

”Oj, det hade jag aldrig trott om dig. Kan du  
vara deprimerad?”

– Ett examensarbete om mäns självmord

**Göteborgs Universitet**  
**JMG, Institutionen för journalistik, medier och kommunikation**

Martin Pettersson och Henrik Thörling  
Examensarbete i journalistik 22,5 hp, vt 2010  
Handledare: Torsten Malmström

## Innehållsförteckning

Inledning:.....	3
Halvvägs till döden – och tillbaka .....	4
Flera orsaker till männens självmord .....	7
Att vinna kampen mot ångest .....	10
Halv miljard till självmordsprevention .....	14
Löftet till en död vän .....	16
Tvångsvård kan motverka sitt syfte.....	19
Analys .....	21
METODRAPPORT .....	22

## **Inledning:**

Få handlingar har varit så tabubelagda genom historien som självmordet. Från den kristna kyrkans fördömande till vårt moderna, sekulariserade och dödsförnekande samhälle har självmördarens namn viskats mellan de efterlevande. I vår tid viskas det mindre. På 2000-talet fyller våra största tidningar helsidor om kända svenskar som tagit sina liv. Men inte bara kändisar begår självmord – nästan 1 500 människor tar sina liv varje år i Sverige. Av dessa är över 1 000 män. Nyligen beslutade riksdagen att införa en nollvision för självmord och nu föreslår en utredning att en halv miljard ska satsas på utbildningar i självmordsprevention. Om åtgärderna kommer att hjälpa männen är en öppen fråga. Tidigare satsningar har visat sig effektiva – men bara för kvinnor. Så frågan kvarstår: varför tar männen livet av sig i större utsträckning än kvinnor?

# Halvvägs till döden – och tillbaka

**För sju år sen gjorde Simon Eidorson, 31, sitt första försök att begå självmord. Åren därefter prövar han två gånger till. Trots tre självmordsförsök har Simon idag kunnat lägga sitt gamla liv bakom sig. Istället känner han sig som en ny människa och vill dela med sig av sina mörka år.**

Det är våren 2003. I centrala Örebro står Simon Eidorson i sin hyreslägenhet på tredje våningen och stirrar på gångvägen sju meter nedanför. Han vill inte leva längre. Lösningen är gatstenen. Genom att kasta sig ut från fönstret och landa mot den hårda stenen ska han slippa leva. Simon hoppar. Men fallet blir inte dödande. Istället kan han två veckor senare vandra ut från Universitetssjukhuset i Örebro för egna ben. Han känner sig pånyttfödd.

– En gammal kollega sa att ”Simon du borde flytta din födelsedag för du föddes för fan då”. Det var i slutet av april. Nu fyller jag visserligen 13 april så det var inte jättstor skillnad, skrattar Simon.

Efter fallet på sju meter har Simon nio frakturer över hela kroppen. I nacken, revbenen, skulderbladen och fötterna. Det tar bara två veckors behandling för dem att läka så bra att Simon kan gå igen. Men de psykiska sårerna lämnas obehandlade. En psykiatriker tar ett kort snack med Simon den första dagen på sjukhuset när Simon ligger i sin sjuksäng. Närvarande är en sjuksköterska och en nära anhörig. Miljön gör att Simon väljer att inte öppna sig. Istället försöker Simon signalera till psykiatrikern att han vill ha ett enskilt samtal med honom. Men något sådant samtal blir aldrig av. Dagen därpå tar läkaren tjänsteledigt, och någon annan psykiatriker träffar inte Simon innan han skrivs ut.

Redan 2000 hade Simon börjat känna sig deprimerad. Med hjälp av antidepressiv medicin tog han sig ur depressionen den gången. Men de kommande åren skiftar han mellan att vara nere och att vara lite mindre nere. Under hela perioden väljer Simon att inte berätta för någon hur han egentligen mår. Han resonerar att det är hans problem och att det är han själv som sitter på lösningen. Med distans till det hela inser han att han inte kunde haft mer fel.

– Jag borde ställt som krav att om inte jag får snacka med någon så kommer det här mönstret att upprepa sig. I efterhand kan jag ju säga att där borde jag agerat annorlunda men jag hade inte den insikten eller den självkänndomen som jag har idag.

Idag märks inga spår efter den mörka perioden i Simons liv. Han ser pigg ut, med uppmärksamma ögon. För dagen är han klädd i en svar skjorta med grå väst över. Avsaknaden av hår på huvudet vägs upp av ett vältrimmat skägg.

– Folk kan bli väldigt förvånade, berättar han. ”Oj, det hade jag aldrig trott om dig. Kan du vara deprimerad?”

Men deprimerad har han varit. Pånyttfödelsen Simon kände när han vandrade iväg från Universitetssjukhuset i Örebro sjukhus efter sitt första självmordsförsök går snart över. Han sjunker återigen ner i mörka tankar. Han känner en livsleda och tror inte på sina förutsättningar i livet. Djupt deprimerad bestämmer han sig för att göra ett nytt försök. På Internet läser han på om olika sätt att

ta livet sig. Han väljer att leda in avgaser i bilen för att förgifta sig. Simon känner sig varm när ångorna börjar gå in i kroppen.

– Men sen började jag ironiskt nog tänka på bilen. Hur går det med bilen? Så jag avbröt det. Men då var jag nog ändå för långt nere i min depression för att ha den där riktiga handlingskraften. Så jag åkte hem och bara sov.

Experter är överens om att när människor är som djupast deprimerade orkar de inte ta sina liv. De saknar den handlingskraft som krävs för att planera och genomföra ett självmord. Det är i skedet precis i gränsen till depressionsbotten som risken är som störst. Antingen när man är på väg att nå botten eller när man är på väg uppåt.

Efter att för andra gången försökt ta sitt liv får Simon hjälp. Efter påtryckningar från hans nära anhöriga går Simon med på att söka hjälp. De vet inte om hans självmordsförsök, men de märker att han är djupt deprimerad. Simon träffar en läkare från primärvården och får antidepressiva utskrivna. Sedan sker inget mer. Han känner sig besviken på sin kontakt med vården och upplever att han bara är ytterligare en person på en produktionslina av benbrott, magsår och förkylningar.

Men kontakten med primärvården är inte helt bortkastad. Det går inte snabbt, men tack vare primärvården får han kontakt med en kurator, som i sin tur skickar Simon vidare till psykiatrin. Till slut får Simon träffa en överläkare som sätter igång en långsiktig behandling för honom. Men det är fortfarande bara psykofarmaka som ska hålla honom vid liv. Simon erbjuds inga samtal eller andra komplement. Medicinen visar sig ha jobbiga bieffekter. Simon får mag- och tarmproblem. Och det är psykofarmakan som kommer vara en stor del i hans sista försök att ta livet av sig.

Återigen är det vår. Två år har gått sen Simon gjorde sitt första självmordsförsök. Han känner sig visserligen inte deprimerad. Men han känner en enorm livsleda. Saker och ting har inte blivit som han tänkt sig. Efter att ha vikarierat som lärare bestämmer han sig för att börja läsa på lärarprogrammet på Örebro universitet. Men den akademiska världen blir en chock. Inget av det som Simon lärt sig under sin tid som lärarvikarie tillämpas på universitetet. Han märker snabbt att hans värderingar skiljer sig avsevärt från vad som lärs ut på lärarprogrammet. Han inser att han inte längre vill bli lärare och det uppvaknandet tar honom hårt.

– Det kändes som att få mattan undanryckt under fötterna.

En kväll åker Simon hem till sin bästa vän. Tillsammans ser de på film och spelar X-box. Simon beskriver det som en jätteskön kväll. När han kommer hem fattar han ett beslut.

– Jag kommer hem och tycker, ”vilket bra avslut, jag har haft en riktigt schön kväll”. Jag vill sluta på topp.

Simon tar tjugo gånger den dagliga dosen av medicinen som ska hjälpa honom att hålla sig borta från självmordstankar. Han har läst på och vet att en sådan dos kommer slå ut hans lever och leda till döden. Simons räddning blir att dosen är för stor. Efter en stund börjar han spy upp tabletterna och komma till sans igen. Oroligt börjar han tänka på Ukrainas president som efter en förgiftning fick sitt ansikte förstört. Han ringer sjukvårdsupplysningen och förklarar vad han gjort. De säger åt honom att

han bör söka vård. Han undrar om de tänker skicka en ambulans. Men sjukvårdsupplysningen bedömer inte Simons tillstånd som akut. Istället skickar de en sjukvårdstransport.

Efter en stund kommer det en taxi som kör Simon till akuten. Där bedöms hans tillstånd som mycket akut och hjälpen sätts genast igång. Simon får stanna på intensivvårdsavdelningen i några dagar tills hans levervärden börjar stabiliseras igen. Därefter förflyttas han till den psykiatriska avdelningen. Han blir kvar en vecka och känner att han verkligen får tid att landa. Han har ett långt samtal med överläkaren. Simon tycker kontakten med överläkaren är bra, och de beslutar att han ska fortsätta med psykofarmaka tillsammans med regelbundna samtal.

Året efter flyttar Simon till Norge. Han förlorar kontakten med överläkaren i Örebro, men lovar honom att söka en kontakt i Norge om medicinen inte räcker till. Under Simon tid i Norge pendlar hans tillstånd upp och ner. Till en början självmedicinerar han med psykofarmaka. Men till slut tröttnar han på att ständigt ha magsmärter. Istället tar han kontakt med den norska psykvården. Läkaren han träffar visar sig vara svensk, och i Simons tycke väldigt kompetent. Läkaren upprättar regelbundna samtal med Simon. Samtidigt arbetar Simon på ett behandlingshem för missbrukande ungdomar. Här lär han sig grunderna i kognitiv beteendeterapi. Med tiden lär sig Simon att själv kontrollera sina tankar och idag har han inte längre några självmordstankar. Men han är medveten om sin bakgrund och att tankarna kan återkomma.

– Jag ser det som att risken finns där, men jag har en helt annan livssyn och värderingsgrund som gör att risken minimeras. Men jag måste vara otroligt observant på hur jag förhåller mig till motgångar. Nu är det i stort sett noll procents risk att jag får självmordstankar igen, men det skulle kunna vara 90 procents risk beroende på andra faktorer.

Idag lever Simon tillsammans med sin sambo i Göteborg. Efter sitt första självmordsförsök började han skriva dikter för att kanalisera sina känslor. Idag har han släppt tre diktsamlingar på ett eget förlag. Stolt berättar han att en av hans egna stora förebilder, Björn Ranelid, tyckt så bra om den senaste samlingen att han erbjudit Simon ett mentorskap som ska starta i sommar.

För att hjälpa andra människor som befinner sig i samma situation som Simon varit tidigare har han nyligen börjat engagera sig i självmordsförebyggande arbete hos anhörignätverket Suicidprevention i Väst. Framst är det vården han är besviken på.

– Om jag på något sätt kan berätta min historia, få vården att bli lite självkritisk eller i alla fall komma in som ett debattinlägg så är det värt mödan om bara en person slipper uppleva det jag har gått igenom.

**Martin Pettersson**

# Flera orsaker till männens självmord

Våldsammare metoder, sämre kontakt med vården, mer missbruk och olika livsvillkor. Det finns inte en, utan flera olika anledningar till varför fler män än kvinnor begår självmord. Först när alla orsaker läggs samman går det att se förklaringar till varför fler män än kvinnor väljer att avsluta sina liv i förtid.

Varför människor begår självmord är en väldigt komplext fråga. Inte ens i enskilda fall går det oftast att hitta en ensam orsak till självmordet. Och det är likadant när man ser till männens (mannens, det manliga släktets) kollektiva (inte kollektiva) självmord.

En av skillnaderna är att män och kvinnor använder olika metoder för sina självmord. Gergö Hadlaczky är doktorand på NASP, Sveriges nationella forskningscentrum för självmord. Han har flera års erfarenhet i ämnet och pekar på att en av de tydligaste orsakerna är just att män och kvinnor använder olika tillvägagångssätt.

– Den största skillnaden är nog att kvinnor använder metoder som medför lägre sannolikhet att dö av t ex förgiftning, medan män oftast utför försöken med metoder där sannolikheten till dödsfall är högre, säger han.

Nästan varannan kvinna som tog livet av sig 2007 dog av förgiftning visar NASPs senaste rapport om självmord i landet. Bland män är det däremot vanligast med hängning. En metod med betydligt högre dödlighet än förgiftning. Den tydligaste skillnaden går att se när det kommer till självmord till följd av skjutning. 2007 sköt över hundra män sig till döds, medan bara en enda kvinna valde att avsluta sitt liv på detta sätt.

Orsaken till att män och kvinnor använder olika metoder är svår att besvara. Men Gergö Hadlaczky vill koppla det till kultur och sociala skillnader mellan män och kvinnor.

– Aggressivt beteende associeras i högre utsträckning med män jämfört med kvinnor. Därför är det kanske möjligt att det aggressiva beteendet gör att män är mer attraherade av de här våldsammare och dödligare metoderna.

Mäns mer aggressiva beteende märks även när det kommer till depressioner. En klar majoritet av alla som tar livet av sig lider av en depression. Men trots att män tar livet av sig i betydligt större utsträckning, (än kvinnor?) är de flesta med en diagnostiserad depression kvinnor.

På 1980-talet hade Gotland högst självmordstal i riket. Efter riktade åtgärder till primärvården där personalen utbildades i att känna igen och behandla deprimerade människor fick man ner självmordstalen till att bli lägst i landet. När man sedan utvärderade studien märkte man att det var kvinnorna som stått för hela minskningen. Männerna tog fortfarande livet av sig i lika stor utsträckning som tidigare. Mannen som ledde projektet var dåvarande överläkaren inom psykiatri, professor Wolfgang Rutz:

– Då vi tittade efter varför det är så, kom vi fram till att männen som fortfarande oförtrutet tog livet av sig på Gotland inte hade kontakt med vården, doktorerna eller psykiatri, berättar han.

Bland deprimerade män är det vanligt att man istället självmedicinerar med alkohol eller droger. Vilket gjorde att männen oftare hade kontakt med alkoholvård och sociala myndigheter, snarare än sjukvården. Där sågs de som missbrukare, och inte att missbruket kunde grunda sig i en depression.

Och de som hade kontakt med vården blev inte igenkända som deprimerade. Enligt Wolfgang Rutz är en av anledningarna till detta att mäns och kvinnors depressioner skiljer sig åt i sitt uttryckssätt.

– Männens depression är utåtagerande, den är ganska aggressiv och den är ganska pseudopsykopatisk, säger han.

Att männens depressioner inte känns igen och därmed blir obehandlade ser Wolfgang Rutz som en förklaring till män tar livet av sig i större utsträckning än kvinnor. Att fler kvinnor än män skulle vara deprimerade tror han inte på.

– Vi tror oss veta att kvinnorna är deprimerade dubbelt så ofta som männen, men det tror jag inte är sant. Det är helt paradoxalt i motsatsen till faktumet att det är tre gånger så många män som tar livet av sig samtidigt som vi vet att depression och suicidalitet hänger ihop.

Orsaker till att män inte söker vård är enligt Gergö Hadlaczky och Wolfgang Rutz kopplade till att det finns förväntningar på hur en man ska bete sig i samhället som gör att män väljer att inte erkänna sig deprimerade.

– Det finns en manskultur hos oss som gör att det är svårt att visa känslor. Det finns en form av machobeteende som består i att man håller sig kylig. Män struntar rätt ofta i sina egna känslor. Det finns en oförmåga att kunna ge uttryck för sina känslor, säger Wolfgang Rutz.

Och när deprimerade män söker vård är det vanligt att det är för andra åkommor.

– Män har en tendens att dölja sin depression och inte prata om den. Istället rapporterar de fysiska symptom, säger Gergö Hadlaczky.

Men det är inte bara vår kultur som bidrar till att män tar livet av sig i större utsträckning än kvinnor. Även biologiskt sett går det att se orsaker till männens överrepresentation. Forskning har visat att män och kvinnor har gener som reagerar olika på t ex stress. På NASP har forskare i ett projekt visat att självmordsbenägna, deprimerade män med en viss genetisk uppsättning är känsligare för stress än kvinnor, det vill säga även en låg stress upplevs som hög stress, vilket kan vara en av förklaringarna till att flera män än kvinnor tar livet av sig. Detta beroende på reaktioner hos gener kopplade till nervsystemet. Samma observationer gjordes inte hos kvinnor med samma symptom.

Gergö Hadlaczky vill dock poängtera att det här inte är gener som innebär att man automatiskt kommer ta livet av sig.

– Vad du ärver, eller vad du har i dina gener gör inte att du kommer ta livet av dig, men utsatt för en viss typ av stress har du kanske större risk att begå självmord jämfört med andra människor utsatta för samma typ av stress, förklarar han.



Skillnaden mellan män och kvinnor som tar livet av sig är lägst i tidiga åldrar. En förklaring till detta skulle, enligt Gergö Hadlaczky, kunna vara att det tar tid för män och kvinnor att finna sina sociala roller. Roller där män och kvinnor förväntas vara på olika sätt. Sätt som gör att män i högre grad tar livet av sig.

– Unga människor har kanske inte gått in i dessa roller i samma utsträckning som vuxna, eller också har kanske rollerna inte samma effekt på unga människor som på vuxna, säger han.

Sedan 1980 har självmorden i Sverige gått ner med 35 procent. Men under 2000-talet har självmordstalen varit i princip konstanta. Orsaken till minskningen tror Gergö Hadlaczky beror på en viss avstigmatisering i ämnet. Men för att få ner självmorden ytterligare krävs det ännu mer jobb för att framförallt bryta tabut och stigmatiseringen kring ämnet för att få människor att våga prata om det.

