

- Arbetspaket 6 -

Generella riktlinjer för suicidprevention

Eva Dumon och Gwendolyn Portzky
Unit for Suicide Research – Ghent University

Projektet Euregenas har erhållit finansiering från Europeiska unionen inom ramen för folkhälsoprogrammet 2008-2013. Ansvaret för innehållet i denna publikation är enbart författarens. Genomförandeorganet är inte ansvarigt för vidare användning av informationen som finns i materialet.



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union



Innehållsförteckning

<u>OM EUREGENAS</u>	<u>3</u>
<u>SAMMANFATTNING</u>	<u>6</u>
<u>I. INLEDNING</u>	<u>7</u>
<u>II. VIKTIGA FAKTA</u>	<u>8</u>
• Definitioner	8
• Epidemiologi	8
• Vanliga myter	9
• Att förstå suicidalt beteende	10
<u>III. HUVUDSTRATEGIER VID SUICIDPREVENTION</u>	<u>12</u>
• Främja psykisk hälsa	14
• Jourtelefoner och webbaserad hjälp	15
• Utbilda vårdpersonal, personer med inflytande/mandat och journalister	16
• Program som riktar sig till utsatta grupper	18
• Program som riktar sig till högriskgrupper	21
• Begränsa tillgängligheten till dödliga medel och metoder	22
<u>IV. AVSLUTANDE REKOMMENDATIONER</u>	<u>23</u>
<u>ORDLISTA</u>	<u>26</u>
<u>REFERENSER</u>	<u>28</u>

Om Euregenas

Syftet med projektet Euregenas är att bidra till att förebygga suicidtankar och suicidalt beteende i Europa genom att utveckla och implementera strategier för suicidprevention på regional nivå vilka sedan kan fungera som goda exempel. I projektet samarbetar **15 europeiska aktörer** från 11 regioner med olika erfarenheter av suicidförebyggande arbete (se figur 1).

Figur 1 – Euregenas regioner

University Hospital Verona (**AOUI-VR**) – Italien

Flemish Agency for Care and Health (**VAZG**) – Belgien

Västra Götalandsregionen (**VGR**) – Sverige

Romtens Foundation (**ROMTENS**) – Rumänien

Institutet för hälsa och välfärd (**THL**) – Finland

Unit for Suicide Research, University Ghent (**UGENT**) – Belgien

Fundación Intras (**INTRAS**) - Spanien

Servicio Andaluz de Salud (**SAS**) – Spanien

Fundación Publica Andaluza Progreso y Salud (**FPS**) – Spanien

Mikkeli University of Applied Sciences (**MAMK**) – Finland

Technische Universität Dresden (**TUD**) – Tyskland

Regional Public Health Institut Maribor (**RPHI MB**) – Slovenien

West Sweden (**WS**) – Sverige

De Leo Fund (**DELEOFUND**) – Italien

Cumbria County Council (**CCC**) – Storbritannien



I enlighet med EU:s **andra folkhälsoprogram (2008-2013)** främjar projektet användningen av regional klusterhantering som en innovativ metod för att förbättra de befintliga tjänsterna (se <http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/>)).

Genom att uppmuntra regionala insatser och kampanjer riktade till såväl målgrupper som intressenter utanför hälso- och sjukvårdsområdet **syftar projektet till att genomföra EU:s ”Mental Health Pact”** avseende

- 1) suicidprevention,
- 2) avstigmatisera psykiska sjukdomar,
- 3) främja ungas psykiska hälsa.

Projektet Euregenas **specifika mål** är att

- identifiera och systematisera goda befintliga exempel på åtgärder och strategier för suicidprevention på regional och lokal nivå,
- analysera intressenters behov,
- utarbета och sprida riktlinjer och verktyg för suicidprevention och strategier för ökad kunskap,
- utarbета tekniska specifikationer för en integrerad modell för webbaserad psykiatrisk vård inriktad på suicidprevention,
- öka kunskap och kompetens hos personal på lokal och regional nivå (t.ex. psykologer, psykiatriker, allmänläkare).

Projektet syftar till att uppnå de specifika målen med hjälp av **ett antal arbetspaket**. Projektet Euregenas innehåller åtta arbetspaket: 3 horisontella arbetspaket om samordning, spridning respektive utvärdering och 5 vertikala centrala arbetspaket (se figur 2).

Figur 2: Euregenas centrala arbetspaket





Sammanfattning

De generella riktlinjer för suicidprevention som finns i dokumentet riktar sig till beslutsfattare och syftar till att öka kunskapen om strategier för suicidprevention. Det centrala budskapet till beslutsfattarna är att suicid går att förebygga och att det behövs tvärssektoriella strategier och program på flera olika nivåer.

Dokumentet innehåller fyra huvudavsnitt:

1. **Inledning** med bakgrund till de generella riktlinjerna för suicidprevention.
2. **Viktiga fakta om suicidalt beteende** som epidemiologiska uppgifter, vanliga myter och en förklaringsmodell vad gäller suicidalt beteende.
3. En översikt över effekten av **suicidpreventiva insatser** vad gäller att främja psykisk hälsa, tillhandahålla jourlinjer och webbaserad hjälp, utbilda personal, särskilda program som riktar sig till utsatta grupper och suicidala personer samt att begränsa tillgängligheten till dödliga medel.
4. **Rekommendationer** om att skapa en nationell handlingsplan för suicidprevention och bedriva forskning om suicidalt beteende.

Dokumentet har arbetats fram av Unit for Suicide Research vid Ghent University, som också har lett arbetet med arbetspaket 6 inom Euregenas-projektet. Andra deltagare i Euregenas har tillsammans med lokala experter inom suicidprevention fått möjlighet att bidra med kunskaper och erfarenheter. Detta har varit till stor nytta för dokumentet.



I. Inledning

Suicid är ett stort folkhälsoproblem i Europa, med en genomsnittlig förekomst på 13,9 per 100 000 personer (Världshälsoorganisationen, 2013). I många samhällen är suicid fortfarande ett tabubelagt ämne. Vikten av att förebygga av suicid uppmärksammas alltmer inom EU när åtgärder, handlingsplaner, preventionsprogram och nationella preventionsstrategier utvecklas i syfte att förbättra den psykiska hälsan och minska antalet dödsfall till följd av suicid.

Syftet med de generella riktlinjerna är att bidra till att förebygga suicidalt beteende i Europa. Riktlinjerna är ett delresultat av arbetspaket 6.

