. Stress related mental poor health) (in Swedish) Stockholm: National Board of Health and Well Fare 2003 Contract No.: ISBN 91-7201-786-4.
2. Glise K, Ahlborg G, Jr., Jonsdottir IH. Course of mental symptoms in patients with stress-related exhaustion: Does sex or age make a difference? BMC psychiatry. 2012;12(1):18.
3. Glise KA, G.jr. Jonsdottir, I. Prevalence and course of somatic symptoms in patients with stress-related exhaustion. Does sex or age matter? Submitted. 2014.
4. Hasselberg K, Jonsdottir IH, Ellbin S, Skagert K. Self-reported stressors among patients with Exhaustion Disorder: an exploratory study of patient records. BMC psychiatry. 2014;14(1):66.
5. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2013;203(6):409-16.

6. Milner A, Witt K, Maheen H, LaMontagne AD. Access to means of suicide, occupation and the risk of suicide: a national study over 12 years of coronial data. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):125.
7. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, Chastang JF, Niedhammer I, LaMontagne AD. Low Control and High Demands at Work as Risk Factors for Suicide: An Australian National Population-Level Case-Control Study. *Psychosomatic medicine*. 2017;79(3):358-64.
8. Milner A, Currier D, LaMontagne AD, Spittal MJ, Pirkis J. Psychosocial job stressors and thoughts about suicide among males: a cross-sectional study from the first wave of the Ten to Men cohort. *Public health*. 2017;147:72-6.
9. Milner A, Page K, Witt K, LaMontagne A. Psychosocial Working Conditions and Suicide Ideation: Evidence From a Cross-Sectional Survey of Working Australians. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*. 2016;58(6):584-7.
10. Kato T. Insomnia symptoms, depressive symptoms, and suicide ideation in Japanese white-collar employees. *International journal of behavioral medicine*. 2014;21(3):506-10.
11. Sakurai K, Nakata A, Ikeda T, Otsuka Y, Kawahito J. Employment type, workplace interpersonal conflict, and insomnia: a cross-sectional study of 37,646 employees in Japan. *Archives of environmental & occupational health*. 2014;69(1):23-32.
12. Milner A, Badland H, Kavanagh A, LaMontagne AD. Time Spent Commuting to Work and Mental Health: Evidence From 13 Waves of an Australian Cohort Study. *American journal of epidemiology*. 2017:1-9.

2 A Utbildning kan minska självmorden

Youth Aware of Mental health (YAM)

Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska Institutet och chef för Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention (NASP).



Youth Aware of Mental health – YAM är ett psykiskt hälsofrämjande och självmordspreventivt skolprogram som har testats och utvärderats bland 11 100 elever i 168 skolor i tio EU-länder. Resultaten har publicerats i *The Lancet* år 2015. ⁽¹⁾

Den randomiserade, kontrollerade studien visade att självmordsförsök och allvarliga självmordstankar var signifikant lägre bland elever i skolor som genomgått YAM-programmet jämfört med kontrollgruppen. Dessutom var insjuknandet i depression 30 procent lägre. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) konstaterar i en genomgång av skolprogram, som syftar till att förebygga självskadebeteenden, att YAM har den bästa evidensen. ⁽²⁾

Under hösten 2016 påbörjades YAM i Stockholms län och totalt 163 skolor har valt att delta i den forskningsstudie som ska

kulturellt anpassa utbildningsprogrammet YAM till Sverige samt se om programmet positivt förbättrar elevernas välmående och beteende gentemot varandra. Programmet används också i andra delar av Sverige.

I YAM-programmet förenas kognitiv, känslomässig och erfarenhetsmässig inlärning för att främja den psykiska hälsan och förebygga suicidala handlingar, depression och dåligt välbefinnande. Även om de teoretiska ramarna, materialet och tidsomfånget är fastställt så anpassas alltid innehållet efter klassen då elevernas deltagande och interagerande avgör programmets karaktär. ⁽³⁾

Referenser:

1. Wasserman D et al., School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 2015 April 18; 385, No. 9977, p1536–1544
2. SBU. Skolbaserade program för att förebygga självskadebeteende inklusive suicidförsök. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2015. *SBU-rapport nr 241*
3. Wasserman C et al. Suicide prevention for youth--a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*, 2012 Sep 12; 12, 776

Göteborgs ungdomsmottagningars förebyggande och utåtriktade arbete

Görel Envall, samordnare HälsUM, gorel.envall@vastra.goteborg.se

För snart 40 år sen körde en båt in i Tjörnbron och bron rasade. Det var natt och flera bilar hann köra rakt ner i vattnet innan någon hann varna dem. Människor dog. Så, hur hade vi kunnat förhindra att bilarna körde ner i vattnet? Vad gjorde de för att fler bilar inte skulle köra över kanten? Och på samma sätt, *vad kan vi på ungdomsmottagningarna göra för att färre unga ska falla över kanten?*

För medarbetare på ungdomsmottagningarna är arbetet nere på flodbanken en självklarhet. Vi vet att unga faller över kanten, vi fångar upp de som kämpar och försöker erbjuda den bästa vården. Kompetensen på ungdomsmottagningarna är generellt hög och med sin ansats som lågröskelverksamhet är det vanligtvis lätt för den unge att söka och få hjälp med allt från vardagsbekymmer till livsavgörande frågor. Arbetet på flodbanken ska självklart fortgå, ungdomsmottagningarna fyller en viktig funktion där.

Men vi behöver också göra vårt yttersta för att unga människor ska slippa falla över kanten, vi behöver arbeta förebyggande och utåtriktat. Vi vet att det för enskilda medarbetare på ungdomsmottagningarna är svårt att prioritera det arbetet, att förmå sig själv att lämna flodbanken. Unga människor i floden är i så tydligt behov av vår hjälp. För att möjliggöra prioritering av arbetet uppe vid brofästet, bildades HälsUM, en gemensam verksamhet för de sex ungdomsmottagningarna i Göteborg. Det började som ett projekt i januari 2015 och blev permanent verksamhet vid årsskiftet 2016/2017. Från början var HälsUMs uppdrag att utforma och utveckla det förebyggande, utåtriktade arbetet kopplat till psykisk ohälsa och gruppen 16–20 år. Sedan verksamheten permanentades, ingår all hälsa/ohälsa (psykisk, fysisk, reproduktiv och sexuell) och ungdomsmottagningarnas hela åldersspann, det vill säga 13-24 år.

HälsUMs arbete har bestått i att ta reda på vad som får bilister, cyklister och fotgängare att se varningsskyltar, att stanna, lita på skyltarna och att välja andra vägar, det vill säga: Vad är det egentligen som kan förebygga ohälsa bland unga? Vi har frågat oss: Hur mår de unga? Vilka metoder har effekt? Vilka erfarenheter har vi på ungdomsmottagningarna nationellt och lokalt? Vad gör andra aktörer i vårt närområde? Vad är möjligt att göra inom ramen för ungdomsmottagningarna? Summa summarum ville vi svara på följande fråga: *Hur kan vi på Göteborgs ungdomsmottagningar göra mest nytta för de unga, inom ramen för vårt uppdrag och som komplement till övriga aktörer?*

Några begrepp har väglett oss i arbetet:

Hållbarhet. Målsättningen har varit att skapa en struktur och införa insatser som håller över tid, som de unga kan räkna med. Arbetet ska inte vara beroende av eldsjälar eller söktryck. Det förebyggande, utåtriktade arbetet behöver prioriteras och uppvärderas.

Jämlik vård. Ett politiskt mål i Göteborg är att alla (unga) i staden ska erbjudas likvärdig vård. Detta får både konsekvensen att vissa insatser ska erbjudas alla unga OCH raka motsatsen – att vissa insatser endast ska erbjudas eller riktas till specifika grupper. I det förstnämnda fallet kan det handla om att tillse att även unga som går i särskolan ska bjudas in på traditionella klassbesök under sin högstadietid, medan de riktade insatserna kan behövas för till exempel unga som ingår i riskgrupper när det gäller sexuell hälsa.

Evidens/beprövad erfarenhet. Vår ansats har varit att de metoder som införs antingen ska ha vetenskaplig evidens eller genom erfarenhet visat sig effektiva. Dessutom har vi strävat efter att professionalisera det utåtriktade arbete som inte utgörs av någon särskild metod.

Professionaliseringen har främst bestått i att formulera syfte och tydliggöra perspektiv. Varje medarbetare ska vara väl medveten om att arbetet i till exempel montern på gymnasiedagarna och i tältet på West pride syftar till att förebygga ohälsa och mer specifikt vilka samtal som kan leda till detta. De övergripande syften som vi har formulerat kopplat till psykisk ohälsa handlar om att öka kunskapen om psykisk ohälsa, motverka tabu samt sprida information om var en kan få hjälp.

Utifrån ovanstående har vi dels skapat en struktur, dels fyllt strukturen med ett innehåll. Strukturen handlar om att komplettera arbetet på flodbanken med insatser uppe vid bron och även däremellan. Vi har valt att benämna nivåerna: riktade grupper, klassinterventioner respektive generella insatser. Vissa insatser som förts in är stora och resurskrävande, andra mycket små. Exempel på små insatser är att vi numera använder pärlor och gnuggisar på stora evenemang, vilket får de unga att stanna kvar i montern/tältet vilket möjliggör längre samtal med de unga. Exempel på stora satsningar är att vi numera utbildar personal (boendepersonal, fritids- och skolpersonal) i Mental Health First Aid/Första Hjälpen till Psykisk hälsa (MHFA) och Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). För de unga har vi infört stresshanteringskurser Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och även provat Youth Aware of Mental Health (YAM) i liten skala. Ur de olika programmen har vi plockat delar som vi använder vid klassbesöken i årskurs 8/9.

Förutom struktur och innehåll, så har Göteborgs ungdomsmottagningar med HälsUM skapat en given plats för kvalitetssäkring samt metod- och erfarenhetsutveckling avseende det förebyggande, utåtriktade arbetet. I HälsUMs uppdrag ingår att hålla sig uppdaterad på området och att förfina både struktur och innehåll. En slutsats som vi dragit utifrån våra erfarenheter är att en metod kan vara hur bra som helst för en viss målgrupp, men ändå inte fungera. Vi har funnit tre delar som är avgörande för huruvida en insats kommer fungera eller inte:

Vår egen organisation. Att samordna och utföra förebyggande, utåtriktat arbete tar tid, vilket organisationen och cheferna måste inse och prioritera.

Respektive medarbetare. För att utföra det förebyggande, utåtriktade arbetet krävs vilja, kunskap och motivation. Såväl arbets- som livssituationen måste ge utrymme för detta. Utåtriktat arbete måste synliggöras vid nyrekrytering.

Målgrupp. De vi vänder oss till måste dels vara motiverade att gå till exempel MHFA, ACT och YAM. De måste även ha fått tiden/utrymmet sanktionerat av arbetsgivare respektive skola/rektor.

Utifrån detta, har vi bland annat ställt tydligare krav på såväl skolor som rekryterar unga till olika insatser, som på våra egna medarbetare som ska delta i utbildningssatsningar.

För att svara på frågan i början om hur vi ska förhindra bilar att köra över kanten/unga att ”trilla över kanten”, så är vårt svar att vi behöver sprida ut oss. Vi behöver dessutom sprida ut oss på ett medvetet och strategiskt sätt för att uppnå just hållbarhet, jämlik vård och hög

kvalitet. Det utåtriktade arbetet behöver prioriteras, arbetet behöver samordnas och det behöver utvärderas efter hand.

Psykisk livräddning – baskurs i suicidprevention

Marin Letell, utbildningsansvarig Suicidprevention i Västra Götalandsregionen (SPIV).

Suicidprevention i Västra Götalandsregionen (SPIV) är en demokratisk och ideell, samt religiöst och politiskt obunden, förening med syfte att öka kunskapen om och intresset för att förebygga självmord, självmordsförsök och förhållanden som kan leda till sådana handlingar. I förlängningen är alltså målsättningen att minska antalet självmord, självmordsförsök samt det lidande som är förknippat med att befinna sig i en suicidal process. Organisationen bildades 1997 som ett av sex regionala nätverk i Sverige och har sedan dess arbetat för en mer systematisk och effektiv suicidprevention både lokalt, regionalt och nationellt. SPIV bidrog till att ta fram det Nationella handlingsprogrammet för suicidprevention och arbetar sedan länge med att implementera detta genom opinionsbildning, utbildningar och konsultation i hela landet (kommuner, landsting, organisationer, företag). Sedan starten har SPIV arbetat för att ständigt utveckla det suicidpreventiva området i takt med att ny kunskap produceras.

Sedan 2008 har namnet **Psykisk Livräddning** använts för olika typer av utbildningsinsatser: några riktade till en intresserad allmänhet, andra till vård- och omsorgspersonal, ytterligare någon till specialistpsykiatri.

Psykisk Livräddning är idag ett utbildningskoncept som vuxit fram i takt med att SPIV har svarat mot en allt större efterfrågan på fortbildning inom det suicidpreventiva området. Psykisk livräddning är en levande kurs i den meningen att den förhåller sig till det aktuella kunskapsläget, anpassas efter deltagarna och formas av de utbildare som genomför kursen. SPIV strävar efter att kombinera olika kunskapsformer eftersom det ofta uppstår nya insikter i mötet mellan dessa. Det epidemiologiska perspektivet ger oss en idé om förekomst i befolkningen och skillnader mellan olika grupper, samt hur strukturella åtgärder kan formas och riktas. Det kliniska perspektivet ger oss en allt bättre idé om hur suicidrisk kan hanteras i det enskilda fallet, både i akut och subakut läge. SPIV lägger också stor vikt vid egen erfarenhet av den suicidal processen och inte sällan har våra utbildare själva en sådan erfarenhet, antingen för egen del eller som anhörig. Psykisk Livräddning söker också efter att förmedla en integrerad förklaringsmodell där både biologiska, psykologiska och sociala faktorer spelar en viktig roll för att förstå självmordets komplexitet och hur det kan förebyggas. Om handlingsteorin lägger en grund för kursen så bildar olycksfallsperspektivet en ram inom vilken andra förklaringsmodeller ryms. Olycksfallsperspektivet ger oss en ram för risk- och sårbarhetsanalys, för risk- och krishantering samt skadereducering. Kursen förmedlar verktyg för att bättre förstå och hantera situationer före, under och efter en självdestruktiv handling. Detta gäller både på en övergripande samhällsnivå, på verksamhetsnivå och på individnivå (hjälp och självhjälp).

Psykisk Livräddning är alltså en levande kurs, men det finns en innehållsmässig stomme som ser ut ungefär så här:

- genomgång av riskfaktorer/skyddsfaktorer och samtal om subjektiv risk, trigger och coping
- bio-psyko-social förklaringsmodell, olycksfallsperspektivet bildar en ram inom vilken andra förklaringsmodeller ryms, viss tonvikt på stress/sårbarhet/problemlösning
- suicid riskbedömning som färskvara

- fallexempel (ofta levande berättelse)
- bemötande i akut och subakut läge med exempelfilmer och diskussion
- diskussion av hjälp- och självhjälpsstrategier
- diskussion av rutiner i verksamheten vid olika scenarier (suicid, suicidförsök, suicidtankar) med utgångspunkt i lokal riktlinje om det finns
- individanpassad samverkan

Psykisk Livräddning finns i olika varianter och SPIV har olika uppdragsgivare (framförallt i västra Sverige).

På uppdrag av Närhälsan Västra Götalandsregionen (VGR), som är en av Sveriges största primärvårdsgivare, genomför SPIV 15 kurser/termin sedan 2015, d.v.s. att ca 90 kurser har genomförts i slutet av HT-17. Kursen administreras av Närhälsan som också har information om exakt hur många mottagningar och personer som har deltagit i kurserna hittills (det är mellan 8 och 60 personer vid varje tillfälle). Kurserna genomförs ofta på mottagningen och utvärdering görs i anslutning till kurstillfället (deltagarens upplevelse av kursen). Denna information har Närhälsan också. Den här kursen är 6 timmar lång och utvecklades i dialog med Närhälsan. Tanken är att all personal på en mottagning ska delta. Kursen är alltså upplagd för att passa alla yrkeskategorier inom primärvården (sekreterare, sjuksköterskor, barnmorskor, fysioterapeuter, läkare, kuratorer och psykologer, m.fl.). Professions- och verksamhetsanpassning sker till viss del genom att det ges utrymme att diskutera egna erfarenheter och fall. Kursen lyfter den regionala riktlinjen för hantering av suicidrisk, samt Närhälsans egen riktlinje för suicidriskbedömning med syfte att initiera ett suicidpreventivt lagarbete.

På uppdrag av Psykiatrisamordningen i Göteborg genomför SPIV också Psykisk Livräddning för personal inom individ- och familjeomsorgen och funktionshinderområdet i Göteborgs stad. Kursen genomförs 2–3 gånger varje termin och det är max 40 deltagare vid varje kurs. SPIV har genomfört 10 kurser hittills (t.o.m. HT-17), d.v.s. att uppemot 400 personer har deltagit. Den här kursen är 9 timmar lång. Första dagen liknar heldagen för primärvård, men är till viss del anpassad till kommunal omsorgsverksamhet. Vid varje kurstillfälle deltar personal från en rad olika verksamheter inom Göteborgs stad och stadsdelar. Även den här kursen är alltså anpassad för att passa flera olika yrkeskategorier (t.ex. stödpedagoger, socialsekreterare, kuratorer). Kursen är uppdelad på två tillfällen (en och en halv dag), därför finns möjlighet att använda kurslitteratur (för tillfället: Ullakarin Nyberg (2013) *Konsten att rädda liv*) och en hemuppgift. Den senare består i att tillsammans på arbetsplatsen göra en form av risk- och sårbarhetsanalys i den egna verksamheten med syfte att ta fram rutiner vid olika scenarier (suicid, självdestruktiv handling med/utan suicidal intention, subakut suicidal kris, suicidal kommunikation samt vid oro/misstanke om förestående suicidhandling). Syftet är att etablera ett suicidpreventivt lagarbete i verksamheten och i samverkan med andra. Kursen fungerar på så sätt som en implementering av de riktlinjer för suicidriskhantering som gäller i Göteborgs stad. Psykiatrisamordningen utvärderar själva kursen efter kurstillfället via elektronisk enkät.

SPIV genomför också kurser på uppdrag av enskilda verksamheter och kommunala förvaltningar runtom i västra Sverige. Förutom 9 och 6 timmar, så finns också en snabbvariant av Psykisk Livräddning på 3 timmar. Den här kortare kursen görs ibland i form av föreläsningar med 50–150 deltagare och ibland i en verksamhet för en personalgrupp. Antalet

deltagare avgör hur stort diskussionsutrymmet och därmed målgruppsanpassningen blir. Dessa 3-timmarskurser kan genomföras både som professionsutbildning och som folkbildning anpassad till en bred allmänhet.

SPIV genomför varje termin ett antal kurser som är öppna för allmänheten, ibland på uppdrag, ibland i egen regi, ibland i samarbete med studieförbund såsom Folkuniversitetet och Sensus.

Under 2017 genomförde SPIV drygt 60 utbildningstillfällen totalt. SPIV är en liten ideell organisation utan möjlighet att genomföra omfattande utvärderingar av effekter (om vi menar andra effekter än deltagarnas upplevelse av kursen, t.ex. effekt på suicidalitet). Syftet med utbildningsverksamheten är att sprida kunskap om suicidprevention och att inspirera till ett konkret preventivt arbete för att på sikt minska antalet självmord och självdestruktiva handlingar. På så sätt fungerar Psykisk Livräddning i praktiken som en implementering av två av de nationella strategierna för att reducera antalet suicid, nämligen att ”öka kunskapen om självmordsnära personer hos personal och andra nyckelpersoner i vården” och att ”sprida kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid”.

Våga fråga – arbetsplats, Suicide Zeros två timmars utbildning

Alfred Skogberg, generalsekreterare Suicide Zero.

Hur kan du upptäcka varningstecken på psykisk ohälsa? Och vad kan du göra om du misstänker att någon har det tufft? Suicide Zeros tvåtimmars-utbildning Våga Fråga ger dig verktygen du behöver för att kunna agera om någon i din närhet verkar må riktigt dåligt.

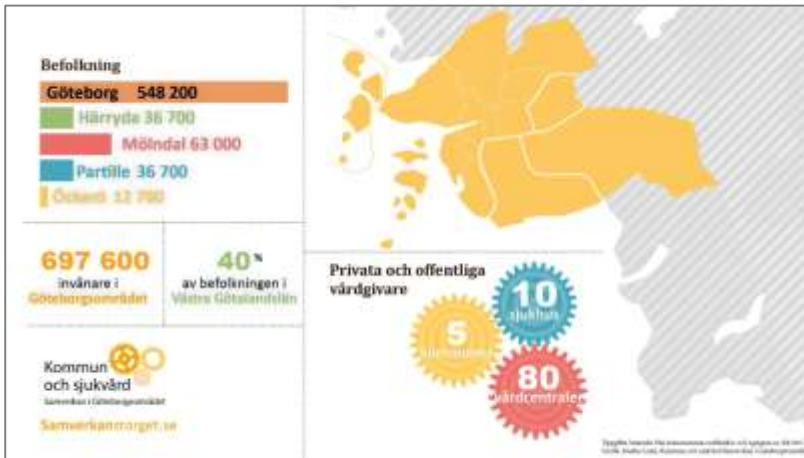
Varje år påverkas tusentals människor i arbetsför ålder av psykisk ohälsa. Utmattnings-, depressioner, självmordstankar och fullbordade självmord drabbar alldeles för många. Den psykiska ohälsan resulterar i enorma kostnader och än mer lidande. Men psykisk ohälsa och självmord är något som vi i stor utsträckning kan förebygga.

Suicide Zeros utbildning Våga fråga – arbetsplats där vi går igenom fakta och myter om självmord. Vi lär dig känna igen varningstecken på när psykisk ohälsa kan uppstå och vi går igenom hur du kan stötta. Genom bikupor och rollspel får du öva dig i hur du kan agera när du misstänker att någon har det svårt. Du får lära dig att hålla motiverande samtal och du får konkreta råd på hur du kan följa upp och hur du lotsar rätt vid en akut situation. Du behöver inte ha några förkunskaper eller arbeta med den här typen av frågor i ditt arbete för att kunna delta.

Kostnad 15 000 kr för två timmars utbildning för max 16 personer. För resor utanför Stockholm tillkommer rese- och eventuella hotellkostnader.

Första hjälpen till psykisk hälsa, Kommun och sjukvård, Samverkan i Göteborgsområdet

Agneta Bergqvist, Utvecklingsledare, PP-presentation.





Första hjälpen till psykisk hälsa - bemötandebildning

B bedöm situationen
L lyssna fördomsfritt
E erbjud stöd och information
U uppmuntra till att söka professionell hjälp
S stöd personen att hitta andra hjälpresurser

www.samverkanstorget.se

2014

5 instruktörer
 Nätverk
 Konferenser
 Föreläsningar

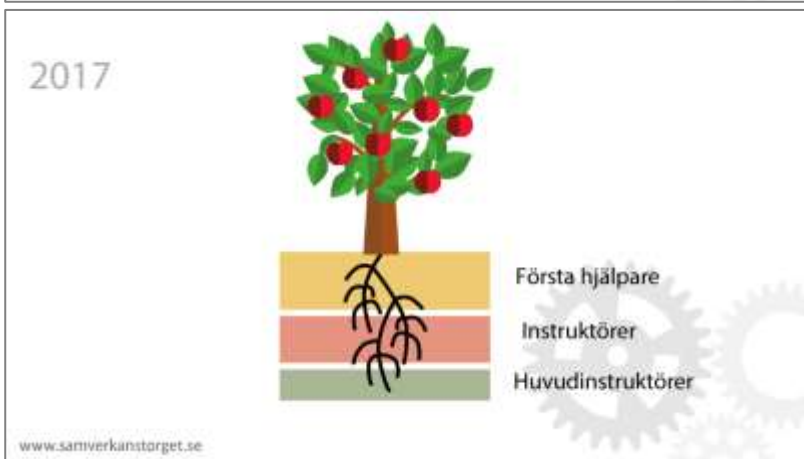
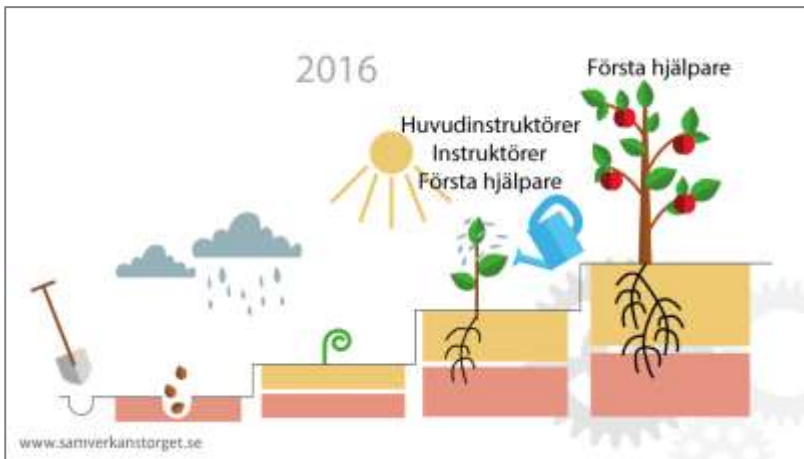
Bestämde sig!

www.samverkanstorget.se

2015

Första hjälpare

www.samverkanstorget.se



2 C Varför är självmord vanligare bland män trots att depression och suicidförsök är vanligare bland kvinnor?

Inledning, professor Jan Beskow, Suicidprevention i Västra Götalandsregionen (SPIV).

Sjuttio procent av alla självmord begås av män. Detta trots att de i särklass starkaste riskfaktorerna, nämligen tidigare suicidförsök och psykisk störning, framför allt depression, är vanligare hos kvinnor. Dessa borde därför ha en högre frekvens av självmord, men det är tvärtom. Varför är det så? Det är detta som kallas "Suicidalitetens könsparadox".

Den som mest har brottats med detta är Wolfgang Rutz, professor i Social Psychiatry and Public Mental Health, University of Coburn/Germany. Han är också före detta chef för WHO:s europeiska program för Mental Health, 1998–2005. Under många år var han också chef för den psykiatriska kliniken i Visby. Det var då han skrev sin internationellt mycket uppmärksammade avhandling om självmord på Gotland. Avsikten var att sänka självmordsfrekvensen genom utbildning av distriktsläkare i diagnostik och behandling av depression och suicidalitet. Försöket lyckades men dessvärre nästan bara bland kvinnor. Det gjorde att han intresserade sig för problemet män och suicid. Han utarbetade bl. a. den s.k. *Gotlandsskalan* för att säkrare diagnosticera manlig suicidbenägenhet.

Självkommer jag att berätta om data från Martin Teicher och medarbetare om hur störningar i anknytning och tidiga psykiska trauman kan ge långvariga hjärnskador. Dessa har betydelse för hur de drabbade senare möter livets problem. De är också olika hos män och kvinnor. Börjar vi närma oss problemets lösning?

Male Depression and Suicidality, The Gotland Experience

Wolfgang Rutz MD, PhD, Ingen sammanfattning men PP-presentation.

Suicidalitetens könsparadox ur ett neurobiologiskt perspektiv

Jan Beskow, professor, *Suicidprevention i Västra Götalandsregionen (SPIV)*.

Könsparadoxen innebär att sjuttio procent av alla självmord begås av män. Detta trots att de i särklass starkaste riskfaktorerna, nämligen tidigare suicidförsök och psykisk störning, framför allt depression, är vanligare hos kvinnor.

Förståelse

Det lägre självmordstalet hos kvinnor förklaras ofta med att kvinnor har bättre kontakt med sin kropp och är mer relationstränade. Deras främlingskap, d.v.s. tabuering av kropp och suicidalitet är också mindre. Detta gör att de lättare identifierar och talar om sina psykiska besvär och därför kommer till vård snabbare. Den vanligaste självmordsmetoden är förgiftning, som också ofta medför snabb vård.

För män är det svårare att acceptera att de skulle kunna ha en psykisk sjukdom och till och med vara på gränsen till att inte orka leva längre. De undertrycker därför gärna sina symtom och tycker inte att de behöver någon hjälp, Fässberg 2015. De undertrycker också de vaga tankar på att ta sitt liv som i svåra stunder finns också hos dem. Dessa kan senare oväntat och kraftfullt dyka upp vid en ny påfrestning ofta i samband med alkohol, varefter en del av dem snabbt och effektivt dödar sig själva genom hängning eller skjutning.

Neurobiologi

Nya studier genom bildering, framför allt funktionell magnetresonans, fMRI, visar att tidiga anknytningsstörningar och psykiska trauman ger förändringar i hjärnan som påverkar köns reaktionsmönster. Fynden är i linje med ovanstående uppfattningar men fördjupar dessutom vår förståelse av dessa.

Metod

Identifiering av psykiska trauman samt tiden när de inträffade görs retrospektivt i 20-årsåldern bl.a. genom skalan "Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure" (MACE-skalan), Teicher & Parigger 2015. Skalan mäter vad barnen/ungdomarna utsatts för, fördelade på åtta olika former av misshandel och vanvård av föräldrar och/eller kamrater samt två former av bevittnat familjevåld. Vid vilken ålder händelserna inträffade noteras liksom deras intensitet. Uppgifterna jämförs sedan med olika former av bildering, främst fMRI. MACE-skalan ska skiljas från skalan "Adverse Childhood Experience" (ACE) som utgår från vad som händer i den drabbades kropp, "Early Stress Experience" eller "tidig barndomsstress", Dube et al 2003.

Studierna utgår från begreppet "maltreatment". Det innebär "att ständigt eller upprepat utsättas för händelser som innebär förlust av förtroende och tillit". Begreppet är således vidare än den svenska översättningen misshandel, engelskans "assault".

”Maltreatment” innefattar aktiva former såsom fysisk misshandel, sexuellt utnyttjande och mobbning men också passiva former, som stämmer bättre med vårt begrepp vanvård eller negligering, engelskans ”neglect”.



Bild1

Resultat

Skadade hjärnor. Perioder av hög stressnivå ger inte bara funktionella psykologiska skador åtkomliga genom samtal utan också bestående hjärnförändringar. Detta har målande uttryckts i ett par titlar: *Scars that won't heal*, Teicher 2002, och *The body keeps the score*, van der Kolk 2014. Hos en del personer kan dessa kompenseras genom hjärnans ständiga aktivitet och omstrukturering.

Tidsfönster. Skadorna uppkommer under särskilt känsliga perioder. Pojkarna uppger framför allt passiva handlingar, negligering i tidig barndom upp till fyra års ålder. Flickorna däremot rapporterar framför allt att de utsätts för aktiva handlingar såsom sexuellt utnyttjande. Bevittnat familjevåld är också vanligt. Det intressanta här är att hjärnförändringarna och de symptom de ger är olika hos män och kvinnor, Teicher 2016.

Retrospektivitet. Att bedömningarna är retrospektiva medför givetvis vissa tolkningssvårigheter. Upplevelsen av ett trauma i tonåren kan täcka över sådana upplevelser under de tidigaste barnåren. Även flickor har erfarenheter av negligering, vilket hos dem, men inte hos männen, är korrelerat till suicidförsök senare under livet, Ehnvall oa 2008.

Långvariga hjärnförändringar. De neurobiologiska fynden talar således för att psykiska trauman under barndomen ger förändringar i hjärnan, som åtminstone kvarstår till undersökningstillfället i 20-årsåldern, Teicher& Samson 2013. Dessa gör att vissa situationer i livet blir svårare att förstå och hantera. Man kommer inte vidare. Svårigheten att finna en lösning ger en ökad aktivering av kroppen, upplevd som ångest, men till sist en utmattning, upplevd som depression, uppgivenhet, hopplöshet. Dessa reaktioner är normala fenomen som pekar på och hjälper till i problemlösningen. Närheten till döden ger ökad energi åt problemlösningssprocessen och gör tidigare otänkbara lösningar tänkbara, t.ex. en skilsmässa

eller att söka psykiatrisk vård. Om personen trots detta inte lyckas lösa sina problem kan dessa normala fenomen övergå i patologi, i psykiska störningar.

De tidigt förvärvade neurobiologiska förändringarna gör dessutom att ångest och depression debuterar tidigare, får allvarigare symtom, ger högre risk för suicid och reagerar sämre på behandling. Att differentiera ångest- och depressionstillstånd efter om sådana hjärnförändringar finns eller inte finns, ger därför större precision i diagnostik och behandling.

Män

De trauman som går djupast in hos pojkar är brister i tidig barndom vad gäller fysiskt och emotionellt omhändertagande, vanvård, negligering. Dessa män har reducerad volym i såväl hippocampus som corpus callosum. Det första ger sämre minnesarbete och därigenom sämre kreativitet och problemlösning. Den senare ger sämre kommunikation mellan högerhjärnan, som står för den omedelbara livstolkningen och vänsterhjärnan, som står för ordsättande och problemlösning. Männerna utvecklar ett mer distant och undvikande beteende, vilket kan fördjupas till klinisk depression. Liknande hjärnförändringar finns efter såväl tortyr som mobbning, Emdad 2011.

10

Hjärnskador vid tidig anknytningsbrist och psykiska trauman

Hos båda könen. Minskad volym i:

- Hippocampus / försämringar i minne och kreativitet
- Hjärnbalken/corpus callosum / försämrade förbindelser mellan höger och vänster hjärnhalva

Hos pojkar

- Längre mentalt avstånd till andra människor
- Svårigheter att fånga upp kroppsreaktioner och suicidtankar
- Senare djupa depressioner, samt
- Högre frekvens suicid.

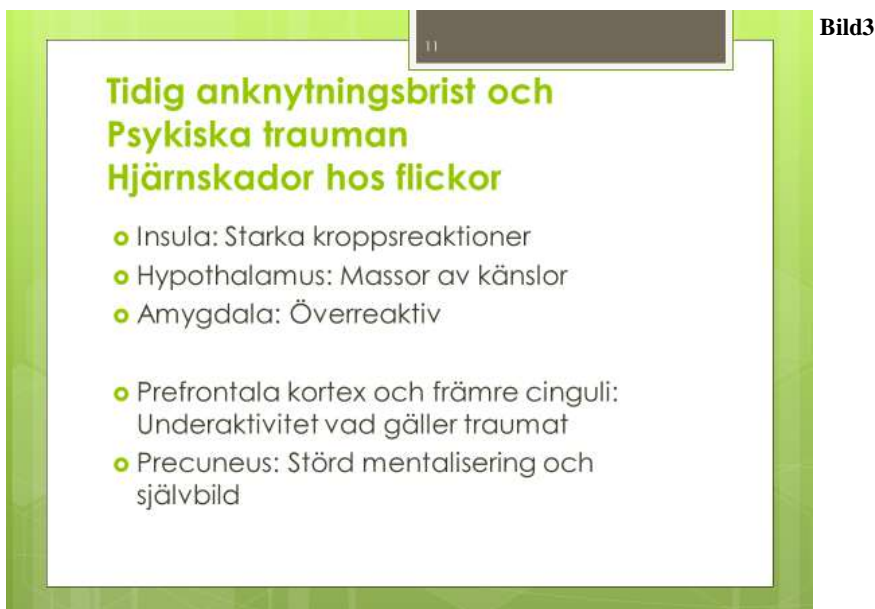
Bild2

I tidig barndom lär människan sig att hantera sina affekter och att skapa en mjuk och differentierad anknytning som modell för senare relationer. När detta inte fungerar drar de sig i stället tillbaka in i sin enslighet. Därmed skapas ett längre mentalt avstånd mellan den blivande mannen och den sociala/relationella verkligheten med lägre förmåga att läsa av mimik och kroppsspråk, förstå samspelet och anpassa sig flexibelt. Vid svåra påfrestningar reagerar de inte i första hand med utåtriktad ångest utan med djupa, svåråtkomliga depressioner.

Kvinnor

Kvinnor däremot rapporterar framför allt fysisk och psykisk misshandel vid nio till tolv års ålder. Traumatisering genom sexuella trakasserier och utnyttjande samt bevittnande av våld mot syskon sträcker sig längre upp i tonåren. Resultatet blir liksom hos männen reducerad

volym av hippocampus och corpus callosum med försvårad minnesfunktion och problemlösningsförmåga samt försämrad kommunikation mellan höger och vänster hjärnhalva.



De påfrestningar, som kvinnor utsätts för, ger upphov till starka reaktioner från den hotade kroppen (via insula) och massor av känslor (via hypothalamus). Dessa ger en översensibel amygdala med lättaktiverade försvarsmekanismer. Sammantaget ger detta jämfört med mannen en ökad benägenhet för förhöjd aktiveringsnivå, ökade ångestupplevelser och därmed ökad önskan att tidigt söka hjälp för lindring och stöd men också nedsatt förmåga att sätta ord på och beskriva det upplevda traumat.

Jämförelse mellan män och kvinnor

Den djupt liggande depressionen hos män med drag av undvikande bidrar sannolikt till deras motvilja mot att acceptera tecken på psykisk störning och livströtthet. Dessa män är rimligen svårare att diagnosticera och behandla än kvinnor med en hyperreaktiv amygdala. De senare har också lättare att uppfatta kroppsliga symtom genom en överaktivitet i insula. De har också en sänkt förmåga att kontrollera sin ångest, genom förändringar som ger underaktivitet i främre gyrus cinguli och i prefrontala kortex. Däremot har de i övrigt både en god språkutveckling och nära kontakt med andra människor, vilket underlättar diagnostik och behandling.

Hjärnan har behov av att skapa gestalter, sammanhängande bilder och tankar som gör tillvaron begriplig. Förmår inte personen skapa trovärdiga problemlösningar, söker hen orsakerna på annat håll. Valet faller ofta på brister i den egna personligheten. Självbilden, som personen bygger upp bl. a. av egna prestationer och andras omdömen och som baseras på mentaliseringsförmågan (bl. a. genom processer i precises) drabbas av kritisk granskning. Besvikelsen gör att självkänslan och självförtroendet sjunker. Självet bedöms svagt, odugligt och bara till besvär. I nära interaktion med upplevd ångest bildar detta känslor av skuld och skam som delar i en destruktiv nedåtgående spiral.

Skam är upplevelsen av andras ogillande, ett förstadium till ett smärtsamt uteslutande ur gruppgemenskapen, Eisenberger 2003. Flickor som varit utsatta för tidiga och under lång tid upprepade sexuella övergrepp berättar att de kan känna sig osäkra på om de ens är en människa, Wetterlöv 2015. Dissociationsfenomen är inte heller ovanliga. Likheter med den suicidala processen med dess ångest, vanmakt, isolering och nedvärderande av sig själv är tydliga.

En del av dessa utvecklar en färdig suicidplan som reservutgång. Obetydliga triggers kan aktivera tidigare smärtsamma känslor, vilket gör att krutdurken exploderar i en suicidhandling. Mer eller mindre slumpmässigt dör några av dessa i självmord.

Betydelse för klinik och forskning

Fynden överensstämmer i stort sett med tidigare förklaringar till skillnaderna i självmordsfrekvens mellan könen men är betydligt mer detaljerade. De är av stor klinisk betydelse. Framför allt måste samspelet mellan post traumatic stress disorder (PTSD), ångest, depression och suicidalitet beaktas mer konsekvent i diagnostik och behandling. De ger också upphov till en mängd nya och alltmer precisa hypoteser, som behöver ytterligare beforskas. De stärker uppfattningen att ångest och depression kan ses som olika faser i samma grundläggande process.

