



Att Förebygga Själv mord: ett stödmaterial för arbetsplatsen



**World Health
Organization**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
2009

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta School of Public Health i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Översättare: Britta Alin Åkerman, Lillemor Katz,
NASP

2010

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

Rapporten kan beställas/laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

ATT FÖREBYGGA SJÄLMORD

ETT STÖDMATERIAL PÅ ARBETSPLATSEN

Psykiska sjukdomar och beteendestörningar
Avdelningen för psykisk hälsa
WHO
Geneve
2006

Detta dokument är ett i en serie av stödmaterial riktade till olika specifika sociala och professionella grupper av särskild betydelse för suicidpreventionen. Stödmaterialet har framtagits som en del i arbetet med SUPRE = Suicide Prevention, WHO:s världsomspännande initiativ för suicidprevention.

Nyckelord: suicid/ självmord/ prevention/ förebyggande stödmaterial/
arbetsplats/arbetskamrat/arbetsgivare/utbildning

Översättning av Britta Alin Åkerman från dokumentet på engelska:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594381_eng.pdf ,
vidare bearbetning av Lillemor Katz, NASP, 2010

© World Health Organization, 2000

Detta dokument är inte en formell publikation från Världshälsoorganisationen (WHO). Alla rättigheter är dock reserverade av organisationen. Dokumentet får fritt reproduceras eller översättas, helt eller delvis, men inte till försäljning i samband med kommersiella syften. De åsikter som uttrycks i handlingar av namngivna författare är dessa ensamma ansvariga.

INNEHÅLL

Förord	3
Bakgrund	5
Medarbetares psykiska hälsa	6
Arbetsrelaterad stress	7
Produktivitet och kostnad	9
Självmod och yrke	10
Hjälpsökande och otillfredsställda behov	11
Att skapa en hälsosam arbetsstyrka	12
Förändringar i organisationen	13
Information och utbildning för anställda	14
Kompletterande psykosociala insatser	15
Hur en chef kan hjälpa en självmordsbenägen anställd	16
Hur en arbetskamrat kan hjälpa en självmordsnära kollega	19
Vad arbetsgivare kan göra för att främja personalens psykiska hälsa	19
Vad arbetsgivare kan göra efter att en anställd har tagit sitt liv	20
Sammanfattning och slutsats	22
Referenser	23

FÖRORD

Självord/suicid är ett komplext fenomen som har dragit till sig uppmärksamhet från filosofer, teologer, läkare, sociologer och konstnärer under århundraden. Enligt den franska filosofen Albert Camus, i Myten om Sisyphos, är självord det enda allvarliga filosofiska problemet.

Självord/suicid är ett allvarligt folkhälsoproblem som kräver vår uppmärksamhet. Prevention och kontroll av självord är emellertid ingen lätt uppgift. Forskningen visar att självordsförebyggande åtgärder omfattar en mängd aktiviteter från hur man uppfostrar barn och ungdomar till behandling av psykiska sjukdomar och till kontroll av riskfaktorer i omgivningen.

Lämplig informationsspridning och medvetandegörande är viktiga element i ett framgångsrikt självordsförebyggande program.

1999 grundade WHO ett världsomfattande initiativ för självordsprevention – SUPRE (Suicide Prevention). Föreliggande arbete är ett av flera i SUPRES´serier som riktar sig till specifika yrkesgrupper som arbetar med självordsförebyggande åtgärder. Dessa representerar en länk i en lång och sammansatt kedja av människor och grupper som omfattar vårdpersonal, lärare, sociala myndigheter, representanter från rättsväsendet, familjer, arbetsplatser och kommuner.

Vi tackar särskilt Dr Heather Stuart, Queen’s University, Kingston, Kanada som har sammanställt en tidigare version av denna broschyr. Texten reviderades sedermera av följande medlemmar av WHO:s Internationella nätverk för självordsprevention, som vi också vill tacka:

Dr Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, Nya Zeeland

Professor Robert Goldney, The Adelaide Clinic, Gilberton, Australien

Professor Lourens Schlebusch, University of Natal, Durban, Sydafrika

Professor Jean Pierre Soubrier, Ordförande för World Psychiatric Associations Suicidologiska sektion, Paris, Frankrike

Dr Airi Värnik, Tartu University, Tallinn, Estland

Dr Lakshmi Vijayakumar, SNEHA, Chennai, Indien

ATT FÖREBYGGA SJÄLMORD
ETT STÖDMATERIAL PÅ ARBETSPLATSEN

Professor Danuta Wasserman, Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet samt Stockholms Läns Landstings expertorgan för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Stockholm, Sverige

Vi vill också tacka följande personer för deras synpunkter:

Joannah Caborn, InFocus Programme on Safety and Health at Work and the Environment, International Labour Organisation, Geneve, Schweiz

Dr David Gold, InFocus Programme on Safety and Health at Work and Environment, international Labour Organisation, Geneve, Schweiz

Evelyn Kortum, Occupational and Environmental Health, Public Health and Environment, World Health Organisation, Geneve, Schweiz

Professor Wolfgang Rutz, Uppsala universitetssjukhus, Uppsala, Sverige

Stödmaterialen sprids vida omkring med förhoppningen att de kommer att översättas och anpassas till lokala omständigheter – en förutsättning för deras effektivitet.

Dr J. M. Bertolote
Samordnare, Psykiska och beteendemässiga störningar
Avdelningen för Psykisk hälsa
Världshälsoorganisationen, WHO

BAKGRUND

Själv mord är en avsiktlig handling som genomförs med tanke på att vara dödlig. Ett självmordsförsök är en icke-dödlig självskadande handling, som ofta sker i syfte att söka hjälp. Själv mordsbeteende har erkänts världen över som ett stort folkhälsoproblem. I många länder, rika som fattiga, ökar antalet självmord. I i-länder anges självmord vara bland de tio vanligaste dödsorsakerna och är en av de tre vanligaste dödsorsakerna i åldersgruppen 15-35 år. Enligt WHO:s uppskattningar sker det ett självmord varje minut och ett självmordsförsök uppskattningsvis var tredje sekund. Detta innebär att det är fler människor som dör i självmord än i väpnade konflikter (WHO, 1999).

Själv mord, och de psykiska problem som kan ligga bakom självmord, kräver en enorm arbetskapacitet och eget välbefinnandet av dem som kommer i kontakt med problemet. På ett företag med 1000 anställda, kommer till exempel 200-300 att varje år lida av allvarliga psykiska problem (såsom icke-diagnosbara psykiska störningar) och en medarbetare kommer att begå självmord vart tionde år. För varje medarbetare som begår självmord kommer ytterligare 10-20 att göra självmordsförsök. Själv mord står för cirka åtta procent av alla arbetsdagar som går förlorade till följd av dödsfall (Liimatainen & Gabriel, 2000).

