



Folkhälsomyndigheten

Erfarenheter av utbildningarna Första hjälpen till psykisk hälsa och Psykisk livräddning

– en kvalitativ studie i Västerbottens län



Bindningar och jäv.

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2019

Artikelnummer: 19005

Om publikationen

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag av regeringen att stödja kunskapsutveckling på regional och lokal nivå inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Uppdraget kan t.ex. omfatta att främja samverkan, stärka framtagande av ny kunskap samt stödja kunskapsspridning och uppföljning. Denna rapport ingår som en del av detta uppdrag.

Syftet med denna kvalitativa intervjustudie är att ta reda på hur personalen inom vård, stöd och service som genomgått utbildningarna ”Första hjälpen till psykisk hälsa” eller ”Psykisk livräddning” beskriver sina erfarenheter av att möta personer med psykisk ohälsa och vilken användning de haft av utbildningarna.

Rapporten vänder sig till aktörer på nationell, regional och lokal nivå som är intresserade av frågor som rör psykisk hälsa och suicidprevention.

Mikael Sandlund, professor vid Umeå universitet i samarbete med med.dr. Karl-Anton Forsberg vid Region Västerbotten har genomfört studien och sammanställt resultaten i denna rapport. Ansvarig för projektet vid Folkhälsomyndigheten har varit Eija Airaksinen vid enheten för Psykisk hälsa och uppväxtvillkor. Ansvarig enhetschef har varit Johanna Ahnquist. Övriga medverkande som deltagit i framtagandet av rapporten anges på sida 29.

Folkhälsomyndigheten

Anna Bessö

Avdelningschef

Innehåll

Förkortningar.....	9
Sammanfattning	10
Summary.....	11
Bakgrund.....	12
Utbildning för psykisk hälsa och att förebygga självmord	12
Mental Health First Aid (MHFA).....	12
Forskning om MHFA.....	14
MHFA i Västerbottens län	14
Psykisk livräddning (PL).....	15
Identifiering av kunskapsbehov.....	15
Syfte	16
Metod	17
Deltagare i studien.....	17
Urval och rekrytering av informanter	17
Översikt över materialet	18
Intervjuerna	18
Fältforskarna	18
Genomförande.....	19
Bearbetning av datamaterialet och analys	19
Etik	20
Resultat.....	22
Berätta om situationer när du ingrep.....	22
B Bedöm situationen, ta kontakt	22
L Lyssna öppet och fördomsfritt.....	22
E Erbjud stöd och information	23
U Uppmuntra personen att söka professionell hjälp.....	23
S Stöd personen att söka andra hjälpresurser.....	23
Har kursen påverkat hur du känner för och tänker kring personer med psykiska problem?	24
Ny kunskap	25

Nya insikter	25
Diskussion	27
Studiens styrkor och begränsningar	27
Slutsats	28
Övriga medverkande	29
Referenser.....	30

Förkortningar

MHFA	Första hjälpen till psykisk hälsa (Mental Health First Aid)
PL	Psykisk livräddning, stöd att välja livet
BLEUS	Akronym inom MHFA: Bedöm situationen – ta kontakt. Lyssna öppet och fördomsfritt. Erbjud stöd och information. Uppmana personen att söka professionell hjälp. Stöd personen att söka andra resurser.
MI	Motiverande samtal
CRAFT	Community Reinforcement and Family Training
HVB-hem	Hem för vård eller boende
FoU	Forskning och utveckling
FoU-panelen	En resurs för forskning och utveckling inom det socialpsykiatriska området. Den har i syfte att tillföra ett brukarperspektiv i forsknings- och utvecklingsarbetet.
NASP	Nationellt centrum för suicidforskning och prevention vid Karolinska Institutet.
L-ABC	Livsfarligt läge – Andning – Blödning – Chock. Första hjälpen vid olyckor och akut fysisk sjukdom.

Sammanfattning

Psykisk ohälsa och självmordsproblematik omgärdas fortfarande av fördomar och är förenade med stigma. En strategi för att minska fördomar och stigma kan vara att förmedla kunskap om psykisk ohälsa och självmordsproblematik till dem som möter människor med psykisk ohälsa och visa sätt att ta kontakt med den som drabbats. Den som har mer kunskap, har i regel också mindre negativa attityder till psykiska problem.

Syftet med denna studie har varit att ta reda på hur personalen inom vård, stöd och service som genomgått utbildningarna "Första hjälpen till psykisk hälsa" eller "Psykisk livräddning" beskriver sina erfarenheter av att möta personer med psykisk ohälsa och vilken användning de haft av utbildningarna. Erfarenheter från deltagare, mestadels verksamma inom vården har samlats in och analyserats i denna kvalitativa studie. Majoriteten av informanterna har efter utbildningen varit med om situationer, oftast arbetsrelaterade, där de försökt hjälpa en person som haft psykiska problem.

Resultaten tyder på att deltagarnas beredskap att ingripa och ge stöd till en person som mår psykiskt dåligt kan ha förbättrats. Informanterna upplever att utbildningen gett nya verktyg att ta till, att de lärt sig betydelsen av att lyssna till den drabbade och hur de ska agera i akuta situationer. Informanterna säger också att utbildningen har gjort att de själva känner sig tryggare i en sådan situation. Även de som ännu inte hamnat i situationer där de behövt använda sina kunskaper säger att de känner sig styrkta. Utbildningarna förefaller också bidra till att göra deltagarna mer intresserade av området psykisk hälsa och suicidprevention.

Denna typ av kunskapsinriktade utbildning tycks också ha fungerat stödjande och fortbildande trots att deltagarna haft varierande förkunskaper och erfarenheter.

Summary

Experiences of the training programmes "Mental Health First Aid" and "Mental Health Rescue" among personnel in healthcare, support and service – a qualitative study in Västerbotten County

Mental ill health and suicidality are still surrounded by prejudices and are associated with stigma. A strategy for reducing prejudice and stigma can be to convey knowledge of mental ill health and suicide problems to those who meet people with mental ill health, and show ways to contact those who are affected. Those who have more knowledge usually also have less negative attitudes to mental problems.

The purpose of the study was to describe how the staff in healthcare, support and service who had participated in the training programmes "Mental Health First Aid" or "Mental Health Rescue" describe their experiences of meeting people with mental ill health, and the benefit of education. Experiences from participants, mostly active in healthcare, have been collected and analysed in this qualitative study. The majority of informants reported having been involved in situations, usually work-related, where they tried to help a person with mental health problems.

The results indicate that the preparedness to intervene and support a person with mental health problems might have improved. The informants perceive that the training provided new tools, they learned the importance of listening to a person with mental health problems, and how to act in emergency situations. The informants reported that the training has made them feel more confident in case a crisis situation occurs. The training seems to lead to an increased self-assurance even for the participants who have not yet encountered situations where they needed to use their skills. Further, the training programmes appear to have contributed to an increased interest in the field of mental health and suicide prevention.