Referenser

- Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W. H., and Anda, R. F. (2003) Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 111, 564-572
- Ehnvall A, Parker GB, Hadzi-Pavlovic D, Mahli G. Perception of rejecting and neglectful parents in childhood relates to lifetime suicide attempts for females - but not for males. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2008; 117(1); 50-56.
- Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams K.D. Does rejection hurt? An FMRI study of social exclusion. *Science*. 2003;10;302(5643):290-2.
- Emdad R. Mobbning kan leda till självmord. *Arbetsmiljöforskning.se* 2011-11-22
- FORTE. Problemet självmord. Stockholm: Forte; 2015.
- Fässberg F, Lundberg L. Mäns frånvaro i vården. En litteraturbaserad studie om samband mellan maskulina normer och mäns vårdsökande för psykisk ohälsa. Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 180 hp. Examensarbete i folkhälsovetenskap med hälsoekonomi I, VT 2015. Pdf-länk https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/49039/1/gupea_2077_49039_1.pdf
- Teicher MH: Scars that won't heal: the neurobiology of child abuse. *Scientific American* 2002; 286(3):68-75
- Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry*. 2013 Oct; 170(10):1114-33. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12070957.
- Teicher MH, Parigger A. The 'Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure' (MACE) Scale for the Retrospective Assessment of Abuse and Neglect During Development. *Public Library of Science, PLOS*, February 25, 2015 <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0117423>
- Teicher M H oa. Brain structural and functional sequelae of early life adversity. <https://drteicher.wordpress.com> Klicka sedan på [child_abuse_brain_psychosomatic_aps_2016](#).
- Van der Kolk B. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*, Viking, Penguin Books 2014.
- Wetterlöv J. Traumarelaterad skam. *Svensk Psykiatri* 2015; nr 4:21.

2 D Nya arbetssätt och metoder i psykiatri – en fråga om patientsäkerhet

Patientsäkerhet och suicidprevention

Margit Ferm, socionom, ordförande SPES-kretsen i Region Jönköpings län, PP-presentation.

Förändringsarbete

Inledningsvis kunde vi konstatera att förbättringar sällan sker av sig själva utan att det behövs ett aktivt, målmedvetet och ihållande arbete för att skapa bättre resultat i verksamheten. Oftast behöver vi förändra vårt arbetssätt för att åstadkomma förändringar som leder till förbättringar, det är detta som dagens seminarium har fokus på.

För någon termin sedan läste jag en fristående kurs i Patientsäkerhet. Vi fick i uppgift att beskriva ett patientsäkerhetsärende. Jag ville skriva om suicidprevention men fick till svar av examinatorn att det var bättre att välja ett somatiskt ärende, ”det kan vi mera om”. Det blev ändå så att jag lyfte det suicidpreventiva perspektivet och vi fick en mycket bra diskussion i studiegruppen. Några veckor senare fick vi en bonusföreläsning av en insiktsfull överläkare och psykiater. Nu kom patientsäkerheten ur ett suicidpreventivt perspektiv in i utbildningen!

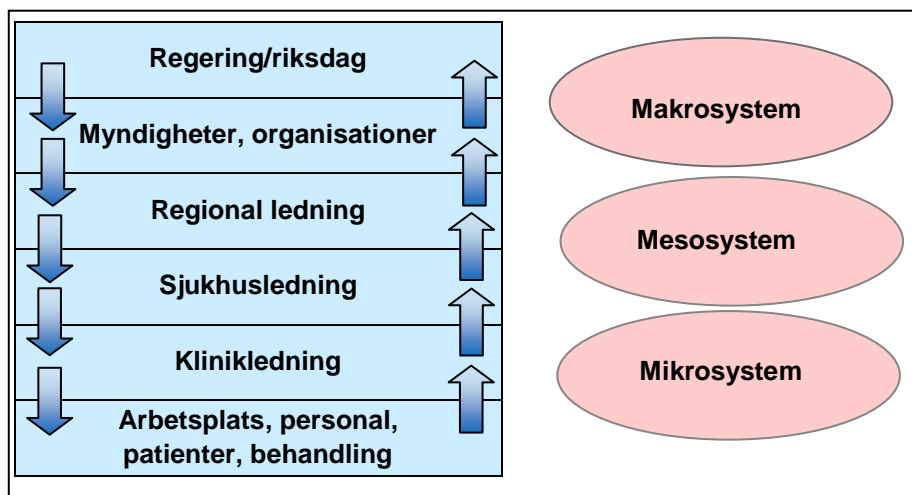
Säkerhet och systemsyn

Enligt *Hälso- och sjukvårdslagen*⁽¹⁾ ska vården bedrivas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. I *Patientsäkerhetslagen*⁽²⁾ föreskrivs att hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att upprätthålla hög patientsäkerhet. Lagen definierar vårdskada som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. I *Patientlagen*⁽³⁾ lyfts det övergripande syftet att stärka och tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen är ingen rättighetslag för patienten utan en skyldighetslag för vårdgivaren. Tidigare i år presenterade Vårdanalys sin rapport om patientlagens tre första år. Rapporten fick den talande rubriken ”Lag utan genomslag”.⁽⁴⁾

Enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården* har vårdgivaren ansvar för att det finns processer och rutiner för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som föreskrifterna beskriver. Vidare lyfts att vårdgivaren fortlöpande ska se till att kraven i föreskrifterna uppfylls. Vårdgivaren ska säkerställa att patientjournalen bl.a. innehåller uppgift om patientens önskemål om vård och behandling.⁽⁵⁾

I den här nyare lagstiftningen har man lämnat utpekandet av enskilda anställda som begår ett fel och istället fokuserat på vad i systemet, organisationen, som lett till att det blir fel d.v.s. uppstår en vårdskada. Om vi ser sjukvården som ett sociotekniskt komplext system så ingår primärvården, öppen- och slutenvårdspsykiatri som delsystem i samma system.⁽⁶⁾

Med hjälp av Rasmussens systemmodell⁽⁶⁾ kan sambandet mellan säkerhetsproblem inom ett sociotekniskt system beskrivas i termer av makro-, meso- och mikrosystem, se figur 1. Med övergripande beslut som lagstiftning och myndigheters anvisningar på makronivå och med regionala vårdprogram, sjukhusledningens och klinikledningens beslut på mesonivå påverkas mikronivån, arbetsplatsen/enheten med vårdpersonal, patienter och anhöriga. De ekonomiska ramar man ger till verksamheten är ett starkt styrmedel.



Figur 1
Rasmussens
systemmodell

En förtydligande bild av "säkerhetsrummet" som beskriver dynamiken i systemet har lyfts fram av Rasmussen, Cook, Woods.⁽⁶⁾ För att kunna bevaka att inget går fel behövs säkerhetsgränser med säkerhetsmarginaler som hjälper till att upptäcka att gränsen håller på att nås. Det är viktigt att ha kontroll på marginalerna så att säkerheten upprätthålls.

Säkerhetsgränsen inom sjukvården kan påverkas av ekonomiska styrmedel/ramar, bemanning, arbetsbelastning m.m. Ett viktigt och enkelt sätt att försäkra sig om att enheten befinner sig inom det accepterade tillståndet d.v.s. i "säkerhetsrummet" är att fråga patienten och dennes anhöriga om de känner sig säkra och omhändertagna, så att risktillstånd inte normaliseras.

Vid händelseanalyser finner man ofta vad som orsakat en vårdskada, det kan t.ex. vara ett gradvist ändrat beteende som medverkat till att gränsen för det säkra omhändertagandet har passerats. Att inte ha gjort en suicidriskbedömning har kanske inte medfört något problem och därför upplevs inte längre risken som så stor, när man återigen avstår från att göra sådana riskbedömningar. Man inser inte att man befinner sig i säkerhetsmarginalen och t.o.m. på väg ut ur den.

Bristfälliga beslutsunderlag kan sprida sig nedåt i organisationen. Politiker eller sjukhusledning kan fatta beslut om att öka vårdproduktionen, men har inte tillräckliga kunskaper om personalens kapacitet eller om den fysiska vårdmiljön, vilket kan få till följd att patientsäkerheten påverkas negativt dvs. "säkerhetsrummet" minskar.

Ansvar för patientsäkerheten ligger i linjeorganisationen. Genom patientsäkerhetsronder och patientsäkerhetsdialoger kan man inom verksamheten följa upp hur detta arbete fungerar i praktiken och se till att "säkerhetsrummet" bevaras.

Ansvar för säkerhetsarbetet bör lyftas till verksamhetsledningsnivå. Vad kan den svenska sjukvården lära sig om hur säkerhetsarbetet organiseras och genomförs i andra starkt reglerade branscher med stora säkerhetsrisker, s.k. benchmarking? Antagligen en hel del.⁽⁶⁾

I Sveriges Kommuners och Landstings, SKL:s, *Handbok – riskanalys och händelseanalys* betonas att patientsäkerhetsarbetet är ett brett och komplext kunskapsområde och att det ofta är flera orsaker till att en patient drabbas av vårdskada. Lärandet i organisationen ökar och det riskförebyggande arbetet stärks genom att vårdgivaren systematiskt identifierar och analyserar risker och vårdskador utifrån olika synsätt. Det kan göras både ur individ- och systemperspektiv. När man ser ur individperspektivet söker man orsaken hos enskilda personer i personalgruppen som kan ha slarvat eller brustit i uppmärksamhet. När man i stället utgår från systemsynen kan man kanske upptäcka att de

negativa händelserna har skett p.g.a. brister någonstans i vårdgivarens system, såsom svagheter i arbetsmiljö, bemanning, kompetens eller i själva organisationen. Genom att använda det s.k. MTO-perspektivet, människa – teknik – organisation, utgår man från en systemsyn som bygger på samspelet mellan dessa tre faktorer, vilket är grunden för både risk- och händelseanalyser. Handlingar som utförs inom hälso- och sjukvården ger oftast ett positivt resultat, men ibland kan de leda till att en vårdskada uppstår p.g.a. att förutsättningarna skiftar och att personalen söker anpassa sitt arbete till oväntade situationer. Både personal och organisationer anpassar sig oftast till avvikelser och störningar i verksamheten med bibehållen säkerhet.⁽⁷⁾

Inom landstingen finns vårdprogram för vård av suicidnära patienter framtagna. I dessa betonas vikten av att både personal och vårdgrannar har kunskap om innehållet i dessa. Det viktiga är att innehållet implementeras och kommer till användning i verksamheten. Det betonas att all personal har ett individuellt ansvar för att ta del av, förstå och arbeta utifrån vårdprogrammet.^(8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15) I de olika vårdprogrammen lyfts bl. a. vikten av att:

- Våga fråga – patienter som kommer i kontakt med psykiatrin ska tillfrågas om suicidtankar.
- Dokumentera suicidrisk, bedömning och vårdplan.
- Samverka med närstående.
- Alla patienter som gjort suicidförsök ska bedömas inom ett dygn.
- Alla patienter som gjort suicidförsök ska följas upp under minst ett år.

Människan som resurs

Det ställs stora krav på vårdpersonalen som har att uppfylla olika kriterier, som ibland dessutom kan vara motstridiga. Hela tiden har både ledning och allmänhet krav och förväntningar att personalen ska agera rationellt och effektivt, skriver Erik Hollnagel. Rationellt och effektivt handlande kan då prioriteras framför noggrannhet i arbetet, vilket kan vara att balansera på en knivsegg och samtidigt se till att arbetet blir utfört på ett säkert sätt.⁽⁶⁾

Verksamheten inom sjukvården bedrivs ofta dygnet runt. Arbetstidens förläggning påverkar individen på olika sätt.

Torbjörn Åkerstedt och Göran Kecklund anser att patientsäkerheten kan påverkas av långa arbetspass med för lite sömn så att fler fel och misstag sker i arbetet.⁽⁶⁾ Under senare år tycks dessutom arbetstempot i vården ha ökat vilket kan bidra till att vårdpersonal känner sig mer stressade och upplever en större tidspress. Enligt Ola Svensson och Anne Edland kan detta påverka individen negativt när bedömningar ska göras, hur problem löses och hur beslut fattas.⁽⁶⁾

Vårdpersonalens förmåga att väga resurser och krav mot varandra, att kunna kompromissa mellan effektivitet och noggrannhet påverkar vad de gör och hur de utför sina uppgifter. De söker också göra det som förväntas av dem och vara så noggranna som de anser att man behöver vara i just den situationen, utan att använda mer tid än nödvändigt. Detta kan enligt Erik Hollnagel benämnas ETTO-regeln, Efficiency-Thoroughness Trade-Off, personalen kontrollerar enbart det som man upplever som viktigt. Individen kompromissar inom följande tre områden⁽⁶⁾:

- Effektivitet
- Noggrannhet
- Säkerhet

Sammanfattning

I Sverige har vi den lagstiftning, de anvisningar, rekommendationer och även kunskap om suicidalitet, som behövs på nationell, övergripande makronivå. På mesonivå finns riktlinjer, handlingsprogram och faktadokument som reglerar den suicidpreventiva verksamheten inom vård och omsorg. Där verkar satsningen sluta. Finns det insikt om att suicidprevention tar tid och att det krävs kompetent personal? Det är på mikronivån vi märker bristerna d.v.s. i det dagliga arbetet med behandling, vård och omsorg av suicidala personer. Få regioner har anslagit de resurser som behövs i form av ekonomi, kompetens och bemanning.

Det är vårdgivarnas ansvar att se till att de lagar, regler och kunskaper, som nämnts här ovan, implementeras i vård- och omsorgsarbetet. Hur kan det komma sig att detta inte redan har skett när det gäller suicidprevention? Det är dags att börja se den suicidpreventiva vårdprocessen som likvärdig andra verksamheter och utveckla den till ett välfungerande område inom svensk sjukvård.

Vilken region blir först med en vision som ”Vi skapar den bästa suicidpreventiva vården i landet” och ser till att det finns kompetent personal, som har tid för samtal och behandling?

Hur kommer det sig att suicidala patienter alltför sällan får frågor om sin suicidalitet? Kan det bero på att personalen inte vågar fråga, känner man sig obekvämt med samtal om liv och död? Eller är man rädd för svaret? Om patienten svarar ja, jag har suicidtankar, vad ska man då göra? Är suicidalitet fortfarande tabubelagt, så att man inte riktigt tycks ha de rätta orden? Eller kan frågan utebli på grund av tidsbrist? Personalen har pressen på sig att varje besök ska genomföras på kort och avgränsad tid. Om det är så att personalen måste ”förhärda sig”, när arbetstiden inte räcker till. Då är det både en psykosocial arbetsmiljöfråga och tecken på brister i patientsäkerheten.

Motsatsen till delaktighet och samverkan kan ses som stigmatisering. Utgör stigma ett hinder för att psykiskt sjuka och suicidala patienter ska få den vård de behöver och har rätt att förvänta sig? Är de lågstatuspatienter som inte prioriteras?

Det återstår mycket innan den suicidpreventiva verksamheten har integrerats i det praktiska patientsäkerhetsarbetet fullt ut.

Målet måste vara att lagstiftning, myndigheters regler och anvisningar samt landstingens suicidpreventiva vård- och handlingsprogram ska följas vid vård och behandling av suicidala medmänniskor, så att liv kan räddas. För att nå dit behöver bemanningen vara sådan att personalen naturligt har både tid och kompetens att ge dessa patienter god vård och behandling med uppföljning. När vi nått dit har patientsäkerheten förbättrats även inom den suicidpreventiva verksamheten.

Referenser

1. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763)
2. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)
3. Patientlagen (SFS 2014:821)
4. Lag utan genomslag, Vårdanalys Rapport 2017:2 Utvärdering Patientlagen 2014–2017
5. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)
6. Ödegård Synnöve, red., Patientsäkerhet Teori och praktik 2013
7. SKL:s Handbok - riskanalys och händelseanalys. Analysmetoder för att öka patientsäkerheten, 2015
8. Vårdprogram – Vård av suicidnära patienter vid vuxenpsykiatrisk klinik, Landstinget Sörmland 2014
9. Vårdprogram – Suicidprevention Psykiatri i Halland 2009
10. Suicidprevention Fakta kliniskt kunskapsstöd, Region Jönköpings län 2015
11. Vårdprogram för suicidprevention hos vuxna, Landstinget i Östergötland 2016

12. Vårdprogram för suicidprevention, Örebro landsting 2012
13. Strategi för en nollvision för suicid inom Stockholms läns landsting 2008
14. Regionalt vårdprogram – Suicidnära patienter Stockholms läns landsting 2010
15. Vårdprogram Suicid, Psykiatri- och habiliteringsförvalt

Öka skyddet mot suicid genom att förstå och utveckla hälso- och sjukvårdssystemet, FRAM-analys på öppenvårdsmottagning.

Thomas Brezicka, MD PhD, regionläkare patientsäkerhet, Koncernkontoret, Västra Götalandsregionen, PP-presentation.

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa åt alla – på lika villkor. För den enskilda patienten kan det betyda att syftet med hälso- och sjukvården är att bidra till en så god hälsa som möjligt. Detta betyder bland annat att den inverkan som sjukdomen och begränsningarna i patientens funktionstillstånd har på hälsan ska bli så begränsad som möjligt och om möjligt kompenseras genom stödjande, habiliterande och rehabiliterande insatser. Dessa insatser kan vara av såväl preventiv som terapeutisk art. För de patienter som har psykisk ohälsa med inslag av betydande suicidrisk innebär det att sjukvårdens insatser bland annat syftar till att förhindra uppkomst och genomförande av handlingar hos patienten som kan medföra att patienten dör, och där målet är att suicid inte ska inträffa.

Vad hälso- och sjukvården gör för att motverka uppkomst av suicidhandling är det svårt att få en sammanhållen och konstruktiv bild av. Orsaken till svårigheterna är att sjukvårdssystemet präglas av en hög komplexitet som gör det svårt att identifiera insatser som kan vara av särskild betydelse. Utöver dessa svårigheter medför komplexiteten också att det inte går att med säkerhet förutsäga vad resultatet av insatserna för patienten kommer att bli, även om de bör vara kända på gruppnivå. I system där patienter med svår psykisk ohälsa får vård finns flera omständigheter som bidrar till den höga komplexiteten: den psykiska ohälsans mångfacetterade grund och oförutsägbara svängningar, samt mångfalden av aktörer (olika vårdformer, samhällssektorer och närstående), yrkesgrupper och metoder för diagnos och behandling. Komplexiteten medför också att insatser, ibland av indirekt art och som kan förefalla vara av mindre betydelse, kan få stor betydelse i det individuella fallet.

Med funktionell resonansanalysmetoden (FRAM) ges möjligheter att med enkla komponenter ta fram modeller av komplexa system för att tydliggöra systemets beståndsdelar (vad som görs), hur dessa förhåller sig till varandra (hur de är sammankopplade), faktorer som kan bidra till variationer i det som görs och hur dessa variationer kan fortplanta sig i systemet och påverka slutresultatet. Vi har med FRAM utarbetat en modell av en psykiatrisk öppenvårdsmottagning inom Västra Götalandsregionen. Syftet med modellen är att göra en genomlysning av den aktuella psykiatriska öppenvårdsmottagningen och därigenom vinna ökad kunskap och förståelse dels om systemets komponenter dels om hur dessa komponenter användes och fungerade för patienter som suiciderat respektive inte suiciderat. Vi kunde identifiera flera områden för förbättringar som skulle kunna stärka kopplingarna i systemet och minska variabiliteten hos funktionerna och som skulle kunna bidra till minskad benägenhet till suicidala handlingar hos patienten. Teamsamverkan med god intern kommunikation, vård- och behandlingsplan, kontinuerlig bedömning av sjukdomsaktivitet, samverkan med närstående och/eller socialtjänst, hög tillgänglighet till vården och rätt kompetens och bevakning av planerade patientmöten är några faktorer som framkommer som potentiellt särskilt betydelsefulla. Modellen och resultaten ligger till grund till förslag på förbättringsområden i verksamheten och dessa bör ligga på flera fronter för att minimera uppkomsten av suicidhandlingar. Analysen har också gett upphov till reflektioner som bekräftar farhågorna om hur en ökad specialisering skulle kunna äventyra vård på lika villkor och bidra till att målet om en god hälsa inte uppnås.

Trygg vårdövergång – nytt arbetssätt minskade suicidtal

Anna Granberg, enhetschef avd 32, Psykiatri Sunderbyn, Region Norrbotten, Sunderby sjukhus, *PP-presentation*

Bakgrund

Under år 2014 ökade antalet suicid i länet. Sunderby psykiatri fick då uppdraget att genomlysna 2014 års händelseanalyser gällande suicid. Gemensamma orsaker och brister i verksamheten identifierades och en handlingsplan för suicidprevention upprättades.

Vårdövergången mellan slutenvård och öppenvård ansågs vara den största riskfaktorn, vilket även kan bekräftas av gällande evidens. Avdelning 32 har de senaste åren reducerat antalet vårdplatser, för närvarande finns 20 vårdplatser tillgängliga. Detta ökar kravet på inskrivningskriterier och även kravet på god utskrivningsplanering för att minska antalet återinläggningar.

Ett sommarprojekt med Trygg vårdövergång, i form av ett mobilt team, pågick under semesterperioden 2015 med goda resultat. Patienter, närstående och vårdgrannar kände sig nöjda och trygga samt att antalet återinläggningar minskade. Med anledning av ovanstående togs beslut om att Trygg vårdövergång skulle permanentas från och med 1 oktober 2015.

Från sommaren 2017 kompletterades teamet med en läkare för att ytterligare förstärka det proaktiva arbetet.

Syfte

Säkerställa omhändertagandet i vårdövergången mellan slutenvård och öppenvård.

Arbetsätt

Arbetsättet kommer att bestå av att följa upp utskrivna patienter från avdelning 32 via besök på kliniken, hembesök eller via telefonsamtal. Upptagningsområdet är Luleå och Bodens kommuner. Kalixpatienter kommer följas upp via telefonkontakt. Hembesök endast efter samråd med Kalix närpsykiatri. Teamet ingår som en del av jourmottagningen där Trygg vårdövergång är den huvudsakliga arbetsuppgiften. I mån av utrymme kan teamet vara behjälpliga i vårdarbetet på avdelningen. Teamet består av två skötare. Hembesöken registreras och utförs alltid av två personal dagtid. Alla hembesök dokumenteras och journalförs. Läkaren ska kunna bedöma och behandla patienten i hemmet. Läkaren åker ut med sjuksköterska/skötare. Läkaren kommer att behöva fatta beslut om behandling som kan komma att påverka en redan tidigare påbörjad behandling av läkare i öppenvården.

Kriterier för Trygg vårdövergång

Patienter som varit inneliggande på vårdavdelning 32 eller besökt jouren och som inte har någon etablerad kontakt inom närpsykiatri och vidare bedöms vara i behov av specialistpsykiatri. Trygg vårdövergång gör inte uppföljning av patienter som bedöms kunna följas upp av hälsocentral.

- Patienter med frekventa jourbesök, som tillhör en mottagning, men som saknar aktiv behandlare.
- Patienter som har tät telefonkontakt, tillhör en mottagning, men som saknar aktiv behandlare.

- Patienter som är inskrivna och går på planerad permission. Detta innebär att permissionen är tidsbegränsad och har ett syfte/är en del i behandlingen och innefattar struktur enligt schema.

Peer support

Mary Anne Jacobsson, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg (NSPHiG).

Vad är peer support?

- Peer support innebär att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning/variation blir professionellt verksamma inom vård och omsorg för att stötta brukare/patienter i deras återhämtningsprocesser.
- Peer supporternas arbete utgår ifrån stöd till brukare/patienter baserat på egna och andra brukares/patienters erfarenheter av återhämtning, egenmakt och minskat självstigma.
- Peer support kan användas i psykiatrisk öppen- och slutenvård, socialpsykiatrisk verksamhet, rehabilitering samt i olika former av Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-modeller.
- Peer support har under de senaste tjugo åren utvecklats och implementerats i stor skala runtom i världen. I USA har närmare 30 delstater ett omfattande program för peer support, i Holland krävs att brukare anställs i ACT-team (FACT) för att erhålla certifiering och i England och Nya Zeeland är modellen väl etablerad.
- Internationell forskning visar bland annat på minskat självstigma samt att brukare/patienter får större tro på sig själva och på möjligheten att genomföra förändringar i sina liv. Resultat från England talar för kortare och färre vårdtider som ett resultat av peer support.
- Internationella erfarenheter visar även att peer support har en positivt kulturförändrande effekt på hela verksamheten. Det påverkar arbetslaget som helhet till att våga prata mer öppet även om egna erfarenheter av psykisk ohälsa.

Projektet

NSPH genomför ett treårigt projekt med namnet PEER Support, som pågår 2016–2019. Det finansieras av Allmänna Arvsfonden i syfte att utveckla och implementera peer support för svenska förhållanden. Projektet syftar till att ta fram riktlinjer och ramar för den framväxande peer support-verksamheten i Sverige och på så sätt skapa en nationell plattform för den nya yrkesrollens utveckling. Det engelska begreppet ”peer support” har vi valt att ”översätta” till Personlig Egen Erfaren Resurs (PEER). Projektet sker i samverkan med forskningsinstitutet Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI), lokala brukarnätverk samt psykiatriska och socialpsykiatriska verksamheter i fyra regioner (Västerbotten, Stockholm, Västra Götaland och Skåne).

Idag tillhandahåller vi utbildning för utbildningsansvariga/kursledare i metoden för de regioner, kommuner eller verksamheter som vill implementera peer support inom hälso- och sjukvård och/eller socialpsykiatrisk verksamhet.

Bakgrund

År 2014 påbörjade NSPH en kartläggning av internationella exempel av peer support inom psykiatri och socialpsykiatri. Vi har besökt länder där detta prövats under längre tid samt gått igenom rapporter och forskning som beskriver och utvärderar peer support. Sedan 2014 har arbetsgruppen besökt Holland, England och Nya Zeeland, intervjuat personalgrupper, HR,

peer supportrar och patienter, samt deltagit i den praktiska vardagen för en peer support i dessa länder. Vi har även översatt utbildningsprogram till svenska och integrerat de samlade internationella erfarenheterna och kunskaperna med våra egna.

Vad gör en peer supporter?

Peer supporterns grundläggande uppgift är att fungera som stödperson till brukare/patienter, baserat på kunskaper och strategier utifrån egna och brukarrörelsens samlade erfarenheter av återhämtning, egenmakt och minskat självstigma. Peer support är en unik kompetens som kompletterar etablerade kunskaper och professioner. Kompetensen som den egna erfarenheten ger kan man aldrig tillgodogöra sig genom endast traditionell utbildning.

Med stöd av en peer supporter kan en brukare/patient känna hopp och snabbare förstå och hantera sin egen psykiska ohälsa och bli en starkare och aktivare person i sin återhämtning.

Peer supporterns starkaste och mest unika verktyg i arbetet med brukare/patienter är speglingseffekten. Spegling förstås som den stödjande effekten av att relatera till och bli bekräftad i mötet med en person som varit i en likande situation som man själv befinner sig i. Det underlättar att känna hopp och se möjligheter till utveckling och återhämtning från en svår situation med stöd av erfarenheter från någon som själv gjort denna resa. Samtalet mellan brukaren/patienten och peer supportern bygger på tillit och ger därmed goda förutsättningar för förändring hos den enskilde.

Spegling är den starkaste och mest effektfulla typen av erfarenhetsutbyte. Det innebär att du möter någon med egen erfarenhet av liknande upplevelser. Detta kan upplevas som hopp och tröst och även ge verktyg för den egna utvecklingen och återhämtningen. Indirekta erfarenheter (indirekt spegling) bygger på kunskapsöverföring av andras erfarenheter. Peer supportern blir både en bärare av sina egna erfarenheter, i nära samverkan med brukarrörelsen, men också en bärare av många andra individers erfarenheter och kunskaper om återhämtning och egenmakt.

En kulturförändrande effekt

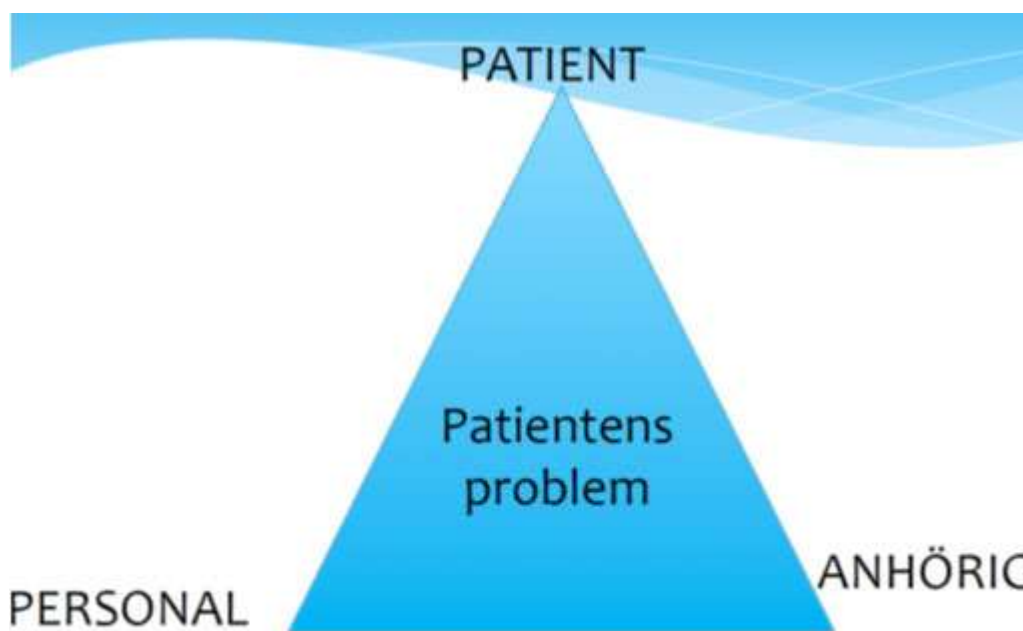
Flera mätningar som genomförts – bland annat under Hjärnkollskampanjen – visar att fördomar och negativa attityder mot personer med psykisk ohälsa är mycket vanliga även bland personal inom den psykiatriska och den kommunala vården. När en peer supporter ingår i personalgruppen startar ofta en förändringsprocess som bidrar till större öppenhet bland personalen och en minskning av fördomar och negativa attityder. Forskning från England visar att bemötandet och relationerna till brukare/patienter förändras och att det spirar nya sätt att tänka kring psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar. Erfarenheterna från bland annat England visar att även personalgruppen i sig kan stärkas av att arbeta tillsammans med personer som är öppna med den egna erfarenheten. Det möjliggör ett öppnare samtalsklimat i hela arbetslaget, och ingjuter mod hos personalen att våga prata om sina egna kriser och erfarenheter av psykisk ohälsa som något naturligt.

Vill du veta mer? Gå gärna in på våra hemsidor: <http://www.nsph.se/projekt/peer-support/>, <http://www.nsphig.se/peer-support/> Eller följ oss på Facebook: [Projektet PEER Support](#)

2 E Anhörigstöd – hur kan vi stödja människor i deras relation med suicidnära anhöriga och hur kan vi stödja de efterlevande?

Anhöriga måste inkluderas i vården!

Ludmilla Rosengren, leg läkare och KBT-terapeut med särskild kunskap inom suicidprevention (blogginlägg), PP-presentation.



Ludmilla Rosengren miste sin 14-åriga dotter i självmord år 2008, när hon var inlagd på BUP. Efter den traumatiska upplevelsen har Ludmilla valt att ägna en del av sitt liv till suicidprevention på olika sätt.

När man blir sjuk och söker sjukvård förklarar man sina symptom och försöker klargöra hur ens funktionsnivå var före försämringen och hur den är nu när man söker. Det ger personalen en uppfattning om tillståndets allvarlighetsgrad och också hjälp i diagnosticeringen. Något som utvecklats under lång tid bedöms på ett sätt och något som utvecklats snabbt bedöms på ett annat. Som exempel kan vi ta en man som har bröstsmärtor som kommit och gått under flera veckor eller en man som plötsligt fått intensiva bröstsmärtor och sökt sjukvård inom någon timma.

Vissa tillstånd är svåra att redogöra för själv. Man kanske inte minns eller har svårt att relatera en känsla till en annan. Det hjälper mycket om en anhörig följer med och berättar utifrån dennes perspektiv.

Psykisk ohälsa är många gånger svårt att redogöra för själv. Det är svårt att säga hur jag tänkte och kände för en vecka sen. Jag kan minnas att jag inte hade några orostankar för ett år sen, men när kom de egentligen? Och när började de påverka mig i den grad att jag inte fungerar som jag vill? En anhörig som ser mig utifrån har ett mer objektivt förhållningssätt och kan se förändringen över tid på ett annat sätt. Kanske märks det att jag är mer tystlåten, att jag inte vill följa med på aktiviteter längre, att jag inte äter eller att jag isolerar mig på mitt rum.

Inom somatiken, ”kroppssjukvården”, är det ofta en självklarhet att en anhörig är med och ger och får information under vårdtiden och vid utskrivningssamtalet. Ta mannen med hjärtinfarkt som exempel. Vid akutbesöket konstaterar man att blodtrycket ligger för högt, att han är överviktig och att blodfetterna är alarmerande. Läkaren informerar mannen och hans hustru om vad symtomen beror på och vilka åtgärder som ska vidtas. Det kommer att göras vissa undersökningar som visar om kranskärlden behöver sprängas fria från beläggningar, blodtrycket och blodfetterna ska sänkas med medicin och kosten måste läggas om. Allt detta kommer att påverka hustrun också. Hon får också information om vad som är viktigt att tänka på och när de ska söka vård igen.

Inom psykiatrin är man på många kliniker dåliga på att ta vara på anhöriga. Det kan till och med vara så att man tänker att man ”skyddar” patienten när man inte inkluderar anhöriga. På så sätt bidrar psykiatrin till att bevara tabueringen kring psykisk sjukdom. Det är inte ovanligt att anhöriga och då särskilt till unga vuxna som fortfarande bor hemma, inte har en aning om att barnet varit i kontakt med psykiatrin, påbörjat medicinering eller t.o.m. försökt ta livet av sig. Det är t.ex. särskilt problematiskt precis när någon fyllt 18 år då personalen ofta reagerar med att inte vilja berätta något för föräldrar och hänvisar till tystnadsplikten.

Att inkludera anhöriga bör vara en självklarhet och inget som man ska lägga på patienten att avgöra i första hand. En deprimerad person känner sig som en börda för anhöriga, ett misslyckande och skäms för sitt mående. Det är svårt att aktivt vilja inkludera anhöriga då. Personalen måste istället utgå från att det är det bästa för både patienten, sjukvården och anhöriga att anhöriga är inkluderade. Att man ställer frågan ”Vem vill du ha med dig vid läkarsamtalet” istället för ”Vill du ha någon med” eller kanske inte fråga alls för att det är enklast så. Anhöriga är en tillgång. Anhöriga kan ge information om patienten som sjukvårdspersonalen inte kan få med den ögonblicksbild som de har. Anhöriga behöver också få information om vårdplanering o.s.v. Detta för att kunna agera som skyddsnät och fortsätta inge hopp om förändring men också för att kunna påminna patienten om vad som sagts. Det går att inkludera anhöriga och att samtidigt respektera tystnadsplikten. Det är fullständigt nödvändigt vid vård av suicidnära personer. Livsnödvändigt!

Familjeband – en DBT-baserad utbildning för närstående till suicidnära patienter

Mia Rajalin, PhD, lic psychologist, Dep of Clinical Sciences, Division of Psychiatry, Umeå University.

Ett suicidförsök drabbar inte bara den som försökt ta sitt liv utan även människor i dennes närmaste omgivning. Handlingen väcker ofta känslor av skuld hos både närstående, vänner och sjukvårdspersonal. Tankar om vad man hade kunnat göra för att förhindra självmordsförsöket är vanliga liksom känslor av hopplöshet och vanmakt. Studier har visat att det föreligger en förhöjd risk för bland annat depression, ångest och andra hälsorelaterade problem hos närstående till suicidala personer. Vidare är svårigheter i nära relationer vanliga hos suicidala patienter vilket påverkar deras förmåga att kommunicera sitt mående. När närstående inte kan tyda signaler på psykiskt illabefinnande kan risken för suicidala handlingar öka.

Det finns således ett behov av att involvera närstående i vården när någon har gjort ett suicidförsök eller på annat sätt uttrycker suicidalitet. Familjeband är en utbildning baserad på dialektisk beteendeterapi (DBT) för närstående till suicidnära patienter. Utbildningen är ursprungligen utvecklad för familjemedlemmar till personer med diagnos emotionellt instabil personlighetssyndrom och har utvärderats i flera studier med positivt resultat. Programmet finns sedan 2006 i svensk översättning och började användas inom psykiatrisk verksamhet i Sverige samma år. I samband med introduktionen i Sverige utformades även den anpassade versionen för närstående till suicidnära patienter, vilken har utvärderats i två svenska studier.

Syftet med utbildningen är att ge närstående ökad förståelse och kunskap om symtom och beteenden i samband med suicidförsök, att hjälpa närstående att bättre hantera egna känslor i svåra situationer och att förbättra kommunikationen med familjemedlemmen. En ytterligare målsättning är att ge möjlighet till att skapa ett nätverk med andra i liknande situation.

Utbildningen börjar med en psykoedukativ del där aktuell forskning om riskfaktorer, skyddsfaktorer och behandlingsmöjligheter för suicidnära personer går igenom. Deltagarna får vidare information om diagnoser som är vanligt förekommande i samband med suicidalitet, information om den suicidala processen och hur suicidal kommunikation kan se ut. Men den största delen av utbildningen fokuserar på färdighetsträning och syftar till att införliva nya strategier för att minska stress, för att förbättra kommunikation i nära relationer och för att hantera egna känslomässiga reaktioner hos de närstående. Deltagarna får ta del av flera strategier från DBT som mindfulness, validering, känsloreglering, acceptans och problemlösning. Genom att utföra hemuppgifter provar deltagarna de nya kunskaperna i sin vardag.

Efter genomgången närståendebildning rapporterade deltagarna en reduktion av upplevda symtom och således en förbättrad generell psykisk hälsa. De uppgav även en upplevelse av minskad belastning av att vara närstående till en person med psykisk sjukdom och att relationen till patienten var förbättrad. Att få dela sina erfarenheter med andra angavs vidare som mycket betydelsefullt för de närstående. Utbildningen har visat sig genomförbar i psykiatrisk verksamhet och skulle kunna vara ett sätt att möta närståendes behov av stöd i en svår situation.

Att involvera närstående i vården är ett viktigt element i omhändertagandet av alla slags patienter och det finns stöd från forskning att det förbättrar hälsa hos både patienter och närstående, minskar antal inläggningsdagar och andra kostnader för samhället. Familjeband innebär en möjlighet för närstående till just suicidnära patienter att utvecklas i sin roll utan att störa patientens integritet.

Min syster Johanna

Lotta Jensen, styrelseledamot i Riksförbundet för Suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES) och Suicidprevention i Västra Götalandsregionen (SPIV).

Flera av er har säkert en eller flera sådana ”moments” då ni minns var ni befann er/vilka kläder ni bar/vem som var där. Många har kanske 11 september 2001 som ett sådant tillfälle. Det har jag också. Men ett annat ”moment” för mig är på ett mer personligt plan, onsdagen den 13 november 2002.

Då befinner jag mig i en stad i Sverige tillsammans med flera av mina kollegor för att förbereda inför morgondagen. Dagen efter d.v.s. på torsdagen den 14 november är vi kallade till en stor offertgenomgång i en viktig affär. Jag kommer så väl ihåg hotellet, konferensrummet vi satt i, vad vi åt, stämningen oss emellan, lukter m.m. Jag kunde se att jag missat ett samtal från min syster 18.15, men jag hade ju inte tid att prata då mitt i alla förberedelser. Mina förberedelser visade sig vara förgäves. Jag kunde inte vara med på genomgången dagen efter. I stället förde denna händelse mig till föreningar som SPES och SPIV, där jag numera sitter med i de båda styrelserna. Vad gör dessa föreningar för något?

SPES – anhörigförening, samtalsträffar, telefonjour, rikstäckande organisation, utbildningar.

SPES gav mig möjlighet att träffa vanliga människor i samma situation som jag själv, de förstod på ett annat plan, deras förståelse kändes mer trovärdig och framför allt kunde de visa att det går att komma ut ur tunneln. Jag var med på samtalsträffar och nu sedan ett par år tillbaka sitter jag i vår telefonjour minst en gång i månaden.

SPIV kom jag med i tack vare att jag är aktiv i SPES. SPIV håller utbildningar om bland annat psykisk livräddning. SPIV är verksamt här i Väst-Sverige. SPIV arbetar för en nollvision av suicid, samordnar blåljus, samarbetar med regionala nätverk m.m.

