



NASP

Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

Självmondspreventiva strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan

En kunskapssammanställning gjord för Socialstyrelsen av NASP

Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

© NASP – 2007, 2008, 2009

Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska
Institutet och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning
och prevention av psykisk ohälsa

NASP
Karolinska Institutet
171 77 Stockholm

Tfn: 08/524 870 26
E-post: suicid.forskning@ki.se
www.ki.se/suicid • www.folkhalsoguiden.se

ISBN: 91-974546-5-6

Innehåll

Förord	9
Sammanfattning	13
Inledning	15
Uppdrag	15
Analys och bedömning av suicidproblemet i Sverige	15
Principer för formuleringar av föreliggande suicidpreventiva program	16
Möjligheter för suicidprevention.....	18
Organisations- och policyfrågor	18
Referenser	19
Suicidpreventionens utveckling i Sverige	20
Nationella rådet för självmordsprevention och det första nationella suicidpreventiva dokumentet i Sverige	20
Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa – NASP.....	20
Nationellt nätverk för suicidprevention.....	21
Nationella suicidpreventiva konferenser	21
NASP – WHO Collaborating Centre for Suicide Research and Prevention ..	21
NASP som expert till EU	21
Riksdagens insatser för suicidprevention	22
Barnpolitik och suicidprevention	22
Psykisk ohälsa och suicidprevention	22
Referenser	23
Föreställningar om suicid – tabun, myter och attityder	24
Äldre tiders synsätt påverkar våra föreställningar än idag.....	24
Tabun och myter	25
Attityder	26
Självmordsnära patienters syn på vården och personalen	27
Referenser	27
Terminologi; ”självmord” eller ”suicid”?	29
Språk – kommunikation	29
Referenser	30

Suicidpreventionens etik	31
Värderingar och överväganden	31
Referenser	32
Vetenskapliga perspektiv på suicid	33
Stress- sårbarhetsmodellen	33
Den suicidala personen	33
Psykologiskt olycksfallsperspektiv	35
Referenser	36
Protektiva faktorer	38
Referenser	38
Riskfaktorer för suicid och suicidförsök	39
Psykisk sjukdom	39
Depression	39
Ångestsjukdomar	40
Beroendesjukdomar	40
Psykosor	40
Ätstörningssjukdomar	41
Personlighetsstörningar	41
Neuropsykiatriska sjukdomar	41
Samsjuklighet	41
Somatisk sjukdom	42
Cancer	42
Neurologiska sjukdomar	42
Smärta/värk och suicidalitet	43
Andra somatiska sjukdomar	43
Yttre stressfaktorer	43
Riskyrken	44
Kriminalitet	44
Suicidförsök	44
Riskfaktorer för suicidförsök	45
Könsskillnad vid suicidförsök	45
Kronisk suicidalitet och upprepade suicidförsök	46
Referenser	46
Särskilda riskfaktorer för suicid och suicidförsök i olika åldersgrupper	54
Barn 5-14 år	54
Riskfaktorer hos föräldrar	54
Barn med särskild risk	54
Unga 15-19 år	55
Förekomst av suicid	55
Riskfaktorer hos unga som tar livet av sig	55
Skyddsfaktorer mot psykisk ohälsa och självmordsbeteende i skolan	56
Kriminalitet	57

Unga vuxna 20-29 år	57
Riskfaktorer	57
Särskilda riskfaktorer	58
Vuxna 30-64 år	58
65 år och äldre	59
Suicid	59
Riskfaktorer	59
Referenser	60
Bedömning av suicidrisk och behandling	64
Suicidriskbedömning	64
Kulturella sammanhang	64
Den kliniska bedömningen av riskfaktorer	65
Utred riskfaktorer	65
Det presuicidala lugnet	66
Bedömning med skattningsskalor	67
Utredning	67
1. Psykiatrisk diagnostik	67
2. Neurobiologisk utredning	68
3. Psykologisk bedömning	68
4. Somatisk sjuklighet	68
5. Social utredning	68
6. Existentiell problematik	69
Behandling	69
Mötet – samspelet mellan personalen och den självmordsnära individen	69
Vårdplan för psykiatrisk slutenvård	70
Slutenvård – Öppenvård	70
Omvårdnad efter ett suicidförsök	71
Övervakning	71
Samverkan i behandlingen	71
Kombinera flera behandlingsmetoder	72
Behandla den somatiska sjukdomen	72
Uppföljande eftervård	73
Referenser	73
När suicid har inträffat i sjukvården/socialtjänsten/skolan	76
Retrospektiv genomgång	76
Förebygga klustersjälv mord	76
Information i media	77
Referenser	77
Familjen och sociala nätverk som resurs i suicidpreventivt arbete	78
Familjen som resurs i suicidriskbedömningen	78
Familjen som resurs i behandlingen	78
Avlasta familjen	79
Permission och utskrivning	79

Efter inträffat suicid, postvention	79
Efterlevande.....	79
Efterlevande vänner, bekanta och övriga berörda.....	79
SPES – Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd.....	80
Referenser	80
Vetenskaplig evidens och slutsatser beträffande behandling och förebyggande av suicidförsök och suicid enligt SBU:s och SoS' kriterier	81
Brist på studier	81
Evidensgradering enligt SBU:s och Socialstyrelsens kriterier.....	81
Högt bevisvärde (H)	82
Medelhögt bevisvärde (MH).....	82
Lågt bevisvärde (L).....	82
Evidensgradering vid systematiska kunskapsammanställningar	83
Evidensstyrka 1.....	83
Evidensstyrka 2.....	83
Evidensstyrka 3.....	83
Evidensstyrka 4.....	83
Behandling av suicidnära patienter	84
Psykofarmakologisk behandling	84
Behandling med antidepressiva läkemedel.....	84
Metaanalyser av randomiserade kontrollerade studier.....	84
Ekologiska studier	86
Behandling av ungdomar med antidepressiva läkemedel	86
Rekommendationer vid behandling av vuxna med antidepressiva läkemedel.....	87
Behandling med neuroleptika	87
Clozapin (Leponex)	87
Olanzapin (Zyprexa).....	88
Flupentioxol (Fluanxol).....	88
Behandling med Litium	89
Antikonvulsiva stämningsstabiliserande läkemedel	89
ECT (Elektrokonvulsiv behandling)	90
Psykoterapi	90
Behandling av ångest.....	90
Problemlösningsbaserade psykoterapier	91
Kognitiv terapi (KT).....	91
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	91
Interpersonell psykoterapi (IPT).....	92
Dialektisk beteendeterapi (DBT).....	92
Psykoanalytiskt inriktad psykoterapi med viss tids slutenvård.....	92
Gruppterapi av ungdomar	93
Psykosociala interventioner	94
Aktiv uppföljning av suicidförsökspatienter.....	94
Vårdkedja.....	95
Tele-hjälp för äldre	95

Utbildningsprogram	95
Utbildning i primärvården	95
Utbildning inom hälso- och sjukvård.....	96
Utbildning inom skolhälsovården/elevhälsan	97
Insatser för barn och unga vuxna	98
Samtal om psykisk ohälsa och självmordsbeteende.....	98
Screening	98
Metoder att stärka psykisk hälsa	99
Träning av psykosociala färdigheter (Skill Training)	100
Egenmaktsprogram (Empowerment).....	100
Kunskap om depression	101
Tidiga insatser till risk-familjer.....	101
Att förbättra föräldra-barnrelationen och barns beteendeproblematik.....	101
Att öka samspelet mellan mor och barn hos kvinnor med postpartum depression	104
Riskgrupper under pre- och postnatale perioder	104
Referenser	104
Mål för självmordsprevention	114
Övergripande mål.....	114
Delmål.....	114
Strategier	114
Implementering	116
Delmål 1. Kunskap.	116
Delmål 2. Samverkan.....	117
Delmål 3. Högriskgruppsstrategi	118
Delmål 4. Säker hälso- och sjukvård med patient och familj i fokus	120
Delmål 5. Forskning	123
Relevanta aktörer.....	123
Utvärdering	125
Bilagor	129
Bilaga 1: Definitioner.....	129
Bilaga 2: Ledningarna i de sex självmordspreventiva nätverken.....	133
Bilaga 3: Webbadresser	137

Förord

Självordsförsök och självmord är ett betydande folkhälsoproblem såväl i Sverige som i världen i övrigt, vilket gjorde att WHO 1987¹ rekommenderade medlemsländerna att skapa nationella program för suicidprevention. På initiativ från Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut och dåvarande Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (nuvarande NASP), bildades 1994 ett nationellt råd för självmordsprevention med syfte att ta fram ett självmordsförebyggande program för Sverige. Rådets handlingsprogram *Stöd i självmordskriser – Nationellt program för utveckling av självmordsprevention* överlämnades till dåvarande socialministern 1995. Förslagen i programmet presenterades dock inte för riksdagen. Sverige har således – i motsats till flera andra västeuropeiska länder – saknat ett av riksdagen godkänt nationellt suicidpreventivt program. Trots detta har det självmordsförebyggande arbetet i Sverige utvecklats under det senaste decenniet, mycket tack vare de sex regionala självmordsförebyggande nätverkens insatser samt inrättandet av ett nationellt självmordspreventivt centrum (NASP).

Efter ett flertal riksdagsmotioner i frågan togs ett initiativ från riksdagens socialutskott om att utarbeta ett nytt handlingsprogram för självmordsprevention. Uppdraget överlämnades till regeringen 2005. Regeringen gav därefter Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta detta handlingsprogram för Sverige. Uppdraget skulle genomföras i samarbete med Myndigheten för skolutveckling och NASP.

NASP har, inom ramen för Socialstyrelsens regeringsuppdrag, utarbetat ett underlag till ett nationellt handlingsprogram. NASP:s dokument grundar sig på en sammanställning av kunskap från forskare vid NASP samt kliniker och forskare som är verksamma i de sex regionala suicidpreventiva nätverken. Avsikten med dokumentet är att förmedla aktuell kunskap i suicidologi samt ge en utförlig bakgrund till de givna rekommendationerna och uppsatta målen. Ursprungsmaterialet till detta dokument återfinns i sin helhet hos Socialstyrelsen och NASP.

Nationella programmets styrgrupp vid NASP har bestått av Danuta Wasserman (ordförande), professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska Institutet (KI), överläkare och verksamhetschef vid NASP, prefekt vid Institutionen för Folkhälsovetenskap, KI; Lil Träskman-Bendz, professor i psykiatri, sektionschef vid Institutionen för kliniska vetenskaper vid Lunds Universitet och överläkare vid verksamhetsområde psykiatri i Lund; Per-Anders Rydelius, professor i barn- och ungdomspsykiatri vid KI, överläkare och verksamhetschef vid Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset. Detta dokument har skrivits av Danuta Wasserman och överläkare Susanne Ringskog Vagnhammar på grundval av de omfattande bidrag som har inkommit från nedanstående författare och ytterligare litteraturgenomgångar.

¹ United Nations. Prevention of Suicide – Guidelines for the formulations and implementation of national strategies, 1996.

Britta Alin Åkerman, professor i pedagogik, leg. klinisk psykolog, leg. psykoterapeut, och Rigmor Stain, docent i experimentell trombocyt-forskning, båda verksamma vid NASP, Karolinska Institutet, har koordinerat sammanställningen av programmet.

Övriga medverkande författare:

Andersson Gerhard, professor i psykologi och leg. psykoterapeut, psykiatriska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala. *Nätverket Uppsala-Örebro.*

Beskow Jan, professor, specialist i psykiatri och socialmedicin, Centrum för Kognitiv Psykoterapi och Utbildning i Göteborg. *Västsvenska nätverket.*

Bolund Christina, professor i psykosocial onkologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna. *Nätverket Stockholm-Gotland.*

Ekselius Lisa, professor i psykiatri, Psykiatridivisionen, Akademiska sjukhuset, Uppsala. *Nätverket Uppsala-Örebro.*

Ferm Margit, socionom, förbundsordförande för SPES – Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd, *Sydöstra nätverket.*

Jacobsson Lars, professor i psykiatri, Umeå Universitetssjukhus, Umeå. *Norra nätverket.*

Karlsson Hans, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, Fittja psykiatriska mottagning, Stockholms läns landsting, Psykiatriska kliniken Sydväst och NASP. *Nätverket Stockholm-Gotland.*

Larsson Pernilla, forskningssjuksköterska, doktorand, FOU-enheten, Affektivt centrum, S:t Görans sjukhus, Stockholm. Karolinska Institutet *Nätverket Stockholm-Gotland.*

Mittendorfer Rutz Ellenor, med. dr., NASP. Karolinska Institutet. *Nätverket Stockholm-Gotland.*

Nilsson Agneta, undervisningsråd. Myndigheten för skolutveckling.

Nilunger Mannheimer Louise, leg. sjuksköterska, Master of Public Health, NASP, Karolinska Institutet. *Nätverket Stockholm-Gotland.*

Niméus Anders, med. dr., överläkare, avdelning psykiatri i Lund, Lunds Universitet. *Södra Nätverket.*

Nyberg Ullakarin, med. dr., överläkare, enhetschef FOUU-enheten, Affektivt centrum, S:t Görans sjukhus, Stockholm. Karolinska Institutet. *Nätverket Stockholm-Gotland.*

Ramberg Inga-Lill, med. dr., NASP. Karolinska Institutet. *Nätverket Stockholm-Gotland.*

Runeson Bo, docent i psykiatri, särskilt suicidologi, universitetslektor, sektionschef Psykiatri, S:t Görans sjukhus, Karolinska Institutet, Stockholm. *Nätverket Stockholm-Gotland.*

Salander Renberg Ellinor, docent, psykolog, Institutionen för klinisk vetenskap, psykiatri, Umeå Universitet, *Norra Nätverket.*

Sunnqvist Charlotta, sjuksköterska, avdelning psykiatri i Lund, Lunds Universitet. *Södra nätverket.*

Söderberg Stig, MD, med. dr., överläkare, psykiatriska kliniken, Umeå Universitetssjukhus. *Norra nätverket.*

Titelman David, docent, leg. psykolog, psykoanalytiker, NASP. Karolinska Institutet. *Nätverket Stockholm-Gotland.*

Waern Margda, docent i psykiatri, Göteborgs Universitet, Göteborg. *Västra Nätverket.*

von Knorring Anne-Liis, professor i barn- och ungdomspsykiatri, PUB, Akademiska sjukhuset och Uppsala Universitet, Uppsala. *Nätverket Uppsala-Örebro.*



Danuta Wasserman

NASP, Stockholm i december 2006

Sammanfattning

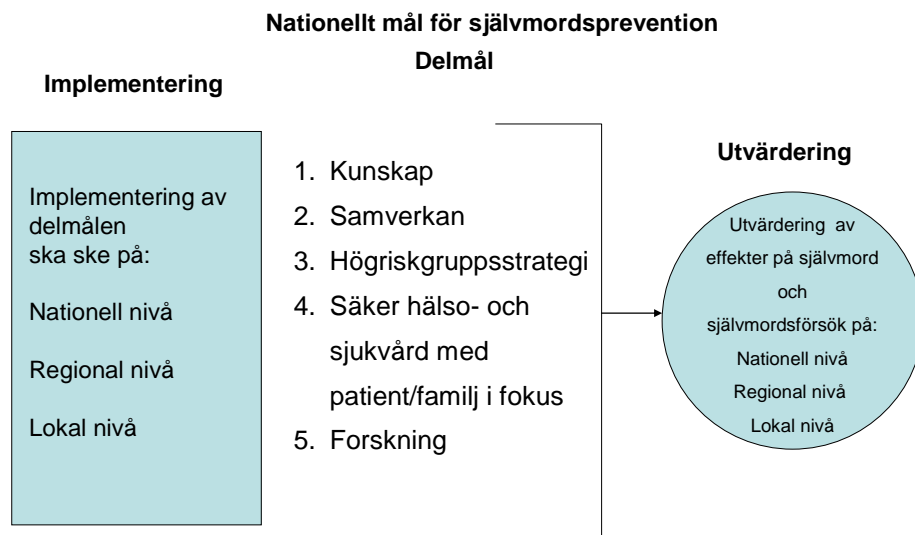
En effektiv suicidprevention grundar sig på insikten att självmord och självmordsförsök går att förebygga. En viktig förutsättning är emellertid att de suicidpreventiva åtgärderna samordnas inom och emellan samhällets olika verksamhetsområden såsom förebyggande hälsovård, sjukvård, socialtjänst, barnomsorg och skola samt äldrevård och högre utbildningar. I avsnittet *Möjligheter för suicidprevention* sammanfattas det övergripande organisatoriska suicidpreventiva arbetet inom stat och kommun.

Själv mordets etiologi är multifaktoriell och själva handlingen utgör ett slutsteg i en kortare eller längre tids process, där biologiska, sociala, psykologiska och existentiella faktorer samverkar. I avsnittet om *Vetenskapliga perspektiv på självmord* beskrivs detta synsätt med användning av den så kallade stress-sårbarhetsmodellen, som betonar samspelet mellan arv och miljö, individuell sårbarhet, biologiska faktorer och personlighetsvariabler som problemhanteringsförmåga (coping) och förmåga till återhämtning (resilience). Cirka 90 procent av dem som tar sitt liv lider av en psykisk störning eller sjukdom, vanligast depression eller beroendesjukdomar med inslag av ångest. Depression är dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män, men suicid hos män är tre gånger vanligare än hos kvinnor. Detta faktum illustrerar att det finns stora skillnader mellan könen när det gäller hanteringen av belastande yttre händelser, utlösande faktorer och hjälpsökande förmåga. Komorbiditet, alltså förekomst av två eller flera psykiatriska diagnoser samtidigt, som exempelvis depression, personlighetsstörning och missbruk, ökar suicidrisken markant. Själv mordsrisken är också ökad vid svår somatisk sjukdom med funktionsinskränkning och svår smärtproblematik. Att avgöra graden av suicidrisk är ibland de svåraste bedömningar man kan göra inom hälso- och sjukvård. Riskfaktorer kan finnas under en lång tid utan att självmordshandlingar sker, och det är därför viktigt att kunna skilja mellan konstanta och akuta riskfaktorer. Dessa frågeställningar behandlas i avsnitten *Riskfaktorer för suicid och suicidförsök* och påföljande avsnitt, som behandlar de särskilda riskfaktorer som är utmärkande för olika åldrar, riskgrupper och riskyrken samt i avsnittet *Bedömning av suicidrisk och behandling*.

Vid en självmordshandling är både de bakomliggande och de utlösande faktorerna olika från fall till fall. Eftersom självmordsnärlighet är en komplex problematik med stor individuell variation är det angeläget att betona att behandlingsutbudet bör utformas ur en motsvarande mångfald, med hög beredskap för personers olika behov av hjälp vid valet av behandling. För att kunna ge en realistisk och uttömmande bild av behandlingsnyttan har såväl SBU:s (Statens Beredning för medicinsk Utvärdering) som Socialstyrelsens bedömningskriterier använts för att utvärdera och evidensgradera behandlingseffekter. Resultaten redovisas i avsnittet *Vetenskaplig evidens*

där det klart framgår att oavsett efter vilka kriterier som bedömningen skett är slutresultaten överensstämmande. I det medicinska omhändertagandet av den självmordsnära individen är behandling av en underliggande psykisk sjukdom den grundläggande åtgärden, men eftersom etiologin är multifaktoriell krävs en kontinuerlig tillgång till olika behandlingsformer och olika sociala resurser för att täcka den enskildes behandlingsbehov. Kapitlet illustrerar också det stora behovet av forskning när det gäller olika behandlingsformers användbarhet och effektivitet.

Det avslutande avsnittet *Mål för självmordsprevention* beskriver på ett detaljerat sätt de fem förslag på åtgärder som krävs för nå det övergripande målet att kontinuerligt minska antalet självmordsförsök och självmord i landet, vilket illustreras i bilden nedan.



Inledning

Uppdrag

Regeringen har givit Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (FHI) i uppdrag att ta fram förslag och åtgärder till ett nationellt program för suicidprevention. Socialstyrelsens uppdrag är att lämna förslag på strategier och åtgärder som ska vara riktade till huvudmännen för hälso- och sjukvård, socialtjänst och skolhälsovård/elevhälsa. FHI:s uppdrag är att ta fram befolkningsinriktade strategier och åtgärder för statliga myndigheter, landsting och kommuner (Socialdepartementet, 2005).

I direktiven står att arbetet med det suicidpreventiva programmet ska bedrivas i nära samarbete mellan Myndigheten för skolutveckling och NASP.

NASP har fungerat som sakkunnig för FHI till deras dokument och som författare till Socialstyrelsens dokument.

Analys och bedömning av suicidproblemet i Sverige

I regeringsuppdraget anges att Socialstyrelsen utifrån det aktuella kunskapsläget ska presentera en analys och bedömning av suicidproblematiken i befolkningen.

År 2003 avled i Sverige 1 380 människor i suicid (säkra + osäkra), nästan tre gånger så många som antalet dödade i trafiken. Suicid är fortfarande den vanligaste dödsorsaken för män i åldrarna 15–44 år och den näst vanligaste för kvinnor i samma åldersgrupp.

De personer som vårdats på sjukhus för självmordsförsök uppgår till fem gånger antalet självmord, alltså cirka 7 500.

De senaste decennierna har antalet döda i suicid minskat med en tredjedel. För unga avtar dock inte självmordstalen i samma takt som för andra grupper (Socialstyrelsen, 2006). Trender som visas i statistiken för den yngre åldersgruppen måste tolkas med försiktighet på grund av det relativt låga antalet suicid i denna åldersgrupp. För unga kvinnor i åldrarna 15–24 år har andelen vårdade för suicidförsök kraftigt ökat med ungefär 74 procent sedan början av 1990-talet (Socialstyrelsen, 2006).

Suicid och suicidförsöken kostar samhället 5,5 miljarder kronor varje år. Tillsammans med Vägverkets riskvärdering skulle det vara samhälls-ekonomiskt lönsamt att satsa 18,7 miljoner kronor för varje suicid som skulle kunna förebyggas. Denna siffra bygger på en uppskattning av direkta och indirekta kostnader som genereras vid suicid och suicidförsök (NCO, Räddningsverket, 2004; Berglöf, 2006).

Produktionsbortfall för anhöriga är inte inräknade i beräkningarna. Anhöriga till en person som gör upprepade självmordsförsök och efterlevande till självmordsoffer drabbas dessutom ofta av psykisk ohälsa vilket innebär ett stort lidande och i sin tur ökad risk för suicid.

Det stora antalet suicid och suicidförsök liksom de samhällsekonomiska kostnaderna och det psykiska lidande detta medför, innebär att suicidalitet (det vill säga självmordstankar, självmordsförsök och självmord) utgör ett stort samhällsproblem.

Systematisk forskning kring suicidala processer startade internationellt under 1950-talet. Samhällssatsningar i form av nationella program har kommit igång sent (mitten av 1990-talet i Sverige tio år senare än i flera andra länder i västvärlden). Kontrasten är stor mellan samhällets små satsningar på målinriktad suicidprevention och dess stora satsningar på problem som har betydligt mindre omfattning. En kvardröjande tabu-beläggning av fenomenet självmord utgör sannolikt en starkt bidragande orsak till det svaga engagemanget för självmord trots att det är ett av de stora samhällsproblemen. Dessutom är det en vanlig men felaktig uppfattning att man inte kan förebygga självmord.

NASP bedömer suicidalitet i alla dess former, suicidtankar, suicidförsök och fullbordade suicid, som ett mycket angeläget samhällsproblem som kontinuerligt kräver forsknings- och utvecklingsresurser samt praktiska insatser både preventivt och kurativt.

Principer för formulering av föreliggande suicidpreventiva program

a. Avgränsning

I denna framställning behandlas suicid och suicidförsök skilt från självska dehandlingar, där Socialstyrelsen redan framlagt ett dokument i frågan (*Socialstyrelsen, 2004*).

Definitioner som används i det praktiska, kliniska behandlings- och självmordspreventiva arbetet och i forskningen återges i bilaga 1 (Nationella rådet för självmordsprevention et al., 1995; Svenska psykiatriska föreningen & Spri, 1997).

a. Tillvaratagande av tidigare svenska officiella dokument

- Stöd i självmordskriser – Nationellt program för utveckling av självmordsprevention, *Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Centrum för suicidforskning och prevention, numera Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), 1995.*
- Om livet känns hopplöst. Stöd till självmordsnära människor. *Nationella rådet för självmordsprevention, Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, NASP, 1996.*

- Självmordsnära patienter – kliniska riktlinjer för utredning och behandling. *Svenska psykiatriska föreningen och Spri, 1997.*
- Nationella riktlinjer. Vård av suicidala barn och ungdomar med familjer. *Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri. Vetenskapsrådets planeringsgrupp för barn- och ungdomspsykiatrisk och socialpediatrisk forskning och NASP, 2003.*
- Att förebygga självmord och självmordsförsök hos skolelever. *WHO:s stödmaterial för lärare och annan skolpersonal anpassat till svenska förhållanden. WHO/NASP, 2003.*

b. Tvärvetenskaplighet

Ansvar för självmordsprevention ligger på flera sektorer i samhället och inom flera olika grenar av hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården.

d. Teori och praktik förenas

Detta dokument har utformats i samråd med, och med bidrag från, den vetenskapliga och kliniskt praktiska kompetensen engagerad i arbetet inom Sveriges sex regionala suicidpreventiva nätverk (bilaga 2).

e. Vetenskaplig evidens

Dokumentet baseras på internationella och svenska vetenskapliga studier. NASP har byggt upp ett nationellt referensbibliotek bestående av aktuell litteratur inom suicidologi och angränsande områden.

I referensbiblioteket vid NASP finns en databank med 5 560 artiklar, 2 369 böcker och 28 rapporter som har publicerats inom NASP:s verksamhet. Utbyggnad av referensbiblioteket pågår kontinuerligt.

Till denna rapport har publicerade systematiska litteraturgenomgångar använts. De interventioner som inte omfattades av en systematisk översikt har sökts i databaserna PubMed, Cochrane Library och PsycINFO. Sökorden var behandlingsmetoder och suicid respektive suicidförsök och suicidala tankar. Förutom sökningar i databaser har referenser granskats i relevanta arbeten.

f. Aktiv process

Under programmets skrivande har information löpande gått ut till de sex regionala suicidpreventiva nätverken och deras synpunkter tagits emot kontinuerligt.

Det har skett en aktiv medverkan från Socialstyrelsens vetenskapliga råd och annan expertis.

Presentation av det suicidpreventiva handlingsprogrammet på Läkarförbundets riksstämma, 29 november 2006.

g. Dokumentets diskurs

Vi har valt att i dokumentet återge en bred suicidologisk kunskapsbakgrund och att förmedla användbar kunskap. Avsikten är att alla rekommendationer skulle vara väl underbyggda.

Ett av de stora problemen med suicidprevention är bristen på kunskap

bland berörda mottagare ”på fältet”, där man möter självmordsnära personer, deras familjer och övriga sociala nätverk. Det här framlagda handlingsprogrammet kommer förhoppningsvis att läsas av ett stort antal människor som då kan bli medvetna om frågans komplexitet. Samtidigt kan dokumentets innehåll och referenser ge en ingång för många, som tidigare inte kommit i praktisk kontakt med problemen att söka ytterligare kunskap.

h. Mål för suicidprevention, strategier, implementering

Förslagen baseras på faktaunderlag som beskrivs i första delen av dokumentet. Målen specificeras med tillhörande strategier och implementeringsåtgärder. Åtgärderna föreslås för olika målgrupper med hänsyn tagen till ålder, kön och mångfaldsaspekter.

i. Utvärdering

Det suicidpreventiva programmet bör kontinuerligt utvärderas samt uppdateras med ny tillkommen vetenskaplig evidens och praktisk erfarenhet. Ett antal utvärderingsförslag anges.

Möjligheter för suicidprevention

Organisations- och policyfrågor

En effektiv suicidprevention måste integreras, dvs. samordnas inom samhällets olika verksamhetsområden, såsom förebyggande hälsovård, sjukvård, barnomsorg och skola, socialtjänst och äldreomsorg samt högre utbildningar.

För att nå de uppställda målen i detta nationella suicidpreventiva handlingsprogram måste flera instanser vara involverade. Suicidprevention kräver ett brett sektorsövergripande samarbete och samverkan mellan lokala, regionala och nationella aktörer.

I det övergripande, organisatoriska suicidpreventiva arbetet kan man använda WHO:s Helsingforsdeklaration som undertecknades av alla hälso- och sjukvårdsministrar i Europa januari 2005 i Helsingfors. Intentionerna i deklARATIONEN som berör suicidprevention kan sammanfattas enligt följande:

1. Öka medvetenheten om betydelsen av psykisk hälsa och välbefinnande när det gäller att förhindra suicidala handlingar.
2. Minska stigma, diskriminering och ojämlikhet när det gäller psykisk ohälsa, vars yttersta konsekvens kan bli suicidalitet.
3. Utveckla och konkret genomföra effektiva program för suicidprevention och för behandling, vård, omsorg och rehabilitering av självmordsnära personer.
4. Tillgodose behovet av kompetent arbetskraft inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och skolhälsovård via återkommande översyn av verksamheternas uppdrags- och målanalys, samt av vårdutbildningar.
5. Tillhandahålla kontinuerliga kvalitetsssäkrade vidareutbildningar av befintlig personal.

6. Använda erfarenhet och kunskap från självmordsnära personer (definitioner i bilaga 2), vårdgivare och anhöriga som en viktig del för fortsatt planering och utveckling av vård, omsorg och rehabilitering av självmordsnära personer och deras familjer.
7. Integrera suicidpreventiv utbildning, inklusive frågor om diskriminering, utanförskap, stigmatisering och tabubeläggning, i alla högskoleutbildningar för personalkategorier som arbetar inom barn- och äldreomsorg, skola och utbildning, hälso- och sjukvård, polisväsende, kriminalvård, militär och socialtjänst.

Referenser

Berglöf J. Samhällskostnader och suicid. I: NASP, Den femte nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention ur ett praktiskt perspektiv. 2006:1:64-79.

Nationella rådet för självmordsprevention. Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, NASP. Stöd i självmordskriser – Nationellt program för utveckling av självmordsprevention, 1995.

Nationella rådet för självmordsprevention, Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, NASP. Om livet känns hopplöst. Stöd till självmordsnära människor, 1996.

NCO/Räddningsverkets Rapport: Suicid och samhällsekonomiska kostnader, 2004.

Socialdepartementet. Uppdrag att ta fram förslag till nationellt program för självmordsprevention. Regeringsbeslut 3, 2005.

Socialstyrelsen. Vad vet vi om flickor som skär sig? Artikel nr: 2004-123-41.

Socialstyrelsen, EpC, Underlagsrapport till Nationellt program för suicidprevention, 2006.

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, Vetenskapsrådets planeringsgrupp för barn- och ungdomspsykiatrisk och socialpediatrisk forskning och NASP. Nationella riktlinjer. Vård av suicidala barn och ungdomar med familjer, 2003.

Svenska psykiatriska föreningen och Spri. Självmordsnära patienter – kliniska riktlinjer för utredning och behandling, 1997.

WHO, NASP. Att förebygga självmord och självmordsförsök hos skolelever. Världshälsoorganisationens stödmaterial för lärare och annan skolpersonal anpassat till svenska förhållanden. NASP, 2003.

WHO, Europe: Mental Health Declaration for Europe. Helsinki, Finland, 2005.

Suicidpreventionens utveckling i Sverige

På 1950-talet inleddes den suicidologiska forskningen i Sverige. 1987 uppmanade Världshälsoorganisationen (WHO) sina medlemsländer att bryta den stigande världstrenden av självmord genom att skapa nationella program för självmordsprevention (United Nations, 1996).

Nationella rådet för självmordsprevention och det första nationella suicidpreventiva dokumentet i Sverige

Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet bildade 1993 tillsammans med Centrum för suicidforskning och prevention (sedermera NASP) ett nationellt råd för suicidprevention med syfte att skapa ett svenskt suicidpreventivt handlingsprogram. Vid denna tidpunkt uppgick antalet suicid i Sverige till cirka 2 050 per år och suicidförsöken uppskattades till cirka 20 000. 1995 publicerades dokumentet *Stöd i självmordskriser – ett nationellt program för utveckling av självmordsprevention*, det första nationella suicidpreventiva handlingsprogrammet i Sverige. Detta material har använts av NASP och av de sex regionala självmordspreventiva nätverken i det självmordspreventiva arbetet samt av andra organisationer från 1995 fram till i dag.

Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa – NASP

Den 1 januari 1993 inrättades Centrum för suicidforskning och prevention inom Stockholms läns landsting. På initiativ av riksdagens socialutskott och efter riksdagens beslut grundades 1994 genom ett avtal mellan Institutet för Psykosocial Medicin (IPM) och Stockholms läns landsting ett Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP).

NASP är statens och Stockholms läns landstings centrala expertenhet inom självmordsforskning och självmordsprevention. Verksamheten omfattar fyra huvudområden: forskning och utveckling av självmordspreventiva metoder, epidemiologisk bevakning, undervisning och information samt en expertfunktion. Dessutom har NASP såväl nationellt som internationellt en samordningsfunktion inom självmordsprevention.

Nationellt nätverk för suicidprevention

Som ett led i NASP:s nationella samordningsfunktion tog centret 1997 initiativet till ett nationellt nätverk för självmordsprevention med avsikten att göra självmordsprevention till en integrerad del av svenskt folkhälsoarbete. I varje svensk hälso- och sjukvårdsregion finns ett regionalt självmordspreventivt nätverk bestående av expertis från hälso- och sjukvården, kommunerna, frivilliga medarbetare och andra berörda (bilaga 1). Representanter för anhörigföreningen SPES – Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd ingår i samtliga regionala nätverk.

Nationella suicidpreventiva konferenser

Tillsammans med de regionala självmordspreventiva nätverken arrangerar NASP sedan 1997 nationella suicidpreventiva konferenser. Syftet med dem är att skapa regelbundna möten mellan forskare och praktiskt verksamma aktörer för att kunna föra ut de senaste suicidologiska kunskaperna och samtidigt stimulera det lokala suicidpreventiva arbetet. Efter varje konferens skriver NASP en rapport (NASP, 1999, 2000, 2002, 2004, 2006). Rapporterna kan även laddas ned från NASP:s hemsida eller beställas direkt från NASP. Övriga adresser till hemsidor finns i bilaga 3.

NASP – WHO Collaborating Centre for Suicide Research and Prevention

NASP knöts 1997 till WHO i Genève som ”Collaborating Centre for Suicide Research and Prevention” i WHO:s suicidpreventiva arbete på fem kontinenter. Sedan år 2005 ingår NASP i WHO:s europeiska ledningsgrupp tillsammans med fem andra *WHO Lead Collaborating Centres*. I NASP:s uppdrag som Lead Collaborating Centre ingår att bistå med råd och rekommendationer till beslutsfattare, och att inom Europaregionen stimulera och utveckla forskning kring förebyggande av psykisk ohälsa och suicid i befolkningen.

NASP som expert till EU

Den Europeiska unionen påbörjade under 2005 ett arbete med att förbättra den psykiska hälsan och förebygga psykisk ohälsa inom EU och har arbetat med ett dokument under namnet grönboken. I detta arbete är NASP utsedd att fungera som expertenhet (European commission, 2005).

Riksdagens insatser för suicidprevention

Barnpolitik och suicidprevention

Riksdagen har vid två tillfällen lämnat tillkännagivande till regeringen om självmordsprevention. I betänkandet 2000/01: SoU7 (Barn – här och nu – Redogörelse för barnpolitiken i Sverige med utgångspunkt i FN:s konvention om barnets rättigheter), föreslog utskottet ett tillkännagivande till regeringen om att det stödmaterial som WHO utarbetat rörande självmordsförebyggande arbete i skolan bör omsättas till svenska förhållanden. Efter en motion från riksdagen inlämnad i oktober 2000, som behandlades i riksdagen den 24 januari 2001 (2000/01:So453), fattade Socialutskottet beslut samma dag enligt protokoll 2000/01:55 att dessa utarbetade riktlinjer skulle översättas och även omsättas till svenska förhållanden.

NASP fick av regeringen i uppdrag 2002 att anpassa WHO:s stödmaterial om självmordsförebyggande arbete i skolan till svenska förhållanden. Detta uppdrag har resulterat i dokumentet ”Att förebygga självmord och självmordsförsök hos skolelever – WHO:s stödmaterial för lärare och annan skolpersonal anpassat till svenska förhållanden”. Dokumentet kan laddas ned som pdf-fil från NASP:s hemsida.

Stödmaterialiet kan nu användas på frivillig basis i skolor. Det finns emellertid inget beslut om att materialet aktivt ska spridas till skolan eller införlivas i alla svenska elevers utbildning och inte heller i lärarnas utbildningsplan.

Psykisk ohälsa och suicidprevention

Riksdagens socialutskott anordnade den 20 mars 2001 en offentlig utfrågning, till vilken NASP var inbjuden, om att stärka den psykiska hälsan och förebygga suicidala beteenden (Socialutskottets offentliga utfrågning om att stärka den psykiska hälsan och förebygga suicidala beteenden, den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa, Utredningar från Riksdagen 2000/01:URD4).

Socialutskottet lämnade ett betänkande 2001/02: SoU19 Folkhälsofrågor och föreslog där ett tillkännagivande den 5 juni 2002 till regeringen om att utarbeta mål för det självmordspreventiva arbetet (rskr. 2001/02:308). Bakgrunden var att den psykiska ohälsan sågs som ett växande folkhälsoproblem. Regeringens bedömning då var dock att de samhällsfaktorer som påverkade folkhälsan och som återfanns i samhällets struktur, i miljön och befolkningens levnadsvanor, ska fokuseras i folkhälsopolitiken, och därför ska man inte presentera något särskilt mål för det självmordsförebyggande arbetet. Däremot menade man att självmord och självmordsförsök ska utgöra en viktig indikator för utvecklingen av det preventiva arbetet när det gäller att följa upp och utvärdera vissa målområden i de övergripande folkhälsomålen.