Medarbetares självmord orsakas av en samverkan av individuell sårbarhet (som psykiska problem) och stressrelaterade arbets- och livsvillkor (vilket omfattar sociala och miljöbaserade stressfaktorer). Även om inte alla självmord eller självmordsförsök kan förebyggas, visar forskningen att arbetsgivare kan göra mycket för de anställda för att minska antalet döda i självmord. Själv mordsprevention på arbetsplatsen bör ske genom en kombination av (a) organisatorisk förändring i syfte att förebygga och minska stress (b) avstigmatisering av psykiska problem och sårbarhet (vilket innefattar medvetandegörande) (c) att uppmärksamma och tidigt upptäcka psykiska och emotionella svårigheter, och (d) lämplig intervention och behandling genom personalhälsoprogram som är kopplade till sjukvårdens psykiatriska resurser. Alla företag bör ha hälso- och säkerhetsföreskrifter samt program som främjar psykisk hälsa och förebygger självmordsbeteende.

I dagens föränderliga värld tvekar många anställda att berätta att de lider av psykiska problem i rädsla att det kan påverka anställning och karriär. Därför måste organisationer i förväg identifiera och minimera effekterna av psykiska problem bland de anställda. Eftersom psykisk ohälsa är ett vanligt arbetsrelaterat problem (från minskad produktivitet till skador, våld och självmord), är detta stödmaterial inriktat på självmordsprevention ur allmän folkhälsoaspekt för att därigenom skapa en god psykisk hälsa på arbetsplatsen. Program som omfattar ett brett angreppssätt har framgångsrikt kunnat minska antalet självmord bland de anställda och samtidigt kunnat främja bättre hälsa hos medarbetarna och förbättrat produktiviteten (Knox et al., 2003).

Detta stödmaterial riktar sig till arbetsgivare, fackföreningsrepresentanter, leverantörer av program för medarbetarstöd, personalchefer och arbetstagare som delar det gemensamma målet att skapa en god psykisk hälsa hos personalstyrkan.

MEDARBETARES PSYKISKA HÄLSA

Psykiska störningar uppstår när det sker en försämring i personens kognitiva, emotionella eller perceptuella förmåga, som i sin tur kan orsaka en betydande funktionsnedsättning inom en eller flera områden av den sociala och/eller yrkesmässiga prestationsförmågan. Psykiska störningar är allvarliga sjukdomstillstånd som också kan orsakas av biologiska faktorer som exempelvis en kemisk obalans i hjärnan. Obehandlade psykiska störningar, medför en avsevärd risk för funktionshinder och död. Det är viktigt att skilja mellan psykiska störningar (eller sjukdom) från mer allmänna och mindre allvarliga psykiska problem som kan leda till kortare perioder av känslomässig förvirring och tillfälliga svårigheter att hantera livssituationen (American Psychiatric Association, 1994).

Psykiska störningar är en allvarlig riskfaktor för självmord. De störningar som särskilt har kunnat knytas till självmord är depressioner, missbruk (både alkohol och narkotika), ångestsyndrom, personlighetsstörningar (som exempelvis borderline och antisocial personlighetsstörning) samt schizofreni. Samsjuklighet är särskilt vanligt bland dem som begår självmord. Exempelvis förekommer depression i kombination med alkohol hos 80-90 procent av dem som begår självmord. Medan psykisk störning är den främsta riskfaktorn för självmord i västvärlden, finns det visst stöd för att de är mindre framträdande i andra icke-västerländska kulturer, särskilt i Asien.

Psykiska störningar är vanligare, och orsakar mer lidande och funktionsnedsättning, än något annat tillstånd. En världsomspännande hälsostudie om förekomsten av psykiska störningar i 14 länder visar att andelen vuxna som lider av en psykisk störning under en 12-månaders period varierar mellan 4,3 procent till 26,4 procent beroende på land. De länder som rapporterade de högsta förekomsterna var USA (26,4 procent), Ukraina (20,5 procent), Frankrike (18,4), och Columbia (17,8 procent). Länder som rapporterade de lägsta förekomsterna var Folkrepubliken Kina (Shanghai) (4,3 procent), Nigeria (4,7), Italien (8,2) och Japan (8,8 procent). De resterande länderna (Mexico, Belgien, Tyskland, Nederländerna, Spanien, Libanon, Sverige och Folkrepubliken Kina (Peking)) varierade mellan 9,1 och 16,9 procent (WHO, 2005).

Antalet funktionshindrade till följd av psykisk störning antas globalt öka från cirka 10,5 procent 1990 till 14,7 procent 2020. År 2020 förväntas depression vara den näst vanligaste orsaken till funktionsnedsättning världen över. I i-världen kommer depression att vara den tredje vanligaste orsaken bakom sjukdagarna och i u-länderna den främsta. Självmordstalen förväntas också att stiga. 1990 var självmord den tolfte mest betydande orsaken till dödsfall

världen över. År 2020 kommer det att vara den tionde (Murray & Lopez, 1997). Totalt har självmorden ökat med 60 procent under det senaste halvsekle (WHO, 1999).

Majoriteten av dem som drabbas av psykiska problem ingår i gruppen som arbetar (eftersom majoriteten av alla människor arbetar). Detta gör psykiska störningar till den främsta orsaken till arbetsinvaliditet. Uppgifter från Kanada visar att 8,5 procent av den arbetande befolkningen under en 30-dagarsperiod drabbas av depression, oro, eller missbruksrelaterade (ofta alkoholrelaterad) problem eller en kombination av dessa. Den högsta förekomsten av ångeststörningar kommer att finnas bland människor inom akademiska yrken (som exempelvis läkare, jurister och chefer på högre nivå), medan den högsta frekvensen med depression kommer att finnas bland mindre kvalificerade professionella medarbetare. Missbruk av i synnerhet alkohol visar sig vara vanligast bland lantbrukare och samsjuklighet vanligast bland utbildad kontorspersonal (Dewa et al., 2004). Färskast studier har också visat att en hög förekomst av alkohol och depressiv sjukdom är vanlig bland medarbetare med ledande befattning och hos kvalificerade medarbetare. Framför allt visar studien hög förekomst av alkoholmissbruk bland kvalificerade kvinnliga medarbetare (Bromet et al., 1990).

ARBETSRELATERAD STRESS

Människor reagerar olika på stress beroende på deras psykiska återhämtningsförmåga, coping-strategier och resurser i deras omgivning. Människor med psykisk störning och människor som lider av psykiska problem kan vara särskilt känsliga för de negativa effekterna av stress till följd av minskad psykisk återhämtningsförmåga, brist på socialt stöd samt problem med att hantera dagliga påfrestningar.

Arbetsrelaterad stress uppkommer när det finns en tydlig skillnad mellan arbetets krav eller kraven från omgivningen och förmågan, tillgångarna och behoven hos arbetstagaren. Att långvarigt utsätta sig för arbetsrelaterad stress har kopplats till en mängd olika hälso-konsekvenser. Dessa omfattar bland annat muskelskador, arbetsrelaterad utbrändhet, depression, våld på arbetsplatsen och självmord. Stress är en av de tio vanligaste arbetsrelaterade problemen. Stressen kan ofta vara starten till psykiska svårigheter. Stressförebyggande åtgärder är en viktig grund för att främja fysisk och psykisk hälsa som även omfattar självmordsprevention.

