

Förslag till nationellt program för suicidprevention

– befolkningsinriktade och individinriktade
strategier och åtgärdsförslag

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Skrivelse*. Det innebär att den innehåller nya eller ändrade ställningstaganden från Socialstyrelsen i form av ett meddelande eller en avrapportering. Den kan också innehålla förfrågningar eller begäran/ anhållan om yttranden eller synpunkter på t.ex. remissversioner. Skrivelser är riktade till en eller flera tydliga adressater, t.ex. regeringen, landsting, kommuner, vårdgivare m.fl.

Artikelnr 2006-107-23

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2006

Förord

Regeringen har gett Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta förslag på strategier och åtgärder till ett nationellt program för suicidprevention. Folkhälsoinstitutets uppdrag har varit att ta fram befolkningsinriktade strategier och åtgärder för statliga myndigheter, landsting och kommuner. Socialstyrelsens uppdrag har varit att ta fram förslag på strategier och åtgärder som ska vara riktade till huvudmännen för hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan. I denna rapport redovisas de båda myndigheternas förslag.

Underlaget består av en sammanfattande del och två bakgrundsrapporter. De anger inriktningen för en suicidpreventionsstrategi för Sverige och bygger på den kunskap som finns i dag. Dessutom har en epidemiologisk underlagsrapport tagits fram för att belysa suicidproblemets omfattning, utveckling och fördelning.

WHO har satt upp målet att till år 2020 ska de nuvarande suicidtalerna minska med minst en tredjedel. I detta handlingsprogram föreslås strategier och åtgärder som enligt dagens kunskapsläge skulle kunna bidra till att målet uppfylls. De strategier och åtgärder som föreslås bör kontinuerligt anpassas efter det rådande kunskapsläget och vara baserade på tillgänglig vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet. Strategierna är utformade så att de ska kunna följas upp och utvärderas. Förslagen på åtgärder ska huvudsakligen kunna tillämpas inom ramen för de nuvarande verksamheterna.

Inom Socialstyrelsen har arbetet med handlingsprogrammet letts av en styrgrupp med Helena Silfverhielm som ordförande och Anders Hedberg som projektledare. En referensgrupp har under arbetets gång getts möjlighet att lämna synpunkter. Dessutom har en vetenskaplig ”hearing” genomförts med berörda vetenskapliga råd vid Socialstyrelsen för att kvalitetssäkra att handlingsprogrammets förslag har vetenskapligt stöd. På uppdrag av Socialstyrelsen har ett bakgrundsmaterial sammanställts av forskare vid Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), och av experter inom de sex suicidpreventiva regionala nätverken. NASP ansvarar för beskrivningar och bedömningar i sitt underlag.

Inom Statens folkhälsoinstitut har arbetet med handlingsprogrammet genomförts av docent Sven Bremberg och utredare Lina Eriksson. En vetenskaplig referensgrupp har under arbetets gång fått lämna synpunkter. Dessutom har samråd skett med ett flertal övriga aktörer. Dessa båda underlag ska ses som en helhet där individperspektivet har lyfts fram i den ena delen och i den andra delen ligger fokus på befolkningsperspektivet. Underlagen har tagits fram i samråd med aktörer som Statens räddningsverk, Kommittén om ungdomars psykiska hälsa, Myndigheten för skolutveckling, Sveriges Kommuner och Landsting samt övriga aktörer.

Gunnar Ågren
Statens Folkhälsoinstitut

Kjell Asplund
Socialstyrelsen

Socialstyrelsens projektorganisation

Styrgrupp

Helena Silfverhielm, Hälso- och sjukvårdsavdelningen (ordförande)
Anders Hedberg, Hälso- och sjukvårdsavdelningen (projektledare)
Lena Steinholtz Ekecrantz, Socialtjänstavdelningen
Mårten Gerle, Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Gun Johansson, Tillsynsavdelningen
Anders Åberg, Epidemiologiskt Centrum
Charlotte Samuelsson, Informationsavdelningen

Referensgrupp

Sven Bremberg, Statens folkhälsoinstitut
Ingvor Bjugård, Sveriges Kommuner och Landsting
Lina Eriksson, Statens folkhälsoinstitut
Margit Ferm, Riksförbundet SPES – Suicidprevention och Efterlevandes Stöd
Agnes Hultén, Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri
Ulla Lena Häggman, Kommittén om ungdomars livssituation
Martin Höög, Riksförbundet BRIS – Barnens rätt i samhället
Per Mattsson, Svenska Föreningen för Allmänmedicin (SFAM)
Anna Mohr, RFSL – Riksförbundet för sexuellt likaberättigade
Agneta Nilsson, Myndigheten för skolutveckling
Eila Nilsson-Karlberg, Statens Institutionsstyrelse
Annica Ryng, RFSL – Riksförbundet för sexuellt likaberättigade
Rigmor Stain, Institutet för psykosocial medicin/NASP
Anita Sundin, Sveriges Kommuner och Landsting
Britt-Inger Stoltz, Skolverket
Margda Waern, Svenska Psykiatriska Föreningen

Vetenskapliga råd och övrig expertis

Gunvor Andersson, Socialhögskolan, Lund
Margareta Bäck-Wiklund, Inst. för socialt arbete, Göteborgs universitet
Göran Isacson, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Anna Åberg-Wistedt, S:t Görans sjukhus, Stockholm
Agneta Öjehagen, Universitetssjukhuset, Lund

NASP:s underlagsrapport

Danuta Wasserman, NASP (ordförande)
Lil Träskman-Bendz, Inst. för kliniska vetenskaper, Lund
Per-Anders Rydelius, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Susanne Ringskog Vagnhammar, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Britta Alin Åkerman, NASP
Rigmor Stain, NASP
Gerhard Andersson, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Jan Beskow, Centrum för kognitiv psykoterapi och utbildning, Göteborg
Christina Bolund, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Lisa Ekselius, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Margit Ferm, SPES
Lars Jacobsson, Umeå universitetssjukhus, Umeå
Hans Karlsson, Psykiatriska kliniken Sydväst, Stockholms läns landsting
Pernilla Larsson, S:t Görans sjukhus, Stockholm
Ellenor Mittendorfer Rutz, NASP
Agneta Nilsson, Myndigheten för skolutveckling, Stockholm
Louise Nilunger Mannheimer, NASP, Karolinska Institutet, Stockholm
Anders Nimeéus, Lunds universitet
Ullakarin Nyberg, S:t Görans sjukhus, Stockholm
Inga-Lill Ramberg, NASP
Bo Runeson, S:t Görans sjukhus, Stockholm
Ellinor Salander Renberg, Umeå universitet, Umeå
Charlotta Sunnqvist, Lunds universitet, Lund
Stig Söderberg, Umeå universitetssjukhus, Umeå
David Titelman, NASP
Margda Waern, Göteborgs universitet, Göteborg
Anne-Liis von Knorring, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Epidemiologisk underlagsrapport

Anders Hedberg, Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Frida Lundgren, Epidemiologiskt Centrum
Ingalill Paulsson-Lütz, Epidemiologiskt Centrum
Gunilla Ringbäck, Epidemiologiskt Centrum
Yerko Rojas, Epidemiologiskt Centrum
Hans Schwarz, Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Anders Tennlind, Epidemiologiskt Centrum
Anders Åberg, Epidemiologiskt Centrum

Folkhälsoinstitutets projektorganisation

FHI:s underlagsrapport

Sven Bremberg, Statens folkhälsoinstitut (projektledare)
Lina Eriksson, Statens folkhälsoinstitut

Vetenskapliga råd

Danuta Wasserman, NASP
Jan Beskow, Centrum för kognitiv psykoterapi
Lars Jacobsson, Umeå universitet

Övriga samrådspartners

Catarina Agrell, Nationella hjälplinjen
Britta Alin-Åkerman, NASP
Pege Andersson, Älvdalens kommun
Ingvor Blom, SPES

