

SOCIALUTSKOTTET

Socialutskottets offentliga utfrågning
om att stärka den psykiska hälsan
och förebygga suicidala beteenden, den yttersta
konsekvensen av psykisk ohälsa
Den 20 mars 2001

RIKSDAGENS SOCIALUTSKOTT

Socialutskottet anordnade den 20 mars 2001 en offentlig utfrågning om att stärka den psykiska hälsan och förebygga suicidala beteenden, den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa.

Utfrågningen anordnades mot bakgrund av att socialutskottet har prioriterat att under innevarande vår arbeta med ett tema som handlar om psykiatri. Syftet med utfrågningen var att öka utskottets kunskap om vad som händer inom psykiatrin och att fördjupa och bredda dess beslutsunderlag inför framtiden. I detta arbete har utskottet redan genomfört en rad besök och träffat olika verksamhetsansvariga inom psykiatrin.

Utfrågningen skall också ses som ett led i ett ständigt pågående arbete med att utvärdera och följa upp tidigare fattade utskottsbeslut. Utskottet bedömer att vad som sades under utfrågningen är av så allmänt intresse att det bör göras tillgängligt för en vidare krets. Därför publiceras här en utskrift av utfrågningen.

Stockholm i juni 2001

Ingrid Burman

Monica Dohnhammar

Socialutskottets offentliga utfrågning den 20 mars 2001 om att stärka den psykiska hälsan och förebygga suicidala beteenden, den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa.

Deltagande inbjudna:

Från WHO:s europeiska kontor i Köpenhamn:

Dr Wolfgang Rutz

Från Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa:

Professor Danuta Wasserman

Från Lärarhögskolan:

Docent Britta Alin Åkerman

Från Institutet för psykosocial miljömedicin (IPM):

Professor Töres Theorell

Från SPES (Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd):

Ordförande Sven-Olof Marklund

V. ordförande Margit Ferm

Från socialutskottet deltog:

Ingrid Burman (v), ordförande

Chris Heister (m), förste vice ordförande

Susanne Eberstein (s), andre vice ordförande

Margareta Israelsson (s)

Rinaldo Karlsson (s)

Chatrine Pålsson (kd)

Leif Carlson (m)

Conny Öhman (s)

Lars U Granberg (s)

Elisebeht Markström (s)

Rolf Olsson (v)

Lars Gustafsson (kd)

Cristina Husmark Pehrsson (m)

Kenneth Johansson (c)

Kerstin Heinemann (fp)

Catherine Persson (s)

Lars Elindersson (m)

Tullia von Sydow (s)

Utfrågningen ägde rum i Skandiasalen.

Ordföranden: Jag ska börja med att hälsa alla välkomna till socialutskottets utfrågning som handlar om att stärka den psykiska hälsan och förebygga suicidala beteenden – den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa.

Socialutskottet har prioriterat att under innevarande vår arbeta med ett tema som handlar om psykiatri. Vi gör det för att öka vår kunskap om vad som händer inom psykiatrin och för att fördjupa och bredda vårt beslutsunderlag inför framtiden. Vi gör det också som ett led i ett ständigt pågående arbete med att utvärdera och följa upp tidigare fattade beslut. I detta arbete har vi redan genomfört en rad besök och träffat olika verksamhetsansvariga inom psykiatrin. Vi planerar också att genomföra ytterligare besök ute i landet.

När det gäller dagens tema för utfrågningen, det som i rubriken beskrivs som den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa, självmord, har socialutskottet helt nyligen gett ett tillkännagivande till regeringen. Tillkännagivandet innebär att det dokument som Världshälsoorganisationen, WHO, har utarbetat om hur det självmordsförebyggande arbetet bör bedrivas snarast ska omsättas till svenska förhållanden. Tillkännagivandet bygger på motioner som främst lyfter fram det förebyggande arbetet i skolorna och bland barn.

Men, som sagt, för att ytterligare fördjupa vår kunskap om hur samhället kan stödja och utveckla arbetet med att förebygga självmord anordnar vi i dag den här utfrågningen. Vi har då inbjudit representanter från en rad institutioner och organisationer. Ni är här för att redovisa era erfarenheter och ert arbete med att stärka den psykiska hälsan och förebygga suicidala beteenden.

Än en gång: Ni är alla hjärtligt välkomna. Jag lämnar över ordet till vår första gäst enligt vårt program, doktor Wolfgang Rutz från WHO. Ordet är ditt.

Wolfgang Rutz: Tack så mycket. Jag är mycket hedrad, stolt och glad att få vara här. Jag tackar socialutskottet för att ni har inbjudit mig. Som ni vet har jag kommit direkt från Gotland till WHO och har igen startat upp *Mental health*-programmet i Köpenhamn på WHO. Det har legat nere där som det gör i många andra länder. När pengarna saknas lägger man ned *Mental health*-programmet. Sedan två år finns programmet igen.

Vad jag kommer att göra i dag är att guida er på en impressionistisk intrycksresa genom Europa och visa lite grann vad jag tycker, sett från mitt nya perspektiv, är den stora problematiken när det gäller psykisk hälsa i Europa.

Eftersom det här året är förklarat av Förenta nationerna och WHO som den psykiska hälsans år, har Gro Harlem Brundtland, vår generaldirektör, avgett en deklaration där hon fokuserar på några fakta när det gäller *mental health*. Hon fokuserar på ensamheten, på exklusionen, alltså på utestängdheten från sociala nätverk. Hon fokuserar i utlåtandet på att det ges för lite vård och att den, när den finns, inte tas i anspråk. Hon fokuserar också på att psykisk ohälsa faktiskt är en dödlig sjukdom eller åtminstone kan leda till dödliga sjukdomar (*bild 1*).

Den här bilden visar sjukdomsördan som har räknats ut av WHO för år 1990 (*bild 2*). Det är en uppskattning in i framtiden till år 2020. Som ni ser har fältet som visar icke överförbara sjukdomar – framför allt kardiovaskulära sjukdomar plus psykiska sjukdomar – blivit den stora delen av kakan fram till

år 2020. Till detta kommer också att olycksfall som vi i dag vet – jag ska återkomma till det – har sin orsak i dålig psykisk hälsa också ökar kraftigt. Av hela sjukvårdskakan som kommer att konsumeras 2020 är det enligt våra beräkningar mer än hälften som kan tillskrivas psykiskt dålig hälsa. Redan nu får man konstatera det faktum att 80 % av Europas regeringar avsätter mindre än 5 % av den totala sjukvårdsbudgeten till mental och psykisk hälsa. Om vi gör jämförelsen att kostnaderna uppgår till hälften med att det i många länder bara är 5 % eller ännu mindre som avsätts till psykisk hälsa, så ser vi vilket gap det finns där.

Här ser vi självmordskvoterna globalt, som de har sett ut 1950, 1995 och som de beräknas att vara 2020 (*bild 3*). Inom WHO är vi övertygade om att självmord och depression kommer att öka. Det finns ett samband mellan det ena och det andra.

Det som också kommer att öka – jag ska återkomma till det – är gapet mellan män och kvinnor. Kvinnor har av olika anledningar bättre möjligheter att klara av tid av förändring och samhällsstress än vad män har, i alla fall än så länge. Vi ska titta på vad det är som gör att kvinnorna är mer skyddade än vad männen är när det gäller ökningen av t.ex. suicid, som är väldigt symtomatisk för situationen.

I vår världshälsorapport kommer vi att fokusera på olika budskap (*bild 4-5*). Världshälsorapporten kommer ut i oktober. Vi kommer att tala om att mental hälsa är en immanent beståndsdel av all hälsa, så det finns ingen hälsa utan psykisk hälsa eller ohälsa. Fokuserar man över huvud taget på hälsovårdsaspekten måste man inkludera den psykiska hälsoaspekten.

Psykisk ohälsa kan diagnostiseras och behandlas i dag, men det finns ett stort gap mellan det vi kan och det vi gör. Detta gap beror framför allt på stigma och tabun. Människorna utnyttjar inte de behandlingsmöjligheter som finns, möjligen beroende på att vi inte erbjuder dem på rätt sätt och framför allt på grund av att man känner sig stigmatiserad och tabuerad när man tar sådana tjänster i anspråk.

Vad vi också kommer att fokusera på i vårt budskap i världshälsorapporten är att nationerna måste engagera sig i nationell hälsovårdsplanering för att motarbeta psykisk ohälsa. För detta krävs ett samarbete mellan samhällets olika sektorer, både på regeringsnivå och på lokal nivå samt landstingsnivå. Man måste involvera lagstiftningen, arbetspolitiken etc.

Vi övergår nu till den europeiska regionen, som är en region från Irland till Kamtjatka, från Grönland till Malta (*bild 6*). Den består av 51 medlemsländer med 870 miljoner invånare, och den kännetecknas av en stor olikhet. Denna olikhet gäller sociala determinanter för hälsa och möjligheterna att befrämja hälsa i de olika länderna, men det gäller också rökvanor, dryckesvanor, inkomst- och bostadssituation. Det gäller också hur de olika mentala serviceutbudet som erbjuds i Europas länder ser ut. Vi har psykiatriska sjukhus i Östeuropa, där 30 eller 40 % av populationen dör inom ett år. Det är som ett tyskt koncentrationsläger. Sedan har vi å andra sidan i Köpenhamn och i England problemet med hemlösa psykiskt sjuka som aldrig har träffat en psykiater eller varit i psykiatrisk behandling.

Det som vi gör inom WHO-programmet i Europa är att vi fokuserar på denna olikhet, och utifrån detta erbjuder vi Europas olika stater nationella *mental health audits*. Vi gör en mätning av situationen och behovspanoramat för att sedan få ett underlag för nationell hälsovårdsplanering när det gäller psykisk hälsa. Vi fokuserar också på stigma. Vi har en arbetsgrupp som leds av en svensk professor, Lars Jacobsson, som fokuserar på antistigma- och debatteringsprogram. Vi har redan satt i gång en hel del aktiviteter i Europa. Det största problemet som jag ska uppehålla mig vid i dag är den ständigt stigande livstidsförväntan som vi har om man tittar på genomsnittet i Europa.

Vi har alltså i Europa en för tidig dödlighet, och det är framför allt på grund av suicid. Sedan har vi i Europa väldigt stora skillnader mellan män och kvinnor när det gäller den för tidiga dödligheten. Vidare har vi populationer som verkligen är en riskgrupp, nämligen äldre i vissa länder, ungdomar i andra länder, kvinnor, för vilka risken börjar öka när det gäller prematurmortalitet och för tidig dödlighet, t.ex. i Danmark. Men det är framför allt män i medelåldern och i äldre åldrar i de östeuropeiska länderna, framför allt i de lantliga områdena som är den stora riskgruppen.

Vad man då ser bakom det hela, som man också psykosocialt kan se bakom det mesta av psykisk ohälsa, är att människorna förlorar sin tillhörighet i sociala nätverk. Vad de också förlorar är känslan av att vara delaktiga i ett meningsfullt samband. Man förlorar meningen med livet på olika sätt. Det som man också förlorar, och som är orsaken till mycket av psykisk ohälsa, är kontrollen över sitt liv. Man hamnar i det som vi kallar för den klassiska hjälplöshetssituationen, att det man gör inte har något samband med det som händer.

Världshälsoorganisationen har en roll som världssamvete åt regeringarna i världen – och vi i Europa har en roll att informera om det går utifrån verkligt säkra kunskaper. Å andra sidan har vi också funktionen att vara varningssignal, att i tid varna för eventuell tänkbar utveckling även innan vi vet alldeles säkert vad det är som kommer att ske. Vi försöker att stimulera olika länder till olika handlingar som kan leda till förbättrad hälsa och framför allt till nationell hälsoplanering.

För Europas del har man i ett policyprogram som antogs 1998 av alla regeringar i Europa, även den svenska, sagt att suicidminskningen är ett av de tre stora målen för vår *mental health-policy*. De andra målen är att vi ska erbjuda psykisk hälsovård nära de lokala samhällena och nätverken där människorna finns. Där kan jag bara gratulera den svenska regeringen till den nationella handlingsplan som nu håller på att sjösättas. Den kommer verkligen att bli ett exempel i Europa när det gäller att erbjuda psykisk hälsovård nära människorna och utan att riva dem loss från sitt samband.

Vårt tredje mål är att reducera de väldigt stora sjukhusen som fortfarande finns i Östeuropa och att få de flesta av länderna där att införa ett *community in base mental health-system*. Det gör vi med ganska stor framgång just nu också med hjälp av den svenska regeringen i balkanländerna, t.ex. i Albanien, Makedonien, Kosovo och Bosnien-Hercegovina.

Jag ska väldigt kort visa några siffror. Den här kurvan visar livstidsförväntan i Europeiska unionen (*bild 7*). Typiskt för två länder är minskningen i

livstidsförväntan under 90-talet, då dramatiska förändringar skedde i dessa länder. När det gäller livstidsförväntan för kvinnor ser ni också att det skett en minskning, men den är mindre dramatisk än vad den är för männen (*bild 8-9*). Vi kan t.ex. se att i Ryssland har livstidsförväntan för männen minskat med tio år inom en tioårsperiod från 1985 till 1995. I andra länder ser det precis likadant ut. För att fokusera på de sociala faktorer som ligger bakom det hela ser vi – det här är ett exempel från Lettland – hur självmorden ökade redan i och med den första osäkerheten innan friheten kom (*bild 10*). Sedan minskade de när hoppet slog till, så att säga, och ökade igen när problemen började komma. Ni ser vilken skillnad det är mellan landsbygd och städer. På landet händer någonting som inte händer så dramatiskt i städerna, och vi måste fråga oss vad det beror på. I Lettland har skillnaderna mellan män och kvinnor ökat vad gäller suicidalitet. Männen de senaste tio åren har rusat i höjden. Antalet kvinnor har också ökat. Men kvinnorna är mer skyddade, och deras ökning är inte så dramatisk.

Samma sak är det i de områden i Ryssland som har utsatts för mycket dramatiska förändringar, som t.ex. gruvnedläggningar. Kvinnorna är någorlunda skyddade genom sin förmåga att behålla sociala nätverk. De ser något slags mening i livet och kan behålla kontrollen över livet på ett helt annat sätt än de här männen som vi ser öka i suicidalitet (*bild 11*).

En annan siffra som är väldigt intressant och tankeväckande är från Lettland. Här ser Ni bruttonationalprodukten som indirekt är i korrelation till suicidaliteten. När det ena går upp går det andra ned. Jag säger inte att det är så enkelt att de pengar man har i ett samhälle är direkt korrelerade till suicidaliteten, men det är en faktor som vi måste titta på (*bild 12*).

Här är en annan kurva från Lettland igen som visar hur suicidaliteten och arbetslösheten är korrelerade med varandra (*bild 13*). En tredje kurva från Lettland visar klart hur förstagångsalkoholpsykosen, som är ett bra mått på alkoholmissbruket i ett land, är korrelerad till suicidaliteten (*bild 14*).

När man också ser på det som vi kallar för *death by external causes*, alltså olycksfall av olika slag, trafikolycksfall etc., finner man att de också är klart relaterade till suicidaliteten. Återigen ser ni den dramatiska ökningen bland männen i Östeuropa och den relativa stabiliteten bland kvinnorna (*bild 15*).