Riktlinjerna riktar sig till **beslutsfattare** inom sektorer där suicidprevention är av betydelse. Eftersom suicidprevention kräver ett tvärsankteriet förhållningssätt kan det vara viktigt såväl inom hälso- och sjukvården som inom andra områden som utbildningsväsende, arbetsmarknad, rättsväsende, media m.m. Riktlinjerna är avsedda att ge grundläggande information om suicidalt beteende och en översikt över strategier för suicidprevention och goda exempel. I dokumentet sammanfattas olika insatser som kan bidra till att förebygga suicid inom en region, ett land eller Europeiska unionen.

Vi uppmanar beslutsfattare att läsa dessa riktlinjer tillsammans med WHO-rapporten "**Public Health Action for the prevention of suicide: a framework**", som innehåller ett stegvis tillvägagångssätt för att utveckla strategier för suicidprevention (se www.who.int).

Riktlinjerna bygger på en **analys av regionala behov** hos viktiga intressenter och en **omfattande genomgång av litteratur och goda exempel** som är en del av arbetspaket 4 i Euregenas-projektet. Utöver detta har internationell litteratur rörande effektiviteten hos olika strategier för suicidprevention gått igenom ("Web of Knowledge" har använts här). **Regionala nätverk** har byggts upp i fem av de regioner som deltar. Syftet är att stödja utvecklingen och implementeringen av riktlinjerna. I nätverken har beslutsfattare, folkhälsoexperter, samhällsaktörer och intressenter inom suicidprevention ingått.

De generella riktlinjerna finns på fem språk och kan laddas ner från webbplatsen www.euregenas.eu



II. Viktiga fakta

Definitioner

Suicidtankar och suicidalt beteende kan definieras som en komplex process som kan omfatta allt från tankar om att ta sitt liv, att planera detta och att ta sitt liv. Suicidalt beteende är följden av ett samspel mellan biologiska, genetiska, psykologiska, sociala, miljö- och situationsbundna faktorer (Hawton och van Heeringen, 2009).

Definitionerna av begreppen suicid och suicidförsök har ändrats över tiden. De Leo m.fl. (2004) definierar **suicid** som "en icke-vanemässig handling med dödlig utgång som den avlidna personen, i avsikt eller förväntan om att utgången kan bli dödlig, har påbörjat eller genomfört i syfte att få till stånd önskade förändringar".

Icke-dödligt suicidalt beteende, som innefattar suicidförsök och självskadebeteende¹, definieras på följande sätt: "en icke-vanemässig handling med en icke-dödlig utgång som personen, som förväntar sig eller tar risken att dö eller skada den egna kroppen, har påbörjat och genomfört i syfte att få till stånd önskade förändringar".

Epidemiologi

Suicid är ett stort folkhälsoproblem i EU och orsakar mer än 58 000 dödsfall per år (Världshälsoorganisationen, 2003). Suicidförsök görs av personer i alla åldrar, kulturer och befolkningsgrupper. Världshälsoorganisationen (WHO) har slagit fast att nio av de tio länder i världen som har högst suicidfrekvens finns i Europa. Inom EU har Litauen, Ungern och Finland de högsta suicidtalerna. I allmänhet har sydeuropeiska länder som Italien och Cypern lägre suicidtal. Suicidfrekvensen bland män är högre än bland kvinnor i alla länder i Europa. De flesta suicid inträffar i åldersgruppen 35-44 år.

Suicidförsök är mycket vanligare än suicid. Studier visar att icke-dödliga suicidhandlingar inträffar minst tio gånger så ofta som dödliga suicid. Till skillnad från dödliga suicidhandlingar är icke-dödligt suicidalt beteende vanligast bland ungdomar och avtar med åldern (Nock m.fl., 2008).

Varje suicid eller suicidförsök drabbar också andra människor direkt eller indirekt. Det får allvarliga konsekvenser för de **efterlevande** som make/maka, föräldrar, barn, familj, vänner, medarbetare och arbetskamrater som blir kvar, både omgående och på lång sikt.

¹ Synpunkt från Suicidprevention i Väst: Självskadebeteende kan inte likställas med suicidalt beteende utan kan vara ett sätt för en ångestfylld person att minska sin psykiska smärta.



Vanliga myter

Det finns många missuppfattningar om suicidalt beteende. Här nedan tas de vanligaste myterna upp.

Suicid kan inte förebyggas

En av de vanligaste myterna om suicidalt beteende är att det inte kan förebyggas. De flesta människor som är suicidala har emellertid blandade känslor kring döden. Till och med djupt deprimerade personer tvekar in i det sista om huruvida de vill leva eller göra slut på sin smärta. Dessutom finns det vetenskapligt stöd för att ett stort antal åtgärder kan ha preventiv effekt.

Att prata med någon om suicid ökar risken för suicidalt beteende

Om en person uttrycker suicidtankar ska det inte bara ses som ett sätt att få uppmärksamhet utan som ett uttryck för smärta. Det visar att personen är förtvivlad och känner stark känslomässig smärta. Att prata med en person om suicidtankar och planer ökar inte personens suicidavsikter eller förtvivlan. Tvärtom kan ett öppet samtal om suicidtankar i en personlig miljö vara en effektiv preventiv/terapeutisk metod. Att prata om suicid kan även rädda liv genom att man uppmuntrar personen att söka hjälp.

Suicid är en normal reaktion på en onormal situation

Suicid är inte en normal adekvat reaktion på t.ex. extrema stressfaktorer i livet. Suicid är en ovanlig och inadekvat reaktion på en ganska normal situation. Vi ställs alla ofta inför stressande situationer eller negativa händelser i livet, men alla utvecklar inte suicidtankar och planer.

Människor som pratar om suicid varken tar eller försöker ta sitt liv

Merparten av dem som försökt ta sitt liv eller fullbordat ett suicid har tidigare gett uttryck för sina tankar om suicid före suicidhandlingen. Det är därför mycket viktigt att ta alla uttryck för suicidtankar på allvar och uppmana personen att söka hjälp.



Att förstå suicidalt beteende

Forskning har tydligt visat att suicidalt beteende är ett mycket komplext problem som beror på ett antal olika faktorer. Suicidalt beteende har aldrig en enda orsak. Det utvecklas alltid på grund av ett samspel mellan olika riskfaktorer i kombination med avsaknad av skyddsfaktorer.

Riskfaktorer är egenskaper som ökar sannolikheten för att en person ska överväga, försöka eller att ta sitt liv. Exempel på riskfaktorer är psykiatrisk sjukdom (t.ex. depression, läkemedelsmissbruk), somatisk sjukdom (t.ex. medicinska tillstånd som ger upphov till kronisk smärta), tidiga negativa upplevelser i livet (t.ex. att förlora en förälder när man är liten, övergrepp), personliga egenskaper (t.ex. hopplöshet, impulsivitet) och tidigare suicidalt beteende. Riskfaktorer är inte statiska, de kan skilja sig mellan olika länder.