Många av er har kanske redan räknat ut att min händelse i livet, mitt ”moment”, handlar om suicid/själv mord. Min syster Johanna blev 26 år här på jorden men om en månad blir hon 41 år i mitt hjärta. Hon lever fortfarande inom mig/med mig och min familj.

Min syster Johanna sökte våren 2002 hjälp för ådstörningar och fick komma in på en dagvårdsavdelning. Hon behandlades med samtal och medicin, men strax före sommaren blev hon utskriven p.g.a. att hon ansågs för dålig/sjuk och förstörde för de andra som vårdades i samma grupp. Hon vägrade att lämna avdelningen och då tillkallades polis för att köra hem henne. Detta låter helt galet i mina öron. Hon var för dålig för att vara där och det enda hon fick i samband med utskrivningen var en öppenvårdskontakt motsvarande 1 tim/vecka och samtidigt närmade sig sommaresemestrarna, vilket innebar att det blev längre tid mellan träffarna.

Johanna sökte hjälp på psykakuten och någon gång fick hon stanna kvar men vanligtvis blev hon hemskickad. I aug/sept tog hon vid flertalet gånger mängder av lugnade i form av sobril, som hon lätt fick utskrivet av läkare alternativt fick tag på annat håll. Hon började skära sig på armarna för att dämpa ångesten. Pappa och jag försökte vid ett par tillfällen att få vara delaktiga i samtalen som Johanna hade med psykiatrin, men personalen vi pratade med var aldrig intresserade av ett samarbete. Vi hade inte möjlighet att komma med kort varsel (mina föräldrar bodde i Eksjö och jag i Göteborg) men däremot var både jag och pappa i Stockholm regelbundet i våra jobb, men då hade de aldrig tid att träffa oss.

Så kom den morgonen när min pappa ringde 06.42 och berättade att Johanna var död. Världen rasade. Någon dag senare blev mina föräldrar uppringda av den mottagning hon gått på. De bad att få träffa oss, de kunde t.o.m. komma ned till Eksjö om det var lättare för oss. Vi sa nej tack! Min familj och jag upplevde inget samarbete med oss som anhöriga och vi fick "tjata" om vård till min syster. Min syster uppfattades för frisk.

Min erfarenhet som syster till Johanna har gjort att jag kom jag i kontakt med eldsjälar i SPES och i SPIV. Jag har fått lära mig att det går att göra mycket tillsammans.

Alla medmänniskor och vårdpersonal kan fundera över vad vi kan och vad vi ska göra?

Vi ska **arbeta tillsammans**, en droppe ger inget vattenfall men flera droppar tillsammans kan ge ett helt hav.

Vi behöver **arbeta proaktivt** – informera om psykisk ohälsa, suicid och för att citera en känd professor som är här idag "Teach people drama". **Arbeta reaktivt** – när olyckan är framme måste vi kunna ta emot och vårda personer med psykisk ohälsa.

Min berättelse om min syster Johanna är inte meningen att bli nattsvart. Tack vare detta har jag kommit i kontakt med SPES och SPIV och jag har fått lära mig att det finns massor som kan göras om verktygen finns. Detta gör att det känns tungt men samtidigt hoppfullt.

Förutom att hedra min syster vill jag med denna berättelse förmedla till er att det finns saker du/jag/vi/ kan göra för att hjälpa människor som mår dåligt.

Tag kontakt: Många tror att om någon har bestämt sig, går det inte att hindra – men det är falskt. Vet ni att mellan 85 och 90 procent av de som gjort allvarliga självmordsförsök inte avlider av självmord senare i livet.

Visa att du bryr dig: Någon tänker kanske "Suicidförsök är bara ett rop på hjälp – stryk ordet BARA. Suicidförsök är ett rop på hjälp!

Våga fråga om självmord! Här finns det några som tänker "Väck inte den björn som sover" men man kan inte ha mer fel.

Sök hjälp: Det finns hjälp att få!

Navigare-projektet

Lena Måvholm, sjuksköterska, socionom, psykoterapeut, projektledare Navigare-projektet.

1. Inledning; hur det hela började

Navigare – Psykosocialt omhändertagande i det akuta skedet vid kris och sorg i familjen efter suicid eller vid ett försvinnande (ej brott).

Navigare är namnet på det projekt som genomfördes under tre år från 2014 till 2016 med förlängning till maj 2017. Projektet finansierades av Arvsfonden och huvudman var Suicidprevention i Väst. Den främsta samarbetspartnern var Avdelningen för dödsfall och försvunna personer hos polisen i Storgöteborg. Polisområde Storgöteborg omfattar kommunerna Göteborg, Ale, Härryda, Kungälv, Mölndal, Partille och Öckerö. Antalet invånare 31/12 2016 var 793 000 invånare.

Varför namnet Navigare? Vi insåg att det skulle bli för långt att säga projekt för psykosocialt omhändertagande vid kris och sorg i familjen. Alltså behövde vi ett projektnamn. Här i Göteborg kan det ju tyckas ligga nära till hands att använda nautiska termer. Det latinska verbet navigare betyder ursprungligen att segla, men vi har även kommit att använda ordet för att finna sin väg, att hitta. Det var precis det här vi ville göra i vårt projekt, hjälpa de anhöriga att hitta tillbaka till ett så bra liv som möjligt.

Den första impulsen till projektet kom från en polis som jag träffade i mitt dåvarande arbete. Han arbetade i dödsfallsgruppen och berättade att poliserna kände ett behov av att kunna hänvisa de anhöriga till någon form av omhändertagande. Det här mötet var under sensommaren 2010. Jag förstod att de anhöriga till försvunna personer och omkomna genom suicid behövde stöd i den akuta krisen. Det här var en ny grupp för mig och jag hade inte tidigare kommit i kontakt med suicid.

Jag tog kontakt med Riksförbundet för efterlevandes stöd (SPES), Suicidprevention i Västra Götalandsregionen (SPIV) och chefen för dödsfallsgruppen och så började vi tillsammans utforma projektet. Vår projektansökan åkte fram och tillbaka till Arvsfonden ett par gånger, men i september 2013 fick vi positivt besked.

Till er som funderar på att starta en verksamhet för anhöriga, vill jag poängtera att det är viktigt att ha en bra kontakt med polisen. I Sverige fungerar det så att det är polisen som utreder alla dödsfall som sker utanför sjukhusen och likaså har de hand om försvunna personer. Som vi vet är det inte ovanligt att suicidnära personer drar sig undan och försvinner. Polisen är nyckeln till kontakten med de anhöriga. Polisen lämnar dödsbesked och utreder omständigheterna kring dödsfallet och är de som först kommer i kontakt med de anhöriga.

I Navigare-projektet gjorde vi så att polisen berättade för de anhöriga att det fanns möjlighet att träffa en kurator/psykoterapeut för krissamtal. En del poliser ringde upp mig när någon ville ha stöd och då ringde jag upp den drabbade direkt. Andra anhöriga ringde upp själva.

Arvsfonden beviljar projektmedel till verksamheter för barn och unga vuxna upp till 25 år. Jag hade inte krissamtal med små barn men försökte stötta föräldern när någon närstående tagit sitt liv. I projektet tog jag även emot personer som inte tillhörde den närmaste familjen, såsom vänner, grannar och den som hittat den omkomne. Cirka 80 procent av ärendena kom från polisen. De övriga ärendena kom mestadels från SPES och SPIV.

2. Utformning av projektet. Hur kan vi hjälpa och ge stöd?

I de ursprungliga tankarna kring projektet, tänkte jag att de anhöriga skulle behöva hjälp med en massa olika saker. Kontakt med myndigheter, arbetsplats, skola, begravningsbyrå o.s.v. Tanken var att jag skulle kunna hjälpa dem att ringa eller följa med på ett besök. Det visade sig att det inte alls blev så. Endast några få gånger gjorde jag hembesök eller följde med på besök till myndigheter.

Jag har skrivit en del intyg, främst för skolungdomar, att de har varit i kris och därför haft frånvaro. I den akuta krisen efter ett dödsfall så samlas familjen och de praktiska göromålen hjälper de sörjande att stå ut och att ha något att "hålla sig i" under den första tiden.

När den akuta krisen är över och man ska leva med sorgen och saknaden och frågorna som kommer: Varför? Vad kunde jag ha gjort? Varför såg jag inte vad som var på gång?

Vi var från början helt på det klara med att det var en AKUTVERKSAMHET som jag skulle syssla med. Väntetider kunde därför inte accepteras. Människor i kris måste tas omhand direkt. Min målsättning var att man skulle få en tid samma vecka, helst nästa dag. För det mesta lyckades jag med detta. Det kunde bli upp till sju besök vissa dagar.

Under hela projektiden förmedlades anhöriga från 112 suicid och 12 försvunna personer. Det verkliga antalet inom upptagningsområdet är högre. Man räknar med att det är ungefär 80 personer som omkommer genom suicid i Göteborg varje år. Antalet anhöriga som deltog under projektiden: 209 anhöriga till suicid och 15 anhöriga till försvunna, sammanlagt 224 personer. Antalet besök: i medeltal 4 besök per person.

De omkomnas barn: I projektmaterialen miste 62 barn i åldern 0–18 år en förälder. I åldern 19–25 år förlorade 32 ungdomar en förälder. Sammanlagt 94 barn.

Detta är skrämmande och överkliga siffror som i realiteten är ännu högre, eftersom projektet inte fick kontakt med anhöriga till alla omkomna.

3. Samhällsekonomiska konsekvenser av suicid

Jag vill hänvisa till en rapport från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), Samhällsekonomiska konsekvenser av fullbordade suicid. MSB beräknar att ett suicid kostar minst 10 miljoner kronor. Detta är ju något att berätta för politiker och beslutsfattare. Man räknar här in "blåljus"-kostnader och förlorade levnadsår/förlorade arbetsår. Någon kanske tycker att det är opassande att tala om pengar när vi har med så sorgliga saker som suicid att göra. Men jag tror att det är viktigt att göra det, om vi ska få till stånd ett suicidpreventivt arbete. Vad kan det exempelvis kosta att bygga ett nät under en bro?

I rapporten omtalar man suicid, som att omkomma genom suicid. Jag har själv börjat använda det uttrycket och det passar bra ihop med att man ser suicid som en psykisk olycka. När man samtalar med de anhöriga minskar stigmatiseringen om man talar om att omkomma i en psykisk olycka. Jämför med uttrycket att "ta sitt liv" som om det vore en medveten handling.

Anhörigstöd

Anhörigföreningar gör mycket. SPES ordnar samtalsträffar för anhöriga till omkomna genom suicid. Det betyder mycket att få träffa andra som råkat ut för liknande händelser.

Jag skulle vilja peka på att det är viktigt att den som ska ha samtal med anhöriga har en lämplig utbildning. Själv är jag sjuksköterska, socionom och psykoterapeut och jag har på olika sätt haft användning för mina olika yrkesutbildningar.

Det är tungt att sitta i samtal med personer som är i akut kris efter ett suicid. En yrkesutbildning, vidareutbildning samt handledning är ett skydd mot utbrändhet hos vårdaren.

4. Hur ska projektet kunna minska antalet självmord?

Självmordet, att mörda sig själv, har i tusentals år ansetts vara en synd mot gud och själva livet. Det liv som man blivit tilldelad skall man vara tacksam för och uthärda. Fortfarande har denna tabuering av självmordet en stor inverkan i vår och andra kulturer. Man behöver inte gå många årtionden tillbaka i vårt land, för att finna en tid då det tystades ned. Man ”lade locket på” och talade aldrig mer om den döde. I en sådan tystnadskultur måste rimligtvis suicid framstå som något väldigt ovanligt, vilket i sin tur ökar tabueringen ännu mer. Om man vågar tala om självmord, finner man att det är många som har en släkting eller arbetskamrat som suiciderat.

I den brukarutvärdering som Felicia Fässberg på SPIV gjorde, visade det sig att omkring 60 procent uppgav att de tyckte att det gick lättare att tala om suicid efter kontakten med projektet. Om man kan tala om sina tankar och känslor, formulera dem med munnen, låta dem bli ord så att de kan lämna kroppen, så startar en läkningsprocess.

5. Suicid är smittsamt.

Sorgen efter den omkomne, kan bli så stark att den efterlevande längtar efter att förena sig med sitt barn. Det här kan vara en oerhört stark dragningskraft att förena sig med den omkomne. På så sätt kan man säga att suicid smittar. Om någon i ens närhet tagit sitt liv, är det lätt att välja samma lösning.

Den anhörige kan känna att livet inte längre har någon mening när man förlorat någon. Det kan också finnas en stark känsla av skuld och misslyckande och att döden är den enda utvägen. Självmordsimpulsen kan komma väldigt snabbt.

Jag skulle med tanke på att suicid kan smitta, att det finns en stark dragningskraft att förena sig med den döde, att suicidimpulsen kan komma väldigt snabbt, varna för att ordna minnesplatser i omedelbar närhet till den plats där självmordet skedde. Jag har blivit förskräckt när jag hört om minnesplatser med blommor och ljus, invid ett järnvägsspår eller högt uppe på en bro.

Läsa för livet

Inger Händestam, projektledare och samtalsterapeut, Sensus Östra Götaland, Maija Löfgren, projektansvarig och bibliotekarie, Sensus Östra Götaland, PP-presentation.

Inger Händestam, projektledare och samtalsterapeut gav tillsammans med Maija Löfgren, projektansvarig och bibliotekarie, en presentation av projektet Läsa för livet. De är båda medlemmar i SPES, Riksförbundet för Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd. Inger förlorade sin mamma i suicid 1986, då hon var 19 år gammal. 2006 tog hennes pappa sitt liv på samma sätt. Familjen blev inte erbjuden någon form av stöd vid något tillfälle. Alltsedan Inger hittade till SPES för sex år sedan är hon aktiv både med regionala och nationella uppdrag. Maija förlorade sin storebror för 16 år sedan och fick direkt tips om SPES kontaktnät genom samtalsträffar.

Läsa för livet är ett kulturrådsfinansierat projekt med studieförbundet Sensus som projektägare. Det startades år 2017 och ska pågå till 2019. Läsa för livet använder sig av ett biblioterapeutiskt arbetssätt i studiecirkelform. Litteraturen används för att skapa en process både för den enskilde och som diskussionsunderlag för gruppen.

Inom SPES används metoden för anhöriggrupper till personer som förlorat någon i suicid. Samtalet kretsar kring vad det som läses ger deltagarna. Reflektioner, frågor och svar utbyts inom gruppen. Såväl självbiografiska böcker som facklitteratur har lästs.

2 G Kan ett gott omhändertagande förebygga suicidrisk bland unga?

Att möta unga som har tankar på att ta sitt liv

Maria Olinder, leg psykolog, Familjehuset Klippan, Ytterby.

När barn och unga söker för psykisk ohälsa, i primärvård eller inom specialistpsykiatri, behöver man som professionell alltid screena för depression. Depression hos unga är ett tillstånd som vården ofta missar, vilket innebär risk för återinsjuknande och stora problem under vuxenlivet. 2014 kom Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (Sfbups) riktlinjer för att bedöma och behandla depression. Dessa riktlinjer omsattes sedan i ett utbildningsprogram, Deplyftet, och var ett samarbete mellan Sfbup, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Region Halland. Syftet med Deplyftet var att implementera riktlinjerna till kliniska rutiner inom i första hand Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) runt om i landet.

Eftersom suicid är så starkt kopplat till depression har Deplyftet en egen modul för att bedöma suicidrisk. Jag kommer helt översiktligt att gå igenom denna modul och lägga mest fokus på säkerhetsplanen.

I mötet med människor i psykisk kris är det viktigt att ha gott om tid. Bemötandet av unga i självmordskris är särskilt viktigt. Validering av den unges känslor, att vara beredd att krishantera och avlasta skuld hos både barn och förälder samt att inge hopp är viktiga ingredienser i samtalet. Den professionelle behöver kunna lyssna både efter det som sägs och inte sägs, göra sammanfattningar och kolla att man har uppfattat rätt. Det är viktigt att visa att man klarar av att stå ut med att höra om det som den unge och föräldrarna berättar. Är man stressad är det lätt att vara upptagen av att checka av och därmed tappa i närvaro. Suicidriskbedömning tar tid och om risk för en suicidhandling bedöms föreligga behöver man frigöra tid för säkerhetsplanering. Det kan innebära att man behöver frigöra tid och skjuta fram eller ställa in nästa besök den dagen.

För att göra en god bedömning krävs att man kartlägger risk och skyddsfaktorer i den unges liv. Viktigaste riskfaktorer för fullbordat suicid är att man har en psykisk störning eller att man har gjort tidigare försök. Framgår det att ungdomen har benägenhet att reagera på motgångar med impulsiv aggressivitet? Man bör känna till hur den unges vardagsliv ser ut, finns det en fungerande skolgång, gott familjeklimat, kompisar. Fungerar rutiner för sömn, mat och aktivitet, finns alkohol eller andra droger med i bilden.

Utöver det behöver man veta var i suicidprocessen den unge befinner sig och det gör man bäst genom raka frågor. Ibland blir svaren vaga, då är det desto viktigare att fråga tills man förstår. Det är inte alltid att den professionelle och den unge har samma definition på begrepp som "tankar" och "planer" t.ex. Vi behöver även undersöka frekvens och intensitet vad gäller suicidtankar, ju oftare och kraftigare tankar och impulser är desto större risk.

Hur betar sig den unge i rummet? Finns tecken på instabilitet som i sig utgör en riskfaktor?

Om en förhöjd risk finns bör vården ta ställning till vårdnivå, men man bör även göra en säkerhetsplan tillsammans med barn och föräldrar. Syftet är att minska sårbarhet, identifiera och hantera utlösare samt att hitta strategier för att hantera självmordstankar och impulser. Säkerhetsplanen är inte något färdigt formulerat dokument utan man skraddarsyr det

tillsammans med familjen i rummet. Säkerhetsplanen bör vara skriftlig och familjen tar med sig den hem för att kunna ta fram när krisen är ett faktum. Det finns möjligen en övertro på överenskommelser om att inte skada sig som den unge ingår med representant för vården. Överenskommelsen görs i så fall när den unge inte befinner sig i kris och kan tänka någorlunda klart. När man är ensam i krisen är det lätt att förlora sig i den upptrappning av starkt negativa känslor och tankar som ofta sker och där man tappar sin förmåga till problemlösning. En tillgänglig säkerhetsplan kan då bli en påminnelse och stöd både för den unge och för föräldrarna i vad man bör göra för att komma ur krisen.

Ett förtryckt formulär kan vara praktiskt och följande rubriker kan vara lämpliga:

Minskning av sårbarhet: Hur underlätta god sömn, regelbunden mathållning, undvika fester med alkohol/droger etc.

Triggers/utlösare Identifiera vad som kan vara en trigger för en kris (ofta bråk med föräldrar eller kompisar, antingen ansikte mot ansikte eller på nätet).

Tidiga varningstecken hur känner den unge att en kris är i antågande, hur märker föräldrar det? (t.ex. att tankar börja rusa, tecken på ångest, föräldrar märker att den unge stänger in sig).

Egna (ungdomens) strategier Har den unge sätt att avleda sig när hen märker tidiga varningstecken? Vad funkar för just hen, t.ex. ta promenad, ett glas vatten, tvätta ansiktet med kallt vatten, söka hjälp hos föräldrarna?

Vem kan jag kontakta lista på personer jag kan kontakta för att få lindring, avledning, hjälp. Helst ska en förälder eller någon man bor med vara med på listan.

Föräldrastrategier Hur kan föräldrar agera för att lindra, stötta? För att komma fram till detta behöver man identifiera det agerande som kan förvärra krisen, t.ex. alltför intensivt och frekvent frågande om måendet.

Risksanering Ta undan och lås in tabletter t.ex. Föräldrar bör ha hand om eventuell medicin till den unge.

Professionella att vända sig till Telefonnummer till mottagningar både dag- helg och nattetid.

Säkerhetsplanen behöver gås igenom och följas upp. Flera av punkterna kan ungdom och föräldrar behöva fortsatt hjälp att problemlösa kring framförallt med att minska sårbarheten. Säkerhetsplan är ovärderlig och är det så att den unge eller föräldrarna inte medverkar till att göra en säkerhetsplan är det en indikation på att vårdnivån behöver höjas.

Antidepressiv medicinering till barn och unga: Hjälper vi eller stjälper vi?

Catharina Winge Westholm, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, ST-studierektor Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) Dr Silvias Barn- och ungdomssjukhus, Silvias kortidsvårdsavdelning Slottis.

Depressiva tillstånd, men även ångesttillstånd, är allvarliga tillstånd och debuterar ofta under barn och ungdomsåren. Tillstånden är förenade med betydande lidande och sämre funktion i vardagen. Vi vet även att barn och ungdomar, framför allt med depression men även med ångesttillstånd, har betydligt mer självmordstankar och en ökad suicidalitet jämfört med friska ungdomar. Det är därför viktigt att dessa tillstånd upptäcks och att man får tillgång till effektiv behandling.

Det har under de senaste åren pågått en debatt om huruvida behandling med antidepressiv medicinering till unga är förenade med ökad suicidrisk. Debatten fick stort utrymme i media i samband med att läkemedelsmyndigheterna i Storbritannien, EU (EMA) och USA (FDA) år 2003 gick ut med en s.k. Black Box-varning för användandet av SSRI läkemedel (Selektiva Serotoninåterupptagshämmare) till barn och ungdomar. Även svenska läkemedelsverket varnade i december 2004 för behandling med SSRI vid depression hos barn och unga. Bakgrunden till denna varning var att man i en metaanalys (sammanställning av resultat från flera olika studier) sett en fördubbling av rapporterade suicidtankar och suicidförsök i samband med insättandet av antidepressiv medicin jämfört med gruppen som fick placebo. (Ökade suicidtankar förekom i 2 procent i placebogruppen respektive 4 procent i gruppen som fick läkemedel).

De närmaste åren efter Black Box-varningen sjönk förskrivningen av antidepressiv medicinering till barn och ungdomar i USA med 10–20 procent. Samtidigt ökade suicidtalerna för denna grupp. Huruvida det är ett direkt samband mellan den minskade förskrivningen av antidepressiv medicinering och ökningen av suicid är svår att uttala sig om men man kan i alla fall konstatera att minskningen av SSRI-förskrivning inte ledde till att problemen med suicid minskade.

Av de ungdomar i Sverige som tagit livet av sig har ca 11–17 procent medicinerat med någon antidepressiv medicinering. Huruvida denna medicinering bidragit till att öka suicidalitet eller inte kan man inte uttala sig om. Huruvida någon av dem som inte fått medicinering skulle kunnat få ett förbättrat mående och på det sättet inte behövt suicidera kan man inte heller uttala sig om.

Antidepressiv medicinering, framför allt SSRI-preparat, används i dagsläget för att behandla depressioner, ångesttillstånd och tvångssyndrom hos barn och unga. Det har nyligen utkommit nya nationella riktlinjer för behandling av dessa tillstånd från socialstyrelsen (Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning 2016), läkemedelsverket (Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation; nr 6 2016) samt Svenska Föreningen för Barn och Ungdomspsykiatri. I samband med detta har det skett en genomgång av den aktuella vetenskapliga kunskapen om såväl läkemedlets effekt som dess biverkningar/risker. I en större sammanställning av 24 olika studier med antidepressiva läkemedel (12 studier på depression, 6 studier på ångesttillstånd och 6 studier på tvångssyndrom) framkom att 11 procent av de som behandlades för depression fick bättre

effekt av läkemedel jämfört med om man fick placebobehandling. Motsvarande siffror var 37 procent vid ångesttillstånd och 20 procent vid tvångssyndrom. (I samtliga studier är det väldigt många barn och ungdomar som visar effekt även med placebobehandling). Ökad suicidalitet bestående av ökade självmordstankar eller att man gjorde någon självmordshandling (planering eller självmordsförsök) förekom hos 0,9 procent fler om man erhöll aktiv medicinering i depressionsgruppen, hos 0,7 procent fler i ångestgruppen och hos 0,5 procent fler i tvångssyndromgruppen. Inga patienter har tagit livet av sig i någon studie med antidepressiv medicinering. Det är också så att på gruppnivå sjunker den totala förekomsten av suicidtankar under pågående behandling jämfört med skattningar som patienterna gjort före behandlingsstart. Konklusionen av denna genomgång (liksom av andra liknande sammanställningar) har därför varit att antidepressiv medicinering trots allt har en god risk/nytta-profil och att medicinering därför har sin plats i behandling av barn och ungdomar med dessa tillstånd som komplement eller alternativ till terapeutisk behandling. Endast vid svårare depressiva tillstånd rekommenderas medicinering som en förstahandsbehandling. Vid lindrigare tillstånd inom samtliga dessa diagnosgrupper rekommenderas alltid psykopedagogisk basbehandling och terapeutisk behandling, framför allt Kognitiv Beteendeterapi (KBT) som ett första steg.

När det är aktuellt att prova medicinering är det av största vikt att denna genomförs under kontrollerade förhållanden. Både patient och föräldrar ska ha tydlig information om medicinens förväntade effekt och risken för biverkningar, inklusive ökade suicidtankar och suicidimpulser. Insättningen ska ske med täta uppföljningar hos läkare och sjuksköterska där man även aktivt följer upp biverkningar. Vid förekomst av ökade suicidtankar ska ungdomen erbjudas ökat stöd och man ska arbeta fram en säkerhetsplan. Eventuellt kan det bli aktuellt med dosreduktion, utsättning eller byte av den antidepressiva medicineringen.

Kort sammanfattning av presentation av humörregleringsinriktad kognitiv beteendeterapi (hr-kbt)

Göran Högborg, överläkare BUP Södertälje, PP-presentation.

Det som kallas sekundärprevention handlar om att minska risken för självmord hos de personer som har gjort självmordsförsök eller haft starka självmordsimpulser. En del av detta arbete är att utveckla fungerande behandlingar för dessa personer som är i risk för självmordsproblematik i framtiden i sina liv. Denna presentation handlade om utvecklingen av en ny psykoterapimetod för att minska självmordsimpulser. Metoden kallas humörregleringsinriktad psykoterapi (hr-kbt) och den bygger på att förbättra förmågan att styra och reglera humör, sinnestillstånd, känslor.

I självmordsproblematiken finns ofta starka impulser att komma undan outhärdlig smärta, hopplöshet och tomhet. Dessa känslor finns inte alltid närvarande hos individen utan aktiveras i speciellt intensiva känslolägen. För att kunna hitta andra lösningar ur dessa laddade känslotillstånd behöver personerna träna på att bryta dessa negativa känslotillstånd på andra sätt än genom självmordstankar och självmordsförsök.

Hr-kbt bygger på minnesåterkonsolidering och motbetingning. Minnesåterkonsolidering innebär att ett aktivt minne under en kort tidsperiod kan förändra sitt känslolinnehåll, innan det återgår till sin tidigare karaktär. Motbetingning innebär att en positiv upplevelse tillsammans med ett negativt minne kan förändra den negativ känslan till det bättre.

Hr-kbt är utvecklat i arbetet med ungdomar inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och metoden finns numera på en del BUP-mottagningar likväl som på flera ungdomsmottagningar. Metoden fungerar även väl på vuxna. Metoden är manualbaserad och kan därför lätt läras ut och även studeras.

I forskning har hr-kbt visat sig bota depression samt minska självmordshandlingar.

Sammanfattningsvis är hr-kbt en lovande metod för sekundärprevention av självmordstankar och självmordsförsök, men naturligtvis behövs mer forskning. Ytterligare information om metoden kan man hitta på www.hr-kbt.se

2H Behandling av suicidnära personer

Framtidsorienterade ”tänkande” och psykisk hälsa/ohälsa

Ali Sarkohi, Psychologist & Psychotherapist (Specialist in Clinical Psychology), PhD, lektor vid Institutionen för beteende och lärande, Psykologiavdelningen, Linköpings Universitet.

Förmågan att föreställa sig negativa eller positiva framtida händelser är förknippad med vårt psykiska välbefinnande. Känslor av pessimism – hopplöshet – inför framtiden har länge setts som en viktig faktor när det gäller att förstå problem som depression, suicidalt och parasuicidalt beteende, men mindre uppmärksamhet har ägnats åt betydelsen av positivt tänkande i detta sammanhang.

I början av 1990-talet inledde Andrew MacLeod och hans kollegor en närmare undersökning av betydelsen av negativa och positiva förväntningar inför framtiden. De påpekade att forskningen fram till dess främst inriktat sig på betydelsen av negativa tankar om framtiden och att man hade intresserat sig mindre för betydelsen av positiva förväntningar. Det kan bero på att man traditionellt har ansett att även om närvaron av positiva tankar är viktig för att känna glädje eller lycka, så fyller de inte någon viktig funktion när det gäller att minska psykisk ohälsa. En annan anledning är att positivt och negativt tänkande länge har setts som motpoler på en och samma skala. Enligt detta synsätt ökar det positiva tänkandet hos en människa i samma grad som det negativa minskar. Senare forskning har visat att positivt och negativt tänkande snarare ska ses som två separata system där ökningen av det ena inte nödvändigtvis är kopplad till minskningen av det andra.

MacLeod, Rose och William utvecklade 1993 en metod kallad FTT (*Futur Thinking Task) för att mäta ”framtidorienterade” tankar. FTT är en vidareutveckling av Lezaks test från 1976 för att mäta verbalt flöde. I FTT ombeds försökspersonerna att generera positiva och negativa förväntade händelser över olika tidsperioder, från en nära framtid – inom en vecka – till över en längre tidsperiod – det närmaste året och de nästa 5–10 åren. FTT har använts för att mäta framtidorienterade tankar hos bl.a. personer med depression, parasuicidalt beteende, med eller utan depression, tinnitus, ätstörningar och personer med ångeststörningar.

Relationen mellan förmågan att tänka positivt respektive negativt (d.v.s. föreställa sig framtida händelser i positiva och negativa termer) längs olika tidsperspektiv har visat sig vara betydligt mer komplicerad än vad som antogs för några decennier sedan. De senaste årens forskning visar också att om vi vill komma ännu närmre en full förståelse av människan och hennes psyke så måste vi även studera vår förmåga till positivt tänkande, samt väga in olika tidsperspektiv (nära framtid kontra längre bort).

Jag och mina kollegor har tillsammans genomfört tre studier och fann att:

- Deprimerade individer rapporterar färre förväntade framtida positiva händelser, men att de inte skiljer sig åt vad gäller antal framtida negativa händelser.
- Positivt framtidstänkande är korrelerat med specifika positiva självbiografiska minnen.

- FTT-poäng ändras som en följd av ”internetbaserad” Kognitiv Beteendeterapi (KBT) hos deprimerade individer. Resultaten visade att FTT indexpoäng för negativa händelser minskade efter behandling. Det fanns ingen ökning gällande positiva händelser.

Vidare har vi i en kvalitativ studie utifrån grundad teori undersökt representationer av framtiden hos deprimerade. Resultaten visade att deprimerade individer upplever ett tillstånd av ambivalens. Ambivalensen och dess negativa emotionella och kognitiva effekter minskade betydligt i styrka när de tillfrågades om en mer avlägsen framtid. Koncepten ambivalens vid depression eller ångestdepressivt tillstånd kan vara ett viktigt inslag vid förståelse och behandling av depression/blandtillstånd, speciellt hos parasuicidala eller suicidala individer. Ambivalensen gör att suicidala personer tror sig leva i en ”bubbla” och ångesten betraktas som ”boven i dramat”. Patienterna (deltagarna i studien) ansåg att ett sätt att komma ur tillståndet och bli av med ångesten är att tillfoga sig skada, eller till och med ta sitt liv. Jag anser att tillståndet (ambivalens) förtjänar än mer uppmärksamhet från både ett teoretiskt och kliniskt perspektiv, likaså effekten av nära framtidsbilder/föreställningar hos ångestdepressiva patienter.

Nära framtidsbilder som terapeutiska verktyg

Annika Selstam Grundén, leg. specialistsjuksköterska psykiatri/ leg. psykoterapeut KBT.

Inledning

Suicid är en handling, inte en sjukdom. En depression tar inte livet av sig, det är en person som gör det. Oftast är den suicidala personen påverkad av allvarlig psykisk sjukdom som medför stora svårigheter i vardagen. Men de allra flesta personer påverkade av allvarlig psykisk ohälsa och problem i vardagen är inte suicidala och tar inte livet av sig. Denna kunskap öppnar för stora möjligheter inom behandling av personer med suicidproblematik.

Genom att komplettera den objektiva och psykiatriska synen på suicidalitet med ett personcentrerat perspektiv så kan vi öka samarbetet med suicidala personer och bättre ta tillvara den livsviktiga kunskap personerna bär med sig om sig själva. Personer med suicidproblematik kämpar ofta och länge för att finna vägar att orka fortsätta leva. Men psykisk sårbarhet och sjukdom påverkar den problemlösande förmågan. Risken för suicidala handlingar ökar när personen känner sig trängd, när problemlösningens förmåga havererar och personen inte längre orkar hantera sin livssituation. Det är i denna process vi som professionella kan komma in och stödja personens egna resurser. Genom att lyssna till personens berättelse, bygga partnerskap och tillsammans med personen, dokumentera triggers och copingstrategier, så stärks personens problemlösningens förmåga även i pressade situationer.

Två terapeutiska verktyg för att göra problemlösning begriplig och hanterbar är aktiveringsmodellen samt att arbeta med nära framtidsbilder, så kallade mikromål. Båda verktygen är lämpliga att använda som konkreta arbetsmaterial tillsammans med klienten antingen uppritade på white-board som fotograferas vid sessionens slut eller upptryckta på papper. De två terapeutiska verktygen fungerar även som mentala tankemodeller för mig själv som professionell när jag har behov av att strukturera information och stärka egen problemlösningens förmåga.

Aktiveringsmodellen

Allmän aktivering

Överaktivering

Toleransfönster
Funktionell aktivering

Underaktivering

Källor: Siegel (1999) The developing mind
Ogden (2006) Trauma and the body, sid. 27

Aktiveringsmodellen beskrevs först av Siegel (1999) och utvecklades senare av Ogden (2006). Modellen är en beskrivning av hur vår normala fysiologiska aktivering vid utmaningar påverkar hjärnans förmåga till bland annat problemlösning. Vid funktionell aktivering så befinner vi oss inom det så kallade toleransfönstret. Hjärnan har inom

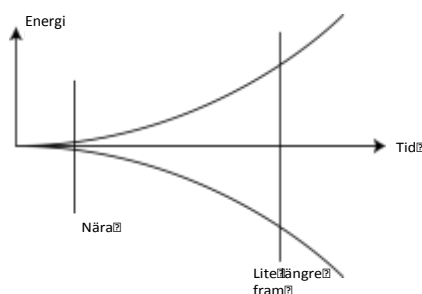
toleransfönstret optimala förutsättningar att integrera information från våra kognitiva, emotionella och kroppsliga system.

Vårt toleransfönster är dock mycket dynamiskt och kan variera utifrån en mängd faktorer. Vid yttre och/ eller inre stabilitet är toleransfönstret bredare och hjärnan klarar att funktionellt hantera även större påfrestningar. Vid yttre och/ eller inre instabilitet krymper toleransfönstret och vi kan reagera starkt även på mindre utmaningar. Vi går då lättare upp i överaktivering och ”känner för mycket” med psykisk splittring, påträngande tankar, intensiva känslor och starka kroppsupplevelser som följd. Vi kan även vid stress och uttrötthet reagera med underaktivering och ”känna för lite”- uppleva inre tomhet, passivitet, mental tröghet, bristande känslö- och kroppsupplevelser.

Personer med suicidproblematik har ökad känslighet för stress och pendlar ofta snabbt mellan över- och underaktivering. Målet i behandling är att identifiera triggers och utveckla copingstrategier så att personen ska kunna stabilisera sin aktiveringsnivå och återfå tillgången till funktionell problemlösningsförmåga inom toleransfönstret.

Nära framtidsbilder, mikromål

Säkra och osäkra framtidsbilder



Ett sätt att stabilisera aktiveringsnivån är att arbeta med mycket nära framtidsbilder, så kallade mikromål. Mål är att tänka framåt i tiden. När vi planerar så ser vi mentala framtidsbilder, images. Ju längre fram i tiden vi tänker, desto osäkrare blir den mentala framtidsbilden. Hjärnan befinner sig i framtiden men den kroppsliga reaktionen kopplad till framtidsbilden uppstår i nuet! När vi människor blir osäkra så aktiveras naturligt vårt autonoma nervsystem och vår aktiveringsnivå påverkas. Är jag trött, ångest- och smärtfylld och jag tänker för långt fram i tiden så känns hela framtidsbilden och allt jag behöver ta tag i övermäktigt och uppgiften blir oöverstiglig. Aktiveringsnivån pendlar mellan över- och underaktivering. Resultatet blir att inget alls blir gjort och en känsla av misslyckande infinner sig. Genom att istället systematiskt sätta upp mikromål vid trötthet, stress, ångest, smärta så minimeras risken för över- och underaktivering med bristande problemlösning och ökad uppgivenhet som följd. Mikromål kan till exempel vara att vid akut stress orka ta ett andetag till eller sätta fötterna i golvet för att komma upp ur sängen. Vid mer vardaglig problemlösning kan mikromål innebära att dela upp disken och tvätten i mindre enheter, ta promenaden bit för bit, ringa ett samtal före lunch. Målet är att stabilisera aktiveringsnivån på en funktionell nivå inom toleransfönstret. Resultatet blir då en upplevelse av ökad kontroll och handlingskraft i situationen.

Referenser

Beskow, J., Palm Beskow, A. & Ehnvall, A. (2013). *Suicidalitet som problemlösning, olyckshändelse och trauma*. Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I. (Red.) (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber.

Hackman, A., Bennet-Levy, J. & Holmes, E. (2011). *Oxford Guide to Imagery in Cognitive Therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Michel, K. & Jobes, D.A. (Eds.)(2011). *Building a Therapeutic Alliance with the Suicidal Patient*. Washington D.C: American Psychological Association.

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensomotoric Approach to Psychotherapy*. London: Norton and Co.

Siegel, D. (1999). *The Developing Mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. London: The Guilford Press.

Vad personer tänkt och känt i samband med en akut suicidal episod

*Anna Maria Nilsson, doktorand, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet,
specialistläkare i psykiatri, Sahlgrenska universitetssjukhuset,
anna-maria.n.nilsson@vgregion.se*

Det går att se på suicidalitet utifrån olika perspektiv eller modeller. Idag finns det flera olika psykologiska modeller för suicidalitet – de flesta har kognitivt fokus. En mer övergripande modell saknas. Vi har i denna studie gjort ett försök att skapa en övergripande modell genom att överföra principer från olycksfallsforskning till en olycksfallsmodell för suicidalitet. Olyckor, t ex trafikolyckor, betraktas idag ur ett systemperspektiv. Ett systemtänkande kring suicidalitet innebär att förstå det som att många små faktorer eller processer snabbt interagerar och påverkar suicidnärande eller suicidpreventivt, att det är ett komplext samspel mellan faktorer eller processer inom personen (intraindividuell), i en relation (interpersonellt) och i kontexten eller sammanhanget (plats och metod).

Studien fokuserade på människors subjektiva upplevelser, de suicidala personernas perspektiv varför kvalitativ metod användes. Nio personer med återkommande suicidalitet och kontakt med psykiatrisk öppenvård deltog i en serie av kvalitativa djupintervjuer. Varje person intervjuades upprepade gånger och fick beskriva händelseförloppet i en akut suicidal episod i detalj. Alla berättade om den värsta episoden någonsin i deras liv och 1–2 lindrigare episoder. Intervjuerna hade en duration på mellan 1 och 2½ timme. Tekniker från kognitiv beteendeterapi tillämpades, som samtalsmodellen ”tvåforskarmodellen” i vilken den intervjuade ses som expert på sin egen berättelse med kunskap om sig själv och sin suicidalitet och är den viktigaste aktören i suicidpreventionen. Jag som intervjuar ses som bidragande med erfarenhet, teorier och tekniker. Vi är likvärdiga medarbetare som la problemet mellan oss för att komma fram till en gemensam förståelse. Fem-faktor modellen användes för att få fram detaljer om tankar, bilder, känslor, kroppsförnimmelser och beteende aktuella under episoderna. Intervjuerna ljudinspelades. Utskrifterna innehållande nära beskrivningar av akuta suicidala episoder analyserades genom riktad innehållsanalys, för att få fram mönster.

