



FORSKNING
I KORTHET
#6

FORTE:

Forskningsrådet för
hälsa, arbetsliv och välfärd

PROBLEMET SJÄLVMORD

Endast ett fåtal av de personer som tänkte självmordstankar 2013 genomförde en självmordshandling → 600 av 10 000 vuxna i Sverige har under år 2013 tänkt på självmord → 100 av 10 000 vuxna har försökt ta sitt liv → 1,6 av 10 000 har genomfört ett självmord → Risken för självmord går att minska med hjälp av insatser för enskilda individer och på samhällsnivå → Kunskapsbrist finns bland annat om emotionella processer vid självmord och effekterna av interventioner



SAMMANFATTNING

Forte är ett forskningsråd som finansierar och initierar forskning för att stödja människors hälsa, arbetsliv och välfärd.

Forskning i korthet är en serie publikationer från Forte som kort beskriver kunskapsläget på ett samhällsrelevant område. Varje publikation i serien tas fram av en grupp forskare och samhällsrepresentanter och granskas av minst en utomstående forskare.

Titel: Forskning i korthet: Problemet självmord

Författare: Jan Beskow, Professor emeritus, Sektionen för psykiatri och neurokemi, Göteborgs universitet
Marie Åsberg, Seniorprofessor, Institutionen för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus, Karolinska institutet

Ullakarin Nyberg, Docent, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet

Redaktör: Sven Bremberg, Docent, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet

Texten har tagits fram i samarbete med den *ideella föreningen Mind*, som ansvarar för landets enda självmordspreventiva telefonlinje (1).

Vetenskaplig granskare: Lars Jacobsson, Professor emeritus, Institutionen för klinisk vetenskap, Umeå universitet

Foto: Maskot/Folio

Ladda ner den här publikationen från:

www.forte.se/fk-sjalvmord

Forskning i korthet

ISSN 2001-4287

Nr 6/2015

Tryck: Tryckeri AB Orion, 2015.

Har du frågor eller synpunkter på denna rapport, så ring oss på 08-775 40 70 eller mejla info@forte.se

Utgiven av Forte, Box 894, 101 37 Stockholm.

600 av 10 000 vuxna i Sverige har under år 2013 tänkt på självmord, 100 av 10 000 har gjort försök att ta sitt liv och 1,6 av 10 000 har genomfört ett självmord. Således är det endast ett fåtal av de personer som tänkt på självmord som senare genomför en självmordshandling. I åldern 20-24 år svarade självmord för 30 procent av alla dödsfall. Därefter avtar självmordens relativa betydelse.

Det finns på *individnivå* flera sätt att minska risken för självmordsförsök och fullbordade självmord, inom primärvård och psykiatri genom medicinering och samtalsstöd och i skolan genom träning av eleverna i förmåga att hantera känslor. Det går också att erbjuda stöd på distans via telefon och internet.

På *samhällsnivå* kan insatser som ökar livschanser för socialt utsatta grupper förväntas reducera förekomsten av självmord. Liknande gäller insatser som reducerar alkoholkonsumtion. Reduktion av tillgången till metoder för att genomföra självmord kan påverka risken. Ett exempel är att begränsa försäljning av läkemedel, ett annat är att sätta upp stängsel på höga broar för att förhindra hopp. Några viktiga kunskapsluckor gäller en bristande förståelse av de kognitiva och emotionella processerna vid självmord och bristande kunskaper om effekter av interventioner.

1. Perspektiv på självmord

Under nära 2 000 år har självmord betraktats som något för sig, avgränsat från allt annat mänskligt liv. Denna tabuering lever kvar. Många personer har någon gång i livet tänkt på självmord som en möjlighet. Hos en mindre del av befolkningen leder tankarna till självmordsförsök och i enstaka fall till fullbordade självmord (2). Självmord är en medveten, uppsätlig, självförväldad, livshotande handling som leder till döden (3, 4). De tre delarna: att tänka på suicid, göra suicidförsök eller att ta sitt liv betecknas ofta som suicidalitet (5). Det går att betrakta självmord och självmordsförsök på olika sätt, från ett religiöst, filosofiskt, eller psykiatriskt perspektiv, som en form av psykologiskt olycksfall och som ett folkhälsoproblem.

Sedan uråldrig tid skapar *religionen* begrepp, bilder och ritualer om livet och världen. När kristendomen var i underläge i romarriket uppskattades martyrskap och självmord. När kristendomen senare blev statsreligion likställdes självmord däremot med mord. Inom traditionell protestantism, judendom och islam råder fortfarande starka förbud mot att ta sitt liv. När länder sekulariseras stiger självmordsfrekvensen.

