



# Att Förebygga Själv mord och Själv mords försök hos Skolelever

På uppdrag av  
Stockholms läns landsting



**Karolinska  
Institutet**

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

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

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

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

*Tryckning av denna rapport har finansierats genom en donation av Monica och Uno Albertsson*

© NASP - 2003, 2005, 2007, 2010

NASP - Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa  
Karolinska Institutets folkhälsoakademi  
171 77 Stockholm

E-post: [info@kfa.ki.se](mailto:info@kfa.ki.se)  
Telefon: 08-524 800 00  
[www.ki.se/kfa](http://www.ki.se/kfa)

Rapporten kan beställas/laddas ner från  
Folkhälsoguiden, [www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

Tryckeri: Edita AB, Stockholm (2003, 2005, 2007)  
ISBN: 91-973751-9-5

# Att förebygga självmord och självmordsförsök hos skolelever

Världshälsoorganisationens stödmaterial för lärare och annan skolpersonal  
anpassat till svenska förhållanden

Denna skrift ingår i en serie publikationer framtagna av Världshälsoorganisationen (WHO) som vänder sig till de yrkesgrupper som är särskilt viktiga vad gäller självmordsprevention.

Skriften har färdigställts som en del av WHO:s världsomfattande initiativ för självmordsprevention och anpassats av NASP till svenska förhållanden enligt Riksdagens beslut januari 2001.

## INNEHÅLL

FÖRORD .....	5
INLEDNING .....	9
ETT UNDERSKATTAT PROBLEM .....	11
MYTER OM SJÄLMORD .....	12
SKYDDSAKTORER .....	13
Familjemönster .....	13
Kognitiva faktorer och personlighet .....	13
Kulturella och sociala faktorer .....	13
RISKAKTORER OCH RISKSITUATIONER .....	14
Kulturella och sociala faktorer .....	14
Familjemönster och negativa livserfarenheter under barndomen .....	15
Kognitiva faktorer och personlighet .....	16
Psykiska störningar och sjukdomar .....	16
Depression .....	17
Ångesttillstånd .....	17
Alkohol- och drogmissbruk .....	17
Ätstörningar .....	18
Psykotiska sjukdomar .....	18
Tidigare självmordsförsök .....	18
Negativa händelser och situationer som kan utlösa självmordsbeteende .....	18
HUR MAN IDENTIFIERAR ELEVER SOM BEFINNER SIG I RISKZONEN FÖR SJÄLMORDSHANDLINGAR .....	20
Identifiering av riskbeteende .....	20
Bedömning av självmordsrisk .....	20
Tidigare självmordsförsök .....	20
Depression .....	20
Ångest .....	22
Risksituationer .....	23
HUR BÖR MAN HANTERA SJÄLMORDSNÄRA ELEVER I SKOLAN? .....	24
Allmänna riktlinjer: innan några självmordshandlingar ägt rum .....	24
Självmordspreventiva program .....	24
Åtgärder för att stärka lärares och annan skolpersonals psykiska hälsa .....	26
Åtgärder för att stärka elevers självförtroende .....	27
Att främja emotionella uttryck .....	28
Att förhindra mobbning och våld i skolan .....	28
Information om vart man kan vända sig för att få hjälp .....	28

Ingripande: när en självmordsrisk är identifierad .....	28
Kommunikation .....	28
Att förbättra skolpersonalens beredskap och möjligheter att ingripa .....	29
Att hänvisa till hälso- och sjukvården .....	30
Att avlägsna föremål och ämnen som kan användas vid självmord och självmordsförsök .....	30
När ett självmordsförsök eller ett självmord har inträffat .....	31
Att informera skolpersonal och elever .....	31
SUMMERING AV REKOMMENDATIONER .....	34
REKOMMENDERAD LÄSNING .....	35
REFERENSLITTERATUR .....	36
ADRESSUPPGIFTER .....	38
UTGIVNA RAPPORTER .....	41

## FÖRORD

Självmod är ett komplext fenomen som har fånglat och intresserat filosofer, teologer, läkare, sociologer, författare och konstnärer genom århundradena; den franske författaren och filosofen Albert Camus menar i *Myten om Sisyfos* att det är det enda egentliga filosofiska problemet.

Självmod är ett allvarligt folkhälsoproblem som kräver att bli uppmärksammat. Den senaste forskningen har visat att självmordsprevention måste omfatta åtgärder inom en rad fält, allt från att skapa de bästa möjliga villkoren för barnuppfostran, till en effektiv behandling av psykiska störningar och sjukdomar och kontroll av miljörelaterade riskfaktorer. Att hitta lämpliga sätt att sprida information och öka medvetenheten är grundläggande för de flesta typer av folkhälsoinsatser. Detta är också vad som fordras för att lyckas med självmordspreventiva program.

År 1999 lanserade WHO sitt världsomfattande program för självmordsprevention: SUPRE. En serie SUPRE-publikationer har givits ut som vänder sig till de yrkesgrupper som är särskilt viktiga vad gäller självmordsprevention. Skrifterna är också ett uttryck för det förebyggande och långsiktiga arbete som utförs av olika människor, grupper och organisationer såsom läkare, sjuksköterskor, psykologer och andra inom hälso- och sjukvården, pedagoger, socialsekreterare, sociala myndigheter, regeringar, lagstiftande församlingar, politiska makthavare, lands- ting, kommuner, frivilliga och anhöriga till människor som tagit sina liv. De publikationer som ingår i SUPRE:s skriftserie är: *A resource for general physicians; A resource for media professionals; A resource for primary health care workers; A resource for prison officers; A resource: How to start a survivors group; A resource for teachers and other school staff* (se [www.who.int](http://www.who.int)).

På uppdrag av WHO:s avdelning för psykisk hälsa i Genève sammanställde NASP i sin egenskap av WHO:s samarbetscentrum för självmordsprevention den rapport; *Guidelines for suicide prevention in schools* som utgjorde underlag för den del i SUPRE:s skriftserie som vänder sig till lärare och annan skolpersonal för att förebygga självmord och självmordsförsök hos skolelever. Rapporten är författad av Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska Institutet (KI) och chef för NASP vid Centrum för folkhälsa inom Stockholms läns landsting (SLL) och av dr. Veronique Narboni som vid denna tidpunkt var verksam vid NASP. Stödmaterialet, som översatts till ett flertal språk, sprids nu i alla delar av världen.

Följande internationella specialister inom området har konsulterats vid författandet av WHO:s stödmaterial:

Prof. Alan Apter, Department of Child & Adolescent Psychiatry, Schneider Children's Medical Center of Israel, Petah Tikva, Tel-Aviv, Israel  
Prof. Anette Beautrais, Christchurch School of Medicine; Christchurch, New Zealand  
Prof. David Brent, Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, PA, USA  
Dr. Paul Corcoran, National Suicide Research Foundation, Cork, Ireland  
Dr. Margaret Kelleher, National Suicide Research Foundation, Cork, Ireland  
Prof. François Ladame, Unités pour adolescents et jeunes adultes, Université de Genève, Geneva, Switzerland  
Prof. Israel Orbach, Bar-Ilan University, Ramat-Gan, Israel  
Prof. Xavier Pommereau, Centre Abadie, Bordeaux, France  
Prof. Richard Ramsay, University of Calgary, Canada  
Prof. David Schaffer, Columbia University, New York, NY, USA  
Prof. Jean-Pierre Soubrier, Groupe Hospitalier Cochin, Paris, France  
Prof. Martina Tomori, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia  
Prof. Sam Tyano, Geha Psychiatric Hospital, Petah Tikva, Israel  
Prof. Kees van Heeringen, Unit for suicide research, Department of Psychiatry, University Hospital, Ghent, Belgium  
Prof. Myrna Weissman, Columbia University, New York, NY, USA  
Dr. Shutao Zhai, Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, China

Följande svenska kollegor har även varit involverade:

Prof. Britta Alin Åkerman, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet  
Dr. Agnes Hultén, NASP  
Dr. Gunilla Ljungman, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Västerås central-sjukhus  
Dr. Gunilla Olsson, Barn- och ungdomspsykiatriska institutionen, Uppsala universitet  
Med.lic. Inga-Lill Ramberg, NASP  
Prof. Per-Anders Rydellius, Avdelningen för barn- och ungdomspsykiatri, Karolinska Institutet  
Prof. Anne-Liis von Knorring, Barn- och ungdomspsykiatriska institutionen, Uppsala universitet

Riksdagen beslutade i januari 2001 att uppdra åt NASP att anpassa WHO:s stödmaterial för lärare och annan skolpersonal till svenska förhållanden. För anpassning av innehållet svarar Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi, NASP och Michael Westerlund, fil.mag. och doktorand vid NASP samt Institutionen för journalistik, medier och kommunikation (JMK), Stockholms universitet

samt de svenska kollegor som deltagit i framtagandet av *Guidelines for suicide prevention in schools*.

Danuta Wasserman

Professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska Institutet (KI)

Chef för Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP)

Prefekt vid Institutionen för Folkhälsovetenskap, KI





## INLEDNING

År 2000 begick 1380 personer självmord i Sverige, 953 män och 427 kvinnor. Det är mer än dubbelt så många jämfört med dem som dör i trafikolyckor varje år. Självmord är den i särklass vanligaste dödsorsaken för män i åldrarna 15 till 44 år i Sverige. Det lidande och de kostnader självmord förorsakar gör det till ett av vår tids allvarligaste folkhälsoproblem.

Självmord är också en av de vanligaste dödsorsakerna bland unga människor. I många länder, däribland Sverige, kommer självmord på en första eller andra plats vad gäller de vanligaste dödsorsakerna i åldrarna 13 till 25 år. Av de 1380 självmordsfallen år 2000 var 127 ungdomar, 92 unga män och 35 unga kvinnor.

I Sverige har antalet självmordsfall – i befolkningen som helhet – kontinuerligt minskat sedan 1980-talets början. Tyvärr har inte samma minskning skett i åldersgruppen 10 till 17 år. Att förhindra och förebygga självmord bland barn och ungdomar är därför av högsta prioritet.

Det bör understrykas att barn under 15 år sällan begår självmord. Enligt tillgänglig statistik tar omkring fem personer i denna åldersgrupp sina liv varje år i Sverige, de flesta av dem i de tidiga tonåren. Varje fall är givetvis oerhört tragiskt och – vilket bör framhållas – onödigt.