This type of knowledge-based education seems to be supportive for staff with varied knowledge and experience.

Bakgrund

Sveriges riksdag beslutade 2008 om ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention som omfattar nio strategiska åtgärdsområden om hur antalet suicid ska minskas. De föreslagna åtgärderna spänner över flera fält, till exempel insatser som minskar alkoholkonsumtion i befolkningen och i högriskgrupper för suicid och spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid. Det sjunde åtgärdsområdet handlar om kompetenshöjning hos personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik (1). Ökad kunskap om och erfarenhet av psykisk ohälsa tycks minska negativa attityder och hur benägna vi är att ta avstånd från personer med psykisk ohälsa (2), vilket motiverat utvecklingen av utbildningar för att öka beredskapen att hjälpa personer med psykisk ohälsa.

Utbildning för psykisk hälsa och att förebygga självmord

Det finns idag ett antal utbildningar anpassade för olika målgrupper, som syftar till att öka beredskapen till tidiga insatser vid psykisk ohälsa. Utbildningarna förväntas bidra till en snabbare återhämtning för den som drabbas, ett minskat personligt lidande och minskad suicidrisk. Resultaten av en kvalitativ studie visade att personer som har egen erfarenhet av att vara patient inom psykiatri ofta döljer detta för sin omgivning av rädsla för negativ särbehandling av närstående, i arbetslivet och även i vården (3). Den som har mer kunskap om och erfarenhet av psykisk ohälsa tenderar att ha mindre negativa attityder och vara mindre benägen att ta avstånd från personer med psykisk sjukdom (3). Detta är ett viktigt bakomliggande skäl till utbildning och information om psykisk ohälsa.

Mental Health First Aid (MHFA)

Regeringen beslutade 2010 (4) att ge Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) i uppdrag att genomföra en pilotstudie på det australiensiska självmordsförebyggande programmet The Mental Health First Aid Training and Research program (MHFA) (5). Under hösten 2010 genomfördes en femdagars utbildning av en grupp medarbetare på NASP till huvudinstruktörer i MHFA under ledning av kursens upphovsmän Betty Kitchener och Claire Kelly. Huvudinstruktörerna i sin tur utbildade instruktörer för genomförandet av pilotstudien och annan MHFA-instruktörsverksamhet.

MHFA, eller Första hjälpen till psykisk hälsa som den svenska versionen heter, är ett utbildningsprogram avsett för allmänheten för att lära ut hur kursdeltagarna ska agera och hjälpa personer som drabbats av psykisk ohälsa, vare sig det är en uppseglande krissituation eller mera varaktiga psykiska problem (6). Utbildningen omfattar 12 timmar teori och består av de fem stegen i handlingsplanen BLEUS som är applicerbara vid de vanligaste psykiatriska sjukdomstillstånden (det vill säga depression, ångesttillstånd, psykosjukdomar och missbruk). De fem stegen kan i korthet beskrivas på följande sätt:

- *Bedöm situationen, ta kontakt* innebär att första hjälparen skaffar sig ett första intryck av hur personen mår och bedömer om det är en pågående krissituation eller en kris under uppsegling. Uppfattas tillståndet som en kris, till exempel med risk för suicid, eller om personen upplevs lida av psykos, ser första hjälparen till att personen kommer under kvalificerad vård. Utbildningen lär ut hur man bemöter och agerar på ett respektfullt sätt även i en sådan situation. Bedöms situationen däremot inte vara så allvarlig går man vidare till nästa steg.
- *Lyssna öppet och fördomsfritt* innebär att första hjälparen ger den drabbade möjlighet att själv berätta om sin situation och sina känslor utan att ställa alltför mycket frågor och lägga egna värderingar i det som sägs.
- *Erbjud stöd och information* innebär att när en person med psykiska problem upplever sig vara lyssnad till och bekräftad underlättar detta för första hjälparen att erbjuda sitt stöd och förmedla hopp och informera om att det finns hjälp att få. Stödet kan vara att visa medkänsla, eller att erbjuda praktisk hjälp. Respekten för i vilken mån personen är beredd och villig att ta emot stöd och information betonas.
- *Uppmana personen att söka professionell hjälp* innebär att första hjälparen berättar om vilka möjligheter som finns till hjälp och stöd och även hjälper den drabbade vidare om det önskas. Exempel på stöd och behandling är läkemedel, psykoterapi eller sociala behandlingsinsatser som olika former av familjestöd, sysselsättningsstöd och ekonomiskt stöd. MHFA-utbildningen informerar deltagarna om hur vårdorganisationen ser ut nationellt och lokalt och vilka webbplatser man kan hänvisa den drabbade till. Utbildningen fokuserar på hur första hjälparen kan hitta tidiga, adekvata insatser som kan förkorta sjukdomstiden och därmed minska lidandet och de negativa konsekvenserna av sjukdomen.
- *Stöd personen att söka andra hjälpresurser* innebär en uppmaning till första hjälparen att stödja den drabbade att använda sig av självhjälpsstrategier och att söka stöd hos familj och vänner. Självhjälpsstrategier kan exempelvis vara att skaffa sig ökad kunskap om sjukdomen och dess symtom. Deltagarna får tips på webbplatser och patient- och anhörigföreningar för olika sjukdomsområden.

Utbildningen innehåller information om symtom, tecken, möjliga orsaker, beprövade behandlingar, vem som behandlar, varifrån hjälp kan fås, ideella patientföreningar och andra hjälp- och stödresurser. Kursdeltagarna lär sig också hur de ska agera i en krissituation, till exempel ett möte med en självmordsnära person. Utbildningen är strikt manualbaserad med ett bildmaterial som omfattar ett hundratal Powerpointbilder med tillhörande talarmanus (7). Utbildningen kräver inga förkunskaper inom psykiatriområdet, utan ska kunna spridas i samhället liksom motsvarigheten till första hjälpen vid fysiskt trauma (L-ABC) (8). Utbildningens 12 timmar kan fördelas på 2–4 dagar och utmynnar i ett diplom som "Första hjälpare vid psykisk ohälsa". Viktigt att notera är att utbildningen inte ger legitimitet som behandlare av patienter.

I Sverige finns numera förutom utbildningen ovan som avser hjälp till vuxna även en MHFA utbildning som är avsedd för vuxna som i sin vardag har nära kontakt med ungdomar, exempelvis skolpersonal, socialtjänstpersonal eller föräldrar/vårdnadshavare och en MHFA utbildning som handlar om psykisk ohälsa bland äldre (7).

Forskning om MHFA

MHFA-programmet har studerats internationellt och ett flertal effektstudier är publicerade (9, 10, 11, 12). Det finns även svenska effektstudier (13, 14).