I Regeringens forskningspolitiska proposition (2004/05:80) Forskning för ett bättre liv, framhölls dock vikten av särskilda insatser inom suicidforskningen.

Efter motioner från samliga riksdagspartier gav socialutskottet i uppdrag till regeringen efter ett tillkännagivande i riksdagen från den 27 april 2005 (bet. 2004/05:SoU11) att ta fram ett nationellt program för självmordsprevention. Regeringen gav enligt regeringsprotokoll 05 07 21 Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att, i samarbete med NASP och Myndigheten för Skolutveckling, ta fram förslag på strategier och åtgärder till ett nationellt program för självmordsprevention.

Referenser

European commission. Green Paper – Improving the mental health of the population. Toward a strategy on mental health for the European Union. Commission of the European Community, 2005.

NASP. Den första nationella nätverkskonferensen i självmordsprevention. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök, rapport 1999:1.

NASP. Den andra nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök, rapport 2000:2.

NASP. Den tredje nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention – barn och ungdomar. NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök, rapport 2002:1.

NASP. Den fjärde nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention – ett självmordsfritt Sverige. NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök, rapport 2004:1.

NASP. Den femte nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention ur ett praktiskt nätverksperspektiv. NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök, rapport 2006:1.

Nationella rådet för självmordsprevention. Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, NASP. Stöd i självmordskriser – Nationellt program för utveckling av självmordsprevention, 1995.

Socialutskottets offentliga utfrågning om att stärka den psykiska hälsan och förebygga suicidala beteenden, den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa. Utredningar från Riksdagen 2000/01:URD4.

United Nations. Prevention of Suicide – Guidelines for the formulations and implementation of national strategies, 1996.

Övriga rapporter i NASP:s serie ”Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök” kan hämtas från NASP:s hemsida www.ki.se/suicide

Föreställningar om suicid – tabun, myter och attityder

Äldre tiders synsätt påverkar våra föreställningar än i dag

Synen på självmord i Sverige var i fornnordisk tid positiv – det var bättre att ”viga sig åt Oden”, att dö för egen hand, än att ”dö i sotsäng”. Viktigt att påpeka i sammanhanget kanske man bör påpeka att företeelsen ”ättestupan”, att åldriga vid denna tid skulle ha störtat sig utför ett stup mot döden för att inte ligga anhöriga till last, inte verkar ha haft något verklighetsunderlag. Synen på självmord ändrades sedan i och med att Sverige kristnades på 800-talet. Livet var okränkbart, och att döda sig själv var lika illa som att döda någon annan. De som dött för egen hand, ”självspillingar”, skulle inte begravas på kyrkogård utan brännas på bål, fastslogs i Kristofers landslag 1442.

I 1734 års lag uttalas att den som finner en självmördad ska föra honom till skogs och begrava honom där, men där åläggs också alla att rädda den som försöker ta sitt liv. Det var till och med straffbart att inte försöka förhindra självmordet – alltså klara suicidpreventiva föreskrifter.

Självmordsförsök var straffbart fram till 1864 års lag. De kyrkliga restriktionerna gällande begravning av en i självmord avliden upphävdes först 1908. I den folkliga traditionen har dock långt härefter levt kvar föreställningar om självmord som något skamligt. Ännu in på 1930-talet användes självmordsoffer som anatomiska övningspreparat. Och fortfarande på 1940-talet hände det att äldre människor som försökt ta sitt liv var rädda för straff, trots att det inte längre fanns något sådant i lagstiftningen (Jarrick, 2000).

Det tidigare lagliga och kyrkliga fördömandet, liksom på ett mer primitivt plan moralismen kring självmordet, utgör bakgrunden till varför stigmatisering, skam och tabu fortfarande lever kvar kring självmordsproblematiken och i dag försvårar de suicidpreventiva ansträngningarna (Mäkinen, 1997). Till detta kommer den existentiella dimensionen kring självmord som tvingar oss alla till ställningstagande gentemot döden, vår egen död och till den egna självdestruktiviteten. Dessa ställningstaganden som vi kanske helst vill skjuta på väcks i konfrontationen med de självmordsnära personerna. Om vi är omedvetna om detta, undviker vi att befatta oss med frågan. Detta gäller både den självmordsnäras närmaste omgivning, personal den självmordsnära kommer i kontakt med och även beslutsfattare (Wasserman, 2001).

Tabun och myter

En viktig del i ett suicidpreventivt arbete består i att öka medvetenheten om att självmord och självmordsförsök går att förebygga (Wasserman, 2001) och ogiltiggöra äldre tiders hämmande föreställningar och negativa attityder (Jarrick, 2000). Ett brett folkligt stöd är en nödvändig förutsättning för suicidprevention.

En vanlig uppfattning är att det är farligt att tala eller skriva om självmord. En fras som ”Väck inte den björn som sover” uttrycker en rädsla för att om man talar om självmord, väcker man lust hos åhöraren att ta sitt liv. Forskning finns dock som visar att det inte är farligt, inte ens för ungdomar (Gould et al., 2005). Personer som söker vård för ångest och depression har ofta påträngande suicidtankar. Livet har för dem ingen mening längre. Det är detta de vill och behöver få tala om (Beskow, 2000).

Flera vetenskapliga studier har samtidigt klarlagt att när självmord beskrivs i media – tidningar, Internet, TV – kan en suggestionseffekt uppstå, särskilt bland yngre människor (WHO, 2000). På Internet kan ungdomar lära sig hur man tar sitt liv och även i interaktiva forum uppmuntras till suicidhandlingar (Westerlund, 2006). Problemet med självmordsforum på Internet kan bl.a. förstås mot bakgrunden av samhällets inställning till självmord. Tankar och planer på självmord är fortfarande i dag i stort sett tabu att prata om. Diskussionsgrupper på Internet representerar därmed ett fritt utrymme där i synnerhet ungdomar öppet kan formulera och få svar på sina tankar och känslor kring självmord.

Vi måste både tala och skriva om självmord, men på ett ansvarsfullt sätt, sakligt och med medkänsla. Detta innebär att varken förfasa oss över, glorifiera eller romantisera handlingen. WHO har givit ut ett stödmaterial till massmedierna om hur man ska beskriva suicidhandlingar för att inte framställa självmordsförebilder eller skapa imitationseffekter (WHO, 2000).

En återkommande åsikt är att det aldrig går att hindra en person från att ta sitt liv om han eller hon verkligen har bestämt sig. Så är det inte – självmord kan ofta förebyggas. Av personer som kommer i kontakt med sjukhus för att de velat ta sitt liv är det en mindre andel som senare avlider i suicid; två procent inom ett år och upp till sex procent inom ytterligare några år (Cullberg et al., 1988; Nordström, 1995). Johnsson Fridell et al. (1996) fann att av patienter som vårdats som ineliggande patienter inom psykiatri var det 13 procent som senare avlidit i suicid inom fem år. Någon som säger sig umgås med självmordstankar, som kanske tänker ta sitt liv, ska därför alltid ska tas på största allvar. Den som uppfattat en sådan signal ska alltid ingripa. Att ha utfört ett självmordsförsök innebär att ha passerat den yttersta gränsen i självdestruktivt beteende, vilket utgör en av de allvarligaste riskfaktorerna för fullbordat självmord (Hawton et al., 2003).

Attityder

I likhet med andra människor har sjukvårdspersonal en egen benägenhet till ångest, depression och erfarenhet av emotionella problem, som i en daglig kontakt med suicidala patienter kan förstärkas och ibland kan leda till överidentifikation med eller avståndstagande från den självmordsnära personens problem (Wolk-Wasserman, 1985). Dagligt arbete med svåra suicidala patienter kan ha en känslomässigt avtrubbande effekt, vilket kan resultera i ett slentrianmässigt omhändertagande, men också i egen suicidalitet (Ramberg & Wasserman, 2000).

Flera undersökningar har visat att personalens attityder gentemot självmordsnära patienter är sammansatta. Attityderna kan pendla från å ena sidan ett reserverat förhållningssätt eller osäkerhet, rädsla och ångest vilket minskar förmågan att lyssna på eller tala med patienten och dennes anhöriga om självmordshandlingen, till å andra sidan ett förhållningssätt karaktäriserat av närhet, det vill säga tillit både till sig själv och till patienten och gåvan att lyssna och att ha fokus på patienten (Talseth et al., 1997; Talseth et al., 2000; Wasserman, 2001; Gilje et al., 2005).

Den suicidala personens osäkerhet kan återspeglas i aggressivitet och överlägsenhet mot familj, vänner och personal, trots att hon eller han själv känner sig i grunden underkänd och värdelös. Ytterligare en komplikation i såväl familjen som i vården kan finnas i att patientens ”du tycker inte om mig” kan rymma ett korn av sanning (Maltzberger & Buie, 1974). Bland personalen kan denna ambivalens leda till felgrepp i behandlingen, som en ogenomtänkt utskrivning trots att suicidrisk kvarstår (Wasserman, 2001).

Attityder hos personal som vårdar självmordsnära patienter påverkar vårdens kvalitet och därmed patienternas suicidalitet. Negativa attityder kan förstärka patienternas känsla av värdelöshet och hopplöshet och därmed bidra till den suicidala processen. Grunden till negativa attityder är ofta brist på kunskaper. Studier har visat att det genom utbildning är möjligt att påverka inte bara kunskapsnivån, men även att ändra personalens negativa attityder mot självmordsnära patienter och öka personalens känsla av säkerhet i det suicidpreventiva arbetet (Samuelsson & Åsberg, 2002; Ramberg, 2003; Ramberg & Wasserman, 2003).

I arbetet med självmordsnära personer både i hälso- och sjukvården, socialtjänsten och elevvården kan personalens attityd till den självmordsnära personen beskrivas som ett maktförhållande. Å ena sidan kan personalen utöva sin *makt över* personen genom att oreflekterat bestämma över personen (tvinga, låsa in, demonstrera misstro, distans eller avvisande). Å andra sidan kan personalen tillämpa sin *makt genom att* söka kontakt med personen, samt erbjuda personen sin kunskap om dennes situation och lidande (Talseth, 2001). En sådan attityd är en förutsättning för en god diagnostik och en konstruktiv behandlingsprocess (Skogman, 2006).

Självmoordsnära patienters syn på vården och personalen

Undersökningar av patienters syn på personalen visar att i arbetet med självmoordsnära personer är det viktigt att se patienten och förstå dennes behov, att ha tid för patienten, lyssna på personen utan förutfattade meningar, acceptera känslorna och samtidigt förmedla hopp (Skogman & Öjehagen, 2003). Särskilt väsentligt är att personalen förmår respektera patientens integritet utan att översvämmas av egna känslor av exempelvis oro och ångest eller att hemfalla åt antingen en alltför reserverad hållning eller åt ett överdrivet engagemang (Wolk-Wasserman, 1985; Talseth et al., 1997; Samuelsson et al., 2000; Talseth et al., 2000; Wasserman, 2001; Talseth et al., 2003).

Referenser

- Beskow J (red). Självmoord och självmoordsprevention. Om livsavgörande ögonblick. Lund: Studentlitteratur, 2000.
- Cullberg J, Wasserman D, Stefansson CG. Who commits suicide after a suicide attempt? An 8 to 10 year follow up in a suburban catchment area. *Acta Psychiatr Scand* 1988;77:598-603.
- Gilje F, Talseth AG, Norberg A. Psychiatric nurses' response to suicidal psychiatric inpatients: Struggling with self and sufferer. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12:519-526.
- Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:1635-1643.
- Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry* 2003;182:537-542.
- Jarrick A. Hamlets fråga – En svensk självmoordshistoria. Stockholm: Norstedts förlag, 2000.
- Johnsson Fridell E, Öjehagen A, Träskman-Bendz L. A 5-year follow-up study of suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:151-157.
- Maltsberger JT, Buie DH. Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Arch Gen Psychiatry* 1974;30:625-633.
- Mäkinen I. Suicide-related crimes in contemporary European criminal laws. *Crisis* 1997;18:35-47.
- Nordström P. Survival analytic studies of suicide risk. PhD dissertation, Karolinska Institutet, 1995.
- Ramberg I-L, Wasserman D. Prevalence of reported suicidal behaviour in the general population and mental health-care staff. *Psychol Med* 2000;30:1189-1196.

- Ramberg I-L. Promoting suicide prevention. An evaluation of a programme for training trainers in psychiatric clinical work. PhD dissertation, Karolinska Institutet, 2003.
- Ramberg I-L, Wasserman D. The roles of knowledge and supervision in work with suicidal patients. *Nord J Psychiatry* 2003;57:365-371.
- Samuelsson M, Wiklander M, Åsberg M et al. Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *J Adv Nurs* 2000;32:635-643.
- Samuelsson M, Åsberg M. Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhances attitudes to attempted suicide patients. *Int J Nurs Stud* 2002;39:115-121.
- Skogman K, Öjehagen A. Problems of importance for suicide attempts. The patients' views. *Arch Suicide Res* 2003;7:207-220.
- Skogman K. Understanding suicidality: Suicide risk, sex differences and views of suicide attempters. PhD dissertation, Lund Universitet, 2006.
- Talseth AG, Lindseth A, Norberg A. Nurses' narrations about suicidal psychiatric inpatients. *Nord J Psychiatry* 1997;51:359-364.
- Talseth AG, Jacobsson L, Norberg A. Physicians' stories about suicidal psychiatric inpatients. *Scand J Caring Sci* 2000;14:275-283.
- Talseth AG. Psychiatric care of People at Risk of Committing Suicide. Narrative Interviews with Registered Nurses, Physicians, Patients and their Relatives. PhD dissertation. Umeå Universitet, 2001.
- Talseth AG, Gilje F, Norberg A. Struggling to become ready for consolation: Experience of suicidal patients. *Nurs Ethics* 2003;10:614-623.
- Wasserman D. Strategy in suicide prevention. In: Wasserman D (Ed) *Suicide – An unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd, 2001:211-216.
- Wasserman D. The work environment for health care staff. In: Wasserman D (Ed) *Suicide – An unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd, 2001:237- 242.
- Westerlund M. Preliminära uppgifter kring Internetanvändning. Manuskript, JMK/NASP, 2006.
- WHO. Preventing suicide: A resource for media professionals. 2000.
- Wolk-Wasserman D. The intensive care unit and the suicide attempt patient. *Acta Psychiatr Scand* 1985;71:581-595.

Terminologi; "själv mord" eller "suicid"?

Hur människor talar om självmord har stor betydelse både för den som planerar ett suicid, den som vill hjälpa en suicidal person och den som vill hålla nere samhällets suicidfrekvens. Sätten att resonera bygger på medvetna och omedvetna irrationella föreställningar om självmordet som varit radikalt olika under olika tidsepoker (Beskow et al., 2005).

För en del människor kan ordet självmord föra tankarna till mord och kriminella handlingar och de föredrar då att "själv mord" ersätts av "suicid", eller att uttrycket "begå självmord" ersätts av "att ta sitt liv". För andra kan termen suicid uppfattas som alltför klinisk och avståndstagande och av den anledningen kanske stötande eller kränkande. Den kan också ses som ett uttryck för förnekande och tabubeläggning nämligen att undvika att nämna företeelsen vid sitt rätta namn.

Förändringen i beteckningen av företeelsen "själv mord" 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 mönstrats ut. Nu används ofta "suicid", såväl kliniskt som i forskning efter engelskans "suicide" – liksom det svenska "slaganfall" ersatts av "stroke" eller "kräfta" av "cancer". Däremot är det inte säkert att suicidbegreppet är förankrat bland allmänheten och kan därför missförstås. Ett levande språk utvecklas kontinuerligt.

Skiftningen i terminologi från "självspilling" och "själv mord" till "suicid" och "att ta sitt liv" återspeglar olika tiders värdering av självmordet – från fördömande till mer sakliga termer.

Sammanfattningsvis finns det alltså argument både för och emot benämningarna "suicid" respektive "själv mord". Det finns en mening med att använda sig av båda uttrycken och avledningar därav, att växla mellan begreppen som ett sätt att söka sig fram för att hitta den beteckning som är mest lämplig i sammanhanget. Ibland kan den svenska beskrivningen vara mer lämplig för att på ett bättre sätt förmedla känslan bakom en persons beteende, som t.ex. ordet självmordsnära.

Språk – kommunikation

Suicidalitet har ett starkt inslag av kommunikation och inte minst av brister i kommunikation mellan den självmordsnära personen och hans eller hennes omgivning (Wolk-Wasserman, 1986; Beskow et al., 2005). Ibland kan kommunikations- och informationsbristerna framstå som gigantiska. Kommunikationsbrister sammanhänger också i hög grad med utbildningsbrister.

Självmondsbenägenhet kan förmedlas på ett verbalt och icke-verbalt sätt men kräver att vi alla vågar uppfatta kommunikationen. Ibland kan dock kommunikationen vara omöjlig att förstå för en utomstående. Yttrandena måste ses i sitt sammanhang för att kunna tolkas som just meddelanden om självmondsplaner. Ofta är förståelsen möjlig först i efterhand (Rudestam, 1971; Isometsä et al., 1995; Fleischer, 2000). Det finns exempel på självmond där vederbörande i efterhand sägs ha varit paradoxalt förnöjsam och samlad före självmondet. I detta sammanhang kan nämnas att män som suiciderar mycket sällan kommunicerar om sina suicidtankar och övriga problem. De söker inte heller hjälp men kan använda sig av icke-verbala kommunikationsformer. För att förstå självmondskommunikationen krävs beredskap och träning (Nationella rådet för självmondsprevention et al., 1996).

Kommunikationsaspekterna är viktiga för att det självmondspreventiva arbetet ska lyckas, eftersom en öppen kommunikation kring självmond hindras dels av tabuering, dels av skam orsakad av stigma och skuld till följd av tystnaden kring dessa frågor.

Referenser

- Beskow J, Palm Beskow A, Ehnvall A. Suicidalitetens språk. Socialmedicinsk tidskrift 2005;82:458-67.
- Fleischer E. Den talende tavshed. Selvmord of selvmordsforsog som talehandling. Odense: Odense Universitet, 2000.
- Isometsä E, Heikkinen ME, Marttunen MJ et al. The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? Am J Psychiatry 1995;152:919-922.
- Nationella rådet för självmondsprevention. Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, NASP. Stöd i självmondskriser – Nationellt program för utveckling av självmondsprevention, 1995.
- Nationella rådet för självmondsprevention. Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och NASP. Om livet känns hopplöst – stöd till självmondsnära medmänniskor, 1996.
- Rudestam KE. Stockholm and Los Angeles: A cross-cultural study of the communication of suicidal intent. J Consult Clin Psychol 1971;36:82-90.
- Svenska psykiatriska föreningen och Spri. Självmondsnära patienter – kliniska riktlinjer för utredning och behandling, 1997.
- Wolk-Wasserman D. Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. Acta Psychiatr Scand 1986;73:481-499.

Suicidpreventionens etik

Två grundläggande etiska principer kan komma i konflikt med varandra när det gäller självmord och självmordshandlingar. Den ena principen rör det etiska kravet att göra gott, att lindra lidande och att rädda liv. Den andra grundsatsen gäller respekten för en människas rätt till självbestämmande.

Frågan om en människa äger sitt liv har debatterats. Frågeställningen har fått allt större betydelse i takt med att religionens inflytande över våra liv avtagit och individualismen för många blivit en självklarhet.

Måste man inte respektera den enskilde människans rätt till integritet och rätt till självbestämmande över sitt eget liv? Jo, förvisso, men självmord handlar inte alltid om ett fritt val. Personen i fråga ser ingen annan utväg och upplever ingen handlingsfrihet. Den självmordsnäras tanke är: ”Visst vill jag leva, men inte så här!” Många gånger är föreställningen om den suicidala människans rätt till sitt liv eller sitt självmord framsprunget som ett försvar för att hantera sin egen rädsla och för att slippa se och ingripa, mer än som resultatet av ett filosofiskt resonemang.

Värderingar och överväganden

Självmord upplevs ofta som ett tabubelagt ämne inom hälso- och sjukvården. När vi försöker definiera vari suicidproblematiken består, kan därför psykologiska och sociala spärrar uppstå som hindrar oss från att ställa de viktiga frågorna. Denna broms eller försiktighet kan då ses som etiska överväganden men kan resultera i att det som behöver göras för att förhindra en självmordshandling uteblir. Den hjälpbehövandes signaler om hjälp når inte fram. Det etiska hänsynstagandet kan i detta fall skada i stället för att göra gott.

Vid inventeringar av självmordsproblematik uppkommer ofta spärrar i form av en försiktighet, vilket kanske resulterar i att handlingskraften hindras med hänvisning till etiska överväganden. Detta kan dock innebära en omvänd stigmatisering – den hjälpbehövande blir inte sedd, upplever sig förbigången med tystnad och kanske blir skadan då värre än om man underlåtit att visa denna ”etiska hänsyn”.

De flesta självmord innebär konsekvenser för omgivningen. I många fall leder ett självmord till ett livslångt lidande för den avlidnes närmaste (Michel et al., 2002; Jordan & McMenamy, 2004; Mitchell et al., 2005).

I den allmänna suicidpreventionen finns inget etiskt kontroversiellt – här handlar det helt enkelt om att främja livet. Av annan karaktär är den enskilda kliniska situationen, där en viss individ bedöms vara i riskzonen för självmord. Vid ett sådant tillfälle finns ofta inte tillräcklig information om bakgrunden till den aktuella handlingen. Den etiska grundprincipen är därför enkel. Människor som kommer till ett sjukhus eller en mottagning ska räddas till livet och hindras från att begå självmordshandlingar. Här kan

användningen av tvångsvård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) bli en nödvändig och självklar del. Även vid starkt uttryckta dödsönskningar hos mycket svårt somatiskt sjuka, exempelvis cancerpatienter, visar forskning att dessa önskningar kan ändras inom loppet av samma dygn och kan vara övergående (Chochinov, 2001). Endast ett fåtal personer tar sina liv efter ett långt och moget övervägande. De flesta självmord inträffar i en kaotisk livssituation som präglas av stark ångest, stark förvirring, starkt nedsatt uppfattningsförmåga och bristande möjlighet att hitta lösningar, samt avsaknad av sedvanliga bemärstringsstrategier, s.k. copingstrategier (Zouk et al., 2006).

När det gäller personer som matvägrar (indirekt självmord) kan detta förekomma bland gamla människor, men problematiken finns också hos unga med anorexisk sjukdom och även hos vissa personer för att uppnå politiska mål. I akuta situationer kan det vara omöjligt att göra en etisk analys, och då ska livräddande behandling prioriteras.

En särskild komplikation utgörs av de sviktande resurserna inom sjukvården. Den som första gången söker för suicidal problematik – allvarliga självmordstankar eller självmordsförsök – måste kunna få en slutenvårdsplats och ordentligt utrymme för att noggrant utredas ur psykiatrisk, psykosocialt och relationsmässigt perspektiv. Den som kommer in akut efter ett självmordsförsök måste erbjudas snabb och lämplig behandling. Bristande tillgång på både vårdplatser och personal innebär en etisk konflikt med den övergripande principen att rädda liv.

En omgivning som tydligt uttrycker att den vill att individen fortsätter leva, tillsammans med ett aktivt stöd och snabb behandlingsintervention i krissituationer utgör de starkaste självmordsförebyggande krafterna.

Referenser

- Chochinov HM. Depression in cancer patients. *Lancet Oncol* 2001;2:499-505.
- Jordan JR, McMenamy J. Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide Life Threat Behav* 2004;34:337-349.
- Michel PO, Lundin T, Otto U. Psykotraumatologi: Bedömning, bemötande och behandling av stresstillstånd. Lund: Studentlitteratur, 2002.
- Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG et al. Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35:498-506.
- Zouk H, Tousignant M, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Characterization of impulsivity in suicide completers: Clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *J Affect Disord* 2006;92:195-204.

Vetenskapliga perspektiv på suicid

Själv mordets etiologi är mångfaktoriell. Själv mordet är ett slutsteg i en längre eller kortare tids process, där biologiska, sociala, psykologiska och existentiella faktorer samverkar. Detta synsätt sammanfattas i den så kallade stress-sårbarhetsmodellen som inkluderar komponenter från skilda teoretiska referensramar (Rubinstein, 1986; Mann et al., 1999).

Stress-sårbarhetsmodellen

I modellen betonas samspelet mellan arv och miljö och skillnader mellan den friska och den självmordsnära personen såsom individuell sårbarhet, betingad både av medfödda biologiska faktorer och av miljöfaktorer. Här inverkar också personlighetsvariabler som individens problemhanteringsförmåga och förmåga till återhämtning.

Problemhanteringsförmåga och förmåga till återhämtning kan avgöra om en individ hamnar i en suicidal situation när flera suicidala riskfaktorer ansamlats.

När det gäller skillnader mellan suicidala och friska personer är den biologiska grunden mest underbyggd genom forskningen rörande serotonin-systemet (Åsberg et al., 1976) och stressaxeln (hypofys-talamus-binjure-axeln, även benämnd HPA-axeln) (Westrin & Niméus, 2003; Wasserman et al., 2006). Kunskapen om samspelet mellan arv och miljö i förhållande till psykisk sjuklighet och suicidalitet har under senare år avsevärt förstärkts (Caspi et al., 2003).

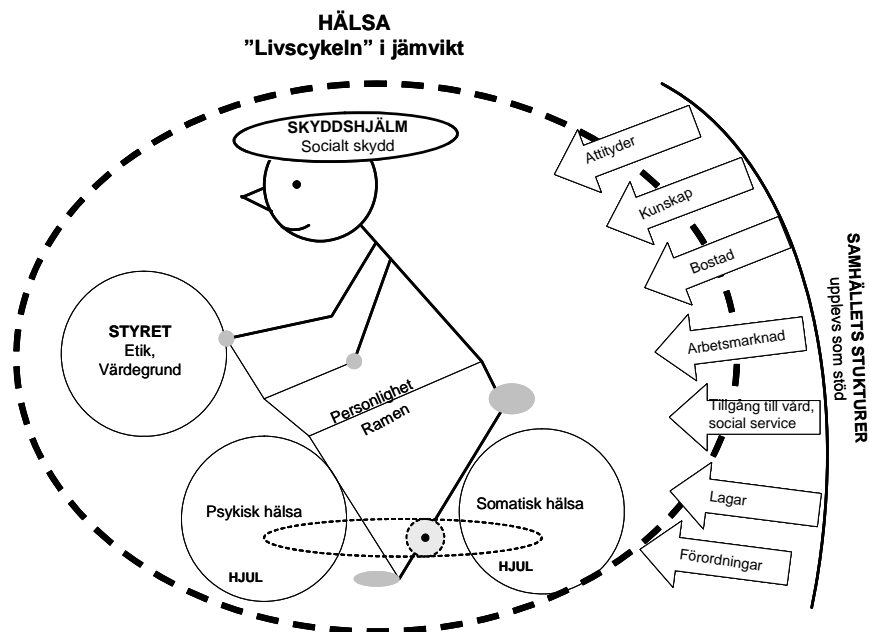
Den suicidala personen

Hälsa

Bilden av en cyklist kan användas för att åskådliggöra dimensionen balans, hälsa och liv gentemot obalans, stress och suicidalitet. Styret fungerar vilket innebär att man har kontrollen över sitt liv och att livet känns meningsfullt och hoppfullt. Skyddshjälmen symboliserar att den sociala tryggheten i form av arbete, bostad, ekonomi, utbildning etc. upplevs tillfredsställande. De sociala nätverken fungerar och personen har framtidsvisioner.

Cykeln ram symboliserar personligheten som karakteriseras av god självkänsla, kommunikationsförmåga, öppenhet för andras erfarenheter och förmåga att söka hjälp. Tillgång till bemästringsstrategier ger möjlighet att bemöta livets svårigheter med balans.

När inre biologiska och yttre livsfaktorer fungerar väl, har cyklisten psykisk och fysisk hälsa. Existensen känns meningsfull och samhällets lagar, föreskrifter och strukturer upplevs som ett stöd för utveckling och god hälsa – individen och cykeln är i balans och för cyklisten genom livet dit han önskar (bild 1).



D. Wasserman (Oxford University Press. The Textbook of Suicidology. The Five Continents Perspective, in press).

Bild 1. Cykelhjulen och ramen påverkas av samverkan på individnivå mellan arv och miljö ("grusad" respektive "slät" väg). Styret är i balans och håller kursen med hjälp av etiska och existentiella värdegrunder. Skyddshjälmen ger trygghet och samhällets strukturer upplevs av individen som skydd.

Suicidalitet

Komplicerad psykisk sjukdom är den vanligaste riskfaktorn för självmordsbenägenhet (Beskow, 1979; Brådvik, 2000; Ösby, 2000). Hos känsliga personer med vissa personlighetsdrag kan suicidalitet utlösas av stress, relationsproblem, våld och psykiskt trauma, olika typer av förluster i vid mening, fattigdom, arbetslöshet, alkohol- eller drogmissbruk, somatisk sjukdom och värtillstånd (Stenager & Stenager, 1992; Ferrada-Noli, 1996; Niméus et al., 1997; Lindberg, 1998; Magne-Ingvar 1999; Skogman & Öjehagen, 2003; Ringbäck Weitof & Rosén, 2005; Sher, 2006). Sådana påfrestningar kan hos den sårbara individen allvarlig skada på självaktningen (Shneidman, 1993; Beck-Friis, 2005) eller innebära en svår narcissistisk kränkning (Grunberger, 1979) och leda till självmordstankar.

Suicidtankar ingår också i den normala människans existentiella livskamp, framför allt i tonåren, men även senare i svåra livssituationer. Att ha ställt sig inför ett val med döden som ett alternativ kan medföra att man sedan kan välja livet med så mycket större övertygelse (Beskow, 2000).

När inre biologiska och yttre livsfaktorer inte fungerar råkar en sårbar cyklist i psykisk och fysisk ohälsa. Den sårbara personen hamnar i en återvändsgränd och upplever utanförskap, ensamhet, hopplöshet och meningslöshet. De samhällsskyddande strukturerna tillvaratas inte och sårbarheten ökar tillsammans med en dålig självkänsla. Då kommer den personens cykel ur balans och färden fungerar inte (a). Det kan leda till att personen blir självmordsnära. Den suicidala processen kan ta kortare eller

längre tid och man måste alltid ta hänsyn till tidsaxeln vid bedömning av självmordsnära personer (Wasserman, 2001).

En självdestruktiv handling utlöses hos en sårbar individ först när flera riskfaktorer anhopas samtidigt som omgivningens stöd saknas eller upplevs som otillräckligt. Även en mycket sårbar människa med medfödd eller förvärvad benägenhet för suicidalitet tar inte sitt liv om inte flera extrema påfrestningar inträffar samtidigt (Wasserman, 2001). Det finns vetenskapligt stöd att psykiatrisk sjuklighet och suicidalitet överförs i familjen oberoende av varandra (Brent & Mann, 2005; Mitteldorfer Rutz, 2005).

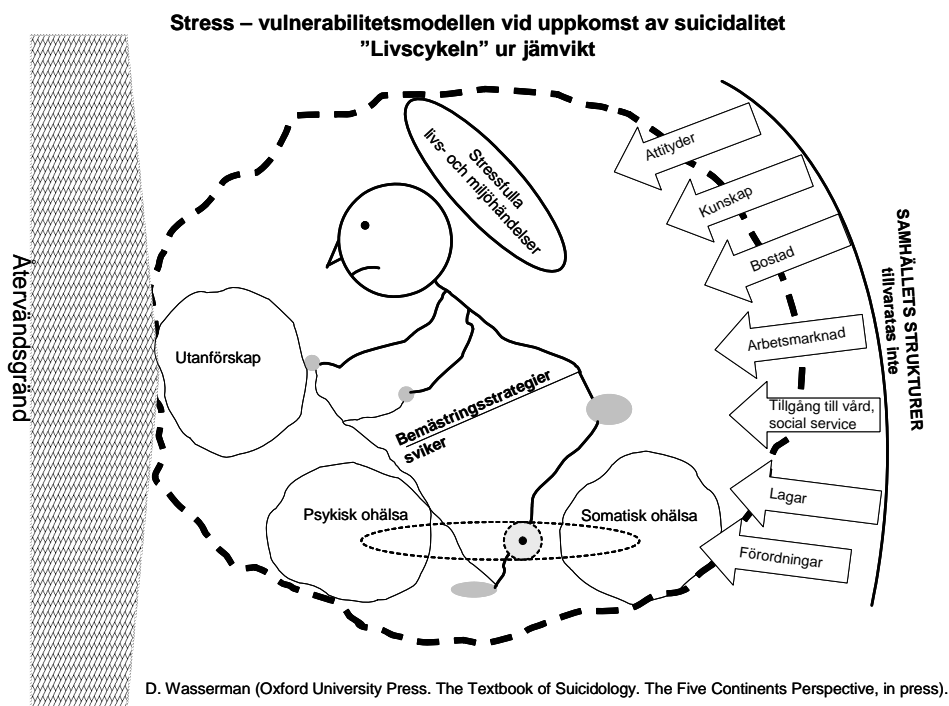


Bild 2. Den suicidala personen klarar inte av färden genom livet. Cykeln och föraren har havererat genom att köra in i väggen, eller hamna i en återvändsgränd. Luften saknas i däcken, styret och ramen har skadats och skyddshjälmen fallit av och ger inte det skydd som det är tänkt.

Psykologiskt olycksfallsperspektiv

Stress-sårbarhetsmodellen kan också tolkas utifrån teoribildningen kring katastrofer och olycksfall (Beskow, 2000). I analogi med hur en trafikolycka kan uppstå, kan man se på suicid som ett psykologiskt olycksfall. Halt väglag, slitna däck, alkoholpåverkad förare – en serie av var för sig mindre allvarliga faktorer kan samverka till ett katastrofalt resultat. Så kan processen också gestalta sig för uppkomsten av ett suicid. Risken för suicid kan höjas genom att inte bearbeta ett psykiskt trauma (exempelvis till följd

av fysiskt eller psykiskt våld, eller en skilsmässa) vilket kan resultera i psykisk ohälsa, som individen avstår från eller missar att få behandlad. Om andra kroniska eller akuta riskfaktorer tillkommer, samtidigt som omgivningens stöd och protektiva faktorer saknas, och livets påfrestningar hanteras med alkoholintag, kan till och med en måttlig alkoholmängd släppa på hämningarna och utlösa ett suicid (Wasserman, 2001).

Ett psykologiskt olycksfallsperspektiv kan minska de anhörigas skuldbörda, eftersom det sprider insikten om ansvaret för suicidprevention till flera aktörer. Detta ansvar innebär att inte öka risken för ett möjligt psykologiskt olycksfall genom bristande rutiner, försumlighet eller otillräcklig kunskap. När kunskapen blir mer allmänt utbredd om hur ett suicid kan förebyggas, vilket också inbegriper nödvändigheten att samtidigt tillämpa flera angreppssätt (psykiatriska och psykologiska, somatiska, sociala och existentiella), kommer var och en, individ, grupp och organisation, att bli varse sitt ansvar.

Referenser

Beck-Friis J. När Orfeus vände sig om – en bok om depression som förlorad självaktning. Stockholm: Natur och kultur, 2005.

Beskow J. Suicide and mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiatr Scand* 1979;277(Suppl):1-138.

Beskow J (red). Självmord och självmordsprevention. Om livsavgörande ögonblick. Lund: Studentlitteratur, 2000.

Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2005;133:13-24.

Brådvik L. Suicide in severe depression. A longitudinal case-control study. PhD dissertation, Lund Universitet, 2000.

Caspi A, Sugden K, Moffit TE et al. Influence of life stress on depression. Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-389.

Ferrada-Noli, M. Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior in immigrants to Sweden. PhD dissertation, Karolinska Institutet, 1996.

Grunberger B. Suicide of melancholics (J. Diamanti, Trans.). In B. Grunberger, *Narcissism: Psychoanalytic essays* (pp. 241-266). New York: International Universities Press. (Original work published 1968), 1979.

Lindberg E. Death. A social psychological study of (un)willingness towards living. PhD dissertation, Uppsala Universitet, 1998.

Magne-Ingvar U. Persons who attempt suicide – social characteristics, social network and significant others. PhD dissertation, Lunds Universitet, 1999.

Mann JJ, Waternaux C, Haas G et al. Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999;156:181-189.

- Mittendorfer Rutz E. Perinatal and familial risk factors of youth suicidal behaviour. PhD dissertation, Karolinska Institutet, 2005.
- Niméus A, Träskman-Bendz L, Alsen M. Hopelessness and suicidal behavior. *J Affect Disord* 1997;42:137-144.
- Ringbäck Weitoft G, Rosén M. Is perceived nervousness and anxiety a predictor of premature mortality and severe morbidity? A longitudinal follow up of the Swedish survey of living conditions. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:794-798.
- Rubinstein DH. A stress-diathesis theory of suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1986;16:182-197.
- Sher L. Alcoholism and suicidal behavior: A clinical overview. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:13-22.
- Shneidman ES. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:145-147.
- Skogman K, Öjehagen A. Problems of importance for suicide attempts. The patients' views. *Arch Suicide Res* 2003;7:207-220.
- Stenager EN, Stenager E. Suicide and patients with neurologic diseases. Methodologic problem. *Arch Neurol* 1992;49:1296-1303.
- Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: Wasserman D (Ed) *Suicide – An unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd, 2001:13-27.
- Wasserman D. Strategy in suicide prevention. In: Wasserman D (Ed) *Suicide – An unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd, 2001:211-212.
- Wasserman D, Geijer T, Sokolowski M, et al. Genetic variation in the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis regulatory factor, T-box 19, and the angry/hostility personality trait. *Genes Brain Behav* 2006; [Epub ahead of print].
- Westrin A, Niméus A. The dexamethasone suppression test and CSF-5-HIAA in relation to suicidality and depression in suicide attempters. *Eur Psychiatry* 2003;18:166-171.
- Åsberg M, Träskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:1193-1197.
- Ösby U. Mortality in schizophrenia and affective disorder. PhD dissertation, Karolinska Institutet, 2000.