Generellt sett är det fler pojkar än flickor som dör av fullbordat självmord trots att studier har visat att antalet självmordsförsök är tre gånger högre hos flickor än hos pojkar. Flickor utvecklar även depressioner i större utsträckning än pojkar men har samtidigt lättare för att tala om sina problem och för att söka hjälp. Detta är antagligen en av anledningarna till det lägre antalet fullbordade självmord bland flickor. Pojkar uppvisar oftare ett aggressivare och impulsivare beteende än flickor och agerar inte sällan under inflytande av alkohol och/eller andra droger. Detta bidrar antagligen till det högre antalet självmordshandlingar med dödlig utgång. Andelen flickor som använder sig av mer våldsamma metoder vid självmord har dock ökat de senaste årtiondena.

Det faktum att i stort sett alla i denna åldersgrupp utgörs av skolelever gör skolan till en viktig plats för att upptäcka dem som befinner sig i riskzonen, och för att sätta in stödåtgärder.

Denna skrift riktar sig främst till lärare, rektorer, syokonsulenter, skolsköterskor, skolläkare, skolpsykologer och annan skolpersonal. Även andra personer och

grupper som är intresserade av folkhälsofrågor och självmordsförebyggande åtgärder bör finna denna text användbar. Skriften tar kortfattat upp olika typer av självmordsbeteenden bland ungdomar och beskriver de viktigaste skydds- och riskfaktorerna. Vidare presenteras riktlinjer för hur man identifierar och tar hand om barn och ungdomar i riskzonen, samt hur man som vuxen bör agera om en elev genomför ett självmordsförsök eller begår självmord.

Att bilda samarbetsgrupper – team – bestående av lärare, skolläkare, skolsköterskor, skolpsykologer och annan skolpersonal har visat sig vara en bra modell för att planera och genomföra självmordspreventiva åtgärder i skolan. Dessa team bör upprätta ett nära samarbete med barn- och ungdomspsykiatri (BUP), ungdomsmottagningar, socialtjänst, räddningstjänst och andra relevanta organisationer och myndigheter utanför skolan. Att förebygga självmord är inte bara ett sätt att ge hjälp i livsfarliga situationer utan innebär även ett långsiktigt arbete för att få ner antalet självmord och självmordsförsök.

Att unga människor till och från har självmordstankar är inte onormalt. Tvärtom är det mycket vanligt. Det är en del av den naturliga utvecklingsprocess som barn och ungdomar går igenom i vilken de bland annat bearbetar existentiella frågor om liv och död. Enkätundersökningar har visat att mer än hälften av eleverna i högstadies- och gymnasieåldern någon gång haft självmordstankar. Dessa tankar är oftast flyktiga och övergående, men det är viktigt att unga människor får möjlighet att diskutera frågor om liv och död med vuxna.

Självmordstankar blir onormala och farliga först när de är konstanta eller ofta återkommande och när barn och ungdomar ser förverkligandet av dem som den enda lösningen på de problem de står inför. Då är risken för självmordsförsök eller självmord överhängande. Det är viktigt att tänka på att man aldrig får lämna en självmordsnära ung person ensam!

## ETT UNDERSKATTAT PROBLEM

I vissa fall kan det vara omöjligt att fastställa om döden orsakats avsiktligt eller oavsiktligt. Exempel på detta är bilolyckor, drunkning och överdoser av narkotika. Antalet självmord bland ungdomar är antagligen underskattat då många dödsfall av ovanstående typ felaktigt och per automatik rapporteras och klassificeras som oavsiktliga eller som olyckor.

Retrospektiva genomgångar av ungdomar som dött under våldsamma omständigheter tyder på att dessa unga människor inte utgör en homogen grupp. Det som möjligen gör dem lika är att de tenderar att agera självdestruktivt och ta stora risker. Vissa av dessa dödsfall kan vara oavsiktliga, medan andra är avsiktliga handlingar som har sin grund i den smärta ungdomarna upplever att livet åsamkar dem.

Vidare skiljer sig ungdomars sätt att definiera självmordsförsök från psykiatrikers; de undersökningar där ungdomar själva fyller i uppgifter uppvisar ett nästan dubbelt så högt antal självmordsförsök jämfört med dem som utgår från intervjuer gjorda av psykiatriker. Den mest sannolika förklaringen till detta är att unga människor – när de får svara anonymt på frågeformulär – har en bredare definition på vad självmordsförsök innebär än vad psykiatriker har. I enkätundersökningar genomförda i Stockholm, Uppsala och Göteborg uppger 7-8 procent av flickorna och 3-4 procent av pojkarna att de någon gång försökt ta sitt liv. Dessutom uppger bara hälften av de ungdomar som försökt ta livet av sig att de sökt professionell hjälp efter sitt självmordsförsök. Därför ger inte heller antalet ungdomar som vårdas på sjukhus efter självmordsförsök någon rättvis bild av problemet i stort.

## MYTER OM SJÄLVMORD

Det finns många myter om självmord. En är att självmord inträffar plötsligt och utan förvarning och att det aldrig går att hindra den som en gång bestämt sig. Andra föreställningar är att självmord inte är något man ska tala om – för att inte ”väcka den björn som sover” – och att de som uttrycker självmordstankar inte är de som begår självmord. Detta är inte sant. Dessutom kan myter av detta slag hindra oss från att handla på ett riktigt sätt. Riskerna för självmordshandlingar snarare ökar om man som vuxen undviker att tala med ungdomar om det som är svårt. Det är viktigt att vuxna tar reda på vad som ligger bakom unga människors uttalanden och funderingar om självmord.

Vad gäller vuxna människor inträffar sällan självmord plötsligt utan är oftast en långdragen process som kan pågå i flera år. Detta gör det möjligt att vidta åtgärder för att bryta den negativa utvecklingen. Det är många som finner andra lösningar på sina livsproblem efter ett eller ett fåtal självmordsförsök.

Hos barn och ungdomar är dock självmordsprocessen oftast kortare än hos vuxna och den unga människan kan pendla snabbt mellan att vara ledsen och förtvivlad till att uppträda mer normalt, vilket gör det svårare för omgivningen att upptäcka att det föreligger en självmordsrisk. Därför bör vuxna agera snabbt och resolut vid minsta misstanke om att ett barn eller en ungdom befinner sig i riskzonen för självmordshandlingar. Det finns ingen tid att förlora. De flesta självmordsnära personer är in i sista stund mycket ambivalenta och osäkra på om de vill leva eller dö. Därför kan omgivningens reaktioner ofta vara avgörande för om en person drivs vidare i självmordsprocessen eller om den kan stoppas.

## SKYDDSAKTORER

De viktigaste skyddsfaktorerna mot självmordsbeteende är:

### Familjemönster

Bra relationer till övriga familjemedlemmar

- Stöd från familjen

### Kognitiva faktorer och personlighet

- Goda sociala färdigheter
- Tilltro till sig själv och till möjligheten att kunna påverka och förändra den egna situationen
- Förmåga att söka hjälp när svårigheterna blir för stora, exempelvis i skolarbetet
- Benägenhet att be om råd när viktiga beslut ska fattas
- Öppenhet för andra människors erfarenheter och lösningar
- Öppenhet för nya idéer och ny kunskap

### Kulturella och sociala faktorer

- Social integration, exempelvis genom deltagande i olika former av föreningsverksamhet, idrott, musik, dans, teater etc.
- Bra relationer till jämnåriga
- Bra relationer till lärare och andra vuxna
- Stöd från andra relevanta personer

## RISKFaktorER Och RISKSITUATIONER

Att uppvisa självmordsbeteende när speciella omständigheter råder har visat sig vara vanligare i vissa familjer än i andra. Detta kan förklaras både utifrån miljöfaktorer och genetiska faktorer. Analyser har visat att de faktorer och situationer som nämns nedan förekommer i hög grad vid självmordsförsök och självmord bland barn och ungdomar. Det bör dock understrykas att alla faktorer inte nödvändigtvis behöver förekomma i samtliga fall.

### Kulturella och sociala faktorer

Varje ung människas växande och mognad är nära sammanflätat med det kulturella och kollektiva sammanhang man föds in i. Barn och ungdomar som saknar detta sammanhang, eller har svaga kulturella rötter, uppvisar tydliga tecken på identitetsstörningar och har ofta svårt att lösa konflikter. I stressfyllda situationer kan detta resultera i ett självdestruktivt beteende i form av självmordsförsök eller självmord.

Att avvika från de könsmässiga och sexuella normer som gäller i samhället i stort har också visat sig vara en riskfaktor för självmordsbeteende. Barn och ungdomar som inte accepteras av sina familjer, jämnåriga eller i skolan, riskerar ett liv i utanförskap där det saknas positiva förebilder för utveckling och mognad.

Låg socioekonomisk status, låg utbildningsnivå och arbetslöshet i familjen är riskfaktorer. Vissa invandrar- och flyktinggrupper kan föras till denna kategori då de dessutom upplever emotionella och språkliga svårigheter och ofta saknar socialt nätverk i värdlandet. I många fall kombineras dessa faktorer dessutom med fysiskt och psykiskt plågsamma erfarenheter av krig, tortyr och isolering. De kulturella faktorerna kan också vara förbundna med ett lågt deltagande i värdsamhällets gängse aktiviteter och vardagshandlingar, liksom med konflikter vad gäller attityder och värderingar. Dessa konflikter kan bli speciellt påtagliga och laddade för andra generationens invandrare som växer upp i ett nytt samhälle där exempelvis synen på kvinnan ofta står i skarp kontrast till föräldragenerationens uppfattningar. För vissa individer kan detta leda till ett smärtsamt tillstånd av ambivalens och kluvenhet; att inte veta vilka handlingar eller uppfattningar som är de rätta. Många av dessa invandrare riskerar även att bli uteslutna ur den gemenskap de vuxit upp i om de alltför starkt bryter mot föräldragenerationens kulturella värderingar.

Även människor som tillhör olika ursprungsbefolkningar har fått uppleva hur deras traditionella levnadssätt och kulturella mönster markant förändrats. De har

ofta berövats sina traditionella näringar och fördrivits från de områden de bebott under tusentals år. De har även utsatts för olika former av förtryck från majoritetsbefolkningar och deras språk och kultur har nedvärderats. Detta har medfört att många lever under liknande omständigheter som ovan beskrivna invandrar- och flyktinggrupper. Därför löper medlemmar av ursprungsbefolkningar större risk att utföra självmordshandlingar än medlemmar av majoritetsbefolkningar.

