

Första hjälpen i psykisk hälsa

*Delbetänkande av Självmordspreventions-
utredningen*

Stockholm 2010



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2010:31

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2010

ISBN 978-91-38-23382-5
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringsbeslut den 3 september 2009 bemyndigade regeringen statsrådet Maria Larsson att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att klargöra och analysera förutsättningarna för att inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område utveckla och förbättra händelseanalyser av inträffade självmord. Utredaren ska även lämna förslag på hur de nya kunskaper som framkommer genom händelseanalyser kan föras över till regional eller lokal nivå med syfte att dessa kunskaper ska kunna komma till praktisk användning i det självmordspreventiva arbetet. Utredaren ska i arbetet säkerställa att de förslag som ges särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

Den 3 september 2009 förordnades länsrådet Gun-Marie Pettersson som särskild utredare.

Som experter att biträda utredningen förordnades fr.o.m. den 30 november 2009 kanslirådet Karin Hellqvist, handläggaren Karin Lindström, överläkaren Sixten Persson, kanslirådet Bengt Rönngren, utredaren Eva Stolpe, ämnesrådet Lovisa Strömberg och juristen Patrik Sundström samt departementssekreteraren Petra Zetterberg Ferngren. Den 4 februari 2010 förordnades docent Sven Bremberg som expert i utredningen.

Som huvudsekreterare i utredningen förordnades kanslirådet Ullalena Hæggman fr.o.m. den 1 oktober 2009. Hovrättsassessor Karin Månsson förordnades som sekreterare fr.o.m. den 1 januari 2010.

Utredningen har antagit namnet Självmordspreventionsutredningen.

Den 18 december 2009 överlämnade Regeringskansliet (Socialdepartementet) tre återrapporteringar av regeringsbeslut för beredning av utredningen. Dessa handlade om att ta fram informationsmaterial som syftar till att öka dels kunskapen om självmord i befolkningen dels om vart man vänder sig för att få hjälp och stöd

(dnr S2008/5350/FH) och förslag på utbildningsinsatser avseende vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik (dnr 2008/5349/FH) samt utarbeta ett informationsmaterial om hur man kan förebygga självmordsförsök och självmord bland skolelever (dnr S2008/5348/FH).

Utredningen överlämnar härmed ett delbetänkande som behandlar de ovan nämnda tre överlämnade regeringsbesluten med rubriken Första Hjälp i Psykisk Hälsa.

Stockholm i 28 april 2010

Gun-Marie Pettersson

/Ullalena Hægman
Karin Månsson

Innehåll

1	Bakgrund	11
	Nationellt självmordsförebyggande folkhälsoarbete	11
	Pågående individinriktade självmordsförebyggande insatser.....	14
	Pågående befolkningsinriktade självmordsförebyggande insatser.....	15
	Själv mord och självmordsförsök	16
	Psykisk ohälsa – riskfaktor för självmord.....	17
	Attityder	18
2	Dags att prioritera självmordsförebyggande insatser	23
	Själv mord går att förebygga.....	25
	Själv mordsförebyggande utbildningsprogram	26
3	Utredningens förslag	31
	Pilotförsök av The Mental Health First Aid Training and Research Program (MHFA)	31
	Stimulansmedel för att stärka och utveckla det lokalt själv mordsförebyggande arbetet	34
	Implementering av Första hjälpen i psykisk hälsa i hela landet	35

4 Ekonomiska konsekvenser	37
Pilotförsök för att testa Mental Health First Aid Training and Research Program (MHFA).....	37
Stimulansmedel för att stärka och utveckla det lokalt självmodsförebyggande arbetet.....	41
Implementering av Första hjälpen i psykisk hälsa i hela landet.....	41
 Bilagor	
Bilaga 1 Kommittédirektiv 2009:79	47

Sammanfattning

Utredningen behandlar i detta betänkande dels vilka förutsättningar som krävs för ett väl fungerande och effektivt befolkningsinriktade självmordsförebyggande folkhälsoarbetet dels förslag på insatser för att öka allmänhetens medvetenhet och kunskap om självmord och psykisk sjukdom och därmed undanröja de rädslor och tabun som självmord och psykisk sjukdom omgärdas av.

I propositionen En förnyad folkhälsopolitik (prop. 2007/08:110) redovisar regeringen nio strategier för det nationella självmordsförebyggande folkhälsoarbetet. Målet för det förebyggande folkhälsoarbetet är människors kunskaper om, och attityder till, de riskfaktorer som omger dem och som påverkar deras hälsa. Folkhälsoarbetet måste därför inriktas på att ge befolkningen och dess organisationer samt den enskilde människan insikter och kunskaper som kan påverka dem att förändra sina attityder till riskfaktorer i livet. Lyckas man inte förändra attityderna till riskfaktorer går det inte att nå någon framgång med folkhälsoarbetet.

Attityd är termen för en varaktig inställning som har byggts upp genom erfarenheter och kommer till uttryck i att en person är för eller emot något – ett attitydobjekt. De allra flesta företeelser i samhället blir föremål för attityder, även självmord och personer som drabbats av psykisk sjukdom. En persons beteende tenderar att överensstämma med hennes eller hans attityd. Kopplingen mellan attityd och beteende kan emellertid variera i styrka. Attityden blir starkare ju mer information en person får och ju oftare hon eller han aktiverar den desto starkare blir kopplingen. Det innebär att informations- och kunskapsinsatser måste pågå under lång tid om någon beteendeförändring ska komma till stånd. För att nå tydliga effekter av ett förändringsarbete är det således nödvändigt med ett långsiktigt tänkande. Alltför ofta ges resurser till folkhälsoinsatser i huvudsak i form av anslag till kortsiktiga pro-

jekt. Det innebär att de förändringar som åstadkommit inte kan upprätthållas när den inledande finansieringen har avslutats.

Mest effektivt för att frambringa attityd och beteendeförändring är samhällsinterventiva strategier som kombinerar kommunikation via massmedia, personlig kommunikation och påverkan samt utnyttjandet av goda förebilder. Ett exempel på en långsiktig samhällsinterventiv strategi är det riksomfattande informationsprogrammet Hjärnkoll som pågår under perioden 2009–2011. Målet med Hjärnkoll är att öka kunskapen och förändra attityder hos allmänheten gentemot personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom och psykiska funktionsnedsättningar.

Prioritering av – och inriktning på – hälsofrämjande och förebyggande insatser bör utgå från omfattningen av hälsoproblem och riskfaktorer i befolkningen. Två av de tre i dag dominerande sjukdomsgrupper i Sverige är hjärt- kärlkranssjukdomar och neuro-psykiatriska sjukdomar. Tillsammans svarar de för drygt 60 procent av den totala sjukdomsburden. Den höga förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar i befolkningen har föranlett såväl hälsofrämjande och förebyggande insatser på samhällets samtliga nivåer. Insatserna har haft effekt, antalet döda per 10 000 i hjärt- och kärlsjukdom har successivt minskat sedan 1950-talet. En insats som troligen spelat roll i sammanhanget är korta utbildningar i hjärt- och lungräddning (HLR).

Trots att neuropsykiatriska sjukdomar i princip är ett lika stort folkhälsoproblem som hjärt- och kärlsjukdomar har samhället inte tillnärmelsevis satsat lika mycket på att främja och förebygga psykisk (o)hälsa och i förlängningen självmord som på hjärt- och kärlförebyggande insatser. En nyligen genomförd webbaserad kartläggning av det självmordsförebyggande arbetet utanför hälso- och sjukvården visar med tydlighet att det lokala självmordsförebyggande arbete är kraftigt eftersatt. Endast fem av 209 kommuner har en handlingsplan med ett uttalat mål att förebygga självmord och endast några få har särskilt avsatta medel för det självmordsförebyggande arbetet.

Självmord går att förebygga. Det förutsätter emellertid gensvar från medmänniskor och professionella grupper i samhället samt närvaro av strukturer i samhället som uppmärksammar budskapen i självmordsprocessen. Liksom personer som drabbas av hjärtstopp är personer med självmordsproblematik beroende av att omvärlden kan och vill ingripa. Att förebygga självmord börjar ofta med ett samtal mellan två människor. Om omgivningen har kunskap och

beredskap att påbörja en dialog som kan möjliggöra för den självmordsnära personen att återupptäcka och utveckla sin egen styrka kan självmordsprocessen avklinga.

En person som genomgått en självmordsförebyggande utbildning har ett fungerade verktyg för att hjälpa en självmordsnära person och därmed större beredskap att gripa in. Självmordsförebyggande utbildningsinsatser på bred front kan, liksom i fallet med HLR-utbildningen, förbättra allmänhetens förmåga att uppfatta självmordstankar och beteenden och hur man bemöter självmordsnära personer på sådant sätt att den omedelbara självmordsrisken minskar. Självmord handlar emellertid ytterst om den psykiska hälsan. Det befolkningsinriktade självmordsförebyggande arbetet måste därför även inriktas på att öka kunskapen om psykisk hälsa och ohälsa. Ökade kunskaper om självmordsprocessen och psykisk hälsa samt om de vanligt förekommande samvarierande psykiska sjukdomarna kan minska den irrationella rädslan för att tala om självmord och på sikt öka tryggheten i möten med självmordsnära personer.

Utredningen föreslår därför att Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet (NASP) får i uppdrag att genomföra ett pilotförsök av det australiska utbildningsprogrammet The Mental Health First Aid Training and Research Program (MHFA) och de tillägg som utvecklats i den finska versionen av utbildningsprogrammet samt att Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) får i uppdrag utvärdera försöket. Vidare föreslår utredningen att NASP tilldelas resurser under 5 år för att stimulera och stödja det självmordsförebyggande arbetet på regional och lokal nivå samt – i det fall pilotstudien faller väl ut och utvärderingen visar positiva resultat – att NASP även får i uppdrag att ansvara för att kursen implementeras i hela landet under benämningen Första hjälpen i psykisk hälsa.

1 Bakgrund

I mars 2008 överlämnade regeringen propositionen En förnyad folkhälsopolitik (prop. 2007/08:110) till riksdagen. I propositionen redovisar regeringen nio strategier för det nationella självmordsförebyggande folkhälsoarbetet inklusive åtgärdsförslag. Strategierna utgår från WHO:s Helsingforsdeklaration som undertecknades i januari 2005 i Helsingfors av samtliga Europas hälsoministrar. Helsingforsdeklarationens övergripande mål är att motivera, stödja och samordna initiativ till självmordsförebyggande arbete på nationell och regional nivå. I deklARATIONEN slås fast att regeringarna bör ta sådana politiska beslut att befolkningen löper mindre risk för psykologiska påfrestningar som följer av t.ex. ekonomisk utsatthet och social isolering för att minska förekomsten av depression, ångest och stress och därmed i förlängningen antalet självmord. Vidare slogs fast att arbetet bör integreras med andra förebyggande insatser för folkhälsan: biologiska, psykologiska, sociala och fysisk-tekniska förhållanden ska uppmärksammas. Det hittills dominerande individriktade förebyggande självmordsarbetet inom psykiatri måste breddas. Därutöver betonas att det självmordsförebyggande arbetet även måste riktas till familjer och livsmiljöer, inte endast till individer i riskzonen.