Protektiva faktorer

Forskningen kring skyddande faktorer mot suicidalitet är ännu begränsad (Wasserman, 2001).

Det är dock uppenbart att personliga skyddande faktorer kan vara en god uppfattningsförmåga och en personlighet med känsla av personligt värde, gott självförtroende, förmågan att söka hjälp när svårigheterna hopar sig och att be om råd när viktiga val måste göras, öppenhet inför andra människors erfarenheter och lösningar, beredvillighet att lära sig liksom god kommunikationsförmåga.

Kultur och socialt stöd skyddar också mot suicidalitet. Goda familjerelationer, stöd från familjen eller sociala nätverk och benägenhet att söka stöd vid svårigheter samt god social integration genom arbete och andra aktiviteter skänker en meningsfullhet åt individens liv vilket utgör en starkt skyddande faktor.

Även sådana komponenter som god sömn, allsidig diet och fysisk motion är bland de miljöfaktorer som ger (på fysiologisk nivå) det centrala nervsystemet och (på personlighetsnivå) individen chansen att återhämta sig och bibehålla en psykisk och fysisk balans vilket är en förutsättning för hälsa.

En viss genetisk uppsättning är sannolikt också av betydelse som protektiv faktor (Wasserman, 2001; Caspi et al., 2003).

Referenser

Caspi A, Sugden K, Moffit TE et al. Influence of life stress on depression. Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-389.

Wasserman D. A stress- vulnerably model and the development of the suicidal process. In: Wasserman D (Ed) *Suicide – An unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd, 2001:13-27.

Risikfaktorer för suicid och suicidförsök

Psykisk sjukdom

Själv mord kan ibland av omgivningen upplevas som en rationell handling. Några gånger finns också en sådan rationalitet. De allra flesta självmord är emellertid resultatet av en handling utförd under starkt inflytande av psykisk störning och svår ångest i en outhärdlig livssituation, där stöd från omgivningen saknats eller varit otillräcklig eller inte funnits på det sätt som individen önskat och behövt (Wasserman, 2001).

Cirka 90 procent av alla som tar sina liv lider av en psykisk störning eller sjukdom, vanligtvis depression, missbruk och schizofreni eller andra icke affektiva psykotiska tillstånd (Beskow, 1979; Runeson, 1990; Åsgård, 1990; Brådvik, 2000; Waern, 2000; Ösby, 2000). Av dem som suiciderat har dessförinnan ungefär hälften dessförinnan någon gång haft kontakt med den psykiatriska vården (Beskow, 1979; Åsgård, 1990).

Det är viktigt att betona att de flesta personer som lider av depression, personlighetsstörning, psykos, alkoholmissbruk eller andra psykiska sjukdomstillstånd inte tar sina liv. Det finns vetenskapligt stöd för att suicidaliteten överförs i familjer oberoende av den psykiatriska sjukligheten (Brent & Mann, 2005; Mittendorfer Rutz, 2005) och att suicidalitet och psykiatrisk sjukdom därför måste analyseras och behandlas var för sig.

Depression

Man räknar med att punktprevalensen, dvs. alla som i ett givet ögonblick – just nu – har en depression, är 3–5 procent av befolkningen (Hagnell, 1989; Wasserman, 2003). Det finns flera olika typer av depression, från dystymi (tidigare benämnd neurotisk depression) till djup depression med psykotiska inslag (Halbreich & Kahn, 2006). Bipolär affektiv sjukdom innebär svängningar mellan maniska (upprymda) och depressiva episoder. Depression förekommer i alla åldrar och kan debutera tidigt. Återfallen kan innebära ett livslångt pendlande mellan depressiva skov med suicidrisk och symtomfria perioder. Ungdom och äldre uppvisar också speciella varianter av den klassiska depressionsbilden (Wasserman, 2003; SBU, 2004a,b,c). Ibland finns det dessutom skillnader i depressionsbilden mellan män och kvinnor (Wasserman, 2003; Möller-Leimkuhler et al., 2004).

Dödligheten i suicid vid depression är 10–15 procent och detsamma gäller vid bipolär sjukdom (Davies et al., 2001; Hawton et al., 2005b). Även personer med dystymi har en förhöjd dödlighet i suicid. Depression är vanligare hos kvinnor än hos män men ändå suiciderar män oftare än kvinnor, vilket är viktigt att beakta i självmordspreventivt arbete (Lindqvist et al., 2006; Socialstyrelsens, 2006).

För varje återfall i depression försvåras sjukdomsbilden och suicidrisken ökar. Vid långtidsuppföljningar av allvarlig depression har suicidrisken visat sig större för män jämfört med kvinnor (Brådvik, 2000).

Ångestsjukdomar

Ångest är ett vanligt förekommande symtom vid depression och ökar suicidrisken flerfaldigt (Sareen et al., 2005; SBU, 2005a,b). Ångest är dessutom ofta en försummad komponent vid suicidproblematik. En genomgång av FDA:s databas omfattande diagnoserna generaliserad ångest (GAD), panikångest, posttraumatisk stressyndrom (PTSD), social fobi och tvångssyndrom (OCD) har visat att risken för suicid hos dessa patienter är större än man tidigare insett (Khan et al., 2002). Undersökningar har visat att personer som utfört suicidförsök ofta har haft en stark ångestupplevelse före själva handlingen (Fawcett, 2001; Pendse et al., 2004; Titelman et al., 2004). Vid anamnes på tidigare självmordsförsök är det viktigt att uppmärksamma att förhöjd ångestnivå vid bipolär sjukdom, schizofreni, emotionell instabil personlighetsstörning (borderline) och beteendestörningar är vanligt (SBUa, b, 2005).

Beroendesjukdomar

Dödligheten för personer med alkoholberoende är fyra gånger normalbefolkningens, varav hälften av dödsfallen till följd av våldsamma orsaker – olyckor eller suicid. Långtidsuppföljningar visar att cirka sju procent av de alkoholberoende personerna avlider till följd av suicid (Norström & Rossow, 1999; Andreasson et al., 2006).

Det är viktigt att personer med alkoholberoende får en psykiatrisk bedömning, liksom att den psykiatriska vården inte förbiser alkoholberoende hos sina patienter (Berglund & Öjehagen, 1998; Kölves et al., 2006). Många alkoholberoende personer fungerar ofta socialt, vilket kan förklara varför den psykiatriska vården inte uppmärksammar deras beroendeproblem.

Drogmissbruk är ofta förenat med aggressivitet, våld och kriminalitet med ökad risk för suicidförsök (Carlsten, 2000; Johansson, 2002) och dödlighet i (våldsrelaterade) olyckor. Cirka tio procent dör i suicid (Fugelstad, 1997; Thiblin, 1999).

Psykos

Schizofreni, affektiva psykos – vid mani eller depression – schizoaffektiv psykos, drogutlöst psykos och organisk psykos utgör risktillstånd för suicid.

Schizofreni förekommer hos cirka en procent av befolkningen världen över. Cirka tio procent av schizofrena avlider till följd av suicid, som vanligtvis inträffar under de första åren av sjukdomen innan patienten lyckats finna ett yttre stöd och en inre jämvikt med ett accepterande av sitt tillstånd. Vid schizoaffektiva och andra psykotiska tillstånd är suicidrisken också förhöjd (Ösby, 2000; Hawton et al., 2005a; Nordentoft & Qin, 2006).

Ätstörningssjukdomar

Omkring 1–2 procent av Sveriges tonårsflickor lider av ätstörningssjukdomarna *Anorexia nervosa* och *Bulimia nervosa*. I Sverige har dödligheten tidigare legat på 3–4 procent varav hälften med suicid som dödsorsak. I en svensk kohortstudie publicerad 2006 visas att dödligheten gått ned till 1–3 procent och att endast cirka 25 procent av dödsfallen hade suicid som dödsorsak (Lindblad et al., 2006). Prognosen försämras dock vid samsjuklighet, vilket är vanligt förekommande, och särskilt om man samtidigt lider av depression eller missbrukar.

Personlighetsstörningar

Personlighetsstörningar innebär ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö. Störningarna kan komma till uttryck på många olika sätt men leder generellt till verkligt lidande, försämrade psykosocial anpassning och en ofta förekommande suicidal problematik.

Suicidalitet återfinns hos människor med personlighetstyper som karaktäriseras av låg stresskänslighet, pessimism, impulsivitet, osäker självbild, emotionell instabilitet och svårigheter att skapa stabila och varaktiga personliga relationer. Suicidalitet kan även förekomma hos personer med överambitiösa drag eftersom de kan uppleva frustration när verkligheten inte överensstämmer med deras förväntningar på sig själva och omvärlden (Wasserman, 2001; Brezo et al., 2006; Horesh & Apter, 2006).

Även hos borderline, antisociala, narcissistiska, histrioniska och tvångsmässiga personlighetsstörningar förekommer självmordsbeteende. Cirka 50 procent av dem som vårdas inom sjukvården efter ett suicidförsök har fått diagnosen personlighetsstörning (Kullgren et al., 1998; Persson, 1999; Söderberg, 2004). Var tionde individ som gjort ett suicidförsök och har diagnosen borderline avlider senare i suicid (Paris, 2003; Black et al., 2004; Brezo et al., 2006; Oldham, 2006).

Neuropsykiatriska sjukdomar

Att ha någon neuropsykiatrisk störning som adhd (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder), autismspektrumstörning och Aspergers syndrom är en riskfaktor för depression och ångest (Mikami et al., 2006) vilka i sin tur är riskfaktorer för självmord och självmordsförsök.

Samsjuklighet

Samsjuklighet innebär att ett sjukdomstillstånd förekommer samtidigt med ytterligare ett eller flera, exempelvis schizofreni samtidigt med depression och alkoholberoende. Suicidrisken hos personer med beroendeproblem är ofta starkt förknippad med en samtidig depressionssjukdom. Samsjuklighet förhöjer både suicidförsök och suicidrisken kraftigt. Detta gäller särskilt om personlighetsstörningar och negativa livshändelser dessutom tillkommer

(Friedman et al., 1992; Magne-Ingvar et al., 1999; Persson et al., 1999; Brådvik, 2000; Cedereke, 2002).

Somatisk sjukdom

En somatisk sjukdom är inte tillräckligt för att framkalla suicidalitet. Tankar på självmord som en utväg när sjukdomen ger svårt lidande är inte ovanliga men innebär inte automatiskt en hög suicidrisk (Chochinov et al., 2005). I svåra livssituationer kan suicidala tankar till och med vara till hjälp för att uthärda osäkerheten och förstärka känslan av kontroll, och kan därför ses som en bemästringsstrategi (copingstrategi).

En kroppslig sjukdom är förenad med förhöjd suicidrisk när sjukdomen är kronisk, medför funktionsinskränkningar, har en negativ prognos eller när personen lider av en komplicerad och svår smärtproblematik och samtidigt upplever ensamhet och övergivenhet. Detta gäller särskilt om det handlar om en känslig person. Bilden är ofta kombinerad med depression eller annan psykisk sjukdom.

Förhöjd suicidrisk kan förekomma särskilt under tiden innan diagnosen ställs eller strax efter det den har meddelats, eftersom upplevelsen av denna kunskap kan vara chockartad och stormig (Juurlink et al., 2004; Waern, 2000).

Cancer

Ökad risk för suicid hos personer med cancer har uppmärksammats i flera studier (Allebeck & Bolund, 1991; Hem et al., 2004; Björkenstam et al., 2005).

Neurologiska sjukdomar

Denna sjukdomsgrupp är näst efter cancer den största sjukdomsgruppen som undersökts med tanke på eventuell suicidalitet. Multipel skleros (MS), Huntingtons chorea, ryggmärgsskador, epilepsi, migrän, traumatisk hjärnskada, stroke och mental retardation är sjukdomstillstånd som ofta medför förhöjd suicidrisk. Vid neurologiska sjukdomar förekommer dessutom ofta en psykisk samsjuklighet; exempelvis är depression vanligt förekommande (Stenager et al., 1998; Teasdale & Engberg, 2001; Arciniegas & Anderson, 2002; Caine & Schwid, 2002; Fredrikson et al., 2003).

Intressant är att Parkinsons sjukdom visar ett annat mönster. En stor undersökning från USA visade på en tio gånger reducerad suicidrisk jämfört med normalpopulationen. Den låga risken kan kanske förklaras med att sjukdomsdebuten sker vid hög ålder samt att det finns goda möjligheter till behandling och uppföljning av sjukdomen (Stenager et al., 1994; Myslobodsky et al., 2001).

Smärta, värk och suicidalitet

Suicidalt beteende är vanligt hos patienter med svåra och kroniska smärtor och värk (Tang & Crane, 2006).

Andra somatiska sjukdomar

Äldre män med tinnitus, och som dessutom är socialt isolerade och har psykiska besvär, har en betydande förhöjd suicidrisk (Lewis, 2002; Erlandsson & Persson, 2006). Crohns sjukdom och ulcerös colit som ofta drabbar unga människor innebär smärtor, kirurgiska ingrepp och praktiska problem i den dagliga livsföringen. Vissa tecken på ökad dödlighet i suicid har uppmärksammats i patientgrupper med dessa två sjukdomar (Prior et al., 1981).

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), HIV (Human Immunodeficiency Virus)-infektion.

Sedan 1980-talet har kunskapen om AIDS och HIV förbättrats avsevärt, liksom möjligheterna till behandling av dessa sjukdomstillstånd. Detta har även minskat antalet suicid i denna patientgrupp. Även om personer med hiv och aids är mer sårbara är suicidrisken numera jämförbar med andra somatiska sjukdomar (Shelton et al., 2006).

Yttre stressfaktorer

Tidigare har vi behandlat de psykiatriska diagnoser som är aktuella vid suicidalitet, det vill säga depression, ångest, psykos, beroende och personlighetsstörning, och efter det somatisk sjuklighet.

Om belastande yttre händelser eller förändringar i livssituationen läggs ovanpå dessa diagnoser och sjukdomar, kan suicidförsök eller suicid bli ett faktum om individen inte finner en bemästringsstrategi (Heikkinen et al., 1994).

Yttre stressfaktorer handlar om förändringar i social eller ekonomisk status, som att förlora arbetet, att drastiskt sjunka i socialt status, att förlora körkortet, att flytta, att emigrera eller drabbas av förluster – av närstående, av hälsan, av kulturell och språklig tillhörighet som vid utvandring – och givetvis vid omstörtande händelser (Runeson et al., 1996; Johansson, 1997; Hjern & Allebeck, 2002; Skogman & Öjehagen, 2003).

Andra påfrestningar kan vara förknippade med övergångar till nya livsfaser som att lämna föräldrahemmet för att skapa sig ett eget vuxet liv, eller vid menopaus eller pensionering (Wasserman, 2001; Dahlin et al., 2005).

Psykiska trauman som uppstår genom psykiska och fysiska övergrepp, som incest, misshandel, våldtäkt och tortyr, är vidare starkt förknippade med risker för både suicid och självmordsförsök (Caspi et al., 2003; Salander Renberg et al., 2004; Söderberg et al., 2004; Lindgren et al., 2006). Mobbning, i skolan eller på arbetsplatsen, utgör också risksituationer för suicidalitet (Kaltiala-Heino et al., 1999; Kim et al., 2005; Park et al., 2006).

Barndomstrauman förblir ofta olösta om barnet lever i en dysfunktionell familj som inte är kapabel att ta hand om barnet efter en svår upplevelse

(Shneidman, 1993; Dube et al., 2001). Personer med suicidproblematik kommer ofta från skilsmäsohem eller familjesituationer där den ena eller båda av föräldrarna hade emotionella problem och/eller en psykisk sjukdom. Typiska exempel är depression och/eller alkoholism (Kessing et al., 2003, Kölves et al., 2006; Sarchiapone et al., 2006). Personer som är homosexuella, bisexuella eller transsexuella (HBT-personer²) ingår även i riskgruppen för suicid, inte minst innan de själva är medvetna om sin sexuella identitet (Abelson et al., 2006; de Graaf et al., 2006).

Riskyrken

Internationellt uppges riskyrken för suicid vara läkare (särskilt kvinnliga), apotekare, vissa kemiker, jurister, lärare, socialarbetare, lantbrukare och polistjänstemän (Hadlaczky, 2006). I Sverige har män med okvalificerade arbetaryrken högre suicidtal än andra yrkesgrupper, tillsammans med kvinnliga bibliotekarier och journalister (Stefansson & Wicks, 1991).

Att inte ha ett arbete alls, dvs. att vara arbetslös eller stå utanför arbetsmarknaden på grund av sjukdom eller arbetsbrist, innebär också en förhöjd suicidrisk (Mäkinen & Wasserman, 2001).

Kriminalitet

Det är inte ovanligt att självmordsnära personer med missbruk (Berglund & Öjehagen, 1998; Magne-Ingvar et al., 1999) och uppförandestörningar råkar i konflikt med rättvisan och blir föremål för kriminalvård (Berglund & Öjehagen, 1998; Magne-Ingvar et al., 1999; Engqvist et al., 2006). Dessa personer lider ofta samtidigt av psykiatriska sjukdomstillstånd som många gånger inte har diagnostiserats och följaktligen inte blivit behandlade.

I Sverige gjordes en svensk uppföljningsstudie mellan åren 1988-1991 av 1943 män som genomgick rättspsykiatrisk undersökning. Bland dem var dödligheten efter uppföljningstidens slut 12 gånger högre jämfört med den hos en normal population. 2,6 procent av männen hade suiciderat. Samsjuklighet mellan depression och drogmissbruk hade ett signifikant samband med suicid (Kullgren et al., 1998).

Suicidförsök

Tidigt konstaterades att ha gjort ett suicidförsök innebär en allvarlig riskfaktor för att i framtiden ta sitt liv konstaterades tidigt (Maris, 1992). Denna förhöjda risk finns även om försöket inte var livshotande och även om individen i efterhand hävdar att avsikten inte var att dö (Niméus et al., 2002). Upprepade suicidförsök utgör en stark prediktor för fullbordat suicid (Holmstrand et al., 2006). Detta betyder att personer som gjort suicidförsök måste tas särskilt noga om hand, utredas, och följas upp flera månader efter ett suicidförsök (Nordström, 1995; Johnsson Fridell et al., 1996). Behandlingen måste anpassas till de underliggande orsakerna, som kan bestå i allt från en psykos till en impulsiv överreaktion under stress (Skegg,

² Definition av HBT finns i bilaga 1.

2005). Bakom den upprepade självdestruktiviteten finns oftast en upplevelse av hopplöshet och maktlöshet samt en upplevelse av att sakna kontroll över sitt liv. Det självdestruktiva beteendet kan ses som ett sätt att hantera denna maktlöshet – trots maktlösheten finns ändå makten att ta sitt liv. Många beskriver att självdestruktiviteten avtar när maktlösheten avtar och först när man har kontroll över sitt liv kan man välja andra handlingsalternativ (Söderberg, 2004).

För den suicidala personen handlar det om att hitta ett sätt att försöka hantera den outhärdliga psykiska smärtan, som annars får en förlamande inverkan och kan leda till den yttersta hjälplösheten och bristen på kontroll (Shneidman, 1993).

Ett tidigare självmordsförsök utgör ett särskilt sårbarhetstillstånd, och individen behöver finna ett preventivt förhållningssätt till det tillståndet i resten av sitt liv. Självmordsförsöket kan upprepas just för att det vid ett tidigare tillfälle framstätt som en möjlig lösning på en outhärdlig psykisk smärta.

När det blivit möjligt att klargöra den personliga innebörden av en självdestruktiv lösning går det ofta att bekräfta andra komponenter i personens tillvaro, delar som han eller hon värdesätter och vill fortsätta leva med. Detta bekräftelsearbete innebär en slags självrespekthöjande förhandling mellan omöjliga och möjliga förutsättningar i livet, och är viktigt eftersom det är just sammanbrottet i den förhandlingen som föregått det självmordsnära tillståndet (Karlsson, 2006).

Riskfaktorer för suicidförsök

Suicidförsök inträffar mer bland yngre personer än bland medelålders (45-64 år) och äldre. En del av förklaringen finns i traumatiserande erfarenheter som sexuella övergrepp och psykosociala omständigheter, som att ha avbrutit skolan, arbetslöshet och relationssvårigheter, för en del av förklaringen, liksom samtidig förekomst av psykisk sjukdom (Beautrais, 2000).

De psykiska sjukdomar som förekommer hos personer som gjort suicidförsök är depression, alkohol- och drogmissbruk, schizofreni och andra psykosjukdomar, paniksyndrom och anpassningsstörning. Spridningen i rapporteringen av dessa sjukdomstillstånd är stor. Skillnaderna i forskningsresultaten beror på urval av material och storleken av de undersökta patientgrupperna (Suominen et al., 1996; Persson, 1999; Balazs et al., 2003).

En ofta underskattad samsjuklighet mellan depression och ångestsjukdomar har påpekats av flera författare (Johnson, 1990; Titelman et al., 2004; Ringbäck Weitoft & Rosén, 2005).

Könsskillnad vid suicidförsök

Nära tre fjärdedelar av de människor som kommer i kontakt med vården efter ett suicidförsök är kvinnor (Socialstyrelsens statistikrapportering). Pojkar och män använder mer drastiska metoder och därför blir deras suicidförsök färre per fullbordat suicid. En oroande tendens är att medan

antalet suicid generellt sett gått ned de senaste åren, har antalet suicidförsök i gruppen unga kvinnor ökat (Socialstyrelsen, 2005). Många av dessa kvinnor som upprepar suicidförsök har utsatts för sexuella övergrepp under barndomen (Soloff et al., 2002; Salander Renberg et al., 2004; Spataro et al., 2004).

Av Statens folkhälsoinstituts rapport (2006) framgår att andelen män och kvinnor som någon gång övervägt att ta sitt liv skiljer sig efter sexuell läggning. Självordsförsök är dubbelt så vanligt bland HBT-personer som i övriga befolkningen. Skillnaden är störst i åldrarna 16–29 år och 45–64 år.

Kronisk suicidalitet och upprepade suicidförsök

Bland människor med komplicerade psykiatriska diagnoser och med borderline personlighetsstörning är suicidaliteten ofta kronisk eller fluktuerande under flera år, och blir ibland akut. För dessa personer har de vanliga psykoterapeutiska behandlingarna ofta visat sig otillräckliga förutom dialektisk beteendeterapi (DBT), vilken är lovande eftersom dessa personers ångest och depressivitet inte i nämnvärd grad påverkas av medicinering (Black et al., 2004; Linehan, 2006). Dessa förhållanden har lett till att denna grupp många gånger uppfattas som svårbehandlad och att deras suicidförsök ses som manipulativa – ett synsätt som kan orsaka en avståndstagande och närmast föraktfull attityd från vårdpersonalens sida och som även kan påverka hur suicidala patienter med annan problematik behandlas (Samuelsson et al., 1997).

Referenser

- Abelson J, Lambevski S, Crawford J, et al. Factors associated with “feeling suicidal”: The role of sexual identity. *J Homosex* 2006;51:59-80.
- Allebeck P, Bolund C. Suicides and suicide attempts in cancer patients. *Psychol Med* 1991;21:979-984.
- Andreasson S, Holder HD, Norström T, et al. Estimates of harm associated with changes in Swedish alcohol policy: Results from past and present estimates. *Addiction* 2006;101:1096-1105.
- Arciniegas DB, Anderson CA. Suicide in neurologic illness. *Curr Treat Options Neurol* 2002;4:457-468.
- Balazs J, Lecrubier Y, Csiszer N, et al. Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: Importance of the first depressive episodes and of bipolar II diagnoses. *J Affect Disord* 2003;76:113-119.
- Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Asut NZJ Psychiatry* 2000;34:420-436.
- Berglund M, Öjehagen A. The influence of drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behaviour. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(Suppl):333S-345S.

- Beskow J. Suicide and mental disorders in Swedish men. *Acta Psych Scand* 1979;277(Suppl):1-138.
- Björkenstam C, Edberg A, Ayoubi S, et al. Are cancer patients at higher suicide risk than the general population? *Scand J Public Health* 2005;33:208-214.
- Black DW, Blum N, Pfohl B, et al. Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Personal Disord* 2004;18:226–239.
- Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2005;133:13-24.
- Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:180-206.
- Brådvik L. Suicide in severe depression. PhD dissertation, Lunds Universitet, 2000.
- Caine ED, Schwid SR. Multiple sclerosis, depression, and the risk of suicide. *Neurology* 2002;59:662-663.
- Carlsten A. Suicide and drugs. Drug related suicide mortality and physicians' prescription patterns. PhD dissertation, Göteborgs Universitet, 2000.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al. Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-389.
- Cedereke J. Clinical course, predictive factors and effects of intervention after attempted suicide. A randomised controlled study, PhD dissertation, Lunds Universitet, 2002.
- Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. Understanding the will to live in patients nearing death. *Psychosomatics* 2005;46:7-10.
- Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students. A cross-sectional study. *Med Educ* 2005;39:594-604.
- Davies S, Naik PC, Lee AS. Depression, suicide, and the national service framework. *BMJ* 2001;322:1500-1501.
- de Graaf R, Sandfort TG, ten Have M. Suicidality and sexual orientation: Differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands. *Arch Sex Behav* 2006;:253-262.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001;286:3089-3096.
- Engqvist U, Rydelius P-A. Death and suicide among former child and adolescent psychiatric patients. *BMC Psychiatry* 2006;6:51.

Erlandsson S, Persson M-L. A longitudinal study investigating the contribution of mental illness in chronic tinnitus patients. *Audiological Medicine* 2006;4:124-133.

Fawcett J. The anxiety disorders, anxiety symptoms, and suicide. In: Wasserman D (Ed) *Suicide – An unnecessary death*, London: Martin Dunitz Ltd, 2001;59-63.

Fredrikson S, Cheng Q, Jiang G-X, Wasserman D. Elevated suicide risk among patients with multiple sclerosis in Sweden. *Neuroepidemiology* 2003;22:146-152.

Friedman S, Jones JC, Chernen L, et al. Suicidal ideation and suicide attempts among patients with panic disorder: A survey of two outpatient clinics. *Am J Psychiatry* 1992;149:680-685.

Fugelstad A. Drug-related deaths in Stockholm during the period 1985-1994: Causes and manners of death in relation to type of drug abuse, HIV-infection and methadone treatment. PhD dissertation, Karolinska Institutet, 1997.

Hadlaczky G. Själv mord bland läkare – en sammanfattning av litteraturen. Publicering på internet: http://www.ki.se/suicide/sjelmord_lakare.html NASP, 2006.

Hagnell O. Repeated incidence and prevalence studies of mental disorders in a total population followed during 25 years. The Lundby Study, Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 1989;348(Suppl):61-77.

Halbreich U, Kahn LS. Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: Are they gender-preferred phenotypes? *J Affect Disord*. 2006.

Hawton K, Sutton L, Haw C, et al. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* 2005a;187:9-20

Hawton K, Sutton L, Haw C, et al. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: A systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2005b;66:693-704.

Heikkinen ME, Aro HM, Henriksson MM, et al. Differences in recent life events between alcoholic and depressive nonalcoholic suicides. *Alcohol Clin Exp Res* 1994;18:1143-1149.

Hem E, Loge JH, Haldorsen T, et al. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 2004;15;22:4209-4216.

Hjern A, Allebeck P. Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden: A comparative study. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol* 2002;37:423-429.

Holmstrand C, Niméus A, Träskman-Bendz L. Risk factors of future suicide in suicide attempters – a comparison between suicides and matched survivors. *Nord J Psychiatry* 2006;60:162-167.

Horesh N, Apter A. Self-disclosure, depression, anxiety, and suicidal behaviour in adolescent psychiatric inpatients. *Crisis* 2006;27:66-71.

- Johansson E. Suicide attempts among drug users. PhD dissertation, Lunds Universitet, 2002.
- Johansson L-M. Migration, Mental Health and Suicide. An epidemiological, psychiatric and cross-cultural study. PhD dissertation, Karolinska Institutet, 1997.
- Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:805-808.
- Johansson Fridell E, Öjehagen A, Träskman-Bendz L. A 5-year follow-up study of suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:151-157.
- Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, et al. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 2004;164:1179-1184.
- Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Marttunen M, et al. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: School survey. *BMJ* 1999;319:348-351.
- Karlsson, H. Studier av ångest och psykologiska försvar som utgångspunkt för tidig psykologisk intervention och krisbearbetning efter självmordsförsök (manus). NASP, 2006.
- Kessing LV, Agerbo E, Mortensen PB. Does the impact of major stressful life events on the risk of developing depression change throughout life? *Psychol Med* 2003;33:1177-1184.
- Khan A, Leventhal RM, Khan S, et al. Suicide risk in patients with anxiety disorders: A meta analysis of the FDA database. *J Affect Disord* 2002;68:183-190.
- Kim YS, Koh YJ, Leventhal B. School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Pediatrics* 2005;115:357-363.
- Kullgren G, Tengström A, Grann M. Suicide among personality-disordered offenders: A follow-up study of 1943 male criminal offenders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(Suppl 1):S102-S106.
- Kölves K, Värnik A, Tooding LM, Wasserman D. The role of alcohol in suicide: A case-control psychological autopsy study. *Psychol Med* 2006;36:923-930.
- Lewis JE. Tinnitus and suicide. *J Am Acad Audiol* 2002;13:339-341.
- Lindblad F, Lindblad L, Hjern A. Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: A comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients. *Am J Psychiatry* 2006;16:1433-1435.
- Lindgren S, Österberg I, Salander Renberg E. Självmordsförsök och sexuella övergrepp (Sexual abuse and suicide attempts). *Socialmedicinsk tidskrift* 2006;2:175-186.
- Lindqvist D, Niméus A, Träskman-Bendz L. Suicidal intent and psychiatric symptoms among inpatient suicide attempters. *Nord J Psychiatry*, 2006 in press.

- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:757-66.
- Magne-Ingvar U, Öjehagen A. Significant others of suicide attempters: their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:73-79.
- Maris RW. The relationship of non-fatal suicide attempts to completed suicide. In: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT & Jufit RI, eds. *Assessment and Prediction of Suicide*. New York: Guilford, 1992.
- Mikami K, Ohya A, Akasaka K et al. Attempted suicide of youth with Asperger's disorder. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2006;108(6):587-96. Japanese.
- Mittendorfer Rutz E. Perinatal and familial risk factors of youth suicidal behaviour. PhD dissertation, Karolinska Institutet, 2005.
- Myslobodsky M, Lalonde FM, Hicks L. Are patients with Parkinson's disease suicidal? *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2001;14:120-124.
- Mäkinen IH, Wasserman D. Some social dimensions of suicide. In: Wasserman D (Ed) *Suicide – An unnecessary death*. London: Martin Dunitz, 2001:101-108.
- Möller-Leimkuhler AM, Bottlender R, Strauss A, et al. Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression? *J Affect Disord* 2004;80:87-93.
- Niméus A, Alsén M, Träskman-Bendz L. High suicidal intent scores indicate future suicide. *Arch Suicide Res* 2002;6:211-219.
- Nordentoft M, Qin P. Suicide in schizophrenia. *Psychiatr Danub* 2006;18(Suppl 1):43.
- Nordström P. Survival analytic studies of suicide risk. PhD dissertation, Karolinska Institutet, 1995.
- Norström T, Rossow I. Beverage specific effects on suicide. *Nord Stud Alcohol Drugs* 1999;16:109-118.
- Oldham JM: Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry* 2006;163:20-26.
- Paris J. Personality disorders over time. Precursors, course, and outcome. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2003.
- Park HS, Schepp KG, Jang EH, et al. Predictors of suicidal ideation among high school students by gender in South Korea. *J Sch Health* 2006;76:181-188.
- Pendse BP, Engström G, Träskman-Bendz L. Psychopathology of seasonal affective disorder patients in comparison with major depression patients who have attempted suicide. *J Clin Psychiatry* 2004;65:322-327.

Persson ML. Suicide attempt and genes: Psychiatric and genetic characteristics of suicide attempters. PhD dissertation, Karolinska Institutet, 1999.

Persson ML, Runeson BS, Wasserman D. Diagnoses, psychosocial stressors and adaptive functioning in attempted suicide. *Annals of Clinical Psychiatry* 1999;11:119-128.

Prior P, Gyde S, Cooke WT, et al. Mortality in Crohn's disease. *Gastroenterology* 1981;80:307-312.

Ringbäck Weitoft G, Rosén M. Is perceived nervousness and anxiety a predictor of premature mortality and severe morbidity? A longitudinal follow up of the Swedish survey of living conditions. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:794-798.

Runeson B. Suicide and mental disorder in Swedish youth. PhD dissertation, Göteborgs Universitet, 1990.

Runeson B, Eklund G, Wasserman D. Living conditions of female suicide attempters: A case-control study. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:125-132.

Salander Renberg E, Lindgren S, Österberg I. Sexual Abuse and Suicidal Behaviour. In De Leo, Bille-Brahe, Kerkhof & Schmidtke (Eds), *Suicidal Behaviour: Theories and research findings*. Hogrefe & Huber, 2004:185-195.

Samuelsson M, Åsberg M, Gustavsson JP. Attitudes of psychiatric personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scand* 1997;95:222-230.

Sarchiapone M, Carli V, Cuomo C, et al. Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. *Depress Anxiety* 2006;17, [Epub ahead of print].

Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1249-1257.

SBU. Behandling av depressionssjukdomar. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Rapport, 2004a,b,c.

SBU. Behandling av ångestsyndrom. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Rapport, 2005a,b.

Shelton AJ, Atkinson J, Risser JM, McCurdy SA, Useche B, Padgett PM. Changes in causes of death and associated conditions among persons with HIV/AIDS after the introduction of highly active antiretroviral therapy in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2006;105:604-609.

Shneidman ES. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:145-147.

Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005;366:1471-1483.

Skogman K, Öjehagen A. Problems of importance for suicide attempts. The patients' views. *Archives of Suicide Research* 2003;7:207-220.

Socialstyrelsen statistikrapportering, 2006. www.sos.se/statistik

- Socialstyrelsen. Epidemiologiskt centrum. Folkhälsorapport 2005.
- Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM. Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *J Personal Disord* 2002;16:201-214.
- Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, et al. Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *Br J Psychiatry* 2004;184:416-421.
- Statens folkhälsoinstitut. Hälsa på lika villkor – hälsa och livsvillkor bland HBT-personer, 2006.
- Stefansson CG, Wicks S. Health care occupations and suicide in Sweden 1961–1985. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991;26:259–264.
- Stenager EN, Wermuth L, Stenager E, Boldsen J. Suicide in patients with Parkinson's disease. An epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:70-72.
- Stenager EN, Madsen C, Stenager E, et al. Suicide in patients with stroke: Epidemiological study. *BMJ* 1998;316:1206.
- Suominen K, Henriksson M, Suokas J, et al. Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta psychiatr Scand* 1996;94:234-240.
- Söderberg S. To leave it all behind. Factors behind parasuicide – Roads towards stability. PhD dissertation, Umeå Universitet, 2004.
- Söderberg S, Kullgren G, Salander Renberg E. Childhood sexual abuse predicts poor outcome seven years after parasuicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004;39:916-920.
- Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: A review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med* 2006;36:575-586.
- Teasdale TW, Engberg AW. Suicide after a stroke: A population study. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:863-866.
- Thiblin I. Anabolic androgenic steroids and violence; a medicolegal and experimental study. PhD dissertation, Karolinska Institutet, 1999.
- Titelman D, Nilsson A, Estari J, Wasserman D. Depression, anxiety, and psychological defense in attempted suicide: A pilot study using PORT. *Arch Suicide Res* 2004;8:239-249.
- Waern M. Suicide in late life. PhD dissertation, Göteborgs Universitet, 2000.
- Wasserman D. Affective disorders and suicide. In: Wasserman D. (Ed) *Suicide – An unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd, 2001;39-47.
- Wasserman D. Depression en vanlig sjukdom. Symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter. Stockholm: Natur och Kultur, 2003.

Åsgård U. Suicide among Swedish women. A psychiatric and epidemiologic study. PhD dissertation, Karolinska Institutet, 1990.

Ösby U. Mortality in schizophrenia and affective disorder. PhD dissertation, Karolinska Institutet, 2000.

Särskilda riskfaktorer för suicid och suicidförsök i olika åldersgrupper

Förutom tidigare nämnda generella riskfaktorer behandlas här vissa förhållanden som är speciella för respektive åldersgrupp.

Barn 5-14 år

Före tolvårsåldern är det mycket ovanligt att barn utvecklat några tankar om självmord, och diagnosen suicid är mycket sällsynt bland de yngsta. Bland barn 5-10 år har ett dödsfall registrerats som suicid under åren 1997-2006. Under samma period inträffade 47 fall bland barn 10-14 år (Socialstyrelsens statistikdatabaser).

Riskfaktorer hos föräldrar

Psykosociala riskfaktorer hos föräldrarna som är associerade med suicidalitet hos barnen är låg föräldraålder, låg socioekonomisk status, socialbidragsberoende på grund av sjukskrivning, arbetslöshet eller kriminalitet liksom att vara ensamförälder eller leva i familjekonflikter (Agerbo et al., 2002; Christoffersen et al., 2003; Fergusson et al., 2003; Ringbäck Weithoft et al., 2003; Mittendorfer Rutz et al., 2004).

Psykiatriska och psykologiska riskfaktorer hos föräldrarna kan bestå av förlossningsnära (post partum) depression eller psykos hos modern, annan tidig allvarlig mental ohälsa hos föräldrarna före eller efter barnets födsel, samt av föräldrarnas alkohol- eller drogmissbruk (Murray, 1992; Brent et al., 1994; Mittendorfer Rutz, 2005).