Analysen pågår ännu, men är i sitt slutskede. I enlighet med olycksfallsmodellen kunde teman som kom fram i analysen inordnas i latent faktorer (avlägsna i tid och rum, som negativa erfarenheter från tidig barndom och senare negativa livshändelser), akuta situationsbundna faktorer (här och nu) och kompenserande faktorer. Faktorerna kunde vidare indelas i antingen inre (inom den suicidala personen) eller yttre (relaterade till antingen den mänskliga omgivningen eller till den fysiska omgivningen). Kompenserande faktorerna utgjordes dels av egen coping, dels fysiska barriärer, och dels stöd från andra. För att illustrera detta och ge ett exempel utan att någon person skulle bli igenkänd drogs ett fingerat typfall utifrån de olika berättelserna.

Systemperspektivet innebär ett alternativt förhållningssätt jämfört med den psykiatriska sjukdomsmodellen, där man ser suicidalitet som ett symptom på psykisk sjukdom som depression, och suicidprevention innebär behandling av bakomliggande sjukdomen. Sättet genom vilket vi förstår och förklarar suicidalitet på – valet av modell för suicidalitet spelar roll för hur riskbedömningen görs och för behandling samt prevention. Med ett systemperspektiv tas hänsyn till helheten. Det handlar om bristfälligt interagerande faktorer i

ett system – ett system som inte är i harmoni. Med ett systemtänkande ses individen som en del i systemet, vilket får konsekvenser som att individuellt skuldbeläggande minskar. Det innebär också att prevention behöver riktas mot faktorer på alla nivåer. Bristfälliga matchningar bland faktorerna kan identifieras som potentiella mål för personaliserad suicidprevention. Det handlar om att skapa ett så tryggt system som möjligt. Vi föreslår att den kognitiva och systemiska olycksfallsmodellen kan vara en hjälp i förståelsen av komplexiteten hos interaktionerna som utlöser suicidalt beteende, och upplysa såväl klinisk praxis som folkhälsoinsatser för suicidprevention.

Avslutningsvis i föredraget berättades om bifynd, sådant som personerna själva betonat att de upplevt positivt med att delta i studien: *Att bli lyssnad till, att tas på allvar och bli bekräftad. Att betyda något för andra. Att någon stannat kvar, tar sig tid och signalerar att det jag berättar är viktigt. Att få berätta sin berättelse. Att få fokusera på suicidaliteten. Att det var första gången jag berättade. Att få sätta ord på det svåra i en trygg situation. Att reflektera. Att berättandet och den gemensamma analysen under samtalet hade betydelse i sig, att kunna se vad som påverkat, se "hur det hänger ihop". Att problemlösa. Att jag själv hade svaren.*

3 A Samtal om suicidalitet och personcentrerad vård

Om vikten av att våga prata om existentiella frågor och döden

Mikaela Javinger, skribent, psykiatridebattör och föreläsare med fokus på bemötande- och inflytandefrågor ur egenerfaret patientperspektiv.

Mikaela Javinger lyfte fram sin personliga berättelse. Den handlar bl.a. om hur Dialektisk Beteendeterapi (DBT) hjälpt henne att överleva. Och om vikten av att våga prata om existentiella frågor och döden, inte bara skattningsskalor.

Teori och erfarenheter inom personcentrerad vård

Lilas Ali, forskare vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa samt Centrum för personcentrerad vård, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

Ett personcentrerat arbetssätt kan öka partnerskapet mellan den professionella och patienten. Ett grundläggande antagande för personcentrerad vård är att patienten ses som en kapabel person som har självrespekt, självkänsla och framförallt förmågor och resurser att kunna hantera sin situation. Ett centralt inslag i personcentrerad vård är dialogen mellan den professionella och patienten, en dialog med personen, snarare än att prata med (eller informera) en person. Detta är det första steget i personcentrerad vård som skapar grunden för det partnerskap där en hälsoplan formuleras av vårdpersonal tillsammans patienten och andra personer som anses vara en resurs för patienten. Vårdplanen innehåller korta och långsiktiga mål för patienten och specificerar de åtgärder som behövs för att nå målet. Planen är patientens "levande" dokument, mål och åtgärder följs upp och revideras över vårdtiden. Partnerskapet skapas med en strategisk inriktning i dialogen, som ofta skapas genom ett delat beslutsfattande genom vårdprocessen.

På konferensen presenterades ett forskningsprojekt som har ett övergripande syfte att implementera och utvärdera personcentrerad vård av personer med schizofreni eller andra psykosdiagnoser. En tredjedel av sjukvårdspersonalen har genomgått ett implementeringsprogram och har tillsammans med ledningen för verksamheten arbetat fram både delmål och mål utifrån deras personcentrerade arbete och hur de tillsammans kan ge patienterna en bättre och mera säker vård utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Sjukvårdspersonalen har ett större fokus på patienternas resurser i sin sjukdom och situation och kommer tillsammans överens om en plan för fortsatt vård som revideras allteftersom patienten vårdas. Nyckelpersoner för patienten såsom närstående e.t.c bildar en resursgrupp som ska stötta patienten tillsammans med kontaktpersoner från både slutenvård och öppenvård. Förväntade resultat är att patienterna ska känna sig nöjda i högre utsträckning med sin vård och säkra i sin egen förmåga att hantera sin sjukdom samt att återinläggningarna på så sätt minskar.

Vårdande av personer med risk för självmord: Vad kan bidra till att stödja och stärka patientens personliga återhämtning?

Linda Sellin¹, psykiatrisjuksköterska och doktorand i hälsa och välfärd; vårdvetenskap.

Huvudhandledare: Lena Wiklund Gustin¹. Bihandledare: Tomas Kumlin¹ och Tuula Wallsten².

¹Mälardalens högskola, akademin för hälsa, vård och välfärd i Västerås. ²Region

Västmanland. Doktorandprojekt: Utveckling av suicidprevention ur ett omvårdnadsperspektiv.

Kontakt: email: linda.sellin@mdh.se

Bakgrund

Att uppleva maktlöshet inför livet och se döden som en utväg kan innebära att personen behöver hjälp i den psykiatriska heldygnsvården. Tidigare forskning visar att det finns behov av mer kunskap om hur omvårdnaden kan utforma meningsfulla omvårdnadsinterventioner som syftar till att stödja suicidala patienters personliga återhämtningsprocesser, samt stödja patienters och närståendes delaktighet i vården. Denna forskning utgår från en förståelse för återhämtning ur ett livsvärldsperspektiv. Det innebär att upplevelse av att kunna skapa mening och hantera både utmaningar och möjligheter i livet, är centralt för upplevelse av personlig återhämtning och att kunna leva i enlighet med sina intentioner, drömmar och livsplaner. Omvårdnad som rör personer med risk för självmord behöver därigenom baseras på förståelse för personens livsvärld, och hur omvårdnaden kan utgöra stöd till personens återhämtning och livssituation.

Syfte

Det övergripande syftet med forskningsprojektet är att utveckla, introducera och utvärdera en omvårdnadsintervention, för att stödja suicidala patienters återhämtning och hälsa, och stödja patienters och närståendes delaktighet i vården. Metod: Sammanlagt 15 patienter, 9 närstående, 5 representanter från en svensk organisation inom suicidprevention, 9 leg. sjuksköterskor, och 5 forskare har deltagit i projektet. Forskningsmetoderna har omfattats av reflekterad livsvärldsforskning (Reflective Lifeworld Research), Delphimetod, single case design med KVALITATIV och kvantitativ ”mixed methods”. Datainsamlingen omfattades bl.a. av fenomenologisk livsvärldsintervju, fokusgruppsintervju, innebördsorienterad intervju och frågeformulär.

Resultat

Den utvecklade omvårdnadsinterventionen i forskningsprojektet karaktäriseras av ”personlig och ömsesidig kommunikation”. Det förstås även som ett reflekterande och vårdande förhållningssätt i samtal, som ger stöd och utrymme för den suicidala patienten att uttrycka sig och prata om det som är svårt, tillsammans med vårdare som genuint vill lyssna på och förstå patienten som person och människa. Ett sådant vårdande dialogutrymme har potential att främja återhämtning eftersom det underlättar en fördjupad och ömsesidig förståelse för patientens situation, och ger stöd till patienten att påverka sin vård och utforma sitt liv utifrån egna intentioner, önskemål och behov. Omvårdnadsinterventionen inkluderar även att beakta de närstående som är betydelsefulla för patienten i livssammanhanget, och underlätta för patient och närstående att delta tillsammans utifrån egna villkor och behov.

Kliniska implikationer

Insikterna rörande återhämtning och delaktighet kan främja öppenhet och följsamhet till patienternas och närståendes perspektiv i det praktiska vårdarbetet. Den utvecklade omvårdnadsinterventionens utgångspunkt i livsvärlden och berättelsen, har potential att bidra till en relation och ett sammanhang där sjuksköterskan kan utforma vården tillsammans med patienten så vården kan stödja patientens intentioner, drömmar och livsplaner. Patientens erfarenheter av att kunna uttrycka sig och dela det svåra med betydelsefulla och professionella andra, ger viktiga förutsättningar för personens upplevelse av att få meningsfullt stöd i den fortsatta hanteringen av utmaningar och möjligheter i vardagen. Att på så vis söka förståelse för den suicidala patienten som person och människa i det aktuella livssammanhanget är viktigt i den psykiatriska vården som syftar till att stödja patientens personliga återhämtning och projekt att fortsätta leva. Den utvecklade omvårdnadsinterventionen är preliminär och utgör en grund för fortsatt forskning.

3 B Nordiska perspektiv på suicid

Recent Danish aspects of suicide prevention

Britt Morthorst, PhD-student/Master in Health Science, Danish Research Institute for Suicide Prevention – DRISP.

In Denmark we have seen a steady decrease in suicide rates since the beginning of the eighties. This positive trend has continued though out the nineties – hereafter for the trend in rates to level out. For the last decade we have had around 650 suicides a year. This trend may have to do with preventive initiatives, and maybe mainly means restriction; I here think of detoxification of house hold gas, mandatory catalytic converters on cars, restricting access to high places, no use of barbiturates as sleeping medication – all strategies implemented during the eighties and nineties – and of course also the weapon legislation that goes further back.

The trend in rates per 100,000 inhabitants for suicide attempts by region. We have five Danish regions and the data presented is from the National Patients Register. These graphs represent suicide attempts registered as such with no doubt of the intention. There is a decreasing trend for the Region South Denmark but generally the rates have been fairly stable with a positive decrease after 2011 altogether.

Due to the fact that there is a systematic under registration of suicide attempts in the registers, we create a category called probable suicide attempts to accommodate this. An example could be poisonings. When the patient arrives at the emergency department focus may very well be on the somatic part and if the patient is poisoned by paracetamol the diagnosis code may very well be T39 and not X60. In this category we include also hospital admissions where we may not be sure of the intent. It may include accidents. Of course these rates are higher in risk of over estimation but still pretty stable in the trend of about 200 per 100,000 in habitants.

So which prevention strategies do we apply?

In Denmark we used to have a national action plan. It was endorsed by the Danish parliament in 1998 and was to be renewed in 2004, or followed up by additional visions and funding – some additional funding was provided in 2007 but no further declaration of intent. The action plan is now replaced by a National Partnership with members from all relevant organizations, institutions, treatment providers and NGOs. The framing is that suicidal behavior is a preventable complication to a variety of conditions. The previous action plan and also the framework for the new established Partnership is based on the USI-model: with strategies allocated as universal, selective or indicated prevention strategies.

Indicated strategies;

In all of Denmark we have excellent suicide prevention clinics. These clinics provide therapy; psycho education and problem solving help for patients with suicidal behavior and no other treatment offer. They get 8–10 sessions of psychosocial therapy and can be referred to relevant follow-up treatment if needed. The first clinic was implemented in 1992 and the latest satellite in Vyborg in 2012. Patients can either be referred or refer themselves.

The effect of the suicide prevention clinics has been investigated by Annette Erlangen in a very robust study using the method of propensity score matching in a 10-year cohort. The

intervention significantly reduces the risk of dying by suicide, having subsequent self-harming events and also has a very nice impact on dying by other causes.

Selective strategies;

Photos from the most recent closed ward facilities show that hanging is no longer possible for the risk population of in-patients while the decorations still are tasteful.

The period after discharge is a high risk period. Two third of men and half of the women dying by suicide have previously been admitted to psychiatric ward.

There is an increased risk of dying by suicide in the period after discharge. The risk of dying by suicide the first week after discharge is incredibly high but also the first month after discharge has an elevated risk estimate. In Denmark we have implemented acute and assertive outreach teams to provide help for patients with severe mental illness – but still an intensive offer is needed.

In spite of national action plan, health care authorities have recently granted 18 million to a new project named the SAFE-project. The aim of the SAFE-project is to test whether a better systematic discharge procedure can reduce the risk of suicide in the period shortly after discharge from psychiatric hospitalization. More specifically, the project aim to establish routines for personal contact with outpatient treatment before discharge. Also to secure outpatient contact primarily as home consultations or attendance during hospitalization within the first week after discharge. And thirdly, to invite patient relatives to discharge and/or home consultations.

Universal strategies;

Even before the National action plan in 1998 a lot of means restriction initiatives were implemented. The restriction of carbon monoxide as both a detoxification of household gas and the introduction of mandatory catalytic converters on cars using petrol has been very efficient. Also the restriction of prescription of dextropropoxyphen and no use of barbiturates as sleeping medication has been very helpful and preventive. Of course also the strict Danish weapon legislation is a valuable means restriction strategy. It is not a universal strategy but The Ministry of Children and Social Affairs has provided sustainable funding for the hotline service – the life line – and they are now able to offer help also during night time.

The most recent means restriction initiative is pack size restriction of non-opioid analgesics. Based on very promising figures from the UK evaluation of mild analgesics, the Danish Minister of Health also implemented a pack size restriction of mild analgesics sold over the counter (OTC) in pharmacies back in September 2013.

From this date onwards Danes were able to buy 20 tablets of 500 mg paracetamol or 20 tablets ibuprofen of 200 mg in blister packages. This amendment followed an age restriction implemented in March 2011, where Danes had to be 18 years of age in order to buy these products OTC in either pharmacies or non-pharmacy outlets.

The preliminary findings as time trend analysis for admissions coded as T39 (and X60) showed a significant estimated slope difference after 2011 and a significant estimated level change after 2013 in the number of hospital treated events.

When looking at other poisonings opposite to what we expected; we also found a highly significant estimated both slope and level change after 2011. This was a global trend across all.

Looking at violent methods in order to detect a potential shift in self-harming methods, we found a significant level change after the restriction in 2013 for this trend soon after to level out. Hence, no indication of method shifts.

Suicide Mortality and Suicide Prevention in Finland

Erkki T. Isometsä, MD, PhD, Professor of Psychiatry, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Finland, PP-presentation.

3 C Skarpt läge – blåjussamverkan

Gemensamt arbete med självmordsprevention inom Stockholms län (SPIS) numera Sverige

Britta Alin Åkerman, PhD, professor i pedagogik, leg psykolog, leg psykoterapeut, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP).



En samverkansgrupp i Stockholms län bestående av representanter från SOS Alarm, brandförsvaren, landstinget, polisen samt NASP startade SPIS-projektet kring självmordsprevention under hösten 2009 med att gemensamt diskutera åtgärder för att förebygga och förhindra självmord i länet. En styrgrupp och en mer arbetande projektgrupp skapades. Efterhand utökades antalet deltagare i såväl styrgrupp som projektets arbetsgrupp med representanter för Riksförbundet för Suicidprevention och Efterlevandes Stöd (SPES), Kriminalvården samt kommunerna.

Projektet delades upp i två faser –

Fas I syftade till att beskriva situationen som den såg ut inledningsvis samt föreslå konkreta förslag

Fas II riktades in på hur respektive myndighet/organisation skulle kunna öka sin förmåga, i samverkan, att förebygga, förhindra och följa upp självmord och självmordsförsök i länet

En av de viktigaste åtgärderna var genomförande av SPIS-larm (hot om suicid) vilket innebar **ett** optimalt handläggande av ett ärende **från** att SOS Alarm identifierat hot om suicid eller en redan pågående suicidal handling **till** att insatsen på plats avslutas och annan aktör övertar. Alla i projektet ingående organisationer har varit eniga och haft som mål att inte

larma fler resurser än vad situationen kräver för ett optimalt omhändertagande av den självmordsnära och övriga drabbade. SPIS-larm fungerar numera på många platser i Sverige med mottot att:

Först på plats räddar liv, lindrar konsekvenserna av förestående handling

Samverkan påbörjades fr.o.m. 2012-04-18. År 2016 fick SOS in 1606 SPIS-larm, år 2017 har 908 SPIS-larm inkommit hitintills.

- Tre rapporter finns redovisade i SPIS-projektet.
- Två är delrapporter inom ramen för projektet. Den tredje avser den Suicidpreventiva dagen år 2011 (arrangerad av NASP) som helt ägnades åt en redovisning av SPIS-projektet.
- **En slutrapport kom ut i början av år 2013 med titeln:** Självmordsprevention inom Stockholms län. Alla rapporter kan laddas ner från NASPs hemsida: <http://www.ki.se/nasp>

Inom ramen för projektet startades också en speciell utbildning som inledningsvis riktades till blåljuspersonal med titel "*Akut omhändertagande av självmordsnära person*" (AOSP) där målet har varit att

- Ge förutsättningar att kunna ta kontakt och samtala med en person som befinner sig i en akut självmordssituation.
- Ge insikt om vad psykisk ohälsa är för något.
- Beskriva hur "blåljusorganisationerna" samarbetar och vilken lagstiftning som gäller.
- Ge insikt i hur man agerar i en krissituation. Bygger på videoinspelningar med fallbeskrivningar samt hur man samtalar utifrån olika krissituationer.

SPIS-projektet avslutades formellt 31 december 2012 men fortgår framför allt genom den utbildningsinsats som genomförs och numera riktar sig till hela Sverige och inte endast till blåljuspersonal.

3 D Nya behandlingsformer av självskador och suicidalitet – exempel ur praktiken

Nya behandlingsformer för självskadebeteende och suicidalitet. Tidig intervention: ERGT (Emotion Regulation Group Therapy)

*Ulrica Bonde, leg. psykolog, leg. psykoterapeut KBT projektledare i Nationella självskadeprojektet, VG-regionen, DBT terapeut och handledare/ utbildare.
Ulrica.bonde@gmail.com*

Inledningsvis introduceras Nationella självskadeprojektet och dess arbete i de tre olika noderna, med syfte att sprida kunskap kring självskadebeteende, förbättra bemötandet i vården för dessa patienter och se över behandlingsutbudet. En ny metod, ERGT, har implementerats i Sverige. Nationella självskadeprojektet har utformat rekommendationer kring bemötande. Alla patienter ska bemötas med medkänsla, respekt och värdighet.

Vad menas med självskadebeteende? En definition är NSSI (non suicidal self injury) och innebär ”avsiktlig skada på den egna kroppsvävnaden, utan suicidavsikt”. Det finns även en bredare definition där övrigt självdestruktivt beteende innefattas, som intoxication, sex som självskada e.t.c. Man kan ofta se att de som har ett etablerat självskadebeteende (ett upprepat beteende som personen inte själv kan styra över), även kan ha ett suicidalt beteende där man vissa gånger gör suicidförsök och vissa gånger skadar sig. Då kan självskadebeteendet upplevas som ett sätt att ha kontroll för individen, det som gör att man inte tar sitt liv. I andra fall växlar och kombineras ofta flertalet självskadebeteenden som att skära sig ibland, svälta sig, hetsäta, ha riskfyllda sexuella relationer, missbruka droger eller alkohol, i perioder eller parallellt.

Varför skadar man sig själv? Tyvärr är självskadebeteende ett effektivt och omedelbart sätt att få slut på obehaget. Hela kroppen och hjärnan fokuserar på att ta hand om skadan och plågsamma känslor och tankar försvinner. Detta är förstärkande och det gör att beteendet riskerar att upprepas vid andra svåra tillfällen. Risken är dessutom stor att man tar till självskada i ett allt tidigare skede, redan innan ångestnivåerna är uppe på toppnivån. Detta gör i sinom tid att man inte tål lika höga ”arouselnivåer” utan sänker ribban för vad som är uthärdligt. Då har man skapat ett beroende av att självskada.

Självskadebeteendet fyller en funktion. Varje individs sätt att hantera sitt mående är unikt och behöver utforskas tillsammans med ev. behandlare på ett icke-dömande sätt. Det är viktigt att komma ihåg att självskadebeteendet alltid fyller en funktion för individen, annars skulle personen inte gjort så. Funktionen kan variera men handlar oftast om att komma undan besvärande tankar eller känslor, alltså något som handlar om det inre hos personen. Alternativt komma undan yttre eller inre krav. Det förekommer även, speciellt hos personer med ett allvarligt och etablerat beteende, att det kan vara ett sätt att kommunicera med omgivningen. Poängen är att tänka att det beror på brist på andra färdigheter, ett desperat sätt att må bättre för stunden. När man i forskning tittat på faktorer som har samband med självskadebeteende förekommer just brist på färdigheter att reglera känslor som centralt. Man har även sett att svårigheter att styra sig själv, kommunicera med andra och låg självkänsla ofta finns inblandat. Diagnosmässigt finns självskadebeteende i alla möjliga diagnoser, och har följaktligen inte en egen. Dock är det inte alltid fråga om ”Emotionellt Instabil

Personlighetsstörning” trots att det är den enda diagnosen där självskadebeteende nämns, vilket ökar risken för överdiagnostisering. Många med självskadebeteende har samsjuklighet som neuropsykiatriska diagnoser, ätstörning, missbruk eller annat.

Hur vanligt är självskadebeteende? Det mesta tyder på att fenomenet ökat drastiskt de senaste 20 åren. Troligen har det förekommit tidigare men inte i denna omfattning och kanske inte av samma orsaker. Självskadebeteendet debuterar ofta i tonåren, men inte alltid utan kan även uppkomma senare i livet då de medel till kontroll man använt inte räcker till. I en svensk studie framkom att så många som 40 procent av eleverna i åk 7–8 hade skadat sig vid minst ett tillfälle det senaste året. 8 procent hade gjort det upprepade gånger. Dessa siffror är i linje med internationella studier där självskadebeteende finns hos ca 12 procent av flickorna och 3 procent av pojkarna. Vad gäller könsskillnader finns många frågetecken. Vården är upplärd i att det är flickor som skär sig och vi vet att vi missar att fråga och därför inte får veta hur många av männen i psykiatrin som skadar sig. Många självskadande män hamnar möjligen inom socialtjänsten och missbruksvården. Man vet också enligt forskning att det troligen inte är så stora skillnader mellan könen som vi tidigare trott samt att HBTQ-personer troligen är underrepresenterade.

Om man tänker sig en pyramid med tre delar så finns det alltså en stor grupp som självskadar sig någon enstaka gång, ofta ungdomar som själva kan komma ur detta beteende. En lite mindre grupp har ett återkommande och ibland allvarligt beteende som behöver behandling. En tredje, mycket liten grupp, som är allvarligt fast i beteendet man inte kunnat hjälpa genom de behandlingsmetoder som finns. Risken för suicid ökar ju högre upp i pyramiden man kommer.

Hur stor är suicidrisken? Det går inte att ge ett enkelt svar på detta eftersom man behöver kartlägga och utforska den specifika individen. Duration, frekvens och sättet att skada sig ger information om allvarlighetsgrad samt samsjuklighet och situation i livet. På samma sätt som vid en suicidriskbedömning gäller det att ta reda på såväl risk- som skyddsfaktorer. I en svensk studie av ungdomar på gymnasiet framkom att av dem som gjort ett suicidförsök senaste året hade 86 procent ett självskadebeteende, vilket ger oss en fingervisning att det är en allvarlig riskfaktor för suicid när självskadebeteende förekommer. Det finns en stor överlappning men man behöver titta på det enskilda fallet.

ERGT: En metod som utvecklades av Kim Gratz i början av 2000-talet och som innehåller delar av Dialektisk Beteendeterapi (DBT) känsloreglering och Acceptans and Commitment Therapy (ACT). Nationella självskadeprojektet hade målet att hitta en behandlingsmetod för självskadebeteende som kunde vara ett alternativ i ett tidigare skede av upptäckt självskadebeteende och man blev intresserade av ERGT. Metoden hade i USA genomgått tre studier med gott resultat och lämpade sig såväl för självskadebeteende i ett tidigt skede som i ett etablerat skede och man beslöt att genomföra en svensk studie för att se om metoden var applicerbar för våra förhållanden. Detta visade sig ERGT vara och man har nu genomfört utbildningar för personal och startat upp gruppbehandling på många platser i Sverige, i Västra Götalandsregionen inom varje verksamhetsområde.

ERGT är en gruppbehandling på 16 tillfällen där patienten har kvar sin ordinarie behandlare i öppenvården under behandlingens gång. Det är två gruppleddare och ca 8 patienter i en grupp. Det ingår psykoedukation och övningar samt metaforer. Registreringar över självskadebeteende och annat självdestruktivt beteende löper längs med hela behandlingen och deltagarna får hemuppgifter mellan alla sessioner. Utifrån forskning vet vi att självskadebeteende och självdestruktivt beteende i allmänhet är starkt kopplat till brister i

att hantera sina känslor. Många av deltagarna har ”stängt av” alla känslor i ett försök att slippa de svåra känslorna. Livet blir innehållslöst och impulsiva beteenden ökar. Huvudbudskapet i ERGT är att känslor är naturliga, nödvändiga och inte kan kontrolleras, däremot kan beteendet kontrolleras. Man arbetar med känslors funktion, impulsiva och destruktiva beteenden och värderad riktning. En värderad riktning ger meningsfullhet och innehåll i livet och behövs om man ska göra en förändring i livet där man ska sluta med ett inlärt beteende. Resultaten för den svenska studien var mycket positiva med en tydlig minskning av självskadebeteende hos deltagarna och en ökad förmåga att hantera sina känslor. Detta har fortsatt varit fallet med de patienter som nu går i grupperna och metoden är mycket uppskattad. Det innebär att vi nu har en behandlingsmetod för självskadebeteende som många kan erbjudas som ett första steg, och för de flesta ett fullt tillräckligt steg för att kunna bryta sitt självskadebeteende. För dem som inte helt klarar det finns DBT att tillgå. Fler får behandling och dessutom i ett tidigare skede.

I nuläget pågår även en studie kring ERITA, vilket är en barn- och ungdomsvariant av ERGT, som sker individuellt och delvis nätbaserat. Hittills har den visat positiva resultat och om denna på sikt kan implementeras har vi ännu fler möjligheter att snabbt och effektivt kunna hjälpa de unga som fastnar i självskadebeteende, förhoppningsvis innan det blir så befast och allvarligt.

Därför, är vår uppgift nu att hålla ögonen öppna och våga fråga om självskadebeteende, så att fler unga kan få en effektiv behandling.

Intervju med Helena Löwen-Åberg fysioterapeut, specialist inom psykosomatik/ psykiatri

Sarah Görsch, kommunikatör Suicidprevention i Västra Götalandsregionen (SPIV).

Hur jobbar du med suicidprevention?

Det händer ganska ofta att jag träffar patienter som har självmordstankar. Omkring en eller två personer varje vecka. Eftersom jag vågar fråga om det får jag också förtroenden. Många upplever det som skamfyllt att de bär på dessa tankar men om man kan normalisera det så brukar man kunna minska stressen hos personen och då kan man också hitta andra lösningar.

Jag har utbildat mig en hel del i suicidprevention. Det började egentligen med att professor Jan Beskow, som forskat på suicidalitet i över 50 år, tog kontakt med mig. Han hade funderingar kring kroppens betydelse för suicidalitet och hur man kan nå en patient genom kroppen när man inte når patienten på annat sätt. När jag fick mer kunskap kände jag mig tryggare i att kunna hjälpa mina patienter och det var förlösande både för dem och för mig. När man får reda på att det går att förebygga självmord och därmed rädda liv inser man också att vi alla har ett ansvar.

Du medverkar i passet ”Kroppen som minns och vill berätta – vad händer när vi försöker lyssna?” Vad kommer du att prata om?

Det blir en workshop där jag och en patient tillsammans berättar om hur vi jobbar. Vi har ett samtal om vad som varit verksamt för min patient. Det handlar om hur man som fysioterapeut kan vara med och hjälpa sina patienter att hantera sina suicidtankar och att förstå kroppsliga spänningar och vad de kan leda till. Som fysioterapeut jobbar jag till exempel med andningen, meditation och känslomässiga visualiseringsövningar. Ibland kan man möta patienter som har stora kroppsliga trauman av övergrepp till exempel. Då kan jag behandla deras kropp med respekt för dem och de får styra hur jag närmar mig, med lätt massage, på huvudet, axlar och nacke till exempel.

Kroppen minns, kroppen är primitivt inställd på att rädda liv. Om vi är med om en hemsk händelse, så blir kroppen jätterädd och för att överleva så dissocierar man. Den hemska händelsen finns lagrad i kroppen efteråt. I en annan situation kan dessa kroppsliga minnen visa sig som till exempelvis yrsel och då förstår man kanske inte vad som händer. Kan man förklara varför det sker så blir patienten ofta mindre rädd och kan släppa spänningen. Då kommer lagrade känslor fram och patienten börjar minnas och man kan göra traumat pratbart.

Vilka hoppas du ska komma på ditt seminarium?

Jag vill jättegärna att det kommer fysioterapeuter men också gärna politiker och andra beslutsfattare. Det är viktigt att visa att den här hjälpen finns att få och att den behöver finnas. Många är rädda att ta upp de här frågorna. Om jag visar hur jag jobbar och en patient berättar vad som varit hjälpsamt, så kanske fler tänker att de kan jobba så.

Intervju med Sanna* – patient till Helena,

Sarah Görsch, kommunikatör Suicidprevention i Västra Götalandsregionen (SPIV)

Det är flera olika anledningar till att jag har svarat ja till att medverka. Det har inte varit ett lätt beslut, utan skapade enormt mycket skuld, ångest och fysiska symtom när jag fick frågan. Men jag beslöt efter överläggande med Helena och min terapeut att tacka ja. Att min livsresa kanske kan vara till hjälp för andra människor, att få vara en del i att öka kunskapen om hur viktigt det är att integrera kroppen i den psykiska läkningen. Hur livsavgörande det har varit/ är för mig, väger tungt! En anledning till varför jag har tackat ja är att själv få ett slags avslut i ett livslångt skam- och ångestfyllt liv, att på något sätt få en slags upprättelse i mig själv. Att ”klä av flodhästen i vardagsrummet”, att berätta vilka skador det innebär för en människa som inte får med sig vare sig den mentala anknytningen eller det fysiska från början i livet.

*Sanna är ett fingerat namn och hon har godkänt texten.

Samtal kring suicidprevention – och kroppens betydelse

*Helena Löwen-Åberg, fysioterapeut, specialist inom psykosomatik/psykiatri och Sanna.
Helena är behandlande fysioterapeut till Sanna*

Introduktion:

Helena arbetar som sjukgymnast med inriktning psykisk ohälsa – och har framför allt patienter med tinnitus, yrsel men även all annan psykisk ohälsa som sätter sig i kroppen.

Helena blev tillfrågad av Jan Beskow för några år sedan om hon ville lära mig mer om suicidprevention och hur det är kopplat till kroppen. När man inte når fram till en suicidal person via samtalet, kan man då nå fram via kroppen?

Med denna frågeställning i bakhuvudet gick Helena två kurser i suicidprevention – en kurs i ”Psykisk livräddning” samt en längre kurs för bl. a. Jan Beskow motsvarande 7,5 högskolepoäng.

Kurserna var bra redskap. Helena kände sig tryggare i sitt arbete med de suicidala patienter som hon möter i sin vardag. Helena vågade fråga sina patienter kring suicidalitet. Hon undvek inte dessa känsliga frågor längre. Hon började förklara för sina patienter hur suicidalitet kan se ut – göra det förståeligt och mindre skrämmande för dem. De började samarbeta bättre kring patientens lidande och de blev mindre rädda, kände sig mer trygga när de förstod den suicidala processen och tillsammans kunde hon och patienten hjälpas åt under de suicidala topparna. Självklart var det inte alltid så enkelt – men den nya kunskapen blev klart mer hjälpsam för Helena och hennes patienter.

Kort sammanfattning kring samtalet på konferensen:

Sanna har i hela hennes liv varit livrädd. Hennes mor och far har inte stöttat henne, utan skrämmt henne, förnedrat henne och psykat henne på ett utstuderat sett. Anknytningen har varit mycket bristfällig – och nära släktingar har förgripit sig på henne sexuellt. Hon ville ibland inte leva, försökte ta sitt liv redan som ung men fick höra av mormor att det är farligt att dö – då kommer hon brinna i helvetet – för evigt. Så Sanna var skrämmd som barn, både för att leva och för att dö.

Sanna har skapat ett liv efter andras behov, aldrig lyssnat in sig själv. Hon stod upp för andra – för empatin till andra som lider har funnits där starkt.

Sanna sökte hjälp redan som 18–19-åring men kände sig avvisad – läkaren tittade på klockan. Hon fick endast mediciner. Hon förstod inte hur hon skulle klara av sitt liv med så mycket ångest. Hon hade då ett litet barn som hon var ansvarig för.

När hon har bett om hjälp har det inte funnits någon hjälp att få, bara föraktande. Hon trodde inte att hjälp fanns att få eller att någon ville/kunde hjälpa. Vid 23 års ålder var det nära att hon blev inlagd på ”psyk” men vänner tog hand om henne och Sanna lovade att inte ta sitt liv.

Hon har dövat sig, sitt självförakt och sin ångest med mat, socker, ibland alkohol och överarbete. Hon har utvecklat beroenden av olika slag.

Sanna har ändå varit flitig i skolan och på arbeten, men när hon blivit tillfrågad om ökat ansvar, befördran, har hon blivit livrädd och flytt i panik.

Allt ledde till för mycket arbete som flykt från sig själv och därefter kom utmattningen. När alla skyddsnet fallerar samtidigt (som en schweizerost med hål i som lägger sig på rad ovanpå varandra) – då faller man igenom.

För ca två år sedan kände Sanna ”Jag orkar inte mer!!!” Kroppen sade nej och en mängd kroppsliga symtom dök upp, tinnitus, yrsel, ögonmigrän, som Sanna var livrädd för. Detta ledde till frekventa panikattacker och sömnstörningar. Ibland bröt hon helt samman. Denna känsla bredde på självföraktet.

Sanna har gått på olika terapier genom livet, samtalsterapi, fysioterapi/sjukgymnastik, Rosenterapi, Craniosacral behandling, psykoterapi, massage, kroppsmedvetandeträning, basal kroppskännedom och Grön rehab men även använt olika dieter m.m. Till slut kände Sanna att hjälpen inte nådde in till hennes känslor, som satt instängda i en alltför spänd och rädd kropp. När hon kom till Helena sade hon: ”Hjälp mig förbi min hjärna”.

Tillsammans har de reflekterat över vad Sanna känner och vad hon behöver. – Vad händer om man blir ensam lämnad med dessa känslor av avsky, äckel mot sig själv, ensamhet, utlämnad och skamfylld och samtidigt livrädd?– Vad behövs av oss i vården så att tillit kan skapas och läkning kan börja ske?

Helena försökte göra alla symtom förståeliga genom att förklara vad kroppens symtom ger uttryck för: t.ex. ögonmigrän, tinnitus, yrsel, avdomning i benen, bäckenet, panikattacker, ångest m.m. men även att tröstata, spy och lugna den på andra sätt. Varför den inte kunde sova. Detta för att Sanna skulle våga börja lyssna till kroppen, lita till den, minska föraktet för den.

Helena och Sanna har försökt skapa en tillitsfull relation, att återskapa den bristande anknytningen. Detta för att skapa en förståelse för på vilket sätt är det viktigt med anknytning? Vad händer vid övergrepp? Att våga se det, att förstå det och att våga känna det. Kroppen minns men vågar inte känna, det är för starkt för hemskt, för farligt.

Därför har Helena och Sanna arbetat med att upprätta kroppen, ibland genom massage, ibland genom visualiseringsövningar (imagery), ”säga-nej-övningar”, rollspelsövningar (detta när problem har uppstått i vardagen här och nu – som kan kopplas bakåt), mindfulnessövningar, hitta ”trygg plats”, ”inre hjälpare”, self-compassion-övningar m.m.

De har ibland arbetat även med akupunktur i samband med manuell mjukdelsmobilisering. De har även arbetat med yrseln, att våga träna den med vestibulär rehabilitering.

Helena har försökt förklara (psykoedukation) de olika symtomen Sanna har, hur de kan uppstå, varför de kommer och vad man kan göra åt dem. Detta för att skapa trygghet och en känsla av att vara "normal".

Sanna har berättat, Helena har lyssnat, bekräftat och validerat. Att vara på Sannas sida. Kanske kan då självhatet gentemot kroppen minska, brytas ned om Helena får beröra den med respekt, på ett sätt som kan lindra, trösta och mjuka upp spänningar.

Allt för att Sanna ska minska sin ångest, sina spänningar i kroppen, sitt självförakt, Hon ska få må bättre, få mer frid i sinnet, få mindre självförakt mot den nedvärderade kroppen och på så sätt få tillbaka sitt liv och ökad livsglädje.

3 E Se till mig som ny i landet är – asylsökande och ensamkommande ungdomars psykiska (o)hälsa och risken för suicid, hur kan vi hjälpa?

Suicidprevention ur ett aktivitetsvetenskapligt perspektiv

Christina Andersson, leg. arbetsterapeut, med. dr, lektor vid Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Göteborgs universitet. Styrelsemedlem i nätverket Suicidprevention i Väst sedan 2008. Birgitta Lundgren Pierre, leg. arbetsterapeut, vårdpedagog. Styrelsemedlem i nätverket Suicidprevention i Väst sedan 2013, *PP-presentation*.

Inledning

Suicidprevention ur ett aktivitetsvetenskapligt perspektiv sätter fokus på livet utan att för den skull bortse från kamp, lidande och sorg. Viktiga begrepp här blir meningsfull vardag, meningsfulla aktiviteter, kommunikation och gemenskap. Arbetsterapiinsatserna kan skapa meningsfullhet och hopp genom aktivitet i vardagslivet. Aktivitetsvetenskap (occupational science) är ett relativt nytt ämne som ligger till grund för teorier och interventioner i arbetsterapi.

För ensamkommande och nyanlända ställs rättigheten till aktivitet (occupational justice) på prov. Man är genom sitt aktivitetsberövande helt utestängd från sammanhang.

”Runt ett bord i en tvårumslägenhet i en liten stad i Sverige sitter fem män i 20–30 års åldern ... och gör ingenting. De väntar. De väntar på uppehållstillstånd. De väntar på tillstånd att få gå till ett arbete, att känna att de gör nytta, att få ledigt på helgerna och de väntar på att få ha semester.

Dessa män är berövade nästan all sin aktivitet. De behöver knappast ens ta hand om sig själva” (Sid 22 Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter Aktivitet – en mänsklig rättighet).

Bildligt talat slutar man leva. Det sker livsavbrott som urholkar ens aktivitetsidentitet och det handlar om att hitta tillbaka till en hälsofrämjande aktivitetsbalans, att hitta tillbaka till roller och meningsfullhet genom görandet, att genom stödinsatser återskapa trygghet, tillit och få framtidshopp.