En av de viktigaste sakerna är att människor vågar be om hjälp när de har problem och att hjälpen är lättillgänglig, avslutar Gergö Hadlaczky.

**Martin Pettersson**

**Faktaruta:** NASP - Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa

\*Statens expertorgan för självmordsprevention.

\*Sedan 2007 inordnat under Karolinska Institutet.

\*Ska medverka till att varaktigt minska antalet självmord och självmordsförsök.

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

# Att vinna kampen mot ångest

**Under 15 år gjorde han allt för att dölja sitt svåra handikapp för omgivningen. Men en svår kris ställde Sonny Wählstedt inför ett ultimatum – sök hjälp eller ta ditt liv.**

Han sitter tillbakalutad i sin stol och strålar leende inne på sitt kontor på Suicidprevention i Väst. Föreningen, som håller till nära Järntorget i Göteborg, har bland annat kurser och utbildningar i hur självmord kan förhindras. Förutom arbetet som en av föreningens utbildare och koordinatörer, är Sonny även ordförande i Svenska Ångestsyndromsällskapet, ÅSS. Inget i tal eller kroppsspråk skvallrar om att den snart 50-årige och nästan två meter långa mannen i stolen för drygt tio år sedan inte klarat av ett möte med okända personer utan alkohol eller medicin i kroppen.

– Jag kunde inte vara social på en arbetsplats. Jag kunde inte sitta och fika. Jag tappade helt enkelt förmågan att fungera socialt.

Sonny har haft en lång resa för att komma hit där han sitter idag. I mitten av 80-talet anställdes han och tre jämnåriga samtidigt som lärare på en grundskola i Göteborg. Då var han politiskt aktiv, satt i flera styrelser och hade ett stort socialt nätverk. Dessutom var en dotter på väg. Men på den nya arbetsplatsen var stämningen allt annat än bra. En tidigare konflikt hade delat lärarna i två grupper. De fyra nyanställda lärarna förväntades välja sida.

– Man satt runt ett väldigt stort bord tre till fyra gånger om dagen på rasterna och fikade. Där var som en glasskiva, med ena kollegiet på ena halvan som varken hälsade eller pratade med dem på andra sidan.

Sonny och hans tre kolleger såg ingen anledning att ge sig in i konflikten, utan umgicks istället med varandra under rasterna. Men att inte ta ställning var att ställa sig utanför – vilket blev än mer tydligt när de tre kollegerna snart sade upp på grund av den dåliga stämningen. Själv stannade han kvar och tänkte att situationen säkert skulle bli bättre med tiden. Livet rullade ju på bra i övrigt. Men nu blev tillvaron på skolan ensam.

– Jag försökte ta mig in på bägge sidorna, men det gick inte. Jag kom varje dag till en arbetsplats där ingen hälsade eller pratade med mig på rasterna. Så där satt jag ensam. Och det gjorde något med min självbild.

Situationen pågick i nästan två år innan Sonny plötsligt vaknade upp en natt, badande i svett. Därefter kom den första panikattacken. Efter en tids sjukskrivning sökte han jobb på en annan skola – och till sin lycka fick han det. Men trots att han sett fram emot ett nytt arbete med nya arbetskamrater, blev redan första dagen en brutal påminnelse att åren på den tidigare arbetsplatsen lämnat spår inom honom.

– I samma ögonblick som jag går in i lärarrummet den första morgonen kommer nästa panikattack. Jag förstår att jag inte kan gå in där, utan vänder på klacken, går därifrån och åker hem.

Därefter började, enligt honom själv, "en lång 15-årig resa av tabletter och mediciner, men ingen psykologisk hjälp eller förklaring inom primärvården". Han får svårt att vistas ute bland människor. När han äter ute skakar han så mycket att besticken faller ur händerna. Bara att fika ihop med vänner och bekanta får hjärtat att banka som hos en långdistanslöpare och han får svårt att prata. I början överrumplades Sonny av hur snabbt han gick in i tillståndet.

– Det var som att kastas in i en skräckfilm. Som att sitta och titta på en skräckfilm man tycker är jävligt obehaglig, och så plötsligt är man mitt i den och det är verklighet.

Läkarna han träffade inom primärvården kunde inte förklara hans tillstånd. Och själv visste Sonny lite om hur vården fungerade. För honom fanns vårdcentral – nästa anhalt var slutna avdelning på Lillhagen.

– Jag hade jobbat extra där ett antal år innan och det hade jag känt redan då, att där vill jag aldrig hamna, inlåst mot min egen vilja och neddrogad.

De utskrivna medicinerna dämpade Sonnys fysiska reaktioner – svettningar, panikattacker, skakningar och så vidare – men inte tankarna som malde inom honom varje gång han umgicks med människor. Tankar som gjorde det svårt att koppla av och föra ett normalt samtal.

– De handlade mycket om jag behövde fylla på med alkohol eller medicin, var jag i så fall skulle göra det och hur jag skulle ljuga om jag behövde gå ut. Jag satt alltid på helspänn.

Då vänner och bekanta kom på besök såg Sonny alltid till att ha öppnade starköl i kylan eftersom han inte ville visa hur mycket mer han behövde dricka än de övriga i sällskapet.

– Jag gjorde mig alltid ärenden ut till köket med någon tallrik eller ett glas, eller för att hämta något. Då fanns en öppnad ölburk framme för att ingen skulle höra hur det började pysa. Så stälpte jag i mig en halv starköl och kunde gå tillbaka och sitta en halvtimme till, för att sedan gå ut igen.

Varje dag krävde nya strategier för att tackla vardagslivets många möten på postkontoret, bussen eller vid kassan i mataffären. Anspänningen tröttade ut honom, liksom en växande skam och skuld över sitt tillstånd.

– Jag är ju ändå 194 cm, hyfsat vältränad, har alltid sportat innan och så där. Så jag kände liksom ”hur kan jag vara så svag?”. Jag kunde inte få ihop det med min självbild och jag tyckte det var jävligt pinsamt helt enkelt.

Den bräckliga självbild gjorde att Sonny hade svårt att öppna sig och tala med andra om sina problem. Han tyckte att det kändes som att bli framställd som ett litet hjälplöst barn. När det kändes som mest hopplöst var tankarna på självmord inte långt borta.

– Emellanåt satt man där och funderade över sitt liv. Det är inte roligt att känna att du aldrig kan umgås med vänner och bekanta utan att vara mer eller mindre packad. Känslan väcks att det är meningslöst, att jag aldrig kommer bli frisk. Att jag är trött på att leva det här livet.

Metoden han bestämde sig för var att gasa ihjäl sig i sin bil genom att koppla en plastslang från avgasröret in till förarsätet. Det skulle bli en snabb och smärtfri död tänkte han sig. Förutom att köpa tillbehören som behövdes, hade han även valt ut en lämplig plats. Men ett nytt jobb blev en livlina från de svåraste självmordstankarna – ett jobb där han både kunde bemästra sin ångest och dölja den från omgivningen.

– Jag hade provat att köra buss tidigare, men tyvärr visade det sig att busschaufförerna fikar när de kommer till en ändhållplats. Så jag fick sluta. När en kompis till en kompis ringde och sade att de behövde folk på taxi i Mölndal tänkte att jag måste testa i alla fall. Den väsentligaste frågan för mig var ”hur fikar taxichaufförer?”.

I mån av tid och var de råkar befinna sig blev svaret. När någon ur taxikollegiet via högtalaren ropade ut att det var fikaträff på ett visst café, behövde Sonny bara köra åt andra hållet. Men taxiyrket

medförde även andra fördelar. Det visade sig att Sonny oftast kunde prata med sina kunder i bilen utan att känna ångest.

– Mina funderingar och bearbetningar av ångesttankar bröts av det faktum att jag var tvungen att uppmärksamma trafiken, vrida på ratten, växla och blinka. Därmed sjönk ångesten. Det förstod jag aldrig då. Jag var bara jävligt tacksam att det var så det var.

Långsamt började vardagssituationer fungera bättre för Sonny. Snart kunde han gå in på postkontoret utan att behöva vara först i kön för att slippa känna sig uttittad. Men framstegen försvann i ett svep när hans svägerska, som han stått nära sedan barndomen, fick en dödlig form av cancer och hamnade på hospice. Sonny besökte henne så ofta han kunde mellan taxikunderna. Fyra månader efter beskedet dog hon död. Och Sonnys värld föll samman – igen.

– Det kändes som det öppnades upp ett stort svart hål under fötterna. Jag föll tillbaka till samma nivå där jag var 15 år tidigare då jag var helt hjälplös och inte klarade av någonting. Jag kunde inte längre köra taxi. Då insåg jag att detta går inte längre.

Själv mordstankarna kom tillbaka med full styrka – men också en vilja att testa allt innan han tog det avgörande steget. Primärvården hade inte hjälpt, så en dag satte han sig med gula sidorna och ringde runt till samtliga terapeuter, psykologer och psykiatriker i Göteborgsområdet. Beskeden var nedslående, det skulle ta minst sex månader att få en samtalstid hos någon av dem. Under letandet hittade han av en slump en liten radannons där det stod "Ångestsyndromsällskapet i Göteborg". Ordsammansättningen såg konstig ut. Men han ringde dit.

– Nästa förmiddag var jag där. Och då hände det som inte hänt inom primärvården på 15 år, det vill säga det sitter en person på andra sidan som säger "Sonny berätta, hur är det för dig?".

Sonny berättade under nästan en hel timme. Och för första gången i sitt liv fick han höra talas om vad han led av – social fobi. Han rekommenderades att börja en kurs i att våga tala. Sonny kände sig skeptisk, men accepterade. Kursens 14 övriga deltagare hade precis samma problem som han själv – trots att han till en början vägrat tro det. Han såg inget fel på dem. Snart började han förstå att de inte kunde se något fel på honom heller.

– Jag tränade varje måndag kväll i tre timmar med den här gruppen under ett års tid. Sedan var jag frisk. Och då blev det en väldigt aha-upplevelse, "hur kunde det här gå till, och varför finns inte det här inom vården?".

Metoden som användes i kursen, kognitiv beteendeterapi, födde ett stort intresse hos Sonny. Efter att först själv jobbat under sju terminer som handledare för vuxna med social fobi, gick han en grundutbildning i kognitiv psykoterapi för att lära sig de teoretiska grunderna.

– Jag gråter inte över spilld mjölk utan kan bara konstatera att jag fick min sjukdom i en tid när kunskapen inom läkarkåren inte var speciellt hög. Nu är den bättre. Men å andra sidan har jag fått ett fantastiskt liv därefter.

**Henrik Thörling**

**Faktaruta 1: Suicidprevention i Väst**

\* Ett av sex fristående regionala nätverk i Sverige som verkar för att förhindra och förebygga självmord och självmordsförsök. Samordnas av Suicidpreventiva Centret, NASP, vid Karolinska Institutet i Stockholm.

\* Föreningen drivs ideellt och är religiöst och politiskt obunden. Verksamheten drivs genom försäljning av utbildningar, föreläsningar och projekt för bland annat kommuner, landsting och privata företag.

\* Verksamhetsområdet är Västra Götaland och Halland.

Källa: [www.suicidprev.com](http://www.suicidprev.com)

**Faktaruta 2: Svenska Ångestsyndromsällskapet/ÅSS**

\* Stödjer människor med ångestproblematik och informerar dem om vilka behandlingsformer som finns att tillgå.

\* Erbjuder sina medlemmar hjälp genom stödgrupper, öppet hus, telefonjour och föreläsningar.

\* Vill verka för en större förståelse för olika ångestsjukdomar inom sjukvården och ute i samhället.

\* Driver 18 lokalföreningar över hela Sverige, bland annat i Göteborg, Borås och Halmstad.

Källa: [www.angest.se](http://www.angest.se)

# Halv miljard till självmordsprevention

**En nollvision för självmord. En halv miljard i utbildningsinsatser i psykisk livräddning. Men inom den psykiatriska vården ifrågasätts nyttan av mer utbildning för att förhindra självmord när man saknar resurser för att driva själva verksamheten.**

I regeringens proposition *En förnyad folkhälsopolitik*, som antogs av riksdagen 2008, står: ”regeringen har som vision att ingen ska behöva ta sitt liv”. Bland propositionens nio strategier för att förhindra självmord omtalas behovet att höja människors kunskaper om och attityder till självmord. Utbildning och kunskapsspridning är också kärnan i Självmordspreventionsutredningens senaste delbetänkande, *Första hjälpen i psykisk hälsa*, från i maj i år.

– Idén är att försöka få till stånd en attitydförändring – inte bara genom utbildningen vi nu föreslår, utan också genom andra insatser regeringen initierat, säger utredaren och länsrådet Gun-Marie Pettersson.

Attitydförändringen handlar om att ge psykiska sjukdomar samma status som vanliga fysiska sjukdomar. Utbildningsmetoden som rekommenderas i delbetänkandet heter The Mental Health First Aid Training and Research Program (MHFA) och handlar om hur krissituationer, främst självmordsbeteende, kan bemötas. Efter ett pilotprojekt är utbildningen tänkt att genomföras i hela landet av NASP, Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa.

– Vi har alla i våra bekantskapskretsar folk som går omkring och funderar på att göra sig själv illa. Vi ska kunna se det och göra någonting åt det, på samma sätt som tanken är med liv- och lungräddning. När någonting händer ska man veta ungefär vad man ska göra, säger Gun-Marie Pettersson.

Jan Svedlund, verksamhetschef Psykiatri Sahlgrenska, är tveksam till om den utbildning som föreslås i utredningen har någon relevans för hans arbetsplats.

– När sådana här statliga satsningar görs menas ofta inte psykiatrin, utan den psykiska ohälsan. Det är mestadels primärvården som ska bättra sig, säger han.

Att primärvården ska lära sig ta hand om psykiskt sjuka på ett bättre sätt är bra tycker Jan Svedlund. Men att pengar satsas på psykisk ohälsa betyder inte att de kommer psykiatrin till del.

– Det finns en politisk retorik som säger att psykiatrin hela tiden tillförs pengar, eller snarare skall tillföras pengar, men det händer ju inte. När vi får någonting är det ofta pengar för att utbilda oss, men vad vi behöver är pengar för att driva vården bättre och erbjuda ett större utbud.

Arbetet att förhindra självmord är oerhört svårt menar Jan Svedlund. Självmordet är en process som pågår under en längre tid. På kort sikt kan vården ha en avgörande betydelse – men på längre sikt är det viktigaste hur väl patienten lyckas med sina livsföresatser. Att det ofta talas om psykiatris misslyckande när en självmordsbenägen patient efter flera behandlingsåtgärder tar sitt liv tycker Jan Svedlund är orimligt.

– Samma syn har man inte alls inom kroppssjukvården och jag tycker att det kan finnas en orättvisa i det, för vi hanterar svårt sjuka människor i båda fallen.

**Henrik Thörling**

**Faktaruta 1:** En förnyad folkhälsopolitik

- \* Folkhälsoproposition från regeringen, antogs av riksdagen 2008.
- \* Innehåller elva målområden som bland annat tar upp människors hälsa, motion, samhällsinflytande och ekonomiska förutsättningar.
- \* I propositionens åttonde kapitel presenteras en nollvision för självmord och nio strategier för att förhindra självmord på en nationell nivå.
- \* En av strategierna handlar om att ny forskning och information inom självmordsprevention ska nå ut till relevanta yrkesgrupper och övriga samhället.

Källa: En förnyad folkhälsopolitik, Proposition 2007/08:110

**Faktaruta 2:** Delbetänkande från Självmordspreventionsutredningen

- \* Utredningen tillsattes september 2009 för att bland annat förbättra analyser av inträffade självmord inom socialtjänst, hälso- och sjukvård.
- \* I ett delbetänkande publicerat maj 2010 föreslås att 441 miljoner ska anslås för självmordsprevention, främst i form av utbildningsinsatser.
- \* Enligt förslaget får NASP, Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa, vid Karolinska Institutet merparten av pengarna.
- \* NASP ska stödja kommuner i självmordpreventivt arbete samt utarbeta och hålla första hjälpenkurser i psykisk livräddning över hela landet under en femårsperiod.
- \* Utbildningens tänkta målgrupper är i första hand yrkesgrupper som dagligen kommer i kontakt med personer med psykisk ohälsa eller självmordsproblematik.

Källa: Första hjälpen i psykisk hälsa, SOU 2010:31

# Löftet till en död vän

**Patrick tog sitt liv efter flera års kamp mot sin bipolära sjukdom medan omgivningen och närmaste vännen Mikael Nabrink hjälplöst såg på. Som ett löfte till Patrick har han skrivit en bok om händelsen – och vården som svek.**

Mikael Nabrink står vid hörnet av den gamla ladugårdens tillbyggnad och samlar mod. Det är tidig morgon dagen före julafton år 2008 och han har nyss kört tre mil från sitt kontor i Näsinge till sin bästa väns föräldragård på Galtö, strax söder om Strömstad. Han hoppas hitta sin vän någonstans på gården. Han hoppas hitta honom vid liv.

Nu är det mitten av april 2010. Det är fredag och Strömstad Spa är full av rörelse med nyanlända och de som är på väg att checka ut. Välklädda gäster och konferensdeltagare, många norsktalande, tar för sig av lunchbuffén i hotellets restaurangdel. En del går ut i det klara aprilvädret med kaffekoppen och sätter sig vid den lilla båthamnens kajkant framför restaurangen.