Arbetsstress är ett växande bekymmer världen över; inte bara i länder med god ekonomi som i Europa eller Nordamerika, utan också i länder med en snabbt växande industrialisering, som Folkrepubliken Kina, Taiwan och Republiken Korea. I Storbritannien är psykiska hälsoproblem som stress, depression och oro den näst främsta orsaken till frånvaro som följd av arbetsrelaterad sjukdom (Liimatainen Gabriel, 2000). Bland arbetstagare i Kanada uppger 31 procent att de flesta dagar på arbetsplatsen är ganska stressiga eller extremt stressiga.

Personer som upplever arbetsrelaterad stress löper dubbelt så stor risk att drabbas av psykiatriska tillstånd (Dewa et al., 2004). I Japan uppges stress förekomma hos så många som 63 procent av arbetsstyrkan, vilket är en tioprocentig ökning under de senaste 15 åren (Harnois & Bagriel, 2000). I Taiwan uppges åtta procent av männen och sju procent av kvinnorna att de ofta eller alltid känner sig stressade på arbetsplatsen, vilket visar en lägre nivå av stress bland dessa arbetstagare jämfört med andra näraliggande länder (Cheng et al., 2001).

Det har visat sig att förhållandet mellan stress i arbetslivet och fysisk och psykisk hälsa, arbetsmoral och arbetstillfredsställelse är desamma i de asiatiska länderna som i västerlandet. Dock kan orsaken till arbetsstress variera påtagligt. Att inte få uppskattning i arbetet och krav som följer av chefsbefattningar är den främsta orsaken till överansträngning bland chefspersoner i Taiwan, jämfört med förhållandet mellan företagsklimat och personligt ansvar bland chefer i Storbritannien (Lu et al. 2000). Arbetstagarnas identifiering och positiva inställning till organisationen är en av de viktigaste faktorerna i Folkrepubliken Kina, kanske på grund av att detta spelar en stor roll när det gäller att fastställa olika arvoden (som lön eller bidrag) och även psykologiska belöningar (som erkännande av chefer och arbetstillfredsställelse) (Siu, 2002).

I vissa fall är det möjligt att se en tydlig koppling mellan en arbetsrelaterad stressfaktor och en självmordshandling, som exempelvis när en medarbetare tillrättavisas eller avskedas och som en följd av detta försöker begå självmord. Traumatiska händelser kan kopplas till arbetsrelaterade förändringar (som pensionering, permittering eller avsked), disciplinära åtgärder eller situationer där en arbetstagare har utsatts för förnedring, skam eller avslöjats med att vara inblandad i en olaglig handling (exempelvis sexuella övergrepp och trolöshet mot huvudman). Oftare kan emellertid kronisk stress vara en följd av att arbetstagaren är i riskzonen för självmord på grund av en redan existerande psykisk ohälsa och personliga problem. Här kan också finnas en ökad risk för dem som har tillgång till exempelvis giftiga (dödliga) kemikalier i arbetet (Boxer et al., 1995). Genom att vara medveten om de miljöfaktorer som orsakar stress och tidiga tecken på obearbetad stress, kan arbetsgivaren främja en psykisk hälsa hos arbetsstyrkan, minska självmordsbeteende samt förbättra produktiviteten.

Stresstyngda arbetsmiljöer kännetecknas av brist på tid, på inflytande över till exempel arbetschemat, distraherande faktorer, gräl (orsakade av dåliga relationer mellan de anställda, mobbning och trakasserier), brist på utrymme, allmän osäkerhet och krav på att åstadkomma mer med mindre resurser. En stor del av de arbetsrelaterade miljöfaktorerna som kan utlösa stressreaktioner och bidra till en dålig psykisk hälsa består av (Von Onciul, 1996):

- Organisationsförändringar som är kopplade till nedskärning, outsourcing (omstruktureringar), snabb expansion, eller effektiviseringar (bestående av befordringar, degraderingar och arbetsförflyttningar);

- Osäkerhet eller brist på kontroll över arbetsuppgifter (bristfälligt definierade uppdrag, brist på tydliga prioriteringar, arbetsosäkerhet, begränsning av perspektiv som ger upphov till frustration);
- Problematiske chefer eller kollegor (bristfällig kommunikation mellan arbetstagare och chefer, olämpligt eller okänsligt ledarskap, fientlighet från kollegor, trakasserier, negativ arbetspolitik);
- Extremt krävande arbetsmiljö (långa arbetspass, brist på inflytande över det egna arbetet, mycket ansvar, tunga åtaganden, fara, traumatiska händelser);
- Dålig arbetsmiljö med fysiska stressfaktorer (buller, dålig belysning, brist på utrymmen, extrema temperaturer, bristfällig ergonomi, kemiska risker, brist på tillgång till företagshälsovård);
- Monotona och upprepande arbetsuppgifter eller underutnyttjande av arbetstagarens kompetens;
- Låg lön som leder till övertid och ackordsarbete;
- Företagskulturer som främjar stigmatisering och diskriminering av människor med psykiska problem.

Dessutom är vissa yrken till sin natur mer stressande som exempelvis sådana yrken som innebär mycket social kontakt med allmänheten. Som exempel kan nämnas yrken inom rättsväsendet om arbetstagarna utsätts för traumatiska eller våldsamma händelser; löpandebandarbetare som utför monotont arbete och flygledare samt personal inom sjukvården (Boxer et al., 1995, Sharif, 2000). Kvinnor löper särskilt stor risk att drabbas av arbetsrelaterad stress, eftersom de också har det huvudsakliga ansvaret för barn och hem, samt tenderar att vara knutna till låglöne- och lågstatusjobb. Ofta arbetar kvinnorna också i skift för att få tid till hemarbetet och löper även större risk att utsättas för arbetsrelaterad diskriminering och trakasserier (Michie, 2002).

PRODUKTIVITET OCH KOSTNAD

Den höga förekomsten av psykiska störningar världen över har blivit en ekonomisk belastning för alla länder. Inom företag har man mer och mer insett att psykiskt friska arbetstagare är mer produktiva. Problem med psykisk ohälsa på arbetet visar sig vanligtvis i problem som ökad frånvaro, minskad produktivitet, ökad personalomsättning, ökning av långa och korta sjukskrivningar och ökat antal sjukpensioneringar. Således kan en bristande uppmärksamhet när det gäller arbetstagarnas psykiska hälsa och arbetsrelaterade stress bli kostsam.