För en *filosofisk* lära som stoicism är självkontroll och kontroll över det egna livet ett högsta värde (6). Självmord var ett sätt att återta kontrollen om livet blev ovärdigt. Ett modernt uttryck för detta tänkesätt är uppfattningen om det filosofiska eller rationella självmordet, kombinerat med rätten att avgöra om man vill leva eller inte. Existentialism är en modern filosofisk inriktning som utgår från medvetandet om att vi existerar i en värld som verkar vara meningslös och absurd (7). Att begå självmord är att fly från denna insikt (8).

När självmord avkriminaliserades i Sverige 1864 och de religiösa sanktionerna togs bort 1908 förklarades självmord bero på människors livsoduglighet, framför allt moraliskt. Senare kom *psykiatrin* in i bilden. En så onaturlig handling som självmord uppfattades bero på en allvarlig psykisk sjukdom, en psykos, eller andra psykiska störningar som depression och ångest (9). Den psykiatriska sjukdomsmodellen kan dock ifrågasättas. Det gemensamma för självmordsbenägna personer förefaller vara oförmågan att lösa för dem ovanliga och extremt plågsamma problem (10, 11).

Hot mot kropp och själ utlöser intensiva försök till försvar. Om hotet är fysiskt, till exempel en hotande bilkrasch, blir föraren överväldigad av fysiska stimuli. Om hotet är psykiskt, exempelvis ett olösligt livsproblem, blir hen överväldigad av psykiska stimuli. Ett fullbordat självmord kan därför betraktas som ett *psykiskt olycksfall* (12, 13).

Självmord går att beskriva som uttryck för spänningen mellan individen och det samhälle individen lever i (14). I åldern 15-44 år är självmord den vanligaste dödsorsaken näst efter olycksfallsskador (15). Denna skrift visar att prevention

är möjlig. Självmord och försök till självmord kan därför förstås som ett *folkhälsoproblem*.

2. Förekomst

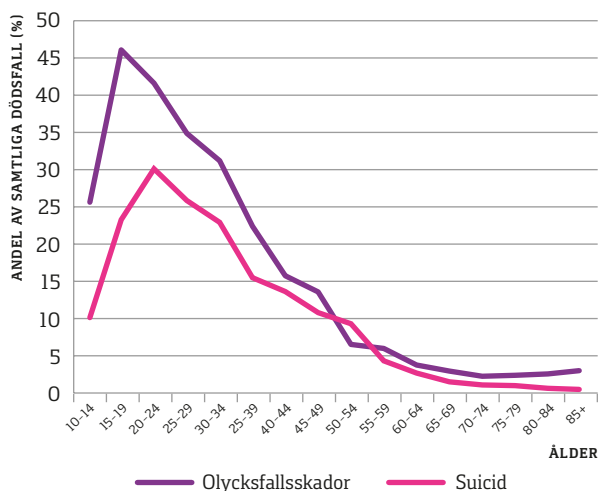
Sex procent av alla vuxna tänkte år 2014 någon gång på självmord och en procent har under året också gjort försök att ta sitt liv (16). Många tänker på självmord men mindre än 1 av 400 av dem tar livet av sig.

Att tänka på självmord är ett naturligt led i en problemlösning och i de flesta fall ofarligt. Det är möjligt att minska andelen som fullföljer tanken. Erfarenheterna från trafikområdet visar att det med systematiskt förebyggande arbete under åren 1975-2010 gick att reducera antalet förolyckade med 80 procent trots en betydande ökning av trafikvolymen (17). Motsvarande satsningar har inte genomförts för att förebygga självmord.

År 2013 tog 1 227 personer själva livet av sig (15). Därtill kommer ytterligare 379 dödsfall där avsikten är oklar men omständigheterna har stora likheter med självmord. Risken för självmord varierar med ålder. I åldern 20-24 år svarar säkerställda självmord i Sverige för 30 procent av alla dödsfall, se figur 2.1. Figuren inkluderar ej dödsfall efter skadehändelser med oklar avsikt. Efter åldern 20-24 år avtar självmordens relativa betydelse för att i åldern 80-84 år endast motsvara 3 promille av alla dödsfall. I absoluta tal är risken för självmord som högst i åldern 50-54 år. Eftersom dödligheten ökar med ålder minskar dock inte det totala antalet självmord med åldern, det är endast självmordens relativa betydelse som minskar. Risken för självmord i låg- och medelinkomstländer domineras helt av ålder 20-24 år, inte bara i relativa utan även i absoluta tal (14).