#### Familjemönster och negativa livserfarenheter under barndomen

Destruktiva familjemönster och traumatiska händelser i den tidiga barndomen har stor inverkan på ungdomars fortsatta liv och utveckling, speciellt när traumat är obearbetat.

Tecken på en instabil och dåligt fungerande familj, samt negativa livserfarenheter, som ofta återfinns hos barn och ungdomar som uppvisar självmordsbeteende är:

- Psykiska sjukdomar eller psykiska störningar hos föräldrarna
- Alkohol- och drogmisbruk eller andra typer av asocialt beteende i familjen
- Tidigare fall av självmord eller självmordsförsök i familjen
- Våld och övergrepp i familjen (även fysiska och sexuella övergrepp riktat direkt mot barnet)
- Dålig omvårdnad av barnet från föräldrarnas/vårdnadshavarnas sida tillsammans med en undermålig kommunikation inom familjen
- Ständiga gräl mellan föräldrarna/vårdnadshavarna med spänningar och aggressioner som följd
- Skilsmässa eller separation mellan föräldrar/vårdnadshavare
- Förälders/vårdnadshavares död
- Ständiga uppbrott till nya platser
- Mycket höga eller mycket låga förväntningar på barnet
- Överdriven eller otillräcklig auktoritet från föräldrarnas/vårdnadshavarnas sida
- Brist på tid hos föräldrarna/vårdnadshavarna för att upptäcka och göra något åt barnets smärtsamma situation, samt en negativ emotionell miljö där barnet blir avvisat eller försummat
- Rigida familjemönster
- Adoptiv- eller fosterfamilj (för vidare läsning se Rapport nr 4, 2002, från NASP av Frank Lindblad m.fl.).

Dessa familjemönster återkommer ofta, men inte alltid, i de fall där barn och ungdomar begår självmord eller utför självmordsförsök. Undersökningar tyder på att unga, självmordsnära människor ofta kommer från familjer med mer än ett av ovanstående problem, där vart och ett av dessa ökar risken för självmords-



beteende. Många av dessa barn och ungdomar är lojala mot sina föräldrar och vill inte, eller är förbjudna, att avslöja vad som försiggår i familjen. Det är därför inte vanligt att de söker stöd eller hjälp från omgivningen.

### Kognitiva faktorer och personlighet

Följande egenskaper förekommer hos de flesta i ungdomsåren, men i kombination med någon form av psykisk störning eller sjukdom är de också förknippade med självmordsbeteende. Därför krävs en viss försiktighet och psykiatrisk kunskap för att bedöma om risk verkligen föreligger vid följande egenskaper:

- Ojämnt humör
- Aggressivt beteende
- Asocialt beteende
- Utagerande
- Bristande impuls kontroll
- Irritation
- Rigida tanke- och handlingsmönster
- Ångest, speciellt vid tecken på fysiska krämpor eller besvikelser (även vid mindre sådana)
- Dålig problemlösningsförmåga
- Dålig verklighetsförankring
- En tendens att leva i en illusorisk värld (låtsasvärld)
- Snabba svängningar mellan en påtaglig övertro till den egna förmågan och känslor av värdelöshet
- En benägenhet att snabbt bli besviken
- Känslor av underlägsenhet och osäkerhet, vilket ibland döljs av en ytligt överlägsen attityd och ett avvisande och provokativt beteende gentemot skolkamrater, lärare, föräldrar och andra vuxna
- Osäkerhet vad gäller sexuell läggning och könsidentitet
- Ett ambivalent förhållningssätt i relationerna till kamrater, föräldrar och andra vuxna

Trots att intresset varit stort för att försöka klarlägga sambandet mellan olika typer av personlighetsegenskaper och kognitiva faktorer i förhållande till unga människors självmordsbeteende, går det inte att påvisa att någon enskild egenskap eller faktor ensam skulle vara avgörande. Tillgängliga forskningsresultat som pekar mot någon specifik egenskap eller faktor är få och tvetydiga.

### Psykiska störningar och sjukdomar

Självmordsbeteende är överrepresenterat hos barn och ungdomar som uppvisar följande psykiska störningar:

### *Depression*

En kombination av depressiva symtom och ett asocialt beteende har beskrivits som en av de vanligaste bakomliggande orsakerna till självmord i tonåren. Ett flertal studier har visat att upp till tre fjärdedelar av dem som slutligen tar sitt liv har ett eller flera depressiva symtom, och att många lider av svårare depressiv sjukdom.

Skolungdomar som lider av depression uppger ofta fysiska symtom när de söker medicinsk hjälp. De klagar ofta över huvudvärk eller magont. Även somatiska symtom – såsom smärta i ryggen, benen eller bröstet, hjärtklappning och svårighet att få luft – är vanliga.

Deprimerade flickor drar sig ofta tillbaka och blir tysta, uppgivna och inaktiva, medan deprimerade pojkar tenderar att bli aggressiva och kräva mycket uppmärksamhet från lärare och föräldrar. Denna typ av aggressivitet kan leda till utanförskap och isolering, vilket i sig utgör en risk för självmordsbeteende.

Även om vissa depressiva symtom och depressiva sjukdomar är vanliga bland självmordsnära barn och ungdomar är inte depression alltid en nödvändig förutsättning för självmordstankar eller självmordsförsök. Ungdomar kan ta livet av sig utan att vara deprimerade, och de kan vara deprimerade utan att ta sitt liv.

### *Ångesttillstånd*

Studier har visat att det föreligger ett starkt samband mellan allvarigare ångesttillstånd och självmordsförsök hos män, medan sambandet är svagare hos kvinnor. Depression och ångest förekommer ofta samtidigt hos självmordsnära ungdomar, men ångest verkar även kunna uppträda relativt oberoende av depression. Detta innebär att man bör försöka fastställa och behandla ångest hos ungdomar som uppvisar risk för självmordsbeteende. Psykosomatiska symtom är också vanliga hos unga människor som plågas av självmordstankar.

### *Alkohol- och drogmissbruk*

En del ungdomar försöker dämpa sin ångest med hjälp av alkohol och narkotika. Denna typ av självmedicinering kan kortsiktigt dämpa ångesten och mildra depressionssymtomen, men på lång sikt är risken stor att den unge utvecklar en tolerans där det krävs en allt större konsumtion av droger för att hålla ångesten borta. När drogernas kortvariga verkan upphör och den unge nyktrar till upplevs ångesten och depressionen ännu djupare. Situationen förvärras ytterligare på grund av alla negativa sociala och psykologiska konsekvenser som följer av missbruket.

Missbrukare av alkohol och andra droger är överrepresenterade bland barn och ungdomar som begår självmord. I denna åldersgrupp har en av fyra konsumerat alkohol eller annan drog före självmordsakten.

#### *Åtstörningar*

Ungdomars oro och vilshenhet inför tillvaron och den egna identiteten riktas ofta mot kroppen och utseendet. Utifrån existerande ideal och förebilder känner sig många tonårsflickor missnöjda med hur de ser ut och försöker därför att banta. De lägger ner mycket tid och tankemöda på vad de bör och inte bör äta. Mellan en och två procent av tonårsflickorna lider av antingen anorexi eller bulimi. Anorektiska flickor drabbas ofta av depressioner och självmordsrisken för dessa flickor är tjugo gånger högre än för ungdomar generellt sett. Nya forskningsrön har visat att även pojkar kan utveckla både anorexi och bulimi.

#### *Psykotiska sjukdomar*

Även om få barn och ungdomar lider av allvarliga psykiska sjukdomar, som schizofreni eller manodepressivitet, är självmordsrisken mycket hög hos dem som har en psykos. De flesta av dem befinner sig även i riskzonen vad gäller alkohol- och drogmisbruk.

#### **Tidigare självmordsförsök**

Att tidigare försökt ta sitt liv är i sig en betydande riskfaktor vad gäller fullbordat självmord. En tredjedel av dem som slutligen tar sitt liv har tidigare gjort ett eller flera självmordsförsök. I åldersgruppen 15 till 19 år upprepar 15 procent sitt självmordsförsök inom ett år. Detta tyder på att dessa ungdomar inte fått den hjälp de behöver.

#### **Negativa händelser och situationer som kan utlösa självmordsbeteende**

En tydlig sårbarhet och mottaglighet för stress, tillsammans med de kognitiva faktorer och personliga egenskaper som nämndes ovan (orsakade av medfödda genetiska faktorer, men också av förvärvade egenskaper, såsom familjemönster och tidiga upplevelser av stress), har ofta observerats hos självmordsnära barn och ungdomar. Denna sårbarhet gör det svårt för individen att hantera besvikelser och negativa upplevelser på ett konstruktivt sätt; därför föregås ofta självmordsbeteende av en stressfylld livssituation. Känsliga barn och ungdomar kan uppfatta även de mest triviala händelser och situationer som sårande och reagera med ångest och kaotiskt beteende. Självmordsnära unga människor upplever sådana situationer som djupt kränkande och som direkta hot riktat mot deras självbild. Stressituationer reaktiverar de känslor av hjälplöshet, hopplöshet och förtvivlan

som är grogrunden för självmordstankar. Dessa kan i värsta fall leda till självmordsförsök eller självmord.

De risksituationer och negativa händelser som kan utlösa självmordsförsök eller självmord hos känsliga barn och ungdomar är:

- Oro och störningar i familjen
- Separation från nära anhörig, flick- eller pojkvän, skolkamrater etc.
- En nära anhörigs eller annan närstående persons död
- Slutet på en kärleksrelation
- Slutet på en sexuell relation
- Mellanmänskliga konflikter
- Kriminalitet eller allvarliga disciplinära problem
- Gruppträck
- Alla former av mobbning, pinnalism och översitteri
- Misslyckanden i skolarbetet och besvikelser över resultat
- Höga krav inför prov och betygssättning
- Arbetslöshet och dåliga ekonomiska förhållanden
- Önskad graviditet, abort
- HIV-smitta eller andra sexuellt överförda sjukdomar
- Allvarlig fysisk sjukdom
- Naturkatastrofer

## HUR MAN IDENTIFIERAR ELEVER SOM BEFINNER SIG I RISKZONEN FÖR SJÄLMORDSHANDLINGAR

### Identifiering av riskbeteende

Alla plötsliga eller dramatiska förändringar i en ung människas uppförande och beteende bör tas på allvar, t.ex.:

- Bristande intresse för vardagliga aktiviteter
- Sämre resultat än vanligt på prov och en genomgående sänkning av betyg
- Minskade ansträngningar
- Dåligt uppförande i klassrummet och i skolan
- Upprepade tillfällen av ogiltig frånvaro och skolk
- Kraftigt ökat rökande och drickande, missbruk av droger
- Våld mellan elever
- Händelser som leder till polisinblandning

Dessa beteenden kan vara till hjälp vid identifiering av skolelever som befinner sig i social och psykisk nöd som kan leda till självmord eller självmordsförsök.

