



Folkhälsomyndigheten

Nationella suicidpreventiva konferensen 2015

Dokumentation



Nationella suicidpreventiva konferensen 2015

Dokumentation

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2016.

Artikelnummer: 16126

Förord

Den 10:e nationella suicidpreventiva konferensen anordnades i Örebro i september 2015. Syftet med konferensen var att sprida kunskap och erfarenheter om suicid och suicidprevention, främja utbytet av goda idéer och stimulera till dialog och samverkan mellan aktörer på olika samhällsnivåer.

För att kunna ta tillvara den kunskap, de idéer och erfarenheter som belystes under konferensdagarna har Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk hälsa (NASP) på uppdrag av Folkhälsomyndigheten sammanställt den här dokumentationen från konferensen. Dokumentationen består av ett urval sammanfattande texter som personer som medverkade i konferensen har bidragit med. I anslutning till texterna anges namn på den person eller personer som författat texten, och var och en svarar för respektive innehåll.

Rapporten vänder sig till aktörer på nationell, regional och lokal nivå som är intresserade av frågor som rör suicid och suicidprevention samt vill läsa om innehållet i den suicidpreventiva konferensen.

Folkhälsomyndigheten

Johanna Ahnquist

Enhetschef, enheten för psykisk hälsa och uppväxtvillkor

Innehållsförteckning

Inledning	7
Tisdag den 29 september	8
Syfte och upplägg med årets konferens	8
Urval av föreläsningar från dag 1	10
Urval av presentationer från seminariepass 1	21
Urval av presentationer från seminariepass 2	28
Från kursen Det goda samtalet	41
Från kursen Svåra samtal	43
Onsdagen den 30 september	45
Urval av föreläsningar från dag 2	45
Urval av presentationer från seminariepass 3	49
Urval av presentationer från seminariepass 4	58

Inledning

Den 29–30 september 2015 samlades forskare, politiker, representanter från myndigheter och departement, sjukvårdspersonal, anhöriga och intresserad allmänhet på Conventum Kongress i Örebro för den 10:e nationella suicidpreventiva konferensen som denna gång hade temat ”Skydd för livet – hjälp oss att bygga ett livsfrämjande samhälle”.

Konferensens målsättning var att uppmärksamma hur vi tillsammans kan påverka utvecklingen av ett livsfrämjande samhälle. Som medmänniskor och medaktörer har vi möjlighet att ta ett gemensamt ansvar för insatser som kan minska suicidrisken.

Region Örebro län arrangerade konferensen med Mellansvenska nätverket för suicidprevention som medarrangör i samverkan med Folkhälsomyndigheten och Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, NASP, vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting.

För att ta tillvara och sprida konferensens innehåll blev föreläsare och seminarieledare ombudade att skicka in sammanfattningar av sina bidrag. NASP har sedan på uppdrag av Folkhälsomyndigheten sammanställt texterna i detta som är rapporten från den nationella suicidpreventiva konferensen år 2015.

Rapportens upplägg följer konferensdagarnas upplägg för att ge en bild av konferensens struktur och innehåll. Texterna utgör dock endast ett urval av alla bidrag från medverkande vid konferensen.

Tisdag den 29 september

Här följer sammanfattningar av ett urval av presentationer och föreläsningar från den första konferensdagen.

Syfte och upplägg med årets konferens

Inledande hälsning för den 10:e nationella konferensen om suicidprevention

– *Birgitta J Huuva, Områdeschef psykiatri, Region Örebro län, moderator*

Årets tema: Skydd för livet – hjälp oss att bygga ett livsfrämjande samhälle

Konferensen gjorde det möjligt att mötas för att tillsammans uppmärksamma vad vi som medmänniskor och medaktörer har för möjligheter att ta ett gemensamt ansvar för, insatser som kan påverka utvecklingen av ett livsfrämjande samhälle med minskad suicidrisk.

Vår målsättning var att ta vara på och förstärka den nationella uppmärksamheten på suicidrisk som en samhällsangelägenhet, med utgångspunkt i det nationella suicidpreventiva handlingsprogrammets nio strategier och det förslag till samordnad nationell kunskapsstyrning som överlämnades av Folkhälsomyndigheten under mars 2015.

Med engagerade och kunniga föreläsare från ledningsperspektiv, praktisk verklighet, forskningen och den evidens som kommer från brukarorganisationernas perspektiv skulle konferensen bidra till ökad medvetenhet om faktorer av betydelse för att minska risken för suicidbeteenden.

Programmet skapade förutsättning för en gemensam manifestation med syftet att förstärka pågående aktiviteter och bli starten på samlade insatser runt om i landet på nationell, regional och lokal nivå.

Suicidprevention angår oss alla – det var mer än 400 deltagare vid konferensen av dessa var det ca 80 som aktivt bidrog med föreläsningar eller presentationer. För att stödja utveckling av samhörighet skapade vi färgkodning av nätverk och branschtillhörighet vilket underlättade för spontana kontakter och nätverksutbyten. Det förstärktes också av mingelmöten vid utställningar, postrar och montrar plus arrangerade bordsplaceringar vid måltiderna.

Under konferensen var det möjlighet att bland annat lyssna till:

- Agneta Karlsson Statssekreterare Socialdepartementet
- Johan Carlson Generaldirektör Folkhälsomyndigheten
- Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi, KI chef NASP
- Bo Runeson, Professor/överläkare, Inst. klinisk neurovetenskap, KI

- Ullakarin Nyberg psykiater Stockholm, författare, Konsten att rädda liv
- Ludmilla Rosengren, läkare och KBT-terapeut.

Psykiatrin inom Region Örebro län hade glädjen att vara värd tillsammans med Mellansvenska nätverket för suicidprevention som medarrangör i samverkan med NASP.



Birgitta J Huuva, områdeschef Psykiatrin, Region Örebro län

Urval av föreläsningar från dag 1

Handlingsplan för samhällets insatser för suicidprevention, Folkhälsomyndighetens roll

– *Johan Carlsson, Generaldirektör Folkhälsomyndigheten, Nadja Trygg, utredare Folkhälsomyndigheten*

Uppdrag suicidprevention

Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att vara samordnande myndighet för det suicidpreventiva arbetet. Uppdraget grundas i den utredning som Folkhälsomyndigheten presenterade 2015. Planerade aktiviteter för 2015 syftar framför allt till att bygga en grund för fortsatt arbete för 1) samordning 2) uppföljning och övervakning och 3) kunskapsstöd.

Syftet med **Samordningen** är att skapa förutsättningar för ett mer behovsanpassat och ändamålsenligt kunskapsstödjande arbete på nationell nivå. En nationell myndighetssamverkansgrupp och en nationell intressentgrupp kommer att sammankallas under året, som en del i detta arbete.

På området **Uppföljning** har myndigheten bland annat skickat ut en enkät med frågor om hur kommunerna arbetar med suicidprevention. Dessutom genomförs en intern utredning, som undersöker möjligheterna att använda data om psykisk ohälsa från 1177 Vårdguiden för uppföljning och övervakning av suicid framöver.

Myndigheten arbetar med att ta fram flera olika kunskapsstöd om suicidprevention. Bland annat ett informationsmaterial om händelseanalyser vid suicid, ett annat om det nationella programmet för suicidprevention som antogs av riksdagen 2008 och ett tredje om effekter av olika suicidpreventiva insatser utanför hälso- och sjukvården.

Presentation av det aktuella kunskapsläget nationellt och internationellt med utgångspunkt från uppdrag NASP-nationellt

– *Danuta Wasserman, Professor Karolinska Institutet, chef för NASP vid KI, Gergö Hadlaczy, forskare, enhetschef för NASP vid Stockholms läns landsting*

Aktuellt kunskapsläge, nationellt och internationellt

NASP:s roll i det suicidpreventiva arbetet

Regeringen gav år 2006 Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen i uppdrag att utforma förslag till strategier och åtgärder för ett nationellt program för suicidprevention. Folkhälsoinstitutets uppgift var att ta fram befolkningsinriktade åtgärder medan Socialstyrelsens uppdrag var att ta fram strategier och åtgärder för individer riktade till hälso- och sjukvården. På uppdrag av Socialstyrelsen arbetade NASP samt experter inom sex regionala suicidpreventiva nätverk fram underlag, som beskrev det aktuella kunskapsläget inom hälso-och sjukvården.

Det färdigställda programmet överlämnades till regeringen i december 2006 av Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut för att sedan gå ut på remiss. Sveriges riksdag godkände i juni 2008 det nationella suicidpreventiva programmet, som består av nio rekommenderade strategier (se närmare www.ki.se/nasp/självmordsprevention).

Den sjätte av åtgärdsstrategierna ”Att sprida kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid” är en av NASPs uppgifter. NASP är, enligt riksdagsbeslut 2007 en nationell expertfunktion i suicidprevention. NASP är ett av Världshälsoorganisationens (WHO) tre samarbetscentrum-Lead Collaborating centre-och EU-kommissionens expertorgan för suicidforskning, metodutveckling och stöd till implementering, i världen, och det enda i Europa. De övriga två ligger i Australien och Kina. NASP arbetar med utveckling av suicidpreventiva metoder, utbildning och information och ger kunskapsstöd till myndigheter, organisationer och nationella suicidpreventiva nätverk. Det finns omfattande forskning kring metoder som kan minska antalet självmord och det är angeläget kunskaperna sprids och är tillgängliga för beslutsfattare och professionella. Genom sitt informationssystem, som delvis är webbaserat medverkar NASP i kunskapsspridningen och kan därmed öka medvetenheten i befolkningen i suicid.

Med syfte att föra alla inom landet som arbetar med suicidprevention närmare varandra startade NASP 1997 ett nationellt nätverk i suicidprevention. Nätverket delades in i sex regionala nätverk, från norr till söder, som samlar representanter från universitet, myndigheter, vårdgivare och frivilligorganisationer. Som del i kunskapsspridningen samverkar NASP med nationella och regionala aktörer kring att arrangera nationella nätverkskonferenser, vartannat år. Platsen för konferensen har roterat mellan de olika regionerna och hittills har tio konferenser organiserats: Stockholm 1997, Umeå 1999, Uppsala 2001, Stockholm 2003, Jönköping 2005, Göteborg 2007, Lund 2009, Luleå 2011, Stockholm 2013, Örebro 2015. Platsen för konferensen 2017 blir Göteborg.

Världshälsoorganisationens (WHO) globala mål är att Minska antalet självmord med 10 % fram till år 2020

WHO:s handlingsplan för psykisk hälsa (the Mental Health Action Plan) 2013–2020 har antagits av “the 66th World Health Assembly” (WHA). Den innehållsrika handlingsplanen visar att man är helt införstådd i hur avgörande den psykiska hälsan är för att alla människor skall ha en god hälsa. Handlingsplanen är resultatet av omfattande globala och regionala samråd med ett brett spektrum av intressenter, däribland 135 medlemsstater, 70 WHO CCS (Country Cooperation Strategy) och andra akademiska centra, organisationer, intressenter och experter.

De fyra viktigaste målen i handlingsplanen är:

- Att effektivisera och förstärka ledarskap och ledningsansvar för psykisk hälsa
- Att tillhandahålla en omfattande, integrerad och engagerad psykiatrisk hälsovård och social omsorg i landstings- och kommunal regi
- Att implementera strategier för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa
- Att förstärka sätten och systemen för information, evidens och forskning om psykisk hälsa

Epidemiologi för självmord och självmordsförsök

Globalt

Över 800 000 personer dör genom självmord varje år. Det innebär ett självmord var 40:e sekund. Det är fler dödsfall än i exempelvis malaria, bröstcancer eller demens. Självmord är globalt den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor i åldern 15–19 år och den näst vanligaste dödsorsaken bland 15–29-åringar. För varje fullbordat självmord är det troligtvis fler än 20 personer som gör självmordsförsök. Ett tidigare självmordsförsök är den enskilt starkaste riskfaktorn för död genom självmord.

En av de viktigaste åtgärderna för att minska antalet självmord är att försvåra åtkomsten av sådana medel som möjliggör ett självmord exempelvis skjutvapen, pesticider, gifter och läkemedel samt att omöjliggöra hopp från hög höjd genom att sätta upp räcken. Strategin för att förebygga självmord sker på tre nivåer:

Universella strategier är ämnade att nå hela befolkningen, som att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvården och att arbeta för att främja psykisk hälsa.

Selektiva strategier riktas åt sårbara grupper och ett exempel här är skolbaserade suicidpreventiva program, **riktade strategier** utformas specifikt åt sårbara individer.

I Sverige är självmord den vanligaste dödsorsaken bland män i åldrarna 15–44 år och den näst vanligaste dödsorsaken för kvinnor i samma åldrar. År 2014 dog 1044 män och 487 kvinnor av suicid = 1531 personer totalt.

Olika steg i självmordspreventivt arbete

Folkhälsomodellen

Statens folkhälsoinstitut tog år 2006 fram befolkningsinriktade strategier och åtgärder som underlag till det nationella suicidpreventiva programmet.

Folkhälsomodellen beskriver fyra steg i det självmordspreventiva arbetet. I Steg 1 åligger det ansvariga myndigheter att övervaka och att systematiskt insamla data. Steg 2 handlar om att identifiera risk- och skyddsfaktorer. Steg 3 att utveckla och utvärdera insatser. Vad fungerar och för vem? Steg 4 handlar om att implementera effektiva, men även lovande insatser.

Den socioekologiska modellen

Ett nationellt självmordsförebyggande program innebär att ett lands regering uppmärksammat problemet och åtagit sig att stödja suicidpreventivt arbete. Den socioekologiska modellen beskriver skyddande faktorer mot självmord för en individ från de skyddsåtgärder som etablerats nationellt, till åtaganden av landsting- och kommuner, sociala, motverkande krafter inom den närmaste kretsen samt slutligen de egenskaper och faktorer hos individen, som skyddar mot självmord

Skyddande faktorer på det nationella planet är lagar och policys som främjar psykisk hälsa och självmordsprevention samt motverkar stigma och tabu.

På landstings- och kommunnivå krävs en fungerande och lättillgänglig sjukvård och socialtjänst. I lokalsamhället utgör kulturella och religiösa föreningar ett skyddande nätverk.

Sociala relationer fungerar som ett skyddande nätverk och ger stöd för individen under pågående behandling.

Hos individen skyddar en god problem- och konfliktlösningsförmåga, en stark självkänsla och en hälsosam livsstil mot självmordsbeteende. Att ha förtroende för sig själv och sina färdigheter och att söka hjälp och råd vid svårigheter. Att utveckla och träna förmågan att kommunicera samt att vara öppen för andras erfarenheter och lösningar. Det skyddar mot självmord att ha goda relationer med, och stöd från familjemedlemmar och ett gott förhållande till och stöd från arbetskamrater, vänner och grannar.

NASP har tillsammans med amerikanska kollegor utvecklat den suicidpreventiva metoden the Youth Aware Mental Health Programme; YAM (www.y-a-m.org), som har visats minska ungdomars självmordsförsök med 50 %. Interventionen baseras på insikten att man genom medvetandeträning och träning i problemlösning kan stärka ungdomars psykiska hälsa och göra dem intellektuellt och emotionellt medvetna om psykiska problem och därmed minska självmordstankar och

självordsbeteende samt ge dem kunskap om friskvård och sunda livsvanor (Wasserman D 2015).

WHO-rapporten Preventing Suicide – A global imperative (2014)

Rapporten riktar sig till:

- Relevanta departement
- Professionella inom hälso-och sjukvård
- Ideella organisationer
- Allmänheten

Rapporten beskriver:

- Epidemiologi för självmord och självmordsförsök
- Risk- och skyddsfaktorer och relaterade interventioner
- Den nuvarande situationen för självmordsprevention i världen och nationella strategier
- Vägen framåt för självmordsprevention

Rapportens främsta budskap är att självmord kan förebyggas, med det kräver en omfattande och detaljerad suicidförebyggande strategi på nationell nivå. I dag har 28 länder nationella riktlinjer för suicidprevention.

WHO har framställt en serie av stödmaterial i suicidprevention för:

- Blåsljusorganisationer
- Läkare
- Journalister och medier
- Skolan
- Primärvården
- Kriminalvården
- Efterlevande
- Arbetsplatsen

Allt stödmaterial är översatt till svenska av NASP och finns på:
<http://ki.se/nasp/stodmaterial-om-sjalvmordsprevention>

NASP har utvecklat flera tekniska verktyg för implementering för WHO, bland annat:

- mhGAP interventionsguide: självskada/självmordsmodul
- mhGAP rekommendationer för bedömning av hantering av självskador/självmord
- STEPS-undersökning: modul för självmordsbeteende

Indikativ suicidprevention, Guidance on suicide treatment and prevention

European Psychiatric Association (EPA), är den största psykiatriska föreningen i Europa sammansatt av 33 nationella psykiatriska föreningar. EPA har initierat

projektet ”European Guide” med syfte att förbättra den psykiatriska vården i Europa, bland annat genom att skapa och sprida vägledningsmaterial (Position Papers) baserade på medicinsk evidens och beprövad erfarenhet. Ett av dessa Position Papers, ger riktlinjer för behandling av självmordsbeteende och prevention av självmord (Wasserman D et al 2011). Vägledningmaterialet baseras på de senaste årens expansiva forskning inom psykiatrin. Sammanfattningsvis kan skrivas:

- Omkring 90 % av självmordsnära personer har en underliggande psykisk sjukdom, därför har noggrann diagnostisering och behandling av såväl underliggande psykisk sjukdom som eventuell komorbiditet en nyckelroll i det suicidpreventiva arbetet.
- Det krävs ett multidisciplinärt behandlingsteam och upprepade riskbedömningar samt att vårdplaner och vårdprogram görs upp i samarbete med de närmaste i den mån det går och efterföljs.
- Det krävs fortlöpande utbildning i suicidologi av vårdpersonal samt genomgång och granskning av rutiner.

Referenser:

- Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry* 2012;27:129-41
- Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet* 2015;385:1536.44

Evidens och självmordsprevention - Vad ska vi implementera?

Gergö Hadlaczky, forskare, enhetschef för NASP vid Stockholms läns landsting

Vad är evidens? Evidens kan beskrivas som stöd för ett påstående eller en slutsats. Påståendet/slutsatsen kan vara att en behandlingsmetod eller en intervention har effekt, eller att ett diagnostiskt test är verksamt. Evidensstyrkan i en slutsats visar hur vetenskapligt välunderbyggt påståendet eller slutsatsen är.