När det gäller antalet kardiovaskulära sjukdomar och olycksfall till följd av kardiovaskulära sjukdomar är det återigen en parallell ökning i suicidaliteten i Östeuropa och en relativ stabilitet i västra Europa och i Europeiska unionen (*bild 16*). Och som ett ytterligare tecken på det som jag skulle vilja kalla *risk-takingbehaviour*, alltså risktagandebeteende – det kan vara drickande, rökan- de eller beteende i trafiken när man känner sig stressad etc. – är det också en ökning av syfilisfallen i de här länderna (*bild 17*). Hela denna kaka av *risk-takingbehaviour* – destruktiva livsstilar och levnadssätt, suicidalitet och depres- sion – hänger ihop och måste ses i ett sammanhang.

När man räknar antalet år mellan kvinnlig och manlig livstidsförväntan är detta antal år för mig i dag den mest seismografiska indikatorn på vad det är som händer i ett samhälle. I ett stressat samhälle ser man hur den här skillna- den plötsligt rusar i höjden. För att vända på det hela igen måste vi fråga oss vad det är som skyddar kvinnorna, i alla fall än så länge – här håller det på att

ske en förändring, som jag sade förut, i vissa länder i Europa – och hur vi med hjälp av vår insikt kan åstadkomma något slags hälsobefrämjande metod.

Det finns två paradoxer, alla i *public health* (bild 18). Det ena är, som vi ganska länge har fokuserat på och är ganska medvetna om, nämligen att männen av någon anledning aldrig är deprimerade men att de män som tar livet av sig är tre till tio gånger så många som de kvinnor som tar livet av sig. Kvinnor visar mer depression, men det är inte lika vanligt att de tar livet av sig, vilket är ett tecken på att de har en mycket bättre förmåga att söka hjälp och få hjälpen när den behövs. Den förmågan har inte de här männen som aldrig är sjuka. Denna paradox finns över huvud taget inom sjukvården. Männen visar mycket mindre sjuklighet men mycket högre mortalitet än vad kvinnorna gör. Det är en paradox som enligt min bedömning beror på att de här männen inte har vett att visa den svaghet som behövs för att få hjälp i tid när de verkligen behöver det. Här får vi också utveckla något slags program.

När det gäller männen kan jag t.ex. nämna Polen. I samband med inträdet i den europeiska unionen måste fem av sex människor inom lantbruket lämna sina jobb. Att vara bonde är inte bara ett yrke, det är en livsstil som är förknippad med identitet, värde, självrespekt etc. (bild 19).

Vad jag skulle önska mig är ett Europa som består av regeringar som med samma självklarhet gör någon form av bedömning eller i alla fall är medvetna om de psykiska hälsokonsekvenserna av deras politiska agerande som den medvetenhet som vi i dag självklart redan har utvecklat när det gäller miljö och konsekvenserna av de politiska beslut som fattas. Den typen av *mental health impact assessment* kan man realisera på olika sätt, men jag tror att det är en av vägarna att gå för att över huvud taget befrämja psykisk hälsa i Europa. Om man beskriver konsekvenserna av psykisk ohälsa på det sätt som jag har gjort är det, som jag sade i början, nästan hälften av alla sjukvårdskostnader som vi måste försöka att göra någonting åt.

Jag ska avsluta med att visa logotypen för *Mental health*-året som vi har i år och en slogan som vi har utvecklat för just det här året som består av världshälsodagen den 7 april, Världshälsoförsamlingen som möts i Genève i maj med alla hälsoministrar från hela världen och världshälsorapporten som kommer ut i oktober (bild 20).

Vi måste göra någonting åt marginaliseringen av psykiskt sjuka och verkligen få alla människor att bry sig om, öppna upp, ta bort stigman och tabun så att vi verkligen kan göra det som är möjligt att göra i dagens läge.

Ordföranden: Tack för det. Vi kommer att få utrymme för frågor i slutet av utfrågningen. Jag lämnar nu ordet till professor Danuta Wasserman från Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa.

Danuta Wasserman: Det är en väldigt speciell dag för mig och för det här centrumet att jag får vara här i dag. Anledningen till detta är att 1993 tog riksdagens socialutskott ett initiativ till en nationell enhet som skulle arbeta med självmordsförebyggande frågor. På den tiden, 1993, kände jag två ledamöter i socialutskottet. Men då anordnades aldrig den här typen av utfrågning och det fanns inte samma öppenhet som det finns i dag kring de här frågorna.

Alla som är involverade i den här verksamheten med suicidprevention har funderat över hur det kom sig att den kom till, och vi vet fortfarande inte vilka diskussioner som pågick då. Därför känns det så roligt att få vara här i dag och se alla er som bestämmer om de här viktiga frågorna och om hur hälsopolitiken kring psykisk ohälsa kommer att se ut i Sverige framöver.

Det finns flera tunga instanser som har väckt frågorna kring psykisk ohälsa. Den första var Världsbanken, och ekonomin styr förstås vad vi har råd att satsa på och vilka problem vi kan uppmärksamma. Därefter gjordes beräkningar av kollegor från Harvard. De tog fram ett mått som min kollega redan har visat och som kallas för *disability adjusted life years*. Det är ett intressant mått därför att tidigare har man huvudsakligen tittat på hur mycket man förlorar när människor dör i unga år. *Disability adjusted life years* är ett mått som tar hänsyn till hur många år av vår befolknings liv som förloras på grund av sjukdomsbördan och den invalidisering som många av oss upplever under vissa perioder i vårt liv när vi är psykiskt sjuka.

Den här bilden visar att bland de tio ledande sjukdomarna bland män och kvinnor är fem inom området psykisk ohälsa. Här är hela befolkningen inräknad, alltså både de yngsta och de äldsta (*bild 21*).

Det finns väldigt många tabeller för hela världen och för hela Sverige, och jag har tagit fram en tabell från Harvardrapporten som handlar om människor i produktiv ålder, från 15 till 44 år. Den här bilden, som visar både industriländer och utvecklingsländer, visar att åtta av de tio ledande sjukdomarna ryms inom området psykisk ohälsa (*bild 22*). Bidragande faktorer som förklaring till kategorin våld utgörs av de livsstilar som väldigt ofta beror på psykisk ohälsa. Vi vet att det är mycket missbruk som döljer sig bakom våldet. Både i industriländer och i utvecklingsländer är depression, missbruk, tunga sjukdomar som schizofreni, självförvållade skador till följd av självmordsförsök, självmord, manodepressiv sjukdom, drogmissbruk, tvångssyndrom, som är en typisk psykiatrisk diagnos, och våld viktiga delar i det här panoramat. Vad som krävs är ett mer samlat grepp på de här problemen och på hur man ska gå till väga för att förebygga psykisk ohälsa och stärka psykisk hälsa. Detta ska vi tala om efter pausen.

Vi ska stanna en liten stund vid depressionen, som är en mycket vanlig sjukdom. Varför jag vill visa den här bilden kommer ni att förstå av den tredje overheadbilden som jag ska visa om en liten stund. De affektiva sjukdomarna och depressionerna är väldigt vanliga. Man brukar säga att det är varannan kvinna och var fjärde man som någon gång under sin livstid riskerar att drabbas av en depression. Och vi vet alla att diagnosen depression är väldigt bred. Den kan inkludera både naturliga tillstånd av nedstämdhet när man befinner sig i olika livsfaser eller i svåra livssituationer – det behöver inte vara sjukdom – och en väldigt djup melankoli, som är en mycket allvarlig sjukdom och kan leda till döden (*bild 23*).

Mycket noggranna epidemiologiska undersökningar visar att det är väldigt många kvinnor och fortfarande väldigt många män som drabbas av depression. Här finns det kanske vissa svårigheter att diagnostisera depression hos män. Bakom missbruk och våldsbeteenden döljer sig ofta depressioner. Dessa yttringar handlar alltså egentligen om en depression och borde behandlas som

en sådan. Men det är i alla fall fortfarande en ganska stor del av befolkningen som någon gång under livet kommer att drabbas av det här tillståndet.

Likadant är det för barn och ungdomar. Det finns en undersökning från Stockholm av tolvåringar, och det finns en undersökning från Uppsala av gymnasister där man uppskattar prevalensen av *depression* hos pojkar till 2 ½ % och hos flickor till drygt 5 % (*bild 24*). Det är också höga siffror. Dessa depressioner upptäcks ofta inte därför att föräldrar och lärare uppfattar sina barn som ointresserade, tillbakadragna eller utagerande. Man fokuserar snarare på beteendestörningar än på den emotionella otillfredsställelsen, som faktiskt måste bearbetas. Gör vi inte det i ett tidigt skede så kommer nämligen alla de självmord som vi ser senare i livet att bli till verklighet.

Men det här med diagnostik och behandlingar är inte så enkelt. Om vi tittar på en modell över depressioner ser vi att många olika faktorer samverkar. Först har vi den genetiska faktorn, dvs. att vi föds med vissa gener. Vi har en viss hår- och ögonfärg och ett visst temperament. Vi kan inte komma ifrån att vår hjärna fungerar på ett visst sätt. Man kanske behöver få hjälp och mediciner. Vi vet att antidepressiva läkemedel hjälper, och det kommer ständigt fram nya (*bild 25*).

Men det finns också en sårbarhet som kan förstärkas. Det gäller dels familjeförhållanden, dels tillgång till sociala nätverk, dels vad som händer i skolan och på arbetsplatsen. Det hjälper inte att ordinera mediciner till företagsledningen för att man ska må bättre där och för att medarbetarna ska må bättre. Där måste man ha en annan typ av åtgärder. Jag är ute efter det samlade greppet, dvs. hur man ska komma åt ett problem, och inte medikalisera helt och hållet. Därmed inte sagt att medicinerna inte är viktiga.

Det finns också kulturella faktorer. Hur ska vi se till att man i Sverige får en del av mer livsbejakande kulturer eller kulturer som främjar umgänge? I går sade faktiskt en ung människa till mig – och nu vet jag att det är som att kasta en bomb att säga det: ”Kan ni inte sänka priset på alkohol på krogen? Då kommer nämligen alla unga människor att gå dit och träffa andra. Som det är nu super man hemma ensam eller tar en drink på en toalett någonstans för att slippa betala öl eller drinkar på krogen. Detta leder säkert till psykisk ohälsa.”

Jag tycker att det ligger någonting i detta. Vi borde lyssna mer till våra ungdomar och unga människor. Vad är det för idéer som de har, hur upplever de svårigheter som finns och vilka är svårigheterna? Frågan som ställdes var faktiskt en helt ny tanke för mig. Jag har aldrig tänkt på att det är så här, trots att jag vet att det finns stora problem med alkoholbruk bland ungdomar. Det finns alltså många olika idéer.

Vi ska också tänka på miljön. Vi vet ju att det finns mycket tydliga samband mellan t.ex. den kost som vi äter och produktionen av de signalsubstanser vi har i hjärnan som svarar för vårt stämningsläge. Likaså finns det ett tydligt samband mellan ljusförhållanden och hur våra signalsubstanser verkar i hjärnan. Det finns också ett samband mellan detta och hur mycket sömn vi får – om vi får tillräckligt med djupsömn eller om vi sover dåligt. Det är alltså många faktorer som man måste ta hänsyn till.

Som ni förstår behövs här mediciner, samtalsterapi, strukturerade åtgärder och åtgärder som främjar att människor träffas mer. Det behövs också åtgärder så att människor faktiskt sover, motionerar och arbetar. Det arbetar vi ju redan med, men det räcker inte att bara arbeta med det.

För någon månad sedan fanns i den ansedda tidskriften *The Lancet* en intressant artikel. Den var särskilt intressant för mig därför att jag både är psykiater, med en biologisk utbildning, och också psykoanalytiker. Det betyder att jag är intresserad av människosjälens och hur människor fungerar och kommunicerar. Det pågår alltid diskussioner. Räcker det inte bara med att skriva ut ett piller? undrar man. Jag har alltid hävdats att det inte räcker, och nu har jag blivit ännu mer stärkt i detta i och med de undersökningar som sammanfattas i denna *Lancet*-artikel. Samtalsterapi är inte bara lika effektivt som behandling med mediciner vid medelsvåra depressioner – i många fall har det också varit så att vid konsultationer som bestod av sex tillfällen hjälptes de deprimerade personer som hade en lättare typ av depressioner att må bättre. Man kunde ändra det som patienterna tyckte orsakade deras nedstämdhet eller depression. Det får en att undra: Varför har vi inte på våra distriktsläkarmottagningar personer som kan åta sig denna typ av konsultationer för att främja den psykiska hälsan?

Jag tror att vi arbetar väldigt isolerat. Det gäller både inom hälso- och sjukvården och dem som arbetar med förebyggande program. På något sätt saknar vi det totala greppet, som skulle förena de biologiska fynden med de psykodynamiska. Vi borde förena olika kunskaper som kan komma från olika områden. Var och en ser alldeles för mycket till det egna. Jag tycker att det behövs ett samlat grepp om problemen. Vi måste inventera och ge strategier på ett annat ansikte än vad som nu är fallet. Det ska inte bara vara ”motionsåret”, ”koståret” eller ”schizofreniåret”, utan vi bör verkligen se till att man uppmärksammar alla de tunga problemen och även kontinuerligt tar ett mer samlat grepp om dem.

En av konklusionerna för mig är att vi behöver många fler psykoterapeuter för att förebygga den psykiska ohälsan. Det går i dag inte att få en psykoterapeut eller samtalsterapeut. Det är otroliga köer överallt. Jag vet att detta inte är ert ansvar, men jag har en känsla av att när det gäller den nationella taxan så är det kanske riksdagen som skulle kunna diskutera om en sådan kunde finnas. Jag är inte psykolog, och jag är inte gift med en psykolog, så jag är inte part i det här fallet. Men jag ser hos mina patienter och hos alla dem som ringer till vårt centrum att det är oerhört svårt att få någon typ av samtalsterapeutisk hjälp. Hjälpens ska vara differentierad (*bild 26*). Det ska inte bara vara kognitiv terapi eller psykodynamisk terapi, som är i ropet nu. Olika människor behöver nämligen olika terapiformer. Det måste verkligen finnas ett helt spektrum – från musikterapi och konstterapi för dem som inte är så verbala till kvalificerade psykoanalyser för dem som har tillgång till sin verbalitet, och allt annat däremellan.

Vi har haft psykiatrireformen, där riksdagen säkert var involverad. Gamla sjukhus är nedlagda, men det finns mycket kvar att göra. Vi hör ideligen rapporter om människor som inte får resurser för uppföljning, för rehabilitering och för samtalskontakter. Så behöver det inte vara i ett land som har en brut-

tonationalprodukt som ligger ganska högt! Vi klagar på vår ekonomi, men om vi jämför oss med andra länder ser vi att vi ligger högt.

När vi tänker på reformen som handlar om lagen för långvarigt psykiskt sjuka så vet vi att av de 20 000–30 000 som finns i Sverige är det bara några enstaka tusen som verkligen har fått det stöd som de behöver. Jag tycker att riksdagens socialutskotts samvete borde se till hur dessa lagar efterföljs. Hur ser man till att människor inte behöver vara utskrivna från de stora mental-sjukhusen och begå självmord eller gå utan behandling på våra gator? Det är nämligen inte bara ett problem i Köpenhamn och i andra europeiska städer, utan det finns även i Sverige.

