

Förslag till nationellt program för suicidprevention

– befolkningsinriktade strategier och
åtgärdsförslag



STATENS
FOLKHÄLSOINSTITUT

Innehåll

<i>Sammanfattning</i>	5
Sex suicidpreventiva ansatser med åtföljande åtgärdsförslag.....	5
Sammanfattande lista över åtgärdsförslag.....	9
<i>Uppdraget och utredningens disposition</i>	10
Regeringens uppdrag till Statens folkhälsoinstitut.....	10
Tolkning och genomförande av uppdraget	10
Rapportens disposition.....	11
Medverkande aktörer.....	11
<i>Bakgrund</i>	12
Begrepp.....	12
Teoretiska perspektiv på suicid.....	12
De svenska suicidtalens utveckling över tid	15
Suicidpreventivt arbete i Sverige	16
Nationella suicidpreventiva program	18
Svensk forskning inom det suicidpreventiva området	20
Internationellt samarbete.....	20
Riskgrupper	22
<i>Evidens för modifierbara bestämningsfaktorer för suicid</i>	24
Evidens.....	24
Analysram	26
Litteratursökning.....	27
Strukturella faktorer i samhället	30
Individer i befolkningen	34
Suicidmedel	44
Fysisk miljö	46
Social miljö	50
Slutsatser	56
<i>Deskriptiv genomgång av verksamheter kopplade till suicidprevention</i> ...	58
Åtgärder inriktade på strukturella faktorer	58
Åtgärder inriktade på individfaktorer	58
Åtgärder inriktade på suicidmedel	60
Åtgärder inriktade på fysisk miljö.....	63

Åtgärder inriktade på social miljö	66
<i>Samlad analys med förslag till åtgärder</i>	70
Formulering av ett nationellt mål	70
Livschanser och levnadsvillkor	73
Minskad alkoholkonsumtion i befolkningen	74
Begränsad tillgång till suicidmedel	74
Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag	75
Stöd till frivilligorganisationer	79
<i>Referenser</i>	80
<i>Regeringens uppdrag till Statens folkhälsoinstitut</i>	102
<i>Fluid vulnerability theory</i>	103
<i>Avhandlingar inom det suicidpreventiva området</i>	105
<i>Studier som utgör underlag för den samlade evidensen</i>	108
<i>Kontaktpersoner</i>	132

Sammanfattning

Statens folkhälsoinstitut har fått till uppgift att ta fram förslag till befolkningsinriktade strategier och åtgärder inom ramen för ett nationellt program för suicidprevention. Åtgärdsförslagen inkluderar indikatorer för uppföljning.

Förslagen bygger på en kunskapssammanställning av det vetenskapliga stödet för olika suicidpreventiva insatserns effektivitet. Vetenskapligt publicerade artiklar erhöles genom systematiska sökningar i databasen Medline. Evidensgraderingen för att avgöra säkerheten i olika påståenden utgår från samma praxis som används vid Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU. Hänsyn har tagits till att befolkningsinriktade insatser inte kan studeras med samma metoder som i kliniska studier.

Utredningen utgår från ett systemperspektiv på suicidprevention. Det betyder att den samlade analysen skett utifrån ett helhetsperspektiv där individfaktorer, miljöfaktorer och strukturella samhällsfaktorer som påverkar suicidförekomsten tagits hänsyn till. Synsättet utgår från att ett flertal aktörer inom olika samhällsarenor har ansvar för suicidpreventiva åtgärder. Utmaningen ligger i att finna system som främjar förbättringar av deras arbete.

Ett befolkningsinriktat perspektiv innebär att befolkningen som helhet, och inte avgränsade riskgrupper, utgör målgrupp för de förslag som presenteras. Olika risk- och skyddsfaktorer för suicid som behandlas gäller likaledes på befolkningsnivå och ger inte information om hur enskilda individer påverkas av faktorerna.

Sex suicidpreventiva ansatser med åtföljande åtgärdsförslag

I den samlade analysen identifierades sex ansatser som kan bidra till att minska antalet suicid i befolkningen. Ansatserna utgörs av 1) Formulering av ett nationellt mål, 2) Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper, 3) Minskad alkoholkonsumtion i befolkningen 4) Begränsad tillgång till suicidmedel, 5) Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag och 6) Stöd till frivilligorganisationer. Inom dessa ansatser presenteras ett antal konkreta åtgärdsförslag med tillhörande indikatorer för uppföljning.

Formulering av ett nationellt mål

Suicid kan uppfattas som en skada som endast den enskilde har ansvar för. Ett alternativt perspektiv är att se suicid som en följd av ett stort antal faktorer som den enskilda personen ofta inte själv kan kontrollera. Det är det perspektiv som mycket framgångsrikt används för att förebygga olycksfalls-skador.

Det är ofta berättigat att förebygga olycksfallsskador. Det är däremot inte självklart att förebygga suicid eftersom suicid kan uppfattas som individens självständiga val att avsluta livet. Att förebygga suicid inkräktar på ett centralt värde, nämligen individens självbestämmande. Om ett suicid förebyggs främjas dock andra värden.

Några år efter ett suicidförsök anger de flesta som överlevt att de vill fortsätta att leva. Det går därför att uppfatta suicid som en form av ”psykologiskt olycksfall”. Detta talar för att individens långsiktiga välfärd främjas av suicidförebyggande åtgärder. På kort sikt inskränks visserligen självbestämmandet men på längre sikt ökar individens välfärd. Åtgärder kan vara berättigade om individens självbestämmande endast påverkas i liten omfattning.

Förslag till åtgärd

Sverige antar som mål att förekomsten av suicid ska minska.

Indikator för uppföljning

Förekomst av suicid per 100 000 invånare.

Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper

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

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

Förslag till åtgärder

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

I utredningen Ungdomar, stress och psykisk ohälsa (SOU 2006:77) presenteras två förslag för att förbättra det systematiska kvalitetsarbetet i förskolan och skolan. Det första förslaget består i att inrätta en verksamhet med

uppdrag att tillhandahålla systematiska sammanställningar av vetenskapliga studier om vilken effekt pedagogiska insatser har. Det andra förslaget går ut på att främja systematiskt kvalitetsarbete i grundskolan genom att utveckla Skolverkets Internetbaserade resultatsystem, SALSA och SIRIS, så att de innehåller information om studieresultat, elevernas psykiska hälsa samt elevernas upplevelser av arbetsmiljön i skolan. Utredningen där dessa förslag läggs fram bereds för närvarande inom Utbildnings- och kulturdepartementet.

Indikatorer för uppföljning

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

Minskad alkoholkonsumtion i befolkningen och i riskgrupper för suicid

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

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

Förslag till åtgärd

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

Indikatorer för uppföljning

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

Begränsad tillgång till suicidmedel

En framkomlig väg för suicidprevention är att begränsa tillgången till suicidmedel såsom vissa läkemedel, hushållsgaser och gaser från motorfordon samt skjutvapen. Därtill kan säkerhetsinrättningar i den fysiska miljön begränsa tillgången till suicidmetoder, till exempel då det gäller oskyddade platser på hög höjd och oskyddade trafikmiljöer inom spår- och tunnelbanetrafik. Insatser i syfte att begränsa tillgången till suicidmedel kan även ske inom avgränsade sektorer i samhället, till exempel på fängelser/häkten, i olika vårdmiljöer och inom särskilda boenden. Ansvariga sektorsaktörer tar själva initiativ till att genomföra sådana åtgärder. Ett nationellt mål inom suicidområdet kan stödja det arbete som sektorsorganen bedriver.

Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag

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

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

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

I ett stort antal kommuner finns lokala grupper som arbetar med att förebygga olycksfallsskador. Arbetet utgår från lokala uppgifter om inträffade skador och sjukvården sammanställer och presenterar dessa uppgifter. Omfattade erfarenhet visar att lokalt skadepreventivt arbete är effektivt och detta arbete kan utvidgas till att även innefatta självtillfogade skador. Om de skadeförebyggande grupperna får information om inträffade suicid kan de ta ansvar för prevention av suicid, särskilt bland unga. Eftersom samtliga suicid utreds på landets rättsmedicinska avdelningar finns informationen att tillgå.

Förslag till åtgärd

Rättsmedicinalverket föreslås få till uppdrag att i samarbete med Statens folkhälsoinstitut och Statens räddningsverk genomföra försöksverksamhet där information om förloppet vid suicid, främst för ungdomar i ålder 15-30 år, överförs till kommunala skadeförebyggande grupper. Försöket syftar till att utveckla och pröva en modell som kan bidra till att kommuner genomför

flera åtgärder som minskar förekomsten av suicid. Åtgärderna kan exempelvis gälla skola, socialtjänst, fritidsverksamhet och utformning av det lokala trafiknätet.

Stöd till frivilligorganisationer

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

Förslag till åtgärd

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

Sammanfattande lista över åtgärdsförslag

- Nationellt mål om minskad suicidförekomst
- Politik som främjar små sociala skillnader
- Kvalitetsfrämjande insatser inom förskola och skola enligt förslag i SOU 2006:77
- Nationell alkoholpolitik som minskar alkoholkonsumtionen
- Försöksverksamhet med att genomföra retrospektiva suicidutredningar på kommunal nivå som en del i det lokala skadeförebyggande arbetet
- Årligt ekonomiskt bidrag till Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES)

Uppdraget och utredningens disposition

Regeringens uppdrag till Statens folkhälsoinstitut

I augusti 2005 gav regeringen Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att ta fram förslag på befolkningsinriktade strategier och åtgärder till ett nationellt program för självmordsprevention. Förslagen skall vara riktade till statliga myndigheter, landsting och kommuner och innehålla idéer om hur självmordsproblematiken på ett bättre sätt än idag kan beaktas i den befintliga verksamheten.

Enligt direktivet skall uppdraget genomföras i samråd med Socialstyrelsen, Institutet för psykosocial medicin, Statens räddningsverk och andra berörda statliga myndigheter samt med kommittén om ungdomars livssituation utifrån stress och dess konsekvenser för den psykiska hälsan (dir. 2005:61) och med Sveriges Kommuner och Landsting. Vid samråd med Institutet för psykosocial medicin är det särskilt viktigt att den kunskap, kompetens och långa erfarenhet inom området som Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa besitter tas tillvara. För förslag som rör skolans område skall samverkan ske med Myndigheten för skolutveckling.

Det nationella programmet för självmordsprevention skall bidra till ett minskat antal självmord och självmordsförsök i befolkningen. Programmet skall utgå ifrån en analys och bedömning av självmordsproblematiken utifrån det aktuella kunskapsläget.

Redovisning skall ske till Socialdepartementet senast den 15 december 2006. Uppdragsbeskrivningen återfinns i bilaga 1.

Tolkning och genomförande av uppdraget

Statens folkhälsoinstitut ansvarar för befolkningsinriktade strategier som berör minst fem procent av befolkningen medan Socialstyrelsen ansvarar för övriga åtgärder.

Regeringsuppdraget om suicidprevention redovisas i tre separata rapporter. Föreliggande rapport är en redovisning från Statens folkhälsoinstitut, innefattande befolkningsinriktade suicidpreventiva åtgärder. Socialstyrelsen anlidade Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) att ta fram ett underlagsmaterial gällande suicidpreventiva insatser inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och skolhälsovård/elevhälsa. Detta arbete redovisas i en separat rapport. Den tredje rapporten har tagits fram vid Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen och innehåller epidemiologisk data om suicidförekomsten i Sverige.

Rapportens disposition

Rapporten är uppdelad i fem kapitel. I det första kapitlet redovisas uppdraget som är ställt till Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut att ta fram förslag till ett nationellt program för suicidprevention samt hur avgränsningen mellan de båda uppdragen har skett. I kapitel två diskuteras olika begrepp och synsätt inom suicidområdet. Dessutom redovisas utvecklingen av suicidförekomsten i Sverige. Därefter beskrivs svenskt och internationellt suicidpreventivt arbete.

I kapitel tre redogörs för vilka evidenskriterier som använts i utredningen för att avgöra styrkan i det vetenskapliga underlaget för olika påståenden. Därefter presenteras det vetenskapliga stödet för olika bestämningsfaktorer för suicid och för olika suicidpreventiva metoder. Litteraturgenomgångarna gör ej anspråk på att vara heltäckande. I kapitel fyra redovisas olika aktörers nuvarande arbete inom olika områden kopplade till suicidprevention. I det femte och sista kapitlet görs en samlad analys av det befolkningsinriktade suicidpreventiva arbetet och i samband med analysen presenteras ett antal åtgärdsförslag.

Medverkande aktörer

I enlighet med regeringens uppdrag till Statens folkhälsoinstitut har arbetet genomförts i samråd med Socialstyrelsen, Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), Statens räddningsverk, Kommittén om ungdomars psykiska hälsa, Myndigheten för skolutveckling samt med Sveriges Kommuner och Landsting. Kontakter har dessutom hållits med flertalet övriga aktörer.

Bakgrund

Begrepp

I dokumentet som beskriver regeringsuppdraget används begreppet självmord. Samma begrepp användes i det tidigare förslaget till nationella strategier för självmordsprevention som togs fram 1995 i samverkan mellan Socialstyrelsen, dåvarande Folkhälsoinstitutet och Centrum för suicidforskning och prevention (1). Suicid användes vid den tiden främst som den engelska översättningen av begreppet självmord. I den svenska versionen av "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10)" används begreppet avsiktligt självdestruktiv handling (2).

Anhöriga till personer som tagit sitt liv har uttryckt missnöje med att självmordsbegreppet används. De menar att innebörden i ordet "mord" är missvisande eftersom suicidala människor ofta utför suicidhandlingar utan egentlig avsikt att avlida (3). I stället föredrar de begreppet suicidalitet, vilket även företrädare för den psykiatriska professionen använder sig av. Begreppet suicidalitet framhåller det till viss del normala i fenomenet suicid. Tankar om suicid är nämligen vanligt förekommande och till viss del funktionella. Suicidtankar får oss att begrunda meningen med varför vi lever, vilket kan öka allvaret och intensiteten i livet på ett positivt sätt. Men suicidtankar kan bli ofruktbara och stereotypa och gå över i ett onormalt och sjukligt tillstånd. Det handlar således om variationer mellan olika ytterligheter i psykiskt välbefinnande – inte en dikotomi av att vara suicidbenägen eller inte. Att tänka på suicid är normalt men att ha suicid som sin enda tanke är däremot onormalt (4).

I denna utredning kommer begreppen suicid, suicidalitet och "att ta sitt liv" att användas. I vissa fall används begreppet suicidala beteenden som då inkluderar suicidala handlingar och fullbordade suicid.

Teoretiska perspektiv på suicid

Gemensamt för personer som avlidit genom suicid är egentligen endast faktumet att de är döda. Suicidmetoderna skiljer sig åt, liksom motiven bakom suicidhandlingarna. I själva verket finns det en mängd olika händelseförlopp som leder fram till en suicidhandling. Därför finns även flertalet teoretiska perspektiv på suicid.

Processperspektiv på suicid

Suicidalitet har betraktats på olika sätt under olika tidsepoker. Från att ha varit klandervärdt och straffbart fram till 1864 då suicid avkriminaliserades, finns nu ökad kunskap och en bättre förståelse för uppkomsten av suicidala beteenden. Den modell som vanligen används idag för att förklara uppkoms-

ten av suicidala beteenden utgår från ett livsförlopp-perspektiv. Enligt detta perspektiv utvecklas suicidalitet som en följd av att individen utsätts för en rad påfrestande faktorer som kan ha sociala, familjära, personliga, psykiatriska eller psykologiska förtecken (5). Utvecklingen av en depression kan å ena sidan ge upphov till och/eller förstärka ett suicidalt tillstånd. Å andra sidan kan påfrestande livssituationer med suicidtankar ge upphov till depressioner. Samma ömsesidiga förhållande råder mellan alkoholmissbruk och suicid.

Förloppet mellan tidpunkten för det första allvarliga tanken på suicid och ett fullbordat suicid brukar kallas den suicidala processen. Under processen sker växlingar i suicidbenägenheten där långa perioder kan präglas av att vara symptomfria men där nya påfrestningar återigen kan öka benägenheten. Suicidbenägenheten kan således både vara akut, kronisk och latent (6). Det finns en modern teoribildning ”Fluid vulnerability theory” som utgår från ett kognitivt förhållningssätt gentemot suicid. Teorin redogör för olika faktorer som påverkar en individs variationer i suicidbenägenhet över tid (7). För utförligare beskrivning av teorin, se bilaga 2.

Suicidalitet som språklig konstruktion

En suicidhandling måste alltid tänkas ut, konstrueras, innan den genomförs. En central tanke inom suicidområdet är därför att betrakta suicidalitet som en form av språklig konstruktion och även som en form av kommunikation (8). En individ kommunicerar med andra människor med hjälp av ett yttre språk. Men kommunikationen sker även inom individen i form av en inre dialog som används för att göra upplevelser och intryck begripliga och hanterbara. Den inre kommunikationen sker med hjälp av ett inre språk som bygger på samma ord och satsbyggnad som finns i det yttre språket. Det inre språket är emellertid mindre viljestyrt och mer associativt än det yttre. Det kan bli mycket påträngande och leda till omedelbara handlingar. Med hjälp av det inre språket (som bygger på det yttre) skapas den personliga verkligheten, det vill säga hur individen upplever sig själv och sin omgivning. Det yttre språket påverkar således hur vi resonerar, fungerar och tolkar händelser. Ett bristfälligt yttre språk kan resultera i svårigheter att använda det inre språket för att bearbeta inkommande upplevelser och information.

Det yttre språket är torftigt och i viss mån oanvändbart i beskrivningar av inre psykologiska skeenden. Ett ord som depression används till exempel för att förklara vitt skilda förstämningssymtom med olika allvarlighetsgrad. Genom ett utvecklat språk kan en suicidal individ närma sig sitt eget lidande, betrakta det mer nyanserat samt möjligen finna alternativa andra lösningar än att ta sitt liv. Individen måste själv forma språket om sina problem och sin suicidalitet. Ingen annan kan göra det åt henne. Andra människor kan dock med samtal hjälpa den suicidala individen. Att uppmärksamt lyssna på och försöka förstå en medmänniska som överväger att ta sitt liv är att visa respekt för dennes situation. Sådana samtal minskar risken för att en individ ska genomföra ett suicid (4) (8).

Modellen om suicidalitet som en språklig konstruktion har stor betydelse i terapeutiska sammanhang. Implikationer för befolkningsinriktad suicidprevention skulle bestå i att finna former för hur stora grupper av befolkningen

kan få övning i att samtala om existentiella frågor och om psykisk (o)hälsa. Med hjälp av bilder och tankefigurer skulle undervisning i så kallat kognitivt förhållningssätt kunna erbjudas alla (9).

Olycksfallsperspektiv på suicid

En genomförd suicidhandling kan förefalla genomtänkt och välplanerad men även oplanerad och impulsiv. Vid den konkreta suicidsituationen möts individen av olika stimuli som kan var kopplade till det fysiska rummet, personer i rummet eller till minnen tankar, känslor och fantasier som utlöses av stimuli från den omgivande miljön. I och med detta tydliggörs det slumpmässiga i suicidala handlingar. Det är möjligt och till och med fruktbart att betrakta suicid som ett psykologiskt olycksfall som inträffar därför att individen inte för stunden klarar av att hantera och bemästra de påfrestningar eller krav denne möts av. Såväl individens prestationsförmåga som de yttre påfrestningarna varierar i omfattning över tid och när individen inte klarar att kontrollera starka känslor av till exempel vrede, skam och självdestruktivitet kan ett suicidförsök ses som det enda sättet att ta sig ur en ohållbar situation (6). För den skull behöver individen inte ha en full och fast önskan om att avlida. Personer som överlevt ett suicidförsök har hävdat att de in i det sista var ambivalenta till om de verkligen ville avsluta sina liv (10).

Fördelen med att betrakta suicid som ett psykologiskt olycksfall är att det, liksom vid olyckor av annat slag, tydliggörs att det finns många olika bakgrundsfaktorer som orsakar händelsen. Detta ger i sin tur stora möjligheter till förebyggande insatser. Innan utvecklingen kommit så långt inom det skadeförebyggande arbetet som det har gjort idag, ansågs orsakerna till olyckor ligga hos de olycksdrabbade individerna. Begrepp som ”olycksfåglar” användes som förklaringar till olyckor. Resultatet av ett sådant synsätt inom trafiksektorn var att inrikta arbetet på att upplysa bilisterna om de ökade riskerna med höga hastigheter. Inte förrän man kompletterade de individinriktade insatserna med insatser inriktade på väg och fordon kunde verkliga framsteg göras. Förebyggande insatser i miljöförhållanden har fördelen av att vara av en-gång-för-alla-karakär som ger långsiktiga effekter eftersom de verkar oberoende av enskilda människors agerande. Sådana insatser är även befogade inom suicidpreventivt arbete (11).

Nackdelen med att använda olycksbegreppet i suicidsammanhang är att det kan resultera i ett passivt förhållningssätt som bortser från individens eget ansvar för suicidhandlingen. I kliniska sammanhang är det avgörande att ta fasta på den suicidalnära personens avsikt att ta sitt liv.

Det finns således både fördelar och nackdelar med att koppla ihop företelesen suicid med olycksfallsbegreppet. Ur ett primärpreventivt perspektiv uppfattas fördelarna överstiga nackdelarna.

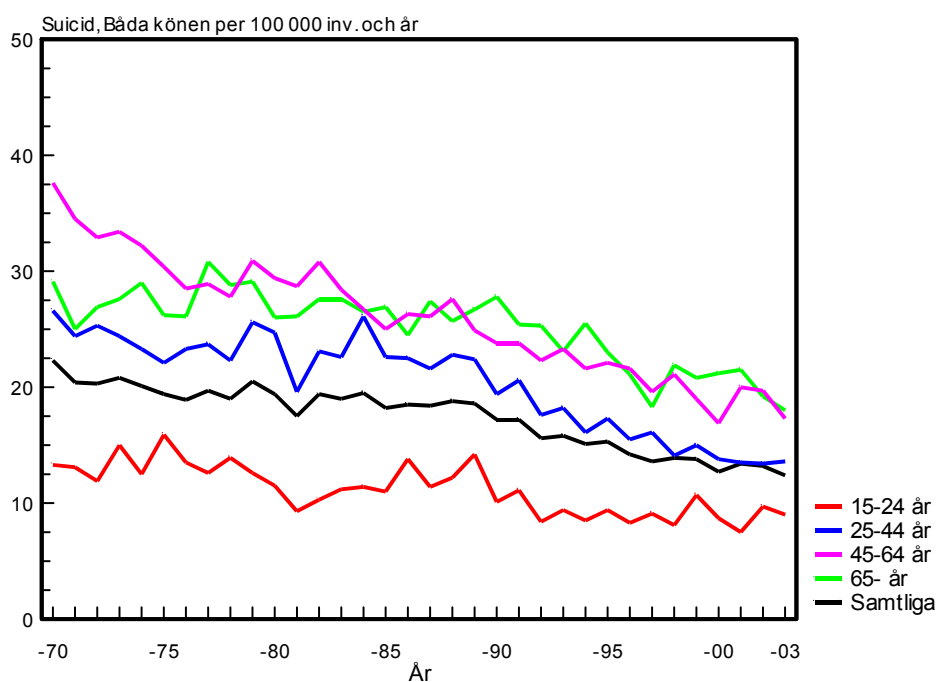
Ett systemperspektiv på suicidprevention

Resonemanget om den suicidala processen och suicid som ett psykologiskt olycksfall möjliggör ett konstruktivt förhållningssätt då det gäller suicidprevention. Eftersom suicidalitet anses uppstå genom flera samverkande på-

frestningar kan preventiva åtgärder också genomföras på en rad olika arenor i samhället. Det suicidpreventiva arbetet har länge utgått från ett individperspektiv med fokus på behandling av psykiska sjukdomar. Detta synsätt bör kompletteras med suicidprevention utifrån ett systemperspektiv. Från ett systemperspektiv blir faktorer i individens sociala och fysiska miljö viktiga att inkludera i det suicidpreventiva arbetet. Utredningen syftar till att identifiera ett antal effektiva strategier för suicidprevention – strategier som utgår från ett psykologiskt perspektiv såväl som utifrån faktorer i den sociala och fysiska miljön. Dessa olika strategier kan tillsammans betraktas som ett system för suicidprevention, där såväl de medicinska professionerna som aktörer inom andra samhällssektorer har ett ansvar att genomföra preventiva insatser.

De svenska suicidtalens utveckling över tid

Den senaste statistiken över antalet inträffade suicid i Sverige visar att trenden är sjunkande för individer som är äldre än 24 år och relativt stabil för ungdomar mellan 15 och 24 år, se figur 1.



Figur 1. Registrerade säkra suicidfall per 100 000 invånare i Sverige i olika åldersklasser under perioden 1970-2003. Båda könen. Statistik från Socialstyrelsens dödsorsaksregister (12).

Under 2003 inträffade 1 108 säkerställda självdestruktiva handlingar som fick dödlig utgång. Därtill inträffade 272 dödsfall med oklar intention, det vill säga att det inte var möjligt att avgöra om dödsfallen var suicid eller om de orsakades av olyckshändelser (12).

I en rangordning av sjukdomar och skador som bidrog mest till den totala sjukdomsburden i Sverige mellan 1988 och 1995 kom självtillfogade skador

på en femte placering, motsvarande 3,1 procent av sjukdomsbördan. I åldersgruppen 15-44 kom självtillfogade skador på en tredje plats (8,3 procent av sjukdomsbördan) och i åldersgruppen 45-64 på en fjärde plats (4,1 procent av sjukdomsbördan). Under tidsperioden gick i genomsnitt 63 171 levnadsår per år förlorade till följd av självtillfogade skador (13).

De klart dominerande suicidmetoderna som används i Sverige är förgiftning med fasta och flytande ämnen (35 % av alla suicid) samt hängning (25 % av alla suicid). Andra metoder som används vid mindre än tio procent av samtliga suicid är skjutning, dränkning, förgiftning med gaser och ångor, hopp från höjd, dödlig användning av stickande och skärande föremål samt övriga metoder (12).

De svenska suicidtalerna är varken extremt låga eller extremt höga jämfört med andra europeiska länder (12).

Suicidpreventivt arbete i Sverige

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

NASP är ett kunskapscentrum för utvecklandet av metoder och strategier för att förebygga psykisk ohälsa och suicid regionalt för Stockholms läns landsting och nationellt för Sverige.

NASP:s vision är att varaktigt minska psykisk ohälsa och därmed antalet suicid och suicidförsök, särskilt bland barn och unga vuxna. NASP är statens och Stockholms läns landstings centrala expertenhet inom suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa.

NASP grundades på initiativ av riksdagens socialutskott. Efter riksdagens beslut slöts 1994 ett avtal med Stockholms läns landsting och Institutet för Psykosocialmedicin (IPM) om verksamheten. Sedan 1997 är centret knutet till WHO som Collaborating Centre for Suicide Research and Prevention och sedan 2005 som ett WHO Lead Collaborating Centre (se vidare under internationell verksamhet). Verksamhetschef för centret, Danuta Wasserman, är professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska institutet.

NASP:s verksamhet består av fyra verksamhetsområden: 1) forskning och utveckling, 2) epidemiologisk bevakning, 3) information och 4) utbildning. Delmålen för verksamheten är att:

- verka för att så långt som möjligt undanröja omständigheter som kan leda till att barn och unga tar sitt liv
- verka för att tidigt upptäcka och försöka bryta stigande trender av suicid och suicidförsök i utsatta grupper
- medverka till att öka den allmänna kunskapsnivån om suicid, så att mänsklig gemenskap och samhällsliga åtgärder blir ett stöd för människor med suicidtankar eller med upplevelser av närståendes suicid och suicidförsök
- medverka till att förebygga den psykiska ohälsa som är relaterad till suicid och suicidförsök

Den *forskningsbaserade* verksamheten inriktas på epidemiologiska aspekter av suicid, prevention av suicid samt etiologi. Den *epidemiologiska bevak-*

ningen omfattar identifiering av riskgrupper, risksituationer och riskmiljöer. Dessutom utför NASP statistiska bearbetningar och tolkning av lokala suiciddata.

Informationsspridning sker på flera olika sätt. NASP har en omfattande hemsida på svenska och engelska (14). Informationen omfattar också olika typer av skriftligt material som läroböcker och rapporter och även via olika projekt och genom debattartiklar. Därtill utgör NASP stöd till en rad olika yrkesgrupper såsom journalister, skolpersonal, studenter, medlemmar i regionala nätverket etc. (över 600 stycken 2005). NASP medverkar även i tidskrifter, radio och TV som ett led i informationskampanjer (ca 200 tillfällen om året). NASP får även en hel del kliniska samtal från läkare, psykologer och anhöriga från hela Sverige för råd och stöd (ca 50-75 st.). NASP besitter ett nationellt referensbibliotek som innehåller både svensk och utländsk suicidologisk litteratur med drygt 5000 böcker och 5000 artiklar.

NASP bedriver en omfattande *utbildningsverksamhet*. Utbildningsverksamheten vid NASP är riktad till nyckelpersoner som arbetar med befolkningens hälsa och med förbättringar av hälso- och sjukvården, bl.a. inom arbetsliv, primärvården, socialtjänsten, vuxen-, barn- och ungdomspsykiatri samt till personer som i sitt arbete möter ungdomar i gymnasieskolan och social ungdomsverksamhet. Viktiga målgrupper är således politiker, ansvariga för folkhälsopolicyfrågor och forskare inom suicidologi, psykiatri, psykologi, folkhälsovetenskap och relaterade discipliner. Varje år utbildas flera tusen personer vid NASP, år 2005 var antalet 5 056 personer.

Utöver de fyra grundläggande verksamhetsområdena besitter NASP ett myndighetsansvar i egenskap av att vara nationellt expertorgan inom suicidområdet. I det uppdraget ingår att informera massmedia, myndigheter och olika organisationer såsom SPES, Riksdagens socialutskott, Utbildningsutskottet, Socialdepartementet, Statens folkhälsoinstitut, Statens räddningsverk, Banverket, kyrkan, Stockholms läns landsting, Sveriges Kommuner och Landsting, enskilda kommuner och landsting, Socialstyrelsen, polis, grund- och högskolor, universitet samt internationella parter såsom EU-kommissionen och Världshälsoorganisationen (WHO). Därtill ingår koordination av det nationella nätverket för suicidprevention med sex tillhörande regioner; Norra, Uppsala-Örebro, Stockholm-Gotland, Västsvenska, Sydöstra och Södra regionen. NASP leder även arbetet inom nätverket i Stockholm-Gotlandsregionen. Sedan 1997 anordnar NASP vartannat år nationella konferenser för alla medarbetare inom nätverken och sammanställer även rapporter från konferenserna. Rapporter kan hämtas från NASP:s hemsida (14). Vidare organiserar NASP aktiviteter för politiker, andra yrkesgrupper och allmänhet på den suicidpreventiva dagen den 10 september varje år.

Riksförbundet

för suicidprevention och efterlevandes stöd, SPES

SPES är ett riksförbund för anhöriga och närstående till någon som tagit sitt liv. Organisationen är en ideell sammanslutning som är partipolitiskt och religiöst obunden. Ändamålen med organisationen är att ge stöd och hjälp till anhöriga, arbeta för att förhindra suicid, öka kunskapen om suicidproblematiken i samhället och motverka tabubeläggning och fördomar om sui-

cidalitet. SPES arbetar på ett nationellt, regionalt och lokalt plan, bland annat genom kontaktpersoner, en telefonjour som är öppen varje dag under kvällstid, utbildningar, träffar och självhjälpsgrupper samt med information och attitydförändring. SPES har en ungdomssektion med egna kontaktpersoner och egen verksamhet i olika delar av landet. En medlemstidning "Förgätmigej" ges ut fyra gånger per år. Representanter från SPES ingår i de regionala nätverken för suicidprevention (15) (16).

Nationella suicidpreventiva program

Det finns erfarenheter från ett flertal länder som har infört nationella program för suicidprevention. Finland var först med att påbörja utveckling av en nationell strategi för suicidprevention under mitten av 80-talet. Under 90-talet och början av 2000-talet utvecklades nationella program för suicidprevention i Australien, Nya Zeeland, Norge, Sverige, England, USA, Danmark och senast i Tyskland.

I Sverige tillsattes ett Nationellt råd för självmordsprevention 1994 som leddes av representanter från Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och NASP. Ett flertal andra organisationer var också representerade såsom Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, försvarets sjukvårdscentrum, Sveriges radio, Rikspolisstyrelsen, Svenska kyrkan och Institutionen för klinisk vetenskap i Göteborg. Rådet utarbetade 1995 ett handlingsprogram vad gäller mål, riktlinjer och strategier för preventivt arbete (1). Handlingsplanen är både individ- och befolkningsinriktad och baseras på en tredelad preventionsmodell (allmän, indirekt och direkt). Strategierna riktas mot olika risk- och åldersgrupper och visar explicit på de nationella och regionala/lokala aktörer som är ansvariga för åtgärder och uppföljning.

Målgrupperna för de nationella programmen skiljer sig åt. Det norska och det engelska programmet fokuserar på riskgrupper medan programmen i Australien och Nya Zeeland har ett bredare befolkningsperspektiv. Australiens första nationella program för suicidprevention samt Nya Zeelands program har speciellt fokus på ungdomar, medan Finlands, Norges, Sveriges och Australiens andra program inrymmer hela befolkningen i alla åldrar. Många komponenter i de olika ländernas program överensstämmer med varandra. Exempelvis innehåller samtliga program komponenten förbättrad upptäckt och behandling av psykisk ohälsa (framför allt depressioner). Andra komponenter som förekommer i samtliga program är begränsad tillgång till suicidmedel/metoder, restriktiv rapportering i media om suicid, skolbaserade program, behandling av alkohol- och drogmissbruk, ökad tillgång till psykisk vård och utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal. Trots dessa likheter finns skillnader i vilken vikt olika länder lägger vid olika komponenter. Australiens program för prevention av ungdomssuicid lägger stor vikt vid tidiga interventionsprogram som syftar till att minska riskfaktorer för suicid. Finlands program fokuserar på alkohol och droganvändning medan Norges och Englands program lägger särskild vikt vid behandling av högriskindivider. Ytterligare komponenter som förekommer i flera av programmen är omhändertagande insatser efter ett suicidförsök, systematisk registrering av suicidförsök och aktiviteter på arbetsplatser och för arbetslösa.

Forskare i Australien har analyserat vilken effekt de nationella programmen för suicidprevention har haft på suicidtal i respektive land (17). Analysen gav inget stöd för att programmen haft någon effekt på vare sig ungdomssuicid eller suicid i befolkningen som helhet. Författarna menar dock att det finns brister i analysen och att det finns behov att genomföra ytterligare utvärderingar över längre tidsperioder och där fler länders nationella program för suicidprevention ingår. I en senare publicerad artikel redovisas data över suicidtrenden hos unga män i Australien (20-34 år) mellan 1997/1998 och 2003 (18). Suicidtal sänktes från 40 per 100 000 till cirka 20 per 100 000 under tidsperioden och författarna menar att effekterna eventuellt kan tillskrivas det nationella programmet för ungdomssuicid som genomfördes i Australien mellan 1995 och 1999. Programmet lade tonvikt på tidiga förebyggande insatser och det är därför rimligt att det dröjer flera år innan effekterna låter sig mätas.

Det är möjligt att nationella program för suicidprevention kan bidra till att minska suicidförekomsten men det saknas fullständiga kunskaper om vilka enskilda programkomponenter som är mest effektiva. Ytterligare vetenskapliga studier av enskilda insatser är således befogade (17). Trots att det vetenskapliga stödet delvis saknas kan suicidpreventiva program ändå vara relevanta då de bidrar till att mobilisera nationella aktörer och föra upp suicidprevention på den politiska dagordningen.

Som en del av WHO:s arbete med suicidprevention har en studie genomförts där man studerade vilka europeiska länder som har ett nationellt program för suicidprevention och vilka komponenter programmen innehåller (19). Av de 39 länder som ingick i studien angav 17 att de har ett landsomfattande suicidpreventivt arbete som är politiskt förankrat och som innehåller koordinerade insatser. Merparten av dessa länder har officiella dokument som underlag för arbetet, varav endast sju länders dokument är antagna av regeringen. Samtliga 17 nationella suicidpreventiva program innehåller åtgärder för hälso- och sjukvårdssystemet. Då det gäller den befolkningsinriktade delen av programmen skiljer det mer mellan olika länder. Någon form av utbildningsinsatser ingår i samtliga länders program. Riktlinjer för ansvarsfull rapportering i media om suicid ingår i de flesta programmen, medan åtgärder för att minska tillgången till suicidmedel endast förekommer i ett fåtal länders program (tabell 1).

Tabell 1. Modifierad tabell efter Mittendorfer-Rutz och Wasserman (19) över de 17 europeiska länder som angivit att de har ett nationellt program för suicidprevention; nivån på det suicidpreventiva arbetet samt befolkningsinriktade åtgärder som ingår i respektive program

Länder	Officiellt dokument	Antaget av regeringen	Befolkningsinriktade åtgärder		
			Riktlinjer för media	Begränsad tillgång till suicidmedel	Utbildning
Bulgarien	+	-	+	-	+
Danmark	+	+	-	-	+
Estland	+	-	-	-	+
Finland	+	-	+	-	+
Frankrike	+	-	+	+	+
Georgien	+	+	+	-	+
Irland	+	+	+	+	+
Island	+	-	+	-	+
Litauen	+	+	+	-	+
Norge	+	+	+	+	+
Slovenien	-	-	+	-	+
Storbritannien	+	+	+	+	+
Sverige	+	+(delvis)	+	-	+
Tjeckiska republiken	+	-	-	+	+
Tyskland	-	-	+	-	+
Ungern	-	-	+	-	+
Österrike	+	-	+	+	+

Svensk forskning inom det suicidpreventiva området

Sedan 1995 har ett 50-tal forskare i Sverige avlagt doktorsexamen inom områden relaterade till suicid och suicidprevention (bilaga 3). Knappt tio av dessa avhandlingar utgår från suicidproblematiken i andra länder än Sverige. Huvuddelen av avhandlingarna har ett epidemiologiskt eller etiologiskt perspektiv. Få studier beskriver effekter av interventioner.

Internationellt samarbete

Världshälsoorganisationen, WHO

Vid WHO:s ministermöte om psykisk hälsa den 12-15 januari 2005 i Helsingfors godkändes en deklaration om psykisk hälsa av hälsoministrar i de 52 medlemsstaterna i WHO:s Europaregion. I deklarationen tillkännages att psykisk hälsa är en viktig faktor för medlemslänternas sociala, hälsomässiga och ekonomiska utveckling. Psykisk hälsa bör därför uppmärksammas som ett angeläget område inom områden som berör mänskliga rättigheter, socialvård, utbildning och arbetsmarknad. WHO utnämnde därefter fem ledande centrum i Europa att leda genomförandet av deklarationen: Stakes i Finland för Mental Health Promotion; Trimbos Universitet i Holland för

information om psykisk ohälsa; Institutet för Psykiatri för vård och omsorg i London, Storbritannien för forskning om vård och omsorgstjänster; NHS i Skottland, Storbritannien för att minska stigma och diskriminering, och NASP i Stockholm, Sverige för prevention av psykisk ohälsa och suicid.

EU-kommissionen

Under WHO:s europeiska ministerkonferens om psykisk hälsa 2005 uppmanades den Europeiska kommissionen att bidra i arbetet mot den psykiska ohälsan i Europearegionen. För närvarande pågår därför ett arbete inom EU med att utveckla en strategi för psykisk hälsa. Ett så kallat "Green paper" för psykisk hälsa är ute på remiss inom EU:s medlemsländer. Syftet är att få igång en debatt om vikten av den psykiska hälsan och om behovet av en strategi på EU-nivå och dess eventuella prioriteringar. NASP är en av de expertenheter som inbjudits av EU-kommissionen att kontinuerligt arbeta med EU-strategin under 2006. I "Green paper" diskuteras suicid i relation till behovet av att arbeta förebyggande mot psykisk ohälsa.

Parallellt med EU-kommissionens arbete med psykisk hälsa pågår ett arbete för att förebygga olyckor och skador. I juni 2006 antog EU-kommissionen ett meddelande till Europaparlamentet och rådet om åtgärder för ett säkrare Europa (20). Meddelandets fokus ligger på att genom insatser på folkhälsoområdet förebygga olycksfall och skador i medlemsstaterna. I meddelandet lägger kommissionen fram en strategi i form av en EU-handlingsplan som skall hjälpa medlemsstaterna att prioritera åtgärder för att minska antalet olycksfall och skador. Dessa åtgärder skall huvudsakligen vidtas inom programmet för gemenskapsåtgärder på folkhälsoområdet (2003-2008) och efterföljande program. I handlingsplanen, som är på remiss inom medlemsstaterna, bedömer kommissionen skadorna med hänsyn till skadornas sociala konsekvenser och fastställer prioriterade områden för förebyggande insatser. Bedömning baseras på olika skadekategoriernas antal, grad och konsekvenser, dokumentation om insatsernas effektivitet och hur de effektivt skall kunna genomföras i medlemsstaterna. Förebyggande av självtillfogade skador är ett av de sju prioriterade områdena.

SUPRE/SUPRE-MISS

WHO driver sedan 1999 ett program för minskad förekomst av suicid. Programmet kallas SUPRE (suicide prevention) och består bland annat av insatser för att öka medvetenheten om suicidproblematiken och för att beskriva suicidförekomsten i olika länder. SUPRE skapades med hjälp av vetenskapliga konsulter såsom professor Danuta Wasserman vid NASP som är ett WHO Collaborating Centre till Genève och "the Australian Institute for Suicide Research and Prevention" lett av professor Diego De Leo, WHO Collaborating Centre for Research and training in Suicide Prevention, Griffith University, Brisbane.

SUPRE drivs i samarbete mellan olika organ inom WHO, systerorganisationer inom FN, relevanta frivilligorganisationer och samarbetspartners till WHO. Inom ramen för SUPRE har olika dokument producerats som beskriver hur suicidprevention kan utformas inom hälso- och sjukvården, skolan,

fängelser och inom media. Dessutom finns ett dokument med riktlinjer för nationella suicidpreventiva program. Som en del av SUPRE genomförs en multicenterstudie som kallas ”Multisite intervention study on suicidal behaviours” (SUPRE-MISS). Studien innefattar utvärdering av behandlingsmetoder för personer som fått vård efter att ha genomfört ett suicidförsök och intervjuer med personer i befolkningen i samma upptagningsområde samt en enkätundersökning. Dessa projekt genomförs på fem olika kontinenter med flera samarbetspartners. NASP är vetenskaplig rådgivare till WHO:s SUPRE-MISS program och utvecklar metoder och ger vetenskaplig handledning vid analyser.