Sammanfattningsvis har studierna visat att kursdeltagarnas självförtroende när det gäller att hjälpa personer med psykisk ohälsa ökar, och att negativa attityder mot psykisk ohälsa minskar, efter deltagande i kursen. Resultaten från en randomiserad kontrollerad studie, där en slumpvis utvald kontrollgrupp ställs mot en likaledes slumpvis utvald interventionsgrupp som genomgått utbildningen, visar att benägenheten att hjälpa en person ökade i interventionsgruppen men inte i kontrollgruppen. Resultaten visar också att utbildningen har förbättrat deltagarnas kunskaper om hur man agerar i kontakten med personer med psykisk ohälsa och att deltagarnas attityder till personer med psykisk sjukdom förbättrades (14).

En kvalitativ internationell studie (15) visade att majoriteten av kursdeltagare befunnit sig i situationer när någon mått psykiskt dåligt, och därvid känt sig bättre rustad att ingripa utifrån det som utbildningen förmedlat. Deltagarnas tidigare utbildning tycktes inte påverka denna benägenhet. Författarna fann inga tecken på att kursdeltagarna hade gått över sin kompetensgräns, utan de hade kopplat vidare till professionella hjälp- eller vårdinsatser utifrån det som rekommenderas under utbildningen.

MHFA i Västerbottens län

I Västerbotten utbildades 24 instruktörer under pilotstudien under åren 2011–2012. Dessa utbildade i sin tur cirka 1 100 första hjälpare i länet, företrädesvis verksamma inom skola, socialtjänst, räddningstjänst, sjukvård och polis. Socialpsykiatriskt kunskapscentrum i Västerbotten (16) hade en samordnande roll.

Efter pilotstudien har ytterligare cirka 900 personer genomgått utbildningen i länet. Utbildningsaktiviteten bland instruktörerna efter pilotstudien har varierat av flera orsaker, där svårigheter att inrymma uppdraget i ordinarie tjänstetrymme är vanligast.

Att det finns ett fortsatt starkt intresse runt MHFA framgick till exempel i samband med att många befolkningsmässigt små kommuner i länet tog emot ett relativt stort antal flyktingar under år 2015. Under 2016 ökade efterfrågan på MHFA-utbildningar, vilket torde hänga samman med att den personal man kunde rekrytera till asylboenden etc. i många fall helt saknade utbildning inom det sociala området och vårdområdet. Eftersom MHFA är avsedd att kunna fungera både för personer

med olika former av sociala utbildningar eller vårdutbildningar, och för personer utan sådan utbildning eller erfarenhet är detta intresse begripligt.

Psykisk livräddning (PL)

Västerbottens läns landsting har under 2013 och 2014 köpt in en personalutbildning kallad Psykisk livräddning (17) riktad till personal inom landstinget (både öppen- och slutenvård). Totalt 72 anställda (läkare, sjuksköterskor, kuratorer, undersköterskor och biomedicinska analytiker) anmälde sig till dessa kurser. Kursen förmedlas av Suicidprevention i Väst. Kursen har fyra centrala delar:

- Alla hjälpare ska kunna prata om existentiella frågor som liv, död och suicid.
- Alla hjälpare ska ha grundläggande kunskaper om depression, ångest, kränkningar och suicidalitet.
- Alla hjälpare ska veta hur man talar med en människa som allvarligt överväger ta sitt liv.
- Alla hjälpare ska veta vart man kan hänvisa, när man som hjälpare inte klarar att stödja själv.

Psykisk livräddning har en praktisk inriktning och avser ge kunskap om risk- och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa och suicid. Den förmedlar en bio-psyko-social förklaringsmodell. Det innebär att individuella biologiska och psykologiska faktorer, såväl som faktorer som hänger samman med individen som en del av en grupp och i sitt sociala sammanhang, tillmäts betydelse för uppkomst och utveckling av psykisk ohälsa. Självmordsproblematik belyses även ur ett existentiellt perspektiv. Utbildningen anknyter till lokala vårdprogram för suicidprevention om sådana finns. Det saknas motsvarande vetenskapliga dokumentation för effekter av PL som finns för MHFA. Psykisk livräddning är inte strikt manualbaserad på samma sätt som MHFA-utbildningen. Motsvarigheten till BLEUS är en trappa med nyckelord i stegen *kommunicera – relatera – trygga – påverka – lösa*. Utbildningen ges i olika varianter, och omfattar 6–9 timmar (18).

Identifiering av kunskapsbehov

Ökad kunskap om psykisk ohälsa tycks kunna minska negativa attityder och minska benägenheten att ta avstånd från personer som drabbats av psykisk ohälsa. Det har motiverat utbildningar för att öka beredskapen att hjälpa dessa. Eftersom efterfrågan på MHFA-utbildningar och andra likartade kurser tycks bestå, är det av vikt att studera hur tidigare kurser upplevs av deltagarna. Den här studien handlar om personal inom vård, stöd och service som genomgått sådana personalutbildningar i suicidprevention.

Syfte

Det övergripande syftet med denna studie är att ta reda på hur personal inom vård, stöd och service som genomgått utbildningarna MHFA eller PL beskriver sina erfarenheter av att möta personer med psykisk ohälsa och vilken användning de haft av utbildningarna.

Studien belyser specifikt hur utbildningsdeltagare, yrkesverksamma inom vård, stöd och service, med några års distans till utbildningen beskriver sin egen handlingsberedskap att hjälpa och vad utbildningen gav.

Metod

Den här studien har en kvalitativ studiedesign.

Deltagare i studien

I den här studien har 31 personer deltagit som här kallas för informanter. Alla informanterna har genomgått antingen MHFA (under 2015) eller PL (under 2013–2014) i Västerbottens län som intervjuades per telefon 2017.

Urval och rekrytering av informanter

Informanterna rekryterades via deltagarlistor från respektive utbildning som inhämtades från Socialpsykiatriskt kunskapscentrum i Västerbotten (gäller MHFA) samt från Folkhälsoenheten, Västerbottens läns landsting (gäller PL). Kvaliteten och precisionen på dessa listor varierade. Det gjordes inget urval av informanter, utan samtliga personer som fanns med på listorna, där en tillförlitlig adress kunde tas fram, tillfrågades om att ingå i studien. Om postadress fanns angiven skickades ett brev med information om studien, samtyckesblankett samt frankerat svarskuvert. Den tillfrågade fick också ange på vilket telefonnummer och när det kunde passa att genomföra telefonintervjun. I många fall saknades hemadress, eller den var felaktig. Fältforskarna försökte då nå dessa personer på mobiltelefon eller på deras respektive arbetsplatser.