Nationellt självmordsförebyggande folkhälsoarbete

De nio självmordsförebyggande folkhälsostrategierna bygger på två till varandra kompletterande perspektiv, ett individriktat och ett befolkningsinriktat. Det individriktade arbetet bedrivs i huvudsak inom hälso- och sjukvården där man eftersträvar att få till stånd ett optimalt omhändertagande av personer med självmordsproblematik för att förhindra uppkomsten av självmordsförsök och fullbordat självmord. Det befolkningsinriktade arbetet har en utpräglad tvär-

sektoriell folkhälsovetenskaplig bred ansats och bedrivs av många olika samhällsaktörer. Arbetet syftar till att utveckla och förstärka stödjande och riskfria miljöer och att minimera tillgången till självmordsmedel. Det syftar även till att öka kunskapen och medvetenheten i befolkningen om hur man ska hantera olika risksituationer som kan leda till självmordsförsök och självmord. I detta arbete ingår att öka medvetenheten och kunskapen om självmordstankar, självmordsförsök och självmord dvs. självmordsprocessen samt att undanröja de rädslor och tabun som självmord och psykisk sjukdom omgärdas av.

Folkhälsoarbetet - Ett påverkans- och förändringsarbete

Grunden i allt folkhälsoarbete, även i det självmordsförebyggande arbetet, är att befolkningens hälsa kan påverkas av organiserade aktiviteter på olika nivåer i samhället för att främja hälsa och förebygga sjukdomar. Målet för det förebyggande folkhälsoarbetet är människors kunskaper om, och attityder till, de riskfaktorer som omger dem och som påverkar deras hälsa. Folkhälsoarbetet måste därför inriktas på att ge befolkningen och dess organisationer samt den enskilde människan insikter och kunskaper som kan påverka dem att förändra sina attityder till riskfaktorer i livet. Lyckas man inte förändra attityderna till riskfaktorer går det inte att nå någon framgång med folkhälsoarbetet. Det innebär emellertid inte att individinriktat beteendeförändrande arbete är effektivast. Det förhåller sig snarare tvärtom. Det är mest effektivt med förändringar inbyggda i samhällsstrukturen och i miljön (prop. 2002/03:35).

Intersektoriell samverkan själva grunden

Folkhälsoaktörerna återfinns huvudsakligen bland kommunala och statliga myndigheter men även inom den ideella sektorn. Det är i dag ett omfattande antal frivilliga organisationer – och privata företag – som arbetar med att förebygga och främja folkhälsan. Folkhälsoarbete beskrivs ofta som ett organisatoriskt fenomen eftersom det är en organisatorisk utmaning att föra samman alla dessa olika aktörer i gemensamma insatser. Det krävs både interorganisatorisk och interprofessionell, dvs. intersektoriell samverkan kring folkhälsofrågor för kunskapsutveckling och planering samt för stöd mellan

olika insatser och aktörer. Samverkan är därför en central aspekt av det regionala och lokala folkhälsoarbetet (prop. 2007/08:110).

Långsiktig tänkande A och O i folkhälsoarbetet

En särskilt vital aspekt i det lokala och regionala folkhälsoarbetet är långsiktighet. Hälsofrämjande och förebyggande insatser måste löpa under lång tid för att uppnå tydliga effekter. Folkhälsoarbetet handlar om strävan att uppnå strukturella förändringar och förändringar i beteenden. Bådadera tar tid. Det tar vidare lång tid innan effekter av de vidtagna insatserna kan mätas och det tillkommer hela tiden nya aktörer, arenor och målgrupper på folkhälsoområdet. Alltför ofta ges resurser till folkhälsoinsatser i huvudsak i form av anslag till kort-siktiga projekt. Det innebär att de förändringar som åstadkommit inte kan upprätthållas när den inledande finansieringen har avslutats. För att säkerställa att vidtagna folkhälsoinsatser inte varit förgäves måste på sikt allt folkhälsoarbete vara integrerat i aktuella aktörers reguljära verksamhet (prop. 2007/08:110).

Samhällsinterventiva strategier

Att öka befolkningens kunskapen om psykisk ohälsa och om självmordsprocessen kräver en kombination av olika kommunikationsinsatser och andra insatser som uppmuntrar människors deltagande och långsiktiga engagemang i hälsofrämjande arbete på lokal nivå. Mest effektivt för att frambringa attityd och beteendeförändring är samhällsinterventiva strategier som kombinerar kommunikation via massmedia, personlig kommunikation och påverkan samt utnyttjandet av goda förebilder. Samhällsinterventiva strategier eftersträvar inte endast att få människor att ändra sitt hälsobeteende utan också att påverka politiska och administrativa beslut med folkhälsorelevans i lokalsamhället genom olika former av nätverksarbete, informationsspridning och opinionsbildning. Vidare är det viktigt att identifiera, engagera, utbilda och uppmuntra ”opinionsledare” av olika slag på olika nivåer i samhället. När en s.k. kritisk massa nåtts går förändringsprocessen allt snabbare och är också mindre beroende av de aktuella folkhälsoaktörernas insatser. Eftersom det tar lång tid att påverka och förändra människors attityder och beteenden krävs att samhällsinterventiva strategier är lång-

siktiga och att projektledning och finansierare har tålamod. Det tar flera år innan eventuella effekter kan konstateras (Statens folkhälsoinstitut, 2004).

Pågående individriktade självmordsförebyggande insatser

I regeringens skrivelse En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning (skr. 2008/09:185) anges att psykiatri är ett av regeringens mest prioriterade områden för att stärka välfärden. Under perioden 2007–2011 avser regeringen avsätta cirka 3,7 miljarder kronor till åtgärder för att förbättra tillgänglighet och kvalitet i den psykiatriska vården och stödverksamheterna samt på varaktiga förbättringar för människor med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Psykiatrisatsningen sammanfattas i tre huvudområden: vården, vardagen och valfriheten. Alla tre huvudområdena har fyra särskilt prioriterade delområden: insatser riktade till barn och ungdomar, arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning och satsningar på kompetens och evidens samt stöd för långsiktigt kvalitets- och utvecklingsarbete. Regeringen bedömer att det är av stor vikt att framsteg görs parallellt på samtliga områden.

Med utgångspunkt från den nu pågående psykiatrisatsningen och det kommande förbättringsarbetet inom psykiatri är regeringens ambition att självmord under en pågående vårdkontakt ska minska med 30 procent. För att nå målet genomförs bl.a. utbildning inom evidensbaserad psykologisk behandling och inom området psykisk hälsa med inriktning mot särskilt komplicerad problematik samt vidare- och fortbildning hos den personal (t.ex. skötare, vårdare, undersköterskor, boendestödjare, rehabiliterare och behandlingsassistenter) som möter personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Insatser genomförs även för att öka antagningen av helårsstudenter på ett psykologprogrammet vid Karolinska institutet (skr. 2008/09:185). Därutöver har regeringen inom ramen för satsningen att utveckla och förstärka specialistkompetenskurser i psykiatri beslutat om utbildning i hur självmordstankar kan identifieras och hur en enkel riskvärdering kan göras (regeringsbeslut den 16 december 2009, dnr S2010/643/HS; S2007/4916/HS).

Pågående befolkningsinriktade självmordsförebyggande insatser

Inom ramen för psykiatrisatsningen har regeringen avsatt 24 miljoner kronor under perioden 2009–2011 på ett riksomfattande informationsprogram för att öka kunskapen om och förändra attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning (skr. 2008/09:185). Programmet, som presenterades i december 2009, har tagits fram av Handisam i samarbete med nätverket Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH), Sveriges Kommuner och Landsting och andra myndigheter (Regeringens beslut den 19 februari 2009 nr I:9, dnr. 2006/9394/HS). Målet med programmet är att öka kunskapen och förändra attityder hos allmänheten gentemot personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom och psykiska funktionsnedsättningar. Programmet har fyra strategier, en mediekampanj, utbildning/personlig kontakt och mobilisering samt arbetsliv för att nå ut med budskapen och uppfylla projektets mål (Handisam, 2009).

Programmet, som går under benämningen ”Hjärnkoll”, inkluderar två nationella mediekampanjer per år (vår och höst) under 2010 och 2011. Kampanjen stöds av en hemsida (<http://www.hjarnkoll.org>) som bl.a. innehåller en verktygslåda med konkreta exempel på vad organisationer och enskilda kan göra för att öka kunskapen om och minska negativa attityder till människor med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Den nationella medieexponeringen kombineras med ett lokalt påverkansarbete med olika tvärsektoriella parallella insatser. Utgångspunkten i den lokala mobiliseringen är att stödja strukturer och samordningen för att få till stånd olika aktiviteter. Det kan vara insatser riktade till arbetsliv, eller till vårdpersonal, polis, journalister etc. Det kan också vara insatser som vänder sig till en bredare allmänhet, t.ex. utställningar, konserter, artiklar i media m.m. Fokus kommer att läggas på att stödja lokala aktiviteter i tre särskilt utsedda kampanjlän – Västerbotten, Västra Götaland och Uppsala. Samverkande organisationer inom kampanjlänen kommer att få stöd att samordna sina insatser och att utforma strategier för det kunskapshöjande och attitydpåverkande arbetet. De kommer även att förses med kampanjmaterial som kan användas i det lokalt utformade arbetet. Därutöver kommer en särskilt inriktad mediekampanj med fokus på arbetsmarknadens aktörer att genomföras.

Själv mord och självmordsförsök

Statistik från Socialstyrelsens dödsorsaksregister visar att under 2007 tog 1 443 personer (15 år och äldre) sitt liv. Det innebär fyra självmord varje dag. Flertalet (1 019) av dem var män. Socialstyrelsens slutenvårdsregister visar att under samma år behandlades 9 156 personer (15 år och äldre) i slutenvård för självmordsförsök. Flertalet (5 546) av dem var kvinnor. Det finns således könsskillnader för både självmord och självmordsförsök men med motsatt relation. Själv mord är vanligare bland män medan självmordsförsök är vanligare bland kvinnor. År 2001 skattades kostnaderna per självmord respektive självmordsförsök till cirka 18,5 respektive cirka 3 miljoner kronor och samhällets direkta och indirekta kostnader beräknas uppgå till 5,5 miljarder kronor (NCO 2004:7).

Själv mordsprocessen

Utvecklingen från den första allvarliga självmordstanken över självmordsmeddelanden och självmordsförsök till självmord brukar benämnas självmordsprocessen. Flera faktorer är av betydelse för självmordsprocessen både faktorer som är uttryck för sårbarhet t.ex. genetisk disposition, påverkan under uppväxtåren och personlighet och faktorer som uttrycker stress t.ex. separationer, konflikter i den nära miljön och sjukdomsprocesser. I vissa fall finns en ärftlig komponent. Ibland har självmordshandlingar förekommit i den egna familjen. I enstaka familjer finns speciella mönster av självmordsbeteende. En förälders självmord innebär en svår förlust med risk för skadad identitetsutveckling, och kan också utgöra en förebild för hur man på ett destruktivt sätt reagerar vid motgångar. Processen från de första flyktiga självmordstankarna till ett självmordsförsök eller ett självmord kan ibland vara mycket kort, och i andra fall sträcka sig över decennier (Socialstyrelsen, 2003).

Själv mordskommunikation

En människa som gör ett självmordsförsök eller överväger självmord kommunicerar ofta detta till närstående i någon form. Kommunikationen kan ske i direkta ordalag, men också indirekt i det att personen talar om andras självmord eller om hopplöshet och uppgivenhet. Kommunikationen kan också vara icke-verbal, t.ex. genom

förberedelser och arrangemang för ett självmord. Den kan också vara indirekt, som när en person försöker reda upp någon mellanmänsklig konflikt som hon eller han inte vill lämna bakom sig, betalar sina skulder, skriver testamente, ordnar försäkringar och liknande. Självmordskommunikation har förekommit hos flertalet av dem som sedan tar sitt liv, även om det inte alltid observerats under tiden omedelbart före självmordet (Socialstyrelsen, 2003).