Traditionellt arbetar arbetsterapeuter med rehabilitering inom kliniska verksamheter i sjukvård och kommunal verksamhet. Under senare år har tankar framförts, och forskning gjorts, för att hävda att det aktivitetsbaserade tänkandet, att ett aktivitetsperspektiv borde få en större plats även när det gäller arbete med folkhälsa och preventiva insatser. De aktiviteter människor gör i sin vardag och genom livet har en viktig påverkan på hälsan och välbefinnandet (Wilcock & Hocking 2015).

Studier ur ett aktivitetsvetenskapligt perspektiv

Sambandet mellan aktivitet och suicid kan förklaras av oförmåga att klara transitionen från en livsarena till en annan, från en kultur till en annan eller mellan olika aktivitetsområden; arbete, studier och fritid. Exempel på detta är höga suicidtal bland hemvändande soldater, där en av förklaringarna som ges är att man får svårt att hitta tillbaka till gamla eller nya roller som civil person (Nochajski & Reitz, 2014), eller på grund av psykisk ohälsa efter krigsupplevelser får svårt att klara hindren för att delta i vardagliga aktiviteter.

I en annan studie bland unga indianer i amerikanska reservat, en kulturellt isolerad grupp med höga suicidtal bland ungdomar beskrivs fattigdom, arbetslöshet, identitetsproblem, drogproblem och svårigheter att klara utbildning som underliggande orsaker till problematiken. Kulturella interventioner, i form av aktiviteter som gav hopp och en mening med livet, och copingstrategier för att minska stress och öka självmedvetenhet bidrog till en förändring av deltagarnas känslor över sin situation (Doll & Brady, 2013).

Individeriktad suicidprevention

Aktivitet kan förstås utifrån ett individperspektiv. De teorier som utvecklats utifrån ett aktivitetsperspektiv har det gemensamt att man ser på aktivitet som ett komplext fenomen som sker i en interaktion mellan individens förutsättningar, aktivitetens utformning och miljöns påverkan. Utifrån ett systemteoretiskt tänkande påverkar dessa tre beståndsdelar varandra, med olika resultat i form av hälsa, ohälsa, sjukdom eller oförmåga att delta i meningsfulla aktiviteter som följd (Christiansen, Baum, & Bass 2015).

I arbetsterapeutens möte med en suicidal person kan man fokusera på både personens upplevelse av sig själv, hur miljön medverkar till att tankar på suicid uppstår och på vad själva handlingen innebär eller kan leda till. Genom att samtala kring och gemensamt upptäcka alternativa förändringsmöjligheter i alla tre delarna kan konkreta möjligheter till problemlösning växa fram.

I individriktad suicidprevention är det förlust av viljan att leva, förlust av livsgnistan som är i fokus. Det handlar om att anpassa aktiviteter till nya förhållanden – att i mötet med personen fråga: Kan det förhålla sig på något annat sätt? Går det att göra på något annat sätt? Vilket sätt vore bäst? Vad händer då? Förluster kan också vara konsekvenser av suicidförsök och då ligger fokus på att respektera, återupprätta och inge hopp.

Aktivitetperspektivet tillämpat på individnivå är ett inifrånperspektiv som innebär att arbetsterapeuten lyssnar mer, utgår från personens berättelse och skapar en bärande allians.

På det sättet, och med förståelse för den unika individen i sin speciella kontext/situation och det aktuella sammanhanget ges ytterligare förståelse för vad som frambringar suicidal handlingar såväl som för vilka möjliga aktiviteter som istället bidrar till att minska risken för tankar på att vilja ta sitt liv.

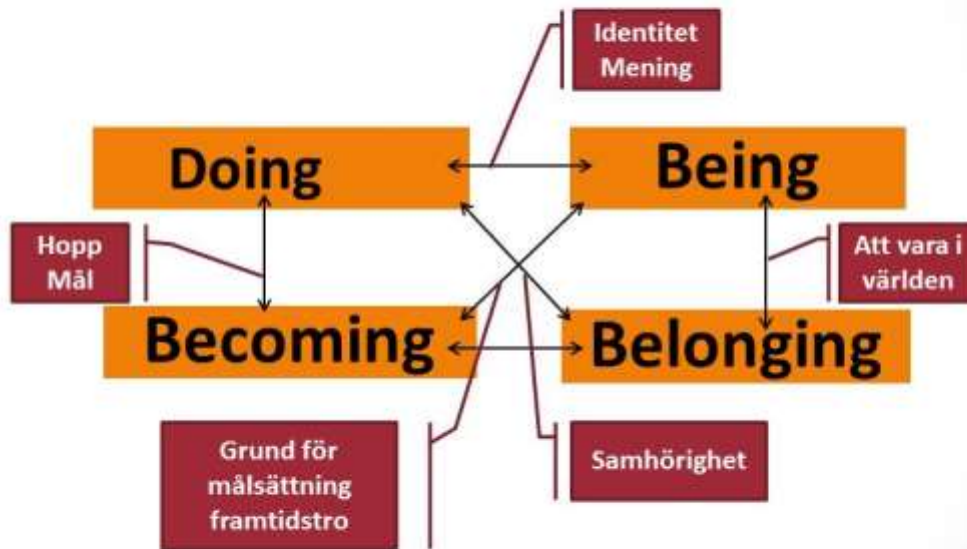
Ett exempel på aktivitetsperspektiv på individnivå ger Mikaela Javinger på Sveriges arbetsterapeuters hemsida 2017:

”Att jag haft möjlighet att bygga en relation över lång tid med samma person, en relation som baseras på kännedom om hur jag är bland mina egna ting, i mitt hem – både där jag är som tryggast och där jag visar mig som mest sårbar, både när jag mår som sämst och när jag mår bra – har haft stor betydelse för min återhämningsprocess”.

Begreppsmodell

Ett sätt att beskriva aktivitet som ett multipelt och komplext samspel mellan de fyra dimensionerna är begreppsmodellen doing – being – belonging och becoming (Wilcock & Hocking, 2015).

Aktivitetperspektiv



Hitch D, Pépin G, Stagnitti K. In the footsteps of Wilcock, part two: The interdependent nature of doing, being, becoming and belonging. Occ Ther in health care. 2014

Doing/görandet inbegriper allt vad människor gör för att upprätthålla livet; från hälsosamma aktiviteter som ger näring och skydd till aktiviteter som skänker mening och glädje i tillvaron. Att bli fråntagen görandet kan leda till känsla av avstängdhet och att man tappar bort sig själv. Being/varandet innebär att ha tid och förmåga till lugn och reflektion över sig själv och sitt görande. Varandet behöver stämma överens med vad man faktiskt kan och får göra för att ge en positiv påverkan på hälsan. Belonging/tillhörighet handlar om hur vi genom att göra meningsfulla aktiviteter tillsammans skapar relationer och tillhörighet till en grupp, till familj, vänner, organisation eller samhälle (Wilcock & Hocking, 2015). Slutligen innebär becoming/blivande och kopplingen till görandet, att deltagande i meningsfulla aktiviteter leder till tro, hopp och planering inför framtiden. Omvänt, kommer de mål och önskningsar man har för framtiden att påverka valet av vilka aktiviteter som är meningsfulla att göra i nutid.

Kan vi genom att se på aktivitet med hjälp av de ovanstående fyra begreppen, och hur de samspelar inbördes, hitta risker för ohälsa? En viktig fråga i linje med detta är att undersöka varför människor ibland väljer och hittar mening i aktiviteter som ter sig ohälsosamma, riskfyllda eller inte socialt accepterade (Hitch, Pepin, & Stagnitti, 2014).

Att reflektera över suicidhandlingar utifrån denna begreppsmodell fokuserar på görandet i individens eget vardagsliv och beskriver hur en handling behöver förstås i sitt speciella sammanhang och utifrån den specifika mening den innebär för varje individ. Den valda handlingen/aktiviteten ingår som en del i livsprojektet. I detta perspektiv kan en planerad suicidhandling te sig som bästa lösning om det finns en obalans mellan mitt faktiska görande

och det jag önskar bli i framtiden eller om möjligheten till meningsfull aktivitet och framtidsplaner hindras av faktorer i omgivningen.

Arbetsterapeuter med denna referensram i suicidpreventivt arbete, lyssnar till berättelsen och ställer följdfrågor: Finns aktiviteter som skänker mening och glädje i tillvaron? Har man blivit fråntagen dessa? Vilket stöd krävs för att återta dem? Finns tid och förmåga till lugn och reflektion över sig själv och sitt görande/icke-görande? Finns planering för framtida aktiviteter och tankar på aktivitetens meningsfullhet? Finns aktiviteter som skänker vila? Finns aktiviteter som är meningsfulla och skapar relationer och tillhörighet till omgivningen? Finns aktiviteter som knyter an till meningsfulla traditioner och på det sättet ger en känsla av tillhörighet genom livet nu och bakåt? Berättelsen och frågorna används i nästa fas – planeringsfasen. Viktigt är också att samtala om erfarenheter av meningsfulla aktiviteter. Har de bidragit till tro, hopp och planering inför framtiden? Hur kommer mål och önskningar för framtiden att påverka valet av vilka aktiviteter som är meningsfulla att göra i nutid?

Samhällsinriktad suicidprevention

Aktivitet kan också förstås på samhällsnivå genom att undersöka hur system möjliggör eller hindrar grupper av individer att utföra sina, för hälsan och överlevnaden, viktiga och meningsfulla aktiviteter.

Ett systemteoretiskt sätt att se på suicidalitet har sitt ursprung från sociologen Durkheim, där två viktiga faktorer som förklarar suicid är social integration och reglering (Wray, Cohen & Pescosolido 2011). Detta synsätt kan relateras till begreppet aktivitetsrättvisa (occupational justice), som utifrån ett fokus på vardagens aktiviteter och dessas betydelse för grupper av individer kan bidra med ett nytt sätt att förklara varför vissa grupper är mer integrerade i, eller utestängda från, meningsfulla aktiviteter än andra (Whiteford, Townsend 2011).

Avslutning

Aktivitetsperspektivet är ett outnyttjat perspektiv inom suicidprevention.

Centrala begrepp inom aktivitetsvetenskapen (occupational science) kan bidra till en förståelse för uppkomst av suicidtankar/handlingar och förslag till hur vardagens aktiviteter kan bli ett stöd för överlevnad. Teorigrunden finns, erfarenheter och kompetens finns men inte tillräckliga resurser.

Referenser

- Christiansen, C. H., Baum, C. M. & Bass, J. D. (2015). The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) Model. In C. H. Christiansen, C. M. Baum, & J. D. Bass (Eds.), *Occupational therapy. Performance, participation and wellbeing* (4th ed., p. 49-55). Thorofare: Slack Inc.
- Doll, J., & Brady, K. (2013). Project HOPE: Implementing Sensory Experiences for SuicidePrevention in a Native American Community. *Occupational Therapy in Mental Health*, 29(2), 149-158. doi: 10.1080/0164212X.2013.788977
- Hewitt, K., & Boniface G. (2014). CAOT Professional Issue Forum. Suicide prevention and the role of occupational therapy. *Occupational Therapy Now*, 16.4, 13-15.
- Hitch, D., Pepin, G., & Stagnitti, K. (2014). In the Footsteps of Wilcock, Part Two: The Interdependent Nature of Doing, Being, Becoming, and Belonging. *Occupational Therapy In Health Care*, 2014, Vol.28(3), p.247-263, 28(3), 247-263. doi: 10.3109/07380577.2014.898115
- Nochajski, S. M., & Reitz, S. M. (2014). Work and career transitions. In M. E. Scaffa & S. M. Reitz (Eds.), *Occupational therapy in community-based practice settings* (2. ed., ed.). Philadelphia: Philadelphia : F.A. Davis.

Whiteford, G. Townsend, E. (2011). Participatory Occupational Justice Framework (POJF 2010): enabling occupational participation and inclusion. In F. Kronenberg, N. Pollard & D. Sakellariou (Eds.), *Occupational therapies without borders*. Vol 2. Towards an ecology of occupation-based practices (p. 65-84). Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.

Wilcock, A. A., & Hocking C. (2015). *An occupational perspective of health* (3. ed.) Thorofare: Slack Inc.

Wray, M., Cohen, C., & Pescosolido B. (2011). The sociology of suicide. *Annual Review of Sociology*, 37, 505–28

3 F Alkohol som riskfaktor för suicid – ett befolkningsperspektiv

Eija Airakainen, utredare på Folkhälsomyndigheten, Enheten för psykisk hälsa och uppväxtvillkor. PP- presentation.

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag av regeringen sedan maj 2015 att samordna det suicidpreventiva arbetet på nationell nivå. Inom regeringsuppdraget ska vi ansvara för att bland annat stärka kunskapsuppbyggnad och framtagande av ny kunskap om suicid och suicidprevention. Det handlar om att sammanfatta forskningen och presentera det på ett målgruppsanpassat sätt till våra målgrupper. Vårt kunskapsstödjande arbete fokuserar på befolkningsinriktade insatser.

Folkhälsomyndigheten har tagit fram kunskapsstöd i temat ”Alkohol och suicid” som är ett viktigt och centralt område inom suicidprevention. ”Att minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid” är ett av de nio insatsområden som tas upp i det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention som antogs av riksdagen 2008.

Alkohol är en riskfaktor för suicid. En svensk studie har kommit fram till att hela 48 procent av självmorden i Sverige har visat sig vara alkoholrelaterade. Forskningen visar att det finns ett samband mellan alkoholkonsumtion och suicid i befolkningen. Sambandet finns främst bland unga män och innebär att ökning i total konsumtion av alkohol i befolkningen tenderar leda till fler självmord. På individnivå finns det vetenskapligt stöd för att en hög konsumtion av alkohol ökar risken för suicid. Så kallat berusningsdrickande (d.v.s. att man dricker mycket vid ett och samma tillfälle) är också en viktig mekanism bakom många suicid. Berusningsdrickandet gör det svårare för individen att hantera impulser vilket i sin tur kan leda till ett mer riskfullt beteende. Alkoholpreventiva åtgärder handlar till stor del om att minska tillgängligheten till alkohol och de skadliga dryckesvanorna. Här ingår insatser som t.ex. att reglera priset på alkohol, öppettider på försäljningsställen och åldersgränser för inköp.

Utblick folkhälsa – Alkoholpolitiska åtgärder kan minska självmord

Folkhälsomyndigheten har tagit fram en Utblick folkhälsa som heter ”Alkoholpolitiska åtgärder kan minska självmord”. Utblick folkhälsa är en ny produktionstyp inom myndigheten som handlar om att på en sida sammanfatta en systematisk litteraturöversikt som vi har bedömt är relevant och har tillräckligt god kvalitet. Syftet är att snabbt sprida kunskap om aktuell forskning som vi bedömer är relevant till våra målgrupper. I den aktuella Utblicken har vi sammanfattat en litteraturöversikt där forskarna gått igenom forskningslitteraturen om sambandet mellan olika typer av alkoholpolitiska åtgärder och självmord. Litteraturöversikten heter ”*Alcohol Policies and Suicide: A review of the literature*” och är författat av Ziming Xuan och hans medarbetare som är verksamma vid Boston universitet. Översikten är publicerad 2016.

Det är välkänt att olika typer av alkoholpolitiska åtgärder som gör alkoholen mindre tillgänglig såsom skatter, åldersgränser, öppettider m.m. minskar alkoholkonsumtionen i befolkningen. Det är också välkänt att det finns ett samband mellan alkoholkonsumtion och självmord på så sätt att ökad alkoholkonsumtion i befolkningen tenderar att leda till fler självmord. I den här litteraturöversikten undersöker forskarna sambandet mellan typer av alkoholpolitiska åtgärder och självmord.

Forskarna sökte igenom tre databaser på studier publicerade 1999–2014. De identifierade 347 studier varav 17 studier inkluderades i översikten. Tio av studierna kommer från USA, fem från olika öststater, en från Kanada och en från Schweiz. Som utfallsmått användes självmord och alkoholrelaterade självmord. En begränsning med de flesta av de inkluderade studierna är att forskarna inte har kontrollerat för effekten av olika åtgärder som genomförs samtidigt.

Resultaten tyder på att enskilda alkoholpolitiska åtgärder såsom pris och skatter, åldersgränser, försäljningstäthet samt promillegränser och nolltolerans vid bilkörning kan minska både självmordstalen och antalet självmord där alkohol är inblandat speciellt bland män. Litteraturöversikten inkluderar också sju översikter där forskarna studerat olika typer av förändringar i den nationella alkoholpolitiken. Fem av studierna har haft fokus på åtstramning av alkoholpolitiken vilket kan innebära exempelvis reglering av marknaden genom försäljningstak eller avgifter och dess påverkan på suicidtal. Fyra av dessa studier visar att självmorden minskat efter att landet infört sådana restriktioner. Medan två studier hade fokus på liberaliseringen av alkoholpolitiken som exempelvis privatisering av återförsäljare. Dessa åtgärder har visat sig leda till en ökning av självmordstalen istället.

Sammanfattningsvis tyder resultaten på att olika alkoholpolitiska åtgärder spelar en viktig roll i minskningen av självmord. Forskarna betonar dock att mer kunskap behövs om hur alkoholpolitiska åtgärder påverkar alkoholrelaterade självmord och om samspelet mellan olika bestämningsfaktorer för självmord. Det behövs också mer forskning om alkoholens inblandning i självmorden.

Alkohol och suicidanalyser av aktuella svenska data

Ett annat kunskapsstöd som vi håller på att jobba med är en alkoholrapport som bygger på aktuella svenska data. Folkhälsomyndigheten har givit uppdrag till forskare i Stockholms universitet att göra analyser av aktuella svenska data när det gäller sambandet mellan totalkonsumtion av alkohol och suicid. Det finns tidigare analyser på svenska data när det gäller sambandet mellan alkoholkonsumtion och suicid som täcker åren 1951–1995 och som visar på ett positivt samband. Bakgrunden till beställningen av nya analyser är att det har hänt en hel del inom alkoholområdet de senaste decennierna. Exempelvis har Sverige gått med i EU år 1995 vilket har inneburit att den svenska alkoholpolitiken blivit mindre restriktiv exempelvis när det gäller öppettider och införsel av alkohol, samtidigt som också flera satsningar gjorts på lokal alkoholprevention. Dels har det tillkommit nya grupper som dricker mer alkohol, som äldre kvinnor.

Rapporten kommer att inrymma även analyser av sambandet mellan alkoholförebyggande insatser på lokal nivå och suicidförsök under åren 2006–2012. Alkoholförebyggande insatser på lokal nivå handlar till stor del om att minska tillgängligheten och de skadliga dryckesvanorna. De mäts med ett s.k. preventionsindex som består av 37 frågor som grupperats i 5 kategorier; aktiviteter, policy, samverkan, personal och budget, tillstånd och tillsyn. Uppgifterna kommer från en länsenkät som Folkhälsomyndigheten samlar in årligen från landets kommuner. Till detta tillkommer registerbaserade uppgifter t.ex. antal serveringstillstånd. Rapporten kommer att publicera under hösten 2017 och kommer att finnas tillgängligt på vår hemsida suicidprevention.se.

3 G Vad är suicidalitet? Och hur lär man sig bedöma den?

Introduktion. Helhet och perspektiv.

Professor Jan Beskow Suicid prevention i Västra Götalandsregionen (SPIV)

I alla tider har läkare strävat efter att se sin patient ur ett helhetsperspektiv. Egentligen innebär det förmågan att växla mellan olika perspektiv, biologiskt, psykologiskt och socialt. När det gäller att förstå ett fenomen och när det gäller att forska kan man bara göra detta utifrån ett perspektiv i sänder. Vilket perspektiv man väljer beror på vilken fråga man vill ha svar på. Endast inom ett tydligt perspektiv kan man besvara frågor om sant och falskt, t.ex. inom ett biologiskt/farmakologiskt perspektiv: Vilket av dessa två läkemedel är bäst när det gäller en viss sjukdom?

När forskare försöker ringa in ett visst begrepp, som man inte vet så mycket om, är det vanligt att börja med att namnsätta olika egenskaper hos fenomenet, och sedan samla dem i en skala. Så har man också gjort med begreppet suicidalitet och använt dessa skalor både i forskning och i praktik. En aktuell skala är Columbiaskalan, som man ägnat stort intresse åt på Karolinska Institutet, närmare bestämt på St. Görans sjukhus. Den beskrivs här nedan av doktorand Åsa Lindh och professor Bo Runeson under rubriken: *Vetenskap och verkstad – Columbiaskalan (C-SSRS) i forskning och kliniskt bruk.*

Vad är suicidalitet? Om några olika modeller för suicidalitet och om nyttan av att förstå hur de relaterar till varandra,

Professor Jan Beskow

Avplanade suicidtal Från år 1979 sjönk självmordsfrekvensen med 30–40 procent, sannolikt genom ökad kännedom om sambandet mellan psykisk sjukdom, särskilt depression och självmord. Det fanns verkningsfull behandling. Hoppet återkom. Men i början av 2000-talet planade sänkningen ut och antalet suicid (säkra + osäkra) ligger rätt stabilt runt 1 500 per år, en helt oacceptabel siffra. Vi är i stort behov av nya tänkesätt, nya teorier och nya metoder.

Psykiatrisk vård Psykiatrin sliter hårt med suicidproblemen och gör många fina insatser. Många uttrycker stor tacksamhet för detta. Samtidigt finns ett utbrett missnöje hos en del suicidala patienter och deras anhöriga samt en ofta bitisk mediekritik.

Aeschi-gruppen Konrad Michel var en av huvudtalarna vid denna konferens. Den av honom initierade Aeschi-gruppen består av välkända psykiatrer och psykologer. De samlades för första gången år 2000 i Aeschi, en kommun i Schweiz. Gruppen tog detta missnöje på fullt allvar och frågade sig: ”Varför bemöter vi suicidala personer så illa?” En av deras rekommendationer blev att lyssna mer ingående på vad de suicidala personerna berättar.

Suicidhandlingar Michels ståndpunkt är klar: *Självordsförsök och självmord är handlingar och som alla handlingar är de multidimensionellt bestämda*. Detta uttrycktes i den av dem skapade metoden Attempted Suicide Short Intervention Program, ASSIP, som är explicit inriktad på att förstå hur dessa suicidhandlingar uppstår, sedda utifrån personens egen livshistoria och perspektiv. Under en filmad session undersöker patient och behandlare hur handlingen växte fram. De fångar upp latent orsaksfaktorer t. ex. trötthet men också utlösande faktorer, triggers, t.ex. ytterligare en besvikelse. I två, ibland tre ytterligare sessioner ser de filmen tillsammans och fördjupar sin detaljkunskap av det som skett. De vidareutvecklar också de kopingstrategier personen använt sig av. Patienterna får en förteckning över triggers och fungerande kopingstrategier samt upprepade uppmuntrande brev. Med dessa enkla tillägg reducerades i deras studie återfallen i suicidförsök med 80 procent.

Olika teorier om suicidalitet

I praktisk suicidprevention finns nu i huvudsak tre olika modeller för att förstå suicidalitet, varav de två senare endast berör suicidhandlingar:

- a) *Symtom på psykisk sjukdom*, framför allt depression. Ett sätt att se suicidalitet, såväl tankar som handlingar, är som symtom på psykisk sjukdom. Men detta är inte en teori om hur suicidhandlingar uppkommer utan ingår i teorier om psykisk sjukdom. Redan Mark Williams visade 2005 och 2006 att tankar på suicid skiljde sig markant från övriga depressionssymtom.
- b) *Misslyckade lösningar på viktiga livsproblem*. Vidgar man perspektivet handlar suicidförsök och suicid om misslyckanden i att hantera livets svåra problem och smärtor. Upprepade misslyckade problemlösningar ger känslor av vanmakt men också en ökad känslighet. Båda leder till en generell aktivitetsökning för att lösa problemen. Denna kan upplevas som svår, outhärdlig ångest. Den gör också att personen inte ens orkar med välvilliga närståendes försök att hjälpa. Ensamheten och tankar på självmord blir outhärdligt smärtsamma och självmordshandlingen en mer eller mindre desperat utväg.
- c) *Psykiska olyckshändelser*. Detta perspektiv används främst inom befolkningsinriktad suicidprevention, såsom att stängsla och övervaka vissa järnvägsområden samt bygga staket på broar. Olycksfall och suicid förebyggs då på samma sätt. I bägge fallen förlorar personen kontrollen över en akut livsfarlig situation.

Inom individuell suicidpreventionen bygger detta perspektiv på insikten att de flesta som gör suicidhandlingar egentligen vill leva. Trots en ofta långvarig tapper kamp mot smärtsamma suicidal tankar och känslor kan de under en vanligen kort tid överväldigas av dessa och tappa kontrollen med en suicidhandling som följd. Detta kan ses som en psykisk olyckshändelse.

Slutsatser

Genom att fokusera på handlingar och inte på suicidalitet i allmänhet samt göra djupare intervjuer i samverkan med patienten konstrueras ett suicidförebyggande system där den suicidala personen själv har huvudansvaret. Den psykiska sjukdomen är ett av flera problem personen måste hantera. Den övergripande ansatsen är problemlösning.

Vetenskap och verkstad – Columbiaskalan (C-SSRS) i forskning och kliniskt bruk, del 1: sammanfattning

Åsa Lindh, doktorand vid institutionen för klinisk neurovetenskap, överläkare, mottagningen för nydebuterade psykossjukdomar, Karolinska Institutet/Norra Stockholms Psykiatri, PP-presentation.

Användandet av skattningsskalor och intervjuinstrument inom suicidriskbedömning är ett omdiskuterat fenomen – hittillsvarande studier ger vid handen att det inte finns några skattningsskalor som med tillräcklig säkerhet kan identifiera den som senare kommer att ta sitt liv. Icke desto mindre finns det flera instrument som används, och ett som fått stort genomslag under de senaste åren är Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS. Den har sitt ursprung i att FDA, Food and Drug Administration i USA, behövde ett enhetligt sätt för klassificering av suicidalitet som uppkom under läkemedelsstudier. De gav en forskargrupp på Columbiauniversitetet i uppdrag att ta fram definitioner och ett indelningssystem för olika aspekter av suicidalitet, vilket de gjorde. De tog också fram C-SSRS som en metod att få fram den informationen. I och med att FDA numera kräver att C-SSRS eller ett motsvarande instrument används i alla studier av läkemedel som påverkar centrala nervsystemet så har C-SSRS använts på ett mycket stort antal människor i kliniska prövningar. Därtill har instrumentet fått spridning i olika kortare versioner som kan användas utanför sjukvården, som ett sätt att fånga upp suicidalitet hos t.ex. skolungdomar eller bland intagna i kriminalvården.

Skalan värderar dels suicidtankar, dels olika sorters självskadande beteenden. Vad gäller tankarna graderas dessa dels enligt allvarlighetsgrad, dels enligt intensitet. Allvarligheten graderas från 1–5 och sträcker sig från en önskan att dö till att ha bestämt sig för att försöka ta sitt liv. Intensitetsdelen innefattar frågor om hur ofta och hur länge man har suicidtankar, om man kan kontrollera dem, om det finns saker som avskräcker en från att handla i enlighet med tankarna och vilka skäl man uppfattar sig ha till sina suicidtankar. Tidigare studier har visat att suicidtankar av såväl hög allvarlighetsgrad som hög intensitet är förknippade med ökad risk att senare försöka ta sitt liv.

I en nu pågående svensk klinisk multicenterstudie utvärderar vi C-SSRS egenskaper i en grupp patienter som kommit i kontakt med psykiatrisk akutvård efter att ha försökt ta sitt liv eller självskadat sig i annat syfte. De patienter som valt att delta i studien har intervjuats med flera olika instrument som avser att värdera suicidrisk, samt en diagnostisk intervju. Inför studiestart fanns en oro att patienterna skulle uppfatta intervjun som allt för påfrestande och att användandet av skattningsskalor i sig skulle kunna vara problematiskt. Vi har drygt 800 deltagare i studien och flera av dessa har spontant rapporterat att det varit en lättnad att få gå igenom det inträffade så noggrant. Vi har också gjort en mer strukturerad undersökning av upplevelsen att delta, och även i den har merparten uppgett att intervjun i sig varit en positiv upplevelse.

Av de som deltar är två tredjedelar kvinnor och medelåldern är 38 år. Drygt 80 procent har försökt ta sitt liv, resten har självskadat sig i annat syfte. Då olika aspekter av suicidtankar undersöks, ser vi att nästan alla har angivit att de haft mycket allvarliga suicidtankar den senaste tiden – vilket inte är förvånande givet den stora andel som just försökt ta sitt liv. Det innebär dock att den frågan inte kan användas för att med någon säkerhet skilja ut någon

högriskgrupp i vår grupp, eftersom nästan alla svarat likadant. Då vi undersöker tankarnas frekvens och varaktighet ser vi en större spridning inom gruppen.

Vi har genomfört en uppföljning genom journalläsning för det första halvåret efter intervjun för hela gruppen. Under den tidsperioden har 20 procent av deltagarna gjort ett nytt suicidförsök med eller utan dödlig utgång. Då vi undersöker vilka faktorer som i den här gruppen var förknippade med en ökad risk att göra ett nytt suicidförsök såg vi att låg ålder, att vara sjukskriven eller arbetslös och att ha suicidtankar av hög intensitet var förknippade med en överrisk för nytt suicidförsök. Således kunde man också i en högriskgrupp som denna hitta aspekter av suicidalitet som innebar en överrisk – aspekter som man kanske kan ha möjlighet att beakta vid behandlingsupplägg och uppföljning. Det går inte att använda våra fynd för någon säker förutsägelse av vem som kommer att göra ett nytt suicidförsök, men användandet av ett instrument som C-SSRS kan bidra med en ökad tydlighet i beskrivningen av suicidalitet så att den blir belyst och dokumenterad på ett enhetligt och stringent sätt.

Vetenskap och verkstad – Columbiaskalan (C-SSRS) i forskning och kliniskt bruk: del 2

Bo Runeson, professor, överläkare Karolinska Institutet, Centrum för psykiatriforskning Stockholm, Norra Stockholms psykiatri, PP-presentation.

Vi hade positiva erfarenheter från vår intervjustudie på psykiatrisk akutmottagning. De människor vi intervjuade uppskattade att få tala om sina tankar och personalen som gjorde intervjuerna var mycket engagerade i att förbättra omhändertagandet av suicidnära personer. Vi ville förbättra möjligheten att identifiera suicidrisk hos människor som söker vård, inte bara efter suicidförsök utan hos människor också med andra problem som ångest/oro, depression eller relationsproblem. Vi valde ett mindre instrument, en screeningversion av C-SSRS, omfattande bara 6 frågor. Vi hade som idé att ett sådant instrument kunde öka tryggheten i personalens arbete med suicidnära patienter. Screening instrumentet skulle användas vid det första ankomstsamtalet och skulle göra den jourhavande läkare, som sedan träffade patienten för en mer omfattande klinisk intervju, uppmärksam på om patienten hade suicidtankar.

Detta var ett utvecklings-/utbildningsprojekt som fick finansiering av statliga PRIO-medel (plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa). Vi genomförde ett 20-tal utbildningstillfällen i mindre personalgrupper. Vidare fanns en handledare på akutmottagningen som vid behov kunde guida personalen i användningen av instrumentet. En avgörande faktor för att det skulle komma till användning var att man kunde dokumentera resultatet i den elektroniska journalen.

Vid en enkät till personalen ett halvår efter införandet av instrumentet angav bara 3 procent att det var svårt att få tid till att ställa frågorna vid ankomstsamtalet. 84 procent angav att utbildningstillfället hade givit dem ett användbart verktyg i arbetet. Man tyckte i 87 procent att C-SSRS screeningversion var enkel att använda, lika många angav att svaren var enkla att dokumentera i journalsystemet. Hela 80 procent upplevde att jourläkaren beaktade vad man fått fram.

Vi har eftersom detta är ett exempel på verkstad inte gjort någon vetenskaplig utvärdering. Men vi undersökte de första drygt 8 000 ifyllda instrumenten och fann att ankomstsamtal var genomförda i 92 procent av de akutsökande, 75 procent innehöll kompletta skattningar enligt C-SSRS. Vi fick en indikation på hur viktigt det är att fråga patienterna då 60 procent angav att de haft en önskan att dö och en stor andel av dem, totalt 45 procent, hade haft självmordstankar, i båda fallen den senaste månaden. 18 procent hade gjort förberedelser, påbörjat eller genomfört självmordsförsök senaste 3 månaderna. Redan omfattningen motiverar att alla som söker blir tillfrågade. Kanske visar det för de tillfrågade också att det går att tala om död/suicid när man kommer till akutmottagningen. Vi uppfattar att detta ökar patientsäkerheten, uppgiften finns sökbar i journalen och behöver inte tappas bort. Modellen ger också en tydlighet i vad orden betyder, man undviker den subjektivt präglade oklarhet som ofta finns i vårt språkbruk vid känsliga frågor.

I en fortgående uppföljning har vi noterat att en mycket stor majoritet, 95–98 procent, som skattat högt på instrumentet får ett återbesök inom 7 dagar. Detta kan inte tolkas som en effekt av införandet av instrumentet men betyder att akutmottagningen har fungerande rutiner.

Är screening meningsfull? Om man följer de erfarenheter som Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) föreslår för att införa screening bör sjukdomen eller

tillståndet vara vanligt och medföra lidande, det bör finnas effektiv behandling och kostnaderna för screeningen bör vara rimliga. Instrumentets och likaså den kliniska bedömningens förmåga att förutsäga en kommande suicidhandling är visserligen begränsad. Men man kan nog anse att ambitiösa försök att via screening identifiera ett så påtagligt problem som suicidalt beteende utgör, mycket väl motiveras utifrån etiska krav på god vård.

3 H Hur förverkligar vi våra suicidpreventiva handlingsplaner?

Lars Paulsson, Avdelning folkhälsa, Koncernkontoret, Folkhälsokommittén Västra Götalandsregionen (VGR), PP-presentation.

I Västra Götalands läns 49 kommuner bor runt 1,6 miljoner invånare. Västra Götalandsregionen är den organisation som ansvarar för länets hälso- och sjukvård, tillväxt och utveckling och kollektivtrafik.

Regionfullmäktige har antagit riksdagens nollvision för suicid. Västra Götalandsregionen bidrar genom sitt breda uppdrag, både direkt och indirekt, i arbetet med att förverkliga det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention. Det arbete som presenterades under seminariet var det arbete som sker inom folkhälsoområdet utanför hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna har befolkningsansvaret men regionens folkhälsokommitté, som ligger under regionstyrelsen, har ett övergripande strategiskt och samordnande ansvar för regionens folkhälsoarbete. Kommitténs har flera uppdrag men det som är mest relevant i detta sammanhang är att tillsammans med interna och externa parter utveckla metoder för folkhälsoarbetet, följa upp folkhälsoinsatser och sprida erfarenheter. Det strategiska uppdraget handlar om att skapa förutsättningar, i detta fall för suicidprevention.

Regionens folkhälsoarbete fokuserar på att minska skillnaderna i hälsa. Det knyter på ett tydligt sätt an till det första åtgärdsområdet i det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention som är att ”Främja goda livschanser för mindre gynnade grupper”. Det gör även regionens Kraftsamling för fullföljda studier. Samtliga kommuner har samverkansavtal med någon av länets fem hälso- och sjukvårdsnämnder inom folkhälsoområdet och som resulterat i att det finns minst en folkhälsostrategi i varje kommun samt folkhälsomedel för direkt verksamhet.

Folkhälsokommittén arbetar med befolkningsinriktad suicidprevention. Det innebär att:

- höja förståelsen för, kunskapen om och kompetensen inom suicidprevention.
- bygga strukturer för ett långsiktigt och hållbart suicidpreventivt arbete på såväl politisk som tjänstemannanivå eller inom andra organisationer / verksamheter.

Utöver detta så utgår kommitténs handlingsplan från det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention och från en kartläggning om lokala behov bland kommunerna i Västra Götaland. Enligt handlingsplanen ska kommittén bidra till en långsiktig utveckling av befolkningsinriktad suicidprevention i Västra Götaland. Planen ska förverkligas i samverkan med kommuner, idéburna organisationer och andra samhällsaktörer.

Folkhälsokommitténs handlingsplan för befolkningsinriktad suicidprevention innehåller fem områden:

1. Stöd till kommuner för lokal uppbyggnad av suicidpreventivt arbete och för att bilda nätverk.
2. Stimulera kommuner att implementera metoder, och att utveckla arbetssätt, med fokus på skolan som arena och på gruppen 65 år och äldre.
3. Skapa förutsättningar för idéburna organisationer att vara resurser inom området suicidprevention.

4. Undersöka förutsättningarna för att ta fram ett teknikbaserat stöd för aktörer inom offentlig och privat sektor, samt inom civilsamhället, som vill arbeta med suicidprevention.
5. Ta fram en folkhälsomodell av Aktion Livräddning.

Följande arbete pågår inom de olika områdena

Stöd till kommuner, område 1

En grupp kommuner i Skaraborg har fått handledning av Suicidprevention i Västra Götalandsregionen (SPIV) för att starta eller utveckla ett suicidpreventivt arbete. Erfarenheter från processen tar SPIV till vara och under hösten 2017 tar de fram en modell för konsultationsstöd till kommuner. Avdelning folkhälsa startade i våras en ny process med kommuner som vill påbörja eller utveckla ett suicidpreventivt arbete. Den 19 september arrangeras en inspirationsdag då Vetlanda kommun och Trosa kommun presenterar sitt arbete. Folkhälsokommittén vill gärna bidra till att det finns fungerande delregionala nätverk i länet.

Stimulera kommuner till implementering av metoder, område 2

Folkhälsokommittén vill bidra till tidig upptäckt av psykisk ohälsa. Fler behöver få kunskap om att tidigt känna igen varningstecken på psykisk ohälsa så att fler kan få snabb och adekvat hjälp. De aktuella metoderna är Första Hjälp till Psykisk Hälsa (MHFA) och Youth Aware of Mental Health (YAM). De kommuner som är intresserade av att implementera dessa metoder skickar in en ansökan där de beskriver hur arbetet är förankrat i politik och förvaltning samt hur de vill implementera metoderna. Kommunerna kan antingen rikta insatserna mot skola eller mot målgruppen 65 år och äldre. De kan också arbeta med båda grupperna. Avgörande är att det finns, eller kommer att utvecklas, en struktur för arbetet. För de kommuner som väljer skola kommer de flesta att arbeta med både MHFA och YAM. Syftet är att såväl skolans personal som eleverna ska få kunskap om att upptäcka och tala om psykisk hälsa och ohälsa. De som vill arbeta med äldre skapar ett system för att tidigt upptäcka psykisk ohälsa och där MHFA äldre utgör en väsentlig komponent.

Här kan samverkan med Åmål lyftas fram. Avdelning folkhälsa och Åmåls kommun har under ett flertal år samarbetet vilket nu resulterat i att Åmål är en av de kommuner som utbildar instruktörer för MHFA, både yngre och äldre, samt i YAM. Arbetet utgår från kommunens handlingsplan och det genomsyrar flera av kommunens förvaltningar. Under åren har kommunen och regionen bidragit till att utveckla och legitimera varandras arbete.

Skapa förutsättningar för idéburna organisationer, område 3

Suicidprevention i Väst har fått verksamhetsmedel för att leda processen i Skaraborg. De har även fått medel för att anställa en person på heltid under ett år för att kunna planera och genomföra den nationella suicidpreventiva konferensen.

Två av de projekt som folkhälsokommittén gett utvecklingsmedel till medverkade på seminariet om Ungdomars egna röster – berättelser och reflektioner om hur samhället kan stötta vid psykisk ohälsa. Det ena projektet var Schyssta kompisar – social gemenskap som metod för att motverka psykisk ohälsa hos unga. Det andra var Nätvandring som suicidpreventiv metod ur ett salutogent perspektiv.

Arbetet i område fyra är i inledningen och i dagsläget är det inte så mycket att berätta om. I arbetet med område fem inser vi allt mer omfattningen av arbetet och att sannolikheten att lyckas är större om det drivs på nationell nivå.