Ann Collste, Sollentuna kommun
Margit Ferm, SPES
Anders Hedberg, Socialstyrelsen
Ann Hellberg, Sollentuna kommun
Elisabeth Hellner Porss, Västsvenska nätverket för suicidprevention
Bo Henriksson, Arjeplogs kommun
Cecilia Hågland, Karlstads universitet
Martin Höög, Riksorganisationen BRIS
Göran Melin, Jönköpings kommun och Statens räddningsverk
Agneta Nilsson, Myndigheten för skolutveckling
Björn Nilsson, Sveriges Kommuner och Landsting
Annika Petersson, Länssjukhuset Ryhov i Jönköping
Susanne Ringskog-Vagnhammar, Universitetssjukhuset i Malmö
Wolfgang Rutz, Akademiska universitetssjukhuset i Uppsala
Per-Anders Rydelius, Astrid Lindgrens barnsjukhus vid Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Ellinor Salander Renberg, Norrlands universitetssjukhus
Lothar Schelp, Statens räddningsverk
Helena Silfverhielm, Socialstyrelsen
Inger Skoglund-Hassis, Orsa och Mora kommun
Rigmor Stain, NASP
Anita Sundin, Sveriges Kommuner och Landsting
Anne-Liis von Knorring, Akademiska universitetssjukhuset i Uppsala
Monica Wennblom, primärvården i Göteborg
Mariann Åström, SPES
Tom Åström, SPES
Monica Östberg-Rosell, Katrineholms kommun

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Inledning</i>	9
Uppdraget.....	9
Terminologi.....	9
Varför behöver vi en nationell strategi för suicidprevention i Sverige?	10
Epidemiologi	10
<i>Riskhantering, riskfaktorer och riskbedömning</i>	16
Olika grupper.....	17
<i>Mål, strategier och åtgärder</i>	18
Övergripande mål.....	18
Strategi 1: Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper	18
Strategi 2: Minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid	19
Strategi 3: Minskad tillgänglighet till medel och metoder för suicid.....	19
Strategi 4: Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag.....	21
Strategi 5: Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser	22
Strategi 6. Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid.....	23
Strategi 7: Kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner i vård och omhänder-tagande av personer med suicidproblematik	23
Strategi 8: Händelseanalys i samband med Lex Maria-anmälningar	25
Strategi 9: Stöd till frivilligorganisationer	26
Kostnadsberäkningar	26
<i>Etiska överväganden</i>	27
<i>Slutord</i>	28

Inledning

Uppdraget

Riksdagen framförde i ett tillkännagivande från den 27 april 2005 om det självmordspreventiva arbetet (bet. 2004/05:SoU11, rskr. 2004/05:218) att ett nationellt program för självmordsprevention bör tas fram. Regeringen bedömde det som mycket angeläget att utarbeta ett sådant program mot bakgrund av de oroande tecknen på att den tidigare minskningen av antalet suicid kan ha stannat upp och att suicid bland unga kan ha ökat. Med ”suicidprevention” avses i detta sammanhang alla relevanta aktiviteter som kan minska sjuklighet, dödlighet och andra konsekvenser associerade med suicidalt beteende.

Regeringen gav Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen i uppdrag att arbeta fram förslag på strategier och åtgärder till ett nationellt program för suicidprevention.

Folkhälsoinstitutet fick i uppdrag att utarbeta befolkningsinriktade strategier och åtgärder för statliga myndigheter, landsting och kommuner.

Socialstyrelsen fick i uppdrag att ta fram förslag på strategier och åtgärder riktade till huvudmännen för hälso- och sjukvård, socialtjänst och skolhälsovård/elevhälsa. De båda myndigheternas förslag ska ha sin utgångspunkt i hur suicidproblematiken kan hanteras på ett bättre sätt i den befintliga verksamheten. De åtgärder som föreslås ska kunna vidtas inom befintliga ramar. Om förslagen medför ökade utgifter för stat, kommuner och landsting ska de kompletteras med förslag till finansiering. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut ska samordna sina uppdrag så att resultaten av de båda uppdragen bildar en helhet. Uppdraget ska redovisas till Socialdepartementet senast den 15 december 2006.

Den relativa effekten av de olika strategier som föreslås i detta handlingsprogram kan vara svår att uppskatta. Krisreaktioner är definitionsmässigt individuella reaktioner, men sociala strukturer och processer i samhället påverkar personernas psykiska hälsa. Många olika och varierande faktorer finns med i suicidproblematiken, såväl individuella (t.ex. biologiska faktorer, stress, sårbarhet och psykisk ohälsa) och interpersonella (t.ex. krisartade livshändelser) som samhällsstrukturrella (t.ex. olika sociala förhållanden som arbetslöshet, medellöshet och social isolering) liksom tillgång till olika metoder som t.ex. vapen och läkemedel. Generella befolkningsinriktade strategier kräver politiska beslut och ligger delvis utanför vårdens möjligheter att påverka. De uppföljningar som föreslås för att följa upp handlingsprogrammets effekter på suicidutvecklingen kan ange vart utvecklingen är på väg.

Terminologi

För en del människor kan ordet självmord föra tankarna till mord och kriminella handlingar och de föredrar då att ”självmord” ersätts av termen ”sui-

cid” och att uttrycket ”begå självmord” ersätts av ”ta sitt liv”. För andra kan termen suicid uppfattas som alltför klinisk och avståndstagande och av den anledningen kanske stötande eller kränkande. Termen kan också ses om ett uttryck för förnekande och tabubeläggning genom att inte nämna företeelsen vid sitt rätta namn.

Förändringen i beteckningen av företeelsen "självmord" speglar också det ökade vetenskapliga suicidologiska forskningsintresset. I takt med att Sverige blivit en del av det internationella forskarsamhället, där engelska utgör det dominerande språket, har de tidigare svenska begreppen delvis mönstrets ut. Nu används ofta ”suicid”, efter engelskans "suicide" – liksom det svenska ”slaganfall” ersatts av ”stroke” eller ”kräfta” av ”cancer”. Däremot är det inte säkert att suicidbegreppet ännu är förankrat bland allmänheten och kan därför missförstås. I denna sammanfattning används dock genomgående termen suicid.

Varför behöver vi en nationell strategi för suicidprevention i Sverige?

Varje suicid representerar både en individuell tragedi och en förlust för samhället. Suicid kan få omfattande och långvariga konsekvenser för familjer och andra efterlevande, både känslomässigt och praktiskt.

EU har tagit fram en ”grönbok”¹⁾ med en strategi för att utveckla den psykiska hälsan för befolkningen inom unionen och suicidpreventionsprogram har utvecklas av flera medlemsstater. Enligt grönboken finns evidens som stöder att suicidförebyggande insatser har effekt när det gäller restriktioner av tillgång till medel för att begå suicid, utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal och samverkan mellan slutenvård och öppenvård efter ett suicidförsök.

Stora ansträngningar har gjorts de senaste femtio åren för att försöka förstå mekanismerna bakom suicid och vad som kan göras för att de ska förhindras.

