

Suicid - ett folkhälsoperspektiv på prevention

Sven Bremberg

Barn- och ungdomsläkare och docent i socialmedicin. Han är chef för den avdelning vid Statens folkhälsoinstitut som arbetar med hälsofrågor som rör barn, unga och psykisk hälsa. Sven Bremberg har varit ansvarig för uppdrag från regeringen som behandlat stöd till föräldrar, ungdomars psykiska hälsa och prevention av självmord. Sven Bremberg bedriver forskning vid Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karoliniska Institutet. Aktuella forskningsprojekt rör hälsofrämjande insatser bland barn och unga och studier av sociala skillnader i hälsa. Kontakt: sven.bremberg@fhi.se

Insatser på individ- och på samhällsnivå

Förebyggande insatser kan inriktas på enskilda individer eller på förhållanden i samhället. I båda fallen krävs kunskaper om bestämningsfaktorer. En enskild faktor kan ha betydelse både för enskilda individer och för befolkningen i stort. Konsumtion av alkohol utgör ett exempel eftersom en hög konsumtion ökar risken för hälsoproblem och självmord både på individ- och samhällsnivå (23). Det finns dock undantag från denna princip. Arbetslöshet för en enskild individ ökar risken för bl.a. suicid men sambanden på samhällsnivå är oklara (8). Skälet kan vara att om många personer samtidigt är arbetslösa detta inte leder inte att den enskilda individen pekats ut. Ett annat skäl till bristande samband kan vara att en insats är effektiv för enskilda individer men att den når så få individer att effekten på samhällsnivå blir ringa. Det finns också bestämningsfaktorer som endast går att beskriva på samhällsnivå, exempelvis utformning av vapenlagar

och lagstiftning som reglerar hälso- och sjukvård. En diskussion av prevention av suicid kräver därför att bestämningsfaktorer på individnivå går att särskilja från bestämningsfaktorer på befolkningsnivå.

En händelsekedja

En människa som begår självmord upplever att det inte återstår någon annan möjlighet än att avsluta livet. Följdriktigt är hon eller han vanligen deprimerad. Det finns således en händelsekedja: upplevda livsmöjlighet >> depression >> suicid. Prevention innebär att påverka de olika stegen i denna kedja.

Det första steget i kedjan: upplevda livsmöjligheter

På individnivå är sambandet mellan upplevda livsmöjligheter och suicid ganska givet (12). Sambandet finns även på samhällsnivå. En jämförelse mellan medlemsstaterna i OECD visar att suicid är mindre vanligt i länder där människor är mer nöjda med sina liv (18). Åtgärder som förbättrar människors livsmöjligheter kan där-

för förväntas reducera förekomsten av suicid. Utvecklingen av suicid i olika åldersgrupper i Sverige ger stöd för ett sådant antagande. Under perioden 1982-1999 ökade andelen som är mycket nöjda med sina liv i åldrarna över 50 år från 25 till 38 procent (24). I dessa åldrar har förekomsten av suicid sjunkit markant. I åldern 15-29 år har däremot såväl andelen nöjda som förekomsten av suicid i stort varit oförändrad.

Nästa fråga blir vilka faktorer i ett samhälle som både har effekt på livstillfredsställelse och suicid. En jämförelse länderna emellan med hjälp av upprepade mätningar i 50 länder söker ge svar på frågan (10). Författaren finner att 75 procent av variationen i suicid mellan länderna kan förklaras av graden av religiositet, förekomst av skilsmässor, graden av tillit, medlemskap i föreningar, ekonomisk utveckling (BNP per capita) och kvalitén på den offentliga förvaltningen. Samtliga faktorer har de förväntade effekterna både på förekomst av suicid och på tillfredsställelse med livet. Ordningen av faktorerna avspeglar deras relativa betydelse. De flesta av dessa faktorer kan också studeras på individnivå och har där motsvarande effekt på suicid. Den religiösa orienteringens betydelse förefaller vara mest uttalad i länder med låg genomsnittlig religiositet (17). En del av den religiösa orienteringens effekt kan förmedlas av en lägre tolerans för suicid (16). Socioekonomiska villkor förefaller ha betydligt större effekt på individnivå än på samhällsnivå (6). Förekomst av skilsmässor har betydelse både på individ och sam-