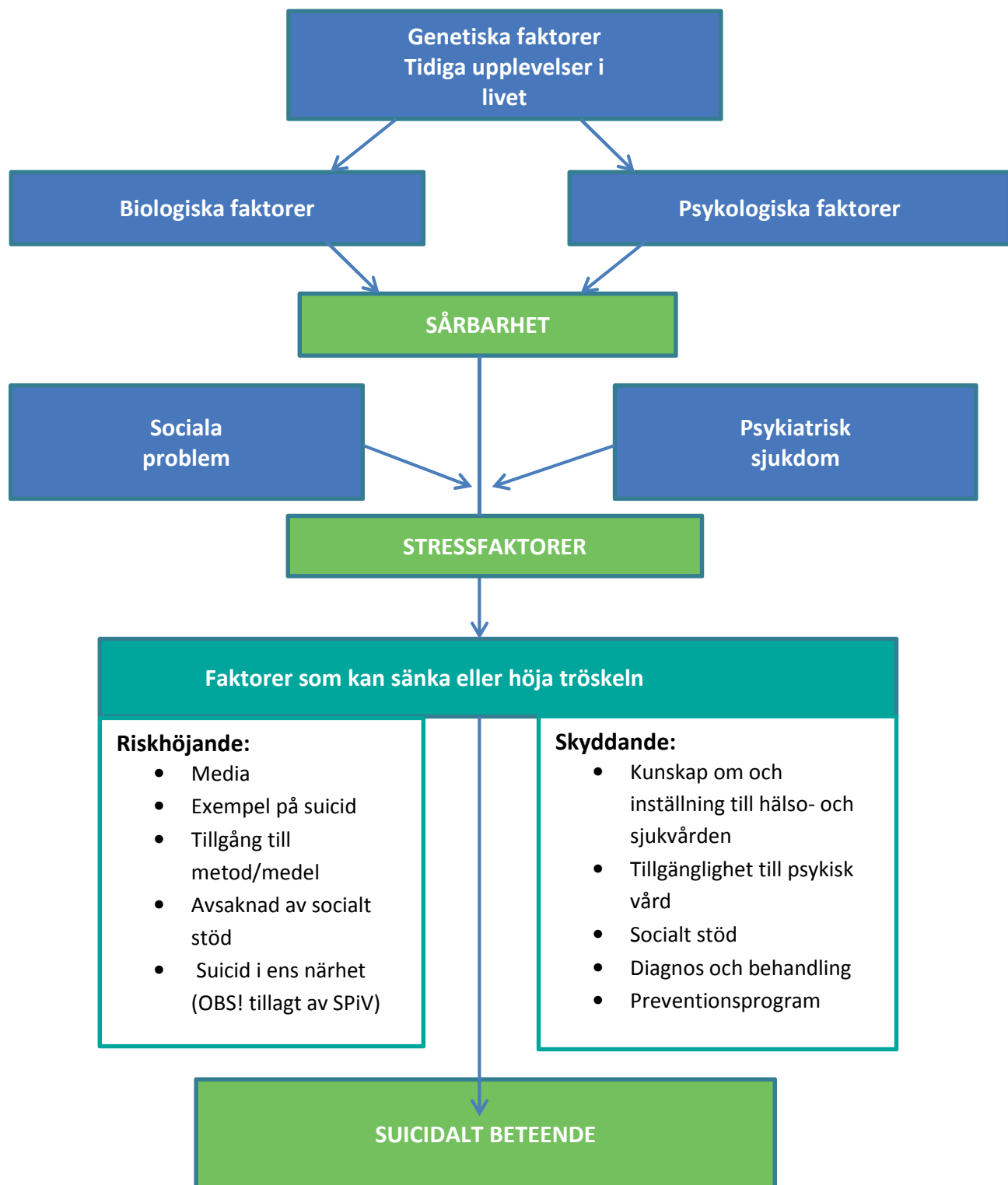
Skyddsfaktorer är egenskaper som minskar sannolikheten för att en person ska överväga, försöka eller att ta sitt liv. Exempel på skyddsfaktorer är positiv självbild, problemlösningsförmåga, att söka hjälp, socialt stöd ...

Den **modell** som beskrivs i figur 3 visar en integrerad biopsykosocial modell. Den bygger på den inverkan som biologiska, psykologiska, psykiatriska och sociala riskfaktorer kan ha på utvecklandet av suicidalt beteende.

Modellen är inriktad på tre nyckelfaktorer:

- **Egenskapsberoende faktorer** som genetiska, biologiska och psykologiska faktorer (t.ex. serotonin, personlighet och kognitiva psykiska dysfunktioner).
- **Tillståndsberoende faktorer**, som depression och hopplöshet, vilka påverkas av stressfaktorer i livet (t.ex. den ekonomiska krisen, sociala problem, våld i hemmet) eller av psykiatrisk sjukdom.
- **Tröskelfaktorer**, som kan öka risken eller ha en skyddande effekt. Exempelvis kan tillgång till dödliga medel/metoder sänka tröskeln för suicidalt beteende, medan en tillgänglig hälso- och sjukvård kan ha en skyddande effekt och avhålla människor från att utveckla ett suicidalt beteende.

Figur 3: En förklaringsmodell för suicidalt beteende (van Heeringen, 2001)