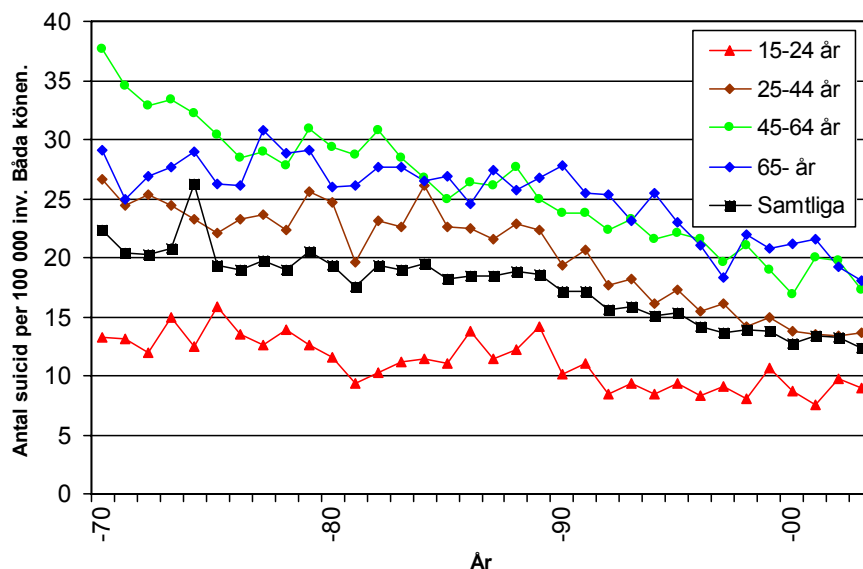
Ett nationellt handlingsprogram med strategier för suicidprevention (Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet och Centrum för suicidforskning och prevention, 1995) har tidigare utarbetats och i varierande grad införts. Förslagen överlämnades till regeringen men presenterades inte för riksdagen. Sverige har således – i motsats till flera andra västeuropeiska länder – saknat ett av riksdagen godkänt nationellt suicidpreventivt program. Efter ett flertal riksdagsmotioner i frågan togs ett initiativ från riksdagens socialutskott om att utarbeta ett nytt handlingsprogram för självmordsprevention som överlämnades till regeringen 2005.

Epidemiologi

Varje dag dör i genomsnitt cirka fyra personer i suicid i Sverige. Enligt den officiella statistiken registrerades under perioden 1970–2003 i genomsnitt 1 471 suicid per år (variationsvidd: 1 108–1 790 fall) i Sverige. Om även

¹ En grönbok är ett dokument från officiell instans som innehåller diskussionsunderlag samt eventuella förslag.

osäkra fall inkluderas registrerades i genomsnitt 1 945 personer per år (variationsvidd: 1 380–2 053). År 2003 påvisades det lägsta antalet fall sedan periodens början, dvs. 1 108 säkra suicidfäll och 272 fall där det var osäkert om handlingen var avsiktlig. Det innebär totalt 1 380 suicidfäll men osäkerheten är stor eftersom vissa typer av dödsfall, t ex singelolyckor i trafiken, kan vara svåra att bedöma. I åldersgruppen 15–24 år har dock inga förbättringar skett sedan 1990-talets början (figur 1).



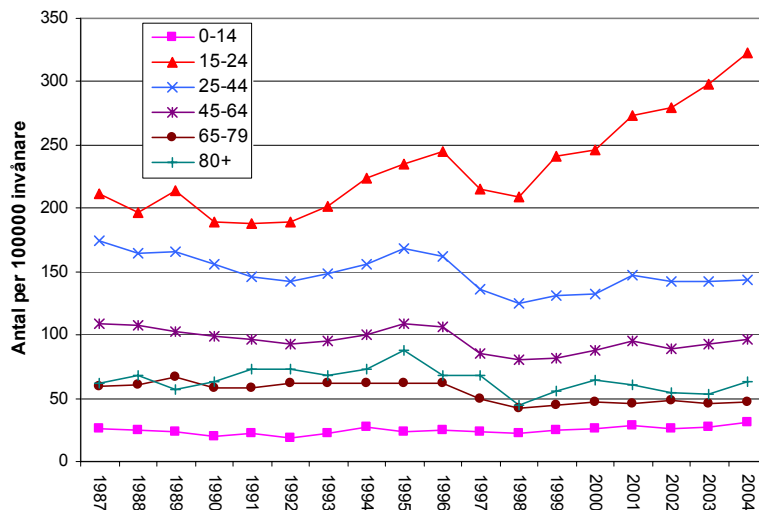
Figur 1. Registrerade säkra suicidfäll per 100 000 invånare i Sverige i olika åldersklasser under perioden 1970–2003. Båda könen.

Källa: Socialstyrelsens dödsorskasregister

Även om man inkluderar osäkra fall i suicidtalerna ändras inte den generella utvecklingen för de olika åldersgrupperna.

Förekomsten av suicid i Sverige motsvarar genomsnittet inom EU. Det är den vanligaste dödsorsaken bland män under 35 och det är den huvudsakliga orsaken till för tidig död bland personer med psykisk störning.

Tolkningen av prevalensen av suicidförsök kan variera beroende på avsikten med handlingen och på hur svåra de medicinska konsekvenserna blivit av försöket. I den officiella statistiken redovisas endast avsiktligt självdestruktiva handlingar och förgiftningsfall som medfört inläggning på sjukhus.



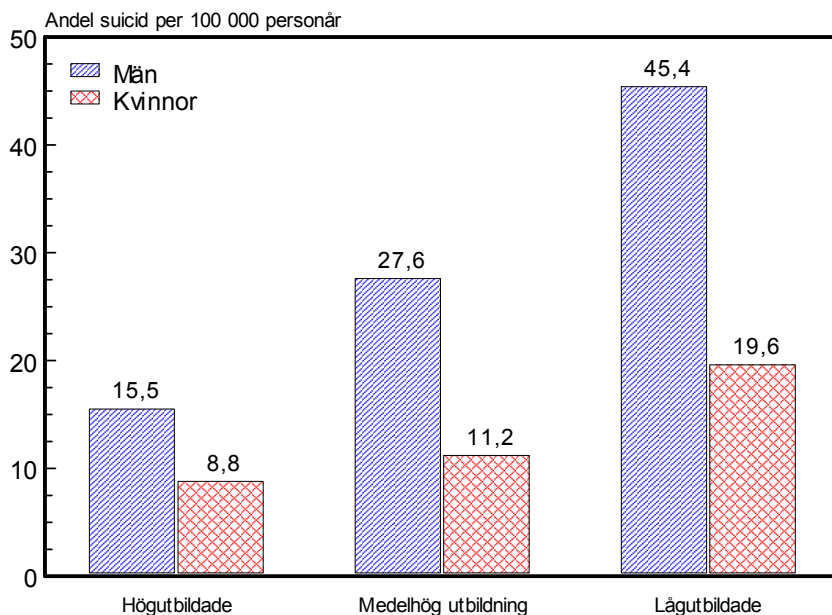
Figur 2. Antal kvinnor per 100 000 invånare i olika åldersgrupper vårdade för avsiktligt självdestruktiv handling 1987–2004.

Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Figur 2 visar antalet suicidförsök per 100 000 invånare bland kvinnor i olika åldersgrupper. Noterbart är att andelen suicidförsök bland unga kvinnor i åldersgruppen 15–24 år har ökat sedan 1998. Bland unga män har däremot andelen suicidförsök varit i det närmaste oförändrat.

I rangordningen av sjukdomar och skador som bidrog mest till den totala sjukdomsördan i Sverige mellan 1988 och 1995 kom självtillfogade skador på femte plats, motsvarande 3,1 procent av sjukdomsördan. I åldersgruppen 15–44 år kom självtillfogade skador på en tredjeplats (8,3 procent av sjukdomsördan) och i åldersgruppen 45–64 år på en fjärdeplats (4,1 procent av sjukdomsördan). Under tidsperioden gick i genomsnitt 63 171 levnadsår per år förlorade till följd av självtillfogade skador.

Suicidfrekvensen varierar bland annat beroende på var man bor i landet och på vilken utbildning man har. Suicid drabbar i högre utsträckning socioekonomiskt utsatta grupper. De högsta suicidtalerna återfinns bland personer med låg utbildning (figur 3).

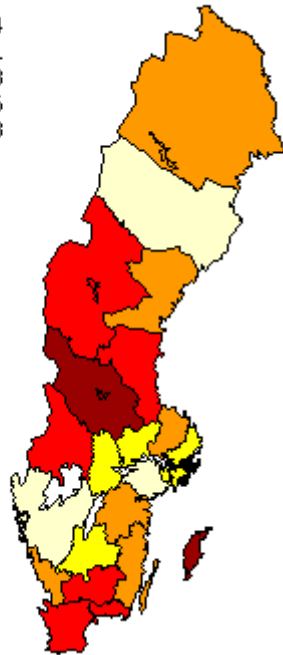
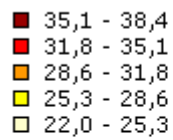


Figur 3. Antal suicidfall per 100 000 invånare under åren 2000–2001, 20–65 år, efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade tal.

