

Slutredovisning av Region Skånes utvecklingsarbete inom stigma kopplat till psykisk hälsa och suicid 2022–2024

Ärendenummer (Folkhälsomyndigheten)	04300-2020
Uppdrag	Regionalt utvecklingsarbete inom stigma kopplat till psykisk hälsa och suicid
Avtalsperiod	2022-01-01 – 2024-12-31
Region	Skåne
Samordnare (namn, förvaltning, epost, telefonnummer):	Anna Karin Apelgren Förvaltning Psykiatri, habilitering och hjälpmedel annakarin.apelgren@skane.se Tfn. 070 267 63 53
Total summa från Fohm 2022-2024	9 078 796

Innehållsförteckning

Kort bakgrund	3
Övergripande mål och delmål för utvecklingsarbetet.....	4
Utvecklingsarbete del 1 - ASSIP	5
Utvecklingsarbete del 2 - SPiSS	6
Genomförda aktiviteter och resultat	7
Del 1 - ASSIP	7
Delmål 1. Utbildning av ASSIP terapeuter i Helsingborg och Kristianstad och utbildning av Svensk ASSIP handledare.....	7
Delmål 2. Beskriva självstigma hos individer som försökt ta sitt liv	8
Delmål 3. Minska självstigma hos individer som försökt ta sitt liv	12
Kvantitativa och kvalitativa metoder: Styrkor, svagheter och skillnader i resultat.....	14
Del 2 - SPiSS.....	17
Delmål 1. Utbildning av personal med SPiSS webbutbildning och SPiSS reflekterande samtal	17
Delmål 2. Vidareutveckling av reflektionssamtal	19
Delmål 3: Utveckling av en webbaserad kurs med fokus på stigma och självstigma.....	22
Övergripande diskussion.....	24
Del 1 – ASSIP Del 2 - SPiSS	24
Synergier mellan SPiSS och ASSIP.....	28
Övrigt.....	29
Bilagor.....	31

Kort bakgrund

Här följer en kort bakgrund till Region Skånes utvecklingsarbete om att minska stigma inom psykisk hälsa och suicid under perioden 1 januari 2022 till och med 31 december 2024.

Suicid är ett allvarligt folkhälsoproblem i Sverige, där nu mellan 1300 och 1600 människor tar sitt liv varje år varav cirka 200 personer i Skåne. En stor andel av dessa individer har tidigare gjort ett suicidförsök, vilket är en av de starkaste riskfaktorerna för framtida suicid. De som överlever ett suicidförsök möter ofta stora känslomässiga och psykologiska utmaningar och många upplever både offentligt stigma från omgivningen och självstigma, vilket innebär att de internaliserar de negativa attityderna. Självstigma kan leda till isolering, försämrad psykisk hälsa och ökad risk för ytterligare suicidförsök, eftersom individen drar sig för att söka hjälp.

Trots den negativa inverkan som självstigma har på individer som överlevt ett suicidförsök, är forskningen kring hur detta självstigma kan motverkas fortfarande begränsad. Forskning som fokuserar på sambandet mellan självstigma, socialt nätverk och livskvalitet är också sällsynt.

Mot bakgrund av nedan identifierade behov valde Region Skåne att delta i utvecklingsarbetet om att minska stigmatisering inom psykisk ohälsa och suicid:

- Minska stigma kopplat till psykisk hälsa och suicid bland vårdpersonal och kommunala aktörer
- Minska självstigmatiseringen hos individer som försökt ta sitt liv

Region Skånes utvecklingsarbete inom stigma och självstigma består av två delområden inom suicidprevention, båda med tonvikt på forskning. Delområde 1; Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) och delområde 2; SuicidPrevention i Svenskt Samhälle (SPiSS).

ASSIP är en kort terapeutisk intervention på bara tre sessioner men med två års uppföljning via brev. Den syftar till att hjälpa individen förstå sitt suicidförsök och utveckla strategier för att förebygga framtida försök. Tidigare studier har visat att ASSIP effektivt minskar risken för nya suicidförsök, men dess påverkan på självstigma och dess relation till socialt stöd och livskvalitet har ännu inte undersökts.

SPiSS är en utbildningssatsning inom suicidprevention, anpassad för vårdpersonal men även relevant för andra verksamheter utanför sjukvård såsom socialtjänsten, hemtjänst, skola, polis, kriminalvård, trossamfund med flera. SPiSS består av grundläggande och basala fristående webbkurser inom suicidologi, risk- och skyddsfaktorer och om skattningsskalor vid suicidriskbedömning samt av reflekterande gruppsamtal.

Genom att arbeta med metoder som ASSIP och SPiSS kan Region Skåne fortsätta att inte bara minska stigma, utan även bidra till att rädda liv och förbättra livskvaliteten för individer som kämpar med psykisk ohälsa och suicidtankar. Att fortsätta sprida, öka kunskap och medvetenheten kring stigma är avgörande för att skapa en mer öppen, trygg och stödjande miljö i hela samhället.

Övergripande mål och delmål för utvecklingsarbetet

(enligt Region Skånes plan utvecklingsarbete stigma och självstigma 2022-2024)

En av utvecklingsarbetets delar syftar till att undersöka självstigma hos deltagarna i en pågående randomiserad kontrollerad studie (RCT) av Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) och utvärdera om självstigma har ett samband med individens sociala nätverk och hälsorelaterade livskvalitet. Deltagarna i ASSIP RCT har alla nyligen gjort ett suicidförsök. Randomiseringen innebär att hälften slumpas till interventionen ASSIP som tillägg till sedvanlig

vård och hälften slumpas till kontrollgrupp som får enbart sedvanlig vård. På det sättet undersöks i det övergripande forskningsprojektet effekten av ASSIP avseende att förebygga nya suicidförsök och avseende stigmaprojektet kan vi undersöka skillnader i självstigma efter mottagen intervention av ASSIP.

Genom detta delprojekt vill vi undersöka hur självstigma upplevs av deltagarna i ASSIP RCT och om det finns ett samband mellan självstigma, styrkan i deras sociala nätverk (socialt stöd) och deras hälsorelaterade livskvalitet. Detta kan ge oss viktig kunskap om hur psykosociala faktorer påverkar återhämtningen efter ett suicidförsök och hur interventioner som ASSIP kan stödja både den psykiska hälsan och sociala integrationen hos individer i riskzonen. Resultaten från utvecklingsarbetet förväntas bidra till förbättrade vårdinsatser och stöd för individer som gjort suicidförsök, med målet att minska självstigma, stärka deras sociala nätverk och höja deras livskvalitet.

Utvecklingsarbete del 1 - ASSIP

Delmål 1. Utbildning av ASSIP terapeuter i Helsingborg och Kristianstad och utbildning av Svensk ASSIP handledare.

Effektmål 1. Antal terapeuter som genomfört utbildningen. Utbildas svensk ASSIP lärare/handledare för fortsatt spridning av metoden.

Delmål 2. Beskriva självstigma hos individer som försökt ta sitt liv.

Effektmål 2 a. Kvantitativ beskrivning av förekomsten av självstigma enligt skalan Internaliserad stigma psykisk hälsa (ISMI) hos individer som försökt att ta sitt liv.

Effektmål 2 b. Kvantitativ beskrivning av samband mellan självstigma och andra variabler såsom livskvalitet och socialt nätverk hos individer som gjort suicidförsök.

Effektmål 2 c. Analys av djupintervjuer för nyanserad bild av upplevelsen av självstigma hos individer som försökt att ta sitt liv i.

Delmål 3. Minska självstigma hos individer som försökt ta sitt liv.

Effektmått 3 a. Kvantitativ analys av självstigma, undersökt med ISMI, över tid. Individer som fått ASSIP jämförs med individer som inte fått ASSIP.

Effektmått 3 b. Analys av djupintervjuer för nyanserad bild av upplevelsen av självstigma hos individer som försökt att ta sitt liv i och som fått ASSIP i jämförelse med individer som inte fått ASSIP.

Utvecklingsarbete del 2 - SPiSS

I denna andra del av utvecklingsarbetet vill vi undersöka om SPiSS bidrar till att minska stigmatisering i relation till psykisk hälsa, suicidförsök och suicid hos exempelvis personal inom vård och omsorg.

Målet är också att utveckla en ny webbaserad kursmodul med särskilt fokus på stigma och självstigma. Kursmodulen är avsedd att vara en del av kunskaps- och utbildningsunderlaget för vård- och omsorgspersonal samt andra intresserade och en grund för kontinuerligt lärande och reflektion

Delmål 1. Utbildning av personal med SPiSS webbkursmoduler och SPiSS reflekterande samtal.

Effektmål 1 a. Antal användare i regionen per kurs.

Effektmål 1 b. Antal deltagare i reflekterande samtal inom psykiatri.

Delmål 2. Vidareutveckling av reflektionssamtal.

Effektmål 2 a. Introduktion till ett reflekterande samtal är utvecklad.

Effektmål 2 b. Genomförd pilot i andra verksamheter.

Delmål 3. Utveckling av en webbaserad kurs med fokus på stigma och självstigma.

Effektmål 3 a. Utvecklad och publicerad webbkurs.

Effektmål 3 b. Uppföljning av antal anmälningar och enkätsvar efter avslutad utbildning.

Genomförda aktiviteter och resultat

I detta avsnitt beskriver vi vilka aktiviteter och delaktiviteter inom SPiSS och ASSIP som genomförts i utvecklingsarbetet inom stigma under treårsperioden. Vidare beskrivs hur vi följt upp och utvärderat aktiviteterna och hur de bidragit till att uppnå det övergripande målet. Resultaten från uppföljning och utvärdering av aktiviteterna beskrivs även.

Del 1 - ASSIP

Delmål 1. Utbildning av ASSIP terapeuter i Helsingborg och Kristianstad och utbildning av Svensk ASSIP handledare

Effektmål 1. Antal terapeuter som genomfört utbildningen. Utbildas svensk ASSIP lärare/handledare för fortsatt spridning av metoden.

Utbildning av ASSIP-terapeuter, handledare och lärare i Skåne har varit en viktig del av utvecklingsarbetet eftersom vi tidigare varit beroende av att ASSIPs upphovsmän kommit till Sverige för att utbilda och handleda nya och befintliga terapeuter. En person har först utbildats till ASSIP-handledare och sedan till ASSIP-lärare, genom utbildning från en av ASSIPs upphovsmän i Schweiz. Denna lärare har därefter utbildat sju nya terapeuter från Lund, Malmö, Helsingborg och Kristianstad. Genom att vi nu kan utbilda nya ASSIP-terapeuter direkt i Sverige och erbjuda handledning på svenska, har vi underlättat tillgången till kvalificerad ASSIP-behandling. För att ge kontinuerligt stöd och säkerställa hög följsamhet till metoden erbjuds terapeuterna handledning två gånger i veckan.