Även om kostnaderna för psykiska problem hos arbetsstyrkan precis har börjat mätas, förefaller den redan chockerande hög. Exempelvis beräknades kostnaden för psykisk ohälsa år 2000 uppgå till tre-fyra procent av BNP (bruttonationalprodukt) för de 15 stater inom Europeiska unionen (Levi, 2005). En stor del av dessa kostnader (förmodligen en tredjedel eller mer) var direkt kopplade till produktiviteten (Liimatainen & Gabriel, 2000). I USA är det fler arbetstagare som är frånvarande på grund av psykiska problem än till följd av fysiska sjukdomar eller skador. Depression bedöms som det tredje mest betydande arbetsrelaterade problemet, följt av familjekriser och stress. Åren 1989-1994 fördubblades antalet ansökningar om sjukpension till följd av psykiska störningar i USA (Dewa et al., 2004). I Kanada står kostnaderna för sjukpensionering för 12 procent av lönekostnaderna. Dessa kostnader är dessutom den snabbast växande kategorin av förlorade friskdagar och förväntas fortsätta att växa (Mercer Human Resource Consulting Group, 2004).

Mycket mindre är känt om produktionskostnaderna för arbetstagares psykiska problem och arbetsrelaterad stress i icke-västerländska samhällen. Emellertid förefaller mönstret vara snarlikt. Bland chefer i Taiwan, till exempel, sammanföll arbetsrelaterad stress med psykisk ohälsa, frånvaro, låg tillfredsställelse med arbetet och benägenhet att byta arbete. Dessutom uppgav kvinnliga chefer en högre grad av arbetsrelaterad stress än manliga chefer (Lu et al., 2000), förmodligen på grund av deras icke-traditionella roller och familjeansvar.

SJÄLMORD OCH YRKE

Självordstalen varierar mellan yrkesgrupperna beroende på hur den yrkesspecifika dagliga stressen ser ut. Om många uppslitande eller våldsamma händelser inträffar kan dessa ge upphov till posttraumatisk stress. Yrkesgrupper med höga självmordstal innefattar läkare, vissa kemiarbetare och apotekare, (delvis på grund av deras större tillgång till dödliga kemikalier och läkemedel); jurister, lärare, kuratorer och sekreterare (delvis på grund av större förekomst av depressioner i dessa grupper); lantbrukare (som ofta drabbas av depression, befinner sig i en riskfylld arbetsmiljö och kan drabbas av arbetsrelaterad stress till följd av ekonomisk press och social isolering och som även kan ha tillgång till stora mängder bekämpningsmedel och ringa tillgång till akutsjukvård); och vissa poliser (bland annat de som har pensionerats eller lider av sviterna efter ett psykologiskt trauma). Dessutom visar åtskilliga studier att kvinnliga yrkesutövare inom vissa yrkesgrupper (som läkare, sjuksköterskor eller militär personal) kan ha speciellt hög självmordsrisk, kanske delvis på grund av konflikten mellan familj och karriär. Självorden ökar också bland dem som är arbetslösa eller har otrygga arbetsförhållanden (Harnois & Bagriel, 2000).

Trots den stora förekomsten av psykiska problem hos människor som yrkesarbetar, är det ovanligt att någon tar sitt liv på arbetsplatsen. En studie från USA uppskattade att en till tre procent av alla självmord inträffade på arbetsplatsen, vilket motsvarar en genomsnittlig årsiffra på 2,3-2,5 självmord på en miljon arbetstagare. Nittio procent av de personer som

begår självmord på arbetsplatsen är män, där självmordstalet ökar med stigande ålder. Femtioåtta procent av männen och 40 procent av kvinnorna som tar sitt liv på arbetsplatsen använder vapen, vilket gör vapen till den vanligaste metoden för självmord på arbetsplatsen.

HJÄLPSÖKANDE OCH OTILLFREDSTÄLLDA BEHOV

Majoriteten av de människor som har psykiska problem eller är självmordsbenägna får inte någon lämplig vård, inte ens i länder med en stor uppsättning kostnadseffektiva behandlingar. Exempelvis kommer endast cirka en tredjedel av de arbetare som har en depression att ha någon kontakt med psykiatrisk personal, läkare eller företagshälsovård. Så få som en tiondel av dem som uppger försämrad hälsa på grund av arbetet kommer att ta läkemedel för att lösa sitt problem. Ändå kommer majoriteten av dem som är korrekt behandlade för depression att visa förbättrade arbetsprestationer och färre sjukdagar i tillräckligt stor utsträckning för att uppväga arbetsgivarens kostnad för behandlingen (Zhang et al., 1999).

Det finns en rad olika anledningar till att arbetstagare inte söker vård. Rädslan för stigmatisering är en vanlig anledning. Arbetstagare med psykiska problem möter ofta en påtaglig arbetsrelaterad diskriminering. Deras självständighet kommer att begränsas, övervakningen utökas, arbetstryggheten äventyras, karriärutsikterna begränsas och det sociala stödet från arbetskamraterna dras in. Arbetare med psykiska problem gör vanligtvis sitt yttersta för att försäkra sig om att arbetskamrater och chefer inte får kännedom om deras sjukdom, vilket gör att de undviker företagshälsovården och tillfällena att få effektiv behandling (Stuart, 2003). Kvinnor är mer benägna att söka vård för psykiska problem än män. Unga, lågutbildade män har den lägsta benägenheten att söka hjälp. Detta mönster har rapporterats från fem olika länder som ingick i en internationell jämförelse: Nederländerna, Tyskland, USA, Kanada och Chile (Bijl et al., 2003). Mäns ovilja att söka vård för psykisk och emotionell utsatthet kombinerat med mer dödliga självmordsmetoder kan delvis förklara deras högre självmordstal.

För att övervinna behandlingshinder måste företag ha större förmåga till att identifiera och ta hand om psykiska problem bland arbetstagarna, i synnerhet bland högriskgrupper, som kan behöva särskilda hjälpinsatser och interventionsåtgärder. Företagen måste också skapa en företagskultur som är stödjande och bidrar till den psykosociala återhämtningen. I alltför många fall hindrar stigmatisering och missförstånd den psykiatriska behandlingens effektivitet i företagen. Denna stigmatisering gör att företagen inte utvecklar föreskrifter för psykiska hälsoprogram. De ser inte heller de fördelar som det innebär att satsa ekonomiskt på människor med psykiska problem för den hjälp de behöver (Liimatainen & Gabriel, 2000).

ATT SKAPA EN HÄLSOSAM ARBETSSTYRKA

Vuxna kan tillbringa en tredjedel av sin vakna tid, eller mer, på arbetet. Genom hälso- och säkerhetsföreskrifter och program, har arbetsplatserna avsevärt förbättrat den fysiska hälsan och arbetstagarnas säkerhetsbeteende. Det är emellertid klarlagt att svårigheterna att fungera yrkesmässigt med psykiska problem är jämförbara med, eller värre än, svårigheterna att fungera med fysiska funktionshinder. Många gånger betraktar arbetsgivarna också föreskrifter och handlingsprogram mot psykisk ohälsa som strategiska investeringar. Om detta gäller kan arbetsplatser vara idealiska områden för hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

Världshälsoorganisationen och International Labour Organisation har visat att tre ting är nödvändiga för att skapa en psykiskt hälsosam arbetsstyrka. Först måste arbetsgivare och chefer erkänna att psykiska hälsofrågor är legitima och arbetsrelaterade angelägenheter – oavsett vad som är den utlösande faktorn – och utveckla föreskrifter och riktlinjer för att hjälpa dem med svårigheter. För det andra måste arbetsgivare förstå handikappslagstiftningen och behovet av anpassningsåtgärder för människor med psykiska funktionshinder. För det tredje måste arbetsgivarna utveckla passande preventiva och hälsofrämjande föreskrifter och program. Extra inslag måste till för att en framgångsrik prevention kan uppnås. Åtgärder måste omfatta organisationsförändringar för att förbättra arbetsvillkoren och minska arbetsstressen och ge utbildning till arbetstagare och chefer med uppdrag att stärka den psykiska hälsan. Företagen måste också hjälpa den psykiskt störde att söka vård samtidigt som företagshälsan måste byggas ut (Harnois & Bagriel, 2000).