MONSUE

Det EU-finansierade projektet MONSUE (Monitoring Suicidal Behaviour in Europe) startade 2006 och syftar till att studera förekomst och riskfaktorer för suicid i de europeiska länderna. Syftet är även att utveckla förslag till suicidpreventiva insatser och att undersöka effekter av preventiva åtgärder över tid. Huvudansvarig för projektet är professor Armin Schmidtke vid universitetskliniken för psykiatri och psykoterapi i Würzburg, Tyskland. Professor Schmidtke är adjungerad professor vid NASP, Karolinska Institutet, som är huvudansvarig organisation i Sverige.

Utredningens perspektiv på orsaker och insatser

Det är sällan en enskild faktor som direkt orsakar negativa hälsoutfall utan snarare flertalet samvarierande faktorer som sker i en kedja av händelser. Ofta saknas kunskaper för att det ska vara möjligt att i detalj fastställa hur olika faktorer påverkar ett komplext fenomen som till exempel suicid. Direkta orsaksfaktorer för suicid är således svåra att identifiera. Genom studier på befolkningsnivå är det dock möjligt att fastställa statistiskt säkerställda samband mellan faktorer som ökar risken för suicidförekomst (riskfaktorer för suicid) och faktorer som minskar risken för suicidförekomst (skyddsfaktorer för suicid). Skydds- och riskfaktorer för suicid utgör så kallade bestämningsfaktorer för suicidförekomst.

Kunskap om risk- och skyddsfaktorer gäller endast befolkningen som helhet och kan inte förklara enskilda individers problem. Kunskaper om bestämningsfaktorer kan användas både för att förklara utvecklingen av suicidförekomst och för att utforma effektiva åtgärder i befolkningen. Vilka personer som blir hjälpta går dock inte att förutsäga. Då denna del av utredningen utgår från ett befolkningsperspektiv utgör det inget problem. Individperspektivet behandlas således inte.

Riskgrupper

Suicid och andra suicidala beteenden förekommer i högre utsträckning hos vissa grupper av befolkningen än i befolkningen som helhet. Adopterade, vissa grupper av invandrare, ensamstående, personer med somatiska och psykiska sjukdomar samt HBT-personer (homo-, bi- och transsexuella personer) är exempel på grupper som brukar benämnas som riskgrupper för

suicid (21) (22) (23) (24). Kunskap om olika riskgrupper är viktig information då syftet är att beskriva förekomsten av suicid och för att beskriva hälsotillståndet i en viss befolkningsgrupp.

Denna utredning syftar till att ge förslag till hur suicidförekomsten på befolkningsnivå kan minskas. Riskgrupper kommer endast i begränsad omfattning att behandlas. Det främsta skälet är att det är svårt att förutsäga vilka individer som kommer att ta sitt liv. Även om risken för suicid är högre i en viss grupp kommer de flesta som tillhör gruppen inte att suicidera. Möjligheten att förutse suicid ökar om snäva kriterier används för att avgränsa en riskgrupp. Snäva kriterier medför dock att en stor del av alla som tar sitt liv inte kommer att ingå i riskgruppen. Motsvarande problem gäller vid prevention av andra folkhälsoproblem (25).

Minst fem procent av befolkningen har under ett år kontakt med hälso- och sjukvården för psykiska problem eller kontakt med socialtjänsten för sociala problem. Dessa fem procent utgör en riskgrupp. Insatser för denna riskgrupp behandlas i Socialstyrelsens del i detta uppdrag. En större grupp, omfattande förslagsvis tio procent av befolkningen, har en något ökad risk för suicid. Teoretiskt är det möjligt att identifiera en sådan grupp och erbjuda dem särskilda insatser. Frågan behandlas i kapitel 3 i avsnittet om screening. Inte heller så vida kriterier identifierar dock merparten av de individer som kommer att ta sitt liv. Från ett befolkningsperspektiv är det därför bättre att rikta insatser brett till stora grupper i befolkningen. Det är således effektivare att genomföra små insatser som når många individer än att genomföra omfattande insatser för ett fåtal (26). Förhållandet brukar kallas den preventiva paradoxen (27).

Evidens för modifierbara bestämningsfaktorer för suicid

En litteraturstudie genomfördes för att finna evidens för potentiellt modifierbara bestämningsfaktorer för suicid. Kapitlet inleds med en diskussion om evidens och om vilka evidenskriterier som används i utredningen.

Evidens

Sedan mitten av 1990-talet har det inom den naturvetenskapliga traditionen inom hälsoområdet utvecklats praxis för bedömning av säkerheten i olika påståenden om hälsa, behandling av hälsoproblem och för förebyggande insatser. Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, tillämpar denna praxis och särskiljer tre grader av säkerhet i ett påstående (evidensstyrka 1-3). Styrkan på evidensen baseras på bevisvärdet för de studier som används som underlag för ett påstående, se tabell 2 (28).

Tabell 2. Gradering av slutsatser

1. Starkt vetenskapligt underlag	2. Måttligt starkt vetenskapligt underlag	3. Begränsat vetenskapligt underlag	4. Otillräckligt vetenskapligt stöd
Minst två studier med hög kvalitet eller en god systematisk översikt	En studie med hög kvalitet plus minst två studier med medelhög kvalitet	Minst två studier med medelhög kvalitet	Annat underlag

Bevisvärdet beror både på vilken studiedesign som använts och med vilken kvalitet studien är genomförd. Kontrollerade experiment, kohortstudier, tidsserier och tvärsnittsstudier är olika exempel på studiedesign.

I kliniska undersökningar går det ofta att genomföra *kontrollerade experiment* med slumpvis fördelning mellan olika försöksgrupper (ofta förkortat som RCT efter det engelskspråkiga uttrycket). I kliniska sammanhang har därför sådana studier högst bevisvärde. När det gäller att fastställa betydelsen av olika skydds- och riskfaktorer är det däremot sällan möjligt att genomföra sådana försök. Däremot går det ofta att göra systematiska observationer. I så kallade *kohortstudier* (longitudinella studier) registreras uppgifter vid upprepade tillfällen. Sådana studier har högt bevisvärde om det inte är möjligt att genomföra experiment. En förutsättning är att man tagit hänsyn till betydelsen av olika faktorer som kan påverka resultatet (konfounders). Om ett fenomen är relativt ovanligt, vilket är fallet med suicid, kan även kohortstudier vara svåra att genomföra. Väl genomförda studier av *tidsserier* kan då tillskrivas högt bevisvärde eftersom det inte är möjligt att använda andra typer av studier.

SBU:s gradering av evidens tar således hänsyn till möjligheten att genomföra olika typer av studier av en viss fråga. Inom denna ram går det således även att använda kvalitativa studier.

En stor del av alla studier som publiceras är av tvärsnittstyp. Det innebär att uppgifter om den faktor man vill undersöka, exempelvis betydelsen av kamratrelationer, och det resultat man är intresserad av, exempelvis psykisk ohälsa, har registrerats vid samma tillfälle. Dessa studier har mycket lågt bevisvärde. Om ett samband påvisas mellan goda kamratrelationer och låg förekomst av psykisk ohälsa kan sambandet tolkas på minst två sätt. Den ena tolkningen är att goda kamratrelationer leder till mindre psykiska problem. Det är dock lika möjligt att låg förekomst av psykiska problem leder till goda kamratrelationer. Om utvecklingen över tid ska förklaras, eller åtgärder utformas, är det dock avgörande att känna till vilken tolkning som är den troliga.

Utredningen utgår från samma grundprincip för indelning av evidensstyrka som SBU använder. SBU:s grundprinciper för evidensgradering tas även upp i en handbok för framtagande av kunskapsöversikter inom folkhälsoområdet (29). På grund av att det inte inom de givna tidsramarna var möjligt att genomföra fullständiga litteratursökningar reducerades SBU:s indelning av slutsatserns evidensstyrka från tre nivåer till två. Dessutom används evidensstyrkan noll för underlag som är så bristfälliga att de inte kan ligga till grund för slutsatser. Indelningen utgår från att det finns olika möjligheter att studera bestämningsfaktorer för hälsa respektive att studera värdet av olika insatser. Därför används olika evidenskriterier för bestämningsfaktorer respektive interventionsmetoder.

I texten markeras graden av säkerhet med asterisker (se nedan). Dessa asterisker förekommer inte i SBU:s gradering av evidensstyrka.

Bestämningsfaktorer

*God till måttlig säkerhet (**)*; betydelsen av bestämningsfaktorn påvisad i minst två kohortstudier, fall-kontrollstudier, kontrollerade experiment eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier. Säkerheten ökar om bortfallet i studierna är inte påtagligt och om kontroll för viktiga konfounders (störande faktorer) har skett.

Visst stöd ()*; enstaka välgjorda tidsserier, fallstudier, kohortstudier, fall-kontrollstudier, kontrollerade experiment eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier.

Oklart stöd (0); andra studier, inklusive tvärsnittsstudier.

Interventionsmetoder

*God till måttlig säkerhet (**)*; värdet av metoden påvisad i minst två randomiserade kontrollerade studier eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier. Säkerheten ökar om bortfallet i studierna inte är påtagligt och om experimentgrupper är jämförbara.

Alternativt har metodens värde påvisats i minst två kohortstudier, fallkontrollstudier, kontrollerade experiment utan randomisering eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier. Bortfallet i studierna är inte påtagligt och kontroll för viktiga konfounders har skett.

Visst stöd ()*; enstaka välgjorda tidsserier, kohortstudier, fallkontrollstudier, kontrollerade experiment eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier.

Oklart stöd (0); andra studier, inklusive tvärsnittsstudier.

Tillämpning av evidenskriterier på suicidområdet

Prevention av suicid utgör en ur evidenssynpunkt problematisk verksamhet om man ser till de kliniska verksamheternas gyllene standard för evidens där randomiserade kontrollerade studier har högst bevisvärde. Det faktum att suicid förekommer förhållandevis sällan innebär att det är praktiskt svårt att i studier få statistiskt säkerställd data som påvisar metodens effekt. Mycket stora studieunderlag krävs för att i randomiserade studier undersöka olika preventionsmetodens effektivitet. Därtill är det inte etiskt försvarbart att genomföra randomiserade kontrollerade studier där utfallet kan bli suicid. Det är därför befogat att tillämpa en mer pragmatisk syn på forskningsmetoder och evidens inom suicidområdet än inom andra områden (30).

Trots att den mer pragmatiska synen på evidens tillämpas (det vill säga att studier med olika studiedesign inkluderas) så har befolkningsinriktad suicidprevention studerats i begränsad omfattning. Avsaknad av studier gör att det är svårt att uttala sig om olika metodens effekter, trots att insatserna kan förefalla lovande. Brist på evidens är således vanligen uttryck för att det saknas studier. Bristande evidens kan även innebära att det har genomförts studier men att de inte påvisar några effekter eller inte visar på samstämmiga resultat.

Analysram

Det finns en modell som ofta har tillämpats inom skadepreventiv forskning för att analysera olika bidragande faktorer i uppkomsten av olyckor. Modellen kallas Haddons matris efter den amerikanska ingenjören William Haddon som var övertygad om att olycksfallsskador, trots att de uppfattas som oförutsedda händelser, är möjliga att förklara och förebygga på liknande sätt som sjukdomar. I modellen kopplar Haddon ihop de tre aspekterna individ, agens och miljö (fysisk och social) med en tidsdimension som kan delas upp i tidpunkter innan, under och efter skadetillfället. Resultatet blir en matris med tolv olika fält (31). Modellen har använts för att analysera bestäm-

ningsfaktorer och preventiva åtgärder för suicid (6) (32). I tabell 3 återges en modifierad version av Haddons matris tillämpad på suicidområdet.

Tabell 3 Haddons matris tillämpad på suicidprevention

Tidpunkt för åtgärdens verkan	Mottagare av åtgärden			
	Befolkning/individ	Suicidmedel/agens	Fysisk miljö	Social miljö
Före skadetillfället	Insatser för att förebygga psykisk ohälsa, alkoholvanor och drogvanor	Läkemedels tillgänglighet, Skjutvapens tillgänglighet	Säkerhetsåtgärder för tunnelbana och tåg, broar och höga byggnader, Placering av psykiatriska kliniker i förhållande till vägar, broar och järnvägar	Medias rapportering om suicid, Suicidcentra/jourtelefoner
Under skadetillfället		Läkemedels dödlighet, Lågeffektiv ammunition till skjutvapen, Lokdesign, Toxicitet hos avgaser från motorfordon, Försvagade klädkrokar etc. på sjukhus och fängelser	Psykiatriska kliniker placeras på lägsta våningsplanet	Riktlinjer för fordon, tåg och läkemedel
Efter skadetillfället	Akut omhändertagande, rehabilitering		Framkomlighet för räddningstransporter	Utbildning av vårdpersonal och räddningspersonal i omhändertagande av personer som försökt suicidera

Då denna utredning syftar till primärprevention av suicid ligger omhändertagande insatser efter genomförda suicid utanför ramarna för detta arbete. I kommande avsnitt presenteras olika bestämningsfaktorer för suicid utifrån om de är kopplade till individer i befolkningen, potentiellt suicidfarlig utrustning, fysisk miljö eller social miljö. Inledningsvis studeras även strukturella samhällsfaktorer betydelse för suicidförekomst.

Den generella strukturen på texten är att, för varje bestämningsfaktor som behandlas, först redogöra för evidensstyrkan för att bestämningsfaktorn har betydelse för suicid. Därefter följer ett avsnitt om evidensstyrkan för att bestämningsfaktorn är möjlig att förändra genom olika typer av åtgärder. I vissa fall är det inte befogat att dela upp texten i dessa två avsnitt eftersom studierna som påvisar bestämningsfaktorns betydelse för suicid består av åtgärdsinriktade studier. När det är möjligt används en sådan uppdelning.

Litteratursökning

I ett första steg identifierades potentiellt påverkbara bestämningsfaktorer för suicid i översiktsarbeten inom området som författarna hade kännedom om samt genom sökningar i databasen Medline efter översiktsartiklar. Genom de funna studiernas referenslistor identifierades ytterligare studier av intresse.

En stor del av litteraturen inom området behandlar bestämningsfaktorer som är svåra att påverka. Det gäller exempelvis kön och genetiska egenskaper. Sådana bestämningsfaktorer behandlas inte.

För varje enskild bestämningsfaktor har en sammanställning gjorts av evidensen för faktorns betydelse. Ett flertal verktyg har använts för att erhålla sådan information, uppgifter från referenslistor i översiktsartiklar, sökningar i Medline samt sökningar med hjälp av Google Scholar. Endast studier som publicerats i vetenskapligt granskade tidskrifter har inkluderats. Så långt det varit möjligt har vi använt oss av systematiska översiktsarbeten inom området. En viktig källa har varit de systematiska översikter som publiceras på Statens folkhälsoinstituts webbplats. Sökstrategierna för dessa arbeten finns angivna på institutets hemsida. Avsikten har *inte* varit att sammanställa all litteratur som publicerats utan istället att identifiera studier med högst bevisvärde. Vi har då följt principerna för SBU:s evidensgradering där graderingen ofta grundats på att två studier med högt bevisvärde har identifierats.

I nästa steg har evidensen analyserats för att interventioner kan påverka de identifierade bestämningsfaktorerna. Arbetssättet har varit analogt med det som tidigare beskrivits.

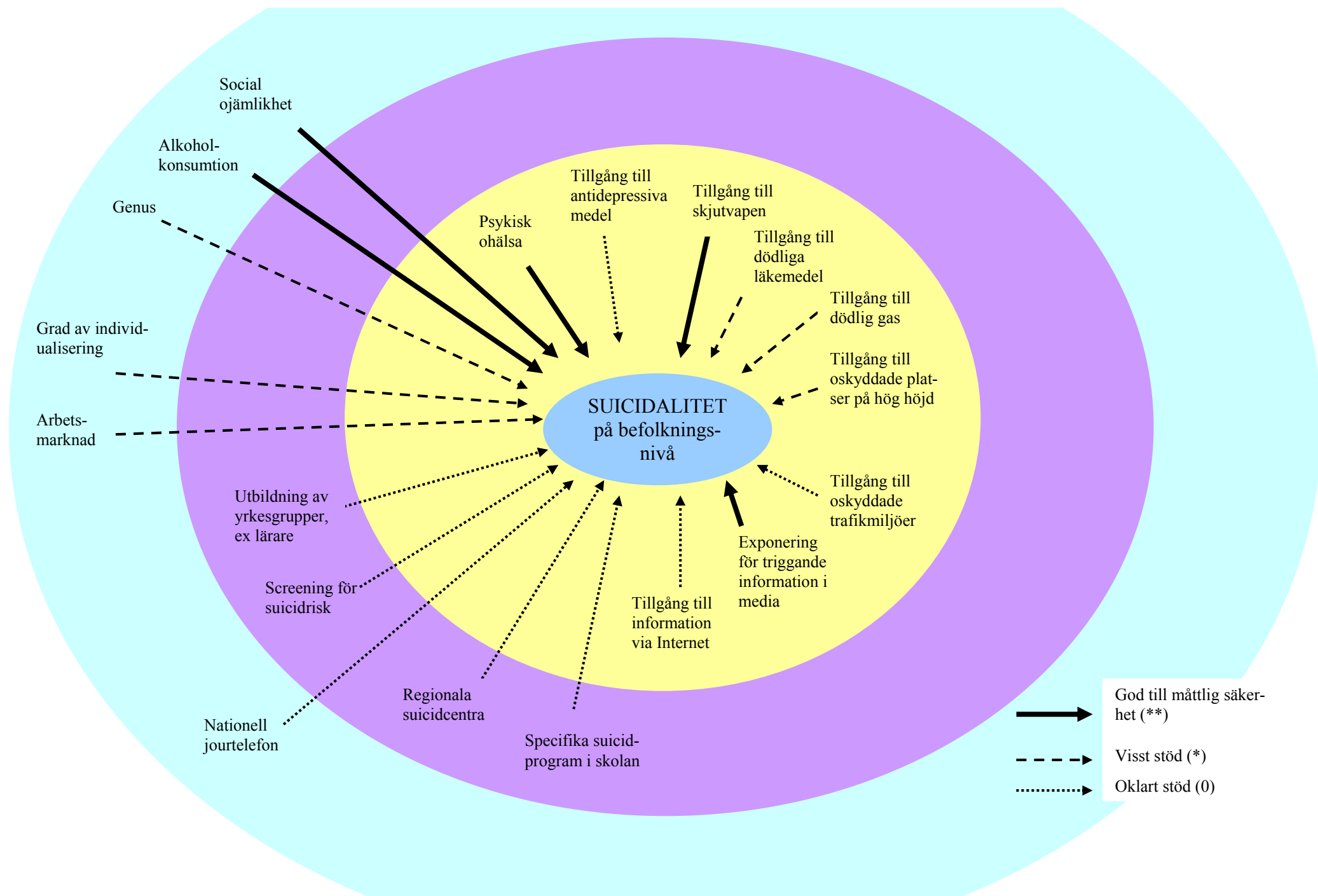
Genomgången baseras på engelskspråkig litteratur vilket är en nackdel då det finns litteratur om suicidprevention på bland annat tyska och franska. Tidsramarna för uppdragets genomförande tillät dock inte mer omfattande litteratursökningar.

Det finns flera metoder för att identifiera och sammanställa publicerad litteratur kring en viss fråga. De översikter som publiceras inom det så kallade Cochrane-samarbetet har en mycket hög ambitionsnivå. Den arbetsinsats som normalt krävs är ca två årsarbeten för en enda fråga. Inom uppdraget om suicidprevention skulle ett stort antal frågor analyseras under ett år. Uppenbarligen har det inte gått att tillämpa Cochrane-samarbetets ambitionsnivå. Genom att tillämpa systematiska, men mindre strikta principer, har det dock varit möjligt att inom uppdragets tidsram redovisa information med tillräckligt hög kvalitet.

Resultatet av litteraturgenomgången presenteras i ett antal figurer. En översiktsfigur (sidan 30) visar vilka grundläggande bestämningsfaktorer för suicid som behandlas i utredningen. Varje grundläggande bestämningsfaktor presenteras utförligare i nya figurer i senare avsnitt av texten. Syftet med figurerna är att visuellt i en och samma bild visa evidensstyrkan för olika bestämningsfaktorer (pilarnas utseende) samt vilken nivå de olika bestämningsfaktorerna befinner sig på (individnivå, lokal samhällsnivå eller nationell nivå).

Studierna som utgör underlag för evidensstyrkan hos bestämningsfaktorerna finns återangivna i bilaga 4.

Grundläggande bestämningsfaktorer för suicid på tre nivåer;
 individnivå (inre skiktet), lokal samhällsnivå (mellanliggande skikt) och nationell nivå (yttre skikt)



Strukturella faktorer i samhället

Strukturella samhällsfaktorer har betydelse för suicidförekomsten. Sociala förhållanden och social skiktning har stor betydelse för de flesta hälsoproblem och kan därför förväntas ha konsekvenser för suicid. Alkoholkonsumtion är en annan riskfaktor för suicid som kan påverkas genom strukturella insatser. Vidare är genus, ökad individualisering och arbetsmarknad ytterligare bestämningsfaktorer för suicid. Avsnittet sammanfattas i figuren på sidan 58.

Sociala förhållanden och social ojämlikhet

Ogynnsamma sociala förhållanden ökar risken för suicid (**). En analys av situationen i Sverige mellan åren 2000 och 2001 visar att risken för suicid var fyra gånger högre bland individer som har ekonomiskt bistånd (socialbidrag) än i befolkningen i stort (12). Riskökningen gällde både kvinnor och män. En jämförelse mellan lågutbildade (9 års grundskola eller mindre) och högutbildade (mer än 3 års gymnasium) visar på en fördubblad risk i gruppen lågutbildade (12). Riskökningen bland de lågutbildade var mer påtaglig bland män än bland kvinnor.

Risken för suicid är omkring två gånger högre bland arbetare jämfört med högre tjänstemän (33). En ökad risk för suicid i socialt mindre gynnande grupper påvisas även i andra länder i Europa (34). Överrisken i denna studie var störst i Storbritannien och Spanien, två länder med relativt stora sociala skillnader.

Samband mellan mindre gynnad social situation och ökad risk för suicid påvisas även på ekologisk nivå. I en svensk studie från 1996 påvisades att risken för suicid vara fyra gånger högre i Sveriges fattigaste kommun jämfört med Sveriges rikaste kommun (35).

En stor andel av dem som tar sitt liv är deprimerade. Risken för depression är förhöjd i socialt mindre gynnande grupper (36). En förklaring till sambandet mellan sociala förhållanden och suicid kan därför vara risk för depression.

En individ som tar sitt liv upplever att hon eller han inte har möjlighet att leva ett liv som känns värt att leva. Individen uppfattar att det inte längre finns några livschanser. Upplevelsen kan relateras till individens faktiska levnadsvillkor. Utmärkande för en låg social position är att individen förfogar över mindre ekonomiska och sociala resurser jämfört med mer gynnade individer. Att befinna sig längst ned i en social hierarki kan även i sig innebära en psykologisk påfrestning. Denna ”stress” kan leda till ökad insöndring av cortisolhormon vilket i sin tur ökar risken för depression och därigenom ökar risken för suicid. En sådan direkt biologisk mekanism är möjlig men är dock mindre väl belagd (37). Samband har också påvisats mellan förekomst av suicid och omfattningen av den sociala skiktningen i ett land (38). Utmärkande för länder med små sociala skillnader är god tillit människor emellan (socialt kapital). Länder med god tillit människor emellan uppvisar lägre förekomst av suicid (39).

Sociala skillnader har således väsentlig betydelse för förekomst av suicid. Utvecklingen i Sverige i olika åldersskikt är förenlig med denna uppfattning. Under perioden från andra världskrigets slut fram till mitten av 1970-talet ökade förekomsten av suicid i Sverige (40). Därefter har suicid blivit ovanligare i befolkningen i stort (33). I ungdomsgruppen (16-24 år) har däremot förekomsten av suicid varit relativt oförändrad sedan 1980.

Ett vanligt mått på sociala skillnader är skattning av den så kallade ginikoefficienten för inkomster före skatt. En hög ginikoefficient anger stora sociala skillnader och en låg motsatsen. För hela befolkningen sjunker ginikoefficienten från 1950 fram till 1982 för att därefter ligga relativt stilla (41). För ungdomsgruppen har däremot ginikoefficienten ökat markant under de senaste decennierna (41).

De som varit medelålders och äldre under det senaste kvartsseket har således levt under en period med minskade eller oförändrade sociala skillnader, skattade som ginikoefficient. Det är förenligt med att förekomsten av suicid minskar i denna åldersgrupp.

De som varit unga (16-24 år) under det senaste kvartsseket har däremot levt under en period som främst präglats av ökade sociala skillnader för åldersgruppen. Det är förenligt att med att suicidförekomsten i åldersgruppen inte har minskat.

Alkoholkonsumtion

Bestämningsfaktorns betydelse för suicid

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd (**) för sambandet mellan alkoholkonsumtion och suicidförekomst i befolkningen, främst bland unga män. I en översiktsartikel om relationen mellan missbruk av alkohol/droger och suicid presenteras en nästan tio gånger ökad suicidrisk för alkoholmissbrukare jämfört med motsvarande risk hos normalbefolkningen. För personer som konsumerar stor mängd alkohol (men mindre än missbrukare) är motsvarande siffra tre och en halv gånger ökad risk. För drogmissbrukare är de förhöjda suicidriskerna störst (42). I tre nordiska kohortstudier som genomfördes på data från register över värnpliktiga påvisades samma tydliga samband mellan alkoholkonsumtion och ökad risk för suicid (43) (44) (45). I ytterligare 15 studier med annan studiedesign visade 13 av dem på samband mellan alkoholkonsumtion och suicid.

Enligt det samband mellan alkoholkonsumtion och ökad suicidrisk som presenteras i Andreason och medarbetares arbete skulle en liters minskning i den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i Sverige årligen innebära 39 färre suicid bland män mellan 18-33 år (43).

Forskare i Australien har studerat sambandet mellan alkoholkonsumtion och suicidförekomst i olika länder och kommit fram till att det främst är i länder där berusningsdrickande är vanligt förekommande (som i Sverige) som sambandet är starkt (17). Alkoholkonsumtionens betydelse för suicidförekomsten i Sverige påvisas även i och med det faktum att drygt en tredjedel av de svenskar som tar sitt liv gör det under alkoholpåverkan (46). För så kallade oklara dödsorsaker är den siffran ännu högre (65 procent).

Möjligheter att påverka bestämningsfaktorn

Införandet av restriktiva alkohollagar samt utökade rehabiliteringsverksamheter har samvarierat med minskade suicidtal på Island och i det forna Sovjetunionen (47) (48) (49). Tidigt på 1900-talet infördes restriktivare alkohollagar i Sverige som kraftigt bidrog till minskad alkoholkonsumtion i befolkningen. Till exempel infördes 1919 en ny rusdrycksförordning i form av individuell ransonering för inköp av vin och spritdrycker (motboken). Den kraftiga minskningen av alkoholkonsumtionen samvarierade med att männens överdödlighet sjönk. Enligt dödsorsaksstatistiken svarade mer än hälften av männens överdödlighet av "våldsam död", huvudsakligen olyckor och suicid. Det är därför troligt att alkoholberusning var en starkt bidragande faktor till dessa dödsfall (50). Studierna tyder på att minskad tillgång till alkoholhaltiga drycker påverkar förekomsten av suicid.

Det finns olika strategier som används för alkoholprevention. På den nationella nivån finns stark evidens (**) för att försäljningspriset på alkohol påverkar alkoholkonsumtionen för människor i alla åldersgrupper (51) (52). Även försäljningsförbud samt tillsyn av förbuden är effektiva alkoholförebyggande metoder (**) (52) (53). Förbuden kan gälla distribueringsmonopol, öppettider på försäljningsställen, åldersgränser för inköp med mera. Dessutom har lokala insatser i syfte att åstadkomma ansvarsfulla serveringsmiljöer visat sig kunna minska alkoholservering av underåriga eller redan påverkade individer (*) (52) (54). Sådana insatser innefattar utbildning av serveringspersonal, övervakning av serveringsmiljön och förebyggande åtgärder i den fysiska serveringsmiljön.

Det saknas evidens för att alkoholpreventiva insatser för ungdomar genom undervisning i skolan är en effektiv åtgärd. I en systematisk översikt från Cochrane Library anser författarna att studierna där man undersökt effekterna av informationsbaserade insatser i skolan inte ger tillräckligt stöd för sådana insatser (55). Däremot kan skolan på andra sätt arbeta med alkoholprevention. Själva skolmiljön kan utformas på ett sätt som gör att barns utagerande beteende minskar. Dessutom kan skolan tillhandahålla förebyggande föräldrastödsinsatser som främjar barnens psykiska hälsa och minskar alkoholkonsumtionen (**) (se avsnittet med föräldrastöd). Så kallade samspeleprogram kan minska barns utagerande beteende då barnen är 3-10 år gamla. Minskade utagerande problem minskar även risken för alkoholproblem under tonåren. I så kallade kommunikationsprogram finns en direkt koppling till alkoholprevention. Dessa program genomförs då ungdomarna är 10-15 år gamla.

Genus

Det finns visst stöd för att genus är en bestämningfaktor för både suicid och för psykisk ohälsa (*). Med genus avses den sociala konstruktionen av kön. Förhållandet förklaras genom en tänkt händelsekedja som börjar med genuskillnader som leder till utvecklandet av könsspecifika skydds- och riskfaktorer och som slutligen manifesteras i olika förekomst av psykiska problem.

Suicid förekommer mer än dubbelt så ofta bland svenska män som bland svenska kvinnor (12). I många andra europeiska länder är överrisken för män ännu större. Det är däremot en större andel kvinnor än män som vårdas på sjukhus till följd av avsiktligt självdestruktiv handling (12). I många västerländska länder uppvisas denna genusparadox i suicidalt beteende, det vill säga att kvinnor har en överrisk för symtom av psykisk ohälsa och att män har en överrisk för fullbordade suicid (56). Kulturella faktorer kopplade till genus anses kunna spela roll för kvinnors och mäns olikheter i suicidala beteenden (57).

Vidare har den självupplevda hälsans fördelning mellan könen studerats med hjälp av material från den internationella undersökningen om skolbarns hälsovanor (58). Drygt 125 700 skolelever i åldrarna 11, 13 och 15 år från 29 europeiska och nordamerikanska länder ingick i studien. Eleverna fick svara på frågor om hur ofta de har huvudvärk, magont, ryggvärk, sömnproblem eller känner sig deprimerade, irriterade, nervösa eller yra. Resultatet visade att flickor rapporterade mer ohälsosymtom än pojkar i flertalet hälsoaspekter och att könsskillnaderna ökar med ålder. I länder med lågt jämställdhetsindex var könsskillnaderna större än i mer jämställda länder. Det tyder på att det förekommer skillnader i socialisering och levnadsvillkor som bidrar till ökad förekomst av symtom bland flickor och kvinnor.

En kultur med jämställdhet mellan könen gynnar både kvinnor och män i form av minskad ohälsa (58) (59). Det svenska samhället har blivit mer jämställt under de senaste decennierna samtidigt som suicidtalerna har minskat bland både kvinnor och män (12). Ur suicidsynpunkt är det därför angeläget att sträva mot ett samhälle där det råder jämställdhet mellan könen.

Civilstånd

Risken för suicid är 2,5 gånger högre för ogifta jämfört med gifta/sammanboende (12) (33).

Geografisk variation

Underlagsrapporten från Epidemiologiskt centrum visar att det finns betydande variationer i suicid mellan olika delar av landet (12). Bland kvinnorna återfinns de högsta suicidtalerna i storstäder, i genomsnitt 17 döda per 100 000 invånare. Större städer och förortskommuner har de därefter högsta suicidtalerna, vilket förstärker bilden av att självmordsproblemet bland kvinnor är störst i större tätbefolkade områden. För kvinnor är suicidtalerna lägst i glesbygdskommuner med 8 döda per 100 000. För männen återfinns delvis det omvända förhållanden med

de högsta suicidtalerna i glesbygdskommuner, 42 döda per 100 000, följt av Övriga kommuner med mindre än 12 500 invånare och Storstäder. Eftersom förortskommuner har de lägsta siffrorna (25 döda per 100 000) blir bilden mindre homogen än för kvinnorna.

Det finns inga uppenbara förklaringar till de geografiska variationerna i suicid. För män kan de höga suicidtalerna i glesbyggd möjligen förklaras av lägre utbildningsnivå. Ytterligare analyser är motiverade eftersom de inte kunnat genomföras inom ramen för det aktuella uppdraget.

Grad av individualisering

I ett modernt samhälle med hög produktivitet är rollerna mer differentierade än i tidigare samhällen. Individerna förlitar sig mer på den egna individuella förnuftet än på gruppens värderingar och traditionella auktoritet som religiösa och politiska ledare. Tendensen brukar betecknas som individualisering. I en studie jämfördes suicidförekomst bland män i åldern 15-24 år under perioden 1950-1990 i 17 OECD-länder där även människors värderingar fanns registrerade (60). Det visade sig att suicidförekomsten var påtagligt högre i länder där människor värderar stort vid personlig frihet och oberoende. Ungefär hälften av variationerna i suicidförekomst mellan länderna kunde förklaras av skillnader i sådana värderingar.

Traditionell religiositet är ovanligare i länder med individualistiska värderingar (61). Studier av samband mellan traditionell religiositet och förekomst av suicid har därför intresse. I en studie har förekomsten av suicid i hela befolkningen i 26 länder relaterats till omfattningen av traditionell religiositet (62). Efter kontroll för socioekonomiska förhållanden påvisas ett tydligt negativt samband mellan traditionell religiositet och suicid bland män men inte bland kvinnor. I en ytterligare studie, som genomförts på individnivå i USA, påvisas också ett negativt samband mellan deltagande i religiösa aktiviteter och förekomst av suicid (63).

Arbetsmarknad

I en översiktsrapport om suicidtalens utveckling i olika länder påvisar forskare från Australien att arbetslöshet kan vara en riskfaktor för suicid, särskilt bland unga människor (*) (17). I en annan översiktsartikel påvisades ett starkt samband mellan ungdomsarbetslöshet och suicid (64). Den starkaste evidensen för att arbetsmarknaden kan påverka förekomsten av suicid kommer från studier av tidsserier och prospektiva kohortstudier. I flera länder har tidsmässiga förändringar i suicidtalerna jämförts med förändringar i arbetsmarknaden under samma tidsperiod (65) (66) (67) (68). Sådana studier tyder på att det finns ett tidsmässigt samband mellan trender i suicidförekomst och förekomst av arbetslöshet, även efter kontroll för effekter av krig och för dödligheten vid olika suicidmetoder.

Kohortstudier visar att arbetslösa män har högre suicidrisk än arbetslösa kvinnor men att den förhöjda suicidrisken minskar efter kontroll för till exempel psykisk ohälsa, social klass och civilstånd. Det finns dock svårigheter med att tolka resultaten från kohortstudierna. Ett problem är att det kan vara samma personlighetsfaktorer som utgör förhöjd risk för både arbetslöshet och suicid. Arbetslöshet skulle i så fall inte orsaka den förhöjda risken för suicid. Ett annat tolkningsproblem är att arbetslösa personer som ingår i longitudinella studier kan ha fått arbete under studiens genomförande och därför skyddas mot suicid. Den skyddande effekten av att ha ett arbete skulle i så fall underrapporteras. Vidare hävdar de australiensiska författarna till det refererade översiktsarbetet att sambandet mellan arbetslöshet och ökad suicidrisk är svagare då det råder hög arbetslöshet (17). Detta beror förmodligen på att människor som saknar arbete i lågkonjunktur är mindre suicidbenägna än människor som saknar arbete i en högkonjunktur.

Individer i befolkningen

I detta avsnitt behandlas bestämningsfaktorer för suicid som är kopplade till individer i befolkningen. Psykisk ohälsa är en individfaktor som tydligt påverkar förekomsten av suicid. Till psykisk ohälsa räknas depressioner, utagerande beteendeproblem samt panikångest. I Socialstyrelsens rapport behandlas psykiska sjukdomar som är mindre vanliga (förekomsten är mindre än 5/100), exempelvis schizofreni.

För psykisk ohälsa finns ett antal bestämningsfaktorer kopplade till individuella faktorer och som också diskuteras. Dessa utgörs av företeelser som tankemönster, kompetenser, mobbning, familjekonflikter och socialt stöd. Dessutom är fysisk aktivitet samt djur- och naturkontakt bestämningsfaktorer till psykisk ohälsa. Avsnittet sammanfattas i figuren på sidan 44.

Psykisk ohälsa

Bestämningsfaktorns betydelse för suicid

Psykisk ohälsa är en väl dokumenterad bestämningsfaktor för suicid. Det råder inga tvivel om att olika förstämningssyndrom ökar risken för suicid men storleken på denna överrisk varierar mellan olika studier (69).

En form av psykisk ohälsa som drabbar en stor del av befolkningen är depression. Depressiva besvär förekommer i olika allvarlighetsgrad och det finns olika system för att diagnostisera besvären. Egentlig depression är den allvarligaste formen och lindrig depression är en mildare variant.

I en svensk studie uppskattades risken för att någon gång i livet innan man uppnått en ålder av 70 år drabbas av depression (70). För männen var risken 27 procent och för kvinnorna var motsvarande risk 45 procent. Nästan varannan kvinna och var fjärde man drabbas således någon gång i livet av depression. Förekomsten av depression vid ett givet tillfälle uppskattades till fyra procent hos åldersgruppen 20-64 år i en tvärsnittsstudie av boende i Uppsala län (71). Studien bygger på självrapporterade uppgifter från personer som ingick i studien. Dessa uppgifter är jämförbara med uppgifter från en översiktsartikel där förekomsten av depressioner bland män uppskattas till 4 procent och bland kvinnor 8 procent (72). Den senare studien avsåg depressioner som är så allvarliga att de kräver psykiatrisk vård. Depressiva symtom av mindre allvarlig karaktär är mycket vanligare.

Sambandet mellan depression och suicid har påvisats i flera olika typer av studier. Genom psykologiska obduktioner har det framkommit att depression är den enskilt mest förekommande psykiatriska diagnosen hos personer som avlidit genom suicid (73) (74). Även i longitudinella studier har starka samband påvisats mellan depression och suicid. I en sådan longitudinell studie följdes alla individer i Sverige som fick diagnosen depression (unipolär sjukdom) mellan åren 1973 och 1995 till dess att de avled genom suicid eller andra orsaker. Det visade sig att suicid förekom 20,9 gånger oftare bland männen i denna grupp och 27,0 gånger oftare hos kvinnorna, jämfört med i normalbefolkningen (75). Samband mellan självrapporterad nedstämdhet och suicid har även påvisats. I Japan studerades ett stort antal (18 450) manliga anställda under fem års tid med avseende på suicid. Vid studiens början fick deltagande personer fylla i en enkät med frågor om deras levnadsvanor och hälsotillstånd. I gruppen 40-54-åringar (5 352 stycken) förekom 11 suicid under femårsperioden. Det fanns en signifikant ökad förekomst av suicid bland personer som hade rapporterat depressiva besvär i enkäten (76). Det låga antalet suicid gör dock att styrkan på den förhöjda risken är osäker. I en 20 år lång longitudinell studie av psykiatriska patienter i USA fann man att graden av depression, känslor av hopplöshet och suicidtankar var signifikanta riskfaktorer för suicid (77). Med dessa studier som underlag kan evidensen uppskattas vara stark för att psykisk ohälsa i form av depression utgör en bestämningsfaktor för suicid (**).

Möjligheter att påverka bestämningsfaktorn – psykologiska metoder

Det finns olika psykologiska metoder som kan förändra tankemönstret hos enskilda individer och på så sätt förebygga eller behandla psykisk ohälsa. De psykologiska metoder som tas upp i detta avsnitt är kognitiv beteendeterapi, träning i aktiv problemlösningsförmåga, träning av emotionell kompetens och träning i ”mindfulness”.

KBT (kognitiv beteendeterapi)

I en systematisk litteraturöversikt från SBU dras slutsatsen att det finns ett starkt vetenskapligt underlag för att beteendeterapi och kognitiv terapi samt olika kombinationer av dessa terapiformer är effektiva vid behandling av lindriga och måttliga depressioner hos vuxna (78). Vidare framhålls att kognitiv beteendeterapi och interpersonell psykoterapi har ett måttligt vetenskapligt stöd för behandling av depression hos barn och ungdomar men att långtidseffekter är otillräckligt dokumenterade. I en annan systematisk litteraturöversikt (79) uppges kognitiv beteendeterapi ge bättre långsiktiga effekter vid behandling av depressioner än medicinering med antidepressiva läkemedel. KBT har i randomiserade kontrollerade experiment visat sig vara en effektiv behandlingsmetod för ungdomar som har genomfört suicidförsök (80).

Även då det gäller prevention av depressioner finns stöd för att program som bygger på psykologiska terapimetoder är effektiva. I en systematisk översikt från Cochrane Library studerades effektiviteten hos olika program som syftar till att förebygga depressioner hos ungdomar (81). Resultatet visade att det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att psykologiska program, jämfört med om ingen intervention genomförs, minskar depressiva besvär för ungdomar som utgör riskgrupper för att utveckla depressioner. Riskbedömningen baserades på förhöjda värden på självrapporterade depressionsskalor, barn och tonåringar till föräldrar med depressiv sjukdom och ungdomar som upplever att de har mycket konflikter med sina föräldrar. Sådana riskgrupper utgör uppskattningsvis minst 10 procent av alla ungdomar. Effekterna uppstod direkt efter programmets genomförande men det är oklart om effekterna kvarstod under längre tid.

De psykologiska program som inkluderades i litteraturöversikten hade som fokus att lära ut praktiska verktyg för att minska depressioner, till exempel stresshantering, kognitiv omstrukturering, konflikthantering och problemlösning. De flesta programmen var manualiserade och antalet sammankomster varierade mellan fem och 180. Programmen leddes av psykologer, psykiatrisjuksköterskor, pedagoger och kuratorer.

Problemlösningsförmåga/coping

En del av innehållet i kognitiv beteendeterapi består av att lära sig att hantera olika typer av problem och motgångar på ett konstruktivt sätt (copingförmåga). En systematisk litteratursammanställning har genomförts över olika copingmetoder och deras effekter på barn och ungdomars psykiska hälsa (82). Genom sammanställningen framkom ett starkt vetenskapligt stöd för att barn och ungdomar som har en förmåga att kunna väga olika möjliga handlingsalternativ emot varandra genom att förutspå deras olika konsekvenser har mindre risk att drabbas av depressiva besvär än barn och ungdomar som saknar denna förmåga. Aktiv problemlösning har således en förebyggande effekt mot risken att drabbas av depressiva besvär (83) (84) (85). Problemlösningsförmågan kan tränas i liknande psykologiska program som beskrevs i avsnittet om KBT.