Delmål 2. Beskriva självstigma hos individer som försökt ta sitt liv

Effektmål 2 a. Kvantitativ beskrivning av förekomsten av självstigma enligt skalan Internaliserad stigma psykisk hälsa (ISMI) hos individer som försökt att ta sitt liv.

Då inga av de ingående studierna ännu är publicerade i vetenskapliga tidskrifter redovisas här bara preliminära resultat. Vidare kan vi inte presentera exakta siffror på våra resultat eftersom vi då riskerar att plagiera oss själva vid kommande publikationer i vetenskapliga tidskrifter. Av den anledningen redovisar här övergripande preliminära resultat.

Deltagarna består av personer som rekryterats från olika psykiatriska enheter. De består alltså inte av ett representativt urval av alla personer som gör suicidförsök. Det kan finnas mönster i vilka patienter som uppfattas av remitterande personal som lämpliga eller icke lämpliga för att delta i ett forskningsprojekt. Vi har inga uppgifter om vilka personer som inte fått förfrågan om att delta i projektet eller vilka som fått frågan men tackat nej. Deltagarna bestod av 202 deltagare, varav 52 % (105 personer) var män och 48 % (96 personer) var kvinnor. Medelåldern var 39 år, och åldersfördelningen var följande: 7 % var under 19 år, 23 % var mellan 20–29 år, 20 % var mellan 30–39 år, 15 % var mellan 40–49 år, 21 % var mellan 50–59 år och 12 % var 60 år eller äldre. Det fanns inga deltagare under 18 år i studien. Ofta i litteraturen ser man mönstret att suicidförsök är särskilt vanligt hos unga kvinnor. Orsaken till den ovanligt höga andelen män och den förhållandevis höga medelåldern i den här studiepopulationen är inte känd men en anledning kan vara studiens exklusionskriterier. Där exkluderas personer med diagnostiserad emotionellt instabil personlighetsstörning eftersom personer med den typen av problematik i tidigare studier inte visat sig hjälpta av ASSIP. Personer med den diagnosen tenderar att ofta vara unga kvinnor. Detta kan vara en tänkbar förklaring till fördelningen av kön och ålder i den här studien vid dessa preliminära resultat.

Vi använde specifika självskattningsskalor såsom ISMI, som mäter hur mycket självstigma en person känner, och ISSI, som mäter nivån på socialt stöd samt EQ5D5L som mäter hälsorelaterad livskvalité. För mer detaljerad beskrivning av skalorna se bilagorna. Preliminära resultat visade att medelvärdet för ISMI (Internaliserad självstigmatisering vid psykisk ohälsa) var 22., minsta värdet på skalan är 10 och max är 40. Det är svårt att värdera om 22 är ett högt eller lågt värde eftersom det inte finns någon sådan normering beskriven i den vetenskapliga litteraturen. Vi använder måttet huvudsakligen för att undersöka förändring över tid. ISSI (Interpersonal Support Evaluation List) hade ett medelvärde på 15, vilket speglar en måttlig nivå av socialt stöd. Medelvärdet för EQ5D5L som mäter hälsorelaterad livskvalitet, var 11, även mått är svårvärderat vad gäller livskvalitet och används huvudsakligen för att sättas i relation till övriga mått.

Närmare beskrivning av använda instrument återfinns i (Bilaga 1) - Stigma utvecklingsarbete ASSIP, beskrivning av skalor

Deltagarna som grupp var välbalanserade med en jämn könsfördelning och en bred åldersspridning, vilket är positivt för att få en representativ bild av hur självstigma, socialt stöd och hälsorelaterad livskvalitet kan variera mellan olika grupper. Materialet är dock för litet för att kunna analysera subgrupper såsom unga män och unga kvinnor.

Effektmål 2 b. Kvantitativ beskrivning av samband mellan självstigma och andra variabler såsom livskvalitet och socialt nätverk hos individer som gjort suicidförsök.

Då inga av de ingående studierna ännu är publicerade i vetenskapliga tidskrifter redovisas här bara preliminära resultat. Vidare kan vi inte presentera exakta siffror på våra resultat eftersom vi då riskerar att plagiera oss själva vid kommande publikationer i vetenskapliga tidskrifter. Av den anledningen redovisar här övergripande preliminära resultat.

Korrelationsanalys visade att internaliserat självstigma är negativt associerat med både socialt stöd och hälsorelaterad livskvalitet, medan socialt stöd i sig är positivt kopplat till bättre hälsa.

I vår analys använde vi oss av ett statistiskt verktyg som kallas regressionsanalys. Detta hjälper oss att förstå vilka faktorer som påverkar upplevelsen av självstigma. Den preliminära analysen visade att det finns några viktiga faktorer som påverkar hur mycket självstigma personer med psykisk ohälsa upplever (mätt med ISMI). Ålder hade en signifikant negativ effekt, vilket innebär att äldre individer tenderar att uppleva mindre självstigma än yngre. Socialt stöd (mätt med ISSI) visade sig också ha en stark och signifikant effekt, där högre nivåer av socialt stöd var kopplat till lägre nivåer av självstigma. Däremot visade analysen ingen signifikant skillnad mellan män och kvinnor när det gäller upplevelsen av självstigma.

Sammanfattningsvis visar resultaten att det finns ett samband mellan självstigma, socialt stöd och hälsorelaterad livskvalitet. Högre nivåer av internaliserat självstigma (ISMI) är associerade med lägre nivåer av socialt stöd (ISSI) och sämre hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D5L).

Effektmål 2 c. Analys av djupintervjuer för nyanserad bild av upplevelsen av självstigma hos individer som försökt att ta sitt liv.

Syftet med denna aktivitet var att undersöka hur och i vilken utsträckning personer som gjort ett suicidförsök upplever självstigma. För att besvara syftet genomfördes semistrukturerade kvalitativa djupintervjuer med 14 personer med erfarenhet av suicidförsök inom ramen för en randomiserad kontrollerad studie av ASSIP inom Region Skåne. Efter att respondenterna genomgått den randomiserade kontrollerade studien kontaktades de för intervju. För att säkerställa bredd i urvalet eftersträvades en variation avseende upplevd könstillhörighet, ålder och kulturell bakgrund. De 14 respondenterna var mellan 19 och 62 år gamla, bestod av åtta kvinnor och sex män, alla boende i Skåne. Intervjuerna genomfördes tre till tolv månader efter ASSIP eller suicidförsöket och där respondenterna

kände sig som mest trygga, antingen i hemmet eller på en psykiatrisk öppenvårds-mottagning. Intervjuernas längd varierade mellan 60 och 180 min.

Under intervjun användes en semistrukturerad intervjuguide tillsammans med en nätverkskarta, som gav en visuell bild av respondenternas relationer och nätverk till viktiga personer. Den hjälpte också till att skapa konkreta samtal om stigma, självstigma och suicidförsök i förhållande till de personer som markerades på kartan. Samtliga intervjuer avslutades med en suicidriskbedömning. Intervjuinspelningarna transkriberades och analyserades med hjälp av tematisk analys. Då inga av de ingående studierna ännu är publicerade i vetenskapliga tidskrifter redovisas här bara preliminära resultat.

Den preliminära analysen, när det gäller upplevelsen av självstigma efter suicidförsök, visar på en utsatthet på två nivåer hos respondenterna. Dels beskriver de, utifrån sina erfarenheter och livssituationer, att deras suicidförsök och psykiska ohälsa på en samhällelig nivå betraktas som tabubelagda och svåra att prata om. Detta bidrar negativt till självstigma kring suicid och suicidförsök. Självstigma handlar inte bara om omgivningens reaktioner, utan påverkar även individens inre processer. När de internaliserar samhällets negativa syn på suicid – att det är förbjudet och skamligt att ens överväga att ta sitt liv – upplever de starka känslor av skam och skuld. Dessutom när de har genomfört ett suicidförsök, drabbas de inte enbart av samhällets stigma, utan också av en stark personlig känsla av att vara en börda för sina närstående och för sig själva. Denna upplevelse förstärker känslorna av skam och skuld ytterligare, vilket påverkar självstigma negativt. På individuell nivå påverkar självstigma respondenternas tankar och handlingar och gör det ännu svårare att prata öppet om sina upplevelser och att söka adekvat hjälp. På detta sätt framkommer det i den preliminära analysen av respondenternas berättelser en ömsesidig relation mellan stigma – att

vara en börda – och självstigma – att inte söka hjälp – i relation till att ha gjort ett suicidförsök.

Delmål 3. Minska självstigma hos individer som försökt ta sitt liv

Effektmått 3 a. Kvantitativ analys av självstigma, undersökt med ISMI, över tid. Individer som fått ASSIP jämförs med individer som inte fått ASSIP.

Vi jämförde medelvärden hos ASSIP-gruppen, som fick ASSIP plus sedvanlig vård, och kontrollgruppen, som bara fick sedvanlig vård, både vid inkluderingen i studien och vid uppföljningen tre månader senare. Preliminära resultat visar att vid inkluderingen fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna vad gäller kön, ålder, utbildningsnivå, sysselsättning, alkoholvanor, upplevt självstigma (ISMI), socialt stöd (ISSI) eller hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D5L), vilket visar att grupperna var likvärdiga innan behandlingen började.

Vid uppföljningen efter tre månader jämfördes medelvärdena igen för att se om det fanns några skillnader i självstigma, socialt stöd och hälsorelaterad livskvalitet. Preliminära resultat visade att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan ASSIP-gruppen och kontrollgruppen i något av dessa mått. Även förändringarna från inkluderingen till uppföljningen visade små förbättringar i båda grupperna, men inga av dessa förbättringar var statistiskt betydelsefulla.

Vi genomförde en statistisk analys (regressionsanalys) för att undersöka vilka faktorer som påverkade förändringen i deltagarnas upplevda självstigma (ISMI) vid 3-månaders uppföljningen. Detta för att se om det fanns faktorer som kunde förklara graden av minskning eller utebliven minskning av självstigma. Den preliminära analysen visade att ingen av de undersökta variablerna – inklusive kön, ålder, utbildningsnivå eller sysselsättning – hade en signifikant effekt på förändringen i självstigma. Sammanfattningsvis indikerade analysen att ASSIP-behandlingen inte ledde till några signifikanta skillnader i

upplevelsen av självstigma jämfört med sedvanlig vård under den tre månader långa uppföljningsperioden.

Effektmått 3 b. Analys av djupintervjuer för nyanserad bild av upplevelsen av självstigma hos individer som försökt att ta sitt liv i och som fått ASSIP i jämförelse med individer som inte fått ASSIP.