Olycksfallsskadornas och självmordens betydelse för den totala dödligheten i olika åldrar presenteras också i figur 2.1. Som framgår sammanfaller ålderskurvorna för självmord och olycksfallsskador. Detta talar för att det finns starka beröringspunkter mellan självmord och olycksfall, självmord som en oförmåga att hantera psykiska risker och olycksfall som en oförmåga att hantera olika fysiska och kemiska risker. Maximum vid 20-24 års ålder skulle kunna förklaras av att individerna då lever som vuxna med alla de risker det medför, men utan att ha hunnit tillägna sig de färdigheter i att hantera risker som kommer med vuxenlivet, alternativt att livssituationen är mer riskfylld jämfört med andra perioder i livet.

Figur 2.1. Själv mordens och olycksfallsskadornas andelar av samtliga dödsfall i olika åldrar i Sverige 2012



Källa: Socialstyrelsen (15).

Risken för män att begå självmord är knappt två gånger större bland män jämfört med kvinnor. Inga väsentliga förändringar har skett i detta avseende sedan år 1950.

Lågutbildade män och kvinnor har, tre respektive två gånger, högre risk att begå självmord jämfört med högt utbildade (18). Utrikes födda, utanför Norden, har lägre risk för självmord jämfört med personer som är födda i Sverige (18).

De flesta som begår självmord har dessförinnan vanligen någon form av psykisk störning. I talrika svenska och internationella studier gäller detta för omkring 90 procent (19). I en stor dansk studie var risken för självmord bland personer som tidigare sjukhusvårdats med en psykiatrisk diagnos, bland kvinnor 4,3 gånger högre jämfört med kvinnor i befolkningen som helhet och för män 6,3 gånger högre (20). Riskökningen var särskilt påtaglig efter sjukhusvård för drogmissbruk, depression och bipolär sjukdom.

Fram till år 1970 ökade dödligheten i självmord för att därefter nästan ha halverats. Sedan 1980 har minskningen av risken för självmord varit tydligast i åldrar 65 år och däröver medan inga tydliga förändringar skett i den yngsta åldersgruppen, 15-24 år (21).

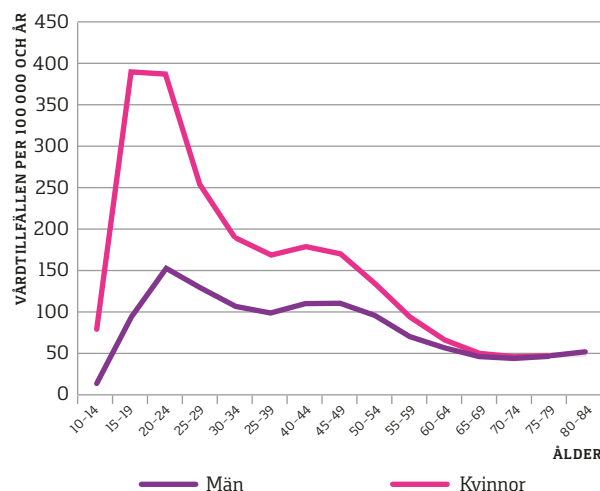
Risken för självmord varierar mellan länen i landet. Västerbottens län hade 25 procents lägre risk jämfört med riksgenomsnittet för åldersstandardiserad dödlighet åren 2009-2013. Risken var något lägre i de tre storstads länen medan risken i Örebro län var högst, 21 procent över riksgenomsnittet (15).

Det är möjligt att jämföra uppgifter från Sverige med genomsnittet för OECD, en organisation för de rikaste länderna. År 2011 var den åldersstandardiserade dödligheten i självmord i Sverige 11,7 per 100 000 vilket är något lägre än genomsnittet för OECD som var 12,4 självmord per 100 000 (22). Under perioden 1990-2011 minskar självmorden i Sverige med 30 procent (23) vilket är snabbare än för genomsnittet inom OECD där minskningen var 22 procent (22).

2.1. Själv mordsförsök

Enligt nationella folkhälsoenkäten har 1 av 100 av alla vuxna någon gång under de senaste 12 månaderna försökt ta sitt liv (16). I Sverige registreras sjukhusvård för skador som individen tillfogat sig själv. Sådana skador uppfattas vanligen som självmordsförsök även om individens intention inte alltid har analyserats. År 2013 vårdades 7 360 personer på sjukhus på grund av självtillfogade skador, i de flesta fall på grund av förgiftning (24). Detta motsvarar 0,9 av 100 vilket är sex gånger fler än antalet fullbordade självmord. Problemet är vanligast vid 20-24 års ålder, se figur 2.2. Åldersfördelningen för de självtillfogade skadorna motsvarar således åldersfördelningen för självmordens andel av den totala dödligheten. Könsfördelningen är dock den omvända med en knappt två gånger högre risk bland kvinnor. Lågutbildade män och kvinnor har, jämfört med högt utbildade, fyra gånger högre risk för att vårdas på sjukhus för självtillfogade skador (18).