I en studie av 14 440 personer som vårdades för suicidförsök i Sverige mellan åren 1978–1999 hade 23 procent haft föräldrar som fick psykiatrisk vård. Föräldrarna hade följande diagnoser som ökade barnens risk för självmordsförsök: beroendesjukdomar (missbruk av alkohol och droger), neurotiska, stressrelaterade och somatoforma sjukdomstillstånd, affektiva sjukdomar, personlighetsstörningar, schizofreni och icke-affektiva psykoser som ökade barnens risk för självmordsförsök (Mittendorfer Rutz, 2005). Även suicidförsök och suicid hos föräldrarna var en betydelsefull riskfaktor (Mittendorfer Rutz, 2005).

Dessa riskfaktorer hos föräldrar påverkar barnen även när de är vuxna, vilket innebär att riskfaktorerna gäller för alla åldersgrupper.

Barn med särskild risk

Psykiatriska och psykologiska riskfaktorer hos barnet som debuterar i tidig barndom är kognitiva och emotionella problem, uppförandestörning (aggressivitet) samt depression och ångest (Brent et al., 1994; Fergusson

et al., 1995; Caspi et al., 1996; Fergusson et al., 2003; Mittendorfer Rutz, 2005).

Risk för suicidalitet i livet finns också hos adopterade barn, särskilt från vissa andra länder (Lindblad, 2002; Hjern et al., 2004), hos fosterhemsplacerade barn och invandrabarn från vissa länder (von Borczyskowski et al., 2006).

Unga 15-19 år

Förekomst av suicid

Antalet sjukhusvårdade patienter som gjort suicidförsök i åldersgruppen 15 till 19 år har stigit sedan 1970- och 80-talen fram till 2004 (Socialstyrelsens statistik, 2006c), men mörkertalet är stort eftersom inte alla suicidförsök kommer till sjukvårdens kännedom. För att beskriva mörkertalet måste man förlita sig till självrapporterade uppgifter. I en studie av 2 300 ungdomar i åldersgruppen 16–17 år uppgav 5,2 procent (3,2 procent av pojkarna och 8,2 procent av flickorna) att de hade gjort ett självmordsförsök (Olsson, 1998). I efterföljande psykiatriska intervjuer bedömde man det troligare att 3,3 procent (1,6 procent av pojkarna och 4,8 procent av flickorna) försökt ta sina liv. Att andelen minskade efter att ungdomarna intervjuats kan höra samman med att ungdomar ofta har en vidare definition på självmordsförsök än den som används i kliniska sammanhang.

I andra, men mindre, svenska enkätstudier har 9 av 117 (7,7 procent) 15–16-åringar (Ramberg & Wasserman, 1995) samt 5,6 procent (3,1 procent pojkar och 8,0 procent flickor) av sammanlagt 392 stycken 14–15-åringar (Ramberg & Wasserman, 1998) rapporterat att de försökt ta sina liv någon gång. I den senare studien rapporterade 2,5 procent (1,4 procent av pojkarna och 3,5 procent av flickorna) att de gjort ett självmordsförsök under senaste året.

Självmordstankar är ett annat mått på psykisk ohälsa. Andelen ungdomar i 14–16-årsåldern som i ovannämnda studier rapporterade att de haft självmordstankar någon gång under sitt liv varierade mellan 37 och 59 procent. Andelen som angav att de haft självmordstankar under senaste året varierade mellan 21 och 38 procent (Ramberg & Wasserman, 1995, 1998).

En 30-årsuppföljning av 50-talets ungdomar, födda från år 1957 till 1976, som har behandlats inom den svenska barn och ungdomspsykiatri och vars behandling avslutades mellan åren 1975 och 1990, visade att dödligheten var signifikant högre jämfört med icke behandlade ungdomar för såväl män som kvinnor. Suicid var den vanligaste dödsorsaken följt efter förgiftningar, trafikolyckor eller alkoholrelaterade sjukdomar (de Chateau, 1990; Engquist & Rydelius, 2006).

Risikfaktorer hos unga som tar livet av sig

Påfrestande livsmiljöer

De barn och unga som gör självmordsförsök lever ofta i en familjesituation med missbruk, våld och bristande kommunikation (Evans et al; 2004). En folkhälsoberättelse (Danielsson, 2006) visar att unga numera upplever mer

stress än förr. Både de psykiska och somatiska självrapporterade besvären hos framför allt 15-åriga flickor har ökat och fortsätter att öka. Förekomsten av självmordsförsök hör samman med en påfrestande livsmiljö, men även speciella omständigheter som långvariga mobbningsituationer eller att vara adopterad (se ovan).

För unga HBT-personer kan heteronormer vara påfrestande. Omgivningens attityder och familjens negativa reaktioner eller rädslan för deras reaktioner kan vara en viktig orsak till självmord (Statens folkhälsoinstitut, 2006).

Skyddsfaktorer mot psykisk ohälsa och självmordsbeteende i skolan

Det finns stora förväntningar på att skolan ska kunna kompensera för brister i barns och ungdomars uppväxtmiljö. Samtidigt måste man komma ihåg att skolan bara är en arena för det hälsofrämjande arbetet. De bakomliggande orsakerna till barn och ungdomars psykiska ohälsa kan ligga både hos individen själv (genetiska, personlighetsmässiga, kognitiva och andra faktorer), i hennes sociala relationer (familjen, kamrater, vänner, status etc.) och i samhällets struktur (arbete, bostad, ekonomi etc.) eller i interaktionen mellan dessa faktorer. Familjen är för de flesta barn- och ungdomar absolut viktigast för att främja psykisk hälsa och social utveckling under de tidigaste ungdomsåren.

Några viktiga skyddsfaktorer mot psykisk ohälsa och självmordsbeteende under uppväxtåren (WHO & NASP, 2003):

Familjemönster

- Bra relationer till övriga familjemedlemmar.
- Stöd från familjen.

Kognitiva faktorer och personlighet

- Goda sociala färdigheter.
- Tilltro till sig själv och till möjligheterna att kunna påverka och förändra den egna situationen.
- Förmåga att söka hjälp när svårigheterna blir för stora, exempelvis i skolarbetet.
- Benägenhet att be om råd när viktiga beslut ska fattas.
- Öppenhet för andra människors erfarenheter och lösningar.
- Öppenhet för nya idéer och ny kunskap.

Kulturella och sociala faktorer

- Social integration, exempelvis genom deltagande i olika former av föreningsverksamhet, idrott, musik, dans, teater etc.
- Bra relationer till jämnåriga.
- Bra relationer till lärare och andra vuxna.
- Stöd från andra relevanta personer.

Kriminalitet

Det finns ett flertal prospektiva uppföljningar av kohorter av svenska patienter som vårdats och behandlats inom den svenska barn- och ungdomspsykiatri från 1920-talets slut fram till i dag. Efter uppföljningstider på 10–40 år visar resultaten att kriminella svenska barn och ungdomar har högre döds- och suicidrisk jämfört med BUP-patienter (Engqvist & Rydelius, 2006).

Det verkar som att riskgruppen för självmord bland unga främst består av sådana socialt utsatta barn som är föremål för socialtjänstens omsorg. En del av dessa unga människor har förutom sociala anpassningssvårigheter också utvecklat missbruk och kriminalitet.

I synnerhet vissa pojkar förhåller sig till en otrygg miljö genom att försätta sig i farliga situationer (indirekt suicidalitet). När de blir äldre har de också en förhöjd risk att utveckla missbruk av olika slag och att umgås med kriminella. Genom sin impulsivitet och sitt riskbeteende kan dessa pojkar i affekt försätta sig i en situation med dödlig utgång.

Med tanke på ovan nämnda orsakssamband skulle prevention och intervention för att förhindra självmord i denna riskgrupp framför allt innebära förbättrat socialt barnavårdsarbete och större respekt för barns tidiga signaler om en störd hemmiljö.

Unga vuxna 20-29 år

Under senare decennier har antalet suicid minskat i de flesta åldersgrupper bland både män och kvinnor (Socialstyrelsen, 2006b), med undantag för åldersgruppen 15–24 år.

I åldrarna 20–29 år var det 155 unga män (119 säkra, 36 osäkra fall) och 60 unga kvinnor (56 säkra, 4 osäkra fall) som tog sitt liv under 2003.

Antalet sjukhusvårdade personer som gjort suicidförsök i åldersgruppen 20–29 år har sedan slutet av 1980-talet varit höga och stigande fram till senaste mätningen 2003. Någon motsvarande ökning återfinns inte i äldre åldersgrupper. Proportionerna suicidförsök och suicid i denna åldersgrupp uppskattas till 20:1 (Socialstyrelsen, 2006b). Framför allt är det antalet suicidförsök bland kvinnor i denna åldersgrupp som har ökat.

Risikfaktorer

Psykisk ohälsa

Gruppen unga vuxna (20–29 år) uppvisar en jämförelsevis högre förekomst av suicidtankar än äldre åldersgrupper (Hawton, 2000; Salander Renberg, 2001; Boström, 2005; Dahlberg et al., 2006).

Flera av de vanligaste psykiatriska sjukdomstillstånden debuterar i tidig vuxenålder: manodepressiv sjukdom, schizofreni, allvarliga former av missbruk och beroendeproblematik samt borderline personlighetsstörning. Alla dessa kan på sikt leda till affektiv sjukdom och suicid samt drogmissbruk med cirka 10 procents dödsfall i suicid (Runeson et al., 1996; Hawton et al., 2005; Paris, 2005; Sher & Zalsman, 2005).

Unga vuxna står i begrepp att skaffa utbildning, arbete, bygga familj och etablera ett eget socialt nätverk. Liksom vid andra övergångsfaser i livet kan denna fas innebära psykiska påfrestningar som kan resultera i psykisk ohälsa och ibland i dess yttersta konsekvens suicidförsök och suicid. Flera rapporter de senaste åren har visat på en ökad psykisk ohälsa bland unga vuxna i Sverige, framför allt hos unga kvinnor, med en depressionsprevalens på över tio procent (Dahlin et al., 2005; Socialstyrelsen, 2006a).

Särskilda riskfaktorer

Samlevnadssvårigheter utgör det dominerande problemområdet i åldersgruppen och partnerproblem är vanligt bland dem som gör suicidförsök eller fullbordade suicid.

Gruppen homo- och bisexuella och transpersoner gör suicidförsök och har självmordstankar cirka tre gånger oftare jämfört med heterosexuella i motsvarande ålder (de Graaf et al., 2006; Statens folkhälsoinstitut, 2006).

Vuxna 30-64 år

Alla riskfaktorer för suicid och suicidförsök i avsnittet om riskfaktorer för suicid och suicidförsök gäller även för denna åldersgrupp som är den mest vetenskapligt studerade gruppen.

Nedsatt kognitiv förmåga är en stor riskfaktor för suicid (Maltzberger, 1991; Shneidman, 1993).

Av stort intresse är att upp till 50 procent av personer som tagit sina liv är kända för psykiatrin. Av dem som är kända är det fler kvinnor än män (Socialstyrelsen, 2006b). De vanligaste diagnoserna hos dessa personer med psykiatrisk behandlingskontakt före självmordet är beroendesjukdomar och förstämningssyndrom, vilka ofta underdiagnostiseras (Berglund & Öjehagen, 1998; Niméus et al., 2002; Hawton et al., 2005). Enligt finska vetenskapliga, retrospektiva genomgångar av personer som har tagit sina liv har suicidavsikt endast sällan berörts i sjukvårdssamtal en kort tid före självmordet (Isometsä et al., 1995).

Negativa livshändelser av psykologisk och social karaktär såsom skilsmässa, stora förluster, relationssvårigheter, arbetslöshet, problem med arbete, ekonomi etc. ingår också i riskfaktorerna för denna åldersgrupp (Johansson & Sundqvist, 1997; Dube et al., 2001).

65 år och äldre

Både internationellt och i Sverige har äldre (65+) en hög suicidfrekvens och suicid bland äldre utgör cirka en fjärdedel av alla suicid i Sverige. Suicidtalerna har dock minskat i denna åldersgrupp de senaste 20 åren (Socialstyrelsen, 2006b).

Kroppslig sjukdom hos äldre kan innebära att suicid som dödsorsak förbises och att dödsfallet felklassificeras som en somatisk sjukdom. Detsamma gäller identifiering av depressionssjukdom som inte sällan visar sig som somatisering, dvs. i form av kroppsliga symtom (Wasserman, 2006). Många äldre lever med kroppslig sjukdom, smärtor, ångest och depression och olika former av ensamhet. Kraftlöshet och brist på stimulans kombinerade med smärtor och trötthet minskar möjligheten till sociala och känslomässiga kontakter som ger livsglädje (Gut, 1998; Mazzarella, 2000; Waern, 2005). Det är viktigt att skapa möjligheter för äldre att ha ett värdigt och fungerande liv, så att suicid inte framstår som ett alternativ.

Suicid

Statistiskt är risken högre att äldre människors suicidavsikter fullbordas. I en svensk undersökning fann man att genomsnittstiden mellan en äldre människas uttalade suicidavsikt och genomförda suicid endast uppgick till en månad (Waern, 1999).

Risikfaktorer

Suicidrisken förhöjs av kroppslig sjukdom som neurologiska sjukdomar och cancer men även vid nedsatt hörsel samt svåra smärtor (Conwell et al., 2000; Waern et al., 2002; Erlangsen et al., 2003; Juurlink et al., 2004). Åttio procent av äldre som senare tagit sitt liv sökte läkare en kort tid före självmordet för kroppsliga besvär. Indirekt suicidalitet, som att utsätta sig för fara, eller passivt suicid, genom att sluta äta, dricka och ta livsnödvändig medicin, förekommer framför allt hos äldre (De Leo, 1988; McIntosh et al., 1994; Farberow, 1999; De Leo, 2003).

Generellt minskar alkoholmissbruk med stigande ålder men cirka en tredjedel av de äldre som tar sina liv har missbruksproblem, vilket är många fler än förväntat (Henriksson et al., 1995; Conwell et al., 1996). Behandling av alkoholmissbruket är ofta förbisett hos äldre.

Särskilda riskfaktorer för suicid hos äldre inkluderar psykisk störning (gäller alla åldersgrupper), framför allt återkommande depressioner samt familjekonflikter, ensamhet och sjukdom hos partnern, som demens (Miller et al., 1992; Waern, 1999).

Stora delar av HBT-personers sociala arenor utgörs av internetbaserade möteplatser, vilka ofta inte är tillgängliga för äldre människor. Äldre HBT-personer hade tidigare i livet mycket begränsade möjligheter att kunna bilda familj, vilket bidrar till begränsade sociala nätverk och ensamhet.

Referenser

- Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: Nested case-control study. *BMJ* 2002;325:74-79.
- Berglund M, Öjehagen A. The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behaviour. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(Suppl):333S-345S.
- Boström G. Regionala resultat från nationella folkhälsoenkäten 2005 – psykisk hälsa. Statens folkhälsoinstitut, 2005.
- Brent DA, Perper JA, Moritz G, et al. Familial risk factors for adolescent suicide: A case-control study. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:52-58.
- Caspi A, Moffitt TE, Newman DL, et al. Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:1033-1039.
- Christoffersen MN, Poulsen HD, Nielsen A. Attempted suicide among young people: Risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108:350-358.
- Conwell Y, Duberstein P, Cox C, et al. Relationship of age and axis diagnoses in victims of completed suicide. A psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996;6:1001-1008.
- Conwell Y, Lyness JM, Duberstein P, et al. Completed suicide among older patients in primary care practices: A controlled study. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:23-29.
- Dahlberg K, Forssell Y, Thakker-Damström K, et al. Mental health problems in an urban and rural area, and their association with socio-demographic factors. Comparisons of two Swedish counties. Submitted, 2006.
- Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students. A cross-sectional study. *Med Educ* 2005;39:594-604.
- Danielsson M. Svenska skolbarns hälsovanor. Statens folkhälsoinstitut, 2006.
- de Chateau P. Mortality and aggressiveness in a 30 year follow up study in child guidance clinics in Stockholm. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:472-476.
- de Graaf R, Sandfort TG, ten Have M. Suicidality and sexual orientation: Differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands. *Arch Sex Behav* 2006;35:253-262.
- De Leo D. Sunset depression. PhD dissertation. Department of social and Behavioural Sciences, University of Leiden, Nederländerna, 1988.
- De Leo D. Suicide over the lifespan: The elderly. In R. Kastenbaum (Ed.), *Macmillan Encyclopaedia of Death and Dying* (pp. 837-843). New York: Thomson Gale, 2003.

Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001;286:3089-3096.

Engqvist U, Rydelius P-A. Death and suicide among former child and adolescent psychiatric patients. *BMC Psychiatry* 2006;6:51.

Erlangsen A, Vach W, Jeune B. The impact of hospitalisation with somatic diagnoses on the suicide risk among the oldest old: A population-based register study. In: Disparities in suicide among the old and oldest old in Denmark. PhD dissertation. Odense: University of Southern Denmark, 2003.

Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev* 2004;24:957-979.

Farberow N. Selvmord blant elder. I: Mehlum L (red) *Tilbake til livet. Selvmordsforebygning i teori och praksis*. Kristiansand: Høyskole-Forlaget, 1999.

Fergusson DM, Lynskey MT. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1308-1317.

Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol Med* 2003;33:61-73.

Gut E. Åldrandet som erfarenhet. En kvinnlig psykologs upplevelser av åldrandet. Stockholm: Wahlström & Widstrand, 1998.

Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry* 2000;177:484-485.

Hawton K, Sutton L, Sinclair J, et al. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: A systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2005;66:693-704.

Henriksson MM, Marttunen MJ, Isometsä ET, et al. Mental disorders in elderly suicide. *Int Psychogeriatr* 1995;7:275-286.

Hjern A, Vinnerljung B, Lindblad F. Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: A national cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:412-417.

Isometsä E, Heikkinen ME, Marttunen MJ, et al. The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? *Am J Psychiatry* 1995;152:919-922.

Johansson SE, Sundquist J. Unemployment is an important risk factor for suicide in contemporary Sweden: An 11-year follow-up study of cross-sectional sample of 37,789 people. *Public Health* 1997;111:41-45.

Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, et al. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 2004;164:1179-1184.

- Lindblad F (red) När livet inte längre är värt att leva – berättelser om fyra unga adopterade. NASP-rapport 2002:4.
- Maltsberger JT. Suicide in old age: Psychotherapeutic intervention. *Crisis* 1991;12:25-32.
- Mazzarella M. Då svänger sig sommaren kring sin axel. Om konsten att bli gammal. Stockholm: Forum, 2000.
- McIntosh J, Santos JF, Hubbard RW, et al. Elder suicide: Research, theory and treatment. Washinton DC. American Psychological Association, 1994.
- Miller MD, Paradis CF, Houck PR, et al. Rating chronic medical illness burden in geropsychhitric practice and research: Application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Res* 1992;41:237-248.
- Mittendorfer Rutz E, Rasmusen F, Wasserman D. Restricted fetal growth and adversy maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring. A cohort study. *Lancet* 2004;364:1135-1140.
- Mittendorfer Rutz E. Perinatal and familial risk factors of youth suicidal behaviour. PhD dissertation, Karolinska Institutet, 2005.
- Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry* 1992;33:543-561.
- Niméus A, Alsén M, Träskman-Bendz L. High suicidal intent scores indicate future suicide. *Arch Suicide Res* 2002;6:211-219.
- Olsson G. Adolescent depression. Epidemiology, nosology, life stress andsocial network. PhD dissertation, Uppsala Universitet, 1998.
- Paris J. The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 2005;17:1091-1104.
- Ramberg I-L, Wasserman D. Självordstankar, självmordsförsök och attityder till självförvållad död bland gymnasieelever. Enkätundersökning vid en gymnasieskola i Stockholms län. Ur: Beskow J (red) Rätt Till Liv. Lust till Liv. Om självmordsbeteende bland barn och ungdomar. Stockholm:Forskningsrådsnämnden. 1995;151-159. Rapport 4.
- Ramberg I-L, Wasserman D. Självordsförebyggande arbete i skolan – behövs det? I: Att förebygga självmord. Föredrag hållna vid Femte nationella skadeförebyggande konferensen i Östersund. Folkhälsoinstitutet, 1998;40:85-109.
- Ringbäck Weithoft GR, Hjern A, Haglund B, et al. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: A population-based study. *Lancet* 2003;361:289-295.
- Runeson B, Beskow J, Waern M. The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:35-42.

Salander Renberg E. Self-reported life-weariness, death-wishes, suicidal ideation, suicidal plans and suicide attempts in general population surveys in the north of Sweden 1986 and 1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;9:429-436.

Sher L, Zalsman G. Alcohol and adolescent suicide. *Int J Adolesc Med Health* 2005;17:197-203.

Shneidman ES. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:145-147.

Socialstyrelsen. Ungdomar, stress och psykisk hälsa. Analyser och förslag till åtgärder 2006a.

Socialstyrelsen. Epidemiologiskt centrum. Statistik, 2006b, www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen. Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2003. Internetpublicering 2006c (2006-42-1)s.23, www.socialstyrelsen.se

Statens folkhälsoinstitut. Hälsa på lika villkor - hälsa och livsvillkor bland HBT-personer, 2006.

von Borczyskowski A, Hjern A, Lindblad F, et al. Suicidal behaviour in national and international adult adoptees A Swedish cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:95-102.

Waern M. The suicidal process in late life suicides: "The world that dies away". PhD dissertation, Göteborgs Universitet, 1999.

Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmson K, Allebeck P. Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ* 2002;324:1355-1358.

Waern M. Sambandet mellan fysisk sjukdom och suicid hos äldre. *Suicidologi* 2005;10:11-13.

Wasserman D. Depression - The Facts expert advice for patients, carers and professionals. Oxford University Press Inc, 2006.

WHO, NASP. Att förebygga självmord och självmordsförsök hos skolelever. Världshälsoorganisationens stödmaterial för lärare och annan skolpersonal anpassat till svenska förhållanden. NASP, 2003.

Bedömning av suicidrisk och behandling

Suicidriskbedömning

Suicidförsöket eller självmordet utgör slutpunkten i en kris där individen inte ser någon annan lösning på sina problem än döden.

Suicidriskbedömning är bland de svåraste bedömningar som kan göras inom hälso- och sjukvården. Det finns *alltid* ett behov av en psykiatrisk specialistbedömning när en patient bedöms som suicidnära. (Socialstyrelsen, 2003). Bedömningen kräver tid och bör ofta upprepas och vid nybesök, nya kontakter samt under vårdtiden bör den genomföras vid flera enskilda samtal eftersom suicidavsikten ofta förändras över tid. Inom den slutna psykiatriska vården bör man göra en suicidriskbedömning inför patientens permissioner eller utskrivning, eftersom det då finns risk för upprepade suicidförsök och suicid. Man bör vid dessa tillfällen även ta in närståendes uppfattning, inklusive eventuella vårdkontakter i öppenvård, för att skapa sig en mer komplett bild. Detta underlättar när man ska planera samarbetet och komma överens om hur personen ska ta kontakt vid ökad suicidrisk. Eftersom socialtjänsten ofta träffar självmordsnära personer bör personalen rustas bättre för att upptäcka signaler om självmordsrisken hos den person de möter. Detta gäller handläggare inom socialtjänsten men även hemtjänstpersonal, boendestödare med flera.

Vid bedömningssamtalet är följande åtgärder viktiga:

- Skapa lugn och avskildhet.
- Försöka etablera en förtroendefull, ömsesidig kontakt.
- Närma sig individen utifrån den helhetssituation inom vilken suicidproblematiken har uppstått. Detta kräver tålamod, tid och aktivt lyssnande. I detta skede bör man undvika tolkningar och inrikta sig på härbärgering av det material den självmordsnära personen lämnar.
- Låta bedömningssamtalet samtidigt innebära en intervention där den viktigaste aspekten är att förmedla framtidshopp till den självmordsnära.
- Ta kontakt med anhöriga.
- Konsultera en kollega vid minsta osäkerhet i den egna bedömningen.
- Erbjudna anhöriga eget stöd vid behov.

Kulturella sammanhang

Synen på psykisk ohälsa och självdestruktivitet är kulturellt betingad. Inom vissa kulturer är somatiska symtom mer accepterade och presenteras därför i första hand snarare än psykiska. Därför kan det den suicidala risken hos personer som kommer från andra kulturer ibland missbedömas.

Invandrare från vissa länder tar sina liv i högre grad i det nya landet jämfört med befolkningen i ursprungslandet (Johansson et al., 1997).

Immigranter från Finland, Ryssland, Ungern, Polen har förhöjd risk för suicid, och immigranter från Finland, andra OECD-länder, Polen och Iran har signifikant högre risk för suicidförsök än svenskfödda personer (Johansson, 1997; Westman et al., 2006).

Ibland reagerar asylsökande med förtvivlan och suicidalt beteende som en reaktion på ett avvisningsbeslut – att då hamna i en bedömning av suicidrisk innebär en ojämlig beroendesituation. Mötet med läkaren kan likna tidigare situationer där den asylsökande upplevt sig utlämnad åt en myndighetsrepresentants godtycke eller hot (Ekblad & Wasserman, 2002).

En annan riskgrupp för suicid som kan ingå i detta sammanhang är HBT-personer genom att samhällets heteronormativitet ständigt utgör en stressfaktor som kan skapa utanförskap och samhällelig isolering. Heteronormen förutsätter att människor ska vara heterosexuella, vilket osynliggör människor som inte är det (Statens folkhälsoinstitut, 2006).

Den kliniska bedömningen av riskfaktorer

Utred riskfaktorer

Den suicidologiska forskningen har vunnit en omfattande kunskap om riskfaktorer för suicid som beskrivs i avsnittet om riskfaktorer.

Viktiga riskfaktorer är:

- psykisk sjukdom
- tidigare gjorda suicidförsök
- manligt kön (vanligtvis, men knappast några könsskillnader finns för de som har varit ineliggande på grund av psykisk sjukdom)
- ålder över 55 år
- vara ensamstående
- ha bristfälligt socialt nätverk
- vara invandrare från länder med hög suicidfrekvens
- vara homosexuell, bisexuell eller transperson
- vara arbetslös
- ha erfarenheter av suicid i familjen eller bland andra närstående
- ha varit utsatt för trauma, särskilt om fysiskt, sexuellt våld förekommit, eller krigsupplevelser
- erfarenheter av tidiga separationer, särskilt från förälder, exempelvis vid adoption
- förlust eller hot om förlust (separation, ekonomisk konkurs, migration, förlust av arbete, hälsa eller anseende)
- upplevelse av hopplöshet
- situationer som upplevs som en kränkning eller social skam, exempelvis indragning av körkort, anklagelser, anmälningar och polisutredning
- erfarenhet av flera behandlingsmisslyckanden
- behandlare som minskar eller avslutar kontakten utan att förbereda patienten
- avbrott i vården – permission från slutenvård, utskrivning utan förberedd uppföljning, väntan på öppenvårdskontakt.

Skilj på latent (konstant) och akuta riskfaktorer för suicid

Många riskfaktorer kan finnas under en längre tid, utan att en självmordshandling inträffar. Vid bedömning av den aktuella suicidrisken måste man särskilt observera de akuta suicidriskfaktorerna och man bör skilja på en persons akuta och latent eller kroniska suicidrisk (Rudd et al., 2006). Bedömningen måste också göras utifrån var i den suicidala processen den självmordsnära personen befinner sig (Wasserman, 2001).

Personer med livslånga tankar på suicid tar sina liv när deras självmordsbenägenhet akut ökar, på grund av att flera olyckliga omständigheter råkar inträffa samtidigt. När vi anser att den akuta suicidfaran är över, kan personen i fråga bara ha återvänt till sin latent suicidrisk och till synes verka lugn. Bedömning av både den latent och den akuta suicidrisken måste göras, vilket inte alltid sker.

Det presuicidala lugnet

Observera att en självmordsnära person ibland kan uppvisa en ovanligt samlad och lugn yta före den suicidala handlingen (det presuicidala lugnet). Därför är det viktigt att i en suicidriskbedömning tänka även på det och bedöma alla riskfaktorer (Socialstyrelsen, 2003). Grunberger (1979) har beskrivit det paradoxala lugnet hos en del personer som beslutat sig för att ta sitt liv som ett uttryck för en minskning, närmast en upplösning, av den inre anspänning som beror på stark självkritik och en oförmåga att leva upp till egna realistiska ideal, liksom på den besvikelse och ilska som personen tidigare känt mot omvärlden.

Följande frågor kan lämpligtvis ställas under samtalet för att bedöma självmordsrisken – ”Den suicidala stegen” (Beskow, 2000):

Nedstämdhet	Är du deprimerad? Känns det hopplöst?
Dödstankar	Känns livet meningslöst? Har du tänkt att det vore skönt att slippa leva?
Dödsönskan	Har du önskat att du vore död?
Självmordstankar	Har du haft tankar på att göra dig själv något? Att ta livet av dig?
Självmordsönskan eller impulser	Har du velat eller känt dig nära att begå självmord?
Självmordsavsikter eller planer	När har du då tänkt göra det? Var och hur?
Självmordshandling	Har du någon gång försökt att begå självmord? När, var och hur?

Frågan som belyser att den självmordsnära ser mycket mörkt på sin framtid ”jag ser mörkt på min framtid” har ett viktigt signalvärde om risken för en självmordshandling (Aish & Wasserman, 2001).

Bedömning med skattningsskalor

Skattningsskalor ska ses som ett komplement till, men kan aldrig ersätta, den kliniska bedömningen av suicidrisk (Runeson, 1998). Vissa skalor har tagits fram för att kontrollera närvaron av olika suicidriskfaktorer, medan andra skalor inriktar sig på att följa en persons självmordsbenägenhet över tid, exempelvis i behandlingsarbetet. Det finns även skalor som är mera inriktade mot speciella diagnoser, exempelvis depression eller ångest, men där suicidrisk finns med som delmoment.

Skalorna är lämpliga att användas vid olika utbildningar av personal som i det direkta arbetet har kontakt med självmordsnära personer för att personalen ska lära sig en struktur vid samtalet när de ska bedöma suicidrisken. De vanligaste skattningsskalorna som används i det kliniska arbetet och i forskningen finns beskrivna i Runesons rapport om suicidriskbedömning (1998). I Sverige testas för närvarande *Suicide Assessment Scale* (SUAS) för att undersöka om skalan kan förutsäga framtida självmord bland patienter som vårdas i sluten vård efter ett självmordsförsök (Niméus et al., 2000; Niméus et al., 2006).

Utredning

Syftet med utredningen av den självmordsnära är att

- säkrare kunna bedöma suicidrisken
- ge underlag för behandlingsplanering.

Utredningen ska allsidigt belysa psykiatriska, somatiska, psykologiska och sociala och existentiella aspekter. I utredningen är det viktigt att ta med patientens närmaste, som dels kan bidra med värdefull information, dels därmed från början kan ingå i ett nätverksbyggande behandlingsarbete (Magne-Ingvar, 1999).

1. Psykiatrisk diagnostik

Diagnos ska ställas med uppmärksamhet på eventuell samsjuklighet, där särskilt depression, ångestsjukdomar och missbruk bör belysas. Diagnossystemet ICD-10 är norm inom svensk sjukvård. Diagnossystemet DSM-IV kan användas parallellt, eftersom det ger möjlighet att beskriva patienten efter flera dimensioner. En GAF-skattning (Global Assessment of Functioning) när det gäller psykiskt och socialt fungerande är lämplig att dokumentera efter varje möte med patienten.

2. Neurobiologisk utredning

Det finns ett flertal biologiska markörer för ökad självmordsrisk. Den mest kända är koncentrationen av serotoninmetaboliten 5-hydroxyindolättiksyra (5-HIAA) i spinalvätskan.

En låg 5-HIAA-koncentration hos en patient som gjort ett suicidförsök innebär en ökning av suicidrisken.

Bestämningar av 5-HIAA kan endast göras på patienter som inte får antidepressiv eller antipsykotisk medicin, och provtagningen måste göras med standardiserad teknik (Åsberg & Träskman, 1981).

Elektrodermal hyporeaktivitet hos deprimerade patienter som gjort självmordsförsök eller senare tagit sitt liv, innebär att den normala elektrodermala reaktionen (momentan fingertoppssvettning) på överraskande ljudstimuli upphör onormalt snabbt vid repetition av stimuli, vilket har visats i flera undersökningar (Edman et al., 1986; Thorell, 1987; Wolfersdorf et al., 1999). Metoden som är icke-invasiv och icke-verbal och ger omgående svar, kommer att testas i psykiatrisk öppenvård och primärvård i Östergötlands läns landsting (Thorell, 2006).

3. Psykologisk bedömning

En psykologisk bedömning innebär belysning av

- patientens personlighet (observera särskilt tendens till impulsivitet, annan emotionell instabilitet eller aggressivitet)
- kognitiv funktionsnivå
- patientens motivation för och möjlighet att tillgodogöra sig psykoterapeutisk behandling.

4. Somatisk sjuklighet

Patienten ska undersökas somatiskt och utredas anamnestiskt och laboratoriemässigt. Det är viktigt att observera dels att flera somatiska sjukdomstillstånd också har känd förhöjd dödlighet i suicid, dels att många somatiska läkemedel kan ge psykiska biverkningar. Exempelvis kan medel mot högt blodtryck, p-piller, antiparkinsonläkemedel, magsyrehämmande medel och kortison, för att nämna några, orsaka depression och ibland även psykotiska symtom som sidoeffekter.

5. Social utredning

Socialt nätverk, försörjning, aktuell ekonomisk situation och boendesituation kan ha betydelse för den akuta risksituationen. Det är viktigt att vara respektfullt konkret i frågor som ”när träffade du din familj senast? och har du några skulder?” – för att upptäcka eventuella problemområden.

6. Existentiell problematik

För att fatta beslutet att ta sitt liv krävs det något förutom en ansamling av riskfaktorer för suicid. Individen måste dessutom befinna sig i ett tillstånd av hopplöshet och desperation, uppleva en känsla av total värdelöshet och övergivenhet – en existentiell krissituation. Sjukvården och socialtjänsten har oftast inte beredskap att möta dessa problem, men den självmordsnära individens existentiella situation måste noggrant inventeras för att man sedan kreativt ska kunna söka vidare efter resurser som kan erbjuda förståelse och hjälp.

Behandling

Mötet – samspelet mellan personalen och den självmordsnära individen

Personalen påverkas av sina klienters och patienters upplevelser, beteenden och förväntningar, vilket har betydelse för hur man reagerar i relation till sin patient och hur man bedömer suicidrisken samt utför behandlingen.

Självmordsnära personer är ofta ambivalenta. Ambivalensen gäller inte bara inställningen till livet och döden, utan också till den vård som erbjuds. Beteenden som kan uppfattas som aggressiva eller manipulativa är inte ovanliga. Personalen inom både sjukvård och socialtjänst i likhet med anhöriga, kan bli ömsom idealiserad, ömsom förkastad, liksom testad och provocerad. I mötet kan båda parter uppleva motstånd mot att klargöra allvaret i situationen. Detta kan lätt utvecklas till ett ömsesidigt nedtonande eller undvikande förhållningssätt till självmordstankar eller självmordsförsök (*det var inte så allvarligt; det var tokigt gjort men nu är det bra*), vilket bidrar till en förvrängd rekonstruktion av meningen med den självdestruktiva handlingen. Det är viktigt att förstå dessa reaktioner och se dem som uttryck för sårbarhet, eller för känslor av skam eller skuld och som en följd av en djup ambivalens.

I mötet med den självmordsnära personen behöver personalen alltså ha insikt både i sina egna och den självmordsnäras reaktioner för att göra en så korrekt bedömning som möjligt. Det är också viktigt att uppmärksamma flera dimensioner i kommunikationen än den verbala – notera kroppsspråk, blickar, tonfall, röstläge, tempoväxlingar och tystnader (Wasserman, 2001).

För att mötet med en självmordsnära person ska kunna ske på ett bra sätt, krävs att all vårdpersonal fortlöpande ökar sin kompetens för att de ska kunna bearbeta sina egna föreställningar och attityder och få den kunskap som behövs för att bemöta mångfalden i problematiken.

Den personliga kontakten mellan behandlare och patient är avgörande för att det självmordsnära tillståndet ska kunna brytas (Wolk-Wasserman, 1985, 1987; Söderberg, 2004).

Aktuell forskning i Sverige visar att personer som omhändertagits inom vården efter ett självmordsförsök hade önskat större tillgång till hjälp; en annan professionell hjälp än den man hade tillgång till; hjälp med aktuella

frågor och problemlösning samt tydligare vetskap om hur man söker hjälp (Skogman & Öjehagen, 2003).

Vårdplan för psykiatrisk slutenvård

När den preliminära bilden av den självmordsnära patientens problematik klarnat ska en vårdplan formuleras tillsammans med patienten, helst också med de närstående, patientens kontaktman samt ansvarig läkare (Svenska psykiatriska föreningen och Spri, 1997; Sunnqvist, 2006). Planen ska omfatta

1. problemformulering
2. mål med vård
3. vårdens utformning (medicinering, psykoterapeutiska behandlingar, behandling av den somatiska sjukdomen, rehabilitering, tidsplan)
4. datum, klockslag, plats och vilka som ska närvara vid första uppföljande utvärderingen
5. namn och kontaktväg på den person som patienten kan vända sig till vid behov
6. namn och kontaktväg på den person som den anhörige kan vända sig till vid behov
7. namn och kontaktväg till den anhöriga, som vården kan vända sig till vid behov

Se också separat kapitel om samarbete med anhöriga.

Slutenvård – öppenvård

Om en patient bedöms så allvarligt självmordsbenägen att det finns fara för livet ska han eller hon läggas in i slutenvård. Här finns möjlighet att använda sig av lagligt reglerad tvångsvård (LPT, lagen om psykiatrisk tvångsvård) om övriga indikationer är uppfyllda för inläggning. Om denna lag utnyttjas är det viktigt att noga informera patienten om att tvångsinsatserna är styrta av omsorg om patienten och av oro för hans liv, samt också upplysa om patientens rättighet att överklaga beslutet.