Studier som görs för att visa en behandlingsmetods för- och nackdelar är ofta av olika kvalitet. Alltså fordras någon form av gradering av evidensen, där det samlade beslutsunderlaget tillmäts en evidensstyrka (bevisvärde). Bevisvärdet baseras på studiernas kvalitet, omfång och inbördes samstämmighet. Avsikten med evidensgradering är att man kan beräkna graden av bevisvärde, vilket är av avgörande betydelse för att kunna besluta om metoden skall införas eller inte (implementeras) i sjukvården.

Evidensgradering

För att göra en evidensgradering gör man först en litteratursökning och en systematisk kunskapssammanställning, vilket innebär en kritisk granskning av de vetenskapliga publikationer man funnit rörande effekten av den aktuella

behandlingsmetoden. För varje enskild studie bestäms ett bevisvärde. I sammanställningen kan olika typer av studier ingå, randomiserade och kontrollerade, likaväl som kohortstudier och tvärsnittsstudier och andra observationsstudier.

Högst bevisvärde (s.k. guldstandard), när det gäller utvärdering av behandlingsform eller intervention har en stor randomiserad, dubbelblind kontrollerad studie (RCT; randomized Controlled Trials). Ett grundkrav är att studierna uppfyller på förhand uppställda kriterier. Precision dvs. utfallsmått (effektmått) och skalor bedöms samt bortfall och andra osäkerheter. Studiens kvalitet betygsätts. Kohortstudier, fall-kontrollstudier och tvärsnittsstudier har lägre bevisvärde. Lägst bevisvärde har fallbeskrivningar och ekologiska studier.

En sammanvägning av resultatet av flera studier kan beräknas statistiskt, narrativt eller både och.

GRADE

GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) är ett arbetssätt för evidensgradering som utvecklats internationellt (GRADE working group 2004). I Sverige tillämpas systemet av SBU (Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering) och Socialstyrelsen. En GRADE-bedömning består av två delar: en *evidensprofil* för den undersökta metoden samt en *rekommendation* om användandet.

Evidensprofilen innehåller en bedömning av studiens kvalitet och en summering av resultat. Vissa faktorer sänker bevisvärdet exempelvis låg studiekvalitet, dålig samstämmighet (om resultat från olika studier pekar åt olika håll), oprecisa data och bias. Vid summering av resultaten görs en grov indelning av olika studiers bevisvärde. Randomiserade studier har högt eller måttligt bevisvärde, observationsstudier lågt eller mycket lågt bevisvärde. Alla effektmått skall redovisas. Resultat och bevisvärde ställs samman i en ”Summary – of findings table” (SoF tabell).

GRADE används sedan 2007 av SBU, som prövar om systemet är användbart i sin nuvarande form eller om det behöver modifieras efter svenska förhållanden. Exempelvis finns inga analyser av kostnadseffektivitet eller hälsoekonomiska beräkningar. Enligt SBU återstår en del utvecklingsarbete när det gäller rekommendationsdelen (www.sbu.se).

Värderingar/preferenser

Experter och klinikers perspektiv

Rekommendation om användande är steg två i GRADE-metoden, vilket är tänkt att utföras av den expertgrupp inom hälso- och sjukvården, som ansvarar för att metoden implementeras i vården. Vid bedömningen måste expertgruppen bedöma och vara övertygade om att positiva effekter överväger över oönskade effekter och man måste även ta hänsyn till kostnadseffektiviteten. Behandlingens effekt måste

gälla typiska patienter, inte bara en selekterad grupp eller försöksdjur. Behandlingen måste jämföras med andra typer av behandlingar för det aktuella tillståndet för att en bedömning skall kunna göras.

Målgruppens perspektiv

Evidensbaserade kliniska beslut måste kombineras med såväl klinisk erfarenhet som målgruppens värderingar. En enskild patients uppfattning om möjligheten till förbättring jämfört med risken till försämring kan skilja sig från vårdgivarens.

Speciella sammanhang

Vid vissa tillfällen är det omöjligt av etiska eller praktiska skäl att utföra en randomiserad placebokontrollerad studie. För att visa effekten av behandling vid Ebola-infektion, måste man exempelvis nöja sig med en form av studiedesign med lägre bevisvärde. Det vore oetiskt att ge placebo vid ett livshotande sjukdomstillstånd. Självmord är en sällsynt händelse med några tiotal självmord på 100 000 invånare. I självmordspreventiva studier kan man därför inte av praktiska skäl använda självmord som effektmått utom vid ekologiska studier, vilka har nackdelen av att ha lågt bevisvärde. Därför får som regel självmordsförsök alternativt allvarliga självmordstankar ersätta självmord som effektmått vid randomiserade, kontrollerade studier av suicidprevention.

Lyssnar någon på systematiska rekommendationer?

En engelsk forskargrupp har undersökt i vilken utsträckning åtta riktlinjer, omfattande totalt 158 rekommendationer, för behandling av HIV och TBC utfärdade av WHO har inkluderats i nationella riktlinjer (Nasser et al 2015). 109 av de 158 rekommendationerna var starka och 49 var svaga.

Nationella riktlinjer för behandling av HIV och TBC hade utformats av 20 länder. Sammantaget hade 76 % av WHO:s rekommendationer inkluderats i de nationella riktlinjerna. 82 % av dessa var starka rekommendationer och 61 % var svaga. Ingen av de nationella riktlinjerna rapporterade vilken styrka det varit på WHO:s rekommendation eller vilken kvalitet evidensprofilen haft.

Sammanfattning

- Vetenskapliga studier av hög kvalitet är grundstenen för evidensbaserat beslutsfattande
- En ideal mängd evidens är önskvärt, men sällan tillgänglig inom suicidprevention
- Vi bör ändå göra rekommendationer med den bästa tillgängliga evidensen och fatta beslut om implementering av insatser tillsammans med experter, kliniker och patientgrupper

Referenser:

- GRADE working group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004;328:1-8
- Nasser SMU, Cooke G, Kranzer K. Strength of recommendations in WHO guidelines using GRADE was associated with uptake in national policy. *J Clin Epidemiology* 2015;68:703-707

Brukarperspektiv

– *Sonny Wählstedt, ordf., Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd, SPES.*

Aktuellt från SPES

SPES är en rikstäckande ideell organisation som är partipolitiskt och religiöst obunden och som är till för alla som mist en familjemedlem, släkting, partner eller god vän genom suicid.

SPES har medlemmar spridda över hela landet. Den lokala föreningsverksamheten är fördelad på i dagsläget 13 kretsar. På flera orter där det inte finns en lokalförening (krets) finns det kontaktpersoner.

SPES erbjuder stöd och hjälp till efterlevande. Vi utbildar kontaktpersoner, har en telefonjour som är öppen dagligen samt erbjuder träffar och självhjälpgrupper för efterlevande. SPES har också en ungdomssektion med egna kontaktpersoner och egen verksamhet i olika delar av landet.

Vi har två grupper på Facebook. Den ena är sluten där efterlevande kan stötta varandra i en tryggare miljö. Den andra är en öppen grupp där vem som helst kan läsa och skriva. Facebook-grupperna fungerar också som viktiga informationsforum.

SPES ger också ut tidningen *Förgätmigej* fyra gånger per år.

En annan viktig del av SPES verksamhet är vårt intressepolitiska arbete. Vi vill öka kunskapen om suicid som ett samhälls- och folkhälsoproblem samt motverka fördomar. Vår vision är ett suicidfritt Sverige i linje med den av riksdagen antagna handlingsplanen om Nollvision för suicid.

Vi vet hur komplicerad sorgen och smärtan blir när vi förlorat en närstående som tagit sitt liv. Det kan vi bekräfta för den som söker hjälp och stöd hos oss. Vi kan också förmedla hopp om att det går att så småningom hitta ett sätt att få en mening med livet igen trots det svåra och ibland outhärdliga vi går igenom. Det är en erfarenhetskunskap vi vill dela med oss av. I SPES får nydrabbade träffa andra i samma situation och se att det går att överleva fast det inte känns så, när det händer.

Föreningens stödjande medlemmar har i sin yrkesprofession kunskaper som är till stor nytta för SPES, de är resurspersoner som medverkar vid utbildningar och som föreläsare vid regionala och nationella konferenser.

Folkhälsomyndigheten föreslår att ideella organisationer som arbetar för att minska konsekvenserna av psykisk ohälsa och förebygga suicid ska få ökat ekonomiskt stöd genom en förordning. Syftet med statsbidraget ska vara att förstärka och komplettera statens, landstingens och kommunernas insatser genom att stödja organisationerna i deras arbete med utbildning, information, opinions-bildning eller olika former av stödjande socialt arbete.

Kunskapsstyrning – ett stöd för kvalitet i vården

– Bo Runesson, Professor Karolinska Institutet, ordförande för kliniska riktlinjer för vård av suicidnära patienter

Socialstyrelsen (SoS), Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU), Läkemedelsverket och Folkhälsoinstitutet har sedan 2012 fått i uppdrag att utveckla modellen för God vård. Man har tagit fram en nationell modell för kunskapsstyrning. Denna bygger på att man väljer ett område, sammanställer bästa tillgängliga kunskap och därefter gör kunskapsbaserade ställningstaganden. Stöd ges till implementering med styrning, uppföljning och förbättringsarbete regionalt och lokalt. Därefter sker uppföljning och utvärdering. Det finns sedan flera år en Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning (Se SKLs webbplats).

Kliniska riktlinjer är en form av kunskapsstyrning där man också strävar efter bästa tillgängliga kunskap. Svenska psykiatriska föreningen (SPF) har låtit ta fram sådana riktlinjer för utredning och behandling av suicidnära patienter (SPF nr 12 - 2013). Centrala avsnitt gäller patientsäkerhet, bedömning och hantering av suicidrisk, uppföljning efter suicidförsök, samarbete med andra vårdinstanser och etiska aspekter kring t ex användande av tvång.

Oktober 2015 publicerades en annan sammanställning av bästa tillgängliga kunskap, *SBU - Instrument för suicidriskbedömning- en systematisk litteraturöversikt*. Vad kan detta arbete betyda för de vårdprogram som ska revideras? Vad kan det betyda för chefer inom vården och för tillsynsmyndigheten? SBU gör inga rekommendationer utan är noggranna med att betona att detta är just ett kunskapsunderlag.

Översikten bygger på en omfattande litteratursökning, ingående studier skulle ha bedömt patienten enligt ett intervjuinstrument/skattningsskala och sedan följt personen under en tid för att se om man kunde förutsäga suicid eller suicidförsök. En modell kallad QUADAS användes för att granska den vetenskapliga kvalitén. Fanns det bara en låg eller måttlig risk för bias gick studien vidare till granskning. Det blev slutligen 21 studier som uppfyllde kvalitetskraven. Totalt 13 instrument bedömde risken för suicidförsök, 9 instrument bedömde risken för suicid. Etablerade skalor som SSI (Suicidal Ideation Scale), SIS, (Suicidal Intent Scale) BHS (Beck Hopelessness Scale), SAD PERSONS scale MINI (MINI International

Neuropsychiatric Intervju), MSHR (Manchester Self Harm Rule), ReACT (Recent self-harm in the past year – Alone or homeless- Cutting used as a method of harm – Treatment for psychiatric disorder), SoS-4 (Södersjukhuset Self-Harm Rule) evidensvärderades enligt GRADE (fyra nivåer) (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Kravet ställdes att skalorna skulle ha >80% sensitivitet och >50% specificitet. Redan med detta måttliga krav saknades vetenskapligt stöd för att något skattningsinstrument hade tillräcklig tillförlitlighet för att användas med syfte att kunna förutsäga framtida suicidhandling.

Även om instrumenten saknar värde för prediktion, kan de vara användbara ur pedagogisk synpunkt för att fungera som hjälpmedel för att ny eller mindre erfaren personal ska kunna inhämta relevant och enhetlig information. Resultaten av SBU-översikten ifrågasätter inte värdet av att man gör en klinisk suicidriskbedömning. Eftersom intervju- och skattningsinstrument inte fungerar är det ännu viktigare att göra en klinisk bedömning byggd på ett grundligt omsorgsfullt samtal kring personens livssituation och sociala nätverk, tidigare och aktuella suicidavsikt samt av den kliniska sjukdomsbilden inklusive ev. substansberoende.

Det finns flera konsekvenser av översiktens resultat. Det behövs fler studier av nya instrument som C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale) och bedömningarna bör ta särskild hänsyn till ålder, kön och ev. diagnosgrupp. En sådan multicenterstudie, med intervjuer efter självskaedhandlingar, görs på psykiatriska kliniken vid St. Görans sjukhus i Stockholm samt psykiatriska kliniker i Göteborg och Umeå. Ett exempel för kunskapsstyrning som tillämpas, är en utbildningsinsats som startas inom akutpsykiatrisk vård finansierad av PRIO-medel, för att utifrån erfarenheterna från studien utbilda personal i att bemöta och bedöma suicidnära patienter.

Inom samma verksamhet finns, som ett exempel på en innovation för att nå personer med akut suicidal intention, ett ambulansliknande fordon, Psykiatrisk akutmobilitet, inom Norra Stockholms psykiatri, som åker på larm inom Stockholmsområdet. Genom att det är psykiatrisk vård som tar hand om och bedömer patienterna motverkas stigmatisering. En ökad samverkan ger ett bättre patientmottagande och polis och ordinarie akutambulanser avlastas. Allt sker med syftet att nå patienter i en situation där omhändertagande, bedömning och uppföljning bygger på aktuell kunskap.

Referenser:

- Runeson B. Intervjuinstrument ger ingen säker bedömning av suicidrisk. – Vetenskapligt stöd saknas enligt SBU. Läkartidningen 2015; 112

Urval av presentationer från seminariepass 1

En subjektiv betraktelse av milstolpar, som bidragit till en god och säker vård av suicidnära Patienter

– *Karl-Otto Svärd, Medicinalråd (Socialstyrelsen, IVO 1999-2014),
Klinikchef/Chefsöverläkare (Psyk klin, Karlstad 1985-2000)*

Under de sista gymnasieåren (1963-64) arbetade jag, under mina ledigheter, som vikarierande skötare på en intagningsavdelning på Beckomberga sjukhus. Avdelningen hade sluss och gallerförsedda fönster. Målgruppen var patienter med missbruks-/beroendeproblematik. Vid intagningen förekom våld- och självmordsproblematik hos de abstinenta och (pre)deliriösa patienterna. Vid intagningen fick patienterna klä av sig och lämna ifrån sig sina tillhörigheter för genomgång, med stöd av sinnesjukhuslagen från 1929. De duschades och fick patientkläder. Bemötande, våldsprevention och de tvångsåtgärder som kunde bli aktuella fick man som vikarie lära sig av de ordinarie skötarna. Som övervak av fastspända patienter och de med självmordsrisk fick man samtala med patienterna utan någon förväntan på vidare rapportering. Säkerhet var det primära, men det fanns också ett stort engagemang på den hierarkiskt organiserade avdelningen att hjälpa patienterna.

På 70-talet hade en av överläkarna på kliniken gått kurs i suicidprevention. ”Självmordstegen” kom att bli det första vårdprogrammet för suicidnära patienter på kliniken.

Innan benzodiacepiner introducerades användes barbiturater vid oro och sömnsvårigheter. Den höga dödligheten vid tablettintoxikation var förfärande att bevittna som medicinjour och psykiatriläkare. I slutet av 70-talet fick de endast användas vid epilepsi och som narkosmedel. En generell suicidpreventiv åtgärd med drastiskt positiv effekt.

Svenska Psykiatriska Föreningen har sedan 1980-talet på ett systematiskt sätt arbetat med kvalitet och patientsäkerhetsfrågor:

- SPUR-inspektioner (Sveriges Läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets SpecialistUtbildningsRåd)
- Kvalitetsindikatorer
- Medicinsk Kvalitets Revision
- Kliniska riktlinjer för utredning och behandling av de stora sjukdomsgrupperna och problemområden

Skyldigheten att utreda självmord inom vården, med vissa tidsintervaller, samt att vidta förebyggande åtgärder fastställdes som en paragraf i Lex Mariaföreskriften 2006. I en rapport/anmälan till tillsynsmyndigheten skulle vårdgivaren redovisa sin utredning och de vidtagna förebyggande åtgärderna. I en tredjedel av fallen fann vården brister att åtgärda, därutöver fann tillsynsmyndigheten brister att åtgärda i ytterligare en tredjedel av fallen. Det är viktigt att framhålla att det inte är säkert att

i fall de identifierade brister, i det enskilda fallet, inte förelegat hade självmordet ej ägt rum. De identifierade bristerna kan gälla:

- bristande följsamhet till verksamhetens vårdprogram,
- att differential diagnostiska bedömningar, riskbedömningar, samverkan med närstående, samverkan i vårdkedjan eller att vårdplanen ej framgår
- samt brister i dokumentationen

På systemnivå bidrar alla förbättringar till en säkrare vård.

I de nya föreskrifterna om patientsäkerhet föreslås inte alla självmord rapporteras/anmälas till tillsynsmyndigheten. Endast allvarliga vårdskador ska anmälas. Med allvarlig vårdskada menas "...dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid en patients kontakt med hälso- och sjukvården".

Varje medborgare är grundlagsskyddad gentemot det allmänna mot bl.a. kroppsvisitation. Med stöd av lag kan dock kroppsvisitation genomföras. På flygplatsen med stöd av lag om luftfartsskydd, inom den psykiatriska vården med stöd av LPT/LRV. Sedan 2014 får chefsöverläkaren, enligt ett tillägg i LPT, besluta om kroppsvisitation av alla patienter, som vårdas på en sjukvårdsinrättning eller enhet för psykiatrisk tvångsvård. Detta kan förhindra att en patient medför sådant som kan utgöra en självmordsrisk.

0-vision; Inga självmord ska ha samband med brister i vården. Den självmordsnära patienten har ett tunnelseende. Stör du det genom att exempelvis i en vardagssituation visa intresse, ställa frågor eller på annat sätt bry dig, kan du förhindra ett självmord utan att veta om det.

Kan vi verkligen predicera självmord?