Figur 2.2. Åldersfördelning för vårdtillfällen per 100 000 och år för självtillfogade skador som lett till sjukhusvård. Medelvärde för perioden 2001-2013.



Källa: Socialstyrelsen (24).

Förekomsten av sjukhusvård på grund av självskada ligger år 2013 på ungefär samma nivå som år 2001. En viss uppgång skedde dock fram till år 2008 för att därefter följas av en nedgång (24). Personer som skadar sig själva utgör en riskgrupp för senare självmord men de flesta som vårdats på sjukhus för självskaador kommer inte senare att begå självmord (25).

3. Individinriktade förebyggande insatser

De som kämpar med bristande livslust och de som har förlorat en närstående genom självmord kan uppleva att detta leder till att personer i omgivningen undviker att ställa frågor om det som hänt eller på annat sätt tar avstånd.

Undvikande kring frågor som rör självmordsavsikt och omständigheter runt ett självmordsförsök är vanligt förekommande också i sjukvården. De flesta som tar sitt liv har varit i kontakt med vården före sin död (26), men ofta utan att deras tankar på döden som en utväg har berörts.

På individnivå finns flera sätt att minska risken för självmordshandlingar. De förebyggande åtgärderna inom klinisk verksamhet bör sättas in tidigt och baseras på en noggrann anamnes av patientens suicidalitet skild från den psykiatriska anamnesen. Inom primärvård och psykiatri är medicinering och samtalsstöd viktiga metoder. I skolan kan träning av elever i förmåga att hantera svårigheter förebygga självmord. Stöd går också att erbjuda stöd på distans via telefon och internet.

3.1. Primärvård och psykiatri

En första förutsättning för att vården ska kunna erbjuda hjälp till självmordsnära personer är att de söker vård och berättar om sina självmordstankar. Två brett använda utbildningsmetoder, Första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA) (27) och *Applied Suicide Intervention Skills Training* (ASIST) (28) har som syfte att lära deltagarna att på rätt sätt möta personer med psykisk störning och självmordsbenägenhet. Detta har också fungerat. Däremot har man inte undersökt om utbildningarna har gjort det lättare för självmordsnära personer att söka hjälp.

En andra förutsättning är att vården uppmärksammar suicidnära personer och erbjuder dem behandling. Utbildning av allmänläkare kan bidra till detta. I en systematisk litteraturoversikt identifierades fyra studier där effekter av sådana utbildningar analyserades (29). I en av studierna kunde man påvisa en statistiskt säkerställd minskning av antalet självmord i ett försöksområde, jämfört med ett kontrollområde. Tre år senare kvarstod dock inte längre någon reduktion av självmord (30).

3.2. Bedömning av självmordsrisk i klinisk verksamhet

Inom vården genomförs individuella bedömningar av risken för självmord. Det finns ett flertal riskfaktorer, exempelvis tidigare självmordsförsök och psykisk sjukdom (31, 32). Majoriteten av dem som överlever ett självmordsförsök dör så småningom av helt andra skäl (33), även om risken att avlida genom självmord är ökad under återstoden av livet (34). Grundat på kunskap om riskfaktorer har ett flertal instrument utvecklats för att förutsäga risken för att en individ senare ska genomföra ett självmord. Instrumenten har dock otillräcklig precision (35, 36). Bedömningar måste istället baseras på upprepade samtal med patienten, framför allt för att skapa en terapeutisk allians (37,38).

Det är angeläget att en vårdgivare, i mötet med en självmordsnära patient, klargör det som är skyddande för denna specifika individ. Frågor om skäl att leva, och anledningen till att patienten fram tills nu har avstått från att göra ett självmordsförsök, ställs alltför sällan.

3.3. Antidepressiv medicinering

Depression av varierande djup finns hos minst 40-50 procent av alla individer som begått självmord (39). En systematisk litteraturoversikt tyder på att antidepressiv medicinering effektivt reducerar depressiva symptom. Förskrivningen av dessa läkemedel har ökat kraftigt i Sverige (40). År 2014 förskrevs 9 dygnsdoser per 100 invånare (41). Det innebär att merparten av alla individer med klinisk depression skulle ha tillgång till dessa mediciner om de förskrevs till rätt patienter, vilket dock inte är givet. Det finns studier som visar att endast ett fåtal av de deprimerade individer som avlider på grund av självmord hade pågående antidepressiv medicinering (42).