Sammanlagt nåddes 118 personer som genomgått någon av de aktuella utbildningarna, varav 31 intervjuades, vilket innebär att 26 procent av teoretiskt möjliga personer kom att bli intervjuade (se tabell 1). Av de 87 personer som inte intervjuades tackade 19 aktivt nej per telefon eller brev. Skälen till att de övriga 68 inte blev intervjuade varierar: den tilltänka intervjupersonen hörde inte av sig efter att ett brev till den bekräftade postadressen gått ut, när fältforskaren ringde upp på det överenskomna klockslaget blev det inget svar, eller att man inte kunde hitta en passande tid för intervjun.

Vi har inte någon uppfattning om hur stor andel av dem som aldrig hördes av efter att ett informationsbrev skickats som valde att inte delta, respektive hur stor andel som aldrig nåddes av brevet.

Könsfördelningen mellan tillfrågade och intervjuade respektive aktuell utbildningstyp framgår av tabell 1. Som det framgår av tabellen var majoriteten av kursdeltagarna kvinnor.

Tabell 1. Antal och andel (%) av de tillfrågade respektive intervjuade.

Tillfrågade	Varav män	Varav kvinnor	Varav MHFA	Varav PL
118 personer	30 (25 %)	88 (75 %)	90 (76 %)	28 (24 %)
Intervjuade				
31 personer	8 (26 %)	23 (74 %)	23 (74 %)	8 (26 %)

Översikt över materialet

Majoriteten av informanterna hade gymnasieutbildningar såsom barnskötare, undersköterska, mentalskötare, ungdomspedagog och fritidspedagog. Några hade också en universitetsutbildning såsom förskollärare, socionom, ungdomspedagog, specialpedagog, yrkesvägledare, beteendevetare, sjuksköterska och läkare. Vissa hade vidareutbildningar inom motiverande samtal (MI), Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) (19), sociologi, psykiatri, distriktsköterskeutbildning, barnmorskeutbildning, specialistutbildning inom allmänmedicin och skolhälsovård.

Två informanter saknade relevant utbildning. Ingen av informanterna uppgav att de har gått någon liknande utbildning inom suicidprevention efter att de tidigare har genomgått MHFA eller PL.

Vid intervjutillfället var informanterna verksamma inom följande områden:

- Landstinget (hälsocentral/vårdcentral, alkohol- och drogmottagning, ungdomshälsa, stressmottagning, ospecificerat landstingsarbete) – 10 personer.
- Kommunal verksamhet (socialpsykiatri, HVB-hem, socialtjänsten, ospecificerat kommunalt arbete) – 17 personer.
- Övriga verksamheter (teater, universitetslärare, privata näringslivet) – 4 personer, som anger att de är ideellt engagerade i att stötta medmänniskor.

De flesta informanter var verksamma inom samma verksamhet vid intervjutillfället som när de genomgick utbildningen.

Det fanns en stor spridning av de människor som informanterna vanligen möter i jobbet. Några arbetade med unga personer (både inrikes och utrikes födda), andra med vuxna, både män och kvinnor. De potentiellt relevanta grupper som inte omnämns var äldre personer (exempelvis demensvård, äldreboenden) samt vuxna utlandsfödda personer. De människor informanterna mötte hade roller som patient, servicetagare och boende.

Intervjuerna

Telefonintervjuerna genomfördes under september och oktober 2017. Dessa varade mellan 25 minuter och 2 timmar. Mediantiden för intervjun var 42 minuter. Intervjun baserades på en semistrukturerad intervjuguide ursprungligen använd av Jorm med flera (15), som sedan anpassats till svensk kontext och använts av Svensson med flera (2). Intervjuguiden finns i bilaga 2.

Fältforskarna

Sex fältforskare som rekryterades från FoU-panelen i Västerbotten arbetade med att göra datainsamlingen i projektet under september till november 2017. FoU-panelen är en resurs för forskning och utveckling inom det socialpsykiatriska området. Den syftar till att tillföra ett brukarperspektiv i arbetet.

Fältforskarna har samtliga fått grundläggande anpassad utbildning omfattande 40 timmar i kvantitativ och kvalitativ forskningsmetodik, forskningsetik och metoder för utvecklingsarbete. Flera av fältforskarna har eftergymnasial utbildning och också en egen erfarenhet av psykisk ohälsa.

Inför detta specifika uppdrag genomfördes en utbildningsinsats i form av simulerade telefonintervjuer, där hela panelen deltog och kommenterade utförandet. En fördel med panelens deltagande var att de dels inte var associerade till arbetsgivaren (som beställt och betalat för kursen) eller till kursgivaren (som utfört utbildningarna), dels hade förtrogenhet med fenomenet psykisk kris. Det bedömdes även vara en fördel att deras ingång inte var den professionella vårdarbetarens, utan brukarens.

Genomförande

Deltagarlistor med totalt 160 namn fördelades till de sex fältforskarna. Fältforskarna kontaktade först de potentiella deltagarna per telefon för att informera om studien och frågade om de kunde skicka ytterligare information och en blankett med informerat samtycke tillsammans med ett frankerat svarskuvert till personens hemadress. Blanketterna med informerat samtycke samlades hos en av forskarna (KAF) som fördelade dem till fältforskarna. Fältforskaren ringde upp intervjupersonen på föreslagen tid och förhörde sig om hen fortfarande var intresserad av att bli intervjuad. Fältforskaren följde den semistrukturerade intervjuguiden, ställde frågor och följdfrågor för att få så fullödiga svar som möjligt och skrev under samtalets gång ned vad som sades. Vid behov fick fältforskaren stoppa samtalet för att hinna med att skriva det som sagts. Fältforskaren förde in svaren direkt i en elektronisk blankett. När intervjun var genomförd läste fältforskaren upp vad som noterats, och hörde efter om svaren var rätt uppfattade. Eventuella korrigeringar och tillägg gjorde om så önskades av informanten.

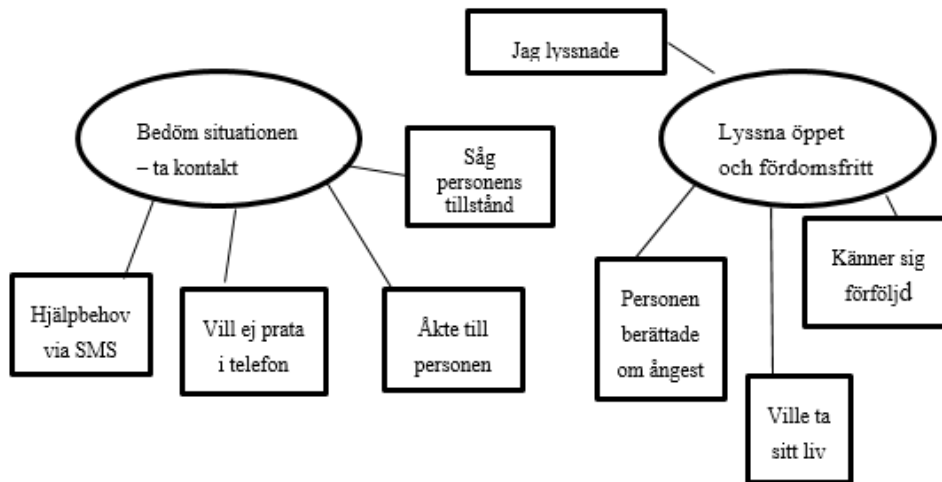
Bearbetning av datamaterialet och analys

Ansvariga forskare (MS, KAF) genomförde de kvalitativa analyserna. I analysen av datamaterialet som handlar om en situation där hen ingripit när en person mår psykiskt dåligt, har fokus varit att undersöka om det finns beskrivningar av hur informanten tillgodogjort sig kursinnehållet och om det omvandlats till ett praktiskt handlande när informanten mött personer som mått psykiskt dåligt. Den delen av datamaterialet har analyserats med tematisk kvalitativ analys (20).

