

# **Remissvar på förslag till nationellt suicidpreventionsprogram från Föreningen Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM).**

---

Föreningen Sveriges ungdomsmottagningar är en samordnande instans, och representerar 226 ungdomsmottagningar(UM) runt om i Sverige. FSUM`s styrelse representerar flera av yrkeskategorierna på UM: barnmorska, kurator/socionom, psykolog, gynekolog, sjuksköterska. UM är öppna för alla ungdomar och åtnjuter stort förtroende bland ungdomar. Besöken är i stor utsträckning gratis, och lättillgängliga. (Vi bifogar policy- program för UM)

Detta remissvar kommer huvudsakligen att inrikta sig på hur preventionsprogrammet kan antas fungera i förhållande till ungdomar 13-ca 23 år.

Rent allmänt har vi en reflexion: Kravet på att de förslag till åtgärder som läggs fram ska rymmas inom befintliga ramar, kan innebära att förslag som kunde vara mycket effektiva aldrig läggs fram i utredningen.

Redovisningen av bakgrundsfakta och statistik är bra och slående på många punkter:

## Kommentarer:

När det gäller suicidprevention bland ungdomar tror vi att skolan har en viktig roll. Det är där man träffar alla barn och ungdomar, och kan fånga upp dem tidigt. Lärare och annan skolpersonal bör få träning i att tala med ungdomar om deras tankar om döden och livet.

Vid sidan av skolan är troligen UM den instans som når flest ungdomar i åldrarna 13- ca 23 år när det gäller livsfrågor och kriser.

Till ungdomsmottagningarna söker sig ofta ungdomar som har mer uttalade suicidtankar.

**Vi ser det som en brist att ungdomsmottagningarna som institution över huvud taget inte nämns i programmet.**

## Kommentarer till riskhantering, riskfaktorer:

Ungdomsmottagningarnas arbete är inriktat på prevention. Ungdomar generellt har stort förtroende för UM.

På UM jobbar psykologer och kuratorer som redan är utbildade i olika typer av terapi-och samtalsteknik, och som dagligen möter ungdomar med olika livskriser och frågor kring mening och mål med livet, men också dem med depression, ätstörningar, sorg, trauma, självska debeteenden och andra svåra mentala tillstånd.

På UM arbetar vidare barnmorskor, gynekologer venerologer och sjuksköterskor m.fl. De träffar många flickor med funderingar kring sin kropp, sitt eget värde, sin könsroll, frågor kring identitet och sexuella problem, övergrepp, abort osv. De kan vid behov slussa över dessa flickor till kurator psykolog.

Till UM kommer också ett stigande antal pojkar. De kommer framför allt för att få preventivmedel och provtagning för STD men även för samtal med psykolog/ kurator. De flesta UM uppfattar att det är svårare att fånga upp/svara upp till killarnas behov, men på många håll har man uppmärksammat detta, och försöker utveckla metoder speciellt för killar. Ett suicidförebyggande program bör kanske rikta sig särskilt till killar. Det behövs förmodligen speciella metoder. Särskild kraft bör ägnas åt det.

**Ungdomsmottagningarnas roll nämns ej i detta avsnitt.**

## Kommentarer till mål, strategier och åtgärder:

### **Strategi 1:**

När det gäller möjligheten att främja utsatta gruppers möjlighet att utveckla goda kompetenser tror FSUM att ungdomsmottagningarna har en viktig roll.

### **Strategi 2:**

När det gäller högriskgrupper träffar personalen på UM ofta ungdomar som är på väg att glida snett i alkoholvanor och andra destruktiva livsmönster.

### **Strategi 4:**

Inte heller här finns UM med i programmet.

När det gäller insatser för att utveckla förmågan att hantera negativa känslor och lösa problem tror vi att UM redan spelar en viktig roll, men att den kan förstärkas. Kan man jobba med grupper på UM i denna fråga?

I många kommuner kommer alla ungdomar i 8:an eller 9:an på studiebesök till UM. Kan man använda sig av detta forum?

Vi tror att det är viktigt när man bygger upp skadepreventiva grupper att UM finns med i detta.

### Strategi 5:

**Mycket bra** att man i programmet betonar att särskild försiktighet bör iakttas vid förskrivning av antidepressiva till ungdomar.