Eftersom det finns en stark koppling mellan självmord och depression är det rimligt att tänka sig att depressionsbehandling kan minska risken för självmord. Den självmordspreventiva effekten av antidepressiv medicinering är dock omstridd (43). En systematisk översikt, som sammanställt resultat från 372 kliniska försök med antidepressiv medicin, visar att effekten på död genom självmord är åldersberoende (44). I åldrarna under 25 år ökar risken, mellan 25 och 64 års ålder saknas effekt, medan risken minskar i åldrarna över 64 år. Det går också att analysera frågan i så kallade ekologiska studier där medelvärden i olika befolkningar analyseras över tid. Förekomsten av självmord i olika länder relateras då till tidpunkten för introduktion av de nya, mest använda antidepressiva läkemedlen, de så kallade SSRI-preparaten. En systematisk sammanställning av sådana studier tyder på att antidepressiv medicinering minskar risken för självmordshandlingar bland vuxna, medan risken ökar för tonåringar (45).

3.4. Samtal och psykoterapi

Samtalsstöd är en betydelsefull behandling vid risk för självmord och samtals betydelse kan inte överskattas i kliniska möten med en självmordsnära individ. Psykologisk behandling bör syfta till att etablera en förtroendefull allians med patienten och det kan vara riskabelt att alltför tidigt fokusera på konflikter, förluster och andra utlösande faktorer till ett självmordsbeteende. Att få hjälp att sätta ord på sina upplevelser kan vara en självmordspreventiv åtgärd i sig som minskar känslor av skam och skuld och gör att möjligheter till förändring uppenbarar sig.

En effektiv behandling vid lindrig eller måttlig depression är kognitivt baserad psykoterapi (KBT) och besläktade metoder (40). En systematisk översikt, som behandlar 28 studier av KBT på självmordsbeteende, har publicerats (46). En reduktion av självmordsbeteende 3 månader efter avslutad terapi kunde säkerställas statistiskt och ingen studie redovisade ökat självmordsbeteende.

Det finns samtalsmetoder som är besläktade med KBT, till exempel *Mindfulness Based Cognitive Therapy*, MBCT och *Mindfulness Based Stress Reduction*, MBSR. De har använts med goda resultat både avseende risk för återfall i depression och symptomreduktion (47). Andra terapiformer, till exempel psykodynamisk terapi, interpersonell terapi och

problemlösningsbaserade terapier kan också vara värdefulla komplement vid behandling av självmordsnära personer, men det vetenskapliga underlaget är ännu så länge bristfälligt (48). Personer med emotionellt instabil personlighetsstörning har kraftigt ökad risk för både självmordsförsök och självmord (49), särskilt de som har samsjuklighet med missbruk och depression. För denna grupp har dialektisk beteendeterapi (DBT), en terapiform som fokuserar på hantering av starka känslor och förbättrade sociala färdigheter, visat sig kraftigt kunna minska antalet självmordsförsök (50) även om effekten på dödlighet inte är lika övertygande.

3.4.1. Träning i förmåga att hantera svårigheter

Det finns många olika program för elever i skolan som bygger på liknande principer som KBT. En framträdande komponent är att eleverna får träning i att känna igen och hantera känslor. I en systematisk översikt av 213 studier av sådana insatser redovisas bland annat en minskning av depressiva symptom hos eleverna (51).

I USA har det sedan flera decennier varit vanligt att använda pedagogiska program i skolan med inriktning på att träna elever i att känna igen och hantera känslor. Åtta sådana program har analyserats i en systematisk sammanställning (52). Två av programmen visade en minskning av antalet självmordsförsök och en senare publicerad europeisk studie visade på liknande effekt (53).

3.4.2. Stöd på distans

Om en självmordsnära person får stöd och uppmuntran i att dela sina tankar och känslor med andra i omgivningen kan det leda till en positiv spiral. De flesta som tar sitt liv har kommunicerat självmordsavsikt på något sätt, även om kommunikationen inte alltid blivit förstådd. Många kan få hjälp via en kristelefon, chatt eller via en modererad internetgrupp.

Klinisk erfarenhet tyder på att sådant stöd kan minska risken för att en person låter tankarna på självmord övergå i handling övergå i handling. Det är dock svårt att vetenskapligt studera frågan. Ett sätt är att fråga personer, som har använt sig av stöd på distans, hur de mår några veckor senare. I en amerikansk studie av rådgivning till självmordsbenägna vuxna visade det sig att avsikt att dö, känsla av hopplöshet och upplevelse av psykisk smärta avsevärt hade minskat hos den tredjedel som deltog i uppföljningen (54). En senare publicerad översikt av 13 liknande studier visar på motsvarande gynnsamma förlopp (55). En begränsning med dessa studier är dock att det inte är känt om problemen skulle ha minskat även utan samtalskontakt på distans.