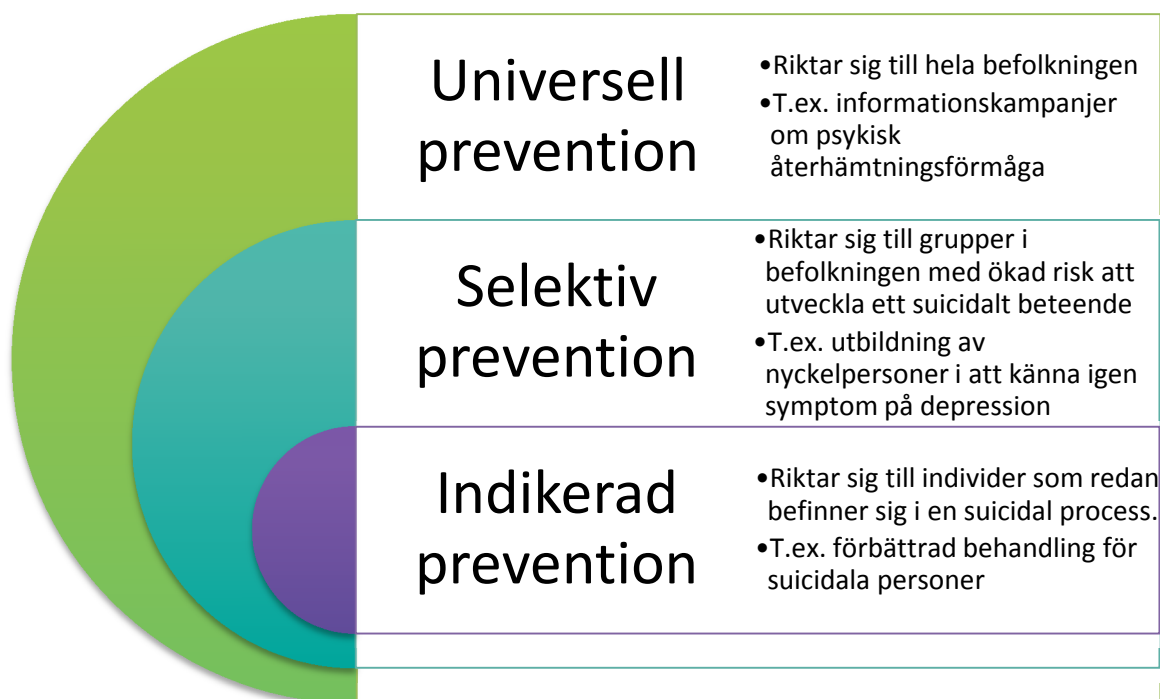


III. Huvudstrategier vid suicidprevention

Under de två senaste decennierna har ett stort antal suicidpreventionsstrategier utvecklats i Europa. Här beskrivs de strategier som oftast används och som har visat sig effektiva för minska suicidtal.

Insatsnivåer

Suicidpreventionsstrategierna kan indelas i tre olika nivåer beroende på vilken befolkning de riktar sig till. I USI-modellen (universell-selektiv-indikerad) definieras tre preventionsnivåer: **universell** (primär - både främjande och förebyggande), **selektiv** (sekundär) och **indikerad** (tertiär) prevention (Gordon, 1983; Nordentoft, 2011). Suicidprevention kräver ett multisektoriellt förhållningssätt som innefattar en rad olika aktiviteter på olika insatsnivåer. För att en suicidpreventiv politik/policy ska bli effektiv är rekommendationen att vidta åtgärder på alla tre nivåerna.





Huvudstrategier vid suicidprevention

Följande strategier används vanligtvis i nationella handlingsplaner för suicidprevention inom och utanför EU. Strategierna har baserats på en litteraturstudie och en kartläggning av goda exempel inom ramen för projektet Euregenas. Utöver det har en internationell litteratursökning gjorts med hjälp av Web of Science (januari 2000–april 2013).

De utvalda strategierna ligger på olika insatsnivåer, från universell till selektiv och indikerad prevention (se tabell 1). Vissa strategier är inriktade på en preventionsnivå (t.ex. är program som riktar sig till utsatta grupper inriktade på selektiv prevention), medan andra kombinerar olika nivåer (t.ex. kan åtgärder för att främja psykisk hälsa innefatta både universell och selektiv prevention).

Tabell 1 Utvalda strategier och insatsnivåer

STRATEGIER	INSATSNIVÅER		
	UNIVERSELL PREVENTION	SELEKTIV PREVENTION	INDIKERAD PREVENTION
1. Främja psykisk hälsa	X	X	
2. Tillhandahålla jourtelefoner och webbaserad hjälp		X	X
3. Utbilda vårdpersonal (inom psykiatrisk vård), personer med inflytande/mandat och journalister	X	X	X
4. Program som riktar sig till utsatta grupper		X	
5. Program som riktar sig till högriskgrupper			X
6. Begränsa tillgängligheten till dödliga medel och metoder	X	X	X



STRATEGI 1

Främja psykisk hälsa

Strategier för att främja psykisk hälsa kan bidra till att förebygga suicid eftersom de ofta är effektiva när det gäller att förbättra skyddsfaktorer för suicidalt beteende som återhämtningsförmåga, social integration och trygga miljöer (t.ex. trygga skol- och arbetsmiljöer).

Balfour (2007) beskriver främjande av psykisk hälsa på följande sätt: **"En process som gör det möjligt för individer och grupper att ta kontroll över sina liv och förbättra sin psykiska hälsa. Processen syftar till att öka självkänslan, copingförmågan och familjens och omgivningens stöd, samt att i ett vidare perspektiv förändra de sociala och ekonomiska förhållanden som påverkar den psykiska hälsan."**

Främjande av psykisk hälsa omfattar en rad olika strategier som kan tillämpas på individnivå, samhällsnivå eller båda dessa nivåer.

- Strategier som är inriktade på **individer** syftar till att öka den känslomässiga återhämtningsförmågan och minska sårbarheten för psykisk ohälsa genom att utveckla personliga färdigheter, självkänsla, copingstrategier, problemlösningsförmåga och självhjälp. Detta leder i sin tur till en förbättrad förmåga att hantera övergångar i livet och stress. Exempel på sådana strategier är preventionsprogram i skolor och webbaserade självhjälpsverktyg.
- På **samhällsnivå** är strategierna för att främja psykisk hälsa inriktade på social integrering och sammanhållning. De kan innefatta att öka medvetenheten, minska stigmatisering och diskriminering och bygga upp stödjande miljöer (t.ex. självhjälpsnätverk) i olika miljöer, t.ex. skolor, arbetsplatser, idrottsklubbar, träffpunkter, äldreboenden m.m.
- Vissa strategier kombinerar åtgärder på **olika nivåer**. Informationskampanjer riktade till allmänheten kan till exempel syfta till att förändra attityderna till depression (samhällsnivå) och till att uppmuntra att söka hjälp (individuell nivå). Studier visar att sådana kampanjer har viss effekt på attityder till depression, men ingen direkt effekt har konstaterats vad gäller minskade suicidtal, fler som söker hjälp eller en ökad användning av antidepressiva medel (Mann m.fl., 2005; van der Feltz-Cornelis m.fl., 2011).

[Foto: FreeDigitalPhotos.net]



STRATEGI 2

Tillhandahålla jourtelefoner och webbaserad hjälp

Strategier som ökar tillgängligheten till hjälp för suicidala personer kan vara användbara vid suicidprevention. Under de senaste decennierna har ett växande antal länder och regioner börjat erbjuda hjälp i form av jourtelefoner och webbaserad hjälp, vilket tycks vara ett bra sätt att nå ut till suicidala personer som komplement till den befintliga primärvården.