– *Vladimir Carli, universitetslektor, NASP, Karolinska Institutet*

Suicidala handlingar är den vanligaste formen av psykiatriskt krisläge. En stor andel suicidala handlingar går att förebygga, särskilt de som är förknippade med psykiska sjukdomar. För den kliniska suicidpreventionen är det mycket viktigt att kunna upptäcka suicidalitet tidigt, och att kunna göra tillförlitliga suicidriskbedömningar. I dag existerar ett flertal suicidriskinstrument som inkluderar både psykometriska och biologiska mått. Vissa av dessa instrument har studerats i stor omfattning och deras prediktiva sensitivitet och specificitet har uppskattats, och denna information används för att beräkna den approximativa sannolikheten för att en suicidal händelse kommer inträffa i framtiden. Den låga precisionen i dessa prediktioner innebär dock att dessa verktyg blir otillräckliga. Kliniskt användbara prediktiva modeller behöver exempelvis kunna identifiera icke suicidala individer i kända högriskgrupper (t.ex. personer med depression, schizofreni eller till och med suicidala tankar och planer). Detta skulle kunna hjälpa psykiater och andra kliniker att fördela sina resurser mellan patienter på ett effektivt sätt, och stödja deras omdöme i olika frågor. Idag är dock konfidensintervallen för dessa prediktioner alldeles för stora för att kunna påverka

kliniska rutiner och praxis i någon större utsträckning, vilket innebär att man kan ifrågasätta användbarheten av alla befintliga verktyg. Icke desto mindre går det att reducera konfidensintervallen för dessa prediktioner, varför det är viktigt med fortsatt forskning för att öka specificiteten hos befintliga suicidriskinstrument och för att ta fram nya metoder.

Sörjandes perspektiv

– *Jens Frandsen, Sjukhuspräst, USÖ*

Tema: Att inte värja för det svåra. Efter många års erfarenhet i möten med sörjande, både enskild och i grupp har jag lärt mig att försöka våga se det man ser och höra det man hör. Jag har lärt mig vikten av ett aktivt och närvarande lyssnande och modet att vara tyst och inte försöka ställa allt till rätta. Jag har i mitt yrke träffat människor, som funderar på att ta sitt liv, jag har begravt människor som gjort det och haft samtalsgrupper med efterlevande. Jag kommer att dela med mig av några erfarenheter.

Det är viktigt att i sorgen efter en närstående, som tagit sitt liv, att våga bejaka sina känslor, som självfallet är väldigt komplexa som i all sorg efter en förlust. Man kan känna lättnad till och med, för det kan vara lättare att ta sig genom sorgens trask än att ständigt befinna sig i orons, ovisshetens och ångestens helvete. Skall hen ta sitt liv? När och hur kommer det att ske. Skuld är en väldigt vanlig känsla i samband med suicid. Vi tycker det är moraliskt fel, att någon tar sitt liv. Varför skulle vi annars vara samlade till suicidpreventionskonferens. Och om vi lever i ett sammanhang, där suicid ses som moraliskt förkastligt, är det ju inte konstigt om man som anhörig känner skuld. Men för skuld finns det förlåtelse. Förlåtelsen är en gåva som man först ger sig själv för att sen kunna ge den även åt den som tagit sitt liv och därmed orsakat mig så mycken obegriplig smärta. Vrede är ytterligare en känsla. Min erfarenhet är, att de närstående ofta är oerhörd arg på den som tagit sitt liv. Och med all rätta, kan jag tycka.

Finns det hopp och tröst? Det tror jag absolut det finns. Frågan är kanske snarare hur det förmedlas, så det upplevs som hopp och tröst. Och där tror jag på närvaron. Att som stödperson våga stanna i det svåra och oförklarliga. Känslan av hopplöshet blir total, om jag känner mig övergiven; men finns det en medmänniska som ser, lyssnar och bekräftar, så kan det i detta tändas ett hopp. Närvaro och närhet, men också distans – till händelsen inte till de drabbade. Medvetenheten om att jag kan gå ut ur rummet, där jag möter den sörjande, och fortsätta mitt vanliga liv, gör att jag kan vara helt och hållet närvarande i mötet utan att förlora mig själv. Vågar man vara närvarande utan falska löften och förväntningar, kan den drabbade bli synlig och framtiden kan te sig som en möjlighet. Ett annat sätt att uttrycka att det finns hopp.

För många är det en stor hjälp att få dela sina erfarenheter i en leva-vidaregrupp. Det kan vara en styrka att samtala med varandra om det som hänt och det man känt och känner. Man känner igen sig i den andras berättelser, samtidigt som den kan vidga min egen. Det är en särskilt smärtsam erfarenhet man får och går igenom i

samband med suicid. Och det är faktiskt paradoksalt nog både trösterikt och hoppningvande att får dela det med andra, som har samma erfarenhet. Det är åtminstone min erfarenhet efter att ha lett ett antal sådana samtalsgrupper.

Att bedriva behandling dygnet runt – och konsten att göra behandlingsinsatsen begriplig och utvecklande

– Jürgen Degner, Socionom, fil.dr. och lektor i socialt arbete vid institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete (JPS), vid Örebro universitet

En helt central utgångspunkt vid vård och behandling av ungdomar på institution är, att all tid, dygnet-runt, kommer att påverka ungdomen – negativt eller positiv – beroende på behandlingsinnehållet. Vidare behöver ungdomen motiveras till utbildning och tillsammans med personalen, skapa målbilder för en meningsfull framtid och ett kommande yrke – naturligtvis utifrån den nivå den unge befinner sig på. Detta är en mycket svår uppgift, som kräver både ett teoretiskt och pedagogiskt kunnande hos personalen och ett aktivt ledarskap – på både institutions-, skol- och avdelningsnivå. Här är en viktig uppgift att skapa ett konstruktivt samarbete mellan olika yrkesgrupper *inom* institutionen (t.ex. avdelnings-, hälso-, institutionslednings- och skolpersonal) samt *mellan* institutionen och det omgivande samhället (t.ex. arbetsförmedling, fritidsverksamhet, praktikplatser, socialtjänst och utbildning).

Föreliggande 24/7-projekt, som bedrivs på uppdrag av Statens institutionsstyrelse (SiS), handlar bl.a. om att kartlägga och utveckla det pedagogiska innehållet i de pro-sociala aktiviteter (t.ex. friskvård och idrott, musik, arbetsträning, praktikverksamhet, datakunskap, matlagning och fritid), som ofta förekommer på de *särskilda ungdomshemmen* (s.k. § 12-hem). Dvs. de aktiviteter, som inte är direkt anknutna till en specifik teori eller behandlingsmetod, men som ändå tillsammans med skola och behandling bildar stommen för den unges utveckling – dygnet-runt, 7 dagar i veckan. Projektet syftar vidare till att utforma en ”24/7-manual” för att dels *standardisera* vad som kännetecknar 24/7-behandlingen, dels för att tydliggöra målen med de aktiviteter som erbjuds. Detta innebär sammantaget att ett 24/7-baserat arbete, ska främja ungdomens *psykosociala utveckling* och *mognad*, både under och efter institutionsvistelsen.

I projektet ingår 2 pilotinstitutioner (en pojk- [Klarälvsgården] och en blandad institution [Lövsta]), med cirka 18 ungdomsplatser och 50 anställda respektive 36 ungdomsplatser och 50 anställda. Material insamlas bl.a. genom kontinuerliga projektmöten (ca 18 st./institution) med nyckelpersonal (representanter från avdelnings-, hälso-, institutionslednings- och skolpersonal), intervjuer med ledningspersonal, samt via en totalundersökning med enkäter. Utöver detta har SWOT-analyser (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) gjorts på institutionerna för att identifiera *styrkor*, *svagheter*, *möjligheter* och *hot*.

Resultatet visar att ett centralt *utvecklingsområde* bl.a. är, att fortlöpande utbilda personalen i den teoribildning och de metodkomponenter, som ligger till grund för respektive institutions behandlingsprofil. Exempelvis har personal fått utökat

ansvar (områdes-/modulansvariga) samt utformat personal SMART-mål (Specifikt, Mätbart, Acceperat, Realistiskt, Tidsatt) tillsammans med respektive ungdom. Befintliga pro-sociala aktiviteter på och utan föravdelningen är avsevärt mer synkroniserade med varandra – och med en tydlig plan för syfte och innehåll. Varje ungdom får en ”24/7-pärm”, som ska följa henne eller honom genom hela institutionsvistelsen. Pärmerna är indelade i olika livsområden, som redan idag ingår i den unges behandlingsplan. Detta blir ett slags ”CV”, som ungdomarna utvecklar genom vistelsen på institutionen. Avslutningsvis måste SiS-personalens stora engagemang överlag poängteras, med deras fokus på att ungdomarna ska erbjudas bästa möjliga omsorg och vård.

Blogg och suicidprevention

– *Anna Baran, överläkare i psykiatri Uppsala*

Blogg (eller weblogg) är en websida med information som publiceras på internet och består av olika inlägg i omvänd kronologisk ordning, dvs. det senaste inlägget visas först. Framväxt och tillväxt av bloggar i slutet av 1990-talet sammanföll med tillkomsten av webbpubliceringsverktyg som underlättade publicering av material av icke-tekniska användare. Tidigare hade kunskap om HTML och FTP krävts för att publicera materialet på webben. Fram till 2009, var blogg oftast ett verk av en enda person.

På senare tid har bloggar utvecklats med inlägg skrivna av ett stort antal författare och professionellt redigerade. Bloggare inte bara producerar innehåll för att lägga på sina bloggar, utan bygger även sociala relationer med sina läsare och andra bloggare.

Den 16 februari 2011 fanns det över 156 miljoner offentliga bloggar i tillvaron. Den 20 februari 2014 fanns det cirka 172 miljoner Tumblr och 75,8 miljoner Wordpress bloggar.

Med tanke på det stora antalet bloggar, är det förvånande att det finns otroligt lite forskning kring bloggande och suicidprevention, samt att det inte finns någon samordning av bloggar i ämnet. 15-09-27 googlade jag på ordet ”blogg” och ”självordsprevention” och då visade Google, bland de första sökningarna på sidan, bloggar som inte alls handlar om självmordsprevention, men som hade något inlägg som handlade om suicidprevention. Och när jag googlade på ”blogg” och ”suicidprevention”, fick jag helt andra träffar, även om det inte finns någon skillnad i betydelse mellan suicidprevention och självmordsprevention. När jag sökte samma ord dvs. blog and suicide prevention i Pubmed fick jag 6 artiklar. Tre av dem var publicerade i Kina och visade tillräckligt relevans med sökorden, så att de var värda att nämna. För att underlätta upptäckandet av självmordsrisk hos allmänheten, föreslår forskare en ny metod genom att utforska den ackumulerade emotionella informationen från människors dagliga skrifter (t.ex. bloggar), och att undersöka de känslomässiga drag, som är prediktiva för självmordsbeteende (Ren F et al, 2015). Andra forskare studerade microblogg, där användare som begick självmord i Kina ”agerade” och ”talade” annorlunda än andra microblogg-

användare utan självmordstankar. Självmordsoffer tycktes samverka mindre med andra, visade större oro om sig själva, använde fler negativa uttryck, använde fler dödsrelaterade och religion-relaterade ord samt färre arbetsrelaterade ord (Zhonghua L. Et al, 2015). Andra forskare undersökte, med hjälp av kinesiska Linguistic Inquiry och Word Count (CLIWC) program, 193 blogginlägg av en 13-årig pojke under året före hans självmord. Frekvens av inlägg och språkanvändning i bloggen hjälpte till att skissa självmordsprocessen hos den unge pojken (Li TM et al, 2014).

När det gäller suicidprevention skapar bloggen ett antal fördelar/möjligheter. Blogg är ett sätt att uttrycka sig själv samt att sprida kunskap i ett ämne genom text, ljud, filmer, bilder, ett sätt att skapa relationer – kommentarer, gilla-markering, ge ökade samarbetsmöjligheter (info om möten, event, föreläsningar) samt ökad potential för att nå med mer kunskap till målgrupper på ett kostnadseffektivt sätt.

”Vetlandamodellen” - Vetlanda kommuns tankemodell för förebyggande av psykiska olyckshändelser och psykisk ohälsa - Hur kan vi motivera kommunala verksamheter att ta ansvar för suicidfrågan?

– Morgan Miledal, Funktionschef och Annie Lees, folkhälsosamordnare på Höglandets räddningstjänstförbund

Höglandets räddningstjänstförbund var med i pilottesten av ungdomsversionen av MHFA (Mental Health First Aid) i Jönköpings län och utbildade då tre instruktörer, som senare utbildade ca 140 st. första hjälpare främst inom Vetlanda kommun inom ramen för pilotprojektet. HRF arbetar sedan länge med att utbilda kommunanställda i den somatiska ”Första hjälpen” och hjärt-lungräddning och andra säkerhetsutbildningar. Under och efter pilot-studien har vi arbetat hårt för att också få implementera MHFA-utbildningen i kommunen, och sedan januari 2015 arbetar vi också på bred front med ”Första hjälpen till psykisk hälsa”, sedan Vetlanda kommun tagit det unika beslutet att utbilda samtlig personal, närmare 2500 personer. Vi på HRF har en hel avdelning med bl.a. 11 instruktörer, vilka har som huvudsaklig arbetsuppgift att jobba med olika utbildningar och som 2015 genomförde 460 utbildningar inom olika ämnen. Det innebär att vi dels har organisatoriska möjligheter, men också både administrativa möjligheter och egna utbildningslokaler för att driva omfattande utbildningsinsatser. Vi har numera 8 st. utbildade MHFA-instruktörer och vi har i dagsläget 25-30 MHFA-utbildningar/år planerade de närmaste 4-5 åren. Det innebär att 8–9 procent av kommunens invånare på sikt kommer få, dels en ökad förståelse och kunskap om psykisk ohälsa, men också verktyg för att hjälpa en person som mår dåligt, befinner sig i psykisk kris eller är självmordsnära.

I ”Vetlandamodellen” beskriver vi hur man kan tänka kring psykisk ohälsa och suicidhandlingar, vi drar paralleller med andra olyckor och händelseförlopp samt motiverar varför vi och andra skall jobba med detta. Vi kopplar också arbetet till flera olika relevanta lagar och föreskrifter.

NASP följer den här utbildningsinsatsen genom en enkätstudie, som bl.a. skall mäta hur en så omfattande utbildningsinsats påverkar attityder kring psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar och människors benägenhet att hjälpa personer i psykisk kris.

Urval av presentationer från seminariepass 2

Olycksförebyggande perspektiv på arbetsplatsen.

Arbetsgivare/chef/kollega till suicidnära - vad kan man göra då?

– Jan Beskow, professor i psykiatri, *Suicidprevention i Väst, SPIV*

Bemötandet av suicidala patienter är ett stort problem inom sjukvården och särskilt inom psykiatrin. Många medarbetare är hårt pressade, vilket ger utmattning och flykt från psykiatrin. Vinden håller nu på att vända, även om de nya kunskaperna ännu inte fått fullt genomslag. Detta har konsekvenser för hur stödet till pressade medarbetare bör utformas.

Olycksfallsperspektivet blir alltmer accepterat och är etiskt skonsamt

1. Inom *patientsäkerhetsarbetet* nalkas man suicid med samma metoder som andra olyckor. Man observerar incidenser, försök och gör händelseanalyser på dödsfall. Detta är också det självklara perspektivet inom befolkningsinriktad suicidprevention.

2. WHO-rapporten *Preventing suicide – a global imperative*, som kom 2014 och kan laddas ner från www.who.int, visar att globalt inträffar de flesta suicid i 20-årsåldern. Unga med begränsad erfarenhet orkar inte med livets påfrestningar.

3. *Statistik över andelen olyckor och suicid av dödsfallen* fördelat på ålder visar att olyckorna börjar tidigare hos barnen, självmorden kommer något senare, men har en betydande topp i 15–25-årsåldern. Sedan följer kurvorna varandra nästan exakt. Enligt min uppfattning är en rimlig slutsats att olyckshändelser och suicid är nära besläktade. Den suicidala processen är ofta långvarigt *latent*, men den *akuta suicidala episoden* är oftast kort, dvs. när risken att överväldigas av sina känslor och sin suicidalitet är hög. Enligt kliniska erfarenheter vill nästan alla leva om de bara ser en möjlighet till det. Ett *problemperspektiv* på suicidalitet är därför naturligt.

Sjukvårdens uppgift är att tillhandahålla god vård för suicidala patienter och dit är det ännu mycket långt. I varje psykiatrisk journal ska det finnas en ingående *anamnes av suicidaliteten* med genetik, anknytning, tonårsliv, när hen först började tänka på suicid och en noggrann analys av suicidförsök, skild från den psykiatriska anamnesen! Det är först då man ser eventuella samvariationer. I dag förekommer detta nästan aldrig.

Förhållningssätt. Sjukvårdens uppgift bör vara att kämpa för att rädda alla liv. Lika självklart är det att vår kontroll över människors liv är begränsad. Många suicid är i själva verket *psykiska olycksfall*. Olycksfallsperspektivet är ett sakligt riktigt, etiskt skonsamt och därför hjälpsamt.

Skapa gemensam förståelse

Den internationellt välrenommerade Aeschigruppen, *Michel & Jobes 2011*, har ägnat 15 år åt vårt undermåliga bemötande av suicidala patienter. Syftet är inte i

första hand att diagnosticera och behandla eventuell psykisk sjukdom, utan att etablera en bärande relation. Grundad på patientens berättelse, narrativ, ska behandlare och patient som två jämbördiga parter komma fram till en gemensam förståelse av patientens suicidalitet. Patienten är en *aktör*, som ska lära sig att successivt skatta sin egen suicidrisk samt utveckla kopingstrategier för överlevnad. Av 400 personer, som enligt enkätsvar tänker på suicid, är det bara en som dör i suicid samma år. Fokus måste ligga på tidig diagnostik och behandling.