International Labour Organization har utvecklat det så kallade SOLVE-programmet (Di Martino et al., 2002) för att tillmötesgå de ovan nämnda behoven. SOLVE är ett interaktivt utbildningsprogram som har tagits fram för att bistå vid utvecklingen av föreskrifter och åtgärder för att ta itu med psykosociala frågor på arbetsplatsen. Utbildningsprogrammet är anpassat till att ge chefer en grundläggande förståelse för psykosociala problem, inklusive problem relaterade till självmord, såsom stress och missbruk samt få kunskap om vilka faktorer som ökar eller minskar problem på arbetsplatsen. Med denna bakgrund kan chefer införa en handlingsplan för psykosociala frågor. Ett sådant verktyg kan skapa en företagskultur som både är preventivt inriktad och stödjande för personal med problem. Dessutom behöver företagen engagera sig i vidare utbildning på alla nivåer. Detta tillhandahåller SOLVE i form av 1,5 timmars-interventioner med namnet MicroSOLVES. Denna form av handlingsprogram, tillsammans med en upplyst personal, kan skapa en stödjande arbetsplatsmiljö, i vilken prevention och kamratstöd kan blomstra. Därutöver, som en del av SOLVE-programmet, slutför International Labour Organisation en utbildningskurs för kamratstödjare för att förebygga, mildra och ta sig an psykosociala problem på arbetsplatsen. Medvetenhet om självmordsprevention är en grundläggande komponent i detta träningsprogram. Att utvärdera effekten av SOLVE-programmet är viktigt, i synnerhet ifråga om självmordsprevention.

Vikten av att anta ett brett, organisatoriskt angreppssätt för självmordsprevention visas av amerikanska flygvapnets erfarenhet. Som en reaktion på ett stigande självmordstal införde de ett program för riskreduktion på flera olika nivåer över hela organisationen. För att minska antalet självmord genomfördes tidigt interventioner vid psykiska problem och man stärkte de skyddande faktorerna i den sociala omgivningen, som att främja känslan av tillhörighet och införa föreskrifter för att minska stigmatisering och göra det lättare att söka hjälp. Inspektörer och ledare fick intensivutbildning och fungerade som grindvakter (iakttagare), för att identifiera och hänvisa människor i riskzonen till lämpliga instanser. Elektroniska meddelande skickades ut som berömde personer som tagit emot professionell hjälp för att mildra sin svåra livssituation som exempelvis äktenskapliga svårigheter, problem med familjen, psykisk hälsa, juridiska problem etc. Militära ledare fick i uppgift att försäkra sig om att personer som utsattes för påtaglig stress fick vård och socialt stöd från sina militära enheter och organisationsföreskrifter utfärdades för att försäkra sig om att ledare utförde sitt uppdrag korrekt. Genom att dessa insatser kunde programmet förändra företagskulturen inom hela försvarsorganisationen och riskfaktorerna för självmord minskade. Mellan 1994 och 1998 sjönk självmordstalet från 16,4 per 100.000 medlemmar till 9,4. Under de första 8 månaderna av 1999 noterades ytterligare en sänkning till 2,2 självmord per 100.000 medlemmar – en åttioprocentig minskning jämfört med den högsta uppmätta nivån (under 1980). En avsevärd minskning av dödsolyckor, mord och våld i hemmet registrerades också (Centers for Disease Control and Prevention, 1999).

Förändringar i organisationen

En viktig strategi i att främja en hälsosam arbetsplats är att eliminera eller minska arbetsrelaterade stressfaktorer såsom:

- Otydlig arbetsbeskrivning där arbetstagaren har felaktig eller missledande information om hur arbetet ska utföras;
- Rollkonflikt, i vilken arbetstagaren upplever motstridiga krav, eller press att bete sig på sätt som orsakar obehag;
- Övertidsarbete, där den enskilde har för mycket att göra, eller när den enskilde saknar nödvändiga färdigheter att fullgöra arbetsuppgiften;
- Underutnyttjande av färdigheter eller upprepande, långtråkiga uppgifter;
- Auktoritära ledarskapsstrukturer där arbetstagaren inte får medverka i problemlösningen och beslutsfattandet;
- Osäkerhet kring arbetet eller ekonomin;

- En företagskultur eller ledarskapskultur som danar fientlighet, skvaller, favorisering och onödig konkurrens;
- Fysisk ohälsa, säkerhetsrisker eller exponering för skadliga medel;
- Sexuella eller emotionella trakasserier eller diskriminering.

Härutöver är det möjligt att mildra många av de miljöfaktorer som bidrar till arbetsrelaterad stress vid speciella yrken, till exempel genom att förbättra teknik eller säkerhetsutrustning eller genom att skapa en mer familjär och vänskaplig arbetsmiljö för att stödja kvinnliga arbetstagare. Dessutom har många länder infört lagstiftning för att förbättra arbetstagares säkerhet, reglerat rutinerna för avsked och infört nya normer för behandlingen av dem med funktionshinder.

Eftersom arbetsstress är en konsekvens av ett samspel mellan miljöfaktorer och individuell sårbarhet, måste arbetstagare och arbetsplatsen samarbeta för att minska den arbetsrelaterade stressen. Utan att beakta de organisatoriska faktorer som ger upphov till stress, och endast fokusera på den enskilde arbetaren, genom företagshälsa och program för välbefinnande, kommer inte stressrelaterade problem eller självmordsrisk att kunna förebyggas.