Mikael Nabrink reser sig från fåtöljen vid incheckningsdisken och kommer fram och hälsar. Han är klädd i jeans och kort jacka. Han har ett mjukt, lite muntert, leende och ger sina 55 år till trots ett ungdomligt intryck. I ena handen håller han sin bok "Patrick" som han nyligen gett ut på eget förlag. Boken beskriver vad som hände hans vän för drygt ett år sedan.

– Vi träffades 1987. Det var intresset för motorsport som gjorde att det växte fram en djup vänskap, berättar Mikael en stund senare i ett av hotellets mindre konferensrum en trappa upp.

På den tiden arbetade Patrick som kypare och Mikael hade på allvar börjat satsa på sitt nya företag där han organiserade och marknadsförde motorsportevenemang. Mikael hade en bakgrund som tävlingsförare inom föregångaren till dagens STCC.

Patrick var mycket social, välbyggd och såg bra ut. Han hade lätt för att charma omgivningen. Mycket tack vare denna egenskap klättrade han i början av 2000-talet från försäljningsavdelningen till en vd-post inom ett IT-företag i Göteborg. Företaget gick bra och växte, och med det Patricks ansvar. Han hade goda datorkunskaperna, men hade stora kunskapsluckor inom ekonomi. Allt oftare fick han rådfråga sin vän Mikael, som tidigare arbetat på en bank, om beslut.

Om det var stressen som utlöste Patricks bipolära sjukdom är oklart. Klart är att sjukdomen bröt ut i form av en psykos i början av 2004. Då körde Patrick upp till Strömstad för att berätta för Mikael att han var Gud. Det skulle bli den första, men långtifrån sista, gången Mikael hamnade i sådana situationer.

– Det var många gånger som det utspelades de mest tokiga grejer när han var manisk. Det var bisarra saker. Och när han blev depressiv var det åt andra hållet – totalt nattsvart.

Efter några månader sjukskrev sig Patrick från arbetet och började ta mediciner. Han tydde sig allt mer till Mikael som plötsligt fick rollen som både vän och vårdare. Omgivningen, och Mikael själv, tyckte det var naturligt eftersom Mikael tidigare arbetat som kontaktperson åt utsatta personer inom sociala myndigheter och kriminalvården. Men inget kunde förbereda honom på de svårigheter han skulle ställas inför genom åren under vännens sjukdomsperiod där oberäkneliga utspel tillhörde vardagen.



– Jag var mitt uppe i en människas traumatiska liv där allt ansvar mer eller mindre lastades på mig. Jag blev satt i situationer där jag skulle fatta beslut som var långt utanför vad en god vän och lekman ska fatta.

En sådan situation var när Patrick under en av sina allt återkommande depressiva perioder stannade över i Mikael's sommarhus nära Strömstad i början av december 2008. Under ett telefonsamtal berättade Patrick för Mikael en kväll att han skrivit ett testamente och tänkte åka till Svinesundsbron för att hoppa. Det var inte första gången Patrick talat om att ta sitt liv på ett våldsamt sätt, men Mikael förstod att det var allvar den här gången och kontaktade polisen. Trots Patricks protester fick Mikael, tillsammans med tre polismän, med sig honom från sommarstugan till NÄL, Norra Älvsborgs Länssjukhus, i Trollhättan. Där tänkte Mikael att hans vän äntligen skulle få den vård han behövde: ny medicinering och regelbunden samtalsterapi.

Men det blev inte så.

– Patrick hamnade på fel avdelning, en psykosavdelning. Han upplevde själv att han bara var förvarad och under uppsikt, så att han inte skulle ta sitt liv. Och det är den uppfattningen vi alla har fått.

Under sin väns vistelse på den slutna psykiatriska avdelningen hade Mikael regelbunden kontakt med personalen. Men ingenting hände och Patrick blev allt mer frustrerad och besviken över att han inte fick den behandling han hoppats på. Efter åtta dagar skrevs han ut, och förväntades själv hålla fortsatt kontakt med vården. En orimlig förväntan från vårdens sida anser Mikael.

– Det funkar inte så. En person som drabbas av den här psykosjukdomen har inte den förmågan och driften, utan då är det lättare att ta sitt liv, för allting känns så ohyggligt hopplöst.

Patrick går nu in i ett mörker. Efter att ha vistats en tid i Mikael's sommarstuga igen, far Patrick söndagen 21 december 2008 till föräldragården på Galtö och stannar där över natten. Dagen efter ringer han Mikael och ber honom komma. Han berättar att han har ett skarpladdat gevär. När Mikael kommer ut till Galtö får han se att det inte är tomt prat. Patrick har fått tag på faderns jaktgevär och en näve patroner. Och han har åter skrivit ett testamente.

– I det läget var han helt bestämd över att ta sitt liv. Det var så, han hade bestämt sig. Och han kallade ut mig eftersom han hade lovat det.

Mikael inser att han är tvungen att hantera situationen ytterst försiktigt. Patrick är oberäknelig och om någon skulle blanda sig i, exempelvis hans far eller polisen, kan det sluta illa. Patrick berättar att han tänker skjuta sig vid gårdens gödselstack. Han får även Mikael att lova skriva en bok om honom för att hjälpa andra i hans situation. Mikael kan bara acceptera. Han kan inte göra annat än lämna Patrick i hopp om att krisen gått över till nästa dag. Att det då finns en chans att ta ifrån honom geväret. När Mikael kör tillbaka till sitt kontor är han starkt berörd av mötet med Patrick. Under kvällen snurrar oroliga tankar runt i hans huvud. Har han handlat rätt?

Morgonen därpå, dagen före julafton 2008, står Mikael vid hörnet av ladugårdens tillbyggnad på Galtö. In i det sista har han intalat sig att hans vän finns någonstans på föräldragården, i livet. När Mikael lutar sig framåt vid hörnet och ser ett par ben sticka ut intill gödselstacken, klamrar han sig fast vid tanken att Patrick bara lagt sig där för att sova. Men när han tar ett par försiktiga steg framåt möts han av en chockartad syn.

– Att se en av ens närmaste vänner... Tänk dig själv. Hela ansiktet var bortsprängt, alltså ingenting kvar. Det var en ohygglig syn.

Idag, mer än ett år efter händelsen och med boken "Patrick" nyligen utgiven, kan Mikael berätta sakligt om sin väns död. Ett av bokens uttalade syften är att väcka debatt om den svenska psykiatrin. Mikael känner ingen ilska över vården i sig, men en besvikelse över att det inte fanns resurser nog att rädda hans vän när han behövde det.

– Jag har förlorat en väldigt god vän. Det är inte bara Patrick som drabbades här. Det är jag, hans flickvän, hans son, hans pappa, släkt och vänner. Det är inte en människas tragedi, det är mångas.

**Henrik Thörling**

**Faktaruta:** Bipolär sjukdom

\* Kallades tidigare manodepressiv sjukdom och innebär svängningar mellan perioder av överaktivitet, mani, och depression.

\* Fem procent av befolkningen beräknas ha någon form av bipolär sjukdom.

\* Debuterar vanligtvis mellan puberteten och 25-årsåldern, men uppkommer även före och efter perioden.

\* Maniska perioder kan pågå från ett par dagar till flera månader. Depressiva perioder varar oftast längre och kan pågå i flera år.

\* Genom en kombination av medicinering och psykologiska behandlingsmetoder kan många idag leva med sjukdomen. Medicineringen är ofta livslång.

Källa: Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge

# Tvångsvård kan motverka sitt syfte

Varje år tvångsvårdas människor på grund av självmordsrisk. Men det finns en risk att patientens tilltro till vården skadas när lagen om psykiatrisk tvångsvård tillämpas. Det kan istället bero på att lagen används fel.

172 personer från Västra Götaland och Halland hamnade under årets första månader i öppen eller sluten tvångsvård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT. I 26 fall omnämndes självmordsrisk i domskälen. Av dessa var 17 kvinnor och nio män. Detta trots att personerna i de 172 fallen var hälften män och hälften kvinnor.

Även om urvalet i undersökningen är för litet för att med säkerhet fastställa att kvinnor oftare tvångsomhändertas för självmordsrisk än män, föreligger en klar procentuell skillnad menar Jan Svedlund, verksamhetschef på Psykiatri Sahlgrenska. Men vad denna könskillnad sedan beror på är han mer osäker på.

– Det kan vara missbruksrelaterat, där finns en manlig övervikt, om hjälplösheten beror på att man är svårt nere i missbruk så behöver inte det vara förenat med självmordsrisk och det kanske är en mera manlig orsak till tvångsvård.

Precis som med psykiatrisk tvångsvård finns det en lag för att tvångsvårda missbrukare. Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Under årets första fyra månader omhändertogs 50 människor med stöd av denna lag. 40 var män. I tolv av fallen omnämndes risken för självmord och av dessa var tio män.

Undersökningarna pekar på att det är vanligare att män med självmordsrisk missbrukar, medan fler kvinnor som omhändertas enligt LPT har en uttryckt självmordsrisk.

Jan Svedlund menar att risken för att ta sina liv är vanligt bland alla patienter som läggs in på en psykiatrisk avdelning. Men i de flesta fall ger patienten sitt samtycke till vård. För att någon ska tvångsvårdas för självmordsrisk måste det vara otvetydigt att det finns en hög risk att patienten kommer att ta livet av sig, men med patientens eget liv som insats tar sjukvården hellre det säkra före det osäkra.

– Vissa patienter spelar med sina liv som en rysk roulette, men i sjukvården försöker vi tänka att nu handlar det om vederbörandes liv och då tror jag hellre man faller än friar.

Sedan 2008 har riksdagen beslutat om en nollvision för självmord i Sverige. Men Jan Svedlund är inte säker på att det är något som hjälper människor med en självmordsrisk. Istället är han rädd för att det kan skrämja bort patienter från vården.

– Problemet med nollvisioner är att om man är för snabb med att utnyttja tvångsvård och inläggning så kan ju det försämra människans tilltro till vården.

Idén med LPT är att patienten efter behandling ska komma till insikt varför de tvångsomhändertogs och acceptera varför det skedde. Men om patienten inte kommer till den slutsatsen, utan känner sig felbedömd, tar det längre tid för honom eller henne att söka vård igen – om det alls sker.

Jan Beskow är psykiater och suicidforskare. Han anser att behovet av att vårdas med stöd av LPT är ett misslyckande. Istället hade dessa människor behövt hjälp tidigare.

– Det finns en tendens att de som kommer till psykiatrin på grund av suicidalitet, kommer dagen före självmordet. Och då är det väldigt svårt att hjälpa dem. Man bör fokusera mycket mer på tidiga stadier i den suicidala processen medan man fortfarande har stora möjligheter att hjälpa.

Men han ser ändå ett behov av att LPT finns. Problemet är en bristande kunskapsnivå inom psykiatrin, vilket gör att lagen tillämpas i onödan, och ibland felaktigt. Han menar att psykiatrin bör ta till sig de vinster som kognitiv psykoterapi har skapat när det kommer till att förebygga självmord. Tillsammans med en terapeut ska den självmordsbenägne patienten finna en lösning på problemet. Patienten ska stå för all kunskap om sig själv som terapeuten inte känner till. Terapeuten ska i sin tur bidra med sina teorier, tekniker och sin livserfarenhet.

– Då skulle antalet tvångsintagningar med all sannolikhet minska. Kärnan i suicidaliteten är ju att vara ensam, övergiven, isolerad. Lyfter man in honom igen i något som man gör tillsammans bryter man den här isoleringen, säger Jan Beskow.

**Martin Pettersson**

#### **Faktaruta 1:** Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)

- \* Tvångsvård ges enbart till patienter som lider av en allvarligt psykisk störning och som inte på frivillig väg accepterar nödvändig vård.
- \* Med "allvarlig psykisk störning" menas exempelvis hallucinationer, psykoser eller förvirring, men även depressioner där det finns självmordsrisk.
- \* Lagen syftar till att patienten så småningom ska medverka frivilligt och ta emot nödvändig vård.
- \* Kriterierna för tvångsvård är högt ställda och beslutet måste fattas av chefsöverläkaren vid den aktuella enheten.
- \* Chefsöverläkaren ansöker om öppen eller sluten vård hos förvaltningsrätten.

Källa: [www.riksdagen.se](http://www.riksdagen.se)

#### **Faktaruta 2:** Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

- \* Tvångsvård ges till missbrukare som till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga läsningsmedel anses vara i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och denne inte kan tillgodoses på annat sätt.
- \* Förutsättningar för tvångsvård är att missbrukaren utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, löper uppenbar risk att förstöra sitt liv eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller andra närstående.

Källa: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

# Analys

Det går inte att finna en enskild orsak till ett självmord. Det är alltid flera skäl till varför en människa tar livet av sig. På samma sätt går det inte att finna endast en förklaring till varför män begår självmord i högre utsträckning. Men klart är att deras dödligare metoder är en av de allra tydligaste skillnaderna och det vore enkelt att säga att det är just därför.

Då måste man fråga sig varför män använder andra sätt än kvinnor för att ta livet av sig. Tillgång är ett svar. Över 100 män, men bara en enda kvinna sköt ihjäl sig 2007. Förmodligen äger fler män än kvinnor ett skjutvapen. Men ett rep kan alla med lätthet få tag i. Så tillgången kan inte vara ett svar när man vill förklara varför män hänger sig i större omfattning.

Då får man istället försöka förklara det med sociala och kulturella skillnader mellan män och kvinnor. Även om vi går mot ett samhälle mer jämställt mellan könen, finns det idag fortfarande en mansbild som gör att män inte har styrkan att visa sig svaga. Istället finns det fortfarande en bild av att en "riktig man" ska vara stark och klara sig själv. Inte gnälla och må dåligt. Och om han mår dåligt är det inte i själen utan i kroppen. En klar majoritet av alla som tar livet av sig är deprimerade vid tillfället för självmordet. En klar majoritet av alla som vårdas för depressioner är kvinnor. Män självmedicinerar istället. Framst med alkohol. Och alkohol har en stark koppling till självmord, då många som tar livet av sig är alkoholpåverkade.

För de män som ändå söker sig till vården uppstår ytterligare problem. Deras depressioner känns inte igen. För till skillnad från kvinnor, gör människans depressioner dem aggressiva och utåtagerande. Och ser man inte att mannen är deprimerad behandlas han inte heller för det. Istället förblir depressionen obehandlad och kan leda till en för tidig död.

Sedan finns det uppenbarligen biologiska skillnader mellan män och kvinnor. Nyfödda människor är inte oskrivna blad. Vi har mer än ett visst utseende som vi ärvt från tidigare generationer. Generna vi får med oss kan påverka hur vi kommer att reagera på till exempel stress. Och om manliga gener gör att påverkan från stress kan öka risken för ett självmord är även det en förklaring.

Allt detta visar vårt arbete. Först när man ser alla dessa ingredienser tillsammans kan man få en hel bild av varför män tar livet av sig. Förhoppningsvis kan en halv miljard bidra till att färre människor begår självmord.

**Martin Pettersson**  
**Henrik Thörling**

# **METODRAPPORT**

”Oj, det hade jag aldrig trott om dig. Kan du vara deprimerad?”

– Ett examensarbete om mäns självmord

**Göteborgs Universitet**  
**JMG, Institutionen för journalistik, medier och kommunikation**

Martin Pettersson och Henrik Thörling  
Examensarbete i journalistik 22,5 hp, vt 2010  
Handledare: Torsten Malmström

## **I. Inledning**

Varje år tar omkring 1 500 svenskar livet av sig. Över 1 000 av dem var män. För varje kvinna som begår självmord går det 2,6 män. Det här examensarbetet handlar om dessa män.

Sedan slutet av 1970-talet har antalet självmord i Sverige minskat, men ser man över hela 1900-talet är vi tillbaka på samma nivåer som fanns på 1960-talet enligt Jan Beskow, professor och specialist i psykiatri och socialmedicin. Och självmord har inte minskat i lika stor utsträckning som dödsfall relaterat till olika sjukdomstillstånd. Förutom en stor samhällskostnad genom förlorad arbetsinkomst, förloras också ett värde som är svårare att omvandla till pengar: humanvärdet. Vänner, familj och arbetskamrater – varje självmordsfall sänder en chockvåg som träffar ett flertal personer. Hos en del försämras livskvaliteten en kort period, för andra handlar det om en försämring som varar hela livet ut.

Om män är den mest utsatta gruppen inom självmordsstatistiken, varför denna mediala tystnad? Är det bara "så det är"? Om inte, vems är misslyckandet? Är det samhället och de normerande könstillhörigheter vi har att rätta oss efter? Eller är det psykiatrin? Psykiatrin får utstå kritik i medierna när den brister i rutiner och skickar hem självmordsnära personer med en burk tabletter, utan nära uppföljning. Samtidigt är en majoritet av alla dem som söker psykiatrisk hjälp för depression kvinnor.

Det finns en paradoxal tystnad kring männens överrepresentation i självmordsstatistiken. Självmordsfall får allt oftare stort utrymme i svensk media, bland annat i samband med att kända svenskar tar sina liv. Det som tidigare var tabu har börjat luckras upp, och allt fler, både drabbade och experter inom området, har mer och mer velat öppna sig och diskutera självmord offentligt. Trots detta är det en vanlig föreställning att de flesta som dör i självmord är unga – och merparten av dem unga kvinnor. Det är sant, och i sig tragiskt, att vi idag ser ett allt ökande antal unga kvinnor som mår dåligt och skadar sig själva. Men den som tar livet av sig är ofta en medelålders eller äldre man.

Att det förhåller sig på det sättet är i sig värt att belysa. *Varför* det ser ut som det gör är värt att försöka besvara genom en närmare granskning.