Olycksförebyggande perspektiv på arbetsplatsen

– *Helena Rådbo, PhD. Samordnare; obehörigt spårbehandling, Trafikverket*

Sammanfattning: Trafikverket jobbar aktivt med suicidprevention sedan några år tillbaka. Ett mål är satt som innebär att antalet omkomna inom järnvägsnätet ska minska med 50 procent fram till år 2020, jämfört med hur många som omkom 2010. Detta kräver att Trafikverket tar suicidprevention på allvar, eftersom största andelen av de som omkommer inom järnvägssystemet beror på att man väljer att ta sitt liv framför ett tåg i rörelse. Dödade framför tåg, oavsett orsak, ses som en del som ska hanteras inom Nollvisionens arbete, ”att ingen ska skadas eller dödas inom transportsystemet”. Som ett första steg försöker Trafikverket stängsla in järnvägen på platser där det inträffat flera dödsfall. Vid en undersökning av var tidigare personpåkörningar har skett under en 10-års period, kan man se att 60 procent inträffat på 6 procent av järnvägsnätet. En ny generation av övervakningskameror kommer att införas hösten 2015 och tillsammans med den ökade stängslingen tror Trafikverket att fler händelser ska kunna förhindras. Utöver utökad stängsling och fler kameror finns samarbete med polis, räddningstjänst och sjukvård (ambulans) för att förhindra självmordsförsök på järnvägen. När någon (t ex lokförare eller allmänhet) upptäcker och larmar för att en person är på fel plats startas en larmkedja via SOS och Trafikverket. På detta sätt stoppas tågtrafiken, polis och/eller räddningstjänst tar sig till platsen, obehörig person avlägsnas och därefter släpps trafiken på igen.

Förbättrat omhändertagande efter självmordsförsök

– *Anna Korbutiak, kurator, projektledare för suicidprevention, Affektiva specialmottagningen, Akademiska sjukhuset*

Bakgrund: I mitt arbete som kurator träffar jag närstående i stödsamtal efter fullbordat självmord. Det är en viktig uppgift, men jag vill hitta en metod att förebygga självmord. Jag misstänker att patienten inte alltid får adekvat hjälp efter självmordsförsök.

Syfte: Att förbättra omhändertagandet efter självmordsförsök.

Metod: Att erbjuda snabb uppföljning efter självmordsförsök i samarbete med psykakuten och/eller psykonsulten. Jag har avsatt 2 tillfällen i veckan som psykonsulten kan boka in i min tidbok och ge besökstiden till patienten, vilket

innebär att uppföljning kan ske inom 3 dygn. Målgruppen är personer som gjort självmordsförsök och som inte har någon pågående kontakt med psykiatrin.

Samtalen har fokuserat på tre områden;

1. Utlösande orsak till självmordsförsöket
2. Problemlösning
3. Framtida strategier

De flesta patienter skäms för sin handling och det är viktigt att minska skammen.

Resultat: Jag har träffat 29 patienter i projektet under perioden oktober 2009 – juli 2012. Psykkonsulten har erbjudit alla patienter i målgruppen uppföljningsbesök hos kurator och endast 3 personer har tackat nej. Könsfördelningen är 9 män och 20 kvinnor och åldersspridningen är 18 – 80 år. Medelåldern är 40 år.

En man och en kvinna har avböjt fortsatt kontakt efter ett samtal, annars har antalet besök varierat mellan 1 – 20 sessioner. Medeltalet är 5 besök. 3 patienter har bjudit in familjemedlemmar på samtalen, eftersom självmordsförsöken påverkar familjemönstret.

De sociala förhållandena är mycket olika; en är en nybliven änklings, 3 personer har sjukersättning, 5 personer studerar på gymnasium eller högskola och 12 personer förvärvsarbetar och 8 personer är arbetslösa. 13 personer är gifta eller sammanboende. 18 personer har minderåriga barn. 5 personer har fysisk sjukdom/smärta eller funktionshinder.

5 personer uppger att alkohol är ett problem, antingen eget missbruk eller i familjen. En person har spelberoende och 7 personer uppger dålig ekonomi som utlösande faktor till självmordsförsöket. 10 personer beskriver ”kärleksproblem” eller relationsproblem som huvudorsak till s-försöket. Ett fåtal beskrev psykisk ohälsa som orsak till sin s-handling.

5 personer har vidareremitterats till psykiatrisk mottagning eftersom de behöver en längre behandlingstid. Samtliga 29 personer lever.

Slutsats: Projektet bygger på ett ömsesidigt förtroende mellan psykkonsulten och kuratorn. Vi känner och litar på varandra. Detta förmedlas till patienten som befinner sig i ett mycket besvärligt läge. Intrycket är att insatsen är livräddande och upplevs värdefull av patienten.

Självordstankar – min vän och fiende

– Lena-Maria Haugerud, Daglig ledare, Landsforeningen for forebygging av selvsading og selvmord.

Min erfarenhet: Jag brukar säga att jag är professor i egen erfarenhet inom suicid. 40 års erfarenhet och fortfarande är det en stor del av hur jag lever mitt liv. Men jag har också provat på att vara på den andra sidan som anhörig. När min dotter var 8 år hade hon konkreta självmordsplaner och hade skrivit avskedsbrev till alla familjemedlemmar. Detta övergick sedan till självskadebeteende. Jag är utbildad mentalskötare och har även arbetat med cancer och palliativ vård i över 10 år. Så mitt liv har på ett eller annat sätt alltid handlat om döden. 2009 stiftade jag LFSS Landsforeningen vars syfte är att förebygga självskadebeteende och självmord, samt att ge stöd åt efterlevande. Som ni förstår har jag alltid haft en följesvän som heter ”döden”. Ett barndomsminne är när jag var 5 år och gick i förskolan och satt under ett bord och jag trodde det stod klart och tydligt på min panna ”JAG VILL DÖ” och jag undrade varför ingen såg mig. Som barn kände jag ofta detta att inte bli sedd, jag var det tysta barnet, det barnet som var enkelt att ha och göra med, som inte sa en hel mening under hela min uppväxt. Men samtidigt trodde jag att jag gav tydliga signaler på att ”ser ingen att jag vill dö?” Jag har någon gång fått frågan från dem som jobbar med barn och unga i kommunen -”Om någon vuxen hade sett dig, och vågat att fråga dig om hur du hade det, skulle du då ha vågat att svara ja?” Mitt svar är – ”Det var ju det jag väntade på i hela mitt unga liv.” Jag trodde alltid att folk runt mig såg hur ont jag hade det, hur plågad jag var, hur ledsen jag var. Det är ju först som vuxen som jag förstod att det kunde ju ingen ha anat när jag inte gjorde något försök att säga det i 24 år mötte jag min allra första terapeut - Jag kom dit av eget initiativ och jag var helt i botten. Det hon tidigt lärde mig och som jag senare har haft god användning utav är, att hur mycket jag än önskar att dö, eller inte ser någon annan utväg att slippa ifrån smärtan än att dö, så är det mitt fulla ansvar att ta hand om det livet jag har fått. – Så hur vill du göra det? Frågade hon mig. Hon var modig, först förstod jag ingenting – mitt ansvar – jag själv måste hitta vägen ut? Men det hon också gjorde klingande klart för mig var att hon skulle vara med mig på denna resa och sedan oberoende på vilket vägval jag tog, skulle hon stötta mig och se till att jag skulle nå målet. Självordstankarna finns fortfarande men så länge jag själv har kontrollen över mina tankar, och mitt beteende kan jag hålla dem på avstånd.

Som anhörig har min egen kunskap om mig själv gjort att jag vet att det går att leva ett fullvärdigt liv trots alla upp och ner turer, men det har vi alla människor. Det som är skillnaden för oss är att vi hanterar det kanske inte lika bra som många andra. Vi är extra sårbara för negativa händelser och kriser. Men det vi vet är att det går och ta sig igenom – det går att leva ett fullvärdigt liv mellan de destruktiva perioderna, men vi är också helt beroende av att ha ett gott nätverk av människor i vår närhet.

Stöd till barn och unga drabbade av självmord

– *Lars Widén, psykoterapeut, kurator, barntraumateamet, Vrinnevisjukhuset, Norrköping*

Teamet, som består av mig och en kvinnlig psykolog, är ett specialisteam inom Barn- och Ungdomspsykiatri, BUP, med **särskilt uppdrag** att bland annat **ge akut krisstöd** till barn, unga och deras familjer **när någon i familjen plötsligt dött**. Vi följer också upp de drabbade över tid och erbjuder vid behov traumafokuserad behandling. I teamet har vi hittills mött **240 barn och ungdomar drabbade av självmord**, de allra flesta av dem av förälders självmord, särskilt pappor som tagit sitt liv.

De **ledord** jag vill ge för vad som ansetts **hjälpamt och viktigt** för barn och ungdomar som förlorat en mamma eller pappa i självmord är **Öppenhet, delaktighet, omsorg, respekt och förståelse för tiden**.

Öppenhet

Det som drabbade barn och ungdomar bekräftat som viktigast, är att man varit öppen med vad som hänt. Barnen ska informeras om att föräldern är död, och att han tagit sitt liv, så fort det är möjligt. När det gäller mindre barn är det bästa, att den kvarvarande föräldern först själv får informationen och tillåts reagera på den, och sedan får stöd att själv kunna berätta för barnen. Informationen ska ges på ett sätt som den yngste i syskonskaran kan förstå. Vi möter ibland tveksamheter och motstånd mot den idén. Man **vill vänta** tills barnet är mer moget. Det tillfället kanske aldrig kommer, för **när** passar det att berätta något som kan rasera tillvaron för ett barn? Det är bättre att barnet förstår en del och lär sig, att pappas eller mammas död får man prata om och ställa frågor om.

Vi har också funnit det angeläget, att man samlas i familjen efter självmordet, helst med stöd utifrån, och får tala igenom vad som hänt, och att var och en får bidra med sin information. Då skapar man tillsammans en **gemensam berättelse**, som kan hjälpa till att besvara frågan hur och varför självmordet kunnat ske. Det kan vara vad föräldern sagt, skrivit eller gjort den senaste tiden, som blir mer begripligt efter självmordet.

Delaktighet

Barn vill vara delaktiga och närvarande. Vad som varit särskilt viktigt är möjligheten till ett **eget avsked av den döde föräldern**. Genom att döden kom så plötsligt, fick de inte ta farväl. Det är dock viktigt att ett avsked **förbereds och genomförs** på ett så bra sätt som möjligt.

Inför avsked är det viktigt att barnen **informeras om vad som ska ske**, och att de ges möjlighet att **ta med sig något** och lämna hos den döde föräldern som ett brev, teckning, kort etc. Vid avskedet ska de också **förberedas och informeras** om hur den döde ser ut om det finns **förändringar och skador på kroppen** så att de mentalt kan förbereda sig. Barnen bör även förberedas på att de **vuxna kan bli ledsna**, och att det inte är farligt, utan bra för dem.

Vi får ofta frågan om det är bra för små barn att delta. Vårt bestämda svar, vilket också bekräftas av barnen, är att om avskedet är genomfört på ett riktigt sätt blir det en lättnad för de närvarande. De kan faktiskt inse att föräldern är död och sedan påbörja sorgearbetet, i stället för att fortsätta en evighetsväntan på att pappa eller mamma ska komma tillbaka.

Barnen bör sedan ges möjlighet att vara delaktiga i planering inför begravningen, till exempel vid valet av musik etc.

Omsorg

Barn och unga som drabbas av ett trauma som självmord, behöver få känna särskild omsorg från sina närmaste. Det är samtidigt en komplikation, eftersom den kvarvarande föräldern som regel också är drabbad, och befinner sig i ett tillstånd av chock, förvirring och sorg och därför har begränsad ork och uthållighet. Barnen har ett ökat behov av närhet och trygghet hos föräldern och de kommer att behöva sova hos denne och blir ofta mer kramiga.

Barnen blir som regel mycket oroliga att även den kvarvarande föräldern ska ta sitt liv eller försvinna på annat sätt. De mindre barnen blir oroliga när den vuxne är ledsen. Ofta får barnen, liksom den vuxne, ett starkt behov av kontroll, varför det blir särskilt viktigt att meddela förändringar som exempelvis att man blir försenad.

För ungdomarna, blir det oftast på samma sätt, men en del väljer att dra sig undan mer från hemmet och i stället söka sitt stöd hos kompisar eller hos andra vuxna de känner tillit till. Det är viktigt att man hjälps åt att få en balans så att de samtidigt är delaktiga i familjens process.

Omgivningens stöd till familjen den första tiden är oerhört viktig och kan behövas lång tid framöver.

Respekt

Efter en traumatisk förlust är det viktigt för de unga att återfå kontrollen. De har varit med om något mycket svårt, och måste få stöd att återgå till det vanliga och förutsägbara som förskola och skola. Det är viktigt att personalen där blir informerad om vad som hänt och förbereder för den unges återkomst, som bör vara så snart som möjligt.

Ungdomarna känner ofta ett stort stöd i sina kamrater. Med dem kan de dela sin sorg och hur de mår, samtidigt som de med kompisarna även kan tillåta sig att vara som vanligt och bara vara tillsammans, och kanske t o m skratta ihop. Skrätt är läkande. Det betonar vi i alla samtal med drabbade barn och ungdomar som tror att det är förbjudet att skratta. Traumat och sorgen finns ändå. Att behålla vanliga aktiviteter är viktigt när man är drabbad. Särskilt fysiska aktiviteter, som att vara ute och gå eller utöva sin idrott är välgörande.

Barn och ungdomar vars föräldrar tagit sitt liv ska erbjudas möjlighet till samtal, och vid behov, om de till exempel själva funnit den döde föräldern, erbjudas traumafokuserad terapeutisk kontakt. Samtidigt måste man respektera och inte

pressa dem, om de väljer att inte samtala, ofta av rädsla att det kommer att bli för smärtsamt. De behöver då veta att det finns möjlighet till samtal längre fram, när tillvaron blivit mer stabil.

Förståelse för tiden

Något vi ofta hör är omgivningens svårighet att förstå att det ”inte är över” trots att ”lång tid” har gått sedan föräldern dog. Många ungdomar vittnar om skolans och enskilda lärares glömska, dvs. att de inte förstår elevens prestationer eller reaktioner, trots tidigare medvetenhet om traumat och förlusten. Det är ju ofta så att den unge sliter jättehårt för att över huvud taget klara sig genom det första året. Särskilt efter ett trauma som självmord blir processen ännu längre. Först måste man förstå och reagera på traumat, på självmordet, innan man på djupet kan börja inse förlusten och känna och reagera på sorgen. I skolan kan det ta uttryck som ledsenhet, aggressionsutbrott, koncentrationssvårigheter och minskade prestationer, som kanske eleven då ställs till svars för, i stället för att få det stöd och avlastning som han/hon behöver.

Något vi funnit hjälpsamt och viktigt för de barn och ungdomar vi har varit i kontakt med, är möjligheten att komma tillbaka efter en lång tid, och samtala med den person som fanns med vid traumat, vilken kan hjälpa den unge att minnas och få nytt perspektiv på den svåraste händelsen i den dennes liv.

Medmänniskan

– Stefan Alldén, Beteendevetare med inriktning på medvetande. Medmänniskan – egen verksamhet

Inledningsvis beskrev jag en händelse i mitt liv, som gav mig inre styrka och en förståelse av verkligheten bortom ord och förklaringsmodeller. Detta blev en vändning i mitt liv, bort från det vi kallar psykisk ohälsa.

Jag talade därefter om bemötande på olika sätt; hur jag själv blivit bemött och inte hur jag skulle ha velat bli bemött, utan i stället vad jag tror är värt att tänka på inför möten med andra. Att det finns en vilja inom var och en av oss att hjälpa, men att vi kanske är undrande inför görandet.

Jag talade om att vi i allt högre grad bör vara medvetna om vilka vi är. Vikten av att lära känna alla delar av sig själv. Till förmån för bättre hälsa, sundare relationer med sig själv och andra samt vidgat empatiskt register. Delade upp begreppen empati i fysisk och psykisk empati samt hur jag ser på det kopplat till vår samhällsstruktur.

Jag talade om vad ansvarsfrågan i systemen gör med oss i möten med varandra, om vad våra roller och titlar gör med oss i möten och hur detta kan skapa rädsla för att t ex förlora jobbet eller att bli anmäld. Hur fokus i sådana situationer kan förflyttas från den som behöver hjälp till den som är tänkt att hjälpa. Hur hjälparen kan gå i försvar och skapa avstånd i relationen. När vi tar ansvar för oss själva, tar vi ansvar för andra.

Jag talade om hur det vi fokuserar på skapar vår verklighet. Ställde frågan om vad vi skapar genom att kalla ett symptom på ett fenomen för ett självmord? Hur skulle det bli om vi frågade oss om det vi kallar för självmord är lika mycket ett mord, skapat av omgivande miljö? Att vissa individer drivs till det beteendet, snarare än att det uppstår isolerat hos individen?

På frågan om hur jag hade önskat att min närmaste omgivning skulle ha varit i de svåraste stunderna, fick svaret bli: Jag tror mig i dag veta att alla gör sitt bästa i varje ögonblick, men att det finns ett värde att fråga sig själv varför vi ofta tror att någon annan (expert, professionell) kan våra liv bättre än vi själva.

”Enda gången jag anser mig ha rätten att titta ner på någon är när jag hjälper personen upp”, fick stå för avslutningen.

Utveckling av suicidprevention ur ett omvårdnadsperspektiv: Att tillvarata personens resurser och främja återhämtning

Linda Sellin, psykiatrisjuksköterska och doktorand inom hälsa och välfärd: vårdvetenskap. Handedare: Lena Wiklund Gustin*, Tuula Wallsten** och Lene Martin*. Medförfattare: Margareta Asp*. *Mälardalens högskola och **Landstinget Västmanland i samproduktion. Kontakt: Linda Sellin, linda.sellin@mdh.se*

Bakgrund: Tidigare forskning visar att kunskaperna är begränsade om vad som kan stödja den personliga återhämtningsprocessen hos en suicidnära patient, samt vad som kan underlätta för närstående att vara delaktiga som resurser i omvårdnaden. Det finns därför ett stort behov av studier som fokuserar på hur patientens och närståendes situation kan förstås på ett meningsfullt sätt, med beaktande av återhämtning och delaktighet. Sådan kunskap har i synnerhet betydelse i den psykiatriska vården, som har en viktig roll i omvårdnaden av patienten som kämpar med bristande livslust. I de fall när patienten med hög suicidrisk vårdas inom psykiatrisk slutenvård kan patienten behöva särskild tillsyn. Tidigare forskning visar att en distanserad hållning och ett ensidigt fokus på riskfaktorer för suicid, kan förstärka personens upplevelse av stigma och hopplöshet (Barker 2003, Cutcliffe & Barker 2002). Stöd för återhämtning i kombination med suicidriskhantering, kan istället bidra till att främja personens upplevelse av livskraft och livslust. Ett annat problem kan vara att tillgängliga och viktiga närstående i patientens sociala nätverk ibland kan känna sig ställda utanför vården, överväldigade av en känsla av ansvar för personen som är suicidnära.