Analysansatsen var teoretiskt tematisk, och den teoretiska utgångspunkten var BLEUS-stegen. Här lästes hela datamaterialet (det vill säga allt i de svar som intervjuarna skrivit ned under telefonintervjuerna) igenom ett flertal gånger. På så sätt identifierades allt material som på något sätt svarade på frågorna 1) hur informanterna beskriver sina erfarenheter och 2) hur de haft användning av utbildningarna i möten med personer som mår psykiskt dåligt.

På det sättet identifierades först de delar i materialet som handlade om sådana situationer. Det materialet delades därefter in efter handlingsplanen BLEUS och MHFA samt PL:s nyckelord *kommunicera – relatera – trygga – påverka – lösa*. Det vill säga i grupper utifrån var och hur informanterna kontaktade och bedömde situationen, hur de skapade kontakt och erbjöd stöd och i förekommande fall uppmanade eller hjälpte personen till kvalificerad vård och annan hjälp (se figur 1).

Figur 1. Exempel på kodning och gruppering i teman "Bedöm situationen" och "Lyssna öppet och fördomsfritt".



Därefter har det material som var kopplat till intervjufrågorna 10 och 11 analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (21).

De två forskarna KAF och MS läste båda igenom hela datamaterialet och KAF delade sedan in texten i meningsenheter, som kondenserades och därefter kodades. Därefter sorterades de kodade meningsenheter som hade samma innehåll i subkategorier. Subkategorierna kunde i vissa fall inordnas i en övergripande kategori.

Svar från fältforskarnas nedskrivna rapporter valdes för att illustrera meningsenhet. Det anges i slutet av varje citerat svar om informanten genomgått MHFA eller PL. De redovisade exemplen i resultatdelen är inte ordagranna citat utan under telefonintervjun nedskrivna anteckningar av informanternas svar.

Etik

Forskarna valde att försäkra intervjupersonernas samtycke genom ett tvåstegsförfarande, där den första kontakten (per brev eller telefon) innebar att en skriftlig information inklusive samtyckesblankett sändes över per post. Intervjun planerades sedan in vid den tid som angivits av de som accepterade förfrågan. På det sättet tror forskarna ha klargjort att deltagandet inte var en del av personens anställning, utan innebar ett frivilligt åtagande.

Projektet har efter granskning av Regionala etikprövningsnämnden vid Umeå universitet i ett rådgivande yttrande 2017-08-22 befunnits inte innebära några etiska problem (EPN ö 2017/280-31).

Resultat

Berätta om situationer när du ingrep

Majoriteten av informanterna säger att de efter en avslutad utbildning har varit med om situationer där de försökt hjälpa en person som haft psykiska problem (28 av 31 personer svarar ja på frågan). De exempel som beskrivs kommer uteslutande från arbetsrelaterade situationer, men några intervjupersoner refererar även till erfarenheter från sitt privatliv. Överlag handlar det om möten med personer som har olika former av depressioner och krisreaktioner utlösta av den situation som bland andra asylsökande ungdomar befinner sig i. Men det kan också handla om möten med personer som har ångest, suicidtankar, självskadebeteenden och som befinner sig i andra former av kommunala stödboenden eller vårdverksamheter inom landstinget.

Som ett första steg i analysen av datamaterialet identifieras exempel som liknar de steg som ingår i utbildningen Första hjälpen till psykisk hälsas minnesramsa *BLEUS*.

B Bedöm situationen, ta kontakt

Informanterna beskriver exempel på hur de lyssnat på den drabbades upplevelser och känslor, för att bilda sig en uppfattning om tillståndet och dess angelägenhetsgrad.

Genom jobbet har jag kontakt med en tjej som tycker det är väldigt jobbigt att ringa, så hon skickar SMS. Då skrev hon att hon inte mådde så bra och när hon skriver så vet jag att det är jobbigt för henne och att hon inte vill prata i telefon. Jag åkte dit direkt och det var väldigt mycket ångest för henne. Det såg jag direkt då jag kom in. Hon kunde inte stå still, utan vankade fram och tillbaka hela tiden. Informant från kursen MHFA

De beskriver också exempel på krissituationer, såsom att personer suttit med ett rakblad i handen redo att skada sig själva, eller varit aggressiva och utagerande, och där man varit tvungen att agera handgripligt eller tillkalla polis.

Ja. Det var en kille på boendet för ensamkommande som försökte ta livet av sig. En arbetskamrat upptäckte det. Killen var väldigt aggressiv och slog sönder saker. Han sprang iväg och vi sprang efter. Vi ringde polisen. Han ville ha uppmärksamhet, men vi tog det ändå på allvar, både vi och cheferna. Informant från kursen MHFA

L Lyssna öppet och fördomsfritt

Informanterna betonar i sina berättelser betydelsen av att lyssna och lämna utrymme för den drabbades egna upplevelser, och samtidigt hårbärgera och inte ge uttryck för sina egna känslor och värderingar.

Jag lät henne fortsätta gå fram och åter, fram och åter, men jag satte mig på en soffa. Medan hon gick fram och åter fick hon prata. Jag satt i hennes soffa och försökte bara vara lugn och lyssna. Hon berättade vad som var jobbigt. Det var mycket tvångstankar och ångest. Informant från kursen MHFA.

Ångesten kom när han skulle gå och sova. Han sa att ingen tycker om mig. Han gjorde illa sig genom att klösa sig. Informant från kursen MHFA

Datamaterialet innehåller däremot inte mycket information om hur informanterna gått till väga att hantera samtalen. Men den information de lämnar om den drabbades upplevelser (paranoida tankar) och känslor såsom ångest, hopplöshet, självmordstankar och i vissa fall existentiella funderingar, tyder på att de fått den drabbades förtroende.

E Erbjud stöd och information

Genom att erbjuda sitt stöd och informera personen att det finns behandling och stöd och hur man kan få det, förmedlas hopp som lättar och lugnar den drabbade.

