

● 10. september 2006

Verdensdagen for selvmordsforebygging

“Forståelse gir nytt håp”

IASP

- ET INITIATIV FRA THE INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION (IASP)

STØTTET AV VERDENS HELSEORGANISASJON (WHO)



Den 10. september 2006 er Verdensdagen for selvmordsforebygging. Hvert år bruker den internasjonale foreningen for selvmordsforebygging (IASP) og Verdens helseorganisasjon (WHO) denne dagen til å sette søkelyset på selvmord som en av de viktigste årsakene til for tidlig og unødvendig død. I år er temaet **“Forståelse gir nytt håp”**. Det blir fokusert på hvordan ny vitenskapelig kunnskap og forskning kan overføres til praktiske tiltak og aktiviteter som kan begrense selvmordsatferd og redde liv. Vi oppfordrer alle, både foreninger, lokalsamfunn, forskere, klinikere og andre som arbeider med selvmordsforebygging, politikere og planleggere, frivillige, etterlatte ved selvmord og spesielt interesserte grupper og enkeltindivider, til å markere Verdensdagen for selvmordsforebygging ved å gjennomføre aktiviteter som sprer kunnskap og gir forståelse om selvmord.

SELVMORDSATFERD: PROBLEMETS OMFANG

Siden århundreskiftet er allerede over fem millioner mennesker døde på verdensbasis på grunn av selvmord. Hvert år dør ca. en million mennesker i selvmord. Det er flere som dør i selvmord per år enn som følge av krig og kriminalitet til sammen. Selvmord er et stort helseproblem i mange land og er en av de vanligste dødsårsakene blant tenåringer og unge voksne.

I tillegg regner vi med at selvmordsforsøk forekommer 10 - 20 ganger oftere enn fullbyrdete selvmord. Selvmordsforsøkene varierer i målrettethet og skadeomfang, men alle vitner om at den som forsøker å ta sitt eget liv, har alvorlige følelsesmessige problemer, er ulykkelig og/eller psykisk syk.

Byrden ved å miste noen i selvmord kan ha varige følelsesmessige virkninger for de etterlatte. Familien til de som gjør selvmordsforsøk, er ofte veldig bekymret og opptatt av risikoen for fortsatt selvmordsatferd og av sitt ansvar for å prøve å forhindre nye selvmordsforsøk.

Selvmord og selvmordsforsøk har også store økonomiske konsekvenser. Kostnadene er knyttet til tap av økonomisk potensial i liv som gikk tapt ved selvmord, ettervirkninger for etterlatte, medisinsk og psykiatrisk behandling i forbindelse med selvmordsforsøk, samt den byrden familien må bære ved å ta vare på de som har gjort selvmordsforsøk. De økonomiske kostnadene ved selvmordsatferd beløper seg til milliarder av kroner årlig på internasjonalt plan.

SELVMORDSATFERD: HVA VET VI?

De første årene av det 21. århundret er i ferd med å bli en konsolideringsperiode etter en betydelig utvikling av forskning på selvmordsatferd i 1980- og 1990-årene. Både forskning innen psykisk helse og epidemiologisk, genetisk, psykososial og biologisk forskning har bidratt med store mengder informasjon. Dette materialet gir et ganske samstemt og ensartet bilde av risikofaktorer for selvmordsatferd og av hvordan man kan utarbeide forebyggende programmer både i industriland og i utviklingsland. Ifølge denne forskningen er selvmordsatferd et sammensatt problem med mange årsaker som henger sammen.

Psykisk lidelse er den viktigste risikofaktoren for selvmordsatferd. Psykisk syke mennesker har ti ganger større selvmordsrisiko enn mennesker uten en slik lidelse. I de fleste vestlige land har nesten 90 % av de som dør på grunn av selvmord, en psykisk lidelse som kan diagnostiseres. I noen asiatiske land, deriblant Kina, er andelen med psykisk lidelse mye mindre, men psykiske lidelser spiller allikevel en viktig rolle for selvmordsatferd. De lidelsene som oftest fører til selvmordsatferd, er depresjon og bipolar lidelse, alkohol- og narkotikamisbruk og schizofreni. Av disse er depresjon den vanligste årsaken til selvmordsatferd, og to tredjedeler av de som dør ved selvmord, har en depressiv lidelse på dødstidspunktet. Hvis en person har et alkohol- eller narkotikaproblem i tillegg til en annen psykisk lidelse, øker risikoen for selvmordsatferd sterkt. Allikevel vil de fleste mennesker med en psykisk lidelse aldri gjøre selvmord. Det betyr at selv om psykisk syke mennesker tilhører en risikogruppe, vil de fleste av dem ikke oppleve belastende livshendelser eller andre faktorer som medvirker til forhøyet selvmordsrisiko, eller de vil få hjelp til å takle problemene sine.