Som tur är har vi patient- och anhörigorganisationerna. Jag är väldigt glad att de finns. De utgör nämligen ett ordentligt påtryckningsmedel i alla möjliga sammanhang. Tidigare har vi inom professionen varit ganska misstänksamma mot patientorganisationerna därför att vi upplevde dem som besvärliga och partiska. Men så är det inte längre. Jag själv har aldrig varit misstänksam mot dem, men det har funnits mycket av misstro tidigare, vilket jag alltså inte tror att det gör längre.

Det finns metoder för att behandla depressioner. Det finns metoder för att behandla psykoser och det finns evidensbaserade metoder – även om de inte är många – för att förebygga självmord och självmordsförsök. De metoderna måste användas.

Det är väl känt att den internationella arbetsorganisationen (ILO) tycker att det är besvärligt med psykisk ohälsa eftersom den vållar produktivitetsbortfall. Då blir det alltså bortfall inom ekonomin. Dessa problem diskuteras nu inom EU. Bland annat under det år då Finland var ordförande väcktes frågorna kring psykisk hälsa. Det är alltså våra kolleger i Finland och den finska regeringen som har påbörjat processen. Förra hösten var Frankrike ordförandeland. Då uppmärksammades bl.a. problem kring att förebygga självmord och självmordsförsök bland barn och ungdomar. Men Frankrike hade inte så mycket tur som Sverige, där riksdagen har beslutat att självmordspreventiva program ska införas i skolorna och på lärarutbildningar. Jag tycker att Sverige ska ta chansen nu, innan vi överlämnar ordförandeskapet till Belgien (*bild 27*). I Belgien kommer nämligen den stora världshälsorapporten kring psykisk hälsa att presenteras, och Sverige står sig lite grann slätt här. Vi har visserligen den här fina motionen, och jag har skrivit till alla möjliga, bl.a. till Gro Harlem Brundtland, om att Sveriges riksdag har beslutat om detta. De är jätteglada för det. Detta är alltså känt, men inte tillräckligt belyst. Jag tror att man kan ta den chansen genom att föra in det hela i lärarutbildningen, vilket Britta Alin Åkerman kommer att tala om lite senare.

Varför är det viktigt att förebygga självmord? Jag ska inte visa några siffror, eftersom jag vill hålla tiden så att vi hinner diskutera också. Men vi ska inte glömma att självmord är omgärdat av tabun som försvårar arbetet med frågan (*bild 28*). Samtidigt brukar jag säga att om man börjar arbeta med de svåraste problemen så brukar de lättare problemen automatiskt ordna sig. Börja alltså inte med det lättaste; lite depressioner, lite sömnproblem eller lite oro. Fokuserar man i stället på det svåraste så blir åtgärderna så pass tunga att även de andra, lättare sjukdomarna automatiskt kommer att lyftas upp av

människorna som lyssnar på de svåraste budskapen och åtgärdsprogrammen. Att förebygga självmord betyder nämligen att man måste behandla depressioner, psykoser och livskriser. Man måste hitta meningen med livet, och då förstår ni själva att det faktiskt innebär att arbeta med psykisk hälsa i stort.

Har man inte arbetet med självmord som mål så kommer inte människor att satsa på detta. Jag har varit med så länge nu i den här branschen att jag vet att det intresse som väcks kring den här problematiken helt och hållet beror på mottagaren, dvs. den lokala politikern, den lokala administratören, chefen för vårdcentralen eller chefen för samhällsmedicin och hur stor närhet de har till dessa problem. Det betyder alltså att det är slumpen som avgör – och det är inte slumpen som ska avgöra om människor ska leva eller dö och om unga och barn ska må bra eller dåligt. Det är kunskapen som ska leda oss. Har man inte lagstiftning och riktlinjer kring detta så kommer det fortfarande att råda en otrolig oenighet i Sverige. Vi kanske har en föregångsgestalt i Skåne, medan man i Norrbotten inte kommer att satsa lika mycket på de här problemen eftersom det är individuella preferenser som avgör.

Därför är mitt förslag att man för godkännande presenterar för riksdagen, om det skulle vara möjligt, de nationella riktlinjer för självmordsprevention som utarbetades för många år sedan av vårt centrum, Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen (*bild 29*). Ännu så länge är detta enbart ett myndighetsdokument. Dokumentet kanske inte behöver godkännas i sig – det måste uppdateras, och det händer hela tiden någonting kring strategierna. Men målen är i högsta grad aktuella, särskilt med hänsyn tagen till det som Dr Rutz har sagt om WHO:s tre mål. Sverige är ett föregångsland vad gäller två av dessa mål, dvs. nummer två och nummer tre. Mål nr två är att den psykiska hälsovården ska finnas nära människor. Även om vården inte fungerar så bra i alla fall just nu så har man faktiskt sett till att Sverige är ett föregångsland. Ett mål är också att reducera de stora mentalsjukhusen, vilket vi också har gjort i Sverige. Men mål nummer ett för WHO är faktiskt att sänka självmordsantalet, och särskilt självmordsförsöken, som ökar bland Europas ungdomar. Detta mål finns inte som ett nationellt mål för Sverige. De självmordspreventiva målen är som sagt endast myndighetsdokument.

Om vi hinner diskutera lite mer så har jag fler bilder som visar hur situationen ser ut i Sverige kring självmorden. Vi har t.ex. många självmord bland unga pojkar i Norrland, på västkusten och i stora städer. Om frågor kommer så kan jag alltså visa bilderna, men nu ber jag att få tacka för mig.

Ordföranden: Tack för det! Då överlämnar jag ordet till docent Britta Alin Åkerman. Varsågod!

Britta Alin Åkerman: Jag är i botten legitimerad psykolog och legitimerad terapeut. Jag arbetar på Lärarhögskolan som lektor, och jag har också konsultuppdrag vid det nationella centrumet för suicidforskning och -prevention. Jag tänker ta upp frågorna kring barn och ungdomar och fokusera på dem. De utgör ju en ytterst sårbar grupp.

Vi anser att vi har den bästa fysiska hälsan hos barn och ungdomar i dag. Vi har den lägsta spädbarnsdödligheten, vi har en god skadeprevention och vi har goda vaccinationsprogram och kunskaper om näringsriktiga måltider. Däremot är den psykiska ohälsan definitivt inte bra, och det är ett stort problem.

Självfallet är det en upplevelsefråga vad psykisk ohälsa är för någonting. Men när det går så långt att ungdomar tar sina liv eller försöker ta sina liv är det i högsta grad ett problem med psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa skapar mycket av meningslöshet, hopplöshet och inte minst depression. Som Danuta Wassermann har tagit upp här kan depression vara en viktig anledning till ungdomars självmord och självmordsförsök.

Att tänka på självmord är en existentiell fråga. Det anses vara ganska normalt i tonåren. Men när det går så långt att man visar självmordshandlingar är det absolut ingenting som får betraktas som normalt. Det är någonting som är ytterst allvarligt, och det är signaler som vi måste lyssna till. Hos en ung människa som visar sådana signaler finns det en känsla av hopplöshet och meningslöshet med livet.

Vi vet i dag att ungefär fem barn under 15 år tar sina liv varje år. Går man upp till 19 år så är det mellan 30 och 50 som gör det. Det är siffror som vi absolut inte får acceptera. Vi skulle önska att det kunde skapas en vision på samma sätt som när det gäller trafikskador, dvs. en nollvision. Inga självmord bland barn och ungdomar, som ju är vår framtid, ska över huvud taget få inträffa.

Mot bakgrund av denna kunskap om hur det ser ut ute hos våra barn och ungdomar har det nationella centrumet för suicidforskning initierat och tagit fram två utbildningsprogram. Det ena heter Mentalt förebyggande hälsovård eller Livskompetens. Det är utarbetat av en sjuksköterska och en kurator. Med materialet följer en tvådagarsutbildning. Man vänder sig till elevvårdspersonal inom högstadiet. Det andra programmet är knutet till en videofilm som heter *Kärleken är den bästa kicken*. Båda programmen syftar till att vara suicidpreventiva. De är riktade till högstadiets årskurser 8 och 9 och även till gymnasieskolans alla inriktningar, och till personal över huvud taget som arbetar och har kontakt med tonåringar (*bild 30*).

Båda materialen har utvärderats, och många viktiga resultat har kommit fram i samband med utvärderingarna. Jag ska ta upp några saker kring utvärderingen och de resultat som har kommit fram i samband med videofilmen, som är det som jag har varit engagerad i. Syftet är att satsa på självmordsförebyggande arbete och att ge föräldrar och myndigheter möjlighet att samarbeta. Det gäller också inte minst att ge hjälp till självhjälp och att försöka utveckla samarbetsmöjligheter mellan olika organisationer runtomkring i skolan (*bild 31*).

Många viktiga synpunkter har kommit fram i samband med utvärderingen. Jag tänker ta upp några av dem. När unga människor tänker på självmord så ser de ofta det som den enda utvägen. Det är någonting som vi måste försöka arbeta bort. Ett av målen med videofilmen är att visa att det finns ett hopp. Det *finns* andra utvägar. De fyra ungdomar som medverkar i filmen har klart

och tydligt uttryckt att det finns möjligheter och att framtiden kan vara ljus även om det känns hopplöst just då.

Jag har varit ute i olika skolor, både i grundskolans högstadium och i gymnasieskolan. De ungdomar som har sett videofilmen har tydligt sagt att detta är något som är oerhört viktigt. Det måste tas upp i skolan. Man pratar alldeles för lite om självmord och självmordsproblematiken, säger de. Man möter det tabu som Danuta var inne på. Samtliga har uttryckt att filmen har varit en stor hjälp för dem själva, eftersom de märker att de inte är ensamma. Många ungdomar tror att de är ensamma om destruktiva tankar och självmordstankar. Att få se och uppleva att andra känner och tycker på liknande sätt har känts oerhört bra för dem. Samtidigt tycker de att det är mycket viktigt att veta var man kan få hjälp, på vilket sätt man får hjälp och vilken hjälp man får.

Jag ska nämna några situationer som har kommit fram i utredningen. Många ungdomar i dag lever under, och har varit med om, mycket traumatiska uppväxtvillkor. Det kan ha varit fysisk och psykisk misshandel, mycket alkoholproblem och mycket drogproblem. Men en av de viktigaste faktorerna som jag har funnit är mobbningen. Mobbning kan vara mycket subtilt. Man upptäcker det inte alltid. Det kan handla om den psykiska mobbningen, men också naturligtvis om den fysiska. Men den psykiska mobbningen är lika allvarlig som den fysiska. Utsattheten, ensamheten och isoleringen visar sig för många. Det dåliga sociala nätverket är också någonting som är tydligt. De höga kraven på att vara duktig genomsyrar också många ungdomar i dag. Det gäller också känslan av ensamhet osv (*bild 32*).

Jag ska läsa upp några exempel på vad ungdomar har uttryckt. En sade så här: Jag minns när jag var ungefär 12–13 år. Det var när jag slutade sexan och skulle börja i sjuan. Då lekte jag med tanken på självmord. Jag blev retad i mellanstadiet av killarna i min klass, och det var allmänt jobbigt. Det har säkert påverkat mig väldigt mycket. Efter sexan splittrades klassen, och jag hoppades att det skulle bli bättre på högstadiet. Jag tänkte: Tänk om det inte blir det! Jag brukade stå och luta mig ut genom fönstret i sovrummet, och kände hur lätt det skulle vara att kasta sig ut. Men det var nog mest en utmaning i tanken, och ett slags hot mot omvärlden – kanske lite romantiserat. Jag berättade aldrig om dessa tankar för mina föräldrar. Men hade jag inte haft en bästis som jag kunde prata med om allt så vet jag inte riktigt hur det hade gått.

Det visade sig i såväl utvärderingen av videofilmen som i utvärderingen av Livskompetens att många ungdomar inte pratar med sina föräldrar. De berättar över huvud taget inte hur de mår. De berättar inte om självmordstankar. Man kan fråga sig varför. Som svar säger ungdomarna att många föräldrar själva har det svårt – de har själva svåra psykiska problem. Ungdomarna vill inte belasta föräldrarna med sina svårigheter. Andra uttrycker att föräldrar i alla fall inte kan förstå, för det var så länge sedan de var tonåringar. Man tänker inte på samma sätt. Många upplever att man inte lyssnar på dem. Föräldrar har inte tid. Det kan finnas många skäl till att de har den här upplevelsen, som är så oerhört viktig att ta tag i.

Det finns många invandrarungdomar med i den här suicidbenägna gruppen. Naturligtvis finns det många förklaringar till att just de finns med. Men kulturskillnaden – att stå med en fot i varje kultur – kan nog vara en bi-

dragande faktor. Många invandrarungdomars föräldrar har inte arbete. De är arbetslösa och kanske missbrukare själva. Det försiggår många saker och många traumatiska händelser med misshandel, utnyttjande osv. i hemmen som vi egentligen inte känner till – åtminstone inte i den höga grad som det verkligen sker i dag. Många invandrarungdomar får bli föräldrar till sina egna föräldrar, och de har naturligtvis en utsatt position.

Jag har bl.a. gått in och tittat på hur det kan se ut i de olika programmen i gymnasieskolan. Då har det visat sig att många i det naturvetenskapliga programmet mår psykiskt dåligt. De känner sig pressade. Det är elever som vanligtvis har mycket goda betyg från högstadiet. Sedan kommer de upp i gymnasiet och får konkurrera med andra elever med lika goda betyg. Den pressen klarar de inte av. De har förväntningar från såväl föräldrar som från lärare, och inte minst från sig själva. Det kan bli dem övermäktigt. Detta är alltså en utsatt, sårbar grupp som i alla fall jag inte har varit så medveten om tidigare.

En annan sårbar grupp är de elever som är inskrivna i gymnasieskolans individuella program – IV-programmet. Dessa elever har ofta inte godtagna betyg från högstadiet och har därför placerats inom IV-programmet. De har inte valt det själva. I den gruppen finns det många elever med stora koncentrationssvårigheter. Det finns elever med DAMP, ADHD-problematik, autism och autismliknande tillstånd, t.ex. Asperger. Många av de här eleverna tänker och resonerar kring sin tillvaro på ett annorlunda sätt än vad andra elever gör. De känner sig utsatta och blir också ofta mobbade. I min utvärdering har jag varit ute och träffat många gymnasieelever från IV-programmet och fått möta de här reaktionerna. Livet är många gånger så hopplöst att de inte orkar fortsätta.

En 16-åring gav följande reaktion: I våras funderade jag mycket kring vem jag är, vad jag vill och varför jag beter mig som jag gör. Det var en otroligt jobbig period, som jag betraktade som en svår livskris. Men jag förstod aldrig att alla dessa tankar som jag hade antagligen var helt normala för en person i min ålder. Det var ett sätt att leta efter sin identitet. Det som var allra mest störande var att känslorna tog överhand och logik och resonemang inte kunde kontrollera vad som skedde inom mig. För att komma ur dessa svåra tankar fick jag kontakt med en terapeut. Då fick jag klart för mig att jag inte var ensam om dessa tankar, och vad det handlade om. Det var ett sökande efter en ny identitet.