Syftet med denna aktivitet var att undersöka om ASSIP minskar självstigma jämfört med sedvanlig behandling. Eftersom ingen av de ingående studierna ännu är publicerade i vetenskapliga tidskrifter redovisas bara preliminära resultat. I intervjuerna efterfrågades respondenternas upplevelser av självstigma efter ASSIP respektive sedvanlig behandling efter suicidförsöket. De preliminära resultaten visar att deltagande i ASSIP upplevs leda till ett minskat antal suicidtankar och suicidplaner. ASSIP ger även en känsla av trygghet genom att interventionen erbjuder konkreta strategier och verktyg att förlita sig på, exempelvis handlingsplanen, som skapats under behandlingen, vilket ger dem en känsla av kontroll över framtida kriser.

Gällande sedvanlig behandling visar de preliminära resultatet på att respondenterna funnit viss hjälp, men inte som en sammanhängande vårdinsats. Enskilda terapeuter som erbjuder tydliga verktyg och upplevs som förstående spelar en viktig roll i deltagarnas återhämtning, medan andra kontakter har upplevts som negativa på grund av brist på hjälp och bristande tillit.

Övergripande framträder i de preliminära resultaten en tydlig skillnad: de som fått ASSIP har fått verktyg att hantera sitt mående, såsom ett nytt perspektiv och handlingsplan, medan de som fått sedvanligbehandling ofta har behövt söka verktyg och strategier på egen hand eller genom andra vårdaktörer med varierande resultat. Slutligen, nämner intervjupersonerna förutom en god relation till professionella vårdgivare även en annan viktig grupp för dem, nämligen de stödet de får från sina närstående.

Kvantitativa och kvalitativa metoder: Styrkor, svagheter och skillnader i resultat

I denna del användes både kvantitativa och kvalitativa metoder för att undersöka självstigma bland individer som överlevt ett suicidförsök. Båda metoderna bidrog till att ge en fördjupad förståelse för hur självstigma påverkar individer, men de erbjuder också olika perspektiv och kan ibland ge skilda resultat. Nedan diskuteras styrkorna och svagheter med respektive metod och möjliga anledningar till skillnader i resultaten.

Kvantitativa metoder

De kvantitativa metoderna, huvudsakligen i form av självskattningsskalor som ISMI (Internaliserad Stigma vid Psykisk Ohälsa), ISSI (Interpersonal Support Evaluation List), och EQ5D5L (hälsorelaterad livskvalitet), gav statistiska mått på självstigma, socialt stöd och livskvalitet. Dessa data kunde analyseras för att identifiera samband mellan variabler, som exempelvis relationen mellan självstigma och socialt stöd.

Styrkor:

- Kvantitativa metoder tillåter analys av stora datamängder, vilket ger en bred översikt över populationens egenskaper och kan generaliseras till en större grupp.
- De ger möjlighet till statistisk analys som visar på samband och mönster, exempelvis korrelationer mellan självstigma och hälsorelaterad livskvalitet.
- Standardiserade skalor som ISMI säkerställer en viss nivå av objektivitet och reproducerbarhet.

Svagheter:

- Kvantitativa metoder kan missa de nyanser och djupare förståelse som kvalitativa intervjuer kan erbjuda.

Självrapporterade skalor fångar exempelvis inte alltid upp de komplexa känslor och upplevelser kopplade till självstigma.

- Risken finns för förenkling av upplevelser som inte fullt ut reflekterar individens verklighet, särskilt vid psykosociala problem som kan vara känslomässigt laddade.
- Begränsat urval och uppföljningstid: De kvantitativa resultaten hade kanske kunnat visa andra, mer robusta mönster med ett större urval av deltagare och en längre uppföljningstid. I denna studie var uppföljningen begränsad till tre månader, vilket kan ha varit för kort tid för att fånga långsiktiga förändringar i självstigma. Dessutom kan ett större underlag ha gett möjlighet att upptäcka subtilare samband och variationer mellan olika grupper, vilket kan ha påverkat de statistiska resultaten. Det kan också vara så att självstigma inte var så uttalat i den här gruppen och att interventioner då inte heller har någon påtaglig effekt. En annan tänkbar möjlighet är att gruppen som har högre självstigma inte har kontakt med vården i samma utsträckning och därför inte blev aktuella för studien, efter rekrytering skedde bland personer som var i kontakt med psykiatri.

Kvalitativa metoder

De kvalitativa metoderna, det vill säga de semistrukturerade djupintervjuerna med individer som genomgått ett suicidförsök, gav en mer detaljerad bild av hur självstigma upplevs på ett personligt plan. Genom tematisk analys av intervjuerna kunde nyanserade upplevelser av skam, skuld och självbild framträda.

Styrkor:

- Kvalitativa metoder fångar individens unika upplevelser och kan belysa aspekter av självstigma som inte alltid synliggörs genom kvantitativa mätinstrument.

- De tillåter en djupare förståelse av subjektiva upplevelser och interpersonella faktorer, såsom hur självstigma samverkar med sociala relationer och nätverk.
- Genom öppna frågor kan oväntade teman och insikter framkomma, vilket kan leda till nya forskningsfrågor och interventioner.

Svagheter:

- Resultaten från kvalitativa metoder är ofta mindre generaliserbara till en större population eftersom de baseras på ett mindre urval.
- Det finns en risk för subjektiv tolkning av intervjumaterialet, vilket kan påverka resultatens tillförlitlighet.

Skillnader i resultat

Intervjuerna visar att det finns skillnader mellan upplevelserna hos dem som fått ASSIP och de som varit i kontrollgrupp och fått sedvanlig vård. De som fått ASSIP upplevde en minskning av suicidtankar och hade upplevelsen av att ha fått med sig verktyg, medan de som varit i kontrollgruppen inte upplevde det på samma sätt. Analysen av kvantitativa mått på självstigma visade ingen skillnad mellan grupperna. De skillnader som framkom i intervjuerna behöver inte nödvändigtvis vara relaterade till förändringar av självstigma. Det kan alltså vara så att ingen av metoderna i det här skedet visar på någon egentlig förändring i självstigma, även fast det skett andra förändringar i ASSIP-gruppen.

Det är också möjligt att de kvantitativa metoderna, med ett större underlag och en längre uppföljningstid, skulle ha kunnat visa mer signifikanta förändringar över tid. Självstigma kan vara ett fenomen som förändras gradvis och därför kan en längre studieperiod vara nödvändig för att fånga mer långsiktiga effekter av interventioner som ASSIP.

Del 2 - SPiSS

Delmål 1. Utbildning av personal med SPiSS webbutbildning och SPiSS reflekterande samtal

SPiSS webbaserade kursmoduler riktar sig till alla regionens medarbetare, kommunerna och till andra intresserade. Det primära målet med kurserna är att de ska bidra till att en stabil grund för kunskap och kompetens att utgå ifrån inom det suicidpreventiva arbetet. Genom dessa kurser ökar deltagarnas medvetenhet om avgörande faktorer som påverkar arbetet, till exempel stigmatisering kring psykisk ohälsa och suicid. Vidare säkerställer kurserna att kunskapen hålls uppdaterad, vilket är centralt för att det suicidpreventiva arbetet ska vara effektivt och anpassat till aktuell forskning och bästa praxis.

Kurs 1 om suicidologi och kurs 2 om risk- och skyddsfaktorer är de kurser som de flesta kan ta del av som en grundläggande baskunskap. Rekommendationen är att genomföra eller repetera kurserna årligen vilket är obligatoriskt för personal inom psykiatri.

Kurs 1 om suicidologi och kurs 2 om risk- och skyddsfaktorer är de kurser som de flesta kan ta del av som en grundläggande baskunskap att utgå ifrån. Rekommendationen är att genomföra eller repetera kurserna årligen.

Genom att följa frekvensen av hur kursmodulerna används och sammanställa utvärderingar efter genomförd kurs, förväntas processen av attitydförändringar angående psykisk hälsa och suicid i regionen kunna avläsas. Detta kan också vara ett sätt att mäta både deltagarnas engagemang och utbildningens påverkan. Genom att analysera utvärderingarna kan man identifiera potentiella förändringar i attityder. Det ger också en chans att justera kursinnehållet så att det fortsätter att vara relevant och träffsäkert för deltagarnas behov.

Resultat

I Lärportalen, som är Region Skånes utbildningsplattform återfinns kursmodulerna sedan januari 2023. Kursmodulerna 1 - om suicidologi och 2 - om risk- och skyddsfaktorer är uppgraderade för att anpassas till andra verksamheter utanför sjukvård, framför allt inom kommunerna. Detta har skett jämsides med stigma utvecklingsarbete kopplat till psykisk hälsa och suicid. Ännu finns enbart möjligheten att följa upp kursdeltagare genom det unika identifieringsnummer som Lärportalen läser av och således endast för anställda i Region Skåne. Frågan om hur många externa kursdeltagare som anmält sig har ställts till kommunerna men inte kunnat besvarats.

Påstötningar har gjorts om att leverantören ska tillgodose behovet av uppföljning av samtliga användare, då det torde ligga i regionens intresse att veta hur regionens utbildningar används externt men hittills utan resultat.

Vi kan dock i rapporter från samverkansaktörer förstå att användandet har stor spridning i regionen och även i resten av Sverige. De flesta finns dock inom psykiatrisk verksamhet, primärvård och sjukhus men med stor säkerhet även inom kommunernas verksamheter.

Effektmål 1 a. För tiden 2023-01-01 – 2024-10-31 fanns 3584 registrerade unika användare för kursmodul 1 om suicidologi i Region Skåne.

Under samma tid fanns 3205 registrerade unika användare för kursmodul 2 om risk- och skyddsfaktorer. Kursmodul 3 om skattningsskalor är tänkt kunna utgöra ett stöd och riktar sig till den som i sin profession gör suicidriskbedömningar. De 1692 personer som registrerats på denna kurs under samma tid som ovan, är troligtvis de flesta hemmahörande inom psykiatrisk verksamhet i Skåne.

En sammanställning av kursernas enkät/utvärdering är under utarbetande tillsammans med FoUU (enheten för Forskning, Utveckling och Utbildning) men blir inte klar inom ramen för detta utvecklingsarbete. Anledningen till detta är att Lärportalen har haft

tekniska fel under hösten 2024 varvid den del av enkäterna som innehåller fri text, inte gått att få åtkomst till. De frågor som finns här handlar om:

- Vilket stöd och/eller resurser du kommer att behöva för att använda dig av det som du lärde dig?
- Vad hoppas du att användande av det du lärde dig kommer att leda till?
- Berätta gärna om du har någon feedback eller reflektion kopplat till läraaktiviteten!