Tidligere selvmordsatferd i familien er også en sterk risikofaktor. Slektninger av de som gjør selvmordsforsøk eller dør ved selvmord, har fire ganger høyere risiko for selvmordsatferd enn de som ikke har opplevd selvmordshandlinger i nær familie. Når en person har gjort et selvmordsforsøk, øker sannsynligheten for nye forsøk, ofte med dødelig utgang, spesielt i de første seks til tolv månedene etter et forsøk. Lav sosioøkonomisk status, lite utdannelse, dårlige sosiale forhold og dårlig fysisk helse hører med blant risikofaktorene. Kjennskap til disse risikofaktorene kan hjelpe oss med å identifisere personer med forhøyet selvmordsrisiko, slik at forebyggende tiltak kan settes inn der de trengs mest.

Mot denne bakgrunnen kan belastninger som brutte forhold, tap av nærstående, konflikter med familie og venner, økonomiske, juridiske eller arbeidsrelaterte problemer samt hendelser som fører med seg skam eller ydmykelse, utløse et selvmordsforsøk. Tilgang til selvmordsmidler er både en viktig risikofaktor i seg selv og en avgjørende faktor for om et selvmordsforsøk får dødelig utfall. Når et menneske føler desperasjon eller opplever en akutt krisesituasjon, er sannsynligheten for å gjøre et impulsivt selvmordsforsøk større hvis midlene er lett tilgjengelige, særlig hvis dømmekraften er redusert på grunn av psykisk lidelse, narkotika eller alkohol. I tillegg har den genetiske forskningen gjort framskritt som hjelper oss til å forstå bedre et mulig genetisk grunnlag for selvmordsatferd og hvordan genetisk predisponering kan påvirkes av miljøet. De store variasjonene i selvmordsrater mellom forskjellige land og innenfor samme land (f.eks. mellom by og bygd) viser at sosiale forhold og andre miljøfaktorer har betydning. Biokjemiske abnormiteter i hjernen, særlig i det serotonerge systemet og særlig relatert til impulsivitet og aggresjon, kan også gi økt risiko for selvmordsatferd.

SELVMORDSATFERD: HVA MÅ GJØRES?

Vi har mye kunnskap om årsakene til og konsekvensene av selvmordsatferd, men det må forskes mer på hva som virker best for å forebygge selvmord. Utfordringen i det 21. århundret blir å overføre den betydelige kunnskapen vi har om hvorfor mennesker prøver å ta sitt eget liv, til effektive strategier, handlingsplaner, programmer og tjenester som kan redusere tapet av menneskeliv og de ødeleggende virkningene av selvmordsatferd.

Det er for tidlig å fastslå hvilke intervensjoner og strategier som vil gi best resultat. Basert på den kunnskapen vi sitter inne med nå, kan vi imidlertid nevne følgende lovende områder for selvmordsforebygging:

Opplæring av leger i å identifisere, behandle og få kontroll med depresjoner og selvmordsatferd kan redusere selvmordstallene. Vi vet at depresjoner ofte er underdiagnostisert og mangelfullt behandlet, og at mange av de som dør på grunn av selvmord, har oppsøkt lege i ukene før dødsfallet. Opplæring av leger i å identifisere og behandle depresjoner har gitt resultater i form av bedre behandling av pasienter med depresjoner og lavere selvmordstall. Disse resultatene er funnet i studier av legeopplæringen i utvalgte områder i Sverige, Ungarn, Slovenia og Japan. Dette er en svært lovende tilnærming til selvmordsforebygging, som med fordel kan kopieres i andre land. Denne tilnærmingmåten må utvides til å gjelde ikke bare depresjoner, men også andre psykiske lidelser som øker faren for selvmord, narkotikamisbruk inkludert. Leger må dessuten bli bedre til å vurdere selvmordsrisiko og utarbeide handlingsplaner som involverer pasientens sosiale nettverk og forskjellige lokale instanser og hjelpere.