På många ungdomsmottagningar finns ingen psykiatrisk konsult. Ungdomar går ofta på eget initiativ till vårdcentralen och får behandling med antidepressiv medicin, men ibland sker ingen uppföljning från vårdcentralens sida och inget samarbete med den UM som står för den psykoterapeutiska/ psykosociala behandlingskontakten. Samarbetsformerna bör förstärkas.

FSUM ser det som viktigt att man betonar att **parallellt med medicinering bör ungdomar erbjudas samtal i någon form**, och företrädesvis inte då enbart 5 ggr.

Kan det vara så att personer som erbjuds enbart medicin och ej samtal oftare suiciderar?

När det gäller ungdomar tror FSUM att det är viktigt med en bredd i utbudet av terapiformer, och vi saknar mångfalden i beskrivningen, det är många ungdomar som har god nytta av psykodynamisk terapi såväl som kognitiv terapi.

När det gäller tillgång till terapi för alla åldersgrupper:

**Vi tror inte att problemet är brist på terapeuter.** Vår uppfattning är att det finns god tillgång på legitimerade terapeuter i Sverige, men utbudet är inte tillgängligt för alla. Det är tillgängligt för ett fåtal om kostnaden ska betalas av den enskilde (om man inte orkar köa på UM eller om man är för gammal). **Där utestängs de socioekonomiskt utsatta grupperna som utredningen nämner.**

Utredningen föreslår att fler utbildas i evidensbaserade psykoterapeutiska metoder. Det ser vi som att slå in öppna dörrar! **Det finns redan ett stort antal terapeuter som sedan länge arbetar kognitivt i sina kontakter med människor.** Det ingår i all psykodynamisk utbildning. Särskilt när man arbetar med ungdomar är det nödvändigt att arbeta med intellektuell och känslomässig förståelse jämsides med utvecklandet av kognitiva tankesätt och färdigheter.

### Strategi 7:

I programmet föreslås att man ska **förbättra läkarnas möjligheter att känna igen depression.** Detta ser vi som mycket viktigt, men det **gäller även andra yrkesgrupper** som i sitt arbete kommer i direktkontakt med suicidnära personer, t.ex. kuratorer, psykologer, sköterskor på skolor och vårdcentraler, men även på BUP och på UM.

Vi tror att utbildning av dessa yrkesgrupper i suicidprevention (att känna igen tecken på suicidrisk och våga tala med den som ger sådana signaler) är en viktig del i förebyggandet av suicid.

Utbildning 2 dagar per år låter som en bra målsättning.

Flera av de regionala nätverken för suicidprevention arbetar med kurser fortbildning riktat till lärare, elevvårdspersonal och andra grupper som möter ungdomar i första ledet.

Detta arbete kan utvecklas i samarbete med t.ex. kommunala verksamheter.

## **Strategi 9:**

**Stöd till frivilligorganisationer är bra, men det ser ut som om man försöker komma undan med det. Att man kan sänka suicidtalerna utan att det ska kosta något utanför ram bedömer vi som orealistiskt. Utbildning kostar!**

## Slutkommentar:

Utredningen betonar i sitt slutord att det speciellt för ungdomar krävs intensifierade ansträngningar för att sänka suicidtalerna och vända utvecklingen.

Vi efterlyser bättre analys av hur man ska förstå suicidalitet hos killar/unga män, och möta dem. Hur motiverar vi dem att söka hjälp?

Ingenting nämns om hur man ska agera när suicid har inträffat t.ex på en skola för att förhindra kluster, dvs motverka smittoeffekten. Denna företeelse möter vi som arbetar med ungdomar.

Ingenting nämns om internets roll eller medias roll.

Vi tycker inte att vi kan se någon ingående analys av resurserna idag och hur de kan utvecklas i detta program. När det gäller strategi 5 (medicinska, sociala och psykosociala insatser) bör man kunna utveckla många fler förslag än de som nu återfinns på en sida.

Göteborg 2007-05-09

För FSUM's styrelse

Ingrid Molander. Socionom, leg. Psykoterapeut och styrelseledamot  
Lena Selander Leg. Psykolog och styrelseledamot  
Ewa Wendt Barnmorska och ordförande  
Göran Källqvist Gynekolog och vice ordförande