## **II. Bakgrund**

Litteraturen över självmord, eller "suicid" som ämnet benämns inom forskningen, är omfattande. Om man tittar på den mer vetenskapliga delen ur bokfloran kan man framhålla böcker som Émile Durkheims sociologiska klassiker *Självmordet* som publicerades redan 1897. Genom en gedigen genomgång av den tidens statistik konstaterar han bland annat att faktorer som kön och social

positionering (fattig, rik, ensamstående eller gift) spelar in bland självmorden. Ett högt välstånd och fred betyder mindre, tvärtom visar hans arbete att fler tar livet av sig under fredstid än under krig<sup>1</sup>.

Idéhistorikern Arne Jarrick skildrar självmordet utifrån ett svenskt kulturhistoriskt perspektiv i sin bok *Hamlets fråga – en svensk självmordshistoria*<sup>2</sup>. Genom att undersöka källor (domstolsprotokoll) så långt tillbaka som till 1600-talet, och litterära och filosofiska tankegångar om självmordet, för han en existentiell diskussion om vad handlingen betydde för oss då och vad den betyder idag.

En mer handgriplig bok i ämnet är *Självmord och självmordsprevention*, redaktör Jan Beskow, professor, läkare och specialist i allmän psykiatri och socialmedicin. Boken innehåller ett antal kapitel författade av ett flertal svenska experter inom självmordsforskning och belyser ämnet ur en rad aspekter. En för suicidforskningen mer specialiserad forskningsavhandling, som griper in på examensarbetets ämnesval, står även den Jan Beskow för: *Suicide and Mental Disorder in Swedish Men*<sup>3</sup>. I avhandlingens studie har 271 självmord utförda av svenska män undersökts i syfte att bland annat undersöka sammanhanget mellan självmord och psykisk sjukdom. Resultaten visar att det finns en skillnad mellan männens självmord i stad och på landsbygd. Nästan fem gånger fler män i storstaden som begick självmord hade alkoholproblem i förhållande till männen boende på landsbygden.

Från männen till kvinnorna: avhandlingen *Suicide among Swedish Women – A Psychiatric and Epidemiologic study*<sup>4</sup> har fokus på 104 självmord bland kvinnor i Stockholm 1982. Fallen studeras genom en metod som kallas psykologisk obduktion – det vill säga författaren gör en retrospektiv undersökning av patientjournaler samt intervjuar anhöriga efter självmordet. Depressioner och olika krisreaktioner är det vanligaste bakomliggande skälet till kvinnornas självmord. Hela gruppen med de undersökta kvinnorna överkonsumerade vård. De gjorde även gruppen män som tog sina liv i Stockholm under samma period (159 personer) – men till skillnad från kvinnorna sökte männen oftare för kroppsliga symtom under de sista tio åren av sina liv. När kvinnorna sökte för kroppsliga symtom var det oftare endast under året som föregick självmordet<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Emile Durkheim, *Självmordet*, s 8 f.

<sup>2</sup> Nordstedts förlag 2000.

<sup>3</sup> Munksgaard Copenhagen 1979.

<sup>4</sup> Ulf Åsgård, Stockholm 1990.

<sup>5</sup> A.a., s 53f.



Ett nummer av *Socialmedicinsk tidskrift* från 2009 har som tema/titel *Suicidprevention och trygghet*<sup>6</sup>. I numret presenteras ny självmordsforskning, praktisk självmordsprevention och debattinlägg med norska och svenska bidrag. Betoningen ligger på suicidprevention och kan därför sägas rikta sig till föreningar och organisationer som arbetar och kommer i kontakt med utsatta människor dagligen.

*Suicide – The Hidden Side of Modernity*<sup>7</sup> av Christian Baudelot och Roger Establet är en fransk sociologisk studie som studerar självmordet ur ett globalt perspektiv. Sociologin, menar författarna, kommer aldrig att till fullo förstå orsaken till självmord - sambandet mellan människa och samhället är därtill för komplext<sup>8</sup>. Med Durkheims *Självmordet* som inspiration är den centrala utgångspunkten i boken förhållandet mellan tillväxt och rikedomar i ett land och landets självmordsstatistik<sup>9</sup>. Boken undersöker bland annat om fattigdom har en skyddande effekt vad gäller självmord; Indien och Kinas ekonomiska tillväxt mot slutet av 1900-talet ställs i relation till deras självmordsstatistik; England och Frankrikes utveckling under 1900-talet får egna kapitel; Oljekrisen och klass ställs i relation till självmord. Ett kapitel har fokus på kvinnorna och varför de globalt – Kina undantaget – tycks mer skyddade i samhället mot självmord. I ett avsnitt ur kapitlet, med underrubriken *Why don't more western women commit suicide?*, förs en diskussion om varför länder som uppnått större jämlikhet mellan könen (däribland Sverige) inte också fått ett mer "jämligt" förhållande vad gäller självmord<sup>10</sup>. Tvärtom har gapet mellan könen oftare ökat i de flesta länder, när det inte har stått still. I den yngre åldersgruppen, 14-25, har gapet mellan könen växt över hela världen<sup>11</sup>. Tolkningen författarna gör är att kvinnor är mindre utsatta för kriser och för fram ett intressant, om än otillräckligt underbyggt, förslag att kvinnornas konstanta underläge i ett samhälle vaccinerar dem mot livets hårdhet – de tvingas acceptera sakernas tillstånd. Männens fostras däremot till att lyckas och ifrågasätter därmed den egna identiteten i samband med nerskärningar och kriser. Kvinnor och män tycks även ha annorlunda attityder till arbete: kvinnor är mer intresserade av sitt jobb genom vad de gör på jobbet varje dag och personliga möten. Män är mer upptagna kring status inom hierarki och löner<sup>12</sup>.

Ett arbete som granskar mediernas förhållande till självmord är norskspråkiga *Fra tabu til Tema – Selvmord i mediene*<sup>13</sup>. Med utgångspunkt i de senaste årens öppenhet i medierna i samband med

---

<sup>6</sup> Redaktörer: Jan Beskow och Bo Runesson, 2009, årgång 86, häfte 4.

<sup>7</sup> Polity Press, 2008.

<sup>8</sup> A.a. s 9f.

<sup>9</sup> A.a. s 12.

<sup>10</sup> A.a. s 175f.

<sup>11</sup> A.a., s 176.

<sup>12</sup> A.a., s 177f.

<sup>13</sup> Reidun Kjelling Nybø, IJ-forlaget, 2007.

skriverier om självmordsfall, förs en etisk och pedagogisk diskussion om vad en journalist bör tänka på. Boken innehåller exempel och intervjuer med journalister och redaktörer. *Fra tabu till tema* citeras i Ann-Sofie Magnussons JMG-avhandling *Bilden av psykiatriområdet – Nyhetsrapportering i Rapport 1980-2006*<sup>14</sup>. Magnussons studie uppmärksammar att medierna har visat ett tilltagande intresse för psykiatriområdet under de 26 år som undersökningen grundar sig på. Skälet är en interaktion mellan samhälle och journalistiken, där frågan om psykiatri i högre grad politiserats – och därmed fått större nyhetsvärde. Vad beträffar självmord måste journalistiken ta hänsyn till å ena sidan risken för en smittoeffekt vid rapportering, å andra sidan behovet av att informera allmänheten för att därigenom frånta självmordet sin aura av tabu<sup>15</sup>.

Bland journalistiska publikationer är det värt att framhålla Pockettidningen R nummer 1 från 2006, *Inte bara Svullo – Om psykvårdens misslyckande*. Med utgångspunkt i Mikael, "Micke" alias Svullo, Dubois och Mickel Ljungbergs självmord innehåller numret en rad artiklar, dels med ett kritiskt perspektiv på den svenska psykiatri, dels med könsperspektiv på självmordsproblematiken i samband med bland annat skilsmässa, depression och klass. *Självmord*, av Jan Sprangers och Ylva Vestlund, är ett examensarbete från Journalisthögskolan i Göteborg som gjordes vårterminen 1984. Arbetet är till största delen uppbyggd kring intervjuer med "case" och dåvarande docent Jan Beskow.

En välskriven journalistisk reportagebok är Ingrid Carlbergs *Pillret*<sup>16</sup>. Boken är närmast uppbyggd som en kriminalroman där läsaren får följa verkliga fallbeskrivningar samt berättelser och historiska nedslag om antidepressiva läkemedel – hur de marknadsförts och vilka personerna är bakom dem. Den nya formen av antidepressiva läkemedel, de så kallade serotoninhämmande SSRI-preparaten, började få spridning under andra halvan av 1990-talet, och det var frestande att se ett samband mellan den uppåtgående kurvan för läkemedlets försäljning och en samtidig nedåtgående självmordskurva<sup>17</sup>. Läkemedelsföretagen var inte sena på att nappa på den tolkningen, men självmordskurvan hade redan börjat gå ner under början av 90-talet. Bevisen för att medicinerna inte inverkar på självmordtalen är dock även de svaga, varför det enda nöjaktiga svaret till dags dato är: ingen vet riktigt säkert.

*Patrick* av Strömstadsbon Mikael Nabrink<sup>18</sup> är en sann skildring av en väns sista tid i livet, bara ett par månader innan självmordet. Den 40-årige Patrick led av en bipolär sjukdom som brutit ut i samband med stressfylld arbetsituation. Diagnosen, i kombination med en dåligt fungerande medicinering, gjorde att Patrick alienerade många i sin omgivning. Mikael Nabrink fick därför axla rollen både som

---

<sup>14</sup> Litorapid Media AB, Göteborg 2010.

<sup>15</sup> A.a., s 95f.

<sup>16</sup> Nordstedts, Stockholm 2008.

<sup>17</sup> A.a., s 271f, 281.

<sup>18</sup> Minaks AB, 2010.

vårdare och psykolog åt sin vän. Berättelsen handlar om en psykiatrisk vård som inte fungerar och vanmakten i att se en nära väns undergång utan att kunna göra något åt det.

### **Artiklar: debatt och journalistik**

En stor del av medierapporteringen i dags- och etermedier under 2000-talet kring självmord kan delas in i tre huvudgrupper: kända personers självmord, artiklar med en kritisk udd mot psykiatrin och vården utifrån konkreta fall (nedskärningar, brist på fungerande rutiner etc.) samt artiklar som bygger på Socialstyrelsens sammanställningar av vårdens Lex Maria-anmälningar i samband med självmord (som infördes 2006).

I *Läkartidningen nr 42* från 2008 finns en längre artikel med en intervju med Helena Silfverhielm, medicinalråd vid Socialstyrelsen, som gjort sammanställningar av de Lex Maria-anmälningar vården sedan 2006 är skyldiga att göra i samband med att en patient begår självmord. Artikeln publicerades i anslutning till Socialstyrelsens första sammanställning som gjordes för hela 2006. I den fastslås bland annat att Socialstyrelsen och vårdgivarnas syn på brister i självmordsprevention skiljer sig åt i en tredjedel av de anmälda fallen.

Två specialister i allmänpsykiatri, Anders Albinsson och Bernard Willems, hävdar i en debattartikel i *Läkartidningen nr 10* från 2010 att alltför många självmordsriskbedömningar inom vården motverkar sitt syfte – istället kan det öka självmordsrisken. Författarna är starkt kritiska till den suicidstege<sup>19</sup> som används inom psykiatrin och som de menar är ovetenskaplig. Förutom att verktyget är alltför trubbigt och snarare förstärker och bevarar självmordstankar, resulterar det i ett system där patienten skickas vidare till nästa instans därför att den senaste vårdgivaren vill slippa risk för klander.

Självmord är inte enbart psykiatrins ansvar! Det tycker skribenten Lars Jacobsson, professor vid psykiatriska kliniken på Norrlands universitetssjukhus i *Läkartidningen nr 3* från 2010, med anledning av Socialstyrelsens första genomgång av Lex Maria-anmälningar vid självmord. Alltför stort ansvar och skuld läggs här på psykiatrin som, menar skribenten, inte borde vara ensam i arbetet för självmordsprevention. Kulturen, droger, sociala problem – problemen i samhället som påverkar självmordsbeteenden är många menar Lars Jacobsson.

En annan läkare som problematiserar Lex Maria-anmälningar i samband med självmord är Herman Holm, överläkare och områdeschef inom psykiatri på Universitetssjukhuset Mas i Malmö. I en debattartikel i *Läkartidningen Nr 28-29* från 2006 kritiserar han anmälningsplikten som han menar drar till sig ett massmedialt intresse som i sin tur kan leda till självmordssmitta. Han vill hellre se att anmälningar endast sker i de fall när det finns misstanke om att vården har brustit i rutinerna.

---

<sup>19</sup> Ett bedömningsverktyg uppbyggt av ett antal frågor som är tänkt att få en patient att börja tala om eventuella självmordstankar. Frågorna "klättrar" och blir allt direktare och allvarliga ju längre frågestunden pågår.

Regeringens folkhälsoproposition från 2008 står i skottgluggen i en debattartikel i *Läkartidningen nr 17* från 2009 signerad Herman Holm, psykiater, och Nils-Eric Sahlin, professor i medicinsk etik i Lund. De anser att propositionens nollvision för självmord missar målet och motverkar sitt syfte. Skribenterna argumenterar för att en nollvision skambelägger självmordet än mer, gör att fler med självmordsproblematik tvångsvårdas, att den rimmar dåligt med eutanasi samt sopar bort möjligheten att självmord trots allt kan begås av rent rationella skäl.

I *Läkartidningen nr 19* från samma år kommer ett svar, signerat av elva forskare verksamma inom psykiatri och självmordsprevention, däribland Danuta Wasserman och Jan Beskow. I huvudsak argumenterar de för att nollvisionen är ett "inriktningsmål" som tjänar till att starta igång flera processer som kan motverka självmorden i Sverige. De anser bland annat att en nollvision ger en signal till anhöriga att något görs, att tvångsvård inte i första hand följer med självmordspreventivt arbete samt att behandlingsbar psykisk störning föreligger vid 90 procent av självmorden – och de sista tio procenten som har rationella skäl bör åtminstone kunna erbjudas en alternativ lösning.

I DN:s artikelserie *Män gråter inte* från mars 2010 ingår tre artiklar<sup>20</sup> som samtliga berör manlig depression. I en av artiklarna berättar en anonymiserad man om sina aggressiva utbrott i samband med nedstämdhet och förtvivlan. Han tycker att psykiatrin aldrig tagit honom på allvar genom åren eller gett honom den hjälp han behövt. Två forskare bekräftar att manlig depression faller utanför mallen för hur en deprimerad person betar sig, det vill säga ledsen och passiv. Därför missas ofta en underliggande depression hos manliga vård sökande. Män som mår dåligt blir ofta aggressiva och utåtagerande, ökar sitt drickande och betar sig otrevligt. På Kolmårdens vårdcentral är man medveten om dessa skillnader mellan könen. Genom ett genusprojekt försöker man nu arbeta på ett sätt som syftar till att ge en jämlik vård. Vårdcentralen uppmärksammade hur de tidigare bemötte manliga och kvinnliga vård sökande samt vilken vård de gavs. Kvinnornas fick oftare frågor om sociala förhållanden och familjesituation, männen gavs i högre utsträckning psykofarmaka utan samtalsterapi.

*Var femte man utan nära vän*, är titeln på en artikel i SvD, publicerad andre maj 2005<sup>21</sup>. 20 procent av männen, omkring 800 000, saknar en nära vän enligt en undersökning gjord av SCB om svenskarnas levnadsförhållanden. Många män anger sin livspartner som närmaste vän. Enligt en etnolog "överinvesterar [män] i sitt emotionella beroende av kvinnor". Detta gör att männen går in i en kris vid skilsmässa eller partners dödsfall.

Artikeln *Självmord är vanligare bland äldre män*, ur tidskriften *Välfärd* 4/2009, är skriven av statistiksamordnare Henrik Nordin på Socialstyrelsen. Utifrån dödsorsaksregistret uppmärksammas det faktum att antalet självmord per 100 000 invånare är 40 procent högre bland män över 65 år, och tre gånger högre än hos kvinnor.

---

<sup>20</sup> *Mikael blev arg i stället för ledsen* och *Vården missar deprimerade män* av Isabella Iverus, båda artiklar publicerade 2010-03-01; *Att vara deprimerad ingår inte i mansrollen* av Isabella Iverus, publicerad 2010-03-02.

<sup>21</sup> Maria Carling, SvD 2005-05-02.

Äldre, depressioner och självmord är ämnet i artikeln *Deprimerade äldre får inte rätt behandling*, publicerad 2008<sup>22</sup>. 300-400 äldre (över 65 år) begår självmord varje år i Sverige. En fjärdedel av alla självmorden står de äldre männen för. Margda Waern, psykiatriker och docent vid Sahlgrenska akademien blir intervjuad. Hon berättar om sina forskningsresultat efter att han läst patientjournaler och intervjuat anhöriga till 85 personer över 65 år som begick självmord. Fyra av fem led av någon form av depression. En överläkare inom äldrepsykiatri som kommer till tals i artikeln menar att äldres depressioner får för stor förståelse, förbises eller underbehandlas inom vården.

## Artiklar: Vetenskapliga

På NASP:s (Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa) hemsida publiceras årligen ett 20-tal nyhetsbrev<sup>23</sup>. Förutom att ta upp aktualiteter såsom konferenser och dylikt, sammanfattar varje brev ett eller flera nya forskningsrön inom Suicid eller närliggande områden. Här kan man bland annat läsa om studier som visar att socialt kapital sammanfaller med lägre självmordsrisk och att den antidepressiva effekten av SSRI-preparat kan ifrågasättas.