Information och utbildning för arbetstagare

För närvarande är det bara ett fåtal chefer som har tillfredställande kunskaper och färdigheter i att känna igen och hantera psykiska problem på arbetsplatsen eller att ta hand om en självmordsbenägen arbetstagare (Harnois & Bagriel, 2000). Endast ett fåtal företag har handlingar för att kunna bemöta en arbetstagares psykiska ohälsa eller självmordskris. Det saknas ofta utvecklingsplaner för personalen som säkerställer att nyckelchefer är kunniga i självmordsprevention eller är insatta i effekterna av psykiska problem när det gäller arbetstagarnas produktivitet, samt vilka faktorer som främjar en sund arbetsmiljö och faktorer som signalerar problem. Exempelvis visar en färsk kanadensisk översiktsstudie av arbetsgivare att:

- 91 procent uppgav att personalens arbetsbörda ökade;
- 72 procent uppgav att personalens arbetsuppgifter hade förändrats;
- 68 procent rapporterade en ökning av frånvaron bland de anställda;
- 64 procent vittnade om en känslomässig spänning bland de anställda;
- 61 procent uppgav en minskad produktivitet;

- 44 procent noterade att arbetare krävde ett justerat arbetsschema;

Trots dessa tydliga varningssignaler har många företag fortfarande inte någon handlingsplan för att arbeta med personalens psykiska hälsa och färre än tio procent hade chefer som var utbildade när det gällde att identifiera och bidra till att problemet skulle kunna lösas (Mercer Human Resource Consulting Group, 2004). På samma sätt visade en översiktsstudie av Brittiska industriförbundet– med 800 deltagande företag– visade att 98 procent av arbetsgivarna ansåg att de anställdas mentala hälsa var en företagsangelägenhet och 81 procent att det borde vara en del av företagets policy. Ändå hade färre än tio procent en officiell handlingsplan för psykisk hälsa (Gray, 2000).

Kompletterande psykosociala insatser

Stödprogram för anställda är sådana som sponsras av företaget och tillhandahåller en stor uppsättning stödande, diagnostiska, remitterande, rådgivande och behandlande tjänster. Dessa program var ursprungligen avsedda att angripa missbruksproblem, vanligtvis alkoholproblem, men många företag har sedan dess breddat mandatet till att även omfatta andra aspekter av psykisk hälsa.

Trots att dessa hjälpprogram har stora möjligheter att vara kostnadseffektiva (i synnerhet om direkta och indirekta kostnader tas med i beräkningen), förblir det yrkesmedicinska fältet underutvecklat i många länder. Hjälpprogrammen för anställda är ofta begränsade (i synnerhet på små företag), eller tillgängliga program har ingen koppling till professionella behandlare inom kommun eller landsting. En nationell översiktsstudie av sponsrad hälsoplanering för de anställda i USA visade att mindre än 20 procent av företagen erbjöd stödprogram för anställda år 2001. Programmen var vanligare i stora företag med mer än 20.000 anställda (80 procent), men relativt ovanliga bland mindre företag med 50-100 anställda (20 procent). De var mycket ovanliga bland företag med mindre än 50 anställda (10 procent). Ungefär två tredjedelar av programmen tillhandahöll korttids beteendeterapi, behandling mot missbruksproblem, frivillig screening eller remittering (Teich & Buck, 2003). I många delar av världen förblir yrkesmedicin i allmänhet och stödprogram för anställda i synnerhet, underutvecklade eller helt otillgängliga.

Ytterligare en aspekt är att även då stödprogram för anställda är tillgängliga är företagskulturerna sådana att arbetstagare är ovilliga att utnyttja dem i rädsla för brutet förtroende, stigmatisering bland arbetskamraterna eller repressalier från cheferna. Endast ett fåtal företag engagerar sig aktivt i hjälpaktiviteterna för att minska stigmatiseringen och uppmuntra arbetstagare att ta del av de fördelar som dessa har. För att fungera på bästa sätt måste därför företagshälsovård och stödprogram för de anställda kombineras med tillgång till lämplig behandling (inklusive stödprogram för de anställda och remittering till lokal psykiatrisk vård), där kunskap finns om psykisk hälsa och anti-stigmatiseringsstrategier.

Denna hjälp ska vara utformad så att den avlägsnar rädslan hos riskgrupper och underbehandlade grupper att utnyttja vård eller att uppsöka hjälp för riskgrupper (Stuart, 2003). Vissa företag erbjuder numera fackligt drivna stödprogram för anställda, eftersom sådana kan vara mer lättillgängliga. Andra erbjuder program som drivs gemensamt av företaget och av facket.

Ett exempel på ett program för att minska den stigmatisering som förknippas med psykisk ohälsa och självmord är det tidigare nämnda International Labour Organisations SOLVE-programmet.

I Kanada driver Quebec Federation of Labour ett innovativt program, som använder sig av kamratstöd. Fackförningsmedlemmar får grundläggande utbildning i kamratstöd och informeras om den hjälp som drivits av facket. De som är mer intresserade kan få vidare utbildning, i exempelvis självmordsprevention. Detta program har fördelen att utbilda kamratstödjare och som har möjligheter att hänvisa till professionell hjälp. Kamratstödjare är lättillgängliga, vilket kan vara till stor hjälp i det självmordspreventiva arbetet.

HUR EN CHEF KAN HJÄLPA EN SJÄLMORDSNÄRA ANSTÄLLD

Det finns inga fasta regler för att upptäcka när en anställd kan vara självmordsnära. Personer som är självmordsnära känner sig vanligtvis deprimerade, uttröttade och kan säga att de inte veta vad de ska ta sig till. Emellertid varierar människors öppenhet att berätta om sina problem för andra, i synnerhet för chefer och arbetskamrater. Icke desto mindre, har de som slutligen tar livet av sig sänt ut flera tydliga signaler om sina avsikter om självmord veckorna eller månaderna före sin död. Dessa signaler är inte bara försök att få uppmärksamhet, utan är viktiga rop på hjälp och bör tas på allvar. Varningssignalerna innefattar enligt Teich & Buck, 2003 och Wasserman, 2001:

- Att vara tillbakadragen och oförmögen att förhålla sig till vänner och arbetskamrater;
- Att prata om att känna sig isolerad och ensam;
- Att uttrycka känslor av misslyckande, överflödighet, brist på hopp eller förlust av självkänsla;
- Förhöjd rastlöshet, retlighet och missnöje;
- Impulsivitet och aggressivitet;

ATT FÖREBYGGA SJÄLMORD ETT STÖDMATERIAL PÅ ARBETSPLATSEN

- Tydliga sömnsvärigheter;
- Konstant dröjande vid problem för vilka det verkar saknas lösning;
- Att uttrycka en brist på stöd eller förtroende för systemet;
- Att prata om att avsluta sina affärer;
- Ger några andra indikationer på en dödsplan och medger vid direkt fråga bestämda idéer om hur självmordet ska begås.

Självordsnära som uppvisar varningstecken löper dessutom ännu högre risk om de har upplevt:

- En nyligen inträffad förlust av ett nära förhållande;
- En förändring (eller förväntad förändring) i arbetet, som avsked, förtidspensionering eller andra arbetsrelaterade förändringar;
- En allvarlig och genant arbetsrelaterad händelse, såsom en officiell tillrättavisning, disciplinära åtgärder, trolöshet mot huvudman eller sexuella överträdelser;
- En förändring av hälsotillståndet;
- Ökat missbruk av alkohol och andra droger;
- Tidigare visat självmordsbeteende eller att självmordsförsök har inträffat i familjen;
- Depression, utbrändhet eller oförklarlig utmattning.