Syfte: Det övergripande syftet med doktorandprojektet är att utveckla, implementera och utvärdera omvårdnadsinterventioner, för att främja patienters återhämtning och hälsa, minska patienters risk för suicid, och stödja närståendes delaktighet i vården.

Metod: Forskningen baseras på fyra delstudier. Presentationen i forskningsseminariet fokuserar de två första delstudierna. Delstudie I beskriver fenomenet återhämtning i ett vårdande sammanhang, så som det upplevs av

personer som är i riskzonen för suicid. Data utgörs av intervjuer med fjorton patienter som rekryterades inom psykiatrisk slutenvård. Data har analyserats med utgångspunkt i en livsvärldsfenomenologisk forskningsansats, som är en metod som ger möjlighet att utveckla förståelse för människors upplevelser i relation till den mänskliga existensen. Delstudie II beskriver fenomenet delaktighet i ett vårdande sammanhang, så som det upplevs av närstående till personer som är i riskzonen för suicid. Data baseras på intervjuer med åtta närstående som rekryterades genom deltagare i den första studien. Data har analyserats utifrån samma metod som den föregående.

Resultat: Resultatet i delstudie I visar att fenomenet återhämtning innebär att få utrymme att uttrycka och vara sig själv i kampen mellan liv och död. Exempel på en annan innebörd, som har betydelse för den personliga återhämtningsprocessen, är att vara i en livgivande rytm i vardagen. Slutsatsen visar att återhämtning är nära sammanflätad med upplevelser av att vara kapabel att hantera sitt liv. Det preliminära resultatet i delstudie II visar att fenomenet delaktighet innebär att vara aktivt involverad i den process där personen får tillbaka lusten att leva. Det handlar också om att upprätthålla kommunikationen i spänningsfältet mellan liv och död.

Kliniska implikationer: Insikterna om återhämtning och delaktighet kan främja öppenhet och följsamhet för patienternas och närståendes perspektiv i omvårdnaden. Andra viktiga aspekter är att professionella vårdgivare behöver stödja och stärka patientens återhämtningsprocess som hjälper personen att forma sitt liv utgående från sina egna förutsättningar, och underlätta för tillgängliga närstående att vara aktivt involverade i denna process.

Referenser:

- Cutcliffe, J. R. & Barker, P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(5), 611-621.
- Barker, P. J. (2003). The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 96-102.

Senaste forskning om elektrodermal hyporeaktivitet

– *Lars-Håkan Thorell, docent i experimentell psykiatri, forskningschef i Emotra AB (publ).*

Bland deprimerade patienter är elektrodermal hyporeaktivitet avsevärt mycket vanligare hos dem som kan antas ha en sårbarhet för självmord, dvs. de som senare tar sitt liv (97 %; 28 av 29 självmordsoffer), än hos dem som kan antas vara minst sårbara, d.v.s. de som behandlas i psykiatrisk öppenvård (13 %; 11 av 88) ($p=6.1 \times 10^{-20}$).

Test av elektrodermal hyporeaktivitet har hög sensitivitet (upp till 97 %) och en hög rå specificitet (negativt prediktivt värde) (upp till 98 %) för självmord bland deprimerade patienter. Termen rå specificitet används eftersom specificitet i

traditionell betydelse saknar mening då de flesta av dem som av testet upptäckts vara i risk, inte kommer att begå självmord. Detta faktum gör det också omöjligt, och inte heller önskvärt, att söka 100 % prediktion av självmord. Det skulle innebära att patienter som upptäcks vara i risk med nödvändighet skulle ta sitt liv, vad än vi gör för att rädda dem. Meningen med testet är att upptäcka vilka (cirka 13 % av alla med depressionsdiagnos) som är i risk för självmord och att rädda dem med tillgängliga medicinska, psykologiska och andra medel.

Den elektrodermala hyporeaktiviteten tycks indikera en långvarig dysfunktion hos vissa neuron i hippocampus CA3 områden. Den innebär att man inte reagerar med normalt intresse på händelser i vardagslivet – en förlust av nyfikenhet på vardagslivet, vaga minnesmodeller (jfr övergeneraliserat autobiografiskt minne), sämre informationsbehandling (jfr rigitt och dikotomt tänkande) och svårigheter att lösa sociala problem. Den gör det troligen ”lättare” att välja bort det ointressanta vardagslivet inför svårigheter och att bortse från förväntad smärta inför självmordsförsök.

Hyporeaktivitet är en över flera år utdragen neuropsykologisk dysfunktion, som i kombination med depression och självmordstankar kan utgöra skillnaden mellan liv och död. Thorells modell av det depressiva självmordet och befintligt test av hyporeaktivitet gör det möjligt att pröva tidigare otestbara hypoteser och skapa innovativa hypoteser för bättre förståelse inom suicidologin och bättre behandling inom suicidpreventionen. Behovet av objektiva test av självmordsbenägenhet betonas starkt (IASR/AFSP New York, sept. 2015). De skall ses som ett stöd i riskbedömningen även i primärvården, så att suicidpreventiva åtgärder och adekvat medicinsk och psykologisk behandling kan sättas in tidigt. En multinationell studie pågår vid 15 kända psykiatriska kliniker i 10 länder i Europa, i syfte att söka bekräfta tidigare resultat. Fler än 1500 patienter är hittills testade.

Polisens arbete vid pågående suicidförsök

– Jens Andersson, förhandlarkoordinator, polisområde Jönköping

Det jag talade om under nätverkskonferensen var polisens arbete vid pågående suicidförsök. Eftersom polisen har lagstöd att agera, blir polisen en dörröppnare, både bildligt och bokstavligt, för andra myndigheter och enheter.

Ser man sedan på vad vi poliser i Jönköping län gör, så är det att stötta räddningstjänsten genom att lära ut hur man bör möta personer, som hotar med självmord. Polisens kunskap och erfarenhet som förhandlare är en viktig resurs i suicidpreventivt arbete.

Själv börjar jag med att presentera mig ”Hej, jag heter Jens och kommer från polisen”. Efter presentationen kan det vara bra att kontrollera om situationen är rätt uppfattad och fråga ”Har du tänkt att ta ditt liv nu?”.

Att våga fråga är en nyckel. Frågar vi inte, vet vi inte. Sedan får man känna av läget och anpassa det fortsatta samtalet efter det.

Samarbetet mellan polis, räddningstjänst och ambulans går ut på att snabbt hinna fram till platsen, oavsett yrkeskategori. Snabbt fram och därefter samarbete är framgångsreceptet.

Blåljusseminariet

– *Anna-Karin Lindberg, fil.dr, chef Verksamhetsutveckling, SOS Alarm AB*

Antalet suicidsamtal som inkommer till 112 är relativt få, vilket gör att du som SOS-operatör inte ställs inför en sådan situation särskilt ofta.

SOS-operatörer har ett verktyg att tillgå vid dessa samtal, och det är Röstén! Därför lär vi ut att ditt tonfall talar om vilken attityd du har och att den säger mer än dina ord. Personen måste mötas med allra största respekt och empati. Det är dock viktigt att komma ihåg att operatören ska försöka förstå krisen, men inte lösa inringarens villkor på ett mer påtagligt sätt än i många andra typer av samtal. Problemet. Det handlar om att vara närvarande och möta personen där den befinner sig, men samtidigt också försöka skapa en positiv atmosfär. I allt detta svåra ska operatören även försöka ta reda på var personen befinner sig rent fysiskt för att kunna larma ut hjälp till platsen. Samtal av det här slaget berör och lämnar avtryck.

Blåljussessionen

– *Göran Melin, Stf räddningschef, Jönköpings kommun*

Genom gemensam planering och utbildning mellan blåljusaktörerna kan räddningstjänsten hjälpa till att rädda liv. Polisen har ett ansvar utifrån Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT att ingripa om någon utgör en fara för sig själv eller andra. Sjukvården har ett ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) att föra patienter i behov av vård till vårdinrättning. Räddningstjänsten har ett ansvar att ingripa enligt Lag (2003:778) om skydd mot olyckor. Räddningstjänstens decentraliserade organisation är först på plats i ca hälften av alla samverkanslarm. Detta ger en möjlighet att snabbt ta kontakt med en suicidal person i syfte att förhindra ett suicid.

I kommunens arbete med trygghet, säkerhet och fysisk planering bör suicidprevention ingå som en naturlig del. Nyckel till framgång är främst utbildning i myter och föreställningar. Det är t ex en myt att det aldrig går att hindra en människa från att ta sitt liv..” Livssituationer kan uppstå då man upplever det som outhärdligt att fortsätta att leva. Om det då finns farliga metoder att tillgå för att ta sitt liv så är risken stor för ett suicid. Om en farlig plats inhägnas med exempelvis ett staket så kan det många gånger räcka att personen tvingas gå runt för att den akuta impulshandlingen skall förhindras. Mellan 85–90% av de som hindras från att ta sitt liv avlider inte av suicid längre fram i livet.

En enkel modell för att komma igång med suicidprevention på kommunal nivå kan vara följande:

- Skapa en bred samverkan med blåljusaktörer och kommunala förvaltningar tillsammans med region och andra.
- Etablera blåljussamverkan anslut till SOS larmplan. Denna larmplan finns beskriven i MSB rapport ”Samverkan mellan polis, sjukvård, SOS Alarm och räddningstjänst vid hot om suicid”
<https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/24908.pdf>
- Utbilda på bredden i myter och föreställningar
- Fördjupad utbildning till nyckelpersoner (MHFA, AOSP)
- Följ upp och analysera statistik löpande. Polis, ambulanssjukvård och räddningstjänst har alla värdefull statistik att bidra med.
- Beakta suicidrisk i fysisk planering. När kommunala översiktsplaner tas fram kan suicidrisk beaktas. Exempel på översiktsplan:
<http://karta.jonkoping.se/app/oplan/>
- Åtgärda ”hotspots” som framkommer vid analys av statistik. Det kan handla om att bygga staket, höja räcken, skapa bättre överblick runt höjder.
- Tillsätt krisstöd ges efter fullbordade suicid! Krisstöd kan ges av kommunens POSOM grupp (psykiskt och socialt omhändertagande) eller av primärvård som utgör en första linje vid behov av vård.

Gemensamhetslarm ”hot om suicid” i Sörmland!

– *Ola Gregebo, Insatsledare/Styrkeledare Rlj Strängnäs, representant i arbetsgruppen, Gemensamhetslarm ”hot om suicid”*

På uppdrag av RAPS-rådet (chefer inom blåljus, länsstyrelse, landsting och SOS alarm) så startades ett arbete med att ta fram en gemensam larmplan för samverkan vid ”hot om suicid”. Andemeningen var att närmaste enhet skulle åka fram och försöka ”bryta” händelsen. Vilken enhet det är ska inte spela någon roll – *first responders*, det vill säga den som först får meddelandet tar hand om situationen.

Arbetsgruppen bildades 2012 och bestod av länets räddningstjänster, polisen, landstinget och SOS alarm.

Arbetet började med att ta reda på hur man gjort i angränsande län och att lära av deras erfarenheter. Tanken var att försöka ge en så tydlig och klar bild som möjligt av vilka situationer samt vilka människor vi kommer att kunna möta. Vi som arbetar inom räddningstjänsten var tydliga med att vi ”måste” ha utbildning för att kunna hantera dessa situationer. Efter erfarenhetsutbyte med blåljuskollegor samt hjälp med föreläsningar av sakkunniga personer inom psykiatrin, sammanställdes ett utbildningsprogram som vi startade med.

Fortsättningsvis kommer utbildningen att utvidgas, för att vi ska bli ännu bättre på att kunna hjälpa de människor, som av någon anledning hamnat i en svår situation.

Utfallet av samverksamheten är bra. Tack vare gemensamhetslarmplanen har vi tillsammans lyckats ”fånga upp” många människor som har befunnit sig i en svår

situation. Samarbetet fungerar bra, men vi har målsättningen att bli bättre. Räddningstjänsten har blivit stärkt i rollen med att vara först på plats. Eftersom samtliga enheter delar med sig av sina erfarenheter, så hoppas vi kunna bli ännu bättre på sikt!

Från kursen - Det goda samtalet

Det goda samtalet: att samtala med den som vill dö

– Ullakarin Nyberg, med dr, överläkare, St. Göran, Norra Stockholms Psykiatri

Att rädda liv genom att förebygga självmord och förhindra självmordsförsök är en konst. En svår konst, men fullt möjlig att lära sig. Och en konst som lönar sig; av alla som överlever ett suicidförsök dör cirka 90 procent av andra skäl än självmord och de flesta som överlever hittar så småningom nya sätt att tänka, lösa problem och förhålla sig till livets svårigheter. Livsviljan är mycket starkare än viljan att dö och människor är beredda att göra nästan vad som helst för chansen att leva lite till eller få ett bättre liv. Viljan att dö är däremot oftast tillfällig och går att avbryta för den som förstår att ett självmordsförsök är på väg att ske.

Hur kan jag då känna igen en person som är suicidal? Vi vet att de största underliggande riskfaktorerna för att hamna i en suicidal kris är psykisk sjukdom och tidigare suicidförsök, alltså faktorer som är svåra att påverka. Dagens suicidprevention inriktar sig i hög grad på behandling av underliggande psykisk sjukdom och det är förstås viktigt, men det faktum att antalet självmord inte minskar i den utsträckning som de gjorde tidigare visar att det också behövs andra insatser. Människors individuella skäl till att ta sitt liv är ofta möjliga att påverka och måste finnas med i behandling av suicidalitet. Utlösande faktorer kan till exempel vara ett misslyckande, en separation eller en konflikt som just då ter sig omöjlig att leva med, särskilt för den som är deprimerad, men där en lösning är möjlig på längre sikt. Det gäller alltså att bryta hopplösheten och introducera nya möjligheter att lösa problem.

Alla som hamnar i en suicidal kris är ambivalenta. De flesta längtar inte till döden, men står inte ut med livet. Människor, som står i begrepp att ta sitt liv, upplever ofta att de befinner sig utanför all mänsklig gemenskap och behöver bli påmind om sin betydelse för andra. Att bli föremål för bekräftelse, engagemang och intresse kan bli en påminnelse som leder till att skälen att leva i den stunden väger tyngre än skälen att dö. Samtal med suicidala människor är svåra och tyvärr är det ont om utbildningar där man får lära sig att möta den som inte orkar leva. Förformulerade frågor utifrån en given mall används alltför ofta i samtal om suicidrisk och riskerar att försvåra både alliansbyggande och förståelse för individens unika situation om de används på fel sätt.

En användbar samtalsteknik för att underlätta svåra samtal är att validera eller bekräfta den känsla man fångar under samtalet. Man kan till exempel säga:

”det känns hopplöst”, ”det du berättar låter allvarligt”, ”jag ser att du är plågad”, ”du tror inte att det finns någon hjälp att få”, ”du är besviken” och så vidare.

Det finns goda skäl att avvakta med förslag på åtgärder eller hänvisning till en annan instans till förmån för detta förhållningssätt, som går att lära sig genom rollspel. Behandlaren bör också förmedla att man ser patientens berättelse som ett

förtroende som man är glad att ta del av. Det goda samtalet ska innehålla acceptans för patientens tankar om att döden är en utväg, men samtidigt ska man förmedla att *“ jag kommer att göra allt som står i min makt för att du ska välja att leva. Jag lyssnar till dig och jag vill förstå, men min uppgift är inte att hjälpa dig att dö utan hjälpa dig att leva”*. Som poeten Bruno K Öijer skriver: ”Livet slåss för dig”.

Döden i allmänhet och suicid i synnerhet omgärdas fortfarande av starka tabun. Det gör att många viktiga frågor lämnas obesvarade i kontakten med en suicidal människa, till exempel om vad patienten tror händer efter döden, och att obehagliga detaljer lämnas utforskade. Kunskap om detaljer till exempel om vad en person tänkte, gjorde och kände under ett suicidförsök kan bli en vägledning om hur framtida suicidhandlingar kan avstyras. Om personen avbröt sitt självmordsförsök på grund av tankar på sina närstående bör förmågan att tänka på närstående i utsatta situationer tränas och förstärkas inom ramen för den behandling som ges.

Inga samtal bör enbart handla om risker och svårigheter. Eftersom liv är en förutsättning för att ett samtal ska kunna äga rum går det alltid att balansera frågor om döden med frågor om livet, till exempel om sådant som gör livet värt att leva och varför personen har valt att leva fram till idag. Med fokus på både mörker och ljus och med utgångspunkten att man har en kapabel individ framför sig, ökar möjligheten att tillsammans hitta vägar ut ur hopplöshet och förtvivlan.

Slutligen – vi vet att små omsorger är särskilt betydelsefulla i svåra situationer och att det går att hjälpa med små medel. Jag pratade med ett föräldrapar som kom in till akuten med sitt döda barn. De storgrät när de beskrev sonens självmord, men började le när de berättade om personalen på akutmottagningen. De sa: *“Personalen var fantastisk. Vi fick inte den vanliga landstingsfilten utan en specialfilt. Den var blå.”* Alla människor kan färdas mellan hopp och förtvivlan under en mycket kort tidsrymd. Den förmågan kan vi i vården förstärka. Det kallas läkekonst.

Min bok: *Konsten att rädda liv – om att förebygga självmord* kan beställas på:
nok.se/bestallningsformular

Podcast om suicid: <https://aca.st/19129f>

Ullakarin Nyberg och Fritte Fritzon

Från kursen - Svåra samtal

Svåra samtal: Att möta den som inte ser möjligheter att orka leva

– *Johan Andreen, specialistläkare i psykiatri och barn -och ungdomspsykiater, NASP, KI/SLSO*

Samtal sker inte ur tomma intet, samtal äger rum i en relation där två människor möts i språkligt förmedlad kommunikation. Relationen lever av en gemensam vision som under mötet binder personerna samman i en allians. Antingen skapas och lever denna affinitet i en given stund eller så gör den det inte. Möte, relation och allians är inget som kan övas. Kommunikation och empati är de färdigheter som kan skapa en fungerande relation och allians och ett möte. Färdigheter kan övas och därigenom kan förutsättningen för att skapa fungerande möte, relation och allians ökas.