hällsnivå med effekter som är särskilt påtagliga för män (1). Flertalet av de analyserade faktorerna har samband med individernas integrering i samhället, en aspekt som Durkheim redan år 1897 visade ha betydelse för suicid (4). Bristande integrering förefaller medföra särskilt hög risk för suicid under ungdomsåren (5). De flesta av de faktorer som identifieras i studien går att påverka genom åtgärder på samhällsnivå. Undantaget utgörs av religiös orientering.

Andra steget i händelsekedjan: depression

Depression går effektivt att behandla både med hjälp av mediciner och kognitivt baserad psykoterapi (21). Som behandling erbjuds i första hand medicinering med SSRI preparat. Dessa mediciner har införts först under de senaste decennierna. Ett flertal analyser visar att det inte finns några tydliga samband mellan användning av dessa preparat i ett land och utvecklingen av suicid (2a). Skälet kan vara att inte tillräckligt många av de personer som senare begår suicid fått behandling, alternativt att behandlingen inte är tillräckligt effektiv. En förklaring till medicineringens bristande effektivitet kan i sin tur hänga samman med att den inte i tillräcklig omfattning kombineras med åtgärder som förbättrar de deprimerade personernas sociala situation och integration i samhället. Utbudet av kognitivt baserad psykoterapi är ännu mindre både i Sverige och i andra höginkomstländer. Några studier som visar på samband mellan utbud av kognitivt baserad psykoterapi i olika länder och suicid har inte

presenterats.

Särskilda suicidcentra och rådgivning på telefon är tänkta att ge bättre tillgång till vård. De studier som har publicerats ger dock inte entydigt stöd för antagande att de kan reducera förekomst av suicid (7, 13). Det är möjligt att förbättrad behandling inom primärvården kan ha effekt. En svensk studie ger stöd för ett sådant antagande (20). Resultaten från denna enda studie har dock inte reproducerats i andra studier med försöks- och jämförbara kontrollområden (15, 22). Sammantaget är det således oklart om förbättrad tillgång till vård kan reducera förekomsten av suicid. En möjlig förklaring kan vara att den behandling som erbjuds inte effektivt nog kan påverka förloppet.

Risken för suicid är tydligt förhöjd i vissa grupper, exempelvis bland ensamstående, för individer med psykisk sjukdom utöver depression och individer med alkohol- och drogmissbruk. Därför är det tänkbart insatser som syftar till att identifiera individer med ökad risk och att sedan erbjuda dem behandling skulle kunna reducera förekomsten av suicid. Två systematiska översikter tyder dock på att det är oklart om sådana insatser har effekt (9) (15).

Tredje steget i händelsekedjan: suicid

Det tredje steget i händelsekedjan gäller risken för att en person som är deprimerad också ska begå självmord. Den främsta påverkbara faktorn är tillgången till **alkohol** i samhället (3).

Detta samband är särskilt tydligt i Nordeuropa (19). En ytterligare faktor kan vara tillgång till **vapen**. Samband finns på individnivå men är oklart på samhällsnivå (14) (10, 11). Lokala studier tyder på att skyddsanordning på broar och höga byggnader liksom **skadesäkra miljöer** inom väg-, järnvägs- och tunnelbanetrafik kan reducera förekomst av suicid (7). Det är dock inte klarlagt om nationella riktlinjer på dessa områden är effektiva.

Det finns en mängd andra faktorer som kan tänkas ligga till grund för förebyggande åtgärder, exempelvis tillgång till utbildning. De studier som har publicerats ger dock inte enhetlig bild över faktorernas betydelse på samhällsnivå.