Om en elev uppvisar något eller några av ovanstående beteenden bör lärare och skolpersonal ta ett gemensamt ansvar (gärna inom ramen för de team som nämndes på s. 10) för att en grundlig och omsorgsfull utredning görs av elevens sociala och psykiska förhållanden, samt se till att stödåtgärder omedelbart sätts in.

### Bedömning av självmordsrisk

Vid bedömning av självmordsrisk bör lärare och skolpersonal vara medvetna om att denna typ av problem alltid är flerdimensionella.

#### *Tidigare självmordsförsök*

Som tidigare nämnts är en historia av tidigare självmordsförsök en av de mest betydande riskfaktorerna. Unga människor i svåra livssituationer tenderar att upprepa sina handlingar.

#### *Depression*

En annan signifikant riskfaktor är depression. Även om det alltid är läkare eller barn- och ungdomspsykiatriker som ska ställa diagnos bör lärare och annan skolpersonal vara medveten om de vanligaste symtomen som förekommer vid depressioner hos unga människor. Dessa är:

- **Irritabilitet**  
Förekommer ofta omväxlande med nedstämdhet. Barn och ungdomar som av vuxna uppfattas som besvärliga och stökiga är ofta ledsna och förtvivlade.
- **Förlust av glädje, lust och initiativ**  
Deprimerade barn och ungdomar kan plötsligt förlora förmågan att glädja sig åt vanliga aktiviteter. De kan bli sittande i timmar på sitt rum helt överksamma eller upprepa samma typ av aktivitet – till exempel lyssna på samma Cd-skiva – utan att ha någon behållning av det eller känna något engagemang. Den unga människan riskerar att isoleras och tappa kontakten både med sin familj och med sina kamrater.
- **Aptitstörningar**  
Ungefär hälften av de barn och ungdomar som söker behandling för sina depressioner uppvisar aptitstörningar. En del tröstäter och går upp i vikt utan att egentligen njuta av det de äter, medan andra helt tappar matlusten och går ner i vikt.
- **Sömnstörningar**  
Deprimerade ungdomar tenderar att sova länge på morgnarna, men då detta är mycket vanligt hos ungdomar överhuvudtaget måste det sättas i relation till andra depressionssymtom. En skillnad är att barn och ungdomar som inte är deprimerade har en god förmåga att återhämta sig från trötthet och ta igen förlorad sömn medan deprimerade ungdomar framstår som trötta, orkeslösa och outvilade trots att de tillbringat många timmar i sängen.
- **Trötthet och brist på energi**  
Deprimerade barn och ungdomar är ofta trötta och oroar sig för att de inte ska orka delta i aktiviteter som annars inte brukar välla dem några problem.
- **Förändrad motorik**  
En del deprimerade barn och ungdomar kan bli långsamma och slöa, men det är långt ifrån den hämning i motoriken som man ser hos vuxna deprimerade personer. Agitation och upphetsning kan förekomma hos yngre, deprimerade barn.
- **Dåligt självförtroende och skuldkänslor**  
Dåligt självförtroende är ett mycket vanligt symtom hos deprimerade ungdomar, särskilt hos flickor. De tycker varken om sitt utseende eller sin person, vilket ibland kan utvecklas till ett självhat. Deprimerade ungdomar kan också lida av påtagliga skuldkänslor. De kan till exempel tro att de är orsaken till

föräldrarnas skilsmässa, missbruk eller andra problem i familjen. De ungdomar som normalt är samvetsgranna och perfektionistiska kan drabbas av svåra skuld känslor när de i sitt deprimerade tillstånd inte förmår att utföra alla sina plikter.

- **Koncentrationssvårigheter**  
Deprimerade barn och ungdomar har svårt för att sitta stilla och lyssna och de blir lätt distraherade. De har även svårt för att avsluta påbörjade uppgifter och presterar som regel sämre i skolan. Ungefär hälften av de barn som skolvägrar brukar vara deprimerade.
- **Smärtor**  
Huvudvärk, ryggvärk och magont, men även stickningar i benen eller i bröstet, kan vara tecken på depression hos unga människor. Barn och ungdomar som har svårt att i ord uttrycka sin sorg och förtvivlan uttrycker ofta detta med värk i olika delar av kroppen.

Svårigheten med att bedöma om det föreligger depression är kopplat till att de naturliga utvecklingsstadier ungdomar går igenom i puberteten till viss del liknar de symtom som förekommer vid depressioner. Puberteten och ungdomstiden är ett normalt tillstånd där dåligt självförtroende, uppgivenhet, koncentrationsproblem, trötthet och sömnsvårigheter är vanligt förekommande. För att det ska vara frågan om en egentlig depression måste minst fem av ovanstående symtom ha förekommit under minst två veckor, så gott som dagligen och under större delen av dagen.

Att ha depressiva tankar är inget ovanligt hos ungdomar, de är en del av en normal utvecklingsprocess där den unga människan är upptagen med frågor av existentiell art. Det är intensiteten i dessa tankar, deras djup och varaktighet, i vilket sammanhang de förekommer, samt möjligheten av bryta dessa tankemönster, som skiljer en frisk ung människa från en på gränsen till en allvarlig självmordskris.

#### *Ångest*

Depressioner hos barn och ungdomar kan åtföljas av stark ångest. En del ungdomar försöker dämpa denna ångest med alkohol eller andra droger. Kortsiktigt kan ångesten minska och depressionssymtomen mildras, men på lång sikt botas inte depressionen utan i stället tillkommer alla negativa sociala och psykologiska konsekvenser av alkohol- eller drogmissbruket.

### *Risksituationer*

En annan viktig uppgift är att identifiera de negativa situationer och händelser (som tidigare beskrivits på s. 20-22) som kan aktivera självmordstankar och på det sättet öka risken för självmord.



## HUR BÖR MAN HANTERA SJÄLMORDSNÄRA ELEVER I SKOLAN?

Att upptäcka att en ung människa befinner sig i en svår livssituation och är i behov av hjälp brukar inte vara något problem. Att veta hur man ska reagera och agera i förhållande till självmordsnära barn och ungdomar är betydligt svårare.

En del lärare och skolpersonal har lärt sig hur man bör möta de elever som befinner sig i psykisk och social obalans, andra inte. De senare måste beredas möjligheter att få lära sig hantera dessa situationer på ett bättre sätt. Det som bör eftersträvas i kontakten med en självmordsnära elev är empati, respekt och en balans mellan närhet och distans.

Att upptäcka och försöka hantera självmordskriser hos elever kan skapa oro hos lärare och skolpersonal då de ofta saknar de specialkunskaper och erfarenheter som krävs, arbetar under tidspress, eller är rädda för de tankar och känslor som kan väckas inom dem själva vid denna typ av situationer. Därför är det viktigt att utbilda lärare och skolpersonal inom detta område (se NASP:s hemsida [www.sll.se/suicid](http://www.sll.se/suicid) under Utbildningar). Att skolan utvecklar väl fungerande kontakter med lokala specialister, exempelvis med dem som arbetar inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP), är också viktigt.

### Allmänna riktlinjer: innan några självmordshandlingar ägt rum

Den absolut viktigaste aspekten vid självmordsprevention är tidig upptäckt av de barn och ungdomar som befinner sig i svåra livssituationer och uppvisar tecken på självmordsbeteende. För att uppnå detta måste både skolpersonalens och elevernas situation uppmärksammas. Speciell vikt bör fästas vid en väl genomtänkt undervisning för att förebygga psykisk ohälsa och självmordsbeteenden. Många forskare och experter på området är eniga om att det är oklokt att undervisa unga människor om självmord och självmordsförsök om inte denna undervisning noggrant planeras och följs upp. Självmordsproblematiken bör ingå som en del i en mer omfattande verksamhet som främst syftar till att stärka eleverna psykiskt och socialt. Exempel på sådan verksamhet är psykisk hälsovård, kris- och konflikt-hantering samt kamratstöd (se nedan om de program NASP bedriver).

### *Självmordspreventiva program*

Vad gäller analyser av självmordspreventiva programs effektivitet är utvärderingen av det s.k. *Floridaprogrammet* en av de mest väldokumenterade vetenskapliga studier som genomförts inom området. Studien – som pågick under fem år –

innefattade omkring 330 000 skolelever i Florida, USA. Alla elever deltog i ett noggrant och ambitiöst utformat självmordspreventivt utbildningsprogram. De yngre eleverna fick hjälp med att utveckla sin självförtroende och sin förmåga att kommunicera med andra. De undervisades även i hur man fattar beslut och hur man löser olika typer av konflikter, samt fick lära sig att hitta alternativ till alkohol och droger, att utveckla sina relationer, att hantera stress och att stå emot gruppträck.

För de äldre eleverna var programmet ännu mer omfattande och genomgripande. De fick förutom ovanstående punkter även lära sig om psykologiska försvarsmekanismer och om vilka faktorer som påverkar den suicidala processen och den fysiska och mentala hälsan. Kunskap om hur och var eleverna kunde söka hjälp förmedlades också. Utbildningen sköttes av för ändamålet specialutbildade lärare och personal från psykiatrin. På varje skola startades även speciella krisgrupper bestående av socialarbetare, psykologer, lärare och annan skolpersonal. Elevernas föräldrar informerades om utbildningsprogrammet och erbjöds att delta i kurser i ämnet. Utvärderingen av programmet visade att man lyckats minska antalet självmord med hela 62 procent och antalet självmordsförsök från 87 till 31 per 100 000 elever.