Effektmål 1 b. Under tiden 2023-01-01 – 2024-10-31 har ca 750 medarbetare inom psykiatri över hela Skåne deltagit i SPiSS-samtal. Deltagarnas behov eller önskat tema styr innehållet och ett ytterligare fokus har lagts på stigmatisering kring psykisk hälsa, suicidförsök och suicid. Evidens och ny kunskap vävs in i diskussionen, bland annat framsteg från utvecklingsarbete ASSIP och en nationell journalgranskningsstudie. Peer support har ofta deltagit i samtalen och berättelser från personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa kan bidra och ge exempel. I samtalet får man möjlighet att reflektera över attityder, beteenden och förhållningssätt som kan underlätta och stödja återhämtning för en enskild individ eller hur vi kan möta i kriser på ett mer respektfullt och tillmötesgående sätt.

Delmål 2. Vidareutveckling av reflektionssamtal

SPiSS utbildningssatsning syftar till att öka förståelsen hos dem som möter personer som kan vara suicidnära. Reflekterande samtal som rör suicidprevention syftar till att hålla dialogen om faktorer som påverkar suicid och suicidförsök, levande. Här vävs evidens in i resonemanget och ett särskilt fokus sätts på stigma och självstigma och ger tillfälle till reflektion över egna och andras attityder och beteenden. Målet är att stärka personalens trygghet och kompetens i

mötet med psykisk ohälsa som kan bidra till en bättre vård- och arbetsmiljö.

Samtalen ges i personalgrupper om 6 – 8 personer med en extern handledare närvarande och har varit obligatoriska för medarbetare inom psykiatri i Skåne sedan ett tiotal år och berör mer än 3 000 anställda. Genom att lyfta stigma och självstigma som tydligare teman i samtalen, skapas en medveten viljeriktning som ger möjlighet till reflektion kring bemötandet av människor. Detta stärker förutsättningarna för att erbjuda ett respektfullt och icke-stigmatiserande bemötande, vilket är avgörande för en mer inkluderande och förstående vårdmiljö.

En introduktion för upplägg och innehåll utvecklas och kanske kan bli ett stöd för andra verksamheter i implementering av liknande reflekterande samtal. Erfarenheten vi vill förmedla är, att under de år som SPiSS har varit tillgängligt i Region Skåne, har vi sett betydande och positiva förändringar i medarbetarnas bemötande, särskilt i hur de hanterar komplexa och existentiella frågeställningar.

Under utvecklingsarbetet genomfördes en enkät om attityder gentemot suicid och suicidförsök (ATTS – attitudes towards suicide). Syftet med enkäten var att få en uppfattning av om SPiSS-samtalet bidrar till att minska stigma. Dessutom ville vi pröva instrumentet för att bedöma lämpligheten för kommande uppföljningar och utvärderingar. (Bilaga 2) - Rapport utvärdering SPiSS handledning

Enkäten skickades till 439 personer som samtliga anmält sig till ett SPiSS samtalstillfälle. Av dessa gav 190 personer sitt informerade samtycke till att delta i undersökningen och fyllde i enkäten direkt innan SPiSS-samtalet. 78 personer direkt efter avslutat samtal (bortfall 59 procent) och 66 två månader efter avslutad SPiSS-handledning (bortfall 15 procent).

Resultaten från enkäten tyder på att deltagarna redan hade nyanserade attityder till suicid innan de påbörjade SPiSS

handledningen och att de i stor utsträckning ansåg att suicid kunde förebyggas. Personalen skattade även sig ha en relativt hög beredskap att förebygga suicid. De signifikanta förändringarna på ATTS-delskalan 'Suicid som rättighet' tyder på att personalen, som hade genomgått SPiSS-samtal, hade utvecklat mer nyanserade attityder gällande personers/patienters självbestämmande i frågor som rör suicid. Resultatet av denna undersökning kan naturligtvis förklaras av de ämnen som togs upp i SPiSS-samtalen. Gruppens behov fick styra vilket fokus och vilka frågor som var angelägna att diskutera och som varierade från grupp till grupp beroende på deltagare och verksamheter. Dessutom hade deltagarna genomgått SPiSS-kursmoduler innan de besvarade den första enkäten, vilket kan ha påverkat de redan nyanserade attityderna. Framtida utvärderingar av SPiSS-handledning bör därför inkludera även SPiSS-webbutbildning för att bättre kunna förstå dess inverkan på resultatet.

Valet att använda just ATTS kan också ha påverkat utfallet. Hur data som samlas in med hjälp av detta instrument ska analyseras och tolkas är inte helt tydligt utifrån instrumentets anvisningar. Därför bör tolkningen av resultaten i denna rapport betraktas med försiktighet.

Effektmål 2 a. För att stödja reflekterande samtal om psykisk hälsa och suicid även inom andra verksamheter, erbjuder vi nu ett koncept för SPiSS reflekterande samtal. Vi har tagit fram en introduktion som beskriver tänkbar struktur, upplägg och innehåll för dessa samtal (Bilaga 3) -Introduktion reflekterande samtal

Tanken är att introduktionen är en vägledning för grupper av yrkesverksamma som möter individer i utsatta situationer och ska vara flexibel nog att anpassas till olika typer av verksamheter. Introduktionen kan ge en grund att stå på med tydlig inriktning och stimulera till egen reflektion för att stärka förmågor att hantera komplexa och känsliga frågor kring psykisk ohälsa och suicid.

Effektmål 2 b. Som en del av utvecklingsarbetet har sex pilotsamtal genomförts inom somatisk vård, där totalt 35 medarbetare deltog. (Bilaga 4) - Enkät svar SPiSS reflekterande samtal för somatik

Denna pilot har gett viktiga insikter och bidrar till utformningen av introduktionen genom att belysa centrala moment som bör ingå i konceptet. På grund att 8 personer besvarade den enkät som skickades ut i efterhand, vilket kan ses som en låg svarsfrekvens, presenteras de enskilda svaren i sin helhet.

En annan form av pilot genomfördes inom ett privat vårdföretag i en arbetsgrupp med 36 medarbetare. En föreläsning och samtal/dialog gavs för hela gruppen. Generellt uppgavs att det fanns en övrig i arbetsgruppen att samtala om ämnen som suicid, suicidförsök och stigmatisering och detta tillfälle var tänkt som en introduktion till ämnet. Genom deltagarnas aktivitet, frågor och vilja att diskutera men även enkät svar i anslutning till tillfället, får vi bekräftat ett stort engagemang för frågorna och intresse för att få veta mera. Att kunna pröva ett koncept i denna form för att både sprida information och kunskap, blir ytterligare ett steg i utvecklingsarbetet. (Bilaga 5) - Enkät svar SPiSS extern vårdgivare

I samarbete med FoUU kommer en enkät för uppföljning och utvärdering att utformas men blir inte färdigställd inom tiden för utvecklingsarbetet men syftar till att ge input för ytterligare utveckling av SPiSS reflekterande samtal. Detta innebär att vidareutvecklingen bygger på de enskilda deltagarnas reflektioner i avslutningen till varje samtal. Bland annat har deltagarna angivit att möjligheten att få reflektera om svåra ämnen såsom stigma, självstigma, suicidförsök och suicid tillsammans med sina kollegor, har varit behållningen.

Delmål 3: Utveckling av en webbaserad kurs med fokus på stigma och självstigma

En lättillgänglig kursmodul som kan genomföras i egen takt ger bättre förutsättningar för att den används och ger effekt. För att säkerställa

relevans och kvalitet samlades en arbetsgrupp med representanter från olika funktioner. Gruppen kom gemensamt fram till kursens innehåll och definierade tydliga lärandemål för att stödja en strukturerad och meningsfull inlärningsprocess:

- Förklara vad stigma och självstigma innebär och vilka konsekvenser det får på individ och samhällsnivå
- Förklara hur det kan kännas att utsättas för stigma/självstigma och relatera det till egna erfarenheter
- Identifiera situationer där förutfattade meningar och föreställningar kan vara diskriminerande för andra
- Uppmärksamma dina egna attityder, föreställningar och beteenden och reflektera kring hur de kan påverka andra människor och verka stigmatiserande
- Bidra till att minska stigma/självstigma kring suicid i mötet med en annan person genom ditt förhållningssätt
- Ge exempel på goda exempel och alternativa förhållningssätt som inte blir diskriminerande

Resultat

Effektmål 3 a. En ny webbaserad kursmodul inom SPiSS-konceptet med särskilt fokus på stigma och självstigma har utvecklats. Kursen är avsedd att vara en del av kunskaps- och utbildningsunderlaget för vård- och omsorgspersonal samt andra intresserade

Effektmål 3 b. SPiSS kursmodul 4 om stigma och självstigma, publicerades i samband med suicidpreventiva dagen den 10 september 2024. Under de knappt två månader som gått sedan dess har drygt 400 unika användare inom Region Skåne anmält sig till kursen. Den utvärdering som ska göras efter genomgången kursmodul är ännu inte helt sammanställd (Bilaga 6) -Uppföljning SPiSS kursmodul 4 om stigma och självstigma

Preliminärt framgår av denna utvärdering en positiv inställning och en stark vilja att fortsätta reflektera över frågor om stigma och självstigma, både i privatlivet och i arbetsrollen. Filmerna, där personer delar med sig av sina egna erfarenheter, har uppskattats särskilt mycket; deltagarna menar att dessa exempel ger ett hoppfullt perspektiv på återhämtning från psykisk ohälsa. Flera svarande har också lyft fram att utbildningen har fungerat som en ögonöppnare, som gjort dem mer medvetna om sina egna stereotyper och förutfattade meningar.

Övergripande diskussion

I detta avsnitt för vi ett övergripande resonemang kring våra lärdomar från att ha drivit ett utvecklingsarbete inom stigma inom SPiSS respektive ASSIP.

Del 1 – ASSIP Del 2 - SPiSS

De kriterier som regionen förväntats uppfylla har varit ett viktigt stöd för vårt utvecklingsarbete inom stigma och självstigma kopplat till psykisk hälsa och suicidprevention. Genom att arbeta strukturerat utifrån dessa kriterier har vi kunnat säkerställa att arbetet är både hållbart och effektivt.

1. Främjande och förebyggande: Vårt arbete har haft ett tydligt främjande och förebyggande fokus, där målet har varit att minska stigmatiseringen kring psykisk ohälsa och suicid. Genom att använda metoder som ASSIP och SPiSS har vi aktivt arbetat för att minska självstigma hos individer som gjort suicidförsök, vilket är en viktig del av det förebyggande arbetet för att minska framtida suicidförsök. Vår inriktning är alltså att höja kunskap och kompetens hos medarbetarna för att på så sätt öka beredskapen för att förebygga och förhindra suicid och suicidförsök genom minskad stigmatisering.