Det är möjligt att undersöka förekomsten av självmord i olika delar av ett land och relatera en eventuell förändring över tid till tillgången till kristelefon. Sådana studier har genomförts då telefonavgifterna varit högre för samtal utanför det egna närområdet. En översikt som behandlar 14 sådana studier (56), och en senare analys av självmordsförekomst i olika delar av Kanada, visade på samband mellan ökad tillgång till kristelefon och minskad förekomst av

självmord (57).

En aktuell översikt identifierade 15 artiklar som behandlade effekter av internetbaserat stöd som självmordspreventiv metod (58). Användarnas anonymitet lyfts fram som en väsentlig fördel med denna metod. I en studie har innehållet i modererade internetgrupper, det vill säga grupper där deltagarna anonymt kan göra inlägg som kontinuerligt bedöms av en moderator, jämförts med innehållet vid andra metoder för stöd där deltagarna inte var lika anonyma (59). I de modererade internetgrupperna tillstod deltagarna mer öppet självmordsplaner vilket talar för metodens värde. I de flesta studier saknades dock kontrollgrupp vilket gör det svårt att uttala sig om insatsernas effekt.

4. Befolkningsinriktade förebyggande insatser

Traditionellt har insatser, som syftar till att minska risken för självmord, ofta varit inriktade på den enskilda individens psykiska ohälsa. Uppenbart mår den som överväger att ta sitt liv dåligt. Därför är det också rimligt att utforma insatser som reducerar psykisk ohälsa. Sådana insatser är angelägna – men otillräckliga. Fokus har därför vidgats, från den enskilda individen till de sammanhang individen befinner sig i (60). Modern självmordsprevention har lånat begrepp och metoder från arbetet med att förebygga olycksfall (14, 61, 62).

Till skillnad från insatser på individnivå är insatser på samhällsnivå svåra att analysera i kontrollerade studier, så effekterna är inte helt lätta att utvärdera. Samtidigt går det inte att utesluta att den halvering av antalet självmord som skett sedan 1970 (63), förklaras av förbättrade livsvillkor, exempelvis bättre ålderspension. Det är möjligt att analysera effekter av sådana faktorer med modern statistisk metodik, exempelvis med så kallad *regression discontinuity analysis* (64). En trendlinje för självmord konstrueras då före och efter en reform, exempelvis i form av förbättrad pension. Det är då möjligt att särskilja effekten av reformen från den allmänna trenden över tid. Studier med sådan metodik är dock ovanliga vid analyser av faktorer som påverkar risken för självmord.

4.1. Insatser inriktade på levnadsvillkor

Ett flertal aspekter av individernas levnadsvillkor i ett samhälle påverkar risken för självmord. Några sådana aspekter är tillgång till ekonomiska och sociala resurser samt kulturellt betingade föreställningar om självmord.

4.1.2. Livschanser och ekonomisk tillväxt.

Den som tar sitt liv upplever tillvaron som hopplös. Till en del kan en sådan upplevelse tillskrivas individens sätt att uppfatta tillvaron. Upplevelsen har dock ofta också en objektiv grund. Ett uttryck för detta är att självmord är

betydligt vanligare i socialt mindre gynnade grupper (65). Utbildning är en indikator på social position. År 2012 var risken för självmord 2,5 gånger högre bland män i ålder 35-64 år som enbart fullföljt grundskola, jämfört med män med högskoleexamen (66). Skillnaderna är något mindre bland kvinnor. I yngre åldrar är de sociala skillnaderna ännu tydligare. Betyg i årskurs 9 kan användas som indikator på framtida social position. De pojkar som hade låga betyg löpte fem gånger högre risk för självmord fram till 33 års ålder jämfört med pojkar som hade höga betyg (67).

Sambanden gäller inte bara på gruppnivå utan även för hela samhällen. En analys av risken för självmord i 21 OECD-länder visar att risken är lägre om landet är relativt rikt och har en god ekonomisk tillväxt (68). Det finns föreställningar om att ekonomisk utveckling skulle öka risken för självmord. Så var troligen fallen under den period under 1800-talet då befolkningen övergick från traditionell verksamhet inom jordbruket till osäkra arbeten inom den framväxande industrin (69). Idag förefaller situationen delvis kunna vara den omvända. Självmordsrisken i Kina har minskat under de senaste decenniernas snabba ekonomiska tillväxt (70). Motsatsen hände i Ryssland då Sovjetunionen upplöstes (71).