Emotionell kompetens

En potentiellt viktig bestämningsfaktor för psykisk hälsa är förmåga att känna igen, tolka och hantera känslor, såväl egna som andras. Denna förmåga kan benämnas emotionell kompetens och är sammanbunden med det som brukar kallas för social kompetens (förmåga att samspe-

med andra människor). I en systematisk översikt (86) påvisades effekter hos barn med utagerande problematik då de fick träna sin emotionella kompetens. I översikten påvisades ej studier där effekter på depressiva symptom hade analyserats. Detta kan delvis hänga samman med att metoderna främst analyserades på mindre barn. Det finns dock starka samband mellan förekomst av utagerade problem och förekomst av depression. Detta talar för att programmen även reducerar förekomst av depression. Studierna som ingick i översikten utgick från experiment- och kontrollgrupper men utan randomisering, varför styrkan i det vetenskapliga underlaget är måttlig. I program som utvecklar ungdomars förmåga att känna igen, tolka och hantera känslor behandlas vanligen inte suicidtankar specifikt. Om ungdomar utvecklar den egna förmågan att hantera ilska och nedstämdhet är det troligt att de också bättre kan hantera suicidtankar. Det är också möjligt att inkluderas sådana specifika moment i befintliga program. Det finns flera böcker där praktiska metoder för arbete med emotionell intelligens i förskola och skola beskrivs (87) (88) (89).

I två litteraturöversikter som behandlar kontrollerade utvärderingar av suicidpreventiva program för ungdomar visade det sig att program som syftar till att öka skolelevs praktiska färdigheter minskar förekomsten av depressioner (90) (91). Socialt, emotionellt lärande är ett exempel på en sådana praktisk färdighet.

Mindfulness

Begreppet mindfulness kan översättas till ”medveten närvaro”. ”Mindfulness” betecknar ett förhållningssätt som präglas av uppmärksamhet och självakttagelse. Begreppet har utvecklats inom olika meditationstraditioner, främst buddistiska, och har kommit att tillämpas inom moderna psykologiska terapiformer såsom kognitiv beteendeterapi. Huvudinnehållet i mindfulness är förmågan att kunna iaktta sig själv och sina tankar, känslor och beteenden med ett öppet sinne och på ett neutralt, förutsättningslöst och ickevärderande sätt. Med ett sådant förhållningssätt kan individen få en ökad insikt i aktuella sammanhang, ökad öppenhet för ny information och bättre problemlösningsförmåga. Flera psykiska problem, till exempel ångest och depressioner, karaktäriseras av rigida tankar och automatiskt handlande som sker i syfte att skydda individen för plågsamma upplevelser. Detta skydds-beteende kan leda till psykologiska låsningar som minskar möjligheterna att komma till rätta med problemen. Om individen i stället accepterar känslor och tankar utan att låta dem bli utgångspunkt för något särskilt handlande kan det uppstå en skyddande distans till den egna upplevelsevärlden.

Tre randomiserade kontrollerade studier har genomförts där man undersökte effekten av träning i mindfulness (92) (93) (94). Samtliga studier visade att metoden innebar en minskning i psykiska problem hos högskoleelever, vilket innebär att evidensen till stöd för metoden är stark. Ingen av studierna presenterade långsiktiga effekter och det saknas kunskap om tonåringar kan dra nytta av metoden. Däremot finns belägg för att metoden minskar återfall i depression (95).

Sammanfattningsvis konstateras att det vetenskapliga underlaget är starkt (***) för att tankemönstret går att förändra genom de psykologiska metoder som diskuterats ovan och att detta kan förebygga depressioner och indirekt suicid.

Kompetens

Bestämningens betydelse för psykisk ohälsa

Kompetens avser förmågan att kunna lära av egna erfarenheter, kunna resonera, kunna planera och att kunna anpassa sig till den miljö individen lever i. Andra begrepp som används med samma betydelse är mental förmåga, kognitiv förmåga och intelligens. Vissa forskare hävdar att det finns olika former av kompetenser men då det finns starka samband mellan dessa är det fruktbart att hantera dem som en generell förmåga. Det finns stark evidens för att goda kom-

petenser under barndomen har en skyddande effekt för utagerande problem (**). Kunskapen baseras främst på studier där individer följts över tid och där man tagit hänsyn till föräldrarnas sociala bakgrund (96) (97) (98) (99) (100). Evidensen är dessutom måttligt stark för att goda kompetenser minskar förekomsten av inåtvända psykiska problem som exempelvis oro, ångest och depression under uppväxten och senare i livet (100) (101) (102). I en svensk studie påvisades dessutom ett starkt samband mellan god mental förmåga vid 18 års ålder och minskad risk för suicid i åldern 23-44 år (103). Sambanden som redogjorts för är vanligen kontinuerliga vilket innebär att det föreligger en gradvis ökad risk för psykiska problem eller suicid ju sämre den mentala förmågan är.

Det är svårt att direkt studera sambandet mellan kompetenser och suicid eftersom suicid förekommer mycket lågfrekvent. Det krävs således ett mycket stort studieunderlag för att få statistiskt säkerställda samband. Därför är det befogat att analysera sambandet i två steg. Det första steget gäller sambandet mellan psykisk ohälsa (främst depression och utagerande och inåtvända beteendeproblem) och suicid. Det andra steget gäller sambandet mellan kompetenser och psykisk ohälsa. För båda dessa led finns god evidens och det kan därför anses troligt att det förekommer samband mellan kompetenser och suicid.

Möjligheter att påverka bestämningsfaktorn

Kompetens som mäts genom IQ-test är relativt stabil mellan två år. Den mentala förmågan vid en viss tidpunkt kan till 79 procent förklaras av den mentala förmågan samma person hade året innan (99). Det innebär att andra faktorer, exempelvis barnens miljö, står för återstoden, det vill säga 21 procent. Kumulerat (ansamlat) över flera år blir denna återstod betydande. IQ vid 12 års ålder kan endast till 21 procent förklaras av värdet vid 3 års ålder. Då återstår 79 procent som i princip är möjliga att påverka. Detta förhållande innebär att det finns stora möjligheter att stimulera och förbättra den mentala förmågan. Särskilt under uppväxtåren grundläggs den mentala förmågan varför det är särskilt lämpligt att utforma gynnsamma miljöer för barn och ungdomar där deras kompetenser kan utvecklas. Detta kan ske genom insatser i hemmiljö, förskola och skola (104) (105). Det finns god evidens för att kompetensen går att påverka under uppväxtåren (**).

Mobbning

Bestämningsfaktorns betydelse för psykisk ohälsa

Mobbning förekommer ofta på platser som mobbningsoffren har svårt att undvika, till exempel på skolor eller arbetsplatser. Tre kohortstudier visar att personer som blir utsatta för mobbning på arbetsplatser (106) respektive skolor (107) (108) i högre utsträckning än andra drabbas av depressioner. Ytterligare studier av tvärsnittskaraktär påvisar ett samband mellan att vara inblandad i mobbning (antingen som utsatt, som förövare eller som både och) och ökad risk för psykisk ohälsa och depressioner (109) (110) (111) (112). Det finns även studier som undersöker mobbningens betydelse för suicidala beteenden. I en studie rapporteras högre suicidalitet (förekomst av suicidtankar och suicidhandlingar) hos elever som varit utsatta för mobbning, särskilt bland flickor och bland elever som både själva blir utsatta och samtidigt utsätter andra för mobbning (113). I en annan studie fann man att flickor som blir mobbade uppvisar signifikant ökad förekomst av depressioner och suicidtankar och att elever som mobbar andra har signifikant förhöjd förekomst av suicidtankar (114). I en finsk undersökning där över 16 000 skolelever ingick påvisades ökad förekomst av depression och suicidtankar hos såväl mobbningsoffer och mobbningsförövare (115). Det finns ett starkt vetenskapligt underlag för att mobbning ökar risken att drabbas av psykisk ohälsa i form av depression (**).

Möjligheter att påverka bestämningsfaktorn

Mobbningsförebyggande program bör vara allomfattande och inkludera hela den miljö där mobbningen förekommer. Insatser enbart riktade till skolelever respektive arbetstagare kan inte förväntas vara effektiva. I Norge har ett effektivt antimobbningsprogram för skolor utarbetats av Dan Olweus. Programmets insatser riktas mot elever, lärare, skolledning och föräldrar (116). Om programmet inte genomförs i sin helhet uteblir effekten (117). Ytterligare studier har påvisat att allomfattande antimobbningsprogram är effektiva då det gäller minskad förekomst av mobbning (118) och bättre skolprestationer (119). Det finns starkt vetenskapligt stöd för att allomfattande skolbaserade antimobbningsprogram är effektiva (**).

Socialt stöd

Bestämningsfaktorns betydelse för psykisk ohälsa

Socialt stöd definieras som praktiskt och emotionellt stöd från andra personer i situationer av yttre påfrestning. Ett närliggande begrepp är socialt nätverk, vilket avser människors sociala relationer i ett samhälle ur såväl kvantitativ som kvalitativ synpunkt (120).

Socialt stöd i form av kompisrelationer verkar inte minska risken för ungdomar att utveckla depressiva besvär (121) (122) (123). Det finns dock några undantag. En studie visar att mer kontakt och närhet med kompisarna minskar depressiva besvär (124) och en annan visar att det inte har någon betydelse för flickor men däremot för pojkar (121). Mer specifikt visar denna sistnämnda studie att ett starkt stöd från kompisarna minskar depressiva besvär hos pojkar under låg eller medelstark stress, men däremot inte hos pojkar under stark stress där besvären i stället ökar.

Vänskapsrelationer är naturligtvis viktiga för alla tonåringar men att bara prata med en kompis om sitt tillstånd skyddar inte mot risken att utveckla depressiva besvär (0).

Vid omvälvande livshändelser, till exempel förlust av närstående, verkar socialt stöd kunna skydda mot depression (125). Socialt stöd har även en betydelsefull roll för återhämtning och tillfriskning från en klinisk depression (126). Det har även påvisats att preventionsprogram för depression gynnar äldre om det finns komponenter i programmet som främjar socialt stöd (127). Således är litteraturen inom området delvis motsägelsefull.

Föräldrastöd

Bestämningsfaktorns betydelse för psykisk ohälsa

En annan form av socialt stöd förekommer mellan föräldrar och barn. Dåliga relationer mellan föräldrar och barn ökar risken för att barnet i framtiden ska utveckla depressiva problem (122) och på motsvarande sätt skyddar goda relationer mot depressiva problem (123). I en studie visade det sig att det är relationen till den främsta vårdgivaren under uppväxten som har störst betydelse för barnets framtida suicidala beteende (128). Relationen till andra människor skulle ha mindre betydelse.

I två olika försök har föräldrastöd i form av allmän individuell rådgivning visat sig kunna minska förekomsten av psykiska problem hos barnen till föräldrarna. Den ena studien genomfördes i Finland. Studien riktade sig till nyblivna föräldrar som slumpmässigt delades in i en experimentgrupp och en kontrollgrupp. Experimentgruppen fick från det att barnet var sex månader varje vecka under fem års tid hembesök av en barnpsykiatriskt utbildad barnsjuksköterska, medan kontrollgruppen hade tillgång till ordinarie stödinsatser från barnavårdscentralen. Barnen till föräldrarna som fick särskilt föräldrastöd utvecklade betydligt mindre psykiska problem vid 20-21 års ålder än barnen till föräldrarna i kontrollgruppen (129). Den andra studien genomfördes i Australien och gick ut på att slumpmässigt utvalda föräldrar, i huvudsak mödrar, fick 20-30 minuters rådgivning av en allmänläkare med kompetens inom barn-

psykiatri vid 20 -30 tillfällen under barnets fem första levnadsår. Barnen till föräldrarna som fick föräldrastöd visade mindre utagerande och inåtvända psykiska problem vid sex års ålder (130) samt mindre depressiva symtom som vuxna (131), jämfört med kontrollgruppen. Effekterna av föräldrastödet vid båda insatser var således påtagliga och långsiktiga och förklarbara av de utförda insatserna. Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att föräldrastödsinsatser kan minska förekomsten av psykiska problem hos barnen till föräldrarna (**).

Möjligheter att påverka bestämningsfaktorn

I en utredning om föräldrastödsmetoder redogörs för olika former av föräldrastödsinsatser som är anpassade efter olika åldrar på barnen (132). Under *spädbarnstiden* finns stark evidens för att strukturerade föräldragrupsprogram som bygger på anknytningsteori ger positiva effekter på barnens psykiska hälsa (**). Anknytning är en psykologisk funktion som huvudsakligen utvecklas under barnets första 18 levnadsmånader. Genom samspelet mellan det nyfödda barnet och den närmaste vårdgivaren utvecklar barnet en tillit till att föräldern kan förstå barnet och möta dess behov. Kvaliteten i detta anknytningsmönster påverkar hur barnet senare i livet samspelar med andra människor och bemöter psykiska påfrestningar. Genom olika program kan utvecklingen av barnets anknytningsmönster främjas. I Sverige drivs två sådana program: Från första början och Vägledande samspel. Programmen syftar till att utveckla vårdnadshavarens känslighet för spädbarnets signaler. I grupperna diskuteras vardagliga situationer som kan uppstå i föräldraskapet och föräldrarna får även praktisk övning genom rollspel. Varje program bygger på en struktur för diskussion och övningar som man av erfarenhet vet fungerar.

Under *förskoleålder och tidig skolålder* finns effektiva former av föräldragrupper som genomförs i syfte att förbättra samspelet mellan föräldrarna och barnen. Genom strukturerade övningar tränar föräldrarna sina färdigheter i att ge positiv uppmärksamhet, kommunicera klart och ha genomtänkta gränssättningar i sitt föräldraskap. Metoderna liknar dem i anknytningsprogrammen, det vill säga att diskussioner förs om vardagsproblem och att praktiska övningar genom rollspel genomförs. Sex sådana samspelsprogram finns att tillgå: COPE, De otroliga åren, Komet för föräldrar, Aktiva småbarnsföräldrar, Aktivt föräldraskap idag 2-12 och Föräldrakraft. Det vetenskapliga underlaget för dessa metoders effekter är stark (**).

Under *senare skolålder* då barnen är runt 10-15 år finns stark evidens för att föräldrastöd i kombination med strukturerade insatser till barnen kan minska barnens bruk av alkohol (**). Föräldrastödet syftar till att förbättra samspelet och kommunikationen mellan föräldrar och barn och har liknande inslag som i samspelsprogrammen. Skillnaden är att de så kallade kommunikationsprogrammen är utformade för föräldrar till äldre barn samt att de har tydligare fokus på tobak, alkohol, droger och kriminalitet. I Sverige förekommer olika kommunikationsprogram: Föräldrakraft, Steg för steg, Aktivt föräldraskap idag för tonårsföräldrar och Tonårs-COPE.

Familjekonflikter

Bestämningsfaktorns betydelse för psykisk ohälsa

Om barn upplever familjekonflikter under uppväxtåren får de ökad risk att utveckla ohälsa, även senare i livet (133). Familjekonflikter resulterar ibland i skilsmässa mellan föräldrarna, vilket är en påfrestande händelse för både föräldrar och barn. Huruvida skilsmässor får långsiktiga negativa konsekvenser för barnen har undersökts i flera studier. Det framkommer dock ingen enhetlig bild då vissa studier påvisar negativa effekter på barnen flera år efter föräldrarnas skilsmässa medan andra studier inte gör detta. Ett skäl till de motstridiga resultaten kan vara att en skilsmässa sällan är ett isolerat fenomen. Det är sannolikt inte skilsmässan i sig som orsakar negativa effekter på barnen, utan konflikter och andra negativa förhållanden i

familjen. Detta har påvisats genom jämförelser mellan barn till skilda föräldrar och barn vars förälder har avlidit. Barnen som genomgått skilsmässa drabbas oftare av depressioner och alkoholproblem, vilket tyder på att det är en annan faktor än att förlora en förälder som orsakar problemen (134) (135). Denna faktor utgörs förmodligen av familjekonflikterna i samband med skilsmässan (**).

Möjligheter att påverka bestämningsfaktorn

Mot denna bakgrund finns det anledning att försöka stödja föräldrars relation till varandra och på så vis förebygga familjekonflikter. Det finns ett strukturerat program som i fyra kontrollerade försök har visat sig kunna förbättra föräldrarnas relation till varandra (**) (136) (137) (138) (139). Programmet kallas PREP (Preventive Relationship Enhancement Program) och består av cirka 10-15 timmars programtid antingen på kvällstid fördelat över 5-6 veckor eller under helgen. I programmet får föräldrarna diskutera och genomföra praktiska övningar i syfte att förbättra kommunikationen dem emellan, klargöra förväntningar på förhållandet, stimulera kvaliteten i förhållandet, bilda en gemensam inställning till konflikthantering och utveckla redskap för att behålla engagemanget i relationen.

Fysisk aktivitet

Bestämningsfaktorns betydelse för psykisk ohälsa

I en översiktsartikel om fysisk aktivitet och dess betydelse för symtom av depression och oro identifierades nio tvärsnittsstudier och nio kohortstudier (140). Tvärsnittsstudierna uppvisade en enhetlig bild av att det finns ett samband mellan fysisk aktivitet och psykisk ohälsa men det går inte utifrån dessa studier att avgöra vilket som orsakar det andra eller om det finns en tredje faktor som samvarierar med fysisk aktivitet och psykisk ohälsa och som kan förklara sambandet. Kohortstudierna var mindre samstämmiga än tvärsnittsstudierna men tyder på att låg fysisk aktivitetsnivå har ett samband med framtida depressiva besvär. I en studie fann man att kvinnor som utförde liten mängd fysisk aktivitet hade en signifikant ökad risk att drabbas av depression åtta (i genomsnitt) år senare, trots att de uppvisade låga depressionsnivåer från början (141). Den ökade risken kvarstod efter kontroll för ålder, andra kroniska sjukdomar, utbildning, sysselsättning och inkomst. För männen påvisades en förhöjd risk att drabbas av depression endast om de uppvisade depressiva besvär då studien startade. Samma förhöjda risk för inaktiva personer att efter nio år utveckla depression påvisades i ytterligare en studie (142).

I översiktsartikeln presenterades även betydelsen av att införa fysisk aktivitet som en behandling för depressioner och oro. Åtta av 18 identifierade studier visade en omedelbar minskning med 50 procent av depressiva symtom efter införandet av fysisk aktivitet i olika former. Denna effekt kvarstod i mellan tre till 21 månader. Huvuddelen av de studier som påvisade samband mellan fysisk aktivitet och minskade psykiska besvär bestod av upprepade mätningar på personer som deltagit i olika typer av träningsprogram. I de allra flesta studier jämfördes förändringarna med kontrollgrupper som inte utförde fysisk aktivitet. Vissa studier var randomiserade. Ytterligare studier stödjer att fysisk aktivitet kan förebygga psykiska besvär hos vuxna (143), barn och ungdomar (144) (145) och äldre (146). Evidensstyrkan är stark för att fysisk aktivitet kan skydda mot depressioner (**).

Möjligheter att påverka bestämningsfaktorn

I en systematisk översikt om olika faktorerers betydelse för vuxnas fysiska aktivitetsnivå hävdas att miljömässiga faktorer troligtvis har en viktig betydelse men att det saknas tillräcklig kunskap i frågan (147). Översikten publicerades 2000. Senare studier ger ökat stöd för att faktorer i den omgivande miljön har betydelse för i vilken grad människor är fysiskt aktiva. I en ame-

rikansk studie tillfrågades 1 800 vuxna om sina motionsvanor och hur den fysiska miljön såg ut i området där de bodde (148). Det framkom att motionsvanorna ökade om personerna upplevde att naturen eller omgivningen nära bostaden var trevlig och njutbar. Närheten till en park eller motionsspår innebar att motionsvanorna ökade med 100 respektive 60 procent. Sociala faktorer hade mindre betydelse för motionsvanorna. Om många i omgivningen motionerade var det 30 procent större chans att den tillfrågade individen utövade motionsaktiviteter och om vänner uppmanade till motion ökade chanserna med 20 procent. I en belgisk studie fann man att psykologiska och sociala faktorer endast förklarar enstaka procent av variationen i motionsvanor (149). I en studie med australiensiska medborgare över 60 år påvisades ett positivt samband mellan tillgången till säkra gångvägar och parkområden och ökad fysisk aktivitet (150). Ytterligare en studie fann ett signifikant samband mellan att personer som är missnöjda med närliggande rekreativmiljöer i större utsträckning riskerar att vara inaktiva än andra (151). I tillgängliga studier har uppgifter om exponering och utfall samlats in vid samma tillfälle. Eftersom exponeringen (den fysiska miljön) är stabil kan studierna betraktas som kohortstudier. Det finns således visst vetenskapligt stöd (*) för säkerheten av sambandet.

Djur- och naturkontakt

Bestämningsfaktorns betydelse för psykisk ohälsa

Människors välbefinnande och hälsa kan möjligen stärkas genom kontakt med djur och natur. Förklaringen kan vara att dessa element har utgjort en väsentlig del av människans existens och överlevnad genom årtusenden tillbaka och att de därför skulle ha en nedärvd betydelse för vår hälsa.

I en översiktsartikel om husdjurs inverkan på människors hälsa framkom inga tydliga skyddande effekter, även om vissa studier har påvisat detta (152). Det var framför allt studier som mätte utfall på den fysiska hälsan som ingick i översikten och som inte påvisade några tydliga effekter. Författarna menar dock att husdjur kan ha en vidare psykologisk betydelse som inte går att avläsa genom mått på fysisk hälsa. Den förklarande faktorn till varför husdjur kan förbättra människors psykiska hälsa skulle i så fall utgöras av själva relationen till husjuret och det sällskap och kamratskap relationen innebär för individen. Två artiklar som inte ingick i ovan nämnda översikt stödjer denna hypotes. Artiklarna påvisar att både kattägare och hundägare har bättre psykisk hälsa än människor utan husdjur, även efter kontroll för social bakgrund och andra faktorer som kan inverka (153) (154). Studierna ger visst stöd (*) för att husdjur förbättrar människors psykiska hälsa.

Det finns omfattande forskning som berör naturkontaktens betydelse för människors hälsa (155). Naturmiljöer tycks ha en läkande förmåga och används som rehabiliteringsmiljö för vuxna med psykiska problem (156) (157). Barn med utagerande beteendeproblematik (ADHD) uppvisar minskade koncentrationssvårigheter då de vistas i naturen (158) (159). I en särskild utredning om rekreationens betydelse för människors hälsa visar analysen att den psykiska hälsan gynnas av att ha en stor repertoar av fritidsaktiviteter kopplade till rekreation och där naturbaserade aktiviteter har en särskilt framträdande roll, till exempel friluftsliv och trädgårdsarbete (160). Möjliga förklaringar till naturens positiva effekter kan vara att naturmiljöer stimulerar en positiv återhämtning från vardagens stressorer samt utgör en distraktion för ihållande negativa tankar. Genom att vistas i naturen ökar också den fysiska aktiviteten, vilken kan vara en förklarande faktor till varför naturmiljöer skyddar mot psykisk ohälsa. Det vetenskapliga underlaget bedöms vara måttligt starkt (***) för att vistelse i naturmiljöer kan ha positiva effekter på människors psykiska hälsa. På samma sätt som tillgång till naturbaserade fysiska miljöer gynnar den fysiska aktivitetsnivån ger sådana miljöer möjlighet till ökad naturkontakt (*).

Medicinering med antidepressiva medel

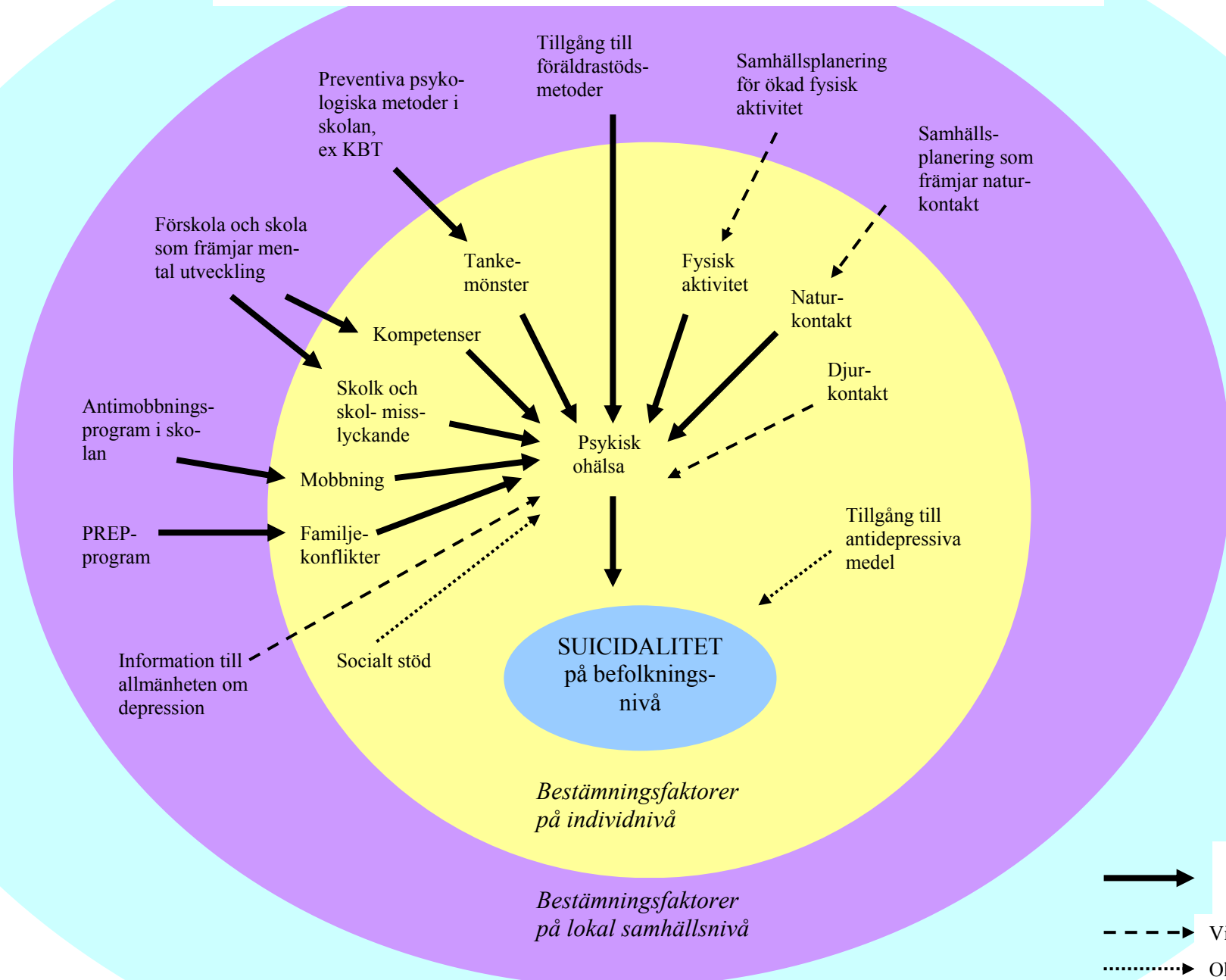
En stor andel av dem som tar sitt liv är deprimerade. Många deprimerade personer blir hjälpta av antidepressiv medicin. Tillgång till sådan medicin kan därför vara en bestämningsfaktor för suicid. Frågan behandlas i Socialstyrelsens underlagsrapport om suicidprevention. Det är dock motiverat att beröra diskussionen om samband mellan nedgång av suicid och den ökade tillgången till de relativt biverkningsfria så kallade SSRI-preparat som introducerades under 1990-talet.

Det har hävdats att nedgången av suicid i Sverige och flera andra länder kan förklaras av den ökade medicineringen med SSRI-preparat (161) (162). Ett argument mot att se användning av SSRI preparat som huvudförklaring till nedgången av suicid är utvecklingen över tid i de nordiska länderna (163). Nedgången i åldrarna över 24 år har pågått sedan början av 1980-talet. SSRI-preparaten kommer i allmänt bruk först under 1990-talet. Introduktionen av SSRI preparat förefaller inte att ha påverkat den nedgående trend som redan etablerades under 1980-talet. Evidensen är således oklar (0).

Ungdomar med betydande beteendeproblem

I en nyligen publicerad artikel undersöktes överrisken bland svenska individer som vårdats inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) att avlida i förtid (164). I en grupp om 1 400 individer som för mellan 12 och 33 år sedan varit i kontakt med BUP fanns en signifikant överrisk till för tidig död, varav suicid var den vanligaste dödsorsaken. Bidragande faktorer till denna överrisk var beteendeproblem, skolproblem och samvarierande drog- och alkoholproblem samt kriminalitet. Endast två av de totalt 19 suicidfallen hade vårdats inom barn- och ungdomspsykiatri efter att ha försökt ta sina liv.

Bestämningsfaktorer för suicidalitet kopplade till individer i befolkningen



- God till måttlig säkerhet (**)
- - - Visst stöd (*)
- ⋯ Oklart stöd (0)

Suicidmedel

Till suicidmedel räknas olika produkter eller föremål som direkt orsakar dödsfallet hos människor som tar sitt liv. De suicidmedel som behandlas är skjutvapen, läkemedel och dödlig gas. Avsnittet sammanfattas i figuren på sidan 50.

Tillgång till skjutvapen

Bestämningsfaktorns betydelse för suicid

Det vetenskapliga underlaget är starkt (**) för att tillgång till skjutvapen ökar risken för suicid. I två litteraturöversikter om vapen och suicid påvisades en ökad risk för suicid då vapen finns att tillgå i det egna hemmet, framför allt för ungdomar men även för vuxna (165) (166). I de båda litteraturöversikterna ingick totalt åtta fall- kontrollstudier varav fem fokuserade på ungdomar och tre på alla åldersgrupper. I ungdomsstudierna visade det sig att det var en större andel ungdomar som hade tillgång till vapen i hemmet bland gruppen ungdomar som avlidit genom suicid än hos kontrollgrupper av ungdomar. Kontrollerna utgjordes till exempel av ungdomar som utfört eller haft allvarliga tankar på suicidförsök, ungdomar med psykiska problem men som aldrig begått suicidförsök, ungdomar med en historia av förstämningssjukdomar eller ungdomar utan psykiska problem. I den ena studien där alla åldersgrupper studerades visade det sig att det oftare fanns tillgång till ett vapen i familjer där det förekommit suicid än i kontrollfamiljer i grannskapet. Sambandet var starkast för individer under 24 år. I den andra studien påvisades en signifikant förhöjd risk för suicid i familjer där man lagligt köpt ett vapen jämfört med kontrollfamiljer som inte hade köpt ett vapen. I samtliga ovan nämnda sju studier påvisades signifikant förhöjda risker för suicid om det fanns tillgång till vapen i hemmet efter kontroll för demografiska faktorer och andra skillnader mellan grupperna. Den åttonde studien genomfördes på Nya Zeeland (alla övriga i USA) och där fann man att tillgång till vapen i hemmet inte ökade risken för suicid men att det var en ökad sannolikhet att suicidmetoden var skjutning.

I de två litteraturöversikterna ingår även studier med annan design än fall- kontrollstudier. Ett sådant exempel är en tvärsnittstudie av 20 utvecklade länder där Lester och kollegor (167) påvisade ett positivt samband mellan ett indirekt mått på vapeninnehav (1980 års data om andelen mord som begicks med hjälp av vapen) och vapenrelaterade suicid samt ett negativt samband med suicid genom andra metoder. Denna och liknande ekologiska studier har dock begränsat bevisvärde.

I en nyligen publicerad tidsseriestudie påvisades ett negativt samband mellan tillgång till vapen och andelen vapenrelaterade suicid i flertalet västerländska länder sedan 1980 (168).

Möjligheter att påverka bestämningsfaktorn

I flera studier har man undersökt möjligheten att sänka suicidtalerna genom att införa restriktiva vapenlagar, till exempel genom förbud av inköp eller innehav, registrering av vapenägare och personlig bakgrundskontroll och vänteperioder vid inköp av vapen. Huvuddelen av de studier som visar på förebyggande effekter är tidsstudier som i vissa fall jämfört suicidtalens utveckling med kontrollområden där ingen intervention genomförts. De båda litteraturöversikter som tidigare redovisats (165, 166) samt ytterligare litteraturöversikter t.ex. (169) och (170) ger stöd för att vapenrelaterade suicid kan minskas genom införandet av restriktiva vapenlagar. Erfarenheter av nya vapenlagar finns från USA, Kanada, Australien, Nya Zeeland (171), Storbritannien och Norge (168). Det vetenskapliga underlaget bedöms vara starkt (**) för att restriktiva vapenlagar minskar förekomsten av vapenrelaterade suicid.

Dessutom finns ett starkt vetenskapligt underlag (**) för att säker förvaring av vapen i hemmet har en skyddande effekt för vapenrelaterad suicid. Säker förvaring innebär i en studie att vapnet förvaras oladdat och/eller inlåst (172) samt i en annan studie att vapnet förvaras inlåst eller oladdat eller att ammunition förvaras inlåst eller i separat utrymme (173).

Tillgång till läkemedel samt läkemedels dödlighet

Bestämningsfaktorns betydelse för suicid

Avsiktlig förgiftning genom överdosering av läkemedel är den vanligaste orsaken till akuta förgiftningar i den svenska befolkningen (174). År 2000 avled 531 individer till följd av läkemedelsförgiftning och 2002 inträffade 565 läkemedelsförgiftningar med dödligt utfall (175). De vanligaste läkemedlen som orsakade dödsfallen var analgetika (smärtstillande medel) och psykofarmaka. Dextropropoxifen var det enskilda läkemedel som orsakade flest dödsfall. Informationskampanjer, särskild receptblankett och avlägsnandet av blandpreparat på marknaden har dock minskat dödsfall orsakat av Dextropropoxifen sedan 2000-talets början. Storleksordningen på de läkemedelsrelaterade dödsfallen var relativt oförändrad mellan 1990 och 2000. Majoriteten av dödsfallen sker utanför sjukhus. Paracetamol orsakar ett stort antal förgiftningar, speciellt hos unga flickor. Paracetamolförgiftningar leder oftast inte till döden men förbrukar stora resurser i vårdkostnader som skulle kunna användas till andra suicidpreventiva insatser. Ofta förekommer flera substanser samtidigt hos personer som tar sitt liv genom förgiftning (176). Evidensen för bestämningsfaktorns betydelse för förekomsten av suicid bygger på studier där man försökt att förändra bestämningsfaktorn. Dessa studier tyder på visst stöd för att tillgången till läkemedel har betydelse för suicidförekomsten (*).

Möjligheter att förändra bestämningsfaktorn

I en internationell tvärsnittsstudie fann Gunnel med flera (177) att det förekommer färre suicid och skador genom förgiftning av receptfria smärtstillande läkemedel innehållande paracetamol i länder där det finns restriktioner för hur stor mängd av läkemedlet som är tillåtet att säljas vid ett och samma tillfälle. Denna studie ger visst stöd (*) för effektiviteten hos åtgärden.

I en tidseriestudie i England studerades förekomsten av suicid genom överdos av receptfria smärtstillande läkemedel före och efter införandet av en ny lagstiftning. Lagstiftningen innebär att förpackningarna av receptfria smärtstillande läkemedel minskade så att varje förpackning innehåller mindre mängd läkemedel. Suicid genom förgiftning av paracetamol eller salicylater minskade med 22 procent året efter det att lagstiftningen infördes och minskningen kvarstod nästföljande två år (178). Studien ger visst stöd (*) till att åtgärden är effektiv.

En annan typ av intervention som visat sig kunna minska överdoseringen av receptfria läkemedel är att förpacka tabletter i tryckförpackningar i stället för i burk. I en kontrollerad tidseriestudie noterades en signifikant minskning av överdosering av läkemedlet som förpackats i tryckförpackning – en minskning som inte noterades för andra läkemedel (179). Även för denna åtgärd finns visst vetenskapligt stöd (*).

Simkin med flera hävdar att tillgången på det receptbelagda smärtstillande läkemedlet co-proxamol (dextropropoxyphene och paracetamol) bör begränsas till förmån för andra mindre dödliga smärtstillande läkemedel. I en översiktsartikel hävdar de att det finns begränsad evidens för att upplysande åtgärder om läkemedlets dödlighet kan minska dödsfall genom överdos men att restriktiv användning då det gäller läkares ordinerings av läkemedlet visat goda resultat (180). Inga kontrollerade studier påvisar dock effekten av restriktiv förskrivning av dödliga läkemedel. Det finns således visst vetenskapligt stöd (*) för insatsens effektivitet.

Tillgång till dödlig gas

Suicid genom förgiftning av hushållsgas har sannolikt kunnat begränsas genom ökad användning av gaser med relativt låg toxicitet (*). Under 60-talet sjönk suicidtalerna i Storbritannien trots ökad arbetslöshet. Den sannolika förklaringen till minskningen var att antalet suicid genom förgiftning av hushållsgas minskade då hushållsgasen blev mindre giftig vid övergång till naturgas från gas baserad på upphettning av kol (181) (182). Därefter förändrades hushållsgasens sammansättning i flera andra länder. Antalet suicid genom hushållsgasförgiftning minskade i dessa länder men i vissa länder skedde en motsvarande ökning av andra suicidmetoder. En forskare inom området, Lester, anser att de totala suicidtalerna främst sänktes i länder där förgiftning med hushållsgas var en vanlig suicidmetod (183).

I England/Wales (184) och i USA (185) har införandet av katalysatorer i bilar troligen bidragit till färre suicid genom avgasförgiftning. Det finns således viss evidens för åtgärden (*). Suicid genom avgasförgiftning är dock fortfarande ett problem i länder där man infört katalysatorer (186) och i Australien hade åtgärden ingen effekt (187). Andra förebyggande metoder som föreslagits för att minska antalet suicid genom avgasförgiftning är att utforma avgasrör som inte passar munstycket till dammsugarslangar och att införa automatisk tomgångsstopp som utlöses av förhöjd kolmonoxidhalt i fordons passagerarutrymmen (186) (188). För dessa metoder saknas dock evidens.

Fysisk miljö

Den fysiska miljön kan underlätta eller försvåra genomförandet av själva suicidakten. Genom att inrätta den fysiska miljön så att tillgången till suicidmetoder minskar är det möjligt att minska antalet suicid som begås genom den aktuella metoden. Det finns då en risk för att människor väjer en annan suicidmetod istället, något som kallas för substitution i litteraturen. Om substitutionen skulle vara total saknas det motiv till att införa en åtgärd. Det finns dock vetenskapligt stöd för att personer som hindras att utföra suicidhandlingar genom en viss metod inte nödvändigtvis finner en alternativ metod i ersättning (189) (190). Det tycks som om människor föredrar vissa suicidmetoder framför andra (191) (192). Skulle de tvingas välja en annan metod kanske den nya metoden är mindre dödlig.

Det kanske starkaste motivet till att begränsa tillgången på suicidmetoder i den fysiska miljön har att göra med att människors impulser eller avsikter att utföra suicidhandlingar kan avbrytas och ebba ut då de möts av ett hinder i genomförandet. På så vis kan suicidpreventiva åtgärder i den fysiska miljön förhindra att akuta suicidplaner faktiskt skrids till verket.

Två fysiska miljöer tas upp i detta avsnitt. Den ena fysiska miljön är höga byggnader och broar som kan utrustas med skyddsanordningar och på så sätt förhindra suicid. Den andra fysiska miljön utgörs av väg-, järnvägs- och tunnelbanetraffiken där olika suicidpreventiva åtgärder är möjliga att införa. Avsnittet sammanfattas i figuren på sidan 50.

Skyddsanordningar vid broar och höga byggnader

Bestämningsfaktorns betydelse för suicid

Det finns flera exempel på platser som är särskilt utsatta då det gäller inträffade suicid. Denna utsatthet kan bero på att den aktuella platsen fått ett rykte eller uppmärksamhet i media och/eller på platsens lättillgänglighet för suicid (193). Exempel på populära platser för suicid genom hopp från hög höjd är Golden Gatebron och Niagarafallen i USA, Beachy Head and Clifton Suspension bron i England samt Eiffeltornet i Frankrike (194) (195).

I en studie av två geografiska områden i Sverige visade det sig att 50 fall av suicid genom hopp från broar inträffade på totalt 27 olika (väg)broar. Den sammanlagda sträckan på dessa broar var knappt nio kilometer. Tre av broarna svarade för nästan hälften av inträffade suicid,

vilket talar för att det finns goda möjligheter till förebyggande skyddsåtgärder vid dessa och liknande suicidutsatta broar (196). Det vetenskapliga underlaget för att tillgång till platser som möjliggör suicid genom hopp från hög höjd utgör en bestämningsfaktor för suicid härrör främst från möjligheterna att påverka bestämningsfaktorn, se nedan. Där framgår att det finns begränsat vetenskapligt underlag (*).

Möjligheter att påverka bestämningsfaktorn

Tre studier presenterar data på förändringar i antalet suicid som sker genom hopp från hög höjd före respektive efter genomförd åtgärd. Två av studierna rör broar (197) (198) och en studie rör skyddsstaket på en hög byggnad (193). I Washington monterades skyddsstaket upp på Ellingtonbron där det i genomsnitt inträffade fyra suicid årligen innan åtgärden genomfördes. Under de fem efterföljande åren inträffade endast ett suicid. Minskningen noterades inte på en närliggande bro där ingen åtgärd vidtogs. I Nya Zeeland monterades skyddsstaketen bort på en centralt placerad bro som ligger i nära anslutning till regionens största sjukhus som har en psykiatrisk akutmottagning. Efter åtgärden ökade antalet och andelen genomförda suicid på platsen och ökningen kvarstod under fyra års tid därefter. Den genomsnittliga andelen suicid genom hopp från hög höjd förändrades inte i regionen men det förekom fler suicid genom hopp från den aktuella bron (198). I det tredje fallet utrustades en suicidutsatt byggnad i Schweiz med ett skyddsnet, varefter suicid från byggnaden upphörde helt under de fyra följande åren. Ingen ökning av suicid genom hopp från andra byggnader i staden noterades heller (193). Bevisvärdet för de tre studier som inkluderas bedöms vara medelhögt eftersom de inte kontrollerar för samhällstrender i förekomsten av suicid. Således finns begränsat vetenskapligt underlag (*) för att skyddsanordningar vid suicidutsatta broar och byggnader minskar risken för suicid.