En chef som tror att en arbetstagare är självmordsbenägen kan hjälpa till genom (Von Onciul, 1996; Spiers, 1996; Wasserman, 2001):

- Att uttrycka förståelse och att visa oro.
- Uppmuntra personen att prata. De flesta självmordsbenägna människor är ambivalenta inför döden. Att fråga dem om de är självmordsbenägna eller på annat sätt prata om självmord kommer inte att uppmuntra till en självmordshandling, utan inge dem en känsla av lättnad och startpunkt för en lösning.

ATT FÖREBYGGA SJÄLMORD ETT STÖDMATERIAL PÅ ARBETSPLATSEN

- Att fråga dem om det finns någon som de vill ringa till eller någon som de redan har ringt;
- Att försiktigt upplysa dem om att diskretionen kan komma att brytas för att underrätta personer inom företaget, såsom representanter från företagshälsan eller personalavdelningen (beroende på företagets policy). En chef bör aldrig gå med på att förbli tyst.
- Att vidta omedelbara korrekta åtgärder för att remittera personen till en specialist inom yrkeshälsa eller psykiatrisk vård. På mindre företag kan detta vara ett stödprogram för psykisk hälsa eller en läkare på vårdcentralen. Att träffa överenskommelser med dessa instanser i förväg kan bidra till att underlätta denna process. Självmord kan förhindras om människor får omgående och korrekt vård.
- Att identifiera och ordna med stöd för den självmordsbenägne hos familjemedlemmar, vänner och nära arbetskamrater är viktigt för att försäkra sig om att personen inte är ensam.
- Att följa företagets handlingsplan ifråga om dokumentation. Det kan bli nödvändigt att dokumentera detta i arbetstagarens person- eller hälsoakt.
- Att ha tillgång till en specialist inom yrkeshälsa, en personalchef eller annan ansvarig medarbetare för att besöka den självmordsbenägne så snart som möjligt, att visa omtanke och uppmuntra till återgång i arbetet. Det är viktigt att den anställde kommer tillbaka till sitt tidigare jobb. Lämpliga anpassningar kan vara ett flexibelt arbetsschema, såvida inte arbetsrelaterade omständigheter (som trakasserier, konflikter med arbetskamrater, bristfälliga arbetsförhållanden, eller extrem arbetsrelaterad stress) förhindrar detta.
- Att göra extra ansträngningar för att informera arbetstagarens läkare eller psykiatrisk vårdspersonal om arbetets krav, möjliga förändringar och anpassningar.
- Att höja arbetstagarnas medvetenhet kring de psykiska problemens konsekvenser och egenart.
- Att skapa en stödjande miljö för den arbetstagare som återvänder till arbetsplatsen efter ett självmordsförsök.
- Att ta bort eller minska arbetsstress och andra arbetsrelaterade psykosociala risker.

HUR EN ARBETSKAMRAT KAN HJÄLPA EN SJÄLMORDSNÄRA KOLLEGA

När någon drabbas av psykiska problem, kan arbetskamraterna dra sig undan från personen i tro att det förhållningssättet är det bästa. Arbetskamrater vill ibland inte blanda sig i, eftersom de är rädda att ge den drabbade personen problem, eller för att de är rädda att försämra en nära arbetsrelation. Följaktligen kan det hända att de försummar ett avgörande tillfälle att informera de inom företaget som har möjlighet att göra något konstruktivt (Wasserman, 2001; Mohandie & Hatcher, 1999).

Om det blir känt att en kollega har gjort ett självmordsförsök, kan arbetskamraterna känna sig besvärade och generade över att de inte vet vad de ska säga eller göra. Ändå kan de genom att inte diskutera eller tillkännage händelsen, skapa känslor av isolering och socialt avståndstagande. När personer är självmordsnära, eller återhämtar sig från en traumatisk situation, är kamrattstöd viktigt. Vad de inte vill är (Mohandie & Hatcher, 1999):

- Att känna sig bortstötta av arbetskamrater och vänner;
- Att någon ska byta ämne;
- Att få en föreläsning eller predikan eller få höra att det är fel eller dumt att bete sig som de gjorde;
- Att bli nedlåtande behandlad, kritiserad eller analyserad;
- Att bli peppad i försök att liva upp dem, eller hjälpa dem att fräsa ifrån;

Uppmuntran, stöd och respekt från vänner och arbetskamrater kommer att hjälpa personen att bygga upp självförtroendet och integreras i arbetsmiljön.

VAD ARBETSGIVARE KAN GÖRA FÖR ATT FRÄMJA PERSONALENS PSYKISKA HÄLSA

Arbetsgivaren ger möjlighet till en psykiskt hälsosam personalstyrka när man:

- Skapar en arbetsmiljö som är stödjande, harmonisk och respektfull inför den enskildes bidrag och prestationer;
- Behandlar arbetsplatskonflikter genom öppen diskussion, effektiv kommunikation och konflikthantering;

- Utvecklar och implementerar effektiva handlingsplaner för psykisk hälsa, inklusive en omfattande handlingsplan för hur arbetstagares självmordshandlingar ska behandlas, innehållande prevention, intervention och postvention;
- Använder rättvisa och effektiva rutiner för att ta hand om orsaker till klagomål, prestationsrapport och aspekter av organisatoriska förändringar;
- Bygger upp rutiner för tidig upptäckt och minskning av arbetsstress och andra psykosociala risker;
- Tillhandahåller och anordnar kuratorssamtal för dem som blivit permitterade, avskedade eller på annat sätt varit inblandade i en traumatisk arbetsrelaterad händelse;
- Tillförsäkrar sig att cheferna är korrekt utbildade för att identifiera och ta itu med psykosociala problem bland arbetstagarna;
- Vidtar åtgärder för att minska stigmatisering kopplat till psykiska problem och ökar de anställdas motivation att be om hjälp;
- Genomför löpande utvärderingar av handlingsplanerna för psykisk hälsa, rutiner och program för att tillförsäkra sig att de tillgodoser såväl arbetsplatsens som de anställdas behov.

VAD ARBETSGIVARE KAN GÖRA EFTER ATT EN ANSTÄLLD HAR TAGIT SITT LIV

Även om självmord på arbetsplatsen är sällsynta, har de stor psykosocial inverkan på arbetskamraterna. Medan ett självmord som äger rum utanför arbetsplatsen, har en allvarlig påverkan på sex andra personer, kan självmord på arbetsplatsen ha allvarlig inverkan på hundratals medarbetare och påverka en arbetsplats under flera år. Självmord på arbetsplatsen kan också ge upphov till ”smittorisk” för självmord.

Arbetskamrater kan känna att de bidrog till självmordet på något sätt eller anklaga sig själva för att inte ha förhindrat det. Chefer kan känna att de borde ha hållit sig bättre underrättade om sina medarbetare eller att det fanns något allvarligt fel i den egna ledarstilen, (i synnerhet om det nyligen har förekommit problem i relationer eller disciplinära frågor mellan chef och anställd). De kan även känna sig skyldiga till att ha skapat stressfaktorer i arbetet. De kan känna sig anklagade av andra för att ha pressat någon att ta sitt liv och uppleva att de är föremål för illasinnad ryktesspridning. Nära arbetskamrater kan känna ilska och uppleva att

ATT FÖREBYGGA SJÄLMORD ETT STÖDMATERIAL PÅ ARBETSPLATSEN

de har blivit bortstötta; på något sätt förrådda genom hemlighetsmakeriet kring deras arbetskamrats död eller självmordsförsök.