4.1.3. Socialförsäkringar

De länder inom OECD som har de minsta skillnaderna i disponibel inkomst har i allmänhet lägre förekomst av självmord (68). Detta förhållande kan i första hand förklaras av mer omfattande socialförsäkringar i dessa länder, ersättning vid arbetslöshet och sjukdom samt pensioner. Utveckling av ålderspensionerna förefaller ha haft särskilt stor betydelse. Den åldersgrupp där självmorden minskat snabbast i Västeuropa under de senaste decennierna är över 65 år. Inom EU-15, de femton länder som utgjorde EU fram till år 2004, har antalet självmord i denna åldersgrupp halverats sedan år 1985. Under perioden sedan år 1985 har pensionerna inom EU-15 ökat markant. Detta kan vara den främsta förklaringen till den gynnsamma utvecklingen bland äldre.

4.1.4. Arbetslöshet

Avsaknad av ett arbete ökar risken för självmord (72). En studie av 26 europeiska länder under perioden 1970-2007 illustrerar sambandet (73). En ökning av arbetslösheten med 1 procent ledde till 0,8 procent ökning av antalet självmord i åldrarna under 65 år. En viktig iakttagelse i denna studie var att aktiva arbetsmarknadspolitiska åtgärder helt kunde eliminera ökningen av självmord under en lågkonjunktur.

4.1.5. Uppväxtvillkor

Missförhållanden under uppväxten ökar risken för självmord senare i livet (74). Att förbättra uppväxtvillkoren för barn, särskilt i socialt utsatta miljöer, är självfallet önskvärt och är också en åtgärd som troligen kan minska risken för självmord. Mobbning i skollåldern ökar risken för självmord under ungdomsåren (75). Det finns ett flertal åtgärder som kan reducera mobbing i skolan (76).

4.1.6. Kulturella föreställningar

I traditionella samhällen finns ofta strikta föreställningar om att självmord är otillåtet. I Sverige var självmord fram till år 1864 straffbart (77). Idag är risken för självmord lägre i länder där traditionella religiösa föreställningar är vanliga (78) medan ekonomisk utveckling vanligen leder till sekularisering och en mer tillåtande attityd till självmord (79). Fortfarande är det dock vanligt, även i Sverige, att undvika att tala om självmord. Sannolikt kan en ökad öppenhet kring suicid bidra till att färre överrumplas av tankarna och genomför ett självmord.

4.1.7. Medias påverkan

Det finns starkt vetenskapligt stöd för att rapportering om självmord i media kan resultera i en efterföljande imitation och därigenom fler självmord (80). WHO har utarbetat riktlinjer för media (81) och i Norge pågår arbete med att förbättra journalistiken inom området (82).

4.1.8. Sociala nätverks inflytande

I slutet av 1800-talet visade Durkheim att individer som hade svaga sociala nätverk oftare begick självmord (69). Moderna studier har dock givit motsägelsefulla resultat (83). En förklaring kan vara att individer, som har väl utvecklade sociala nätverk, också är gynnade på annat sätt, genom högre inkomster och högre social position. Det kan vara dessa individers socialt starkare ställning som förklarar deras lägre risk för självmord, snarare än den enskildes sociala nätverk.

4.1.9. Alkoholpåverkan

Drygt en tredjedel av de svenskar som tar sitt liv gör det under alkoholpåverkan (84). Alkoholen gör det svårare för individen att hantera impulser, i detta fall impulser till en självmordshandling. I länder med en kultur av berusningsdrickande, dit Sverige hör, finns ett starkt samband mellan den totala alkoholkonsumtionen och förekomst av självmord, främst bland unga och medelålders män (85). Detta innebär att i ett land som Sverige, åtgärder som syftar till att reducera alkoholkonsumtionen bör medföra reduktion av självmord.

4.2. Insatser inriktade på den verksamma faktorn

De vanligaste tillvägagångssätten vid fullbordade självmord är, i fallande ordning, förgiftning, hängning, dränkning, skott från vapen, hopp från hög höjd samt hopp framför tåg och tunnelbana (18). En amerikansk studie av patienter som sjukhusvårdats efter ett självmordsförsök visar att det för hälften av patienterna endast förflutit maximalt 10 minuter mellan tanken på självmord och självmordshandlingen (86). Tillgången till metoder för självmord kan därför vara avgörande. Det går att invända att om en person vill ta sitt liv, och en metod blir svårare att använda, så väljer hen en annan metod. Detta förekommer men det finns ändå en nettoeffekt av att minska tillgång till metoder för självmord (87). Ett viktigt skäl är att självmord ofta är att betrakta som

psykiska olycksfall (12, 13). En individ föredrar ofta vissa metoder framför andra (88). Är det svårare att använda en viss metod reduceras risken för att ett självmord ska genomföras.

4.2.1. Överdoser av läkemedel

Förgiftning genom överdosering av läkemedel är den mest använda metoden vid självmord. De vanligaste läkemedlen som orsakar dödsfallen är analgetika (smärtstillande medel) och psykofarmaka. Det går att reducera tillgång till dödliga läkemedel genom att receptfritt endast tillhandahålla mindre förpackningar (89).