Säkerhetsåtgärder för väg-, järnvägs- och tunnelbanetrafik

Bestämningsfaktorns betydelse för suicid

En suicidmetod är då människor av egen vilja placerar sig framför fordon i rörelse (bilar, tåg och tunnelbana). I en internationell översikt om suicid och naturliga dödsfall i vägtrafiken hävdas att det endast finns ett fåtal studier som rapporterar data om fotgängares suicid i vägtrafiken (199). Enligt en studie i översikten skulle det vanligaste sättet som fotgängare begår suicid vara att gå eller hoppa framför ett tungt fordon.

Då det gäller fordonsrelaterade dödsfall finns svårigheter att avgöra vilka som är suicid och vilka som är rena olyckor. Enligt den officiella statistiken i Finland motsvarade andelen suicid 2,6 procent av alla dödsfall inom vägtrafiken under perioden 1987-1991. Samma uppgift uppskattades i en studie och däri klassades motsvarande andel till 5,9 procent (200). Två grundtyper av fordonsrelaterade suicid som förekommer är "singelolyckor" då föraren kör in i ett fast föremål, respektive "dubbelolyckor" då kollisionen sker med ett annat (ofta tungt) fordon. I en analys av dödstaten inom vägtrafiken i Sverige år 1999 ansågs 3,1 procent av alla dödsolyckor utgöras av suicid (201). Med 2005 års dödstat i trafiken (440 personer) skulle samma procentandel resultera i 13 inträffade suicid i vägtrafiken under 2006.

Då det gäller suicid i järnvägstrafiken finns ett antal studier som behandlar epidemiologiska data i olika länder. I Sverige inträffar i genomsnitt mellan 80-100 dödsolyckor på järnvägarna varje år, varav cirka 80 procent utgörs av suicid. I en studie visade det sig att merparten av personerna som tog sitt liv på de svenska järnvägarna mellan åren 2000 och 2002 hade befunnit sig på järnvägsrälsen en stund innan tåget passerade den aktuella platsen. Merparten av alla suicid utfördes i stadsmiljö och huvudsakligen i de tre storstadsområdena Stockholm, Göteborg och Malmö. Detta är viktig kunskap från ett preventivt perspektiv då det skulle vara möjligt att införa kamerabevakning på de mest suicidutsatta platserna för att på så vis upp-

täcka suicidnära personer tidigt och därmed öka chanserna för föraren att hinna stanna tåget (202). Inga studier påträffades som påvisar effekten av förebyggande insatser inom järnvägstrafiken.

I en internationell registerstudie från 1992 publicerades data om suicid i tunnelbanesystemen från 23 olika länder (203). Därefter har det rapporterats om suicidförekomst i tunnelbanesystem i olika delar av världen: Storbritannien (204), Kina (205), Kanada (206) Tyskland (207), Japan och Sverige (208). Den vanligaste platsen för dödsfall är på perrongens första tredjedel. Det finns oftast vissa tunnelbanestationer som är mer utsatta än andra. Sådana stationer ligger ofta i närheten av psykiatriska mottagningar. Det saknas specifik evidens (0) för att väg-, järnvägs- och tunnelbanemiljöer utgör bestämningfaktorer för suicid.

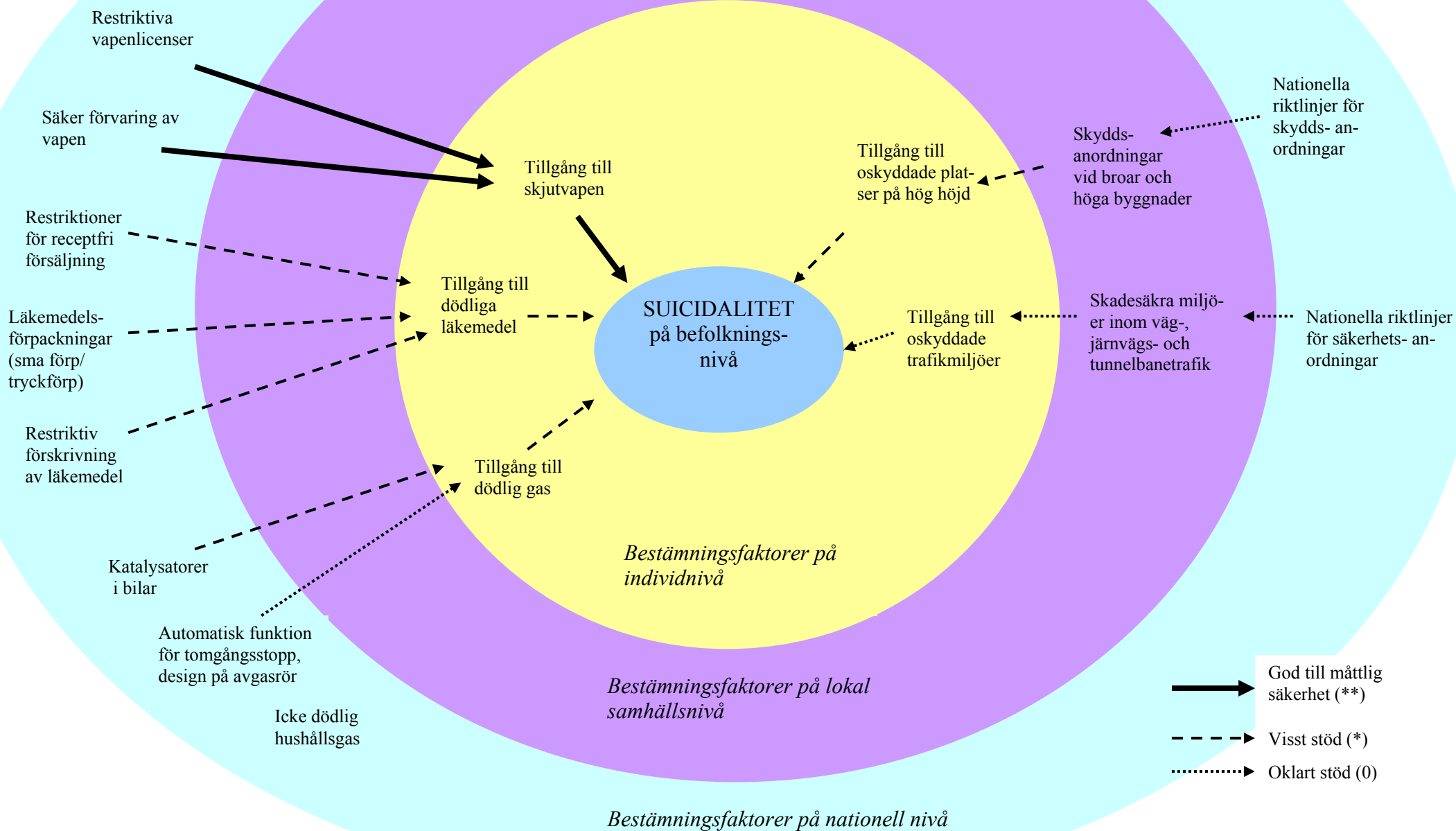
Möjligheter att påverka bestämningfaktorn

Trafiksäkra miljöer inom såväl väg-, järnvägs- och tunnelbanetrafiken verkar skyddande mot suicid. Det saknas dock studier som påvisar faktiska förändringar i suicid genom förebyggande åtgärder i trafikmiljöer. Ett undantag är Singapore där fysiska förändringar i tunnelbanesystemet genomfördes av energibesparingsskäl. Ett antal stationer byggdes in så att spårområdet inte var möjligt att nå från perrongen. Vid dessa stationer inträffade därefter inga suicid (203).

Det finns flera rekommendationer på suicidpreventiva åtgärder då det gäller tåg- och tunnelbanetrafiken. Specifik evidens för dessa åtgärder saknas (0).

- Allmän övervakning av plattformar samt möjlighet för föraren att via TV-skärm övervaka plattformen (189, 208)
- Inbyggda stationer med dörrar som öppnas när tåget har stannat (208)
- Spetsig lokdesign/airbags/”kjol” som hindrar att kroppen körs över av hjulen (189, 208)
- Låg hastighet vid inkörning på plattformen (208)
- Nedsjunkna kanaler mellan rälsen (suicide pits) (189, 208)
- Skyddsstaket mellan spår och plattform vid den första delen av plattformen (189, 206)
- Involvera säkerhetsvakter i prevention (206)
- Information om att hjälp finns att tillgå/tillgång till telefon (206) kontraproduktivt (189)
- Skydd som hindrar allmänheten att klättra ned på spårområdet i ändarna av perrongen (189)
- Staket eller dyl. som hindrar människor att ha tillträde till plattformar bredvid förbipasserande tåg (189)
- Markeringar på plattformen ”No standing areas” (189)

Bestämningsfaktorer för suicidalitet kopplat till suicidmedel och fysisk miljö



Social miljö

Till bestämningsfaktorer för suicid inom den sociala miljön räknas medias rapportering om suicid (inklusive Internet), suicidförebyggande program i skolor och på arbetsplatser, suicidcentra och jourtelefoner, screening för suicid, utbildning av olika yrkesgrupper samt allmän upplysning. Avsnittet sammanfattas i figuren på sidan 58.

Medias rapportering om suicid

Bestämningsfaktorns betydelse för suicid

Det finns stark evidens för att rapportering om suicid i media kan resultera i en efterföljande ökning i suicidtal genom så kallade imitationssuicid (**). Detta samband har visats i flera översiktsartiklar, varav en var en metaanalys (209). Evidensen är även samstämmig då det gäller rapportering om verkliga suicidhändelser kontra fiktiva suicid (210). Rapportering om verkliga suicid är otvivelaktigt förknippade med ökad risk för imitationssuicid medan evidensen för fiktiva berättelser om suicid i filmer, böcker och musik inte är lika betydande men ändå relevant (211) (212). I metaanalysen påvisades signifikant förhöjda risker av imitationssuicid då media rapporterar om att en känd person tagit sitt liv, till exempel en politiker eller person från underhållningsbranschen (209) (213) (214). Likaså uppvisas signifikant förhöjda suicidrisker då budskapet i media formuleras på ett sådant sätt att suicid framstår som heroiskt eller då negativa konsekvenser av suicid eller möjliga alternativa lösningar på psykisk ohälsa utelämnas. I ett fall från USA då en känd musiker tog sitt liv noterades ingen ökning av suicidtal. De uteblivna imitationssuiciden antogs kunna bero på hur media hanterade fallet och rapporterade om det (215).

Möjligheter att påverka bestämningsfaktorn

Några studier redovisar erfarenheter av att införa riktlinjer för medias rapportering om suicid. I Wien åstadkom man en sänkning av tunnelbanerelaterade suicid efter införandet av riktlinjer för hur media skulle handskas med dessa händelser. Riktlinjerna resulterade i att antalet publicerade artiklar minskade och att kvaliteten på dem förbättrades. Istället för tidigare dramatiska och skandaliserande artiklar skrevs kortare texter som sällan publicerades på tidningarnas förstasidor. En 75-procentig minskning av suicid i tunnelbanan noterades under halvåret som följde de nya riktlinjerna och den minskningen höll sig relativt konstant de följande fem åren (216) (217). Ett liknande försök med att införa riktlinjer för medias rapportering om suicid genomfördes i Schweiz. Artiklar i den tryckta pressen studerades kvantitativt och kvalitativt under åtta månader. Därefter hölls en nationell presskonferens då resultatet redovisades. Framtagna riktlinjer skickades ut till landets tidningsredaktörer. Dessutom hölls ett personligt möte med en chefsredaktör för den ledande kvällstidningen. Medias rapportering om suicid studerades därefter ytterligare åtta månader. En ökning av antalet publicerade artiklar noterades men kvaliteten på rapporteringen hade förbättrats (218).

I Australien har ett nationellt försök gjorts då rapporteringen av suicid i tidningar, radio och TV studerades under tolv månader med avseende på dess omfattning och kvalitet. En kvalitetsmanual användes för att avgöra rapporteringens kvalitet (219). Liknande verksamhet har genomförts i Kina (220). Försöken är exempel på hur det på nationell nivå är möjligt att införa ett monitoringsystem för kontroll av medias rapportering av suicid, något som förmodligen är nödvändigt för att framtagna riktlinjer ska tillämpas och bli effektiva.

Då det inte är möjligt att i kontrollerade studier undersöka effekten av att införa riktlinjer för medias rapportering av suicid är det vetenskapliga stödet för insatsen endast begränsat (*).

Internet

Bestämningsfaktorns betydelse för suicid

På samma sätt som rapportering om suicid i media kan leda till ökad förekomst av suicid kan rapportering via Internet förmodligen få liknande effekter. Det är känt att bristfällig rapportering om suicid via Internet påverkar läsarna så att de får förenklade attityder till suicid (221). Det finns flera webbplatser och internetforum/chat-rum på Internet där läsaren uppmanas till att genomföra suicidhandlingar och till och med ges vägledning om fördelar och nackdelar med olika suicidmetoder. I vissa fall är det möjligt att kommunicera sina tankar om suicid med andra och få tips om hur man bäst lyckas med att fullborda suicid. Kommunikationen kan löpa hämningslöst och helt ocensurerat, vilket kan resultera i rigida slutsatser om planerna att utföra suicidhandlingar. Möjligen kan sårbara/suicidbenägna personer/ungdomar vara extra mottagliga för sådan typ av information med ökad suicidrisk som följd. Det är dock oklart huruvida webbplatser av denna karaktär bidragit till ökad förekomst av suicid då det endast finns uppgifter från enskilda fall (222) (223). Evidensläget för bestämningsfaktorn är således oklart (0).

Ytterligare ett problem med Internet kopplat till suicid är så kallade suicidpakter då två eller flera personer via Internet kommer överens om att ta sitt liv på samma sätt och vid samma tillfälle (224). Internet möjliggör även obehövad handel med läkemedel, alkohol och droger - produkter som kan användas som suicidmedel eller bidra till ökad suicidbenägenhet.

Möjligheter att påverka bestämningsfaktorn

Det saknas evidens för suicidpreventiva åtgärder på Internet. Det närmaste om prevention som står skrivet i litteraturen är rekommendationer om att det bör finnas riktlinjer för rapportering och att det bör finnas hjälp att få via Internet för dem som behöver (225). Ett exempel på hur hjälp till suicidnära personer kan erbjudas via Internet är den internationella organisationen Befrienders International som har en hemsida med information, telefonlinjer i 41 länder samt internetbaserad stödverksamhet via e-post på sju olika språk (226). I Danmark finns ett lagförslag som innebär att det skulle bli olagligt att publicera instruktioner om suicidmetoder i massmedia, inklusive på Internet (227). I Australien har man infört en lagstiftning som gör det brotts-

ligt för en person att använda Internet eller andra elektroniska källor för att, direkt eller indirekt, underlätta eller påverka en annan person att suicidera eller att förespråka eller ge instruktioner om en särskild suicidmetod. Lagen har inneburit att vissa sidor har stängts ned och att bötesstraff har delats ut till ansvariga utgivare (228).

Suicidpreventiva program på skolor och arbetsplatser

I USA utvecklades under 1970-talet skolprogram som syftade till att göra ungdomar medvetna om suicid och om riskfaktorer och varningssignaler för suicid. Detta gjordes med hjälp av informationsinsatser till elever under ordinarie lektionstid samt ibland även genom information riktad till skolpersonal och föräldrar. Tanken var att den ökade kunskapen om suicid skulle minska förekomsten av suicidala beteenden. I en översikt publicerad 1989 beskrivs 115 skolprogram av denna typ (229). Utvärderingar av sådana skolprogram har visat på varierande resultat. Flera systematiska översikter har som slutsats att det kan finnas både positiva och negativa effekter av programmen och att evidensen för skolbaserade suicidpreventiva program av denna typ är otillräcklig (evidensgradering 0) (90) (91) (230). I en av översikterna diskuteras sex studier av sådana program (90). Tre av studierna visade på gynnsamma effekter, en hade ingen effekt och två hade klart negativa effekter. De negativa effekterna bestod till exempel av minskad förekomst av önskvärda attityder, ökad förekomst av känslor av hopplöshet och oändamålsenliga copingstrategier hos pojkar som genomgått programmet samt negativa reaktioner av programmet från elever som tidigare utfört suicidal handlingar. Dessa program kan således öka suicidrisken bland vissa grupper av ungdomar och enligt Gould utvecklas därför inte programmen längre i USA. Enligt Guo och Harstall förekommer det metodologiska brister i utvärderingarna av de skolbaserade programmen, vilket ytterligare bidrar till osäkerheten kring deras effektivitet (230).

I den vetenskapliga litteraturen har intresset för de rent informationsbaserade suicidpreventiva skolprogrammen minskat. Fokus ligger i stället på alternativa skolbaserade insatser som tydligare strävar mot att stärka olika förmågor hos eleverna (90) (231). Sådana förmågor har att göra med problemlösningsförmåga, copingstrategier, och kognitioner (tankemönster). Förmågorna har beskrivits tidigare i detta kapitel. I en översiktsartikel framtagen av HEN (Health Evidence Network) påvisas goda möjligheter att arbeta förebyggande med elevers psykiska hälsa inom skolsystemet (232). Långvariga program som genomförs med hög intensitet och som involverar hela skolan är mest effektiva. Skolprogram med fokus på suicidprevention är en av de minst effektiva insatserna, enligt resultatet i översiktsartikeln.

Från USA finns även erfarenheter av att införa ett suicidpreventivt program i en större arbetsorganisation, nämligen inom flygvapnet (233) (234). Över fem miljoner anställda ingick i studien som syftade till att minska stigmatiseringen kring psykiska problem, öka kunskapen om psykisk ohälsa och att underlätta för de anställda att söka hjälp. En minskning av suicidfallen med 33 procent noterades mellan tiden innan interventionen (1990-1996) och tiden efter (1997-2002). Positiva effekter noterades även då det gäller olyckor som resulterar i dödsfall, dråp och mord samt familjevåld.

Det är osäkert vilken eller vilka komponenter i programmets genomförande som skulle kunna förklara effekten och i nuvarande läge är evidensen otillräcklig för att det ska vara möjligt att förespråka åtgärden (0).

Suicidcentra och telefonjourer

Suicidcentra och telefonjourer är utformade så att personer som drabbas av kriser av olika slag ska ha någon att vända sig till för att få råd och stöd. Fördelarna med sådana krisinrättningar är att de ska finnas tillgängliga för alla under merparten av dygnets timmar. Eftersom suicid många gånger är en impulsiv handling kopplad till en krisreaktion är tanken att dessa krisinrättningar ska kunna bidra till minskad förekomst av genomförda suicid. I en översiktsartikel om suicidcentras effektivitet inkluderades 14 studier (235). Sju av studierna påvisade en preventiv effekt, en studie påvisade en ökning av suicidtal och i sex av studierna påvisades varken positiva eller negativa effekter. Det vetenskapliga underlaget för regionala suicidcentra och jourtelefoner är oklart (0).

Enligt författarna i två översikter om suicidprevention för ungdomar är inte effekten av krisinrättningar tillräckligt studerade för att det ska vara möjligt att uttala sig om deras lämplighet (90) (236). Möjliga brister med krisinrättningar diskuteras. En brist kan vara att män inte tilltalas av denna typ av stöd i lika stor utsträckning som kvinnor. En annan brist är att människor som begår impulsiva suicid inte tar sig tid att överväga alternativa lösningar på sina problem. Ett tredje problem som diskuteras är att personal på krisinrättningar skulle ge alltför allmänna råd till sina klienter, oavsett vilka problem de har, och därför inte vara till någon hjälp. En möjlig lösning på det senaste problemet skulle vara att ersätta den allmänna rådgivningen med terapeutiska samtal. Det har nämligen visat sig att sessioner med psykoterapi via telefonsamtal är effektiva (237). En studie från Australien visar också på positiva kortsiktiga resultat för suicidala ungdomar som ringt till en jourtelefon (238). I Italien har även suicidtal bland äldre kvinnor kunnat minskas med hjälp stödsamtal via telefon två gånger i veckan samt en jourtelefon som var öppet dygnet runt (239).

I Sverige finns en nationell jourtelefon som drivs med hjälp av statliga medel. Telefonlinjen kallas Nationella hjälplinjen och öppnades i april 2002 som ett resultat av samarbete mellan fem olika patient/anhörigföreningar, varav en var Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES). Jourtelefonen organiseras efter en modell för kristelefon som sedan mer än 40 år bedrivs av Mental Helse i Norge (240) (241). Riksorganisationen BRIS (Barnens rätt i samhället) bedriver telefonrådgivning och rådgivning via e-post till barn och ungdomar i behov av stöd. En betydande andel av BRIS:s kontakter med barn och ungdomar berör ämnet psykisk ohälsa och suicid. BRIS driver även en föräldratelefon där vuxna kan få råd eller stöd i sina kontakter med barn (242).

Screening

En möjlig strategi för suicidprevention är att identifiera individer som löper hög risk att utföra suicidhandlingar för att sedan genomföra riktade insatser mot dessa individer. Identifieringen av riskindivider är möjlig att genomföra

med hjälp av så kallade screeningprogram som kan tillämpas på olika arenor i samhället, exempelvis inom hälso- och sjukvården eller inom skolan. Det är en tilltalande tanke att avsätta resurser till individer eller grupper av befolkningen som behöver det mest. Det finns dock problem med att identifiera personer med hög risk för suicid. Orsaksmönstret till suicid är komplext och det finns ingen enskild riskfaktor eller given kombination av riskfaktorer som förekommer hos alla inträffade suicid. Riskfaktorernas förekomst varierar över tid hos enskilda personer vilket innebär att medlemmarna i en eventuell riskgrupp ständigt byts ut och ersätts av andra personer. Ytterligare ett problem består i att det är svårt att utforma screeningsverktyg med hög träffsäkerhet för en så relativt ovanlig förekomst som suicid (26).

En panel av amerikanska experter inom primärvård och förebyggande arbete (US Preventative Services Task Force) har genomfört en systematisk litteraturöversikt om evidensen för screening av suicid inom hälso- och sjukvården (243). Panelen fann otillräcklig evidens för att varken kunna rekommendera eller avråda från screening av suicid inom den allmänna hälso- och sjukvården. Ett problem med screening av den allmänna befolkningen är att verktygen som används för suicidscreening är utarbetade för att användas inom psykiatriska kliniker. Det är oklart hur lämpliga samma metoder är att användas i en bredare befolkning. Panelen fann även otillräcklig evidens för att behandling av riskpersoner för suicid resulterar i minskad förekomst av suicidförsök eller fullbordade suicid. Slutligen konstaterades att det saknas kunskap om huruvida det kan finnas skadliga effekter av att genomföra screening för suicid eller att behandla riskindivider för suicid. Mot denna bakgrund är det därför osäkert hur effektivt det är att införa screening för suicid inom andra breda samhällsarenor, till exempel inom skolan eller på arbetsplatser (0).

En studie som ytterligare påvisar svårigheterna med att genomföra breda screeningprogram för suicid är en utvärdering av ett screeningprogram inom skolväsendet i USA (244). Försöket genomfördes i två skoldistrikt, ett på vardera kusten av USA. Ett slumpmässigt urval av elever från de gymnasieskolor som ingick i studien fick fylla i en datorbaserad enkät med frågor som rörde deras psyksiska hälsa och suicidbenägenhet. Av de elever som deltog i undersökningen uppvisade 30 procent uttalad suicidrisk enligt det formulär som användes, vilket motsvarade 389 elever. En övervägande andel av dessa elever uppvisade även andra riskbeteenden, såsom låga medelbetyg eller hög skolfrånvaro. Det stora antalet elever som ansågs vara suicidbenägna gjorde att det blev svårt att få resurserna att räckta till för att följa upp dessa elever som det var tänkt. Ansvariga skolledare ifrågasatte även användbarheten av screeningsverktyget då huvuddelen av de identifierade eleverna löpte liten till medelhög risk för suicid. Dessutom uttrycktes missnöje med att oroa föräldrar och elever ”i onödan”. Skolledarna var även oroliga för vilket ansvar de hade för om någon elev som de inte hunnit följa upp tog sitt liv. Efter två terminers genomförande beslutade båda skoldistrikten att avsluta screeningsprogrammet. Förutom brister med själva screeningsverktyget upplevde forskningsgruppen andra problem under försöket. Sådana problem bestod till exempel av att skolpersonal var ovilliga att delta i utbildning eller att skolor inte var intresserade av frågan eller inte kände sig kapabla att ta sig an uppgiften. I andra studier från USA har det visat sig att olika perso-

nalgrupper inom skolsystemet, i likhet med resultatet ovan, inte har någon större tilltro till att införa screening av suicid i skolor (245) (246) (247).

För att undersöka om det kan finnas kontraproduktiva effekter av screeningsprogram genomförde Gould och kollegor en studie på sex gymnasieskolor i staten New York i USA (248). Olika klasser valdes slumpmässigt ut att delta i screeningprogrammet. Drygt tusen elever fick svara på frågor om deras suicidbenägenhet och ungefär lika stort antal elever var kontrollelever som inte utsattes för någon intervention. Det fanns inga skillnader i psykisk ohälsa mellan experimentgrupp och kontrollgrupp från början. Två dagar efter interventionen uppskattades förekomsten av båda grupper psykiska ohälsa och tankar om suicid. Inga större skillnader noterades mellan grupperna, vare sig gällande psykisk ohälsa (depressiva besvär) eller suicidtankar. Inte heller riskindivider i experimentgruppen påverkades negativt, snarare rapporterade de minskad förekomst av både depressiva besvär och suicidtankar jämfört med riskindividerna i kontrollgruppen. Studiens slutsats är att det inte finns några risker med att utsätta gymnasieelever för screeningprogram för suicid. Studien har dock kritiserats för metodologiska brister (249). Dessutom var uppföljningstiden i studien (2 dagar) mycket kort. Därmed är det inte möjligt att undanröja screeningsprograms eventuella skadliga effekter förrän fler studier är genomförda inom ämnet.

Utbildning av yrkesgrupper

Flera yrkesgrupper kommer genom sitt arbete i direktkontakt med sårbara grupper av befolkningen som utgör suicidnära personer. Sådana yrkesgrupper är till exempel präster, äktenskapsrådgivare, apotekspersonal, äldre-vårdspersonal, personaladministratörer och personal på olika institutioner såsom skolor, fängelser och inom militären. En möjlig suicidpreventiv åtgärd är att utbilda sådana yrkesgrupper i att känna igen tecken på ökad suicidrisk. Meningen är att de ska kunna fånga upp riskpersoner och slussa dem vidare till lämplig samhällsinstans för att de ska få hjälp med sina problem. Det saknas dock kunskap om vilka effekter sådana utbildningsinsatser har om de införs som enda åtgärd (250). Vanligen kombineras de med bredare åtgärder inom olika institutioner och tyder då på effektiva resultat (se exemplet med det amerikanska flygvapnet). Erfarenheter finns också från den norska militären. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt för det ska vara möjligt att uttala sig om effektiviteten av att utbilda nyckelpersoner (0).

Upplysning

Allmänna informationskampanjer om suicid syftar till att öka befolkningens kunskaper om riskfaktorer och varningstecken för suicid. Ett annat syfte är att minska stigmatiseringen omkring psykisk ohälsa och suicid och på så vis få människor att söka hjälp för sina problem. Enligt Mann (250) utvärderas sådana informationskampanjer sällan systematiskt och det är därför oklart om de har någon effekt som suicidpreventiv åtgärd (0). Det finns dock vetenskapliga studier från olika länder där man genomfört informationskampanjer för att påverka befolkningens attityder kring uppkomst och behand-

ling av depressioner. Studier från Tyskland (251), Storbritannien (252) och Australien (253) visar på begränsade effekter av sådana program (*). Effekterna består i att man uppmätt kunskapsförändringar i befolkningen då det gäller att känna igen depressionssymtom och attitydförändringar kring uppkomst och behandlingsmöjligheter för depressioner.

Slutsatser

Litteraturgenomgången visar tydligt att ogynnsamma sociala förhållanden och alkoholmissbruk har stor betydelse för förekomst av suicid. De båda bestämningsfaktorerna har analyserats var för sig men påverkas troligen ömsesidigt av varandra på individnivå.

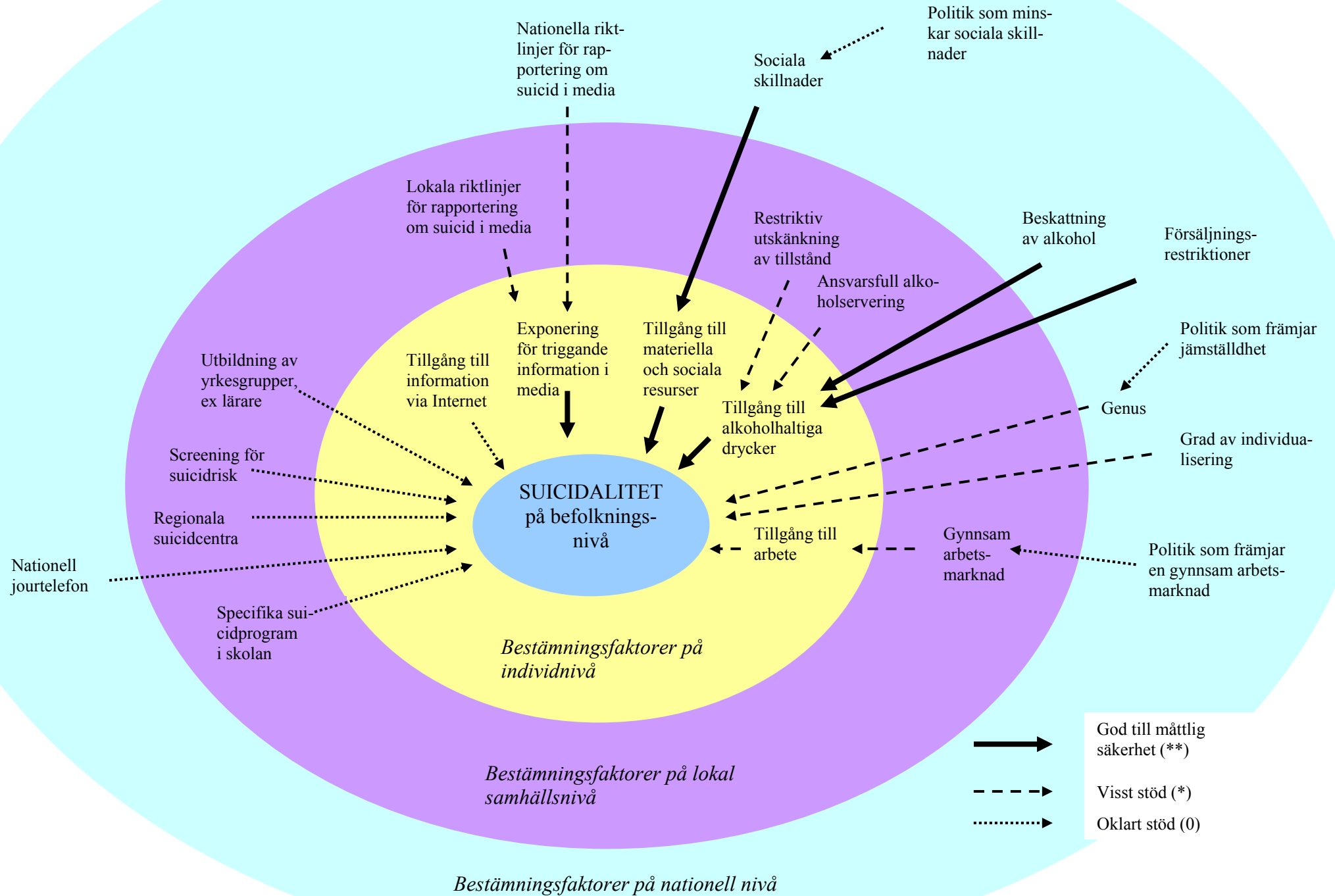
Vidare visar genomgången att insatser för att förebygga psykisk ohälsa har en viktig roll i suicidpreventivt arbete. Behandling av psykiska sjukdomar är en given komponent i suicidpreventivt arbete men därtill bör förebyggande insatser med dokumenterad effekt ges hög prioritet. Prevention av psykisk ohälsa handlar främst om metoder som inom det skadepreventiva området brukar betecknas som aktiva metoder vilket innebär att de kräver medverkan från de individer som förväntas dra nytta av insatserna.

Ytterligare en viktig suicidpreventiv åtgärd är att begränsa tillgången till skjutvapen. Denna åtgärd är ett exempel på suicidprevention som syftar till att begränsa tillgången till suicidmedel och suicidmetoder (engelskans *means restriction*). Andra exempel på sådana metoder är att begränsa tillgången till vissa läkemedel och till giftig gas eller att inrätta säkerhetsåtgärder i fysiska miljöer såsom vid vägbroar, höga byggnader samt i väg-, järnvägs- och tunnelbanemiljöer. Det vetenskapliga stödet för dessa passiva åtgärder är svagare än för de aktiva metoderna men det beror sannolikt på att det saknas studier i ämnet, snarare än att metoderna skulle vara verkningslösa.

Bestämningsfaktorer för suicid som hör till den sociala miljön har det förhållandevis svagaste vetenskapliga stödet för att vara effektiva. Vissa metoder inom den sociala miljön har visat sig kunna vara kontraproduktiva, en del har inte visat på tillräckliga effekter och andra är otillräckligt beforskade.

Erfarenheter från skadeförebyggande arbete visar att allomfattande program som består av både aktiva och passiva åtgärder inom olika samhällssektorer minskar förekomsten av skador på befolkningsnivå (254). Detsamma gäller troligen för suicidpreventivt arbete.

Bestämningsfaktorer till suicidalitet kopplat till den sociala miljön samt till strukturella faktorer i samhället



Deskriptiv genomgång av verksamheter kopplade till suicidprevention

I detta kapitel beskrivs några aktörer som kan påverka risker för suicid. Texten bygger till stor del på samtal med företrädare för dessa aktörer. Kapitlet följer samma upplägg som tidigare, det vill säga med utgångspunkt från olika kategorier av bestämningsfaktorer för suicid.

Åtgärder inriktade på strukturella faktorer

Alkohol- och narkotikapreventiva åtgärder

Hög alkoholkonsumtion och narkotikabruk ökar riskerna för suicid samt flera andra riskbeteenden och fysiologiska skador och därför bör samhället vidta åtgärder för att begränsa alkoholkonsumtionen och narkotikabruket i befolkningen. En nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador har implementerats i Sverige mellan 2001-2005 (255). Flertalet alkoholförebyggande insatser genomfördes inom ramarna för handlingsplanen, vilket har lett till vissa framgångar i ambitionen att minska skadeverkningarna av alkoholkonsumtionen (256). En av slutsatserna i uppföljningen av den nationella handlingsplanen är, enligt Statens folkhälsoinstitut, att otillräckliga prioriteringar har gjorts för att begränsa tillgängligheten till alkohol på lokal, regional och nationell nivå.

Flertalet aktörer på olika samhällsnivåer är involverade i det alkohol- och drogförebyggande arbetet. På den nationella nivån arbetar Statens folkhälsoinstitut med implementering av alkoholförebyggande arbete samt med tillsyn enligt alkohollagen. Andra nationella aktörer som företräder alkohol- och narkotikafrågan är Alkoholkommittén, Mobilisering mot narkotika samt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Den svenska alkoholpolitiken påverkas av EU. En viktig del av arbetet måste därför ske på EU-nivå.

Åtgärder inriktade på individfaktorer

Förebygga psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa utgör den enskilt viktigaste bestämningsfaktorn för möjligheterna att reducera suicidförekomsten. I så kallade PAR-studier (population attributable risk) undersöks hur stor andel suicid som skulle undvikas om en viss riskfaktor eliminerades. Sådana studier tyder på att psykisk ohälsa, främst i form av förstämningssjukdomar som exempelvis depression, är den faktor som har störst betydelse för suicidförekomsten och som alltså

skulle leda till störst minskning av suicidtal om den kunde elimineras. För utförligare redovisning av sådana studier, se (257).

I litteraturoversikten identifierades flera bestämningsfaktorer och metoder som påverkar förekomsten av psykisk ohälsa. Förståelsen av hur några av bestämningsfaktorerna går att påverka är förhållandevis god och metoder är under implementering. Föräldrastödsprogram är ett sådant exempel. Under senare år har det framkommit ny kunskap om metoder som främjar ett gott samspel mellan barn och föräldrar, vilket i sin tur främjar barnens psykiska hälsa (132). För närvarande sprids ett antal moderna metoder som syftar till att ge vuxna stöd i sitt föräldraskap. Spridningen sker inom kommuner och landsting och staten stödjer till viss del denna process. Länsstyrelserna i Stockholms län, Västra Götalands län och Skåne län har tagit fram en informativ skrift om föräldrastödsmetoder. Skriften innehåller både beskrivning av olika program och reportage med föräldrar som berättar om sina erfarenheter av programmen (258).

Andra bestämningsfaktorer för psykisk ohälsa är mindre utvecklade då det gäller den praktiska implementeringen av förebyggande insatser. Vissa metoder implementeras fastän deras effekter inte är vetenskapligt studerade. Här kan mobbningsförebyggande program i skolan tjäna som exempel. Det finns flera pedagogiska program som syftar till att förebygga mobbning men endast ett av dem, Olweusmetoden, är systematiskt utvärderat. Trots detta har skolor främst använt ett antal andra metoder som inte är utvärderade och som troligen saknar effekt. Förekomsten av mobbning har varit oförändrad under det senaste decenniet, vilket talar för att metoderna som används är verkningslösa. Hade kännedomen om olika metoders effektivitet varit utbredd skulle sannolikt fler ungdomar kunnat slippa att bli mobbade.

Sedan den första april 2006 finns en ny lagstiftning om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och skolelever (259). Lagen förtydligar ansvaret som skolans huvudmän har för att barn och elever ska vara trygga i skolan.

Erfarenheterna inom mobbningsområdet leder in på vikten av att det finns tillgänglig kunskap om olika pedagogiska metoders effektivitet. Detta gäller mobbningsförebyggande program men även andra områden inom skolan. I en aktuell utredning som behandlar ungdomars psykiska ohälsa ges förslag till hur skolan på ett bättre sätt än idag skulle kunna arbeta förebyggande med elevernas psykiska hälsa (260). Ett förslag är att inrätta en verksamhet med uppdrag att tillhandahålla systematiska sammanställningar av internationellt publicerade och vetenskapligt utformade studier av pedagogiska insatsers effekter. Förslaget är viktigt även utifrån det suicidpreventiva arbetet. Ytterligare förslag i nämnda utredning är att förbättra enskilda grundskolors kvalitetsarbete genom att publicera lokala data om elevernas skolprestationer, deras psykiska hälsa och deras upplevelse av arbetsmiljön i skolan. Uppgifterna skulle ingå i Skolverkets internetbaserade resultatsystem, SALSA och SIRIS, och därigenom vara allmänt tillgängliga. Förslaget utgår ifrån att kännedom om missförhållanden i allmänhet leder till vilja och handlingsberedskap att åtgärda problemen. Kvalitetsarbetet på enskilda skolor skulle med andra ord stimuleras genom en mer omfattande registrering av data.

Det finns flera exempel på effektiva psykologiska metoder som minskar risken för psykisk ohälsa och som skulle kunna implementeras inom skolans arena. Sådana metoder består till exempel av kognitiva tekniker, problemlösningsförmåga, socialt- och emotionellt lärande och mindfulness-tekniker.

Åtgärder inriktade på suicidmedel

Restriktiv tillgång till skjutvapen

Avsnittet bygger på samtal med representant från Rikspolisstyrelsen och Jägareförbundet samt på information från Internet.

Tillgång till vapen är en viktig bestämningsfaktor för suicid enligt den vetenskapliga litteraturen. År 2003 utgjorde suicid genom skott med skjutvapen 11 procent (120 stycken) av alla säkra suicid i Sverige, vilket ytterligare påvisar bestämningsfaktorns betydelse. Det är nästan bara män som tar sitt liv genom att skjuta sig.

Sverige har en restriktiv vapenlagstiftning jämfört med många andra länder. Den starkaste kontrollfunktionen i vapenlagstiftningen består av vapenlicensen som utfärdas av polismyndigheten på den ort där man är folkbokförd. Vapenlicens ges i regel ut till personer som är minst 18 år. I samband med ansökan om vapenlicens betalas en avgift på 600 kronor för det första vapnet och 220 kronor för ytterligare vapen. För olika vapenlicenser ställs olika krav. För att få jaktvapenlicens krävs att man har avlagt jägarexamen. För att få licens på ett vapen för målskjutning krävs att man har varit aktiv medlem under minst sex månader i en godkänd skytteförening som bedriver skytte med den vapentyp som licensen avser. När det gäller enhandsvapen, det vill säga pistol eller revolver, krävs dessutom att man har uppfyllt poängfordringarna för pistolskyttemärket i guld. Ingen prövning av personers psykologiska tillstånd gällande psykisk sjukdom och alkoholmissbruk görs i samband med att vapenlicenser delas ut. Detta skulle vara önskvärt enligt en representant från Rikspolisstyrelsen.

Vapenlicens är en kontrollfunktion som påverkar tillgängligheten på vapen (som är en bestämningsfaktor för suicid). Andra kontrollfunktioner i vapenhanteringen utgörs av olika lagar, föreskrifter och allmänna råd om förvaring av vapen och om innehav av ammunition. Vapen skall enligt lag förvaras i säkerhetsskåp eller i lika säkert förvaringsutrymme. Särskilda föreskrifter finns för handlares och vissa sammanslutningars förvaring av vapen samt hur vapen ska förvaras i samband med jakt eller tävling. Polismyndigheten har i uppgift att granska befintliga vapenhandlares verksamhet en gång per år.

Rikspolisstyrelsen har under perioden 2004-2006 i uppdrag av regeringen att årligen rapportera hur tillämpningen av vapenlagstiftningen fungerar. Som ett resultat av rikspolisstyrelsens rapportering till regeringen infördes den första juli 2006 en skärpning av lagen gällande läkares skyldighet att anmäla personer som av medicinska skäl är olämpliga vapenägare. Enligt vapenlagens sjätte kapitel (6 §) är en läkare skyldig att anmäla en patient som av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen till polismyndigheten. Polisen har då möjlighet att beslagta vapnet (enligt 6 kap, 4 § i vapenlagen). Anmälan behöver inte göras om det med hänsyn till omständigheter-

na står klart för läkaren att patienten inte har tillstånd för skjutvapen. Innan lagförändringen trädde i kraft gällde skyldigheten endast läkare som behandlar patienter för psykisk störning. Den nuvarande formuleringen ”av medicinska skäl” innebär en skärpning av lagen. Enligt Socialstyrelsens verkställningsföreskrifter av bestämmelser i vapenlagen gäller läkares skyldighet att anmäla oavsett om patienten vårdas i öppen eller sluten vård, specialiserad psykiatrisk vård eller annan hälso- och sjukvård (261). Socialstyrelsen har gjort en uppföljning av hur skyddsbestämmelsen i vapenlagen 6 kap, 6 § tillämpades under 2005 och första halvan av 2006 (262). Uppföljningens slutsatser var att läkare inte gör anmälningar i den utsträckning de borde. Socialstyrelsen föreslår att lagtexten omformuleras och förtydligas ytterligare.