NASP är statens och Stockholms läns landstings centrala expertenhet inom självmordsforskning och förebyggande av psykisk ohälsa. Det nationella ansvaret tillkom genom ett riksdagsbeslut 1993, och sedan 1997 är NASP ett av WHO:s samarbetscentrum för självmordsprevention (se s. 38-39 för adressuppgifter).

Vid NASP bedrivs två självmordspreventiva program: *Mentalt förebyggande hälsovård – Livskompetens* och *Kärleken är den bästa kicken*. Det förstnämnda har utarbetats av leg. sjuksköterskan Eva Hildingsdotter-Bengtsson och kuratorn Britt-Marie Ahlner och har prövats i ett flertal högstadies- och gymnasieskolor i Stockholmsområdet. För utvärderingen svarar Danuta Wasserman och Inga-Lill Ramberg vid NASP. Programmets utformning liknar Floridaprogrammet men är tidsmässigt väsentligt kortare. I de skolor som har medverkat utbildades lärare och övrig skolpersonal i psykisk hälsovård och i självmordsprevention. Eleverna fick ta del av ett undervisningsmaterial som bestod av följande teman: (1) Känslorens påverkan på hälsan; (2) Stress under skolåren; (3) Integritet och identitetsutveckling; (4) Psykisk kris; (5) Mobbning; (6) Depressioner hos unga; (7) Självmordsproblematik; (8) Musik, bild och poesi; (9) Ett helhetsseende på hälsa (medicinskt, psykologiskt och socialt); (10) Klassens psykosociala arbetsmiljö.

För att eleverna bättre skulle kunna ta till sig materialet blandades de mer teoretiska föreläsningarna med praktiska övningar där eleverna fick möjlighet att dramatisera och diskutera de olika ämnena. Det övergripande syftet med preven-

tionsprogrammet är att upptäcka, diagnostisera och åtgärda psykisk ohälsa, mobbning och ytterst att förhindra självmord och självmordsförsök.

Preliminära resultat från utvärderingen av programmet visar att elevernas förmåga att kommunicera med kamrater och vuxna förbättrades avsevärt. Även antalet självmordsförsök minskade bland de elever som genomgått *Mentalt förebyggande hälsovård – Livskompetens* jämfört med kontrollgruppen. Resultaten från både *Floridaprogrammet* och *Mentalt förebyggande hälsovård – Livskompetens* visar att man med hjälp av en noggrant planerad och genomförd utbildning av elever och skolpersonal kan påverka psykiska och sociala faktorer och därigenom förbättra den psykiska hälsan och minska antalet självmord och självmordsförsök.

Det självmordspreventiva programmet *Kärleken är den bästa kicken* utgår i grunden från en film som har producerats av NASP i samarbete med filmaren Göran Setterberg, Panfilm. För utvärderingen svarar Britta Alin Åkerman, verksam vid Lärarhögskolan i Stockholm och vid NASP, samt Danuta Wasserman vid NASP. En expertgrupp tillsattes 1996 för att besluta om syfte och målgrupper samt för att följa produktionen och bestämma filmens slutliga utformning. I filmen berättar fyra ungdomar om hur de klarat av sina liv, sina kriser, sina självmordstankar och självmordsförsök. Deras berättelser avvägs så att de speglar ungdomars existentiella villkor i allmänhet och bearbetning av självmordsbeteenden i synnerhet. I materialet ingår även två manualer, den ena är en handledning för den som visar filmen, den andra ska delas ut till eleverna. Målgrupperna är gymnasieelever, föräldrar, lärare och annan skolpersonal.

Syftet med filmen och manualen är att öka elevernas kunskaper om existentiella frågor, identitet, relationer, kamratstöd, kärlek och tillhörighet. Genom att även visa filmen för föräldrar, lärare och annan skolpersonal kan dessa gruppers kunskaper om den suicidala processen ökas och beredskapen för att hjälpa elever som befinner sig i svåra livssituationer förbättras. Målet är att förebygga självmordsförsök och självmord.

Ytterligare information om de självmordspreventiva programmen samt om utbildning i förebyggande hälsovård tillhandahålls av NASP ([www.ki.se/suicide](http://www.ki.se/suicide) under Forskning samt Utbildningar).

#### *Åtgärder för att stärka lärares och annan skolpersonals psykiska hälsa*

En grundläggande åtgärd är att se till att lärare och skolpersonal är i balans och mår bra. Arbetsituationen i skolan kan ibland vara avvisande, aggressiv och till och med direkt våldsam. Därför behövs information, kunskap och utbildning för att öka förståelsen för vad som händer en själv, kollegor och elever när man utsätts

för stora psykiska påfrestningar. Lärare och skolpersonal bör även ha tillgång till stöd och – om det behövs – behandling.

#### *Åtgärder för att stärka elevers självförtroende*

Ett bra självförtroende skyddar barn och ungdomar mot psykisk ohälsa och uppgivenhet och gör det möjligt för dem att bättre hantera svåra och stressfyllda situationer i sina liv.

Det finns många sätt att stärka självförtroendet hos barn och ungdomar. Några som rekommenderas är:

- Barn ska inte bara vara accepterade, utan också älskade för den de är. Barn har ett stort behov att få känna sig speciella och unika.
- Det räcker inte att som vuxen säga att man älskar ett barn; barnet måste känna sig älskat också.
- Positiva livserfarenheter, som är grundläggande för formandet av en positiv identitet hos den unga människan, ska framhållas. Positiva erfarenheter ökar möjligheterna för unga människor att bygga upp ett bra självförtroende för framtiden.
- Barn och ungdomar bör inte pressas till att hela tiden prestera mer och bättre.

När barn får växa upp i miljöer där deras behov och villkor möts med empati och förståelse blir det möjligt för dem att utvecklas till människor i balans med sig själva och med andra. Känslan av att klara av saker själv är viktiga byggstenar i konstruktionen av en god självkänsla och ett bra självförtroende i den tidiga barndomen.

Barns och ungdomars självförtroende är beroende av hur väl de lyckas utveckla sina fysiska, sociala och yrkesmässiga färdigheter. För att uppnå ett bra självförtroende måste tonåringen etablera ett oberoende i förhållande till sin familj och sina jämnåriga kamrater; kunna relatera till det motsatta könet; utbilda sig, eller på annat sätt förbereda sig för ett yrkesliv som ger försörjning samt etablera en fungerande och meningsfull livsfilosofi.

Att i tonåren få besöka arbetsplatser och i praoverksamheten få prova på olika yrken är en bra strategi för att få ungdomar att komma i kontakt med yrkeslivet. Det är också viktigt att ungdomar under och efter dessa perioder får stöd och råd, både från vuxna och jämnåriga. Att överhuvudtaget verka för bättre kontakter mellan arbetsliv och skola är mycket positivt.

Utbildningssystemet bör också i stort verka för att utveckla och stärka varje elevs identitet och självkänsla. Att eftersträva stabilitet och kontinuitet i elevernas utbildning och sociala kontakter under skolåren är ett annat viktigt mål.

*Att främja emotionella uttryck*

Det är viktigt att barn och ungdomar får lära sig att ta sina känslor på allvar. De bör även uppmuntras till att våga uttrycka sina känslor och anförtro sig åt föräldrar, släktingar och andra vuxna, såsom lärare, skolsköterskor, skolläkare, ledare, tränare etc.

*Att förhindra mobbning och våld i skolan*

Varje skola bör ha speciella program för att förhindra mobbning och våld. Målet ska vara att skapa en miljö som är fri från intolerans.

*Information om vart man kan vända sig för att få hjälp*

Telefonnummer, e-post- och internetadresser till lokala mottagningar och stödgrupper (t.ex. barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar, Rädda Barnen och BRIS) dit barn och ungdomar kan vända sig för att få hjälp ska tydligt anslås och förmedlas i skolor.

Det är viktigt att sätta upp tydliga mål och gränser i det självmordspreventiva arbetet. För att få hjälp med detta kan man vända sig direkt till NASP (se s. 38) eller till något av de sex regionala nätverken för självmordsprevention som samordnas av NASP (se s. 38).

**Ingreppande: när en självmordsrisk är identifierad**

I de flesta fall där barn och ungdomar befinner sig i svåra livssituationer och uppvisar självmordsbeteende finns även kommunikationsproblem. Följaktligen är det mycket viktigt att snabbt få igång en dialog med den unga människan.

*Kommunikation*

Det första steget för att förhindra självmord och självmordsförsök är alltid etablerandet av en fungerande och tillitsfull kommunikation. Under självmordsprocessen är kommunikationen mellan den självmordsnära unga människan och de som befinner sig runt honom eller henne av avgörande betydelse. Om kommunikationen är dålig, eller helt bryts, kan detta resultera i:

- Tystnad och ökade spänningar i relationen till den unga människan. Den vuxnes rädsla för att provocera barnet eller ungdomen till att utföra självmords-

handlingar genom att diskutera hans eller hennes självmordstankar är ofta anledningen bakom tystnaden och frånvaron av dialog.

- Tydlig ambivalens. Den unga människans självmordstankar och självmordsbeteende kan föra upp de vuxnas psykiska konflikter till ytan. De psykologiska påfrestningarna för dem som medverkar i en ung människas självmordskommunikation är oftast mycket stora och involverar ett helt spektrum av emotionella reaktioner. I vissa fall kan olösta emotionella problem hos den vuxne återuppväckas i kontakten med självmordsnära barn och ungdomar. När detta händer kan det ambivalenta förhållningssättet bli tydligt hos medlemmar av skolpersonalen; att vilja hjälpa den självmordsnära eleven men samtidigt känna att man inte kan eller förmår, vilket kan resultera i ett undvikande av dialog.
- Direkt eller indirekt aggression. Ibland kan den vuxne uppleva ett sådant stort obehag i att möta en ung suicidal människa att hans eller hennes reaktion utmynnar i verbala aggressiva uttryck och avståndstagande.
- Det är viktigt att skolpersonalen förstår att kunskapen om hur man uppnår en bra och fungerande kommunikation är av fundamental betydelse för att hjälpa en ung människa i kris. Dialogen måste alltid utgå från – och anpassas till – den rådande situationen. Dialog i detta sammanhang innebär först och främst en bekräftelse av den unga människans identitet och ett svar på dennes behov av hjälp.