Vårt arbete har fortsatt haft ett tydligt främjande och förebyggande fokus, men vi har också identifierat behovet av att ytterligare stärka kopplingen mellan kunskap och praktisk tillämpning. Exempelvis har SPiSS visat sig vara ett effektivt verktyg för att öka medvetenheten

om stigma bland vårdpersonal, vilket bidrar till en mer inkluderande vårdmiljö. För att ytterligare förstärka det förebyggande arbetet bör vi integrera återkoppling från patienter om deras upplevelser av vården, vilket kan minska barriärerna för att söka hjälp och förstärka tilliten till vården.

2. Formellt beslut finns: Stödet från ledningen och formella beslut på regional nivå har varit avgörande för att ge utvecklingsarbetet den legitimitet och de resurser som krävs för att genomföra insatserna. Detta har inneburit att vårt arbete har kunnat förankras i regionens befintliga strukturer inom psykisk hälsa och suicidprevention, vilket har underlättat samordning och långsiktig implementering. Genom att erbjuda möjligheter för medarbetarna att fördjupa sig i dessa frågor och göra det obligatoriskt att delta, skickar ledningen en tydlig signal om att dessa ämnen är viktiga för organisationens värderingar och kultur.

Trots att vi haft ett starkt stöd från ledningen, framkom det i vårt arbete att formella beslut inte alltid garanterar implementering i praktiken. Ett område för förbättring är att säkerställa att formella beslut också innebär tydliga resursfördelningar och utbildningsinsatser, särskilt när det gäller utbildning av nya terapeuter och handledare för ASSIP. Dessutom är det viktigt att säkerställa att ledningens beslut kommuniceras tydligt till all personal för att skapa enhetlighet i implementeringen. Detta gäller inte minst avseende rekrytering av personer olika delar av vården.

3. Planera för långsiktighet: Vi har haft en tydlig plan för långsiktighet i arbetet. Genom att bygga upp utbildningskapacitet för ASSIP-terapeuter och handledare lokalt i Sverige har vi förberett för att metoden skulle kunna börja integreras i den ordinarie vården även efter utvecklingsarbetets slut. Det skulle dock behövas många fler handledare och terapeuter för att ASSIP ska kunna bli en del av den sedvanliga vården. SPiSS som utbildningskoncept är sedan många år välkänt såväl inom som utanför regionen, varför tillskapandet av en ny webbaserad kurs om stigma och självstigma som är öppen för alla, blev en självklar del i utvecklingsarbetet.

Vi har identifierat att långsiktig framgång kräver fler och mer robusta strukturer för handledning och stöd till ASSIP-terapeuter. Detta inkluderar kontinuerlig utbildning och uppföljning, särskilt eftersom vi har sett att personalskiftet kan påverka implementeringen negativt. Genom att använda digitala plattformar för handledning

och utbildning kan vi minska dessa hinder och säkerställa att kompetensen behålls inom organisationen. För SPiSS har vi också sett att kontinuerlig uppdatering av kursinnehållet är avgörande för att bibehålla relevansen över tid.

4. Följa upp och utvärdera målen: Vi har arbetat kontinuerligt med att följa upp och utvärdera vårt arbete i förhållande till de mål vi satt upp. Mätbara mål har formulerats för att kunna bedöma effekten av insatserna, och vi har använt olika skalor (ISMI, ISSI, EQ5D5L) för att utvärdera förändringar i självstigma, socialt stöd och hälsorelaterad livskvalitet hos deltagarna. Denna strukturerade uppföljning har gett oss värdefulla insikter om hur insatserna påverkar patienterna och hur arbetet kan förbättras framöver. Vi har även följt upp våra insatser genom regelbundna handledningstillfällen för ASSIP-terapeuter och genom att terapeuterna själva skattar sin följsamhet till metoden efter varje session. Även kvalitativa djupintervjuer har genomförts för att fördjupa kunskapen om självstigma och suicidförsök med individer som deltagit i ASSIP och de som blivit randomiserade till sedvanligbehandling. Samtalsdelen för SPiSS har vidareutvecklats genom att samtalsledargruppen i dialog följer upp och reviderar innehåll och struktur för de samtal som sker. Detta dokumenteras i den introduktion som kommer att erbjudas till andra verksamheter utanför psykiatri, inom vård och omsorg.

Genom att följa upp och analysera användandet av SPiSS webbkursmoduler och av enkätsvar från SPiSS reflekterande samtal kontinuerligt, kan vi få en bättre förståelse för hur metoderna och verktygen tas emot och används i praktiken. Detta ger oss möjlighet att justera och anpassa både innehåll och genomförande för att säkerställa att vi når våra mål om ökad medvetenhet och förståelse kring stigma och självstigma.

Vi föreslår också att längre uppföljningsperioder införs för att bättre kunna mäta långtidseffekterna av ASSIP och SPiSS. Stigma och självstigma är oerhört komplexa fenomen som sannolikt påverkas av en lång rad aspekter i en människas liv och miljö. Kunskapsläget kring på vilket sätt självstigma kan påverkas av olika slags interventioner är svagt och man får därför vara ödmjuk inför att det är svårt att veta vad som kan tänkas vara hjälpsamt och hur vi bäst kan mäta detta.

5. Samordnaren driver arbetet: En dedikerad samordnare har haft en nyckelroll i att driva och hålla samman utvecklingsarbetet.

Samordnaren har haft ett tydligt mandat att leda utvecklingsarbetet och säkerställa att det är väl förankrat i regionens övergripande arbete med psykisk hälsa och suicidprevention vilket gör att det har stöd på flera nivåer inom organisationen. Genom att vara en central person i detta utvecklingsarbete har samordnaren också säkerställt att resultat och insikter sprids och tas vidare till relevanta aktörer inom regionen

6. Kunskapsbaserat arbete: Vi har genomgående arbetat kunskapsbaserat och alla våra insatser har utgått från vetenskaplig grund, vilket är naturligt eftersom vi tillhör en forskargrupp vid Lunds universitet. Detta har också bidragit till att vårt arbete kan spridas vidare genom vetenskapliga publikationer och konferenspresentationer. Genom att arbeta kunskapsbaserat har vi kunnat säkerställa att våra insatser är välgrundade, men det är också tydligt att det finns ett behov av att kommunicera forskningsresultaten på ett mer lättillgängligt sätt till vårdpersonal som inte har forskningsbakgrund. Vi föreslår utveckling av kortare sammanfattningar eller infografik baserat på våra vetenskapliga publikationer för att öka användbarheten i klinisk praxis.

7. Egnerfarnas perspektiv: Ett centralt inslag i vårt arbete har varit att involvera egnerfarna personer. Genom att lyssna på och inkludera deras erfarenheter har vi kunnat undersöka deras erfarenheter av självstigma och av interventionen ASSIP. Det egnerfarnas perspektiv har haft en framträdande och avgörande roll i utvecklingen av en webbaserad kursmodul. Detta har inte bara stärkt kursens innehåll utan också säkerställt att den är meningsfull och tillgänglig.

8. Samverkan: Samverkan har varit en nyckelfaktor i vårt utvecklingsarbete och sker dagligen i olika forum och samverkansgrupper med samhällets övriga aktörer, exempelvis kommun, utbildningsväsende. På ett regionalt plan har vi haft ett nära samarbete inom psykiatrins olika delar. Detta har bidragit till en helhetsförståelse för de behov som finns hos individer som har gjort suicidförsök.

Utöver de interna samarbetena har vårt arbete dragit stor nytta av internationella samarbeten, särskilt med ASSIPs upphovsmän i Schweiz. Genom detta samarbete har vi tillgång undervisning i metoden direkt av ASSIPs upphovsmän och information om pågående utveckling och forskning i Schweiz.

Vidare har vi arbetat tillsammans med egnerfarna personer via peer support och inflytandestrategier. Genom djupintervjuer av deltagare i ASSIP-studien har vi säkerställt att patientperspektivet är tydligt representerat i alla led av arbetet. Genom denna samverkan har vi fått insikter i hur självstigma upplevs av individer som gjort suicidförsök och hur vården kan utformas för att bättre möta deras behov.

Samverkan på flera nivåer, både lokalt, regionalt, nationellt och internationellt, har varit avgörande för vårt utvecklingsarbete. Genom ett brett och välorganiserat nätverk har vi kunnat dra nytta av kunskaper och resurser från olika håll, vilket har stärkt vår förmåga att implementera både ASSIP och SPiSS framgångsrikt och skapa en hållbar struktur för framtida insatser. Integrerad samverkan och nätverksbyggande är nödvändigt för att skapa hållbara och effektiva vårdstrukturer men vi ser att det fortfarande finns outnyttjad potential, särskilt inom primärvården. Genom att stärka samarbetet med vårdcentraler kan vi nå fler patienter som annars kanske inte skulle ha tillgång till specialiserad psykiatrisk vård.

9. Sprida och kommunicera: Sammanfattningsvis har kriterierna fungerat som en stark ram för att strukturera och driva vårt utvecklingsarbete, vilket har lett till konkreta framsteg inom både självstigmareducering och suicidprevention. För att säkerställa att dessa framsteg och lärdomar når ut till en bredare publik, är det avgörande att vi effektivt sprider och kommunicerar våra resultat. Genom att dela med oss av våra erfarenheter och insikter kan vi inte bara inspirera andra verksamheter och organisationer att ta del av våra metoder, utan också bidra till att skapa en större medvetenhet om stigma, självstigma och suicidprevention i samhället i stort.

För att ytterligare stärka spridningen av våra resultat föreslår vi att utveckla en kommunikationsstrategi som inkluderar användning av sociala medier, kortare informationsfilmer och ökad synlighet vid nationella och internationella konferenser. Detta skulle kunna bidra till att fler verksamheter inspireras att ta del av våra metoder och anpassa dem till sina kontexter.

Synergier mellan SPiSS och ASSIP

Den tydliga synergien mellan SPiSS och ASSIP är att medan ASSIP arbetar direkt med individens upplevelse av självstigma, ger SPiSS en bredare organisatorisk förankring och utbildning för vårdpersonalen. Detta dubbla fokus, där de två programmen kompletterar varandra,

där både patienter och vårdpersonal får verktyg att förstå, hantera och minska stigma och självstigma, skapar en starkare helhetsstrategi för suicidprevention. Genom att kombinera dessa två program kan vi på ett mer omfattande sätt både förbättra vården för individer som gjort suicidförsök och bidra till att minska självstigma i hela vårdkedjan.