En annan innebörd i den nya vapenlagen gäller kontroll av hemvärnspersonal. Om en polismyndighet får kännedom om omständigheter som kan medföra att en person som tillhör hemvärnets personal är olämplig att inneha skjutvapen, skall myndigheten omedelbart underrätta försvarsmakten om dessa omständigheter.

Den största andelen registrerade vapen i Sverige utgörs av jaktvapen. Förutsättningen för att äga ett jaktvapen är att personen i fråga innehar jägarexamen. Svenska Jägareförbundet är en partipolitiskt obunden ideell förening som arbetar för god jakt, viltvård och naturvård och som ansvarar för att utfärda Jägarexamen. För avläggande av jägarexamen krävs såväl teoretiskt och praktiska prov som båda ställer krav på kunskap om säker vapenhantering. Jägareförbundet ansvarar även för utbildning av jaktledare. Jaktledaren har en viktig ledarskapsroll i ett jaktlag och tränas i att ta ansvar för jaktlagets medlemmar, till exempel genom att vara lyhörd för om någon har psykiska problem. Förbundet har dessutom under 2006 ett allmänt uppdrag från Jordbruksdepartementet som bland annat innebär att verka för en hög jaktsäkerhet. Jägareförbundet ska rapportera till Jordbruksdepartementet om vilka insatser som gjorts för att öka jaktsäkerheten.

Restriktiv tillgång till läkemedel

Avsnittet bygger på samtal med representant från Läkemedelsverket, Apoteket AB och NASP samt på information från Internet.

I Sverige är förgiftning den näst vanligaste suicidmetoden efter hängning. År 2003 avled knappt 300 personer i suicid genom förgiftning, varav huvuddelen av dödsfallen var läkemedelsförgiftningar och förgiftning av alkohol och narkotika. Metoden är vanligare bland kvinnor än bland män och nästan hälften av alla kvinnor som tar sitt liv gör det genom förgiftning. Både receptbelagda och receptfria läkemedel används vid suicid genom läkemedelsförgiftning. Läkemedelsförgiftning orsakar även merparten av självdestruktiva handlingar som leder till sjukhusvistelse bland både kvinnor och män.

Det finns viss evidens för att begränsad tillgång till receptfria smärtstillande läkemedel leder till minskat antal suicid och suicidförsök i befolkningen. I studierna som stödjer påståendet innebar den begränsade tillgången att det 1) finns restriktioner om maximal försäljningsmängd, 2) begränsade förpackningsstorlekar och 3) tryckförpackningar i stället för att läke-

medel förpackas i burk. Enligt Läkemiddelsverket finns inget utrymme för förbättrade försäljningsrutiner enligt punkt två och tre eftersom receptfria smärtstillande läkemedel säljs i små tryckförpackningar. Att begränsa tillåten inköpsmängd är inte heller en framkomlig väg eftersom den dödliga dosen är relativt liten. I Sverige sker en kontrollerad försäljning av receptfria läkemedel i och med Apotekets försäljningsmonopol. Det svenska apoteksmonopolets framtid behandlas för närvarande i en statlig utredning om detaljhandel med läkemedel (S 2005:07). En förändrad försäljningsverksamhet av framför allt receptfria smärtstillande läkemedel skulle kunna få konsekvenser för förekomsten av läkemedelsförgiftningar och suicid genom läkemedelsförgiftning. Utredaren ska presentera sina resultat senast den 31 december 2007.

En debatterad fråga (som även ingår i ovan nämnda utredning) är huruvida försäljningen av läkemedel ytterligare bör kontrolleras genom införandet av åldersgräns för inköp. Företrädare för barn- och ungdomspsykiatrik hävdar att tillgängligheten till läkemedel som innehåller paracetamol borde begränsas genom en åldersgräns för inköp (263) (264). I en artikel i tidningen Läkemiddelsvärlden (augusti 2006) debatteras frågan om restriktioner för inköp av receptfria läkemedel. Tre personer som på olika sätt är insatta i läkemedelsbranschen anser att åldersgräns för inköp skulle kunna vara en klok åtgärd att införa. Två personer är mer tveksamma om åtgärden skulle få önskade effekter och någon menar att den till och med skulle kunna få motsatt effekt (265).

I Danmark infördes en åldersgräns på 15 år för inköp av vissa läkemedel i samband med att de gjordes tillgängliga för försäljning i detaljhandeln. Där emot har man ingen åldersgräns vid försäljningen på apoteken.

Inga studier har påträffats som belyser effekter på suicidförekomsten av att införa åldersgräns för inköp av smärtstillande läkemedel och det saknas erfarenheter från andra länder. Frågan ingår i Apoteksutredningen.

Restriktiv tillgång till giftig gas

De två främsta riskerna inom detta område gäller förekomst av kolmonoxid i hushållsgas och i avgaser från bilar. I Sverige används idag inte längre hushållsgas som innehåller kolmonoxid. Den kvarstående risken avser således bilavgas. I slutet på 80-talet blev det obligatoriskt med katalysatorrening i alla nytillverkade bilar och enligt Naturvårdsverkets statistik utgör 85 procent av den totala bilparken idag av katalysatorbilar.

Flera fordonstillverkare driver utveckling av tekniska lösningar för att införa automatisk tomgångsstopp i sina bilar. Detta system gör att motorn stängs av i stället för att gå på tomgång då fordonet står stilla. Det finns ekonomiska och miljömässiga fördelar med ett sådant system eftersom bensinförbrukningen minskar. En sidoeffekt med automatisk tomgångsstopp är att det blir omöjligt att ta sitt liv genom att andas in avgaser från fordon som går på tomgång.

Fordon

Både Saab och Volvo personvagnar har fått medel från Vägverkets skyltfond för att utveckla ett mer användarvänligt alkolåssystem. Den svenska allmänheten är positiv inställd till alkolås och den svenska industriutvecklingen ligger före andra länder. Volvos alkolås ska vara klart för provning under 2007. Alkolås har som främsta syfte att förhindra rattfylleri och förbättra trafiksäkerheten. En bidragande vinst är att det blir svårare att genomföra suicidförsök genom avgasförgiftning under alkoholpåverkan.

Åtgärder inriktade på fysisk miljö

Skyddsräcken vid platser på hög höjd

Avsnittet bygger på samtal/material från Vägverket mm.

År 2003 inträffade 60 suicid genom hopp från hög höjd i Sverige. Suicidmetoden står för 5,7 procent av kvinnornas suicid och 4,6 procent av männens (12). Vägverket uppskattar att omkring 40-50 suicid årligen sker genom hopp från broar.

Genom att utrusta speciellt suicidutsatta broar och andra platser på hög höjd med säkerhetsutrustning i form av fysiska hinder är det troligt att man kan rädda liv. Ytterligare fördelar med sådana åtgärder är möjligheten att bespara andra människor psykisk trauma som kan uppstå om de bevittnar våldsamma suicidhandlingar, ökad trafiksäkerhet under vägbroar och minskad förekomst av uppseendeväckande tidningsartiklar som i sin tur kan öka suicidrisken för känsliga personer. De största hindren för att utrusta broar och andra platser med fysiska hinder utgörs av ekonomiska kostnader, estetiska faktorer, tekniska säkerhetsfaktorer eller svårigheter att montera säkerhetsutrustning vid till exempel höga klippor (195).

Vägverket har det övergripande ansvaret för trafiksäkerheten i Sverige. Suicid ingår formellt inte i trafikolyckorna och Vägverket har därför inget uttalat ansvar för att vidta åtgärder för att förebygga suicid som sker genom hopp från vägbroar. Vägverket har dock från flera håll mottagit önskemål om att införa brotekniska åtgärder för att minska antalet suicid vid svenska vägbroar. För närvarande pågår därför ett arbete inom Vägverket för att utveckla det förebyggande arbetet i detta avseende. En skrivelse har tagits fram där suicid genom hopp från broar beskrivs och där ansvarsfrågan redovisas. Ett beslut har tagits inom Vägverket att utrusta särskilt utsatta broar med skyddsåtgärder och att verket även ska sköta underhåll och uppföljning. Det återstår att besluta om kriterier för vilka broar som ska inbegripas av åtgärden och exakt vilken form av skyddsutrustning som ska användas. Samverkan och erfarenhetsutbyte förs med andra länder, bland annat Norge och Schweiz. Vägverket är angeläget om att, från den nationella nivån, få kunskapsstöd då det gäller vilken typ av åtgärder som är mest effektiva (bland annat från ett samhällsekonomiskt perspektiv) och stöd i att kommunicera med media om inträffade suicid genom hopp från broar.

Statens räddningsverk fungerar som remissinstans för planärenden som överklagats till central nivå utifrån planprocessen i Plan- och bygglagen samt miljöbalken. Verket arbetar också, tillsammans med bland annat Boverket, för att ta fram vägledning och handböcker för säkerhetsfrågor i fysisk planering.

Statens räddningsverk har goda kunskaper om risker och riskinventering och kan kanske företräda frågan om säkra fysiska miljöer (ur suicidsynpunkt) gentemot kommuner som har det yttersta ansvaret. Räddningstjänsten är en remissinstans i kommunernas arbete med översikts- och detaljplaner och för vissa ärenden medverkar räddningstjänsten aktivt i plan- och byggprocessen och vid besiktningar. Möjligen skulle Räddningsverket kunna utöka sina ansvarsområden till att säkra byggnationer ur suicidsynpunkt.

Säkerhetsåtgärder i järnvägstrafiken

Avsnittet bygger på samtal med representant från Banverket, en forskare från Karlstads universitet samt på information från Internet.

Tre fjärdedelar av alla dödsfall inom järnvägstrafiken är suicid, vilket gör det till ett stort och allvarligt problem. Banverket har sedan 1997 i uppgift att sammanställa olycksstatistik, inklusive suicid. Uppgifterna bygger på polisrapporter och dessa innehåller ett visst mått av osäkerhet. Mellan åren 1997 och 2004 har i medeltal 56 suicid inträffat årligen i järnvägstrafiken. Förutom ökade samhällskostnader och störningar i trafiken får suicid allvarliga konsekvenser för tågpersonalen. Järnvägens aktörer stödjer därför forskning inom området och arbetar för att finna lösningar till problemet.

En preventiv insats består av att Banverket har skolinformatörer som besöker skolklasser och informerar om risker med att vistas eller leka på spårområden.

En sammanställning har gjorts över inträffade suicid och olycksfall med dödlig utgång på spårområden i Sverige från 1998 till maj 2003. Syftet var att identifiera platser eller delsträckor där fler än två dödsfall inträffade under perioden – så kallade ”hot spots”. En av de ”hot spots” som identifierades undersöktes mer noggrant via akter i Järnvägsinspektionens register över olycksfallsrapporter och genom besök och fotografering av den aktuella spårsträckan. På grund av sekretesskyddet var det inte möjligt att utröna detaljerade uppgifter om de omkomnas medicinska historia och beteende innan dödsfallet. Däremot såg man att det skulle vara möjligt att försvåra tillträde till spåret. Kameraövervakning av sträckan ansågs också som ett alternativ. Författaren till rapporten föreslår att Banverket ser över möjligheterna att skapa ett standardiserat rapporteringssystem med uppgifter som skulle kunna användas för att utforma preventiva åtgärder.

Ett annat initiativ genomfördes våren 2005 då lokförare rapporterade vid vilka platser de sett människor vistas på och omkring spårområdet. Uppgifterna sammanställdes och skickades ut till de olika regionkontoren inom Banverket. Tanken var att underlaget skulle leda till att lokala åtgärder genomfördes men det är oklart vilka konsekvenser insatsen fick.

Slutligen har den tyska motsvarigheten till Banverket erbjudit sig att bidra med erfarenheter av hur de i Tyskland genom preventivt arbete lyckats minska förekomsten av suicid i järnvägstrafiken.

En forskare från Karlstads universitet arbetar med en avhandling om suicid inom järnvägstrafiken. Målsättningen är att finna tekniska lösningar till preventiva insatser.

Säkerhetsåtgärder i tunnelbanetrafiken

Avsnittet bygger på information från samtal med representant från Connex samt på information från Internet.

Storstockholms lokaltrafik (SL) har huvudansvar för kollektivtrafiken i Stockholms län och fungerar som beställare av entreprenörer som sköter transporterna. Entreprenörernas verksamheter regleras genom avtal med SL. Varje entreprenör har också ett program för kvalitetsutveckling som är godkänt av SL. På så sätt ska kvalitetsutvecklingen hos entreprenörerna överensstämja med SL:s övergripande mål. SL:s ambition är att ingen resenär eller anställd ska dödas eller allvarligt skadas i SL-trafiken.

Sedan juli 1999 sköter Connex tunnelbanetrafiken i Stockholm. I Connex huvudansvar ingår att transporterna sker på ett säkert sätt och enligt tidtabellen, samt att det finns en beredskap för olika typer av störningar. Connex för årlig statistik över händelser där människor kommer till skada i tunnelbanesystemet. I genomsnitt har 11 säkra suicidförsök och lika många påkörningar (osäkra suicidförsök) inträffat årligen i Stockholms tunnelbanesystem sedan 1999. Det framgår inte av statistiken hur många av dessa säkra och osäkra suicidförsök som resulterade i att personen avled. Enligt Connex säkerhetschef är tunnelbanestationer i nära anslutning till större sjukhus överrepresenterade då det gäller påkörningar. Connex har som policy att inte lämna ut uppgifter om suicidhändelser till media. Samtliga suicidhändelser är föremål för interna utredningar om vad som hände och rekommendationer om förbättringar.

Suicid i tunnelbanesystemet utgör ett väsentligt arbetsmiljöproblem för tunnelbaneförare. Inom företagshälsovården finns ett program för arbetstagare som drabbats av hot/våld eller annan påfrestande. Dessutom skapar suicidhändelser omfattande praktiska störningar i tunnelbanetrafiken med förseningar som följd.

Då det gäller praktiska åtgärder för att öka säkerheten och förebygga suicid i tunnelbanesystemet finns några utvecklingsområden. Som en del i SL:s trygghetsprogram ska alla plattformar som ligger under jord få kameraövervakning innan slutet av år 2008. Det huvudsakliga motivet till att införa kameraövervakning är att säkra en god ordning på plattformarna men åtgärden gör det även möjligt att upptäcka personer som på olika sätt uppträder avvikande. En annan åtgärd som införts på prov på några plattformar är införandet av så kallade larmpunkter som består av en larmtelefon som är kopplad till SL:s trygghetscentral. Larmcentralerna gör det möjligt för trafikanter att snabbt komma i kontakt med personal som styr tunnelbanetrafiken. En önskvärd suicidpreventiv åtgärd vore att bygga in plattformen så att tillträde till spåret förhindras. Detta är inte aktuellt i Stockholm då det är praktiskt svårt att i efterhand konstruera sådana lösningar. Connex säkerhetschef efterlyser däremot framtagna riktlinjer för hur eventuella nya tunnelbanestationer bör byggas för att öka säkerheten samt en generellt sett ökad medvetenhet om tekniska lösningar på säkerhetsarbetet inom spårtrafiken.

Åtgärder inriktade på social miljö

Riktlinjer för medias rapportering om suicid

Avsnittet bygger på samtal med pressombudsmannen, Journalistförbundets etikombudsman (tillika sekreterare i den yrkesetiska nämnden), en forskare och företrädare från NASP, en journalist från DN samt på information från Internet.

I Sverige finns yrkesetiska regler för massmedia publicerade i dokumentet ”Spelregler för press, radio och TV”. Reglerna är framtagna av Pressens Samarbetsnämnd där Svenska Journalistförbundet, Publicistklubben och Tidningsutgivarna ingår. Ett medlemskap i Svenska Journalistförbundet innebär att man ansluter sig till de yrkesetiska reglerna och åtar sig att följa dem. I reglerna finns en punkt som särskilt berör publicering av suicidhändelser:

”Iakttta stor försiktighet vid publicering av självmord och självmordsförsök särskilt av hänsyn till anhöriga och vad ovan sagts om privatlivets helgd”

I dokumentet om spelregler för press, radio och TV ingår tolv yrkesregler som rör journalisters integritet och arbetsmetoder.

För kontroll av massmediernas etiska arbete finns olika organ. Journalistförbundet har en yrkesetisk nämnd (YEN) som tar emot anmälningar mot enskilda journalisters arbetsmetoder i enlighet med yrkesreglerna. Anmälningarna till YEN har inga kopplingar till publiceringar om suicid, enligt sekreteraren i Journalistförbundets etiska nämnd. Pressombudsmannen (PO) och pressens opinionsnämnd (PON) behandlar ärenden som berör god publicistisk sed. Anmälningar till dessa organ kan ske av enskilda privatpersoner som anser att de blivit behandlade på ett sätt som strider mot de yrkesetiska reglerna. Det finns en händelse kopplat till suicid som både Göteborgsposten och Expressen 2003 skrev artiklar om och som av både PO och PON bedömdes överskrida god publicistisk sed. Övriga publiceringar om suicid har skett i samverkan med anhöriga personer och därför har anmälningar till PO inte varit aktuella. Det finns således inget utrymme för en organisation eller någon annan tredje person att anmäla artiklar som belyser suicidhändelser på ett oönskat sätt. Det suicidpreventiva arbetet mot media bör således ske med hjälp av demokratiska metoder i samverkan med berörda aktörer.

Både PO och Journalistförbundets etikombudsman anser att utvecklingen på senare år blivit mer tillåtande då det gäller ingående publicering av självmordsmetoder etcetera, framför allt hos kvällstidningarna.

PO anser att det kunde vara en god ide’ om det fanns en svensk översättning om WHO:s stödmaterial om publicering av suicidhändelser att tillgå på tidningsredaktioner. PO kände själv inte till skriften och använde sig således inte av den då han själv utredde anmälningen 2003. Enligt PO räcker de pressetiska spelreglerna och egna etiska ställningstaganden i enskilda ärendehanteringar. En journalist från DN som skrivit en artikelserie om suicid anser också att det vore en god ide’ att ta fram ett dokument som på ett lättförståeligt sätt sammanfattar forskningsresultat inom området. En viss medvetenhet finns hos journalister men det saknas uttalade riktlinjer. Journalis-

ter på nyhetsredaktioner arbetar under stor tidspress och då finns inte utrymme att utforska området.

Journalistförbundets etikombudsman ser inte att Journalistförbundet skulle kunna samverka med t.ex. NASP i att publicera riktlinjer för publicering av suicid. Etiska diskussioner som förs av Journalistförbundet är av bredare karaktär (som även är relevanta för suicid). Däremot skulle NASP (eller motsvarande organisation) kunna initiera eller medverka vid konferenser för nyhetschefer eller liknande och på andra sätt stimulera en etisk diskussion som rör publicering av suicid och suicidhändelser. Det skulle vara önskvärt att redaktioner regelbundet diskuterade etiska frågor, däribland suicid, på i förväg bestämda tider, det vill säga inte i det akuta skedet då något inträffat. Detta förekommer sällan, enligt Journalistförbundets etikombudsman.

WHO:s stödmaterial om medias publicering av suicid skulle kunna översättas och läggas in på journalistförbundets hemsida. Åtta punkter från skriften har dock översatts och finns tillgängliga på NASP:s hemsida.

I Australien finns en hemsida för journalister ”Mindframe” där det finns fakta och statistik om psykisk ohälsa och suicid samt information om vad man bör tänka på vid publicering (266). Liknande information finns att tillgå på hemsidan för ”American Foundation for Suicide Prevention”. Norge har en relativt välutvecklad webbsida om publicering av suicidhändelser och denna sida ligger i anslutning till pressens egna sidor (inte i anslutning till suicidforskning). En sådan resurs skulle kunna utvecklas för svenska förhållanden, gärna i samarbete mellan NASP, Svenska föreningen för psykisk hälsa och Journalistförbundet. I Australien finns erfarenheter av utvecklat samarbete mellan suicidforskare och representanter från media i att ta fram, anpassa och tillämpa riktlinjer för rapportering om suicidhändelser (267).

Riktlinjer för Internetbaserad kommunikation om suicid

Trots att det saknas evidens för att Internet utgör en bestämningsfaktor för suicid finns det anledning att uppmärksamma denna förhållandevis nya kommunikationsform och vilken betydelse den har för suicidförekomsten. I en ännu opublicerad artikel redogörs för olika former av suicidrelaterad kommunikation via Internet (268). Merparten av informationen består av professionella röster som via envägskommunikation företräder ett suicidpreventivt förhållningssätt – en kommunikationsform som liknar de traditionella massmediernas. En mindre andel av kommunikationen om suicid via Internet utgörs av kommunikation från personliga avsändare som i högre utsträckning karaktäriseras av flervägskommunikation, personliga bekännelsesamtal samt ett alternativt ”suicidvänligt” förhållningssätt. I Sverige finns minst ett känt fall då två ungdomar tog sina liv efter att en av dem kommunicerat sin avsikt via en chatsida på Internet och där blivit uppmuntrad att fullfölja suicidhandlingen.

En möjlighet att hantera problemet med internetbaserad suicidkommunikation är att införa förbud mot att offentligt via Internet publicera information om suicidmetoder eller på andra sätt uppmana någon annan människa att ta sitt liv. Åtgärden har införts i Australien. En annan väg vore att, i samverkan med svenska ägare av internetsajter (till exempel Lunarstorm etc.), ta fram riktlinjer för vilken typ av information som bör finnas på nätet samt

rekommendationer för hur kommunikationer i suicidfrågan kan kontrolleras av ansvariga utgivare (filter för kommunikation, uppföljning/information). Det finns en branschorganisation för aktörer på den svenska onlinemarknaden, Bitos (Branschorganisationen för innehålls- och tjänsteleverantörer på onlinemarknaden i Sverige). Bitos arbetar med gemensamma frågor för internetbranschen såsom säkerhet, juridik och mätmetoder. I Bitos finns ett etiskt råd som har till uppgift att genom regelverk, kunskapsutbyte och opinionsbildning göra Internet i Sverige säkert och trivsamt. Rådet skulle kunna fylla en funktion i det suicidpreventiva arbetet.

Då framför allt unga kan tänkas vara mottagliga för suicidvänlig kommunikation via Internet torde det vara betydelsefullt att vuxna i barns och ungas omgivning är medvetna om på vilket sätt de kan främja en säker Internetanvändning bland unga. Medierådet är en kommitté inom Regeringskansliet som arbetar med att minska riskerna för skadlig mediepåverkan på barn och ungdomar. Medierådet driver en kampanj "Det unga Internet" om säkrare användning av Internet bland unga. Kampanjen riktar sig främst till lärare, förskollärare, skolpersonal, fritidsledare och andra som arbetar med barn och ungdomar. På Medierådets hemsida presenteras även råd till föräldrar om hur de kan förhålla sig till och visa intresse för sina barns Internetanvändning (269).

Utbildning av yrkesgrupper

Det är oklart om utbildning av olika yrkesgrupper i att känna igen tecken på suicidalitet har någon preventiv effekt. Orsaken är brist på studier. Med tanke på att suicidala personer ofta uttalar sig om sina suicidtankar eller på andra sätt visar tecken på att de har psykiska problem kan det, trots det obefintliga vetenskapliga stödet, vara befogat att genomföra en sådan utbildningsinsats. Kunskaper om hur man bäst hanterar människor med psykiska problem och/eller suicidproblematik kan ge säkerhet för yrkesgrupper som kommer i kontakt med sådana människor.

Som ett resultat av Norges arbete med ett nationellt program för suicidprevention har ett utbildningspaket tagits fram som erbjuds hälso- och sjukvårdspersonal, socialarbetare, anställda inom kyrkan, politiker, skolpersonal, stödpersoner, personalansvariga med flera. Utbildningen omfattar två dagar och syftar till att deltagarna ska få kunskaper om "första hjälpen" vid suicidrisk. Deltagarna får lära sig att fånga upp människor som kan vara i riskzonen för suicid, att svara på frågor och bemöta tankar om suicid, hur man underlättar för en suicidal person att tala om sina problem, att göra en enkel riskbedömning, att göra upp en plan tillsammans med den suicidala personen om hur denna kan finna bättre lösningar än att ta sitt liv samt vilka kanaler för extern krishjälp som finns att tillgå. Cirka 10 000 personer över hela landet har deltagit i utbildningen sedan 1998 då projektet startade (270).

Sedan 1993 bedriver NASP en omfattande utbildningsverksamhet i Sverige. Viktiga målgrupper är politiker, ansvariga för folkhälsopolicyfrågor och forskare inom suicidologi, psykiatri, psykologi, folkhälsovetenskap och relaterade discipliner. Utbildningsverksamheten vid NASP är även riktad till nyckelpersoner som arbetar med befolkningens hälsa och med förbättringar

av hälso- och sjukvården, bl.a. inom arbetsliv, primärvården, socialtjänsten, vuxen-, barn- och ungdomspsykiatri samt till personer som i sitt arbete möter ungdomar i gymnasieskolan och social ungdomsverksamhet. NASP står för flera utbildningsinsatser vad gäller prevention av psykisk ohälsa och suicid.

Suicidprevention vid särskilda ungdomshem

Statens institutionsstyrelse (SIS) driver särskilda ungdomshem där en del ungdomar som omhändertas enligt Lagen om vård av unga (LVU) placeras. Enligt uppgifter från SIS förekommer det sammanlagt något enstaka suicidfall per år på ungdomshemmen. Det har dock inte förrän de senaste åren varit möjligt att registrera suicid som utskrivningsorsak.

Suicidprevention inom kriminalvården

Samtliga suicidförsök och dödsfall, oavsett orsak, som sker på anstalter och i häkten utreds och rapporteras till Kriminalvårdsstyrelsen. Mellan 2001 och 2005 inträffade i genomsnitt två suicid årligen bland personer inskrivna på landets anstalter samt ytterligare fem suicid i genomsnitt bland personer inskrivna i häkten.

Inom kriminalvården sker kontinuerligt arbete med att förebygga och förhindra suicid. Samtliga anställda genomgår utbildning om självskadande handlingar och det finns särskilda rutiner och riktlinjer för omhändertagande och tillsyn av suicidnära interner. Vid inskrivning genomförs en suicidriskbedömning av samtliga interner och vid behov anpassas cellinredningen i syfte att minska suicidrisken. Tekniska suicidpreventiva lösningar kan bestå i bortmontering av dörrhandtag och användning av extra sköra papperslakan. Ständig kameraövervakning eller personlig övervakning är ytterligare suicidpreventiva åtgärder som är möjliga att tillämpa inom kriminalvården. Sådana åtgärder är teoretiskt möjliga att genomföra. De kan däremot vara både praktiskt orimliga och etiskt oförsvarbara eftersom de är resurskrävande och eftersom de utgör ett integritetsintrång för den intagna. Den kanske viktigaste suicidpreventiva insatsen inom kriminalvården är behandling av depressioner. Nästan en fjärdedel av alla interner får medicinering för sin depression.

Samlad analys med förslag till åtgärder

Genomgången visar att det finns ett flertal primärt förebyggande metoder som kan reducera förekomsten av suicid. Det är möjligt att särskilja sex ansatser för att främja användning av metoder som bidrar till att reducera suicid: 1) Formulering av ett nationellt mål, 2) Insatser inriktade på att ge alla individer tillgångar till goda livschanser, 3) Minskad alkoholkonsumtion i befolkningen, 4) Insatser inriktade på att begränsa tillgängligheten till suicidmedel, 5) Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag och 6) Stöd till frivilliga organisationer.

Formulering av ett nationellt mål

Perspektiv och betydelsen av mål

För två hundra år sedan uppfattades suicid som ett brott mot samhället och mot Gud. Om en individ försökte ta sitt liv, men misslyckades, straffades hon eller han. Det var därför vanligt att då uppfatta suicid i moraliska termer.

För ett hundra år sedan straffades inte längre de individer som försökte att ta sina liv. Samhället var på väg att sekulariseras. Suicid uppfattades nu som individers egna val. Det gick att se förklaringar till suicid, både på individ- och samhällsnivå (271). Förklaringarna ledde dock vanligen inte till åtgärder. Suicid var beklagligt men en del av det mänskliga livet.

För 50 år sedan expanderade sjukvården och nya behandlingsmetoder tillkom. Suicid uppfattades då som följd av psykisk sjukdom, främst depression, eller som en psykisk störning. Intresset inriktades på sjukvårdens möjligheter och brister. När det fanns ett ökat utbud av behandling blev uppgiften att erbjuda den till de individer som riskerade att ta sina liv.

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

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

Inom många verksamheter är det meningsfullt att formulera långsiktiga mål. Ett närliggande exempel gäller vägtrafiken. Synen är att trafiken som system ska vara så säkert att alla som använder det ska överleva. Därför har staten formulerat en nollvision för vägtrafik. På liknande sätt är det motiverat att formulera en tydlig vision om minskad suicidförekomst.

Etiska överväganden

Det är ofta berättigat att söka förebygga sjukdomar och skador om det finns effektiva metoder (272). Det är däremot inte självklart att förebygga suicid, även om metoderna finns, eftersom suicid kan uppfattas som den individens självständiga val att avsluta livet. Att förebygga suicid inkräktar på ett centralt värde, nämligen individens autonomi eller självbestämmande. Om ett suicid förebyggs främjas dock andra värden. Det finns därför anledning att diskutera de etiska konflikter som finns vid prevention av suicid.

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

Det finns dock situationer där även ett ringa ingrepp på individens självbestämmande är problematiskt. En åldrad människa kan drabbas av en dödlig sjukdom som förväntas leda till avsevärt lidande fram till döden. Personen i fråga kan då föredra att själv avsluta sitt liv och en vanlig metod är att använda läkemedel. Om tillgången till dödliga läkemedel inskränks blir det svårare för individen att fullfölja intentionen att själv avsluta livet. Det finns ingen uppenbar välfärdsvinst som kan uppväga denna inskränkning av individens självbestämmande. Den etiska konflikten minskar visserligen om samhället erbjuder god vård i livets slutskede men konflikten kvarstår dock. I sammanhanget tar inte utredningen ställning till frågan om dödshjälp. Även om det finns en etisk konflikt kan förebyggande insatser vara berättigade om den samlade välfärdsvinsten för andra suicidnära individer är betydande och om ingreppet i människors självbestämmande är små. De åtgärder som föreslås i denna utredning har sådan karaktär.

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

Indikatorer

Det suicidpreventiva arbetet förutsätter god uppföljning av utvecklingen på området. Användningen av indikatorer för suicid spelar en viktig roll i flera

avseenden. Indikatorer återspeglar aktuella tillstånd och betydelsefulla förändringar i samhället. Indikatorer används därför för uppföljning och utvärdering. De har även betydelse för prioritering och utformning av nya delmål.

Det finns god statistik för att följa suicidförekomst på nationell nivå. Den föreslagna nationella målsättningen om att minska suicidförekomsten bör följas upp med hjälp av indikatorer som anger suicid per 100 000 invånare i olika åldersgrupper. Denna uppgift finns att hämta ur Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik.

I kommande text ges förslag på ett antal ytterligare indikatorer att följa upp. Dessa indikatorer är kopplade till bestämningsfaktorer för suicid.

Nationellt råd för suicidprevention

Suicidforskare från olika länder är överens om att ansvaret för suicidprevention bör ligga hos ett flertal samhällsaktörer och att samverka mellan aktörerna är en förutsättning för att nå ett framgångsrikt resultat. Den deskriptiva genomgången i kapitel fyra visar att flertalet verksamheter kopplade till suicidprevention fortlöpande bedrivs i det svenska samhället inom olika sektorer. Merparten av aktiviteterna genomförs utifrån andra uppdrag än suicidprevention men är för den skull inte oviktiga för det suicidpreventiva arbetet. Genom att lyfta fram och visa på verksamheternas betydelse skulle det samlade arbetet med suicidprevention kunna stärkas. Ett nationellt råd för suicidprevention har möjligheten att bidra till att få till stånd en bred upplutning och god samverkan i det suicidpreventiva arbetet på nationell nivå.

I Tyskland har man exempelvis inrättat ett nationellt råd för suicidprevention i syfte att åstadkomma ett brett samarbete i det suicidpreventiva arbetet. I rådet ingår representanter från riksdag, departement, centrala organisationer (försäkringsbolag, apotek, läkarorganisation, terapeutorganisation, försäkringskassa, fackförbund, media/press, kyrka), centrala projekt och institutioner samt från patientföreningar. Ingående representanter har mandat och legitimitet att företräda de olika organisationerna. Rådet har en överordnad funktion i förhållande till det nationella programmet för suicidprevention och verkar oberoende av sektorsspecifika verksamhetsområden kopplade till suicidprevention. Rådets uppgift är att övervaka suicidproblematiken ur ett helhetsperspektiv, att ta fram förslag på förebyggande interventioner samt att omvandla idéer och förslag till konkreta projekt som genomförs av olika arbetsgrupper. Till varje projekt knyts en vetenskaplig rådgivare som även ansvarar för att verksamheten utvärderas. Den vetenskapliga rådgivaren ingår inte i det nationella rådet eftersom utvärderingarna ska vara oberoende (273).

Ett motsvarande nationellt råd för suicidprevention fanns tidigare i Sverige. NASP har dock övertagit och ansvarar för de uppgifter som det nationella rådet hade. Om det suicidpreventiva arbetet i Sverige stärks genom en nationell målsättning om att minska suicidförekomsten bör det finnas en central aktör som kan samordna det suicidpreventiva arbetet. Det skulle även kunna vara motiverat att upprätta ett nationellt råd. Frågan bör hanteras utifrån Ansvarskommitténs kommande betänkande om hur ansvarsfördelningen mellan stat, landsting och kommuner ska se ut i framtiden.

Livschanser och levnadsvillkor

Individernas livschanser har stor betydelse för risken för suicid. Risken för suicid är avsevärt högre i socialt mindre gynnande grupper. En sannolik förklaring är att dessa grupper förfogar över mindre materiella och sociala resurser och därför har mindre möjligheter att utforma sina liv. Det går att se två kompletterande vägar för att främja utvecklingen av dessa gruppers livsmöjligheter.

Ekonomisk politik

De sämst ställda gruppernas möjligheter är större i ett samhälle med små sociala skillnader. De senaste decenniernas utveckling i de nordiska länderna visar att relativt små sociala skillnader är förenliga med god ekonomisk tillväxt. I ett land som Sverige bestäms individernas inkomster av arbetsmarknadens parter. Staten kan därför inte direkt påverka inkomstspridningen. Utformningen av den generella politiken har dock indirekta effekter som påverkar lönebildningen. Vidare ansvarar staten för skattepolitik och transfereringar som båda kan bidra till att minska ekonomiska skillnader olika grupper emellan.

Statistiska centralbyrån (SCB) samlar in data om hushållens ekonomi och presenterar ett mått på inkomstjämlighet mätt som en ginikoefficient för disponibla inkomster. Ginikoefficienten har ett värde mellan noll och ett. Noll innebär att alla individer har exakt lika stora tillgångar, dvs. total jämlikhet, medan ett innebär total ojämlikhet. Måttet används vid uppföljningen av den nationella folkhälsopolitiken och kan även användas som indikator för denna bestämningsfaktor för suicid.

Uppväxtvillkor som främjar utveckling av kompetenser

Individernas kompetenser, intellektuella, sociala och emotionella, påverkar både risken för depression och risken för suicid. Det moderna individualistiska informationstäta samhället ställer högre krav på individuell kompetens, jämfört det tidigare industrisamhället. Kompetenser utvecklas under uppväxtåren i samspel mellan individens genetiska förutsättningar och miljön, dvs. i samspel med föräldrarna, med andra vuxna och med andra barn. Förskola, skola och fritidsverksamhet är centrala miljöer. Kommunerna har avgörande inflytande på dessa verksamheter.

Ungdomar från socialt mindre gynnade familjer utvecklar genomsnittligt sämre kompetenser än ungdomar från mer gynnade förhållanden. Det kan bidra till att de som vuxna löper större risk för suicid. Om verksamheten i förskola, skola och fritidsverksamhet optimeras för att främja utveckling av barnens kompetenser kan detta bidra till minskad risk för suicid i alla sociala skikt och särskilt i socialt mindre gynnade grupper. Därför är det angeläget att förbättra förskolans och skolans system för systematisk kvalitetsförbättring. Detta överensstämmer med den av regeringen uttalade målsättningen för skolans utveckling.

I utredningen Ungdomar, stress och psykisk ohälsa, SOU 2006:77 (260) lämnas förslag på hur kvalitetsarbetet i förskola och skola kan förbättras. Två åtgärder är angelägna som suicidpreventiva åtgärder.

Den ena åtgärden består i att sprida kunskapen om olika pedagogiska metoders effekter genom framtagandet av översikter inom området. En verksamhet bör inrättas med uppdrag att tillhandahålla systematiska sammanställningar av internationellt publicerade vetenskapligt utformade studier av pedagogiska insatser effekt.

Den andra åtgärden är att stödja kvalitetsarbetet med hjälp av lokala data som görs allmänt tillgängliga. Skolverkets internetbaserade resultatsystem, SALSA och SIRIS, utvecklas till att innefatta ytterligare information om eleverna före år 9 i grundskolan. Informationen bör gälla både resultat från nationella standardiserade prov, elevernas psykiska hälsa och elevernas upplevelse av arbetsmiljön i skolan.

Minskad alkoholkonsumtion i befolkningen

Alkoholkonsumtion är en betydande riskfaktor för suicid och det finns goda möjligheter att genom samhällsliga insatser minska den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i den svenska befolkningen. Ur ett suicidpreventivt perspektiv förespråkas därför en restriktivt hållen alkoholpolitik, både på nationell nivå och inom EU-samarbetet. En lämplig indikator för att följa detta förslag är förändringar av den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i befolkningen över tid. Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning vid Stockholms Universitet, SoRAD, har i uppgift att kartlägga alkoholkonsumtionen i befolkningen och hur den förändras månadsvis. Uppgifter samlas regelbundet in om självuppskattad alkoholkonsumtion. När människor ombeds att uppskatta sin alkoholkonsumtion tenderar de att glömma eller medvetet underrapportera den konsumerade mängden. Mycket talar dock för att underrapporteringen, relativt sett, är lika från år till år. Det är därför möjligt att använda uppgifterna för att följa alkoholkonsumtionen över tid.

Ytterligare alkoholrelaterade indikatorer kan påvisa tillgängligheten till alkohol och riskkonsumtion av alkohol (till exempel alkoholrelaterad dödlighet, sjuklighet, skador och brott). Sådana alkoholindikatorer publiceras årligen av Statens folkhälsoinstitut på deras hemsida under ”Alkoholutvecklingen i siffror”.

Begränsad tillgång till suicidmedel

Ett flertal aktörer hanterar risker för suicid inom det egna ansvarsområdet. Riskerna är ofta kopplade till tillgången till suicidmedel. Genomgången i föregående kapitel ger några exempel. När Läkemedelsverket utformar föreskrifter för storlekar på förpackningar av läkemedel är risk för suicid en av de faktorer verket tar hänsyn till. På jämförbart sätt inkluderas risk för suicid i arbetet med säkerheten för tunnelbanetrafiken i Stockholm. Dessa aktörer tar själva initiativ. Ett nationellt mål och ett nationellt råd inom suicidområdet kan stödja det arbete sektorsorganen bedriver.

Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag

När människor arbetar med komplexa system kan ett misstag bli förödande. Ett exempel är de misstag som förekommer på kärnkraftverk. Under de senaste decennierna har psykologisk forskning utvecklat modeller för att förstå varför människor begår misstag och hur system kan utformas för att ta hänsyn till att människor inte är ofelbara (274). Denna kunskap går att överföra på frågan om suicidprevention.

Suicid kan uppfattas som följd av individens föreställning om att det inte finns någon bättre utväg än att avsluta livet. Eftersom de flesta som överlever vill fortsätta att leva går det att se att individen bedömning vid tidpunkten för suicidhandlingen var felaktig. Med de scheman som används inom denna psykologiska tradition kan individernas felslut beskrivas på tre nivåer (274). Grundat på schemat går det också att utforma förebyggande åtgärder.

De enklaste misstagen beror på att individerna inte är vana vid att hantera den aktuella situationen. Överfört på suicid handlar det både om svårigheter att hantera komplicerade livssituationer och om ovana att hantera suicidtankar. Den individ som är ovan kan bli överväldigad av tankarna och låta tanken bli till handling. Den förebyggande åtgärden är uppenbar - att göra människor förtrogna med grundläggande bemästringsstrategier samt känedom om att tillfälliga suicidtankar är normala.

Misstag på nästa nivå beror på att individen använder fel regel för att lösa ett problem som uppstår. Om en individ är förtrogen med att suicidtankar förekommer och om hon vet hur hon kan hantera sådana tankar, då kan risken för suicid förväntas minska. Den emotionella träning som föreslås i kapitel 3 ger individer sådan beredskap.

Den tredje nivån gäller bristande förmåga att lösa problem. Situationen uppkommer när individen inte har tillgång till en enkel regel för att hantera situationen. Hon behöver istället hitta analoga situationer som ger förslag till lösning för att sedan välja den lösning som är bäst. Förebyggande insatser handlar om att utveckla förmågan till problemlösning. I den förmågan ingår att hantera negativa känslor och att inte bli överväldigad av dem. Detta motsvaras av att utveckla kognitiv kompetens och förmåga att hantera känslor, se kapitel 3.

Ett viktigt perspektiv som denna forskningstradition pekar på är att misstag inte i första hand bör tillskrivas individer utan istället hänger samman med hur system utformas. Detta tänkande går att överföra på suicid. Ett samhälle där individer hamnar i situationen där de inte ser någon annan utväg än att ta livet av sig har uppenbara brister. Bristen ligger dels i de livsmöjligheter individerna har tillgång till och dels de förmågor de har att hantera suicidtankar. Dessa frågor behandlas ovan i avsnittet om livschanser och levnadsvillkor.

Genomgången visar att det finns ett flertal effektiva metoder för att förebygga suicid. Metoderna används också, men endast i begränsad omfattning. Den avgörande frågan är hur det är möjligt att stimulera olika lokala aktörer att vidta åtgärder som minskar risken för suicid.