Psykisk ohälsa – riskfaktor för självmord

Psykisk ohälsa är en betydande riskfaktor för självmord. Nästan alla självmord föregås av en psykisk sjukdom. Enligt retrospektiva undersökningar har 90–96 procent av personerna uppvisat tecken på psykisk störning vid tiden för självmordet. De dominerande diagnoserna är depression, missbruk/beroende, framför allt av alkohol, personlighetsstörning och schizofreni (Socialstyrelsen, 2003). Cirka hälften av de personer som begår självmord har haft en pågående vårdkontakt före självmordet. Större delen av dessa har haft en vårdkontakt inom psykiatrin (Socialstyrelsen, 2006). För varje självmord registreras cirka fem självmordsförsök inom slutenvården. Minst lika många oupptäckta eller oregistrerade fall antas komma därtill (Karolinska institutet, 2009).

Psykisk sjukdom, liksom somatisk sjukdom, varierar mycket vad gäller omfattning och svårighetsgrad av symtom, varaktighet och behandling. Det är inte heller någon skillnad mellan psykisk sjukdom och somatisk sjukdom när det gäller ålder, kön, civilstånd, klass eller religion. Alla kan vi, vid någon punkt i livet, insjukna i psykisk sjukdom liksom i somatisk sjukdom. Trots detta uppfattas och bemöts människor olika beroende på om de har fysiska eller psykiska problem. Exempelvis är sättet att tala om människor som drabbats av psykisk eller fysisk sjukdom olika. En person som är sjuk i cancer sägs ha cancer, medan en person som lider av schizofreni är schizofren. Psykisk sjukdom uppfattas ofta som en inre egenskap hos personen ifråga dvs. ett karaktärsdrag medan en fysisk sjukdom är något utifrån kommande dvs. något som personen drabbas av. Personer som drabbats av depression bemöts oftare med en avog inställning dvs. en negativ attityd, än personer som drabbats av lårbensfraktur.

Attityder

Attityd är termen för en varaktig inställning som har byggts upp genom erfarenheter och kommer till uttryck i att en person är för eller emot något – ett attitydobjekt. De allra flesta företeelser i samhället blir föremål för attityder. Attitydobjekt kan vara abstrakta som diskriminering eller specifika beteenden som självmord eller en person – även den egna personen – ofta i en social roll, t.ex. mor, frisör eller läkare. En attityds psykologiska funktioner antas vara att den förenklar hanteringen av information från den sociala omvärlden och blir ett slags mall för förståelsen av många likartade situationer i vardagslivet. En attityd som någon uttrycker i ord eller handling bidrar till att hos andra skapa och vidmakthålla den bild av honom eller henne som är förenlig med självuppfattningen (Eagly & Chaiken, 1993).

En attityd inkluderar tre olika komponenter: kognition, affekt och beteendeintention. Den kognitiva komponenten refererar till personens kunskaper om ett attitydobjekt och den affektiva komponenten refererar till de känslor, positiva eller negativa, som personen hyser för objektet medan beteendekomponenten refererar till personens intentioner gentemot attitydobjektet (Ajzen & Fishbein, 1980). Attitydkomponenterna formas under olika betingelser, antingen genom direkt erfarenhet eller genom interaktion med andra människor. Forskning tyder på att direkt erfarenhet är mest effektiv för utvecklandet av de kognitiva och affektiva komponenterna. Människor som upplevs som viktiga för personen är mest effektivt för utvecklandet av beteendekomponenten. Attityder har en styrande effekt på beteendet dvs. en persons beteende tenderar att överensstämma med hennes eller hans attityd (Ajzen, 1988; Eagly & Chaiken, 1993). Kopplingen mellan attityd och beteende kan emellertid variera i styrka. Kopplingen är stark om attityden är fast förankrad och upplevs som viktig och relevant i relation till beteendet.

Attityder anses vara hierarkiskt uppbyggda. Några är mer övergripande och speglar inställningen till attitydobjekt som på olika sätt berör något centralt eller viktigt i personens liv. Mer övergripande attityder har visat sig vara mycket stabila. Avgörande för om attityden är tydlig och fast förankrad beror på informationsmängd och aktivitetsgrad. Attityden blir starkare ju mer information personen besitter och desto oftare hon eller han aktiverar attityden (Ajzen, 1988; Eagly & Chaiken, 1993; Snyder & Kendzierski, 1982).

Attityder till personer som drabbats av psykisk ohälsa

En nyligen genomförd forskningsstudie på kunskap om, och attityder till psykisk ohälsa bekräftar en rad tidigare internationella befolkningsundersökningar som visat att det finns utbredda negativa attityder till personer med psykisk sjukdom. Det går emellertid inte att göra direkta jämförelser med andra undersökningar eftersom dessa inte använt samma metodik eller presenterat resultaten på ett likartat sätt. Studien, som genomfördes 2009 av Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) på uppdrag av Handisam, genomfördes via en webbaserad enkät bestående av fyra olika frågeformulär. Urvalet utgjordes av 3 701 personer varav 2 053 deltog vilket innebär en svarsfrekvens på 55,5 procent.

Resultaten visar att i nästan hälften av de attityder som skattades hade mer än 25 procent av deltagarna attityder som var helt eller delvis negativa. Den mest uttalat negativa attityden gällde huruvida personer som varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter. Drygt 60 procent svarade i den negativa delen av svarsskalan. Resultaten visar att var fjärde person inte kan tänka sig att arbeta tillsammans med någon som har psykisk sjukdom och var femte person kan inte tänka sig att bjuda in någon till sitt hem om han eller hon visste att personen har en psykisk sjukdom. Vidare visar resultaten också på skillnader mellan undergrupper av deltagare. De allra mest markerade skillnaderna framkom mellan personer med någon form av egen erfarenhet av psykisk sjukdom och övriga, där personer med egen erfarenhet i stort sett genomgående hade mer positiva attityder eller inställningar till kontakt med personer med psykisk sjukdom. Personer som arbetat i någon form av psykiatrisk verksamhet hade också i stor utsträckning mer positiva attityder jämfört med övriga. Kvinnor och personer med högskoleutbildning hade också mer positiva attityder. Personer i åldersgruppen 25–45 år hade i viss utsträckning mer negativa attityder än övriga åldersgrupper.

Negativa attityder leder till stigmatisering

Som ovan beskrivits varierar attityder i betydelse och i styrka – från starkt positiva till starkt negativa. En speciell undergrupp bland negativa attityder är fördomar. Fördomar bygger vanligen på lätt identifierbara egenskaper och/eller avvikande beteenden utan att annan tillgänglig information blir beaktad. Ogrundade och förutbestämt negativa

attityder dvs. fördomar förstärker stigmatisering och social uteslutning.

Varje samhälle bygger på normer och värderingar om vad som är ett önskvärt och normalt mentalt beteende. I varje samhälle finns det personer som avviker från det önskvärda och normala. I alla samhällen skapas en uppdelning i "vi" och "dem". Stigmatisering ses som den process där samhället lägger en negativ innebörd i beteenden och synliga tecken på social avvikelse hos den enskilde individen. När omvärlden kategoriserar/etiketterar en person som avvikande från det normala blir hon eller han stigmatiserad. Stigmatisering är en mellanmänsklig process som kräver både utövare och mottagare eller offer. En stigmatiserad person blir troligen även diskriminerad (Hinshaw, 2007).

Individuell och strukturell stigmatisering

Stigmatisering kan vara såväl individuell som strukturell. Individuell (själv)stigmatisering handlar om att de fördomar och stereotyper som finns i samhället övertas av personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom. Detta leder till minskat självförtroende och sämre självtillit samt känslor av skam. Självstigmatiseringen innebär även, paradoxalt nog, att för att undvika att bli stigmatiserad avstår personer med psykisk sjukdom från att söka hjälp och/eller att de försöker hemlighålla sin sjukdom för omgivningen (Hansson, 2006). Strukturell stigmatisering handlar om social uteslutning, fördomar och diskriminering i samhället och påverkar den psykiskt sjuka personens möjlighet att bl.a. uppnå livsmål och finna en plats i samhället. Allt detta innebär att den psykiskt sjukas psykosociala välmående påverkas samtidigt som även andra områden i livet blir påverkade av sjukdomen (Corrigan, 2004).

Associerad stigmatisering

Stigmatiseringen drabbar inte bara den psykiskt sjuka utan även den drabbades familj, vilket kallas associerad stigmatisering. Problemet för en familj som har en medlem med psykisk problematik handlar oftast inte om själva sjukdomen och livsförändringen i samband med denna. Det som i större utsträckning påverkar familjen negativt är stigmatiseringen, känslan av att ifrågasättas och diskrimineras i samhället. En familj som lever med en psykiskt sjuk person riskerar att

tappa sin plats i samhället genom förändrade relationer med vänner, en känsla av att inte kunna prata om sin situation, bristande tid och minskade fritidsaktiviteter (Östman, 2006).

Face-to-face metoden

Den mest effektiva insatsen för att minska stigmatiseringen kring psykisk ohälsa är att genom lokala och regionala aktiviteter skapa förutsättningar för kontakt mellan befolkningen och personer med erfarenhet av psykisk ohälsa. Studier visar att positivare syn på personer med psykisk sjukdom uppstått efter en relation som kan kopplas till arbete eller dagliga möten. Sådan s.k. face-to-face-relation påverkar människors tendens till uppdelning av ”vi” och ”dem” och därmed tendensen till negativ uppfattning om, och rädsla för, personer med psykisk sjukdom. (Couture & Penn, 2003, 2006). Face-to-face-metoden innebär även en chans för den psykiskt sjuka att skapa en positiv relation till sin omgivning och med det en positivare syn på sig själv och sin sjukdomsbild. Personer med psykisk sjukdom som accepterar sig själva och sin situation har lättare att få kontakter i vardagen att fungera, både med samhällsinstitutioner och i relationer (Ekeland & Bergem, 2006).

Det mest vitala insatsen i det nationella programmet Hjärnkoll är att etablera face-to-face-relationer.

2 Dags att prioritera självmords- förebyggande insatser

Prioritering av – och inriktning på – hälsofrämjande och förebyggande insatser bör utgå från omfattningen av hälsoproblem och riskfaktorer i befolkningen. I Sverige i dag dominerar sjukdomsburden (uttryckt i DALY¹) av hjärt- kärlkranssjukdomar (23 %) och neuro-psykiatriska sjukdomar (21 %). Den höga förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar i befolkningen har föranlett såväl hälsofrämjande och förebyggande insatser på samhällets samtliga nivåer. De resurser som avsatts har haft viss effekt. Antalet döda per 10 000 i hjärt- och kärlsjukdom har för kvinnor minskat sedan 50-talet och sedan 80-talet för män (Statens folkhälsoinstitutet, 2006). En insats som troligen spelat roll i sammanhanget är korta utbildningar i hjärt- och lungräddning (HLR).