När det gäller tvångsvård rekommenderas att "hellre fälla än fria" av det skälet, att alla inblandade vinner tid till att både göra ytterligare bedömningar och att samordna de behövliga behandlingsinsatserna. Vårdintyget för LPT-vård prövas inom 24 timmar av psykiatrisk specialist, vilket dels innebär en rättslig trygghet – patientens frihetsberövande blir inte orimligt långt – dels att säkerheten i bedömningen ökar.

Suicidriskbedömningen ska upprepas kontinuerligt under slutenvårdsperioden och i samband med utskrivningen.

Självmordsnära personer bör ha dagliga samtal under vårdtiden. Alltför många självmordsnära patienter har berättat att de efter att ha blivit inlagda i slutenvård aldrig fick beredas möjlighet att under vårdtiden bearbeta sina tankar kring sin suicidalitet (Skogman, 2006).

Omvårdnad efter ett suicidförsök

Personer som har gjort ett självmordsförsök har utfört en medveten handling med avsikt att dö. Ett självmordsförsök kan vara mer eller mindre planlagt eller impulsivt. Efter livräddande insatser är frågor om vad som hänt, hur och varför av grundläggande vikt för individens fortsatta förutsättningar att leva. Personen behöver hjälp med att reda ut och förhålla sig till det som hänt och förändrats i samband med ett självmordsförsök.

Bland det viktigaste i behandlingen av den självmordsnära individen är de skenbart enkla åtgärder som ryms inom begreppet basal omvårdnad – att se individen, att ha tid att vara tillsammans och att icke-dömande acceptera den självmordsnäras känslor, att visa empati samt att inge hopp (Samuelson et al., 1997; Finfgeld, 2004; Sunnqvist et al., 2006).

Personer med upprepade självmordsförsök utgör en heterogen grupp (Fawcett, 1987; Black, 2004). Behandlingskontakter kan leda till frustration hos både behandlare, patient och anhöriga som på sikt kan medföra risk för ett avståndstagande från behandlaren sida. Patienten och de anhöriga upplever ett sådant avståndstagande som ett svek som ytterligare förstärker den grundläggande problematiken (Holmes & Saleebey, 1993; Hewitt-Taylor, 2004).

Den självmordsnära individen präglas av psykisk sjuklighet, selektivt negativt tänkande, övergeneralisering av olika typer av svårigheter, hopplöshet och låg problemlösningsförmåga och behöver därför hjälp med behandling av sjukdomen, problemlösning samt ges möjligheter att berätta om och reflektera över sin levnadshistoria (Brown et al., 2005; Speckens & Hawton, 2005; Sunnqvist et al., 2006).

Övervakning

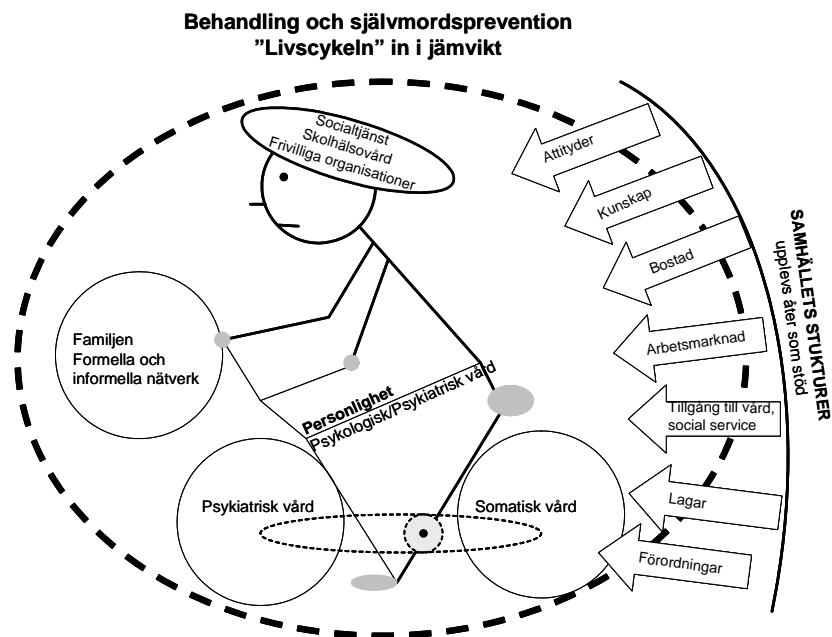
Grad av övervakning ska noga anges vid inläggningen och endast av utbildad personal ska genomföra övervakningen. Övervakningsgradernas konkreta innebörd ska finnas tydligt anslaget på avdelningsexpeditionen. och patienten ska informeras om skälet för och innebörden av övervakningen. Personalen bör ha möjlighet att uppdatera sin färdighet i samtalsteknik med självmordsnära personer och inte bara i bevakningsrutiner (Wolk-Wasserman, 1985; Skogman, 2006).

Varje psykiatrisk klinik bör arbeta säkerhetsfrämjande med den fysiska miljön för att förebygga suicid och suicidförsök under vårdtiden. Exempelvis bör psykiatriska avdelningar ligga på bottenvåningen och fönstren vara låsta för att förhindra hopp. I övrigt bör rep, skärp och vassa föremål inte vara tillgängliga för den självmordsnära personen.

Samverkan i behandlingen

En suicidhandling innebär en psykisk katastrof där en sårbar individ utsätts för snabba och intensiva emotionella krafter eller påfrestningar som personen inte orkar avvärja själv. Därför krävs det dels en kombination av olika behandlingsmetoder, dels kraftfulla insatser från flera håll: primärvården, psykiatrisk vård, familj, vänner, bekanta, arbetsplats,

somatisk vård, socialtjänst och skolhälsovård. Samarbetet mellan alla verksamheter är också viktigt (bild 3).



Alla delar i "livscykel" måste hållas i funktion och samarbeta för att hålla den suicidala personen vid liv.

D. Wasserman (Oxford University Press. The Textbook of Suicidology. The Five Continents Perspective, in press).

Bild 3 illustrerar vikten av samarbete i behandlingen mellan olika aktörer. Symboliskt kan det uttryckas som att det inte räcker med att "pumpa luft i ena däck" utan samtliga delar på cykeln måste repareras för att cykeln ska fungera, d.v.s. för att individen ska må bra.

Kombinera flera behandlingsmetoder

En kombination av olika behandlingsmetoder i hela vårdkedjan, som farmakologiska, psykoterapeutiska och psykosociala metoder, är nödvändig för en framgångsrik självmordsprevention. Se kapitlet om vetenskaplig evidens. Detta förhållningssätt är också framgångsrikt vid behandling av depressioner (SBU, 2004a, b, c).

Att stimulera den självmordsnäres egen förmåga att finna lösningsstrategier och visa förtroende och beredskap att stödja henne i genomförandet har också ett självmordspreventivt värde (Holmes & Saleebey, 1993; Finfgeld, 2004; Hewitt-Taylor, 2004; Söderberg, 2004).

Behandla den somatiska sjukdomen

Eftersom den somatiska sjukdomen kan vara en utlösande faktor i en suicidal process innebär behandling av grundsjukdomen en betydelsefull suicidpreventiv intervention. Inom somatiken har de psykiska komplikationerna vid somatiska sjukdomstillstånd uppmärksammats. Man har där

mer och mer kommit att anlita *konsultationspsykiatriska tjänster* för att också få de psykiska aspekterna av det somatiska sjukdomstillståndet belysta. Lika viktigt är det att höra individens föreställningar om bakgrunden till sjukdomen, hans farhågor inför framtiden, hur sjukdomen inverkar på relationerna till de närstående, osv.

Uppföljande eftervård

När en person läggs in i sluten vård är det viktigt att snarast ta kontakt med öppenvården och andra stödpersoner för att i god tid planera eftervård och rehabiliteringsinsatser. Dessa personer borde delta i planeringemöten vid slutet av vårddagen, hålla kontakt med patienten och se till att patienten får öppenvårdsuppföljning senast inom en vecka efter utskrivningen.

Patienten, och i relevanta fall även anhöriga, bör ha fått en tid för återbesök med besked om tid och plats och vem som ansvarar för den definitiva utskrivningen.

Ett stort riskmoment för suicid är just under avbrott i vårdkedjan, exempelvis mellan slutet och öppen vård samt under permissioner och vid utskrivningen. Därför bör alla kliniker ha rutiner för bedömning av suicidrisk efter utskrivningen och för uppföljning under eftervårdstiden.

Referenser

Aish A-M, Wasserman D. Does Beck's Hopelessness scale really measure several components? *Psychological Med* 2001;31:367-372.

Beskow J (red). *Själv mord och självmordsprevention*. Lund: Studentlitteratur, 2000.

Black DW, Blum N, Pfohl B, et al. Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Personal Disord* 2004;18:226-239.

Brown GK, ten Have T, Henriques GR, et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA* 2005;294:563-570.

Edman G, Asberg M, Levander S, Schalling D. Skin conductance habituation and cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid in suicidal patients. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:586-592.

Ekblad S, Wasserman D (red). *Tidig upptäckt och preventiv behandling av asylsökande i riskzonen för självmord*. Institutet för psykosocial medicin, IPM. Stressforskningsrapport 304, 2002.

Fawcett J, Scheftner W, Clark D, et al. Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: A controlled perspective study. *Am J Psychiatry* 1987;144:35-40.

Fingeld DL. Empowerment of individuals with enduring mental health problems: Results from concept analyses and qualitative investigations. *ANS Adv Nurs Sci* 2004;27:44-52.

Grunberger B. Suicide of melancholics (J. Diamanti, Trans.). In B. Grunberger, *Narcissism: Psychoanalytic essays* (pp. 241-266). New York: International Universities Press. (Original work published 1968), 1979.

Hewitt-Taylor J. Challenging the balance of power: Patient empowerment. *Nurs Stand* 2004;18:33-37.

Holmes GE, Saleebey D. Empowerment, the medical model and the politics of clienthood. *J Progr Human Serv* 1993;20:483-493.

Johansson LM. Migration, mental health and suicide. An epidemiological, psychiatric and cross-cultural study. PhD dissertation, Karolinska Institutet, 1997.

Johansson LM, Sundquist J, Johansson SE, et al. Suicide among foreign-born minorities and Native Swedes: An epidemiological follow-up study of a defined population. *Soc Sci Med* 1997;44:181-187.

Magne-Ingvar U. Persons who attempt suicide – social characteristics, social network and significant others. PhD dissertation, Lunds Universitet, 1999.

Niméus A, Alsen M, Träskman-Bendz L. The suicide assessment scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters. *Eur Psychiatry* 2000; 15(7):416-23.

Niméus A, Hjalmarsson-Ståhlfors F, Sunnqvist C et al. Evaluation of a modified interview version and of a self-rating version of the Suicide Assessment Scale. *Eur Psychiatry* 2006; 21(7): 471-477.

Rudd MD, Berman AL, Joiner TE Jr, et al. Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide Life Threat Behav* 2006;36:255-262.

Runeson B. Suicidriskbedömning. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök. Rapport 1/1998.

Samuelsson M, Åsberg M, Gustavsson JP. Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:222-230.

SBU, (Statens beredning för medicinsk utvärdering). Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU, 2004a,b,c.

Skogman K, Öjehagen A. Problems of importance for suicide attempts. The patients' views. *Arch Suicide Res* 2003;7:207-220.

Skogman K. Understanding suicidality: Suicide risk, sex differences and views of suicide attempters. PhD dissertation, Lunds Universitet, 2006.

Socialstyrelsen. Vård av självmordsnära patienter – en kunskapsöversikt. 2003.

Statens folkhälsoinstitut. Hälsa på lika villkor - hälsa och livsvillkor bland HBT-personer, 2006.

Speckens AE, Hawton K. Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: A systematic review. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35:365-387.

Sunnqvist C, Persson U, Lenntorp B, et al. Time-geography a model for psychiatric life charting? *J Psychiatr Ment Health Nurs*, in press, 2006.

Svenska psykiatriska föreningen och Sprit Självordsnära patienter – kliniska riktlinjer för utredning och behandling, 1997.

Söderberg S. To leave it all behind. Factors behind parasuicide – Roads towards stability. PhD dissertation, Umeå Universitet, 2004.

Thorell LH. Electrodermal activity in suicidal and nonsuicidal depressive patients and in matched healthy subjects. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:420-430.

Thorell LH. Tidig electrodermal suicidrisksdetektion - suicidprevention i tid. Manuskript avsett för publicering, 2006.

Wasserman D. A stress – vulnerability model and the development of the suicidal process. In: *Suicide – An unnecessary death*. Wasserman D (Ed) London: Martin Dunitz Ltd, 2001:13-27.

Wasserman D. The suicidal patient – doctor relationship. In: *Suicide – An unnecessary death*. Wasserman D. (Ed) London: Martin Dunitz Ltd, 2001:141-145.

Westman J, Sundquist J, Johansson LM et al. Country of birth and suicide: a follow-up study of a national cohort in Sweden. *Arch Suicide Res* 2006; 10:239-248.

Wolfersdorf M, Straub R, Barg T, et al. Depressed inpatients, electrodermal reactivity, and suicide – a study about psychophysiology of suicide behaviour. *Archives of Suicide Research* 1999;5:1-10.

Wolk-Wasserman D. The intensive care unit and the suicide attempt patient. *Acta Psychiatr Scand* 1985;71:581-595.

Wolk-Wasserman D. Contacts of suicidal and prepsychotic/psychotic patients and their significant others with public care institutions before the suicidal attempt. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75:358-372.

Åsberg M, Träskman L. Studies of CSF 5-HIAA in depression and suicidal behaviour. *Adv Exp Med Biol* 1981;133:739-752.

När suicid har inträffat i sjukvården, socialtjänsten eller skolan

Retrospektiv genomgång

Att förlora en patient eller klient i självmord är en mycket omskakande upplevelse. Personalen behöver akut emotionellt stöd på samma sätt som de anhöriga.

En retrospektiv genomgång efter ett inträffat självmord och även självmordsförsök på en psykiatrisk eller annan avdelning, särskilda boenden, gruppboenden, fängelser, häkten och i skolor bör vara en rutin för att slå vakt om personalen och den psykosociala arbetsmiljön (Wasserman, 2001). Genomgången innebär en möjlighet till bearbetning av personalens reaktioner på händelsen och kan med fördel ledas av en utomstående person med suicidologisk och gruppdynamisk erfarenhet (Beskow, 1985; Schulman et al., 1991).

Det gäller att:

1. Bearbeta det trauma som personalen upplever när ett självmord inträffar.
2. Snabbt samla alla berörda för en information, en kort beskrivning av det inträffade och ett tydligt avståndstagande från självmordet som en lösning på ett livsproblem – däremot med uttalad respekt för den avlidne och beklagande av dennes bortgång. Om suicid inträffar i skola, socialtjänst eller fängelse, etc bör man ta hjälp av en psykiatrisk eller psykologisk specialist.
3. Efter cirka fyra till sex veckor efter självmordet, sedan polisrapport och obduktionsberättelse inskaffats, bör man hålla en ny retrospektiv genomgång med berörd personal för att ta lärdom av det inträffade och se hur man kan undvika liknande situationer i framtiden.

Förebygga klustersjälvmod

Så kallade klustersjälvmod är ett känt fenomen från vårdavdelningar, skolor, fängelser, häkten etc. och innebär att ytterligare suicid eller flera följer efter att någon har tagit sitt liv.

De personer kring den avlidne som stått denne särskilt nära, som har liknande problematik och som befinner sig i riskzonen för att aktivera sin egen suicidalitet, ska erbjudas stödsamtal eller behandling och följas upp noga. Det är också viktigt att ge stöd till de efterlevande anhöriga och inte glömma barn i familjen.

Information i media

Vid förfrågningar från media bör den ansvarige svara på frågor om det inträffade självmordet men inte lämna någon detaljerad information.

WHO har arbetat fram ett resursmaterial om hur medial information kring suicid bör se ut (WHO, 2000). Detta material borde användas i utbildningen vid Institutionen för Journalistik, Medier och Kommunikation (JMK) och i andra utbildningar med inriktning mot journalistik och media.

När ett självmord får massmedial spridning finns risken att detta suggererar till en självmordshandling hos sårbara personer, särskilt om man rapporterar om kända personer. Speciellt mottagliga är känsliga eller unga identitetsosäkra personer. En riskgrupp utgörs av sådana som liknar den döde i det självmord som har fått uppmärksamhet. Ju fler detaljer om den avlidne som förmedlas – ålder, yrke, livssituation, tillvägagångssätt, kanske ett foto – desto större risk för att suicidhandlingen får efterföljare. Man bör vara saklig och alltid belysa de självmordspreventiva möjligheterna.

Internet kan betraktas som en form för information och kommunikation om självmord till enskilda personer, men även som en del i en massmediainformation. En pågående svensk studie (Westerlund, 2006) visar att liknande mönster som råder när det gäller preventiva förhållningssätt till självmord i övriga samhället och kulturen även råder på Internet. I studien som innefattar en beskrivning av vilka som använder sig av Internet ingår bl.a. pro-suicida förhållningssätt direkt riktade till enskilda personer. Samtliga aktörer bör i högsta grad beakta kunskapen om denna möjliga påverkan, särskilt på unga sårbara personer.

Referenser

Beskow J. Självmord inom den psykiatriska vården. Stockholm: Socialstyrelsen, 1985.

Schulman A, Håkanson E, Michélsen H. Psykologiskt stöd till personal på psykiatriska vårdavdelningar och retrospektiva genomgångar efter patienters självmord. Nord Psykiatr Tidskrift 1991;45:337-343.

Wasserman D. The work environment for health care staff. In: Wasserman D (Ed) Suicide – An unnecessary death. London: Martin Dunitz Ltd, 2001:237- 242.

Westerlund M. Preliminära uppgifter kring Internetanvändning. Manuskript, JMK/NASP, 2006.

WHO. Preventing suicide, a resource for media professionals. WHO, Geneve, 2000.

Familjen och sociala nätverk som resurs i suicidpreventivt arbete

Familjen som resurs i suicidriskbedömningen

Att ha en psykisk sjukdom har tidigare varit så skambelagt, ett sådant socialt stigma, att det inträffat att människor av skamkänslor för sin sjukdom hellre valt att ta sitt liv än att söka psykiatrisk behandling. Samma sak gäller självmordstankar; på grund av skam- och skuldkänslor har individen ganska ofta dolt sina tankar för sin familj. Det är läkarens uppgift att övertyga patienten att öppet diskutera sina suicidala tankar och känslor med familjen. Resultatet av detta blir ofta att patienten känner att självmordstankarna inte längre är något hemligt och skuldbelagt utan är ett problem som går att lösa. En suicidriskbedömning bör alltid bekräftas genom jämförelse av information från andra källor där familjen ofta är en förbisedd sådan.

Familjen som resurs i behandlingen

Att ta med familjen i behandlingsarbetet innebär tillgång till betydelsefull information som annars inte skulle ha kommit fram (Johnsson Fridell et al., 1994).

Ändå sker detta fortfarande sällan. Anhörigas oro ska tas på allvar när de ber om hjälp. Deras kunskap om den självmordsnära personens erfarenheter, hur livet fungerar i praktiken och även hur informationen har uppfattats, är viktiga.

Anhöriga kan bistå med att upprätta ett kontrakt om hur och när de ska informera vården och hur de kan samarbeta vid eventuellt återfall. Om en närstående ombeds att observera patienten utanför sjukhuset ska speciella instruktioner ges. Dessa ska omfatta vad den närstående ska göra om patienten blir sämre eller vid en förnyad akut kris, för att utan dröjsmål få igång samarbetet när det verkligen är bråttom.

Skriftliga instruktioner är ett bra alternativ med tanke på att det kansvårt att komma ihåg muntliga instruktioner när man befinner sig i ett kristillstånd. Då kan behandlingen bli bättre och på detta sätt minska risk för suicid (Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a,b; Johnsson Fridell et al., 1994).

Läkare och annan vårdpersonal måste också observera att i vissa fall av dysfunktionella familjemönster blir familjen inte en behandlingsresurs för den suicidala patienten, utan kan tvärtom förstärka hans suicidalitet.

Detta kan t.ex. gälla för en självmordsbenägen HBT-person i en familj som har negativ inställning till homosexualitet, bisexualitet och transpersoner.

Avlasta familjen

När familjemedlemmar tas med i behandlingsarbetet av en psykiskt sjuk eller självmordsbenägen patient känner de sig mindre hjälplösa och blir till en länk i vårdkedjan.

Det finns dock tillfällen när familjen är så utmattad att hemmavistelse inte blir en tillgång för patienten, utan det kan upplevas som en avlastning att den självmordsnära personen läggs in. Särskilt gäller detta vid omständigheter som upprepade självmordsförsök, missbruk, akut återfall i schizofreni och bipolär sjukdom.

Permission och utskrivning

Inför en permission och utskrivning bör personalen alltid tala med de närstående (om patienten inte motsätter sig detta) för att kartlägga självmordsriskerna. Oftast är det inte svårt, men det kan ibland ta tid att motivera den självmordsnära personen att ha med familjen eller vänner i bedömningen och behandlingen.

Efter inträffat suicid – postvention

Efterlevande

När ett självmord inträffat, hamnar familjen ofta i ett chocktillstånd. I sökandet efter en förklaring kan familjen anklaga olika familjemedlemmar för det inträffade, just när familjen skulle behöva hålla samman och stärka varandra. Det är viktigt att då snabbt samla hela familjen till flera terapeutiska sammankomster för att hjälpa samtliga familjemedlemmar att hantera sin sorg, att förbli ett stöd för varandra och återupprätta tron på framtiden (Träskman-Bendz et al., 1999).

Vid självmord eller självmordsförsök är det viktigt att ta hand om efterlevande partner och barn samt även andra anhöriga eller vänner.

Detta innebär också en suicidprevention, eftersom personer som varit med om en närståendes självmord själva löper förhöjd risk att ta sig ur en övermäktig situation på samma sätt.

Efterlevande vänner, bekanta och övriga berörda

Om ett självmord eller självmordsförsök inträffat på en skola, en militär-förläggning eller på en psykiatrisk avdelning, är det inte ovanligt att detta självmord eller självmordsförsök följs av flera. Här handlar det ofta om personer som stod den avlidne nära eller som själva redan hade en suicidal problematik. Genom identifikation och imitation kan detta resultera i ytterligare ett självmordsförsök eller fullbordat självmord. Det är viktigt att alla berörda får information om det inträffade och hur man kan förebygga självmord. Personer som upplevs vara i riskzonen bör noggrant följas upp (Magne-Ingvar et al., 1992; Johnsson Fridell et al., 1994; Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a,b; Ferm, 2002).

SPES (Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd)

SPES www.spes.nu är verksam i alla regioner i Sverige och kan ge stöd till den efterlevande. SPES har en telefonjour för efterlevande som är öppen varje kväll.

Representanter från SPES ingår i ledningarna för samtliga sex regionala suicidpreventiva nätverk i Sverige (www.ki.se/suicide).

Referenser

Ferm M (red). Det går att leva vidare – en bok om sorg när någon som stått oss nära tagit sitt liv. NASP 2002:3.

Johnsson Fridell E, Eidevall-Wallin L, Miklos-Ljungberg J, et al. Samarbete vuxenpsykiatri och barnpsykiatri efter ett självmordsförsök. Socialmedicinsk Tidskrift 1994;71:137-140.

Magne-Ingvar U, Öjehagen A, Träskman-Bendz L. The social network of people who attempt suicide. Acta Psychiatr Scand 1992;86:153-158.

Magne-Ingvar U, Öjehagen A. One-year follow-up of significant others of suicide attempters. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999a;34:470-475.

Magne-Ingvar U, Öjehagen A. Significant others of suicide attempters: Their views at the time of the acute psychiatric consultation. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999b;34:73-79.

Träskman-Bendz L, Alsén M, Öjehagen A. The grief experience questionnaire. I Stödenheten för närstående till personer som tagit sitt liv – erfarenheter och utvärdering av en verksamhet i Lund. Socialmedicinsk tidskrift 1999;2:157-160.

Vetenskaplig evidens och slutsatser beträffande behandling och förebyggande av suicidförsök och suicid enligt SBU:s och SoS kriterier

Brist på studier

Det kan generellt konstateras att det råder en stor brist på suicidpreventiva studier. Däremot finns det studier där man i efterhand sökt utvärdera en möjlig suicidpreventiv effekt i kliniska prövningar av olika tillstånd i vilka suicidförsök eller suicid förekommer.

I en systematisk översikt från The Cochrane Collaboration granskades alla randomiserade kontrollerade studier man funnit från 1966 till 1998 som prövat olika former av farmakologisk eller psykoterapeutisk behandling i syfte att förhindra ett uppreparande av självdestruktivt beteende (Hawton et al., 1999). En sammanfattning av resultaten visade att patientunderlaget i nästan samtliga studier var för litet för att man med säkerhet skulle kunna uttala sig om några statistiskt säkerställda behandlingseffekter. För sådan forskning krävs stora undersökningsmaterial och därmed internationell samverkan, vilket innebär stora kostnader.

I detta sammanhang kan nämnas att mycket begränsade ekonomiska resurser har funnits för psykoterapeutiska kontrollerade studier, övriga psykosociala interventionsstudier och i jämförande studier av psykofarmakologiska, psykoterapeutiska och psykosociala behandlingar. Generellt sett behövs flera stora RCT-prövningar (Randomised Control Trial) för att ytterligare styrka de forskningsresultat som refereras nedan.

Bristen på suicidpreventiva studier beror sannolikt på tabuföreställningar och bristande kunskap om problemstorleken, så att denna typ av studier inte prioriterats. Därutöver kan man, på grund av etiska skäl, inte använda placebobehandling av självmordsnära personer. Enligt sammanfattningar visade av SBU finns däremot bra evidensbaserade studier när det gäller behandling av depressioner, alkoholberoende och ångestsjukdomar, dvs. sjukdomsgrupper som utgör risktillstånd för suicid (SBU, 2004a,b,c; 2005a,b).

Evidensgradering enligt SBU:s och Socialstyrelsens kriterier

I detta dokument har Socialstyrelsens och SBU:s kriterier använts för att bedöma den vetenskapliga evidensen av föreslagna åtgärder (Britton, 2000).

För att kunna gradera evidensen ska kvaliteten (bevisvärdet) på de studier som ligger bakom slutsatsen bedömas.

Högt bevisvärde (H)

Det innebär tillräckligt stor studie, lämplig studietyp, väl genomförd och analyserad. Det kan vara en stor, randomiserad kontrollerad studie när det gäller utvärdering av en behandlingsform. När det gäller övriga områden (diagnostik, riskbedömning och prognos) gäller andra typer av studier som också kan kvalitetsgraderas med avseende på bevisvärde. Ett grundkrav är att studierna väl uppfyller på förhand uppställda kriterier.

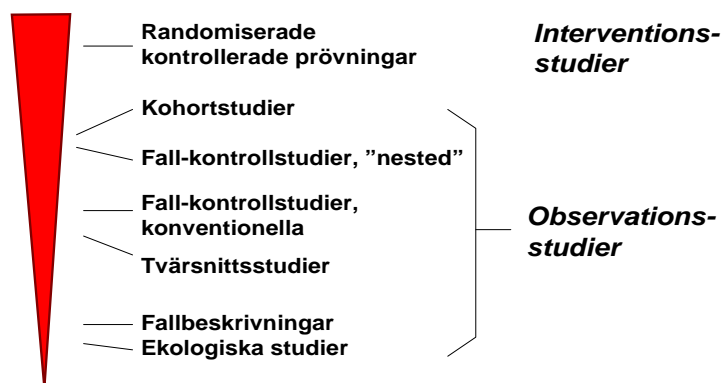
Medelhögt bevisvärde (MH)

Behandlingseffekter: Det kan vara en stor studie med kontroller från andra befolkningsgrupper än de som ingått i behandlingsgruppen, matchade grupper eller liknande. För övriga områden: Uppfyller delvis på förhand uppställda kriterier.

Lågt bevisvärde (L)

Sådana studier ska inte ligga som enda grund för slutsatser, t.ex. studier med selekterade kontrollgrupper (retrospektiv jämförelse mellan patientgrupper som fått respektive inte fått behandling), stora bortfall eller andra osäkerheter eller dåliga på förhand uppställda kriterier.

BEHANDLING: OLIKA STUDIERS BEVISVÄRDE



Evidensgradering vid systematiska kunskaps-sammanställningar

När en kvalitetsgranskning gjorts av underlaget bakom slutsatsen sker slutligen *evidensgraderingen*.

Evidensstyrka 1

Detta innebär en systematisk översikt som bygger på minst två randomiserade studier av högt bevisvärde. Följande undantag från huvudregeln kan också motivera evidensstyrka 1:

- Enstaka mycket stor randomiserad kontrollerad studie (med smalt konfidensintervall) utförd vid ett stort antal centra.
- ”Allt eller inget” -studier som visar en dramatisk och odiskutabel effekt t.ex. penicillin vid stora pneumonier, eller insulin vid typ 1-diabetes.

Evidensstyrka 2

Detta innebär en systematisk översikt som bygger på en randomiserad studie med högt bevisvärde plus minst två studier med medelhögt bevisvärde och entydiga resultat (huvudregel). Följande undantag kan förekomma:

- En systematisk översikt som bygger på väl upplagda kohortstudier eller fall-kontrollstudier med entydiga resultat.
- En systematisk översikt som bygger på ett flertal randomiserade kontrollerade studier med medelhögt och lågt bevisvärde med entydigt resultat.

Evidensstyrka 3

Detta innebär en systematisk översikt som bygger på minst två randomiserade studier med medelhögt bevisvärde och entydigt resultat. Följande undantag kan förekomma:

- En systematisk översikt som bygger på väl upplagda kohortstudier eller fall-kontrollstudier med divergerande resultat.
- En systematisk översikt som bygger på ett flertal randomiserade kontrollerade studier med medelhögt eller lågt bevisvärde.

Evidensstyrka 4

Detta innebär en systematisk översikt som bygger enbart på studier av lågt bevisvärde eller där den systematiska kunskapsgenomgången visat avsaknad av studier.

Vid heterogena resultat mellan studier som åberopas och som inte kan förklaras utifrån patientmaterial eller design, minskas styrkegraden åtminstone en nivå.

Slutsatser som redovisas i en systematisk kunskapssammanställning som i sig genomförts med god kvalitet kan ha såväl evidensgrad 1 som 2, 3 eller 4, allt beroende på bevisvärdet på de studier som ligger bakom slutsatsen.

Behandling av suicidnära patienter

En självmordshandling utlöses av snabba och intensiva emotionella krafter eller påfrestningar som den sårbara individen inte orkar hantera och avvärja själv. De bakomliggande och de utlösande faktorerna är olika från fall till fall. Eftersom självmordsnärlighet är en komplex problematik med stor individuell variation, bör behandlingsutbudet utformas ur en motsvarande mångfald som är vetenskapligt utvärderad, med hög tolerans för personers olika behov av hjälp i metodvalet. I det praktiska arbetet krävs alltså ett kraftfullt och kontinuerligt samarbete och insatser från flera håll, som från familj, vänner, bekanta, arbetsplats, skolhälsovård, socialtjänst och psykiatrisk och somatisk vård (bild 3).

Systematiska kunskapsöversikter saknas på detta område men enskilda vetenskapliga studier och praktisk erfarenhet talar för att samordnade aktioner är nödvändiga för att skydda individen mot fortsatt suicidalt beteende (Wasserman, 2001; Skogman, 2006).

Psykofarmakologisk behandling

Behandling med antidepressiva läkemedel

Metaanalyser av randomiserade kontrollerade studier (RCT)

Det är många svårigheter förknippade med att ta reda på om en viss typ av behandling med säkerhet förhindrar självmord. Självmord är en relativt sällsynt händelse och en studie måste därför, med nödvändighet, omfatta flera tusen patienter för att man statistiskt ska kunna säkerställa en behandlingseffekt. Bedömning av det vetenskapliga underlaget för en behandling har därför inte sällan prövats genom metaanalyser av små randomiserade, kontrollerade studier (RCT) där händelserna självmordsförsök och självmordstankar använts som utfallsmått eftersom de är tio till 100 gånger så vanliga.

Det är viktigt att metaanalyser bedöms lika kritiskt som enskilda arbeten, eftersom kvaliteten på de enskilda arbetena och deras begränsningar bl.a. avgör metaanalysens kvalitet och begränsningar.

Metaanalyser av RCT av behandling med antidepressiva läkemedel har utförts för att jämföra olika typer av antidepressiva läkemedels antidepressiva effekter (Montgomery et al., 1995; Khan et al., 2000), men också för att klarlägga om antidepressiva läkemedel stimulerar uppkomsten av suicidal tankar, suicidförsök och suicid (Khan et al., 2003; Ferguson et al., 2005; Gunnell et al., 2005). Olika aspekter av behandling med antidepressiva läkemedel i förhållande till suicidalitet har nyligen belysts av Goldney (2006).

I den senare typen av studier kan man i två av studierna (Kahn et al., 2003; Gunnell et al., 2005) inte utesluta att antidepressiva läkemedel kan framkalla självmordshandlingar, medan man i den tredje studien (Fergusson et al., 2005) finner klara bevis för att behandling med såväl tricykliska som SSRI är associerat med suicidförsök. Jick et al. (2004) visade i sin stora och väl utförda studie att risken för självmordshandlingar efter påbörjad antidepressiv behandling är lika stor oavsett typ av preparat.

När det gäller den skyddande effekten av antidepressiva gentemot suicidförsök och suicid finner man i tre metaanalyser inga skillnader mellan de läkemedelsbehandlade grupperna och placebogrupperna (Khan et al., 2000; Khan et al., 2003; Gunnell et al., 2005). En signifikant protektiv effekt av paroxetine (Montgomery et al., 1995; Verkes et al., 1998), men ej hos barn och ungdomar (Apter et al., 2006) och fluvoxamine (Letizia et al., 1996) för suicidal tankar har rapporterats.

Undersökningarna är svåra att utvärdera, eftersom de inte uppfyller på förhand uppställda kriterier. Studierna har inte utformats för att undersöka de antidepressiva läkemedlens antisuicidala effekt utan deras antidepressiva verkan men behandlingstiden har sannolikt varit för kort (6 veckor) för att maximal antidepressiv effekt skulle kunna uppnås. Dessutom utgör de undersökta patienterna en utvald och många gånger för suicidaliteten icke-representativ grupp av personer.

Metaanalyser av randomiserade, kontrollerade studier.

Författare	Tidskrift	Antal patienter	Resultat suicid	Resultat suicid-försök	Resultat suicidal tankar
Montgomery et al., 1995	Eur Neuro	9 301			Sign. protektiv
Khan et al., 2000	Arch Gen Psych	19 639	Icke sign protektiv	Icke sign protektiv	
Khan et al., 2003	Am J Psychiatry	48 277		Icke sign protektiv	
Ferguson et al., 2005	BMJ	87 650		Sign. riskfyllt	
Gunnell et al., 2005	BMJ	40 826	Icke sign protektiv	Icke sign riskfyllt	Icke sign protektiv

Ekologiska studier

En ekologisk studie är ett etablerat uttryck för en undersökning som sker på grupp- eller områdesnivå. Bevisvärdet av dessa studier är lågt, då risken för ekologiska felslut måste tas med i beräkningen. Ekologiska felslut är ett uttryck för att dra slutsatser om samband som ser ut att gälla på en viss samlingsnivå, men som kanske inte håller på en annan nivå. Det är inte möjligt i en ekologisk studie att särskilja om ett samband är kausalt eller slumpartat.

I separata ekologiska studier i Ungern, Sverige, Australien och USA liksom i en analys av 27 olika länder (Isacsson et al., 2000; Beautrais et al., 2001; Carlsten et al., 2001; Rihmer et al., 2001; Hall et al., 2003; Olfson et al., 2003; Gibbons et al., 2005; Ludwig et al., 2005) har förskrivningen av antidepressiva på en aggregerad nivå korrelerat med minskat antal suicid. I Italien och på Island kunde man inte hitta detta samband (Helgason et al., 2004; Guaiana et al., 2005). Det finns dock ett samband och rimliga mekanismer som kopplar antidepressiva till minskningen av obehandlade depressioner och därmed suicid.

Behandling av ungdomar med antidepressiva läkemedel

Med tanke på suicidrisken har American College of Neuropsychopharmacology publicerat följande riktlinjer gällande antidepressiv behandling av unga under 18 år (Mann et al., 2006):

- Fluoxetin (Fontex) kan fortsätta att användas som en effektiv och redan tillgänglig behandling av egentlig depression hos unga.
- Övriga SSRI-preparat behöver fortsatt utvärdering medelst randomiserade kontrollerade prövningar, helst med fluoxetin som referenssubstans, för att man ska kunna fastslå deras effekt.
- Det är nödvändigt med kontinuerlig övervakning gällande suicidtankar hos patienter som behandlas med antidepressiva medel.

I SBU:s rapport (2004a,b,c) om depressionsbehandling rekommenderas följande: Vid depression hos barn och ungdomar har ett antidepressivt läkemedel (fluoxetin) visats ha effekt på kort sikt (evidensstyrka 2), men medlet är inte godkänt i Sverige för dessa åldersgrupper och kontrollerade långtidsstudier saknas helt. Kognitiv beteendeterapi och interpersonell psykoterapi har ett måttligt vetenskapligt stöd i dessa åldrar (evidensstyrka 2), men långtidseffekterna är otillräckligt dokumenterade.