Beskrivningen ovan visar hur synen på suicid förändrats de senaste decennierna. Suicid uppfattas inte längre enbart som en följd av sjukdom eller

avvikande personlighet. Istället kan suicid ses som en form av ”psykologiskt olycksfall” som är följd av olika risker. Förebyggande arbete blir därför liktydigt med att hantera risker.

System för riskhantering

Många suicid inträffar i situationer där det inte finns något entydigt ansvarig aktör. När en ung arbetslös man med alkoholproblem tar sitt liv genom att hänga sig i ett rep i den egna bostaden efter ett upprört samtal med föräldrarna, då är ansvarsfördelningen sammansatt. Alkoholproblemen går att knyta till tillgång och pris på alkohol och är därför följd av den nationella alkoholpolitiken. Tillgång till arbete hänger samman både med den nationella och regionala arbetsmarknadspolitikerna. Svårigheten för den unga mannen att få arbete kan också hänga samman med att han misslyckats i skolan, delvis därför att undervisningen där har haft brister. Suicidhändelsen kan också knytas till att han mobbats i skolan. Flera av dessa faktorer går att påverka på kommunal nivå.

I en genomsnittlig kommun med 50 000 invånare inträffar i genomsnitt 9 suicid per år. En diskussion om faktiskt inträffade suicid på kommunal nivå kan ge incitament till kommunen att genomföra olika åtgärder, exempelvis mer restriktiv tilldelning av utskänkningstillstånd av alkohol, till förbättringar av skolan, till mobbningsförebyggande åtgärder, etc.

Sedan decennier finns i många kommuner system för hantering av risker för olycksfallsskador. Kommunen får från sjukvården uppgifter om inträffade olycksfallsskador. Med denna information som grund diskuterar kommunala beslutsfattare regelbundet hur säkerheten i kommunen kan förbättras. Risken för suicid går att inkludera i dessa redan befintliga kommunala system för riskhantering.

En modell för retrospektiva suicidutredningar

Inom skadeförebyggande arbete finns en lång tradition av att analysera redan inträffade olyckor i syfte att finna kunskap om förebyggande åtgärder. Sedan länge genomförs ett framgångsrikt arbetsmiljöarbete i Sverige som bygger på att representanter från olika yrkesgrupper (arbetstagarer, arbetsgivare, skyddsombud, företagshälsovård och fackliga representanter) analyserar faktorer som bidrar till att olycksfallsskador inträffar. Man utnyttjar sedan lärdomar av analyserna och använder kunskapen i det förebyggande arbetet (275). Samma grundprincip har tillämpats på kommunnivå inom nätverket för En säker och trygg kommun (276) och inom trafiksektorn. Vägverket bedriver sedan flera år ett systematiskt kvalitetsarbete i form av att genomföra djupstudier av alla dödsfall som sker genom olyckor i vägtrafiken. Djupstudierna ligger till grund för praktiska säkerhetsåtgärder som införs på vägar, fordon och via regleringar.

Vidare tillämpas principen att dra lärdomar av inträffade suicid inom hälso- och sjukvårdssystemet. Enligt Socialstyrelsens allmänna föreskrifter och råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria sker särskilda uppföljningsrutiner vid inträffade suicid. Uppföljningsrutinerna innebär att vårdgivare har i uppgift att till Socialstyrelsen anmäla suicid som inträffat i samband

med undersökning, vård eller behandling, alternativt suicidfall som inträffat fyra veckor efter patientens senaste vårdkontakt om detta kommit till vårdgivarens kännedom (277). Syftet är att klargöra om det fanns bristande vårdrutiner i det aktuella fallet och hur rutinerna i så fall kan förbättras.

Med utgångspunkt från erfarenheter av retrospektiva olycks- och skadeanalyser kan en modell för kommunbaserade analyser av inträffade suicid utvecklas. En sådan verksamhet skulle ge ökade incitament till genomförande av evidensbaserade suicidpreventiva åtgärder på kommunal nivå.

På de rättsmedicinska avdelningarna inom Rättsmedicinalverket finns sjuksköterskor som arbetar med att genomföra så kallade psykosociala utredningar av onaturliga dödsfall, inklusive suicid. De psykosociala utredningarna utförs på uppdrag av polis och åklagarmyndighet och syftar till att, som komplement till de kliniska och rättsmedicinska obduktionerna som rättsläkare gör för att fastställa dödsorsak, frambringa ytterligare information av mer psykologisk karaktär som kan vara värdefull för förståelsen av hur dödsfallet gick till. De psykosociala utredningarna tjänar flera syften. De kan hjälpa anhöriga att gå vidare i sorgearbetet, de är viktiga för insamlandet av dödsorsaksstatistik och de kan användas för att tillvarata viktig information i det skadeförebyggande arbetet. Sjuksköterskan som genomför de psykosociala utredningarna läser den avlidnes journalhandlingar och samtalar med anhöriga om den avlidnes sista tid i livet. På så vis ges en ganska god bild av hur den avlidna personens liv såg ut innan dödsfallet. Materialet från de psykosociala utredningarna innehåller således viktig information om förlopp som leder fram till suicid.

På den rättsmedicinska avdelningen i Göteborg arbetar en manlig sjuksköterska (tillika avdelningschef) med att genomföra psykosociala utredningar av onaturliga dödsfall. Materialet från utredningarna används inom Vägverkets arbete med att genomföra djupstudier av dödsolyckor inom vägtrafiken. I Vägverkets djupstudiematerial samlas information som underlättar förståelsen av hur händelseförloppet vid enskilda olyckor såg ut. Materialet används som underlag för ett systematiskt samarbete mellan myndigheter, företag och organisationer som kan påverka trafiksäkerheten. Arbetsmetoden kallas OLA (objektiva fakta-lösningar- avsikter) och syftar till att medverkande aktörer ska ta ansvar för att genomföra förbättringar.

Överlämnade av sekretesskyddat material från Rättsmedicinalverket till suicidpreventiva grupper är möjligt eftersom det enligt 9 kap 4 § i sekretesslagen är tillåtet för en myndighet att lämna uppgifter som avser avliden person till en annan myndighet om det står klart att uppgiften kan röjas utan att den som uppgiften rör, eller honom närstående, lider skada eller men. Sekretessreglerna är alltså mer tillåtande för avlidna än för levande personer.

I forskningsmässiga sammanhang finns erfarenheter av att genomföra retrospektiva suicidutredningar. En stor del av den befintliga suicidforskningen baseras på så kallade psykologiska obduktioner. Retrospektiva suicidutredningar används även som en integrerad del i ordinarie verksamhet, till exempel inom militären. I regelverket för den amerikanska militären fastslås att varje suicid ska följas av en psykologisk obduktion (278).

Psykiatrisamordnaren har framfört ett liknade förslag (279). Dock förefaller Psykiatrisamordnaren inte ha haft kännedom om de verksamheter som

redan bedrivs vid de Rättsmedicinska avdelningarna. Han förslår att Barnombudsmannen får till uppgift att genomföra verksamhet på nationell nivå.

Ett förslag är att Rättsmedicinalverket får till uppdrag att i samarbete med Statens folkhälsoinstitut och Statens räddningsverk genomföra försöksverksamhet där information om förloppet vid suicid, främst för ungdomar i ålder 15-30 år, överförs till kommunala skadepreventiva grupper. Försöket syftar till att utveckla och pröva en modell som kan bidra till att kommuner genomför flera åtgärder som reducerar förekomsten av suicid. Åtgärderna kan exempelvis gälla skola, socialtjänst, fritidsverksamhet och utformning av det lokala trafiknätet. En rättsläkarstation kan förväntas hantera ca 30 fall per år i de aktuella åldrarna. Alla kommuner har inte skadepreventiva grupper. Om försöket genomförs vid en rättsläkarstation kommer det uppskattningsvis att beröra ca 10 fall under ett år. Suicidutredningarna kan förslagsvis utgå från Haddons matris som belyser olika kategorier av fysiska, psykologiska och sociala faktorer som påverkar risken för suicid.

Nationellt center och regionala resurscenter för suicidprevention

För att arbetet med de retrospektiva suicidutredningarna ska få den funktion som är avsedd krävs att inblandade parter får stöd i sina respektive arbetsuppgifter i form av lämpligt utformad utbildning och handledning. Såväl de suicidpreventiva grupperna som utredarna på de rättsmedicinska avdelningarna behöver kunskaper om bestämningsfaktorer för suicid och om effektiva metoder som kan användas för att förändra bestämningsfaktorerna. Det finns således behov av en stödfunktion för det utvecklade arbetet med att genomföra retrospektiva suicidutredningar på kommunal nivå. En sådan stödfunktion skulle regionala resurscenter för suicidprevention kunna utgöra. Det är därför motiverat att överväga vilka möjligheter som finns att upprätta regionala resurscenter för suicidprevention.

I Norge är det suicidpreventiva arbetet organiserat enligt modellen med regionala resurscenter. Där finns fyra regionala resurscenter för suicidprevention som är inrättade i anslutning till universitetssjukhusen i Oslo, Trondheim, Tromsø och Bergen (280) och där centrat i Oslo även har ett nationellt ansvar. Ett ytterligare center är under uppbyggnad i södra Norge. Bakgrunden till centrens uppbyggnad är ett statligt initiativ om att samla kompetensen inom områdena suicidprevention, traumatiserade flyktingar, sexuell misshandel och våld. De regionala sjukvårdsdistrikten fick 2004 i uppdrag att utveckla regionala center under förutsättningen att centren skulle bistå målgrupper även utanför hälso- och sjukvårdssystemet. Centren är under olika uppbyggnadsstadier och har som gemensam målsättning att reducera antalet fullbordade suicid och suicidförsök inom respektive region. Detta försöker man uppnå genom att utveckla strategiplaner för det suicidpreventiva arbetet inom regionerna, bygga upp nätverk med kontakt- och resurspersoner, säkra goda uppföljnings- och behandlingsrutiner för suicidala patienter inom hälso- och sjukvården och verka för goda vårdkedjor, erbjuda utbildning och vägledning till sjukvårdspersonal, kommuner, högskolor och frivilliga organisationer, bedriva forskning och kunskapsutveckling samt verka för internationellt samarbete inom suicidområdet. Centret i

Tromsö har dessutom huvudansvar för ett nationellt utbildningsprogram som syftar till att sprida kunskaper om ”första hjälpen” vid suicidrisk.

I Sverige innehar NASP ett nationellt ansvar för det suicidpreventiva arbetet, såväl som ett regionalt ansvar för arbetet i Stockholms län. Ett nationellt nätverk för suicidprevention initierades av NASP redan 1997 och NASP ansvarar även för samordningen av nätverken. Det nationella nätverket syftar till att göra självmordsprevention till en integrerad del av svenskt folkhälsoarbete. Nätverket har möjliggjort en enhetlig strategi för det självmordspreventiva arbetet på riksnivå genom att en tydlig ledningsstruktur bildats och att praktiskt arbete satts igång. Synergieffekter uppnås genom att de regionala nätverken regelbundet kan utbyta erfarenheter. Medlemmar kommer ifrån en rad olika nivåer och grupper i samhället, polisen, hälso- och sjukvården, kyrkan och Statens räddningsverk med flera (14). Det nationella nätverket följer samma organisatoriska indelning som sjukvårdsregionerna^a. I varje region finns även en rättsmedicinsk avdelning^b. Vid ett utvecklat arbete med de retrospektiva suicidgenomgångarna skulle det nationella nätverket för suicidprevention och NASP kunna utgöra viktiga kunskapsförmedlare samt bidra med stödfunktioner för verksamheten.

Stöd till frivilligorganisationer

Frivilligorganisationernas roll

Inom det preventiva arbetet i allmänhet har frivilligorganisationer ofta haft en nyckelroll. Detta gäller exempelvis för det framgångsrika arbetet med att förebygga olycksfallsskador bland barn under andra delen av 1900-talet där Röda Korset haft en framträdande roll (281). En frivilligorganisation kan på ett friare sätt än offentliga organ lyfta fram perspektiv på en fråga och föreslå lösningar. På detta sätt kan organisationen påskynda en utveckling i önskvärd riktning.

Sedan år 1987 har Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd, SPES, arbetat med att lyfta fram arbetet med att förebygga suicid. Staten kan främja SPES insatser med hjälp av anslag på liknande sätt som andra frivilligorganisationer får stöd. Kostnaden uppskattas till 1 mnkr per år.

^a Sverige är indelat i sex olika sjukvårdsregioner: Norra regionen, Uppsala-Örebroregionen, Stockholm-Gotlandregionen, Västsvenska regionen, Sydöstra regionen och Södra regionen.

^b De rättsmedicinska avdelningarna finns i Umeå, Uppsala, Stockholm, Linköping, Göteborg och Lund.

Referenser

1. Nationella rådet för självmordsprevention. Stöd i självmordskriser. Nationellt program för utveckling av självmordsprevention. Nationella rådet för självmordsprevention; Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet och Centrum för suicidforskning och prevention; 1995.
2. Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning. Socialstyrelsen; 1997.
3. Från Ferm M Hjärnan sprakar och språkar – nya perspektiv på depression och självmord. 2005-12-01; Stockholm; 2005 Offentlig föreläsning hos Läkaresällskapet i samband med Läkarnas Riksstämma.
4. Beskow J, Beskow AP, Ehnvall A. Suicidalitetens språk. Socialmedicinsk tidskrift 2005;82(5):458-67.
5. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. Psychol Med 2000;30(1):23-39.
6. Beskow J. Självmord och självmordsprevention. Om livsavgörande ögonblick. Lund: Studentlitteratur; 2000.
7. Rudd MD. Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. I: Ellis TE, red. Cognition and Suicide. Theory, Research and Therapy. Washington DC: American Psychological Association; 2006.
8. Beskow J, Beskow AP, Ehnvall A. Suicidalitetens språk. Lund: Studentlitteratur; 2005.
9. Beskow J. En väg till kognitiv folkhälsa? Socialmedicinsk tidskrift 2005;82(5):468-80.
10. Rosen DH. Suicide survivors. A follow-up study of persons who survived jumping from the Golden Gate and San Francisco-Oakland Bay Bridges. West J Med 1975;122(4):289-94.
11. Thorson J. Självmord som skada - en profylaktisk entré Suicidologi 2000;5(3).
12. Socialstyrelsen. Avsiktligt självdestruktiv handling i Sverige - en underlagsrapport. Stockholm: Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen; 2006.

13. Peterson S, Backlund I, Diderichsen F. Sjukdomsbördan i Sverige - en svensk DALY kalkyl. Stockholm: Karolinska institutet, Folkhälsoinstitutet, Epidemiologiskt centrum, Stockholms läns landsting; 1999.
14. Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP). NASP:s hemsida. Hämtad från <http://www.ki.se/suicide/>.
15. Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES). SPES hemsida. Hämtad från <http://www.spes.nu>.
16. Ferm M, red. Det går att leva vidare. En rapport om sorg, när någon som står oss nära tagit sitt liv. Stockholm; 2002.
17. Leo DD, Evans R. International suicide rates. Recent trends and implications for Australia. Canberra: Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Australian Government Department of Health and Ageing; 2003.
18. Morrell S, Page AN, Taylor RJ. The decline in Australian young male suicide. Soc Sci Med 2006.
19. Mittendorfer-Rutz E, Wasserman D. The WHO European monitoring surveys on national suicide preventive programmes and strategies. Suicidology 2004;9(1):23-5.
20. Commission of the European Communities. Communication from the Commission to the European parliament and the Council on actions for a safer Europe. Brussels; 2006. Hämtad från http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/IPP/documents/com_328_en.pdf.
21. Hjern A, Allebeck P. Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden: a comparative study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002;37(9):423-9.
22. Johansson LM, Sundquist J, Johansson SE, Bergman B. Ethnicity, social factors, illness and suicide: a follow-up study of a random sample of the Swedish population. Acta Psychiatr Scand 1997;95(2):125-31.
23. Johansson LM, Sundquist J, Johansson SE, Bergman B, Qvist J, Traskman-Bendz L. Suicide among foreign-born minorities and Native Swedes: an epidemiological follow-up study of a defined population. Soc Sci Med 1997;44(2):181-7.
24. Skegg K, Nada-Raja S, Dickson N, Paul C, Williams S. Sexual orientation and self-harm in men and women. Am J Psychiatry 2003;160(3):541-6.

25. World Health Organization. The World health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.
26. Rosenman SJ. Preventing suicide: what will work and what will not. *Med J Aust* 1998;169(2):100-2.
27. Rose G. The strategy of preventive medicine. New York: Oxford University Press; 1998.
28. Britton M. Så graderas en studies vetenskapliga bevisvärde och slutsatsernas styrka. *Läkartidningen* 2000;97(40):4414-5.
29. Källestål C, Hedin A. Kunskapsbaserat folkhälsoarbete, Del 2. Handbok för framställning av kunskapsöversikter om interventioner inom folkhälsoområdet. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
30. Goldney RD. Suicide prevention: a pragmatic review of recent studies. *Crisis* 2005;26(3):128-40.
31. Haddon WJ. The basic strategies for preventing damage from hazards of all kinds. *Hazard Prevention* 1980;16:8-11.
32. Thorson J. Prevention av självmord. Folkhälsoinstitutet; 1997.
33. Socialstyrelsen. Att följa och analysera självmord. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
34. Lorant V, Kunst AE, Huisman M, Costa G, Mackenbach J. Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. *Br J Psychiatry* 2005;187:49-54.
35. Ferrada-Noli M. Social psychological vs socioeconomic hypotheses on the epidemiology of suicide: an empirical study. *Psychol Rep* 1996;79(3 Pt 1):707-10.
36. Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2003;157(2):98-112.
37. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med* 2006;62(7):1768-84.
38. Wu B. Testing the stream analogy for lethal violence: a macro study of suicide and homicide. *Western Criminology Review* 2003;4(3).
39. Helliwell J. Well-being and social capital: does suicide pose a puzzle? London: London School of Economics; 2004. Hämtad från <http://econ.lse.ac.uk/~vassilis/seminars/papers/ceplab-161104.pdf>.

40. Allebeck P, Brandt L, Nordstrom P, Asgard U. Are suicide trends among the young reversing? Age, period and cohort analyses of suicide rates in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93(1):43-8.
41. Johansson M. Inkomst och ojämlikhet i Sverige 1961-2002. Stockholm: Institutet för framtidsstudier; 2006.
42. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2004;76 Suppl:S11-9.
43. Andreasson S, Allebeck P, Romelsjo A. Alcohol and mortality among young men: longitudinal study of Swedish conscripts. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988;296(6628):1021-5.
44. Allebeck P, Allgulander C. Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behaviour and substance abuse. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81(6):565-70.
45. Rossow I, Amundsen A. Alcohol abuse and suicide: a 40-year prospective study of Norwegian conscripts. *Addiction* 1995;90(5):685-91.
46. Sjogren H, Eriksson A, Ahlm K. Alcohol and unnatural deaths in Sweden: a medico-legal autopsy study. *J Stud Alcohol* 2000;61(4):507-14.
47. Lester D. Effect of changing alcohol laws in Iceland on suicide rates. *Psychol Rep* 1999;84(3 Pt 2):1158.
48. Wasserman D, Varnik A. Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1998;394:1-4.
49. Wasserman D, Varnik A, Dankowicz M. Regional differences in the distribution of suicide in the former Soviet Union during perestroika, 1984-1990. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1998;394:5-12.
50. Willner S. Alkoholpolitik och hälsa hos kvinnor och män. I: Sundin J, Hogstedt C, Lindberg J, Moberg H, red. Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005.
51. Chaloupka FJ, Grossman M, Saffer H. The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Res Health* 2002;26(1):22-34.
52. Statens folkhälsoinstitut. Alkohol - ingen vanlig handelsvara (svensk översättning). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.

53. Andreasson S. Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2002.
54. Wallin E. Responsible beverage service. Effects of a community action project. Stockholm: Karolinska Institutet; 2004.
55. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD003024.
56. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28(1):1-23.
57. Canetto SS. Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27(4):339-51.
58. Torsheim T, Ravens-Sieberer U, Hetland J, Valimaa R, Danielson M, Overpeck M. Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Soc Sci Med* 2006;62(4):815-27.
59. Kawachi I, Kennedy BP, Gupta V, Prothrow-Stith D. Women's status and the health of women and men: a view from the States. *Soc Sci Med* 1999;48(1):21-32.
60. Eckersley R, Dear K. Cultural correlates of youth suicide. *Soc Sci Med* 2002;55(11):1891-904.
61. Norris P, Inglehart R. *Sacred and secular*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
62. Neeleman J, Lewis G. Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990. *J Epidemiol Community Health* 1999;53(4):204-10.
63. Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *J Nerv Ment Dis* 2000;188(8):543-6.
64. Morrell SL, Taylor RJ, Kerr CB. Jobless. Unemployment and young people's health. *Med J Aust* 1998;168(5):236-40.
65. Morrell S, Taylor R, Quine S, Kerr C. Suicide and unemployment in Australia 1907-1990. *Soc Sci Med* 1993;36(6):749-56.
66. Weyerer S, Wiedenmann A. Economic factors and the rates of suicide in Germany between 1881 and 1989. *Psychol Rep* 1995;76(3 Pt 2):1331-41.

67. Yang B, Lester D. Suicide, homicide and unemployment. *Applied Economics Letters* 1995;2(8):278 - 9.
68. Gunnell D, Lopatatzidis A, Dorling D, Wehner H, Southall H, Frankel S. Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *Br J Psychiatry* 1999;175:263-70.
69. Lonnqvist JK, Henriksson MM, Isometsa ET, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Aro HM, et al. Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 1995;49 Suppl 1:S111-6.
70. Rorsman B, Grasbeck A, Hagnell O, Lanke J, Ohman R, Ojesjo L, et al. A prospective study of first-incidence depression. The Lundby study, 1957-72. *Br J Psychiatry* 1990;156:336-42.
71. Isacson D, Binge-fors K, von Knorring L. The impact of depression is unevenly distributed in the population. *Eur Psychiatry* 2005;20(3):205-12.
72. Lehtinen V, Joukamaa M. Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994;377:7-10.
73. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003;33(3):395-405.
74. Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry* 2002;159(3):450-5.
75. Osby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparen P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(9):844-50.
76. Tamakoshi A, Ohno Y, Yamada T, Aoki K, Hamajima N, Wada M, et al. Depressive mood and suicide among middle-aged workers: findings from a prospective cohort study in Nagoya, Japan. *J Epidemiol* 2000;10(3):173-8.
77. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(3):371-7.
78. Åsberg M. *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2004.
79. Hensley PL, Nadiga D, Uhlenhuth EH. Long-term effectiveness of cognitive therapy in major depressive disorder. *Depress Anxiety* 2004;20(1):1-7.

80. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *Jama* 2005;294(5):563-70.
81. Merry S, McDowell H, Hetrick S, Bir J, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2004.
82. Wennerholm-Juslin. Systematisk sammanställning av litteratur som behandlar effekter av olika former av coping. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005. Hämtad från <http://www.fhi.se>.
83. Glyshaw K, Cohen LH, Towbes LC. Coping strategies and psychological distress: prospective analyses of early and middle adolescents. *Am J Community Psychol* 1989;17(5):607-23.
84. Plancherel B, Bolognini M. Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence* 1995;18(4):459-74.
85. Sandler IN, Tein JY, West SG. Coping, stress, and the psychological symptoms of children of divorce: a cross-sectional and longitudinal study. *Child Dev* 1994;65(6):1744-63.
86. Durlak JA. Successful prevention programs for children and adolescents. New York, London: Plenum; 1997.
87. Ogden T. Social kompetens och problembeteende i skolan: kompetensutvecklande och problemlösande arbete (svensk översättning). Stockholm: Liber; 2003.
88. Webster-Stratton C. Utveckla barns emotionella och sociala kompetens (svensk översättning). Stockholm: Gothia; 2004.
89. Kimber B. Att främja barns och ungdomars utveckling av social och emotionell kompetens. Solna: Ekelund; 2004.
90. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(4):386-405.
91. Ploeg J, Ciliska D, Dobbins M, Hayward S, Thomas H, Underwood J. A systematic overview of adolescent suicide prevention programs. *Can J Public Health* 1996;87(5):319-24.
92. Williams KA, Kolar MM, Reger BE, Pearson JC. Evaluation of a Wellness-Based Mindfulness Stress Reduction intervention: a controlled trial. *Am J Health Promot* 2001;15(6):422-32.

93. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med* 1998;21(6):581-99.
94. Astin JA. Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychother Psychosom* 1997;66(2):97-106.
95. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(1):31-40.
96. Schonfeld IS, Shaffer D, O'Connor P, Portnoy S. Conduct disorder and cognitive functioning: testing three causal hypotheses. *Child Dev* 1988;59(4):993-1007.
97. Hinshaw SP. Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: causal relationships and underlying mechanisms. *Psychol Bull* 1992;111(1):127-55.
98. Rutter M, Giller H, Hagell A. *Antisocial behavior by young people*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
99. Sternberg RJ, Grigorenko EL, Bundy DA. The Predictive Value of IQ. *Merrill-Palmer Quarterly* 2001;47(1):1-41.
100. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Show me the child at seven II: Childhood intelligence and later outcomes in adolescence and young adulthood. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46(8):850-8.
101. Cederblad M, Dahlin L, Hagnell O, Hansson K. Intelligence and temperament as protective factors for mental health. A cross-sectional and prospective epidemiological study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995;245(1):11-9.
102. Batty GD, Mortensen EL, Osler M. Childhood IQ in relation to later psychiatric disorder: evidence from a Danish birth cohort study. *Br J Psychiatry* 2005;187:180-1.
103. Gunnell D, Magnusson PK, Rasmussen F. Low intelligence test scores in 18 year old men and risk of suicide: cohort study. *Bmj* 2005;330(7484):167.
104. Zoritch B, Roberts I, Oakley A. Day care for pre-school children. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(3):CD000564.
105. Gustafsson J-E. Schooling and intelligence: Effects of track of study on level and profile of cognitive abilities. *International Education Journal* 2001;2(4):166-86.

106. Kivimaki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Jarvinen L. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occup Environ Med* 2003;60(10):779-83.
107. Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *Bmj* 2001;323(7311):480-4.
108. Fekkes M, Pijpers FI, Fredriks AM, Vogels T, Verloove-Vanhorick SP. Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics* 2006;117(5):1568-74.
109. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Sun W, Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(8):760-5.
110. Denny S, Clark TC, Fleming T, Wall M. Emotional resilience: risk and protective factors for depression among alternative education students in New Zealand. *Am J Orthopsychiatry* 2004;74(2):137-49.
111. Seals D, Young J. Bullying and victimization: prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression. *Adolescence* 2003;38(152):735-47.
112. Fekkes M, Pijpers FI, Verloove-Vanhorick SP. Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *J Pediatr* 2004;144(1):17-22.
113. Kim YS, Koh YJ, Leventhal B. School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Pediatrics* 2005;115(2):357-63.
114. van der Wal MF, de Wit CA, Hirasing RA. Psychosocial health among young victims and offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics* 2003;111(6 Pt 1):1312-7.
115. Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Marttunen M, Rimpela A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *Bmj* 1999;319(7206):348-51.
116. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry* 1994;35(7):1171-90.
117. Stevens V, De Bourdeaudhuij I, Van Oost P. Anti-bullying interventions at school: aspects of programme adaptation and critical issues for further programme development. *Health Promot Int* 2001;16(2):155-67.

118. Frey KS, Hirschstein MK, Snell JL, Edstrom LV, MacKenzie EP, Broderick CJ. Reducing playground bullying and supporting beliefs: an experimental trial of the steps to respect program. *Dev Psychol* 2005;41(3):479-90.
119. Fonagy P, Twemlow SW, Vernberg E, Sacco FC, Little TD. Creating a peaceful school learning environment: the impact of an antibullying program on educational attainment in elementary schools. *Med Sci Monit* 2005;11(7):CR317-25.
120. Janlert U. *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och kultur; 2000.
121. Windle M. A longitudinal study of stress-buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology* 1992;28:522-30.
122. Stice E, Ragan J, Randall P. Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support? *J Abnorm Psychol* 2004;113(1):155-9.
123. Zimmerman MA, Ramirez-Valles J, Zapert KM, Maton KI. A longitudinal study of stress-buffering effects for urban African-American male adolescent problem behaviors and mental health. *Journal of Community Psychology* 2000;28(1):17-33.
124. Vernberg EM. Psychological adjustment and experiences with peers during early adolescence: reciprocal, incidental, or unidirectional relationships? *J Abnorm Child Psychol* 1990;18(2):187-98.
125. Paykel ES. Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994;377:50-8.
126. Skarsater I, Langius A, Agren H, Haggstrom L, Dencker K. Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: a one-year prospective study. *Int J Ment Health Nurs* 2005;14(4):258-64.
127. Jane-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2003;183:384-97.
128. Hirsch J, Ellis JB. Family support and other social factors precipitating suicidal ideation. *Int J Soc Psychiatry* 1995;41(1):26-30.
129. 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(2):223-32.

130. Cullen KJ. A six-year controlled trial of prevention of children's behavior disorders. *J Pediatr* 1976;88(4 Pt. 1):662-7.
131. Cullen KJ, Cullen AM. Long-term follow-up of the Busselton six-year controlled trial of prevention of children's behavior disorders. *J Pediatr* 1996;129(1):136-9.
132. Bremberg S, red. Nya verktyg för föräldrar - förslag till nya former av föräldrastöd. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
133. Lundberg O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Soc Sci Med* 1993;36(8):1047-52.
134. Rodgers B, Power C, Hope S. Parental divorce and adult psychological distress: evidence from a national birth cohort: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38(7):867-72.
135. Hope S, Power C, Rodgers B. The relationship between parental separation in childhood and problem drinking in adulthood. *Addiction* 1998;93(4):505-14.
136. Halford WK, Sanders MR, Behrens BC. Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? Four-year effects of a behavioral relationship education program. *J Fam Psychol* 2001;15(4):750-68.
137. Stanley SM, Markman HJ, Prado LM, Olmos-Gallo A, Tonelli L, Peters MS, et al. Community-Based Premarital Prevention: Clergy and Lay Leaders on the Front Lines. *Family Relations* 2001;50(1):67-76.
138. Kaiser A, Hahlweg K, Fehm-Wolfsdorf G, Groth T. The efficacy of a compact psychoeducational group training program for married couples. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(5):753-60.
139. Markman HJ, Renick MJ, Floyd FJ, Stanley SM, Clements M. Preventing marital distress through communication and conflict management training: a 4- and 5-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(1):70-7.
140. Dunn AL, Trivedi MH, O'Neal HA. Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Med Sci Sports Exerc* 2001;33(6 Suppl):S587-97; discussion 609-10.
141. Farmer ME, Locke BZ, Moscicki EK, Dannenberg AL, Larson DB, Radloff LS. Physical activity and depressive symptoms: the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. *Am J Epidemiol* 1988;128(6):1340-51.
142. Camacho TC, Roberts RE, Lazarus NB, Kaplan GA, Cohen RD. Physical activity and depression: evidence from the Alameda County Study. *Am J Epidemiol* 1991;134(2):220-31.

143. DiLorenzo TM, Bargman EP, Stucky-Ropp R, Brassington GS, Frensch PA, LaFontaine T. Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. *Prev Med* 1999;28(1):75-85.
144. Crews DJ, Lochbaum MR, Landers DM. Aerobic physical activity effects on psychological well-being in low-income Hispanic children. *Percept Mot Skills* 2004;98(1):319-24.
145. Norris R, Carroll D, Cochrane R. The effects of physical activity and exercise training on psychological stress and well-being in an adolescent population. *J Psychosom Res* 1992;36(1):55-65.
146. Strawbridge WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *Am J Epidemiol* 2002;156(4):328-34.
147. Trost SG, Owen N, Bauman AE, Sallis JF, Brown W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Med Sci Sports Exerc* 2002;34(12):1996-2001.
148. Brownson RC, Baker EA, Housemann RA, Brennan LK, Bacak SJ. Environmental and policy determinants of physical activity in the United States. *Am J Public Health* 2001;91(12):1995-2003.
149. De Bourdeaudhuij I, Sallis J. Relative contribution of psychosocial variables to the explanation of physical activity in three population-based adult samples. *Prev Med* 2002;34(2):279-88.
150. Booth ML, Owen N, Bauman A, Clavisi O, Leslie E. Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Prev Med* 2000;31(1):15-22.
151. MacDougall C, Cooke R, Owen N, Willson K, Bauman A. Relating physical activity to health status, social connections and community facilities. *Aust N Z J Public Health* 1997;21(6):631-7.
152. McNicholas J, Gilbey A, Rennie A, Ahmedzai S, Dono JA, Ormerod E. Pet ownership and human health: a brief review of evidence and issues. *Bmj* 2005;331(7527):1252-4.
153. Serpell J. Beneficial effects of pet ownership on some aspects of human health and behaviour. *J R Soc Med* 1991;84(12):717-20.
154. Straede CM, Gates GR. Psychological health in a population of Australian cat owners. *Anthrozoos* 1993;16(1):30-41.
155. Frumkin H. Beyond toxicity: human health and the natural environment. *Am J Prev Med* 2001;20(3):234-40.

156. Soderback I, Soderstrom M, Schalander E. Horticultural therapy: the 'healing garden' and gardening in rehabilitation measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic, Sweden. *Pediatr Rehabil* 2004;7(4):245-60.
157. Smith DJ. Horticultural therapy: the garden benefits everyone. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1998;36(10):14-21.
158. Faber-Taylor A, Kuo FE, Sullivan WC. Coping with ADD. The surprising connection to green play settings. *Environment and behaviour* 2001;33(1):54-77.
159. Kuo FE, Taylor AF. A potential natural treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence from a national study. *Am J Public Health* 2004;94(9):1580-6.
160. Norling I. Rekreation och psykisk hälsa. Dokumentation och analys av forskning om hur rekreationens inriktning och kvalitet kan förbättra psykisk hälsa och behandling av psyksisk ohälsa. Göteborg: Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska universitetssjukhuset; 2001.
161. Isacson G, Holmgren P, Druid H, Bergman U. The utilization of antidepressants--a key issue in the prevention of suicide: an analysis of 5281 suicides in Sweden during the period 1992-1994. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96(2):94-100.
162. Isacson G. Suicide prevention--a medical breakthrough? *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(2):113-7.
163. Reseland S, Bray I, Gunnell D. Relationship between antidepressant sales and secular trends in suicide rates in the Nordic countries. *Br J Psychiatry* 2006;188:354-8.
164. Engqvist U, Rydelius PA. Death and suicide among former child and adolescent psychiatric patients. *BMC Psychiatry* 2006;6(1):51.
165. Miller M, Hemenway D. The relationship between firearms and suicide: a review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 1999;4(1):59-75.
166. Brent DA. Firearms and suicide. *Ann N Y Acad Sci* 2001;932:225-39; discussion; 39-40.
167. Lester D. The availability of firearms and the use of firearms for suicide: a study of 20 countries. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81(2):146-7.
168. Ajdacic-Gross V, Killias M, Hepp U, Gadola E, Bopp M, Lauber C, et al. Changing times: a longitudinal analysis of international firearm suicide data. *Am J Public Health* 2006;96(10):1752-5.

169. Haw C, Sutton L, Simkin S, Gunnell D, Kapur N, Nowers M, et al. Suicide by gunshot in the United Kingdom: a review of the literature. *Med Sci Law* 2004;44(4):295-310.
170. Lambert MT, Silva PS. An update on the impact of gun control legislation on suicide. *Psychiatr Q* 1998;69(2):127-34.
171. Beautrais AL, Fergusson DM, Horwood LJ. Firearms legislation and reductions in firearm-related suicide deaths in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(3):253-9.
172. Shenassa ED, Rogers ML, Spalding KL, Roberts MB. Safer storage of firearms at home and risk of suicide: a study of protective factors in a nationally representative sample. *J Epidemiol Community Health* 2004;58(10):841-8.
173. Grossman DC, Mueller BA, Riedy C, Dowd MD, Villaveces A, Prodinski J, et al. Gun storage practices and risk of youth suicide and unintentional firearm injuries. *Jama* 2005;293(6):707-14.
174. Sjöberg G, Irestedt B, Persson H. Akuta förgiftningar bland vuxna och ungdomar år 2000. Gynnsam utveckling - men oroande vad gäller narkotika och analgetika. *Läkartidningen* 2005;102(43):3125-9.
175. Irestedt B, Persson H, Sjöberg G. Receptfritt paracetamol vanlig orsak till förgiftning bland tonårsflickor. *Läkartidningen* 2005;102(43):3130-2.
176. Jonsson A, Holmgren P, Ahlner J. Fatal intoxications in a Swedish forensic autopsy material during 1992-2002. *Forensic Sci Int* 2004;143(1):53-9.
177. Gunnell D, Murray V, Hawton K. Use of paracetamol (acetaminophen) for suicide and nonfatal poisoning: worldwide patterns of use and misuse. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30(4):313-26.
178. Hawton K, Simkin S, Deeks J, Cooper J, Johnston A, Waters K, et al. UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. *Bmj* 2004;329(7474):1076.
179. Turvill JL, Burroughs AK, Moore KP. Change in occurrence of paracetamol overdose in UK after introduction of blister packs. *Lancet* 2000;355(9220):2048-9.
180. Simkin S, Hawton K, Sutton L, Gunnell D, Bennewith O, Kapur N. Co-proxamol and suicide: preventing the continuing toll of overdose deaths. *Qjm* 2005;98(3):159-70.
181. Kreitman N. The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960-71. *Br J Prev Soc Med* 1976;30(2):86-93.

182. Kreitman N, Platt S. Suicide, unemployment, and domestic gas detoxification in Britain. *J Epidemiol Community Health* 1984;38(1):1-6.
183. Lester D. Effects of the detoxification of domestic gas on suicide rates in six nations. *Psychol Rep* 1995;77(1):294.
184. Amos T, Appleby L, Kiernan K. Changes in rates of suicide by car exhaust asphyxiation in England and Wales. *Psychol Med* 2001;31(5):935-9.
185. Mott JA, Wolfe MI, Alverson CJ, Macdonald SC, Bailey CR, Ball LB, et al. National vehicle emissions policies and practices and declining US carbon monoxide-related mortality. *Jama* 2002;288(8):988-95.
186. Strife BJ, Paulozzi L. To make further progress against carbon monoxide poisoning, focus on motor vehicles. *Inj Prev* 2004;10(2):74-5.
187. Routley VH, Ozanne-Smith J. The impact of catalytic converters on motor vehicle exhaust gas suicides. *Med J Aust* 1998;168(2):65-7.
188. Oström M, Thorson J, Eriksson A. Carbon monoxide suicide from car exhausts. *Soc Sci Med* 1996;42(3):447-51.
189. Clarke RV, Poyner B. Preventing suicide on the London Underground. *Soc Sci Med* 1994;38(3):443-6.
190. Daigle MS. Suicide prevention through means restriction: assessing the risk of substitution. A critical review and synthesis. *Accid Anal Prev* 2005;37(4):625-32.
191. Fischer EP, Comstock GW, Monk MA, Sencer DJ. Characteristics of completed suicides: implications of differences among methods. *Suicide Life Threat Behav* 1993;23(2):91-100.
192. Cantor CH, Hill MA. Suicide from river bridges. *Aust N Z J Psychiatry* 1990;24(3):377-80.
193. Reisch T, Michel K. Securing a suicide hot spot: effects of a safety net at the Bern Muenster Terrace. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35(4):460-7.
194. Gunnell D, Nowers M. Suicide by jumping. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96(1):1-6.
195. Gunnell D, Nowers M, Bennewith O. Suicide by jumping: is prevention possible? *Suicidologi* 2005;10(2):15-7.
196. Lindqvist P, Jonsson A, Eriksson A, Hedelin A, Bjornstig U. Are suicides by jumping off bridges preventable? An analysis of 50 cases from Sweden. *Accid Anal Prev* 2004;36(4):691-4.

197. O'Carroll PW, Silverman MM. Community suicide prevention: the effectiveness of bridge barriers. *Suicide Life Threat Behav* 1994;24(1):89-91; discussion -9.
198. Beautrais AL. Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: a case study. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35(5):557-62.
199. Routley V, Staines C, Brennan C, Haworth N, Ozanne-Smith J. Suicide and natural deaths in road traffic - review. Victoria, Australia: Monash University Accident Research Centre; 2003.
200. Ohberg A, Penttila A, Lonnqvist J. Driver suicides. *Br J Psychiatry* 1997;171:468-72.
201. Ahlm K, Eriksson A, Lekander T, Björnstig U. Alla dödsfall i trafiken är inte "dödsolyckor" - en analys av officiell statistik över dödsfall i svensk vägtrafik år 1999. *Läkartidningen* 2001;98(17):2016-22.
202. Radbo H, Svedung I, Andersson R. Suicides and other fatalities from train-person collisions on Swedish railroads: A descriptive epidemiologic analysis as a basis for systems-oriented prevention. *J Safety Res* 2005;36(5):423-8.
203. O'Donnell I, Farmer RD. Suicidal acts on metro systems: an international perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86(1):60-3.
204. O'Donnell I, Farmer RD. The epidemiology of suicide on the London Underground. *Soc Sci Med* 1994;38(3):409-18.
205. Gaylord MS, Lester D. Suicide in the Hong Kong subway. *Soc Sci Med* 1994;38(3):427-30.
206. Mishara BL. Suicide in the Montreal subway system: characteristics of the victims, antecedents, and implications for prevention. *Can J Psychiatry* 1999;44(7):690-6.
207. Baumert J, Erazo N, Ladwig KH. Ten-year incidence and time trends of railway suicides in Germany from 1991 to 2000. *Eur J Public Health* 2005.
208. Beskow J, Thorson J, Ostrom M. National suicide prevention programme and railway suicide. *Soc Sci Med* 1994;38(3):447-51.
209. Stack S. Suicide in the media: a quantitative review of studies based on non-fictional stories. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35(2):121-33.
210. Gould MS. Suicide and the media. *Ann N Y Acad Sci* 2001;932:200-21; discussion 21-4.