Det som nämns i intervjuerna är att man pratade lugnande med den drabbade. Men materialet ger inte kunskap om vad informationen konkret bestod i, eller hur stödet mer konkret förmedlades.

Det visade sig att han hade erektionsproblem och det påverkade hans relation väldigt mycket. När vi berättade att det är sådant man ganska enkelt kan åtgärda blev han lättad och mycket lugnad. PL

Dels hjälpte det att prata, personen hade fått en ångestattack. Jag satt nära och vi stängde in oss så att personen skulle känna sig trygg. Jag följde upp med frågor och gav personen information.

Jag lyssnade och gav hopp. Informant från kursen MHFA

U Uppmuntra personen att söka professionell hjälp

Den professionella hjälp som informanterna uppmanade de drabbade att söka var familjeläkare, primärvård, psykjouren, personens doktor inom psykiatri och alkoholpolikliniken. I datamaterialet finns exempel på att informanten fått förhandla, lirka och upprepa erbjudandena innan personen i kris accepterat att söka professionell hjälp.

När jag frågade om att ringa psykjouren så frågade jag om det var okey att ringa. Först sa hon nej, att hon inte vill det. Jag lät henne prata en stund om hur hon kände. Sedan berättade jag om hur jag såg på saken och frågade om igen om jag fick ringa och då sa hon att det var okey att ringa psykjouren. Då gjorde jag det och det blev så att hon fick åka in och jag skjutsade henne in till kliniken. Informant från kursen MHFA

S Stöd personen att söka andra hjälpresurser

I datamaterialet finns ett fåtal exempel som beskriver att man hjälper den drabbade att komma i kontakt med en närstående. I ett efterförlopp kan till exempel anhöriga, vänner och föreningar vara viktiga resurser vid återhämtningen från psykisk ohälsa.

Då ville han ringa en annan närstående för att finna lugn och det gjorde han. Informant från kursen MHFA

Jag väntade till hennes sambo kom hem. Informant från kursen MHFA

Tillämpningen av kursinnehållet

Analysen har inte identifierat exempel där informanten beskrivit sitt handlande genom alla fem steg i BLEUS. Ett skäl för det kan vara att kontexten som beskrivs i datamaterialet i flera fall är stödboenden eller HVB-hem av något slag. Ett annat skäl kan vara att informanterna i flera exempel beskriver hur det som tycktes vara en första hjälpen-insats, utvecklats till en krissituation som krävde akut professionell hjälp i stället. I Första hjälpen till psykisk hälsa lärs ut att vid en krissituation ska hjälparen ”ta över” och se till att personen inte skadar sig och att hen får professionell hjälp så fort som möjligt.

En brukare ringde och mådde dåligt. Vi var två stycken som åkte dit. Vi frågade hur det var men fick inget svar. Då tog hon ett rakblad och höll det mot halsen. Just den gången höll vi tag i henne fysiskt, fast vi egentligen inte ska göra det, för att hon inte skulle skada sig. Vi sa att vi måste ringa efter polis. Då släppte hon rakbladet för det ville hon inte. Sedan kom ändå polisen för vi hade hunnit ringa dem och vi bedömde ändå att det skulle vara bra om de kom. Det var två poliser som också försökte prata med henne. När hon blivit lite lugnare och verkade må bättre lämnade vi henne. Efter det har vi haft kontakt med brukarens psykolog. Informant från kursen MHFA

Det gällde särskilt för informanter som beskrev situationer från sitt arbete inom sjukvården (hälsocentral, alkoholmottagning, ungdomsmottagning, stressmottagning etc.) där arbetet ofta sker i olika former av team, eller med tillgång till specialisthjälp och andra resurser på nära håll.

Tillsammans med teamet träffade jag patienten. Vi är väldigt medvetna och jobbar hela tiden med patienten med psykisk ohälsa och suicidrisk. Vi gör suicidbedömning på alla nya patienter vi träffar. Försöker värdera risken att det ska hända. Om vi bedömer att det finns en suicidrisk har vi betydligt tätare kontakt med patienten än annars och bedömer vi risken som hög tar vi med patienten till psykiatri. Informant från kursen PL

Av datamaterialet framgår också att några av informanterna ännu inte varit med om situationer där de behövt använda sina kunskaper från utbildningarna. De säger dock under intervjun att kursen gett en ökad trygghet att bemöta personer som drabbats av psykisk ohälsa och att de känner sig mer förberedda inför en sådan situation. Kursen har fördjupat deras förståelse och kunskap om psykisk ohälsa.

Jag skulle känna mig ganska trygg då utbildningen gav lite av allt. Jag skulle vara lugn, öppen och våga fråga hur personen mår. Jag kommer att ha nytta av denna kurs sedan men jag är lite förvånad över att jag inte stött på någon sådan situation. Informant från kursen MHFA

Har kursen påverkat hur du känner för och tänker kring personer med psykiska problem?

Datamaterialet innehåller vissa tecken på att kursen påverkat kursdeltagarnas intresse kring psykisk ohälsa och självmord. Påverkan förefaller i dessa fall vara mer kognitiv (som har med kunskaper och intellektuella funktioner att göra) än emotionell (som har med känslor att göra). Man reflekterar runt utbildningen och

vad den gett i kunskapshänseende. Det kan handla om beskrivningar av vad som lett till dels *ny kunskap/repeterad kunskap*, dels *nya insikter*.

Ny kunskap

I det material som handlar om ny kunskap finns uttalanden om att informanten upplevt att hen fått nya verktyg att ta till, lärt sig betydelsen av att lyssna till den drabbade och lärt sig hur man ska agera i akuta situationer. Informanterna säger att detta har gjort att de känner sig tryggare om en situation skulle uppstå.

Det här om att bara lyssna och vara lugn, att inte behöva göra så mycket. Jag har alltid varit lugn, men har blivit ännu lugnare efter kursen. Informant från kursen MHFA

Inte direkt, men det ökar tryggheten ju mera verktyg man får om hur man ska bemöta. Jag tycker kursen var jättebra. Informant från kursen MHFA

Utbildningen tycks även i vissa fall ökat intresset för området, som leder till att man söker och tar till sig mer information utöver det som ingick i kursen.

Jag vet inte om själva kursen i sig gjort det, men den gjorde mig mera intresserad av att lära mig mera om suicidprevention, gjorde mig intresserad av att läsa mer. Informant från kursen PL

I datamaterialet finns också exempel på att informanterna uppskattat utbildningen för att den gett en repetition av det man lärt sig tidigare, på andra utbildningar.

Nya insikter

Det datamaterial som beskriver nya insikter visar uttalanden om att den nya kunskapen berört informanten på ett djupare plan.