I de inledande stadierna av behandlingen måste patienterna noga följas, eftersom risken för suicid och suicidförsök är ökad beroende på medlens ångesthöjande effekt och (motorisk) hämningslösande effekt. Detta är särskilt viktigt när man behandlar ungdomar. Dessa överväganden måste tas med i den kliniska bedömningen och vägas mot riskerna med en obehandlad depression.

Rekommendationer vid behandling av vuxna med antidepressiva läkemedel

I flertalet av retrospektiva genomgångar av självmord visas entydigt att i merparten av fallen har den bakomliggande psykiska sjukdomen varit depression (Beskow, 1979; Runeson, 1990; Åsgård, 1990; Waern, 2000).

När det gäller depression visar systematiska kunskapsanalyser att samtliga läkemedel godkända för depressionsbehandling: tricykliska antidepressiva, serotoninupptagshämmare (SSRI) samt den nya generationen av antidepressiva medel, typ venlafaxine, har likvärdig och god effekt vid behandling av svåra, lindriga och måttliga depressioner (SBU, 2004a,b,c) (Evidensstyrka 1). Å andra sidan finns studier med högt bevisvärde som visar att den först påbörjade behandlingen i genomsnitt leder till otillfredsställande resultat (SBU, 2004a,b,c) (Evidensstyrka 1).

Men det saknas studier som särskilt utformats för att fastställa om behandling med antidepressiva läkemedel, godkända för depressionsbehandling, förhindrar självmord. Systematiska kunskapsöversikter av antidepressiva läkemedels effektivitet att minska självmordstankar och självmordsförsök ger inga entydiga svar.

Emellertid, ekologiska studier i flera europeiska länder, däribland Sverige har visat att en ökad förskrivning av antidepressiva läkemedel (SSRI) sammanfaller med en minskad självmordsfrekvens. Det finns även en longitudinell fall-kontrollstudie av god kvalitet som visar lägre självmordsfrekvens för patienter som långtidsbehandlats med antidepressiva läkemedel (Angst et al., 2005). Sammantaget ger dessa studier ett otillräckligt vetenskapligt stöd för att behandling med antidepressiva läkemedel förebygger självmordshandlingar (Evidensstyrka 4).

Det finns, å andra sidan klinisk erfarenhet som visar att depressioner hos självmordsnära personer ska behandlas (Beprövad erfarenhet).

Behandling med neuroleptika

Neuroleptika är en grupp läkemedel med antipsykotisk verkan.

Clozapin (Leponex)

Clozapin (Leponex) är ett läkemedel som används vid schizofreni och schizofreniliknande symtombild. I en nyligen genomförd metaanalys av både en randomiserad kontrollerad studie och av fem icke-randomiserade studier visade sig clozapin ge ett signifikant skydd mot både fullbordade suicid och mot suicidförsök hos patienter med diagnosen schizofreni och schizoaffektiv sjukdom jämfört med annan behandling (Hennen et al., 2005). Den enda randomiserade kontrollerade undersökningen i denna metaanalys visade emellertid signifikant effekt endast för suicidförsök och inte för fullbordade suicid (Meltzer et al., 2003).

Slutsats: Fram till nu föreligger begränsad evidens (Evidensstyrka 3) för clozapins preventiva effekt för suicidförsök. Ytterligare stora randomiserade kontrollerade studier krävs för att utvärdera den suicidpreventiva effekten.

Författare	Tidskrift	Studie- typ	Resultat suicid	Resultat suicid- försök	Bevis- värde
Meltzer et al., 1995	Am J Psychiatry	CT		Sign. protektiv	MH
Walker et al., 1997	Epidemiol ogy	KS	Sign. protektiv		MH
Reid et al., 1998	Psychiatr Serv	KS	Icke sign.		L
Sernyak et al., 2001	Am J Psychiatry	CT	Icke sign		MH
Meltzer et al., 2003	Arch Gen Psych	RCT	Icke sign.	Sign. protektiv	H
Modestin et al., 2005	J Clin Psych	CT		Sign. protektiv	L

KS – kohort studie, RCT – Randomiserad kontrollerad studie,
CT – kontrollerad studie utan randomisering.

Olanzapin (Zyprexa)

Olanzapin (Zyprexa) är ett antipsykosmedel som används vid behandling av schizofreni och andra psykosjukdomar. Det finns till dags dato få studier gällande effekten av olanzapin och minskad suicidrisk. I en RCT med medelhögt bevisvärde visade patienter med schizofreni och andra psykosjukdomar, som behandlades med olanzapin, signifikant färre suicidförsök jämfört med patienter som behandlades med risperidone (Risperdal) (Tran et al., 1997). I den stora multicenterstudien av Meltzer et al. (2003) som omnämns här ovan, fann man att clozapin var överlägsen olanzapin när det gällde att förebygga suicidförsök.

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter saknas för att säkerställa en skyddande effekt av Olanzapin mot självmordsförsök och fullbordat självmord. Resultaten ifrån mindre randomiserade studier är heterogena. I dagsläget finns otillräckligt stöd för att olanzapin har självmordsförebyggande egenskaper (Evidensstyrka 4). Fler studier behövs.

Flupentixol (Fluanxol)

Enstaka kontrollerade studier på 80-talet har visat att *Flupentixol (Fluanxol)* förhindrar ett uppreparande av självmordsförsök. Behandlingen hade dock svårtolererade biverkningar som patienterna ogärna underkastade sig (Hirsch et al., 1982; Montgomery & Montgomery, 1982).

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter av flupentixols suicidpreventiva effekter saknas. I dagsläget finns otillräckligt stöd för att flupentixol har självmordsförebyggande egenskaper (Evidensstyrka 4).

Behandling med Litium

Litium är ett grundämne som fungerar stämningsstabiliserande vid manodepressiv sjukdom. På grund av dels ett snävt terapeutiskt intervall och risk för en del speciella biverkningar på njur- och sköldkörtelfunktion, kräver preparatet noggrann dosering och att patienten följs laboratoriemässigt. Litium bör därför ses som en angelägenhet för specialistpsykiatri. Litium kan användas i alla åldrar och som ett komplement till andra läkemedel.

En översiktsstudie av antalet observerade dödsfall hos manodepressiva patienter i förhållande till förväntat antal dödsfall hos befolkningen i övrigt (Standardised Mortality Rates, SMR) visar att överdödligheten vid recidiverande bipolär och unipolär depression normaliseras vid långtidsbehandling (1-5 år) med litium (Schou, 1998). Metaanalyser av suicidfrequensen visar signifikant lägre suicidalitet för patienter under långtidsbehandling med litium än för patienter med annan behandling, alternativt avbruten litiumbehandling (Tondo et al., 2001). Samma förhållande har även visats i två enskilda kohort-studier av långtidsbehandling med litium vid unipolär depression (Coppin et al., 2000), och unipolär och bipolär depression (Angst et al., 2002). Tre enskilda studier visar en signifikant ökning av SMR efter avbruten litiumbehandling (Muller-Oerlinghausen et al., 1996; Lenz et al., 1994; Nilsson, 1995). Att avbryta behandlingen har visats öka suicidrisken (Baldessarini et al., 1999).

I en metaanalys av 32 randomiserade kontrollerade studier finner man en signifikant skyddande effekt av litium mot fullbordat suicid och suicidförsök sammanlagt, jämfört med placebo och med andra behandlingar (Cipriani et al., 2005). En nyligen publicerad översiktsartikel har kommit fram till samma slutsats (Hawton et al., 2006).

Slutsats: Två systematiska kunskapsöversikter av god kvalitet över randomiserade kontrollerade studier samt en översiktsstudie av överdödligheten i bipolär och unipolär depression har visat att litium har en signifikant skyddande effekt avseende självmordsförsök och fullbordat självmord och normaliserar överdödligheten vid recidiverande affektiv sjukdom (Evidensstyrka 1). Det finns även ett gott vetenskapligt underlag för att avbruten litiumbehandling ökar suicidrisken (Evidensstyrka 1).

Antikonvulsiva stämningsstabiliserande läkemedel

När det gäller antikonvulsiva stämningsstabiliserande läkemedel finns det få studier som behandlar deras suicidpreventiva egenskaper. Tre studier med medelhögt bevisvärde (Greil et al., 1997; Greil et al., 1997a; Goodwin et al., 2003) visar att suicidaliteten vid behandling med antikonvulsiva (karbamazepin och valproinsyra) inte minskar i samma utsträckning som hos litiumbehandlade.

En RCT-studie som jämför effekten av karbamazepin, amitryptilin och litium redovisar en signifikant ökad risk för suicidförsök och fullbordade

suicid hos patienter behandlade med karbamazepin (Tegretol) jämfört med litiumbehandlade (Thies-Flechner et al., 1996).

Likaledes antyder en metaanalys av kontrollerade, randomiserade långtidsbehandlingar med antidepressiva, litium och de antikonvulsiva preparaten karbamazepin och lamotrigen vid recidiverande affektiv sjukdom, snarare en förhöjd suicidrisk för de två senare läkemedlen i jämförelse med litium (Cipriani et al., 2005).

Två kohortstudier, med avsevärda metodologiska brister, fann ingen signifikant skillnad i suicidtankar eller i suicidförsök vid behandling med karbamazepin och valproinsyra jämfört med behandling med litium (Born et al., 2005; Yerevanian et al., 2003).

ECT (Elektrokonvulsiv behandling)

ECT är en effektiv och säker behandlingsmetod vid svår depression och psykotiska depressioner (SBU, 2004a, b, c). Det har visats att suicidtankar, suicidintention och suicidförsök minskar efter ECT-behandling (Avery & Winokur, 1978; Brådvik, 2000; Kellner et al., 2005). I en sammanfattningsartikel (Sharma, 2001) konstateras att ECT har en klar men övergående självmordsförebyggande effekt. ECT i kombination med uppföljande antidepressiv behandling har föreslagits skydda mot upprepat självmordsbeteende (Brådvik & Berglund, 2006).

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter som visar att ECT har självmordsförebyggande effekt saknas. Enstaka studier har föreslagit att ECT har en klar men övergående skyddande effekt (otillräckligt vetenskapligt stöd, evidensstyrka 4).

Psykoterapi

För beskrivning av olika psyko terapiformer hänvisas till facklitteraturen.

Det finns systematiska kunskapsöversikter som visar att kognitiv psyko terapi har lika god effekt som farmakologisk antidepressiv behandling vid lätta och medelsvåra depressioner. Flera slags psyko terapier har också väl dokumenterad effekt i behandlingen av depressioner hos vuxna (Evidensstyrka 1) och hos barn (Evidensstyrka 1) (SBU, 2004a,b,c).

Behandling av ångest

Ångest är en av riskfaktorerna för självdestruktivt beteende. För samtliga ångestsyndrom finns behandlingsmetoder med dokumenterad effekt (SBU, 2005a,b) (Evidensstyrka 1). Med undantag för specifika fobier där psyko terapi har god effekt är effekterna av såväl farmakologisk som psyko terapeutisk behandling måttliga. Symtomen lindras, men det är sällan som total symtomfrihet uppnås. Med få undantag återkommer symtomen när behandlingen avslutats.

En metaanalys har visat att kognitiv beteendeterapi (KBT) ger goda behandlingsresultat för barn och ungdom med någon form av ångestdiagnos (Evidensstyrka 2) (SBU 2005a,b).

De flesta av de studier som har undersökt effekterna av psykoterapi på personer som gjort suicidförsök, mätt i frekvens av nya försök, har haft för litet statistiskt underlag. Inom detta område liksom vid behandling med läkemedel finns det behov av stora randomiserade studier.

Problemlösningsbaserade psykoterapier

Hawton et al. (1999) har i en systematisk kunskapsöversikt sammanfattat fem RCT-studier som jämförde problemlösningsbaserade psykoterapier som även innefattade kognitiv beteendeterapi (KBT) jämfört med standard-eftervård för personer som utfört suicidförsök. De fann att sannolikheten för förnyade försök minskade med problemlösningsterapin, men inte på signifikant nivå.

I en systematisk kunskapsöversikt av problemlösningsterapi för ungdomar med självmordsproblematik ifrågasätter man om inte problemlösning-problematiken sammanhänger med graden av depression och man anser således att det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för den behandlingsformen för ungdomar (Speckens & Hawton, 2005).

Slutsats: Underlaget för att bedöma en vetenskaplig evidens för de olika formerna av problemlösningsbaserade psykoterapier är otillräckligt. Fler studier behövs.

Kognitiv terapi (KT)

Nyligen kunde Brown et al. (2005) visa att kognitiv terapi signifikant minskar frekvensen av förnyade suicidförsök. I denna RCT fanns också tillräckligt statistiskt underlag.

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter på detta område inom självmordsprevention saknas. I dagsläget ger enskilda studier ett visst vetenskapligt underlag för behandlingmetoden. Fler studier behövs.

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Salkovskis et al. 1990 har i en RCT-studie med få patienter kunnat visa att kognitiv beteendeterapi (KBT) minskade suicidtankar signifikant hos patienter som gjort suicidförsök, jämfört med en grupp som fick sedvanlig behandling. Med hänsyn tagen till suicidförsök kunde varken Salkovskis et al. (1990) eller Evans et al. (1999a) och Tyrer et al. (2003) visa en signifikant skillnad mellan KBT och standardbehandling (treatment as usual).

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter på detta område inom självmordsprevention saknas. I dagsläget ger enskilda studier visst vetenskapligt

underlag för att kognitiv beteendeterapi har självmordsförebyggande egenskaper. Fler studier behövs.

Interpersonell psykoterapi (IPT)

Det finns få studier som rör effekten av IPT på suicidalt beteende. En RCT-studie (med medelhögt bevisvärde) kunde visa att, efter att ha använt korttids-IPT, inträdde en signifikant minskning av suicidtankar och upprepade suicidförsök hos vuxna som tidigare avsiktligt hade intoxikerat sig (Guthrie et al., 2001).

I en nyligen genomförd översikt av RCT-studier gällande IPT:s effekt på depressiva tillstånd, visade sig IPT överlägset placebo och även kognitiv beteendeterapi (de Mello et al., 2005).

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter på detta område inom självmordsprevention saknas. I dagsläget ger enskilda studier visst vetenskapligt underlag för att interpersonell psykoterapi har självmordsförebyggande egenskaper. Fler studier behövs.

Dialektisk beteendeterapi (DBT)

DBT är en omfattande och avancerad form av kognitiv beteendeterapi som specifikt utvecklats för kroniskt självmordsbenägna personer med borderline personlighetsstörning.

SBU:s ALERT-rapport om DBT (SBU, 2005c) kom till följande slutsatser: Det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att DBT leder till minskat självska debeteende och att effekten kvarstår vid uppföljning upp till två år (Evidensstyrka 3). Eventuellt medför behandlingen också minskat behov av sjukhusvård samt minskad droganvändning hos missbrukare. DBT förefaller således vara en lovande behandlingsform för personer med borderline personlighetsstörning (Linehan et al., 1991; Koons et al., 2001; Verheul et al., 2003). Den behöver dock utprövas för svenska förhållanden (studier i Sverige pågår) och det är angeläget att genomföra studier av metodens kostnadseffektivitet.

Sedan ALERT-rapporten publicerades har en RCT-studie med medelhögt bevisvärde tillkommit (Linehan et al., 2006). Studien visade att personer med borderline personlighetsstörning som genomgått slutenvårdsbehandling, och att det var hälften av dessa personer som gjort suicidförsök jämfört med dem som fick en icke-beteenderelaterad terapi.

Slutsats: Systematiska kunskapsanalyser på detta område ger ett visst stöd för att DBT förhindrar självska debeteende. Enstaka studier ger ett begränsat vetenskapligt underlag för DBT som behandlingsalternativ och skydd mot självmordsförsök och självska debeteende vid borderline personlighetsstörning (Evidensstyrka 3).

Psykoanalytiskt inriktad psykoterapi med viss tids slutenvård

En RCT-studie med medelhögt bevisvärde har visat att psykoanalytiskt

inriktad psykoterapi med viss tids slutenvård ledde till signifikant färre suicidförsök bland patienter med borderline personlighetsstörning jämfört med sedvanlig psykiatrisk vård (Bateman et al., 2001).

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter på detta område inom självmordsprevention saknas. I dagsläget ger en enskild studie visst vetenskapligt underlag för att psykoanalytiskt inriktad psykoterapi har självmordsförebyggande egenskaper. Fler studier behövs.

Gruppterapi av ungdomar

En RCT-studie med medelhögt bevisvärde har publicerats. Studien visar att ungdomar med avsiktligt självskadebeteende som behandlades med en form av gruppterapi som kombinerade olika former av terapitekniker var signifikant mindre benägna att upprepa sitt självskadande jämfört med de ungdomar som genomgick rutinbehandling (Wood et al., 2001). Fler studier behövs.

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter på detta område inom självmordsprevention saknas. I dagsläget ger enskilda studier visst vetenskapligt underlag för att gruppterapi har självmordsförebyggande egenskaper. Fler studier behövs.

Författare	Tidskrift	Studietyp	Resultat suicidförsök	Resultat suicidala tankar	Bevis- värde
KT					
Brown et al., 2005	JAMA	RCT	Sign protektiv		MH
KBT					
Salkovskis, 1990	Br J Psychiatry	RCT	Icke sign	Sign protektiv	L
Evans et al., 1999	Psychological Medicine	RCT	Icke sign		L
Tyrer et al., 2003	Psychological Medicine	RCT	Icke sign		MH
IPT					
Guthrie et al., 2001	BMJ	RCT	Sign protektiv	Sign protektiv	MH
Psyko- analytiskt orienterad psykoterapi					
Bateman et al., 2001	Am J Psychiatry	RCT	Sign protektiv		MH
Gruppterapi					
Rudd et al., 1996	Consult Clin Psychol	RCT	Icke sign		MH
Wood et al., 2001	J AM Acad Child Adolesc Psychiatry	RCT	Sign protektiv		MH

Självmordspreventiva strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan — En kunskapsmanställning gjord för Socialstyrelsen av NASP - 2007

Psykosociala interventioner

Aktiv uppföljning av suicidförsökspatienter

Bland RCT-studier som undersökt aktiv uppföljande vård av patienter efter deras suicidförsök, har tre metoder visat sig minska frekvensen av upprepade suicidförsök. En är att regelbundet skicka brev hem, en annan att kontakta personer med telefonsamtal och en tredje att förse patienten med ett så kallat "kriskort" (med namn och telefonnummer på tillgänglig kontakt) att använda i förnyade suicidala akuta krissituationer (Morgan et al., 1993; Motto et al., 2001; Vaiva et al., 2006). Effekten med brevkontakt fanns kvar efter två år men försvann med tiden (Motto et al., 2001). Signifikant protektiva resultat angående tillgång till ett "kriskort" eller telefonkontakt kunde dock inte upprepas (Cotgrove et al., 1995; Evans et al., 1999b; Cedereke et al., 2002; Evans et al., 2005). Hawton et al. (1999) fann en tendens men ingen signifikant protektiv effekt av tillgång till ett "kris-kort" i en meta-analys av Morgan et al. (1993) och Cotgrove et al. (1995) studier.

I en WHO-studie av aktiv uppföljning (telefonsamtal och besök) av suicidförsökspatienter på fem kontinenter (Supre-Miss) visar interventionsgruppen en signifikant minskning av fullbordade suicid jämfört med standardbehandlingen (Fleischmann et al., 2006).

Hawton et al. (1999) har gjort en översikt av sex RCT-studier som prövade intensiv och utökad eftervård av suicidförsökspatienter jämfört med standardeftervård. De fann att risken för förnyade suicidförsök minskade siffermässigt bland dem som fått intensiv uppföljning, men minskningen var inte statistiskt signifikant. Patientunderlaget var för litet utifrån de statistiska kraven.

Författare	Tidskrift	Studietyper	Resultat suicidförsök	Resultat suicid	Bevis värde
Uppföljande vård					
Morgan et al., 1993 (grönt kort)	Br J Psych	RCT	Sign protektiv		MH
Cotgrove et al., 1995 (grönt kort)	dolesc	RCT	Icke sign		L
Evans et al., 1999b (grönt kort)	Br J Psych	RCT	Icke sign		MH
Motto et al., 2001 (brevkontakt)	Psychiatr Serv	RCT		Sign protektiv	MH
Bennewith et al., 2002 (kontakt med primärvård)	BMJ	CT	Icke sign		MH
Cedereke et al., 2002 (telefonkontakt)	Eur Psychiatry	RCT	Icke sign		MH
Evans et al., 2005 (grönt kort)	Br J Psych	RCT	Icke sign		MH
Vaiva et al., 2006 (telefonkontakt)	BMJ	RCT	Sign protektiv		MH

Grönt kort = kriskort.

Vårdkedja

I Norge har en kohortstudie med medelhögt bevisvärde visat att regioner med multidisciplinära vårdkedjeprogram för personer som gjort suicidförsök visade färre upprepningar (Dieserud et al., 2000). Det behövs ytterligare studier med lämpligt statistiskt underlag.

Telehjälp för äldre

Suicidpreventiv effekt men även minskad användning av slutenvård har visats i en studie med lågt bevisvärde. Äldre personer med somatiska sjukdomar fick tillgång till en telefonservice med psykologiskt och socialt stöd och vid behov en snabb hänvisning till läkarvård (De Leo et al., 1995; De Leo et al., 2002).

Slutsats: Det saknas systematiska kunskapsöversikter som visar om olika slags modeller av aktiv uppföljning minskar ett upprepande av självmordshandlingar och dödlighet i självmord. Resultaten ifrån enskilda studier är dock inte sällan motsägelsefulla vilket ger Evidensstyrka 4 på området. Emellertid talar klinisk erfarenhet för en skyddande effekt av aktivt uppföljande (beprövad erfarenhet). Fler studier behövs.

Utbildningsprogram

Utbildning i primärvården

Utbildningsprogram av primärvårdsläkare i att förbättra diagnostisering och behandling av depression har genomförts i Sverige, Tyskland, Japan, Ungern och Slovenien (Rutz et al., 1989; Rihmer et al., 2001; Marusic et al., 2004; Hegerl et al., 2006; Mann et al., 2006a; Oyama et al., 2006). Programmen har visat lovande resultat när det gäller att höja förbrukningen av antidepressiv medicinering (Rutz et al., 1989; Rihmer et al., 2001; Marusic et al., 2004). Tre kvasiexperimentella kohortstudier med medelhögt bevisvärde har också visat att programmen minskade antalet suicid (Rutz et al., 1989, Oyama et al., 2006) och suicidförsök (Hegerl et al., 2006). En randomiserad kontrollerad prövning (RCT) som rörde utbildning av primärvårdsläkare visade ett minskat antal suicidförsök hos ungdomar (Asarnow et al., 2005).

Utbildning av allmänläkare på Gotland och i en lantlig miljö i Japan bland äldre i diagnostik och läkemedelsbehandling av depressionssjukdomar ledde till en 60- respektive 70-procentig minskning av antalet suicid hos kvinnor parallellt med en markant ökning av förskrivningen av antidepressiva läkemedel (Rutz et al., 1989; Oyama et al., 2006). Programmet innehöll depressionsscreening med en uppföljande hälsoutbildning genom primärvård och folkhälsouppläsning. Det är inte självklart att nedgången i suicidfrekvens enbart har en farmakologisk förklaring. Det ligger en kraftfull effekt i att bli sedd och förstodd utifrån ett psykologiskt, socialt och existentiellt perspektiv när den antidepressiva behandlingen erbjuds. I utbildningen på Gotland belystes depressionssjukdomarna utifrån bred

multifaktoriell och existentiell problematik. Samma nedgång som för kvinnor i antalet suicid sågs dock inte för män.

Allmänläkarutbildningsprojektet i Tyskland inkluderade även flera andra interventioner såsom en kampanj för att öka allmänhetens medvetenhet om depressionssjukdomar, ett program om hur media bäst bevakar suicidhandlingar, självhjälpgrupper, kunskapshöjande seminarier i kommunens regi, samt tillgång till ett ”kriskort” (Hegerl et al., 2006). Minskningen av suicidförsök var mest märkbar för både män och kvinnor som använt högriskmetoder vid försöket. Erfarenheten visar också att utbildningarna måste upprepas kontinuerligt.

Depressionsprojektet *PROSPECT* är ett särskilt program för äldre över 60 år på primärvårdsmottagningar i USA med fokus på diagnostik av depression och behandling med antidepressiva läkemedel. Med aktiv uppföljning av behandlingen av så kallade ”trained care manager” visades att efter åtta månader hade suicidaliteten (suicidala tankar) minskat med 71 procent (Bruce et al., 2004).

Författare	Tidskrift	Studietyp	Resultat suicid	Resultat suicidförsök	Bevisvärde
Rutz et al., 1989	Acta Psychiatr Scand	KS (quasi-experiment)	Sign protektiv (bara för kvinnor)		MH
Azarnow et al., 2005	JAMA	RCT		Sign protektiv (bara för ungdomar)	MH
Hegerl et al., 2006	Psychol Med	KS (quasi-experiment)	Icke sign	Sign protektiv	MH
Oyama et al., 2006	Crisis	KS (quasi-experiment)	Sign protektiv (bara för kvinnor)		MH

KS = Kohortstudie

Slutsats: En systematisk kunskapsöversikt har visat att utbildningsprogram inom primärvården leder till minskade självmordshandlingar (Mann et al., 2005) (Evidensstyr

Utbildning inom hälso- och sjukvård

En studie med medelhögt bevisvärde genomfördes med syftet att undersöka om utbildning i suicidologi får till följd att suicidpreventiva insatser kan införas vid de psykiatriska klinikerna i Stockholm samt om dessa insatser påverkar personalens kunskaper om och attityder till självmordsnära patienter (Ramberg, 2003). En likalydande enkät har besvarats av ett slumpmässigt urval av psykiatrisk personal vid två tillfällen. Resultaten visar att andelen som uppger att de har tillräckliga kunskaper för att vårda självmordsnära patienter ökar signifikant bland personal vid kliniker som deltagit i 200 timmars utbildning i suicidologi jämfört med kliniker som inte deltagit.

Personal vid de deltagande klinikerna visade sig ha en signifikant mycket

positivare attityd både gentemot suicidförebyggande åtgärder och patienter som gjort suicidförsök efter interventionen, jämfört med personal vid kontrollkliniker.

Liknande resultat, där man visar att utbildning leder till en förändrad attityd har visats tidigare (Samuelsson, 1997). Även i denna studie (låg bevisvärde) fann man att den allmänna inställningen och förståelsen för problematiken ökade och underlättade en korrekt bedömning av eventuell suicidrisk efter det att sjuksköterskorna genomgått ett träningsprogram i suicidologi.

”*Gate-keeperutbildning*” är ett utbildningsprogram i USA. Genom detta program får många olika personer som kommer i kontakt med suicidala personer utbildning i suicidprevention. Programmet har visat effekter som ökad kunskap och sänkt suicidalitet (låg bevisvärde) (Farbarow, 1999).

I två kommuner i Danmark utbildades personer som arbetade med åldringsstöd under 2001–2004 för att ge kunskap om hjälp vid depression, patologisk sorg, alkoholmissbruk och suicidalitet samt i färdighetsträning. Utbildningen har visats ge ökad kunskap hos personalen (låg bevisvärde) (Fleischer, 2005). Projektet integrerades i den löpande verksamheten och fortlever i de två kommunerna.

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter saknas inom området Utbildning i suicidologi för psykiatrisk personal som visar att utbildningsprogram för personer som arbetar inom åldringsvård minskar självmordsförsök och självmord. De enstaka studier som gjorts visar dock att personalen får ökad kunskap och förståelse för arbetet med självmordsnära personer (visst vetenskapligt underlag och beprövad erfarenhet).

Utbildning inom skolhälsovården och elevhälsan

Målen för skolan handlar om både utbildning och social fostran. Skolan ska vara en trygg ”arbetsplats” för både barn och unga och för skolans personal, och därför är skolans psykosociala miljö – ”arbetsklimatet” – är viktig. All personal i skolan har ett ansvar för att skapa en bra skolmiljö så att eleverna ska kunna uppnå sina kunskapsmål och må bra. Men skolhälsovården och elevhälsan har ett särskilt ansvar för det hälsofrämjande arbetet.

Forskare och experter på området är eniga om att undervisning av unga människor om suicid och suicidförsök måste noggrant planeras, följas upp och integreras med undervisningen om psykisk hälsa samt hur elevernas självtillit och förmåga att kommunicera med andra kan utvecklas. En hälsofrämjande skola bör utöver specifika kunskapsmål även ge en utbildning om psykisk hälsovård, kris- och konflikthantering samt kamratstöd.

Skolpersonalens beredskap och möjligheter att ingripa för att förhindra suicid kan åstadkommas genom information och utbildning. Syftet är att förbättra kommunikationen mellan ungdomar som har psykosociala problem och deras lärare, att höja medvetenheten och öka förståelsen om suicidrisker. En suicidpreventiv åtgärd är därför att utbilda lärare och skolpersonal om hur man bemöter självmordsnära elever i skolan. Att upptäcka och

försöka hantera självmordskriser hos elever kan skapa oro hos lärare och skolpersonal. Anledningen är att de ofta saknar de specialkunskaper och erfarenheter som krävs, arbetar under tidspress och/eller är rädda för de tankar och känslor som kan väckas hos dem själva vid denna typ av situation. Det som bör eftersträvas i kontakten med en självmordsnära elev är empati, respekt och en balans mellan närhet och distans.

Insatser för barn och unga vuxna

Samtal om psykisk ohälsa och självmordsbeteende

”Kärleken är den bästa kicken”

”Kärleken är den bästa kicken” är en videofilm som handlar om fyra unga människors livssituation och kriser. Till filmen hör ett elevhäfte och handledning för personal inom skolan och övriga verksamheter som har kontakt med ungdom. Syftet med filmen och materialet är att få igång diskussioner med elever om existentiella frågor. En utvärdering har gjorts vid två olika tillfällen (Alin Åkerman, 2000, 2002) (lågt bevisvärde).

Mentalt förebyggande hälsovård – Livskompetens består av tio olika lektioner med föreläsningar som avslutas med rollspel. Syftet är att ge eleverna en upplevelseinriktad kunskap och förmedla att kriser inte enbart är av ondo utan även kan bidra till psykisk mognad och utvecklandet av förmåga till empati. Programmet syftar också till att eleverna lär sig att tala om självmord och söka hjälp för självmordsnära vänner.

Programmet vänder sig till högstadie- och gymnasieelever. En utvärdering har visat att trivseln i skolan blivit bättre för de elever som tagit del av programmet jämfört med en kontrollgrupp, och att flickorna i högre utsträckning sökte hjälp för sina självmordsnära vänner (Ramberg et al., 2006) (lågt bevisvärde).

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter saknas på detta område. De enstaka studier som gjorts visar dock på att metoderna är väl lämpade att få igång diskussioner med elever om existentiella frågor (visst vetenskapligt underlag och beprövad erfarenhet).

Screening

Statens folkhälsoinstitut (FHI) bidrag till Nationella programmet för självmordsprevention om screeningprogram för suicid inom skolväsendet kan utökas med följande studier och kommentarer:

Studier som har undersökt hur effektiva de skolbaserade screeningprogrammen är (Reynolds, 1991; Shaffer et al., 1999; Thompson et al., 1999; Shaffer et al., 2004) har funnit att programmens känslighet varierade mellan 75 till 100 procent och specificiteten mellan 51 till 76 procent. Problemet med den höga andelen falskt positiva svar kan tacklas antingen genom att använda ett enklare och mer specifikt screeninginstrument eller

en kompletterande utvärdering med hjälp av intervju. Det finns ändå fortfarande kvar en rad problem med metoden som exempelvis motståndet emot screeningprogram hos skolpersonalen och etiska och andra problem kring hur en avrapportering av screeningresultatet ska ske (Gould et al., 2003).

Aseltine och hans medarbetare publicerade 2004 (Aseltine et al., 2004) en randomiserad, kontrollerad studie där man kombinerade ett kortfattat skattningsinstrument för depression och andra riskfaktorer för suicidhandlingar med en utbildningsmodul. Syftet var att öka medvetenheten om suicid och relaterade faktorer (medelhögt bevisvärde). Studenter i interventionsgruppen hade signifikant färre suicidförsök och större kunskap och en mer förstående attityd till depression och suicid.

I en nyligen publicerad studie fann man inga stöd för farhågorna att screening program skulle framkalla självmordstankar och självmordshandlingar hos unga personer (Gould et al., 2005).

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter visar att de screeningprogram som använts i amerikanska skolor behöver förbättras när det gäller känslighet, specificitet och avrapportering innan man vetenskapligt kan säkerställa deras effektivitet .

Metoder att stärka psykisk hälsa

De program som beskrivs i de kommande avsnitten har fokus på att stärka den psykiska hälsan och att minska negativa effekter av olika riskfaktorer och risksituationer, och de kan därmed betraktas som självmordspreventiva.

Projekt Charlie (Chemical Abuse Resolution Lies in Education) är ett hälsoförebyggande program som utvecklats i samarbete mellan mödravård, barnhälsovård, barnpsykiatri, socialtjänst och skolhälsovård. Metoden har utarbetats och utprovats i USA (medelhögt bevisvärde). Programmet är anpassat till svenska förhållanden och provas nu vid olika verksamheter som skola, ungdomsverksamhet och barn- och ungdomspsykiatri. Syftet är att ge barn livslust och självförtroende samt känslan av att bli sedda. Programmet, Enkel livskunskap, består av ett arbetsmaterial som alla lärare kan använda sedan de gått en utbildning. Innehållet i programmet är uppdelat i fem avsnitt med bl.a. målet att lära ut konfliktlösning och stresshantering, utveckla barnens självkänsla, ge grund för att fatta bra beslut och lära sig hantera negativa känslor (McGurk et al., 1995).

DISA-metoden syftar till att förebygga psykisk ohälsa hos tonårsflickor. Lärare och elevvårdspersonal på högstadieskolor har utbildats till s.k. Disa-gruppledare som sedan under handledning genomför 10 entimmes gruppsamtal med flickor i grupp. Målet med samtalen är att ge kunskap om kognitiva beteendetekniker för att förändra negativa tankemönster, övningar för att öka hälsofrämjande aktiviteter, träning av olika strategier i problemlösning, övningar för att stärka den sociala förmågan och det sociala nätverket. En utvärdering av projektet har visat att dessa fyra moment främjar den psykiska hälsan (Lindberg, 2002) (lågt bevisvärde).

DELTA-projektet i Göteborg bedrevs 1997 till 2004 i samverkan och

samfinansiering mellan olika myndigheter för att nå särskilt utsatta grupper i samhället. Projektet utvärderades 2001 (lågt bevisvärde) och har fått en efterföljare i Umeå. Psykologverksamheten och projektet Unga Vuxna var en hälsofrämjande insats riktad till unga vuxna personer med identitetsproblem som har risk att utveckla psykisk sjukdom (Carlsson et al., 2001). Många unga vuxna gav i slutet av psykoterapikontakten uttryck för att de har fått större livslust och ökad självkännet.

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter saknas på detta område. Det finns en rad program med olika starkt vetenskapligt stöd som utvecklats för barn och ungdom i olika åldrar och som syftar till att främja den psykiska hälsan. Programmen visar på möjligheter att stärka självkänslan, lära ut konflikthantering och problemlösning, stresshantering och samlevnad samt att ge ökad förståelse för psykisk sjukdom (visst vetenskapligt underlag och beprövad erfarenhet).

Träning av psykosociala färdigheter (skill training)

Med ”skill training” i skolan avses program som fokuserar på att utveckla olika psykosociala färdigheter hos eleverna som exempelvis deras problemlösningsförmåga, att hantera sin situation och att bättre förstå hur man själv och omvärlden fungerar (kognition). En kohortstudie av ”skill training” i skolor i Dade County, Florida, har visat lovande resultat när det gäller att minska antalet suicid och suicidförsök (Zenere et al., 1997).

Gould och medarbetare (Gould et al., 2003) har sammanfattat resultaten ifrån fem andra ”skill training programs” och dessa visar en minskning i riskfaktorer och en förbättring av skyddande faktorer. De rekommenderar fortsatt forskning rörande riskfaktorer och förebyggande faktorer och även att fortsatt forskning utförs för att klarlägga på vilket sätt som ”skill training-programmen” leder till en minskning av suicidrisken hos skolungdomar. Man måste också förfinna utvärderingsmöjligheterna för denna typ av lovande interventioner.

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter av god kvalitet och enskilda studier visar lovande resultat för olika skolprogram som ger träning i olika psykosociala färdigheter när det gäller att minska riskfaktorer för och utveckla och öka skyddande faktorer mot självmordsförsök och självmord (Evidenstyrka 3).

Egenmaktsprogram (Empowerment)

En studie från Australien har visat att egenmaktsbaserat utbildningsprogram för föräldrar i skolan leder till en ökad omsorg från mödrarna, en minskning av konflikter med föräldrarna, minskat drogmissbruk och lägre kriminalitet jämfört med skolor utan ett sådant program (Toumbourou et al., 2002) (medelhögt bevisvärde).

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter av egenmaktsbaserade utbild-

ningsprogram för föräldrar saknas. Enstaka studier har visat möjligheter att stärka föräldrarnas förmåga att stödja varandra i arbetet med att öka kommunikationsförmågan och förbättra relationen till sina ungdomar (visst vetenskapligt stöd).

Kunskap om depression

I en genomgång av 21 studier av psykologisk intervention med eller utan utbildningsmoduler för barn och ungdom med fokus på kunskaper som motverkade depression antydde resultaten bättre effekter för flickor än för pojkar. Ytterligare och mer omfattande studier med någon form av ”placebobehandling” föreslås (Merry et al., 2004).