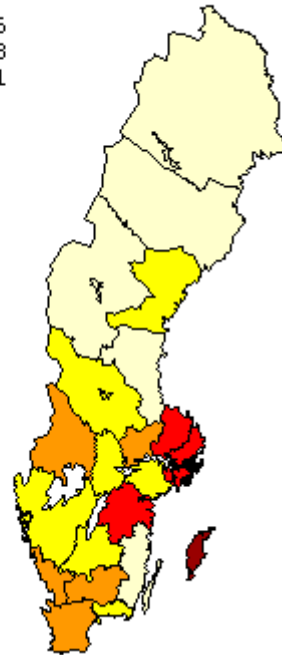
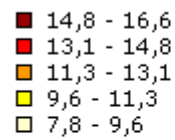
Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Figur 4 visar geografiska skillnader i suicid och vård till följd av en avsiktlig självdestruktiv handling. De högsta suicidtalerna återfinns på Gotland, både för män och för kvinnor, men bedömningen blir osäker eftersom det är så få fall i förhållande till befolkningsunderlaget. Därutöver visar Mellansverige samt södra Sverige höga suicidtal för männen. Bland kvinnorna har höga suicidtal registrerats i Stockholmsområdet och Östergötlands län. Andelen personer som vårdas för en avsiktligt självdestruktiv handling är högst i Södermanland och på Gotland, både för män och för kvinnor.

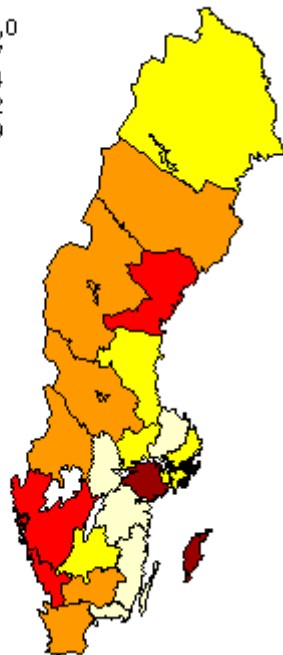
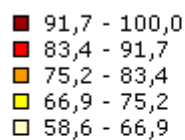
själv mord män



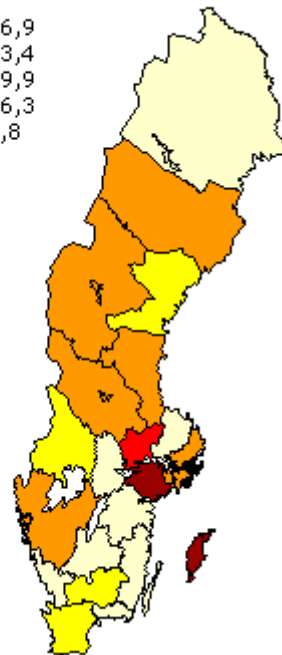
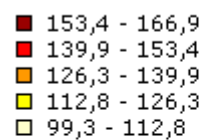
själv mord kvinnor



vårdade män

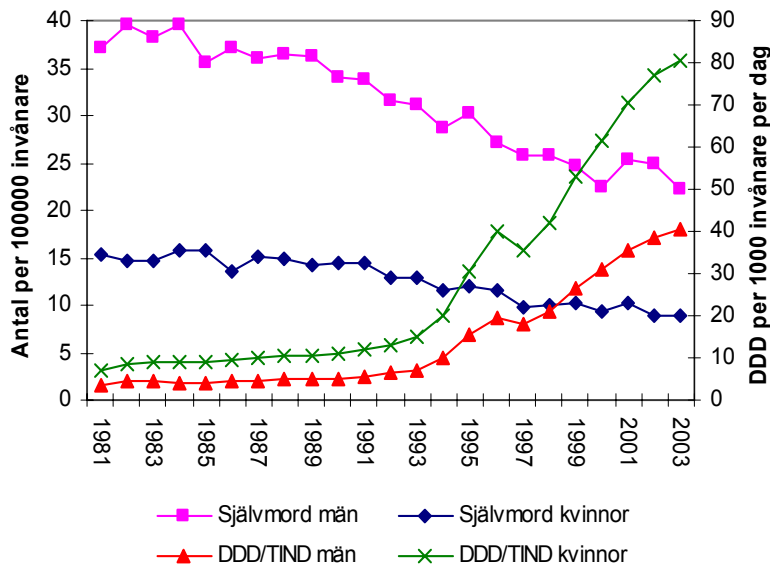


vårdade kvinnor



Figur 4. Antal suicid och antal vårdade personer till följd av avsiktligt självdestruktiv handling, medelvärde för åren 1999–2003, antal per 100 000 invånare, 15 år eller äldre, åldersstandardiserade tal.

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister respektive patientregister



Figur 5. Antal suicidfall per 100 000 invånare och förskrivningen av antidepressiva medel uttryckt i definierade dygnsdoser (DDD) per 1 000 invånare och dag (TIND) efter kön.

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister och Apoteket AB:s läkemedelsregister (Xplain)

Den ökade förskrivningen av antidepressiva läkemedel har sannolikt bidragit till den gradvisa minskningen av suicidtalet i Sverige. Figur 5 visar att minskningen är störst från början av 1990-talet. Försäljningen av de nya antidepressiva medlen, de s.k. *selektiva serotoninåterupptagshämmarna* (SSRI-preparaten) började öka 1993, dvs. något senare, men det går inte att från enbart dessa data dra några slutsatser om orsakssamband. Effektiviteten av SSRI-preparat har belagts för behandling av patienter med svår depression som är den vanligaste riskfaktorn för suicid. Bland personer som suiciderat har man funnit att svår depression och depressiva faser av bipolär sjukdom, drogmissbruk, schizofreni och borderline personlighetsstörning varit de vanligaste diagnoserna. Anmärkningsvärt är också att 80 procent av suicidfallen varit obehandlade vid tiden för suicidet. Eftersom de flesta epidemiologiska studier av sambandet mellan förskrivning av antidepressiva läkemedel och suicid görs på en aggregerad nivå (s.k. ”ekologiskt samband”) kan man dock inte säga helt säkert om sambandet beror på antidepressiva medel eller på någon annan faktor.

Utredningen har i samarbete med Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum tagit fram underlagsrapporten *Avsiktlig självdestruktiv handling i Sverige* för att ytterligare belysa suicidproblemet omfattning, utveckling, utbredning och socioekonomiska fördelning.

Riskhantering, riskfaktorer och riskbedömning

Det är numera vanligt att beskriva suicid som en form av skada som tillfogas av våld. Suicid analyseras då på liknande sätt som skador som uppkommer oavsiktligt, det vill säga olycksfallsskador. Tack vare systematiskt förebyggande arbete har förekomsten av olycksfallsskador kunnat minskas betydligt. Nyckeln till framgången ligger i de åtgärder som är resultatet av en annan syn på skador. De uppfattas inte längre som följd av människors oaktsamhet. Fokus ligger istället vid att hantera risker. Ett av många exempel gäller risken för ”olyckor” i flygtrafik. Att flyga är potentiellt farligt men i dag har trafikflyg dock blivit en mycket säker verksamhet. Det är ett resultat av att risker knutna till teknik och risker knutna till människors beteende efterhand har minskats.

Med detta synsätt är suicid ett uttryck för brister i de system som hanterar risker för suicid. Riskerna kan både vara psykologiska, exempelvis i form av depression, och fysiska, exempelvis i form av lättillgängliga dödliga läkemedel. Samhället har mer eller mindre välutvecklade system för att hantera dessa risker. Om suicid ska kunna reduceras behöver dessa system förbättras.