Jag har träffat många lärare också, och många blivande lärare och specialpedagoger. I samband med att de har fått se videofilmen har de fått skriva uppsatser om reflexioner över hur de kände och hur det var när de växte upp. Jag ska ta upp ett par av de berättelser som de skrev. Lärarna känner sig i dag väldigt utsatta. Jag har också fått veta att många lärare blir utbrända just för att de inte vet hur de ska handla och hur de ska hantera den suicidala problematiken i skolan. Man har inte hjälpmedel, man har inte kunskap och man har inte resurser.

En lärare uttryckte det så här: Självmod i tonåren är något både oförklarligt och oförståeligt. Jag kan förstå den desperation och frustration som gör att ungdomar att väljer att ta sitt liv, samtidigt som det är helt obegripligt att så unga människor som har hela livet framför sig inte kan se några lösningar på

sin problematik. Kanske kan det bero på att de inte har sett något hopp eller känt stöd från någon i sin omgivning, framför allt från vuxna, och att de därmed inte ser någon lösning inför framtiden. De tror att den nuvarande situationen ska vara livet ut. I min lärarroll har jag också svårt att tänka mig att jag skulle se de signaler som antyder att en elev är i riskzonen. För vissa tror jag att pratet om döden kan vara en form av ventil, och det behöver inte vara en signal om ett kommande självmord, men för andra är det mycket mera allvarligt.

En annan lärare säger så här: Jag tror att många ungdomar begår självmord utan att de har fått hjälp. Jag tror inte att det är skolans fel. Har man en trygg och kärleksfull miljö med sig hemifrån kommer inte självmordstankar upp. Däremot tror jag att skolan i mycket högre grad borde se att det finns ungdomar i klassen som mår dåligt och verkligen borde ta tag i det. Både i dagens skola och när jag gick i skolan fanns det ungdomar som mådde dåligt och som skolpersonalen helt enkelt nonchalerade. Om vi låtsas som att problemen inte finns, ja, då finns de inte heller. Det är en vanlig attityd ute i skolorna. På så sätt väljer man att sopa problemen under mattan och tror då att problemen försvinner av sig själva. Jag har själv haft en väldigt jobbig barndom. Jag skolkade ofta, men klarade mig ändå ganska bra. Det kanske berodde på att jag hela tiden hade en vuxen som stöttade mig. Min svensklärare såg att jag mådde dåligt, och jag såg också till att jag fick tid hos skolsköterskan. Hon såg sedan till att jag fick vidare hjälp. Jag ser mig själv som något slags maskrosbarn som har haft det jobbigt under barndomen, men som ändå har klarat sig bra. För många som har det jobbigt slutar det inte lika lyckligt. De har ingen vuxen som bryr sig.

Jag slutar här och återkommer senare.

Töres Theorell: Jag är liksom Danuta läkare, men jag har i min kliniska erfarenhet haft en annan inriktning. Jag har nämligen varit internmedicinare i elva år, och jag har också jobbat en del som allmänläkare. Nu har jag sedan 1980 varit på Institutet för psykosocial medicin (IPM), och det är det som jag tänkte berätta lite grann om. Dels utgör vi bas bl.a. för Danuta Wasserman och hennes medarbetare för en stor del av den verksamheten, dels nämns vi specifikt i t.ex. den nationella folkhälsokommitténs arbete som en myndighet som ska jobba med de psykiska hälsofrågorna, och vi nämns särskilt i sammanhanget med barn.

Man kan säga att psykisk hälsa – precis som Wolfgang Rutz tidigare här har sagt – i dag inte bara handlar om depression och suicid, utan det här med psykisk hälsa återverkar på riskbeteende och hälsa i stort. Man måste därför se alla dessa saker i ett sammanhang, speciellt relevant i dessa dagar är den ständiga diskussionen om stress och utbrändhet.

På IPM har vi alltså hållit på med stressfrågorna sedan 1980. För oss är inte dessa frågor någon poppig nyhet som vi har kastat oss över därför att alla andra håller på med det. Vi har med förvåning iakttagit det enorma intresse som just nu finns för våra frågor.

IPM är ganska anonymt, och det är egentligen ganska egendomligt. Många av de personer som jobbar på IPM är väldigt kända. Danuta är t.ex. anställd hos oss och uppbär en stor del av sin lön från oss. Torbjörn Åkerstedt, som vi ofta ser på TV och i olika sammanhang, är anställd helt och hållet av oss. Aleksander Perski är en annan person som är mycket aktuell i massmediala sammanhang. Alla dessa personer är anställda hos oss. Bengt Arnetz, som numera är verksam i Uppsala, är också en av de våra.

Vi är alltså en myndighet under Socialdepartementet. Det är jag som är föreståndare, men jag är också professor på Karolinska Institutet, och där hör vi till institutionen för folkvetenskap. Vi har ett antal aktiviteter (*bild 33*). Ni ser att suicidforskning och psykisk ohälsa är en enhet, men den hänger också väldigt nära ihop med Centrum för suicidforskning som också får större delen av sin ekonomi från Stockholms läns landsting. Det är i det här sammanhanget viktigt, därför att den budget som är avsatt på statsanslaget för var och en av dessa delar i själva verket är mycket liten. Större delen av de verksamheter som pågår här bekostas i dag av Stockholms läns landsting och av andra externa källor. Eftersom Stockholms läns landsting nu kommer att dra undan en stor del av pengarna för den här verksamheten har det mycket stor betydelse, eftersom vi kommer att få utökade uppgifter för verksamheten.

Om vi tittar lite i övrigt på de verksamheter som finns under de olika rutorna har vi här t.ex. Torbjörn Åkerstedts verksamhet. Det står arbetsorganisation där, men det är mycket vidare än så. Där finns ett sömnlaboratorium. Där finns väldigt mycket basal forskning som handlar om återhämtning och som är väldigt centralt för psykisk hälsa. Stress stör sömnen. När man får störd sömn får man sämre både psykisk och kroppslig hälsa, och det börjar vi raskt få väldigt mycket nya basala kunskaper om. Det påverkar alla möjliga olika sjukdomstillstånd.

Inom den verksamheten har man också bestämt sig för att satsa på att lära sig mera om barn. Många barn sover alldeles för lite, och det påverkar också deras kosthåll. Det får i sin tur betydelse för psykisk hälsa och för hur de presterar i skolan. Detta forskningsområde finns med även här i samarbete med andra forskargrupper.

Inom en egen verksamhet har vi en massa olika grundläggande psyko-fysiologiska verksamheter. Vi har t.ex. ett laboratorium där man analyserar olika stresshormoner. Vi registrerar också andra psyko-fysiologiska aktiviteter i kroppen i samband med olika typer av stress.

Vi har också en del epidemiologisk forskning. För att anknyta till Wolfgang Rutz inledningsanförande kan jag nämna att vi under det gångna året har bekantgjort data som tyder på att om man karakteriserar olika arbetsplatser i Stockholm med avseende på hur stabil ekonomin är och sedan relaterar det till data kring fysisk hälsa visar det sig att på arbetsplatser där ekonomin är stabil har de anställda mycket färre riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar. Det rör sig bl.a. om blodfetter och koagulationsfaktorer. Detta gäller även om man tar hänsyn till utbildning och sådana faktorer som skulle kunna påverka dessa samband. Jag påstår inte att stress orsakas av detta. Det är många saker som har betydelse, men stress har säkerligen stor vikt.

En annan sak som vi har hållit på mycket med under många år är praktiska experiment med psykosociala faktorer. Som exempel kan nämnas att det gjordes en avhandling av en sjuksköterska, Caroline Häggmark, som handlade om anhöriga till cancerpatienter. Där kunde hon visa att om de anhöriga fick mera information och var mera delaktiga kunde man efter ett år visa att de var mindre deprimerade och mindre bittra mot personalen. Det skulle alltså kunna bedrivas en del förebyggande verksamhet i mycket större omfattning än vad som sker i dag genom att man hjälper de anhöriga när de har släktingar som är svårt sjuka.

Ett annat område som vi har kommit in på och också har publicerat data kring under det gångna året är chefer. Vi anser att chefer kan för lite om psykosociala arbetsmiljöer. Vi har kunnat visa i en kontrollerad studie med 300 deltagare på ett stort företag att om cheferna fick gå på utbildning under ett år och lära sig mera om psykosociala faktorer mårde de anställda bättre. De fick lägre blodhalt av stresshormonet cortisol, vilket inte hände i jämförelsegruppen.

Ett av de sjukdomstillstånd som anses stressrelaterade är fibromyalgi. Där har vi i ett projekt som publicerades under det gångna året funnit att personer med fibromyalgi oftare än jämförbara personer anger att de har blivit mobbade under skolorn. Det är ytterligare en överlappning mellan psykisk hälsa och kroppslig hälsa och mellan barn- och vuxenåren. Jag tror att alla som jobbar med det här måste tänka mer integrativt än vad man tidigare har gjort, och det är vad vi försöker göra i det här institutet.

Vi har också forskning kring migration och hälsa.

Hur fördelar vi kostnader på olika verksamheter? Ni ser att arbetsrelaterad stress utgör en stor del av vår verksamhet (*bild 34*). Budgeten för institutet ligger på ca 25 miljoner kronor per år. Ungefär hälften av detta är statsanslag och hälften är externa anslag. Ni kan se att arbetsrelaterad stress står för den största kostnadsdelen. Ni ser att satsningen på psykosomatisk hälsa växer. Det beror bl.a. på att stressmottagningen där man utprovar behandlingar för stressrelaterade tillstånd har startat.

Ni ser också att barn- och ungdomsverksamheten totalt sett har varit ganska liten, men den växer. Där försöker vi också att intressera oss för kulturella aspekter på barnen. Hur kan vi föra in kulturella aspekter? Vad är det för aspekter som är viktiga för barn? Hur påverkar det barns emotionella och sociala utveckling att man har en vettig undervisning i musik, bild och andra konstnärliga ämnen? Vi tror att det är centralt för social och emotionell utveckling. Det finns mycket grundläggande forskning som tyder på det. Vi har också anordnat konferenser om sådana saker.

Men ni ser att vi behöver utöka de delar som handlar om allmänna aspekter. Arbetslivet är fortfarande viktigt. Vi behöver förstärka insatserna på de andra områdena.

Till sist ska jag bara säga några ord om hur IPM fungerar jämfört med andra institut på den statliga sidan med folkhälsoinriktning, t.ex. Arbetslivsinstitutet och Folkhälsoinstitutet. Om vi jämför oss med Folkhälsoinstitutet är vi mera fokuserade på att producera och bearbeta kunskap. Vi riktar oss alltså till experter och till forskarsamhället i större delen av vår verksamhet. Vi har

varit mindre inriktade på implementering och spridning, som ni kan se här, och det skiljer oss kraftigt från Folkhälsoinstitutet som ju har en helt annan profil och vars uppgifter i framtiden kommer att handla mer om integrering och samordning av olika verksamheter. Just på området psykisk hälsa är IPM utan tvivel den statliga myndighet som har den största samlade kompetensen forskningsmässigt och kunskapsproduktionsmässigt (*bild 35*).

Om man jämför oss med Arbetslivsinstitutet är vi ju mera orienterade mot basal forskning, och vi är inte ensidigt inriktade på arbetet utan mera generellt även kring andra sfärer.

Än en gång vill jag säga att när man diskuterar den här typen av aktiviteter är det viktigt att man, om man lägger uppgifter på oss, ser till att vi har resurser så att vi kan klara av dem. Vi har alltså statsanslagsmässigt små resurser för att klara av de nya uppgifter som läggs på oss.

Sven-Olof Marklund: Jag vill till att börja med tacka för inbjudan till denna frågestund. Vi företräder riksorganisationen SPES, som betyder Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd. Av namnet framgår det att vi vill arbeta med att förebygga suicid och att ge stöd till närstående som har drabbats av att någon har tagit sitt liv. Vi vill också vara en resurs för att öka förståelsen för att suicid är ett allvarligt samhällsproblem. Därför är vi väldigt tacksamma över att den här utfrågningen har kommit till stånd.

Sedan många år har vi ett mycket nära samarbete med Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. Vi har också under senare år fått en ökad kontakt med er politiker i socialutskottet, med Socialdepartementet och även med andra organ som Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen. Det känns väldigt bra att vi kan ha ett erfarenhetsutbyte och kunskapsförmedlande mellan varandra.

För att ge lite bakgrund vill jag säga att den organisation som vi företräder har funnits i 14 år. Den har byggts upp med helt ideella krafter så att vi i dag har en verksamhet över hela landet. Vi har genom ett 50-tal kontaktpersoner och lokala grupper möjlighet att möta en del av de 100 000-tals människor som har förlorat någon närstående genom suicid.

Sedan två år tillbaka har vi en nationell telefonjour som är öppen varje kväll mellan 19 och 23. Med tiden har vi sett hur denna jour fått en allt större betydelse, speciellt för dem som har psykisk ohälsa och bär på uppenbara suicidtankar.

För att möta det behovet har vi tillsammans med andra organisationer, bl.a. med RSMH, IFS, Balans, Ananke m.fl. tagit initiativ till att skapa en nationell hjälplinje, en jourtelefon som, om möjligt, skulle kunna vara öppen dygnet runt och vara bemannad av professionell personal. Vi vill med detta projekt skapa en interaktiv kommunikationslinje, som vi hoppas med tiden skall leda till en permanent verksamhet. Just nu bereds frågan om projektet på Socialdepartementet, och vi vet ännu inte om vi kommer att få medel för att utveckla projektet dit vi önskar.

I telefonsjälavårdsarbetet har vi också ett nära samarbete med organisationen TES, som betyder Telefonsjälavården i Sverige. Det är ett paraplyorgan för nationella telefonjourer i Sverige.

Vår uppgift sammanfaller delvis med det som tidigare föreläsare nämnt, olika saker som behöver göras för att få ett bättre samhälle där människor slipper ta till den fruktansvärda åtgärden att ta sitt liv. Vi vill vara med och höja kunskapsnivån i samhället och bryta denna tabubeläggning som vi har mött i väldigt hög grad. Vi vill hjälpa människor att våga tala om suicid, att våga ta tag i frågan och vi vill vara ett ansikte för denna problematik.

Vi vill också medverka i utbildningssammanhang och dela med oss av våra erfarenheter till olika personalgrupper, t.ex. inom vården, skolan, polisen, socialtjänsten. Vi vill vara en hjälp för dessa människor att möta de suicidnära människor som de möter i sin verksamhet.

Vi vill också ge ett stöd till närstående till dem som har tagit sitt liv. Vi som har drabbats av detta har upplevt smärtan att förlora en mycket nära och kär genom att han eller hon har valt bort livet. De har valt bort oss och valt döden. Vi ger dessa människor en öppen famn, en plats och en miljö där de kan komma och finna utrymme för sina tårar, för sin smärta och för sin kamp. Vi som har kommit en bit på vägen och kanske har kunnat bearbeta vår smärta vill vara ett redskap för andra som möts av detta. Eftersom det fortfarande är ett oerhört högt suicidtal i vårt land – det är 1 500–1 600 personer per år som tar sitt liv – vet vi att det ständigt är nya människor som drabbas och behöver stöd och de resurser som vi kan ge.