Kommunikation lever av den intention som personen hänger sig åt i samtalet. Intentionen att göra något gemensamt i meningen att överföra något så att det blir gemensamt. Empatin lever av att öva sig i perspektivtagningsförmåga, det vill säga att skifta så mycket och så långt som möjligt i stunden från sitt eget automatiska perspektiv till att se världen med den andres ögon. Kommunikation och empati förutsätter varandra och uppstår av att man lyssnar så att den andre kan tala och att man talar så att den andre kan lyssna. Detta kräver en intention och utgör ett ledarskap i mötet och samtalet.

Samtalets konst kan vi öva medvetet. Aldrig blir samtalets och kommunikationens utmaning tydligare än i mötet med medmänniskan som inte ser möjligheten att kunna leva längre. Att vara förberedd för en sådan situation och att ha övat så att man har några verktyg att hålla sig till ter sig som en nödvändighet för att vi inte ska bli mod- och kraftlösa i mötet. Därav detta korta seminarium med medföljande kompendium för fortsatt övning i grupp på hemmaplan.

Kompendiet från seminariet, som går att ladda ner från NASPs hemsida, innehåller en målsättning att vi ska sprida samtalets och samtalsövningens möjlighet med sikte på att kulturen och det medmänskliga bemötandet ska ge utrymme för att kunna uttrycka sin livsleda och därmed komma ur avskärmningen och ut i livet med stöd av en annan människa. För att vi och kulturen ska klara att vara mottagliga krävs en sammanhangsförståelse av suicidalitet. Förståelse av mötets och samtalets process och verktyg tas upp i metaforen ”Som en dans, som kräver någon som för”. Att utövat av denna konst att samtala i svåra möten kräver övning belyses, liksom några förutsättningar att vara förberedd på inför utmaningen. Inte minst att vara förberedd att ”knuffa sig själv över tröskeln” att tänka på och prata om självmordsrisk. Erfarenheter från behandlingsforskningen om vad som gör skillnad tas upp. Därefter följer några övningar. Övning 1 är en enkel träning av medveten andning. Övning 2 handlar om att mentalisera mötet med en självmordsnära medmänniska. Övning 3 är en övning i att tala om suicidalitet, här med stöd av en tillämpning av WHO:s fem nivåer för frågor om

suicidalitet. Övning 4 tar det vidare till att öva att samtala med en person med möjlig suicidalitet. Verktyg för samtal ges med stöd av metodiken Motiverande Samtal (MI) och en fokusering av samtalet i tre faser dvs. att personen får beskriva problemen och skälen för att inte leva, sina värden i och skäl för att leva samt att konkret från här och nu börja göra en handlingsplan för att ta tag i problemlösandet av sitt liv. Kompendiet avslutas med reflektioner för fortsatt förberedelse och övning samt en möjlig andemening i den stödjande kommunikationen till en medmänniska med suicidalitet.

Onsdagen den 30 september

Varför behöver vi en samlad handlingsplan? Vad behövs för att ha tillit till varandra? Kunskapsstyrning i möte med verkligheten i samhället? Vågar vi se vår roll? Dessa frågor inringade temat för konferensdag 2 som leddes av moderator Birgitta J Huuva, Områdeschef psykiatri, Region Örebro län. Här följer sammanfattningar av ett urval av föreläsningar och presentationer från den andra konferensdagen.

Urval av föreläsningar från dag 2

Samhällsekonomiska konsekvenser av suicid

– *Linda Ryen, nationalekonom, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB).*

Det kan tyckas okänsligt att lägga ett ekonomiskt perspektiv på suicid, men det är ett faktum att ett självmord medför omfattande samhällsekonomiska konsekvenser. Suicid ger, på samma sätt som olyckor, upphov till tre typer av kostnader; direkta, indirekta och humana. Med direkta kostnader avses resurser som förbrukas, till exempel kostnader för räddningstjänst, vård eller egendomsskador. Med indirekta kostnader avses resurser som inte uppstår, i form av produktionsbortfall till följd av förtida dödsfall. Med humankostnader avses värdet av liv och hälsa utöver bidraget till våra gemensamma resurser i form av produktion.

Beräkningar av samhällskostnader är en översättning av olika slags konsekvenser till kronor, och det bör påpekas att beräkningar av samhällskostnader (s.k. cost of illness-studier) inte nödvändigtvis kan användas som beslutsunderlag - då behövs istället förslag på specifika åtgärder som kan bedömas i termer av förväntad kostnad/nytta jämfört med alternativa eller inga åtgärder. Beskrivande beräkningar av samhällskostnader ger dock en uppfattning om storleken på den välfärdsförlust som det studerade problemet ger upphov till och kan på så sätt ge ledning i var åtgärder har potential att ge goda resultat. Komponenter i beräkningarna kan även användas i ekonomiska utvärderingar av specifika åtgärder och på så sätt göra det enklare att genomföra den typen av utvärderingar.

De samhällsekonomiska konsekvenserna av suicid kan ses som ett isberg. De direkta kostnaderna, som är mest synliga, är i sammanhanget modesta i förhållande till den stora välfärdsförlust som döljer sig under ytan – i form av förlorade levnadsår. Dessa för med sig inte bara produktionsbortfall utan också en omfattande humankostnad.

Med hänsyn till att den stora vinsten med att förebygga suicid ligger i vunna levnadsår, är det rimligt att använda kostnadseffektivitetsanalys vid utvärdering av åtgärder där kostnaden för en åtgärd presenteras per vunnit ((kvalitetsjusterat levnadsår (QALY)). Detta ger möjlighet att jämföra åtgärdens samhällsekonomiska effektivitet med andra åtgärder, som också riktas mot liv och hälsa.

En rapport med beräkningar av de samhällsekonomiska konsekvenserna till följd av de fullbordade (säkra) suicid som inträffade 2014 finns tillgänglig på www.msb.se med publikationsnummer MSB946.

Trossamfundens roll och möjligheter: Vilka insatser kan efterfrågas före, under och efter, vid mötet med människor i suicidnära tillstånd
– *Esbjörn Hagberg, biskop, Karlstads stift*

Jourhavande präst

”Innan ni tar ert liv, ring...” Detta var en tidningsannons 1956 i Helsingborg. Det var ett lokalt initiativ av pastor Erik Bernsprång. Inspirationen kom från Tyskland och England. Målet var att minska antalet självmord. Nyårsaftonen 1956 skedde samma sak i Örebro. Prosten Berndt Bäcklund tillsammans med stadens präster annonserade: ”Är du i förtvivlan ring 18 57 10.”

År 2016 fyller Jourhavande präst 60 år. Det kanske är en av de tjänster som Svenska kyrkan erbjuder som är mest kända. Den är i första hand en akut samtalstjänst.

Behovet av samtal tycks vara större än någonsin. Antalet som ringer ökar för varje år. Förra året var det drygt 80 000 samtal. En ökning med 16 % från 2013. Varje natt är det i snitt 215 samtal. Av dem är 8–9 akuta kris- och självmordssamtal. Drygt 40 kommer från människor med så stor oro och ångest att det skulle kunna bli livshotande. Jourhavande präst är tillgänglig mellan kl. 21.00–06.00

För ett år sedan kompletterades jourhavande präst per telefon med chatt och digitala brev. Tillgängligheten är måndag till torsdag mellan kl. 20.00 och 24.00. De digitala breven ska besvaras inom 24 timmar.

Själavård i församling

En av diakoners och prästers viktigaste uppgifter är att stå till förfogande för själavård.

Det finns många skäl varför människor där hör av sig:

1. Professionalitet. Präster och diakoner är i sitt uppdrag både utbildade och har stor erfarenhet av att möta människor i kris.
2. Tystnadsplikten. Den tystnadsplikt som präster är unik i vårt samhälle. Ingen registrering och journalföring får finnas.
3. Närhet. Svenska kyrkans verksamhet är rikstäckande. Kyrkans personal är ofta både kända och lätta att nå.
4. Ekonomi. Kyrkans verksamhet är gratis.
5. Existentiellt perspektiv. I de flesta sammanhang idag beskrivs människan utifrån ett holistiskt perspektiv som kropp, själ och ande. Med det menas att varje människa har både fysiska, psykiska och existentiella behov. Varje kris aktualiserar frågor som: Vem är jag? Vem kan älska mig och vem kan jag älska? Vem kan jag lita på? Vad finns det för mening?

Känslor som skuld, skam och längtan efter försoning och hopp finns också där. Religionen erbjuder berättelser och språk som knyter an till människors livsfrågor och livstolkning. I religionen finns också riter som fungerar ångestdämpande, livstolkande och gemenskapsskapande.

Sorgegrupper, krisgrupper

Svenska kyrkans största mötesplats är de kyrkliga handlingarna dop, vigsel och begravningar. Här möter kyrkan under ett år en majoritet av Sveriges befolkning.

Det finns nästan alltid ett möte före själva gudstjänsten. Inte minst efter en begravning erbjuds ofta uppföljningar i form av stödsamtal och sorgegrupper. Eftersom sorg och förluster kan bidra till att man förlorar lusten till livet finns här ett viktigt förebyggande arbete. Stödgrupper har i kyrkans sammanhang allt mer utvecklats till att också innefatta exempelvis barn som lever i beroendemiljöer eller med sjukdom i familjen. Också detta ett förebyggande arbete.

Kyrkan är också aktiv i akuta krissituationer exempelvis genom Posom (Psykiskt och Socialt Omhändertagande).

Kyrkans gemenskap

En terapeut uttryckte sig så här: ”I kyrkan får ni ta emot alla de som vi säger nej till för att vi ingenting kan göra för dem.” Till kyrkans eget väsen hör att bygga relationer. Här finns en människosyn som ger uttryck för att alla har rätt att vara delaktiga och bidra utifrån de resurser man har. För många människor är den gemenskap som kyrkan erbjuder genom olika verksamheter central och ett viktigt bidrag för att bryta ensamheten.

Summering av årets konferens och påannonsering av nästa värd, Västra Götaland

– *Danuta Wasserman, professor vid Karolinska Institutet, chef för NASP vid KI*

Denna konferens, som organiserats på ett så förtjänstfullt och väldigt spännande sätt under ledning av Birgitta Johansson Huuva och hennes kollegor i Region Örebro visar på en otroligt dynamisk utveckling och många nya aktörer inom självmordsprevention. Vi har lyssnat på många spännande och stimulerande föreläsningar och har fått mycket näring i hur det självmordspreventiva arbetet på ett framgångsrikt sätt kan bedrivas och det finns många exempel vi kan tillgodogöra oss.

Mobilisering av alla krafter behövs för att hålla en självmordsnära person eller de som är på väg in i en suicidal process, i livet. Det är en påfrestande och ibland mycket långvarig process både för de närstående som behöver hjälp av alla att stå ut med den smärta den självmordsnära personen känner och övriga anhöriga, som befinner sig i en slitsam process med att handskas med den självmordsnära personens ambivalens mellan viljan att leva och viljan att dö. Man kan känna alla möjliga känslor; hopplöshet, hjälplöshet, blandat med aggressivitet oberoende om man är anhörig, vän eller professionell.

Att ha psykisk ohälsa under uppväxtåren ökar risken för allvarlig psykisk sjukdom som vuxen och ökad risk för självmordsbeteende. Det är därför ytterst angeläget att sätta in suicidpreventiva åtgärder för de yngre åldrarna. NASP har tillsammans med amerikanska kollegor vid Columbia University i New York utvecklat det skolbaserade suicidpreventiva programmet YAM (Youth Aware Mental Health Programme). YAM utvecklar genom medvetenhetsträning färdigheter hos ungdomarna att möta livets svårigheter och öka deras kunskaper om psykisk hälsa. Programmet har med stark evidens visats halvera antalet självmordsförsök hos tonåringar och kommer nu att genomföras i flera skolor i Stockholms län.

Evidensen för varje arbete är viktig, men lika viktigt är den beprövade erfarenheten och viljan att åstadkomma en förändring. Vi kan inte vänta på evidens medan de självmordsnära patienterna går under.

Nästa konferens blir i den Västsvenska regionen år 2017 och värdar blir det västsvenska självmordspreventiva nätverket SPIV (Självmordsprevention i Väst). Ni är alla hjärtligt välkomna till denna konferens.

Tack för detta givande möte med en önskan om att ni vidareutvecklar en framgångsrik självmordspreventiv verksamhet i era respektive regioner

Urval av presentationer från seminariepass 3

Suicidprevention i Sörmland

– *Charlotta Skålen, projektledare, Division psykiatri och funktionshinder*

I landstingets vision ligger fokus på hälsofrämjande arbete och att Sörmland ska vara Sveriges friskaste län år 2025. I linje med visionen, beslutade landstingets hållbarhetsnämnd i maj 2013 att tillsätta medel för ett suicidpreventivt projekt.

Syfte

Projektets syfte är att stärka samverkan mellan olika aktörer i länet och öka kunskapen om suicidprevention. Effektmålet är att rädda liv genom att minska antalet fullbordade suicid i Sörmland.

I styrgruppen för projektet ingår:

Sven Nordlund, chef för division psykiatri och beställare av projektet

Charlotta Skålen, projektledare

Martin Ward, planeringssekreterare Folkhälsocentrum

Dan Andersson, enhetschef BUP

Marie Portström, chefsläkare primärvården

Annika Hagstedt, sekreterare

Projektet har också en referensgrupp, där deltagare från Räddningstjänsten, skolan, Regionförbundet, Samordningsförbundet RAR i Sörmland, polisen, Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES) och landstinget ingår.

Projektets utveckling

Projektet inleddes i oktober 2013 och var från början planerat att avslutas i december 2014. Under hösten 2014 beviljades projektet medel för att utvecklas i ytterligare två år och slutdatum är nu satt till 2016-12-31.

Inledningsvis i projektet togs många kontakter med berörda yrkesgrupper i länet för att få en uppfattning om hur man ser på suicidpreventivt arbete idag och vad man behöver för att utveckla sitt suicidpreventiva arbete. Behovet av kompetensutveckling och en vilja att bidra till suicidprevention är stort. Intresset för suicidprevention och för projektet har varit större än förväntat.

Fortsättning av projektet

En e-utbildning, Suicidprevention i svensk sjukvård (SPISS), erbjuds till alla medarbetare inom landstinget och även till berörda yrkesgrupper utanför landstinget. E-utbildningen består av sammanlagt 4 moduler. Två av modulerna beskriver suicidologi och hur man kan förstå och förklara suicidalitet. Innehållet i de andra modulerna är något mer teoretiska och kräver vissa förkunskaper. De handlar om risk- och skyddsfaktorer samt skattningsskalor. Inom psykiatrin är e-utbildningen obligatorisk. Kopplat till e-utbildningarna finns möjligheten att delta i ett samtal på cirka två timmar. Samtalet leds av en samtalsledare, gruppstorleken är 6–8 deltagare och man bokar själv in samtalet när det passar. I samtalet ges möjlighet att reflektera över sina egna tankar och känslor kring suicid.

17 MHFA-instruktörer har utbildats under 2015. MHFA står för Mental Health First Aid och kan liknas vid en livräddningskurs i psykisk hälsa. MHFA-instruktörerna ska i sin tur sprida sina kunskaper i länet genom att erbjuda kursen till intresserade. Kursen är 12–14 timmar lång beroende på inriktning. Inriktningarna är ungdom, vuxen och äldre. Intresset är stort. Instruktörerna används redan flitigt. Instruktörerna gör i samråd med uppdragsgivare ett lämpligt körschema och de kan komma ut till den aktuella arbetsplatsen vilket säkert bidrar till efterfrågan.

Hur kan primärvården bidra till den nationella 0-visionen

– Margareta Ehnebon, chefläkare, Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling Landstinget Västmanland

Landstingen Västmanlands arbete för suicidprevention startade utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Eftersom det största enskilda området för lex Maria utgjordes av suicid krävdes åtgärder utifrån 0-visionen avseende allvarlig vårdskada.

I min egenskap av Chefläkare och med ett engagemang för systematiskt förbättringsarbetet utifrån avvikelserapportering granskar jag Landstingets samtliga avvikelser varje vecka sedan tre år tillbaka. Jag såg då ett mönster av återkommande självmordsförsök och självmord som i Västmanland registrerades som patientolycksfall.

I Landstinget Västmanlands patientssäkerhetsberättelser redovisas utvecklingen, som ledde fram till att suicidprevention fått högsta prioritet. Det projekt som jag har tagit initiativ till som skall leda fram till en landstingsövergripande handlingsplan har som mål att halvera suicidförsök och suicid till år 2020.

Tidigare suicidpreventivt arbete omfattade en basutbildning i suicidriskbedömning, säkerställande av instruktioner och verktyg som lathund och journalmall samt utveckling av samverkan med psykiatrin och att vi uppmärksammat beroende var ej tillräckligt.

Ansatsen 2015 är att säkerställa det suicidavvärjande och suicidpreventiva arbetet inom alla verksamheter i Landstinget Västmanland. Handlingsplanen skall implementeras 2016 då även ett mer utåtriktat arbete skall starta upp i samverkan med vårdgrannar såsom socialtjänst, försäkringskassa och arbetsförmedling.

Primärvården kan göra en stor insats i det suicidpreventiva arbetet genom tidig upptäckt av riskbruk och genom att fånga upp fler som är i behov av tidiga medicinska, psykologiska och psykosociala insatser vid psykisk ohälsa. Primärvården har en unik roll att finnas över tid nära sin befolkning och skall stå för kontinuitet, engagemang, team-samverkan och samverkan med närstående.

Primärvården är basen i hälso- och sjukvården och har ett ansvar för folkhälsan samt kan samarbetabåde internt och extern. Därigenom kan primärvården bidra till den nationella 0-visionen.

Suicidprevention utifrån ungdomsperspektiv. Om olika sätt att förebygga självmordsbeteende hos ungdomar

– Ewa Wedberg och Ludmilla Rosengren, *Suicide Zero*

Självmordsförsöken har ökat kraftigt hos unga de senaste åren i takt med att rapporteringarna med att ungdomars psykiska ohälsa ökar duggar tätt. Självmorden som har minskat sedan 1980-talet i stort visar tyvärr tendens till ökning i den yngsta åldersgruppen 15–24 år. En tonåring tar sitt liv varje vecka i Sverige.