Jag hade inte förstått att det är så många som mår dåligt. Jag blev chockad när de berättade att man kan beställa självmords-kit på nätet. Informant från kursen MHFA

Många har hinder mot att prata om psykiska problem och kanske i synnerhet att prata om självmord. Här beskrivs bland annat hur budskapet att ”verkligen våga fråga” tycks ha trängt igenom.

Även det här att [när det handlar] om självmord var bra, att våga fråga rakt ut om sådana tankar. Verkligen våga fråga personen hur den tänkt, om den tänkt på metoder eller så och att man verkligen lyssnar. Informant från kursen MHFA

De utbildningar där någon eller några kurskamrater själva hade egen erfarenhet av psykisk ohälsa bidrog med nya insikter. Betydelsen av att någon med egen erfarenhet fanns med som kurskamrat lyfts fram.

Vi gick tillsammans med personer som själva hade psykisk ohälsa, det var intressant att få höra deras bilder av inläggningar, tvångshämtningar, bemötande osv. Det återkommande var att ingen lyssnade, inte ens när de var inlagda. De fokuserade bara på medicineringen. Informant från kursen MHFA

Det informanterna ofta lyfter fram är att kursen har pekat på betydelsen av att lära sig lyssna närvarande, och att man inte behöver vara expert för att kunna hjälpa.

Man måste lära sig lyssna, man behöver inte ha lösningar på allt. Man behöver inte vara någon expert för att hjälpa. Informant från kursen MHFA

Diskussion

Denna studie avsåg att ta reda om hur personal inom vård, stöd och service som genomgått utbildningarna ”Första hjälpen till psykisk hälsa” eller ”Psykisk livräddning” beskriver sina erfarenheter och vilken användning de haft av utbildningarna.

Majoriteten av informanterna berättar att de, efter en avslutad utbildning, har varit med om situationer där de behövt hjälpa en person som haft psykiska problem. De beskriver också olika sätt på vilka de ingripit. Deras beskrivningar av hur de agerar har flera likheter med de förhållningssätt som förmedlas i utbildningarna.

Informanterna svarar att de upplever att utbildningen har gett dem en förstärkt grad av handlingsberedskap, som i de allra flesta fall tycks ha hjälpt dem att hantera situationen. Även de som ännu inte hamnat i situationer där de behövt använda sina kunskaper säger att de känner sig styrkta.

Resultaten tyder på att utbildningarna kan ha bidragit till att öka handlingsberedskapen. Informanterna beskriver hur de har betonat vikten av att ta kontakt, fråga hur det är, hur det har försökt att lyssna utan att blanda in sina egna känslor eller att ge förslag alltför tidigt eller tydligt det vill säga informanterna tycks ha använt grunddragen i akut suicidprevention.

Resultaten av denna studie tyder på att denna typ av kortare utbildningsinsatser kan påverka självförtroendet och insatsberedskapen i positiv riktning. Informanterna ger flera exempel på hjälpinsatser. Däremot går det inte att utifrån denna kvalitativa studiedesign säga om utbildningen bidrar till att hjälparen gör fler insatser i ett möte med en person som har psykisk ohälsa.

Studiens styrkor och begränsningar

Det här är en kvalitativ studie och vi har inga anspråk att generalisera resultaten till alla kategorier av personal som erbjuds fortbildning i suicidförebyggande syfte. Det bör noteras att den sist analyserade delen av materialet tillförde lite till analysen, vilket kan tala för att materialstorleken var tillräcklig för att fånga huvuddrag i deras erfarenheter.

Det var inte samma personer som samlade in intervjumaterialet som sedan analyserade det, vilket liksom förfarandet att direkt dokumentera intervjuerna skriftligt i stället för att använda bandinspelning, utgör begränsningar. Det nedskrivna materialet kan riskera att bli refererande snarare än citerande.

Fältforskarnas bakgrund bedöms ha bidragit till att informanterna för det mesta har gett utförliga svar. Men deras bakgrund kan också ha inneburit att informanterna censurerat sig själva, till exempel när de ombetts beskriva sin attitydförändring gentemot personer med psykisk ohälsa. Materialet som helhet talar ändå för att det varit ett gott samtalsklimat under intervjuerna. Intervjuerna skedde på tidpunkter som informanten själv valt, vilket kan ha bidragit till mer informationsrika samtal. Informanterna är generösa med att dela med sig av sina erfarenheter.

Intervjuerna genomfördes några år efter avslutad utbildning vilket kan medföra att kunskaperna som värvades under utbildningen kan ha fallit i glömska och eventuellt endast allmänna attityder finns kvar snarare än konkreta minnen av innehållet i utbildningen. Däremot har informanter haft möjlighet att utnyttja, pröva och eventuellt vidareutveckla det de har lärt sig eftersom det gått en viss tid sedan de gick utbildningen.

För att kunna sätta in resultaten av denna kvalitativa studie i ett sammanhang, baserades intervjuguiden på en guide använd i tidigare studier (2, 15) där man använt fokusgrupper. Fokusgrupper kan tillföra information utöver individuella intervjuer genom att gruppmedlemmarna kommer i samspråk och reagerar på varandras utsagor. Intervjuguiden fungerade enligt forskarnas bedömning väl även i samband med individuella intervjuer.

Materialet ger indikationer på att deltagarnas intresse för området psykisk ohälsa och självmordsförebyggande arbete ökat, men de beskriver inte själva att de ändrat sin attityd gentemot personer med psykisk ohälsa.

Slutsats

De erfarenheter och upplevelser som beskrivs av personerna som deltagit i den här studien tyder på att de här två utbildningarna ökat deras beredskap att ingripa och ge stöd till en person som mår psykiskt dåligt. Även de som ännu inte hamnat i situationer där de behövt använda sina kunskaper säger att de känner sig styrkta.

Denna typ av kunskapsinriktade utbildning tycks också ha fungerat stödjande och fortbildande för personal med varierande förkunskaper och erfarenheter.