Ett suicidbeteende har ett stort antal underliggande orsaker. Det är associerat med en komplex uppsättning av faktorer som interagerar med varandra och leder till att en person hamnar i risk för suicid. Dessa faktorer innefattar (WHO European Ministerial Conference on Mental Health):

- *psykiatriska faktorer* som allvarlig depression, schizofreni, användning av alkohol och andra droger samt ångesttillstånd
- *biologiska eller genetiska faktorer* som familjehistorik med suicid, låga koncentrationer av serotoninmetaboliten 5-hydroxyindolacetyl syra (5-HIAA) m.m.
- *ogynnsamma livshändelser* som förlust av någon älskad person, förlust av arbete
- *psykologiska faktorer* som interpersonella konflikter, våld eller erfarenheter av fysisk misshandel och sexuellt utnyttjande i barndomen samt känslor av hopplöshet
- *sociala faktorer och miljöfaktorer* som inkluderar tillgänglighet och metoder för suicid (skjutvapen, giftiga gaser, mediciner, herbicider och pesticider), social isolering och ekonomiska svårigheter

Vid planering av strategier för suicidprevention kan det vara nödvändigt att fokusera på särskilda riskgrupper och använda multipla strategier. Många av riskfaktorerna för att begå suicid är kända från forskningen: manligt kön, ensamboende, arbetslöshet, missbruk, beroende och psykisk sjukdom. Risk-

faktorer för suicid i befolkningen är dock inte associerade med suicid hos inlagda patienter på sjukhus. I patientbaserade studier har man i stället funnit att det är vanligt med faktorer som näraliggande förlust, närvaro av vanföreställningar, suicidtankar, psykisk sjukdom och familjehistoria med suicid.

Prevention baseras på prediktion. Vi vet att en persons tidigare beteende förutsäger hans eller hennes framtida beteende. Vi vet också att tidigare suicidtankar och suicidplaner förutsäger framtida sådana. Vi vet dock mer om riskfaktorer än om skyddsfaktorer. Skyddsfaktorer som kan minska en persons sårbarhet och stress är t.ex. socialt stöd, medicinering, problemhanteringsförmåga och känslan av sammanhang och mening i livet. Tillgången till skyddsfaktorer stärker en suicidbenägen persons förmåga att klara av sin situation, vilket påverkar möjligheterna att se andra utvägar än suicid.

Olika grupper

Personer som begår suicid och personer som gör suicidförsök anses numera utgöra två olika grupper med viss överlappning. Suicid begås främst av män och äldre personer medan suicidförsök främst begås av kvinnor och yngre. Grupperna skiljer sig när det gäller avsikt och metod för handlingarna. I gruppen suicid var avsikten för dessa personer med all sannolikhet att dö, medan för personer i suicidförsöksgruppen var avsikten oftast att begå en icke dödlig självskadande handling.

Självskadebeteende är ett hälsoproblem i sig värt förebyggande insatser, men att minska suicid respektive att minska självskadebeteende kräver var för sig definierade målgrupper och interventioner. Man kan inte utgå från att en och samma strategi fungerar för att uppnå båda målen. Detta underlag till suicidpreventionsprogram gäller främst prevention av suicid. Denna prevention påverkar dock också preventionen av suicidförsök och andra självskadebeteenden.

Dessa kännetecken visar att suicidprevention är ett mångfasetterat område och att strategierna bör anpassas därefter. Strategierna bör inkludera hälso- och sjukvården, socialtjänsten, skolhälsovården/elevhälsan, akademisk forskning och individen i fråga. Både offentlig sektor och den privata är berörda.

Mål, strategier och åtgärder

Övergripande mål

Preventionsprogrammets övergripande mål är att minska antalet suicid. Befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärder skall sedan leda mot målet.

Ett antal strategier utan inbördes gradering har formulerats.

Strategi 1: Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper

Mindre gynnade grupper har en tydlig överrisk för suicid. Låga inkomster och låg utbildning är faktorer som innebär ökad suicidrisk. Människors livschanser och levnadsvillkor har således en stor betydelse för suicidförekomsten. De sämst ställda gruppernas möjligheter är större i ett samhälle med små sociala skillnader. Därför är det ur suicidsynpunkt angeläget att inrätta ett samhälle med små sociala skillnader och utformningen av den generella politiken kan bidra till skapandet av ett sådant samhälle.

För att främja utsatta gruppers livsmöjligheter måste unga människor få förutsättningar att utveckla goda kompetenser. Det finns tydliga samband mellan intellektuella, sociala och emotionella kompetenser och individers psykiska hälsa. Kompetenser utvecklas under uppväxtåren i samspel mellan personens genetiska förutsättningar och miljön. Förskola, skola och fritidsverksamhet som optimeras för att främja utvecklingen av barns och ungas kompetenser kan minska risken för att unga människor ska drabbas av psykisk ohälsa och av suicid. De socialt minst gynnade grupperna har särskilt goda förutsättningar att påverkas positivt. Därför är det angeläget att förbättra förskolans och skolans system för systematisk kvalitetsförbättring, vilket överensstämmer med de mål som ställs för skolans utveckling.

Åtgärder

En politik som främjar små sociala skillnader rekommenderas som suicidpreventiv åtgärd.

I utredningen Ungdomar, stress och psykisk ohälsa (SOU 2006:77) presenteras två förslag för att förbättra det systematiska kvalitetsarbetet i förskolan och skolan. Det första förslaget består i att inrätta en verksamhet som ska tillhandahålla systematiska sammanställningar av vetenskapliga studier om vilken effekt pedagogiska insatser egentligen har. Det andra förslaget går ut på att främja ett systematiskt kvalitetsarbete i grundskolan genom att utveckla Skolverkets Internetbaserade resultatsystem, SALSA och SIRIS, så att de innehåller information om studieresultat, elevernas psykiska hälsa samt elevernas upplevelser av arbetsmiljön i skolan. Utredningen där dessa

förslag läggs fram bereds för närvarande inom Utbildnings- och kulturdepartementet.

Uppföljning

Sociala skillnader följs lämpligen upp med hjälp av ginikoefficienten för disponibel inkomst som redan används i uppföljningen av den nationella folkhälsopolitiken. Det förstärkta indikatorsystem för förskolan och skolan som föreslås som åtgärd utgör även ett system för nationell uppföljning av barns och ungas kompetenser.

Strategi 2: Minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid

Det finns vetenskapligt stöd för sambandet mellan total konsumtionen av alkohol i befolkningen och alkoholskadornas omfattning. Hög alkoholkonsumtion medför också en markant ökad risk för suicid, speciellt hos yngre människor. Missbruk av alkohol och droger ökar signifikant risken för suicid hos personer med förstämningssyndrom eller schizofreni.

Det finns biologiska, psykologiska och sociala förklaringar till sambandet mellan suicid och bruk av alkohol. Alkohol och vissa droger minskar hämningarna mot suicidala impulser och i bakrus förekommer ofta kortvariga men djupa och ibland livsfarliga depressioner. Missbruket av alkohol kan leda till social missanpassning, skilsmässor, kriminalitet och förlust av körkort vilket i sin tur kan leda till suicidala kriser. Livet som nykter alkoholist kan också vara en ständig kamp mot ångestattacker. Därför är det särskilt angeläget att reglera tillgången till alkohol. Ansvar för detta ligger på flera samhällsorgan.