Uppföljning av arbetet

Det arbete som sker inom ramen för handlingsplanen rapporteras till folkhälsokommittén vid två tillfällen per år samt i årsredovisningen. Suicidprevention är en samhällsfråga och som i andra samhällsfrågor påverkar hela samhället utfallet. Det som avgör om vi kan sänka antalet suicid i Sverige kommer sannolikt vara om flera lyckas inom sitt eget arbete och om de olika arbeten som pågår kompletterar och förstärker varandra. Så fungerar det inte alltid, ibland drar vi åt olika håll. En nationell sammanhållande politik, som genomsyrar det regionala och lokala arbete är centralt, men, det är också viljan att påverka situationen.

Suicidpreventivt arbete i Åmåls kommun

Ann-Kristin Lövgvist, folkhälsostrateg, Åmåls kommun.



I Åmål har vi länge arbetat med frågan utifrån fem tragiska självmord på vår gymnasieskola under en tvåårsperiod.

Styrgruppen för välfärd och folkhälsa gav ett uppdrag att ta fram ett strategidokument. En arbetsgrupp bildades och sedan dess har arbetet sakta gått framåt. Strategisk plan för minskad suicid i Åmåls kommun är antagen av kommunfullmäktige. Kommunstyrelsen har ansvar för utveckling och uppföljning. Under 2018 planeras en implementeringsinsats riktad till chefsjänstemän. En utbildningsdag planeras för Styrgruppen för välfärd och folkhälsa där politiker från hälso- och sjukvårdsnämnden och kommunen ingår, chefer inom båda organisationerna kommer också att bli inbjudna.

I strategisk plan för minskad suicid i Åmåls kommun tar vi upp:

- Nationell strategi för det nationella suicidpreventiva arbetet
- Strategiska åtgärdsområden för att förebygga suicid
- Bakgrund, statistik
- Uppdrag och syfte
- Terminologi
- Självmord går att förhindra
- Olika grupper

- Att förstå suicidalt beteende
- Strategier för Åmåls kommuns suicidpreventiva arbete
- Vision för det nationella programmet för suicidprevention
- Huvudstrategier vid suicidprevention internationellt
- Aktörer som berörs i arbetet
- 10 Strategier för suicidprevention

Socialtjänsten, räddningstjänsten, polisen, ambulansen, vårdcentralen (primärvården) och regionens öppenvårdspsykiatri har tillsammans tagit fram Handlingsplan/Larmkedja för Åmåls Kommun vid omhändertagande av personer som har en förberedd suicidhandling eller genomfört suicidförsök eller fullbordad suicid.

Ett riktat strategidokument till skolan har tagits fram och en lokal handlingsplan har utarbetats. Äldreomsorgen står i tur för liknande riktade dokument. Personal har uttryckt intresse för ett liknande upplägg.

Stort fokus på psykisk hälsa, trygghet i folkhälsoarbetet och HBTQ-diplomering av kommunens olika verksamheter ses som suicidförebyggande insatser tillsammans med det drogförebyggande arbetet.

I Åmål har vi en familjecentral och en ungdoms- och vuxencentral som fungerar som välfungerande tillgängliga lågröskelverksamheter. Frivilligcentralen Samverket är en viktig mötesplats tillsammans med kyrkan som i sin vardag möter personer med psykisk ohälsa.

- En utbildningsdag kring bemötande och psykisk ohälsa arrangerades med 350 deltagare.
- 38 instruktörer från olika verksamheter har utbildats i Psykisk livräddning.
- 16 har utbildats till första hjälpare / yngre.
- 7 har utbildats till första hjälpare / äldre.
- 7 har utbildats till MHFA-instruktörer (Första Hjälpen till Psykisk Hälsa).
- 4 har utbildats i YAM (Youth Aware of Mental health).
- Utbildningsinsatser för personal kommer att genomföras under 2018.
- Alla elever i åk 8 kommer att utbildas i YAM, en hälsofrämjande och preventiv insats som syftar till att förbättra den psykiska hälsan och minska självmordshandlingarna bland skolelever.

Region Gotland – program för självmordsförebyggande arbete

Veronica Hermann, strateg folkhälsa och välfärd, Regionstyrelseförvaltningen, Region Gotland, PP-presentation.



I oktober 2015 antog regionfullmäktige på Gotland ett program för självmordsförebyggande arbete. Programmet innehåller strategier och uppdrag för nämnderna under tiden 2015–2018. Utifrån programmet formar respektive nämnd och dess förvaltning⁽¹⁾ en mer detaljerad handlingsplan.

Programmet arbetades fram i en arbetsgrupp med representation från samtliga förvaltningar i Region Gotland och en hjärnkollsambassadör.

Diskussioner fördes med bland annat polisen, länsstyrelsen, ideella organisationer, Finansiell samordning (FINSAM) Sjukhuskyrkan och Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP). Förslaget remitterades sedan till regionens nämnder och till Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) och reviderades något efter det.

Programmet togs fram i samverkan med förvaltningarna och externa aktörer för att öka förutsättningarna för god effekt i ”verkligheten”.

Vid bokslut 2016 gjordes uppföljning av programmet som visade att det finns planer eller genomförda aktiviteter för alla uppdrag som listats i programmet. Samtliga förvaltningar har genomfört minst en aktivitet. Tydliga handlingsplaner finns inom utbildnings- och arbetslivsförvaltningen och socialförvaltningen. Vidare har en handlingsplan tagits fram för det gemensamma arbetet att öka kunskap i befolkningen tillsammans med andra organisationer.

Goda exempel

Utbildnings- och arbetslivsförvaltningen

I april 2016 fastställde barn- och utbildningsnämnden och gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden en handlingsplan med utgångspunkt från det övergripande programmet. Den innehåller bland annat framtagande av rutiner, plan för utbildningar, framtagandet av en checklista för hälsosamtal/hälsobesök kring psykisk ohälsa och en arbetsbok som är tänkt att användas som stöd i arbetet med elever med psykisk ohälsa och självmordstankar.

Arbetet har påbörjats utifrån handlingsplanen med att bland annat barn- och elevhälsan har tagit fram en handledning ”Psykisk hälsa och suicidprevention” med konkreta råd till vad lärare kan göra och vara uppmärksamma på hos eleverna. Under 2016 har barn- och elevhälsan utbildat skolpersonal i ämnet psykisk hälsa och suicidprevention.

Arbete för att öka kunskap i befolkningen

Ett nätverk är format tillsammans med ideella organisationer för att gemensamt öka kunskapen i befolkningen om förebyggande av självmord. En hemsida är upplagd: www.gotland.se/självmordsförebyggande som vänder sig till medarbetare i Region Gotland, andra myndigheter och organisationer och till befolkningen på Gotland.

Under första halvåret 2016 genomfördes introduktionsföreläsningar om förebyggande av självmord, riktad till medarbetare inom Region Gotland men även till andra intresserade.

Under andra halvåret 2016, från suicidpreventiva dagen 10/9 till Lucialoppet (motionslopp som fick extra fokus på psykisk hälsa), 10/12 samordnades en kampanj för att sprida kunskap i befolkningen i samarbete med: Riksförbundet för Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd (SPES), H(j)ärnkoll, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Attention, Suicide Zero, Röda Korset, 1177 sjukvårdsrådgivningen och Studieförbundet Vuxenskolan.

Inom hälso- och sjukvården används webutbildningen SPISS för att öka kunskap hos medarbetarna. Inom socialförvaltningens äldrevård ges regelbundet utbildningar i Första hjälpen till psykisk hälsa.

I samarbete med FINSAM har 16 instruktörer i Första Hjälpen till Psykisk Hälsa utbildats. De har därefter utbildat ”första hjälpare” både inom och utanför Region Gotland.

Framgångsfaktorer

Den viktigaste faktorn, som vi ser det, för att det självmordsförebyggande arbetet har ökat på Gotland är en politisk vilja, genom ett beslutat program som togs fram i samverkan mellan Region Gotland, andra myndigheter och ideella organisationer.

När programmet ska omsättas i verksamheterna tror vi det är viktigt att tydlig planering görs och att arbetet sker genom samarbete inom den egna verksamheten, med andra förvaltningar, myndigheter och civilsamhället.

Referenser

- 1 Förvaltningar i Region Gotland: Reginstyrelseförvaltningen, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Socialförvaltningen, Kultur- och fritidsförvaltningen, Utbildnings- och arbetslivsförvaltningen, Teknikförvaltningen, Samhällsbyggnadsförvaltningen

4 B Hur skapar vi långsiktig systematisk suicidprevention i Sverige?

Lars Paulsson, Avdelningen folkhälsa, Koncernkontoret Folkhälsokommittén, Västra Götalandsregionen (VGR), PP-presentation.

I Västra Götalands läns 49 kommuner bor runt 1,6 miljoner invånare. Västra Götalandsregionen är den organisation som ansvarar för länets hälso- och sjukvård, tillväxt och utveckling och kollektivtrafik.

Regionfullmäktige har antagit riksdagens nollvision för suicid. Västra Götalandsregionen bidrar genom sitt breda uppdrag, både direkt och indirekt, i arbetet med att förverkliga det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention. Utgångspunkten för diskussionen under seminariet var det arbete som sker inom folkhälsoområdet utanför hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsnämnderna har befolkningsansvaret men regionens folkhälsokommitté, som ligger under regionstyrelsen, har ett övergripande strategiskt och samordnande ansvar för regionens folkhälsoarbete. Ni som vill veta mer om folkhälsokommitténs utgångspunkter och handlingsplan för befolkningsinriktad suicidprevention kan läsa mer under ”Hur förverkligar vi våra suicidpreventiva handlingsplaner?”

Inför seminariet fick vi fundera över ett antal frågeställningar.

Tyvärr hann vi inte diskutera alla frågor men här kommer en kort summering av både frågor och svar.

Vilken del av vårt suicidpreventiva arbete är jag särskilt stolt över?

- Att vi har varit uthålliga och att vi hållit fast vid att det finns ett viktigt arbete att göra för oss som inte arbetar inom hälso- och sjukvården, och att vi har en viktig roll att fylla. För oss har det många gånger varit att bryta ny mark, att söka lösningar som ännu inte varit tydliga, och att stå fast när marken inte alltid varit det. Uthålligheten har gett oss en plattform att agera utifrån som inte fanns för några år sedan. Vi ser resultatet av det – vi har en handlingsplan, vi har resurser för arbetet, vi känner oss bekvämare i vår roll och vi börjar få fart på vårt suicidpreventiva arbete.
- Det innebär att jag även är stolt över de samarbetsparter vi har, som på motsvarande sett varit uthålliga, varit öppna och vågat driva frågan. Vi har på så sätt ömsesidigt stärkt och utvecklat varandra och vårt arbete. Utan det hade det inte gått.
- Jag är också stolt över våra politiker som ger oss dessa uppdrag.

Hur prioriterade anser jag att frågor som rör suicidprevention är i förhållande till andra hälsofrågor?

- Regionfullmäktige har antagit regeringens nollvision. Enligt regionfullmäktiges budget ska regionen fortsatt fokusera på ett systematiskt arbete med suicidprevention och att förebygga psykisk ohälsa, bland annat genom de handlingsplaner som tagits fram. Ett av folkhälsokommitténs två prioriterade utvecklingsområden är att skapa förutsättningar för **psykisk hälsa och suicidprevention**. Det andra är **trygga och goda uppväxtvillkor**, samt tre ytterligare utvecklingsområden – skapa förutsättningar för ⁽¹⁾ ökat

arbetsdeltagande, ⁽²⁾ åldrande med livskvalitet och ⁽³⁾ goda levnadsvanor. Regionens Kraftsamling för fullföljda studier, där den psykiska hälsan är ett av fem prioriterade områden, bidrar indirekt i arbetet.

Hur ser er samverkan ut med andra aktörer på regional och/eller lokal nivå?

Samverkar ni med aktörer på nationell nivå, och i så fall, hur ser den samverkan ut?

- **Regional nivå:** Internt samverkar vi med kunskapsstöd för psykisk hälsa, en avdelning inom koncernstab hälso- och sjukvård. De är en regional resurs för utvecklingsarbete samt:
 - Kunskaps- och kompetensutveckling inom primärvård, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri.
 - Kunskapsnoder för att kunna implementera regionala utvecklingsplaner. Deltagare från varje förvaltning. Samtliga fem sjukhus har utsett representanter till varje kunskapsnod.
- **Kommunalförbunden:** diskussioner pågår med kommunalförbunden och kommunerna om möjligheten att ta fram en gemensam regional handlingsplan för suicidprevention.
- **Samverkan med kommunerna:** Sker via folkhälsokommitténs handlingsplan (se Hur förverkligar vi våra suicidpreventiva handlingsplaner).
- **Nationell nivå:** Samverkan via ett nätverk med andra regioner och landsting, myndigheter och idéburna sektorn. Nätverket har utvecklats ur ett underifrånperspektiv men Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) hjälper till att bjuda in till träffar.
 - **Hur kan den nationella nivån stödja ert arbete?**
Stöd från nationella nivå/nationell politik – en nationell samordnande, samlande part med resurser för att sprida kunskap, utveckla området, mobilisera nya aktörer e.t.c. – ger stadga, riktning och legitimitet. Jämföra med Equity action – de som hade en nationell politik och ett nationellt stöd, kontra de som inte hade det. Nationell politik, sammanhållande roll, kunskapsutveckling, resurser.

Vilka är de viktigaste hindren (och de största behoven) för systematiskt, långsiktigt suicidpreventivt arbete?

Problematisering – möjligheter (M) och hinder (H).

- (M) Den nationella, regionala och lokala nivån och olika aktörer, samarbetar/samverkar. Det finns handlingsplaner på alla nivåer som länkar till varandra.
- (M) Knyta samma nivåer och aktörer. Olika perspektiv och arbetssätt behöver få komplettera, inte konkurrera, med varandra. (Lära känna och respektera varandras uppdrag, roller likheter/olikheter. Lokala nivå – verkstaden, idéburna sektorn – opinionsbildare – utmana och driva på, bidra med kunskap, friare roll, regional roll – skapa förutsättningar, sammanhållande roll – bjuda in till samverkan, sprida kunskaper, nätverk osv.).
- (M) Strategier för att mobilisera, rekrytera och utbilda fler aktörer – det är fortfarande många som inte förstår att de behöver arbeta med frågan och hur de kan bidra i arbetet. Komplettera det nationella programmet och punkten ”Att öka kunskapen om självmordsnära personer hos personal och andra nyckelpersoner i

vården” med att vi behöver ta fram strategier riktade till beslutsfattare så att de förstår varför och hur de behöver arbeta med frågan och hur de kan skapa förutsättningar inom sina organisationer för detta.

- (M) Suicidprevention kan inte stå på egna ben utan behöver kopplas till annat arbete, befintliga strukturer (organisering, samverkan m.m). Samtidigt som det är en pusselbit i det pågående arbetet behöver det behålla sin särart, det räcker inte med att enbart arbeta främjande och förebyggande. (H) Det krävs långsiktighet, uthållighet och tålamod för att nå resultat.
- (M/H) Forskning och utveckling. Vi behöver ny kunskap och nya metoder som exempelvis tar hänsyn till genus, befolkningsgrupper, socioekonomi etcetera.
- (H) Dyra metoder som MHFA och YAM hindrar implementering av arbete på bred front.

4 C Att förebygga skarpt läge

Stängsling och kameraövervakning är det effektivt mot självmord?

Helena Rådbo PhD, sakkunnig, Trafikverket, PP-presentation.

Trafikverket arbetar aktivt för att förhindra att obehöriga personer i spårmiljö ska bli påkörda. Varje år dör mellan 80–100 personer och stor andel av dessa är klassade som självmord. Det Trafikverket kan göra är att försöka förhindra användningen av järnvägen som en självmordsmetod. Att försöka påverka en person som börjat agera är svårt men anses inte som omöjligt. Först och främst gäller att försvåra åtkomst och försöka intrångssäkra järnvägen och detta har gjorts och görs genom att sätta upp höga stängsel. Ett annat sätt är att upptäcka och agera tillsammans med andra parter i samhället. Detta sker bland annat genom ny kamerateknik som har implementerats och som bygger på värmekameror som reagerar när personer kommer in i spårmiljön. De som övervakar och styr tågtrafiken kan på så sätt stoppa trafiken och begära hjälp från polis, räddningstjänst och ambulans om det är en person som utsatt sig för fara. Kameraövervakningen stöder bättre bedömningar och snabbare beslut vilket leder till mindre störningar i tågtrafiken. Till detta kan även vara hot om suicid som kommit in till polisen, vilket leder till att polisen begär trafikstopp och i flertal fall att polisen hittar personen och tar om hand denne. Under senaste tvåårsperioden har noterats en minskning på antalet dödade inom järnvägstrafik. Om detta beror på satsning av åtgärder är för tidigt att säga men det visar ändå på en nedåtgående trend.

Trafikverkets förebyggande arbete styrs av transportpolitiska mål som fattats av regeringen. Dessa mål innebär bland annat att antalet dödade inom järnvägstrafik fortlöpande ska minska. Till detta kommer Trafikverkets arbete med nollvisionen, att ingen ska dödas eller skadas inom trafiken. Detta gäller även inom tågtrafiken. Ytterligare har ett halveringsmål satts, att antalet dödade ska minska med 50 procent från år 2010 då 110 personer omkom till år 2020. För att genomföra detta har avsatts ekonomiska medel och därför har bland annat stängsel satts upp i större skala och aktiv kameraövervakning genomförts på flera platser.

Vetlandamodellen:

Tankemodell kring förebyggande av psykiska olyckor

Morgan Miledal, Funktionschef SMO/insatsledare Höglandets räddningstjänstförbund.



Höglandets räddningstjänstförbund är räddningstjänsten i Vetlanda och Nässjö kommuner, mitt på det småländska höglandet. Vi har ett sätt att se på vårt uppdrag som sträcker sig en bit bortom det som är traditionellt för räddningstjänsten, och har också valt ett sätt att organisera oss för att frigöra mycket tid och resurser utanför de traditionella ”brandskiften” för att på så vis kunna jobba mycket bredare med säkerhets- och förebyggandearbetet i våra

medlemskommuners organisationer och med många av de företag, verksamheter och människor som lever och verkar här.

Vi anser att räddningstjänstens primära uppdrag är att stärka den enskildes egen förmåga att, i första hand förebygga olyckor och oönskade händelser, men även att tillse att de människor som finns på plats där något inträffar kan hantera händelsen innan den eskalerar till den omfattningen att den kräver samhällets ingripande.

Räddningstjänsten är som bekant aldrig först på plats när något händer, det är alltid andra människor som är det, och som genom kunskap och medvetenhet kan avbryta ett händelseförlopp medan skadan är förhållandevis liten. Vi tycker helt enkelt att

skattebetalarna kan förvänta sig mer av oss än vi bara producerar beredskap, putsar på brandbilar, spelar innebandy och åker på olyckor som redan har inträffat.

Vi jobbar mycket med till exempel utbildningar inom om en mängd olika områden, och sedan några år tillbaka jobbar vi på bred front även med förebyggande av psykisk ohälsa och suicid.

Vi genomför MHFA-utbildningar (Mental Health First Aid/Första Hjälpen till Psykisk Hälsa) i båda våra medlemskommuner, men i Vetlanda pågår just nu en unik utbildningsinsats. Vetlanda kommun har nämligen tagit ett beslut att utbilda samtlig tillsvidareanställd personal inom kommunorganisationen samt de politiska nämnderna i MHFA. Det finns flera kommuner i landet som utbildar en hel del människor, men ingen annanstans har man tagit ett sådant grepp om frågan att man bestämt sig för att utbilda alla. I en liten kommun som Vetlanda med ca 27000 invånare innebär det också att vi på sikt kommer att ha utbildat en procentuellt sett ganska stor andel av invånarna i kommunen, runt 9 procent, och det är unikt.

Vårt resonemang kring förebyggande av psykisk ohälsa och framförallt suicidförsök och suicid bygger på att vi betraktar självmordshandlingarna som psykiska olyckshändelser. Talar vi om det på det viset finns det också tydliga kopplingar i en rad olika lagstiftningar och föreskrifter som hanterar frågor om förebyggande av ohälsa och olika typer av olyckor, och som motiverar varför alla arbetsgivare också måste jobba med förebyggande av psykisk ohälsa och självmord, och även varför landets räddningstjänster måste göra det även ur ett operativt perspektiv.

Man kan också dra paralleller till andra olyckor, till exempel trafikolyckor och bränder, och tänka omkring de psykiska olyckshändelserna på samma sätt, nämligen att de föregås av ett händelseförlopp där man i olika skeden kan ingripa för att bryta händelseförloppet, och beroende av var i händelseförloppet man ingriper uppnå olika resultat. Ju tidigare i förloppet man befinner sig ju fler valmöjligheter har man.

I den mån vi inte helt kan undvika att ett händelseförlopp (eller olycksförlopp om man så vill) debuterar så uppnår vi bland annat följande ju tidigare i förloppet vi ingriper:

- Alternativen till olika hjälpinsatser eller val av metoder är fler.
- Större möjlighet att lindra konsekvensen av det inträffade.
- Den bestående eller irreparabla skadan blir mindre omfattande.
- Tiden för återställning av den skadade eller rehabilitering tillbaka till en fungerande vardag för den drabbade blir kortare.
- Kostnaden för samhället blir mindre.

Vår filosofi består av att vi bäst uppnår ovanstående genom kunskapshöjning och ökad medvetenhet hos den breda allmänheten. Vi behöver åstadkomma en attitydförändring kring de här frågorna, och en minskning av den stigmatisering och de fördomar som faktiskt hindrar så många människor att få den hjälp och det stöd som de är i behov av. För att säkerställa att vi når önskade resultat av våra insatser använder vi oss av evidensbaserade, utvärderade metoder som MHFA-utbildningen.

Vi vill genom detta arbete utbilda ”psykologiska brandvarnare” som genom ökad kunskap och medvetenhet kan uppmärksamma att något är på väg att inträffa, att en medmänniska är i behov av extra stöd eller befinner sig i akut psykisk kris, så att vi så tidigt som möjligt kan avbryta olycksförloppet så att det inte behöver leda ända fram till en oundviklig olyckshändelse.

Alla arbetsgivare, kommuner och regioner behöver ta ansvar för sin del av problematiken och arbeta med förebyggande av psykisk ohälsa och suicid inom det område man faktiskt har möjlighet att påverka, sin egen arbetsplats, sin egen kommun eller i sitt eget län. Tillsammans kan vi göra stor skillnad.

Med föredraget ”Vetlandamodellen” vill vi visa på goda exempel, hur man faktiskt kan tänka omkring de här frågorna och förhoppningsvis kunna inspirera eller motivera fler kommuner och arbetsgivare att komma igång med sitt förebyggande arbete.

Ny metod räddar liv på järnvägsspåren

Kenneth Svensson, sakkunnig Trafikverket. Projektet har avslutats under hösten 2017. [Länk till projektrapporten.](#)



Foto: Kristina Johansson

Pyramidmattor vid järnvägsövergång i Kalmar

Järnvägen är ett mycket säkert transportsystem. De flesta dödade och allvarligt skadade har varit obehöriga i spår. Flertalet personpåkörningar inträffar i områden och på sträckor där det råder en kapacitetsbrist på järnvägen. Trafikverkets mätningar visar att antalet förseningstimmar på grund av obehöriga i spår ökar för varje år.

Ett forsknings- och innovationsprojekt har genomförts för att testa en ny metod med intrångsskydd på järnväg i syfte att minska antalet dödade och skadade samt minska förseningar i tågtrafiken. Det är dessutom en viktig arbetsmiljöfråga för såväl lokförare som andra kategorier av yrkesverksamma inom järnvägsbranschen. Intrångsskyddet består av gummipaneler som är svåra att gå på. Materialet används i flera andra länder i Europa som ett effektivt intrångsskydd vid platser längs järnvägen för att hindra obehöriga i spår.

Projektet har haft sex testplatser där materialet har lagts ut och fyra referensplatser där inga åtgärder har gjorts. Tre av testplatserna har varit där tågbranschen har arbetsplatser vid bangårdar, liksom vid de fyra referensplatserna. De övriga platserna har varit på särskilt olyckstäta sträckor på järnväg vid allmänna platser som en tågtunnel, en plankorsning och vid plattformсандar.

Före- och eftermätningar har genomförts med kameraövervakning från befintliga kameror och temporära kameror samt observationer från tågoperatörer. Även underhållsaspekter har utvärderats i projektet.

De preliminära resultaten visar att antalet obehöriga i spår har minskat på platserna där mattorna lagts. Materialet har varit okomplicerat att montera. Det har förekommit visst sabotage, bland annat har en träplanka lagts över mattorna för att enkelt kunna passera.

4 D Att överleva ett liv med suicidtankar som ständig följeslagare

Naturens betydelse i pressande livssituationer – grön miljö som en resurs för hälsa, välbefinnande och att hantera stress

Eva Sahlin, fil.dr, Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen.



Foto: Eva Sahlin

Att vara i naturen och att uppleva naturen med alla sinnen ger kanske de flesta av oss en positiv känsla. Människor beskriver ofta att man efter en naturpromenad känner sig uppfriskad och piggare. För många har en promenad i en park eller att vara i den egna trädgården en likande effekt. Också för människor i pressade livssituationer kan naturen ge lindring, stressreduktion och lugn.

Att använda naturen för rehabilitering vid stressrelaterad psykisk ohälsa

Gröna Rehab i Göteborgs botaniska trädgård är Västra Götalandsregionens (VGR) naturunderstödda ”gröna” rehabilitering för VGR-medarbetare med långa sjukskrivningar p.g.a. utmattningssyndrom. Där kunde vi i vår forskning bl.a. konstatera signifikanta förbättringar för deltagarnas depressionsnivåer före och efter rehabilitering samt vid uppföljningar 6 och 12 månader efter avslutad rehabilitering och liknande mönster framkom för ångest. Välbefinnandet ökade, symtom på utbrändhet minskade signifikant liksom sjukskrivning och vårdkonsumtion. (Sahlin et al, 2015).

I de guidade naturvandringarna som ingår i Gröna Rehabs veckoprogram beskrev deltagarna hur man genom guidningen hade fått ”öppnade ögon” för naturens processer och detaljrikedom. På frågan till deltagarna: ”Vad betyder det för dig att vara i naturen?” blev ofta svaret att man där fick ro och lugn och stressen minskade. Att vara i skog och mark och uppleva årstidernas växlingar och naturens processer beskrevs av flera som att man kände sig som en del i något större, ”Alltet” som fungerar genialiskt och som man inte behöver påverka utan där man helt enkelt ”bara kan vara” och finna tröst och kraft i både vardagssituationer men också i mer krisartade och belastande situationer. I sådana ordalag beskrev ofta deltagarna sina känslor för naturen och sin egen existens (Sahlin, 2014).

Faktorer i naturmiljöer som har visat sig ha särskilt positiv påverkan

Fågelsång beskrevs som positiv av deltagare i Gröna Rehab liksom ljud av det lugna vattnet där porlandet eller det rytmiska ljudet av vågor mot en strand beskrevs ge lugn, men också om stödjande effekt av det upprörda havet som kunde upplevas vara i samklang med en egen orolig sinnesstämning. Klippor och stenhällar har beskrivits av Johan Ottosson (1997) ge en känsla av oföränderlighet och trygghet som kan ge tröst och stabilitet till någon som drabbats av ohälsa och är orolig och tyngd.

Kort översikt om forskningen angående påverkan av kontakt med naturen?

Resultat från forskningen som rör positiva effekter av naturens positiva påverkan på oss kan lite förenklat delas in i fyra grupper:

- **Hälsa** – där vi sedan gammalt har kunskapen om solens viktiga betydelse för vår D-vitaminproduktion och att solen är en viktig faktor i fotosyntesen där de gröna växterna bl.a. lämnar det för oss människor livsviktiga syret tillbaka.
- **Välbefinnandet** har visat sig öka genom naturkontakt. De existentiella reflektioner som uppkom genom guidade naturvandringar på Gröna Rehab visade i Sahlin (2014) ha stor betydelse i läkeprocessen. Ottosson och Grahn (2008) rapporterade om betydelsen av naturupplevelser vid krisrehabilitering där speciellt individer i djupaste kris upplevde bästa stödet för krisrehabiliteringen. En finsk pilotstudie visade positiva resultat när man använde parkvandringar terapeutiskt vid depression (Korpela et al, 2016).
- **Stressreduktion** har i flera studier visat sig vara en effekt av naturvistelse. Ulrich och hans kollegor (1994) visade att de fysiologiska stresspåslagen som följde på en blodig film återgick signifikant snabbare till normalnivåer för en grupp som efteråt fick titta på en video föreställande en naturvandring jämfört med en annan grupp som fick titta på en video föreställande en stadsvandring.
- **Kognitiva förmågor** är ofta negativt påverkade vid stressrelaterad psykisk ohälsa. Flera vetenskapliga studier har visat på förbättrade resultat på koncentrationstest efter vistelse i naturen. Där kunde vi också konstatera (Sahlin, 2014) att forskningspersonernas resultat på koncentrationstest var signifikant bättre efter ett avspänningspass utomhus i naturmiljö jämfört med samma avspänningspass inomhus.

Hur förklarar vi de positiva effekterna?

De teorier vi stöder oss på inom fältet har ett evolutionärt perspektiv: vi har utvecklats under mycket lång tid i samspel med naturen och lärt oss läsa av naturen för vår överlevnad och reproduktion.

- **Biofiliahypotesen** (Wilsson, 1984) Biofilia betyder: kärlek till allt levande. Att vi mår gott i naturen förklaras genom vårt släktskap med allt liv och de känslomässiga band vi har genom detta.
 - **Attention Restoration Theory** (Kaplan, 1995) har ett kognitivt fokus och framhåller att vi har två olika typer av uppmärksamhet: 1) Den viljestyrda *riktade uppmärksamheten* som är en lätt uttröttbar resurs som måste få återhämtning och 2) *Spontan uppmärksamhet* som inte styrs av viljan, som förmodligen är outtröttbar och används när vi fångas av något som håller vårt intresse på en ”lagom-nivå” t.ex. en hare som skuttar, blänket i en vattenspegel. I naturen använder vi ofta den spontana uppmärksamheten och när vi gör det får den riktade uppmärksamheten vila och återhämtning.
- Psyko-Evolutionary Theory** (Ulrich et al, 1994) fokuserar på dels att det sker fysiologiska förändringar i oss när vi är i naturen (se ovan om stresspåslag och återhämtning i naturen), men det finns också en estetisk aspekt att miljön ska vara tilltalande och positiv samt inte upplevas hotfull.

Förutom dessa tre finns fler förklaringsmodeller.

Referenser:

- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: toward an integrative framework. *Journal of environmental psychology*, vol. 15, pp.169-182.
- Korpela, K., Stengard, E., & Jussila, P. (2016). Nature Walks as a Part of Therapeutic Intervention for Depression. *Ecopsychology* vo.8 No 10
- Ottosson, J. (1997). *Naturens betydelse i en livskris*. Stad & Land nr 148. Alnarp, Movium.
- Ottosson, J. & Grahn, P. (2008). The Role of Natural Settings in Crisis Rehabilitation: How Does the Level of Crisis Influence the Response to Experiences of Nature with Regard to Measures of Rehabilitation? *Landscape research*, vol. 33(1), pp. 51-70.
- Sahlin, E. (2014). To stress the importance of nature – nature-based therapy for the rehabilitation and prevention of stress-related disorders. (Doctoral dissertation No 2014:98). Swedish University of Agricultural Sciences Alnarp, Sweden. Acta Universitatis Agriculturae Sueciae.
- Sahlin, E., Ahlborg, G. Jr., Tenenbaum, A., & Grahn, P. (2015). Using nature-based rehabilitation to re-start a stalled process of rehabilitation in individuals with stress-related mental illness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 1928-1951; doi:10.3390/ijerph120201928
- Ulrich, R.S., Simons, R., Losito, E., Fioriti, E., Miles, M.A. & Zelson, M., (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environment. *Journal of environmental psychology*, vol. 11, pp. 201-230
- Wilson, E. (1984). *Biophilia - the human bond with other species*. Cambridge, Massachusetts and London, England: Harvard University Press.

4 E Livräddande och samordnade insatser – vikten av KASAM

SIP (samordnad individuell plan) ur ett brukarperspektiv

Elisabet Hurtado Lundberg, projektledare i VG-teamet NSPHiG

Utgångspunkter i arbetet med SIP

- Individerna har ofta mycket kunskap om sig själv.
- Att människorna bakom olika diagnoser och tillstånd ska få förståelse, hjälp och stöd.
- Att alla ska få ett bra bemötande oavsett personliga egenskaper.
- Människor är olika, även när de behöver stöd.

SIP ur ett brukarperspektiv

- SIP-Samordnad individuell plan är ett arbetssätt för samordning mellan huvudmän och brukare.
- Dels för att organisera brukarens vård och stödinsatser och dels för verksamheter och brukare att mötas för att dela med sig av sina kunskaper, behov och resurser.

SIP ur ett myndighetsperspektiv

Samordnad individuell plan är lagstadgad sedan 2010 i både HSL (3 f §) och Sol. (2 kap. 7 §).

Planen ska upprättas tillsammans med den person som har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård när insatserna behöver samordnas. Detta gäller oavsett personens ålder eller problem. Syftet med planen är att säkerställa samordning.

Några riktlinjer i arbetet med SIP

- Samtycke – Personen själv ska samtycka till att planen upprättas.
- Påbörjas utan dröjsmål – Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål, det vill säga inom några dagar.
- Delaktighet – Personen själv ska vara delaktig och ha inflytande i arbetet.

Vad kan SIP göra för brukaren?

- Att brukaren får ett greppbart tidsperspektiv.
- Att brukaren vet vem som ansvarar för vad.
- Att brukaren vet vem hen ska kontakta.
- Att de vård- och stödinsatser brukaren får är kompatibla med varandra.
- Att få ett helhetsgrepp om sin situation.

Förutsättningar för brukarinflytande och ett framgångsrikt arbete med SIP

- Förtroende: En grundförutsättning för att arbeta med SIP är att brukaren känner ett förtroende för berörda parter och vice versa.
- Information: För att man som brukare ska veta om SIP och bli intresserad är det viktigt med olika vägar av information.
- Formen: Det är viktigt att tänka på miljön som mötet ska hållas i och hur man genomför mötet. Utgå ifrån brukarens perspektiv när man planerar mötet.

- Tid: Det tar tid att mötas och samordna, planera in tid före, under och efter mötet.
- Kunskap: Det är viktigt att både brukaren och de inblandade har tillräckligt med kunskap om metoden och varandra.

När behövs och används SIP?

- När kompetens behövs från flera verksamheter.
- När insatser behöver ges samtidigt eller i särskild ordning.
- När det finns behov av samordning.
- När samordning efterfrågas.
- När en person upplever att hen ”bollas runt”.
- När ansvarsfördelning behöver tydliggöras.

Vilka kan delta i arbetet?

- Det är situationen och personens behov som styr vilka som ska delta i arbetet med att upprätta planen.
- All anställd personal inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens alla delar ska ta initiativ till en SIP om de upptäcker att behov av samordning finns.
- Närstående kan delta, om det är lämpligt och personen själv vill det.

Saker det kan vara bra att tänka lite extra på

- För en del äldre kan det kännas främmande att vara delaktig i frågor som rör behandling och medicinering.
- Ibland kan det vara så att det är den anhöriges röst som hörs högst.
- Många känner inte till sina rättigheter gällande nya lagstiftningar.

Exempel på antal kontakter man kan ha i en familj vid psykisk ohälsa.

- BUP: växeln, sjuksköterska, psykolog, kurator och psykiatriker.
- Skola: Skolläkaren, kurator, elevhälsan, specialpedagog, rektor och skolförvaltning.
- LSS: Handläggare, kontaktpersoner lägerverksamhet, färdtjänst, enhetschef, kontaktperson.
- SOL: Handläggare, funktionshinderhandläggare, mini Maria, kollo, enhetschef.
- AF: Arbetsterapeut, arbetspsykolog, handläggare och jobbcoach
- Transportstyrelsen.
- FK: Handikappsersättningshandläggare, vårdbidragshandläggare och sjukersättningshandläggare.
- Vuxenpsykiatri: arbetsterapeut, kurator, KBT-grupp, psykolog och psykiatriker.

Ibland kan livet bli övermäktigt

- Man blir frustrerad, känner hopplöshet. Man blir förvirrad av alla kontakter. Sorg över att livet är svårt. Man kan bli totalt utmattad.
- Att stärka det som fungerar.
- KASAM en känsla av sammanhang. Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Ekonomisk utsatthet och psykisk ohälsa. Om ”economic suicides”⁽¹⁾ och överskuldsättning vs folkhälsa.

Fredrik Tjulander, volontär Suicide Zero

I Sverige är totalt ca 600 000 personer överskuldssatta, inräknat de som är hårt belånade, exempelvis i bostäder. Antalet som är registrerade med minst en skuld hos Kronofogden är ca 420 000.⁽²⁾

Av de som är registrerade hos Kronofogden, har 17,9 procent försökt ta sitt liv (n=686). Jämför detta med normalbefolkningens 3,6 procent. Således fem gånger fler (år 2000).⁽³⁾ En nyare studie 2014, på uppdrag av konsumentverket och Riksrevisionsverket, visar att 1/6 av de överskuldssatta har försökt ta sitt liv.⁽²⁾

En studie över tidsperioden 2003–2010 redovisar dödligheten i gruppen överskuldssatta jämfört med dödligheten i normalbefolkningen. Den genomsnittliga livslängden bland de överskuldssatta var 67 år. Det ska jämföras med den genomsnittliga livslängden för genomsnittsbefolkningen, under samma tidsperiod, som var 81 år.⁽²⁾

Psykisk ohälsa är mer förekommande i gruppen överskuldssatta. Förekomsten av ångest i gruppen överskuldssatta är 38 procent jämfört med genomsnittsbefolkningens 8 procent. Av statistiken över totala antalet självmord i Sverige är självmord relaterat till depression överrepresenterat. Även i gruppen överskuldssatta är förekomsten av depression stor, 29 procent jämfört med 6 procent i resten av befolkningen. Förekomsten av psykisk ohälsa hos genomsnittsbefolkningen var 0,8 procent, att jämföra med 20 procent i gruppen överskuldssatta, d.v.s. 25 gånger högre.⁽²⁾

Förutom den psykiska ohälsan, finns också skillnader i den somatiska ohälsan. Hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och cirka tjugofem andra sjukdomar är överrepresenterade i gruppen överskuldssatta.⁽²⁾

Överskuldssättning påverkar de skuldssattas och deras anhörigas liv. Man kan se detta som ett klass- och ojämlikhetsproblem och även som ett etiskt problem.⁽⁴⁾ Överskuldssatta, oavsett skuldernas uppkomst, riskerar att tappa greppet och begripligheten om sin livssituation. Risken är också mycket stor att man tappar hanterbarheten att klara av livet, exempelvis föräldraskapet eller livet som pensionär. Till slut är risken överhängande att livet helt tappar mening. Man har förlorat känslan av sammanhang (KASAM).⁽⁵⁾ Som psykiskt eller fysiskt sjuk, arbetslös eller långtidssjukskriven, som förälder eller pensionär i överskuld, är det lätt att uppleva sig som överflödig eller som en belastning. Man kanske heller inte klarar av ångesten eller depressionen. Om man inte har varit sjuk innan kanske man har blivit det av den totala livssituationen. Problemlösningen kan då bli att avsluta livet.

Det etiska problemet vid överskuldssättning handlar om skuldernas uppkomst. Skulder uppkommer ofta vid livskriser, exempelvis psykisk eller fysisk sjukdom, arbetslöshet, skilsmässa eller andra livskriser. I dessa livssituationer är vars och ens kapacitet att klara av vardagen mer eller mindre nedsatt. Hur ska man då klara av skulder utan stöd och hjälp från samhället? Kronofogdens och budget- och skuldrådgivares kompetens räcker inte. Negativa konsekvenser för hälsa och mortalitet är uppenbara.