Självmordsforskaren Danuta Wasserman skriver om självmord och stress i tidskriften *Incitament* från 2002<sup>24</sup>. Trots ett klart samband mellan psykisk sjukdom och självmord, medför inte sjukdomen i sig en högre dödlighet i självmord. Det är först när psykosocial stress och förlust av skyddsnet tillkommer som en person med psykisk sjukdom är som allra mest sårbar. Wasserman kommer också in på en rad andra områden inom självmordsforskningen: vilka aktiva signalsubstanser som finns i hjärnan hos den självmordsbenägne, huruvida självmordsbeteende är ärftligt, ungdomars självmordsbeteenden med mera.

Danuta Wasserman ligger bakom ytterligare en artikel. Den här gången i *Läkartidningen* från 2009<sup>25</sup>. Tillsammans med Ellenor Mittendorfer Rutz och Rigmor Stain, efterlyser hon en höjd kunskapsnivå inom hälso- och sjukvården när det gäller suicidprevention. Idag råder det en stor brist på suicidpreventiva studier. Författarna räknar upp olika metoder som används för att förhindra självmord, samt vilken bevisad effekt de olika metoderna har. I sin slutsats skriver de bland annat att preventiva åtgärder för män i medelåldern, den grupp som löper störst risk att ta livet av sig, måste

---

<sup>22</sup> DN 2008-10-01, Annika Larsson.

<sup>23</sup> Nyhetsbrev finns online på <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=28733&l=sy> (2010-05-11)

<sup>24</sup> *Suicid och Stress*, nr 1, 2002, s 31-34.

<sup>25</sup> *Läkartidningen* nr 21-22 2009 volym 106 sid 1480-1484

utvecklas. Författarna ger olika rekommendationer efter genomgången, t ex att det är viktigt att ta hänsyn till ålders- och könsskillnader när det gäller åtgärder för vårdsökande, diagnostik och behandlingsfrågor.

Överläkaren Göran Isacson på Affektiva mottagningen, Psykatri Sydväst i Stockholm, skriver ett debattsvar till ovanstående artikel i *Läkartidningen* nr 39 från samma år<sup>26</sup>. I sin artikel kritiserar han de tre författarnas artikel som han anser ger en missvisande bild av forskningsläget. Mer resurser borde läggas på behandlingen av depressionen eftersom det visat sig mest effektivt i att förebygga självmord. I anslutning till artikeln har Mittendorfer Rutz, Wasserman och Stain skrivit en replik där de menar att Göran Isacson har fel och att de vill se en bred och individualiserad satsning på självmordsförebyggande åtgärder.

I ett äldre nummer av tidskriften *Forskning och medicin*<sup>27</sup> finns en artikel om genusperspektiv. Artikelförfattaren Lisa Kirsebom skriver om könsskillnader inom medicinen. Hon intervjuar olika forskare som säger att den biologiska skillnaden mellan könen är obefintliga och att män och kvinnor borde få samma sorts vård. Det nämns bland annat att depression ses som en kvinnosjukdom och att antidepressiva läkemedel skrivs ut till dubbelt så många kvinnor som män, samtidigt som fler män begår självmord. Anne Hammarström, forskare i genusvetenskap på Umeå universitet, anser att det är samhällsvillkoren och bilden av hur män och kvinnor ska vara som är förklaringen till att män är överrepresenterade i självmordsstatistiken.

1994 skrevs en artikel av Hans Åkerberg, Mats Samuelsson och Marie Åberg som heter *Suicide in psychiatric care as seen by the survivors*<sup>28</sup>. Den bygger på djupintervjuer med anhöriga till människor som tagit livet i sig och fokuserar på kontakten med vården. De anhöriga är väldigt kritiska till vården, vilket författarna delvis knyter till att samtliga förlorat en anhörig. De anhörigas kritik är dock i mångt och mycket relevant, men det beror snarare på bristande kunskap i hur man ska handskas med självmordsnära människor, och inte någon medveten diskriminering.

I *Social Science & Medicine*<sup>29</sup> har forskarna vid Stockholms Universitet Yerko Rojas och Sten-Åke Stenberg undersökt självmord bland en utvald grupp män födda 1953 i Stockholm. Deras slutsatser är att det kan finnas en koppling mellan självmord och hur barndomen sett ut. Till exempel social

---

<sup>26</sup> *Läkartidningen* nr 39, 2009, volym 106, sid 2476-2477.

<sup>27</sup> <http://forskningochmedicin.vr.se/knappar/tidigarenummer/innehallnr12007/genusperspektivkangoraallatillvinnare.4.2d90e1b81116cee9c4e80002367.html>

<sup>28</sup> *Nord Psykiatr Tidsskr* 48/5, 1994, sid 360-367.

<sup>29</sup> *Social Science & Medicine* 70, 2010, sid 420-427.

isolering, svårigheter att integreras i skolan och ekonomisk fattigdom kan vara faktorer som spelar in vid självmord. Författarna avslutar med frågan om det skulle se likadant ut även för kvinnor. Forskningsstudier de nu efterlyser.

Keith Hawton har skrivit en artikel i *British Journal of Psychiatry*<sup>30</sup> som handlar om kön och suicid. I den skriver han att det finns studier som visar att män och kvinnor behöver behandlas olika för att förebygga självmord. Han vill se mer forskning i ämnet för att få en guide till vården om hur de ska gå tillväga när det rör sig om manlig och kvinnlig självmordsprevention.

Christopher Kilmartin skriver i *Journal of Men's Health and Gender*<sup>31</sup> om depressioner hos män. Han skriver att kvinnor diagnostiseras för depression dubbel ofta som män, medan det går fyra män på varje kvinna som tar livet av sig. Dessutom missbrukar män alkohol och droger åtminstone i dubbel så stor utsträckning som kvinnor, och begår 86 procent av alla våldsbrott. Detta skulle tyda på att mäns depressioner uttrycker sig på andra sätt än kvinnors och att man generellt är dåliga på att upptäcka mäns depressioner. Män är mer utagerande och döljer sin depression även för sig själva.

Wolfgang Rutz och Zoltan Rihmer skriver i *Journal of Men's Health and Gender*<sup>32</sup> om självmordsbeteende hos män. Psykisk ohälsa och stressrelaterad dödlighet är dominerande bland män. Förutom psykisk ohälsa är arbetslöshet, pensionering, vara singel och sjukfrånvarande dominerande orsakerna till mäns självmord. Män och kvinnor reagerar olika på stress. Män reagerar starkt på degradering inom hierarkin. 70-90 procent av alla självmord begås av någon som vid tillfället lider av en större depression. Ändå är kvinnor diagnostiserade deprimerade dubbelt så ofta som män. Däremot är självmordsförsök vanligare bland kvinnor. Detta menar författarna beror på att det är svårt att upptäcka manlig depression. Befolkningar med en stor del diagnostiserade deprimerade människor har mindre del av självmord än vice versa, detta ska bero på att diagnostiserade människor får hjälp med sin depression. Författarna ger tänkbara lösningar på att komma tillrätta med manlig depression och självmord. Försök hitta nya arenor för att nå de deprimerade män som inte söker någon hjälp, ge alternativ till mansbilden som idag innebär att män inte får visa sig svaga eller känslösa. Dessutom få till nya tjänster som är tillgängliga och accepterade av män som befinner sig i en icke diagnostiserad depression.

---

<sup>30</sup> *British Journal of Psychiatry* 2000, 177, sid 484-485.

<sup>31</sup> *Journal of Men's Health and Gender* vol. 2, nr 1, s 95-99, mars 2005.

<sup>32</sup> *Journal of Men's Health and Gender* Vol. 4, nr 4, s 393-401, December 2007.

## Rapporter, statliga utredningar och statistik

Enligt rapporten *Suicid och samhällsekonomiska kostnader* från NCO/Räddningsverket<sup>33</sup> är kostnaden för ett självmord respektive självmordsförsök omkring 18,7 respektive 3,1 miljoner kronor. Till de största utgiftsposterna hör produktionsbortfall, eftersom många drabbade har förvärvsarbete, och medicinska kostnader. Rapporten tar även upp humanvärdet som är svår att omvandla till kronor och ören. Det kan handla om det nedsatta livsvärdet för anhöriga runt omkring som drabbas av självmordet/självmordsförsöket.

Den norska rapporten *Suicide statistics in Norway, the Nordic and the Baltic Countries*<sup>34</sup> från 2007 ger en god överblick över självmordsfrekvensen (antal självmord per 100 000 invånare) i de angivna länderna efter kön och ålder. I Norge tittar man också på självmord fördelade efter bostadsort (Oslo ligger i topp, tätt följt av Hordaland och Akershus). Enligt mätning från 2001 ligger självmordstalen bland män på ungefär samma nivå i Sverige, Norge, Danmark och Island: mellan 18-20 män per 100 000 invånare. Finland skiljer dock ut sig med 16-17 fler män än sina nordiska grannländer. Estland och Lettland ligger på omkring 50 män, medan Litauen ligger på hela 77 män.

Via NASP:s hemsida, hittar man rapporterna *Självmordsförsök i Stockholms län och Sverige 1987-2007*<sup>35</sup>, *Självmord i Stockholms län och Sverige 1980-2007*<sup>36</sup> och *Självmord i Europa och världen*<sup>37</sup>. Rapporterna uppdateras en gång om året med de senaste siffrorna. Uppgifterna om självmord och självmordsförsök i Sverige kommer ifrån Socialstyrelsens patientregister och dödsorsaksregister. Rapporten om självmord i Europa och världen bygger på uppgifter från databaser som drivs av WHO. Rapporterna är svåra att sammanfatta, men intressant är skillnaden mellan självmord, där äldre och män är överrepresenterade, och självmordsförsök, där yngre och kvinnor dominerar<sup>38</sup>. Vad gäller

---

<sup>33</sup> NCO 2004:7. NCO är myndighetsförkortningen för Nationellt centrum för erfarenhetsåterföring från olyckor.

<sup>34</sup> Finn Gjertsen, Division of Mental Health, Norwegian Institute of Public Health; Suicide Research and Prevention Unit, Institute of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Oslo.

<sup>35</sup> <http://ki.se/content/1/c6/08/66/17/sjalvmord%20i%20sthlm%20lan%20och%20sv%20KFA%20091222.pdf> (2010-05-12) Författare: Guo-Xin Jiang, Birgitta Floderus och Danuta Wasserman, Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2009:23.

<sup>36</sup> <http://ki.se/content/1/c6/08/66/17/sjalmordsforsok%20i%20sthlm%20lan%20och%20sv%20KFA%20091222.pdf> (sic!) (2010-05-12) Författare: Guo-Xin Jiang, Birgitta Floderus och Danuta Wasserman, Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2009:22.

<sup>37</sup> <http://ki.se/content/1/c6/08/66/17/sjalvmord%20i%20europa%20och%20varlden%20KFA%20091218.pdf> (2010-05-12) Författare: Guo-Xin Jiang, Birgitta Floderus och Danuta Wasserman, Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2009:21.

<sup>38</sup> 2009:23, s 12-13.



självordsförsök finns ett betydande mörkertal, eftersom siffrorna endast bygger på dem som vårdats på sjukhus för självmordsförsök<sup>39</sup>.

*Könsparadoxen – Varför tar dubbelt så många män än kvinnor sina liv, samtidigt som det är flest kvinnor som är deprimerade*<sup>40</sup> är en NASP-rapport från 2001, författad av Susanne Ringskog Vagnhammar, doktor i psykiatri. Rapporten ger inte så mycket ett svar på frågan som en översikt över forskning som berör könsskillnaderna bland självmordsbeteenden. Bland annat omtalas män och kvinnors nedärvda, skilda, stressbeteenden. Mäns strategi inför fara är att slåss eller fly, kvinnornas att ansvara för avkommans fortlevnad genom att vårda relationer. Detta skulle kunna, rent biologiskt, vara en förklaring till skillnaden mellan män och kvinnor i självmordsstatistiken, det vill säga att kvinnor har en mer utvecklad förmåga att vårda sociala kontakter än män, vilket bättre skyddar mot att välja självmord som är en sista utväg<sup>41</sup>. Det finns olika förklaringar till könsparadoxen kopplat till depression och förlängningen självmord. En handlar om att män och kvinnor uppvisar skillnader i kortisol- och serotoninomsättning, vilket yttrar sig på så vis att kvinnor får mer ”klassiska” depressionssymtom (trötthet, nedstämdhet, brist på aptit), medan männen istället kan bli mer antisociala och fastna i missbruk. Andra förklaringsmodeller är att kvinnor har ett annat sätt att meddela sig med sin omgivning, att hotet mot självbilden är en vanligare ingrediens i männens depressioner medan kvinnor mer värnar om sina sociala kontakter, att de skilda könsrollsförväntningarna gör männen mer sårbara som singlar. Undersökningar visar även att kvinnor i högre grad grubblar, vilket kan förklara att kvinnor är mer sårbara för depressioner<sup>42</sup>. En intressant skillnad som rapporten tar upp är att mäns skydd mot depressioner ökar i ett giftermål, medan det inte erbjuder samma skydd för kvinnor<sup>43</sup>.

Två rapporter från Socialstyrelsen, från 2007 respektive 2010, sammanställer de Lex Maria-anmälningar från vården som – sedan lagen trädde i kraft februari 2006 – vården är skyldig att göra i samband med självmordsfall<sup>44</sup>. Syftet med bestämmelsen är att upptäcka om brister inom vården föreligger bakom självmorden. I rapporterna redovisas bland annat kön, ålder, självmordsmetod, diagnosgrupperingar, val av plats och tidpunkt under året.

---

<sup>39</sup> Ibid., s 2.

<sup>40</sup> <http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Psykisk%20H%C3%A4lsa/Suicidprevention/K%C3%B6nsparadoxen.pdf> (2010-05-12).

<sup>41</sup> A.a., s 7.

<sup>42</sup> A.a., s 8f.

<sup>43</sup> A.a., s 14.

<sup>44</sup> *Självord 2006 anmälda enligt Lex Maria – En sammanställning av de beslut som har fattats t.o.m. mars 2007*, Socialstyrelsen, Artikelnr 2007-109-22; *Självord 2006-2008 anmälda enligt Lex Maria*, Socialstyrelsen, Artikelnr 2010-4-5.

Underlaget i rapporten från 2007 – som bara undersöker anmälningarna under 2006 – är 153. Av dem är 65 kvinnor och 88 män. Urvalet gäller självmord under vårdkontakt eller inom fyra veckor efter vårdkontakt. I hälften av fallen har Socialstyrelsen ingen kritik. I de fall där brister upptäckts handlar det till största delen om brister i rutiner: riskbedömning har varit otillräcklig, vårdplan har saknats, överrapportering missats och så vidare.

Samma slutsatser återkommer också i Socialstyrelsens nya rapport från 2010, som sammanställer anmälningar mellan 2006 och 2008. Av 992 fall upptäckts missförhållanden inom vården i hälften av fallen, och de brister som upptäckts handlar till största delen om att rutinerna inte fungerar. Det konstateras att antalet anmälningar från vården är långt färre än man kan vänta sig – vilket till stor del beror på att primärvården ofta är ovetande om en patient tar livet av sig<sup>45</sup>. Materialet visar också att antalet självmord på slutna avdelningar har ökat, från sex till nio procent 2006 till 2007<sup>46</sup>. Andra konstateranden som görs är att diagnoser saknas i en tredjedel av fallen samt att vårdplaner, riskbedömningar och vårdprogram också ofta saknas<sup>47</sup>. Vården och Socialstyrelsen har även i många fall olika syn på vad som ledde fram till självmordet<sup>48</sup>.

I kapitel åtta i regeringens proposition *En förnyad folkhälsopolitik*<sup>49</sup> som antogs av riksdagen 2008, presenteras en övergripande vision: ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord. Nio strategier inom självmordsprevention presenteras: 1) NASP och Statens folkhälsoinstitut ska ta fram informationsmaterial för att minska självmord bland skolelever, 2) insatser för att minska alkoholkonsumtion ska öka, 3) tillgång till medel och metoder för självmord ska minskas, 4) utredare ska tillsättas som ska undersöka förutsättningarna för en nationell enhet som ska granska och utreda självmord, 5) den självmordsprevention som bedrivs i vården idag ska få fortsätta, 6) NASP, Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen ska sprida och tillgängliggöra information och forskningsresultat inom självmordsprevention, 7) Personal inom vård och omsorg ska få bättre kompetens om självmordsnära patienter, 8) Självmord inom vården ska anmälas via Lex Maria till Socialstyrelsen, och 9), Frivilligorganisationer inom suicidprevention ges bidrag 2008-2010.

Regeringen tillsatte i september 2009 länsrådet Gun-Marie Pettersson för att klargöra och analysera förutsättningarna för att inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden utveckla och

---

<sup>45</sup> Socialstyrelsen, Artikelnr 2010-4-5, s 8.

<sup>46</sup> Ibid.

<sup>47</sup> Ibid., s 9f.

<sup>48</sup> Ibid., s 10.