Skolpersonal har ett stort ansvar i att upptäcka tidiga signaler och att veta hur man ska agera på dessa. Av denna anledning är det viktigt att det finns skriftliga handlingsplaner på varje skola. Det bör också finnas specifika rutiner för hur ett eventuellt självmord hanteras på skolan.

Av förståelig anledning finns en stor rädsla att göra fel och att kanske t o m trigga ett självmord. Konsekvensen av denna rädsla blir många gånger att man inte gör något alls. Just vad gäller suicidfrågan är detta något som ökar risken för självmord. Att lyfta frågan till ytan och att agera kraftfullt är det viktigaste oavsett i vilken miljö. Det finns fortfarande stor okunnighet i hur självmordprocessen ser ut och hur man förhindrar självmord men allt fler skolor inhämtar den här kunskapen vilket är mycket glädjande. Utbildningar som MHFA och Första Hjälpens till psykisk hälsa går också att få anpassat för skolpersonal på flera håll i landet och enskilda föreläsningar kan beställas via kontakt@suicidezero.se.

Läs mer på www.suicidezero.se där det också finns material för skolpersonal.

Suicidprevention utifrån ett äldreperspektiv

– Jenny Söderlund, *verksamhetsutvecklare, Äldreförvaltningen, Uppsala kommun*

Uppsala kommun har en målbild att minska fördomar och likställa psykisk ohälsa med somatisk ohälsa, allt med syftet att rädda liv. Äldrenämnden i Uppsala kommer att fortsätta med den påbörjade förebyggande kompetenssatsningen gällande psykisk (o)hälsa hos äldre (start 2012, planerad avslutning 2017). Ett av målen med satsningen är att öka kunskapen om att psykisk ohälsa förekommer oavsett ålder. Detta kommer främst att uppnås genom att fortsätta ge utbildningen *Första hjälpen till psykisk hälsa* för äldre.

Under hösten 2013 utbildades sex *Första hjälpen*-instruktörer med inriktningen äldre. Hösten 2015 kommer ytterligare 12 instruktörer utbildas i *Första hjälpen till psykisk hälsa* för äldre, men då även med inriktning vuxna. Andra insatser, som kommer att ske, är skapa nätverk för de 140 personer som idag är utbildade *Första hjälpare*, antalet *Första hjälpare* kommer att öka betydligt inom de tre närmaste åren), Vidare kommer konferenser att anordnas för att minska fördomar gällande psykisk ohälsa hos äldre.

Ett annat mål med satsningen är att säkra kommunal hälso- och sjukvårdskompetens. Ett viktigt område är att förbättra informationsöverföringen gällande patientens fortsatta behov av hälso- och sjukvårdsinsatser när patienten

skrivs ut från psykiatrisk slutenvårdsavdelning. Detta kommer att uppnås bland annat genom en förändring i det system för samordnad vårdplanering som Uppsala kommun och Landstinget i Uppsala län i dag använder sig av.

Ett annat mål med satsningen är att säkra närvaro av kommunal hälso- och sjukvårdspersonal vid utskrivningsplanering från psykiatrisk slutenvård. Ett viktigt område är också att förbättra informationsöverföringen gällande patientens fortsatta behov av hälso- och sjukvårdsinsatser när patienten skrivs ut från psykiatrisk slutenvårdsavdelning. Detta kommer att uppnås bland annat genom en förändring i det system för samordnad vårdplanering som Uppsala kommun och Landstinget i Uppsala län i dag använder sig av.

Första hjälpen till psykisk hälsa (Mental Health First Aid, MHFA)

– *Britta Alin Åkerman, professor i pedagogik, suicidforskare, psykolog och leg psykoterapeut, NASP*

Sedan år 2010 utbildar NASP instruktörer i programmet MHFA (Mental Health First Aid), ett program som är utvecklat i Australien och som har anpassats i över 20 länder. Målsättningen med programmet är att rädda liv genom att öka allmänhetens kunskaper om psykiska sjukdomar, självmordsförsök och självmord. Målet är också att minska fördomar och negativa attityder kring psykisk ohälsa och sjukdom och därigenom lindra drabbade personers upplevelse av utanförskap. Instruktörskursen omfattar en veckas heltidsutbildning. Deltagarna får efter utbildning behörighet att organisera och genomföra egna Första hjälpen-kurser. Vi genomför tre olika instruktörsutbildningar med inriktning mot unga, mot vuxna och mot äldre.

Akut omhändertagande av självmordsbenägen person (AOSP)

– *Britta Alin Åkerman, professor i pedagogik, suicidforskare, psykolog och leg psykoterapeut, NASP*

NASP utbildar instruktörer i utbildningen AOSP (Akut omhändertagande av självmordsbenägen person) som tagits fram av SPIS-gruppen (representanter från SOS Alarm, Storstockholms Brandförsvär, Stockholms läns landsting, Polisen och NASP), det samverkansprojekt som pågick mellan 2009 och 2013 i Stockholm. Utbildningen AOSP lyfter information om psykisk ohälsa, olika händelser med självmordsnära personer ur ett blåljus-perspektiv samt hur man har möjlighet att påverka dessa. Under 2015 anordnades också en fortbildningsdag, kallad ”AOSP-seminarium”, för redan utbildade instruktörer. Under dagen fick deltagarna lyssna till olika föreläsningar samt ägna sig åt erfarenhetsutbyte och diskussion om programmet i helgrupp. Deltog gjorde cirka 50 instruktörer från olika delar av Sverige.

Samarbetet i SPIS-projektet har lett till att broräckena vid Västerbron förstärktes under 2014 och att implementeringen av den psykiatriska akutbilen (bemannad av en ambulansförare och psykiatrisköterskor) vid Sankt Görans psykiatriska

akutmottagning genomförts. En preliminär utvärdering av åtgärderna vid Västerbron tyder på ett minskat antal självmordsrelaterade händelser och någon tendens till ökade självmord vid andra broar har inte kunnat noteras. Den bemannade ambulansen som i sin nuvarande form startade 30 mars 2015 med namnet PAM (Psykiatrisk Akut Mobilitet- är en ombyggd ambulans med fyra sittstolar och ingen sängplats). PAM ska testas i Stockholm under två år.

Aktion livräddning

- Johan Andreen, Leg. läk., specialist i barn- och ungdomspsykiatri och allmän psykiatri

Stockholms läns landsting antog år 2006 en nollvision för självmord och 2008 en strategi för hur man ska förverkliga visionen. En av ansatserna i strategin är att ta fram en struktur för att höja kompetensen bland personer som kommer i kontakt med självmordsnära människor och för samverkan mellan olika aktörer. Aktion Livräddning är ett strukturerat projekt inom Stockholms läns landsting med syfte att sprida kunskap om psykisk ohälsa och självmordsprevention i syfte att förebygga självmord. Projektet riktar sig främst till personer som i sitt yrke på något vis kommer i kontakt med självmordsnära och sårbara människor. Sedan 2013 har över 4000 personer genomgått Aktion Livräddnings grundutbildning.

Under året 2015 har den allmänna utbildningen i självmordsprevention erbjudits till följande kommuner/stadsdelar: Haninge, Tyresö, Nynäshamn, Nacka och Värmdö, Liljeholmen, Årsta, Älvsjö, Gröndal, Järfälla, Upplands Bro, Upplands Väsby och Sigtuna. Till de som deltagit i den allmänna endagsutbildningen erbjuder vi nästföljande termin, som en del i Aktion Livräddning, även fördjupningsutbildningar i teman som:

- Transkulturella aspekter på självmord
- Att kommunicera med någon som är självmordsnära
- Samverkan
- Första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA)

Youth Aware of Mental health (YAM)

- Anna Johansson, informatör, YAM-instruktör, NASP

YAM-programmet är en skolintervention. Under fem timmar i fyra veckor lär sig eleverna med hjälp av korta föreläsningar, affischer om psykisk ohälsa i klassrumsmiljön och en mer omfattande broschyr att ta hem, att känna igen psykisk ohälsa. Genom handledda rollspel får de pröva sina känslor i, och lära sig bemärtningsstrategier för, olika svåra livssituationer som kan leda till suicidala beteenden.

Programmet testades i en stor EU-finansierad studie som omfattade över 11 000 skolelever från nära 170 skolor i tio EU-länder. Ett år efter avslutad insats var antalet nya självmordsförsök och allvarliga självmordstankar med

självordsplaner endast hälften så många i YAM-gruppen, jämfört med i kontrollgruppen.

Youth Aware of Mental Health (YAM), kommer i samarbete med Stockholms läns landsting att implementeras och utvärderas i en kontrollerad, randomiserad studie bland ca 10 000 elever i åk 7 och 8 i länet under åren 2016 – 2018. Planering av implementering påbörjas under våren 2016 och den egentliga studien skall påbörjas under hösten -16.

Metodstöd

– *Gergö Hadlaczky, PhD, enhetschef NASP vid Stockholms läns landsting*

Vem söker Metodstöd vid NASP?

- Suicidpreventionssamordnare och politiker i kommuner och landsting.
- Verksamhetschefer i psykiatri och social verksamhet
- Yrkesgrupper inom en region, t ex psykiater, psykologer
- Motsvarande personer eller grupper från andra länder (t ex Estland, Finland, Iran, Japan, Ryssland)
- Skolpersonal – i ett fall en lärare med en skolklass (klass 9) – med intresse för att förebygga psykisk ohälsa och självmord

Två typer av metodstöd

Insatserna föregås av diskussioner mellan NASP och den grupp eller person som söker stöd. Upplägget anpassas till mottagarnas frågor och intressen.

- I. Halvdagsseminarium eller studiebesök vid NASP. Organiserar som samtal som bygger på:
 - a. *De besökande personernas* egen presentation av sina idéer, lokala verksamhet och frågor
 - b. *NASP-medarbetarens* presentationer av valda teman, t ex epidemiologiska översikter, forskning kring psykiatriska frågeställningar, aktuella skol- eller ungdomsprojekt, erfarenheter av och möjligheter att erbjuda suicidpreventiv utbildning
- II. NASP-medarbetare medverkar som konsulter i organisationer eller skolor vid suicidala kriser (inom SLL utan särskild ersättning)

Vetenskapligt bibliotek

–*Gergö Hadlaczky, PhD, enhetschef NASP vid Stockholms läns landsting*

NASP analyserar och tillgängliggör cirka 3000 artiklar per år i NASP:s vetenskapliga, elektroniska bibliotek. Varje år identifieras och tillgängliggörs ett 20 tal artiklar kring nya forskningsrön och cirka 50 meta-analyser och reviewer med särskild vikt för suicidprevention identifieras och tillgängliggörs.

NASP:s webbplats: www.ki.se/nasp

Suicid efter frigivning från fängelse

– *Bo Runeson, prof och överläk och Axel Haglund, med dr och överläk. Centrum för psykiatriforskning, Inst klin neurovetenskap, Karolinska Institutet och Norra Stockholms psykiatri*

En nyligen publicerad registerstudie hade syftet att studera incidensen av suicid efter frigivning från kriminalvård samt att identifiera sårbara individer avseende riskfaktorer för suicid.

Material och metod:

- Alla frigivna från fängelsestraff i Sverige under tidsperioden 2005-01-01 – 2009-12-31 ingick
- Alla frigivna följdes till ny fängelsevistelse, migration, död eller studieperiodens slut
- Samma individ kunde ha frigivits flera gånger under studieperioden
- Icke-dömda samt ålders- och könsmatchade kontroller hämtades från allmänna befolkningen

Högt antal suicid påvisades särskilt de första två åren efter frigivning från fängelse. Risken för suicid var 18 gånger högre jämfört med i övriga befolkningen. Däremot fanns ingen topp (dvs. ett ökat antal suicid) de allra första veckorna efter frigivning, vilket rapporterats i studier från anglosaxiska länder.

Det var en hög prevalens av psykiatrisk historik bland de frigivna, särskilt substansbruksrelaterade syndrom. Psykiatrisk historik var signifikant vanligare bland frigivna som dog i suicid, jämfört med de kontroller som dog i suicid. Däremot var våldsbrott en svag prediktor för suicid. Att vara född i Sverige var en riskfaktor för suicid. Våldsamma suicidmetoder var mindre vanliga bland frigivna.

Sammanfattningsvis finns en hög risk för suicid hos personer som frigivits från kriminalvård, mer påtagligt än under vistelse inom kriminalvård. Övergången till ett liv i samhället är ofta en svår omställning. Deras psykiatriska och substansrelaterade vårdbehov behöver uppmärksammas av de instanser som möter dessa personer.

Studien är publicerad och har varit underlag till en riksdagsmotion 2015/16:55 *En tillgänglig och förbättrad kriminalvård*. Denna syftar till att förbättra förhållandena för personer som frigivits.

Referenser:

- Haglund A, Tidemalm D, Jokinen J, Långström N, Lichtenstein P, Fazel S, Runeson B. Suicide after release from prison - a population-based cohort study. *J Clin Psychiatry* 2014; 75(10):1047-1053.

Suicidprevention

– *Johan Axelsson*

Att brottslighet är förenat med sämre hälsa, både fysisk och psykisk är känt sedan tidigare, men huruvida detta också påverkar personens benägenhet att ta livet av sig är inte helt klarlagt. Studier har visat att många av de riskfaktorer som förknippas med självmord också influerar huruvida en person begår brott, samt hur länge. Genom att utnyttja två longitudinella projekt kan vi studera detta över tid. Resultatet från dessa studier visar att de populationer som har högre risk att begå brott också har en högre risk för såväl självmordsförsök som fullbordade självmord. Utöver det framkommer också att livsförloppspersistenta kriminella (Definierade som personer som fortsätter sin kriminella bana över större delen av sitt liv) har en högre risk för självmordsförsök men däremot inte för fullbordade självmord.

Blåljuspsykiatri

– *Fredrik A Bengtsson, enhetschef på Psykiatriska Länsakuten vid Sankt Görans Sjukhus och projektledare för PAM*

Min föreläsning har rubriken ”Blåljuspsykiatri” och jag berättade om ett unikt projekt PAM, Psykiatrisk Akut Mobilitet. PAM är ett projekt där en akutbil rycker ut på psykiatriska larm från SOS 112. Bilen är bemannad med 2 psykiatrisjuksköterskor och en ambulanssjukvårdare. Projektet startade den 30 mars 2015 och skall pågå i två år. Jag berättade om upplägg/ historik, Fördelar/utvärdering, Avstigmatisering, avlastning för övriga verksamheter mm.

Bedömning av suicidrisk hos asylsökande

– *Maria Sundvall, Psykiater, Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting, Doktorand, LIME, Karolinska Institutet*

Presentationen beskrev en journalstudie av asylsökande, som registrerats för självmordsförsök när de sökte på Länsakuten i Stockholms läns landsting under åren 2005–2009. De jämfördes med en kontrollgrupp med svenskt personnummer, som registrerats för suicidförsök under samma period.

Bakgrunden till studien är att asylsökande ses som en sårbar grupp när det gäller psykisk hälsa, samtidigt som det finns relativt få studier av asylsökande. Den kliniska suicidriskbedömningen i mötet med asylsökande kan kompliceras av språkliga, kulturella, migrationsrelaterade och juridiska faktorer.

Syftet med studien var att öka kunskapen om faktorer som påverkar suicidriskbedömning av asylsökande. Särskilt ville vi studera om det finns skillnader vad gäller risk- och skyddsfaktorer, suicidalt beteende samt bedömning, diagnos och behandling.

Resultatet visade sammanfattningsvis:

- att det fanns skillnader i riskfaktorer där de asylsökande hade mer trauma, men mer sällan missbruk och tycktes ha fler personer i sitt sociala nätverk jämfört med kontrollerna;
- att det inte fanns signifikanta skillnader mellan asylsökande och kontroller vad gäller tidigare psykisk hälsa och suicidalitet, men att de kvinnliga asylsökande använt allvarigare suicidmetoder;
- att det fanns skillnader mellan asylsökande och kontroller i klinisk bild, symtom samt diagnos vid vårdtillfället. Depression och ångest var de vanligaste symtomen hos bägge grupper men därefter var skillnaderna stora på så sätt att de asylsökande oftare hade PTSD-symtom och kontrollerna oftare symtom relaterade till missbruk/beroende. Diagnoserna varierade på samma sätt;
- att de asylsökande kvinnorna vårdades längre tid inneliggande och fick flera olika mediciner, men att de asylsökande av båda könen i mindre utsträckning fått uppföljning inom specialistpsykiatri.

Färre uppgifter om de asylsökandes sociala situation, jämfört med kontrollernas, var noterade i journalen. Det fanns väldigt lite dokumentation av suicidal avsikt för båda grupperna.

I presentationen resoneras kring hur kliniker kan bygga in en kunskap om skillnader i riskfaktorer, som trauma, missbruk, socialt nätverk och asylsituation, och klinisk bild för att förbättra suicidriskbedömningen. Vad betyder bristen av dokumentation kring subjektiva faktorer i en bedömning som i så hög grad är subjektiv, som en suicidriskbedömning? Likaså fördes ett resonemang kring betydelsen av att de asylsökande kvinnorna på många sätt tycktes vara ”svårare fall” vad gäller suicidmetod och vårdinsatser men ändå fick uppföljning på lägre nivå.

Referenser:

- Sundvall M, Tidemalm D, Titelman D et al .Assessment and treatment of asylum seekers after a suicide attempt: a comparative study of people registered at mental health services in a Swedish location. BMC Psychiatry 2015;15:235

Urval av presentationer från seminariepass 4

Under seminariepasset var deltagarna indelade i grupper utefter vilket regionalt nätverk de tillhör. I grupperna diskuterades nuvarande och framtida samverkan mellan olika regionala aktörer. En representant från varje grupp redogjorde sedan muntligt för nätverkets samverkansplaner i helgrupp.

Stockholm-Gotland nätverket

– *Danuta Wasserman*

Under seminariet gick medlemmar i Stockholm-Gotland nätverket igenom hur vi idag arbetar med samverkan och hur vi i framtiden kan samverka mer. Svårigheter finns framför allt med att nå Gotlandsregionen och hur vi kan ha mer kontinuerlig kontakt med Region Gotland. Under seminariet uppmanades deltagarna att prenumerera på NASP:s nyhetsbrev som innehåller information om många självmordspreventiva aktiviteter och där NASP uppmanar aktörer i övriga landet att höra av sig till redaktör Rigmor Stain om självmordspreventiva aktiviteter de anordnar och som NASP genom nyhetsbrevet kan nå ut till prenumeranterna med. Under länken <http://ki.se/nasp/nyhetsbrev> går det att läsa mer om NASP:s nyhetsbrev och om hur man kostnadsfritt tecknar sig som prenumerant.