HLR-utbildningsinsatserna i Sverige har varit betydande, framför allt sedan 1980-talet och framåt. Det finns i dag ett omfattande utbildningssystem som byggts upp enligt en "kaskadprincip", där huvudinstruktörer utbildar instruktörer, som sedan utbildar grupper av elever till livräddare i HLR. Utbildningen tar 3–4 timmar och kräver inga förkunskaper. Riktade utbildningsprogram har också tagits fram för speciella målgrupper, t.ex. sjukvårdspersonal, skolbarn och för anhöriga till hjärtsjuka. Det finns även ett särskilt utbildningsprogram för livräddande första hjälp till barn. I dag utnyttjas samhällets resurser i viss mån för utbildning i första hjälpen, t.ex. på grundskolans högstadium och under värnpliktstjänstgöringen. Inom företagshälsovården föreskriver lagen ett arbetsgivaransvar för kunskaper i första hjälpen på arbetsplatserna. Frivillig utbildning av allmänheten i

¹ DALY – Disability Adjusted Life Years, är ett samlat hälsomått, ett sätt att i en enhet mäta en befolknings samlade hälsa i termer av både sjuka, skadade och döda. Det som specifikt mäts är den tid som människor förlorar genom att dö en förtidig död eller den tid de tillbringar i ett stadium av ohälsa. Förlusten mäts utifrån ett idealstadium av ett liv vid full hälsa.

form av kortare kurser samt uppdragsutbildning för företag, myndigheter och organisationer bedrivs sedan många år av bl.a. Röda korset. För närvarande har 1 miljon personer i Sverige genomgått en HLR-utbildning.

Den näst största sjukdomsgruppen i Sverige i dag är neuropsykiatriska sjukdomar. Neuropsykiatriska sjukdomar bidrar mer till funktionsnedsättning (YLD²) än någon annan diagnosrubrik. Det är även den största enskilda källan till ohälsa för kvinnor. Räknat i YLD är de tre största diagnoserna för kvinnor demens, unipolär depression och migrän, vilka utgör 73 procent av totalsumman. För män är unipolär depression, demens och alkoholberoende de tre största diagnoserna med sammanlagt 62 procent av YLD (Statens folkhälsoinstitutet, 2006).

Neuropsykiatriska sjukdomar är ett i princip lika stort folkhälsoproblem som hjärt- och kärlsjukdomar. Trots detta har samhället inte tillnärmelsevis satsat lika mycket på att främja och förebygga psykisk (o)hälsa och i förlängningen självmord som på hjärt- och kärlförebyggande insatser. En nyligen genomförd webbaserad kartläggning av det självmordsförebyggande arbetet utanför hälso- och sjukvården visar med tydlighet att det lokala självmordsförebyggande arbete är kraftigt eftersatt. Endast fem av 209 kommuner har en handlingsplan med ett uttalat mål att förebygga självmord och endast några få har särskilt avsatta medel för det självmordsförebyggande arbetet. Ett annat, mer uppenbart, förhållande, som visar att området är eftersatt är det faktum att föreställningar om självmord som något skamligt och tabubelagt fortfarande lever kvar i samhället. Trots att det var över 150 år sedan självmordsförsök var straffbart i Sverige, och över 100 år sedan kyrkliga begravningsrestriktioner upphävdes.

Regeringens psykiatrisatsning och det nationella programmet Hjärnkoll är emellertid ett steg i rätt riktning. Men arbetet med att minska antalet självmord i befolkningen och att öka kunskapen om och attityden till personer med erfarenhet av psykisk sjukdom måste pådrivas långsiktigt om reella och bestående förändringar ska uppnås. Programmet Hjärnkoll pågår under en kort period, endast tre år. För att nå tydliga effekter av ett förändringsarbete är det nödvändigt med ett långsiktigt tänkande. En attityd blir starkare ju mer information en person får och ju oftare hon eller han aktiverar den desto starkare blir kopplingen mellan attityd och beteende. För att åstad-

² DALY brukar fördelas på tidig död (YLL – years of life lost) och funktionsnedsättning (YLD – years of life lost due to disability).

komma en beteendeförändring krävs således att informations- och kunskapsinsatser pågår under mycket lång tid.

Det är statens uppgift att bidra till långsiktiga och hållbara utvecklingsinsatser och att stimulera forskning, kunskapsutveckling och kunskaps-spridning (skr. 2008/09:185). För att säkra och vidmakthålla de förändringar som Hjärnkoll åstadkommit bör regeringen säkerställa att ytterligare främjande och förebyggande hälsoinsatser fortgår efter 2011. I annat fall är risken överhängande att det aktiva och medvetna förändringsarbetet som bedrivits under tre år, liksom de resurser som har lagts på programmet, går till spillo.

Själv mord går att förebygga

Själv mordstankar- och beteende är för många mycket känslomässigt laddat då det kan väcka tankar om den egna döden. Många människor är rädda för att tala om självmord och tvekar också att ingripa på grund av rädslan för självmordet som sådant. Detta gäller både den självmordsnäres närmaste omgivning och personal som den självmordsnära kommer i kontakt med. Omgivningen kan ibland uppleva självmord som en irrationell handling men självmordsprocessen är möjlig att förstå även om slumpmässiga händelser ibland har inflytande. Många människor, även självmordsnära, känner inte till att själv mordstankar- och beteenden beror på ackumulerade bakgrundsfaktorer som ofta samvarierar med en psykisk sjukdom. Okunskapen kan leda till att människor tvekar att ingripa trots att det i många fall är möjligt att avvärja självmordsförsök och självmord.

Själv mordsprocessen har starkt inslag av kommunikation. Identifiering av risk för självmord och de första förebyggande insatserna sker ofta i samspel mellan två människor. Gensvar från medmänniskor och professionella grupper i samhället samt närvaro av strukturer i samhället som uppmärksammar budskapen i självmordsprocessen, som ofta genomgår en lång utveckling, är särdeles viktig. Finns det kunskap och beredskap att påbörja en dialog som kan möjliggöra för den självmordsnära personen att återupptäcka och utveckla sin egen styrka kan självmordsprocessen avklinga.

HLR-utbildningen får tjäna som exempel. Tack vare de omfattande HLR-utbildningar vet de allra flesta i dag att plötsligt hjärtstopp är en katastrof som i många fall kan avvärras. Det enda som krävs är kunskap i hjärt-lungräddning och vilja att ingripa. Personer

som drabbas av plötsligt hjärtstopp är beroende av människor omkring dem som kan och vill ingripa. Om någon i närheten omedelbart larmar och startar hjärt-lungräddning i väntan på ambulans ökar möjligheten att överleva. Liksom personer som drabbas av hjärtstopp är personer med självmordsproblematik beroende av att omvärlden kan och vill ingripa. Att förebygga självmord börjar ofta med ett samtal mellan två människor. Att få berätta för någon som förstår och att få råd om vart man ska vända sig för att få professionell hjälp kan leda till att självmordskrisen går över. När krisen gått över öppnar sig ofta nya möjligheter.

Enkel matematik visar även att det är mer sannolikt att komma i kontakt med en person som har självmordstankar som samvarierar med en psykisk sjukdom än en person som får plötsligt hjärtstopp. Varje år sker mellan 9 000 och 18 000 självmordsförsök och cirka 1 400 självmord medan omkring cirka 15 000 personer drabbas av plötsligt hjärtstopp varav cirka 5 000 drabbas inom sjukvården.

En person som genomgått en självmordsförebyggande utbildning har ett fungerade verktyg för att hjälpa en självmordsnära person och därmed större beredskap att gripa in. Självmordsförebyggande utbildningsinsatser på bred front kan, liksom som i fallet med HLR-utbildningen, förbättra allmänhetens förmåga att uppfatta självmordstankar och beteenden och hur man bemöter självmordsnära personer på sådant sätt att den omedelbara självmordsrisken minskar.

Självmordsförebyggande utbildningsprogram

Det finns i dag ett flertal självmordsförebyggande utbildningsprogram i världen. Statens folkhälsoinstitut (FHI) har identifierat tre befintliga program som är avsedda för relativt stora målgrupper (dnr S2008/5349/FH). Dessa är The Mental Health First Aid Training and Research Program (MHFA) från Australien och Applied Suicide Interventions Skills Training (ASIST) från Kanada samt Question-Persuade-Refer (QPR) från USA. Programmen överensstämmer till stor del med varandra undantaget QPR som är ett webbaserat program.

Både MFHA och ASIST sprids med hjälp av kaskadprincipen och decentraliserad utbildning. Det innebär att utbildningsarbetet delas mellan en stor mängd utbildare vilket möjliggör en snabb spridning. Eftersom utbildningen förmedlas i flera led innan man får färdigutbildade deltagare är utbildningarna strikt standardiserade så att kvali-

teten på utbildningen kan behållas under lång tid. Utbildningarna är standardiserade till såväl innehåll som utbildningsmetod. Att arbeta med ett standardiserat utbildningsprogram innebär att utbildarna måste rätta sig efter innehållet i utbildningsmaterialet. Utbildningsprogrammen har ett standardiserat utbildningssystem med tre nivåer: grundutbildning, instruktörer och huvudinstruktörer. Huvudinstruktörer utbildas (av personal från programmets ursprungsland) som i sin tur utbildar instruktörer som genomför grundutbildningar i befolkningen eller delar av befolkningen.

Utvärderingar av MHFA och ASIST visar att respektive utbildningen har haft effekt på deltagarna. MHFA har utvärderats i tre studier varav två randomiserade kontrollerade studier. ASIST har utvärderats i tre studier varav en randomiserade kontrollerad studie. QPR har inte utvärderats varför utredningen anser det olämpligt att överväga att programmet genomförs i Sverige.

Målsättningen för *MFHA* är att skydda livet, erbjuda hjälp, främja återhämtning till en god psykisk hälsa, stödja personens egna resurser och vid behov ge stöd till att söka hjälp. Grundutbildningen består av totalt tolv timmar undervisning som ges som tre timmars pass vid fyra tillfällen och huvudinstruktörsutbildning i fyra dagar. Programmet har fått internationell spridning. Kurser ges i dag i 16 länder. Hög aktivitet pågår främst i olika delar av Storbritannien där såväl regelbundna kurser för instruktörer som till allmänheten ges.

Kurser i *MFHA* genomförs även i Finland och utbildningsmaterialet finns översatt till finlandssvenska och har anpassats lokalt i samband med det finländska Österbottenprojektet (Heiskanen m.fl, 2006). Den finska versionen av *MFHA* består av två delar. I den första delen behandlas god psykisk hälsa, en resurs som varje människa innehar och som kan stödjas, förstärkas och vårdas. I samma del behandlas kriser som en del i livscykeln och krissituationer, krisens olika faser och hur man tar sig igenom en kris. Även självdestruktivt beteende och självmord lyfts fram. Innehållet i utbildningen bygger i korthet på att lära sig bedöma risk för självmord eller annan självdestruktiv skada, att lyssna utan att värdera, ge bekräftelse och information, uppmuntra till att söka lämplig professionell hjälp och att uppmuntra användandet av självhjälpsstrategier. I den andra delen behandlas psykisk ohälsa. I enlighet med ursprungsmodellen från Australien behandlas depression, ångestsyndrom, beroendesjukdomar och psykoser. För vart och ett av tillstånden går man igenom symtom, tänkbara orsaker samt vilken evidensbaserad behandling som finns att erbjuda. Kopplat till de olika till-

ständer behandlas även hur olika krissituationer kan hanteras. I detalj går man igenom hur man ska agera i kontakten med en person som uttrycker starka självmordstankar/självmordsavsikter, med en person som har en akut ångestattack, med någon som nyligen har upplevt ett svårt psykiskt trauma, med någon som är akut psykotisk och våldsbenägen samt slutligen med någon som överdoserat droger. Den finska handboken finns tillgänglig på webbplatsen <http://www.cepi.nu/Portal/aktuellt/Mental%20first%20aid>.