SPiSS-modulen fungerar som ett viktigt stödverktyg för att säkerställa att all personal, oavsett var i vårdkedjan de arbetar, har rätt kunskaper och attityder för att motverka stigmatisering och därmed ge bättre vård. När personalen är bättre rustad för att förstå och hantera stigma och självstigma, blir ASSIP-behandlingen mer effektiv, eftersom patienterna möts av en vårdmiljö som är stödjande och fri från negativa attityder. Tillsammans skapar SPiSS och ASSIP en integrerad modell där vårdpersonalens kunskapsbas och patientens behandlingsprocess arbetar i harmoni för att minska självstigma och förebygga framtida suicidförsök. Det är genom denna helhetssyn – där både individen och vårdpersonalens perspektiv tas i beaktande – som vi kan uppnå mer hållbara och effektiva resultat inom både suicidprevention och stigmahantering.

Övrigt

Vårt utvecklingsarbete har på många sätt skiljt sig från de andra regionernas utvecklingsarbeten, till sin struktur och inriktning. Som ett resultat har vi ibland upplevt att de nationella nätverks-dagarna, även om de har varit givande, inte alltid har varit så meningsfulla för oss i vårt utvecklingsarbete. Ibland har det varit flera nätverksträffar för olika roller i utvecklingsarbetet där det inte alltid varit så tydligt för oss vilken vi själva skulle vara med på.

Ett område där vi tror att förbättringar kan göras i framtida nationella program är att matcha projekt och utvecklingsarbeten som har liknande inriktningar, för att främja mer relevant och specifikt erfarenhetsutbyte. Om vi hade parats ihop med andra utvecklingsarbeten som mer liknade vårt, skulle vi ha haft möjlighet att dela mer riktade erfarenheter och utvecklingsinsikter under arbetets gång. En sådan parning skulle också ha gett oss ett kontaktnät för regelbunden dialog och gemensamma lösningar på liknande utmaningar.

Vi ser ett stort värde i dessa nationella nätverk och föreslår att man överväger en mer riktad struktur för framtida träffar och erfarenhetsutbyte, där utvecklingsarbeten med liknande fokusområden kan samarbeta närmare. Detta skulle kunna skapa mer meningsfullt utbyte. En sådan ansats skulle även bidra till ett mer fokuserat och skräddarsytt stöd för varje utvecklingsarbete eller projekt.

Bilagor

Bilaga 1: Stigma utvecklingsarbete ASSIP

Bilaga 2: Rapport utvärdering SPiSS handledning

Bilaga 3: Introduktion reflekterande samtal

Bilaga 4: Enkät svar SPiSS reflekterande samtal för somatik

Bilaga 5: Enkät svar SPiSS extern vårdgivare

Bilaga 6: Uppföljning SPiSS kursmodul 4 om stigma och självstigma

Bilaga 1. Region Skåne utvecklingsarbete stigma kopplat till psykisk hälsa och suicid

Beskrivning av skalorna:

Syftet med rapporten är att undersöka hur självstigma, sociala relationer och hälsorelaterad livskvalitet samverkar hos individer som gjort suicidförsök. Genom att använda ISMI-10 för att mäta graden av självstigma, EuroQol version 5D-5L för att bedöma livskvalitet och ISSI för att kartlägga sociala relationer, syftar studien till att identifiera mönster och samband mellan dessa faktorer.

ISMI-10 är ett frågeformulär som undersöker respondenternas självstigma genom tio självskattningsfrågor där respondenten svarar på en fyrgradig likertskala från "instämmer inte alls" till "instämmer helt". Frågorna berör känslor, tankar och beteenden relaterade till stigmatiserade uppfattningar om psykisk ohälsa och i vilken utsträckning respondenterna instämmer i dessa stigmatiserande påståenden i relation till sin egen psykiska ohälsa.

EuroQol version 5D-5L (EQ-5D-5L) är ett instrument som består av två delar för att mäta livskvalitet där respondenterna bedömer sitt hälsotillstånd. Den första delen baseras på fem dimensioner: rörlighet, egenvård, vanliga aktiviteter, smärta/obehag och ångest/nedstämdhet, med fem svårighetsgrader för varje dimension. I den andra delen ger respondenterna en grafisk skattning av sitt hälsotillstånd på en skala från 0 till 100. Poängen i den första delen summeras inte, utan sammanställs till en femsiffrig talserie som representerar respondentens hälsoprofil. Den analoga skalan är uppdelad i 100 steg, där 0 representerar det sämsta tänkbara hälsotillståndet och 100 representerar det bästa tänkbara hälsotillståndet.

ISSI-skalan är även den en självskattningsskala bestående av trettio frågor fördelade på fyra delskalor och omfattar både kvalitativa och kvantitativa aspekter av sociala relationer, inklusive både nära kontakter och mer avlägsna relationer. De fyra delskalorna är:

tillgång till sociala kontakter (AVSI), upplevd tillfredsställelse med sociala kontakter (ADSI), tillgång till djupa känslomässiga relationer (AVAT) samt upplevd tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer (ADAT).

Bilaga 2. Region Skåne Utvecklingsarbete stigma kopplat till psykisk hälsa och suicid

Attitydförändringar hos Region Skånes personal efter SPiSS-handledning

Inledning

SPiSS (Suicid Prevention i Svensk Sjukvård) är en webbaserad utbildning i suicidprevention som riktar sig till personal inom vården (www.skane.se/spiss). SPiSS består av tre delkurser som ger grundläggande kunskap om suicid och suicidprevention. Delkurserna 1 och 2 är anpassade för primärvården, sjukhuspersonal, samarbetspartners utanför Region Skåne, samt psykiatri och habilitering. Delkurs 3 är en fördjupningskurs som är speciellt utformad för personal som arbetar inom specialistpsykiatri, men också för privata aktörer inom psykiatrisk verksamhet. Utbildningen består av olika moduler som täcker ämnen som suicidriskbedömning, hur man bäst samtalar med personer som har suicidtankar och planer, behandlingsmetoder och eftervård. Utbildningen är interaktiv och inkluderar praktiska övningar och reflektionsfrågor för att hjälpa deltagarna att tillämpa sina kunskaper i verkliga situationer. SPiSS-utbildningen har utformats för att öka personalens självförtroende och kompetens när det gäller att hantera suicidrisker och förebygga suicid. SPiSS-handledningen som denna utvärdering fokuserar på är en kompletterande utbildning som riktar sig till personal inom psykiatrisk vård som har genomfört den webbaserade SPiSS-utbildningen.

SPiSS-handledningen är utformad för att ge deltagarna möjlighet att fördjupa sina kunskaper och färdigheter i suicidprevention genom att diskutera verkliga fall och utmaningar i grupp tillsammans med kollegor.Handledningen sker vid ett tillfälle och leds av en erfaren handledare och inkluderar diskussioner, praktiska övningar och reflektionsfrågor. Målet med SPiSS-handledning är att hjälpa deltagarna att tillämpa sina kunskaper och färdigheter inom

suicidprevention i verkliga situationer och att stärka deras självförtroende och kompetens när det gäller att hantera suicidrisker. Målet med SPiSS-handledningen är också att påverka medarbetarnas attityder om suicid genom att erbjuda en möjlighet att utforska och reflektera över sina egna attityder och förhållningssätt kring ämnet i en trygg och stödjande miljö. Genom att diskutera verkliga fall och utmaningar tillsammans med andra i gruppen, kan deltagarna öka sin förståelse och empati för personer som har suicidtankar och planer.Handledningen kan också hjälpa personalen att utveckla en mer proaktiv och preventiv inställning till suicidprevention, vilket kan bidra till att minska stigma kring suicid och öka medvetenheten om vikten av tidig intervention och förebyggande åtgärder.

SPiSS-utbildningen har i en tidigare gjord studie (Stjernswärd och Hansson, 2013¹) visat sig leda till ökad kunskap och medvetenhet om de riskfaktorer som kan leda till suicid och vikten av att våga fråga om suicid och att dokumentera suicidbedömningar. Utbildningen har också visat sig ge personal inom psykiatrisk vård ökat självförtroende att hantera suicidrisker. Hittills har ingen studie undersökt hur SPiSS-handledning påverkar deltagarnas attityder. Syftet med denna verksamhetsutvärdering är därför att undersöka hur attityder påverkas av deltagande i SPiSS-handledning i grupp efter genomgången SPiSS-webbutbildning bland personal inom specialistpsykiatri.

Metod

Ett frågeformulär/enkät skickades ut till samtlig personal inom specialistpsykiatri i Region Skåne som bokat in sig för SPiSS-handledning under hösten 2021. Totalt skickades frågeformuläret till 439 personal och 190 gav sitt informerade samtycke till att delta i

¹ Stjernswärd, S., Hansson, L (2013). Suicide Prevention in Mental Health Services – A Qualitative Study of a Web Based Program for Mental Health Care Staff. *Open Journal of Medical Psychology* ,2(4), 175-182.
<https://doi.org/10.4236/ojmp.2013.24027>

undersökningen. Etthundranittio personer (n=190) fyllde således i enkäten direkt innan SPiSS-handledning, 78 personer direkt efter avslutat samtal (bortfall 59 procent) och 66 två månader efter avslutad SPiSS-handledning, bortfall 15 procent.

Enkät

Enkäten bestod av två delar. Den första delen innehöll frågor för att kartlägga deltagarnas sociodemografiska, det vill säga ålder, upplevd könstillhörighet (man, kvinna, annan), yrkeserfarenhet (antal år), samt ledningsuppdrag (ja/nej). Den andra delen innefattade påståenden om attityder till suicid hämtade ur frågeformuläret ”Att förhålla sig till självmord” på engelska kallad Attitudes Toward Suicide Scale (ATTS). ATTS har utvecklats av Renberg och Jacobsson (2003)² och består av 40 attitydpåståenden som skattas på en skala från 1 till 5 (1 = Instämmer helt och hållet, 2 = Instämmer i stort sett, 3 = Tveksam, det beror på, 4 = Instämmer i stort sett inte, 5 = Instämmer inte alls). ATTS används för att på ett genomgripande sätt mäta personers attityder till suicid inom följande tio områden/delskalor:

1. Suicid som en rättighet
2. Suicid är förståeligt
3. Undvikande av kommunikation om suicid
4. Suicid kan förebyggas
5. Suicid som tabubelagt
6. Suicid är normalt/vanligt
7. Suicid som en process
8. Suicid förorsakat av relationer
9. Beredskap att förebygga
10. Uppgivenhet/hopplöshet - Suicid som en lösning

² Salander Renberg, E., Jacobsson, L (2003). Development of a questionnaire on attitudes towards suicide (ATTS) and its application in a Swedish population. *Suicide Life Treat Behav*, 33 (1), 52-64.
<https://doi.org/doi:10.1521/suli.33.1.52.22784>.