Begrensning av tilgangen til selvmordsmidler er et ofte undervurdert forebyggingstiltak. I mange land har det vist seg at man ved å begrense tilgangen til bestemte selvmordsmidler har fått ned antallet selvmord ved den aktuelle metoden, og noen ganger har også det totale antallet selvmord gått ned. På dette feltet er det en rekke tiltak som man har funnet ut at har effekt: avgiftning av husholdningsgass, innføre restriksjoner på besittelse av skytevåpen, redusere utslipp av karbonmonoksid fra kjøretøy, redusere pakningsstørrelsen for medikamenter, sette opp sperrer på steder der mange hopper i døden, og skrive ut resepter på medisiner som er klinisk tryggere hvis man tar en overdose av dem. Å begrense tilgangen til selvmordsmidler tar ikke tak i selvmordsnære personers fortvilelse og årsakene til at de vil gjøre selvmord. Når dødelige midler ikke er så lett tilgjengelige, er det allikevel mindre sannsynlig at det handles på impuls. Når det tar lengre tid å finne et egnet selvmordsmiddel, kan man få tid til å søke hjelp og få den hjelpen man trenger.

Å begrense tilgangen til selvmordsmidler kan spille en viktig rolle i å redusere selvmordsratene i land som Kina, India og Sri Lanka, der en stor del av selvmordene skyldes inntak av landbruksgifter. På grunn av de høye befolkningstallene i disse landene, utgjør selvmordene her en betydelig andel av alle selvmord på verdensbasis. For å oppnå en merkbar reduksjon i det totale antallet selvmord i verden, er det derfor viktig å få ned tallet på selvmord ved inntak av landbruksgifter i disse landene. F.eks kan det å spre låsbare bokser for oppbevaring av landbruksgifter redusere tallet på selvmord ved inntak av slike midler på landsbygda.

Opplæring av førstelinjetjenesten: Handlingsprogrammer som fokuserer på å dyktiggjøre de som arbeider i førstelinjetjenesten, i lokalmiljøet, i organisasjoner og på institusjoner kan føre til bedre rutiner for identifisering og videre henvisning av selvmordsnære personer. "The United States Air Force Suicide Prevention Programme" er et vellykket eksempel på denne typen aktivitet. I dette programmet har en felles innsats fra forskjellige instanser innen det amerikanske luftforsvaret ført til en betydelig nedgang i antall selvmord blant deres personale. Det er også rapportert om nedgang i selvmordstallene etter at et liknende program ble gjennomført i det norske Forsvaret og i flere fengsler og straffeinstitusjoner, samt på mange arbeidsplasser. Siden det finnes få evalueringsrapporter, bør det oppfordres til en evaluering av eksisterende programmer og utvikling av nye programmer etter hvert som vi lærer mer om hva det bør legges vekt på i opplæringen av førstelinjetjenesten.

Hjelp i krisesituasjoner: Krisetelefoner, krisesentre og internett-tjenester over hele verden tar daglig imot henvendelser fra tusenvis av mennesker i selvmordskriser. Når vi tar i betraktning hvor populære slike frivillige og profesjonelle hjelpetjenester er, f.eks. The Samaritans, Kirkens SOS og Mental Helse Norge, må vi konkludere med at disse tjenestene dekker et viktig behov. Nyere forskning fra USA og Canada tyder på at selvmordsnære personer ofte får hjelp av disse organisasjonene, selv om noen sentre ikke alltid gir den best mulige hjelpen. Dessuten fører en henvendelse per telefon og Internett ofte til at den selvmordsnære personen blir henvist videre eller oppmuntret til å søke behandling og hjelp fra andre instanser, for eksempel innen psykisk helsevern. Det som fungerer godt ved telefon- og internett-tjenestene må videreutvikles, evalueres og spres videre.