Påvisbara effekterna av MHFA-utbildningen är att kursdeltagarnas rekommendationer till hjälpbehövande mycket bättre överensstämmer med professionella vårdarbeters råd, att deras benägenhet att vara till hjälp ökar, att deras självförtroende för att hjälpa personer med psykisk ohälsa ökar och att fördomar mot psykisk ohälsa minskar (Kitchener & Jorm, 2006). I den kvalitativa studien som gjordes 19–21 månader efter att utbildningen avslutats, tillfrågades tidigare kursdeltagare om de sedan de gått kursen haft användning för sina kunskaper och hur detta avlöpt. En majoritet rapporterade att de varit i situationer där fysisk ohälsa varit aktuell och att de med stöd av kunskaperna de fått under MHFA-utbildningarna kunnat vara till mer hjälp än de vanligtvis kunnat. Man upplevde mer empati och självförtroende liksom en större beredskap för att hantera krissituationer. De positiva effekterna var tämligen generella för en rad olika människor med varierande erfarenheter och förväntningar. Det fanns inga tecken på att någon övervärderat sin förmåga som hjälpare och tagit på sig ett större ansvar än det som rekommenderats. Sammantaget identifierade kursdeltagarna flera områden där kunskapen varit till nytta och många uttryckte önskemål om ytterligare utbildning (Jorm m.fl, 2005).

ASIST består av fyra delmoment relaterade till kursens målsättning. Denna är att deltagarna efter genomgången kurs ska kunna erkänna att såväl hjälparen som personen med självmordsrisk påverkas av personliga och allmänna uppfattningar om självmord; diskutera självmord på ett rakt sätt med någon som har funderingar på att ta sitt liv; identifiera risktecken och ta fram en plan för hur självmordsfaran kan minskas; uppvisa färdigheter som krävs för att hjälpa en person med självmordsproblematik; räkna upp olika tillgängliga resurser för en person med självmordsproblematik, inklusive dem själva; medverka till att försöka förbättra lokalsamhällets stödjande resurser samt erkänna att självmordsförebyggande arbete omfattar mer än första hjälpen vid självmordsrisk bl.a. livsbejakande aktiviteter och egenhjälp för hjälparen. *ASIST* riktar sig till yrkesverk-

samma som kommer i kontakt med självmordsnära personer t.ex. socionomer, poliser, kyrklig personal, skolpersonal och ambulanspersonal. Grundutbildningen omfattar två dagar (16 timmar) och huvudinstruktörsutbildningen 5 dagar. Utbildningen finns i flera länder bl.a. Kanada, Australien, Irland, Skottland och USA. Utbildningen finns även i Norge, där kallad Vivat. Sedan år 2000 ges kursen som en del i den norska handlingsplanen mot självmord.

3 Utredningens förslag

Nödvändiga förutsättningar för ett väl fungerande självmordsförebyggande arbete är att allmänheten är medveten om att självmordsförsök och självmord går att förebygga och har goda kunskaper om såväl självmordsprocess som självmordskommunikation. Men självmord handlar ytterst om den psykiska hälsan. Därför måste det befolkningsinriktade självmordsförebyggande arbetet även inriktas på att öka kunskapen om psykisk hälsa och ohälsa. Det är utredningens bedömning att ökade kunskaper om självmordsprocessen och psykisk hälsa samt om de vanligt förekommande samvarierande psykiska sjukdomarna kan minska den irrationella rädslan för att tala om självmord och på sikt öka tryggheten i möten med självmordsnära personer. Det är angeläget att allmänheten har goda kunskaper om psykisk hälsa och hur olika former av psykisk sjukdom yttrar sig, hur man bäst hanterar problematiken och hur man motverkar försämring. Det är inte ovanligt att personer som drabbas av psykisk sjukdom och självmordstankar drar sig för att söka hjälp. Det kan därför vara av livsavgörande betydelse att omgivningen kan läsa av och känna igen sjukdomssymtom och medverka till att dessa personer söker professionell hjälp.

Pilotförsök av The Mental Health First Aid Training and Research Program (MHFA)

En person som genomgått utbildning om olika former av livskriser och psykiska sjukdomar som har nära koppling till självmord har ett fungerande verktyg för att hjälpa en självmordsnära person och därmed större beredskap att gripa in. Utredningen föreslår därför att den senaste versionen av utbildningsprogrammet The Mental Health First Aid Training and Research Program (MHFA) med

tilllägg av de skrivningar kring psykisk hälsa, kriser och självdestruktivt beteende samt självmord som utvecklats i den finska versionen av utbildningsprogrammet testas under svenska förhållanden.

Igångsättande av och genomförande av ett pilotförsök förutsätter en kompetent och entusiastisk genomförare. En sådan aktör är Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet (NASP). NASP är ett expertorgan för suicidprevention som bl.a. bedriver utbildningsverksamhet med målet att sprida kunskap och förbättra insatserna inom självmordsprevention.

Utredningen föreslår därför att NASP får i uppdrag att genomföra ett pilotförsök av utbildningsprogrammet The Mental Health First Aid Training and Research Program (MHFA) samt att i rapportform redogöra för den strukturella och organisatoriska modellen som använts för att sprida kursen. Pilotförsöket bör igångsättas snarast eftersom de nationella mediekampanjerna och den lokala mobilisering som sker under 2010–2011 utgör incitament att delta i kursen. Ju fler som deltar i pilotförsöket desto säkrare kan man uttala sig om utfallet.

Pilotförsöket sker i tre faser. Under fas 1 – planeringsfas – översätts och redigeras det skriftliga kursmaterialet som används i Australien och Österbottenprojektet och som omfattar både psykisk hälsa och ohälsa. Under fas 2 – testfasen – prövas kursen i ett av de tre kampanjlän där Hjärnkoll genomför särskilda aktiviteter för att bl.a. engagera arbetsgivare. Under fas 3 – utvärderingsfasen – genomförs en systematisk bedömning av resultaten dvs. en utvärdering av deltagarnas upplevelser av kursen och kursens effekt.

Planering och organisering av pilotförsöket och dess genomförande ska ske i nära samarbete med Handisam eftersom det måste synkroniseras och samordnas med de lokala insatser som genomförs inom ramen för Hjärnkoll. Det är viktigt att de parallella insatserna inte konkurrerar med varandra utan att de samordnas på sådant sätt att de i stället kan ge draghjälp åt varandra. Därutöver ska NASP i arbetet samråda med Sveriges Kommuner och Landsting, Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen.

Målgrupper

Målgrupper för pilotförsöket är i första hand personer som i sin yrkesutövning kommer i kontakt med människor med psykisk ohälsa och/eller med personer som är självmordsnära t.ex. personal inom socialtjänsten, individ- och familje-, handikapp- och äldreomsorgen, skolan, polisen, kriminalvården, brandkåren och ambulanspersonal och distriktssköterskor inom primärvården.

Särskilt angelägna yrkesgrupper är lärare, skolsköterskor och skolkuratorer samt fritidsledare och fältassistenter som har mycket kontakter med skolan. Skolan kan spela en viktig roll i det självmordsförebyggande arbetet. Att tidigt upptäcka elever i riskzonen för att utveckla psykisk ohälsa är en viktig uppgift för skolan, liksom att ha en väl utarbetad plan för hur man i skolan eller tillsammans med andra ska ta hand om dessa elever. Det är också angeläget att ha en utarbetad plan för hur man tar emot en elev som kommer tillbaka till skolan efter ett självmordsförsök. För att kunna ta hand om elever i riskzonen samt handla på ett lämpligt sätt om ett självmordsförsök/självmord inträffar i skolan krävs utbildning av skolpersonalen. Även föräldrar kan erbjudas delta i kursen.

Utvärdering

En god utvärdering kräver två viktiga kompetenser: professionell utvärderarkompetens och kompetens visavi det program som ska utvärderas. Vidare är det viktigt att utvärderaren inte står i någon beroendeställning till själva programmet eller dess intressenter. Utredningen föreslår att Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser¹ (CEPI) får i uppdrag att genomföra en kursutvärdering samt en randomiserad kontrollerad studie med avseende på om kursdeltagarna får bättre förmåga att bistå människor med psykiska problem. CEPI har god sakkunskap om MHFA-utbildningen. Dessutom genomför centrumet på uppdrag av Handisam tre befolkningsundersökningar inom ramen för Hjärnkoll och har därmed god kännedom om programmet som helhet.

¹ CEPI är ett statsunderstött kunskapscentrum vid Lunds universitet som bedriver och initierar forskning inom det psykosociala området för personer med psykiska funktionshinder.

Stimulansmedel för att stärka och utveckla det lokalt självmordsförebyggande arbetet

Långsiktiga och hållbara självmordsförebyggande insatser på lokal nivå är emellertid nödvändiga om antalet självmord och självmordsförsök ska minska. Det är genom ett långsiktigt kvalitets- och utvecklingsarbete som man uppnår reella och bestående förändringar. Utredningen föreslår därför att NASP tilldelas resurser under 5 år för att stimulera och stödja det självmordsförebyggande arbetet på regional och lokal nivå. NASP har synnerligen goda förutsättningar att utföra detta arbete. Sedan 1997 samordnar NASP ett nationellt nätverk för suicidprevention. Nätverket är uppdelat i sex regionala nätverk och samlar representanter från myndigheter, vårdgivare och frivilligorganisationer. Det följer samma organisatoriska indelning som sjukvårdsregionerna och består av följande regionala nätverk: Norra regionen, Stockholm-Gotlandregionen, Sydöstra regionen, Södra regionen och Uppsala-Örebroregionen samt Västsvenska regionen. Respektive regionalt nätverk sammanträder regelbundet och nationella nätverkskonferenser organiseras vartannat år. Eftersom det nationella nätverket för suicidprevention omfattar hela landet finns goda förutsättningar att samordna ett omfattande kvalitets- och utvecklingsarbete på lokal nivå.

Utredningen föreslår att NASP fördelar resurserna på de sex regionala nätverken. Val av lämpliga fördelningskriterier ska ske i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting. NASP ska även samverka med Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen.

Varje enskilt nätverk ska nyttja medlen till att stimulera och stärka det lokalt självmordsförebyggande arbetet genom att:

- tillsammans med kommunerna utveckla en handlingsplan för hur självmord kan förebyggas på ett långsiktigt och systematiskt sätt tillika organisation för att genomföra densamma. En regional handlingsplan kan kompletteras lokalt, för en eller flera samarbetande kommuner
- hjälpa och stödja kommunerna att involvera den ideella sektorn i det lokalt självmordsförebyggande arbetet och att tillsammans med intresseorganisationer skapa förutsättningar för kontakt mellan befolkningen och personer med erfarenhet av psykisk sjukdom enligt face-to-face-metoden. I detta sammanhang kan Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH, som är ett nätverk av patient-, brukar- och anhängigorganisationer inom det

psykiatriska området spela en central roll. De organisationer som ingår i NSPH är genom sin trovärdighet, kunskap och erfarenhet viktiga aktörer i kontakten med allmänheten. De har även informations- och studiematerial som med fördel kan användas i arbetet. Andra centrala aktörer i sammanhanget är studieförbunden som kan sprida både information och kunskap. Framför allt bör deras pedagogiska kunskap tillvaratas genom studiecirklar och organisering av samtalsgrupper och nätverk

- hjälpa och stödja kommunerna att bilda formella intersektoriella arbetsgrupper s.k. suicidteam. Dessa suicidteam kan följa kunskapsutvecklingen inom området och stödja kunskapsförmedlingen genom att arrangera/hålla föreläsningar, seminarier och ge handledning samt successivt förslå förbättrade rutiner för det lokala självmordspreventiva arbetet. Ett bra exempel på ett lokalt suicidteam vid akut krislösning vid självmordsförsök är den s.k. Jönköpingsmodellen²
- ta fram förslag på förebyggande insatser och att hjälpa kommuner med att omvandla idéer och förslag till konkreta projekt.