Jourtelefoner

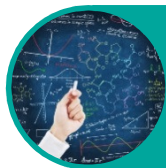
Många länder har jourtelefoner som erbjuder krishjälp som särskilt riktar sig till suicidala personer. Endast ett fåtal studier har undersökt hur effektiva dessa jourtelefoner är, men de flesta av dem visar en positiv effekt (De Leo m.fl., 2002; Mishara m.fl. 2007; Kalafat m.fl., 2007; Leitner m.fl., 2008). I en nyligen genomförd webbaserad enkätundersökning bland personer som ringt till Samaritians (en nationell jourtelefon för suicidprevention i Storbritannien) konstaterades att de som ringt var mycket nöjda med tjänsten och att kontakten varit till hjälp (Coveney m.fl., 2012).

Webbaserad hjälp

Under det senaste decenniet har allt fler människor sökt hjälp via internet. Internet erbjuder en rad möjligheter när det gäller suicidprevention. Många jourtelefoner har även börjat erbjuda e-postkontakt och chattar och att bedriva uppsökande verksamhet i sociala medier. Möjligheten att vara anonym och få anpassad information sporrar människor att söka hjälp. På så sätt kan webbaserad psykisk vård ge ökad tillgänglighet till hjälp och sänka tröskeln för vård och prevention (Christensen m.fl., 2002; Gilat och Shahar, 2007).

Euregenas-projektet kommer bland annat att ta fram etiska riktlinjer, kvalitetskriterier och en webbaserad modell för webbaserad suicidprevention.

[Foto: FreeDigitalPhotos.net]



STRATEGI 3

Utbilda vårdpersonal, personer med inflytande/mandat och journalister

Utbilda vårdpersonal och personer med inflytande/mandat

Att utbilda personal inom psykiatrisk vård och personer med inflytande eller nyckelpersoner är en vanlig strategi för suicidprevention. Det sker genom att anordna utbildningar eller ta fram riktlinjer för dessa viktiga aktörer.

Forskningen visar generellt att det är en effektiv strategi att erbjuda utbildning i suicidprevention (Andriessen och van den Brande, 2001; Capp m.fl., 2001; Matheson m.fl., 2005; Ramberg och Wasserman, 2004). Utbildning har visat sig vara ett effektivt sätt att förbättra kunskaper, attityder och självförtroende när det gäller suicidprevention (Brunero m.fl., 2008; Gask m.fl., 2006; Hayes m.fl., 2008; Oordt m.fl., 2009).

Utbildningen kan riktas till olika målgrupper. Att utbilda **allmänläkare** i att känna igen och behandla depression, suicidtankar och suicidalt beteende är en av de effektivaste strategierna för suicidprevention (van der Feltz-Cornelis m.fl., 2011).

Det har visat sig att även **sjuksköterskor** (Appleby m.fl., 2000; Dennis m.fl., 2001; Fenwick m.fl., 2004) och **psykologistuderande** (McNiel m.fl., 2008) har nytta av utbildning eftersom det förbättrar deras förmåga att göra riskbedömningar, bedöma vårdbehov och planera insatser för suicidprevention.

Även **personer med inflytande/mandat** som lärare, personer med rådgivande funktioner, personer som arbetar med förebyggande insatser, fritidspedagoger och personal inom äldreomsorgen kan spela en viktig roll i att upptäcka riskpersoner och slussa suicidala personer vidare till hälso- och sjukvården. Att till exempel utbilda lärare och fritidspedagoger i att känna igen varningstecken för suicidalt beteende och hur man griper in och slussar vidare i krissituationer, har visat sig vara effektivt (Chagnon m.fl., 2007). Dessa yrkesgrupper har också uppgivit att de anser att sådan utbildning är nödvändig (Hawgood m.fl., 2008; Palmieri m.fl., 2008; Ramberg och Wasserman, 2004). När lärare erbjuds utbildning rekommenderas det emellertid att denna integreras i ett bredare perspektiv och i en bredare policy rörande psykisk hälsa.

Andra yrkesgrupper som har deltagit i utbildningsprogram för suicidprevention är **präster** (Hegerl m.fl., 2006), **poliser** (Mishara och Martin, 2012; Pinfold m.fl., 2003; Watson m.fl., 2004) och **farmaceuter** (Bell m.fl., 2006), samt **kriminalvårdare** (Pompili m.fl., 2009).

[Foto: FreeDigitalPhotos.net]



Utbilda journalister

Studier, systematiska översikter och metaanalyser av medierapporteringens betydelse för suicid har genomgående visat att rapportering om suicid kan leda till personer efterhärmar ett suicidalt beteende, särskilt om den innehåller uppgifter om suicidmetod eller handlar om en känd person som har tagit sitt liv (Pirkis och Blood, 2001; Sisask och Värnik, 2012; Stack, 2000; Stack, 2005).

För att göra journalister uppmärksamma på vilken viktig roll de har för att förebygga suicid har många länder tagit fram riktlinjer och utbildningsprogram för dem. Riktlinjer för media har visat sig ha inverkan på kvaliteten på hur de rapporterar om suicidalt beteende (Niederkrötenhaler och Sonneck, 2007). Alla studier om utbildning och riktlinjer för journalister har emellertid inte visat positiva resultat (Goldney, 2005; Mann m.fl., 2005).

Utöver riktlinjer för media delar vissa länder (t.ex. Australien, Belgien och Danmark) ut priser till journalister som rapporterat om suicid på ett ansvarsfullt sätt. Forskning visar att journalister har en positiv inställning till sådana priser och att priserna i sig på ett konstruktivt sätt kan bidra till att riktlinjer för media införs (Dare m.fl., 2011).

Euregenas-projektet kommer bland annat att ta fram riktlinjer för suicidprevention för lärare och skolpersonal samt riktlinjer för arbetsplatser och journalister.



STRATEGI 4

Program som riktar sig till sårbara grupper

Vissa grupper löper en ökad risk för att utveckla suicidala tankar och suicidalt beteende, t.ex. efterlevande vid suicid, minoritetsgrupper och vissa åldersgrupper. När man utarbetar strategier är det viktigt att vara medveten om dessa utsatta grupper och att utforma insatser som är särskilt anpassade till dem.

Det bör påpekas att listan över sårbara grupper i befolkningen nedan inte är heltäckande och att risken för att utveckla suicidalt beteende inom en viss befolkningsgrupp kan ändras över tiden, beroende på kulturella eller samhälleliga faktorer.

Efterlevande vid suicid

Suicid och psykiatrisk sjukdom hos anhöriga har identifierats som riskfaktorer för att utveckla suicidalt beteende. Människor som har förlorat en anhörig eller partner i suicid löper alltså större risk att utveckla fysiska och psykiska sjukdomar och suicidalt beteende (Beautrais, 2004; Qin m.fl., 2002).