SPES står också för det latinska ordet hopp, och det är vår primära uppgift att ge hopp i en situation som kanske för många upplevs som helt hopplös.

Margit Ferm: Min son Martin beslutade dagen efter Lucia för drygt åtta år sedan att lämna vårt samhälle, att lämna sin familj, sin flickvän, sina vänner och kompisar – ja, lämna alla oss som han betydde så mycket för. När han tog sitt liv var han knappt 22 år. Det är han som har förmedlat det mesta av vad jag kan om suicid, suicidprevention och de insikter som jag har fått inom detta område.

Under sina sista 1½ år pratade vi väldigt mycket om hans längtan bort från det här samhället och hans tankar på att ta sitt liv. Vi sökte hjälp, eller rättare sagt: det var jag som sökte hjälp för han ville oftast inte ha någon hjälp. Det berodde helt och hållet på mig vad jag kunde åstadkomma.

Det var fruktansvärt grymt att som förälder och mamma inte bli tagen på allvar och bli trodd. Jag visste ju hur allvarligt det var. Och det grymmaste av allt var att jag kände vilken skillnad det var i hur jag blev bemött när jag ringde som mamma och när jag ringde i mitt jobb – jag arbetade inom Invandrarverket på den tiden.

I början av 90-talet när vi behövde stöd och hjälp, då fanns den inte för oss. Tack och lov har det hänt mycket sedan dess. Men fortfarande är det otroligt mycket kvar att göra.

Undersökningar har visat att när närstående involveras i behandling och planering runt någon som har tankar på att ta sitt liv har antalet vård dagar minskat, men viktigast av allt: suicidrisken har minskat.

Ett stort problem både i vårt samhälle och internationellt är, vilket har nämnts flera gånger tidigare här, tabubeläggningen och tystnaden kring människor som tar sitt liv. Därför är det viktigt att ge legitimitet åt de mål som har

skisserats i det nationella programmet som togs fram 1994, så att vi kan få en gemensam samling i dessa frågor. Detta är också en global fråga. Vi ingår i ett internationellt nätverk tillsammans med systerorganisationer i andra länder sedan augusti i fjol, INSS, International Network for Survivals of Suicides. Det har tillkommit på initiativ av SPES.

Nu kanske det är någon av er som lyssnar som tänker att det här bara händer vissa familjer, aldrig ens egen. Eller man kanske undrar vad SPES och dess medlemmar kan bidra med. Har inte ni nog med er själva och ert eget sörjande? Men att ta sitt liv är den vanligaste dödsorsaken i åldern 15–44 år i vårt land. Varje år dör tre gånger fler genom suicid än genom trafikdöd, trots en uttalad nollvision. Det är dubbelt så många som omkommer genom självmord varje år än vad det var som dog i Estoniakatastrofen. För var och en av oss som drabbas är det en ofantligt stor katastrof.

Det brukar antas att kring varje person som tar sitt liv finns det en handfull människor som berörs. Men vi är många som vet att det är hundratals människor som berörs.

Det är en otroligt stor grupp människor som under resten av sina liv lever med den upplevelsen, att den som stod dem så nära valde bort dem – valde bort samhället, valde bort livet. Även sedan man har bearbetat sorgen och någorlunda kunnat acceptera det som har hänt följer upplevelsen en genom resten av livet som en skugga.

Under de senaste tio åren har i storleksordningen 20 000 människor tagit sitt liv i Sverige. Det gör att hundratusentals människor, kanske bortåt en miljon, berörs och påverkas under resten av sina liv.

Närstående till någon som har tagit sitt liv är dessutom en riskgrupp för suicid. Tyvärr är det inte så få av våra medlemmar som har mer än en person i familjen eller släkten som har tagit sitt liv. Det här är ett folkhälsoproblem av stora mått.

Vi inom SPES vet, som Sven-Olof nämnde, in under huden vad det innebär. Det är vår förhoppning att vi – tillsammans med beslutsfattande politiker inom riksdag, landsting och kommuner, professionella inom vårdens olika områden, myndigheter, organisationer, framsynta arbetsplatser och allmänhet – gemensamt ska kunna medverka till att skapa ett samhälle där ingen ska behöva komma in i en sådan återvändsgränd att enda alternativet tycks vara att ta sitt liv. Vi behöver en sådan nollvision för den suicidnäres skull, för de anhörigas skull och för vårt samhälles skull.

Vi som är aktiva inom SPES orkar fortsätta vårt arbete eftersom vi har en mycket stark förhoppning om att ingen annan ska behöva uppleva det vi har upplevt. Om vi får denna nollvision, som vi kan skapa tillsammans, och om det avsätts resurser för den, kan vi skapa ett mänskligare samhälle där det finns hjälp att få när man kommer in i en tung och mörk period, när depressionen kommer smygande och man inte ser någon annan utväg.

Då kan vi våga tala med varandra om hur vi egentligen mår, vad som är svårt, och erkänna både för oss själva och andra att vi behöver hjälp. Man kan våga säga att det här klarar jag inte själv, jag har tappat kontrollen i mitt liv, för depression är en dödlig sjukdom.

Då kan vi se ett rop på hjälp som en styrka och inte som en svaghet. Tabubeläggningen försvinner. Att må psykiskt dåligt är lika acceptabelt som att må dåligt i kroppen. Då kan företrädare för sjukvården ta emot oss oroliga föräldrar – eller mammor, för det verkar som om det är mest mammor som söker hjälp för sina barn – och tala om för den oroliga dottern och maken att man tar till vara våra erfarenheter och använder dem så att det blir lättare att sätta sig in i den svåra situationen och verkligen se allvaret, det som jag aldrig upplevde att man gjorde.

Då kan vi också våga tala om livets mening utan att vara rädda för att den andre inte ska orka höra på oss eller vända sig bort i okunskap, därför att den egna smärtan kommer alltför nära. Då kan också våra erfarenheter inom SPES komma till användning och kanske till och med bli till glädje för en annan medmänniska.

När det sker har min son och Sven-Olofs syster inte dött förgäves. För suicid går att förebygga, det är min övertygelse.

För att nå dit behöver riksdagen först och främst anta nationella mål för att utveckla suicidprevention, för att det ska få den acceptans som behövs så att samtliga kommuner och landsting prioriterar suicidprevention. Innan dess är vi utlämnade till den goda viljan hos handläggare och politiker som själva vet vad det innebär eller har kommit i kontakt med att någon har tagit sitt liv. I grannländerna har nationella program antagits. Det har också kongressen i USA gjort.

I SPES yttre verksamhet har vi många kontakter och bidrar med information till sjukvården och medierna. Många av våra medlemmar har en bitter erfarenhet av sjukvården. För att kunna åstadkomma en förändring behövs en samverkan mellan SPES och vården. Det allt närmare samarbetet har höjt den professionella nivån och medvetenheten på båda sidor, vågar vi påstå.

Till sist vill jag uppmana utskottets ledamöter att medverka till att vår organisation SPES får det ekonomiska stöd som behövs, så att vi även i fortsättningen kan vara ett viktigt komplement till vården både nationellt och internationellt i det suicidpreventiva arbetet. För suicid går att förebygga. Det är jag som anhörig starkt övertygad om. Tack för att vi fick komma hit i dag och dela med oss av våra upplevelser. Det betyder mycket för oss.

Ordföranden: Vi har nu kommit fram till punkten Tankar om framtiden där professor Danuta Wasserman m.fl. ska redovisa sina tankar inför framtiden. Om inläggen blir koncentrerade finns det fortfarande kvar en liten möjlighet att vi också kan ställa frågor. Vi har knappt 25 minuter kvar av utfrågningen, och vi får ta ett gemensamt ansvar för att hushålla med den tiden på bästa möjliga sätt.

Danuta Wasserman: Vi ska försöka vara korta. Våra tankar inför framtiden handlar om vad man kan göra i svenska skolor. Många ungdomar mår inte bara dåligt utan försöker också ta sitt liv. Även om de försöken inte är så allvarliga ur kroppslig synpunkt är de mycket allvarliga ur psykisk synpunkt, tecken på illamående och illabefinnande. Ungefär 8 % av flickorna och 4 % av pojkarna har uppgett att de har försökt ta sitt liv. Siffrorna går ned lite när

man tittar på de psykiatriska intervjuerna. För mig har det ingen betydelse. Självupplevelsen är det viktigaste, och den måste vi ta vara på.

Det är mycket tunnsått med program i världen som visar att det går att förebygga självmordsförsök i skolor. Ett sådant är dock det svenska programmet som vi bedriver i Stockholms skolor.

Brita Alin Åkerman: Den erfarenhet jag har fått är att lärare och personal inom skolan känner att de saknar stor kunskap kring hur man ska hantera detta svåra problem, suicid och suicidnära ungdomar. Men det handlar inte bara om kunskap utan också om att i ett framtida program arbeta bort den rädsla och ångest som finns hos personal inom skolan för att ta tag i det. Det väcker ju så många egna känslor och rädslor kring hur man själv har haft det som uppväxande tonåring och sedan som lärare. Det är det vi måste ta tag i.

Jag representerar Lärarhögskolan. Lärare utbildas vid våra olika lärarhögskolor i Sverige. Jag har under ett år på försök bedrivit en s.k. valbar kurs inom detta område, Riskfaktorer och sårbarhet hos barn och ungdomar (*bild 36*). Den kursen har jag provat vid ett par tillfällen. Den har väckt många positiva reaktioner. Än så länge är den dock bara valbar. Det innebär att man väljer bort den, om man inte vet att det är nödvändigt att få den kunskapen. Den tar inte bara upp kunskap kring frågorna utan också förhållningssätt och bemötande, hur man ska handskas med situationen.

Det är också en sammanfattning av allt som har tagits upp här i dag, av Töres Theorell och Danuta Wasserman, om vad en sådan kurs måste omfatta. Vi har tillsammans gjort en modell som kan vara en grund för hur man bygger upp ett kunskapsnät för att förebygga den yttersta konsekvensen, som ju är suicid.

Först och främst gäller det att ha kunskap om hälsofrämjande åtgärder, som Töres har tagit upp. Det gäller att ha kunskap om och förståelse för vilka svåra livssituationer som kan vara en grund för att depression och självmordshandlingar utvecklas. Det handlar också om psykiatriska symtom och hur man ska upptäcka riskfaktorer. Slutligen innefattar modellen hur man i skolan handskas med situationen när en elev visar självmordstankar och självmordshandlingar och när en elev har tagit sitt liv. Det är en chocksituation för både kamrater och lärare som har nära kontakt med eleven.

För att ge tillfälle till frågor säger jag inte så mycket mer.

Cristina Husmark Pehrsson: Ordföranden inledde med att beskriva den motion som resulterade i ett tillkännagivande till regeringen om att arbeta enligt WHO:s riktlinjer för skolpersonal för att upptäcka suicid och psykisk ohälsa. Jag ställer min fråga till i första hand Britta Alin Åkerman. Har det resulterat i att man redan nu diskuterar på Lärarhögskolan hur man ska gå vidare och implementera de riktlinjerna?

Brita Alin Åkerman: Vi har inte kommit så långt att vi har börjat diskutera det på Lärarhögskolan. Som alla kanske vet kommer en helt ny lärarutbildning att starta till hösten. I den utbildningen ingår 30 obligatoriska poäng, den grund-

läggande utbildningen för alla inriktningar oavsett om man ska bli förskollärare eller gymnasielärare. Mitt hopp är att vi inom några av de obligatoriska kurserna ska ha möjlighet att få in detta moment. Jag hade kontakt med Carl Lindberg m.fl. i går. De menade att det måste vara ett obligatorium för lärarhögskoleutbildningarna i framtiden att ge denna kunskap till alla blivande lärare. Det togs också upp att det är viktigt att ge fortbildning till dem som redan är lärare. Dessvärre saknas mycket kunskap om dessa frågor hos lärare i dag, på de olika lärarhögskolorna.

Kenneth Johansson: Jag har två frågor som jag ställer till Danuta Wasserman. Finland och Frankrike prioriterade under sina ordförandeår självmordsprevention bland unga. Sverige omnämndes. Min fråga är vad det betyder i praktiken. Är det ord, någonting man uttalar, eller betyder det också handling? Vilken betydelse har det att man prioriterar det? Det skulle vara intressant att veta.

Danuta Wasserman sade att det är viktigast att fokusera på de svåra sjukdomarna. Är det inte så att man dels måste fokusera på de svåra sjukdomarna, dels lära sig att se när det är fara å färde och kunna ingripa tidigt?

Danuta Wasserman: Jag börjar med den andra frågan. Jag håller med helt och hållet. Men när man måste prioritera ekonomiskt, vilket man gör hela tiden, väljs de svåra sjukdomarna bort. Det är lättare emotionellt att arbeta med tidig upptäckt och förebyggande arbete, vilket naturligtvis är tilltalande. Jag har i mitt arbete mycket kontakt med anhöriga och dem som verkligen har svårt att få den hjälp de behöver. Vi får dagligen e-post från 16–17-åringar i Stockholm som bor ensamma. De skriver: Jag bor bara med min katt. Om den dör, vad gör jag då?

Ni måste förstå hur vi känner när vi får sådan e-post och inte kan göra något. Det är utifrån det perspektivet jag menar att man måste koncentrera på de svåra sjukdomarna. Där fattas det alltid resurser.

När det gäller den andra frågan vill jag säga följande. Jag vet vad som har hänt i Frankrike och USA. Där följde det ekonomiska satsningar. Jag är inte säker på hur det var i Finland. Jag vet att det har stor symbolisk betydelse att vi vågar prata om dessa frågor, att politiker vågar prata och att man satsar på dem. Vi ska inte underskatta betydelsen av hur vanliga människor upplever en sådan här debatt eller om någon av er pratar i TV om att det är viktigt eller säger att ni tänker satsa på det. Det har oerhört stor betydelse.

Det finns en undersökning som visade sambanden mellan självmordsnedläggande åtgärder och antalet frivilligorganisationer. Där visades vad som händer när sådana organisationer finns och när samhället satsar på den typen av arbete. Då finns det ett hopp även bland de andra, vilket gör att det blir ännu en förebyggande insats. Det har en oerhört stor symbolisk betydelse.

Wolfgang Rutz: Bara en kort kommentar till frågan om vad Finlands insatser har betytt. De har betytt att hela Europeiska unionen i dag är sensibiliserad när det gäller *mental health*-frågor. Finland har avlossat startskottet. Arbetet

har sedan tagits upp av Frankrike och även av Sverige, i och med den alkoholkonferens som kommer att fortsätta i Belgien. Det har otroligt stor betydelse, även för WHO som i dag har ett tätt samarbete med Europeiska kommissionen och Europeiska unionen.

Sverige skulle ha en bra chans att utnyttja året och göra något av det nationella handlingsprogrammet. Det är en utmärkt modell för Europa och världen. Den skulle kunna lanseras internationellt under det här halvåret.

Susanne Eberstein: Kunskaper är grunden för förändringar och förbättringar. Vad behövs för att kunna sprida kunskaperna till landstingen? Är de intresserade av att ta emot dem? Det är ju ändå landstingen som har huvudansvaret för den psykiatriska vården. Är de intresserade av att få den här kunskapen, och har ni möjlighet att ge dem den?