Slutligen föreslår utredningen att NASP får i uppdrag att följa utvecklingen och årligen till regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer redovisa hur resurserna har fördelats och hur det regionala och lokala självmordsförebyggande arbetet fortskrider och utvecklas.

Implementering av Första hjälpen i psykisk hälsa i hela landet

I det fall pilotstudien faller väl ut och utvärderingen visar positiva resultat föreslår utredningen att NASP även får i uppdrag att via det nationella nätverket för suicidprevention implementera kursen i hela landet. Kursen ska benämnas Första hjälpen i psykisk hälsa. Eftersom det nationella nätverket för suicidprevention omfattar hela landet borgar det för en effektiv och snabb spridning av Första hjälpen i psykisk hälsa.

² Jönköpingsmodellen är en modell för samverkan mellan polis, sjukvård, SOS Alarm och Räddningstjänsten vid hot om självmord. Modellen belyser larmplaner, ansvarsfördelning och samarbetsformer mellan dessa aktörer.

Utredningen föreslår att NASP tilldelas resurser under 5 år att fördela på de sex regionala nätverken. Val av lämpliga fördelningskriterier ska ske i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting. Varje enskilt nätverk ska nyttja medlen till att stödja de i regionen ingående kommunerna att utarbeta och genomföra en lokalt anpassad strategi för hur man ska sprida och genomföra kurser i Första hjälpen i psykisk hälsa. Målsättningen är att varje enskild kommun efter fem år har integrerat kursen Första hjälpen i aktuella reguljära verksamheter.

Vidare föreslår utredningen att NASP tillförs resurser för att ta fram informationsmaterial om kursen Första hjälpen i psykiska hälsa och om dess innehåll samt sprida detta i befolkningen, i första hand till personer som i sitt yrke kommer i kontakt med självmordsnära personer (se ovan avsnitt Målgrupper). Spridning av informationsmaterial kan ske genom traditionella kanaler som studieförbund, fackliga organisationer och ideella organisationer, bibliotek och allmänna platser. Andra viktiga aktörer i sammanhanget är Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen liksom andra nationella aktörer som Sveriges Kommuner och Landsting och NSPH samt universitet och olika intresseföreningar. Förutom att identifiera lämpliga distributörer för trycksaker är det angeläget att säkerställa att informationen finns tillgänglig på alla viktiga självmordsförebyggande aktörers respektive webbplatser.

Slutligen föreslår utredningen att NASP får i uppdrag att årligen till regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer redovisa hur resurserna har fördelats och hur implementeringen av Första hjälpen i psykisk hälsa fortskrider.

4 Ekonomiska konsekvenser

Det bör uppmärksammas att nedan redovisade ekonomiska beräkningar är baserade på genomsnittliga kostnader och därför ska betraktas som preliminära.

Pilotförsök för att testa Mental Health First Aid Training and Research Program (MHFA)

Den totala kostnaden för ett pilotförsök med MHFA beräknas uppgå till högst 5 miljoner kronor (utbildning av instruktörer, material, projektledning i 15 månader samt utvärdering av kurser och effektutvärdering).

En första vecka för att introducera kursen och utbilda en grupp huvudinstruktörer, som i nästa fas kan utbilda fler instruktörer beräknas kosta cirka 250 000 kronor eller 330 000 kronor, det senare inklusive 20 procent overheadkostnader.

Översättning och anpassning av kursmaterial, broschyrer, PowerPoint presentationer etc. beräknas till cirka 75 000 kronor. Till detta kommer tryckning av handboken, cirka 50 000 kronor. Totalt cirka 138 000 kronor inklusive 10 procent overheadkostnader.

En instruktörskurs skulle under optimala förhållanden och med begränsade kringkostnader kunna genomföras för cirka 26 000–36 000 kronor per kurs. I flera länder tar man betalt för denna utbildning omkring 15 000–20 000 kronor per deltagare. I ett pilotförsök är det emellertid inte rimligt. Tre utbildningar i pilot länet skulle inklusive 10 procent påslag för overheadkostnader skulle kosta cirka 109 000 kronor.

En kurs för särskilt angelägna målgrupper, och i förlängningen även andra personer som vill lära sig MHFA, kostar under optimala förhållanden cirka 17 000–20 000 kronor. Vid ett deltagarantal på

20 personer per kurs skulle kostnaden att utbilda cirka 1 000 personer i pilot länet uppgå till cirka 900 000 kronor.

Merkostnader hos arbetsgivare för förlorad arbetstid eller hos kursdeltagare för förlorad arbetsinkomst, om kursen inte sker inom ramen för arbetet, är inte medräknade. Utredningen gör emellertid bedömningen att dessa kostnader, i vart fall i någon del, skulle kunna ingå under pilotprojektet för att projektet snabbt ska kunna komma igång. T.ex. skulle ersättning kunna utgå för utbildningen av huvudinstruktörer (15 personer) i en vecka och 3 instruktörskurser (3 x 15 personer) till en kostnad på uppskattningsvis 500 000–600 000 kronor.

Tabell 4.1 Kostnader i samband med introduktionen av MHFA och utbildning av huvudinstruktörer

Kostnad för:	Australiensiska dollar	Svenska kronor
Flygresor: 2 personer t.o.r		30 000
Hotell: 2 personer, 6 nätter		15 000
Arvode huvudinstruktörer	20 000	137 200
Instruktörsmaterial	800	5 500
Elektroniska kopior av utbildningsmaterialet	2 000	13 720
Totalt		201 820

Dessutom tillkommer en engångskostnad för att översätta och anpassa första hjälpen manualen, instruktörsmanualen och undervisningsmaterialet på ungefär 75 000 kronor. Budgeten baseras på priser våren år 2010. Om 15 huvudinstruktörer utbildas innebär budgeten en kostnad per huvudinstruktör motsvarande 18 455 kronor inklusive översättningskostnad. Man bör även räkna med vissa overheadkostnader i samband med att introduktionsutbildningen planeras och genomförs. Overheadkostnaderna kan röra sig mellan 10–40 procent.

Tabell 4.2 Kostnader för att genomföra en instruktörskurs i Sverige (15 personer)

Kostnad för	Svenska kronor
Huvudinstruktörsarvode 4 dagar, 500 kr/tim (inkl LKP)	16 000
Lokalhyra ca 150 kr/tim 24 tim	3 600
Resor för instruktörer, 100 km x 4 (50 km = verksamhetsområde), 30, 50 kr/mil	1 220
Utbildningsmaterial, instruktörsmanual, presentationer m.m. 500 kr per deltagare	7 500
Kringkostnad (ev. pausförtäring, liknande)	5 000
Totalt	33 320

Kostnaden per utbildad instruktör skulle således uppgå till cirka 2 200 kronor.

Observera att vissa overhead kostnader på övriga poster, utöver den LKP som ovan ingår i arvodet, kan tillkomma.

Tabell 4.3 Kostnader för att genomföra en kurs för angelägna målgrupper i Sverige (15–20 personer)

Kostnad för:	Svenska kronor
Instruktörsarvode 3 tim x 4, 500 kr/tim (inkl LKP) + förberedelsestid 2 timmar/kurs	7 000
Lokalhyra ca 150 kr/tim 12 tim	1 800
Resor för instruktörer, 100 km x 4 (50 km = verksamhetsområde), 30,50 kr/mil	1 220
MHFA-manual, 20 st. á 120 kr	2 400
Kringkostnad (pausförtäring, liknande)	5 500
Totalt	17 920

Kostnad per kursdeltagare är för 20 deltagare 896 kronor/person, för 15 deltagare 1 195 kronor/person + eventuella overheadkostnader. Prisunderlaget är det samma som ovan. Flera poster är osäkra. I många fall kan lokalkostnaderna tänkas vara lägre om kursen t.ex. ges på arbetsplatser där det finns sammanträdesrum eller för skolpersonal i befintliga lärosalar. Posten resor kan i stället vara väsentligt högre om instruktörer måste hämtas längre ifrån och övernattningskostnader tillkommer. Manualen kan göras billigare eller dyrare bero-

ende på vilken papperskvalitet/färgsättning etc. man vill ha på den. Även här tillkommer vissa overheadkostnader.

Projektledning

Vidare tillkommer kostnader för två heltidstjänster (en projektledare och en projektassistent) under pilotförsökets fas 1 och 2 – cirka 15 månader. Lönekostnaderna beräknas uppgå till omkring 1 400 kronor (inkl LKP). Till detta tillkommer overheadkostnader (datorer, arbetsrum, material m.m.) som man brukar räkna med mellan 10-40 procent.

Förvaltning av medel

Utredningen föreslår ovan att NASP får ansvaret för planering och genomförande av pilotprojektet i samråd med myndigheter som redan har kärnuppdrag på området liksom med SKL som kan bidra med sin kunskap när det gäller fördelning av medel både mellan regioner och mellan kommuner. Inget hindrar att en statlig myndighet med hög administrativ kompetens och administrativa resurser t.ex. Folkhälsoinstitutet, håller i den övergripande ekonomiska redovisningen och att NASP rekviderar medel och redovisar till myndigheten.

Utvärdering av pilotprojektet

Kostnaderna för utvärderingarna bedöms till 1 747 550 kronor.

Tabell 4.4 Kostnaden för utvärdering enligt den Australiensiska modellen av kurserna

Kostnad	Svenska kronor
Distribution av formulär	200 000
Datainmatning	75 000
Bearbetning	75 000
Rapportskrivning	75 000
Kvalitativ studie	150 000
Overheadkostnader 30 %	172 500
Totalt	747 500

I tillägg till ovanstående utvärderingen genomförs för ett urval av deltagarna i pilotprojektet en randomiserad kontrollerad studie i form av en väntelistestudie med en uppföljning sex månader efter avslutad kurs. Denna studie syftar till att undersöka insatsens effektivitet med avseende på kursdeltagarnas attityder, kunskaper och framför allt förmåga att bistå människor med psykiska problem. Beräknad kostnad för denna del av utvärderingen är cirka 1 miljon kronor.

På liknande sett som ovan, kan CEPI som föreslås få ansvar för utvärderingarna, rekvirera medel från den myndighet som ansvarar för övergripande redovisning till regeringen.

Stimulansmedel för att stärka och utveckla det lokalt självmordsförebyggande arbetet

Den totala kostnaden för att stärka och utveckla det lokalt självmordsförebyggande arbetet uppgår till 66 miljoner kronor. Lönekostnader för två heltidstjänster (en projektledare och en projektassistent) per regionalt nätverk under sammanlagt fem år beräknas uppgå till omkring 1 200 000 kronor (inkl LKP). Till detta tillkommer overheadkostnader (datorer, arbetsrum, material m.m.) som man brukar räkna med mellan 10-40 procent. Informationsmaterial, sammankomster och seminarier för kommuner m.m. beräknas uppgå till 1 miljon kronor per region.

Förvaltning av medel

Se ovan under pilotprojektet.

Implementering av Första hjälpen i psykisk hälsa i hela landet

Den totala kostnaden för implementering av Första hjälpen i psykisk hälsa i hela landet under 5 år uppgår till 370 miljoner kronor. Av dessa avser 36 miljoner kronor projektledning, 26 miljoner kronor avser utbildning av huvudinstruktörer, 32 miljoner kronor utbildning av instruktörer och 270 miljoner kronor avser kurser för allmänhet och särskilt angelägna grupper samt 6 miljoner kronor för framtagande och tryckning samt spridning av informations-

material. I det fall NASP tilldelas stimulansmedel för att stärka och utveckla det lokalt förebyggande arbetet kan kostnader för projektledning räknas bort.