Övriga medverkande

Övriga medverkande från Umeå universitet som ingått i FoU-panelen i Västerbotten är fältforskarna Mulin Persson, Annika Åström, Ann Stenmar, Lena Björklund-Olofsson, Daria Mazurina och Janet Karlsson

Övriga medverkande från Folkhälsomyndigheten är utredarna Ann-Christine Jonsson och Marjan Vaez.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. *Förslag till nationellt program för suicidförebyggande arbete*. Citerad: 2017.11.04. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa/handlingsprogram/forslag_till_nationellt_program_for_suicid_prevention_0.pdf.
2. Svensson B, Stjernswärd S, Hansson L. Utbildning i Första hjälpen vid psykisk ohälsa. En effektstudie i två län. Lunds universitet; 2013. CEPI rapport.
3. Hansson L, Stjernswärd S & Svensson B. Perceived and anticipated discrimination in people with mental illness-An interview study. *Nord J Psychiatry*. 2013. DOI: 10.3109/08039488.2013.775339.
4. Socialdepartementet. Regeringsbeslut, dnr. S2010/6262/FH.
5. Jorm AF, Kitchener BA, Kanowski LG, Kelly CM. Mental health first aid training for members of the public. *Int J Clin Health Psychol*. 2007;7:141-151.
6. Kitchner B, Jorm A, Kelly C. *Första hjälpen vid psykisk ohälsa: symptom, riskfaktorer och bemötande vid psykisk ohälsa* (svensk översättning). Solna: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP); 2013.
7. *Nationellt centrum för suicidprevention - NASP. Första hjälpen till psykisk hälsa, MHFA-Sverige*. Uppdaterad: 2017.10.06. Citerad: 2017.11.04. Hämtad från: <http://ki.se/nasp/mhfa-forsta-hjalpen-till-psykisk-halsa>.
8. *Svenska riktlinjer för L-ABC*. 2013. Citerad: 2017.11.04. Hämtad från: <http://media1.sfhr.se/2013/03/Svenska-riktlinjer-f%C3%B6r-f%C3%B6rsta-hj%C3%A4lpen-2013.pdf>.
9. Jorm AF, Kitchener BA. Mental health first aid training: review of evaluation studies. *Austr NZ J of Psychiatry*. 2006;40:6-8.
10. Jorm AF, Kitchener BA, O'Kearney R, Dear KB. Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial [ISRCTN53887541]. *BMC Psychiatry*. 2004 Oct 23;4:33.
11. Jorm AF, Kitchener BA, Sawyer MG, Scales H, Cvetkovski S. Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2010;10:51.
12. Jorm AF, Kitchener BA, Fischer JA, Cvetkovski S. Mental health first aid training by e-learning: a randomised controlled trial. *Aust NZ J Psychiatry*. 2010;44:1072-1081.
13. Svensson B, Hansson L & Stjernswärd S. Experiences of a mental health First Aid Training Program in Sweden: A Descriptive Qualitative Study. *Community Ment Health J*. 2015;51:497-503.
14. Svensson B, Hansson L. Effectiveness of Mental Health First Aid training in Sweden. A randomized Controlled Trial with Six-Month and Two-Year Follow-up. *PLOSOne*. 2014;9:e100911.
15. Jorm AF, Kitchener BA, Mugford SK. Experiences in applying skills learned in a mental health first aid training course: A qualitative study of participants' stories. *BMC Psychiatry*. 2005;5:43.
16. Socialpsykiatriskt kunskapscentrum i Västerbotten. Citerad: 2017.11.04. Hämtad från: <http://regionvasterbotten.se/kategori/socialpsykiatriskt-kunskapscentrum/>.
17. Beskow J & Wikström L. Psykisk livräddning. Citerad 2017.04.10. Hämtad från: Suicidprevention i Väst, <http://www.suicidprev.com/forsta-hjalp/psykisklivraddning.html>.
18. Personligt meddelande, 2017.12.21. Martin Letell, utbildningsansvarig Suicidprevention i Väst.
19. Meyers RJ, Roozen HG, Smith JE. The Community Reinforcement Approach. *Alcohol Res Health*. 2011;33(4):380-388.

20. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. ISSN 1478-0887. Available from: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>.
21. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24:105-112.

Bilaga 1

Intervjuguide suicidprevention/personalutb-projektet

2017-06-14, Mikael Sandlund

INTRODUKTION. Om bakgrunden till intervjun. Datum f intervju.

Intervjuare. Informant, löpnr.

INTERVJU

Minns du när du gick utbildningen?

Har du gått någon annan utbildning med liknande inriktning sedan dess?

- 1) Har du haft erfarenhet av en situation där en person verkar ha haft psykiska problem sedan du gick kursen? OM JA – *gå till stycket nedan!*
- 2) Om NEJ: hur trygg tror du att du skulle känna dig ifall du skulle hamna i en sådan situation? Hur tror du att du skulle hantera den? Är det som du förväntade dig att det skulle bli eller är du överraskad över att inte ha stött på en sådan situation?
- 3) Om NEJ: Hur väl förberedd skulle du känna dig ifall du skulle möta en person med psykiska problem?
- 4) Om NEJ: Har kursen påverkat hur du känner för och tänker kring personer som drabbas av psykiska problem? Hur då?
- 5) Om NEJ: Finns det något du vill säga avseende kursen och dess värde för dig?

Om JA: För dig med erfarenhet av att gripa in när någon mår psykiskt dåligt /när suicidrisk befaras -

- 6) Kan du berätta om situationen och de problem som du tror att personen ifråga hade?
- 7) Kunde du hjälpa henne/honom?
- 8) Om inte, varför tror du att du inte kunde hjälpa henne/honom?
- 9) Kan du ge exempel på vad du gjorde?
- 10) Har kursen påverkat hur du känner för och tänker kring personer som drabbas av psykiska problem? I så fall: hur då?
- 11) Finns det något du vill tillägga avseende kursen och dess värde för dig? /Till exempel: De kunskapsförmedlande inslagen, de konkreta råd du fick.

För samtliga:

- 12) Hur stor andel av personer som dör genom suicid tror du lider av depression?
- 13) Nämn några riskfaktorer för att en person ska begå självmord /suicid som du känner till!
- 14) Vilken är din grundutbildning? Vidareutbildning?
- 15) Inom vilken verksamhet jobbar du? Landsting / kommun / annan
- 16) Vilka människor möter du vanligen i ditt jobb? – unga – äldre – män – kvinnor – patienter/brukare...
- 17) Fria kommentarer i anslutning till temat psykisk ohälsa/självordsprevention – vad borde göras för att minska självmorden? I samhället? På din arbetsplats/i din närmiljö?

18) Fria kommentarer – rekommenderar du vänner/arbetskamrater personer som är i liknande situation som du är - att gå motsv utbildning/kurs? Eller vore annan insats bättre?

TACK för Dina svar – de nedskrivna svaren kollas av med intervjupersonen.

Den här rapporten beskriver resultaten från en kvalitativ intervjustudie som undersökt vård-, stöd- och service personalens erfarenheter av utbildningarna Första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA) och Psykisk livräddning i Västerbottens län. Resultaten visar att denna typ av kortare utbildningar kan ge deltagarna beredskap att ingripa och ge stöd till personer som mår psykisk dåligt. Utbildningarna tycks också ge användbara kunskaper och verktyg att ta till sig för att agera mer säkert i sådana situationer. Denna typ av kunskapsinriktade utbildning tycks även bidra till ökat intresse för psykisk hälsa och suicidprevention hos deltagarna.

Rapporten vänder sig till aktörer på nationell, regional och lokal nivå som är intresserade av frågor som rör psykisk hälsa och suicidprevention.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsot.

Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna Östersund Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se