Danuta Wasserman: Det är en oerhört stor skillnad mellan olika landsting. Vissa är mycket intresserade, andra mindre. Där kan riksdagen bidra. Om man har en nationell inriktning att vissa områden prioriteras åläggs landsting och kommuner att arbeta i den riktningen. Då kan man jämna ut den ojämlikhet som just nu finns mellan olika landsting.

Stockholms läns landsting är mycket intresserat. Annars skulle vi inte kunna göra något av det vi hittills har kunnat åstadkomma. Det är tack vare Ruth Ettlingers, som sitter på läktaren, arbete. Hon startade 1980 med bl.a. Kris- och suicidutredningen. Hon fyllde nyligen 80 år och lyssnar fortfarande på vår debatt. Det är tack vare henne och andra eldsjälar som arbetet går vidare. Så ska det inte vara. Vi har ansvar för människor i hela Sverige. Det ska inte bara hänga på eldsjälarna.

Leif Carlson: Jag har en fråga till doktor Rutz. Ni visade på den stora skillnaden mellan män och kvinnor. Det fanns skyddande sociala faktorer, det sociala kittet, nätverket på kvinnornas sida. Ser man någon skillnad över tiden i och med den kvinnliga arbetsmarknaden, emancipationen? Beteendemönstren ändras och blir mer lika männens. Kan man se en mer elakartad suicidbild där också?

Wolfgang Rutz: Det finns inga internationella säkra siffror. Man kan se siffror från enstaka länder. Det är kanske inte så mycket en konsekvens av att kvinnorna har tagit över en roll som tidigare var förbehållen männen på arbetsmarknaden också när det gäller ansvarstagande och mer avancerade jobb. Det är mer en fråga om dubbelbelastning, som många kvinnor är utsatta för.

I Danmark ser man en klar ökning av stressjukdomar, kardiovaskulära sjukdomar och även alkoholism, möjligen också begynnande suicid bland kvinnorna. Det finns konsekvenser hela tiden. När man underlättar vissa förändringar i samhället via politiska beslut eller sociologisk intervention ska man vara medveten om hur man kan buffra, för att det ska bli minst skadligt för befolkningens psykiska hälsa.

Danuta Wasserman: Själv mord bland unga flickor på Sri Lanka är ett allvarligt problem. Antalet själv mord bland kvinnor i Kina är högre än antalet bland män. Vi ser att det händer mycket i länder som befinner sig i omvandling. Vi ser också från våra enkäter bland svenska flickor och pojkar, bl.a. Agnes Hulténs undersökningar, att flickorna i flera avseenden visar mera våldsamma beteenden. De använder mer våldsamma själv mordsmetoder jämfört med på 80-talet. Det kommer även till oss. Vi är en liten nation så det blir inte utslag i statistiken på samma sätt. Men fenomenet finns.

Rolf Olsson: Flera andra har redan varit inne på det jag tänker ta upp, nämligen goda lokala erfarenheter av kommuner och landsting. Jag skulle vilja ställa frågan till SPES. Finns det goda lokala exempel där er erfarenhet och er medverkan tas till vara på ett bra sätt?

Margit Ferm: Jag kan nämna två exempel. I södra Sverige finns det ett otroligt väl fungerande samarbete. Under några års tid fanns ett anhörigprojekt som har betytt otroligt mycket för många av våra medlemmar, för att de skulle kunna komma tillbaka och hitta en mening i livet igen. Tyvärr avslutades det av ekonomiska skäl. Det är sorgligt att det inte kan få fortsätta.

I Jönköping, som jag själv kommer ifrån, började ett projekt med en suicidenhet. Den är nu permanentad. Den betyder otroligt mycket. Det beror på att det där finns bl.a. två eldsjäl, en kurator och en sjuksköterska, som är fantastiska.

Sven-Olof Marklund: Det nationella nätverket som Danuta Wasserman med Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa har initierat har betytt mycket i samarbetet mellan vården, psykiatri och oss frivilligorganisationer. I Göteborg har man t.ex. ett mycket nära samarbete, bl.a. med hjälp av Jan Beskow som är verksam där. I det norra nätverket, där jag verkar, har vi ett mycket bra samarbete med både utbildning och erfarenhetsutbyte, enskilda möten osv. Det har betytt mycket.

Lars Elinderson: Margit Ferm nämnde att närstående till personer som begår själv mord också är en riskgrupp. Gäller det också bland ungdomar? Man får ibland en känsla, i medierna osv., att en ungdoms själv mord ofta leder till att andra ungdomar tar samma steg.

Danuta Wasserman: Låt mig bara fylla på med de regionala nätverken. Vi har initierat sex regionala nätverk. Det finns 250 eldsjäl, i sex olika regioner i Sverige. Men jag ser hur luften går ur dem. De arbetar på kvällar och helger. Det är svårt att få en organisatorisk bas. Jag vet inte hur länge vi orkar blåsa liv i dem heller. Jag hyser farhågor för att arbetet kommer att falla om man inte skapar mer fasta och ordnade strukturer.

Det är alldeles riktigt vad som sägs om klustersjälv morden. Anhöriga till dem som har tagit livet av sig är inte bara i riskzonen för själv mord utan även för annan psykisk ohälsa. Det finns många depressioner och andra psykiska reaktioner bland dem. Det behöver inte gå så långt som till själv mord. Vi vet att många av dem är sjukskrivna under mycket långa perioder och oförmögna att gå tillbaka till sitt arbete.

Det begås också självmord i skolorna. WHO har utfärdat riktlinjer för hur man ska handskas med det. Det ska finnas en handlingsplan för att fånga upp andra sårbara elever som kan identifiera sig med den negativa lösningen när de inte ser någon annan utväg. De tänker: Kunde han eller hon, då kan jag också. Vi var själva involverade i två sådana tragiska dödsfall här i en skola i Stockholm. Ett av dem har beskrivits i Dagens Nyheters serie under hösten. Fel efter fel har begåtts, både före det första självmordet och efter, för att kunna förhindra det andra. Dåliga kunskaper bland lärare, på barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar, ingen kommunikation, inga ordentliga strukturer.

Återigen, vi måste ha strukturer för att dessa känslor skall kunna läggas på plats. Har vi inte det blir det alltid sådana olyckliga händelser med s.k. klustersjälvmord eller självmordsförsök. Det sker inte bara i skolorna utan även på fängelser och häkten. I en del av Sverige hade vi en epidemi av unga män som gjorde självmordsförsök. Några av dem har tagit livet av sig. Det kan även hända på psykiatriska avdelningar, men där finns kunskaperna om att man ska vara uppmärksam om det inträffar ett självmord. Där finns också rutiner.

Wolfgang Rutz: Det är viktigt att vara medveten om att det finns ett starkt samband mellan depressionssjukdom och suicidalitet, alltså självmordsbenägenhet. Vi vet att det finns en stark ärftlig komponent vid depressioner. Ett sätt att komma åt det, som Margit Ferm har varit inne på, är att förbättra depressionsdiagnostik och depressionsbehandling. Det har också WHO tagit upp. Det handlar återigen om den nationella handlingsplanen. Primärvården spelar en mycket stor roll, även i Sverige.

Ordföranden: Jag ska be att få tacka alla er som har kommit hit och bidragit med er kunskap. Det har varit mycket informativa föredragningar.

Tack för att ni har varit här och bidragit till att sprida kunskap.

"An estimated 400 million people alive today suffer from mental or neurological disorders or from psychosocial problems such as those related to alcohol and drug abuse. Many of them suffer silently. Many of them suffer alone. Beyond the suffering and beyond the absence of care lie the frontiers of stigma, shame, exclusion and, more often than we care to know, death.

Our advocacy effort will concentrate on reducing stigma associated with mental ill health and neurological disorders and on raising awareness about the many effective, affordable treatments that are available but underused, both in developing and industrialized countries."

Dr Gro Harlem Brundtland, Geneva, 12 February 2001

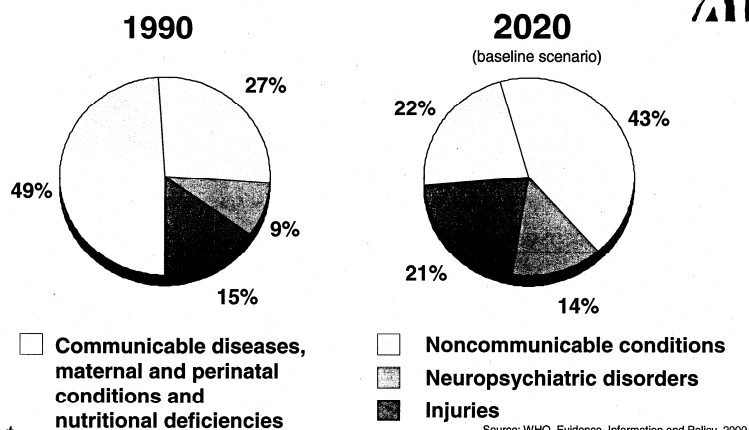


World Health Organization



Bild 2

Global Burden of Disease 1990 and 2020, by Disease Group in Developing Countries



World Health Organization



Bild 3

Global suicide rates since 1950 and trends until 2020

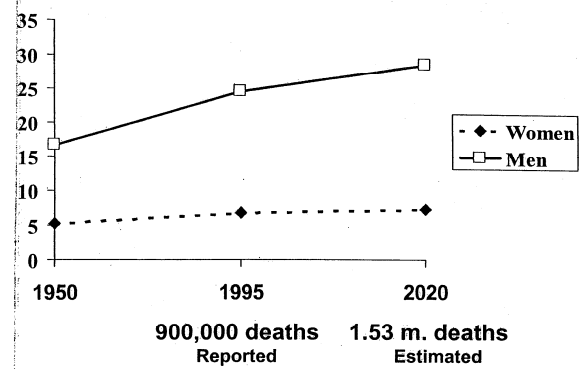


Bild 4

World Health Report 2001



Messages (1-3)

- Mental health is relevant to all of health.
- Mental disorders are real, diagnosable, common and universal. If left untreated, they can produce suffering and severe disability in individuals, and major social and economic losses.
- Mental disorders are treatable. Prevention and treatment are possible and feasible, but currently most sufferers are unreachable.



World Health Organization

Messages (4-6)



- Mental health problems cannot be resolved without clear national policies and programmes on the promotion of mental health and the control of mental disorders.
- New opportunities exist for understanding brain functions. Investment in research infrastructure worldwide in mental health, neurosciences and social sciences will open new avenues for the understanding and care of people with mental disorders.
- International collaboration in research and training is vitally important for mental health programme development in all countries.



World Health Organization

Bild 6



WHO European region

- 51 Member States
- 870 Millions
- Diversity
 - the richest -the poorest due to UNDP
 - 30% differences in life expectancy
- Inequities
 - social determinants
 - health promotion
 - service provision

Bild 7

060101 +Life expectancy at birth, in years

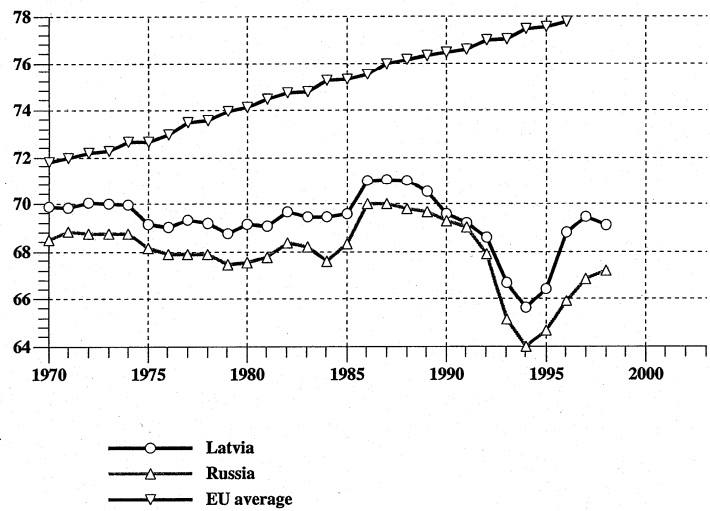
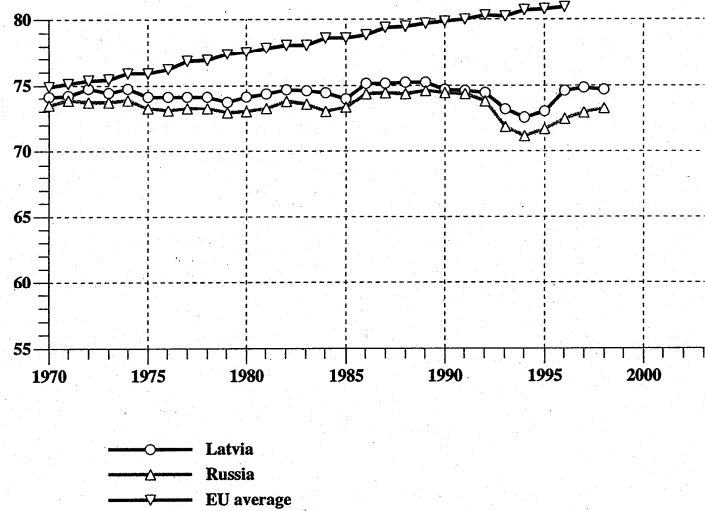


Bild 8

060101 Life expectancy at birth, in years, females



060101 Life expectancy at birth, in years, males

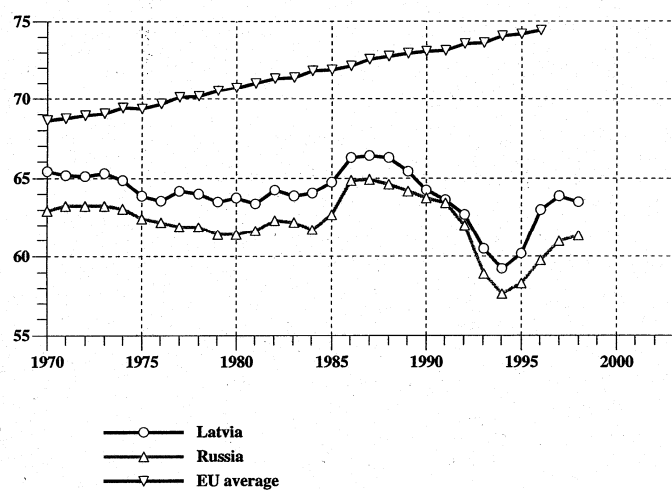
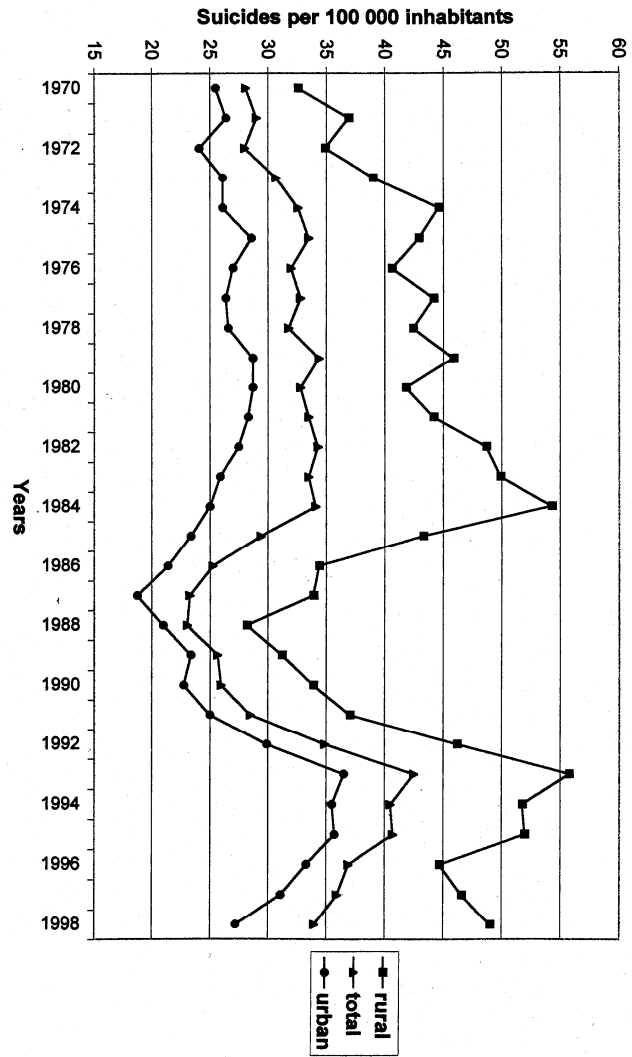