<sup>49</sup> 2007/2008:110, s 106-121.

förbättra händelseanalyser av inträffade självmord. I *Första hjälpen i psykisk hälsa*<sup>50</sup>, ett delbetänkande av Självordspreventionsutredningen från maj 2010, föreslår Gun-Marie Pettersson att 441 miljoner kronor ska ges för att förebygga självmord. Delbetänkandet menar på att förebyggande insatser mot självmord bör ha samma effekt för att minska dödligheten som hjärt- och lungräddning. NASP föreslås få drygt tre miljoner kronor för att genomföra ett pilotförsök i att utbilda huvudinstruktörer i MHFA (The Mental Health First Aid Training and Research Program). MHFA behandlar bland annat kriser som en del i livscykeln, krisens olika faser och hur man tar sig igenom en kris. Självord och självdestruktivt beteende lyfts fram. Programmet behandlar också psykisk ohälsa, depression, ångestsyndrom, beroendesjukdomar och psykos, och hur de olika tillstånden kan behandlas. Skulle projektet slå väl ut föreslås ytterligare 370 miljoner kronor satsas på att sprida första hjälpen-kursen runt om i Sverige under en femårsperiod. Utredningen jämför med den effekt som förebyggande insatser haft för att minska dödsfallen i hjärt- och kärlsjukdomar. Främst kurserna i HLR. NASP föreslås vidare få 66 miljoner för att stimulera och stödja kommunernas arbete och förmå dem att skapa förutsättningar för ett långsiktigt självordsförebyggande arbete. Utredningen vill dessutom öka allmänhetens medvetenhet och kunskap kring självmord och psykisk ohälsa för att på så sätt bryta tabun och minska rädslan som omgärdar ämnet.

### ***III. Metod och Teori***

Vår journalistiska arbetsmetod fram till den färdiga presentationen har gått igenom följande faser: research, intervju och undersökning.

#### **Research**

I den inledande fasen av arbetet bildade vi oss inom ämnet. Den journalistiska arbetsmetoden bestod helt enkelt i att läsa på vad som tidigare skrivits i ämnet, dels för att lära oss mer, men också dels för att undvika ämnen som tidigare belysts och avhandlats inom svensk journalistik.

Vi sökte artiklar och böcker i mediearkivet och gunda, universitetsbibliotekets katalog. Sökordet vi använde var "gender", "självord", "suicid", "kön" och "genus".

På det sättet fick vi en bra överblick av vad som var av intresse för oss i artikelväg. Vi vill inte hävda att vi därigenom funnit och läst varenda artikel rörande självmord i allmänhet och mäns självmord i synnerhet, men stora delar av det som skrivits under de senaste tio åren. Dessutom läste vi igenom böcker, rapporter och avhandlingar i ämnet.

Ett annat sätt för oss att fördjupa våra kunskaper i ämnet var genom att gå på föreläsningar i ämnet. Detta skedde vid fyra tillfällen. Vi tycker att det var ett utmärkt komplement till litteraturen. Föreläsningarnas styrka var att det gick enklare att snäva in ämnet och ställa följdfrågor.

---

<sup>50</sup> SOU 2010:31.

Ett tredje sätt att samla in kunskap i inledningsfasen var att göra kunskapsintervjuer med personer som redan var insatta i ämnet. Detta gav oss en fördjupad bild av ämnet och möjligheter att ställa frågor om saker vi själva undrade över – både frågor vi burit på från allra första början och frågor som uppstått när vi läst igenom litteraturen.

## **Intervju**

För att skriva våra artiklar använde vi oss av det vi lärt oss i researchfasen. Tyngdpunkten i det journalistiska materialet bygger på personintervjuer. Ämnet självmord kan lätt tendera att bli en abstrakt samhällsfråga med mycket sifferredovisning, därför är det viktigt att förankra ämnet i individuella livsberättelser. Inte minst för att göra ämnet levande och intressera läsaren. För att ytterligare höja intervjuerna, och vidare även artiklarna, har vi föredragit att intervjua våra bärande karaktärer öga mot öga. Mindre viktiga intervjuer har gjorts via telefon, eftersom det både är dyrt och tidskrävande att åka runt och träffa precis alla människor vi ville komma i kontakt med.

## **Undersökning**

I arbetet med att bland annat undersöka hur ofta självmordsrisk anges i LPT- och LVM-domar, valde vi att göra en kvantitativ innehållsanalys av domar som hittills gjorts under året. Orsaken till varför vi valde metoden var att den var lämpligast att applicera på materialet: ett stort antal mycket likartade (i språk och disposition) domar. Avgränsningen var lämplig, fler än de 200 domar vi fick oss tillskickade från Förvaltningsrätten som pdf:er hade varken behövts eller hunnits med. Efter ett kodschema med kategorier som kön, ålder, typ av diagnos, vårdplats med mera, kodade vi domarna i Excel. Därefter skrev vi in kodschemat samt klistrade in själva kodningen i SPSS. En något omständlig manöver kan tyckas istället för att skriva direkt in i SPSS, men tidsförlusten blev försumbar. Därefter kunde vi plocka ut de domar där självmord omtalas för att se vad som kunde vara intressant för vårt arbete.

## ***IV. Syfte och frågeställningar***

Enligt Karolinska institutets folkhälsoakademi tog 1 443 personer livet av sig år 2007. I den siffran ingår både säkra och osäkra självmord<sup>51</sup>. Av dem var 1 019 män och 424 kvinnor. Den manliga överrepresentationen innebär att självmord är den vanligaste dödsorsaken för män mellan 15-44 år. Att unga män dör i trafiken är ett välkänt faktum, mer sällan uppmärksammas att den främsta dödsorsaken för män mellan 15-24 år är självmord. Män över 45 år utgör en större grupp i statistiken,

---

<sup>51</sup> I rapporten *Självmord i Stockholms län och Sverige 1980-2007*, Karolinska Institutet 2009:22, används säkra och osäkra självmord. Anledningen är att de flesta osäkra fall av självmord rör sig om olika fall av förgiftning. Studier har dock visat att det med stor sannolikhet handlar om självmord. Att ta med osäkra självmord ger en överskattning som är mindre än underskattningen om dessa självmord inte räknats in. A.a., s 18.

men självmord är inte den främsta dödsorsaken inom gruppen. Antalet självmord bland män över 65 år är 40 procent högre än bland yngre män. De äldre männens självmord är tre gånger högre än självmorden bland äldre kvinnor.

Samtidigt som fler män som tar livet av sig, är det kvinnorna som "leder" statistiken när det gäller självmordsförsök. Här finns dock ett mörkertal<sup>52</sup>. Enligt statistik från NASP (Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet) försökte 5 022 kvinnor ta sitt liv inom slutenvård år 2004, jämfört med 3 154 män samma år. Sedan 1979 har självmordstalen långsamt sjunkit för män och kvinnor, med undantag för gruppen av män och kvinnor mellan 15-24 år där utveckling hållit sig stabil. Men den övergripande trenden är nedåtgående. Ändå, det är idag fyra gånger fler personer som tar sitt liv under ett år än som dör i trafiken.

En närmare titt på statistiken kring självmord utifrån ett könsperspektiv väcker en rad frågor. Varför tar fler män sina liv än kvinnor? Är det en samhällsfråga kopplad till normer och könsroller? Beror det på hur vården tar emot män och kvinnor med självmordsrisk? Eller är det så att vården i mindre grad kommer i kontakt med männen? Är de signaler män och kvinnor sänder ut till omgivning och vårdapparat olika? Uppfattas de i så fall på lika villkor? Ser vårdens självmordspreventiva arbete annorlunda ut för män och kvinnor? I så fall, bör det/bör det inte vara så?

Syftet med detta examensarbete är att ringa in svar på frågorna kring männens självmord. Under de senaste åren har locket lyfts på frågan om självmord och behandlats i radio, press och TV – men sällan utifrån ett könsperspektiv. Det talas om ungas självskadebeteende och självmord, men inte att den största gruppen i befolkningen som faktiskt tar sina liv varje år är män, ofta medelålders och äldre. Ingen människa är en ö. Varje självmord innebär förlusten av en arbetskamrat, en far, en bror, en föreningsvän, en pojkvän eller äkta make. De efterlevande blir kvar i sorg, besvikelse och med obesvarade frågor, den kanske främsta av dem "varför?". De allra flesta har drabbats, eller känner någon som drabbats, av självmord. Däri ligger den journalistiska relevansen: en samhällsrelig företeelse som berör många, och som därtill faktiskt alltjämt är ett stort samhällsproblem.

I vårt arbete har vi valt att tala med personer med egen självmordsproblematik, anhöriga och experter inom självmordsforskningen för att få en bild av varför män tar sina liv. Vi har också talat med företrädare för vård och statlig myndighet i syfte att få svar på vad som görs för att få ner självmorden i allmänhet och männens självmordstal i synnerhet.

De flesta personer som tar sina liv led vid dödsögonblicket av en behandlingsbar psykisk sjukdom<sup>53</sup>. Därmed går självmordsprocessen också ofta att förhindra. Detta är något Självmondspreventionsutredningen tagit fasta på i ett delbetänkande – och det preventiva arbetet handlar här främst om utbildningsinsatser. Enligt förslag vill de ge 441 miljoner i pengar till NASP som efter ett pilotprojekt ska organisera utbildningen i hela landet. Åtgärden kan verkligen ge intrcket av

---

<sup>52</sup> Enligt NASP:s rapport *Statistik över självmord 1980-2004 och självmordsförsök 1987-2004 i Sverige och Stockholms län och Sverige 1980-2007* från 2007 omfattar statistiken där endast personer inlagda på sjukhus. Många självmordsförsök blir aldrig tillkännagivna A.a., s 3, 28.

<sup>53</sup> Enligt Jan Beskow, professor, läkare och specialist i allmän psykiatri och socialmedicin, är siffran uppskattningsvis 90 procent. Källa: föreläsning på Enheten för socialmedicin, 30 mars 2010.

att regeringen "gör något" för att få ner självmordstalen – samtidigt finns det en liten tveksamhet: är det utbildning som psykiatrin behöver? Om psykiatrin drabbas av nedskärningar och en tajt budget som innebär mindre bemanning går det att fråga sig om pengarna går till rätt slags självmordsprevention. För även om gemene man skulle bli expert i psykisk livräddning kommer det alltid finnas de som hamnar inom psykiatrin med akuta självmordstankar. Här finns mer att ta reda på och gräva vidare – i vårt arbete nöjer vi oss med att antyda ämnet.

Ett annat område vi undersöker gäller psykiatrisk tvångsvård. Genom att koda 172 fall från i år har vi undersökt hur ofta självmordsrisk utgjort ett uttalat skäl till tvångsvården. De siffror vi kommit fram till är ett litet urval, men ger en fingervisning att kvinnor är i majoritet här. Vi frågar oss också, i ljuset av historien om Patrick, hur framgångsrik tvångsvård är när det gäller självmordsprevention.

## ***V. Material och metodanvändning***

### **Jakten på "case"**

För vår journalistiska produkt insåg vi tidigt i arbetet att det var viktigt att hitta lämpliga "case". Från början trodde vi inte att detta skulle innebära några större problem. Via en snabb googling hittade vi ett anhörignätverk här i Göteborg, Suicidprevention i väst (SiV), som jobbar med just det namnet antyder. Vi hade tur så tillvida att nätverket hade sitt årsmöte redan under första veckan vi på allvar började arbeta med exjobbet. Sista anmälningdagen hade gått ut, men ett telefonsamtal till den bokningsansvarige, Ingvor Blom, räckte för att vi skulle få komma med. Vi såg detta som ett utmärkt tillfälle att skapa en första kontakt med de involverade människorna inom föreningen och samtidigt presentera vårt arbete.

Vi hade också tur i den meningen att den mest insatte i ämnet i Västsverige, Jan Beskow, tidigare överläkare på Sahlgrenska inom psykiatri, höll en timmes föreläsning under årsmötet om de senaste forskningsrönen. Eftersom vi verkligen befann oss i researchfasen, var det ett gyllene tillfälle att bilda oss. Vi fick ett gott bemötande på SiV – de var pratsamma och intresserade sig för vårt ämnesval.

"Målsättning 2010: Bryt tabut kring självmord" stod det på whiteboardtavlan i konferensrummet där både föreläsningen och årsmötet hölls. Vi hamnade bredvid en man som hette Mikael Romild. Han fattade intresse för oss, och när vi berättade om vårt arbete för honom tänkte han till och ville ge oss en föreläsning om självmord i allmänhet. Vi bokade in ett möte med honom i slutet av mars.

Den 23 mars gick vi på Romilds miniföreläsning. Vi det laget hade vi själva hunnit sätta oss in i en hel del inom forskningen, därför var mycket av det Romild berättade redan bekant för oss. Däremot gavs även ett tillfälle till en pratstund med SiVs ordförande Else-Marie Thörnberg, tillsammans med Romild, om möjligheten att komma i kontakt med "case". Det var nu ett litet orosmoln började dyka upp på himlen. Båda trodde nämligen att det kunde bli svårt. De menade att självmord är ett ämne som det är svårt att få människor att prata om. Särskilt män vill ofta lägga det hela bakom sig och inte älta det som varit. Vår egen teori och förhoppning om att personer som tidigare haft ett suicidalt beteende gärna pratar öppet om det – för att hjälpa andra som befinner sig i samma situation som

de själva en gång hamnat i – föll på sniskan. Men båda lovade ändå att hålla utkik om något lämpligt "case" skulle dyka upp. Något modfällda återvände vi till JMG.

Dagen efter träffade vi vår handledare Torsten Malmström som erinrade sig en radiointervju med författaren Börge Hellström. Under intervjun skulle denne mycket kort ha berättat om ett eget självmordsförsök. Efter att ha diskuterat Börge internt, bestämde vi oss för att försöka få honom att berätta hela sin historia för oss. Det faktum att det i så fall inte skulle bli vårt eget upphittade "case" valde vi att strunta i för stunden. Dessutom var det bara en liten del av radiointervjun som berörde Börges självmord; vinkeln var en helt annan. Via en informationsansvarig på Börge Hellströms förlag skickade vi över en förfrågan om Börge kunde tänka sig att ställa upp. Redan efter ett par timmar fick vi svar. Börge tackade för visat intresse, men hade fullt upp med att skriva på sin kommande bok och inte hade tid för annat.

En vecka senare gick vi på ytterligare en föreläsning med Jan Beskow på Socialmedicinska enheten vid Sahlgrenska. Efteråt bad vi om tips på "case". Den enda Jan Beskow kom på var Sonny Wåhlstedt, ordförande i Svenska ångestföreningen och även knuten till SiV. Efter ett samtal med Sonny visade det sig att han aldrig gjort ett egentligt försök att ta livet av sig, men haft långt gångna tankar på det under en period på 15 år då han levde med ångest och social fobi.

Vi tyckte först inte att Sonny Wåhlstedt var något optimalt "case". Dels hade han de facto aldrig gjort ett självmordsförsök, även om han varit suicidal under en längre tid, dels jobbade han professionellt med frågan och hade dessutom tidigare uttalat sig i flera medier om både självmord och ångestsjukdomar. Vår förhoppning var att hitta en "vanligt" man som gjort självmordsförsök. Men i brist på bättre "case" bestämde vi oss ändå för att intervjua Sonny och höra hans historia. Och efter intervjun med Sonny kände vi oss bättre till mods. Det gick att tona ner Sonnys professionella roll och en hel del av hans historia stämde mycket väl överens med det vi önskade berätta.

Men den 19 april e-postade Mikael Romild oss igen och berättade att han eventuellt hittat en kille åt oss som kunde tänka sig att ställa upp. Killen hette Simon Eidorson och hade gjort tre självmordsförsök. Ett samtal senare visade det sig att han gärna ställde upp och hade inte några problem med att prata om det som skett. Vi bokade omedelbart in ett möte för intervju. Simon valde plats, Fröken Ohlssons café. Intervjun går väldigt bra. Simon är öppen om det inträffade och hade en spännande historia att berätta. Från att ha varit nere på noll lever han idag lyckligt. Precis en sådan feelgoodhistoria vi hade hoppats på – och en fin kontrast till historien om Patrick.

Förutom att hitta berättelser från källor som varit direkt drabbade av självmordstankar och självmordsförsök, ville vi också få med en anhörighistoria. I början av vårt arbete uppmärksammades en bok i GP, en sann berättelse om en man med bipolär sjukdom som tog livet av i Strömstad. Boken ifråga, *Patrick*, var skriven av den döde mannens närmaste vän, Mikael Nabrink. Idén att kontakta Nabrink för en anhörigintervju var inte given; historien hade redan uppmärksammats av medierna och dessutom publicerats som en bok. Vad som talade för var Nabrink var att det fanns något gripande och starkt i historien: en manlig nära vän som hjälpte och stöttade Patrick, men som ändå tvingades se honom gå under. Anhörignätverket Suicidprevention i Väst hade mestadels kvinnor anslutna, och visst, en intervju med någon av dem var inte otänkbart för arbetets syfte. Men i berättelsen om Patrick fanns något unikt och något som låg närmare vad vi kände att vårt exjobb handlade om.

Vi ringde upp Mikael Nabrink som gick med på att låta sig intervjuas. Han bad oss skicka iväg e-post med kontaktinformation och föreslaget datum. Därefter blev det tyst. Först i mitten av april fick vi svar. Intervjun, som gick mycket bra, gjordes i Strömstad på Strömstad Spa.