Flera länder, däribland Storbritannien, Belgien och Sverige, har utvecklat preventiva åtgärder riktade till efterlevande vid suicid. Exempel på åtgärder är att skapa nätverk och stödgrupper för efterlevande, utveckla resurser för efterlevande om hur de ska hantera en anhörigs suicid eller genom att inrätta en jourtelefon för efterlevande.

Minoritetsgrupper

Minoritetsgrupper som homosexuella, bisexuella och transpersoner (HBT) och etniska minoriteter har identifierats som utsatta grupper när det gäller att utveckla suicidalt beteende.

Människor som identifierar sig som **homosexuella eller bisexuella** tycks löpa högre risk för att utveckla psykisk sjukdom, suicidtankar, olika typer av missbruk och självskadebeteende än heterosexuella. Minst 16 studier om homosexuella och bisexuella (HB) ungdomar har visat mycket höga frekvenser av suicidförsök, mellan 20 och 53 % (Haas m.fl., 2011; McDaniel, Purcell och D'Augelli, 2001; Savin-Williams, 2001b; van Heeringen och Vincke, 2000). Även för **transpersoner** visar studier höga frekvenser av suicidförsök (Dhejne m.fl., 2011; Mathy, 2002).

[Foto: FreeDigitalPhotos.net]



En europeisk multicenterstudie (vetenskapligt samarbetsprojekt mellan olika medicinska centra som sjukhus, vårdcentraler o liknande) visade att personer som **invandrat** till Europa, och som kommer från andra kulturer eller från länder med högre suicidtal, uppvisar högre frekvenser av suicidförsök än den infödda befolkningen (Bursztejn-Lipsicas m.fl., 2011). Vissa länder, t.ex. Tyskland har därför genomfört särskilda kampanjer riktade till invandrare.

Äldre och ungdomar

Jämför man suicidrisk i olika åldersgrupper visar studier att suicidtalerna är särskilt höga bland äldre (De Leo och Spathonis, 2004), medan frekvenserna av icke-dödligt suicidalt beteende är högre bland ungdomar (Nock m.fl., 2008).

En översikt över preventionsprogram riktade till äldre som gjordes nyligen visade att de flesta (vetenskapligt utvärderade) program var effektiva när det gällde att minska depressiva tankar och känslor, suicidföreställningar eller suicidtal (Lapierre m.fl., 2011). Merparten av programmen fokuserade på att minska riskfaktorer som att minska isolering och förbättra screening och behandling av depression. Få program syftade till att stärka skyddsfaktorer som förbättrad återhämtningsförmåga och positivt åldrande. Detta skulle kunna vara ett innovativt och effektivt förhållningssätt. (Lapierre m.fl., 2011).

Resultaten av suicidpreventiva program som riktar sig till ungdomar, inom skola (läroplan) och lokala program var blandade (Mann m.fl., 2005).

En tydlig slutsats är att de suicidpreventiva strategier man tar fram bör vara riktade till och anpassade för sårbara grupper i befolkningen.

Insatserna kan innefatta att

- ***stärka återhämtningsförmågan hos utsatta grupper,***
- ***ge särskilt stöd till utsatta grupper (i form av stödgrupper, jourtelefoner, uppsökande verksamhet, broschyrer ...),***
- ***öka tillgängligheten till vård för utsatta grupper,***
- ***öka kunskapen om (och i vissa fall motverka stigmatisering av) utsatta grupper genom att utbilda allmänheten, nyckelpersoner och vårdpersonal (i den psykiatriska vården).***



STRATEGI 5

Program som riktar sig till högriskgrupper

Program som riktar sig till högriskgrupper syftar till att utveckla strategier för screening, vård och behandling av individer som löper ökad risk för suicid. Störst risk för att utveckla suicidtankar och planer löper bland annat personer som tidigare försökt ta sitt liv och personer med psykiatriska sjukdomar.

Förbättra (efter)vården för personer som tidigare försökt ta sitt liv

Den starkaste bestämningsfaktorn för framtida suicidalt beteende har genomgående visat sig vara tidigare suicidförsök (Oquendo, Galfalvy, Russo m.fl., 2004; Tidemalm m.fl., 2008). Därför är det mycket viktigt med effektiva strategier för eftervård riktade till personer som försökt ta sitt liv.

Forskning visar att uppföljande kontakter med personer som försökt ta sitt liv kan minska suicidförekomsten. I sin omfattande översiktsartikel om preventionsstrategier inriktade på uppföljande kontakter, pekade Luxton, June och Comtois (2013) på den preventiva effekten av uppföljande kontakter i form av allt från telefonsamtal och vykort till sms och e-postmeddelanden.

Förbättrad vård för personer med psykiatriska sjukdomar

Suicid beror inte på en enskild orsak, men, upp till 90 % av alla som fullbordar suicid uppfyller kriterierna för en psykiatrisk sjukdom. Tyvärr var upp till 80 % av dessa personer obehandlade när de avled (Lopez m.fl., 2006).

Många psykiatriska sjukdomar visar ökad risk för suicidalt beteende. Det gäller t.ex. depression, missbruk av alkohol och droger, schizofreni, bipolär sjukdom, ätstörningar och ångestsyndrom (Hawton och van Heeringen, 2009).

Att förebygga suicidförsök och suicid med hjälp av adekvata diagnosrutiner och behandling av sådana sjukdomar har därför hög prioritet i kliniska sammanhang. Det finns till exempel övertygande evidens för att adekvat prevention och behandling av depression och alkohol- och substansmissbruk kan minska suicidtalerna (WHO, 2012).

[Foto: FreeDigitalPhotos.net]

Förbättrad behandling av personer i riskzon

En global undersökning visar att 44 % av alla suicidala personer i höginkomstländer inte får någon form av behandling (Bruffaerts, m.fl., 2011). Att investera i både farmakologisk och psykoterapeutisk behandling av personer i riskzon bör prioriteras inom den psykiska vården.

Farmakologisk behandling har visat sig bidra till att minska suicidrisken bland personer med olika psykiska sjukdomar (Mann m.fl., 2005). Det finns till exempel ett samband mellan ökad förskrivning av antidepressiva medel (Moller, 2006) och långvarig litiumbehandling (Baldessarini m.fl., 2006; Guzzetta m.fl., 2007) å ena sidan och minskade suicidtal bland deprimerade patienter å den andra. Att använda antidepressiva medel på deprimerade ungdomar kan emellertid även få negativa effekter, så här måste försiktighet iakttas (Stone m.fl., 2009).

Många studier och översiktsartiklar har visat att **psykoterapeutisk behandling** är effektivt för suicidala personer (Brown m.fl., 2005; Guo och Harstall, 2004; Mann m.fl., 2005).