Bild 10



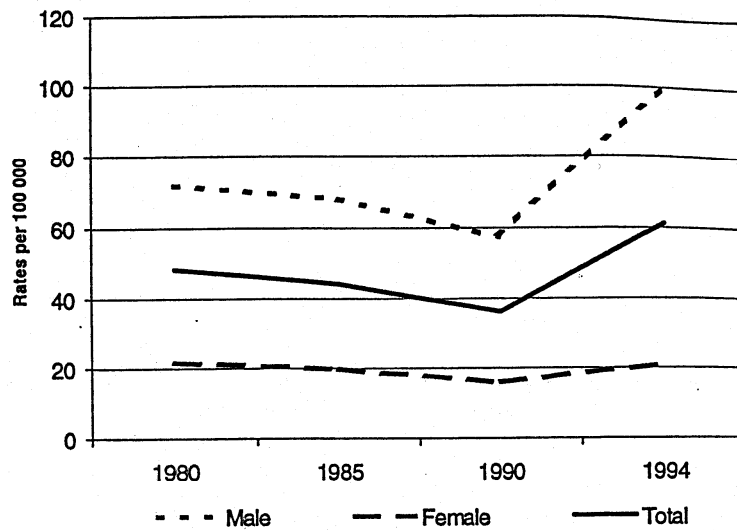


Fig. 2. Suicide rates per 100 000 population in Kuzbass, western Siberia, Russian Federation
Source: Lopatin & Kokorina (18)

GDP and suicide rate (per 100 000 inh.) in 1980 - 1995

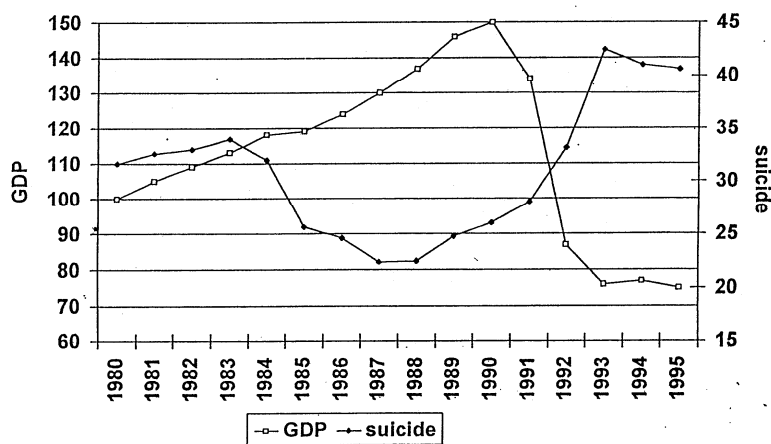


Bild 13

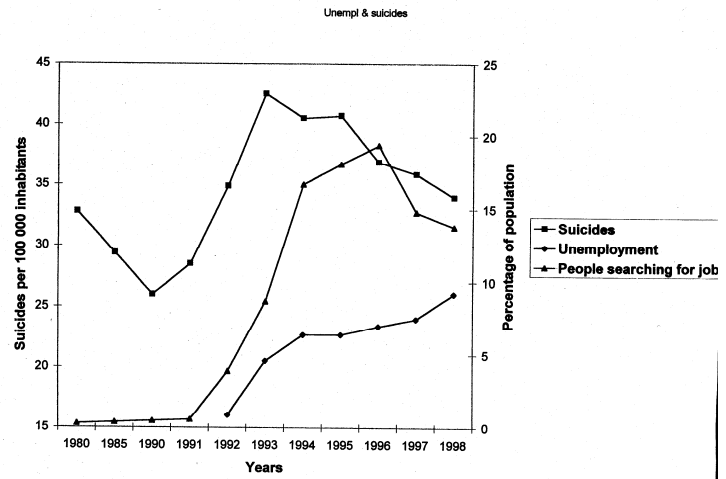


Bild 14

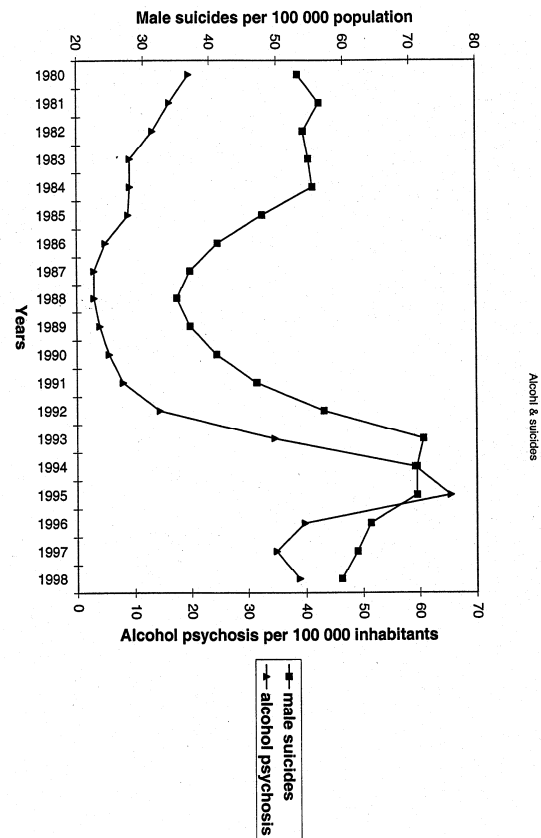


Bild 15

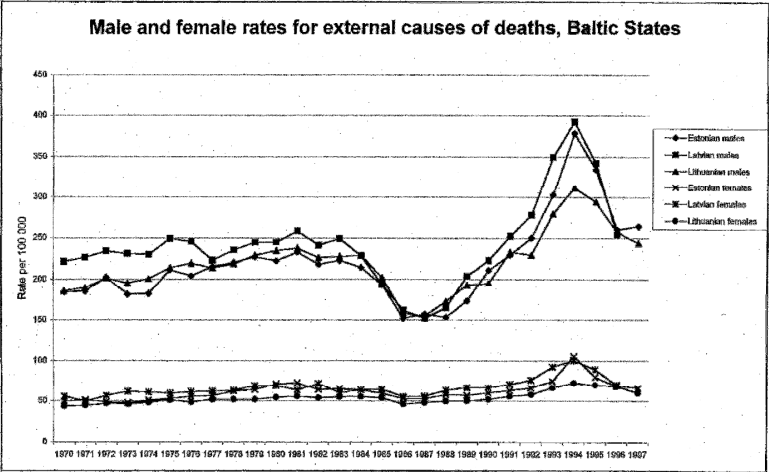
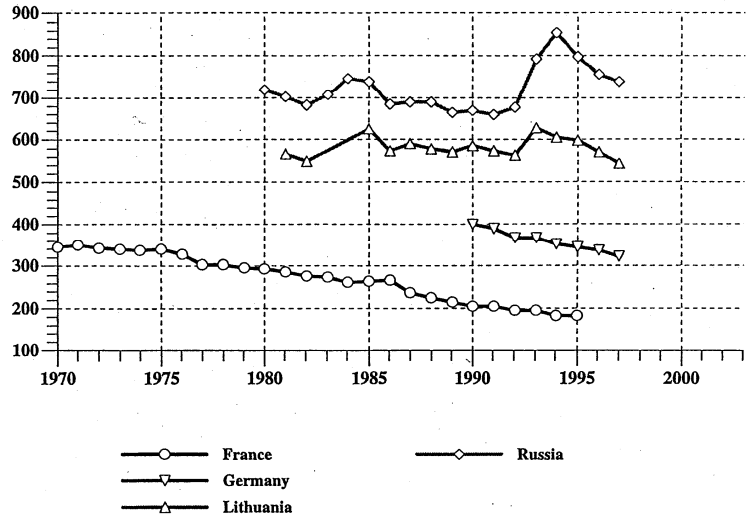


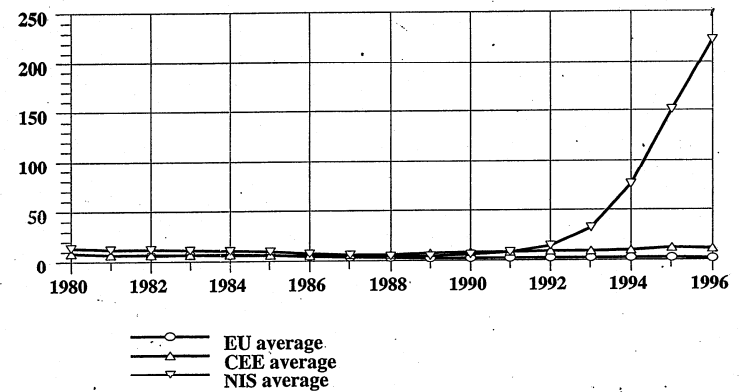
Bild 16

090102 +SDR, circ. system diseases, all ages/100000



Syphilis incidence in subregional groups of countries in the European Region 1980-1996

Syphilis incidence per 100 000



Source: data from the WHO Regional Office for Europe.

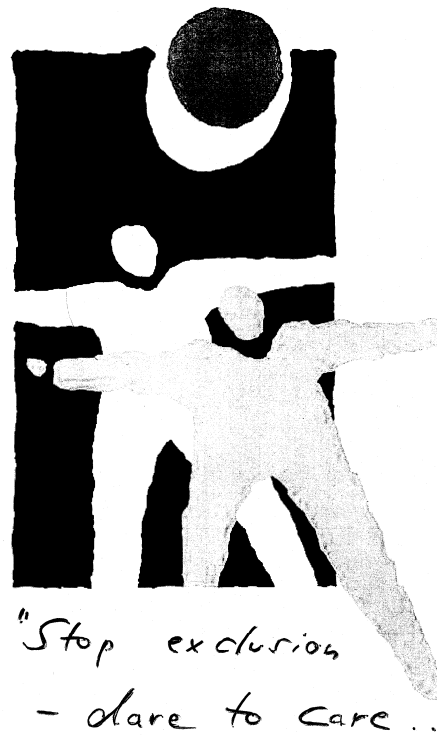
PARADOXES OF PUBLIC HEALTH

Mental Health		
Males		Females
1. Depression + Suicidality ++		Depression ++ Suicidality +
Generally		
2. Morbidity + Mortality ++		Morbidity ++ Mortality +
Explanations? - Alexithymia - Incapacity for help seeking - Compliance - Adaptive changes - Stress background		



Polish farmer: Ready for the single market?

Bild 20



"Stop exclusion
- dare to care..

Bild 21

Psykisk ohälsa	
De tio ledande DALY's i alla åldrar i Sverige (Disability Adjusted Life Years)	
Kvinnor	Män
• Hjärt- och kärlsjukdomar • Depression • Sjukdomar i det centrala nervsystemet • Demens • Astma • Psykosor (ej schizofreni) • Ledsjukdomar • Självförvållade skador (suicidala beteenden) • Lungcancer • Alkoholberoende	• Hjärt- och kärlsjukdomar • Depression • Sjukdomar i det centrala nervsystemet • Alkoholberoende • Självförvållade skador (suicidala beteenden) • Demens • Astma • Lungcancer • Psykosor (ej schizofreni) • Ledsjukdomar
Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa	

Bild 22

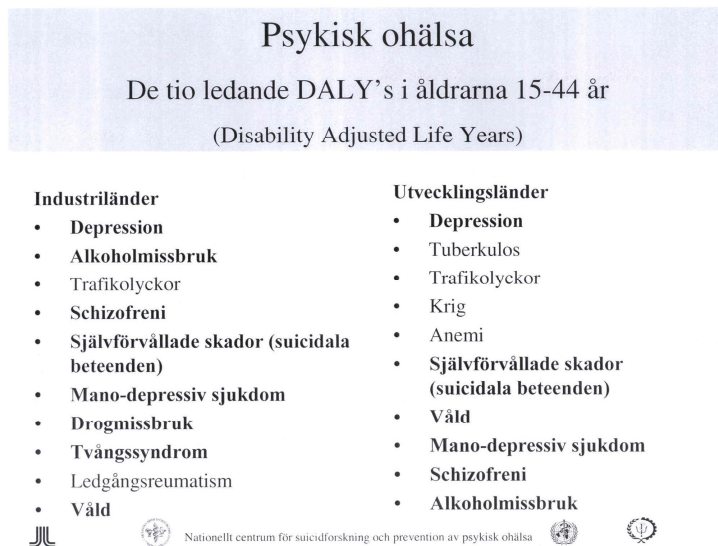


Bild 23

Depression

Depression

En vanlig sjukdom

De affektiva sjukdomarnas förekomst

- Varannan kvinna och var fjärde man någon gång under livet drabbas av en depression
- Depression är dock ett mångtydigt begrepp och i dessa siffror är inräknat olika typer av sorgreaktioner och annan naturlig nedstämdhet som i de flesta fall inte kräver behandling.
- I ECA-studien, USA, var livstidsprevalensen för alla affektiva sjukdomar omkring:

24% för kvinnor

15% för män
- Liknande siffror gäller sannolikt även för Sverige

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

Bild 24

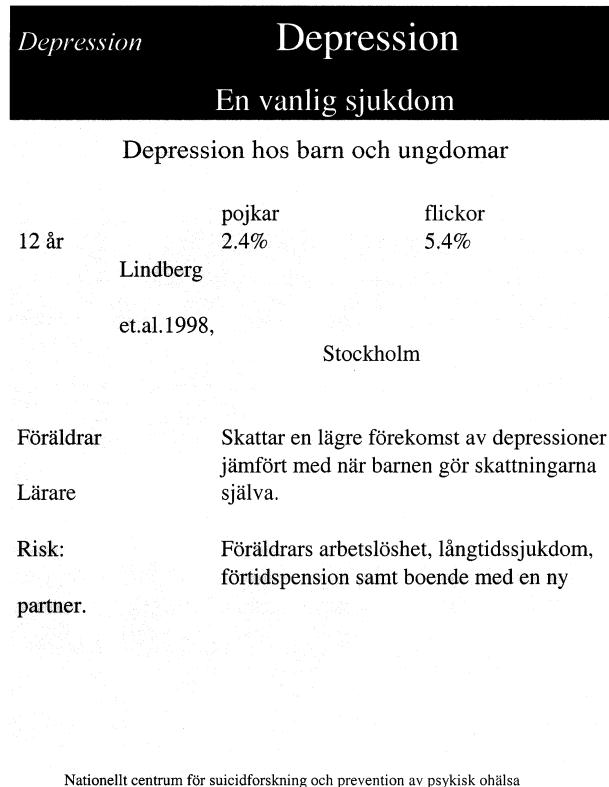
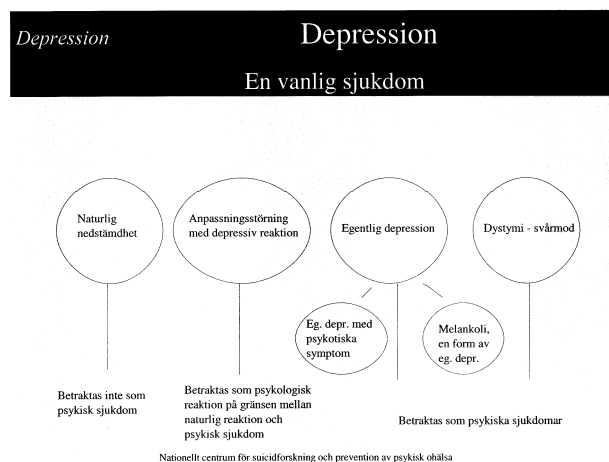


Bild 25



Depression

Depression

En vanlig sjukdom

Behandling av depression

- Samtalsterapier är likvärdiga antidepressiva läkemedel vid behandling av medelsvåra depressioner
- Kombination av läkemedel och samtalsterapi ger bästa resultat vid akut-behandling och förebyggande av återfall
- Men: i Sverige är det brist på psykoterapeuter

Lancet 2001

BMJ 2000

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

Inom EU

Under Finlands ordförandeskap lanserades den psykiska hälsan som ett prioriterat område.

Frankrike, Ht 2000, väckte frågan om självmordsprevention bland unga

Sverige: 24/1 2001, Riksdagsbeslut om självmordsförebyggande åtgärder i skolor.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

Själv mord och tabun

*Själv
mord är tabubelagt:*

Själv
mordsskräcken har i alla tider varit stark. Än idag är själv
mord belagt med skuld och skam. Själv
mord kan vara provocerande och leda till att vi tar avstånd från människor som inte vill leva. Tankar på själv
mord väcker skräck för den egna döden.

*Tabun försvårar själv
mordspreventionen*



Postadress: Box 230, 171 77 Stockholm. Besöksadress: Karolinska Institutet, Granits väg 4, Solna.
Tfn: 08-728 70 26 Fax: 08-30 64 39. E-post: suicid.forskning@ipm.ki.se

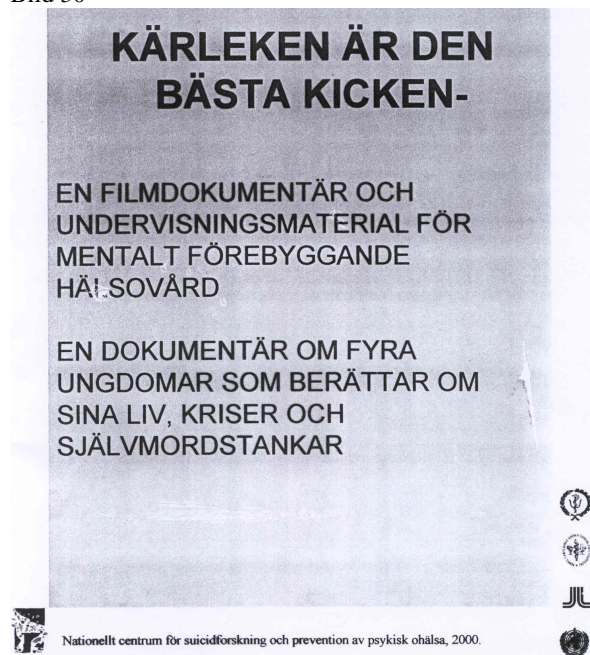
Konklusioner

**Godkännande i riksdagen av
Nationella mål för utveckling av
självordsprevention utarbetade av FHI, SOS och
NASP :**

- Att varaktigt minska antalet självmord och självmordsförsök
- Att därutöver så långt som möjligt undanröja omständigheter som kan leda till att barn och unga tar sitt liv.
- Att tidigt upptäcka och försöka bryta stigande trender av självmord och självmordsförsök i utsatta grupper.
- Att öka den allmänna kunskapsnivån om självmord och självmordsförsök.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

Bild 30



Syftet med film och manual är sammanfattningsvis att genom dessa

- * satsa på självmordsförebyggande arbete bland elever i högstadiet och gymnasieskolan.
- * ge möjlighet till samarbete med föräldrar och myndigheter.
- * ge hjälp till självhjälp genom förmedling och mobilisering av de krafter som faktiskt finns idag i skolan och i organisationen runt omkring.



Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, 2000.



HUR KAN LIVSSITUATIONEN SE UT FÖR UNGDOMAR?

- TIDIGARE MOBBNING
- DÅLIGT SOCIALT NÄTVERK
- STORA KRAV PÅ ATT VARA
DUKTIGA
- KÄNSLAN AV ENSAMHET,
INGEN FÖRSTÅR MIG
- BRÅK I FAMILJEN –
LOJALITETSKONFLIKTER
- DÅLIG TRIVSEL I SKOLAN,
SKOLKAR OFTA
- ELEVER MED DOLDA
FUNKTIONSHINDER

Bild 33

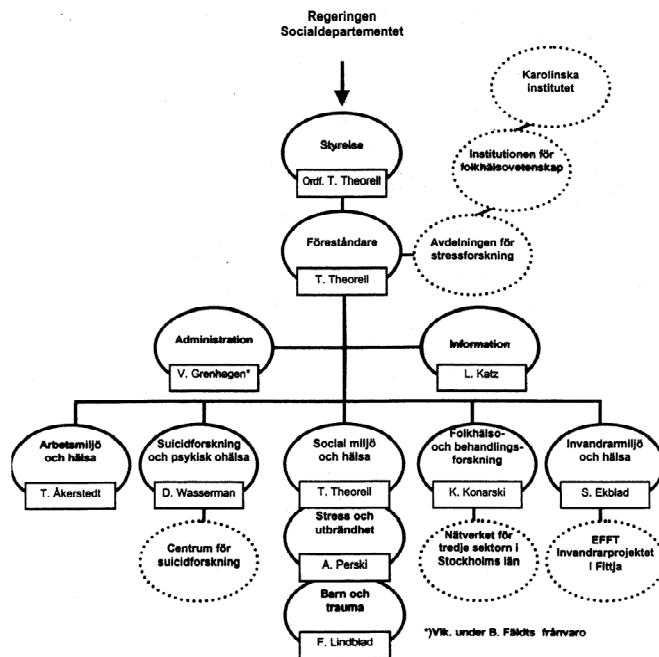


Bild 34

Figur 3. Kostnader fördelade på verksamhetsgrenar

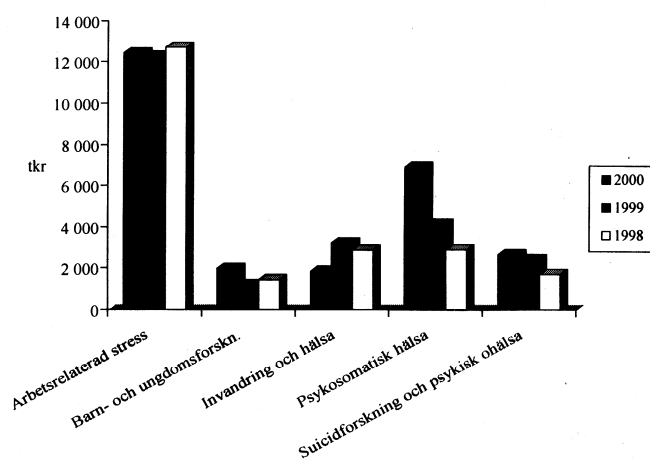


Bild 35

Tabell 2 Fördelning av verksamheter i procent från 1998-2000.

	2000	1999	1998
Arbete med nyproduktion (inkl ansökn. och original publikationer)	41.3%	50.2%	47.8%
Arbete med bearbetning (inkl seminarier, skrivande och handledning)	25.6%	14.3%	10.5%
Arbete med spridning (inkl föreläsningar, skrivande och telefonrådgivning)	9.0%	7.9%	8.2%
Implementering/tillämpn.	1.6%	1.0%	0%
Administration	19.7%	23.7%	31.1%
Övrigt	2.8%	2.9%	2.4%

**Riskfaktorer och sårbarhet hos barn och ungdom
5 poäng**

**Riskfactors and vulnerability in children and
youth, 5 credits**

SYFTE

- * Att ge kunskap om olika faktorer som ligger till grund för psykisk ohälsa
- * Att ge kunskap om kommunikation mellan barn, ungdom, förskole- och skolpersonal och föräldrar
- * Att ge kunskap om symtom och riskbeteenden
- * Att ge kunskap om ett professionellt förhållningssätt
- * Att ge kunskap om hur personalstöd, lärarstöd och kamratstöd kan byggas upp

4. INNEHÅLL OCH UPPLÄGGNING

- * Stress och konflikthantering
- * Den psykiska krisen
- * Depression
- * Mobbning
- * Självsvält och hetsätning
- * Alkohol, droger, anabola steroider
- * Riskbeteenden
- * Själv mordstankar, självmordshandlingar och självmordsförsök
- * Förebyggande åtgärder för elever i risk

Undervisningen sker genom föreläsningar, seminarier, litteraturstudier och läggs upp problembaserat beroende på de studerandes inriktning av sina studier.

1993/94:URD1	FÖRSVARsutskottet: Uppföljning av vapenstölder och vapenförvaring i försvaret
1993/94:URD2	KULTURUTSKOTTET: Bevakning vid centralmuseerna. En kartläggning
1993/94:URD3	FÖRSVARsutskottet: Kommunal beredskap – läge och problem
1993/94:URD4	SOCIALFÖRSÄKRINGSUTSKOTTET: Varför ökar antalet förtidspensionärer? – regelförändringar, yrkesförändringar och arbetslöshet 1980–1993
1993/94:URD5	KONSTITUTIONSUTSKOTTET: Samhällsinformation – regeringens och riksdagens roller
1993/94:URD6	KONSTITUTIONSUTSKOTTET: Samhällsinformation i riksdagen
1994/95:URD1	RIKSDAGENS UTSKOTT, utvärderingsgruppen: Utskottens roll och inflytande vid några utländska parlament – Förekommer uppföljning och utvärdering?
1994/95:URD2	LAGUTSKOTTET: Kunskapen om konsumentköplagen hos konsumenter och detaljister
1995/96:URD1	UTBILDNINGSUTSKOTTET: Påverkas lärarutbildningen av läroplanen?
1995/96:URD2	KONSTITUTIONSUTSKOTTETS seminarium den 7 mars 1996 KU:s granskning – juridik och/eller politik?
1995/96:URD3	UTBILDNINGSUTSKOTTET Åtgärder mot främlingsfientlighet och rasism i skolan Studenternas rörlighet mellan högskolorna efter 1993 års reform

1996/97:URD1	NÄRINGSUTSKOTTET Energiomställningsprogrammen
1996/97:URD2	UTBILDNINGSUTSKOTTET Den nya organisationen för universitetens och högskolornas lokalförsörjning – en uppföljning
1996/97:URD3	SOCIALFÖRSÄKRINGSUTSKOTTET Arbetslivsinriktad rehabilitering – En jämförande studie av anställdas och arbetslösas arbetslivsinriktade rehabilitering
1996/97:URD4	UTBILDNINGSUTSKOTTET Grundläggande högskoleutbildning Former för politik och planering
1996/97:URD5	UTBILDNINGSUTSKOTTET Hur går det för forskningen? Samarbetet mellan vissa forskningsstiftelser och statliga forsk- ningsstiftelser och statliga forskningsfinansierande organ
1997/98:URD1	SOCIALUTSKOTTET Assistansersättningen Hur fungerar assistansersättningen för personer med stora funk- tionshinder?
1997/98:URD2	NÄRINGSUTSKOTTET Statens stöd till forskning och utveckling av informationsteknik inom det näringspolitiska området – uppföljning av satsningar 1993–1996
1997/98:URD3	UTBILDNINGSUTSKOTTET Planering av högskoleutbildning – vad är önskvärt och vad är möjligt?
1997/98:URD4	NÄRINGSUTSKOTTET Statens finansiering av teknisk FoU
1997/98:URD5	NÄRINGSUTSKOTTET Datoriseringen vid Patent- och registreringsverket

1998/99:URD1	BOSTADSUTSKOTTET Statligt stöd till lokala investeringsprogram för en ekologiskt hållbar utveckling – Uppföljning av den hittillsvarande fördelningen av ramanslaget E1 under statsbudgetens utgiftsområde 18
1998/99:URD2	UTBILDNINGSUTSKOTTET Pedagogisk utbildning för högskolans lärare Undervisningen om alkohol, narkotika och tobak (ANT) i skolan
1998/99:URD3	UTRIKESUTSKOTTET Sveriges uppföljning av två FN-konferenser under 1990-talet – FN:s konferens om miljö och utveckling, UNCED, i Rio de Janeiro, 1992 – FN:s kvinnokonferens i Peking, 1995
1998/99:URD4	UTRIKESUTSKOTTET En uppföljning och utvärdering av FN:s världskonferenser under 1990-talet – Regering, riksdag, myndigheter och frivilligorganisationer på nya internationella arenor – vem har makten över svensk utrikespolitik i FN-frågor?
1998/99:URD5	UTRIKESUTSKOTTET Internationell konflikthantering Quo vadit Europa? – freden, säkerheten och demokratin inför 2000-talet Paneldiskussion med Natos generalsekreterare Javier Solana Mänskliga rättigheter i interna konflikter och det civila samhällets roll
1998/99:URD6	SOCIALUTSKOTTET Läkemedel i framtiden
1999/2000:URD1	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Konstitutionsutskottets seminarium den 23 mars 2000 Skall makten delas?
2000/01:URD1	SOCIALUTSKOTTET Socialutskottets offentliga utfrågning om mångfald och konkurrens inom hälso- och sjukvården den 23 maj 2000
2000/01:URD2	FINANSUTSKOTTET Statens styrning och resultatuppföljning av Finansinspektionens verksamhet Konsultrapport
2000/01:URD3	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Seminarium den 1 februari 2001 om fördelningen av den politiska makten och kommunal självstyrelse

SVERIGES
RIKSDAG

Beställningar:

Riksdagens tryckeriexpedition, 100 12 Stockholm

Tel 08-786 58 10

Fax 08-786 61 76