Barn och ungdomar som är självmordsbenägna är ofta överkänsliga för andra människors sätt att kommunicera. Detta beror på att de ofta saknar en grundläggande tillit och kontinuitet i sina relationer till föräldrar, syskon och kamrater, vilket i sin tur skapar en känsla av att inte vara sedd, respekterad eller ens älskad. Den självmordsnära elevens överkänslighet märks både i verbal och i icke-verbal kommunikation. I dessa sammanhang spelar kroppsspråket lika stor roll som det verbala språket. Som vuxen ska man inte bli modfärd av dessa barn eller ungdomars motvillighet till att samtala. I stället bör man komma ihåg att denna undvikande attityd oftast är tecken på en övergripande misstro mot alla vuxna.

Självmordsnära barn och ungdomar uppvisar även en tydlig ambivalens i huruvida de ska ta emot eller avvisa den hjälp som erbjuds, och om de ska leva eller dö. Denna ambivalens återverkar bevisligen på den unga individens beteende som snabbt kan ändras från att vara hjälpsökande till att bli avvisande, vilket kan missförstås och vara frustrerande för utomstående.

*Att förbättra skolpersonalens beredskap och möjligheter att ingripa*

Detta kan åstadkommas genom information och utbildning i syfte att förbättra kommunikationen mellan ungdomar som har psykosociala problem och deras

lärare, och för att höja medvetenheten och öka förståelsen om självmordsrisker. Utbildning av skolpersonal i förmågan att ta upp och diskutera existentiella frågor om liv och död, både med kollegor och elever, och förbättrade kunskaper i hur man identifierar psykisk ohälsa, depressioner och självmordsbeteende, samt ökade kunskaper om vilken typ av hjälp och vård som finns att tillgå, är avgörande punkter om självmordspreventiva åtgärder ska lyckas.

*Att hänvisa till hälso- och sjukvården*

Ett snabbt och bestämt ingripande, vilket innebär att man tar med den unga självmordsbenägna människan till en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning, psykiatrisk akutmottagning eller vårdcentral, kan rädda liv.

För att fungera väl bör ungdomsmottagningar, och andra former av hälsovård för ungdomar, vara lätta att komma i kontakt med och inte upplevas som stigmatiserande för den unga människan. Kontakter mellan skolan och den lokala BUP-mottagningen bör etableras på ett välplanerat sätt. Namn och telefonnummer på personal som arbetar inom BUP bör vara kända av lärare och annan skolpersonal för att kunna användas vid behov. Namn och telefonnummer bör uppdateras kontinuerligt. Elever som befinner sig i allvarlig kris och/eller är självmordsbenägna bör åtföljas av skolpersonal som personligen överlämnar eleven till läkare, sjuksköterska, psykolog, kurator eller annan vårdpersonal vid den BUP-mottagning eller klinik skolan samarbetar med.

Om kontakten enbart sköts via telefon eller brev, och eleven skickas iväg på egen hand, är risken stor att han eller hon avviker. Föräldrar eller andra anhöriga bör också informeras. **Lämna aldrig en självmordsnära person ensam!**

*Att avlägsna föremål och ämnen som kan användas vid självmord och självmordsförsök*

Att ha en god kontroll och avlägsna eller läsa in farliga mediciner, skjutvapen, bekämpningsmedel, kemikalier, explosiva ämnen, knivar etc. där de förekommer i skolor, föräldrahem eller andra lokaler där barn och ungdomar vistas, är en viktig åtgärd för att rädda liv. Om någon elev på skolan yppar självmordstankar eller uppvisar riskbeteende bör man kontrollera förekomsten av ovanstående föremål och ämnen en extra gång. Dessa åtgärder är dock inte tillräckliga för att i förlängningen förhindra självmord och självmordsförsök utan psykologisk hjälp måste erbjudas samtidigt.

## När ett självmordsförsök eller ett självmord har inträffat

*Att informera skolpersonal och elever*

Varje skola bör upprätta en ansvarig krisgrupp och krisplan för hur man informerar skolpersonal, elever, föräldrar och andra berörda när ett självmordsförsök utförts eller ett självmord begåtts.

Målet med denna information är att förhindra att andra känsliga elever tar efter och upprepar handlingen, att det uppstår s.k. självmordskluster (en anhopning i tid och rum av självmordsförsök eller självmord). Denna "smittorisk" kommer sig av självmordsbenägna barns och ungdomars tendens att identifiera sig med de självdestruktiva handlingar som den som utfört ett självmordsförsök eller begått självmord utfört. Att på detta sätt låta sig influeras och kopiera andras självmordshandlingar är vanligast i åldersgruppen 15-19 år. Nyckelordet vad gäller självmordskluster är alltså identifikation; sårbara, förtvivlade och mottagliga ungdomar som upplever att de är utom räckhåll för hjälp har lätt för att identifiera sig med de individer som valt att ta sitt liv.

Ungdomar har öppna och känsliga sinnen. Ibland är de okritiskt naiva och saknar tillräcklig erfarenhet för att självständigt kunna bedöma och ifrågasätta händelser och situationer. Därför kan de lättare ta intryck av det som händer runt omkring dem, påverkas och lockas att pröva beteenden och handlingar som inte alltid är av godo. Ungdomar identifierar sig med andra kompisar och med idoler de beundrar. De härmar klädstil och frisyrer och de kan också ta efter självmordsbeteenden. Har en självmordshandling blivit känd i skolan, eller i andra miljöer där ungdomar vistas, finns det en risk för att en anhopning av sådana handlingar kan följa. Därför är det oerhört viktigt att unga självmordsbenägna människor snabbt identifieras och erbjuds konstruktiva alternativ. Vuxnas sätt att handskas med chock- och krisreaktioner efter en ung människas död har betydelse för smittoeffekten.

Skolans personal bör även vara medveten om att mediers rapportering om självmord och självmordsförsök kan fungera som en utlösande faktor för självmordshandlingar hos sårbara och självmordsnära ungdomar. WHO har därför publicerat riktlinjer för hur medier på ett ansvarsfullt sätt bör rapportera om självmord och självmordsförsök. Man bör inte publicera bilder eller detaljerade beskrivningar över tillvägagångssätt, inte heller bör självmord beskrivas som något modigt, romantiskt eller heroiskt. Man måste undvika att glorifiera och skapa en mystik runt självmordsoffret. I stället bör medier rapportera om de psykosociala omständigheter som spelar en avgörande roll vid självmordshandlingar, exempelvis depressioner och alkohol- och drogmissbruk. Det måste också framkomma att dessa faktorer är behandlingsbara och att självmord därför är en onödig död (mer om medierapportering kring självmord och självmordsförsök finns att läsa på



NASP:s hemsida [www.ki.se/suicide](http://www.ki.se/suicide) direktlänk <http://www.ki.se/suicide/massmedia.html>, och WHO:s hemsida [www.who.int](http://www.who.int), direktlänk [http://www5.who.int/mental\\_health/download.cfm?id=0000000426](http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000426), samt på American Foundation for Suicide Prevention:s hemsida [www.afsp.org](http://www.afsp.org)).

Det är viktigt att upptäcka och identifiera alla elever i skolan som befinner sig i riskzonen för självmordsbeteende. Ett självmordskluster behöver inte bara bestå av barn och ungdomar som känner varandra utan även unga människor som aldrig haft personlig kontakt med självmordsoffret kan identifiera sig med hans eller hennes beteende och därefter själv utföra självmordshandlingar.

Självmord är ett sällsynt men komplext problem som inte kan förklaras utifrån personliga problem eller enstaka händelser. Det bör inte återges som något oförklarligt eller beskrivas på ett förenklat sätt. Att glorifiera självmordsoffren som martyrer eller förebilder riskerar att ge mottagliga personer uppfattningen att samhället högaktar självmordsbeteenden. I stället bör betoningen ligga på sorgen efter den avlidne. Undvik att ge detaljerade beskrivningar av den använda metoden. Information om var man kan söka hjälp ska alltid ges.

Ungdomar har ofta behov av att få diskutera självmord som ett existentiellt problem. Yngre människor har en ökad tolerans för självmordsbeteenden, något som avspeglas i ungdomskulturen, exempelvis i film, dramatik, tv-underhållning, rockmusiktexter och på olika sajter på Internet. Många ungdomar väljer att arbeta med självmordsproblematik som projektarbete i skolan. Det är mycket viktigt att vuxna som talar med eller handleder unga människor på detta område uppmärksammar både den enskilda elevens behov och eventuella effekter på kamratkollektivet. De anvisningar som givits i stycket ovanför gäller även i dessa situationer.

Elever, skolpersonal och föräldrar bör alltså få ordentlig information vid en elevs självmordsförsök eller självmord. Detta är också viktigt för att undvika missuppfattningar och ryktesspridning. Den sorg och den oro som självmordshandlingar orsakar ska fångas upp och bearbetas omsorgsfullt.

Om en elev utfört ett självmordsförsök rekommenderas följande åtgärder:

- Lärare eller annan skolpersonal måste först fråga den elev det gäller om man kan tala om vad som hänt i klassen. Sekretessen är viktig och den som utfört ett självmordsförsök får inte känna sig utlämnad.
- Etablera kontakt och samarbeta med föräldrar och anhöriga till den elev som utfört självmordsförsöket. Det är viktigt att deras synpunkter vägs in i vad man informerar de andra eleverna om.

- Avsätt tid och skapa utrymme för eleverna i klassen att tala om sina känslor inför det som har hänt. Ta hjälp av skolsköterska, skolkurator eller skolpsykolog.
- Försök identifiera och fånga upp de elever som känner sig särskilt berörda av självmordsförsöket. Sårbara ungdomar som har egna problem i skolan eller hemma kan uppleva en ännu större maktlöshet i sina liv efter att en klasskamrat utfört ett självmordsförsök. Detta kan förstärka självmordstankar och destruktiva beteenden hos dessa elever. Det kan även finnas elever som vetat om att deras skolkamrat pratat om att ta sitt liv eller som varit inblandade på något annat sätt, vilket kan generera starka skuld-känslor.
- Det kan även finnas elever i andra klasser som är påverkade av det som har hänt. Det kan därför finnas skäl att informera andra lärare så att dessa kan förstå och fånga upp reaktioner från eleverna.
- För att hjälpa en elev tillbaka till klassen och skolarbetet efter ett självmordsförsök är det enskilda samtalet av stor vikt. Det känns lättare för den berörda eleven att veta att du som lärare är förtrogen med svårigheterna, han eller hon kan då känna sig tryggare inför mötet med klasskamraterna.