211. Pirkis J, Blood RW. Suicide and the Media. Part I: Reportage in Non-fictional Media. *Crisis* 2001;22(4):146-54.
212. Pirkis J, Blood RW. Suicide and the Media. Part II: Portrayal in Fictional Media. *Crisis* 2001;22(4):155-62.
213. Tousignant M, Mishara BL, Caillaud A, Fortin V, St-Laurent D. The impact of media coverage of the suicide of a well-known Quebec reporter: the case of Gaetan Girouard. *Soc Sci Med* 2005;60(9):1919-26.
214. Yip PS, Fu KW, Yang KC, Ip BY, Chan CL, Chen EY, et al. The effects of a celebrity suicide on suicide rates in Hong Kong. *J Affect Disord* 2006.
215. Jobes DA, Berman AL, O'Carroll PW, Eastgard S, Knickmeyer S. The Kurt Cobain suicide crisis: perspectives from research, public health, and the news media. *Suicide Life Threat Behav* 1996;26(3):260-69; discussion 9-71.
216. Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S. Imitative suicide on the Viennese subway. *Soc Sci Med* 1994;38(3):453-7.
217. Etzersdorfer E, Sonnek G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980-1996. *Archives of Suicide Research* 1998;4:67-74.
218. Michel K, Frey C, Wyss K, Valach L. An exercise in improving suicide reporting in print media. *Crisis* 2000;21(2):71-9.
219. Pirkis J, Francis C, Blood RW, Burgess P, Morley B, Stewart A, et al. Reporting of suicide in the Australian media. *Aust N Z J Psychiatry* 2002;36(2):190-7.
220. Au JS, Yip PS, Chan CL, Law YW. Newspaper reporting of suicide cases in Hong Kong. *Crisis* 2004;25(4):161-8.
221. Sisask M, Varnik A, Wasserman D. Internet comments on media reporting of two adolescents' collective suicide attempt. *Arch Suicide Res* 2005;9(1):87-98.
222. Ringskog-Vagnhammar S. Självordssajterna på Internet - ett fenomen som oroar. *Läkartidningen* 2004;101(49):4028-32.
223. Alao AO, Soderberg M, Pohl EL, Alao AL. Cybersuicide: review of the role of the internet on suicide. *Cyberpsychol Behav* 2006;9(4):489-93.
224. Rajagopal S. Suicide pacts and the internet. *Bmj* 2004;329(7478):1298-9.

225. Becker K, Mayer M, Nagenborg M, El-Faddagh M, Schmidt MH. Parasuicide online: Can suicide websites trigger suicidal behaviour in predisposed adolescents? *Nord J Psychiatry* 2004;58(2):111-4.
226. Befrienders International. Hemsida för "Befrienders International". Hämtad från www.befrienders.org.
227. Nordentoft M. Forbud mod instruks i selvmordsmetoder. *Ugeskr Laeger* 2004;166(40):3481.
228. Pirkis J. Australian legislation on suicide and the internet. *Psychiatr Danub* 2006;18 Suppl 1:96.
229. Garland A, Shaffer D, Whittle B. A national survey of school-based, adolescent suicide prevention programs. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28(6):931-4.
230. Guo B, Harstall C. Efficacy of suicid prevention programs for children and youth. Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2002. Health Tecnology Assessment.
231. World Health Organization. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN); 2004.
232. Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: WHO Regional office for Europe (Health Evidence Network report); 2006.
233. Staal MA. The assessment and prevention of suicide for the 21st century: the Air Force's community awareness training model. *Mil Med* 2001;166(3):195-8.
234. Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *Bmj* 2003;327(7428):1376.
235. Lester D. The effectiveness of suicide prevention centers: a review. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27(3):304-10.
236. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *J Clin Psychiatry* 1999;60 Suppl 2:70-4; discussion 5-6, 113-6.
237. Rhee WK, Merbaum M, Strube MJ, Self SM. Efficacy of brief telephone psychotherapy with callers to a suicide hotline. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35(3):317-28.

238. King R, Nurcombe B, Bickman L, Hides L, Reid W. Telephone counselling for adolescent suicide prevention: changes in suicidality and mental state from beginning to end of a counselling session. *Suicide Life Threat Behav* 2003;33(4):400-11.
239. 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;181:226-9.
240. Berle JO. [Telephone service for people in crisis]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001;121(9):1130-1.
241. Berle JO. [Telephone hot line service to Kirkenes SOS in Norway]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001;121(9):1103-4.
242. Riksorganisationen BRIS (Barnens rätt i samhället). Riksorganisationen BRIS:s hemsida. Hämtad från www.bris.se.
243. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140(10):822-35.
244. Hallfors D, Brodish PH, Sanchez V, Khatapoush S, Cho H, Steckler A. Feasibility of Screening Adolescents for Suicide Risk in "Real World" High School Settings. *Am J Public Health* 2005.
245. Scherff AR, Eckert TL, Miller DN. Youth suicide prevention: a survey of public school superintendents' acceptability of school-based programs. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35(2):154-69.
246. Miller DN, Eckert TL, DuPaul GJ, White GP. Adolescent suicide prevention: acceptability of school-based programs among secondary school principals. *Suicide Life Threat Behav* 1999;29(1):72-85.
247. Eckert TL, Miller DN, DuPaul GJ, Riley-Tillman TC. Adolescent suicide prevention: school psychologists' acceptability of school-based programs. *School Psychology Review* 2003;32:57-76.
248. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *Jama* 2005;293(13):1635-43.
249. Schlenger WE, Williams RL, Blitstein JL. Iatrogenic risk of screening for youth suicide. *Jama* 2005;294(20):2578-9; author reply 9-80.
250. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama* 2005;294(16):2064-74.

251. Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry* 2003;36(6):288-91.
252. Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry* 1998;173:519-22.
253. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39(4):248-54.
254. Spinks A, Turner C, Nixon J, McClure R. The 'WHO Safe Communities' model for the prevention of injury in whole populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2005.
255. Socialdepartementet. Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador. Proposition 2000/01:20. 2000. Hämtad från <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/1466>.
256. Statens folkhälsoinstitut. Uppföljning av den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador 2001-2005. Slutredovisning av regeringsuppdrag.; 2006. Hämtad från http://www.fhi.se/upload/Bloggar/Gunnar%20Ågren/Uppf_HP_alkoholskad_or0611.pdf.
257. Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P, Henare K. Suicide prevention. A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005.
258. På rätt kurs! Metoder för föräldrastöd från förskolan till tonåren. Länsstyrelserna i Stockholms, Västra Götalands och Skånes län; 2006. Hämtad från http://www.ab.lst.se/upload/dokument/publikationer/S/ovrigt/2006/Pa_ratt_kurs.pdf.
259. Utbildnings- och kulturdepartementet. Trygghet, respekt och ansvar - om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever. Proposition 2005/06:38. 2005. Hämtad från <http://www.regeringen.se>.
260. Utbildnings- och kulturdepartementet. Umgdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. SOU 2006:77. Stockholm: Utbildnings- och kulturdepartementet; 2006.
261. Socialstyrelsen. Läkarens skyldighet att göra anmälan enligt 6 kap 6 § vapenlagen (1996:67). Stockholm: Socialstyrelsen; 2003. Socialstyrelsens författningssamling, föreskrifter och allmänna råd SOFS 2003:18.

262. Socialstyrelsen. Socialstyrelsen följer upp tillämpningen av 6 kap. 6 § vapenlagen. Fullgör läkare anmälningsskyldigheten till polisen? Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
263. Gunnarsdotter S. Unga använder paracetamol för att skada sig själva. Läkartidningen 2005;102(43):3108-09.
264. Nilsson I. Läkare vill ha åldersgräns för köp av receptfria analgetika. Läkartidningen; 2005.
265. Läkartidningen. Vi tycker - restriktioner på receptfria läkemedel? Läkartidningen; 2006.
266. Hunter Institute of Mental Health, Australian Network for Promotion Prevention and Early Intervention for Mental Health (Auseinet), SANE Australia. Mindframe - webbplats för journalister i Australien. Hämtad från www.mindframe-media.info.
267. Pirkis J. Australia's experience with media guidelines. Psychiatr Danub 2006;18 Suppl 1:113.
268. Westerlund M. Representationen av självmord på Internet. En undersökning av sökträffar på sökorden självmord och suicide. 2006.
269. Medierådet. Medierådets hemsida. Hämtad från <http://www.medieradet.se>.
270. Senter for forebygging av selvmord i Nord-Norge. VIVAT. Hemsida för norskt suicidprevenitivt utbildningsprogram. Hämtad från <http://www.unn.no/category10022.html>.
271. Durkheim É. Le suicide: étude de sociologie. 1897.
272. Socialdepartementet. Regeringens proposition 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. 1996. Hämtad från www.regeringen.se.
273. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention. Suizid prävention ist möglich. Tysklands nationella program för suicidprevention Hämtad från <http://www.suizidpraevention-deutschland.de/>.
274. Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
275. Ekman R, Lindqvist K, Menckel E, Schelp L, Svanström L. Intervention strategies for safety. I: Laflamme L, Svanström L, Schelp L, red. Safety Promotion Research. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine; 1999.

276. Statens räddningsverk. Hemsida för Statens räddningsverk Hämtad från <http://www.srv.se>.
277. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens allmänna föreskrifter och råd om anmälningskyldighet enligt Lex Maria, SOSFS 2005:28 (M). Stockholm; 2005. Hämtad från http://www.sos.se/sosfs/2005_28/2005_28.htm.
278. U.S. Army Space & Missile Defence Command/ U.S. Army Forces Strategic Command. Suicide prevention and psychological autopsy. Washington DC: Department of the Army; 1988. Hämtad från <http://www.smdc.army.mil/>.
279. Socialdepartementet. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. SOU 2006:100. 2006. Hämtad från <http://www.regeringen.se/sb/d/6150/a/73178>.
280. Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging; Universitetet i Oslo. Nasjonalt nettverk for selvmordsforebygging i Norge. Hämtad från <http://www.selvmordsforebygging.no/>.
281. Jansson B, De Leon AP, Ahmed N, Jansson V. Why does Sweden have the lowest childhood injury mortality in the world? The roles of architecture and public pre-school services. J Public Health Policy 2006;27(2):146-65.

Regeringens uppdrag till Statens folkhälsoinstitut



Socialdepartementet

Regeringsbeslut 3
2005-07-21 S2005/3732/FH
(delvis)
S2005/5776/FH

Statens folkhälsoinstitut
103 52 STOCKHOLM

Uppdrag att ta fram förslag till ett nationellt program för självmords- prevention

1 bilaga

Regeringen ger Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att till ett nationellt program för självmordsprevention ta fram förslag på befolkningsinriktade strategier och åtgärder för statliga myndigheter, landsting och kommuner. Syftet med programmet skall vara att bidra till ett minskat antal självmord och självmordsförsök i befolkningen. En utgångspunkt är att åtgärder som föreslås skall kunna vidtas inom befintliga ramar. I den utsträckning förslagen medför ökade utgifter för stat, kommuner och/eller landsting skall de kompletteras med förslag till finansiering. Uppdragets bakgrund och inriktning redovisas i *bilagan* till detta beslut.

Regeringen ger samma dag i samma syfte Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag på strategier och åtgärder riktade till huvudmännen för hälso- och sjukvård, socialtjänst och skolhälsovård/elevhälsa. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut skall samordna uppdragen, så att resultaten av de båda uppdragen bildar en helhet. Det åligger båda myndigheterna att ansvara för att denna samordning sker.

Redovisning skall ske till Socialdepartementet senast den 15 december 2006.

På regeringens vägnar

Morgan Johansson

Sofia Jerneck

Fluid vulnerability theory

Fluid vulnerability theory (FVT) gör det möjligt att förstå variationer av suicidrisk hos en person över tid. FVT baseras på en teori om att det finns ett särskilt suicidalt tillstånd (suicidal mode) som, när det aktiveras, utlöser ett suicidalt beteende. Det suicidala tillståndet består av fyra komponenter: ett kognitivt system, ett känslomässigt system, ett fysiologiskt system och ett beteendemässigt system för suicidalitet. De olika systemen fungerar beroende av varandra och kan aktiveras av antingen en inre faktor (t.ex. en tanke, känsla eller föreställning) eller yttre faktor (t.ex. förlust av en relation). En uttalad känslighet kan föreligga inom vart och ett av de olika systemen och bidra till ökad suicidrisk. En kognitiv känslighet kan bestå av försämrade problemlösningsförmåga, kognitiv rigiditet eller förvrängda tankar om den egna personen i relation till andra och till framtiden. Känslomässig och fysiologisk känslighet består av olika symtom (känslomässiga och fysiologiska) kopplade till utlösande situationer och händelser. En beteendemässig känslighet kan bestå av ett antal bristfälliga färdigheter i att till exempel samspela med andra människor eller att lugna ner sig själv under stressande situationer.

FVT byggs upp av åtta grundläggande antaganden/teser. Den första tesen utgår från att suicidala tillstånd är tidsbegränsade. En andra tes är att alla människor har en personlig sårbarhetströskel då det suicidala tillståndet aktiveras. En del människor har en hög tröskel som resulterar i att suicid aldrig ses som en möjlig lösning. Andra människor har en lägre tröskel och kan tämligen lätt hamna i ett suicidalt tillstånd som ett resultat av en retning inom någon av de fyra domänerna. En person som gjort flera suicidförsök antas ha en låg sårbarhetströskel, förmodligen inom flera av de grundläggande domänerna. Den tredje tesen i FVT innebär att en person som gått igenom en suicidal kris återgår till sin ursprungliga sårbarhetströskel. Därmed kan personen ånyo lätt återgå till det suicidala tillståndet. Den fjärde tesen innebär därför att de som gjort flera allvarliga suicidförsök har lägre sårbarhetströskel än de som gjort ett försök eller de som har suicidtankar. Enligt den femte tesen verkar olika domäner synkroniserat med varandra. Då det suicidala tillståndet uppnåtts genom en retning inom en domän innebär det samtidigt att resterande domäner aktiveras. Den sjätte tesen innebär att en suicidal episods allvarlighetsgrad beror på kombinationen av den personliga sårbarhetströskeln och den utlösande faktorns styrka. Utlösande faktorer ökar endast suicidrisken under begränsad tidsperiod eftersom kroppen inte klarar av att vara i det suicidala tillståndet under obegränsad tid. Detta motsvarar den sjunde tesen. Enligt den åttonde och sista tesen i FVT kan det akuta suicidala tillståndet minskas om de utlösande faktorerna hanteras på ett effektivt sätt. Under akuta suicidala episoder bör alltså inte åtgärder riktas mot de olika komponenterna i det suicidala tillståndet utan mot de utlösande faktorerna. Däremot kan den personliga sårbarhetströskeln inom de olika komponenterna (de kognitiva, känslomässiga, fysiologiska och bete-

endemässiga systemen) påverkas långsiktigt genom inläring av olika bemästringsstrategier.

Kunskap om FVT får konsekvenser för klinisk behandling av suicidala personer men även för suicidprevention ur ett befolkningsperspektiv. Vetenskapen om att varje individ har en latent eller kronisk suicidrisk samt en episodisk suicidrisk belyser vikten av att ta hänsyn till att suicidala tillstånd kan uppstå snabbt och leda till impulsiva handlingar. Det är av den anledningen viktigt att minska tillgången till suicidmedel och suicidmetoder som kan användas i ett akut tillstånd. Den viktigaste innebörden av FVT är dock att suicidpreventivt arbete kan inriktas på de olika komponenterna som bygger upp det suicidala tillståndet, dvs. kognitiva, känslomässiga, fysiologiska och beteendemässiga bemästringsstrategier som leder till att individer kan hantera sin suicidalitet. (7)

Avhandlingar inom det suicidpreventiva området

Tabell 4. Forskare i Sverige som avlagt doktorsexamen inom ämnen kopplade till suicidprevention sedan 1995 (uppgifter från NASP)

Författare	Institution	Titel
Atalay, Alem	Umeå Universitet	Mental health in rural Ethiopia – studies on mental distress, suicidal behaviour and use of khat and alcohol (1997)
Bayard-Burfeld, Louise	Lunds Universitet	Migration and mental health. Epidemiological studies of immigrants in Sweden (1998)
Bertling, Ulla	Karolinska Institutet	Psychopathology, treatment utilization and gender in relation to substance abuse (2002)
Björkman, Tommy	Lunds Universitet	Case management for individuals with severe mental illness. A process-outcome study of ten pilot services in Sweden (2000)
Brådvik, Louise	Lunds Universitet	Suicide in severe depression. A longitudinal case-control study (2000)
Stephanie Burrows	Karolinska Institutet	Suicide mortality in the South African context: exploring the role of social status and environmental circumstances (2005)
Caldera, Trinidad	Umeå Univeritet	Mental health in Nicaragua – with special reference to psychological trauma and suicidal behaviour (2004)
Carlsten, Anders	Göteborgs Univeritet	Suicide and drugs. Drug related suicide mortality and physicians' prescription patterns (2000)
Cedereke, Jayanti	Lunds Universitet	Clinical curse, predictive factors and effects of intervention after attempted suicide. A randomised controlled study (2002)
Chotai, Jayanti	Umeå Univeritet	Season of birth in suicidology (1999)
Ekéus, Cecilia	Karolinska Institutet	Teenage parenthood: paternal characteristics and child health outcomes (2004)
Engström, Gunnar	Uppsala Univeritet	Temperamental diagnostic and biochemistry in suicide attempters (1997)
Ferrada-Noli, Marcello	Karolinska Institutet	Post-traumatic stress disorder and suicidal behaviour in immigrants to Sweden (1996)
Fugelstad, Anna	Karoliska Institutet	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 (1997)
Granja, Ana Carla	Karolinska Institutet	Maternal deaths in Mozambique: an audit approach with special reference to adolescence, abortion and violence (2002)
Gustafsson, Lennart	Umeå Universitet	Men ingen älskar mig. En deskriptiv studie av självmord i Norrland (1999)
Haggård-Grann, Ulrika	Karolinska Institutet	Violence among mentally disorders offenders (2005)
Henriksson, Svante	Karolinska Institutet	The treatment of depression in clinical practice: a public health perspective (2006)

Hultén, Agnes	Karolinska Institutet		Suicidal Behaviour in children and adolescents in Sweden and some European countries: epidemiological and clinical aspects (2000)
Jarbin, Håkan	Uppsala Universitet		Long-term outcome, suicidal behaviour, quality of life and expressed emotion in adolescent onset psychotic disorder (2003)
Johansson, Eva	Lunds Universitet		Suicide attempts among drug users (2002)
Johansson, Leena Maria	Karolinska Institutet		Migration, mental health and suicide. An epidemiological, psychiatric and cross-cultural study (1997)
Jonasson, Birgitta	Uppsala Universitet		Studies on dextropropoxyphene: with special reference to dependence among chronic pain patients, classification of the manner of death in fatal poisoning, and characteristics of the fatal poisoning victims (2000)
Karlsson, Gunilla	Karolinska Institutet		Drunk driving: a study of psychosocial and health factors, focusing on young and middle aged men in a metropolitan area (1999)
Karlsson, Thore	Karolinska Institutet		A multivariate approach to the interpretation of patterns in homicidal sharp force fatalities (1997)
Kiemo, Karatu	Uppsala Universitet		Towards a socio-economic and demographic theory of elderly suicide; a comparison of 49 countries at various stages of development (2004)
Lindberg, Elisabeth	Uppsala Universitet		Death. A social psychological study of (un)willingness towards living (1998)
Magne Ingvar, Ulla	Lunds Universitet		Persons who attempt suicide – social characteristics, social network and significant others (1999)
Michel, Per-Olof	Uppsala Universitet		The Swedish Soldier and General Mental Health following service in peacekeeping operations (2005)
Mittendorfer Rutz, Ellenor	Karolinska Institutet		Perinatal and familial risk factors of youth suicidal behaviour (2005)
Mäkinen, Ilkka	Stockholms Universitet		On suicide in European countries. Some theoretical, legal and historical views on suicide mortality and its concomitants (1997)
Nilsson, Lena	Karolinska Institutet		Mortality in epilepsy: epidemiological studies with emphasis on sudden unexpected death and suicide (2002)
Niméus, Anders	Lunds Universitet		Suicide attempters – drug overdose patterns and ratings of suicidality (2000)
Nordström, Peter	Karolinska Institutet		Survival analytic studies of suicide risk (1995)
Olsson, Gunilla	Uppsala Universitet		Adolescent depression: epidemiology, nosology, life stress and social network (1998)
Otterblad Olausson, Petra	Karolinska Institutet		Teenage childbearing: pregnancy outcomes and long-term consequences for the mothers (2000)
Ovuga, Emilio	Karolinska Institutet; Makerere University, Uganda		Depression and suicidal behaviour in Uganda: validating the response inventory for stressful life events (RISLE) (2005)
Pendse, Baba	Lunds Universitet		Winter depression: clinical, psychosocial and biochemical characteristics (2004)
Persson, Maj-Lis	Karolinska Institutet		Suicide attempt and genes: psychiatric and genetic characteristics of suicide attempters (1999)
Ramberg, Inga-Lill	Karolinska Institutet		Promoting suicide prevention. An evaluation of a programme for training trainers in psychiatric clinical work (2003)
Rancans, Elmar	Umeå Universitet		Suicidal behaviours in Latvia 1980-2000 – self destructive tendencies in a society in transition (2004)

Salander Renberg, Ellinor	Umeå Universitet		Perspectives on the suicide problem. From attitudes to completed suicide (1998)
Samuelsson, Mats	Karolinska Institutet		Attempted suicide: studies of attitudes and psychiatric care (1997)
Skogman, Katarina	Lunds Universitet		Understanding suicidality: suicide risk, sex differences and views of suicide attempters (2006)
Söderberg, Stig	Umeå Universitet		To leave it all behind (2004)
Talseth, Anna-Grethe	Umeå Universitet		Psychiatric care of people at risk of committing suicide. Narrative interviews with registered nurses, physicians, patients and their relatives (2001)
Thiblin, Ingmar	Karolinska Institutet		Anabolic androgenic steroids and violence: a medico-legal and experimental study (1999)
Waern, Margda	Göteborgs Universitet		Psykologisk obduktion av äldre som tagit sitt liv (2000)
Westrin, Åsa	Lunds Universitet		Stress-related peptides in suicide attempters (1999)
Wessling, Catarina	Karolinska Institutet		Health effects from pesticide use in Costa Rica: an epidemiological approach (1997)
Wilhelmsson, Katarina	Göteborgs Univeritet		Longer life – better life. Studies on mortality, morbidity and quality of life among elderly people (2003)
Värnik, Airi	Karolinska Institutet		Suicide in the Baltic countries and in the former republics of the USSR (1997)
Ösby, Urban	Karolinska Institutet		Mortality in schizophrenia and affective disorder (2000)

Studier som utgör underlag för den samlade evidensen

Tabell 5. Studier kopplade till strukturella faktorer

Författare, år, land	Studietyp	Oberoende variabel	Utfall (Beroende variabel)	Resultat
Social ojämlikhet				
Lorant, 2005 (34)	Tidsserie i början av 90-talet bland befolkningsgrupper i 10 europeiska länder med en genomsnittlig studieperiod om fyra år	Utbildningsnivå och bostadsförhållanden (ägare av bostad/hyresgäst)	Åldersstandardiserad suicidförekomst per 10 000 personår	Män med låg utbildningsnivå hade en överrisk för suicid i 8 av 10 länder. För kvinnorna var sambandet svagare. I de flesta länder var sambandet mellan socioekonomisk utsatthet och risk för suicid kontinuerligt.
Ferrada-Noli, 1996, Sverige (35)	Tvärnittsstudie av två svenska kommuner (den rikaste och den fattigaste)	Genomsnittlig inkomstnivå	Suicidförekomst	I kommunen med lägst genomsnittlig inkomstnivå var suicidincidensen 46,2 per 100 000 invånare. I kommunen med högst genomsnittlig inkomstnivå var motsvarande incidens 10,8 per 100 000 invånare.
Lorant, 2003 (36)	Översikt (meta-analys)	Socioekonomisk status	Depression	Individer med låg socioekonomisk status har en större risk att drabbas av depression jämfört med individer med bättre socioekonomiska förutsättningar
Wilkinson, 2006 (37)	Översikt av 155 vetenskapligt publicerade artiklar	Inkomstskillnader i befolkningen	Befolkningens hälsa	Översikten ger stöd för att ohälsan ökar om det finns stora inkomstskillnader i befolkningen
Wu, 2003, USA (38)	Regressionsanalys av tvärnittsdatabaser från olika stater i USA			Ett starkt samband påvisades mellan social skiktning och suicid
Helliwell, 2004 (39)	Framgår ej av abstrakt	Socialt kapital	Suicid	Högt socialt kapital i ett land samvarierar med lägre suicidtal (suicid per 100 000 invånare)
Alkoholkonsumtion				
Wilcox, 2004 (42)	Systematisk översikt (meta-analys) av kohortstudier	Alkohol- och droganvändning	Suicid	Alkoholister har en nästan tio gånger högre suicidrisk (SMR 979, 95% CI 898-1065; $p < 0.001$) än normalbefolkningen medan personer som dricker stor mängd alkohol har drygt tre gånger (SMR 351, 95% CI 251-478; $p < 0.001$) så hög risk

Andreasson, 1988, Sverige (43)	Kohortstudie av 49 464 svenska män varav de flesta var 18-19 år gamla, uppföljningstid 15 år	Alkoholkonsumtion	Dödlighet i bl.a. suicid	Ett starkt samband påvisades mellan ökad alkoholkonsumtion och suicid och förmodat suicid. För högkonsumenter av alkohol (>250 g/v) var dödligheten i suicid/förmodat suicid 18,8/1000 personer. Motsvarande siffra för personer som avstår från alkohol var 3,1/1000. Sambandet var kontinuerligt, dvs. risken för suicid ökade i takt med att alkoholkonsumtionen ökade.
Allebeck, 1990, Sverige (44)	Kohortstudie av 50 465 svenska unga män, uppföljningstid 13-14 år	Alkoholkonsumtion	Suicid	Alkoholkonsumtion med mer än 250 gram ren alkohol per vecka förknippades med en dubbelt förhöjd risk för suicid (RR 2.10, 95% CI 1.25-3.53)
Rossow, 1995, Norge (45)	Kohortstudie av 40 000 norska unga män, uppföljningstid 40 år	Alkoholkonsumtion/missbruk	Suicid	Alkoholmissbrukare (personer som vårdats för sitt alkoholberoende och/eller som avlidit i en alkoholrelaterad sjukdom) uppskattades ha en sju gånger förhöjd suicidrisk (RR 6.9, 95% CI 5.5-9.2) jämfört med normalbefolkningen
Sjogren, 2000, Sverige (46)	Registerstudie av samtliga personer som avled och obducerades i Sverige mellan 1992-96, totalt 15 630 st.	Alkoholkonsumtion	Onaturlig död, inklusive suicid	Alkohol var inblandat i 35 procent av suicidfallen och i 65 procent i de "oklara" dödsfallen (samt i 85 procent av förgiftningarna)
Lester, 1999, Island (47)	Tidsserie på Island	Lagstadgad ålderskontroll för inköp av starköl	Suicid	Lagstiftningen samvarierade med minskad alkoholkonsumtion och sänkta suicidtal
Wasserman, 1998 (48)	Abstrakt saknas			
Chaloupka, 2002 (51)	Översikt	Marknadspris på alkoholvaror	Alkoholkonsumtion	Priset på alkoholdrycker påverkar alkoholkonsumtionen inom alla åldersgrupper
Statens folkhälsoinstitut, 2004 (52)	Vetenskaplig översikt om alkoholprevention genom policys på lokal, nationell och internationell nivå			Evidens för olika alkoholpreventiva insatser presenteras, inklusive prissättning och beskattning, reglerad fysisk tillgänglighet och modifierade dryckesmiljöer
Wallin, 2004, Sverige (54)	Akademisk avhandling			Avhandlingen påvisade att det genom insatser i lokalsamhället är möjligt att minska alkoholförsäljningen till underåriga eller till redan påverkade individer i krogmiljöer
Foxcroft, 2002 (55)	Systematisk översikt	Psykosociala interventioner och utbildningsinsatser	Ungdomars alkoholmissbruk	Inga slutsatser var möjliga att formulera om kortsiktiga och medellånga effekter av primärpreventiva insatser för ungdomars alkoholmissbruk. Långsiktiga effekter påvisades av en metod som syftade till att påverka hela familjens inställning till alkohol. Ytterligare utvärderingar av metoden behövs för ytterligare klargörande om dess effektivitet.

Genus				
Canetto, 1998, USA (56)	Framgår ej av abstrakt			Studien ger stöd för att genusparadoxen i suicid är verklig. Skillnader mellan könen i suicidmönster beror till stor del på kulturellt betingade faktorer.
Canetto, 1997, USA (57)	Framgår ej av abstrakt			Data från USA visar att det finns könsnormer för suicidala beteenden som sannolikt får effekter, framför allt för hur ungdomars suicidalitet manifesteras
Torsheim, 2006 (58)	Tvårsnittsstudie med hälsodata från 125 732 ungdomar (11-15 år) från 26 europeiska och nord-amerikanska länder, data från 1997/98			Hälsoskillnader mellan könen påvisades i samtliga länder och skillnaderna ökade med ålder. Sämst hälsa rapporterade 15-åriga flickor. Hälsoskillnaderna mellan könen var störst i länder med lägst jämställdhetsindex. Sociokulturella faktorer tycks således påverka pojkars respektive flickors hälsa.
Kawachi, 1999, USA (59)	Ekologisk tvårsnittsstudie av 50 stater i USA	Kvinnors politiska deltagande, ekonomiska självständighet, anställning och inkomst samt reproduktiva rättigheter	Olika hälsodata	Kvinnors sjuklighet och dödlighet är större i stater där kvinnor har sämre politiska och ekonomiska förutsättningar. Även männen påverkas negativt då kvinnor lever under sämre förhållanden.
Individualisering				
Eckersley, 2002 (60)	Tvårsnittsstudie av 15 OECD-länder	32 olika socioekonomiska och kulturella variabler	Suicid bland unga män (15-24 år)	Ett starkt positivt samband påvisades mellan subjektiva upplevelser av frihet och kontroll och suicidförekomst
Neeleman, 1999 (62)	Ekologisk tvårsnittsstudie av 26 europeiska och amerikanska länder	Aggregerat index för religiositet	Suicid	Ett negativt samband påvisades mellan religiositet och manliga suicid i de 13 länder med lägst religiositet, kontrollerat för socioekonomisk variation
Nisbet, 2000, USA (63)	Tvårsnittsstudie av 4 863 amerikanska individer över 50 år	Deltagande i religiösa aktiviteter	Suicid	Det är mindre sannolikt att personer som avlider genom suicid har deltagit i religiösa aktiviteter än dem som dör en naturlig död, kontrollerat för kön, ras, civilstånd, ålder och omfattning av socialt umgänge
Arbetsmarknad				
Morrell, 1998 (64)	Översikt	Arbetslöshet	Suicid	Ett starkt samband påvisades mellan ungdomsarbetslöshet och ungdomssuicid (15-24 år) på aggregerad nivå
Morrell, 1993, Australien (65)	Tidsserie i Australien mellan 1907-1990	Arbetslöshet	Åldersstandardiserade suicidtal bland kvinnor och män	Kvinnornas suicidala var stabila under tidsperioden medan männens uppvisade tydliga variationer som överensstämde med variationerna i arbetslöshet
Weyerer, 1995, Tyskland (66)	Tidsserie i Tyskland mellan 1881-1989	Fyra ekonomiska variabler, däribland arbetslöshet	Suicid	Årliga variationer av samtliga ekonomiska variabler följde variationer i suicidförekomsten, såväl under perioden före andra världskriget som under efterkrigstiden

Yang, 1995, USA (67)	Tidsserie i USA	Arbetslöshet	Suicid	Ett starkt samband påvisades mellan arbetslöshet och suicid
Gunnell, 1999, Wales (68)	Tidsserie med personer mellan 15 och 44 år i Wales mellan åren 1921 och 1995	Arbetslöshet	Suicid	Ett signifikant samband uppmättes mellan arbetslöshet och ökad suicidförekomst bland både kvinnor och män, kontrollerat för tillgång till suicidmedel

Tabell 6. Studier kopplade till individer i befolkningen

Författare, år, land	Studietyp	Oberoende variabel	Utfall (Beroende variabel)	Resultat
Psykisk ohälsa				
Lonqvist, 1995, Finland (69)	Obduktionsstudie av ett slumpmässigt urval av samtliga suicid som inträffade i Finland under 1987-88			I urvalet var 93 procent av suicidfallen diagnostiserade för någon psykiatrisk diagnos. De oftast förekommande diagnoserna var depression och alkoholberoende/missbruk. Multipla diagnoser förekom hos majoriteten av suicidfallen.
Rorsman, 1990, Sverige (70)	Tidsserie mellan åren 1957 och 1972 av 2 612 svenskar		Förekomst av depression	Risken att drabbas av depression innan en uppnådd ålder av 70 var 27 procent för män och 45 procent för kvinnor
Isacson, 2005, Sverige (71)	Tvärnittsstudie av ett urval av befolkningen mellan 20 och 54 år i Uppsala (4 506 st.)		Självrapporterad förekomst av depression	Fyra procent av personerna i urvalet uppgav förekomst av depression
Lehtinen, 1994 (72)	Översikt av tvärnittsstudier		Förekomst av depression	Upp till fyra procent av kvinnorna och åtta procent av männen i en befolkning lider av kliniska depressioner vid ett och samma tillfälle, medan depressiva besvär förekommer mycket oftare
Cavanagh, 2003 (73)	Systematisk översikt av 54 fallstudier och 22 fall kontrollstudier	Psykisk sjukdom, självskadande beteende, psykiatrisk vård, rapporterad avsikt, svåra livshändelser och social isolering	Suicid	Det starkaste sambandet fanns mellan psykisk sjukdom (framför allt depression) och suicid. För samtliga andra faktorer var sambandet svagare.
Waern, 2002, Sverige (74)	Fall- kontrollstudie av 238 svenskar som var 65 år eller äldre, 85 personer hade tagit sitt liv och 153 personer ingick i kontrollgruppen	Depressiva besvär	Suicid	Bland suicidfallen kunde 97 procent tillskrivas en psykiatrisk diagnos och i kontrollgruppen var andelen 18 procent. Betydelsefulla riskfaktorer för suicid var depression och alkoholmissbruk.
Osby, 2001, Sverige (75)	Kohortstudie (retrospektiv) av alla patienter i Sverige som diagnostiserades med bipolär (15 386 st) och polär sjukdom (39 182 st) mellan åren 1973 och 1995	Bipolär och unipolär sjukdom	Suicid (och andra dödsorsaker)	SMR för suicid var 20,9 för män och 27,0 för kvinnor med unipolär sjukdom. Motsvarande siffror för bipolär sjukdom var 15,0 respektive 22,4.
Tamakoshi, 2000, Japan (76)	Kohortstudie av 18 450 japanska manliga arbetstagare mellan åren 1989 och 1995	Självrapporterade depressiva besvär	Suicid	Ett signifikant samband påvisades mellan självrapporterade depressiva besvär hos japanska medelålders män (mellan 40 och 54 år) och framtida suicid

Brown, 2000, USA (77)	Tjugo år lång kohortstudie (prospektiv) av 6 891 amerikanska personer som besökt psykisk vårdinrättning	Psykiska variabler	Suicid	Graden av depressiva besvär, känslor av hopplöshet och suicidtankar är signifikanta riskfaktorer för suicid. De modifierbara faktorerna suicidtankar, diagnostiserad depression, bipolär sjukdom och arbetslöshet var signifikanta och unika riskfaktorer för suicid.
KBT				
Hensley, 2004 (79)	Systematisk översikt av fem RCT där långsiktiga effekter av KBT och tricykliska antidepressiva medel jämfördes	Behandling med KBT	Depression	Evidensen pekar på att behandling med KBT är att föredra över medicinering då man ser till långsiktiga effekter
Brown, 2005, USA (80)	RCT med 120 ungdomar som nyligen genomfört suicidförsök. Experimentgruppen fick ta del av KBT och kontrollgruppen fick tillgång till vanlig vård bestående av uppföljning och remittering.	KBT (10 st träffar)	Nytt suicidförsök, Suicidtankar, hopplöshet och depression	Uppföljning skedde 1, 3, 6, 12 och 18 månader genomförd intervention. Experimentgruppen uppvisade signifikant lägre värden då det gäller nytt suicidförsök, grad av depression efter 6, 12 och 18 månader och grad av hopplöshet efter 6 månader.
Merry, 2004 (81)	Systematisk översikt från Cochrane Library	Psykologiska och/eller utbildningsprogram (riktade och allmänna)	Depression hos unga (5-19 år)	Psykologiska preventionsprogram är kortsiktigt effektiva för prevention av depression hos riskgrupper
Problemlösning/coping				
Glyshaw, 1989, USA (83)	Fem månader lång kohortstudie av amerikanska barn och ungdomar	Problemlösningsförmåga	Oro och depression	Ett negativt samband påvisades mellan ungdomarnas problemlösningsförmåga och depressiva besvär
Plancherel, 1995, Schweiz (84)	Tvårsnittsstudie av 276 ungdomar från Schweiz med en medelålder på drygt 13 år	Problemlösningsförmåga	Psykisk hälsa	Signifikanta samband påvisades mellan problemlösningsförmåga och psykisk hälsa. Strategierna som används skiljer sig mellan flickor och pojkar.
Sandler, 1994, USA (85)	Fem månader lång tidsserie av 196 barn till skilda föräldrar, medelålder 10 år	Fyra kategorier av problemlösning: aktiv, undvikande, distraktion och socialt stöd	Psykologiska symtom	Negativt samband påvisades mellan aktiv problemlösning samt distraktion och framtida inåtvända psykiska problem

Emotionell kompetens

Gould, 2003 (90)	Systematisk översikt		Diverse preventiva strategier	Suicid	Skolprogram som tränar olika förmågor hos eleven (problemlösning/coping), screening, utbildning av vårdgivare och media och begränsad tillgång på suicidala medel är lovande strategier som dock behöver utvärderas löpande, behandling genom terapier (KBT) och medicinering lika så.
Ploeg, 1996 (91)	Systematisk översikt av 11 studier		Suicidpreventiva skolprogram	Suicid	Studien rapporterar otillräcklig evidens för att uttalade suicidpreventiva program till samtliga skolelever minskar suicidtal. Både positiva och negativa effekter har påvisats.
Mindfulness					
Williams, 2001, USA (92)	Randomiserad kontrollerad studie med totalt 103 amerikanska medborgare		Åtta veckor lång kurs där deltagarna i grupp lärde sig "mindfulness" meditation	Dagliga svårigheter, psykiska besvär och medicinska symtom	Personerna som deltog i programmet uppvisade minskad förekomst av dagliga svårigheter (24%), psykiska besvär (44%) och medicinska symtom (46%) vid uppföljningen efter tre månader, jämfört med personerna som ingick i kontrollgruppen
Shapiro, 1998, USA (93)	Randomiserad kontrollerad studie med läkarstudierande		Åtta veckor lång stresshanteringskurs baserad på "mindfulness"	Diverse psykiska mått	Deltagande individer rapporterade kortsiktig minskad självupplevd oro, minskad förekomst av psykisk ohälsa (inklusive depression), ökad empati och ökad förekomst av spirituella upplevelser
Astin, 1997, USA (94)	Randomiserad kontrolleras studie med totalt 28 frivilliga deltagare		Åtta veckor lång kurs där deltagarna i grupp lärde sig "mindfulness" meditation	Diverse mått	Deltagande individer rapporterade kortsiktiga minskade psykiska symtom, förhöjd känsla av kontroll och ökad förekomst av spirituella upplevelser
Ma, 2004, Storbritannien (95)	Randomiserad, kontrollerad studie med deprimerade patienter som antingen fick traditionell vård eller traditionell vård kombinerat med mindfulness-baserad kognitiv terapi		Träning i mindfulness	Depression	I gruppen som fick träning i mindfulness minskade återfallsfrekvensen från 78 % till 35% bland patienter som hade haft tre eller fler depressiva episoder
Kompetens					
Schonfeld, 1988, USA (96)	Kohortstudie med amerikanska sjuåriga barn, uppföljningstid 10 år		Kognitiv förmåga	Uppförande-sjukdom	Analysen påvisade att den kognitiva förmågan samvarierade med förekomst av diagnostiserad psykisk sjukdom vid 17 års ålder

Hinshaw, (97)	1992	Översikt	Intelligenskvot	Utåtagerande problem	Lägre intelligenskvot än genomsnittet under uppväxtåren anses kunna orsaka uppkomsten av utåtagerande problem
Sternberg, (99)	2001	Översikt	Intelligenskvot hos barn	Psykisk hälsa (bland annat)	I översikten presenteras artiklar som påvisar samband mellan låg IQ och såväl utåtriktade som inåtvända psykiska problem hos barn
Fergusson, (100)	2005, Nya Zeeland	Kohortstudie med 1 265 barn från Nya Zeeland, uppföljningstid 25 år	Intelligenskvot vid 8-9 års ålder	Flertalet olika utfall	Ett starkt samband påvisades mellan hög intelligenskvot och framtida skolprestationer och inkomstnivå. Övriga samband (inklusive psykisk hälsa) försvagades betydligt vid kontroll för beteendeproblem under barndomen och familjens sociala bakgrund
Cederblad, (101)	1995, Sverige	Tvärnittsstudie och kohortstudie med 590 svenskar som ingick i den så kallade Lundbystudien	Intellektuell kapacitet	Psykisk hälsa	Både i tvärnittstudien som genomfördes 1972 och i uppföljningen som avlästes 16 år senare (1988-89) påvisades ett statistiskt samband mellan hög intellektuell kapacitet och lägre frekvens av psykiska diagnoser och högre frekvens av en god psykisk hälsa
Batty, (102)	2005, Danmark	Kohortstudie med 7 022 medborgare från Danmark	Intelligenskvot i barndomen	Psykisk sjukdom i vuxen ålder	En låg intelligenskvot i barndomen hade samband med ökad risk för psykisk sjukdom i vuxen ålder. Kontroll för födelsevikt och föräldrarnas sociala klass (baserat på yrke) försvagade sambandet obetydligt.
Gunnell, (103)	2005, Sverige	Kohortstudie med 987 308 svenska män, 18 år gamla. Uppföljningstiden varierade mellan fem och 26 år.	Intelligens (logiskt tänkande, språkfärdigheter, spatiala färdigheter och tekniska färdigheter)	Suicid	Dåliga prestationer vid intelligenstest innebär en ökad suicidrisk för unga män senare i livet
Zoritch, (104)	2000, USA	Meta-analys av åtta randomiserade eller qvasi-randomiserade kontrollerade studier med utsatta familjer i USA	Barnomsorg för barn upp till fem år	Mental förmåga	Barnomsorg som sköts av professionella barnskötare (inte föräldrarna) leder till ökad mental förmåga, positiv beteendeutveckling och bra skolprestationer
Gustafsson, (105)	2001	Översikt	Skolgång	Mental förmåga	Enligt översikten innebär varje år av skolgång en ökning med cirka två enheter på IQ-skalan
Mobbning					
Kivimaki, (106)	2003, Finland	Kohortstudie med 5 432 sjukvårdspersonal mellan 18 och 63 år, flest kvinnor, uppföljningstid två år	Arbetsplatsrelaterad mobbning	Diagnostiserad förekomst av depressioner och hjärt-kärlsjukdom	Depression förekom signifikant oftare hos de personer som var utsatta för långvarig mobbning (OR 4.2, 95% CI 2.0-8.6). Mobbning är en förklarande faktor till psykisk ohälsa.