Med tanke på den datoriserade värld vi lever i är webbaserad suicidprevention ett annat viktigt och värdefullt område inom suicidprevention. Webbaserad behandling av depression och suicidtankar och suicidalt beteende med hjälp av **självhjälpsinsatser** har börjat utvecklas och har redan visat sig vara effektivt. En randomiserad kontrollerad studie av van Spijker (2012) visade en påtaglig förbättring beträffande suicidtankar, hopplöshet, oro och hälsotillstånd hos personer med suicidtankar efter att de deltagit i en självhjälpsinsats. I Nya Zeeland utvecklades ett datoriserat KBT-spel ("SPARX") riktat till deprimerade ungdomar och det visade sig vara lika effektivt som vanlig behandling (i vissa fall till och med mer effektivt) för att minska depressionssymptom (Merry m.fl., 2012).



STRATEGI 6

Begränsa tillgången till dödliga medel och metoder

Strategier som syftar till att minska tillgången till dödliga medel och metoder är en av de suicidpreventiva åtgärder som det finns starkast evidens för att den minskar suicidtalerna (Mann m.fl., 2005; Sarchiapone m.fl., 2011). En förklaring kan vara att dessa strategier kan genomföras ganska snabbt och mätas relativt enkelt, i jämförelse med andra strategier för suicidprevention (Florentine och Crane, 2010).

I sin översiktsartikel listade van der Feltz-Cornelis m.fl. (2011) exempel på åtgärder som syftar till att minska den fysiska tillgången till suicidmetoder:

- Göra hushållsgasen mindre giftig.
- Obligatorisk användning av katalysatorer i motorfordon.
- Minskad användning av skjutvapen, genom restriktiva vapenlagar.
- Minskad användning av bekämpningsmedel.
- Minskad tillgång till platser som möjliggör hopp från hög höjd, t.ex. genom att installera staket på höghus eller högriskplatser som Eiffeltornet, Sydney Harbour Bridge och Empire State Building (Lin och Lu, 2006; Beautrais, 2007).
- Restriktioner för förskrivning och försäljning av barbiturater och paracetamol.
- Användning av nya antidepressiva medel som är mindre toxiska (giftiga).
- Minskad tillgång till alkohol.

Att minska tillgången till olika metoder är inte riskfritt. När man minskar tillgången till en suicidmetod kan den ersättas av andra. Nordentoft (2011) påpekar emellertid följande: "I lämpliga sammanhang, där substitution (risken av att en metod ersätts av en annan, översättarens notering) är mindre sannolikt, och i kombination med förebyggande psykosociala insatser, kan en begränsning av den fysiska tillgången till medel och metoder vara en effektiv suicidpreventiv strategi."



IV. Avslutande rekommendationer

Fördelarna med en nationell handlingsplan för att förebygga suicid

Under de senaste decennierna har många länder och regioner utvecklat övergripande regionala och nationella suicidpreventionsprogram, bl.a. Finland, Sverige, Belgien (regionen Flandern), Danmark och Storbritannien.

Att ha en nationell strategi kan vara ett effektivt sätt att minska suicidtal. Matsubayashi och Ueda (2011) analyserade data mellan 1980 och 2004 för att ta reda på om det fanns en statistiskt signifikant skillnad i suicidförekomst före och efter nationella suicidpreventiva program implementerats. Analysen visade att de totala suicidtalerna minskade efter att nationella suicidpreventiva program hade införts.

I sin rapport "Public Health Action for the prevention of suicide: a framework" beskriver WHO de **viktigaste inslagen i en nationell suicidpreventionsstrategi**. WHO betonar betydelsen av

- tydliga mål
- en klar uppfattning om risk- och skyddsfaktorer
- effektiva insatser
- preventiva strategier på olika nivåer
- att förbättra registreringen av suicidfall och bedriva forskning
- övervaka och utvärdera.

Den flamländska handlingsplanen för suicidprevention innehåller dessutom följande kriterier för val av insatser:

- Insatsernas specifika inriktning mot suicid.
- Insatsernas kostnadseffektivitet.
- Insatsernas kvalitet vad gäller evidens.
- Möjligheter att implementera insatserna.



Eftersom suicidprevention är viktigt både inom och utanför hälso- och sjukvården bör dessutom en handlingsplan vara multimodal (en kombination av olika typer av insatser på olika nivåer). Ett gemensamt hälsomål uttryckt i siffror (t.ex. ett mål att minska suicidförekomsten med ett visst antal procent under en viss tidsperiod) kan uppmuntra till att åtgärder vidtas. Slutligen bör man särskilt sträva efter att säkerställa att de framtagna strategierna och åtgärderna är långsiktigt hållbara.

"Suicidpreventiva insatser bör vara multimodala, evidensbaserade, styras av hypoteser som kan prövas och genomföras i tillräckligt stora grupper för att de ska kunna ge generaliserbara och tillförlitliga resultat." (Mann m.fl., 2005).

Behovet av forskning

Mer forskning behövs inom området suicidprevention. Därför lyder rekommendationen att en preventionsstrategi även bör inkludera forskning. Forskning kan bidra till att öka våra kunskaper om

- epidemiologi för suicid och suicidförsök,
- risk- och skyddsfaktorer för suicidalt beteende
- neurobiologi och suicidalt beteende
- hur effektiva olika preventionsstrategier och åtgärder är.

Eftersom det kan finnas betydande sociokulturella skillnader när det gäller suicidföreställningar bör dessutom mer forskning bedrivas på lokal och regional nivå.

Euregenas webbaserade bibliotek

Ett webbibliotek har byggts upp inom arbetspaket 4. Biblioteket innefattar litteratur och goda exempel. Det ger en bred och aktuell översikt över den rådande situationen i Europeiska unionen när det gäller suicidprevention.

www.euregenas.eu/online-library



Länkar

Mer information om suicidprevention finns på Världshälsoorganisationens och International Association for Suicide Preventions webbplatser.

VÄRLDSHÄLSOORGANISATIONEN (WHO)

WHO är det FN-organ som leder och samordnar arbetet med hälsofrågor. WHO ansvarar för att ge ledning i globala hälsofrågor, utforma en forskningsagenda på hälsområdet, fastställa normer och standarder, utforma evidensbaserade politiska alternativ, ge länderna tekniskt stöd samt övervaka och utvärdera hälsotendenser. WHO har många resurser inom området suicidprevention.

www.who.com

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION (IASP)

IASP är en icke-statlig (ideell) organisation som har officiella förbindelser med Världshälsoorganisationen (WHO) och som arbetar med suicidprevention. Organisationens mål är att förebygga suicidalt beteende, mildra dess effekter och tillhandahålla ett forum för akademiker, vårdpersonal, krisarbetare, volontärer och efterlevande vid suicid. Den grundades av professor Erwin Ringel och Norman Farberow 1960, och samlar nu yrkesverksamma personer och volontärer från mer än 50 olika länder.