Åtgärder

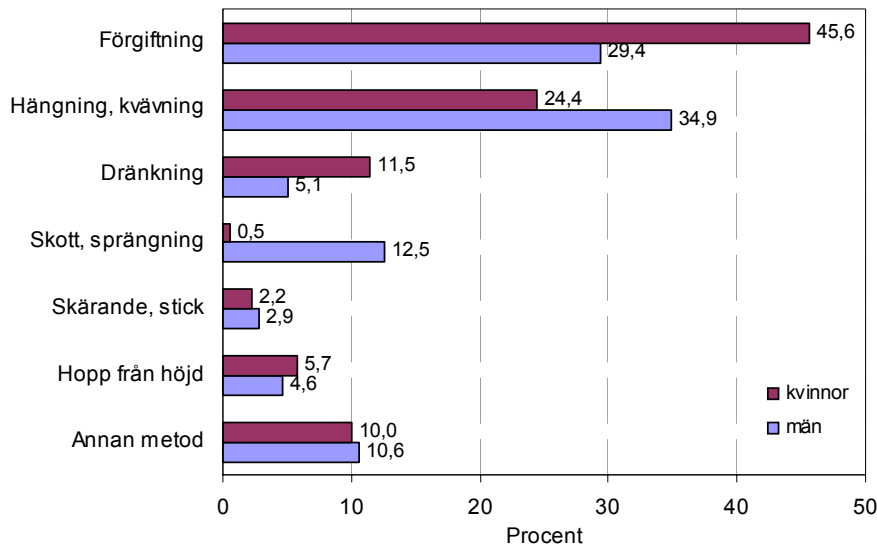
En nationell alkoholpolitik som reducerar alkoholkonsumtionen är en viktig suicidpreventiv åtgärd. Den nationella handlingsplanen mot alkoholskador bör fullföljas. Sverige bör fortsätta att driva frågan om en restriktiv alkoholpolitik på EU-nivå.

Uppföljning

Självrapporterad total konsumtion bland vuxna är en lämplig indikator för att följa alkoholkonsumtionen i befolkningen. Andra alkoholrelaterade indikatorer av betydelse för suicid är tillgänglighet till alkohol, riskkonsumtion av alkohol och data om alkoholrelaterad dödlighet, i första hand skrumplever.

Strategi 3: Minskad tillgänglighet till medel och metoder för suicid

Denna strategi fokuserar på att minska möjligheterna att använda de metoder som är vanligast för att suicidera.



Figur 5. Andel suicidfall efter tillvägagångssätt i åldersgruppen 15 år och äldre år 2003. Procent.

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister

För varje vårdtillfälle med en diagnos som gäller skada eller förgiftning ska också en yttre orsak till skadan eller förgiftningen anges. Läkemedelsförgiftning och hängning är i Sverige de vanligaste metoderna för suicid (figur 5). Endast en liten andel sker i kontrollerade miljöer som sjukhus, fängelser och häkten. Den stora andelen sker ute i samhället. De vanligaste suicidmedlen vid förgiftning är sömnmedel och smärtstillande medel och vid hängning är det vanligast med, rep, bälten, skärp och sladdar. Fästpunkter som duschställningar, takkrokar, dörrhandtag och träd används ofta. Strategier för att minska suicid genom hängning bör inriktas på miljöer där det är möjligt att ha kontroll över dessa faktorer.

Antalet suicid med hjälp av höggradigt dödliga metoder har kunnat minskas genom:

- lagstiftning för kontroll av skjutvapen
- restriktioner över tillgång till pesticider
- restriktioner i förskrivning och försäljning av sömnmedel
- förändring av förpackningsstorleken för smärtstillande medel till blisterförpackningar
- obligatorisk användning av katalytisk avgasrening i motorfordon
- barriärer kring platser för höga hopp
- användning av nya, mindre toxiska antidepressiva medel
- utformning av vårdmiljöer och boenden till "säkra" platser genom sanering av den fysiska vårdmiljön så att duschslangar, ställningar gardiner, stickande och skärande föremål m.m. inte finns tillgängliga vid vård av personer med suicidproblematik

Forskare har antagit att ju svårare det är att få tillgång till höggradigt dödliga metoder för suicid desto större sannolikhet att personen väljer en mindre dödlig metod och därför har större sannolikhet att överleva. Vapenkontroll

kanske inte i sig minskar antalet suicidförsök, men det kan ändå påverka överlevnadsgraden genom att personerna väljer en mindre dödlig metod.

Åtgärder

Arbetet med att minska tillgången till dödliga metoder och medel för suicid behöver fortsätta. Samhället har som framgått ovan kommit långt när det gäller kontroll av höggradigt dödliga metoder för suicid. För att komma längre behövs aktuell information om och analys av de yttre orsakerna till skador och förgiftningar.

Uppföljning

En uppföljning av om tillgången till medel för suicid har minskat bör innehålla följande information:

Analys av yttre orsaker till skador och förgiftningar, tidigare även kallad E-kod, som obligatoriskt registreras vid suicid och annan självdestruktiv handling i Socialstyrelsens patient- och dödsorsaksregister.

Analys av de förgiftningstillbud som på grund av suicid och suicidförsök kommer in till Giftinformationscentralen efter förgiftningsmedel, ålder och kön.

Andel personer inom heldygnsvård (inklusive särskilda boenden inom kommunen) som suiciderat pga. tillgängligheten inom vården till medel och metoder för suicid.

Strategi 4: Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag

Inom psykologisk forskning har man studerat varför människor begår misstag som kan få ödesdigra konsekvenser, exempelvis misstag inom industri och inom trafik. Denna forskning används för att utforma åtgärder som ska minimera konsekvenserna av mänskliga misstag.

En suicidhandling kan ses som ett psykologiskt misstag eftersom de flesta som överlever ett suicidförsök några år senare vill fortsätta att leva. Forskning om mänskliga misstag pekar på två typer av åtgärder – åtgärder inriktade på personen och åtgärder inriktade mot personens miljö. Båda aspekterna innefattas i ovanstående förslag.

Insatser inriktade på personen inkluderar utvecklingen av förmåga att lösa problem samt hantera negativa känslor, inklusive suicidtankar, utan att bli överväldigad av dem. Åtgärder inriktade mot miljön gäller en mängd olika aspekter. En del rör fysiska aspekter som läkemedelsförpackningar och räcken på utsatta broar. Andra aspekter gäller andra människors sätt att bemöta personer som är deprimerade och har suicidtankar. Det finns ett flertal olika aktörer som kan påverka den fysiska och psykosociala miljö människor lever i. För unga människor är många viktiga aktörer knutna till kommunen, exempelvis till skola, fritidsverksamhet och trafikförvaltning.

I ett stort antal kommuner finns lokala grupper som arbetar med att förebygga olycksfallsskador. Arbetet utgår från lokala uppgifter om inträffade skador och sjukvården sammanställer och presenterar dessa uppgifter. Om-

fattande erfarenhet visar att lokalt skadepreventivt arbete är effektivt och detta arbete kan utvidgas till att även gälla självtillfogade skador. Om de skadeförebyggande grupperna får information om inträffade suicid kan de ta ansvar för prevention av suicid, särskilt bland unga. Eftersom samtliga suicid utreds på landets rättsmedicinska avdelningar finns informationen att tillgå.

Åtgärd

Rättsmedicinalverket föreslås få till uppdrag att i samarbete med Statens folkhälsoinstitut och Statens räddningsverk genomföra en försöksverksamhet där information om förloppet vid suicid, främst för ungdomar i åldern 15–30 år, överförs till kommunala skadepreventiva grupper. Försöket syftar till att utveckla och pröva en modell som kan bidra till att kommuner genomför flera åtgärder som minskar förekomsten av suicid. Åtgärderna kan exempelvis gälla skola, socialtjänst, fritidsverksamhet och utformning av det lokala trafiknätet.

Strategi 5: Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser

90 procent av alla som suiciderar lider av en psykisk störning. Av de personer med depressionsdiagnos som suiciderar är mer än 80 procent obehandlade vid tidpunkten för dödsfallet. Personer med depression är ofta obehandlade eller underbehandlade även efter ett suicidförsök. Suicid är exempelvis den tredje ledande dödsorsaken bland ungdomar och i 90 procent av alla suicid bland deprimerade ungdomar är depressionen obehandlad. Att behandla den underliggande psykiska störningen är alltså en central komponent i suicidpreventionen.