Screeningprogrammer: Det er utviklet en rekke programmer som kartlegger selvmordsrisiko eller psykisk lidelse, f.eks. depresjon eller misbruk av rusmidler, som man vet gir økt selvmordsrisiko. Disse programmene har typisk blitt brukt på skoler og universiteter. Selv om programmene virker lovende, må kostnadseffektiviteten vurderes nærmere.

Det er også viktig å finne ut hvilke screeningverktøy som skiller best mellom de som er i risikogruppen og

de som ikke er det, og videreutvikle disse verktøyene. Samtidig må det arbeides med å sikre at de som blir plassert i risikogruppen, får den hjelpen de trenger.

Bedre organisering og behandling innen psykisk helsevern: En svært høy andel av de som dør på grunn av selvmord, er psykisk syke. Derfor må effektiv behandling og tilbud om langsiktig oppfølging i psykisk helsevern selvfølgelig være et viktig satsningsområde i arbeidet med å forebygge selvmord. En rekke behandlingsmetoder for spesifikke psykiske lidelser har vist seg å redusere selvmordsatferd. Vi kan f.eks nevne langvarig litiumbehandling for personer med bipolar lidelse eller alvorlig depresjon og behandling med antipsykotiske medikamenter for personer med psykotiske lidelser, schizofreni inkludert. På grunn av kontroversielle funn den siste tiden er det imidlertid behov for å forske mer på hvor effektiv antidepressiv medisiner er når det gjelder å redusere selvmordsatferd hos personer med depresjon. Atferdsterapi og psykologiske terapiformer har også vist seg å kunne redusere selvmordsatferd, enten alene eller i kombinasjon med medisiner. Det er behov for å forske mer på forskjellige kombinasjoner av medisiner og terapi for å finne ut hvordan man kan behandle og følge opp selvmordsnære personer på best mulig måte.

Oppfølging etter selvmordsforsøk: Personer som har gjort selvmordsforsøk, har forhøyet risiko for å gjøre nye forsøk, også med dødelig utgang. Noen få intervensjoner som fokuserer på bedre behandling og oppfølging etter selvmordsforsøk, har vist seg å redusere risikoen for gjentakelse. I Norge har man ved å fokusere på oppfølging via en behandlingsskjede når en person er utskrevet fra sykehuset etter et selvmordsforsøk, lyktes med å redusere antallet nye selvmordsforsøk. Det må utvikles nye programmer som gir oppfølging etter selvmordsforsøk, både rett etter forsøket og på lengre sikt, noe som krever samarbeid mellom sykehusinstanser og en lang rekke andre instanser og hjelpere.

Medienes omtale av selvmord: Uheldige medieoppslag om selvmord kan få sårbare mennesker til å gjøre selvmordshandlinger. Dette har ført til at mange land har utviklet retningslinjer for hvordan selvmord skal omtales i mediene. Disse retningslinjene har imidlertid i liten grad blitt evaluert, og det er behov for å vurdere virkningen av retningslinjene både på medienes omtale av selvmord og på selvmordsratene. Dessuten må man se på hvordan man på best mulig måte kan utvikle retningslinjer som blir respektert av mediefolk. I mellomtiden er det mye som kan gjøres for å fremme ansvarlig og informativ dekning av selvmord i mediene gjennom å vedlikeholde, forbedre og støtte bruken av eksisterende medieressurser. Det er også viktig å utvikle et bedre samarbeid med mediene for å spre informasjon om selvmord og gi kunnskap og informasjon om selvmord og psykisk helse på en måte som ikke virker stigmatiserende.

SELVMORDSFØREBYGGING: HVEM KAN HJELPE?