Tidiga insatser till riskfamiljer

Ett ogynnsamt klimat i hemmet under barndom och förskoleåren påverkar barnets psykiska hälsa både kort- och långsiktigt och ökar risken för självmordshandlingar. Tidig upptäckt och tidigt ingripande i familjer med högt psykosocialt riskbeteende, liksom utbildning och samarbete med och mellan olika berörda myndigheter är betydelsefulla strategier med syfte att förebygga psykisk ohälsa och följaktligen även framtida suicidhandlingar. Barlow och Parssons (2003) har utvärderat fyra studier av gruppbaserad föräldraträning för att förbättra emotionella och beteendemässiga störningar hos förskolebarn i åldrarna 0–3 år. Även om man fann att programmet kortsiktigt resulterade i förbättringar hos såväl barn som föräldrar behövs ytterligare och större studier för att kunna fastställa några långsiktiga förändringar.

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter av god kvalitet på detta område saknas. En mindre översiktsstudie av psykologisk föräldraträning visade lovande men kortsiktigt positiva resultat (Evidensstyrka 3).

Att förbättra föräldra-barnrelationen och barns beteendeproblematik

Program som med positivt resultat har tillämpats i Sverige vid BVC, MVC, förskola och BUP är: ”Från första början”, ”Vägledande samspel”, ”De otroliga åren”, ”Community Parent Education Program (COPE)” och ”KOMET”. Metoderna har utvärderats (FHI, 2004) och resultaten visar att risken minskar för att barn ska utveckla utåtagerande beteenden och inåtvända psykiska problem om föräldrarna fått ta del av dessa metoder. Metoderna lägger tonvikt vid att låta föräldrarna öva samspel med barn. Dessa program har utvecklats ur en ansenlig kunskapsbas och visar positiva effekter för barn-föräldrainteraktioner och barns beteendestörningar.

Vägledande samspel är ett ”International Child Development Program” och ett hälsofrämjande basprogram anpassat till olika åldrar och inom verksamhetsområden som förskola, skola, barnhälsovård och socialtjänst. Programmen baserar sig på modern utvecklingspsykologi och teorier om

lärande och samspel, och syftar till att främja positiva möten mellan människor genom att fokusera på det välfungerande samt på personers egna färdigheter och styrkor. Metoden används för lärare och elever i årskurs sju. Utvärderingar av projektet har visat att lärarna förändrade sitt förhållningssätt och bemötande av eleverna. Symtom som oro, depression och aggressivitet var lägre jämfört med klasser som inte använt programmet och visar därigenom på möjligheten att förebygga psykisk ohälsa hos ungdomar (medelhögt bevisvärde) (Hundeide, 2001).

Flera behandlingsprogram, såsom Linköpingsmodellen (Wadsby et al., 2001) och andra typer av behandlingar med syftet att underlätta samlevnaden mellan föräldrar med psykosociala problem och deras småbarn har utvecklats i Sverige (Socialstyrelsen, 1993). Programmen innefattar ett nära samarbete mellan olika samhällssektorer såsom socialtjänst, BVC, MVC, BUP och vuxenpsykiatri. Behandlingsprogrammen erbjuder behandling och rådgivning antingen i grupp eller individuellt, i hemmet eller på dagvårdsmottagningar.

Projektet Gungan är en form av samverkans- och mellanvårdsbehandling som riktar sig till små barn och deras föräldrar, när det finns risk för eller redan finns samspelsproblem. Projektet syftar till att ta emot småbarnsfamiljer med svår problematik, familjer med psykiskt sjuka föräldrar och familjer med psykosomatiskt sjuka barn. Behandlingsprogrammet har utvärderats med avseende på om familjerna får hjälp med sina svårigheter och hur samverkan fungerar. I utvärderingen har både personal och föräldrarna beskrivit en positiv förändring när de gäller föräldrarna, hos barnen och i samspelet i familjen (lågt bevisvärde) (Cederström et al., 2006).

Barnstöd Stockholm är ett projekt i socialförvaltningens regi. Syftet är att stärka barns och ungdomars möjlighet till en tryggare uppväxt trots riskfaktorer i form av föräldrars missbruk, psykiska funktionshinder eller våldspenetrering. Målet är också att öka kunskapen och förståelsen hos personal så att hjälp och stöd kan erbjudas barnen i tidigt skede. Projektet är inte utvärderat.

I likhet med Norge har svenska kommuner på flera håll infört ”**Parent Management Training, PMT**” för familjer med barn i åldern 6-12 år som visat trottsyndrom och andra utagerande beteenden med aggressivitet. Utvärdering i Norge är utförd av Ogden et al. (2003). Metoden har utvecklats vid Oregon Social Learning Centre där man också utvärderat den (lågt bevisvärde).

Beardslees familjeintervention

Denna preventiva interventionsmetod utvecklades för familjer med minst ett barn mellan 9–14 år där den ena eller båda föräldrarna hade en affektiv sjukdom. Man valde denna åldersgrupp på grund av att risken för unga att utveckla affektiv sjukdom då är förhöjd. Metoden har fungerat framgångsrikt i både en- och tvåföräldrafamiljer (Beardslee et al., 2003) (medelhögt bevisvärde).

”**The Community Parent Education Program, COPE**” är en kanadensisk föräldrautbildning som används speciellt inom barn- och

ungdomspsykiatri men också inom socialtjänsten i Sverige. Programmet riktar sig till föräldrar med barn i åldern 3–12 år som har adhd eller andra utagerande problem. Arbetet bygger på videovinjetter, gruppdiskussioner och rollspel (Folkhälsoinstitutet, 2004) (medelhögt bevisvärde).

”**De otroliga åren, Incredible Years series**” används i USA och Norge men nu även i Sverige (FHI, 2004). Det är ett träningsprogram för föräldrar, barngrupper och lärare. Målgruppen är barn som visar bristande impuls kontroll, aggressivitet och trots, och programmet syftar till att stärka känslomässig och social kompetens och förebygga, reducera och behandla beteendeproblem och känslomässiga störningar (medelhögt bevisvärde).

En metaanalys av tio förebyggande och två terapeutiska kontrollerade, anknytningsteoribaserade studier visade en klar effekt beträffande mammas lyhörddhet men liten effekt för barnets anknytning (van Ijzendoorn et al., 1995).

Det finns vetenskapligt stöd för att hembaserade besöksprogram ger positiva långtidseffekter på barnens psykiska hälsoutveckling när programmen är omsorgsfullt utformade och utförda under en väl avvägd tidsrymd med passande intensitet av noggrant utvalda, välutbildade och handledda mentalvårdare (Aronen et al., 2000). Vid en uppföljning efter 22 år fann man att rådgivning för föräldrarna genom hembesök en gång i månaden under fem år, med början när barnet är sex månader, minskade barnets utagerande beteenden inåtvända psykiska problem och förekomsten av depression. Samma effekt uppnåddes i både lågrisk- och högriskfamiljer. Studien utfördes som en randomiserad, kontrollerad studie.

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter av god kvalitet ger starkt vetenskapligt stöd för att program med olika former av föräldrastöd under barnens första levnadsår minskar risken för att barnen ska utveckla psykiska problem som unga vuxna (Evidensstyrka 1).

Inom skola och socialtjänst har man goda erfarenheter av att program som baserats på modern utvecklingspsykologi och teorier om lärande befrämjar barns psykiska och fysiska hälsa (beprövad erfarenhet). Såväl småbarnsfamiljer med massiv samspelsproblematik som involverad personal vid BVC, socialtjänst och olika mellanvårdsformer uttrycker stor tillfredställelse med behandlingsprogram som ger positiva förändringar i föräldrarnas förhållningssätt till sina barn och ökad trygghet i föräldrarollen (beprövad erfarenhet).

En systematisk kunskapsöversikt visar att program som syftar till ökad anknytning mellan mor och barn ger begränsat vetenskapligt stöd för att mammas lyhörddhet ökar, men det finns inga belägg för att programmet ökar barnets anknytning till modern (Evidensstyrka 3).

Att öka samspelet mellan mor och barn hos kvinnor med postpartum depression

Rådgivning och kognitiv beteendeterapi samt videobaserad psykoterapi har visats ha positiva effekter när det gäller att förbättra samspelet mellan mor och spädbarn hos postpartum-deprimerade mödrar (Beebe et al., 2003; Cooper & Murray, 1997; FHI, 2003).

Slutsats: En systematisk kunskapsöversikt av interventioner som syftar att öka anknytningen mellan barn och mödrar med postpartum-depression ger inga konklusiva svar om behandlingseffektivitet (Barkow et al., 2003).

Enskilda studier visar att man sett goda effekter av rådgivning och kognitiv beteendeterapi (Evidensstyrka 3).

Riskgrupper under pre- och postnatala perioder

Riktlinjer för farmakologisk och psykologisk behandling av kvinnor med postpartum-depression har upprättats (Boath et al., 2001; FHI, 2003). Det finns två randomiserade kontrollerade studier som visar att kortvarig psykoteraeutisk intervention minskar alkoholkonsumtionen hos gravida kvinnor (Reynolds et al, 1995; Chang et al., 2005; Floyd et al., 2005).

Slutsats: Systematiska kunskapsöversikter saknas på detta område. Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag för att behandling med kortvarig psykoterapi minskar alkoholkonsumtionen hos gravida kvinnor (Evidensstyrka 4).

Referenser

Alin Åkerman B. Kärleken är den bästa kicken. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök. Rapport 1/2000.

Alin Åkerman B. Hur upptäcker vi sårbara elever? Utvärdering av en filmdokumentär för självmordsprevention bland gymnasieelever. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök. Rapport 2/2002.

Angst F, Stassen HH, Clayton, et al. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affective Disorders* 2002;68:167-181.

Angst J, Angst F, Gerber-Werder R, et al. Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Arch Suicide Res* 2005;9:279-300.

Apter A, Lipschitz A, Fong R, et al. Evaluation of suicidal thoughts and behaviours in children and adolescents taking paroxetine. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006;16:77-90.

Aronen ET, Arajärvi T. Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. *Am J Orthopsychiatry* 2000;70:223-232.

Aseltine RH, DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *Am J Public Health* 2004;94:446-451.

Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:311-319.

Avery D, Winokur G. Suicide, attempted suicide and relapse rates in depression. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:749-53H.

Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Effects of lithium treatment and its discontinuation on suicidal behavior in bipolar manic-depressive disorders. *J Clin Psychiatry* 1999;60:(Suppl 2):77-84.

Barkow J, Coren E, Stewart-Brown SSB. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;4.

Barlow J, Parsons J. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3 year old children. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;2.

Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001;158:36-42.

Beardslee WR, Gladstone TR, Wright EJ, et al. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics* 2003;112:119-131.

Beautrais AL. Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: a case study. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:557-562.

Beebe B. Brief mother-infant treatment: psychoanalytic informed video feedback. *Infant mental health journal* 2003;24:24-52.

Bennewith O, Stocks N, Gunnell D, et al. General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self harm: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2002;324:1254-1257.

Beskow J. Suicide and mental disorders in Swedish men. *Acta Psych Scand* 1979;277(Suppl):1-138.

Boath E, Henshaw C. The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review. *Journal of reproductive and infant psychology* 2001;19:215-248.

Born C, Dittmann S, Post RM, et al. Newer prophylactic agents for bipolar disorder and their influence on suicidality. *Arch Suicide Res* 2005;9:301-306.

Britton M. Evidensbaserad medicin. Så graderas en studies vetenskapliga bevisvärde och slutsatsernas styrka. *Läkartidningen* 2000;97:4414-4415.

Brown GK, Ten Have TR, Henriques GR, et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;294:563-570.

Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:1081-1091.

Brådvik L, Berglund M. Treatment and suicide in severe depression: a case-control study of antidepressant therapy at last contact before suicide. *J ECT* 2000;16:399-408.

Brådvik L, Berglund M. Long-term treatment and suicidal behavior in severe depression: ECT and antidepressant pharmacotherapy may have different effects on the occurrence and seriousness of suicide attempts. *Depress Anxiety* 2006;23:34-41.

Carlsson T, Johnson I, Strandberg B, et al. Unga Vuxna vid Ungsdomsmottagningen Hisingen. Delta projekt. Utvärderingsrapport, 2001.

Carlsten A, Waern M, Ekedahl A, et al. Antidepressant medication and suicide in Sweden. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2001;10:525-530.

Cedereke M, Monti K, Öjehagen A. Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *Eur Psychiatry* 2002;17:82-91.

Cederström A. Samspelsbehandling – små barn och deras föräldrar. En utvärdering av samverkans-och mellanvårdsprojektet Gungan. Stockholms läns landsting, 2006:1.

Chang G, McNamara TK, Orav EJ, et al. Brief interventions for prenatal alcohol use: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005;105:991–998.

Cipriani A, Pretty H, Hawton K, et al. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: A systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry* 2005;162:1805-1819.

Cooper PJ, Murray L. The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. In: Murray L, Cooper PJ, eds. *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford, 1997;201-220.

Coppen A. Lithium in unipolar depression and the prevention of suicide. *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl 9):52-56.

Cotgrove AJ, Zirinsky L, Black D, et al. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence* 1995;18:569-577.

De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *Am J Psychiatry* 1995;152:632-644.

De Leo D, Dello Buono M, Dwyer J. Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *Br J Psychiatry* 2002;181:226-229.

De Mello MF, Mari J, de Jesus J, et al. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255:75–82.

Dieserud G, Loeb M, Ekeberg O. Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30:61-73.

Evans K, Tyrer P, Catalan J, et al. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychol Med* 1999a;29:19-25.

Evans MO, Morgan HG, Hayward A, et al. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *Br J Psychiatry* 1999b;175:23-27.

Evans J, Evans M, Morgan HG, et al. Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2005;187:186-187.

Farberow N. Selvmord blant eldre. I Mehlum L (red). *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori och praksis*. Kristiansand: HöyskoleForlaget, 1999.

Ferguson D, Doucette S, Glass KC, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2005;19:330-396.

FHI 2003. Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande. Birgitta Wickberg, Philip Hwang, 2003:59.

FHI 2004. Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrarstöd. Sven Bremberg. 2004:49.

Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, Wasserman D, et al. Brief intervention and ongoing contact for suicide attempters decreases subsequent deaths from suicide: a randomized controlled trial in eight countries. Submitted, 2006.

Fleischer E. Äldre og selvmordsforebyggelse i praksis. *Suicidologi* 2005;10:19-21.

Floyd RL, O'Connor MJ, Sokol RJ, et al. Recognition and prevention of fetal alcohol syndrome. *Obstet Gynecol* 2005;106:1059-1064.

Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, et al. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:165-172.

Goldney RD. Suicide and antidepressants: what is the evidence? *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* 2006:381-385.

- Goodwin FK, Fireman B, Simon GE, et al. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA* 2003;290:1467-1473.
- Gould M, Greenberg T, Velting D, et al. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003;42:386-405.
- Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:1635-1643.
- Greil W, Ludwig-Mayerhofer W, Erazo N, et al. Lithium versus carbamazepine in the maintenance treatment of bipolar disorders – a randomised study. *J Affect Disord* 1997;43:151-161.
- Greil W, Ludwig-Mayerhofer W, Erazo N, et al. Lithium vs carbamazepine in the maintenance treatment of schizoaffective disorder: a randomised study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997a;247:42-50.
- Guaiana G, Andretta M, Corbari L, et al. Antidepressant drug consumption and public health indicators in Italy, 1955 to 2000. *J Clin Psychiatry* 2005;66:750-755.
- Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *BMJ* 2005;330:385.
- Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ* 2001;323:135-138.
- Hall WD, Mant A, Mitchell PB, et al. Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis. *BMJ* 2003;326:1008.
- Hawton K, Townsend E, Arensman E, et al. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self-harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999;4.
- Hawton K. Suicide risk and prevention in bipolar disorder. *Psychiatr Danub* 2006;(Suppl 1):33-34.
- Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, et al. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med* 2006;36:1225-1233.
- Helgason T, Tomasson H, Zoega T. Antidepressants and public health in Iceland. Time series analysis of national data. *Br J Psychiatry* 2004;184:157-162.
- Hennen J, Baldassarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2005;73:139-145.
- Hirsch SR, Walsh C, Draper R. Parasuicide. A review of treatment interventions. *J Affect Disord* 1982;4:299-311.

Hundeide K. Vägledande samspel; handbook till ICDP, International Child Development Programme. Stockholm: Rädda Barnen, 2001.

Isacsson G. Suicide prevention – a medical breakthrough? *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:113-117.

Jick H, Kaye JA, Juck SS. Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *Journal of the American Medical Association* 2004;292:338-343.

Kellner CH, Fink M, Knapp R, et al. Relief of expressed suicidal intent by ECT: a consortium for research in ECT study. *Am J Psychiatry* 2005;162:977-982.

Khan A, Warner HA, Brown WA. Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:311-317.

Khan A, Khan S, Kolts R, et al. Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants, and placebo: analysis of FDA reports. *Am J Psychiatry* 2003;160:790-792.

Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2001;32:371-390.

Lenz G, Ahrens B, Denk E, et al. Mortalität nach Ausscheiden aus Lithiumambulanz. In: Muller-Oerlinghausen, B, Berghöfer B. Eds. Ziel und Ergebnisse der medikamentösen Prophylaxe affektiver Psychosen. Thieme, Stuttgart, 1994:49-52.

Letizia C, Kapik B, Fanders WD. Suicidal risk during controlled clinical investigations of fluvoxamine. *J Clin Psychiatry* 1996;57:415-421.

Lindberg L. DISA – Metod att förebygga psykisk ohälsa. Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, 2002.

Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:1060-1064.

Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:757-766.

Ludwig J, Marcotte DE. Anti-depressants, suicide, and drug regulation. *J Policy Anal Manage* 2005;24:249-272.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J. et al. Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA* 2005;294:2064-2074.

Mann JJ, Emslie G, Baldessarini RJ, et al. ACNP Task Force report on SSRIs and suicidal behavior in youth. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:473-492.

- Mann JJ, Hendin H, Rihmer Z, et al. Depression recognition and suicide prevention program in the region of Kiskunhalas, Hungary, 2006a.
- Marusic A, Roskar S, Dernovsek M, et al. An attempt of suicide prevention: the Slovene Gotland Study. In: Program and abstracts of the 10th European Symposium on Suicide and Suicidal Behavior; Denmark: Copenhagen, August 2004.
- McGurk H, Hurry J. Project Charlie: an evaluation of a life skills drug education programme for primary schools. London: Home Office, 1995.
- Meltzer HY, Okayli G. Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment. *Am J Psychiatry* 1995;15:183-190.
- Meltzer HY, Alphs L, Green AL, et al. International Suicide prevention Trial Study Group. Clozapine for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (IntersePT). *Arch Gen Psych* 2003;60:82-91.
- Merry S, McDowell H, Hetrick S, et al. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;2.
- Modestin J, Dal Pian D, et al. Clozapine diminishes suicidal behavior: a retrospective evaluation of clinical records. *J Clin Psychiatry* 2005;66:534-538.
- Montgomery SA, Montgomery DB. Drug treatment of suicidal behaviour. *Adv Biochem Psychopharmacol* 1982;32:347-355.
- Montgomery SA, Dunner DL, Dunbar GC. Reduction of suicidal thoughts with paroxetine in comparison with reference antidepressants and placebo. *Eur Neuropsychopharmacol* 1995;5:5-13.
- Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm: the green card study. *Br J Psychiatry* 1993;163:111-112.
- Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv* 2001;52:828-833.
- Muller-Oerlinghausen B, Wolf T, Ahrens B, et al. Mortality of patients who dropped out from regular lithium prophylaxis. A collaborative study by the International Group for the Study of Lithium-treated patients (IGSLI). *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:344-347.
- Nilsson A. Mortality in recurrent mood disorders during periods on and off lithium. A complete population study in 362 patients. *Psychopharmacopsychiatry* 1995;28:8-13.
- Ogden T, Askeland E, Forgatch M, et al. Large scale implementation of parental management training at the national level: the case of Norway. In: Stattin H. red. Familjeprogram – föräldraträning inriktade på att minska beteendeproblem bland barn. Örebro: Örebro Universitet. Institutionen för beteende-, social- och rättsvetenskap, 2003.

Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, et al. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:978-982.

Oyama H, Goto M, Fujita M, et al. Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan. *Crisis* 2006;27:58-65.

Ramberg I-L. Promoting suicide prevention. An evaluation of a programme for training trainers in psychiatric clinical work. PhD dissertation. Karolinska Institutet, 2003.

Ramberg I-L. Självmordspreventiva program i skolan. En redovisning av tre självmordspreventiva skolprogram och deras effekter. Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykiskt ohälsa, 2006.

Reid WH, Mason M, Hogan T. Suicide Prevention Effects Associated With Clozapine Therapy in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Psychiatr Serv* 1998;49:1029-1033.

Reynolds WM. A school-based procedure for the identification of adolescents at risk for suicidal behaviour. *Fam Community Health* 1991;14:64-75.

Reynolds KD, Coombs DW, Lowe JB, et al. Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women. *Int J Addict* 1995;30:427-443.

Rihmer Z, Belso N, Kalmar S. Antidepressants and suicide prevention in Hungary. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:238-239.

Rudd MD, Rajab H, Orman D, et al. Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: preliminary results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64:179-190.

Runeson B. Suicide and mental disorder in Swedish youth. Akademisk avhandling, Göteborgs Universitet, 1990.

Rutz W, Von Knorring L, Wålinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:151-154.

Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial. *Br J Psychiatry* 1990;157:871-876.

Samuelsson M. Attempted suicide. Studies of attitudes and psychiatric care. PhD dissertation. Karolinska Institutet, 1997.

SBU. Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt. Vol 1. En SBU-rapport. Int Standard Books, 2004a.

SBU. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Vol 2. En SBU-rapport. Int Standard Books, 2004b.

SBU. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Vol 3. En SBU-rapport. Int Standard Books. Sammanfattning och slutsatser, 2004c.

SBU. Behandling av ångestsjukdomar: En systematisk litteraturöversikt. Vol 1. En SBU-rapport. Int Standard Books, 2005a.

SBU. Behandling av ångestsjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Vol 2. En SBU rapport. Int. Standard Books, 2005b.

SBU Alert Rapport Nr 2005-07. Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid boderline personlighetsstörning, SBU Alert – Utvärdering av nya metoder inom hälso- och sjukvården, 2005c.

Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behavior: a review for clinicians. *J Affective Disorders* 1998;50:253-259.

Sernyak MJ, Desai R, Stolar M, et al. Impact of Clozapine on Completed Suicide. *Am J Psychiatry* 2001;158:931-937.

Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *J Clin Psychiatry* 1999;60:70-74.

Shaffer D, Scott M, Wilcox H, et al. The Columbia Suicide Screen: Validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:71-79.

Sharma V. The effect of electroconvulsive therapy on suicide risk in patients with mood disorders. *Can J Psychiatry* 2001;46:704-709.

Skogman K. Understanding suicidality: Suicide risk, sex differences and views of suicide attempters. PhD dissertation, Lund Universitet, 2006.

Socialstyrelsen. Samspelsbehandling in spädbarnsfamiljer. (Interaction treatment in early infancy). Stockholm: Fritzes, 1993.

Speckens AE, Hawton K. Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav* 2005;4:365-387.

Thies-Flechtner K, Muller-Oerlinghausen B, Seibert W, et al. Effect of prophylactic treatment on suicide risk in patients with major affective disorders. Data from a randomized prospective trial. *Pharmacopsychiatry* 1996;29:103-107.

Thompson EA, Eggert LL. Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1506-1514.

Tondo L, Hennen J, Baldessarini RJ. Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:163-172.

Toumbourou JW, Gregg ME. Impact of an empowerment-based parent education program on the reduction of youth suicide risk factors. *Journal of Adolescent Health* 2002;31:277-285.

Tran PV, Hamilton SH, Kuntz AJ, et al. Double-blind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders. *J Clin Psychopharmacol* 1997;17:407-418.

Tyrer P, Thompson S, Schmidt U, et al. Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychol Med* 2003;33:969-976.

Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ* 2006;332:1241-1245

van Ijzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment. A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;36:225-248.

Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, et al. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2003;182:135-140.

Verkes RJ, Vand der Mast RC, Hengeveld MW, et al. Reduction by paroxetine of suicidal behavior in patients with repeated suicide attempts but not major depression. *Am J Psychiatry* 1998;155:543-547.

Wadsby M, Sydsjo G, Svedin CG. Evaluation of an intervention programme to support mothers and babies at psychosocial risk: assessment of mother/child interaction and mother's perceptions of benefit. *Health Soc Care Community* 2001;9:125-133.

Waern M. Suicide in late life. Akademisk avhandling. Göteborgs Universitet, 2000.

Walker AM, Lanza LL, Arellano F, et al. Mortality in current and former users of clozapine. *Epidemiology* 1997;8:671-677.

Wood A, Trainor MA, Rothwell J, et al. Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1246-1253.

Wasserman D. Affective disorders and suicide. In: Wasserman D. (ED) *Suicide, an unnecessary death*. London: Martin Dunitz, 2001;39-47.

Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. Lithium, anticonvulsants and suicidal behavior in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2003;73:223-228.

Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27:387-403.

Åsgård U. Suicide among Swedish women. A psychiatric and epidemiologic study. Akademisk avhandling, Karolinska Institutet, Stockholm, 1990.

Mål för självmordsprevention

Övergripande mål

Ett nationellt mål för självmordsprevention för att kontinuerligt minska antalet självmord och självmordsförsök.

Delmål

Kunskap

1. Öka kunskapen i syfte att minska stigma samt öka insikten avseende psykisk ohälsa och dess yttersta konsekvens självmordsförsök och självmord.

Samverkan

2. Öka samverkan och samordna nationella, regionala och lokala insatser kring en självmordspreventiv strategi.

Högriskgruppstrategi

3. Främja den psykiska hälsan i befolkningen och följa upp riskgruppernas och särskilt högriskgruppernas sammansättning och utveckling, med fokus på barn och ungdomar.

Säker hälso- och sjukvård med patient och familj i fokus

4. Öka kvaliteten beträffande tidig upptäckt, vård och behandling av psykiskt sjuka och självmordsnära personer.

Forskning

5. Stödja kvalificerad suicidforskning.

Strategier

I alla strategier och åtgärder bör hänsyn tas till ålders-, köns- och mångfaldsaspekter.

Ökad medvetenhet i befolkningen om psykisk ohälsa och självmordsproblem:

Genom kontinuerlig, och till olika målgrupper anpassad, information.

Genom stimulans till samtal om existentiella frågor.

Utbildning och utveckling

Genom grundutbildning inom universitet och högskolor av alla som kommer att ha kontakt med människor som lider av psykisk ohälsa eller är självmordsnära.

Genom skräddarsydda program för organisationer med stödjande och behandlande funktioner.

Stöd och behandling

Genom tidig identifikation, rätt bemötande och behandling av personer med psykisk ohälsa och självmordsproblem inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, skolhälsovården m.fl. instanser som möter självmordsnära personer.

Genom högsta tänkbara kvalitet beträffande alla insatser.

Genom kontinuerlig fortbildning av personer som i sin yrkesverksamhet har kontakt med människor som lider av psykisk ohälsa eller är självmordsnära.

Genom att stödja sårbara personer i kris, med depression, missbruk eller annan psykisk ohälsa i deras naturliga miljöer: arbetsplatser, föreningslivet, skolan osv.

Barn och ungdom

Genom utbildning och träning av elever och vuxna som kommer i kontakt med barn och ungdomar, i att känna igen och hantera konflikter, kriser, depressioner och självmordsproblem.

Genom utbildning och träning i att uppmärksamma signaler på suicidalitet och riskfaktorer i familjer samt hos barn, elever och studerande.

Vuxna

Genom att uppmärksamma och öka stödet till personer i relationskriser och andra typer av kriser samt vid psykologiska påfrestningar i arbetsmiljön.

Genom utveckling av kunskaper om krisreaktioner, krisbearbetning, depressioner, missbruk och självmordsbeteende.

Äldre

Genom utveckling av kunskaper om depressioner och självmordsbeteende i ålderdomen.

Utsatta grupper

Genom att prioritera upptäckt och behandling av högriskgrupper och sårbara grupper.

Genom att öka den sociala kompetensen att möta självmordsnära deprimerade personer, missbrukare av alkohol och narkotika, hiv-smittade, aidssjuka, HBT-personer och personer som har utsatts för kränkningar.

Samarbete

Genom att stärka samarbetet mellan och utveckla samarbetsarenor för olika instanser som kommer i kontakt med sårbara, psykiskt sjuka och självmordsnära personer.

Genom att stärka samarbetet med anhöriga, Riksförbundet SPES och patientföreningar.

Regional kompetens i suicidologi

Genom att stärka de sex regionala nätverken för självmordsprevention och skapa förutsättningar för regionala kunskapscentra med sekretariat som är tvärvetenskapligt sammansatta och knutna till universitetskliniker.

Nationell kompetens i suicidologi

Genom att stärka förutsättningarna för NASP.

Genom att etablera ett nationellt suicidförsöksregister för uppföljning och kartläggning av riskgrupper.

Implementering

Delmål 1: Kunskap

Öka kunskapen i syfte att minska stigma samt öka insikten avseende psykisk ohälsa och dess yttersta konsekvens självmordsförsök och självmord.

1. Utarbeta curriculum som gäller prevention av psykisk ohälsa och suicid för:
 - a. universitets- och högskoleutbildningar för människovårdande yrken,
 - b. utbildningar med koppling till arbete med personer som har psykiska problem och är självmordsnära.
2. Utarbeta fortbildningsprogram för läkare och annan personal inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och elevvård, i tidig upptäckt och diagnostik av psykisk ohälsa och suicidalitet samt bemötande och behandling.
3. Kontinuerligt utveckla kompetensen för att vården ska fungera i enlighet med de evidensbedömda behandlingarna.

4. Kontinuerligt analysera i hälso-sjukvården anmälningssfall enligt t.ex. Lex Maria och använda denna kunskap i utbildningen (minst 2 dagar/år).
5. Skapa lokala samarbetsarenor, med hjälp av de regionala nätverken och regionala centra, för aktörer involverade i preventions- och behandlingsarbete med utrymme för diskussion av konkreta fall och förhållningssätt till självmordsnära personer och deras anhöriga.
6. Kontinuerligt informera den nationella, regionala och lokala nivån om nya rön.

Delmål 2: Samverkan

Öka samverkan och samordna nationella, regionala och lokala insatser kring en självmordspreventiv strategi.

1. Skapa en tvärsektoriell grupp mellan olika departement med uppgift att regelbundet stämma av det nationella arbetet med förebyggande insatser mot psykisk ohälsa och suicid, och hur den självmordspreventiva strategin kan arbetas in i existerande policier samt ge återkommande anvisningar om fortsatt nationellt och regionalt arbete.
2. Skapa en grupp bestående av myndigheterna Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Myndigheten för skolutveckling, NASP och Sveriges Kommuner och Landsting samt övriga intressenter, med uppgift att utforma och samordna evidensbaserade informations- och utbildningsinsatser på nationell nivå.
3. Skapa ett tvärsektoriellt samarbetsforum mellan kommuner och landsting och de sex regionala självmordspreventiva nätverken och centra samt riksorganisationer för patienter, SPES, psykiatriker, barn- och ungdomspsykiatriker, distriktsläkare, företagsläkare, socialtjänsten, lärare etc. med uppgift att utarbeta modeller för utbildnings- och informationsinsatser på lokal nivå.
4. Fortsätta med biennala nationella självmordspreventiva konferenser där representanter för myndigheter, riksorganisationer, SKL etc. avrapporterar vidtagna åtgärder och stämmer av arbetet med varandra samt planerar och samordnar framtida insatser.
5. Stimulera organiserandet av årliga regionala seminarier.
6. Utarbeta regionala och lokala mål för det självmordsförebyggande arbetet.

Delmål 3: Högriskgruppsstrategi

Främja den psykiska hälsan i befolkningen och följa upp riskgruppernas och särskilt högriskgruppernas och sårbara gruppers sammansättning och utveckling med fokus på barn och ungdomar.

1. Inrikta sig i första hand på de grupper som har statistiskt ökad risk för självmord och där det faktiska antalet självmord är känt och evidens finns för självmordspreventiva åtgärder.
2. Utnyttja Socialstyrelsens register för uppföljning och kartläggning av riskgrupper och risksituationer.
3. Införa liknande statistik för socialtjänstens klienter (rekommendation).
4. Öka tidig upptäckt i befolkningen av män och kvinnor och unga som lider av:
 - depression
 - missbruk
 - psykosocial stress
 - suicidalitet.
5. Uppmärksamma mödrar med sociala och psykiska problem, emotionell instabilitet och tidigare självmordsförsök på MVC (mödravårdscentral), BB (förlossningsvård) och BVC (barnavårdscentral).
6. Bedöma den mentala hälsan hos nyblivna föräldrar.
7. Använda WHO:s stödmaterial till skolan ”Att förebygga självmord och självmordsförsök hos skolelever – Världshälsoorganisationens stödmaterial för lärare och annan skolpersonal anpassat till svenska förhållanden”. WHO och NASP, 2003.
8. Göra skolan till en plats där elever och vuxna får tid att samtala och där eleverna i riskzonen för psykisk ohälsa och suicid upptäcks och erbjuds tid och möjligheter att ställa och få svar på sina frågor.
9. Hjälpa och stödja lärare och annan skolpersonal för att minska stress och oro i arbetet.
10. Delge föräldrarna kunskap om tecken på psykisk ohälsa och suicidalitet så att de kan
 - a. vara uppmärksamma på förändringar hos barnet och dennes beteende, som kan tyda på psykisk ohälsa
 - b. vara informerade om när och var de kan söka professionell hjälp.
11. Vidga de somatiska undersökningarna av äldre till undersökningar av psykiska konsekvenser av det somatiska tillståndet.
12. Utveckla ett socialt behandlingsarbete inom kriminal- och frivården i samarbete med socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar.
13. Erbjudna olika former av hjälp till självhjälp till personer med psykisk ohälsa.

14. Uppmärksamma arbetsförmedlingar på personer som tillhör riskgrupper och utarbeta en fungerande länk till hjälpinstanser.
15. Upplys om risker med att i hemmet och i äldre- och andra gruppboenden ha tillgång till farliga mediciner, giftiga ämnen och vapen som kan användas vid självmordsförsök och självmord (rekommendationen är låsta medicinskåp i hemmet och låsta vapensåp).

Högriskgrupper:

- Personer som tidigare har gjort ett självmordsförsök.
- Personer med beroende och missbruk.
- Personer med psykos.
- Personer med förstämningssyndrom, särskilt bipolär sjukdom.
- Personer som är socialt exkluderade, arbetslösa, etniska minoriteter samt HBT-personer.
- Personer som är offer för mobbing och olika former av förtryck, både fysiskt, sexuellt och psykiskt.
- Personer med kroniska och svårbehandlade sjukdomar.

Sårbara grupper:

Barn och ungdomar med:

- koncentrationssvårigheter
- beteendestörningar
- skolk
- dalande resultat i skolan
- isoleringstendenser
- kriminella handlingar
- psykosociala problem.

Kvinnor med:

- sociala och psykiska problem
- emotionell instabilitet
- depression
- missbruk
- ensamstående
- sjukskrivning under graviditeten, efter förlossningen samt under de första spädbarnsåren.

Män med:

- depression
- missbruk
- psykosociala problem
- rättsliga problem.

Äldre som lider av:

- ensamhet
- kronisk somatisk sjukdom
- psykisk ohälsa, särskilt depression
- multijuka.

Överlevande efter självmord i familjen

Delmål 4: Säker hälso- och sjukvård med patient och familj i fokus.

Öka kvaliteten beträffande tidig upptäckt, vård och behandling av psykiskt sjuka och självmordsnära patienter.

1. Använda vetenskaplig evidens.
2. Använda de nationella riktlinjerna för vård och behandling av suicidala barn och ungdomar med familjer framtaget av NASP, Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri samt Vetenskapsrådets planeringsgrupp för barn- och ungdomspsykiatrisk och socialpediatrisk forskning, 2003.
3. Se till att kvaliteten i den psykiatriska vården är lika hög som i hjärtsjukvården, när det gäller personaltäthet, kunskap, fortbildning, behandlingsmetoder och bemötande m.m.
4. Utarbeta kvalitetskriterier för respektive klinik med hjälp av de kvalitetsindikatorer som beskrivs nedan och i avsnittet om utvärdering.

Exempel på konkreta åtgärder för att öka kvaliteten på omhändertagande, vård och behandling

Tillgänglighet: Öka tillgänglighet för stöd, vård och behandling.

- Utveckla nationella och regionala hjälplinjer för personer med sociala och psykiska problem och suicidalitet som direkt kopplas till akuta psykiatriska mottagningar eller MOA-team.
- Utveckla telefonhjälp i kommunerna till äldre med psykiska problem, kronisk somatisk sjukdom och suicidala handlingar i anamnesen.
- Se till att snabbt omhändertagande sker inom BUP när det finns en akut självmordsrisk.
- Se till att alla patienter som i anamnesen har vålds- eller självdestruktiva handlingar och söker akut på grund av psykiska problem omedelbart får vård.
- Se till att personer i kris, och deras familjer, snarast får tillgång till konsultation.
- Öka tillgången till psykologiskt stöd och behandling på MVC och BVC.
- Göra listor med namn på personer ansvariga för respektive verksamhet tillgängliga på kommunernas webbsidor.

Utbud: Öka utbudet av konsultationer och behandlingar.

- Se till att psykiatrin arbetar konsultativt och preventivt med riskbedömningar, hälsofrämjande insatser samt med tidig upptäckt och behandling i samarbete med primärvård, företagshälsovård, skolhälsovård och socialtjänst.
- Utveckla psykiatrins rådgivningsfunktion till distriktsläkare och socialtjänst.
- Erbjud individuellt anpassade psykoterapeutiska och psykosociala behandlingar samt kvalificerad tillämpning av psykofarmakologiska behandlingar enligt vetenskaplig evidens.

Institutioners utformning: Säkerhet och hälsofrämjande arbete inom vården.