Farmakologisk behandling av underliggande psykisk störning samt av missbruk/beroende är den vanligaste suicidförebyggande insatsen. Då det gäller barn och ungdomar behöver dock särskild försiktighet iakttas vid behandling med antidepressiva läkemedel.

Hos personer med både psykisk störning och missbruk/beroende bör båda dessa tillstånd behandlas samtidigt. Psykosocialt stöd, speciellt i tider av kris, är mycket viktigt.

Psykoterapi i någon form kan vara motiverad för de flesta suicidnära patienter. Det finns starkt stöd för att beteendeterapi, kognitiv terapi, kognitiv beteendeterapi och interpersonell psykoterapi är effektiva för att behandla lindriga och måttliga egentliga depressioner. Problemet är metodernas tillgänglighet.

Sociala interventioner kan handla om kortvariga insatser av rådgivande och informativ karaktär, kontakter med olika stödinsatser i samhället, krisintervention avseende personens sociala nätverk, familjeterapeutiska interventioner och långvariga, psykosociala behandlingskontakter med målsättningen att stödja och/eller utveckla individens förmåga att ta tillvara sina egna och nätverkets resurser.

Åtgärd

Behandling av underliggande psykisk störning samt i förekommande fall av missbruk, beroende och rehabilitering för att öka funktionsförmågan.

Underbehandlade och obehandlade grupper bör identifieras och ges adekvat behandling. Exempel på sådana grupper är personer med depression inom primärvården. Behandling och rehabilitering bör finnas parallellt och behandlingsinsatserna vara inriktade på att möjliggöra rehabilitering.

Utredningen föreslår att fler utbildas i evidensbaserade psykoterapeutiska metoder för att göra dessa metoder mer tillgängliga för vårdsökande i kommuner och landsting.

Uppföljning

Andelen personer med depression som får tillgång till medicinska, psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder.

Andelen personer med depression och missbruk, beroende som får tillgång till medicinska, psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder.

Strategi 6. Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid

Det finns omfattande forskning kring metoder som kan minska antalet suicid. Det är angeläget att beslutsfattare och professionella har tillgång till aktuell kunskap. Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen har båda till uppgift att sammanställa forskningsresultat och göra den tillgänglig. Kunskapen sprids via rapporter, Internet, konferenser och enskilda kontakter.

NASP har sedan 1994 en nationell expertfunktion inom suicidprevention och arbetar med utveckling av suicidpreventiva metoder, utbildning och information. NASP ger kunskapsstöd till myndigheter, organisationer och nationella suicidpreventiva nätverk. NASP är dessutom WHO:s Lead Collaborating Centre för prevention av psykisk ohälsa och suicid och EU-kommissionens expertorgan. Genom sitt informationssystem som bl.a. är webbaserat kan NASP medverka till kunskapsspridning och därmed öka medvetenheten i befolkningen om suicid.

Strategi 7: Kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med suicidproblematik

Depression och andra psykiska sjukdomar blir ofta oupptäckta och obehandlade inom primärvården trots att primärvården är den instans som i hög utsträckning svarar för denna förskrivning. Flertalet av de personer som tagit sitt liv har dock haft kontakt med primärvården eller annan hälso- och sjukvård inom en månad före sin död, vilket innebär att flera av dessa suicidfall skulle ha kunnat förebyggas. Att förbättra läkarnas möjligheter att känna igen en depression och kunna bedöma suicidrisken är därför en viktig del i suicidpreventionen. Det finns vetenskapligt stöd för att vidareutbildning av

läkare ökar antalet diagnostiserade och behandlade deprimerade patienter vilket indirekt leder till en minskning av suicid, även om sociala stödprogram också tycks vara nödvändiga.

Den näst vanligaste diagnosen vid suicid är alkoholberoende. Suicid inom denna grupp kan till stor del förklaras av en samtidig depression och därför är det viktigt med en psykiatrisk bedömning av personer med alkoholberoende. Lika viktigt är att primärvården eller psykiatrin uppmärksammar missbruk och beroende hos personer med depression eller andra psykiska sjukdomar.

Eftersom socialtjänsten har ansvaret för att behandla missbruk och beroende är det angeläget att hälso- och sjukvården bistår socialtjänsten vid bedömning av misstänkt psykisk sjukdom, där man måste uppmärksamma bl.a. depression för att kunna förebygga ett suicidalt beteende.

Socialtjänsten är även den instans som har mest kontakt andra högriskgrupper som t ex äldre med somatiska sjukdomar där en depression ofta kan dölja sig bakom de somatiska problemen och därför blir oupptäckt.

Patienter inom hälso- och sjukvården kan samtidigt vara klienter inom socialtjänsten med insatser som ekonomiskt bistånd, hemtjänst, färdtjänst, sysselsättning, familjerådgivning, särskilt boende etc. Detta gäller i hög grad personer med psykisk störning, personer med samsjuklighet, men också för barn, ungdomar och vuxna som har utsatts för kränkningar (t.ex. fysiska och sexuella övergrepp), asylsökande m.fl.

Flera andra yrkesgrupper kommer genom sitt arbete i direktkontakt med suicidnära personer. Sådana yrkesgrupper är till exempel präster, äktenskapsrådgivare, apotekspersonal, äldreomsorgspersonal, personaladministratörer samt personal på olika institutioner som skolor, fängelser och inom militären. En möjlig suicidpreventiv åtgärd är att utbilda sådana yrkesgrupper i att känna igen tecken på ökad suicidrisk. Meningen är att de ska kunna fånga upp riskpersoner och slussa dem vidare till en lämplig samhällsinstans för att få hjälp med sina problem. Det saknas dock kunskap om vilka effekter sådana utbildningsinsatser har om de införs som enda åtgärd.

Utbildning behövs även om olika samverkansformer. Strukturerad samverkan mellan slutna och öppna vård- och stödformer ökar följsamheten till behandlingen och minskar antalet nya suicidförsök. Det är dock fortfarande inte klart vilka faktorer som är kritiska i sammanhanget. Kunskap behövs också om samverkans betydelse för vården och stödet till personer i behov av insatser från flera vårdgivare, särskilt när det gäller personer med psykiatrisk dubbeldiagnos (psykisk störning och missbruk eller beroende) samt barn som riskerar att fara illa.

Effektiva upparbetade nätverk mellan de berörda myndigheterna, vårdgivarna och andra intressenter krävs för att alla ska nås av den vård och omsorg de har behov av. Frivilligorganisationerna är här en viktig samverkanspartner liksom de redan existerande regionala suicidpreventiva nätverken.

Åtgärd

Utredningen föreslår följande åtgärder som en del av strategin:

Utbildning av personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med suicidproblematik.

Utbildning i samverkans betydelse för en god och säker vård och tillika omhändertagande.

Uppföljning

En uppföljning av den föreslagna strategin bör innehålla andel av personalen som genomgått utbildning minst två dagar per år i vård och omhändertagande av personer med suicidproblematik.

Strategi 8: Händelseanalys i samband med Lex Maria-anmälningar

Människor med suicidproblematik som söker sig till sjukvården, inom såväl somatisk vård, primärvård, kommunal hälso- och sjukvård som psykiatrisk vård, bör erbjudas en god och säker vård som innebär att risk- och stödfaktorer uppmärksammas och att personalen vidtar åtgärder för att minska risken för suicid.

Verksamheterna skall enligt Lex Maria anmäla alla suicid som inträffat under pågående vård eller inom fyra veckor efter en vårdkontakt. En sådan anmälningsskyldighet får som konsekvens att alla suicid som inträffat i vården eller i anslutning till densamma skall följas av en genomgripande dokumenterad intern utredning med identifiering av områden som kan förbättras. Att anmäla alla suicid säkerställer att en systematisk internutredning alltid äger rum vid dessa händelser, samtidigt som man eliminerar eventuella tveksamheter om vilka inträffade suicid som ska anmälas. Händelserna registreras i en separat databas för att kunna analyseras systematiskt och på nationell nivå. Slutsatserna planeras sedan att återföras till vårdgivarna och kan därmed användas i ett fortsatt suicidpreventivt arbete.