Bond, 2001, Australien (107)	Kohortstudie med 2 680 13-åriga australiensiska ungdomar, uppföljningstid 1 år	Ungdomsmobbning	Självrapporterade symtom av oro eller depression	De ungdomar som blivit mobbade ett år tidigare rapporterade signifikant mer symtom på oro och depression än de som inte känt sig mobbade året innan. Sambandet var starkare om mobbningen förekom mellan två tidpunkter (OR 2.30, 1.2-4.3) än om den endast förekom vid ett mättillfälle (OR 1.94, 1.1-3.3), det vill säga om den med säkerhet var långvarig. Psykiska problem var inte signifikant förknippade med framtida mobbning.
Fekkes, 2006, Nederländerna (108)	Sex månader lång kohortstudie med 1 118 barn mellan 9 och 11 år	Mobbning	Psykosomatiska och psykosociala problem	Mobbningsoffer hade signifikant förhöjd risk att utveckla diverse nya psykosomatiska och psykosociala problem jämfört med dem som inte blev mobbade
Saluja, 2004, USA (109)	Tvårsnittsstudie med 9 863 amerikanska skolungdomar mellan 11 och 15 år	Mobbning (med mera)	Depressiva symtom	Ungdomar som ofta var inblandade i mobbningsaktiviteter (antingen som förövare eller offer) rapporterade depressiva symtom mer än dubbelt så ofta som deras klasskamrater som inte deltog i mobbning
Denny, 2004, Nya Zeeland (110)	Tvårsnittsstudie med 268 nyzeeländska elever som deltog i alternativ undervisning	Faktorer i den sociala miljön	Depression	Utsatthet för mobbning var en signifikant riskfaktor för depression
Seals, 2003, USA (111)	Tvårsnittsstudie med 454 skolelever	Mobbning	Depression	Både mobbare och mobbade uppvisade mer depressiva symtom än de elever som inte på något sätt var inblandade i mobbning
Fekkes, 2004, Nederländerna (112)	Tvårsnittsstudie med 2 766 skolelever mellan 9 och 12 år	Mobbning	Psykosomatiska besvär och depression	Mobbningsoffer hade signifikant ökad risk för flertalet psykosomatiska symtom och depression (OR 7.7) jämfört med barn som inte var inblandade i mobbning. Barn som mobbade andra barn uppvisade inga förhöjda risker för de flesta symtom.
Kim, 2005, Korea (113)	Tvårsnittsstudie med 1 718 koreanska skolelever	Mobbning	Suicidalt beteende	Elever som var inblandade i mobbning (framför allt de som både mobbade och blev mobbade samt flickor) uppvisade signifikant mer suicidala beteenden än elever som inte deltog i mobbning
van der Wal, 2003, Nederländerna (114)	Tvårsnittsstudie med 4 811 holländska skolelever mellan 9 och 13 år	Mobbning (direkt och indirekt)	Depression och suicidtankar	Att bli utsatt för mobbning uppvisade ett signifikant samband med depression och suicidtankar hos flickor. Elever (pojkar och flickor) som uttryckligen mobbade andra rapporterade signifikant oftare suicidtankar än andra elever.
Kaltiala-Heino, 1999, Finland (115)	Tvårsnittsstudie med 16 410 finska skolelever mellan 14 och 16 år	Mobbning	Depression och suicidtankar	Både mobbade och mobbare uppvisade förhöjd förekomst av depression och suicidtankar

Olweus, 1994 (116)	Abstrakt saknas					
Frey, 2005, USA (118)	Randomiserad kontrollerad studie med 6 skolor (1 023 elever)	Flernivåinriktat anti-mobbingsprogram		Mobbningsrelaterade incidenter och beteenden	inci-	Minskade mobbningsrelaterade problem och ökade positiva interaktioner mellan barn på skolgården påvisades i experimentskolorna jämfört med kontrollskolorna. Dessutom rapporterade skolpersonal på experimentskolorna ökat ansvar och minskad tolerans för förekomst av mobbing.
Fonagy, 2005, England (119)	Kohortstudie med 5 lågstadieskolor, uppföljningstid 5 år	Antivålds- och mobbningsprogram				Skolprestationer
						Eleverna i de skolor som genomförde antivålds- och mobbningsprogrammen presterade tydligt bättre skolresultat än eleverna i kontrollskolorna
Socialt stöd						
Windle, 1992 (121)	Inget abstrakt					
Stice, 2004, USA (122)	Kohortstudie av 496 ungdomar (flickor)	Upplevt bristande socialt stöd		Depression		Bristande socialt stöd från föräldrar, men inte från vänner, samvarierade med framtida psykiska besvär och depression bland flickorna
Zimmerman, 2000, USA (123)	Kohortstudie av 173 amerikanska ungdomar (pojkar)	Stöd från vänner (bland annat)		Psykiska symtom (bland annat)		Inget skyddande samband påvisades mellan socialt stöd från vänner och framtida psykiska symtom men däremot för socialt stöd från föräldrar
Vernberg, 1990, USA (124)	Sex månader lång kohortstudie av 73 ungdomar	Tre aspekter av vänskap; omfattning av kontakter, intimitet med närmsta vän och avvisande av vänner)		Självupplevd social acceptans och depressiva känslor		Studien finner stöd för att vänskap fungerar skyddande mot psykiska besvär
Paykel, 1994 (125)	Översikt	Socialt stöd		Klinisk depression		Frånvaro av socialt stöd kan innebära ökad sårbarhet för både insjuknande och återfall i klinisk depression
Skarsater, 2005, Sverige (126)	Ett år lång kohortstudie med 24 patienter över 18 år som hade haft en första episod av klinisk depression	Socialt stöd		Klinisk depression		71 % av patienterna tillfrisknade under studieperioden och dessa patienter hade fått signifikant ökat socialt stöd under studieperioden
Jane-Llopis, 2003 (127)	Meta-analys av 69 program som syftar till att minska depressioner					Bland äldre är preventionsprogram för depression som innehåller komponenten socialt stöd effektiva
Föräldrastöd						
Stice, 2004, USA (122)	Kohortstudie av 496 ungdomar (flickor)	Upplevt bristande socialt stöd		Depression		Bristande socialt stöd från föräldrar, men inte från vänner, samvarierade med framtida psykiska besvär och depression bland flickorna

Zimmerman, 2000, USA (123)	Kohortstudie av 173 amerikanska ungdomar (pojkar)	Stöd från vänner (bland annat)	Psykiska symtom (bland annat)	Inget skyddande samband påvisades mellan socialt stöd från vänner och framtida psykiska symtom men däremot för socialt stöd från föräldrar
Hirsch, 1995, USA (128)	Tvårsnittsstudie av 385 personer, varav 16 procent allvarligt övervägde att ta sitt liv och 59 procent hade suicidtankar	Föräldraskap	Allvarlighetsgrad i suicidtankarna	Bland flera demografiska faktorer var det endast den primära vårdgivaren under uppväxten som hade ett samband med hur allvarliga suicidtankarna var
Aronen, 2000, Finland (129)	Kohortstudie av 160 familjer som klassades som låg- eller högriskfamiljer	Familjerådgivning under fem års tid då barnen var små	Barnens psykiska hälsa i vuxen ålder	Barnen i de familjer som deltog i familjerådgivningen hade signifikant färre psykiska symtom vid 20-21 års ålder än barnen från kontrollfamiljerna
Cullen, 1976, Australien (130)	Randomiserad kontrollerad studie med totalt 246 barn	Upprepade stödinsatser av allmänläkare till främst mödrar under barnets fem först levnadsår	Beteendemönster och inlärningsförmåga hos barnen efter sex års tid	Barnen till de mödrar som fått ta del av stödinsatserna uppvisade signifikant mindre psykiska problem efter sex års tid än barnen i kontrollgruppen
Cullen, 1996, Australien (131)	Kohortstudie med totalt 209 vuxna	Upprepade stödinsatser av allmänläkare till barnens mödrar under barnets fem första levnadsår	Psykiskt välmående (med mera)	Den exponerade gruppen (de individer vars mödrar fick samtalsstöd då de var små) uppvisade signifikant mindre neurotiska symtom och kvinnorna signifikant mindre depressiva symtom än individerna i kontrollgruppen
Bremberg, 2004 (132)	Kunskapssammanställning	Olika former av föräldrastöd	Hälsoutfall hos barnen	Effektiviteten hos olika metoder för föräldrastöd presenteras. Metoderna lämpar sig för olika faser i barnets uppväxt.
Familjekonflikter				
Lundberg, 1993, Sverige (133)	Kohortstudie av ett representativt urval av den svenska befolkningen i åldrarna 17-62 år, uppföljning efter 13 år	Ekonomiska och sociala faktorer under barndomen	Sjuklighet och dödlighet i vuxen ålder	Familjekonflikter i barndomen var den faktor som hade starkast samband med sjuklighet och för tidig dödlighet senare i livet efter kontroll för viktiga konfounders
Halford, 2001, Australien (136)	Randomiserad kontrollerad studie med 83 par som klassades löpa låg respektive hög risk för att få relationsproblem och som slumpmässigt delades in i en experimentgrupp och en kontrollgrupp, uppföljning efter ett och fyra år	PREP	Kommunikationsförmåga inom parrelationerna samt hur nöjda personerna var med sin relation	PREP-kursen visade sig vara effektiv för de par som klassades löpa hög risk för relationsproblem men inte för de par som klassades löpa låg risk att få problem i sin relation
Stanley, 2001 (137)	Abstrakt saknas			

Kaiser, 1998, Tyskland (138)	Randomiserad kontrollerad studie med 67 par som svarade på en annons om att gå en kurs	Träning i kommunikations- och problemlösningssförmåga, diskussioner för förtydligande av parternas förväntningar av relationen samt övningar för att stärka parens sensuella/sexuella relation	Olika faktorer i parrelationerna	Kortsiktiga effekter var att par som genomgått kursen uppvisade bättre kommunikationsförmåga än paren i kontrollgruppen, som i sin tur upplevde mer relationsproblem och sämre kommunikationsförmåga. Ytterligare förbättringar påvisades i experimentgruppen efter ett år.
Markman, 1993, USA (139)	Långsiktig uppföljning	PREP	Olika faktorer i parrelationerna	Vid uppföljningen efter fem år uppvisade paren som gått PREP-kursen bättre kommunikationsmönster och mindre förekomst av våld än de par som ingick i kontrollgruppen
Fysisk aktivitet Dunn, 2001 (140)	Översikt	Fysisk aktivitet	Depression och orolighet	Studien sökte klargöra dos-responsförhållandet mellan fysisk aktivitet och förekomst av depressions- och orolighetssjukdomar, vilket var svårt att göra på grund av brist på studier.
Farmer, 1988, USA (141)	Tvärnsnittsstudie/kohortstudie med 1 900 friska individer i åldrarna 25-77 år	Självskattade nivåer av fysisk aktivitet	Depressiva symtom	Tvärnsnittsstudien påvisade samband mellan låg nivå av fysisk aktivitet och depressiva symtom. Kohortstudien påvisade ett signifikant samband mellan friska kvinnors nivå av rekreationsbaserad fysisk aktivitet och förekomst av depressiva besvär efter en genomsnittlig tid på åtta år.
Camacho, 1991, USA (142)	Kohortstudie med människor som utövade olika mycket fysisk aktivitet	Fysisk aktivitetsnivå	Depression	Bland personer som inte visade tecken på depression vid studiens början löpte personer som utövade lite fysisk aktivitet högre risk att ha drabbats av depression efter nio år än de som var mer fysiskt aktiva
DiLorenzo, 1999, USA (143)	Uppföljningsstudie av 82 personer som deltog i ett träningsprogram	12 veckor långt träningsprogram på ergonometercykel	Fysiska och psykiska effekter	Fysisk aktivitet som resulterar i ökad fysisk prestationsförmåga har både kort- och långsiktiga positiva effekter för den psykiska hälsan, mätt i diverse standardiserade skattningsskalor.
Crews, 2004, USA (144)	Randomiserad kontrollerad studie av totalt 66 barn till låginkomsttagare (hälften flickor/pojkar, hälften experimentgrupp/kontrollgrupp)	Sex veckor långt standardiserat träningsprogram med hög intensitet	Psykisk hälsa	Barnen i den intensiva träningsgruppen uppvisade signifikant minskad förekomst av depressiva symtom efter träningsprogrammets genomförande jämfört med barnen i kontrollgruppen
Norris, 1992, Storbritannien (145)	Kontrollerad studie av 147 ungdomar som antingen deltog i en 10 veckor lång intensiv träningsgrupp eller mindre intensiva träningsformer/kontrollgrupp	Fysisk aktivitet	Psykisk hälsa	Bland dem som deltog i den intensiva träningen sjönk stressnivån och de depressiva besvären medan dessa värden snarare ökade i de andra grupperna

Strawbridge, 2002, USA (146)	Femårig kohortstudie av 1 947 personer mellan 50 och 94 år	Fysisk aktivitet	Depression	Högre fysisk aktivitet fungerade skyddande mot både den utbredda depressionsförekomsten och nyinsjuknandet i depressioner
Trost, 2002 (147)	Systematisk översikt	Personliga, sociala och miljömässiga faktorer	Fysisk aktivitet hos vuxna	På senare tid utgår studier inom ämnet från ett brett ekologiskt perspektiv där miljömässiga faktorer ges stor betydelse
Brownson, 2001, USA (148)	Tvårsnittsstudie i amerikanskt samhälle	Polycys och miljömässiga faktorer	Fysisk aktivitet	Fysiska faktorer i den omgivande miljön kring bostaden har betydligt större betydelse för människors motionsvanor än psykologiska och sociala faktorer. Om naturen runt bostaden upplevs som trevlig ökar den fysiska aktiviteten med 50 procent. Närheten till en park innebar en 100-procentig ökning av den fysiska aktiviteten och motsvarande siffra för närheten till ett joggingspår var 60 procent.
De Bourdeaudhuij, 2002, Nederländerna (149)	Tvårsnittsstudie av 2 390 belgiska personer i tre olika åldersgrupper	Sociala faktorer, självkänsla, upplevda fördelar och upplevda hinder	Fysisk aktivitet	Olika faktorer påverkade motionsvanorna olika mycket för olika köns- och åldersgrupper. Faktorerna förklarade endast en mindre del av variationerna i motionsvanor.
Booth, 2000, Australien (150)	Tvårsnittsstudie med 449 australiensiska medborgare över 60 år	Social-kognitiva och miljömässiga faktorer	Fysisk aktivitet	Tillgång till säkra gångvägar och till andra faciliteter var signifikant associerade med ökad fysisk aktivitet
MacDougall, 1997, Australien (151)	Tvårsnittsstudie med 1765 australiensiska medborgare	Lokala rekreationsfaciliteter (med mera)	Fysisk aktivitet	Upplevt missnöje med lokala rekreationsfaciliteter var signifikant förknippat med låg fysisk aktivitet
Djur- och naturkontakt				
McNicholas, 2005 (152)	Översikt	Innehav av husdjur	Hälsa (hos ägaren till husdjuret)	Fastän tidigare forskningsresultat har påvisat gynnsamma hälsoeffekter av att ha husdjur har dessa resultat inte kunnat upprepas vid senare genomförda studier. Möjligen har husdjur en gynnande effekt i ett vidare psykiskt perspektiv som är svårt att avläsa i fysiska hälsomått.
Serpell, 1991 (153)	10 månader lång prospektiv studie	Införskaffande av hund eller katt	Förändringar i beteende eller hälsostatus	Båda grupper av husdjursägare uppvisade signifikanta kortvariga minskningar av mindre hälsoproblem och denna minskning kvarstod under 10 månader för hundägare. Båda grupper uppvisade även bättre testresultat på ett hälsotest under de första sex månaderna efter husdjursköpet och denna effekt kvarstod efter tio månader hos hundägarna. Hundägarna ökade även sin nivå av fysisk aktivitet. Kontrollgruppen uppvisade inga signifikanta förändringar förutom en liten ökning i fysisk aktivitet.
Straede, 1993, Australien (154)	Tvårsnittsstudie med 92 kattägare och 70 personer utan husdjur	Innehav av husdjur	Psykisk hälsa	Kattägarna uppvisade signifikant bättre psykiskt välmående än kontrollgruppen men inget samband påvisades för t.ex. depressioner, oro och sömnsvårigheter

Faber-Taylor, 2001 (158)	Framgår ej av abstrakt	Naturkontakt	Barns beteendestörningar	Barn med ADD (Attention Deficit Disorder) fungerar bättre än vanligt då de varit ute i grönområden
Kuo, 2004, USA (159)	Framgår ej av abstrakt	Naturkontakt	Barns beteendestörningar	Aktiviteter ute i naturen bidrar till mindre beteendeproblem bland barn med ADHD än om samma slags aktiviteter utövas inomhus
Norling, 2001 (160)	Översikt	Fritid och rekreation	Psykisk hälsa	Rekreationens aktiviteter och miljöer anges påverka orsaks-mönstret för psykisk hälsa till 70 procent. Analyser av svenska folkhälsoundersökningar visar att människor med god psykisk hälsa har ett större utbud/variation av fritids-aktiviteter än de med sämre psykisk hälsa samt ett större inslag av naturbaserade aktiviteter som till exempel fri-luftsliv och trädgårdsarbete. Naturbaserade aktiviteter och aktiviteter som innebär kontakt med djur har mycket goda effekter inom egenvård och professionell behandling, enligt översikten.
Medicinering				
Reseland, 2006 (163)	Tidsserier i Norge, Sverige, Danmark och Finland	Försäljning av antidepressiva läkemedel	Suicid	Under 90-talet sjönk suicidtalerna i samtliga länder och försäljningen av antidepressiva läkemedel ökade med mellan tre och fyra gånger. I Sverige och Danmark började suicidtalerna sjunka redan 10 år innan försäljningen av läkemedlen ökade.
Ungdomar med beteendeproblem				
Engqvist, 2006, Sverige (164)	Registerstudie av 1 400 personer som vårdats inom barn- och ungdomspsykiatri för mellan 12 och 33 år sedan	Psykiska problem	Dödlighet	Ökad dödlighet påvisades i den studerade gruppen jämfört med befolkningen som helhet. Av 38 dödsfall i den studerade gruppen var 19 suicid och endast två av dessa hade tidigare vårdats för genomförda suicidförsök.

Tabell 7. Studier kopplade till suicidfarlig utrustning

Författare, år, land	Studietyp	Oberoende variabel	Utfall (Beroende variabel)	Resultat
Skjutvapen				
Miller, 1999, USA (165)	Översikt av 7 fall-kontrollstudier, ett antal tvärsnittstudier och ett antal tidsserier	Tillgång till vapen i hemmet och införandet av restriktiva vapenlagar	Vapenrelaterade suicid	Samtliga fall-kontrollstudier visar på signifikanta samband mellan vapeninnehav i hemmet och ökad risk för suicid, speciellt för ungdomar. En studie tyder på förhöjd suicidrisk för vuxna utan psykiska problem eller missbruk. De ekologiska studierna är osäkra då de har rent metodologiska brister. Longitudinella kohortstudier saknas. Erfarenheter från flera länder visar på skyddande effekt av införandet av restriktiva vapenlagar.
Brent, 2001 (166)	Översikt av epidemiologiska studier, fall-kontrollstudier, tvärsnittstudier, kvasiexperimentella studier och prospektiva studier	Tillgång till vapen i hemmet och införandet av restriktiva vapenlagar	Vapenrelaterade suicid	Det finns ett samband mellan tillgång till vapen i hemmet och vapenrelaterat suicid. Pistoler, laddade vapen och vapen som ej förvaras inlåsta är särskilt starkt kopplade till ökad risk för suicid. Det ges stöd för att restriktiva vapenlagar minskar förekomsten av vapenrelaterat suicid i synnerhet och suicid i allmänhet.
Lester, 1990 (167)	Tvärsnittsstudie av 20 länder	Tillgänglighet till skjutvapen	Vapenrelaterade suicid	Ett positivt samband påvisades mellan tillgänglighet till skjutvapen och förekomst av suicid genom skott med vapen
Ajdacic-Gross, 2006 (168)	Tidsserie sedan 1980 av flera västerländska länder	Andel hushåll med innehav av skjutvapen	Andel skjutvapenrelaterade suicid	Andelen skjutvapenrelaterade suicid har minskat påtagligt i Norge, Storbritannien, Kanada, Australien och Nya Zeeland sedan 80-talet vilket samvarierade med minskat vapeninnehav
Haw, 2004 (169)	Översikt av selektiva studier som behandlar prevention av suicid genom skott med vapen	Befolkningsandel som äger skjutvapen	Andel skjutvapenrelaterade suicid	Ett starkt samband påvisas mellan andelen vapeninnehavare och andelen vapenrelaterade suicid. Det finns viss evidens för att andelen vapenrelaterade suicid minskar då restriktiva vapenlagar införs.
Lambert, 1998 (170)	Översikt av 16 studier	Restriktiva vapenlagar	Suicid	Förekomsten av suicid minskar som ett resultat av flertalet restriktiva vapenlagar
Beautrais, 2006, Nya Zeeland (171)	Tidsserie på Nya Zeeland mellan perioden 8 år innan och 10 år efter införandet av ny vapenlag	Införandet av restriktiv vapenlagstiftning	Vapenrelaterade suicid	Vapenrelaterade suicid sänktes med 56 procent i befolkningen under tidsperioden (66 procent för ungdomar 15-24 år och 39 procent för vuxna). Andelen vapenrelaterade suicid sänktes i alla åldersgrupper men de reducerade suicidtalerna (alla metoder) kunde inte tillskrivas den införda vapenlagen.
Shenassa, 2004, USA (172)	Tvärsnittsstudie av personer som tagit sitt liv	Säker förvaring (inlåst och/eller oladdat vapen)	Vapenrelaterade suicid	Vapenrelaterat suicid var vanligare bland personer som inte förvarade sina vapen inlåsta och/eller oladdade än bland personer som förvarade sina vapen säkert
Grossman, 2005, USA (173)	Fall (106 st.) – kontroll (480 st.) studie med barn och ungdomar under 20 år	Vapenförvaring	Suicid (och olyckor)	Fyra förvaringsaspekter (vapen förvaras inlåst och oladdat, ammunition förvaras inlåst och fränskilt vapnet) var alla enskilt skyddande mot vapenrelaterade ungdomssuicid

Läkemedel

Sjöberg, 2005, Sverige (174)	Tidsserie av förekomsten av akuta förgiftningar som kommit till Giftinformationscentralens kännedom mellan åren 1990 och 2000				Av de 3 557 epikriser som kom till Giftinformationscentralens kännedom under 2000 var avsiktlig intoxication med läkemedel vanligast (varav ¾ var kvinnor). En viss ökning av epikriser gällande ungdomar mellan 10-19 år noterades jämfört med 1990.
Irestedt, 2005, Sverige (175)	Tidsserie av förekomsten av överdosering av analgetika (smärtstillande medel) mellan åren 2000-02				Paracetamol var det enskilda läkemedel som överdoseras mest under tidsperioden. Giftinformationscentralen noterade en markant ökning av ärenden som gällde överdosering av receptfria preparat (paracetamol), särskilt bland tonårsflickor.
Gunnell, 2000 (177)	Tvårsnittsstudie av sambandet mellan tillgänglighet och dödlighet av paracetamol	Tillgänglighet till läkemedel innehållande paracetamol	Överdoserar med paracetamol		I länder där det finns restriktioner om begränsad mängd paracetamol vid ett inköpstillfälle förekommer generellt mindre dödlighet/skador genom överdoser
Hawton, 2004, Storbritannien (178)	Tidsserie med skattnings av suicid före och efter intervention	Lagstadgad begränsning av tillåten inköpsmängd av receptfria smärtstillande läkemedel (paracetamol, salicylater och deras beståndsdelar)	Suicid		Fullbordade suicid minskade med 22 procent året efter lagen infördes. Minskningen kvarstod nästföljande två år.
Turvill, 2000, Storbritannien (179)	Tidsserie med före- eftermätning och jämförelse med ett annat läkemedel	Införandet av blisterförpackningar av paracetamol	Överdoserar av läkemedlet	av	En signifikant minskning i överdoseringar av paracetamol påvisades året efter de nya förpackningarna infördes. Minskningen noterades inte för överdosering av andra läkemedel.
Simkin, 2005 (180)	Översikt om vilka möjligheter det finns att motverka suicid genom överdos av det receptbelagda smärtstillande läkemedlet co-proxamol				Författarna hävdar att den effektivaste metoden troligen är att minska utskrivningen av co-proxamol till förmån för andra, mindre dödliga, preparat
Gas					
Kreitman, 1976, Storbritannien (181)	Tidsserie i Storbritannien mellan 1960-71	Kolmonoxidhalt i hushållsgasen	Andel suicid relaterade till förgiftning genom hushållsgas		Det skedde en minskning av suicid genom förgiftning av hushållsgas för alla åldersgrupper i tidsmässigt samband med att kolmonoxidhalten i hushållsgasen minskade i England, Wales och Scotland
Lester, 1995 (183)	Abstrakt saknas				
Amos, 2001, England och Wales (184)	Retrospektiv longitudinell tidsstudie	Införande av katalytisk avgasrenare i alla nytillverkade bilar	Suicid		Lagförändringen tycktes bidra till en minskning av antalet självmord genom CO-förgiftning.

Mott, 2002, USA (185)	Tidsserie i USA mellan 1968-1998	Införande av katalytisk avgasrenare 1975	Suicid och oönskade dödsfall genom CO-förgiftning	Under perioden 21 år efter införandet av katalysatorn registrerades en 5,9 procentig sänkning av suicid genom CO-förgiftning.
Routley, 1998, Australien (187)	Tidsserie i Australien mellan 1970 och 1995	Införande av katalytisk avgasrenare 1986	Suicid genom avgasförgiftning	Andelen suicid genom avgasförgiftning ökade efter införandet av katalysatorer i nytillverkade bilar. Bilar med katalysatorer användes som suicidmedel. Interventionen hade ingen effekt.

Tabell 8. Studier kopplade till fysisk miljö

Författare, år, land	Studietyp	Oberoende variabel	Utfall (Beroende variabel)	Resultat
Broar, höga byggnader				
Reisch, 2005, Schweiz (193)	Fallstudie (före- eftermätning)	Montering av skydds-nät vid hög byggnad	Suicid	Inga suicid utfördes från byggnaden under perioden fyra år efter monteringen av skydds-nätet. Det är oklart om antalet suicid genom hopp från andra platser i staden påverkades långsiktigt.
Lindqvist, 2004, Sverige (196)	Fallstudie av 50 fall			Studien tyder på att skyddsanordningar vid vägbroar (speciellt utsatta sådana) skulle kunna förhindra suicid i befolkningen
O'Carroll, 1994 (197)	Abstrakt saknas			
Beautrais, 2001, Australien (198)	Fallstudie (före- eftermätning)	Avlägsnandet av skyddsanordning vid bro	Suicid	Antalet och frekvensen genomförda suicid vid den aktuella bron ökade tiden efter skydds-anordningen hade avlägsnats
Väg-, järnvägs- och tunnelbanetrafik				
Ohberg, 1997, Finland (200)	Granskning av alla dödsfall som inträffade i trafiken i Finland mellan 1987-1991			Den uppskattade andelen suicid av alla dödsolyckor i trafiken var 5,9 procent, jämfört med den officiella statistiken som uppgav 2,6 procent. Män mellan 15-34 svarade för hälften av suicidhändelserna. Händelserna skedde ofta genom frontalkollision med tyngre fordon.
Ahlm, 2001, Sverige (201)	Granskning av officiell statistik över dödsfall i svensk vägtrafik år 1999			3,1 procent av dödsfallen uppskattades vara suicid
Radbo, 2005, Sverige (202)	Retrospektiv genomgång av dödsfall i det svenska järnvägssystemet mellan åren 2000-02			Huvuddelen av suicid vid järnvägar sker i anslutning till tätbefolkade områden – vid perrongen (33%) eller avskilt från perrong men ändå i stadsmiljö (55%). Mer än hälften av det totala suicidantalet förekom i Stockholm, Göteborg eller Malmö. Majoriteten av suicidnära personer verkar ha befunnit sig på eller i nära anslutning till rälsen en stund innan tåget passerade. Preventiva åtgärder i form av kameraövervakning på suicidutsatta områden rekommenderas.
O'Donnell, 1992 (203)	Deskriptiv epidemiologisk studie av suicid inom tunnelbanesystemen i 23 länder			Likheter mellan länderna bestod i att de som tar sitt liv på detta sätt ofta är under 40 år och övervägande andel män. Stationer nära psykiatriska kliniker är mer utsatta. Förebyggande insatser diskuteras.

Tabell 9. Studier kopplade till social miljö

Författare, år, land	Studietyp	Oberoende variabel	Utfall (Beroende variabel)	Resultat
Media				
Stack, 2005 (209)	Metaanalys av 55 studier som undersöker hur medias rapportering (nonfictional) om suicid påverkar suicidtal	Suicidrapportering i media: personkarakteristika hos suicidoffret, definition av suicid, med mera	Benägenhet att imitera suicid som rapporteras i media.	Det är signifikant ökad risk för imitationssuicid om suicidoffret är en känd person (underhållning/politiker) eller om rapporteringen inte skildrar negativa konsekvenser av suicid
Gould, 2001 (210)	Översikt av 42 (nonfictional) + 29 (fictional) studier	Suicidrapportering i media	Imitations- suicid	Studiens slutsats är att det finns uppenbara "smittorisker" med suicidrapportering i media. Det finns hög evidens för att nonfictional rapportering efterföljs av imitationssuicid medan evidensen för fictional rapportering är mindre tydlig men ändå relevant.
Pirkis, 2001 (211)	Översikt av 42 studier	Suicidrapportering (nonfictional) i media	Suicid	Ett samband påvisades mellan suicidrapportering (nonfictional) i tidningar, TV och böcker och efterföljande imitationssuicid
Pirkis, 2001 (212)	Översikt av 34 studier	Suicidrapportering (fictional) i media	Suicid	Ett svagare samband påvisades mellan fiktiv suicidrapportering i media och efterföljande imitationssuicid
Tousignant, 2005, Kanada (213)	Tidsserie med före- eftermätning av kändissuicid i Quebec	Medial rapportering	Suicid	Studien indikerar att medial rapportering om ett kändissuicid följdes av ökat antal suicid genom samma metod
Yip, 2006, Kina (214)	Tidsserie med före- eftermätning av kändissuicid i Kina	Medial rapportering	Suicid	Studien indikerar att medial rapportering om ett kändissuicid följdes av ökat antal suicid genom samma metod
Jobes, 1996, USA (215)	Tidsserie med före- eftermätning av artisten Curt Cobains suicid	Medial rapportering	Suicid	Ingen suicidökning noterades som ett resultat av dödsfallet. Möjliga orsaker diskuteras.
Sonneck, 1994, Österrike (216)	Tidsserie med före- eftermätning	Införande av conduct codes för media vid rapportering om suicid	Suicid	Suicid i tunnelbana minskade med 75 procent efter det att riktlinjerna för media infördes. Minskningen kvarstod fem år.
Michel, 2000, Schweiz (218)	Tidsserie med mätning 8 mån före och 8 mån efter intervention	Införande av conduct codes för media vid rapportering om suicid (inklusive presskonferens, utskick till samtliga redaktörer och personlig kontakt med en chefsredaktör för "skvallerblaska")	Frekvens, layout och innehåll på tidningsartiklar om suicid	Antalet artiklar om suicid ökade under perioden men kvaliteten på dem förbättrades till den andra mätningen
Pirkis, 2002, Australien (219)	12 månader lång fallstudie där rapportering om suicid i tidningar, TV och radio i Australien studerades. 10 pro-			Rapportering om suicid förekom ofta i alla medier och kvaliteten varierade. Det finns fortfarande behov av förbättringar. (Studien är ett exempel på

	cent av totalt 4813 notiser kvalitetsgranskades med hjälp av en manual				hur monitoring är möjlig)
Au, 2004, Kina (220)	Ettårig fallstudie där suicidrapporteringen i fem lokaltidningar i Kina jämfördes med information om fallen som fanns i rättsmedicinska undersökningar				Rapporteringen genomfördes inte enligt WHO:s riktlinjer för rapportering av suicid i media
Internet					
Sisask, 2005 (221)	Fallstudie av en suicidhändelse som publicerades på Internet på sju olika sidor				Ett samband påvisades mellan publiceringens karaktär och antalet kommentarer till artikeln och kommentarernas innehåll. Bristfällig rapportering resulterar i förenklade attityder om fenomenet suicid.
Suicidpreventiva program på skolor och arbetsplatser					
Garland, 1989, USA (229)	Översikt om förekomst och innehåll i skolbaserade suicidpreventiva program				115 program identifierades med liknande innehåll: information om riskfaktorer och varningssignaler för suicid, identifiering av resurser för psykisk vård i området, samt oftast även informationsinsatser till skolpersonal och föräldrar
Ploeg, 1996 (91)	Systematisk översikt av 11 studier	Skolbaserade suicidpreventiva program	Ungdomssuicid		Eftersom studierna påvisade både positiva och negativa effekter av de skolbaserade suicidpreventiva programmen saknas det evidens för att kunna rekommendera dem. Effekterna av bredare skolprogram bör studeras, enligt översikten.
Guo, 2002 (230)	Systematisk översikt från Kanada (inklusive en kritisk granskning av studiemetoderna i refererade arbeten)	Suicidpreventiva program för barn och ungdomar (5-19 år)	Ungdomssuicid		Få av studierna som undersöker effektiviteten hos suicidpreventiva program för barn och ungdomar har god kvalitet då det gäller studie-design, kontroll för konfounders och prövning av mätmetodernas validitet och reliabilitet. Det finns otillräcklig evidens för att vare sig rekommendera eller avråda från skolbaserade suicidpreventiva program.
Gould, 2003 (90)	Systematisk översikt av forskningsresultat från ca 1990 och framåt	Suicidpreventiva program för barn och ungdomar (dessutom epidemiologi, riskfaktorer och behandlingsresultat)	Ungdomssuicid		Lovande strategier som behöver utvecklas ytterligare genom forskning uppges vara skolbaserade program som tränar elevers olika förmågor, screening för riskindivider, utbildning av vårdgivare, utbildning av mediereportrar samt eliminering av suicidmedel. Psykoterapi (dialektisk beteendeterapi och kognitiv beteendeterapi) samt behandling med antidepressiva läkemedel har uppvisat goda resultat men ännu inte utvärderats i RCT med barn/ungdomar.
Stewart-Brown,	Kunskapsammanställning från HEN (Health Evidence Network, WHO:s	Hälsöfrämjande insatser i skolan	Hälsotillstånd		De effektivaste skolbaserade programmen rör psykisk hälsa, goda matvanor och fysisk aktivitet. De minst effektiva programmen rör

2006 (232)	Europakontor)				alkohol- och drogprevention samt suicidprevention. Framgår ej av abstrakt
Staal, 2001, USA (233)	Fallstudie av suicidpreventivt program som implementerats inom det amerikanska flygvapnet				
Knox, 2003, USA (234)	Kohortstudie av 5 260 292 anställda (främst män) inom det amerikanska flygvapnet med före- eftermätning	“US Air Force suicide prevention programme”	Relativ minskning av suicid	risk- av	En 33-procentig relativ riskminskning av suicid uppmättes tiden efter programmet (1997-2002), jämfört med tiden innan programmet genomfördes (1990-96)
Suicidcentra och telefonjourer					
Lester, 1993 (235)	Översikt av 14 studier om suicidcentras effektivitet	Suicidcentra	Suicid		Av de 14 studierna visade sju stycken på någon form av preventiv effekt. En studie rapporterade ökade suicidtal och sex studier påvisade varken positiva eller negativa signifikanta effekter. Översikten tyder på att det finns en preventiv effekt av suicidcentra men effekterna är små och inkonsekventa.

Rhee, 2005, USA (237)	Randomiserad kontrollerad studie med 55 personer som ringde till en jourtelefon och slumpmässigt delades in i tre grupper, två experimentgrupper och en kontrollgrupp	Lösningfokuserad terapi och allmän terapi som förmedlades genom telefonsamtal	Förbättrade värden på ett frågebatteri baserat på fyra olika skattningsskalor, bl.a. Becks depressionsskala	Båda experimentgrupper påvisade signifikanta resultat men det uppvisades ingen skillnad mellan de båda terapiformerna
King, 2003, Australien (238)	Fallstudie av 100 telefonsamtal där oberoende utvärderare bedömde ungdomars suicidalitet vid samtals början och vid dess slut med hjälp av ett reliabelt mätinstrument	Telefonrådgivning till ungdomar som söker hjälp för suicidala problem	Förändringar i psykiskt välmående och suicidalitet	Kortsiktiga signifikanta minskningar i suicidalitet och signifikanta förbättringar i psykiskt välmående påvisades hos de hjälpsökande ungdomarna
De Leo, 2002, Italien (239)	Kontrollerad studie med 18 641 äldre personer (experimentgrupp) från en region i Italien, kontrollgruppen representerade en annan region	Två telefonsamtal i veckan i uppsökande och stödjande syfte samt tillgång till en jourtelefon som var öppen 24 timmar om dygnet	Äldres suicid	Det uppstod signifikant mindre suicid i den exponerade gruppen, (6 st) än förväntat (20,86 st) trots en förmodad överrepresentation av riskindivider i experimentgruppen. Den skyddande effekten uppvisades främst hos kvinnorna.
Screening				
Gaynes, 2004 (243)	Systematisk översikt från US Preventative Services Task Force	Screening för suicid inom den allmänna hälso- och sjukvården (primärvård)	Suicidförekomst	Slutsatsen är att det endast finns begränsad (otillräcklig) evidens för effektiviteten av att bedriva screening för suicid inom den allmänna hälso- och sjukvården
Hallfors, 2005, USA (244)	Fallstudie som syftade till att undersöka genomförbarheten av ett skolbaserat screeningprogram för suicid i tio gymnasieskolor i USA (1 323 elever)	Skolbaserat screeningprogram för suicid	Screeningresultat, uppföljning av riskelever, skolpersonalens åsikter samt skolans agerande	29 procent av eleverna uppfyllde kriterierna för att betraktas som riskindivider för suicid. Båda deltagande skoldistrikt valde att avsluta screeningen efter två terminer eftersom det var så stort antal elever som ansågs suicidala. Ett annat screeningsverktyg skulle ha lett till att ett mindre antal elever identifierades som riskindivider. Studien påvisar glappet mellan forskning och praktisk verksamhet i och med att man inte undersöker genomförbarheten av metoder.

Scherff, 2005, USA (245)	Fallstudie av skoladministratörers attityder till tre typer av suicidpreventiva skolprogram: allmän elevundervisning, information till skolpersonal och screeningsprogram för elever som bygger på självrapporterade uppgifter			Elevundervisning och information till skolpersonal uppfattades signifikant som mer acceptabla metoder än vad screeningsprogrammet gjorde. Skolpsykologers signifikanta uppfattning var även att screeningprogrammet var mer påträngande och inkräktande än de två andra metoderna.
Miller, 1999, USA (246)	Fallstudie av rektorers attityder till tre typer av suicidpreventiva skolprogram: allmän elevundervisning, information till skolpersonal och screeningsprogram för elever som bygger på självrapporterade uppgifter			Elevundervisning och information till skolpersonal uppfattades av rektorerna som signifikant mer acceptabla metoder än vad screeningsprogrammet gjorde.
Eckert, 2003, (247)	Fallstudie av skolpsykologers attityder till tre typer av suicidpreventiva skolprogram: allmän elevundervisning, information till skolpersonal och screeningsprogram för elever som bygger på självrapporterade uppgifter			Skolpsykologernas uppfattning var att elevundervisning och information till skolpersonal var signifikant mer acceptabla metoder än screeningprogrammet som i sin tur uppfattades som mer påträngande och inkräktande än de två andra metoderna.
Gould, 2005, USA (248)	Randomiserad kontrollerad studie med totalt 2 342 amerikanska skolelever	Frågor om suicidalitet via ett screening-verktyg	Negativa effekter hos skolelever (high School) i allmänhet eller för riskindivider (depressiva symtom, missbruksproblem eller suicidförsök) då det gäller psykiska påfrestningar eller suicidtankar	Inga skadliga effekter av screeningsverktyget påvisades under uppföljningen (som endast var två dagar lång)
Utbildning av nyckelpersoner				
Mann, 2005 (250)	Systematisk översikt	Olika suicidpreventiva åtgärder	Suicidalt beteende och/eller mellanliggande effekter	Utbildning av nyckelpersoner kan vara en effektiv åtgärd på arenor där det finns redan fungerande kanaler till vårdmiljöer

Upplysning				
Hegerl, 2003, Tyskland (251)	Uppföljande telefonintervju med urval av befolkningen i två tyska städer, uppföljningstid 10 månader	Allmän informationskampanj om orsaker och behandling av depression	Attityder om depression	Små till måttliga effekter noterades på befolkningens attityder till depression
Paykel, 1998, Storbritannien (252)	Tre på varandra följande telefonintervjuer (strukturerade) till urval av befolkningen (ca 2000 personer per tillfälle) i Storbritannien mellan åren 1991-97	Fem år lång informationskampanj om depressioner som inkluderade tidningsartiklar, radio- och TV-program och andra medieinslag	Attityder om depression	Signifikanta och positiva attitydförändringar uppmättes då det gällde inställning till depressioner och behandling
Jorm, 2005, Australien (253)	Tidsserie med före- eftermätning	Kampanj med syfte att öka befolkningens medvetenhet om depressioner	Kunskaper om attityder om depression	Stater som deltog i programmet uppvisade större förändringar i attityder om behandling och att söka hjälp än stater som inte deltog

Kontaktpersoner

Organisation	Person
Läkemedelsverket	Jane Ahlqvist-Rastad
Journalistförbundet	Justus Bennet
Connex	Lars Eriksson
NASP	Agnes Hultén
Giftinformationscentralen	Birgitta Irestedt
Banverket	Erik Lindberg
Karlstads universitet	Helena Rådbo
Kriminalvårdsstyrelsen	Stefan Skagerberg
Pressombudsmannen	Olle Stenholm
Rikspolisstyrelsen	Staffan Tilling
Vägverket	Susanne Troive
Svenska Jägareförbundet	Hans von Essen
NASP	Michael Westerlund