I kalkylen ingår inte ersättning för förlorad arbetstid/inkomst utan det förutsätts att kursen genomförs på arbetstid via arbetsgivaren som ställer arbetstiden till förfogande.

Huvudinstruktörer

Fördelning av medlen sker enligt principen att respektive nätverk erhåller medel för att utbilda 4 huvudinstruktör i varje kommun undantaget Göteborg och Malmö som får medel för 8 huvudinstruktörer och Stockholm som erhåller medel för 16 huvudinstruktörer. Regionerna kan själva bedöma den interna fördelning mellan kommunerna och omfördela. I detta skall NASP samarbeta med SKL. Kostnaden per huvudinstruktör är 18 455 kronor, vilket innebär med omfattning enligt ovan, en kostnad på 22 220 kronor. Med ett tillägg på 20 procent overheadkostnader blir kostnaden totalt cirka 26 miljoner kronor.

Instruktörer

Vidare föreslår utredningen att medel anslås för att, under en 5 års period, utbilda 30–60 instruktörer inom särskilt angelägna yrkesgrupper. Antalet instruktörer per kommun är beroende av antalet kommuninvånare. Kostnaden per instruktör rör sig om cirka 2 200 kronor. Med i genomsnitt 45 instruktörer per kommun skulle kostnaden bli 29 304 kronor för hela landet. Med 10 procent overheadkostnader, 32 204 kronor.

Kurser

Därtill föreslår utredningen att medel avsätts under en femårsperiod som stimulansbidrag till kommunerna/regionerna för kurser riktade till särskilt angelägna yrkesgrupper, frivilligorganisationer och allmänhet. Om man räknar med att utbilda i snitt 1 000 personer per kommun, med möjlighet även här att omfördela efter behov mellan olika kommuner i regionen och mellan regioner, skulle kost-

naden för hela landet uppgå till 270 miljoner kronor + eventuella overheadkostnader.

Förvaltning av medel

Se ovan under pilotprojektet.

Referenser

- Ajzen, L (1988). *Attitudes, Personality and Behavior*. Stony Stratford: Open University Press
- Ajzen, L., Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes*. Englewoods Cliffs: Prentice Hall, Inc
- Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser, Lunds universitet. (2010). *Psyisk ohälsa – attityder, kunskap, beteende. En befolkningsundersökning 2009*
- Corrigan, P. (2004). *How stigma interferes with mental health care*. *American Psychologist*, 59, 614-625
- Couture S., M. Penn, D., L. (2003). *Interpersonal contact and the stigma of mental illness: a review of the literature*. *Journal of Mental Health*, 12, 291-305 2006.
- Eagly, A., Chaiken, S. (1993). *The Psychology of Attitudes*. Orlando: Hartcourt Brace
- Ekeland, T-J., Bergem, R. (2006). *The negotiation of identity among young people with mental illness in rural communities*. *Community Mental Health Journal*, 42,225-232.
- Handisam, A 2009:7. *Förändra attityder. Program för att öka kunskapen om psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning*
- Heiskanen, T., Salonen, K., Kitchener, B., Jorm, A. (2006). *Handbok i psykiska första hjälpen*. Österbottenprojektet, Föreningen för Mental Hälsa i Finland, Vasa, Finland
- Hinshaw, P., S. (2007). *The mark of shame. Stigma of mental illness and an agenda for change*. Oxford: University Press
- Karolinska institutets folkhälsoakademi. (2009). *Självordsförsök i Stockholms län och Sverige – 1987-2007*
- Karolinska institutets folkhälsoakademi. (2009). *Självord i Stockholms län och Sverige – 1987-2007*
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. (2009). *Samverkan mellan polis, sjukvård, SOS Alarm och räddningstjänst vid hot om suicid - ett exempel från Jönköpings län*

- Nationellt centrum för erfarenhetsåterföring från olyckor, Räddningsverket. (2004). *Suicid och samhällsekonomiska kostnader*
Prop. 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*
Prop. 2007/08:11. *En förnyad folkhälsopolitik*
Skr. 2008/09:185. *En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning*
- Snyder, M., Kendzierski, D. (1982). *Acting on ones attitudes: Procedures for linking attitude and behavior*. Journal of Experimental Social Psychology, 18, 165-83.
- Socialstyrelsen. (2003). *Vård av självmordsnära patienter – en kunskapsöversikt*
- Socialstyrelsen. (2006). *Förslag till nationellt program för suicidprevention – strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevehälsan*
- Statens folkhälsoinstitut (2004). *Regeringsuppdrag om hälsoinformation och hälsokommunikation. Slutrapport*
- Statens folkhälsoinstitut. (2006). *Sjukdomsbördan i Sverige och dess riskfaktorer. Svensk tillämpning av WHO:s "DALY-metod" för beräkning av sjukdomsbörda och riskfaktorer*
- Östman, M. (2006). *Forskning kring stigma*. Hämtat från http://www.socialpsykiatrisktforum.nu/svensk_forskning_om_stigma.html.



Beslut vid regeringssammanträde den 3 september 2009

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare ska klargöra och analysera förutsättningarna för att inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område utveckla och förbättra händelseanalyser av inträffade självmord.

Utredaren ska ge förslag på hur de nya kunskaper som framkommer genom händelseanalyser kan föras över till regional eller lokal nivå med syfte att dessa kunskaper ska kunna komma till praktisk användning i det självmordspreventiva arbetet.

Utredaren ska i arbetet säkerställa att de förslag som ges särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

Bakgrund

Riksdagen framförde i ett tillkännagivande från den 27 april 2005 om det självmordspreventiva arbetet (bet. 2004/05:SoU 11, rskr. 2004/05:218) att ett nationellt program för självmordsprevention bör tas fram. I juli samma år gav regeringen Statens folkhälsoinstitut (FHI) och Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag på befolkningsinriktade åtgärder liksom åtgärder riktade till huvudmännen för hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården och elevhälsa. FHI och Socialstyrelsen redovisade uppdraget i december 2006, Förslag till ett nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärder. Efter att myndigheternas förslag remitterats behandlades förslaget i propositionen En förnyad folkhälsopolitik (prop. 2007/08:110) som regeringen överlämnade till riksdagen den 13 mars 2008. I propositionen redogjorde regeringen för sin avsikt att tillsätta en utredare som ska analysera förutsättningarna för att skapa en

nationell funktion för händelseanalyser och gemensamma utredningar vid självmord.

Problembeskrivning och behovet av utredning

Det finns geografiska skillnader i landet. I Sverige har det totala antalet självmord minskat med cirka 30 procent under perioden 1970–2003. Trots detta begår i genomsnitt 4 personer varje dag självmord i Sverige. I en genomsnittlig kommun med 50 000 invånare inträffar i genomsnitt 9 självmord per år. Självmord är den vanligaste dödsorsaken bland män under 35 år. Det är också den huvudsakliga orsaken till för tidig död bland personer med psykisk störning. Avsiktligt självdestruktiva handlingar drabbar i större utsträckning socioekonomiskt utsatta grupper. En fjärdedel av alla självmord begås av människor som är 65 år eller äldre. Självmordsförsöken bland unga kvinnor tenderar att öka och antalet självmord bland unga vuxna (15–24 år) har varit relativt konstant sedan början av 70-talet. Den positiva trenden med ett minskat antal självmord uppvisas dock inte i den yngre åldersgruppen.

Det stora antalet självmord och självmordsförsök liksom de samhällsekonomiska kostnaderna och det psykiska lidande detta medför, innebär att suicidalitet, dvs. självmordstankar, självmordsförsök och självmord, utgör ett stort samhällsproblem.

Självmord går att förebygga

Ett effektivt självmordsförebyggande arbete grundar sig på insikten att självmord och självmordsförsök går att förebygga. En viktig förutsättning är emellertid att de självmordsförebyggande åtgärderna samordnas inom och mellan samhällets olika verksamhetsområden såsom förebyggande hälsovård, sjukvård, socialtjänst, kriminalvården, barnomsorg och skola samt äldreomsorg och högre utbildningar. För att förebygga självmord krävs ett brett sektorsövergripande samarbete och samverkan mellan lokala, regionala och nationella aktörer.

Själv mord – det sista steget i en process där flera faktorer samverkar

Själv mordet är det sista steget i en längre eller kortare tids process, där biologiska, sociala, psykologiska och existentiella faktorer samverkar. En självdestruktiv handling utlöses hos en sårbar individ först när flera riskfaktorer anhopas samtidigt som individen helt saknar stöd eller upplever att stödet från omgivningen är otillräckligt.

Händelseanalyser – ett förebyggande verktyg

Sedan länge bedrivs ett framgångsrikt skadepreventivt arbete i Sverige. De faktorer som bidrar till att skador till följd av olycksfall inträffar analyseras rutinmässigt. Den kunskap som analyserna ger används sedan i det förebyggande arbetet. Exempelvis bedriver Vägverket sedan flera år ett systematiskt kvalitetsarbete i form av att genomföra djupstudier av alla dödsfall som sker genom olyckor i vägtrafiken. Djupstudierna ligger till grund för praktiska säkerhetsåtgärder som genomförs på vägar och fordon samt via regleringar. Samma synsätt – att man behöver analysera händelseförlopp och dra lärdomar av detta – finns även inom det självmordsförebyggande arbetet.

Händelseanalyser bygger på ett *systemtänkande* dvs. en insikt om att negativa händelser och tillbud kan orsakas av exempelvis brister i rutiner, arbetsmiljö, bemanning, ledarskap och organisation. Bristande kommunikation mellan och inom verksamheter, enheter och olika yrkeskategorier är ytterligare en viktig orsak till skador och risker. Åtgärderna fokuseras på att minska risken för självmord på grund av brister i tillgänglighet, rutiner, försumlighet eller otillräckliga kunskaper.

Lex Maria

Inom hälso- och sjukvårdens område finns sedan 2006 en ordning för händelseanalyser av självmord (Lex Maria, 6 kap. 4 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område). I 4 kap. 2 § i Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:5) om anmälan av missförhållanden i omsorger om äldre och funktionshindrade enligt 71 a § socialtjänstlagen (1980:620), (SOSFS 2005:8) anges att vård-

givaren ska anmäla alla självmord som inträffat under pågående vård eller inom fyra veckor efter vårdkontakt. Anmälningsskyldigheten innebär att alla självmord som inträffat i anslutning till vården ska följas av en genomgripande dokumenterad intern utredning, dvs. en händelseanalys av vad som hänt, varför det har hänt samt hur upprepning av händelsen kan förhindras.

Anmälningarna registreras i en separat databas för att Socialstyrelsen ska kunna analysera dem systematiskt och på sammantagen nationell nivå. På så vis kan Socialstyrelsen återföra slutsatserna till vårdgivarna så att analysresultatet kan användas i det självmordsförebyggande arbetet. Erfarenheterna från de granskade fallen kan tas till vara och således användas för att ytterligare kunna stärka patientsäkerheten och därmed höja vårdens kvalitet.

Lex Sarah

Inom socialtjänstens område finns ett förfarande om anmälningsskyldighet när det är fråga om allvarliga missförhållanden inom omsorgen (Lex Sarah, 14 kap. 2 § socialtjänstlagen). Något systematiskt händelseanalysarbete avseende självmord är inte reglerat inom ramen för Lex Sarah. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tillämpningen av 14 kap. 2 § SoL (SOSFS 2008:10) innehåller inte heller någon bestämmelse som motsvarar den som finns i 4 kap. 2 § SOSFS 2005:8. När det gäller brister i omsorgen som leder till självmord kan anmälningsskyldigheten enligt Lex Sarah även omfatta självmord.