I samtliga tre "case" vi slutligen intervjuade och presenterar i vårt exjobb finns källkritiska problem. Vi förlitade oss på att berättelserna var sanna, trots att vi bara hade en enda källa till varje berättelse. Dessutom låg händelserna Sonny Wåhlstedt berättade om över tio år tillbaka i tiden. Simons självmordsförsök var också av ett äldre datum. Och det fanns naturligtvis faktakontroller vi kunde ha gjort i efterhand: var Sonny Wåhlstedt anställd som taxichaufför på Mölndal taxi under den perioden han uppgav, levde Simon i Norge och är Mikael Nabrink verkligen den person han utger sig för att vara? I fallet Mikael Nabrink finns det flera skäl varför en närmare faktakoll kändes onödig. Händelserna låg nära i tiden; tidningar, däribland GP, hade skrivit om honom och hans bok. Att träda fram med bild och namn i samband med en sådan historia, om den skulle visa sig vara falsk, faller på sin egen orimlighet. Lika orimligt skulle det vara om Simons och Sonnys historier skulle vara "ljug". Simon har rakryggat gått med på att låta sitt namn vara med och är själv snart en färdigutbildad journalist. Sonny Wåhlstedt har delvis som arbete att föreläsa och berätta om erfarenheter av sin ångestproblematik. Det finns helt enkelt alldeles för mycket för dem att förlora om de för med osanning.

## **Experterna/forskarna**

Vi förstod från början att vi skulle behöva prata med flera experter/forskare inom olika områden för att arbetet skulle bli optimalt. Vår första kontakt blev JMG:s egen forskare Ann-Sofie Magnusson som skrivit en avhandling om mediebilderna av psykiatriområdet. Hon tipsade oss om en doktorand på JMK som forskat i ämnet, Mikael Westerlund. Ett telefonsamtal gav kanske inget konkret, förutom en viktig uppmuntran och bekräftelse i början av arbetsprocessen att vårt ämne var angeläget och, inom journalistiken, obehandlat.

Ett annat givet namn vi tidigt snappade upp var Västsveriges ledande expert på området, Jan Beskow. Han var tidigare överläkare på Sahlgrenska, numera pensionär. Men han är fortfarande en aktiv föreläsare och dessutom vice ordförande för SiV. Med sin långa erfarenhet inom ämnet och sitt brinnande engagemang hoppades vi att han kunde bli "vår" expert. En intervju med honom skulle ge oss den tyngd som påståendena inom forskningen visar tänkte vi. Vi träffade honom redan första veckan på SiV:s årsmöte där han höll ett föredrag. Vi presenterade oss och frågade om vi kunde kontakta honom framöver, vilket han inte motsatte sig.

När vi någon vecka senare ringde upp honom för att boka in en intervju, visade det sig att hade ont om tid och snart skulle åka på en längre semesterresa. Som en slags kompromiss bjöd han oss istället att komma på hans föreläsning på Enheten för social medicin dit han var inbjuden för att tala om självmord. Han lovade anpassa föreläsningen till vårt ämne om män.

Föreläsningen ger oss mer kunskap. Vi får även tillfälle att fika med honom under rasten och efteråt följa honom från lektionssalen till utgången. Jan Beskow talar snabbt och "professorslikt", det vill säga vi sköljs över av ordmassor som visserligen innehåller mycket nytt, klokt och intressant, men



som är svåra för oss att fånga upp. Det blir mer föredrag än intervju. Efter detta tyckte Jan Beskow att han gjort sitt framöver och föreslog att vi kunde ta kontakt med NASP, nationellt centrum för suicidprevention.

Danuta Wasserman, chef på NASP, kändes som den allra mest givna experten inom området att få en intervju med. Ett problem med att få kontakt med Wasserman var dock hennes fulltecknade schema. På SiV blev vi bemötta med ett godhjärtat hånskratt när vi berättade att vi hoppades få en halvtimme med Danuta Wasserman.

Vi tog kontakt med informatören på NASP, Cecilia Johansson. Hon tipsade oss om rapporten *Könsparadoxen* som handlar om just det faktum att fler män än kvinnor tar livet av sig, samtidigt som fler kvinnor är diagnostiserat deprimerade. Forskaren bakom rapporten, Susanne Ringskog Vagnhammar, är överläkare inom psykiatri. Vi skickade iväg ett e-postmeddelande till henne där vi förklarade vårt arbete samt berättade att vi gärna ville tala med henne. Hon ställde upp på ett samtal. Under telefonsamtalet visade det sig att hon inte längre var så engagerad i forskningen kring varför män tar livet av sig i större utsträckning än kvinnor. Men hon kom ändå med en hel del användbara tankar och åsikter kring ämnet. Hon rekommenderade också att vi skulle ta kontakt med professor Wolfgang Rutz.

Wolfgang Rutz var ett namn vi kommit i kontakt med tidigare. Under 1980-talet basade han för psykiatri på Gotland, som på den tiden var landskapet i Sverige med högst självmordstal. För att ändra detta sattes olika självmordspreventiva åtgärder in. När det hela utvärderades några år senare visade det sig att Gotland fått ner självmordstalen, men enbart bland kvinnor. För män förblev självmordstalen oförändrade. Med dessa erfarenheter som facit tyckte vi att Wolfgang Rutz var en given forskare att tala med. Vi fick Wolfgangs e-postadress av Susanne och skickade över en förfrågan till honom om en intervju med en hänvisning till Susanne Ringskog Vagnhammar.

Wolfgang lovade ställa upp när han kommit tillbaka från sin påsksemester i Alperna. Han tipsade oss även om ett par artiklar han skrivit i ämnet. Vi läste artiklarna och föreberedde vår telefonintervju. När vi på den aktuella dagen ringde upp Wolfgang kl 09.00 enligt överenskommelse, verkar det som vi väcker honom. En smula butter till en början, hänvisade han ofta till artiklarna han redan skrivit i ämnet. Vi däremot är så klart ute efter pratminut. Efter ett tag lättade han upp en smula och intervjun blir okej med delar som kan användas i våra artiklar.

I litteraturen hade vi stött på ett eget område inom självmordsforskningen: de äldre och självmord. Eftersom äldre män utgör en stor del de män som tar livet av sig tyckte vi det kunde finnas en vits med att tala med en forskare inom det gebitet. Margda Waern, psykiater och docent vid Sahlgrenska akademien, var en sådan forskare som vi först mejlade, sedan fick en telefonintervju med. Problemet med svaren vi fick var att forskningsområdet, som är märkligt outforskat, helt verkar sakna en könsproblematisk analys. Dessutom var orsakerna till självmordet inom den här gruppen så pass specifika att vi upplevde det svårt att föra samman dem med vårt eget avgränsningsområde.

Efter en längre väntan på svar, visade det sig tyvärr att Danuta Wasserman på NASP inte hade tid att träffa oss, utan hänvisade oss istället vidare till forskaren Gergö Hadlaczky som hon jobbade nära med och som hon menade skulle kunna ge oss lika bra svar som hon själv. Gergö ställde mer än gärna upp. Vi bokade in ett möte uppe på NASP i Stockholm för en längre intervju. Gergö kommer

ursprungligen från Ungern och har bott i Sverige i ca 20 år. Han ville svara på engelska under intervjun då han tyckte sig bäst kunna formulera sig på det språket i ämnet. Men frågorna kunde dock fortfarande ställas på svenska. Under intervjun med Gergö ställde vi frågor kring alla möjliga tänkbara orsaker till varför män är överrepresenterade. Gergö berättade vad forskningen påstår och hade även egna tankar och reflektioner i ämnet.

Tidigare hade vi till största delen använt oss av telefonen när vi gjort våra intervjuer, främst på grund av distansproblemet. Men vi ville från början åka upp till NASP för en intervju eftersom det är där Sveriges elit på området befinner sig. Och dels ville vi få in experten i en miljö för en mer levande artikel, dels tyckte vi att det är enklare att föra längre intervjuer öga mot öga och få med alla nyanser som lätt går förlorade i ett telefonsamtal. Vi blev så klart lite störda av att inte få en riktig intervju med Danuta Wasserman, men resonerade sedan att det inte var hela världen för vårt arbete. Gergö var väldigt kunnig inom området och dessutom trodde vi inte att mannen på gatan vet att Danuta Wasserman och inte Gergö Hadlaczký är Sveriges ledande expert på självmord.

Det stod tidigt klart för oss att orsakerna till mäns överrepresentation i självmordsstatistiken var många. En betydande orsak verkar vara mansbilden i dagens samhälle. För att tidigt få en bild av vad forskare anser om den ringde vi upp idéhistoriker Claes Ekenstam som skrivit böcker om manlighetsrollens historia. Han kom med en del insikter om att män förväntas vara på ett visst sätt, vilket kan ha del i att män tar livet av sig i högre grad. Han nämnde bland annat att män inte ska visa sig svaga, att de ska klara sig själva, inte vara deprimerade och så vidare.

En av våra första träffar på forskare i ämnet män och självmord var amerikanen Jed Diamond. På nätet, en gratis sida där vem som helst kunde ladda upp texter, fann vi ett par rapporter han sammanfattat. Enligt hans egen hemsida leder Jed Diamond ett amerikanskt nätverk för mäns hälsa och sitter med i internationella världskongressen för manlig hälsa. Men han verkade inte gjort något större avtryck inom suicidforskningen i Sverige. Gergö Hadlaczký kände inte till namnet, ej heller någon annan på NASP. Jed Diamonds analyser skiljer sig dessutom heller inte från övriga forskare när man väl satt sig in i ämnet varför vi valde att inte gå djupare in på detta spår. Dessutom berör hans forskning, logiskt nog, enbart amerikaner.

Gun-Marie Pettersson, utredare för delbetänkandet från Självmordspreventionsutredningen, lät sig villigt intervjuas per telefon. Istället för att rikta in frågorna på detaljer om den föreslagna budgeten i utredningen, fick Gun-Marie mestadels svara på våra frågor om männens självmord och hennes syn på tvångsvård. I efterhand kan vi tycka att frågorna var en smula missriktade. Skälet var att vi från början tänkt skriva ihop artiklarna om delbetänkandet och om tvångsvården. Vi fick dock ett par bra pratminuter från henne om utredningens idé med rikstäckande utbildningar i psykisk livräddning.

Jan Svedlund, verksamhetschef Psykiatri Sahlgrenska, svarade på frågor om vår undersökning av fallen av psykiatrisk tvångsvård från i år och hans syn på delbetänkandet. Det främsta skälet till att vi intervjuade just honom var hans trevliga sekreterare som blev positivt inställd till att vi ringde från just JMG. Hon förklarade också att det var oklart vem som hade chefsöverläkarepositionen på Östra och Mölndal för tillfället. Jan Svedlund lät defensiv till en början, men öppnade upp sig ju längre intervjun pågick.

Jan Beskow fick flera veckor efter vårt senaste möte svara på frågan hur han såg på tvångsvård som en självmordspreventiv åtgärd. Svaret han gav var långt, men intressant. Delar av det kom sedermera med i två av våra sidoartiklar.

## Olika spår

Arbetet med ett exjobb är en process som går ut på att foga samman ett antal pusselbitar som tillsammans, förhoppningsvis, ska ge en slags fungerande helhet. En del pusselbitar plockas upp, undersöks och ratas av olika skäl. Nedan följer ett antal spår som av olika skäl inte kom med i vår granskning om männens självmord.

### Olika spår 1: Diskriminerar vården män?

En tes vi fick tidigt efter att vi börjat läsa litteraturen var att man inom vården var dåliga på att se tecken på självmordsbenägenhet hos män. På SiV fick vi höra att en psykiatrijuksköterska vid namn Marianne Bäckvall var en smula engagerad inom nätverket. Vi skickade ett mejl, och hon ställde gärna upp för en liten pratstund kring ämnet.

Vi träffade henne på hennes arbetsplats på Mölndals sjukhus. Hon hade funderat mycket inför vårt möte och även talat med kollegor och chefsöverläkaren. Alla gav samma svar: att de snarare är mer lyhörda när det gäller män. Anledningen är att män i regel behöver längre tid att öppna sig och berätta om sina självmordstankar eller sin depression. Hon förklarade mer ingående hur hon brukar försöka skapa en vanlig kontakt med män och låta ett förtroende växa fram för att sedan få dem att öppna sig. Vår tes föll en smula. Dock rörde det sig om en specialistavdelning för psykiatrisk sjukdom där man redan på förhand visste att män som hamnade där led av någon form av psykisk sjukdom.

Marianne Bäckvall trodde däremot, precis som vi, att det är skillnad inom primärvården där läkare saknar utbildning i att upptäcka självmordsbenägenhet hos patienter, särskilt män som söker kontakt för annat, till exempel magsmärtor och sömnproblem, istället för den depression som kan finnas underliggande. Inom expertvården verkade alltså kunskapen kring att hjälpa män finnas, men däremot kunde det vara ett problem inom primärvården. För att undersöka om män i större utsträckning söker sig till primärvården istället för psykiatrin bestämde vi oss för att kika närmare på ett annat spår: Lex Maria-anmälningar.

### Olika spår 2: Lex Maria

Enligt socialstyrelsen ska alla fall där en människa begått självmord under vårdkontakt eller inom fyra veckor efter vårdkontakt anmälas enligt Lex Maria. Föreskriften är bindande och heter *SOSFS 2005:28 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria*. Här föddes tanken att en genomgång av anmälningarna vore ett utmärkt sätt att upptäcka mönster

beträffade männens vårdkontakter i samband med självmord. Vilken sorts vård har självmördarna haft kontakt med? Ser det olika ut för män och kvinnor?

Vi tänkte därför att vi skulle läsa igenom anmälningarna, göra ett urval för Västra Götaland, och sedan koda dessa i SPSS för att få en överblick om hur många män och kvinnor det rörde sig om, vilken vård de fått, var de vårdades och så vidare. Till vår hjälp hade vi en tidigare rapport från Socialstyrelsen där man sammanfattat de anmälda lex Maria-fallen och beskrivit resultaten. Tråkigt för oss säger rapporten egentligen bara att fler män än kvinnor tar livet av sig, även sett till Lex Mariorna. Vad det beror på spekuleras det inte alls i. En mening tar upp att det är viktigt att primärvården fångar upp deprimerade äldre, men det står ingenting om män. Antingen gick det inte att se några tydliga tecken, eller också hade de inte tänkt på det. Alltså ytterligare skäl för oss att gå igenom anmälningarna själva.

Vi kontaktade Socialstyrelsen i Göteborg och frågade om vi kunde få ut anmälningarna. Det gick inte, däremot var det okej att och läsa igenom dem på plats. Vi bokade in en dag och åkte dit. En kvinna tog emot oss och lämnade över ett par pärmar. Genast märkte vi ett stort problem: namn och personnummer var för det mesta maskade. Det gjorde det naturligtvis svårare för oss, men vi hoppades att det ändå skulle stå angivet om det rörde sig om en man eller en kvinna. Tyvärr visade det sig att även könsmarkörer som "han" och "hon" ofta var maskat. Utan det föll hela projektet eftersom det var just könsskillnader vi var ute efter.

Eftersom rapporterna från Socialstyrelsen som sammanställde anmälningarna om självmord innehöll många intressanta fakta ville vi gärna föröka få in dem i presentationsdelen. Vi förberedde därför en mängd frågor till den medicinskt ansvarige bakom rapporterna: Helena Silfverhjelms. Hon hade deltagit i SVT:s debatt och där kommit med en hel del kritik mot psykiatrin. Problemet var bara att hon gick på tidig semester från och med förste maj. Efter en hel del telefonering till statistiker och andra tjänstemän på Socialstyrelsen fick vi namnet Carl-Otto Svärd som arbetade som utredare. Vi fick ett längre samtal med honom, men ytterst sällan kom det fram något i intervjun som satte in faktauppgifterna i rapporterna i något större sammanhang. När vi skrev ihop våra sidartiklar till de längre intervjuerna fanns det ingen naturlig plats där vi kunde stoppa in vare sig en presentation av rapporterna eller pratminut från Carl-Otto. Således strök vi Lex-Maria-spåret helt och hållet från vår presentationsdel.

### **Olika Spår 3: Enkäten**

I samband med vår tes att män eventuellt diskrimineras inom den psykiatriska vården, eller åtminstone att vårdpersonal är dåliga på att se tecken och behandla män med psykiska besvär, hade vi planer på att sammanställa en enkät som vi tänkte skicka ut till läkare med frågor som om hur de ser och tänker kring mäns överrepresentation i självmordsstatistiken samt hur de själva resonerar och jobbar kring detta. Finns en medvetenhet hos dem i frågan?

Från början tänkte vi oss en kvantitativ enkät som vi skulle skicka till en mängd läkare inom vårt lokala område. För att resonera vidare kring hur vi skulle gå tillväga kontaktade vi JMG:s egen expert på enkäter, Jan Stridh. Han tyckte inte vår enkätidé var någon vidare bra idé; dels därför att det i regel brukar bli väldigt dålig svarsfrekvens, och dels skulle det bli svårt för oss att ha någon nytta av

materialet eftersom våra frågeställningar skulle bli såpass styrda. Istället föreslog han kvalitativa intervjuer med utvalda läkare där de skulle få längre tid och plats för att besvara frågorna. Jan lovade att vara oss behjälplig om vi skulle behöva det framöver i samband med en enkätundersökning .

Vi bestämde oss för att göra detta när vi gått vidare med Lex Maria-spåret och fått fram ett arbetsmaterial ur vilket vi kunde välja vårdplatser som stack ut, eller verkade relevanta för vårt arbete. Därefter var tanken att vi skulle ta kontakt med läkarna på dessa platser för vår enkät. När det senare dessvärre visade sig att det inte gick att undersöka Lex-Maria-anmälningarna på det sätt vi tänkt oss, föll även idén med enkäten. Vi bestämde oss därför för att släppa spåret helt och håller och gå vidare med arbetet på ett annat sätt.