- Utforma vårdmiljöer och boenden med tanke på den goda miljöns inverkan på den psykiska hälsan och för att minska risken för suicid (t.ex. psykiatriska avdelningar på bottenplan).
- Regelbundet gå igenom säkerhetsrutiner i den fysiska miljön och i psykologiska bedömningar på de psykiatriska avdelningarna och andra relevanta institutioner för att minska risken för självmord under pågående vård.

Kontinuitet, samarbete och vårdkedja: Se till att få kontinuitet i vården och en fungerande vårdkedja som främjar en snabb behandling och rehabilitering.

- Utveckla organisatoriska förutsättningar för samarbete mellan olika aktörer inom landsting och kommuner.
- Öka tillgången på psykosociala resurser vid primärvårdsmottagningar för att i behandlingen av självmordsnära personer snabbt kunna samverka med socialtjänst, psykiatri, arbetsförmedling, kriminalvård samt anhöriga.
- Utveckla ett socialt behandlingsarbete och samarbete mellan socialtjänst, psykiatrin och skolan kring barn som far illa och utvecklar allvarliga beteendestörningar, psykisk ohälsa och missbruk.
- Organisera gemensamma patientkonferenser mellan vuxenpsykiatri, öppen- och slutenvård, primärvård och socialtjänst.
- Bygg effektiva nätverk mellan socialtjänst, primärvård, skolhälsovård, missbrukarvård, psykiatri, frivilligorganisationer, rehabiliteringsansvariga, ungdomsmottagningar och BUP för att öka effektiviteten i prevention och behandling.
- Utveckla samarbetet mellan kommun och frivilligorganisationer för att bryta de äldres isolering.

Uppföljning

- Upprätta en uppföljningsplan under tre till tolv månader (individuell bedömning) för patienter som har skrivits ut från sjukhus på grund av självmordsförsök.
- Följa upp övriga patienter som skrivs ut från psykiatriska sjukhus under minst fyra veckor (individuell bedömning ska alltid göras och ibland kan en längre uppföljning krävas).
- Utarbeta modeller och rutiner för åtgärder om patienterna inte följer eller avviker från behandlingen.
- Se till att ansvaret för vård och rehabilitering omedelbart tas över av nästa vårdinstans som även bör se till att bostad, ekonomi och rehabiliteringen är planerad.

Stärkt samarbete med anhöriga

- Involvera närstående och underlätta kontaktvägar till behandling både för patient och anhöriga vid förnyad suicidalitet.
- Använda anhöriga som en kompletterande resurs i behandlingsarbetet.
- Stödja de efterlevande under den svåra processen efter att ha förlorat någon i självmord.
- Använda den erfarenhet som SPES (Suicidprevention och Efterlevandes Stöd) innehar.
- Utveckla samarbetet med anhöriga för att bryta de äldres isolering.
- Stärka samarbetet med anhöriga vid:
 - utarbetandet av generella självmordspreventiva åtgärder på nationell och lokal nivå
 - utarbetandet av vårdprogram.

Programarbete

- Utveckla och implementera lokala vårdprogram inom psykiatri, primärvård, socialtjänst och geropsykiatri med fokus på depression, missbruksproblem och kvalitetshöjande psykosociala åtgärder för att förebygga suicidalitet. I programmen bör även rehabilitering, arbete, bostad, utbildning och införlivande i social gemenskap belysas.
- Skapa tillgång inom den kommunala verksamheten på kompetens när det gäller familjerådgivning, juridik och ekonomi så att personer med psykisk ohälsa och suicidalitet, och deras anhöriga får snabb hjälp med dessa frågor.
- Utarbeta lokala strategier för patienter med dubbla diagnoser.

- Utarbeta policy över hur man ska lämna information till media när självmord eller självmordsförsök inträffar inom kommunala, landstingsdrivna eller privata inrättningar för att förebygga s.k. ”clustersuicid”.

Delmål 5: Forskning

Stödja kvalificerad suicidforskning

- Tillsätta en tvärvetenskaplig grupp av forskare för att främja och bevaka suicidforskningen.
- Utveckla forskning om sambandet mellan olika livsmiljöer, psykosociala risk- och hälsofrämjande situationer samt den självmordsnära personens känsloreaktioner, beteenden och biologiska uttryck (inklusive molekylärbiologiska studier) vid psykisk ohälsa och suicidalitet.
- Stödja klinisk behandlingsforskning som främjar utveckling av bättre mått och systematiska utvärderingssystem samt inkludering av försökspersoner med suicidrisk i anamnesen.
- Stödja jämförande studier mellan olika behandlingar, exempelvis behandling med antidepressiva läkemedel med olika typer av psykoterapier.
- Stimulera forskning om sociala självmordspreventiva rehabiliteringsmetoder.
- Se över lagar och förordningar så att epidemiologiska studier underlättas.
- Använda Socialstyrelsens kvalitetsregister vid affektiv sjukdom och schizofreni (www.kpvcentrum.se) samt andra register för att analysera omständigheterna kring suicidförsök och självmord.

Relevanta aktörer

Central nivå

Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP)

NASP innehar sedan 1994 en central expertfunktion inom suicidprevention i Sverige och kan med fördel även fortsättningsvis vara en samordnande resurs på nationell nivå. Organisationen kan koordinera och följa upp de självmordspreventiva åtgärder som föreslås i det nationella programmet för självmordsprevention och som kommer att bedrivas inom olika departement, myndigheter och olika organisationer samt genom de regionala självmordspreventiva nätverken och centrumen. NASP svarar även för information, utbildning och utveckling av suicidpreventiva metoder och ger kunskapsstöd till myndigheter, organisationer, massmedia etc. NASP är också WHO leading ”Collaborating Center” inom prevention av psykisk ohälsa och suicid samt EU-kommissionens expertenhet.

Socialdepartementet

Utbildningsdepartementet

Socialstyrelsen

Statens folkhälsoinstitut
Myndigheten för skolutveckling
Rikspolisstyrelsen
Räddningsverket
Sveriges Kommuner och Landsting
SPES riksorganisation
Svenska kyrkans centralorganisation
Arbetsgivarorganisationer
Andra religiösa samfunds centrala organisationer
Fackliga centralorganisationer
Patientorganisationer
Intresseorganisationer
Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (FAS)
Vetenskapsrådet (VR)

Regional nivå

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen
Regionala centra
Regionala nätverk för självmordsprevention
SPES regionala organisation
Universitet och högskolor
Fackliga organisationer

Lokal nivå

Hälso- och sjukvårdsenheter
Kriminalvården
Polisen
Socialtjänsten
Skolan inklusive skolhälsovården
Ungdomsmottagningar
Anhörigorganisationer
Frivilliga organisationer
Patientorganisationer
Religiösa samfund
Fackliga representanter
Arbetsledare
m.fl.

Utvärdering

Utvärdera kontinuerligt effekterna av det nationella självmordspreventiva programmet på nationell, regional och lokal nivå

Befolkningen

Policyindikatorer

- Antalet policydokument på lokal och regional nivå i vilka hänsyn tagits till FN:s barnkonvention.
- Antalet policydokument på lokal och regional nivå som antas per år för att förebygga psykisk ohälsa och självmordshandlingar.
- Antalet policydokument som implementeras per år.
- Antalet sammanträden per år för
 - tvärsektoriell grupp mellan olika departement
 - myndighetsgruppen
 - tvärsektoriellt samarbetsforum på landstings-/kommunnivå
- Antalet samarbetsforum per region.
- Antalet vårdöverenskommelser och vårdavtal som innehåller kvalitetsaspekter avseende bemötande, vård och behandling av psykiskt sjuka och självmordsnära personer.

Epidemiologiska indikatorer på befolkningsnivå

- Antalet självmord i relevanta åldersgrupper och etniska grupper med hänsyn tagen till kön och diagnoser.
- Antalet självmordsförsök i relevanta åldersgrupper och etniska grupper med hänsyn tagen till kön och diagnoser.
- Antalet upprepade självmordsförsök i relevanta åldersgrupper och etniska grupper med hänsyn tagen till kön och diagnoser.
- Antalet självmord bland personer som gjort självmordsförsök.
- Förändringar i högriskgruppernas sammansättning per år.

Kunskaper och attityder

- Kunskaper och attityder till självmord i befolkningen.

- Kunskaper och attityder till självmordsnära patienter bland personalen inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården.
- Synen på bemötande, vård och behandling hos patienter och anhöriga.

Programarbete på befolkningsnivå

- Antalet högskoleutbildningar som inför curriculum avseende prevention av psykisk ohälsa och suicid.
- Antalet övriga utbildningar som inför curriculum avseende arbetet med personer som har psykiska problem och är självmordsnära.
- Antalet skolor som använder WHO:s stödmaterial till skolan.

Tidig upptäckt av psykisk ohälsa och suicidalitet i befolkningen, stöd och behandling

- Andelen mödrar med sociala och psykiska problem, emotionell instabilitet och tidigare självmordsförsök som uppmärksammas och erbjuds stöd och eventuell behandling vid MVC, BB och BVC.
- Andelen skolor som screenar elever med avseende på missbruk, depression och annan psykisk ohälsa inklusive suicidalitet.
- Andelen elever som inom skolhälsovården diagnostiseras och behandlas för psykisk sjukdom, särskilt missbruk och depression och självmordsbeteende.
- Andelen elever som remitteras från skolhälsovården till BUP och som diagnostiseras och behandlas för psykisk sjukdom, särskilt missbruk och depression och självmordsbeteende.

Hälsoekonomiska indikatorer

- Följ kostnadseffektiviteten på de föreslagna åtgärderna.
- Beräkna kostnader för ovannämnda åtgärder i relation till de erhållna samhällsekonomiska vinsterna (enligt Räddningsverkets NCO-modell).

Vården

Kvalitetsindikatorer inom vården

Programarbete i vården

- Antalet antagna vårdprogram per år.
- Antalet barn- och ungdomspsykiatriska kliniker och övriga instanser som arbetar med barn och ungdomar som använder de nationella riktlinjerna för vård av suicidala barn och ungdomar med familjer.

Dödlighet i självmord

Andel anmälda Lex Maria-fall per år

- Antalet självmord hos patienter under pågående slutenvårdsbehandling per år.
- Antalet självmord hos patienter under pågående öppenvårdsbehandling per år.

Väntetider

- Genomsnittlig väntetid för specialistbedömning av självmordsnära personer som blev remitterade från:
 - företagshälsovården
 - missbrukarvården
 - primärvården
 - skolhälsovården
 - socialtjänstmottagning
 - somatisk vård
 - ungdomsmottagningar
- Genomsnittlig väntetid för vård för patienter med vålds- eller självdestruktiva handlingar i anamnesen.
- Genomsnittlig väntetid för självmordsnära personer för nybesök på psykiatrisk öppenvårdsmottagning.
- Genomsnittlig väntetid för personer i kris och deras familjer.

Bedömning och uppföljning

- Andel patienter per år som bedöms av en psykiatrisk specialist inom ett dygn efter ett självmordsförsök.
- Andel självmordsförsökspatienter per år som får uppföljning under 3–12 månader efter självmordsförsöket.
- Andel självmordsnära patienter per år som söks upp när de inte följer eller avviker från behandlingen.
- Andel självmordsnära patienter per år för vilka bostad, ekonomi och rehabilitering är planerad vid utskrivningen.

Utbud av behandlingar

- Tillgången till evidensbaserade behandlingar på regional och lokal nivå.
- Antalet nationella och regionala hjälplinjer för personer med sociala och psykiska problem inklusive suicidalitet direkt kopplade till psykiatriska akutmottagningar alternativt kristeam.
- Antal kunskaps- och självhjälpgrupper.

Kontinuitet, samarbete och vårdkedja

- Antalet behandlande läkare per patient under ett år.
- Andel självmordsnära personer per år kring vilka ett samarbete med socialtjänsten eller andra rehabiliteringsinstanser har inletts.
- Andel självmordsnära personer per år kring vilka ett samarbete har inletts med familjen.
- Andelen elever med psykiska problem och självmordsbeteende per år som hänvisas till barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning.

Primärvård och socialtjänst

- Antal nydiagnostiserade patienter med depressioner per år.
- Typ av behandling av patienter som har fått diagnosen depression.
- Andel patienter per år med diagnosen depression som får socialt stöd.
- Antalet anställda med psykosocial kompetens vid distriktsläkarmottagningar och socialtjänstens mottagningar.
- Antalet anställda med kompetens när det gäller familjerådgivning, juridik och ekonomi inom kommunala verksamheter.

Familjestöd

- Andel närstående till självmordspatienter som fått stöd och information om krisstöd per år.

Utbildning

- Antalet utbildningstillfällen per år för
 - Kommunalt anställd personal som arbetar inom människovårdande yrken och landstingsanställd personal som arbetar inom människovårdande yrken, som t.ex:
 - socialtjänstpersonal
 - skolhälsovårdspersonal
 - lärare
 - läkare
 - psykologer
 - sjuksköterskor
 - mentalskötare
 - Frivilligorganisationer
 - Hjälpelinjer
 - Arbetsledare, personalansvariga och fackliga representanter.
- Antalet gemensamma patientkonferenser per år mellan vuxenpsykiatri, öppen- och slutenvård, primärvård och socialtjänst.
- Antalet informations- och utbildningsinsatser på nationell nivå per år.

Bilagor

Bilaga 1

Definitioner

Definitioner som används både i det praktiska, kliniska behandlings- och självmordspreventiva arbetet och i forskningen.

ANALYS AV SJÄLVMORDSPROCESS. Beskrivning och bedömning av faktorer som påverkat utvecklingen av en självmordsprocess. Detta kan vara en bedömning av (akut) självmordsrisk, en mer systematisk analys i ett något lugnare skede eller en retrospektiv genomgång efter ett genomfört självmord eller självmordsförsök.

BEDÖMNING AV SJÄLVMORDSRISK. Analys av självmordsprocess med fokus på risken att i en nära framtid begå självmord. Ibland avses risken under hela livet.

DÖDSTANKAR, DÖDSÖNSKNINGAR. Tankar på eller önskan om att komma bort, slippa vara med, dö, exempelvis genom sjukdom eller olycksfall.

EPIDEMIOLOGI. Läran om förekomst av sjukdomar och olycksfall i befolkningen samt med hänsyn tagen till exempelvis kön, ålder och andra omständigheter av betydelse för prevention och behandling.

HBT. Samlingsbegrepp för homosexuella, bisexuella och transpersoner. Den etablerade engelska termen för HBT är LGBT, Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender.

KÖNSIDENTITET. Könsidentitet är den självupplevda identiteten som kan skilja sig från det kön som fastställs vid födseln.

OSÄKRA SJÄLVMORD. Dödsfall för vilka tveksamhet råder om döden orsakats uppsåtligt eller inte.

PSYKISK KRIS. Överväldigande påfrestningar, så att individens vanliga problemlösningsmetoder sviktar och hon får svårt att hantera situationen. Känslor av oro, depression, förtvivlan och hjälplöshet är vanliga. Desperata handlingar förekommer ibland.

PSYKISK STÖRNING. Störning av psykiska funktioner. Begreppet är något vidare än psykisk sjukdom och tar hänsyn till såväl biologiska som psykologiska och sociala faktorer.

RETROSPEKTIV GENOMGÅNG. Försök att efter ett genomfört självmord eller självmordsförsök rekonstruera den suicidala process som förde fram till handlingen. Syftet är att vinna ökad kunskap som grund för självmordsförebyggande arbete men också att ge berörda personer möjligheter att förstå och känslomässigt bearbeta det som hänt.

SEXUELL LÄGGNING. Sexuell läggning är heterosexualitet, homosexualitet och bisexualitet.

SJÄLVDESTRUKTIVT BETEENDE. Samlingsnamn på handlingar som medför skada eller risk för skada på personen själv såsom okontrollerat drickande, bränna sig med cigaretter, skära i kroppsdelar eller utföra självmordshandlingar.

SJÄLVFÖRVÅLLAD SKADA. Skadeeffekten av självmord och självmordsförsök. Här ingår även skador efter självdestruktiva handlingar, som utförts utan avsikt att dö.

SJÄLVMORD och **SUICID** är synonymer och används här omväxlande. Självmord innebär en medveten, uppsåtlig, självförvållad, livshotande handling som leder till döden.

SJÄLVMORDBENÄGENHET. Inställning präglad av avsikter, planer, eventuellt beslut och impulser att begå självmord.

SJÄLVMORDBETEENDE. Sammanfattande beteckning på självmordstankar, självmordsförsök och (fullbordade) självmord.

SJÄLVMORDSFÖRSÖK. Livshotande eller skenbart livshotande beteende, i avsikt att sätta sitt liv på spel eller göra intryck av en sådan avsikt, men som inte leder till döden. Begreppet "självmordsförsök" har genom åren givits flera alternativa beteckningar, som självmordshandling, "parasuicid", DSH, Deliberate Self-Harm "avsiktlig självdestruktiv handling" eller "avsiktlig självförgiftning". Eftersom risken att avlida i fullbordat självmord är mycket förhöjd om individen tidigare gjort suicidförsök, är det viktigt att behandla en självmordshandlande patient med allvar och respekt, även i suicidterminologin, för att förhindra ett upprepande av suicidbeteendet.

SJÄLVMORDSHANDLING. Självmordsförsök eller självmord.

SJÄLVMORDSKRIS. Kris under vilken en människas tillgängliga problemlösningsmetoder sviktar så att självmord aktualiseras och eventuellt planeras och genomförs.

SUICIDAL KOMMUNIKATION omfattar självmordsmeddelanden och självmordssignaler

SJÄLVMORDSNÄRA. Begreppet självmordsnära (=suicidal) används för personer som

- nyligen (inom senaste året) har gjort ett självmordsförsök
- har allvarliga självmordstankar och där självmordsrisk bedöms föreligga under den närmaste tiden framöver
- utan att ha allvarliga självmordstankar ändå bedöms vara i riskzonen för självmord på grund av omständigheterna i övrigt, t.ex. att utsättas för starkt negativa livshändelser.

SJÄLVMORDSPREVENTION. Åtgärder för att förebygga självmordshandlingar.

Universell självmordsprevention: Vänder sig till sig till hela befolkningen för att öka kunskapen om symtom på psykisk ohälsa och suicidalitet samt om möjligheterna till prevention och behandling. Strategin gäller också miljöingripanden mot förekomst och lättillgänglighet av självmordsmedel.

Selektiv självmordsprevention: Vänder sig till högriskgrupper. Självmordspreventiva åtgärder mot bakomliggande problem, såsom psykiska störningar, missbruk, kroppssjukdomar, plötsliga livskriser eller ackumulerade livsproblem. Stödande åtgärder (psykologiska, pedagogiska, sociala) till högriskgrupper med syfte att stärka människans förmåga att hantera livskriser.

Indikativ självmordsprevention: Vänder sig till högriskpersoner, t.ex. personer efter ett självmordsförsök. Strategin omfattar självmordspreventiva åtgärder riktade mot självmordsprocesser.

SJÄLVMORDSPROCESS. Utvecklingen från den första allvarliga självmordstanken över eventuella självmordsförsök till (fullbordat) självmord. Termen betonar utvecklingen över tid. Den antyder också att självmorden inte bara inträffar – de har alltid en historia.

SJÄLVMORDSRISK. Risken att i en nära framtid begå självmord. Ibland avses risken under hela livet.

SJÄLVMORDSSITUATION. En situation med förhöjd risk för självmordshandling, exempelvis en person med egentlig depression eller starkt upplevd kränkning, som tidigare reagerat med självmordsbenägenhet.

SJÄLVMORDSTAL. Antal självmord per 100 000 invånare och år. Det kan anges för hela befolkningen eller specifikt för vissa köns- och åldersgrupper. Talet används för att eliminera inverkan av ändringar i befolkningens storlek och sammansättning vid jämförelser över tid, mellan olika befolkningar eller mellan grupper i befolkningen.

SJÄLVMORDSTANKAR. Fantasier, tankar, önskningar om och impulser att begå självmord. Dessa kan utvecklas till avsikter, planer och eventuellt beslut.

Självmordspreventiva strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan – En kunskapsammanställning gjord för Socialstyrelsen av NASP - 2007

SUICIDOGEN FAKTOR. En faktor som för en särskild person ökar risken för självmordshandlingar, till exempel djup depression, akut alkoholpåverkan eller hot om skilsmässa.

SUICIDOLOGI. Läran om självmordstankar, självmordsförsök, självmord och självmordsprevention.

SUICIDPREVENTIV FAKTOR. En faktor som för en särskild person minskar risken för självmordshandlingar, exempelvis hopp om lösning på ett hotfullt problem, personligt stöd under skilsmässa eller antidepressiv behandling vid depressiv sjukdom.

TRANSPERSONER. Gruppen transpersoner kan allmänt beskrivas som personer som tidvis eller alltid har eller uppfattas ha eller ger uttryck för eller uppfattas ge uttryck för en könsidentitet som tidvis eller alltid skiljer sig från normen för det kön som registrerats för dem vid födelsen. Hit hör till exempel den som är eller uppfattas vara transsexuell, transvestit, intergender, intersexuell, transgenderist, dragking eller dragqueen.³

ÖVERDOS. Intag av en större dos än föreskriven dos av exempelvis sömnmedel.

³ Definitionen går att återfinnas ibland annat Diskrimineringskommitténs slutbetänkande om *En sammanhållen Diskrimineringslagstiftning* (SOU 2006:22).

Ledningarna för de sex regionala suicidpreventiva nätverken

1. Norra regionen

Lars Jacobsson, professor
Psykiatriska kliniken
Norrlands Universitetssjukhus
901 85 Umeå
E-post: lars.jacobsson@psychiat.umu.se

Ellinor Salander Renberg, docent, psykolog
Institutionen för klinisk vetenskap, psykiatri
Umeå Universitet
901 85 Umeå
E post: ellinor.salander.renberg@psychiat.umu.se

Ingrid Ögren
Kontaktperson för SPES
Storgatan 85 C
931 34 Skellefteå
E-post: ingrid.ogren@skola.skelleftea.se
Hemsida: www.spes.nu

2. Uppsala-Örebroregionen

Anne-Liis von Knorring, professor
Barn och Ungdomspsykiatriska kliniken
Akademiska Universitetssjukhuset
750 17 Uppsala
E-post: anne-liis.von_knorring@bupinst.uu.se

Wolfgang Rutz, professor, Avd för psykiatri och hälsofrämjande verksamhet
Akademiska Universitetssjukhuset
750 17 Uppsala
E-post: wolfgang.rutz@akademiska.se

Britt Lindberg, sjuksköterska, kontaktperson för satellitnätverket Värmland
E-post: britt.lindberg@liv.se

Per Munkhammar
Ordförande för SPES krets i Dalarna
Trädgårdsgatan 6
771 50 Ludvika
E-post: per.munkhammar@spes.nu
Hemsida: <http://www.spes.nu>

3. Stockholm-Gotlandregionen

Danuta Wasserman, professor
Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP)
Box 230,
171 77 Stockholm
Tel: 08-524 870 26,
Fax: 08-30 64 39
E-post: danuta.wasserman@ki.se
Hemsida: www.ki.se/suicide

Rigmor Stain, docent
Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP).
Box 230
171 77 Stockholm
Tel: 026-181106
Mobil: 070-789 1482
E-post: rigmor.stain@tele2.se

Louise Nilunger Mannheimer,
Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP).
Box 230
171 77 Stockholm
Tel: 08-524 870 26
Fax: 08-30 64 39
E-post: louise.nilunger.mannheimer@ipm.ki.se

Gunilla Zetterlund
Kontaktperson för SPES
Nybodaringen 101
101 62 Stockholm
E-post: g.zetterlund@telia.com
Hemsida: www.spes.nu

4. Västsvenska regionen

Jan Beskow, professor
Center för Cognitiv Terapi och utbildning
Thorilds gränd 1
442 31 Kungälv
Tel: 031-183011
Mobil: 0709-640561
E-post: jan.beskow@cognitivterapi.se
Hemsida: www.cognitivterapi.se
Västsvenska nätverkets hemsida: www.suicidprev.com

Monica Wennblom
Folkhälsa i Centrum
Seglaregatan 7
414 57 Göteborg
Tel: 031-704 7031, 704 7031
Mobil: 070-657 04 38
E-post: monica.wennblom@vregion.se

Ingvor Blom
Ordförande för SPES krets i Västra Götaland
Mellangatan 1
413 01 Göteborg
E-post: ingvorblom@hotmail.com
Hemsida: www.suicidprev.com

5. Sydöstra regionen

Gunilla Jarkman-Björn, överläkare, klinikchef.
Barnpsykiatriska kliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
E-post: gunilla.jarkman.bjorn@lio.se

Urban Pettersson, psykolog
Barn och Ungdomspsykiatriska kliniken
Urban Hjärnes väg 1
59130 Motala
E-post: urban.pettersson@lio.se

Margit Ferm,
Förbundsordförande för SPES
Bymarksgatan 24
554 48 Jönköping
E-post: margit.ferm@spes.nu
Hemsida: www.spes.nu

6. Södra regionen

Lil Träskman Bendz, professor
Avdelning Psykiatri
Universitetssjukhuset
221 85 Lund
E-post: lil.traskman-bendz@psykiatr.lu.se

Susanne Ringskog Vagnhammar, överläkare
Område Psykiatri
Universitetssjukhuset MAS
Kamrergatan 1
211 56 Malmö
Tel: 040-33 84 99
E-post: susanneringskogvagnhammar@msn.com

Solrunn Jansson
Ordförande för SPES krets i Blekinge
Trastvägen 5
370 30 Rödeby
E-post: solrunn@telia.com
Hemsida: <http://www.spes.nu>

Webbadresser

Stöd och rådgivning

NASP:s webbsida där finns även telefonnummer till olika hjälpinstanser vid självmordstankar.

www.ki.se/suicide

Nationella hjälplinjen: 020-22 00 60

www.nationellahjalplinjen.a.se

Bris

<http://www.bris.se/>

Jourhavande Präst

<http://www.svenskakyrkan.se>

Jourhavande medmänniska

<http://www.jourhavande-medmanniska.com/>

Jourhavande kurator

Jourhavande kompis

<http://www.rkuf.se>

Mansjouren

<http://www.mansjouren.net/>

RFSL

<http://www.rfsl.se>

Intresseorganisationer

Föreningen Balans

För dig som upplevt depressioner, manier eller omväxlande depressiva och maniska perioder och för närstående finns Föreningen Balans

www.foreningenbalans.nu

Riksförbundet för social och mental hälsa(RSMH)

www.rsmh.se

SPES (SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd)

www.spes.nu

www.spesistockholm.se

Svenska föreningen för psykisk hälsa, Sfph

Sfph är en obunden ideell förening med uppgift att främja psykisk hälsa i samhället. Det sker framför allt genom olika utbildningsinsatser, t ex konferenser, föreläsningar och litteratur för yrkesverksamma inom människovårdande yrken, och för andra som är intresserade av psykisk hälsa.

www.sfph.se

Information

Hälsonätet

Hälsonätet arbetar hälsofrämjande med rehabilitering och utbildning genom att förmedla människokunskap och göra medicinsk och psykologisk forskning användbar i arbetet med människor.

www.halsonatet.se

SocialVetenskap

SocialVetenskap är en webbsida för forskning i sociala frågor, som uppdateras varje vecka med länkar till nya forskningsresultat.

www.socialvetenskap.se

Statistik från NASP

www.ki.se/suicide/statistik

Stockholms läns landsting

www.vardguiden.nu

Suicidpreventiva centra i andra länder

Danmark

Center for Selvmordsforskning

www.selvmordsforskning.dk

Referencegruppen till forebyggelse af selvmordsforsög og selvmord

www.selvmordsforebyggelse.dk

England

Centre for Suicide Research, University of Oxford

www.psychiatry.ox.ac.uk/csr

Estland

Estnisk-Svenska Suicidologiska Institutet i Tallin

<http://www.suicidology.ee/index.php?page=3>

Kanada

Suicide Information & Education Centre (SIEC)
www.siec.ca

Norge

Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging
www.med.uio.no/ipsy/ssff/

USA

American Foundation for Suicide Prevention
www.afsp.org

American Association of Suicidology
www.suicidology.org

American Psychiatric Association
www.psych.org/

WHO

www.euro.who.int

WHO – Preventing Suicide: a resource series

http://www.who.int/mental_health/resources/suicide/en

Dina synpunkter

Med hjälp av dina och andra läsares synpunkter får vi på NASP möjlighet att utifrån olika erfarenheter inom arbetet med självmordsnära personer utveckla och förbättra kommande rapporter för att bättre tillgodose de förutsättningar som krävs för ett framgångsrikt självmordsförebyggande arbete.

Tag gärna kontakt med NASP på postadress:

NASP
Karolinska Institutet
171 77 Stockholm

Tfn: 08 - 524 870 26

Fax: 08 - 30 64 39

E-post: nasp@ki.se

www.ki.se/suicid

Utgivna rapporter

NASP (2006). Den femte nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention ur ett praktiskt nätverksperspektiv. NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök. Rapport 1/2006. ISBN: 91-974546-2-1, ISSN: 1400-3023.

Alin Åkerman B (2004). Final programme and abstract book. XXII World Congress of the International Association for Suicide Prevention (IASP) 10-14 September 2003, Stockholm, Norra Latin.

NASP (2004). Den fjärde nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention – ett självmordsfritt Sverige. NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/2004. ISBN: 91-974546-1-3, ISSN: 1400-3023.

Wasserman D, Mittendorfer-Rutz E, Rutz W, Schmidtke A (2004). Suicide Prevention in Europe. The WHO European Monitoring Survey on national suicide prevention programmes and strategies. The Swedish National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health.

NASP (2003). Vad göra om man är deprimerad och har självmordstankar? Utgiven av NASP. ISBN: 91-973751-1-X.

Westerlund M, Wasserman D (2003). Självmordsprevention i skolor i Sverige – hur ser det ut idag? NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/2003. ISBN: 91-974546-0-5, ISSN: 1400-3023.

Alin Åkerman B (2002). Hur upptäcker vi sårbara elever? NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 2/2002. ISBN: 91-973751-4-4, ISSN: 1400-3023.

Ferm M, redaktör (2002). Det går att leva vidare – en rapport om sorg, när någon som står oss nära tagit sitt liv. NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 3/2002. ISBN: 91-973751-5-2, ISSN: 1400-3023.

Lindblad F, redaktör (2002). När livet inte längre är värt att leva – berättelser om fyra unga adopterade. NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 4/2002. ISBN: 91-973751-6-0, ISSN: 1400-3023.

NASP (2002). Den tredje nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention – barn och ungdomar. NASP:s rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/2002. ISBN: 91-973751-3-6, ISSN: 1400-3023.

Wasserman D, Narboni V (2001). Guidelines for suicide prevention in schools. NASP:s Röda rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/2001. ISBN: 91-973751-2-8, ISSN: 1400-3023.

Alin Åkerman B (2000). "Kärleken är den bästa kicken". NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/2000. ISBN: 91-972520-6-9, ISSN: 1400-3023.

Mittendorfer E, Wasserman D (2000). Literature review: relationship between cholesterol and suicide. NASP:s röda rapportserie Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 5/2000. ISBN: 91-973751-0-1, ISSN: 1400-3023.

NASP (2000). Den andra nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 2/2000. ISBN: 91-972520-7-7, ISSN: 1400-3023.

Ringskog S, Wasserman D (2000). Hastening the end of life. History, research and current Swedish and international debate on the issue of euthanasia. NASP:s röda rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 4/2000. ISBN: 91-972520-9-3, ISSN: 1400-3023.

Ringskog S, Wasserman D (2000). Att påskynda livets slut. Historik, forskning och aktuell svensk och internationell debatt om eutanasi. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 3/2000. ISBN: 91-972520-8-5, ISSN: 1400-3023.

Ekman M, Mäkinen I, Wasserman D. (1999). Självmord i Stockholm 1986-90. Kartläggning av självmorden i Stockholms läns sjukvårdsområden och psykiatriska sektorer. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/1999. ISBN: 91-972520-0-X, ISSN: 1400-3023.

Larsson N (1999). Future risk after an attempted suicide. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 2/1999. ISBN: 91-972520-5-0, ISSN: 1400-3023.

NASP (1999). Den första nationella nätverkskonferensen i självmordsprevention. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/1999. ISBN: 91-972520-4-2, ISSN: 1400-3023.

Bo Runeson 1/1998. Suicidriskbedömning. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/1998. ISBN 91-972520-3-X, ISSN 1400-3023.

Cronström-Beskow S (1997). Självmordspatient på psykiatrisk klinik. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 1/1997. ISBN 91-972520-1-X, ISSN: 1400-3023.

Gustavsson L, Arnetz B, Beskow J (1997). Självmordstankar bland sjuksköterskor i Sverige. NASP:s rapportserie: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök rapport 2/1997. ISBN 91-972520-2-X, ISSN: 1400-3023.

Nationella rådet för självmordsprevention, Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, NASP. Om livet känns hopplöst. Stöd till självmordsnära människor, 1996. ISBN: 91-88565-38-6, ISSN: 1104-358X.

The National Council for Suicide Prevention. The National Board of Health and Welfare, The National Institute of Public Health and The Centre for Suicide Research and Prevention. Support in suicidal crises. The Swedish national programme to develop suicide prevention. ISBN: 91-7201-136-X.

Nationella rådet för självmordsprevention. Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, NASP. Stöd i självmordskriser – Nationellt program för utveckling av självmordsprevention, 1995. ISBN: 91-7201-056-8.

Riktlinjer

NASP, Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, Vetenskapsrådet (2003). Nationella riktlinjer. Vård av suicidala barn och ungdomar med familjer. ISBN: 91-973751-7-9.

NASP, WHO (2003). Att förebygga självmord och självmordsförsök hos skolelever – Världshälsoorganisationens stödmaterial för lärare och annan skolpersonal anpassat till svenska förhållanden. ISBN: 91-973751-9-5, ISSN: 1400-3023.

Gröna serien

NASP (2007). Mål för självmordsprevention och utvärdering. Utdrag ur: NASP:s underlag till nationellt program för suicidprevention 15 december 2006 enligt Riksdagens uppdrag bet. 2007/05:SoU11, rskr. 2004/05:218. NASP:s gröna serie.

NASP (2007). Vetenskaplig evidens och slutsatser beträffande behandling och förebyggande av suicidförsök och suicid. Sammanfattning. NASP:s gröna serie.

NASP (2007). Självmordspreventiva strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan. En kunskapssammanställning gjord för Socialstyrelsen av NASP. NASP:s gröna serie.

NASP (2007). NASP:s underlag till Socialstyrelsen angående förslag till nationellt program för suicidprevention gällande Strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/ elevhälsan. Förslaget överlämnades till Regeringen den 15 december 2006. NASP:s gröna serie.

Ringskog-Vagnhammar S (2007). Uppdatering av rapporten "Att påskynda livets slut – om eutanasi". NASP:s gröna serie.

Alin Åkerman B (2005). Rapport från den självmordspreventiva dagen i Stockholm den 10 september 2005. NASP:s gröna serie.

Forsberg C (2005). Självmordsprevention i skolan. En studie om skolans roll och betydelse i det självmordspreventiva arbetet. C-uppsats vid Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan.Handledare: Britta Alin Åkerman vid NASP. NASP:s gröna serie.

Heurlin C (2005). Inspirationsdagar på Ellös – rapport från nätverksmötet 7-8 oktober 2004. Ett nationellt nätverk för suicidprevention. NASP:s gröna serie.

NASP (2004). Den XXII världskongressen om självmordsprevention. International Association for Suicide Prevention (IASP) 10-14 September

2003, Stockholm, Norra Latin – svensk sammanfattning. NASP:s gröna serie.

Wasserman D, Mittendorfer Rutz E, Rutz W, Schmidtke A (2004). Suicide Prevention in Europe - The WHO European monitoring surveys on national suicide prevention programmes and strategies. NASP:s gröna serie.

Selén K (2003). En samtalshandledning – det går att leva vidare. Samtal om sorgen efter en närstående som tagit sitt liv. Sensus och NASP:s gröna serie.

Beskow J, Anagrus S, Lindstrand A, Wahlgren M (2001). Kristeamkris. Ett mini-projekt. Debriefing och retrospektiva genomgångar på psykiatrisk öppenvårdsmottagning: Erfarenheter vid implementering. NASP:s gröna serie.

Ringskog S (2001). Könsparadoxen. Varför tar dubbelt så många män som kvinnor sina liv, samtidigt som det är flest kvinnor som är deprimerade? NASP:s gröna serie.

Wasserman D, Ringskog S (2001). Suicide among the elderly in Sweden. NASP:s gröna serie.

Övrigt (statistik, årsberättelser)

NASP (2007). Statistik över självmord 1980-2004 och självmordsförsök 1987-2004 i Sverige och Stockholms län.

Westerlund M, Jiang G-X, Wasserman D (2004). (Stockholmsrapporten) Statistik - självmord i Stockholms läns 1980-1999. NASP.

NASP (2007). Årsberättelse 2006.

NASP (2006). Årsberättelse 2005.

NASP (2005). Årsberättelse 2004.

NASP (2004). Årsberättelse 2003.

NASP

Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa – Nationell expertfunktion vid Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap

Statens och Stockholms läns landstings centrala expertenhet inom självmordsforskning och självmordsprevention.

NASP har ett nationellt och regionalt ansvar för att arbeta med kunskapsinsamling och kunskapsförmedling samt för att initiera och bedriva forsknings- och utvecklingsprojekt som främjar prevention av suicid och psykisk ohälsa.

NASP är WHO's samarbetscentrum för prevention av suicid och psykisk ohälsa.

Verksamheten kan delas in i fyra huvudområden:

- * forskning och utveckling av självmordspreventiva metoder
- * metodstöd och analys av epidemiologiska data
 - * kunskapssammanställning
 - * information och utbildning



Centrum för folkhälsa



**Karolinska
Institutet**



**WHO's samarbetscentrum
för självmordsprevention**

ISBN: 91-974546-5-6