Om en elev begått självmord rekommenderas följande åtgärder:

- Skolans krisgrupp sammankallas för att leda arbetet utifrån en fastställd handlingsplan.
- Krisgruppen etablerar kontakt med föräldrar och anhöriga för att informera sig samt för att ta reda på hur de anhöriga vill att man agerar och informerar i skolan.
- Skolledningen, den berörda klassföreståndaren och klassen informeras om vad som har hänt. Krisgruppen informerar sedan övriga elev-, personal- och föräldrargrupper.
- Det kan kännas svårt att berätta om en ung människas självmord, men detta är nödvändigt för att förhindra en ryktesspridning som ytterligare kan förvärra situationen. Undvik att idealisera eller skönmåla någonting i samband med självmordet. Beskriv inte detaljerna i hur självmordet gick till då detta kan ha en suggererande effekt på vissa elever. Betona istället att den elev som tagit sitt liv hade det mycket svårt och tala om vart eleverna kan vända sig om de behöver någon att tala med.
- Elevernas, skolpersonalens och föräldrarnas emotionella reaktioner (t.ex. sorg, ilska och uppgivenhet) måste ges tid och utrymme för att bearbetas. Krisgruppen ansvarar för att detta kan ske i klasserna och i kollegiet, men även i form av enskilda samtal med kurator eller psykolog i de fall det behövs.
- Ibland kontaktar tidningar lärare eller elever för att få information om vad som har hänt. Hänvisa då till krisgruppen. De kan förhoppningsvis avvärja att det som eventuellt skrivs blir alltför endimensionellt och sensationsinriktat.

## SUMMERING AV REKOMMENDATIONER

Det är angeläget att inte uppfatta självmord och självmordsförsök som något obegripligt som plötsligt bara inträffar: självmordsbenägna elever befinner sig i en destruktiv process där de genom sitt beteende och sitt sätt att kommunicera sänder ut tillräckligt många varningar för att omgivningen ska kunna ingripa och bryta processen. I det självmordsförebyggande arbetet är lärares och skolpersonals medverkan och insatser av central betydelse. I detta arbete är det viktigt att:

- Skapa närmare kontakter med eleverna genom att prata med dem, försöka förstå dem och hjälpa dem.
- Ge unga människor möjlighet att tillsammans med vuxna få diskutera existentiella frågor om liv och död samt om suicidala beteenden.
- Hjälpa de elever som har det svårt med skolarbetet.
- Vara observant på skolk och destruktiva livsstilmönster hos elever.
- Identifiera sårbara elever med livssvårigheter och personlighetsstörningar och erbjuda dem psykologisk hjälp.
- Lindra elevers ångest och oro och därmed minska förutsättningarna för psykisk ohälsa.
- Avdramatisera psykisk sjukdom.
- Ha kunskaper och vara tränad i hur man upptäcker depressioner.
- Vidta åtgärder för att förhindra alkohol och drogmissbruk.
- Ha kunskaper om och vara tränad i hur man tidigt upptäcker självmords-signaler och självmordsbeteende.
- Hänvisa elever med psykiska problem och/eller alkohol- och drogproblem och självmordstankar till barn- och ungdomsmottagningar eller psykiatriska mottagningar.
- Minska elevers tillgång till farliga mediciner, giftiga ämnen, olika typer av vapen etc., som kan användas vid självmordsförsök och självmord.
- Ge lärare och annan skolpersonal det stöd och den hjälp de behöver för att minska stressen och oron i arbetet.

## REKOMMENDERAD LÄSNING

Erikson EH. Identity, Youth and Crisis. New York: Norton, 1994.

Beskow J. (red.) Självmord och självmordsprevention. Om livsavgörande ögonblick. Studentlitteratur, 2000.

Om livet känns hopplöst – stöd till självmordsnära människor. Nationella rådet för självmordsprevention, Folkhälsoinstitutet, Centrum för suicidforskning och prevention, Socialstyrelsen, 1996:1-47.

Riktlinjer för vård och behandling av suicidala barn och ungdomar och deras familjer. Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri och Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), 2002.

Wasserman D. Depression – en vanlig sjukdom. Stockholm: Natur och Kultur, 2000. <http://www.ki.se/suicide> (publikationer – böcker).

Wasserman D. Sjuk av nedstämdhet. Forskning och Framsteg, 2000;3:30-34.

Wasserman D. red. Suicide – An unnecessary death. London: Martin Dunitz Ltd, 2001. <http://www.ki.se/suicide> (publikationer – böcker).

Wasserman D. Suicid och stress. Incitament, 2001;1:31-34.

## REFERENSLITTERATUR

- Beautrais AL et al. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry* 1997;36:1543-1551.
- Carris MJ, Sheeber L, Howe S. Family rigidity, adolescents problem solving deficits and suicidal ideation: a mediational model. *Journal of adolescence* 1998;21(4):459-472.
- Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1982;21:178-186.
- De Wilde EJ et al. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry* 1992;149:45-51.
- Garofolo R et al. The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics* 1998;101(5):805-902.
- Gould MS, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry* 1999;37(9):915-923.
- Holinger PC, Klemen EH. Violent deaths in the United States, 1900-1975. *Social Science and Medicine* 1982;16:1929-1938.
- Hultén, A. Suicidal Behaviour in Children and Adolescents in Sweden and some European countries. *Epidemiological and Clinical Aspects*. Karolinska Institutet, 2000.
- Jilek-Aall L. Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison. *Transcultural psychiatry research review* 1988;25:87-105.
- Litman R.E. Psychological autopsies of young suicides. Ingår i: Report of Secretary's Task Force on Youth Suicide. Vol. 3: Prevention and Interventions in Youth Suicide. DHHS Publ. No. (ADM) 89-1623. Washington, DC: US Government Printing Office, 1989.
- Malley PB, Kusk F, Bogo RJ. School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey. *School Counselor* 1994;42:130-136.
- Marcelli D. Suicide and depression in adolescents. *Revue du Praticien* 1998;48(1):419-423.
- McGoldrick M, Walsh F. A systematic view of family history and loss. Ingår i: Aronson Med. Group and the Family Therapy. New York: Brunner/Mazel, 1983.
- McKey, Jones RW, Barbe RH. *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham, PA: LRP Publications, 1993.
- Papenfuss RL et al. Teaching positive self-concepts in the classroom. *Journal of school health* 1983;53:618-620.

- Pommereau X. Quand l'adolescent va mal. (When things don't go well for adolescents). 1997. Ed. J'ai lu. 123.
- Schaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1981;20:545-565.
- Smith J. *Coping with suicide*. New York: Rosen, 1986.
- Spruijt E, de Goede M. Transitions in family structure and adolescent well-being. *Journal of adolescence* 1997;32(128):897-911.
- Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB. Adolescent suicide: an overview. *American journal of psychotherapy* 1984;38:350-363.
- Vandivort DS, Locke BZ. Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide & life-threatening Behavior* 1979;9:205-218.
- Weissman MM et al. Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up. *Archives of general psychiatry* 1999;56:794-801.
- Weissman MM et al. Depressed adolescents grow up. *Journal of the American Medical Association* 1999;281(18):1701-1713.
- Weissman MM, Fox K, Klerman GL. Hostility and depression associated with suicide attempts. *American journal of psychiatry* 1973;130:450-455.
- Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide & life-threatening Behavior* 1997;27(4):387-403.

## ADRESSUPPGIFTER

### **NASP**

Postadress: NASP, Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm

Besöksadress: Karolinska Institutet, Granits väg 4, Solna

Telefon: 08-524 870 26

Fax: 08-30 64 39

E-post: nasp@ki.se

Hemsida: [www.ki.se/suicide](http://www.ki.se/suicide)

Kontaktperson: Eva Wasserman

E-post: [eva.wasserman@ki.se](mailto:eva.wasserman@ki.se)

### **Regionala nätverk för suicidprevention – ansvariga**

Norra regionen

(Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län)

#### ***Lars Jacobsson, professor***

Adress: Psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, 901 85 Umeå

E-post: [lars.jacobsson@psychiat.umu.se](mailto:lars.jacobsson@psychiat.umu.se)

#### ***Ellinor Salander Renberg, docent, psykolog***

Institutionen för klinisk vetenskap, psykiatri, Umeå universitet, 901 85 Umeå

E-post: [ellinor.salander.renberg@psychiat.umu.se](mailto:ellinor.salander.renberg@psychiat.umu.se)

#### ***Ingrid Ögren***

Kontaktperson för SPES

Storgatan 85 C, 931 34 Skellefteå

E-post: [ingrid.ogren@skola.skelleftea.se](mailto:ingrid.ogren@skola.skelleftea.se)

Hemsida: [www.spes.nu](http://www.spes.nu)

Uppsala-Örebroregionen

(Uppsala, Södermanlands, Värmlands, Västmanlands, Dalarnas och

Gävleborgs län)

#### ***Anne-Liis von Knorring, professor***

Barn och ungdomspsykiatriska kliniken

E-post: [anne-liis.von\\_knorring@bupinst.uu.se](mailto:anne-liis.von_knorring@bupinst.uu.se)

#### ***Wolfgang Rutz, professor***

Avd för psykiatri och hälsofrämjande verksamhet

E-post: [wolfgang.rutz@akademiska.se](mailto:wolfgang.rutz@akademiska.se)

Adress till båda:

Akademiska universitetssjukhuset, 750 17 Uppsala

***Britt Lindberg, sjsk***

Kontaktperson för satellitnätverket Värmland

E-post: britt.lindberg@liv.se

***Per Munkhammar***

Ordförande för SPES's krets i Dalarna

Trädgårdsgatan 6, 771 50 Ludvika

E-post: per.munkhammar@spes.nu

Hemsida: www.spes.nu

Stockholm-Gotlandregionen

(Stockholms län och Gotlands kommun)

***Danuta Wasserman, professor vid NASP***

E-post: danuta.wasserman@ki.se

***Rigmor Stain, docent***

E-post: rigmor.stain@tele2.se

***Louise Nilunger Mannheimer***

E-post: louise.nilunger.mannheimer@ki.se

Adress till ovanstående: NASP, Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm

Hemsida: www.ki.se/suicide • www.folkhalsoguiden.se

***Gunilla Zetterlund***

Kontaktperson för SPES

Nybodaringen 101, 101 62 Stockholm

E-post: g.zetterlund@telia.com

Hemsida: www.spes.nu

Västsvenska regionen

(Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs och norra delen av

Hallands län)

***Jan Beskow, professor***

Adress: Centrum för kognitiv terapi, Thorilds gränd 1, 442 31 Kungälv

Hemsida: www.cognitivterapi.se

Västsvenska nätverkets hemsida: www.suicidprev.com

***Monica Wennblom***

Folkhälsa i Centrum, Seglaregatan 7, 414 57 Göteborg

E-post: monica.wennblom@vregion.se

***Ingvor Blom***

Ordförande för SPES's krets i Västra Götaland

Mellangatan 1, 413 01 Göteborg

E-post: ingvorblom@hotmail.com

Hemsida: www.suicidprev.com



Sydöstra regionen

(Östergötlands, Jönköpings, Kalmar län)

***Gunilla Jarkman-Björn, överläkare, klinikchef***

Adress: Barnpsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset, 581 85 Linköping

E-post: gunilla.jarkman.bjorn@lio.se

***Urban Pettersson, psykolog***

Barn och ungdomspsykiatriska kliniken, Urban Hjärnes väg 1, 591 30 Motala

E-post: urban.pettersson@lio.se

***Margit Ferm, SPES***

Bymarksgatan 24, 554 48 Jönköping

E-post: margit.ferm@spes.nu

Hemsida: www.spes.nu

Södra regionen

(Kronobergs, Blekinge, Skåne och södra delen av Hallands län)

***Lil Traskman Bendz, professor***

Avdelning psykiatri, Universitetssjukhuset, 221 85 Lund

E-post: lil.traskman-bendz@psykiatr.lu.se

***Susanne Ringskog Vagnhammar, överläkare***

Område Psykiari, Universitetssjukhuset MAS, Kamrergatan 1, 211 56 Malmö

E-post: susanneringskogvagnhammar@msn.com

***Solrunn Jansson***

Ordförande för SPES's krets i Blekinge

Biskopsbergsvägen 68 B, 371 93 Karlskrona

E-post: solrunn.jansson@velocitybredband.se

Hemsida: www.spes.nu

## Dina synpunkter

Med hjälp av dina och andra läsaers synpunkter får vi på NASP möjlighet att utifrån olika erfarenheter inom arbetet med självmordsnära personer utveckla och förbättra kommande rapporter för att bättre tillgodose de förutsättningar som krävs för ett framgångsrikt självmordsförebyggande arbete.

Tag gärna kontakt med NASP på postadress:

NASP

Karolinska Institutet

171 77 Stockholm

Tfn: 08 - 524 870 26

Fax: 08 - 30 64 39

E-post: [nasp@ki.se](mailto:nasp@ki.se)

Hemsida: [www.ki.se/susicide](http://www.ki.se/susicide)

## Utgivna rapporter

NASP (2006). Den femte nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention ur ett praktiskt nätverksperspektiv. NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök. Rapport 1/2006. ISBN: 91-974546-2-1, ISSN: 1400-3023.

Alin Åkerman B (2004). Final programme and abstract book. XXII World Congress of the International Association for Suicide Prevention (IASP) 10-14 September 2003, Stockholm, Norra Latin.

NASP (2004). Den fjärde nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention – ett självmordsfritt Sverige. NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/2004. ISBN: 91-974546-1-3, ISSN: 1400-3023.

Wasserman D, Mittendorfer-Rutz E, Rutz W, Schmidtke A (2004). Suicide Prevention in Europe. The WHO European Monitoring Survey on national suicide prevention programmes and strategies. The Swedish National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health.

Westerlund M, Guo-Xin J, Wasserman D (2004). (Stockholmsrapporten) Självmord i Stockholms län 1980 – 1999. NASP.

Westerlund M, Wasserman D (2003). Självmordsprevention i skolor i Sverige – hur ser det ut idag? NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/2003. ISBN: 91-974546-0-5, ISSN: 1400-3023. Alin Åkerman B (2002). Hur upptäcker vi sårbara elever? NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 2/2002. ISBN: 91-973751-4-4, ISSN: 1400-3023.

- Ferm M, redaktör (2002). Det går att leva vidare – en rapport om sorg, när någon som står oss nära tagit sitt liv. NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 3/2002. ISBN: 91-973751-5-2, ISSN: 1400-3023.
- Lindblad F, redaktör (2002). När livet inte längre är värt att leva – berättelser om fyra unga adopterade. NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 4/2002. ISBN: 91-973751-6-0, ISSN: 1400-3023.
- NASP (2002). Den tredje nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention – barn och ungdomar. NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/2002. ISBN: 91-973751-3-6, ISSN: 1400-3023.
- Wasserman D, Narboni V (2001). Guidelines for suicide prevention in schools. NASP:s Röda rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/2001. ISBN: 91-973751-2-8, ISSN: 1400-3023.
- Alin Åkerman B (2000). "Kärleken är den bästa kicken". NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/2000. ISBN: 91-972520-6-9, ISSN: 1400-3023.
- Mittendorfer E, Wasserman D (2000). Literature review: relationship between cholesterol and suicide. NASP:s röda rapportserie Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 5/2000. ISBN: 91-973751-0-1, ISSN: 1400-3023.
- NASP (2000). Den andra nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 2/2000. ISBN: 91-972520-7-7, ISSN: 1400-3023.
- Ringskog S, Wasserman D (2000). Hastening the end of life. History, research and current Swedish and international debate on the issue of euthanasia. NASP:s röda rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 4/2000. ISBN: 91-972520-9-3, ISSN: 1400-3023.
- Ringskog S, Wasserman D (2000). Att påskynda livets slut. Historik, forskning och aktuell svensk och internationell debatt om eutanasi. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 3/2000. ISBN: 91-972520-8-5, ISSN: 1400-3023.
- Ekman M, Mäkinen I, Wasserman D. (1999). Självmord i Stockholm 1986-90. Kartläggning av självmorden i Stockholms läns sjukvårdsområden och psykiatriska sektorer. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/1999. ISBN: 91-972520-0-X, ISSN: 1400-3023.
- Larsson N (1999). Future risk after an attempted suicide. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 2/1999. ISBN: 91-972520-5-0, ISSN: 1400-3023.

- NASP (1999). Den första nationella nätverkskonferensen i självmordsprevention. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/1999. ISBN: 91-972520-4-2, ISSN: 1400-3023.
- Bo Runeson 1/1998. Suicidriskbedömning. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/1998. ISBN 91-972520-3-X, ISSN 1400-3023.
- Cronström-Beskow S (1997). Självmordspatient på psykiatrisk klinik. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/1997. ISBN 91-972520-1-X, ISSN: 1400-3023.
- Gustavsson L, Arnetz B, Beskow J (1997). Självmordstankar bland sjuksköterskor i Sverige. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 2/1997. ISBN 91-972520-2-X, ISSN: 1400-3023.

## Riktlinjer

- NASP, Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, Vetenskapsrådet (2003). Nationella riktlinjer. Vård av suicidala barn och ungdomar med familjer. ISBN: 91-973751-7-9.
- NASP, WHO (2003). Att förebygga självmord och självmordsförsök hos skolelever – Världshälsoorganisationens stödmaterial för lärare och annan skolpersonal anpassat till svenska förhållanden. ISBN: 91-973751-9-5, ISSN: 1400-3023.

## Gröna serien

- NASP (2007). Mål för självmordsprevention och utvärdering. Utdrag ur: NASP:s underlag till nationellt program för suicidprevention 15 december 2006 enligt Riksdagens uppdrag bet. 2007/05:SoU11, rskr. 2004/05:218.
- NASP (2007). Vetenskaplig evidens och slutsatser beträffande behandling och förebyggande av suicidförsök och suicid. Sammanfattning.
- NASP (2007). NASP:s underlag till Socialstyrelsen angående förslag till nationellt program för suicidprevention gällande Strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/ elevhälsan. Förslaget överlämnades till Regeringen den 15 december 2006.
- Alin Åkerman B (2005). Rapport från den självmordspreventiva dagen i Stockholm den 10 september 2005. NASP:s gröna serie.
- Forsberg C (2005). En studie om skolans roll och betydelse i det självmordspreventiva arbetet – självmordsprevention i skolan. C-uppsats vid Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan.Handledare: Britta Alin Åkerman vid NASP. NASP:s gröna serie.
- Heurlin C (2005). Inspirationsdagar på Ellös – rapport från nätverksmötet 7-8 oktober 2004. Ett nationellt nätverk för suicidprevention. NASP:s gröna serie.

- NASP (2004). Den XXII världskongressen om självmordsprevention. International Association for Suicide Prevention (IASP) 10-14 September 2003, Stockholm, Norra Latin – svensk sammanfattning. NASP:s gröna serie.
- Wasserman D, Mittendorfer Rutz E, Rutz W, Schmidtke A (2004). Suicide Prevention in Europe The WHO European monitoring surveys on national suicide prevention programmes and strategies. NASP:s gröna serie.
- Selén K (2003). En samtalshandledning – det går att leva vidare. Samtal om sorgen efter en närstående som tagit sitt liv. Sensus och NASP:s gröna serie.
- Beskow J, Anagrius S, Lindstrand A, Wahlgren M (2001). Kristeamkris. Ett mini-projekt. Debriefing och retrospektiva genomgångar på psykiatrisk öppenvårdsmottagning: Erfarenheter vid implementering. NASP:s gröna serie.
- Ringskog S (2001). Könsparadoxen. Varför tar dubbelt så många män som kvinnor sina liv, samtidigt som det är flest kvinnor som är deprimerade? NASP:s gröna serie.
- Wasserman D, Ringskog S (2001). Suicide among the elderly in Sweden. NASP:s gröna serie.

## Övrigt (statistik, årsberättelser)

- NASP (2007). Statistik över självmord 1980-2004 och självmordsförsök 1987-2004 i Sverige och Stockholms län.
- Westerlund M, Jiang G-X, Wasserman D (2004). Statistik - självmord i Stockholms läns 1980-1999.
- NASP (2007). Årsberättelse 2006.
- NASP (2006). Årsberättelse 2005.
- NASP (2005). Årsberättelse 2004.
- NASP (2004). Årsberättelse 2003.



På uppdrag av  
Stockholms läns landsting



**Karolinska  
Institutet**