#### **Olika spår 4: De äldre männen och självmord vid svåra sjukdomsbesked**

Eftersom gruppen äldre män är en stor underkategori inom gruppen av män som tar livet av sig, tyckte vi det var värt att försöka lyfta fram detta i vårt arbete på ett särskilt sätt. Skälet till att det inte blev så är flera. De äldre är heterogen grupp inom självmordsforskningen där orsaken till självmord handlar om framförallt åldrande, sjukdom och förlust av nära livspartner. Det är en intressant grupp att titta närmare på, men vi kände att en fördjupning här var svår att passa in och mer av ett sidospår. Hade det slumpat sig så att något av våra "case" tillhörde gruppen skulle vi ägna mer plats åt ämnet.

Vi gjorde dock några försök att få fram expertröster om gruppen. Genom vår intervju med Margda Waern, psykiater och docent vid Sahlgrenska akademien som forskat i ämnet äldres självmord, fick vi namn på två forskare, en verksam i Danmark och en i Norge. Den danska forskaren Elene Fleischer var involverad i ett självmordsförebyggande program inom en äldreorganisation. Vi övervägde kontakt och eventuell resa över sundet, med det stannade vid det.

Ett annat spännande spår vi valde att lämna därhän handlade om mäns självmord i samband med besked om en svår sjukdom, till exempel prostatacancer och hjärt- och kärlsjukdomar. Genom vår handledare fann vi en artikel i GP om ny forskning inom GU där det upptäckts att en enkel fråga som "är du deprimerad?" i ett frågeformulär till en patient kan räcka för att upptäcka en depression då de flesta svar på en sådan fråga är sanningsenlig. Rubriken till artikeln löd "Enkel fråga kan hindra självmord". När vi tog kontakt med en av de involverade doktoranderna på Klinisk cancerpidemi, Johanna Skoogh, visade det sig att artikelförfattaren (eller rubriksättaren måhända) vinklat forskningsresultatet väl mycket åt självmordsprevention. Hon passade helt enkelt över mejlet till NASP och informationsansvarige Inga-Lill Ramberg som hörde av sig och meddelade att de stod till tjänst i frågor som gällde sjukdomsbesked och självmord.

När vi jobbade vidare med arbetet föll spåret i glömska. I ett senare skede när vi skisserade vad vi ville få med i presentationsdelen hittade vi ingen direkt öppning var vi skulle passa in det.

## Undersökning och presentation

### LPT och LVM: I vårt arbete

Vår handledare Torsten Malmström gjorde oss uppmärksamma på Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). I Sverige har vi en lag som säger att psykiskt sjuka människor kan tvångsvårdas när de inte längre går att vårda på frivillig väg. Eftersom de allra flesta som tar livet av sig har någon form av psykisk sjukdom vid tidpunkten för självmordet tänkte vi att detta kunde vara ett spår värt att kolla upp. Hur vanligt är det med tvångsvård i Västra Götaland? Hur ofta tvångsomhändertas personer som är självmordsbenägna? Är det män eller kvinnor som tvångsvårdas?

Vi tog kontakt med Förvaltningsdomstolen i Göteborg och frågade om vi fick komma dit och läsa domarna. Det visade sig inte vara några problem eftersom de är offentliga handlingar. Väl på plats inser vi att vi står inför ett tidsödande hästjobb. *Alla* domar från Förvaltningsdomstolen finns samlade i pärmar huller om buller. Den enda gemensamma nämnaren för de olikartade domarna inom alltifrån asylärenden till överklagande av myndighetsbeslut i en pärm är att domen i samtliga fall råkade avkunnas samma dag. Efter att ha spenderat en halv dag på förvaltningsdomstolen med att försöka lokalisera LPT-fallen i pärmar utifrån en lista, inser vi att det snabbast sättet att få fram dem är att låta Förvaltningsdomstolen göra jobbet åt oss. Vi ber dem därför att skicka domarna till oss per e-post som PDF. Vi bestämmer oss för att avgränsa det begärda materialet till årets domar fram till datumet vi besöker Förvaltningsdomstolen, den 22 april.

Totalt får vi ta emot 172 LPT-fall som vi kodar efter bland annat kön, ålder, vårdplats, suicidrisk och diagnos. Förutom LPT finns även en lag som heter *Lag om vård av missbrukare i vissa fall* och förkortas LVM. Precis som namnet avslöjar är den till för att tvångsvårda missbrukare och få dem på rätt köl. Många män som tar livet av sig har visat sig ha någon form av missbruk, oftast alkohol. Därför tyckte vi det vore intressant att se om LVM-domarna nämnde självmordsbenägenhet som ett motiv till tvångsvården. Dessutom hade det ju tidigare visat sig att fler kvinnor söker hjälp för psykiska besvär, därför kändes det också intressant att se om fler män än kvinnor omhändertogs för LVM än LPT och vice versa. Förvaltningsdomstolen skickade över 50 LVM-domar.

Efter att ha kodat LPT-fallen visar det sig att det rört sig om risk för självmord i 26 fall, det vill säga 15 procent av samtliga domar vi tittat på. Könsfördelningen är jämn bland LPT-fallen: 83 män och 89 kvinnor. Sett till suicidrisken är skillnaden dock större: 17 kvinnor och nio män som dömdes till psykiatrisk tvångsvård har risk för självmord. Urvalet är visserligen väldigt litet men det ger ändå en viss fingervisning om att det eventuellt är lättare att upptäcka självmordsbenägenhet hos kvinnor än män när det gäller psykisk sjukdom.

Bland LVM-domarna handlar det om tolv fall där självmordsrisk omnämns, eller 26 procent av de 50 domar vi undersökte. Här är könsfördelningen omvänd: det handlar om tio män och två kvinnor. Återigen handlar det om ett alltför litet urval för att dra några säkra slutsatser, men skillnaden ger ändå en viss tyngd till påståendet att män med suicidrisk oftare missbrukar än kvinnor. Hade fallen med suicidrisk varit ännu fler hade vi kunnat ge en mer rättvis bild än vad detta extremt lilla urval visar. Men en tes är ändå att våra kodade domar ger en viss fingervisning om hur det ligger till.

## **LPT och LVM: Att gå vidare med**

Vår handledare Torsten Malmström kom med en bra idé om hur vi skulle kunna gå vidare med vår undersökning av LPT-fallen. Genom att begära ut fler domar från Förvaltningsrätten i slutet av året skulle vi kunna få ett tredubbelt så stort urval av LPT-fall där självmordsrisk omtalas. Det skulle göra våra siffror mer tillförlitliga och vi skulle våga dra mycket mer på resultatet i form av artiklar. Dessutom skulle vi även kunna göra en koll i folkbokföringsregistret för att se om personerna ifråga fortfarande är i livet eller inte. Det kan ge ett underlag för en fördjupad diskussion om tvångsvårdens effektivitet för att förhindra självmord.

Likaledes skulle vi också få ett större urval av LVM-fall. Utifrån ett sådant material skulle vi även kunna ta kontakt med handläggare på kommuner och social myndigheter samt behandlingshem för att få en bild av hur vårdtagarna självmordsproblematik påverkar deras arbete. Utifrån svaren kan man göra en jämförelse med psykiatri och till exempel titta på sådant som förutsättningar, skillnader, styrkor och brister.

## **Presentation**

Vi bestämde från början att vi ville använda det skrivna mediet för att presentera vårt arbete. Den främsta anledning till det var att vi trodde att det skulle passa ämnet bäst. En känsla vi hade till en början var att vårt ämnesval var känsligt. Vi visste inte om de "case" vi letade efter ville ställa upp med sina riktiga namn, och då ansåg vi det i så fall enklast att anonymisera dem i skrift.

Vi valde att presentera arbetet i form av flera artiklar istället för en enda lång. Eftersom ämnet är komplext och vi belyser det från olika perspektiv och spår är det logiskt att också presentera det i olika delar tyckte vi. Arbetet presenteras därför i form av tre block med varsitt "case" som stomme. Till den första artikeln om Simon Eidorson hör en sidoartikel där experter inom självmordsforskning får komma till tals. I den andra historien om Sonny Wåhlstedt hör en artikel om på temat självmordsprevention. Det tredje blocket är en anhörighistoria med en tillhörande artikel om psykiatrisk tvångsvård.

## ***VI. Källförteckning***

### **Citerade muntliga källor**

Jan Beskow, telefonintervju. 17 maj

Simon Eidorson, intervju på café Fröken Olsson, 28 april

Gergö Hadlaczy, intervju på NASP, Karolinska Institutet, 16 april

Mikael Nabrink, intervju på Strömstad Spa, 16 april

Gun-Marie Pettersson, telefonintervju, 17 maj

Wolfgang Rutz, telefonintervju, 9 april

Jan Svedlund, telefonintervju. 17 maj

Sonny Wåhlstedt, intervju på Suicidprevention i Väst, 8 april

### **Citerade skriftliga källor**

*Själv mord i Stockholms län och Sverige 1980-2007*, NASP, Karolinska Institutet 2009:22

Ringskog Vagnhammar, Susanne(2001) *Könsparadoxen – Varför tar dubbelt så många män än kvinnor sina liv, samtidigt som det är flest kvinnor som är deprimerade*, NASP, Karolinska Institutet.

Rutz, Wolfgang et al, *Journal of Men's Health and Gender* vol. 2, nr 1, s 95-99, mars 2005

Rutz, Wolfgang et al, *Journal of Men's Health and Gender* vol. 4, nr 4, s 393-401, December 2007

*En förnyad folkhälsopolitik*, proposition 2007/2008:110

*Första hjälpen i psykisk hälsa - Delbetänkande av Själv mordspreventionsutredningen*, SOU 2010:31

Nabrink, Mikael (2010) *Patrick*, Minaks AB

### **Citerade elektroniska källor**

Lagen (1991:1 128) om psykiatrisk tvångsvård, <https://lagen.nu/1991:1128#P32> (2010-06-03)

Lag (LVM: SFS 1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) (2010-06-03)

NASP, Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa, [www.ki.se/suicide](http://www.ki.se/suicide) (2010-06-03)

ÅSS, Svenska Ångestsyndromsällskapet, [www.angest.se](http://www.angest.se) (2010-06-03)

Psykiatriska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge,  
<http://www.sls.sll.se/upload/Affektiva/Bipol%C3%A4r%20sjukdom/Bipol%C3%A4r%20sjukdom.pdf>  
(2010-06-10)

Undersökta domar i pdf-format från Förvaltningsdomstolen, se bilaga I



## ***VII. Arbetsfördelning och tänkt målgrupp***

### **Arbetsfördelning**

Till största delen har vi arbetat tillsammans, i synnerhet under researchfasen. Vi lade arbetsdagar på skolan där vi gemensamt letade litteratur, diskuterade lämpliga "case" och experter, förde arbetsdagbok samt bokade in intervjuer. Arbetet med att koda LPT-fallen delade vi upp mellan oss. Det blev också mer av en uppdelning när vi skrev metodrapporten och presentationsdelen. Uppdelningen ser ut enligt följande:

Martin Pettersson skrev artikel om Simon Eidorsson och tillhörande sidoartikel med experter. Han skrev också sidoartikeln till Nabrink-historien, analysen samt medverkade i metodrapporten.

Henrik Thörling skrev artikel om Sonny Wåhlstedt med sidoartikel samt artikeln om Mikael Nabrink. Han medverkade även i metodrapporten och gjorde de flesta telefonintervjuerna.

### **Tänkt målgrupp**

Vi har skrivit artiklarna med en allmänintresserad publik i åtanke. Ämnet kräver inga speciella förkunskaper. Vi tänker oss att artiklarna skulle kunna publiceras var för sig, eller tillsammans som ett paket. Det optimala vore om de publicerades så som vi disponerat dem i exjobbet: tre paket som lyfter fram varsin aspekt av ämnet "männens självmord".

Vi tänker oss att en morgontidning med regional anknytning skulle kunna vara intresserade, exempelvis GP. Andra tänkbara publikationer är Regionmagasinet som ges ut av Västra Götalandsregionen med fyra nummer om året.

Vi har foto på Mikael Nabrink och Sonny Wåhlstedt. Vi tror att Simon Eidorsson också skulle ställa upp. Jan Beskow borde också gå att få en bild på. Besvärligare, men inte alls omöjligt, skulle det vara att få en bild på Gergö Hadlaczki på NASP.

## ***Bilaga I - Målnummer***

### **LPT-domar**

10457-10	7906-10	9491-10	6886-10	3-10
10357-10	7905-10	8962-10	7789-10	10062-09
9722-10	8193-10	9088-10	6885-10	10078-09
9881-10	534-10	9090-10	8050-10	10181-09
10382-10	777-10	8982-10	8077-10	7743-10
10446-10	841-10	9296-10	8245-10	8266-10
9683-10	577-10	9362-10	8241-10	8177-10
9902-10	633-10	9455-10	6842-10	8141-10
9655-10	910-10	9294-10	7725-10	
10369-10	902-10	9343-10	7879-10	
10428-10	678-10	9295-10	8051-10	
9788-10	796-10	9091-10	8155-10	
10584-10	556-10	8878-10	7726-10	
10506-10	597-10	9198-10	8052-10	
10286-10	557-10	9222-10	1020-10	
9829-10	711-10/812-10	9223-10	997-10	
9649-10	286-10	9420-10	910-10	
9715-10	533-10	8514-10	902-10	
10434-10	317-10	9585-10	841-10	
10529-10	343-10	9013-10	581-10	
9698-10	335-10	9112-10	677-10	
10486-10	336-10	10087-09	252-10	
9724-10	306-10	9936-09-01	1953-10	
10353-10	341-10	10271-09	168-10	
10347-10	275-10	55-10	186-10	
10296-10	381-10	10224-09	251-10	
9850-10	481-10	10280-09	125-10	
10464-10	289-10	9906-09	206-10	
10504-10	255-10	95-10	123-10	
10511-10	338-10	10279-09	240-10	
9802-10	360-10	10015-09	121-10	
9086-10	263-10	7935-10	1958-10	
9457-10	504-10	7929-10	308-10	

9463-10	383-10	7729-10	488-10
9513-10	521-10	8034-10	8175-10
9176-10	9843-09	7799-10	54-10
9416-10	10232-09	8131-10	7800-10
9209-10	10263-09	8198-10	9289-10
9119-10	9935-09	7858-10	9185-10
9143-10	9939-09	7728-10	8975-10
9074-10	137-10	8237-10	9580-10

#### **LVM-domar, målnummer**

9712-10 9815-09  
9578-10 309-10  
9689-10 10136-09  
9535-10 9812-09  
9567-10 9934-09  
9461-10 790-10  
9896-10 567-19  
9713-10 554-10  
9472-10 509-10  
9569-10 473-10  
8531-10 9819-09  
8519-10 8047-10  
8585-10 8171-10  
8673-10 989-10  
9032-10 8044-10  
9215-10  
8548-10  
8397-10  
9078-10  
179-10  
244-10  
246-10  
339-10  
402-10  
460-10  
5322-10  
5367-10  
6803-10  
6871-10  
7674-10  
7776-10  
7837-10  
7843-10  
7923-10  
8001-10

## ***Bilaga II - Kodschema***

### **LPT**

V1, kön, 0 man, 1 kvinna

V2, ålder, 0 18-25, 1 26-35, 2 36-45, 3 46-60, 4 61-80, 5 ej svar, 6 0-17, 7 81+

V3, suicidrisk, 0 nej, 1 ja

V4, diagnos, 0 psykos, 1 missbruk, 2 schizofreni, 3 depression, 4 ätstörningar, 5 annan/allvarlig psykisk störning, 6 vanföreställningar/paranoia, 7 bipolär sjukdom, 8 ej angiven, 9 borderline

V5, riskbedömning, 0 risk för andras säkerhet, 1 risk för egen säkerhet, 2 risk för andras och egen säkerhet, 3 risk ej angiven

V6, domslut, 0 döms till slutenvård, 1 döms till fortsatt slutenvård, 2 döms till öppen tvångsvård, 3 döms till fortsatt öppen tvångsvård, 4 döms till öppen tvångsvård från slutenvård, 5 döms till slutenvård från öppen tvångsvård, 6 annat

V7, vårdplats, 0 Sahlgrenska, 1 kungälv, 2 NÄL, 3 Restad Gård, 4 Högsbo, 5 Uddevalla, 6 BUP Vänersborg, 7 Sjukhuset i Varberg, 8 Länssjukhuset i Halmstad

### **LVM**

V1, kön, 0 man, 1 kvinna

V2, ålder, 0 18-25, 1 26-35, 2 36-45, 3 46-60, 4 61-80, 5 ej svar, 6 0-17, 7 81+

V3, suicidrisk, 0 nej, 1 ja

V4, missbruksform, 0 alkohol, 1 heroin, 2 kokain, 3 hasch, 4 alkohol och droger, 5 alkohol och läkemedel, 6 blandat narkotikamissbruk, 7 amfetamin

V5, 0 beredande av vård, 1 ansökan av vård

V6, sökande, 0 socialnämnden i Varberg, 1 stadsdelsnämnden i Lundby, 2 Kungsbacka kommun, 3 Halmstads kommun, 4 Stadsdelsnämnden Kärra-Rödbo Göteborg, 5 Stadsdelsnämnden Backa Göteborg, 6 Åmåls kommun, 7 Stadsdelsnämnden Centrum Göteborg, 8 Stadsdelsnämnden Biskopsgården Göteborg, 9 Ale kommun, 10 Stadsdelsnämnden i Kortedala Göteborg, 11 Stadsdelsnämnden i Linnéstaden Göteborg, 12 Vänersborgs Kommun

V7, riskbedömning, 0 risk för andras säkerhet, 1 risk för egen säkerhet, 2 risk för andras och egen säkerhet, 3 risk ej angiven