Den interna konsistensen för ATTS var 0,75, vilket indikerar en acceptabel nivå av intern konsistens, även om värden över 0.80 föredras.

Analys av data

Data analyserades med hjälp av statistikprogrammet SPSS med deskriptiv statistik samt Wilcoxon signed rank test för att undersöka förändringar över tid från innan SPiSS-handledning (T0) till direkt efter SPiSS-handledning (T1), samt från innan SPiSS-handledning (T0) till 2 månader efter avslutad SPiSS-handledning (T2). Icke-parametrisk statistik användes eftersom data inte var normalfördelad. Signifikansnivån sattes till $p \leq 0.05$.

Resultat

Sociodemografiska

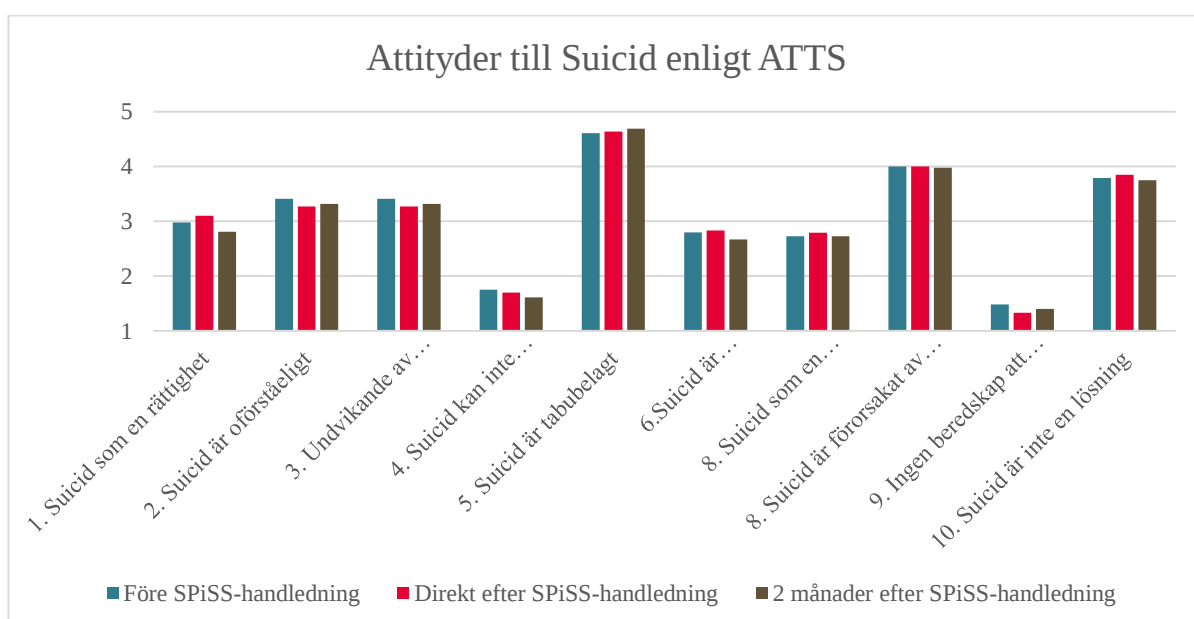
Större delen av deltagarna var kvinnor (82 procent) med en genomsnittsålder på 46 år. Deltagarna hade en genomsnittlig arbetslivserfarenhet på 20 år och 7 procent hade ledningsuppdrag (se tabell 1).

Tabell 1. Sociodemografiska för gruppen som svarade på frågeformuläret/enkäten innan deltagande i SPiSS-handledning (n=190).

Ålder, mv	46.11
Könstillhörighet, antal (procent)	
Kvinna	149 (82)
Man	32 (17)
Annan	1 (1)
Yrkeserfarenhet, mv antal år	19.92
Ledningsuppdrag	
Ja	12 (7)
Nej	171 (93)

Attityder

Medelvärden av deltagarnas skattningar visade att de till stor del ansåg att suicid kunde förebyggas och att man ansåg sig ha en relativt hög beredskap att förbygga suicid. Suicid sågs inte heller med hopplöshet och uppgivenhet som den enda lösningen på en svår situation. Vidare skattades suicid som tabubelagt. Gällande synen på suicid som en rättighet samt huruvida suicid är förståeligt eller ej, är onormalt/ovanligt och är ett resultat av impulshandlingar var medelvärden av deltagarnas skattningar mer spridda, vilket innebar att det fanns deltagare i undersökningen som var tveksamma och tyckte att det berodde på och deltagare som instämde både mer och mindre i påståendet. För mer information se Figur 1.



Figur 1 visar attityder till suicid bland personal inom psykiatrisk vård i Region Skåne före, direkt efter och 6-månader efter genomgången SPiSS-handledning. Ju högre skattning desto mer instämmer deltagarna inte i påståendet/området. Namnen har justerats i figuren för att underlätta tolkningen.

Förändringar i attityder

Medelvärden för respektive attitydområde/delskala, samt förändringar i attityder från skattningen direkt innan SPiSS-

handledning (T0) till direkt efter (T1) respektive efter 2 månader (T2) presenteras i tabell 2. Resultat av undersökningen visade att deltagarna instämde signifikant mer i synen på suicid som en rättighet från direkt innan till två månader efter SPiSS-handledning ($p=0,005$). Deltagarna instämde också signifikant mindre i undvikande av kommunikation om suicid från innan samtal (T0) till direkt efter samtal (T1) ($p=0,051$). Den signifikanta förändringen i synen på kommunikation i relation till suicid bestod dock inte över tid 2 månader efter avslutat SPiSS-handledning ($p=0,859$).

Tabell 2: Medelvärden och förändring över tid gällande ATTS delskalor för psykiatripersonal i Region Skåne före (T0), direkt efter (T1) och 2 månader efter (T2) deltagande i SPiSS-handledning ($n=180$). (Signifikansnivå $\leq 0,05$, Skala: 1= Instämmer helt och hållet, 5= instämmer inte alls).

Attitydområden	Före SPiSS-handledning (T0) N=180	Direkt efter SPiSS-handledning (T1) n=78	2- månader efter SPiSS-handledning (T2) n=66	Förändring T0-T1	Förändring T0-T2
1. Suicid som en rättighet	2.98	3.1	2.81	0.468	0.005*
2. Suicid är förståelig	3.41	3.27	3.32	0.363	0.844
3. Undvikande av kommunikation om suicid	3.30	3.35	3.34	0.051*	0.859
4. Suicid kan förebyggas	1.75	1.70	1.61	0.265	0.746
5. Suicid som tabubelagt	4.61	4.64	4.69	0.480	0.642
6. Suicid är normalt/vanligt	2.80	2.83	2.67	0.496	0.415
7. Suicid som en process	2.73	2.79	2.73	0.144	0.851
8. Suicid förorsakat av relationer	4.00	4.00	3.98	0.657	0.854
9. Beredskap att förebygga	1.48	1.33	1.40	0.120	0.644
10. Suicid som en lösning - uppgivenhet/hopplöshet	3.79	3.85	3.75	0.092	0.253

Diskussion

Resultaten tyder på att deltagarna över lag redan hade nyanserade attityder till suicid innan de påbörjade SPiSS handledningen och att de i stor utsträckning ansåg att suicid kunde förebyggas. Personalen skattade även sig ha en relativt hög beredskap att förebygga suicid. De signifikanta förändringarna på ATTS-delskalan 'Suicid som rättighet' tyder på att personalen, som hade genomgått SPiSS-samtal, hade utvecklat mer nyanserade attityder gällande personers/patienters självbestämmande i frågor som rör självmord.

Resultatet av denna undersökning kan naturligtvis förklaras av de ämnen som togs upp i SPiSS-samtalen som varierade från grupp till grupp. Dessutom hade deltagarna genomgått SPiSS-utbildningen innan de besvarade den första enkäten, vilket kan ha påverkat de redan nyanserade attityderna. Framtida utvärderingar av SPiSS-handledning bör därför inkludera även SPiSS-webbutbildning för att bättre kunna förstå dess inverkan på resultatet.

Det höga bortfallet kan också ha påverkat resultatet. Orsaken till detta är svår att fastställa. En möjlig förklaring till det stora bortfallet kan vara att personalen inte prioriterade att fylla i enkäten på grund av stress och hög arbetsbelastning eller att de fann ämnet känsligt och obekvämt. Det är också möjligt att enkäten upplevdes som svår att besvara.

Valet att använda ATTS kan också ha påverkat utfallet. Hur data som samlas in med hjälp av detta instrument ska analyseras och tolkas är inte helt tydligt utifrån instrumentets anvisningar. Därför bör tolkningen av resultaten i denna rapport betraktas med försiktighet. Dessutom argumenterar Stecz et al. (2021) för att en faktoranalys bör utföras med hänsyn till den specifika population som studeras vid användning av instrumentet, vilket inte har gjorts i denna undersökning. I stället har den ursprungliga författarnas uppdelning i områden/kategorier använts i denna utvärdering. Det finns inte heller någon beskrivning kring hur enskilda items ska tolkas.

Sammanfattningsvis ger denna studie en inblick i psykiatripersonals attityder till suicid och suicidprevention. Trots utmaningar, som det höga bortfallet, kan resultatet av undersökningen ge insikter som kan användas för att förbättra suicidpreventiva insatser och utbildningsprogram inom exempelvis vården.

Bilaga 3. Region Skåne utvecklingsarbete stigma kopplat till psykisk hälsa och suicid

SPiSS reflekterande gruppsamtal – förslag till introduktion

SPiSS är ett utbildningskoncept i två delar och består av webbaserade kursmoduler och reflekterande samtal. Målgrupp för utbildningen är personer som arbetar inom verksamheter som möter människor som kan vara suicidbenägna. Den är även relevant för andra verksamheter utanför sjukvården såsom socialtjänst, polis, hemtjänst, skola med flera. Målet med utbildningen är att öka kunskapen och färdigheter om vilka faktorer som kan påverka suicidnära personer, för att kunna förbygga och förhindra suicid, suicidförsök och självskadande beteende.

SPiSS samtal syftar till diskussion och reflektion kring hur du själv kan bidra till återhämtning för en individ. Samtalen kan medvetandegöra attityder, beteenden och bemötande som underlättar för den enskilde och samtidigt skapar trygghet på arbetsplatsen och bidrar till en god arbetsmiljö.