Andra närliggande lagar och utredningsförslag

Den mest omfattande verksamheten vid de rättsmedicinska avdelningarna är undersökningar av avlidna på uppdrag av polis- eller åklagarmyndigheter. Sådana undersökningar görs oftast vid olycksfall med dödlig utgång, när en tidigare frisk person påträffats död och alltid vid misstanke om våldsbrott och vid självmord. Avsikten med undersökningen är inte bara att fastställa dödsorsaken och döds sättet utan också att om möjligt få fram annan information som kan vara viktig som t.ex. hur skador har uppkommit, tidpunkten för dödsfallet eller orsaken till olycksfallet. Vidare genomförs bland annat psykosociala utredningar av självmord.

Utredningar avseende barn som avlidit till följd av brott ska klarlägga samtliga förhållanden som har inneburit att det avlidna barnet har varit i behov av skydd och vilka åtgärder som vidtagits eller kunnat vidtas för att skydda barnet. Utredningsskyldigheten regleras i lagen (2007:606) om utredningar avseende barn som avlidit i anledning av brott (LuB), som trädde i kraft 1 januari 2008 (prop. 2006/07:108). Socialstyrelsen är ansvarig utredningsmyndighet.

Nationellt nätverk för suicidprevention

Verksamheten vid Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska institutet och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) omfattar fyra huvudområden: forskning och utveckling av självmordspreventiva metoder, epidemiologisk bevakning, undervisning och information samt en expertfunktion. NASP initierade 1997 ett nationellt nätverk för suicidprevention med avsikten att göra självmordsprevention till en integrerad del av svenskt folkhälsoarbete. I dag finns i varje hälso- och sjukvårdsregion ett regionalt självmordspreventivt nätverk bestående av expertis från hälso- och sjukvården, kommunerna, frivilliga medarbetare och andra berörda. Representanter för anhörigföreningen SPES – Riksförbundet för Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd ingår i samtliga regionala nätverk.

Behov av breddad händelseanalys vid självmord

Enligt Socialstyrelsens rapport Självmord 2006, anmälda enligt Lex Maria, kan antalet anmälningar uppskattas till ca 400 personer per år, dvs. ungefär en tredjedel av det totala antalet personer som årligen begår självmord. Under 2006 hade 70–90 procent av dem som begår självmord haft kontakt med hälso- och sjukvården under de senaste sex månaderna före händelsen. Under 2004 begick 1 154 personer självmord, varav 60 procent hade haft kontakt med vården under det senaste året och 40 procent under den senaste månaden.

I dagsläget utreds mindre än hälften av det totala antalet självmord. För att förstå och kunna förebygga självmord behövs en bred analys av händelseförloppet. I dag handlar analyserna oftast

enbart om omständigheter i vården. En kartläggning som innefattar de övriga samhällsaktörerna täcks inte in i den händelseanalys som görs i samband med anmälan enligt Lex Maria. Det finns därför ett behov av att undersöka förutsättningarna att bredda händelseanalysen vid självmord till att även omfatta andra sektorer än hälso och sjukvården.

För att bredare händelseanalyser vid självmord ska vara möjliga kan den som ansvarar för utredningen behöva sammanställa uppgifter från flera myndigheter, främst mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utgångspunkten ska då vara att endast de uppgifter som bedöms som absolut nödvändiga ska få sammanställas och att utredaren i detta sammanhang särskilt ska överväga om nyttan av tillgången av dessa uppgifter står i relation till det integritetsintrång som användningen av uppgifterna kan medföra. Vid sådan informationsöverföring kan sekretessbestämmelserna liksom behovet av uppgiftsskyldighet (liksom den som finns i LuB) behöva utredas.

Uppdraget

Utredaren ska klargöra och analysera förutsättningarna att inom hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens område utveckla och förbättra händelseanalyser av inträffade självmord. För att en sådan händelseanalys ska ge så bra underlag som möjligt krävs att de som utför analyser använder sig av samma och tillförlitliga metoder.

Utvecklingen av befintliga händelseanalyser vid självmord kan hjälpa alla inblandade att förstå vad som hänt. Såväl närstående som personal från vård och socialtjänst och andra aktörer på regional och lokal nivå såsom kriminalvården, barnomsorg och skola samt äldrevård och högre utbildningar får en gemensam bild. Utredaren ska därför även utreda och lämna förslag på hur man kan föra över de nya kunskaper som framkommer till relevanta verksamheter eller aktörer på regional eller lokal nivå med syfte att dessa kunskaper ska kunna komma till praktisk användning i det självmordspreventiva arbetet. I detta arbete ska utredaren beakta det arbete som bedrivs av det nationella nätverket för suicidprevention.

Utredaren ska i arbetet säkerställa att de förslag som ges särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

Utgångspunkter för utredaren

Utredaren ska samråda med berörda myndigheter, lokala aktörer och organisationer, exempelvis Socialstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Statens folkhälsoinstitut, Sveriges Kommuner och Lands-ting, Datainspektionen, Ungdomsstyrelsen, Barnombudsmannen, NASP samt ”paraplyorganisationen” SamArbete för Människor i Sorg (SAMS). Utredaren ska i sitt arbete ta till vara internationella kunskaper och erfarenheter inom området. Konventionen om barnets rättigheter och dess grundläggande principer ska utgöra en utgångspunkt i arbetet. Arbetet ska även ha ett jämställdhetsperspektiv.

Regeringen har den 18 december 2008 givit NASP i uppdrag att kartlägga det självmordsförebyggande arbetet, som utförs av övriga samhällsaktörer än de inom hälso- och sjukvården. Främst avses här regionala och lokala myndigheter. Resultaten ska fortlöpande redovisas till utredaren. NASP ska redovisa kartläggningen senast den 30 november 2009 till Socialdepartementet.

Redovisning av uppdraget

All statistik ska vara könsuppdelad om det inte finns särskilda skäl mot detta. Utredaren ska beräkna de ekonomiska konsekvenserna av de förslag som läggs fram. Om förslagen innebär kostnadsökningar för stat respektive landsting och kommun ska utredaren föreslå hur dessa ska finansieras enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474). Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2010.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2010

Kronologisk förteckning

1. Lätt att göra rätt
– om förmedling av brottsskadestånd. Ju.
2. Ett samlat insolvensförfarande – förslag till ny lag. Ju.
3. Metria – förutsättningar för att ombilda division Metria vid Lantmäteriet till ett statligt ägt aktiebolag. M.
4. Allmänna handlingar i elektronisk form – offentlighet och integritet. Ju.
5. Skolgång för alla barn. U.
6. Kunskapslägesrapport på kärnavfallsområdet 2010
– utmaningar för slutförvarsprogrammet. M.
7. Aktiva åtgärder för att främja lika rättigheter och möjligheter – ett systematiskt målinriktat arbete på tre samhällsområden. IJ.
8. En myndighet för havs- och vattenmiljö. M.
9. Den framtida organisationen för vissa fiskefrågor. Jo.
10. Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i historia. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. U.
11. Spela samman – en ny modell för statens stöd till regional kulturverksamhet. Ku.
12. I samspel med musiklivet – en ny nationell plattform för musiken. Ku.
- 13 Upphandling på försvars- och säkerhetsområdet. Fi.
14. Partsinsyn enligt rättegångsbalken. Ju.
15. Kriminella grupperingar – motverka rekrytering och underlätta avhopp. Ju.
16. Sverige för nyanlända. Värden, välfärdsstat, vardagsliv. IJ.
17. Prissatt vatten? M.
18. En reformerad budgetlag. Fi.
19. Lärning – en bro mellan skola och arbetsliv. U.
20. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt – från strategi till handling för e-förvaltning. Fi.
21. Bättre marknad för tjänstehundar. Jo.
22. Krigets Lagar – centrala dokument om folkrätten under väpnad konflikt, neutralitet, ockupation och fredsinsatser. Fö.
23. Tredje sjösäkerhetspaketet. Klassdirektivet, Klassförordningen, Olycksutredningsdirektivet, IMO:s olycksutredningskod. N.
24. Avtalad upphovsrätt. Ju.
25. Viss översyn av verksamhet och organisation på informations säkerhetsområdet. Fö.
26. Flyttningsbidrag och unionsrätten. A.
27. Gemensamt ansvar och gränsöverstigande samarbete inom transportforskningen. N.
28. Vändpunkt Sverige – ett ökat intresse för matematik, naturvetenskap, teknik och IKT. U.
29. En ny förvaltningslag. Ju.
30. Tredje inre marknadspaketet för el och naturgas. Fortsatt europeisk harmonisering. N.
31. Första hjälpen i psykisk hälsa. S.

Statens offentliga utredningar 2010

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Lätt att göra rätt
– om förmedling av brottskadestånd. [1]
Ett samlat insolvensförfarande – förslag till ny lag. [2]
Allmänna handlingar i elektronisk form
– offentlighet och integritet. [4]
Partsinsyn enligt rättegångsbalken. [14]
Kriminella grupperingar – motverka rekrytering och underlätta avhopp. [15]
Avtalad upphovsrätt. [24]
En ny förvaltningslag. [29]

Försvarsdepartementet

- Krigets Lagar – centrala dokument om folk-rätten under väpnad konflikt, neutralitet, ockupation och fredsinsatser. [22]
Viss översyn av verksamhet och organisation på informationssäkerhetsområdet. [25]

Socialdepartementet

- Första hjälpen i psykisk hälsa. [31]

Finansdepartementet

- Upphandling på försvars- och säkerhetsområdet. [13]
En reformerad budgetlag. [18]
Så enkelt som möjligt för så många som möjligt – från strategi till handling för e-förvaltning. [20]

Utbildningsdepartementet

- Skolgång för alla barn. [5]
Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i historia. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. [10]
Lärling – en bro mellan skola och arbetsliv. [19]
Vändpunkt Sverige – ett ökat intresse för matematik, naturvetenskap, teknik och IKT. [28]

Jordbruksdepartementet

- Den framtida organisationen för vissa fiskefrågor. [9]
Bättre marknad för tjänstehundar. [21]

Miljödepartementet

- Metria – förutsättningar för att ombilda division Metria vid Lantmäteriet till ett statligt ägt aktiebolag. [3]
Kunskapslägesrapport på kärnavfallsområdet 2010 – utmaningar för slutförvarsprogrammet. [6]
En myndighet för havs- och vattenmiljö. [8]
Prissatt vatten? [17]

Näringsdepartementet

- Tredje sjösäkerhetspaketet. Klassdirektivet, Klassförordningen, Olycksutredningsdirektivet, IMO:s olycksutredningskod. [23]
Gemensamt ansvar och gränsöverstigande samarbete inom transportforskningen. [27]
Tredje inre marknadspaketet för el och naturgas. Fortsatt europeisk harmonisering. [30]

Integrations- och jämställdhetsdepartementet

- Aktiva åtgärder för att främja lika rättigheter och möjligheter – ett systematiskt målinriktat arbete på tre samhällsområden. [7]
Sverige för nyanlända. Värden, välfärdsstat, vardagsliv. [16]

Kulturdepartementet

- Spela samman – en ny modell för statens stöd till regional kulturverksamhet. [11]
I samspel med musiklivet – en ny nationell plattform för musiken. [12]

Arbetsmarknadsdepartementet

- Flyttningsbidrag och unionsrätten. [26]