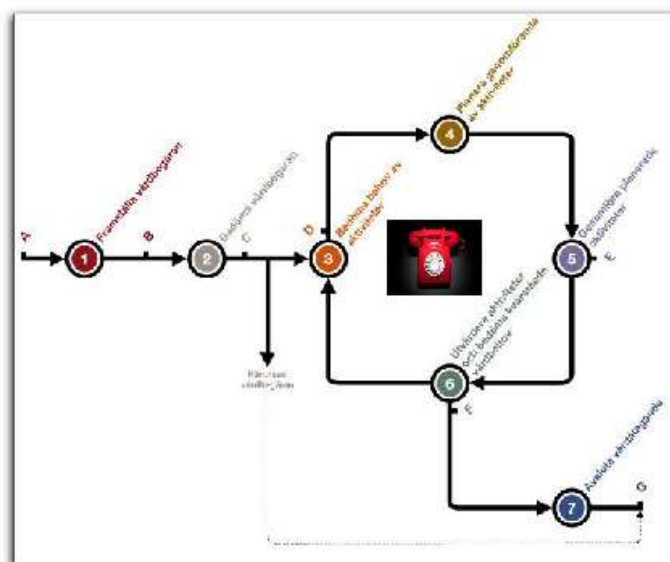
Det finns goda exempel på att lösa överskuldssättning i Europa, exempelvis i England och på Irland, men även i övriga världen. I USA, som är ett föregångsland på området, ser

man överskuldssättning som ”marknadens misslyckande”. Alltså inte individens moraliska misslyckande, som i Sverige. I USA tar samhället på sig en stor del av ansvaret för att lösa situationen. Man ser det som hälso- och samhällsekonomiskt fördelaktigt att hjälpa de skuldsatta att bli skuldfria. En skuldfri och frisk medborgare konsumerar inte vård och sociala insatser. Istället kan medborgarna arbeta och betala skatt till samhället.

Kostnaden för överskuldssättning är ca 200 miljarder om året i Sverige.⁽²⁾ Hur kan vi i Sverige hantera problemen med överskuldssättning för att minska kostnader, mänskligt lidande, för tidig död och självmord?

Styrning av tvärprofessionellt samarbete

Enligt flödesmodell



Källa, Flödesmodell från vård-it.se. Innehållet av Fredrik Tjulander ©

Fredrik Tjulander "Livs- & hälsorisker med överskuldssättning" 2017 ©

1. Vad är problemet? Vem har problemet? Var upptäckts problematiken – Kronofogden, budgetträdgård, primär- eller specialistvård?
"Röda linjen" utifrån medgivande och problematik.
1. Hur ser skuldbilden ut? Orsaker,? Somatisk- och psykisk status? Familjesituation?
2. SKUSAN,? Ackord,? Inledande möte hos budgetträdgård. Med kurator & närstående. Finns eller behovs förmyndare? Förvaltare? Terapi? Medicinering? Kost & motion mm mt?
Vid behov; "Röda linjen" utifrån medgivande och problematik.
3. Upprätta SKUSAN ansökan.Närstående,? Kurator? Förvaltare? Förmyndare?
Vid behov; "Röda linjen" utifrån medgivande och problematik.
4. Följ SKUSAN – med eller utan stöd från tvärprofessionella nätverket. Utifrån behov för att kunna följa SKUSAN-plan. Fortsätta terapi, medicinering, motion och kost.
Vid behov; "Röda linjen" utifrån medgivande och problematik.
5. SKUSAN genomförd. Formellt avslut av tvärprofessionellt samarbete, enligt flödesmodellen.
Psykisk och somatisk status bedöms. Eventuell fortsatt vård och terapi, utifrån behov.

Referenser

- 1 Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. Reeves A1, McKee M1, Stuckler D1, Br J Psychiatry 2014 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24925987\(2\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24925987(2))
- 2 Richard Ahlström och Sonya Edström 2014 <https://www.riksrevisionen.se/PageFiles/22431/Bilaga1.pdf>
- 3 Ramberg I-L, Wasserman D. (2000). Prevalence of reported suicidal behaviour in the general population and mental health-care staff. Psychological Medicine. 30, 1189–1196.
- 4 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24925987>
- 5 Unraveling the Mystery of Health, Aaron Antonovsky, 1987

Kreativitet och meningsskapande

Bitte Havstad och Linnéa Thoor, handledare på Norma, forum SKILL.



Kort introduktion

Norma är en kreativ verksamhet i Göteborg för unga kvinnor och transpersoner med psykisk ohälsa, som står utanför arbetsmarknaden och studier. Verksamheten har drivits som ett treårigt projekt i den ideella organisationen forum SKILLs regi, med finansiering från Allmänna Arvsfonden, Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen.

Bakgrund

En av Normas initiativtagare är Linnéa Thoor, som även arbetar som handledare i verksamheten. Projektet skapades utifrån bland annat hennes egen erfarenhet av utanförskap med psykisk ohälsa och långtidssjukrivning som ung vuxen. Här följer en sammanfattning av hennes berättelse:

När jag var nitton år blev jag sjukskriven, för jag orkade inte längre. Jag hade klarat av gymnasiet med ett nödrop och haft kontakt med BUP sedan jag var 16, tänkt att saker kanske skulle bli lättare och bättre nu när jag skulle bli vuxen. Tyvärr blev det tvärtom, jag kraschade totalt och fick hoppa av den eftergymnasiala utbildning jag påbörjat. Därefter hamnade jag i ett slags limbo där jag fallit mellan stolarna inom vården och hos myndigheter. Jag spenderade sex år med att mest sitta hemma och glo i min lägenhet, medicineras, gå i behandlingar, leva på bidrag från socialen och Försäkringskassan, må skit. Till slut blev det som om hela min existens kretsade kring min psykiska ohälsa, det var i mångt och mycket det enda jag hade kvar. Det i sin tur leder till en negativ spiral och blir till slut en självuppfyllande profetia; inte bara för mig personligen, utan för många som varit i samma situation. Jag började tappa hoppet och hade ingen framtidstro, det kändes som att det aldrig skulle bli någon förändring eller bättring.

När jag var 25 år kom jag av en slump i kontakt med resursorganisationen forum SKILL som skulle starta upp ett socialt företag i form av en second hand-butik. Där fick jag en plats för arbetsträning och kunde successivt bygga upp mig själv i en rimlig takt. Efter ett par år blev jag anställd på halvtid inom forum SKILL för att arbeta med marknadsföring. En av mina chefer och jag satte oss en dag för att diskutera hur det kommer sig att så många unga människor med psykisk ohälsa hamnar utanför så som jag gjort och vilket enormt slöseri det är för såväl individen som samhället. Vi frågade oss: vad kan vi göra åt det här? Vad skulle kunna fånga upp målgruppen, stärka den, vara lustfyllt och förhindra risken för ännu värre psykisk ohälsa och långvarigt utanförskap? Svaret blev att vi skrev ett projekt som skulle bli Norma.

Norma

Norma startade upp i oktober 2014 i sin lokal i Lagerhuset vid Järntorget i Göteborg. En grupp på 9 deltagare, kvinnor och transpersoner i åldrarna 18–25 år rekryterades främst via nätverkande på Facebook, men när deltagare kommit nya under åren har det även varit via ”hörsägen”, att de läst om oss i tidningen eller genom tips från handläggare på Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Personer som är intresserade av en plats får först komma till oss på en intervju, med syftet att de skall få en tydligare bild av vad Norma är och om det är något som de känner skulle passa dem.

Verksamheten är öppen klockan 11–15 varje vardag och utöver det kreativa arbetet har vi varje vecka ett gemensamt veckomöte och städning av lokalen. Deltagarna jobbar såväl individuellt som tillsammans med olika kreativa uttryck. En har spelat in en skiva och uppträtt live med sin musik, en har gjort en dokumentärfilm som nominerades till Tempofestivalen. Någon målar, en annan skriver dikter, vissa testar sig fram mellan olika uttryck. Vissa har större erfarenhet av konstnärligt arbete sedan tidigare, andra är mer gröna. Då och då gör vi studiebesök, deltar i workshops eller går på utställningar tillsammans.

Norma vill synas och höras, så även om vår verksamhet inte är öppen hur som helst, när som helst, för vem som helst, så jobbar vi med att ta plats utåt. Vi har haft flertalet utställningar, bland annat på Världskulturmuseet och Frölunda Kulturhus samt haft filmvisning på Hagabion.

Suicidprevention/främjande av hälsa

Norma fokuserar på det friska i personerna som kommer till oss. Ofta blir målgruppen främst sedd för sin sjuklighet och för allt det som är dysfunktionellt i deras liv i sin kontakt med vård och myndigheter. De flesta känner sig svikna av och har misstro mot samhället och vuxenvärlden. Vi vill stärka och lyfta människan bakom diagnosen och erbjuda dem ett meningsfullt sammanhang och en stabil plattform med en struktur, som på lång sikt skall hjälpa dem att ta sig vidare mot arbetsträning, studier eller jobb.

Vi vill ha en tillåtande atmosfär i vår verksamhet, och uppmuntrar deltagarna att ta sig till Norma även om de har en dålig dag. Att de är välkomna även om de bara stannar en liten stund, även om de vill vara ifred och bara vila eller inte deltar i någon övning. Vi har dock två regler; vi pratar inte om någon som inte är här/pratar inte illa om varandra, och vi pratar inte om den personliga psykiska ohälsan. Detta för att fokus skall ligga på det friska, men även för att ingen deltagare skall behöva hantera någon annans dåliga mående och problem. Däremot finns alltid möjligheten att ha ett enskilt samtal med en handledare för att ventilerat sitt

mående och annat. Om deltagarna vill så kan en handledare följa med och stötta dem vid möten med vårdkontakter, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen osv.

De framgångsfaktorer vi sett på Norma är att deltagarna ges gott om tid hos oss. De har varit deltagare hos oss i upp till två år innan de letat sig vidare. Att de blir sedda för något mer än sin psykiska ohälsa samtidigt som de tillåts vara som de är och må som de mår, är också viktigt för tillit och framsteg.

Framtid

Den sista augusti 2017 tog projekttiden och därmed även vår finansiering från Allmänna Arvsfonden slut. Med hjälp av medel från Sociala resursenheten har vi möjlighet att driva verksamheten året ut, därefter är Normas framtid oviss. Vår önskan är att Norma skall få finnas kvar och bli en fast verksamhet då vi sett vilken skillnad Norma gjort för våra deltagare. Om vårt koncept skulle drivas vidare på annan ort hade det varit fantastiskt. Vi vill gärna sprida vår modell så att den kan nå ut till fler. Just därför har vi skapat en bok, ”En helt normal bok – Kreativitet som stöd för psykisk hälsa”, där vi handledare beskriver hur vi arbetar på Norma, hur resan med projektet varit och hur man arbetar utifrån vår modell. Våra deltagare finns med i boken genom citat, en personlig berättelse och givetvis ett urval av den fantastiska konst som de har skapat på Norma under våra tre år.

Föreläsningar

Detta är grunden för Norma. Under våra föreläsningar och i boken går vi in på en del ämnen mer specifikt. Det kan vara vad vi upptäckt under de första åren med Norma i praktiken.

Till exempel:

- Hur frigör vi handledare oss från våra egna duktighetskrav och tillåter oss att lita på en process hos deltagarna, som vi tycker borde gå mycket snabbare?
- Hur arbetar vi rent praktiskt med att låta deltagarna ta över det fulla ansvaret över sina liv, när de så länge vant sig vid att identifiera sig med sin ohälsa?
- Hur balanserar vi de olika deltagarnas behov och utmaningar, med varandra och oss själva?

4 F Hur fungerar hjärnan vid suicidalitet, särskilt vid svåra val och psykisk smärta?

*Professor Jan Beskow, Suicid Prevention i Västra Götalandsregionen (SPIV),
PP-presentation.*

Introduktion

Hjärnforskningen gör stora framsteg. Resultaten presenteras i böcker och artiklar ur författarnas olika perspektiv. Det är svårt att få överblick och svar på de egna frågorna. Stimulerade av hjärnforskarnas arbete behöver vi så snabbt som möjligt ta till oss de nya rönen och praktisera dem i vårt eget liv och i samtal med suicidala patienter. Vi kan inte helt överlåta hjärnforskningen till hjärnforskarna. Vi behöver stimulera dem att gå vidare på de områden som är kliniskt betydelsefulla.

Ur suicidpreventiv synpunkt undrar vi främst *hur suicidala personer fattar sina beslut att ta sitt liv*. Psykiatern och hjärnforskaren Predrag Petrovic ska orientera oss på detta viktiga område. Han har väckt internationell uppmärksamhet bl.a. genom att beskriva vad som sker i fotbollsspelares hjärnor.

Vi ser också kliniskt att den *outhärdliga psykiska smärtan* till sist verkar vara en utlösande faktor, en avgörande trigger. Före Predrag ska Anna Ehnvall berätta om detta. Hon kommer från Varberg, är specialist i psykiatri med inriktning på KBT och forskar om svårbehandlade, s k 'behandlingsresistenta' depressioner samt om suicidalitet, bl a tillsammans med forskare vid Black Dog Institute i Sidney.

Avvisad, smärta och suicidalitet – Hur fungerar hjärnan?

Anna Ehnvall, överläkare, Psykiatrin Region Halland, Docent vid Göteborgs Universitet, leg psykoterapeut, handledare KBT

Shneidman myntade efter 40 år som suicidforskare begreppet 'Psychache' (Shneidman 1993) det vill säga psykologiska smärta och menade att det var denna smärta som drev människor till att begå suicid. Begreppet har på senare år tagits upp i samband med neurovetenskaplig forskningen och man har översatt psychache till att betyda social smärta – den smärtan vi upplever då vi blir avvisade socialt (Eisenberger et al, 2003). Man har här kunnat visa att människor som gjort suicidförsök har en ännu större benägenhet att uppleva sig avvisade då de utesluts ur en grupp (Olie et al, 2017). Genom funktionell hjärnabbildning, (fMRI) har man även sett att upplevandet av psykisk smärta vid suicidalitet aktiverar liknande hjärnområden som när traumatiserade människor återupplever sitt trauma (Reisch, 2010). Då den suicidala individen väl börjar planera sitt suicidförsök så minskar däremot smärtan genom att pannloben (säte för planering och struktur) tar vid. Suicidförsök och planering av suicidförsök blir således ett försök för den suicidala personen att lindra sin psychache.

Beslutsfattande och suicid

Predrag Petrovic. MD, PhD, Associate Professor, Karolinska Institutet, Department of Clinical Neuroscience, Osher Centrum. Referat av Jan Beskow baserat på UR:s film och godkänd av Predrag Petrovic

Predrag forskar om hur hjärnan reglerar känslor och vad som händer när detta inte fungerar. Detta forskningsfält kan bindas samman med suicidforskning och därigenom öka förståelsen för vad som driver vissa människor till att ta sina liv.

Beslutsfattande och suicid

Sammanfattning. Det finns ett indirekt stöd för att tre processer är av betydelse vid beslutsfattande och därmed också för suicid:

1. *Emotionell reglering*, d.v.s. förmågan att uppfatta och hantera känslor.
2. *Integrering av motstridiga värden*. Ofta drar olika intryck åt olika håll. Dock finns det övergripande funktioner som integrerar positiva och negativa värden. Funkar inte detta kan det innebära att negativa värden styr beteendet oberoende av vilka positiva värden som finns.
3. *Kognitiv omstrukturering*, d.v.s. förmågan att se ett emotionellt laddat uttryck ur olika perspektiv fungerar inte normalt. Det gör det svårt för suicidbenägna personer att byta ut ett emotionellt laddat sätt att se på situationen.

Kunskapsbakgrund. Bild 1 visar tre kunskapsområden som möts: Grundläggande neurovetenskap, kognitiv psykologi och psykiatri. Framtiden inom psykiatri ligger i att den tillgodogör sig framstegen inom neurovetenskap och kognitiv psykologi.



Bild 1

Hjärnfunktioner. Suicidalitet handlar mycket om svårigheter i hjärnans bearbetning av inkommande signaler fram till en tanke eller handling. Bearbetningen kan röra detaljer men

också vandra uppåt så vi får mer överblick över det som händer. Det handlar också om vilka stimuli som släpps fram och vilka som hämmas.

Tre av funktionerna emotionell reglering, integrering av positiva och negativa värden samt kognitiv omstrukturering verkar vara särskilt betydelsefulla för beslutet att ta sitt liv.

1. Emotionell reglering

Bild 2 visar hur vår hjärna ständigt bombarderas av intryck utifrån.



Bild 2

Många av dessa intryck hämmas vi automatiskt, d.v.s. vi lär oss att bortse från dem eftersom de inte intresserar oss.

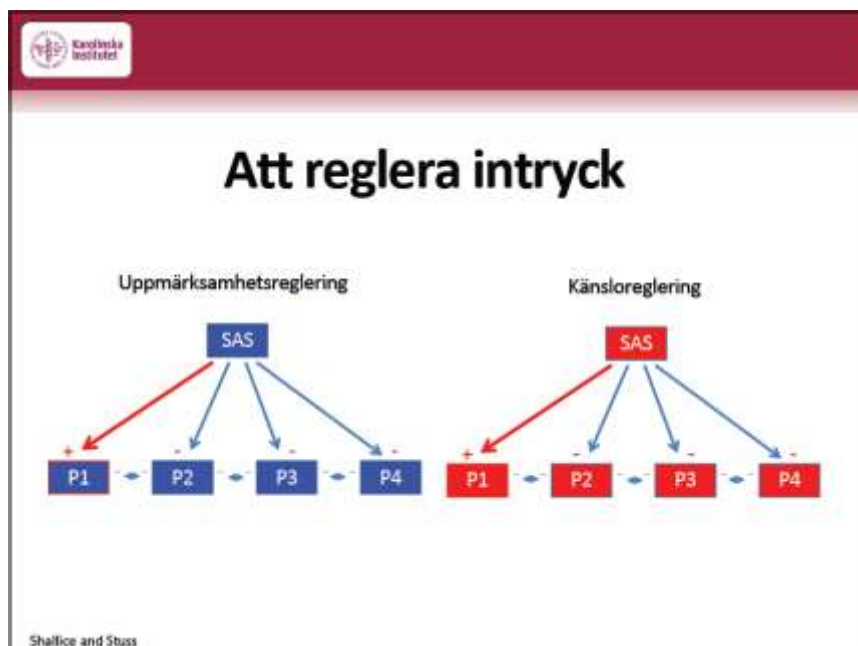


Bild 3

Våra känslor kan föra oss hit och dit. Därför måste känslorna bearbetas så att dess viktigaste budskap fångas upp utan att de får ett överdrivet inflytande på vad vi gör. Denna förmåga är nedsatt vid suicidalt beteende på samma sätt som vid så kallad *emotionell instabilitet* eller borderlinepersonlighetsstörning.

I en stor välgjord studie jämförde Soloff oa en stor grupp personer med emotionell instabilitet med friska kontroller. På flera ställen i hjärnan hade de förra en minskad struktur men trots det ökad aktivitet.

- Amygdala den kärna som snabbt ökar aktiveringsnivån vid ett hot mot livet, t.ex. genom att fly eller slåss, ”flight or fight”
- Insula, den kärna som tar emot de kroppsliga signaler som utlöser denna försvarsaktivitet *Särskilt spännande är:*
- Laterala orbitofrontala cortex, som ligger alldeles ovanför ögonen
- Nedre eller rostrala delen av främre cingulum (rostral betyder riktad mot mun eller näsa; detta område kallas rostrum)

Med hjälp av dessa områden kan vi sätta ord på våra känslor och därigenom förstå och reglera dem. Det är särskilt intressant att minskningen av strukturerna var mer uttalad hos de med emotionell instabilitet som också hade gjort allvarliga suicidförsök.

2. Integrering av motstridiga värden

Vilket beslut en person till sist väljer beror på en avvägning mellan stimulerande och hämmande impulser.

Ibland talar man om ett ”*supervisory attentional system*”, som ligger ovanför den omedelbara bearbetningen av intrycken. Detta har förmågan att stimulera bearbetningen av intryck som är av betydelse för att nå målet och hämma sådana som är av mindre betydelse eller bara stör.

På bearbetningsnivån finns det två system för att reglera intryck nämligen *uppmärksamhetsreglering* eller *icke emotionell reglering* samt *känsloreglering*.

Uppmärksamheten regleras från områden i

- Dorsolaterala eller yttre pannloben
- Bakre delen av främre cingulum

Känslor regleras från:

- Laterala orbitofrontala cortex
- Rostrala delen av främre cingulum

Strooptestet. I det s.k. *Strooptestet* visas ord i olika färger på en display. Uppgiften är att ange vilken färg ordet har oberoende av vad det betyder. Står ordet röd med röd färg är dessa två stimuli *kongruenta* och det är lätt att ge rätt svar. Står ordet blå med grön färg är *stimuli inkongruenta*. Då uppstår en konflikt i hjärnan, personen blir ambivalent. Detta gör att det tar längre tid att svara grön och det är större risk att man säger fel. I detta läge aktiveras yttre pannloben och bakre delen av främre cingulum.



Bild 4

På liknande sätt kan man undersöka reaktioner på foton av ansikten med olika känslouttryck, *emotionellt Strooptest*. Över fotot av en uppskrämd man står ordet: ”Rädd”. Det är kongruenta stimuli. Över fotot av en annan skrämd man står ordet ”lycklig” – d.v.s. inkongruenta stimuli. Återigen en konflikt som hjärnan måste reglera. Detta påminner således mycket om det förra Strooptestet, men man har lagt till en känslomässig dimension. För att korrigera för det felaktiga svaret aktiveras rostrala delen av främre cingulum. Detta område kontrollerar amygdala, ett av flera områden som styr rädsloreaktioner. Personer med emotionell instabilitet är dåliga på den här formen av reglering, framför allt de som tidigare gjort suicidförsök.

Drift-diffusionmodellen. Ofta är informationen blandad och blir då svår att tyda. Detta kan studeras med en annan modell, som man hämtat från neuroekonomin, d.v.s. hur man fattar beslut i ekonomiska frågor, t.ex. när jag väljer vilken av två produkter jag vill köpa.

Experimentellt kan man framställa ett foto som i sig blandar drag t.ex. från både Margaret Thatcher och från Marilyn Monroe. Det kan vara hälften från båda eller 70 procent från den ena och 30 procent från den andra. Men man får bara välja en av dem. Ju mer blandade de är desto svårare är det att välja och desto längre tid tar det. För att lösa detta samlar hjärnan på information som tyder på att bilden betyder den ena eller andra personen. Beslutet fattas när det ena alternativet överstiger ett visst tröskelvärde. Beslutsvåndan förstärks om det finns fler alternativ att välja mellan.

Drift-diffusionmodeller i hjärnan

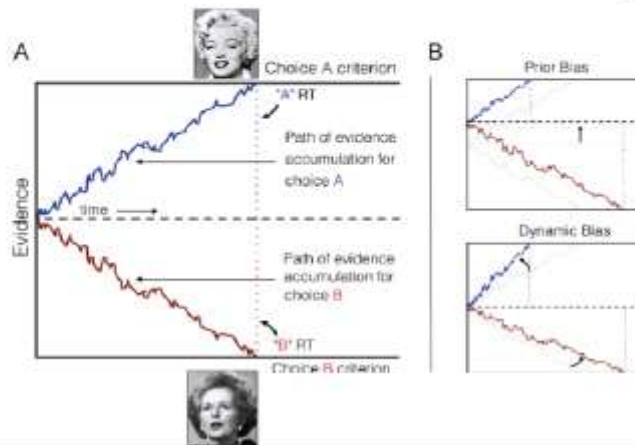


Bild 5

Man kan göra liknande studier när det gäller svåra val mellan känslor. Även för dessa görs en övergripande bedömning i rostrala främre cingulum. Om den är lite utvecklad blir beslutet svårare och tar längre tid.

Försöksbetingelserna kan kompliceras genom att man får belöningar, t.ex. mer pengar vid ett visst svar och blir straffad genom att förlora pengar vid ett annat. Belöningar verkar ske via ett område i ventrala striatum, som generellt spelar stor roll vid belöning medan bestraffningar ger reaktioner i amygdala.

Dessa avvägningar fungerar sämre hos personer som gjort suicidförsök jämfört med dem som inte gjort det. Detta gör att de negativa värdena kan styra beteendet oberoende av vilka positiva värden som föreligger.

Samma sak händer när en person t.ex. står uppe på Golden Gate bron och å ena sidan tänker på familj och vänner som hen kommer att förlora, å andra sidan tänker på den psykiska smärta som hen kommer att slippa genom att hoppa, för att till sist bestämma sig för vad som väger över.

3. Kognitiv omstrukturering

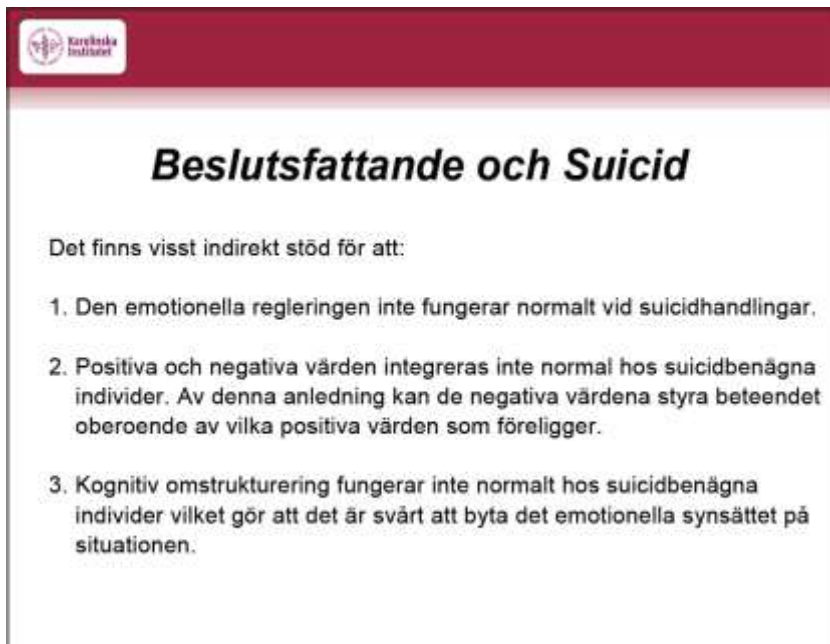
Brister i förmågan att strukturera om känslomässiga intryck och se dem ur ett nytt perspektiv samt låta det påverka bedömningen är kanske det viktigaste för att förstå bakgrunden till suicidhandlingar. Detta fungerar sämre hos suicidbenägna personer. Det gör det svårt för dem att hantera emotionella perspektiv på sin situation och sitt liv.

Det finns bra studier på detta, som också skiljer denna förmåga från att bara bli distraherad. Man kan t.ex. visa en bild av en gråtande kvinna. Åskådaren förstår att hon upplever något mycket smärtsamt. Men om man får i uppgift att försöka se detta ur ett annat perspektiv kanske man föreslår att hon är en skådespelerska som uttrycker gråt på ett alldeles utmärkt sätt eller ännu bättre en kvinna som har mött sin son, som hon inte sett på ett helt år, och därför gråter av glädje. Det är detta som kallas *kognitiv omstrukturering*, d.v.s. man har kapacitet att göra om reglerna för sitt seende, för hur man uppfattar en känslomässigt laddad bild. Normalt är det då en nedtonad aktivitet i amygdala, som bl. a. reglerar rädslan. Å andra

sidan är det stark aktivitet i laterala orbitofrontala kortex, där man kalkylerar riskerna mer rationellt. Det är detta som personer med emotionell instabilitet är dåliga på, de kan inte växla mellan olika sätt att se.

Man har också studerat vad som sker i hjärnan när en person ställs inför riskabla situationer t.ex. i ett dataspel. Detta område är inte bara mindre aktivt, det är också underutvecklat jämfört med hos andra. Den laterala orbitofrontala kortex ökar således inte sin aktivitet inför riskabla situationer.

Om man så jämför med personer som tidigare gjort suicidförsök så finner man att dessa inte heller reagerar inom detta område. Det är som om de inte kan inse konsekvenserna av sitt handlande. Jämför man personer som gjort mindre allvarliga, icke letala självmordsförsök, med sådana som gjort letala suicidförsök, är skillnaden hos de senare än mer uttalad.



Karolinska Institutet

Beslutsfattande och Suicid

Det finns visst indirekt stöd för att:

1. Den emotionella regleringen inte fungerar normalt vid suicidhandlingar.
2. Positiva och negativa värden integreras inte normal hos suicidbenägna individer. Av denna anledning kan de negativa värdena styra beteendet oberoende av vilka positiva värden som föreligger.
3. Kognitiv omstrukturering fungerar inte normalt hos suicidbenägna individer vilket gör att det är svårt att byta det emotionella synsättet på situationen.

Bild 6

Hjärnvandring. En förenklad bild av hur hjärnan fungerar

Professor Jan Beskow

För många år sedan satt tolv personer på Suicidprevention i Väst, SPIV. Vi funderade över hur hjärnan fungerade. Sedan dess har jag varje dag försökt förstå vad jag gör ur ett hjärnperspektiv. Det har varit både lärorikt och roligt. Om tjugo år tror jag att var och en av er är lika hemmastadda i er hjärna, som jag är i Göteborg. Men då ska ni veta att jag bara känner till kanske fem procent av staden där jag bor. *Men det är de delar jag behöver känna till för att leva här.* Och de har jag stor nytta av.

Evolutionen är livets stora system

När urcellen skvalpar i urhavet för nära fyra miljarder år sedan tar den in ämnen från omgivningen, bearbetar dem och stöter ut de rester den inte behöver. Den rör sig och parar sig. Och det är precis det vi människor fortfarande gör, fastän i mycket mer differentierade former. Dessutom upprepas människosläktets utvecklingshistoria, den s.k. fylogesen, i varje individs utveckling, ontogenesen. Det är därför möjligt att återfinna de viktigaste strukturerna och funktionerna och därigenom följa utvecklingen. Detta är ett uttryck för systematiken i evolutionen.

Evolutionen är också dialogisk. I det långa tidsperspektivet handlar det om en dialog mellan gener och miljö. Redan efter tre veckor kan man i ett mänskligt foster se uppdelningen i en höger- och en vänsterhjärna. Vidare finns en dialog mellan hjärnans baklob, där sinnesintrycken samlas, och dess framlob där de ordasätts och uppbyggandet av mening startar. Dialogen fortsätter sedan mellan mor och barn och vidare med familj, samhälle och kultur. De föreställningar och scheman som bildas gör att det lilla barnet kan överleva. Utvecklingen går dock inte rakt fram, den går lite hit och dit.

Dessa två grundläggande principer, system och dialog, gör att var och en av oss är insatt i ett stort och begripligt sammanhang. Att känna till detta är för mig en stor trygghet. Men vi är också insatta i ett nyskapande. Det ger mig en känsla av nyfikenhet, hopp och framtidstro.

Hjärnans struktur och funktion

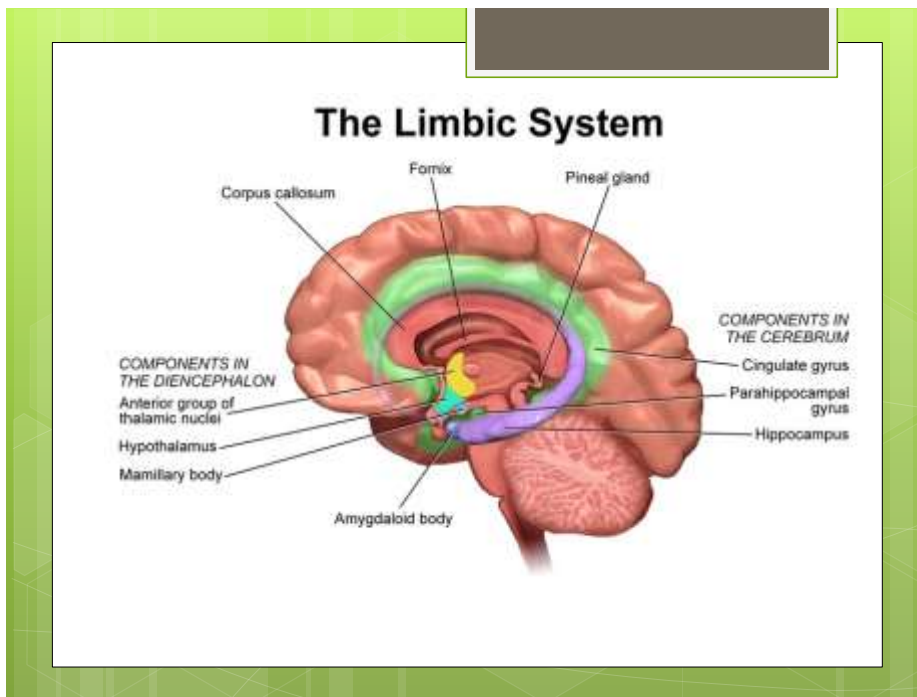


Bild 1

Bild 1 ger en övergripande orientering. Kolla särskilt in hjärnstammen som ligger alldeles framför lillhjärnan, den med grenliknande strukturer, den lilla blå amygdala som ligger djupt inne i hjärnan, nära det som kallas basala ganglier, samt den långa lila hippocampus som sträcker sig runt ett centralt hålrum i hjärnan. Alldeles under hippocampus långa svans sträcker sig hjärnbryggan eller corpus callosum. Där sker de viktigaste förbindelserna mellan den vänstra och den högra hjärnhalvan. Ovanpå hippocampus kommer en grön struktur som kallas cingulum eller gyrus cingulum. Längst ut ligger den veckade storhjärnan. Cingulum i samarbete med storhjärnans framlob sätter ord på våra upplevelser och är därför en viktig struktur. Nu ska jag beskriva detta något mer i detalj.

Hjärnstammen

En grön liten ödla som jag ser i Sorrento slänger plötsligt ut sin långa tunga, fångar en liten insekt och slukar den. Hur långt har inte hen kommit från urcellens så mycket mer passiva intag av nyttiga ämnen! I hjärnstammen finns regleringsmekanismer och speciella organ för syretransporter och utsöndring, d.v.s. för urcellen grundläggande funktioner: intag av föda, bearbetning och utstötning, rörelse och parning.

Och dessa primitiva strukturer hör fortfarande till våra huvudintressen. Se bara på alla kockprogram och kokböcker, vinprovning och livstilsråd om nyttan av motion. Men en funktion klarar vi av allra sämst, sexualitet. Dåligt hanterad sexualitet är näst droger vår största orsak till kriminalitet. Men personliga samtal om kropp och sexualitet är fortfarande begränsade av kraftfulla taburegler även om det nu finns en rörelse mot mer öppenhet. För hur ska vi kunna klara de enorma globala utmaningar vi står inför om vi inte vågar tala klarspråk om att vi själva är en del av naturen, tala om den djuriska delen i oss. En viktig del i detta är

att komplettera primitiv sexualitet, eros, med närhet och beröring, agape, d.v.s. använda även storhjärnan för att differentiera de uttryck sexualiteten tar.

Amygdala

Amygdala, mandelkärnan, reglerar känslorna, framför allt rädslan och därmed överlevnaden. När haren i ett berömt exempel går ner till dammen för att dricka och möter räven lägger hen benen på ryggen. Men när räven är ur synhåll sjunker denna generella aktivitet ner till lugnet och hen äter sin kål. Först när dammen några dagar senare åter är i sikte vaknar räv-rädslan. Hos haren och andra smådjur dominerar *rumsminnet*. De minns hotet när det aktualiseras i rummet.

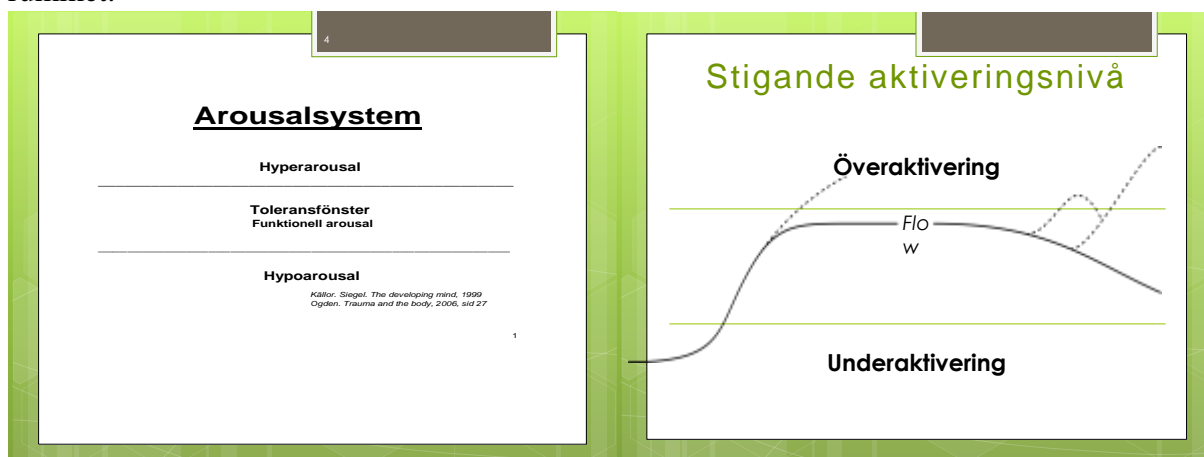


Bild 2

Bild 3

Att kunna förstå sig på hur vår allmänna aktivering, bild 2 och 3, fungerar är en annan vinst av hjärnvandringen. Det är trögt i början, det känner vi alla till, men efter en stund kan man komma upp i normalt energiflöde. I lyckliga stunder stegras det till flow med snabba och precisa prestationer. Men med ökande trötthet kommer man lätt in i överaktivitet. En bild, en tanke bryter sig in i medvetandet. Bryter jag inte då kommer det fler och snart är det fullt kaos i mitt inre. Detta kan stegras till dimsyn och dissociation då jag tappar all medveten kontroll över det som sker. Kroppen tar över. Det intressanta är att samma fenomen uppträder vid underaktivitet men då slutar det med ökad sömnighet och insomning.

Hippocampus

En skön sommardag sitter mamman på terrassen och spritar ärtor. Plötsligt ser hon hur lillflickan, två år, är på väg ut på bryggan och det djupa vattnet. Rädslan kommer som en *blänk*, men hon hinner knappt registrera den. I stället rusar hon över gräsmattan och tar tag i sin dotter.

På natten efteråt kommer allt tillbaka. Bilderna av ärtorna, gräsmattan, bryggan och flickan. Nu stiger aktiveringsnivån, av henne upplevd som ångest. ”Hon kunde ju drunknat och dött!” Mamman för en häftig dialog inom sig själv mellan å ena sida faran, dottern som död och å andra sidan vad de kan göra för att förhindra detta. Bättre övervakning, anställa en barnflicka, bygga ett staket eller flytta långt därifrån. Mamman tänker framåt. Hon tänker preventivt. Det är denna förmåga som gör att människan kan skapa världen. Att vi kan skapa den mänskliga värld vi ser omkring oss.

Elefantmamman sörjer sitt döda barn och återkommer varje dödsdag för att sörja. De större djuren, elefanter, primater och människor har en mer utvecklad hippocampus, hippo av (sjö)häst. *Tiden, tidsminnet* har gjort sitt inträde i evolutionen. I hippocampus skapas minnen som lagras i storhjärnan. Av minnen skapas framtid genom kreativitet. Genom hippocampus blir människan till. Genom hippocampus skapas suicidpreventionen.

Storhjärnan

Amygdala, rumsskräckens kärna, har nära kontakt med högerhjärnan, system 1, den del av vår hjärna som står för de omedelbara livstolkningarna medan hippocampus, tidsskräckens kärna, har nära kontakt med vänsterhjärnan, där ord blir till och medvetenhetsprocessen startar. Hur medvetenheten egentligen fungerar vet vi inte riktigt ännu. Säkert är att många hjärndelar är inblandade och att medvetenheten i första hand är bunden till tid och rum. Över den begränsade medvetenheten finns sedan system av föreställningar och regler inom familjer, samhällen och kulturer. Dialogen fortsätter.