Att bli underrättad i tid efter ett självmord knutet till arbetsplatsen kan minska efterföljande skadeeffekter bland överlevande arbetskamrater och vänner. I kölvattnet efter ett självmord (eller självmordsförsök) kan arbetsgivaren:

- Se till att ingenting på platsen för självmordet rörs och att offentliga tjänstemän, som utryckningspersonal, polis eller haveriutredare tillkallas omgående;
- Underrätta personalen, tillförsäkra att öppen och ärlig kommunikation förs om dödssättet, men betänka att detaljer om metoden som användes inte är nödvändigt och inte heller alltid lämpligt att informera om;
- Tillhandahåll korrekt information till alla anställda om självmord och dess varierande riskfaktorer;
- Organisera en minneshögtid till den avlidne;
- Se till att närstående arbetskamrater får möjlighet att bearbeta sin sorg;
- Identifiera och remittera sårbara personer som kan behöva professionellt stöd genom stödprogram eller den psykiatriska sjukvården (och därigenom begränsa smittorisken);
- Genomför en kritisk granskning av faktorer som kan förbättras genom organisatorisk förändring;
- Använd denna information för att förbättra yrkeshälsan och preventionsstrategierna.

SAMMANFATTNING OCH SLUTSATS

Själv mord på arbetsplatsen är ett komplext samspel mellan en individs sårbarhet (såsom psykiska problem) och stressande arbetsvillkor. Själv mordsprevention på arbetsplatsen angrips bäst genom en kombination av (a) organisationsförändringar i syfte att förebygga och minska arbetsstressen (b) att avstigmatisera psykiska problem och att stödja och uppmuntra till att söka hjälp (c) igenkänna och tidigt upptäcka psykiska och känslomässiga problem samt (d) bistå med lämplig intervention och behandling genom företagshälsa och stödprogram, som är kopplade till den offentliga psykiatriska vårdens resurser. Det övergripande målet bör vara att skapa en arbetsmiljö som respekterar individen, upprätthåller arbetstagarens integritet och minimerar eller motverkar stress. Samtidigt ska sociala relationer, en positiv företagsidentitet, en känsla av sammanhang och mening underlättas. Hjälp ska ges för anställdas självförverkligande genom att de individuella insatserna värdesätts. Både små och stora företag kan utveckla stödjande miljöer och handlingsplaner för hälsa och säkerhet, samt program som främjar personalens psykiska hälsa och förebygger självmordsbeteende. På ett stort företag kan detta innebära att man utvecklar en stark infrastruktur för personalhälsa, som omfattar stödprogram och samverkar med den offentliga vården. På små företag kan det innebära att göra avtal med den lokala vårdspersonalen eller andra psykiatriska vårdsinstitutioner. Oavsett storlek kommer alla företag att tjäna på åtgärder som främjar personalens psykiska hälsa.

REFERENSER

- American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fjärde utgåvan). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, Ustun TB, Vicente B, Vollebergh WAM, Walters EE, Wittchen HU, (2003) The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries, *Health Affairs*, 22(3): 122-133.
- Boxer PA, Burnett C, Swanson N. (1996) Suicide and occupation: a review of the literature. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 37(4): 442-452.
- Bromet EJ, Parkinson DK, Curtis EC, Schulberg HC, Bland H, Dunn LO, Phelan J, Dew MA, Schwartz JE. (1990) Epidemiology of depression and alcohol abuse/dependence in a managerial and professional work force. *Journal of Occupational Medicine*, 32(10): 989-995.
- Centers for Disease Control and Prevention (1999) Suicide prevention among active duty Air Force personnel – United States 1990-1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48(46): 1053-1057.
- Cheng Y, Gou Y, Yeh WY. (2001) A national survey of psychosocial job stressors and their implications for health among working people in Taiwan. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 74:495-504.
- Dewa C, Lesage A, Goering P, Caveen M. (2004) Nature and prevalence of mental illness in the workplace, *Healthcare Papers* 5(2): 12-25.
- Di Martino V, Gold D, Schaap A. (ed.) (2002) *Managing health related problems at work. (SOLVE)* Genève: International Labour Organization
- Gray P. (2000) *Mental health in the workplace: Tackling the effects of stress*. London, UK: The Mental Health Foundation.
- Harnois G, Bagriel P. (2000) *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Genève: World Health Organisation and the International Labour Organization.
- Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. (2003) Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention program in the US Air Force; cohort study, *British Medical Journal*, 327: 1-5.

Levi L. (2005) Working life and mental health. A challenge to psychiatry? *World Psychiatry* 4(1): 53-57.

Liimatainen MR, Gabriel P.(2000) *Mental health in the workplace*. Genève: International Labour Office.

Lu L, Kao SF, Cooper CL, Spector PE. (2000) Managerial stress, locus of control, and job strain in Taiwan and UK: A comparative study. *International Journal of Stress Management* 7(3): 209-226.

Mercer Human Resource Consulting Group. (2004) Few Canadian employers addressing workplace mental health issues.
<http://www.mercerhr.com/pressrelease/details.jhtml/dynamic/idContent/1148145> (accessed 2005-02-03).

Michie S. (2002) Causes and management of stress at work. *Occupational and Environmental Medicine*, 59: 67-72.

Mohandie K, Hatcher C. (1999) Suicide and violence risk in law enforcement: practical guidelines for risk assessment, prevention, and intervention. *Behavioral Sciences and the Law*, 17: 357-376.

Murray CJL, Lopez AD (1997) Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349: 1498-1504.

Siu O. (2002) Occupational stressors and well-being among Chinese employees: The role of organizational commitment. *Applied Psychology: An International Review*, 51(4): 527-544.

Sharif BA. (2000) Understanding and managing job stress: a vital dimension of workplace violence prevention. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3(2): 107-116.

Stuart H. (2003) Stigma and work. *HealthcarePapers* 5(2): 100-111.

Spiers C. (1996) Suicide in the workplace *Occupational Health*, 48(7): 247-249.

Teich JL, Buck JA. (2003) Mental health services in employee assistance programs, 2001. *Psychiatric Services*, 54(5): 611.

Wasserman D. (red) (2001) *Suicide: An unnecessary death*. London: Dunitz

Von Onciul J. (1996) ABC of work related disorders: Stress at work. British Medical Journal, 313: 745-748.

World Health Organization, Figures and facts about suicide. Genève, 1999

The WHO World Health Organization Mental Health Consortium. (2005) Prevalence, severity, and unmet need for treatment for mental disorders in the World Health Organization World Health Organization Surveys. JAMA, 291:2581-2590.

Zhang M, Rost KM, Fortney JC, Smith GR. (1999) A community study of depression treatment and employment earnings. Psychiatric Services 59(9): 1209-1213.

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**