Föreskriften om att samtliga suicid inom hälso- och sjukvården eller i anslutning därtill ska anmälas till Socialstyrelsen trädde i kraft den 1 februari 2006.

Med hänsyn till patient/klientsäkerheten är det viktigt att verksamheterna utreder alla suicid, liksom andra negativa händelser, inom vården och vidtar åtgärder för att förbättra patientsäkerheten. En anmälan enligt Lex Maria medför dels att Socialstyrelsen får kännedom om händelsen och vid behov kan begära en fördjupad internutredning och krav på åtgärder, dels att händelsen registreras i en separat databas. Internutredningen ska innefatta händelseförloppet, omedelbart vidtagna åtgärder, identifierade orsaker till händelsen, riskbedömningen för att liknande händelser skall inträffa igen och tänkbara konsekvenser, liknande händelser som tidigare inträffat i verksamheten samt de riskförebyggande åtgärder som vidtagits.

Varje utrett suicid där man kunnat identifiera brister som kan åtgärdas, om än till synes aldrig så betydelselösa, kan bidra till att förebygga ytterligare suicid.

Åtgärd

Regelbundna sammanställningar och analyser av inrapporterade suicidhändelser med resultatåterföring till vård- och omsorgsgivarna.

Uppföljning

En uppföljning av den föreslagna strategin bör innehålla andel Lex Maria ärenden p.g.a. suicid där brister i rutiner har kunnat identifieras.

Strategi 9: Stöd till frivilligorganisationer

Frivilligorganisationer kan på ett friare sätt än offentliga organ lyfta fram perspektiv på en fråga och föreslå lösningar. På detta sätt kan de påskynda en utveckling i önskvärd riktning. Sedan 1987 har Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES) varit verksamt inom det suicidpreventiva arbetet. SPES syftar till att ge stöd och hjälp till anhöriga, arbeta för att förhindra suicid, öka kunskapen om suicidproblematiken i samhället och motverka tabubeläggning och fördomar om suicidalitet.

Åtgärd

Staten kan främja SPES insatser med hjälp av anslag, på liknande sätt som andra frivilligorganisationer får stöd. För detta krävs en ändring i villkoren för Socialstyrelsens anslag om projektmedel till alkohol- och narkotikaförebyggande insatser. Kostnaden uppskattas till 1 miljon kronor per år.

Uppföljning

Insatserna kan följas upp med hjälp av de uppgifter som frivilligorganisationer med ekonomiskt stöd av samhället normalt lämnar i sin årsberättelse, t.ex. antal registrerade medlemmar, antal telefonsamtal från hjälpsökande m.m.

Kostnadsberäkningar

Åtgärdsförslagen i detta handlingsprogram har inte kostnadsberäknats eftersom vi bedömt att de kan finansieras inom ramen för de nuvarande verksamheterna. Beträffande kostnaderna för SPES beräknas kostnaderna enligt ovan.

Etiska överväganden

Det är ofta berättigat att söka förebygga sjukdomar och skador om det finns effektiva metoder. Det är däremot inte självklart att förebygga suicid, även om metoderna finns, eftersom suicid kan uppfattas som individens självständiga val att avsluta livet. Att förebygga suicid inkräktar på ett centralt värde, nämligen individens autonomi eller självbestämmande. Om ett suicid förebyggs främjas dock andra värden. Det finns därför anledning att diskutera de etiska konflikter som finns vid prevention av suicid.

Några år efter ett suicidförsök anger de flesta som överlevt att de vill fortsätta att leva. Det går därför att uppfatta suicid som en form av ”psykologiskt olycksfall”. Detta talar för att individens långsiktiga välfärd främjas av suicidförebyggande åtgärder. På kort sikt inskränks visserligen autonomin men på längre sikt ökar individens välfärd. Det kan dock vara berättigat med förebyggande åtgärder om självbestämmandet endast påverkas i liten omfattning. Att minska storleken på förpackningar av potentiellt dödliga receptfria läkemedel är ett exempel på en sådan åtgärd. Andra suicidpreventiva insatser bidrar snarare till ökat självbestämmande för individen, till exempel åtgärden att främja utvecklingen av unga människors kompetenser. Vid denna insats uppstår ingen etisk konflikt.

Det finns dock situationer där även ett ringa ingrepp på individens självbestämmande är problematiskt. En åldrad människa kan drabbas av en dödlig sjukdom som förväntas leda till avsevärt lidande fram till döden. Personen ifråga kan då föredra att avsluta sitt liv och en vanlig metod är att använda läkemedel. Om tillgången till dödliga läkemedel inskränks blir det svårare för individen att fullfölja intentionen att avsluta livet. Det finns ingen uppenbar välfärdsvinst som kan uppväga denna inskränkning av individens självbestämmande. Den etiska konflikten minskar visserligen om samhället erbjuder god vård i livets slutskede men konflikten kvarstår dock. I sammanhanget tar inte utredningen ställning till frågan om dödshjälp.

Även om det finns en etisk konflikt kan förebyggande insatser vara berättigade om den samlade välfärdsvinsten för andra suicidnära individer är avsevärd och ingreppet i människors självbestämmande är ringa. De åtgärder som föreslås i denna utredning har sådan karaktär.

De etiska problem som är förknippade med suicidprevention går således inte helt att lösa. Därför är det mindre lämpligt att formulera en ”nollvision” för suicid på liknande sätt som det finns en ”nollvision” för dödsfall i vägtrafik. Dock kan man arbeta mot målet att antalet suicid bör minska.

Slutord

WHO har satt upp målet att de nuvarande suicidtalerna skall minska med minst en tredjedel till år 2020. Utvecklingen av suicidtalerna har också generellt sett varit positiv i Sverige, men ungdomar i åldersgruppen 15–24 år har inte följt med i den nedåtgående trenden. För unga flickor har suicidförsöken till och med ökat. Speciellt för ungdomarna krävs därför intensifierade ansträngningar för att vända utvecklingen.

De sammantagna åtgärdsförslag som presenteras i detta handlingsprogram för suicidprevention utgår dels från ett befolkningsperspektiv, dels från ett individperspektiv. De båda perspektiven kompletterar varandra och är nödvändiga för att en nationell satsning på att reducera antalet suicid ska kunna förväntas ge effekt. Det finns kunskap om att grundläggande faktorer i människors levnadsvillkor har en tydlig koppling till suicidförekomst. Dessutom finns kunskap om att vård och behandling av människor med psykiska problem påverkar antalet suicid. Enligt åtgärdsförslagen finns goda möjligheter att genom flera olika insatser påverka antalet suicid i befolkningen. För att utvärdera effekterna av de insatta åtgärderna behöver antalet registrerade suicid och suicidförsök följas bl.a. med uppgifter från Socialstyrelsens nationella dödsorsaksregister och patientregister.

Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen ställer sig i detta handlingsprogram bakom två generella välfärdspolitiska strategier som har stor betydelse för befolkningens psykiska hälsa. Det gäller dels insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper och dels åtgärder för att minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid. Enligt dagens kunskapsläge verkar följande insatser vara en framkomlig väg för suicidprevention: Insatser i form av rätt vård i rätt tid av underliggande psykiska störningar och missbruk eller beroende, insatser som höjer kunskapsnivån hos läkare och andra nyckelpersoner samt insatser som minskar tillgången till dödliga medel och metoder för suicid.

Båda myndigheterna och regeringens psykiatrisamordnare delar dessutom uppfattningen att frivilligorganisationer spelar en viktig roll i det suicidförbyggande arbetet.

En sammanhängande och koordinerad strategi för suicidpreventions är beroende av en bred samverkan mellan regering och riksdag, myndigheter, kommuner och landsting, universitetet och högskolor, frivilligorganisationer samt anhöriga, som alla har en viktig gemensam uppgift att verka för att färre människor i framtiden tar sina liv.