Effektiv selvmordsforebygging krever en vidtfaende tverrfaglig tilnærming der ulike samfunnssektorer trekkes inn. Det er viktig å huske på at det er mange og sammensatte årsaker og veier som fører til selvmordsatferd, og mange kan være med på å forebygge selvmord. Vi kan nevne profesjonelle helsearbeidere, frivillige, forskere, familier og andre som har mistet noen ved selvmord eller er berørt av selvmordsatferd, personer utenfor helsesektoren, som for eksempel de som arbeider i styrende organer på lokalt eller nasjonalt plan, i skoleverket, i rettsvesenet, i politiet og i næringslivet, samt religiøse ledere, politikere og mediefolk. Temaet for Verdensdagen for selvmordsforebygging i 2006 **"Forståelse gir nytt håp"**, gir forskere, klinikere og de som ellers arbeider med selvmordsforebygging, mulighet til å informere andre faggrupper om hva man vet om årsakene til selvmordsatferd. De kan vise hvordan denne kunnskapen kan brukes og hvilke forebyggingstiltak som kan være effektive. De kan også oppmuntre til evaluering av eksisterende selvmordsforebyggende tiltak og handlingsplaner. Alle som er involvert i selvmordforebyggende arbeid, kan bruke dagen på aktiviteter som øker allmennhetens forståelse av at selvmord er et folkehelseproblem som kan forebygges.

AKTIVITETER PÅ VERDENS- DAGEN FOR SELVMORDS- FØREBYGGING

På Verdensdagen for selvmordforebygging skal forskjellige aktiviteter gi ulike befolkningsgrupper kunnskap om selvmord og selvmordsforebygging og sørge for bedre kommunikasjon mellom hjelperne og forskningsmiljøene. Arrangementer som engasjerer og oppmuntrer til deltakelse og personlig kontakt, er med på å gi folk lyst til å lære mer. Her kommer noen forslag til aktiviteter:

- Lansere nye initiativ, handlingsplaner og strategier
- Arrangere konferanser, åpent hus, undervisningsseminarer eller åpne forelesninger og paneldebatter
- Skrive artikler i aviser og magasiner
- Holde pressekonferanser
- Avtale radio- og TV-intervjuer og sørge for å få taletid i aktuelle programmer

IASP har gitt LEVE - Landsforeningen for etterlatte ved selvmord oppdraget å koordinere Verdensdagen for selvmordsforebygging i Norge i perioden 2005-07. Prosjektet mottar faglig støtte fra Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo, samt fra regionale ressursmiljøer for selvmordsforebygging og -forskning i Norge. Sosial- og helsedirektoratet gir økonomisk støtte.


LEVE
Landsforeningen for etterlatte ved selvmord

- Be rikspolitikere med ansvar for helse spørsmål og selvmordsforebygging om å komme med relevante kunngjøringer og sende ut handlingsplaner eller støtteerklæringer og pressemeldinger
- Arrangere møter om depresjon og tilby screening
- Organisere kulturarrangementer eller gudstjenester, messer og utstillinger
- Organisere vandringer til offentlige steder for å sette fokus på selvmordsforebygging
- Arrangere boklanseringer, sende ut nye hefter, håndbøker og brosjyrer
- Organisere konserter, grillfester, frokoster, lunsjer, konkurranser eller festivaler på offentlige steder
- Skrive kommentarartikler i vitenskapelige, medisinske og andre relevante tidsskrifter
- Spre forskningsresultater
- Lage pressemeldinger om nye vitenskapelige publiseringer
- Arrangere kurs i hvordan man kan identifisere selvmordsfare og depresjon
- Avholde møter mellom forskere og klinikere for å utveksle kunnskap og erfaringer om selvmord.

DINE AKTIVITETER OG INITIATIV KAN INSPIRERE ANDRE

På IASPs nettsted (www.iasp.info) finner du en oversikt over initiativer og aktiviteter som tidligere er blitt gjennomført verden over på Verdensdagen for selvmordsforebygging. Vi oppfordrer deg til å gå igjennom denne oversikten for å se hva andre har gjort for å skape oppmerksomhet rundt selvmordsforebygging. Vi håper også at du vil fylle ut skjemaet på IASPs nettsted og beskrive de aktivitetene som du planlegger å gjennomføre på Verdensdagen for selvmordsforebygging i 2006. Du kan også sende informasjon til:

**IASP Central Administrative Office, Le Baradé,
32330 Gondrin, France Fax: +33 562 29 19 47
Email: iasp1960@aol.com**

Et utvalg av årets aktiviteter vil bli presentert på IASPs nettsted med lenker til nettsteder med utfyllende informasjon. Mer informasjon om selvmord og selvmordsforebygging finnes på IASPs nettsted. Der finner du også lenker til andre aktuelle nettsteder.

www.iasp.info