Struktur:

Gruppen bör ha 6 – 8 deltagare

Lagom tidsram är 90 min så att alla kan komma till tals

En oberoende samtalsledare som håller i ramarna och fångar upp frågeställningar

Ett rum där man kan sitta ostört, gärna med nätverk och projektor

Inledning:

- Idag ska vi samtala om suicidprevention! Vet ni alla vad SPiSS är? Gjort webbutbildningen? Varit med på SPiSS-samtal tidigare?

- Presentation – vem är vi? Inventera behov i gruppen och frågeställningar som deltagarna har. Förväntningar? Farhågor? Speciella frågor? Vad har du med dig som känns viktigt att prata om?
- Bakgrund vid behov – varför ska vi ha ett samtal om just detta? Psykiatri Skånes koncept för Suicidprevention som kom till 2012. Ca 200 Skånebor om året tar sitt liv. 1500 i Sverige. 30 liv i veckan. Var sjätte timme.....
Eventuellt ytterligare kort bakgrund: Regeringen antog 2008 ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention. Idag har Folkhälsomyndigheten uppdraget och som administrerar och ger riktlinjer och förstår Socialstyrelsen, SKR och många andra myndigheter. Ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention som antas hösten 2024 ”Det handlar om livet” Regional Strategi för suicidprevention 2023 – 2028 beslutad av Regionstyrelsen 2023
Lokala handlingsprogram inom kommun, psykiatri med flera.

Samtalet:

Förslag på innehåll:

- Exempel på situationer, händelser och erfarenheter som deltagarna kan berätta om kan underlätta för att komma igång med samtalet.
- Om svårt få igång samtalet - Film – t.ex. ”Steg för Livet” (<https://www.youtube.com/watch?v=XQrkD0dyjyc>)
- Visa ett bildspel eller något ämne från Psyk E-bas suicid – deltagarna ombeds inför samtalet att ta del av ett av faktabladen och sedan ser gruppen föredraget gemensamt med efterföljande diskussion. Exempelvis nr 3 – Mötet med den som inte orkar leva. Denna föredragsfilm ger goda exempel på hur man kan formulera sig vilket många frågar efter – ”vad säger jag om jag blir orolig för någon”
- Diskussion, tankar, reaktioner? Känner du igen scenariot?
- Vad gör jag om jag blir orolig för någon? Fråga? Lyssna? Agera eller inte agera.
- Rutiner – finns de? Är de kända? Tillämpning? Får jag knacka på en dörr där det lyser rött?

- Vad gör en situation, ett läge eller uttalande från någon, till en "skarp" situation
- Risk- och skyddsfaktorer
- Suicidstegen
- Stigma, självstigma och attityder kring suicid och suicidförsök. Beteenden och bemötande. Förutfattade meningar och fördomar.
- Vad gör jag om jag tycker att en medarbetare uppträder på ett arrogant sätt eller uttalar sig cyniskt om någon?
- Närstående som resurs – hur involverar vi dem?

Avslutning:

- Samtalsledaren gör en inventering av de frågor som väcktes inledningsvis. Knyt ihop. Har vi missat något. Gå laget runt – kort reflektion – vad har varit bra, vad har varit mindre bra. Vad tar man med sig ifrån denna stunden? Är det något gruppen behöver gå vidare med och i så fall hur?

Bilaga 4. Region Skåne Utvecklingsarbete stigma kopplat till psykisk hälsa och suicid

**Uppföljning SPiSS samtal för Lungkliniken.
Sammanställning av svar på enkät.**

1. Hur upplevde du innehållet i samtalet?

Tiogradig skala där 1 = dåligt och 10 = utmärkt

9
9
10
8
10
10
10
10

2. Fick du med dig någon ny kunskap? Vad i så fall?

Jag fick ta del av andras tankar och upplevelser vilket var väldigt spännande.
Lärorikt
Alla tänker som du, alla vill hjälp att få den bästa till patienten
Intressant att lyssna på de olika perspektiven från kollegor och studenter.
alltid något som man inte har tänkt på
Tankar om hur man ska tänka kring suicid, bra tips och tricks
Jag fick med mig angående hur vi bemöter någon med självmord tankar och hur frågor en om hen behöver hjälp och att vi är där för att hjälpa till.
ja att vara mer uppmärksam, våga fråga.

3. Fick du tillfälle att resonera om de frågor som var viktiga för dig?

Ja det tycker jag att jag fick.
Ja

Ja
Ja.
det fanns gott om tid till diskussion
Ja, absolut. Tyckte att många viktiga punkter togs upp som var väldigt intressanta och samtalet hade kunnat gå runt i evigheter
Ja.
ja

4. Fanns det något i samtalet som du saknade?

Nej.
nej
Mer kanske rådgivande typs hur kan jag ställa frågan till patient. Om tex suicid tankar. Eller vad kan jag svara senare efter jag har fått svar som Ja- vad säger jag då efteråt?
Nej, men känner i efterhand att jag skulle delat upp annorlunda så att studenterna hade spridits ut och då kunnat ha en större erfarenhet av att vårda patienter i gruppen. (chef, aka;s anm)
finns alltid något som inte kom med i samtalet
Nej
Nej.
längre tid prata mer djupgående

5. Kan du tänka dig att delta vid ett annat SPiSS reflektionstillfälle?

Om svar JA, vad vill du att det samtalet ska innehålla för frågor?

Ja absolut, kanske lite kring vilka strategier man kan använda sig av när man möter patienter som uppger s-tankar. Väldigt givande samtal där man själv fick tänka efter, lärorik intro till ett viktigt ämne inom vården.
ja
Ja- rådgivning med olika typs: vad för jag säga till patient, vad för jag fråga.. mitt kropps språk
Ja, men svårt att uppge specifika frågor. Jag tycker att vikten ligger i att kunna prata och reflektera

över sina egna känslor och tankar när det kommer till suicid. Öka förståelsen om hur en själv tänker och hur det påverkar vilka frågor vi vågar ställa.
absolut
Ja, lite mer om hur man som personal kan bemöta patienterna och bra frågor som man kan ställa etc
SPISS om ungdomar och deras tankar.
ja klart

Diskussion:

Stort bortfall av svar varför alla svaren få åskådliggöra resultatet. Av olika anledningar kunde inte enkäten besvaras i samband med samtalet utan skickades i efterhand. Detta har förmodligen påverkar antal svar.

Varje samtal avslutas med en kort reflektion från varje deltagare om hur man upplevt samtalet: om något varit bra, mindre bra eller något som saknats. Här har i stort sett samtliga deltagare varit över förväntan positiva.

Bilaga 5. Region Skåne utvecklingsarbete stigma kopplat till psykisk hälsa och suicid

n=36

**Extern vårdgivare - LSS-boende
Sammanställning SPiSS föreläsning och diskussion**

Hur nöjd är du med SPiSS-träffen i sin helhet?				
Inte alls nöjd	Mindre nöjd	Ganska nöjd	Nöjd	Mycket nöjd
		4	10	22
Kommentar: Det var intressant, man fick en bättre uppfattning efter att man gjort utbildningen. - Mycket intressant! - Våldigt intressant och mycket viktigt				

Hur nöjd är du med innehållet?				
Inte alls nöjd	Mindre nöjd	Ganska nöjd	Nöjd	Mycket nöjd
		5	11	20
Kommentar:				

Hur väl stämmer följande påstående för dig? SPiSS-träffen gav mig kunskap som jag kan ha nytta av i mitt arbete				
Stämmer inte alls	Stämmer delvis	Stämmer ganska bra	Stämmer bra	Stämmer mycket bra
	3	6	11	16
Kommentar: - Lite mer fördjupning				

Har du några fler tankar kring SPiSS-träffen som du vill dela med dig av t.ex. något du var särskilt nöjd med eller något som kunde ha varit bättre?				
Svar: - Inget jag kommer på nu - Föreläsaren var mycket bra! - Nej, det var jättebra förklaring. Hade varit bättre om det funnit mer tid för diskussion i smågrupper då ämnet är så pass viktigt, så mer tid och mindre grupper! - Nej! - Nej! - Stigma och självstigma gav mest information, kunde varit mer - Tyckte föreläsaren var duktig, kunde arbetat mer i grupper och prata om incidenter- hur gör man, här och varför?				

Bilaga 6. Region Skåne utvecklingsarbete stigma kopplat till psykisk hälsa och suicid

Utvärdering för september och oktober 2024 -SPiSS kursmodul stigma och självstigma

Av de cirka 400 unika användare som anmält sig till kursmodulen har hittills 204 individer besvarat utvärderingen.

Utvärderingen innehåller två delar, 1. en självskattningsdel och 2. en del med öppna frågor där deltagaren svarar i text:

Fråga 1.

I vilken utsträckning håller du med om följande påståenden?

1 innebär att du inte alls håller med och 10 att du verkligen håller med.

a) Jag var engagerad när jag genomförde läraaktiviteten

b) Jag fick möjlighet att testa, öva och/eller reflektera över det som jag skulle lära mig

c) Jag vill och kommer att försöka använda det jag har lärt mig

d) Jag har förutsättningar att använda det jag lärt mig (nu eller i framtiden) när jag genomför mina arbetsuppgifter

Antal svar från skattningar:

Påstående a)		Påstående b)		Påstående c)		Påstående d)	
10	104	10	105	10	133	10	122
9	28	9	28	9	29	9	30
8	41	8	35	8	26	8	26
7	10	7	12	7	7	7	15
6	8	6	11	6	3	6	3
5	5	5	4	5	3	5	3
4	4	4	4	4	2	4	2
3	4	3	3	3	1	3	1
2		2	1	2		2	
1		1	1	1	1	1	2

Fråga 2. Dessa svar har ännu inte hunnit sammanställas.

- a) Vilket stöd och/eller resurser kommer du att behöva för att kunna använda dig av det som du lärde dig?
- b) Vad hoppas du att användande av det du lärde dig kommer att leda till?
- c) Berätta gärna om du har någon feedback eller reflektion kopplat till läraaktiviteten

Diskussion

Det som går att skönja i texterna för fråga a) handlar om samarbete, stöd från arbetskamrater, möjlighet till diskussion och reflektion. Också repetition och mera träning i bemötande. För fråga b) finns svar kring uppmärksamhet för fördomar och vilja att ompröva förutfattade meningar för att kunna stödja en individuell person och minska stigma över huvud taget. Medvetenhet och självreflektion. Under fråga c) finns svar som

” viktigt, viktigt, mycket bra, bra upplägg som växlar mellan teori och reflektion, bra filmer med fokus på berättelserna, deltagarnas sätt att beskriva återhämtning” osv

Vår preliminära bedömning är att utbildningen framgångsrikt väcker starka intryck hos deltagarna och stimulerar till fördjupad reflektion kring stigmatisering och dess koppling till psykisk ohälsa och suicid.