4.2.2. Självmord med skjutvapen

Det finns tydligt vetenskapligt stöd för att tillgång till skjutvapen i hemmet ökar risken för självmord, särskilt för unga under 24 års ålder (90, 91). I flera studier har man kunnat visa att suicidtal sänks då mer restriktiva vapenlagar har införts (92). I Sverige finns cirka 2 miljoner skjutvapen som ägs av omkring 600 000 licensinnehavare (93). I Sverige är vapenlagstiftningen relativt restriktiv men det finns ändå utrymme för ytterligare skärpning av dessa lagar.

4.2.3. Hopp från hög höjd

Det är vanligt att självmord genom hopp från hög höjd är koncentrerade till ett fåtal platser. En studie av två geografiska områden i Sverige visade att 50 fall av självmord genom hopp från broar inträffade från totalt 27 olika vägbroar. Tre av broarna svarade för nästan hälften av inträffade självmord, vilket talar för att det finns goda möjligheter till förebyggande skyddsåtgärder vid dessa (94). En sammanställning av nio studier, som rör effekter av att sätta upp stängsel på utsatta ställen, visar antalet självmord genom hopp på dessa ställen minskade med 86 procent (95).

4.2.4. Hopp framför tåg och tunnelbana

Cirka 70 självmord sker varje år vid järnvägar, varav merparten i stadsmiljö (96). De personer som sedan avlider befinner sig ofta på järnvägsrälsen en stund innan tåget ska passera (97). Mot bakgrund av denna kunskap har ett flertal metoder börjat användas för att reducera dessa självmord. Tunnelbanestationer är speciellt utsatta (98). En åtgärd som framgångsrikt införts är att installera skjutdörrar på särskilt utsatta stationer som förhindrar personer från att hoppa ned på spåren (99). Trafikverket, som har det samlade statliga ansvaret väg och spårbinden trafik, har som första myndighet i Sverige antagit ett självmordspreventivt program (100).

5. Kunskapsluckor

Självmord är ett stort samhällsproblem, som kräver många olika angreppssätt. Den kliniska självmordsforskningens självklara mål är att förhindra självmord. Bland de 98 svenska akademiska avhandlingar om självmord som publicerats sedan 1971 har dock endast fyra explicit ägnats prevention, och bara två av dem (101, 102) talar för att interventionen haft den önskade effekten. Det finns alltså ett stort behov av interventionsstudier, på individnivå liksom på samhällsnivå.

Eftersom såväl självmordsförsök som fullbordade självmord är sällsynta, måste undersökningsgrupperna vara stora och metoderna för riskbedömning pålitliga. Samarbete mellan forskargrupper är nödvändigt för att samla stora material, kanske också stora internationella forskarnätverk, som i det försök att minska självmordsbenägenhet hos skolungdomar som nyligen genomförts under svensk ledning av Danuta Wasserman, professor senior vid Karolinska institutet (53). Gränsöverskridande forskarnätverk och forskarskolor kan vara en väg att underlätta framtida samarbete.

Det finns olika skalor för bedömning av självmordsrisk men inte konsensus om vilken skala som är optimal (103). En jämförande analys av olika riskskalor är motiverad.

De senaste decenniernas forskning har övertygande visat att det finns biologiska riskmarkörer för självmord, till exempel serotoninomsättning, halter av vissa peptider och hormoner, elektrodermal reaktivitet. Men dessa biomarkörer har inte kommit till användning, varken i klinisk riskbedömning eller i teoriutvecklingen för självmordsbenägenhet. Individens tidiga erfarenheter kan påverka egenskaper som senare har betydelse för risken för självmord. Mekanismerna kan både vara psykologiska och biologiska (epigenetiska) (104). Studier inom detta område är angelägna.

Självmordsbenägenhet ser olika ut i olika åldersgrupper, och olika psykologiska preventionsmetoder behöver utvecklas och prövas för unga och gamla människor. Möjligheter till farmakologisk prevention bör analyseras.

Att människors livsvillkor är av avgörande betydelse för självmordsbenägenhet är väl känt (81). Kunskaperna är dock begränsade om vilka specifika faktorer som har betydelse. Vid analyser av sådana faktorerets betydelse är det en fördel använda modern statistisk metodik, exempelvis *regression discontinuity analysis*.

Personcentrerad självmordsprevention kräver förståelse av de kognitiva och emotionella processer som föregår en självmordshandling. Djupintervjuer av ett stort antal personer som överlevt ett allvarligt självmordsförsök kan öka vår kunskap.