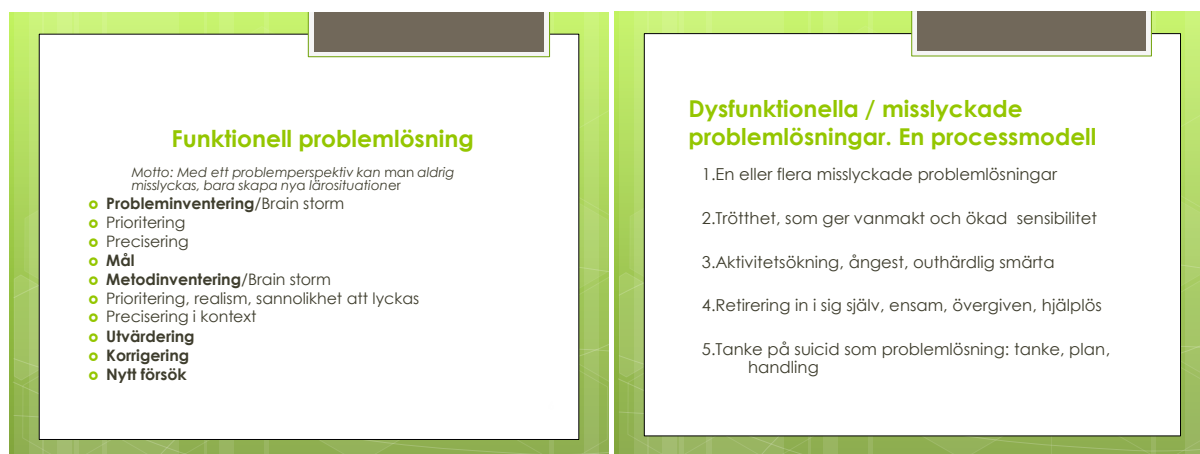


Bild 4

Bild 5

Dessa föreställningar och regler hjälper oss att lösa livets problem, bild 4. Men ibland låser de oss, bild 5. Modeller av funktionella och dysfunktionella problemlösningar är därför väl ägnade för att förstå suicidalitet. De bakomliggande problemen kan vara av många slag, inte minst konsekvenser av psykisk störning, men också andra bekymmer såsom relationsstörningar och kroppslig sjukdom.

Hjärnvandringen – hitta gärna på ett bättre ord – gör oss successivt alltmer medvetna om vad som händer i och omkring oss. Genom hjärnans otroliga snabbhet handlar det ofta om avgränsade, små situationer, mikrosituationer. De har en tendens att gå djupt in. De har stor förändringskraft. Dessutom är det så att extremfall av mänsklig erfarenhet säger oss extra mycket. Att stå nära döden, att försöka ta sitt liv är en sådan extremsituation. De som varit i den situationen har mycket att lära oss. Det är utifrån deras erfarenheter som vi kan ställa viktiga frågor till hjärnforskarna.

Anna Ehnvall. En sådan fråga är: Vad är den psykiska smärtan och vilken roll spelar den inom suicidaliteten. Att förstå hur denna smärta uppkommer och hur den kan hanteras är ett viktigt uppdrag för samarbete mellan hjärnforskare och vi som arbetar med suicidprevention.

4 G Suicidaliteten ur ett genusperspektiv – hur kan vi arbeta förebyggande för att minska suicidtalerna bland män?

Suicidpreventionsarbetet behöver ett genusperspektiv

Presentationer och samtal mellan Niklas Ekdal, journalist och författare, Bo Helsing från Mottagningen för unga män (MUM) och Tina Andersson från Kunskapscentrum för jämlik vård (KJV), PP-presentation.

Niklas Ekdal talade med utgångspunkt från sin bok ”Hur jag dog” (Brombergs) om sina personliga erfarenheter av psykisk ohälsa och depression och sina tankar om hur idéer och ideal kring manlighet påverkar möjligheter att identifiera och söka hjälp för psykisk ohälsa. Han delade också med sig av tips och tankar om vad som behöver göras för att minska suicidtalerna bland män:

Slutsatser med fokus på mäns självmord

- Tyst erfarenhet i nästan alla släkter
- Alla ångrar sig som försökt ta sitt liv
- Olycklig uppdelning kropp & själ
- Vård viktigare än övervakning
- Bredda kriterier för ECT-behandling
- Lyssna mer på anhöriga än på patienten
- Minska tillgängligheten till metoder
- Olycklig uppdelning mellan sjukt och friskt
- Normalisera kriser, motverka självföreläsa
- Gå vidare mot nollvisionen för suicid
- Öka öppenheten i massmedierna

Bo Helsing från MUM berättade om deras arbete med att bli mer mottagliga för killar och unga män och visade citat från besökare på MUM. Många berättar om att tröskeln för att söka stöd och hjälp till stor del handlar om att ”man inte söker hjälp som kille”, ”man pratar inte om känslor som kille” och att ”manligheten ligger som ett cementblock över känslorna”. Bo pratade också om vikten av att kunna hålla flera perspektiv i tanken samtidigt när man pratar om män och maskulinitet: både maktperspektivet, mäns utsatthet och olikheter mellan män.

Tina Andersson från KJV pratade om hur suicidpreventionsarbetet behöver ett genusperspektiv. Dels om hur genusnormer påverkar alla steg av kedjan från att identifiera psykisk ohälsa till att få rätt diagnos/behandling. I allt från att vara lyhörd gentemot sitt mående/sin kropp, tolka sina känslor och potentiell ohälsa, sätta ord på detta, prata med närstående, identifiera behov av vård/stöd/hjälp, söka vård/stöd/hjälp, beskriva och sätta ord på sina symtom, hur vården tolkar dessa symtom, diagnos, behandling, eventuell sjukskrivning och rehabilitering. Genusföreställningar påverkar hela vägen och vi behöver i varje steg vara medvetna om detta.

I grupp pratade Niklas, Bo och Tina om vikten av att jobba med genusmedvetet preventionsarbete på olika nivåer samtidigt. Hur man måste jobba med att förändra genusstrukturer, men också arbeta med kompensatoriska insatser för att nå killar och män utifrån nuläget. Tandvården, föreningslivet, arbetsplatsen, skolan: hur kan de vara arenor för uppsökande, proaktiva, riktade insatser?

4 H Samtal om suicidprevention för äldre

Kvalitet i äldreomsorgen ur ett anhörigperspektiv

Lena Gustafsson, projektledare Barn som anhöriga, Nationellt kompetenscentrum för anhöriga, *PP-presentation*, lena.gustavsson@anhoriga.se

Inför framtagandet av förslaget till nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen, ”Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer” (SOU 2017:21) tog Nationellt kompetenscentrum för anhöriga, Nka fram en rapport ”Kvalitet i äldreomsorgen ur ett anhörigperspektiv”, till underlag för arbetet med kvalitetsplanen.

Metod och syfte



Vi har studerat vad som kännetecknar en kvalitativ äldreomsorg ur ett anhörigperspektiv.

Syftet med rapporten är att:

- Kartlägga anhörigas erfarenheter av och önskemål avseende kvalitet i vård och omsorg för äldre närstående.
- Identifiera skillnader i erfarenheter och önskemål beroende på kön, klass och kulturell bakgrund.
- Föreslå prioriterade områden för utveckling i policy, praktik och forskning inom området.

Studien har tagits fram genom en litteraturgenomgång av internationell och svensk forskning.

Litteraturgenomgången har kompletterats med fokusgrupper bestående av representanter från nio

organisationer, respektive fem beslutsfattare på nationell och regional nivå som involverar viktiga intressegrupper.

Förändringar inom den offentliga äldreomsorgen

Den offentliga äldreomsorgen som byggdes upp under 1950- och 1960-talet har haft stor betydelse för anhöriga i Sverige i form av stöd och avlastning. Forskning visar att det skett stora förändringar inom äldreomsorgen de senaste 30 åren:

- andelen som får hjälp av hemtjänsten har minskat med 100 000 personer.
- andelen av befolkningen som är 80 år eller äldre har ökat med mer än 200 000 personer.
- andelen som är 80 år eller äldre med hemtjänstinsatser har minskat från 34 till cirka 20 procent mellan åren 1980 och 2002
- andelen som bor/vårdas i olika former av särskilda boenden har minskat från 28 till cirka 20 procent.

Vad ligger bakom utvecklingen?

- En förbättrad hälsa bland äldre.
- Förändringar inom den offentliga äldreomsorgen, parallellt med neddragningen av omsorgstjänsterna som gjort att fler äldre med mindre hjälpbehov finns utanför det offentliga åtagandet.
- Behovsbedömningen har blivit mer restriktiv när det gäller hemhjälp och det sociala innehållet i hjälpen har utarmats.
- Antalet platser i äldreboenden har minskat och vårdtiden inom sjukvården kortats ned.

Utvecklingen speglar en restriktivare tolkning av det offentliga ansvaret. Drivkraften bakom utvecklingen är kommunernas och landstingens utmaningar med att finansiera vård och omsorg. Sammantaget har detta lett till ökad vård i hemmet och ett större ansvar på familjen.

Anhöriga – fundamentet i den svenska äldreomsorgen

I dag uppskattas det att informella vårdgivare (individer eller grupper som utför vård och omsorg för en närstående, släkt, vänner och/eller grannar) står för omkring 75 procent av all äldreomsorg i Sverige. Enligt forskningen har den informella omsorgen ökat jämfört med tidigare.

En undersökning från Socialstyrelsen visar att var femte person som är 18 år eller äldre ger omsorg till en närstående. Det innebär att 1,3 miljoner anhöriga är omsorgsgivare vilket kan få stora konsekvenser för omsorgsgivarnas hälsa, sysselsättning och livskvalitet.

Vilka är då de anhöriga?

Vuxna barn i yrkesverksam ålder är den största gruppen. Främst är det medelålders döttrar som ökat sina insatser. Även om kvinnor utgör majoriteten av dem som ger omsorg till en sjuk närstående är det lika vanligt att män vårdar kvinnor bland makar/sambo. Anhörigomsorg kan försämra ekonomin och arbetssituationen på flera sätt. Drygt 90 000 kvinnor och drygt 50 000 män i åldrarna 45–66 år har minskat sin arbetstid, sagt upp sig eller gått i pension tidigare än beräknat på grund anhörigomsorg. Nio av tio anhörigvårdare får ingen ekonomisk kompensation för vården vilket innebär betydande konsekvenser för de yrkesarbetande anhörigvårdarna.

Resultat

Forsknings-sammanställningens resultat och deltagarnas (fokusgrupperna) erfarenheter stämmer till största delen överens. Det övergripande temat är trygghet för både äldre och anhörig. Men också utbildad och kompetent personal som förstår

- vikten av kommunikation och information
- utbildning till anhöriga
- behovet av delaktighet

I diskussionen behandlas de grundläggande förutsättningarna för att anhöriga ska uppleva god kvalitet inom vård och omsorg för äldre närstående. Vi presenterar också förslag på åtgärder för utveckling av kvaliteten i vården och omsorgen för äldre ur ett anhörigperspektiv.

Förslag på åtgärder

Med utgångspunkt från kunskapsgenomgången och fokusgrupperna med de olika intressenterna framförs förslag till prioriterade områden för utveckling av kvaliteten i vården och omsorgen för äldre ur ett anhörigperspektiv.

Följande åtgärder föreslås:

Individuell nivå

- Anhörigas behov och önskemål kartläggs och deras insatser för den äldre närstående planeras i samverkan/partnerskap med den äldre närstående och vård- och omsorgspersonalen. Stöd till anhöriga planeras och följs utifrån deras individuella behov, önskemål, etnicitet och kön.

Organisatorisk nivå

- Skapa policy och rutiner för delaktighet, information och jämställdhet avseende de äldre närstående och anhöriga. Införa kontinuerliga uppföljningar av anhörigas uppfattningar av den vård och omsorg som ges till deras äldre närstående.
- Införa ett systematiskt arbetssätt för kartläggning av anhörigas behov och önskemål, planering och uppföljning av insatser för stöd till anhöriga. Genomföra utbildningar för beslutsfattare och personal om anhörigas situation, behov, önskemål om stöd och strategier, metoder och verktyg för arbete i partnerskap med anhöriga.
- Genomföra information och utbildningar för anhöriga om
 - praktiska färdigheter att ge vård och omsorg,
 - de närstående och deras egna rättigheter,
 - hur vården och omsorgen fungerar,
 - vad det finns för hjälp och stöd att få i samhället och
 - strategier att bemästra situationen.
- I samverkan med anhöriga vidareutveckla nuvarande tjänster och utveckla nya tjänster, metoder och verktyg för stöd till anhöriga.

Nationell nivå

- Förändringar av lagstiftning och policy avseende anhörigfrågor genomförs där anhörigas rättigheter stärks och tydliggörs. Genomföra kontinuerliga kartläggningar av anhörigas insatser avseende omfattning och konsekvenser.
- Den 31 mars 2017 lämnades betänkandet "Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer" (SOU 2017:21) till barn-, äldre- och jämställdhetsminister Åsa Regnér. Den är nu ute på remiss i landet. I avsnitten om anhöriga har Nka:s rapport beaktats.

Summering – Hur går vi vidare?

Moderator: Else-Marie Törnberg, verksamhetschef Suicidprevention i Väst

Medverkande: Alfred Skogberg, generalsekreterare Suicide Zero, Sonny Wählstedt, verksamhetsansvarig och ordförande NSPHiG, ordförande SPES och SPIV, Lise-Lotte Risö Bergerlind, enhetschef Kunskapsstöd för psykisk hälsa, VGR, Ing-Marie Wieselgren, projektchef Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Ylva Ginsberg, (sjuk) medicinskt sakkunnig, Socialstyrelsen, Jenny Telander, utredare, Folkhälsomyndigheten och Kerstin Evelius, nationell samordnare för psykisk ohälsa, Socialdepartementet.

Else-Marie Törnberg inledde med att nämna att temat för konferensen är: Ett steg till, ny kunskap och effektivare samarbete för att förebygga självmord.

Därefter presenterade hon pandedeltagarna, några som hon kallade några röster från Sveriges framåtdrivande krafter när det gäller självmordsprevention. Var och en fick ett par minuter att utveckla sina tankar om mål och utvecklingssteg om suicidprevention inom sina verksamheter och ansvarsområden och för att se vilka hinder som finns och om hur de kan överbryggas. Framför allt efterfrågade hon konkreta mål på kort sikt till nästa konferens, men också på längre sikt, t.ex. en femårsperiod.

Alfred Skogberg, Suicide Zero

– Handlingsplaner behövs över hela Sverige. Län, regioner och kommuner måste se över hur man kan arbeta lokalt för att förebygga självmord. Fler och fler delar av Sverige antar handlingsplaner, nollvisioner, budget, utbildningsinsatser och samordnare. Kunskapen ökar, man ser över hot spots och arbetar strategiskt långsiktigt. Men detta måste ske i hela Sverige.

– Mycket mer pengar måste satsas om vi radikalt ska få ner självmordstalen. Sex gånger fler tar sitt liv jämfört med de som dör i trafiken och jämförelsevis satsas otroligt mycket pengar på att förebygga trafikolyckor medan suicidpreventionen har förhållandevis små anslag. Man måste också beakta de kostnader som 15 000 självmordsförsök kostar årligen.

– Vi måste enas om mål och delmål för hur mycket vi tror att självmorden kan minska inom 5 år. Det behövs delmål och utvärderingar för att se om vi är på rätt väg. Om inte vad gör vi då?

WHO har ett mål på en minskning av 10 procent till 2027. Det är alltför blygsamt.

– Jag föreslår 20 procent inom 5 år. Jag föreslår också ett internationellt pris, ett slags Nobelpris, för bästa suicidpreventiva åtgärder. Var gör man riktigt bra insatser? Detta kan vara ett sätt att sätta Sverige och suicidpreventionen på kartan.

Sonny Wählstedt, NSPHiG, SPES, SPIV

– Instämmer i de kloka ord som Alfred Skogberg sagt. Själv representerar jag en organisation som har ca 1 000 medlemmar, som både är drabbade innan själva suicidet och även efter det har skett, som närstående, som anhörig. Ofta är det en resa på flera år där man själv sakta brutits ner och mår oerhört dåligt i en situation där man ser en av sina närmaste kära brytas ner och dö i ett självmord. Efteråt ska man orka leva sitt eget liv och ta hand om sina närmaste som finns kvar. Ett dubbelsidigt problem.

– För dem som mår väldigt dåligt behöver vi skapa samtalsstöd, lågtröskelforum/mötesplatser om existentiella frågor, som exempelvis MUM, mottagningen för unga män i Göteborg. Där

har man samtal i grupp om existentiella frågor och psykisk ohälsa med en handledare. Vi behöver hitta former för att nå människor som mår dåligt i sin vardag.

– Vi behöver också ha ett efterlevandestöd som är värd namnet. 1500 människor dör i Sverige i självmord varje år. Det blir 10 000 tals anhöriga, som mår jättedåligt och det finns inget utbyggt stöd för dem. Det finns inget annat stöd än samtalschattar och Facebookgrupper för anhöriga som kämpar för att överleva och komma vidare i livet. Det behöver satsas pengar för att ge den ideella sektorn, det civila samhället, möjlighet att arbeta med dessa frågor.

– En hälsning till finansminister Magdalena Andersson, som nyligen talade om att Sveriges ekonomi nu har ett reformutrymme på 40 miljarder: Satsa lite pengar på att förstärka den här sektorn med samtalsstöd och efterlevandestöd. Men också på de mål som Alfred Skogberg tog upp.

Lise-Lotte Risö Bergerlind, VGR

– När det gäller hälso- och sjukvårdens roll så vill jag på både kort och längre sikt att hela sjukvården förstår att suicidprevention är ett uppdrag. Många äldre som tar sitt liv har haft kontakt inom primärvården, som gör ett bra utvecklingsarbete kring de här frågorna. Men den somatiska specialistvården i övrigt är ganska oengagerad eller okunnig i de här frågorna. Vi vet ju att självmordsrisken efter ett cancerbesked ökar flerfaldigt. Eller vid ett diabetesbesked eller annan kronisk sjukdom som påverkar livet för all framtid. Och det ger en existentiell kris. Om jag inte mår riktigt bra innan så ruckas jag i grundvalarna och där borde somatiken kunna se att det är ett problem som är deras ansvar och inte en person som med automatik ska remitteras till psykiatrin.

– För psykiatris del måste vi bli mycket bättre på att se till att det finns väl utbyggd evidensbaserad behandling för alla psykiska sjukdomar överallt i hela Sverige. Idag är det väldigt ojämnt spritt. Vi har mycket bra behandling idag, det har hänt otroligt mycket på 10 – 15 års sikt, inte minst när det gäller olika psykoterapier, men de finns bara fläckvis, ofta kopplat till storstäderna. Där har vi ett arbete att göra för att kunna erbjuda medborgarna jämlik vård. Det finns hinder i det här. Vår egen rädsla och att det är svårt att närma sig detta. Flera brukarrepresentanter har nämnt rädslan. Att rädsla har drivit dem in i det självskadebeteende de har haft. Rädslan finns också hos oss behandlare, rädslan att misslyckas. Då blundar vi hellre, det är en försvarsmekanism. Vi måste hjälpas åt att bli kunniga och kompetenta så att vi kan stödja varandra i det här arbetet så att vi vågar öppna ögonen och upptäcka de medmänniskor som vi har runt i kring oss, både bland patienter och bland arbetskamrater som har svårigheter och behöver stöd och hjälp.

– Vi har en utmaning när det gäller kompetensförsörjning, att få tag i rätt yrkesgrupper som kan ge de här fina behandlingarna som finns. Vi har också anhöriga och närstående men använder den resursen alldeles för lite. Både kring en suicidbenägen person att få med anhöriga. Det är extremt sällan en patient säger nej. Både som källa för mer kunskap och breddat beslutsunderlag men också att kunna ge stöd och avlasta anhöriga, så att de orkar vara de kloka anhöriga som man behöver när man är sjuk. Men också efteråt när det värsta någon gång ibland tyvärr händer, att både lära vad vi kunde ha gjort men också stöd till de som är drabbade. Anhöriga och närstående ser jag också som en väldigt viktig fråga att arbeta vidare med.

Ing-Marie Wieselgren, SKL

– Det behövs handlingsplaner, men det räcker inte med fina handlingsplaner. Den stora utmaningen är att få det att hända. Vi har ofta bra planer och tankar men i den stora helheten är det en brist på brådska som präglar hela organisationerna. Vi vill göra det här men det går inte, det finns inte pengar, inte beslut och inte resurser. Det är så otroligt segt innan det händer i verkligheten. Den snurran måste vi få mycket mer fart på. Det måste vara målsättningen på kort och lång sikt att hitta system för att speeda upp det här. Samtidigt kan man säga tvärtom. Vi behöver skapa mer tid för eftertänksamhet, möjlighet att fundera, att prata, att ha tid att ställa frågor. I vardagsmötet måste vi snarare försöka skapa mer tid.

– Vi vill förhindra självmord men vi måste också jobba i den andra änden att man vill leva. Hur skapar vi en anda i ett samhälle där man vill leva? Ett samhälle som har förtroende för de sociala stödsystemen. Om man mår dåligt och inte tror att det finns någon hjälp att få. I krisläge behöver tilltron till samhället och institutioner vara välgrundad om det ska hålla i en krissituation. Just nu har vi inte den stämningen i samhället, så det behöver vi jobba på.

– Vi behöver personal, utbildat folk, som måste vilja jobba i de här verksamheterna och tro att de gör nytta. Utifrån SKL-perspektiv är det viktigt för oss att ge stöd till politiker och tjänstemän att fatta rätta besluten och omsätta dem och se till att vi har en arbetsmiljö där folk vill jobba så att vi har verksamheter som samhället har förtroende för.

Jenny Telander, Folkhälsomyndigheten

– Vi måste absolut arbeta tillsammans, om det är något som den här konferensen har bevisat är det att vi är oerhört många. Ett arbete som kräver insatser på många olika plan och inom många olika sektorer. Vi på Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag att samordna suicidprevention på nationell nivå. Det gör vi genom nationell myndighetssamverkan och samverkan med ideella organisationer och forskare.

– Samverkan behöver förstärkas på alla nivåer. Vi har tidigare pratat om strukturer för samverkan som på sikt bör finnas på alla nivåer i samhället. För oss på nationell nivå har vi som mål att stärka närmare samverkan med andra myndigheter som vi inte samverkar med idag. Att ta fram kunskapsstöd tillsammans baserat på behov på lokal och regional nivå.

– Vi ska stärka uppföljning och spridning av kunskap. Alla delar behövs. Men framför allt är vår roll också att lyfta folkhälsoperspektivet och det förebyggande och främjande arbetet. Att arbeta utanför hälso- och sjukvården med många befolkningsinriktade insatser som kan ha stor betydelse. Att se alla delar är vårt bidrag, på kort och på lång sikt. Det hänger också ihop med att ta fram handlingsplaner som innefattar alla de här delarna, så att ingen del av samhället glöms bort.

Kerstin Evelius, Socialdepartementet

– Vad kan jag göra i min roll? Jag är regeringens samordnare för psykisk hälsa. Två uppdrag jag har är att stödja samverkan och lämna förslag på insatser som behöver göras. Suicidpreventionen är den röda tråden i allt arbete med psykisk hälsa och ohälsa. Därför är det oerhört centralt. Om vi bara skulle satsa på en enda sak, skulle det vara suicidprevention, för där finns allt med.

– Det är fantastiskt att vi har gått från ett statligt stöd på 3 miljoner till 40 miljoner. Pengar kommer att behövas, men det vi alla behöver göra är att säga vad pengarna ska användas till.

Det jag tycker mycket om i den senaste satsningen är att mycket pengar går till ideella sektorn, för där tror jag det finns mycket kraft.

– Inte minst den här konferensen har visat att vi har hela samhället med. Jag har varit och lyssnat på blåljuspersonal och akuta situationer. Men jag tror också att en stor utmaning är att skapa förutsättningar för de myndigheter, som vi traditionellt inte har arbetat så mycket med, att engagera sig. Att ge dem rätt förutsättningar för att vara delaktiga och engagerade. Tillsammans kan vi åstadkomma någonting och jag tror att vi är på god väg. Det har gått fort ändå. Men väldigt är mycket kvar. Nästa steg är att hela samhället engagerar sig och min roll är att ge förutsättningar för myndigheterna.

Ylva Ginsberg, Socialstyrelsen, sjuk, Else-Marie Törnberg läste upp texten från en PP-bild

Summering - Hur går vi vidare?

- **Suicidpreventiva insatser på individnivå**
 - Behandling av depression/suicidalitet, uppföljning av suicidala patienter och säker vårdkedja har vetenskapligt stöd (Zalsman et al, 2016)
 - Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom samt Socialstyrelsens samlade stöd för patientsäkerhet stödjer dessa insatser
 - God och effektiv samverkan med andra myndigheter och SKL är en förutsättning (och samtidig utmaning) för effektiva insatser
- **Primärvårdens och somatiska specialistvårdens viktiga roll i det suicidpreventiva arbetet**
 - Många, framförallt äldre som suiciderar har inte varit i kontakt med psykiatri, däremot med primärvård och/eller somatisk vård
 - Behövs bättre möjligheter att följa primärvårdens insatser via registerdata

Hur reagerar ni på varandras inlägg undrade Else-Marie Törnberg?

Alfred Skogberg

- Vi vet mycket om vad som är effektivt för att få mer kunskap och också för att arbeta mer förebyggande. Det behövs för att hitta varningstecken så tidigt så möjligt och då kunna ge adekvat och snabb vård som följs upp och utvärderas.
- De utbildningar som finns måste användas i mycket högre utsträckning än idag. YAM, Våga fråga, Första hjälpen till psykisk hälsa m.fl. måste ut mer och återkommande. Det räcker inte med en utbildning en gång, man behöver träna. Utbildning borde genomföras regelbundet i skolan och på företag.
- Händelseanalyser är jätteviktigt, d.v.s. att man tittar på omständigheterna vid självmord och självmordsförsök och lär sig utifrån det som har inträffat. Det görs efter varje trafikdödsolycka, men det är inte säkert att man ens gör en utredning när ett barn tar sitt liv.

Vi har fyrtio till femtio tonåringar per år som tar sitt liv. Det är inte säkert att någon tittar på omständigheterna och drar slutsatser och ser vad vi kan lära oss.

– I Åmål har fem tonåringar begått självmord under två år. Det är inte den första enskilda incidenten när det gäller suicidkluster eller copy catsuicid. Det är inte acceptabelt att det händer tragedi på tragedi på små orter. Där har vi massor kvar att göra med att föra ut kunskap och se till att det blir rejäl verkstad. Det måste finnas en ordentlig budget och rejäla mandat runtom i landet så att arbetet intensifieras.

Sonny Wählstedt

– Vi har länge tänkt att det vore klokt att ta in skola och socialtjänst och alla relevanta aktörer som funnits runt den här människan. Och att inte bara se fyra veckor bakåt vilka kontakter man haft inom hälso- och sjukvården. I varje kommun borde man ha en liten arbetsgrupp som tittar och följer upp delar av detta. Vad ser vi för klusterliknande tendenser i de här händelserna, vad kan vi göra långsiktigt inte bara titta på enskilda fall.

– Om vi ser på de stimulansmedel som gått till kommuner och landsting via PRIO-satsningen så var det riktade medel till hälso- och sjukvården. De har gett snabba resultat. Vi har fått en samverkansprocess och vi har fått igång ett enormt utvecklingsarbete även i våra ideella organisationer. VGR (Västra Götalandregionen) har varit fantastiska medspelare och även Göteborgs kommun.

– Vi behöver se en liknande ekonomisk satsning för just området suicidprevention därför att det är så allvarligt. Det är av en sådan dignitet. Det är så många människor vi pratar om. Vi måste så snabbt vi någonsin kan skjuta till medlen och få ner de här talen.

– Då handlar det om att vi måste specialisera oss på hur vi kan jobba preventivt och jobba med tidiga insatser. Via nya resurscentrum för psykisk hälsa så samordnar vi de strukturer som vi kan använda. Men vi behöver också lite energi och lite muskler för att kunna förändra de här siffrorna, som tyvärr ligger på en konstant nivå och det är förskräckligt.

Lise-Lotte Risö Bergerlind

– Jag var på ett seminarium om suicidprevention för äldre där en man som arbetat i räddningstjänsten i många år talade om broar och räcken.

– Jag har varit med och gjort händelseanalyser efter självmord och vi begränsar oss till det som rör hälso- och sjukvården. Har vi skrivit ut för mycket läkemedel på en gång, har vi haft glapp mellan utskrivning och uppföljning? Men vi har aldrig tänkt i termer att självmordet skedde genom hopp från en bro och hur såg den bron ut och vem ska vi prata med för att den bron ska bli bättre i framtiden.

– Händelseanalysmodellen inbegriper att varje huvudman tittar på sitt, men vi borde också titta tillsammans och dra slutsatser. Vad kan Trafikverket göra, vad kan kommunen göra, var det ett indraget biståndsbeslut e.t.c. Så att vi får helhetsbilden, därför att för individen är det helhetsbilden man förhåller sig till. Men vi är i våra stuprör. Där skulle vi kunna göra mycket mer och gå fortare fram.

Ing-Marie Wieselgren

– Jag tror också på gemensamma händelseanalyser men jag är helt övertygad om att kommuner och landsting behöver få hjälp. Hur ska rutinerna vara, hur kan man göra detta? Men man kommer att behöva göra lagändringar för att det ska vara tillåtet.

– Vi måste lyfta gruppen asylsökande nyanlända och framförallt den grupp på många tiotusentals personer som kommer att vara papperslösa och som gömmer sig och som inte har rätt till vård. Hur ska vi möta detta? Där har vi en hög risk för självmord och det kommer att göra att siffrorna inte går ned. Vi har en stor ökning i den gruppen. Och det är bråttom, det händer nu. Det är jättemånga som mår jättedåligt just nu.

Jenny Telander

– När det gäller att skapa förutsättningar har vi en stor utmaning i hur våra uppdrag är formulerade och hur andra myndigheter och andra aktörer får uppdrag från sina uppdragsgivare. Vi har i dagsläget korta uppdrag, ettåriga politiskt styrda uppdrag. Det är alltid en utmaning att vi inte vet vad som händer nästa år och då kan vi inte planera långsiktigt. Det blir också svårare att bygga upp långsiktiga samarbeten. Jag tror att den politiska viljan finns där, men man måste också skapa förutsättningar och ge signaler att det här arbetet får fortsätta så att det kan skapas långsiktiga relationer.

Else-Marie Törnberg

– Vi behöver revidera de strategier vi har på nationell nivå. Vi har haft en diskussion om hur man kan konkretisera var och en av de nio strategierna och kanske lägga till ett tionde mål som Åmåls kommun har att stödja anhöriga efter suicid.

Sonny Wählstedt

– Vi är överens om digniteten av det här problemet och vi har arbetat med det men ingenting händer. Det är ändå samma hemska brutala siffror år efter år. Vi har mycket människor som vill förändra den här verkligheten. Skulle vi inte kunna göra så här att du Kerstin tar initiativ till en samverkan mellan relevanta parter för att ta fram en handlingsplan och en budget som visar vad vi ska satsa på, ett slags kriskommission. Det här är den elfte konferensen och vi har alltid varit överens men utvecklingen står i stort sett still. Alla relevanta aktörer behöver sitta ner vid ett runt bord och diskutera hur vi går vidare. Kunskap att förändra finns men vi behöver ett mandat att komma med förslag.

Alfred Skogberg

– De nio strategierna som riksdagen antog 2008 har vi tittat på bl.a. hos Folkhälsomyndigheten, eftersom de är ganska högtflygande och relativt abstrakta. De är ju samtidigt det som är till grund för arbetet, men hur kan de konkretiseras så att det blir tydligare? När län och kommuner antar handlingsplaner så utgår man ofta från de nio strategierna. Det är mycket jobb att förstå vad det innebär att minska alkoholkonsumtionen. Hur kan man konkret göra? Där skulle jag vilja se en version 2.0 av de nio strategierna. Så att det blir mycket tydligare vad man snabbt kan komma igång med och faktiskt göra.

Kerstin Evelius

– Den naturliga parten i ett sådant arbete som Sonny föreslår är Folkhälsomyndigheten. Ni har byggt upp kunskap och skapat ett fantastiskt nätverk. Det står i alla myndighetsbrev om samverkan med andra myndigheter. Men nästa steg kanske är att man behöver påminna om det. Påminnelsen blir extra stark om återföljs av medel. En viktig signal är att det får ta tid och får ta kraft från er organisation. Det är prioriterat. Det är ett jättebra förslag.

Folkhälsomyndigheten har goda förutsättningar att komma vidare för ni har så mycket goda kontakter.

Jenny Telander

– Vi bygger upp den här strukturen och vi har kommit en bit på väg men vi skulle få mer hjälp och mer kraft i arbetet om de andra myndigheterna som vi samverkar med fick uppdrag i sina styrdokument. Nu samverkar vi med många av frivillighet och god vilja och de brinner för den här frågan. Det är positivt. Men man kämpar mot andra prioriteringar och om det här inte är den myndighetens absoluta kärnfråga så tar man ju från något annat. Blir det uttalat så får man absolut en skjuts. Så det vore oerhört positivt för oss och för den nationella samverkan.

På Else-Marie Törnbergs fråga till publiken om vi ska jobba fram ett sådant program svarade publiken med ett rungande ja.

Anneli Wester framförde ett önskemål om att inte bara experter utan även personer med egen erfarenhet av självmordsförsök bör ingå i ett sådant arbete. Else-Marie instämde men påtalade att brukarorganisationer ingår och de representerar såväl egnerfarna som anhöriga.

Anna-Lena Andersson från Trafikverket ville bemöta Alfred Skogberg. Hon tyckte att panelen var ett fantastiskt gäng och var imponerad av det som sagts. Men hon framhöll att vi inte bör sätta trafikforskningen i motsättning till suicidpreventionen. Vi har 4 000–5 000 personer som årligen skadas mycket allvarligt. Det är ett stort folkhälsoproblem med mycket lidande och kostnader. Vi ska lyfta fram suicidforskningen som något viktigt och självklart att lägga pengar på. Inte ställa dem mot varandra.

Alfred Skogberg svarade att han snarare ser trafiksäkerheten som inspiration. Han nämnde också att de 15 000 självmordsförsöken också resulterar i stora kostnader och mänskligt lidande. Men tillade att vi har allt att lära av varandra.

Else-Marie Törnberg avslutade med ett stort tack till panelen.

Avslutande ord

Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska institutet, chef för Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) vid Karolinska Institutet

- Jag ska göra en kort summering av mina reflektioner och efter den kommer en resolution som professor Jan Beskow kommer att presentera för er, så gå inte iväg.
- Det har sagts väldigt många kloka ord och fina föredrag har hållits. Jag uppskattar alla inlägg från panelen men önskar ge en eloge till Kerstin Evelius, nationell samordnare för psykisk hälsa, som för några år sedan återupptog hela processen att stödja det suicidpreventiva arbetet i Sverige.
- Jag håller med dig fullständigt, Kerstin. Man ska arbeta med suicidprevention, då löser man problem med psykisk ohälsa. Inom suicid koncentreras allt, både existentiella problem, psykiatriska problem, sociala problem och den yttersta utsattheten.
- Det finns evidensbaserade metoder som kan användas i lokala, regionala och nationella strukturella planer. Användning av de evidensbaserade metoderna måste prioriteras. Bekanta er därför med de sammanställningar som Världshälsoorganisationen (WHO), Europeiska Psykiatriska Föreningen och Amerikanska Psykiatriska Föreningen har gjort samt med de vetenskapliga artiklar som NASP och Folkhälsomyndigheten sammanfattar och publicerar på sina respektive hemsidor.
- Evidensbaserade folkhälsostrategier och sjukvårdsstrategier bör gå hand i hand. Vi får absolut inte dela på de olika strategierna, för om vi gör det har vi åkt på en fälla som kommer att straffa sig i längden. Men tänk också på att beprövad erfarenhet och pedagogiska metoder som fungerar är viktiga komplement. Om vi inte använder dem gör vi ingenting och det är oförsvarbart.
- Jag har tagit med mig två viktiga lärdomar från konferensen: För det första, att vi har glömt vikten av samtalet mellan patienten och behandlaren. Vi måste återuppliva de gamla traditionerna, att lyssna på och föra dialog med den självmordsnära personen som är expert på sitt eget lidande.
- För det andra att vi behöver lyssna ännu mer på våra avnämare. Barbara Stanley sa i morse att femtio procent av de suicidala patienter som besvarade hennes enkät, svarade att det som hjälpte dem mest i den akuta situationen var att få vara en del av ett socialt

12:e NATIONELLA KONFERENSEN

SUICID PREVENTION 2019

NORRKÖPING

2-3 OKT

Välkommen

till den 12:e nationella konferensen om suicidprevention för dig som vill främja suicidpreventiva åtgärder

2-3 oktober 2019
Louis de Geer, Norrköping

Mer info: suicidprevkonferens.se

Kontakt: Carin Tyren, projektledare, carin.tyren@regionostergotland.se

ARRANGÖRER

Region Östergötland

Landstinget i Gästrikland

Landstinget i Västmanland

Landstinget i Östergötland

Landstinget i Östergötland

I SAMARBETE MED

Östergötlands läns landsting

Nb

SPES

Årets tema:
Tillsammans för livet

suicidprevkonferens.se

sammanhang och vistas i ett socialt tryggt utrymme, där de kände sig välkomna.

– De suicidala personerna upplevde att de kunde vara i det sociala rummet, t.ex. i ett café eller i en kyrka utan att behöva rättfärdiga varför de sökte sig dit. Där hittade de ett eget sammanhang och sådana rum måste vi skapa i våra nationella planer. De sammanhangen kan skapas överallt och de kan skapas idag. Det är bråttom, för tillgång till trygga sociala rum kan rädda liv och man behöver inte vänta tills beslut om resurser finns tillgängliga för att tillämpa evidensbaserade behandlingsmetoder.

– Avslutningsvis vill jag tacka er alla i Göteborg för ett fantastiskt arbete med konferensen och visa ett vackert bildspel som Carin Thorén har skickat till oss om Norrköping där nästa konferens 2019 kommer att äga rum.

– Norrköping och Region Östergötland välkomnar er!

– Väl mött den 2–3 oktober, 2019!



SUICIDPREVENTION 2017

DEN 11:E NATIONELLA KONFERENSEN OM SUICIDPREVENTION 12–13 SEPTEMBER

Resolution

Antagen vid den 11:e nationella konferensen om suicidprevention i Göteborg, 12–13 september 2017 för att sändas till Sveriges regering och riksdag.

Låt suicidpreventionen leva! Ge ett rimligt anslag till dess utveckling

För två veckor sedan stod Sveriges finansminister Magdalena Andersson på Harpsunds trappa. Hon glädde sig åt att det går så bra för Sverige:

”Vi har nu ett reformutrymme på 40 miljarder”, tillade hon.

Bra! Tänker vi. Tänk då på:

- De 1 500 som dör i självmord varje år, 30 liv i veckan, 4 varje dag.
- Att vi nu har effektiva väl prövade metoder att hjälpa dem och deras närstående.
- Att anslaget på 40 miljoner i december 2016 var en bra början. Öka det kraftigt, så det kommer i paritet med behoven!

*

Över 900 personer som arbetar professionellt och/eller ideellt med suicidprevention har nu under två dagar tagit del av nya synsätt och nya metoder. Vi vädjar till er:

- Ta vara på suicidala personers och närståendes/efterlevandes egna erfarenheter.
- Öka suicidforskningen, inte minst samarbetet mellan hjärnforskning och suicidprevention.
- Öka samordningen av suicidpreventionen i Sverige.
- Öka anslagen så att de motsvarar behoven.

Vi inbjuder er härmed att också delta i nästa suicidpreventiva konferens, som äger rum i Norrköping hösten 2019.

På uppdrag av konferensdeltagarna som enhälligt antagit denna resolution.
Göteborg den 14 september 2017.

Jan Beskow
Professor, suicidforskare

Else-Marie Törnberg
Verksamhetschef för Suicidprevention i Väst

Sonny Wählstedt
Ordförande i SPES,
Riksförbundet för suicidprevention
och Efterlevandes Stöd

Alfred Skogberg
Generalsekreterare i Suicide Zero