Konklusion

Prevention av suicid på nationell nivå förutsätter vetenskaplig kunskap om faktorer som på samhällsnivå kan påverka förekomsten av suicid. Den främsta vägen förefaller vara att främja människors tillfredsställelse med livet genom att underlätta deras sociala integration. Konkret innebär det bl.a. åtgärder som minskar skilsmäso (2) och främjar deltagande i föreningar. Därnäst kommer åtgärder som minskar tillgång till alkohol. Tillgång till antidepressiv medicin liksom till psykoterapi är värdefull. Det är dock oklart om ett ökat utbud väsentligt kan påverka förekomsten av suicid.

Källor

Genomgången baseras på en svensk litteraturgenomgång (7) samt på en litteratursökning 2008-10-19 i PubMed med söksträngarna (suicide(MeSH Terms) AND Cross-Cultural Comparison(MeSH Terms)) och (Health Services Research(MeSH Major Topic) AND suicide(MeSH Terms)) samt referenslistor i aktuella arbeten.

Tack

Tack för värdefulla synpunkter som lämnats av professorerna Danuta Wasserman och Jan Beskow.

Referenser

1. Barstad A. Explaining Changing Suicide Rates in Norway 1948–2004: The Role of Social Integration. *Social indicators research*. 2008;87(1):47-64.
2. Bremberg S. Skilsmässa – hälsoeffekter och prevention. Statens folkhälsoinstitut, 2008. URL: www.fhi.se
- 2a. Bremberg S. Antidepressiva mediciner - överväganden på individ- och befolkningsnivå. Statens folkhälsoinstitut; 2008. URL: www.fhi.se
3. De Leo D, Evans R. International suicide rates. Recent trends and implications for Australia. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing; 2003. www.health.gov.au
4. Durkheim É. *Suicide: a study in sociology*. London: Routledge; 1979.
5. Eckersley R, Dear K. Cultural correlates of youth suicide. *Soc Sci Med*. 2002;55(11):1891-904.
6. Eriksson L. Sociala villkor - betydelse för suicid. Statens folkhälsoinstitut, 2008. URL: www.fhi.se
7. Eriksson L, Bremberg S. Nationellt program för självmordsprevention. Befolkningsinriktade strategier och åtgärdsförslag. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006.
8. Eriksson L, Ljungdahl S, Bremberg S. Arbetslöshet och dess betydelse för suicidförekomst. En systematisk litteraturoversikt Statens folkhälsoinstitut, 2008. URL: www.fhi.se
9. 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.
10. Helliwell J. Well-Being and Social Capital: Does Suicide Pose a Puzzle? *Social indicators research*. 2007;81(3):455-96.
11. Johnson GR, Krug EG, Potter LB. Suicide among adolescents and young adults: a cross-national comparison of 34 countries. *Suicide & life-threatening behavior*. 2000;30(1):74-82.
12. Koivumaa-Honkanen H, R. , Hokanen HH, Viinamäki K, Heikkilä J, Kaprio M, Koskenvuo M. Life Satisfaction and Suicide: A 20-Year Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158:433-9.
13. Krysinska K, De Leo D. Telecommunication and suicide prevention: hopes and challenges for the new century. *Omega (Westport)*. 2007;55(3):237-53.
14. Lester D. Firearm availability and the use of firearms for suicide and homicide. *Perceptual and motor skills*. 2000;91(3 Pt 1):998.
15. 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.
16. Neeleman J, Halpern D, Leon D, Lewis G. Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries. *Psychological medicine*. 1997;27(5):1165-71.
17. Neeleman J, Lewis G. Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990. *Journal of epidemiology and community health*. 1999;53(4):204-10.
18. OECD. *Society at a glance*. Paris: OECD; 2007. URL: www.oecd.org

debatt

19. Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction*. 2001;96 Suppl 1:S59-75.
20. Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment . . *Journal of Affective Disorders*. 2001;62(1-2):123 - 9.
21. SBU. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm, SBU; 2004.
22. Szanto K, Kalmar S, Hendin H, Rihmer Z, Mann JJ. A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(8):914-20.
23. Wilcox H, Conner K, Caine E. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide. An empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2004;76:S11-9.
24. World Values Survey Association. World Values Survey. Ann Arbor: University of Michigan; 2008. URL: www.worldvaluessurvey.com