NASP informerade också om de ”Kunskapsseminarier” som anordnas cirka 8 gånger per termin, då är alla som vill är välkomna att besöka NASP för en timmes gästföreläsning och diskussion kring nya forskningsrön och projekt inom områdena psykisk hälsa och självmordsprevention.

Personal inom människonära yrken i Stockholms län kan också kostnadsfritt delta i ”Aktion Livräddning”, en endagsutbildning i självmordsprevention där möjlighet till möte och samverkan med deltagare från olika samhällsinstanser ges. Mer information om Kunskapsseminarier och Aktion Livräddning finns på sidan <http://ki.se/nasp/utbildningar-vid-nasp>.

Sydöstra nätverket

– *Margit Ferm*

Nätverksträffar med sydöstra regionen

Konferensens deltagare från sydöstra regionen är positiva till återkommande nätverksträffar 1-2 gånger/år. Nästa träff blir i Kalmar län. Landstingets folkhälsoutvecklare Anna-Maria Norén är sammankallande. Träffen blir under våren 2016. Meddela förslag på punkter till Anna-Maria annamaria.noren@ltkalmar.se. Syftet är att ta del av varandras goda exempel och erfarenheter.

SPES

- SPES har sökt projektmedel för att kunna informera om arbets-materialet till elevprogrammet YAM, Youth Aware of Mental Health

- SPES tillsammans med Sensus kommer att starta biblioterapi (litteraturterapi med hjälp av självhjälpslitteratur) för nydrabbade.
- SPES i Kalmar har under hösten börjat med samtalsgrupper, ledare är Maria Pedersen.
- Samtalsträffar i Jönköping, Linköping, Norrköping. Info om tid och plats finns på www.spes.se
- Linköpings universitet i samverkan med Höglandssjukhuset i Eksjö och SPES har nyligen startat ett närståendeprojekt. I Eksjö är målet att kontakta närstående inom 24 timmar när någon anhörig gjort ett suicidförsök. Man undersöker vad de närstående önskar och behöver för stöd och hjälp.

Östergötlands län

- Landstinget i Östergötland har en nyinrättad heltidstjänst som ska arbeta med suicidprevention i länet.
- Räddningstjänsten, polisen och psykiatrin har utformat en larmplan om rutiner kring självmord. Jönköpings plan har varit Det goda exemplet. Räddningstjänsten har fått utbildning i hur man möter suicidnära människor och hur man samarbetar med polis och ambulans.
- Barntraumateam finns nu i alla länsdelar. Teamen sätts in vid fullbordat självmord. Barntraumateamet i Norrköping har verkat i 15 år och under åren mött 240 suiciddrabbade barn och ungdomar. Barntraumateamets främsta uppgift är att stödja barn och ungdomar som drabbats av anhörigs, oftast förälders, plötsliga död i samband med sjukdom, olycksfall, självmord och mord. Verksamheten har utvärderats.
- Två psykologer i Norrköpings kommun pratar om svåra ämnen (typ YAM) med lärare, rektorer och elever på gymnasieskolorna.

Jönköpings län

- Arbetet med utbildningsinsatser inom primärvården fortsätter. Har arbetat med att sprida information om första linjen och om psykisk ohälsa. En film har tagits fram för att sprida informationen.
- Flera kommuner i länet håller på att ta fram handlingsplaner kring suicidprevention så som Jönköpings kommun har gjort.
- MHFA- utbildningarna fortsätter.
- Utbildningarna i förhandling vid krissituationer fortsätter. Förhandlarna är utbildade i att föra dialog och hitta verbala lösningar med motparter vid krissituationer och som står i beredskap att rycka in när det uppstår en situation.
- Räddningstjänsten i Jönköpings kommun har två referensgrupper. En som fokuserar på mjuka frågor (skolan, socialtjänsten, försäkringskassan, arbetsförmedlingen, SPES och NSPH) och en som har fokus på hårda frågor (Stadsbyggnadskontoret, Tekniska kontoret, MSB, SPES, NSPH). Ett område

är att stängsla in farleder, göra skyddsstaket vid broar m.m. för att förhindra självmord.

- I Jönköpings län har 669 personer utbildats i YMhFA varav 23 instruktörer. Har testat MHFA-materialet bland elever på en gymnasieskola under deras sista VT, då de fyllt 18-år, resultatet har varit mycket gott. Detta skulle kunna vara något för andra gymnasieskolor i vår region?
- Vetlanda kommun ska utbilda samtliga 2200 medarbetare i första hjälpen psykisk hälsa – MHFA - under de närmaste åren.

Kalmar län

- Kalmar läns landsting håller på att utarbeta ett handlingsprogram för suicidprevention och har tillsatt en speciell tjänst för samordningen av detta arbete.
- NASP kommer till Kalmar län under våren 2016 för att utbilda MHFA-instruktörer. Ett flertal kommuner har anmält sitt intresse.
- En larmplan ska utarbetas bl.a. för att motverka ”psykiskt olycksfall” när någon är i riskzonen att ta sitt liv. Landstinget tar initiativ till en samverkansgrupp med polis, trafikverket, sjukvård, SOS alarm, sociala myndigheter och sociala myndigheter m fl.
- Landstinget/Folkhälsocentrum ordnade konferensen ”Tillsammans för psykisk hälsa” 150509 i Oskarshamn. Målet var att tillsammans starta upp det suicidförebyggande arbetet i Kalmar län. Intresset var mycket stort.

Övrigt

- Hur larmar man när man bor på landet och behöver akut hjälp? Tuva är en app. för smartphones som underlättar digital grannsamverkan mot brand och inbrott. Utbildade Första-hjälpen-psykisk-hälsa-räddare kan i framtiden registrera sig på appen och sedan ta personliga samtal. Johan Andreen från NASP informerade om detta.
- En anhörig berättar att brottsofferjouren ringde efter att de haft inbrott. Det hade varit värdefullt om det fanns liknande stödjande och uppsökande insatser efter att en familjemedlem tagit sitt liv.

Norra nätverket

– *Lars Jacobsson*

Vi talade om svårigheterna i Norra regionen att få ett fungerande samarbete pga. de stora avstånden och avsaknaden av några som helst medel för att upprätthålla nätverkskontakter-Man behöver faktiskt också träffas personligt ibland och någon måste ha ett uttalat ansvar för att upprätthålla samarbetet.

Västerbotten landsting har uttalat intresse att arrangera ett regionalt möte om suicidprevention under kommande år.

Mellansvenska nätverket

– Anna Baran

I Mellansverige (Dalarna, Gävleborg, Södermanland, Västmanland, Värmland, Uppsala, Örebro) bor cirka två miljoner invånare. Denna sjukvårdsregion har cirka 260 säkra självmord per år. Under de senaste fem åren (2010–2014) har man haft de högsta suicidtalerna (antal suicid per 100 000 invånare) i Örebro (15,85) och i Värmland (15,58). Under denna period har den mellansvenska regionen haft högre suicidtal än genomsnittet för Sverige (13,24 jmf 12,13). Regionen har aldrig haft någon öronmärkt finansiering när det gäller självmordsprevention, något som skiljer den från Stockholm-Gotlandens regionen. Den Nationella konferensen 2015 kunde man genomföra tack vare finansiering från Region Örebro län.

173 representanter från Uppsala-Örebro sjukvårdsregionen deltog i den 10de Nationella konferensen om suicidprevention ”Skydd för livet: Hjälp oss att bygga ett livsfrämjande samhälle” Vilket var 52 % av konferensens deltagare. Av dem var 107 personer (62 %) från Örebro region, vilket kan tolkas som ett svar på det höga antal suicid som under år 2014 var det högsta i regionen.

Trots höga suicidtal (antal suicid per 100 000 invånare) i Gävleborg och Värmland, har deltagandet från de länen varit mycket begränsat (1 % respektive 4 % av alla deltagare från Mellansverige). Det låga deltagandet från Värmland har förklarats bero på: *”ett totalt stopp för all fortbildning i hela Landstinget och gigantiska underskott i kommunernas budgetar”, medan Gävleborg anser att ”pågående förändringar i arbetsgruppen”* försvårat deltagandet. De länen har dock gjort en del suicidpreventivt arbete internt.

När det gäller deltagandet av representanter från olika målgrupper, lyckades man uppnå bästa spridning i Örebro samt i Sörmland, där man de senaste åren har arbetat, enligt den modell som Folkhälsomyndigheten presenterade i sin rapport i mars 2015. Folkhälsomyndigheten konstaterar i rapporten att en fungerande suicidprevention kräver ett kontinuerligt engagemang av olika målgrupper. Denna modell har även varit grunden för de 24 seminarier som riktat sig till olika målgrupper. Vad man inte ännu har lyckats att uppnå i Mellansverige är att skapa ett engagemang från mediernas sida, även om man har påbörjat ett arbete med media i några län bl.a. Sörmland. Det blev tydligt under konferensen, där *Media seminariet* hade minst antal deltagare.

Dalarnas län:

Psykiatrins arbete med vårdprogram sker i samverkan med SPES (Riksförbundet för Suicidprevention och Efterlevandes Stöd; Per och Ingrid Munkhammar). Fokus ligger bl. a på att studera statistik för suicid i Dalarna, bemötandefrågor, suicidriskbedömning, samtal med anhöriga, dokumentation, behandling av suicidnära patienter, rutiner för överföring av patienter mellan sluten och

öppenvård, bemötande och behandling inom psykiatri öppenvård, bemötande och behandling inom primärvård, suicid under pågående behandling – kontakt med anhöriga efter fullbordad suicid m.m.

Planerade utbildningar med Jan Beskow till hösten 2015. Samordnare: Tanja Krigsman

Södermanlands län:

- Forskningsprojekt: Genomgång av Lex Maria-anmälda suicid i Sörmland Chefsläkargrupp (P.Augustinsson) .FOU-projekt. 2008. /A.Baran/
- Psykiatri: vårdprogram (2008). Livsjälargrupp Psyk Klinik Nyköping (2009-2013) /Ansvarig: A.Baran, 10-20% av tjänst/
- Mediaprojekt. Pressmeddelande, SN, SVT, SR. (Sept 2012-), seminarium för redaktionen av SN (maj 2014) (A.Baran)
- SPES: Världsdagen för Suicidprevention i Nyköping – halvdag av utbildningar (2012, 2013, 2014, 2015) (Ansv: Ursula Thieme), ”sofflandning” hos SPES/Ursula Thieme/. (Höst 2012 –), samtalsträffar (2014-), Karoline Karlsson, ansvarig för Förgätmigej (tidskrift för SPES-medlemmar i hela Sverige)
- Blåljusprojekt. Höst 2012 - Vår 2013 (Ansvarig: Michael Backman).
- Primärvårdutbildningar (Hälsoval). (Höst 2013-Jan 2014) - fyra workshops. (Ansvariga: Åke Ehrnst, Marie Portström).
- BUP (utbildningstillfällen med Jan Beskow)
- Landstingets projekt (Suicidprevention i Sörmland): Folkhälsocentrum, BUP, Psykiatri, SPES/Sven Nordlund/. 4 utbildningstillfällen. (Okt 2013 –) Suicidprevention i Sörmland får finansiering från landstinget samt samordnare 50 % av tjänst (Charlotta Skålen)
<http://www.landstingetsormland.se/Suicidprevention-i-Sormland>
- 2015: E-utbildning om suicidprevention framtagen av psykiatri i Region Skåne, fördjupning i gruppsamtal, utbildningar av 17 MHFA-instruktörer, som ska utbilda vidare. Ansvariga: Charlotta Skålen, projektledare samt Sven Nordlund, divisionschef, Psykiatri.

Västmanlands län:

2015: Arbete med *Handlingsplan för suicidprevention* på landstingsnivå, suicidprevention med patientsäkerhetsteamet, projektledare och projektmedarbetare. Är inriktat på landstingets interna arbete inom hälso- och sjukvård.

En doktorand (Linda Sellin, Mälardalens högskola) skriver avhandling med inriktning utveckling av suicidprevention ur ett omvårdnadsperspektiv.

2016: Planerad fortsättning av projekt *Suicidprevention med landstinget* som samordnare av folkhälsoplanen tillsammans med resten av samhället i Västmanland.

Värmlands län:

2009-1013 Svenska kyrkans suicidpreventionsprojekt i norra Värmland (SsiV)
Målsättning: Att bidra till en höjning av folkbildningsnivån och till förändrade och förbättrade rutiner, arbetsformer och samarbetsmöjligheter inom och mellan berörda organisationer i norra Värmland (Medverkande: Eva Bonander)

Projektaktiviteter:

1. Organisering av nätverks och referensgruppsarbete för förbättrat samarbete mellan Polisen, Räddningstjänsten, Ambulansen, SOS-alarm, Landstinget och socialtjänsten
2. Utbildning av samtlig blåljuspersonal i Psykisk livräddning (Jan Beskows metod, Suicidprevention i väst).
3. MHFA - utbildning för Polisen samt för personal inom räddningstjänst och psykiatri
4. Instruktorutbildningar i DISA-metoden och Psykisk livräddning till skol och skolhälsovårdspersonal
5. Folkbildningsinsatser för personal från bl.a. Skolan och skolhälsovården, Landstingspolitiker och kommunpolitiker i Sunne, Torsby och Hagfors, Personal från Torsby sjukhus, Försäkringskassan. Arbetsförmedlingen, fritidsförvaltningen, distriktssköterskor, kommunpsykiatri och socialsekreterare.
6. Gudstjänster med temat suicidalitet och anhörigperspektiv.
7. Landstingsinternt projektdirektiv om suicidprevention, händelseanalyser, vårdprogram i divisionerna psykiatri, allmänmedicin, internutbildning inom allmänmedicin och psykiatri i bl.a. suicidriskbedömning, öppna föreläsningar till allmänhet

2014: - MHFA/SPIS – utbildning av samtlig personal inom Räddningstjänsten i Karlstads kommun, Räddningstjänsten i östra och västra Värmland. Instruktorer utbildar internt.

- TSL-Värmland. Tryggt och säkert län: ett samverkansprojekt i regi av Länsstyrelsen i Värmland (projektägare), Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Karlstads universitet, Landstinget i Värmland, Räddningstjänsten Karlstadsregionen, Polisen i Värmland och Konsumentverket. Arbete mot/med kommuner för ett säkrare Värmland
- (arbete med brott, effekter av väderrelaterade händelser, undvikbara vårdskador, störningar i samhällsviktig verksamhet, egendomsskador, olyckor med personskador, samt avsiktligt självtillfogade skador)
- Internutbildning inom Psykiatrien nya vårdprogram

- MHFA/folkbildning i suicidprevention till intresserade organisationer och allmänheten (bl a genom Svenska kyrkan)

Uppsala län:

Samordnare för suicidprevention: Anna Korbutiak (kurator, 50 % av tjänst) och Hans Pihlgren (överläkare, 50 % av tjänst)

Vår 2015:

- Studiecirkel i självmordsprevention för socialsekreterare - Unga Vuxna
- Föreläsningsserie för socialsekreterare i mottagningsgruppen + försörjningsstöd, Uppsala kommun
- Föreläsning om självmordsproblematiken för socialpsykiatri i Enköping
- Studiecirkel för kuratorerna på Unga Vuxna, VO Affektiva sjukdomar
- Besök i Skåne för att undersöka SPISS-materialet
- Möte med landstingspolitiker för att presentera självmordsriskprojektet, planering inför höstens stora satsning på självmordsprevention
- Personalutbildning kring självmordsprevention för vårdavdelningar
- Uppsala kommun: satsningar i form av utbildningar av MHFA-instruktörer och personal inom Äldre vård och omsorg (Lena Thalen, Jenny Söderlund)

Höst 2015

- Upptstartsdag för satsningen på självmordsprevention 8 september 350 deltagare
- Undervisning i SPISS, inköpt webbutbildning från region Skåne, samtliga medarbetare ska göra kurserna innan nyår
- Instruktörsutbildning med Jan Beskow och Annika Selstam Grundén (20 deltagare). Dessa ska sedan hålla i personalgrupper och fördjupning kring självmordsprevention
- Föreläsningar på universitetet för blivande socionomer och psykologer

Örebro län:

- Vårdprogram för suicidnära tillsammans med nyckelpersoner i primärvård och somatik
- Forskningsprojekt (kring vårdkonsumtion och insatser från vården samt livsvillkor innan suicid, jämförelse med en kontrollgrupp i befolkning och en matchad patientgrupp (Ansvarig: Tabita Björk)

- För första gången organiserades halvdagsutbildning för samverkanspartners i Örebro region på Världsdagen för Suicidprevention med över 500 deltagare.
- Organisation av den 10.de nationella konferensen om suicidprevention (29-30 september 2015) (Ansvarig: Birgitta J Huuva)
- Det finns planer på att årligen organisera Världsdagen för suicidprevention s.k. Suicidpreventiva dagen (10 september)
- Fortsätta forskningsprojekt -2018

På den sjukvårdsregionala nivån har Mellansvenska Nätverk för Suicidprevention en begränsad roll, mest pga. utebliven finansiering. Det största och det viktigaste projektet hittills blev den 10.de Nationella konferensen om suicidprevention i Örebro.

Nätverket organiserar vartannat år under våren en regional konferens om suicidprevention med olika tema ex. *Stöd för de som sörjer efter självmord* (2012), *Psykiska första hjälpen* (2014). Man strävar efter att engagera alla 7 län, samt representanter från de viktigaste målgrupperna från alla län. I fall man får finansiering kommer man att utöka verksamheten, och samordna suicidprevention i alla 7 län på mer strukturerad sätt, med strävan efter att anpassa insatser till de behov som finns i alla sju län/regioner.

Den här rapporten innehåller en textsamling bestående av ett urval av bidrag från föreläsare vid den Nationella suicidpreventiva konferensen i Örebro 2015. Rapporten vänder sig till aktörer på nationell, regional och lokal nivå som är intresserade av frågor som rör suicid och suicidprevention samt vill läsa om innehållet i den suicidpreventiva konferensen.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsothot.

Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna **Östersund** Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se