Den 10 september varje år anordnar IASP "Internationella suicidpreventiva dagen". Då ges alla sektorer i samhället möjlighet att tillsammans med IASP och WHO göra allmänheten uppmärksam på den oacceptabla börda och de kostnader som suicidalt beteende medför, med olika aktiviteter för att främja kunskapen om suicid och uppmärksamma effektiva preventionsåtgärder.

www.iasp.info

Ordlista

Smitta Ett fenomen genom vilket en person påverkas i riktning mot suicidalt beteende genom att han eller hon får kännedom om en annan persons suicidhandlingar.

Nyckelpersoner (gatekeepers) Personer i samhället som har direktkontakt med ett stort antal människor i sin dagliga verksamhet. De kan utbildas i att identifiera personer som löper risk för suicid och slussa dem vidare till behandling eller stöd vid behov.

Psykisk hälsa Psykisk hälsa är ett tillstånd av välbefinnande där en person är medveten om sin egen förmåga, kan hantera normala stressfaktorer i livet, kan arbeta produktivt och har förmåga att bidra till det samhälle som han eller hon lever i. I detta positiva hänseende är psykisk hälsa en förutsättning för att en individ ska må bra och för att ett samhälle ska fungera effektivt (WHO, 2010).

Psykisk sjukdom/psykiatrisk sjukdom En psykisk eller psykiatrisk sjukdom är en sjukdom som kan diagnostiseras och som karaktäriseras av förändringar i tankar, sinnesstämning eller beteende (eller en kombination av dessa), samt obehag som påtagligt påverkar en persons kognitiva, emotionella eller sociala förmåga.

Psykisk ohälsa Nedsättning av kognitiv, social eller emotionell förmåga som inte är så svår att kriterierna för psykisk sjukdom är uppfyllda.

Ikke-dödligt suicidalt beteende En icke-vanemässig handling med icke-dödlig utgång som personen, som förväntar sig eller tar risken att dö eller att skada den egna kroppen, påbörjat och genomfört i syfte att få till stånd önskade förändringar (De Leo m.fl., 2004). Ikke-dödligt suicidalt beteende kan innefatta suicidförsök, att avsiktligt skada eller förgifta sig själv, med eller utan skador.

Postvention En strategi eller ett förhållningssätt som tillämpas efter att en kris eller traumatisk händelse har inträffat.

Prevention En strategi eller ett förhållningssätt som minskar risken för att negativa hälsoproblem ska uppkomma eller fördröjer en sådan uppkomst eller minskar den skada som sjukdomar eller beteenden leder till.

Skyddsfaktorer (för suicidalt beteende) Faktorer som gör det mindre sannolikt att individer ska utveckla suicidtankar och/eller försöka ta sitt liv. Skyddsfaktorer kan innefatta biologiska, psykologiska eller sociala faktorer hos individen, familjen och omgivningen.

Riskbedömning. En process där sannolikheten för att en individ ska skada sig själv eller andra kvantifieras.

Risikfaktorer (för suicidalt beteende) Faktorer som ökar sannolikheten för att individer ska utveckla suicidtankar och/eller försöka ta sitt liv. Det kan röra sig om biologiska, psykologiska eller sociala faktorer hos individen, familjen och omgivningen.

Självd destruktivt beteende/självskadebeteende Olika metoder med vilka individer skadar sig själva, exempelvis skär sig, slår sig, överdoserar eller visar avsiktlig vårdslöshet.

Suicidföreställningar och suicidalt beteende En komplex process som kan omfatta allt från suicidtankar och planering av suicid till suicidförsök och fullbordat suicid. Suicidal beteende är följden av ett samspel mellan biologiska, genetiska, psykologiska, sociala, miljö- och situationsbetingade faktorer (Hawton och van Heeringen, 2009).

Suicidförsök Subjektiv förväntan och önskan om att en självdestruktiv handling ska leda till döden.

Suicid (eller "dödligt suicidalt beteende") En handling med dödlig utgång som den avlidna personen, i vetskap eller förväntan om att utgången kan bli dödlig, har påbörjat eller genomfört i syfte att få till stånd önskade förändringar (De Leo m.fl., 2004).

Personer som har överlevt suicidförsök Personer som har överlevt ett tidigare suicidförsök.

Suicidrisk Den grad av fara som en person är utsatt för till följd av avsaknad eller förekomst av suicidalt beteende och faktorer som är förknippade med sannolikhet för suicid.

Efterlevande vid suicid Anhöriga, partners eller vänner som har förlorat en närstående på grund av suicid.

Varningstecken för suicid Indikationer på att en person löper risk för suicid.

Webbaserad suicidprevention Program för webbaserad suicidprevention är program som är avsedda att förebygga suicid och som kan användas med hjälp av olika typer av avancerad teknik som internet, smarta mobiler och surfplattor. Webbaserade program innefattar pedagogiska och interaktiva webbplatser, spel med lärande syfte, webbaserad behandling m.m.

KÄLLOR FÖR ORDLISTAN

- National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for action. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2001
- <http://www.suicidepreventionlifeline.org/learn/glossary.aspx>
- <http://www.stopasuicide.org/glossary.aspx>

Referenser

Andriessen, K., & Van den Brande, J. (2001). Youth suicide prevention and intervention skills: training of key persons. I O. Grad (red.), *Suicide Risk and Protective Factors in the New Millennium* (s. 109-113). Ljubljana: Cankarjev dom.

Appleby, L., Morriss, R., Gask, L., Roland, M., Perry, B., Lewis, A., Perry, A., Battersby, L., Colbert, N., Green, G., Amos, T., Davies, L., Faragher, B. (2000). An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (the STORM project). *Psychological Medicine*, 30 (4), 805-812.

Baldessarini, R.J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F.K., & Hennen, J. (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disorders*, 8 (5), 625-639.

Balfour, K. & Balfour Consulting Group (2007). *Mental Health Promotion: Evidence Review*. For the BC Ministry of Health.

Beautrais, A. L. (2004). *Suicide postvention. Support for families, whanau and significant others after a suicide. A literature review and synthesis of evidence*. Wellington, New Zealand: Ministry of Youth Affairs.

Beautrais, A. (2007). Suicide by jumping. A review of research and prevention strategies. *Crisis*, 28 (suppl. 1), 58-63.

Bell, J.S., Johns, R., & Chen, T.F. (2006). Pharmacy students' and graduates' attitudes towards people with schizophrenia and severe depression. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70 (4), 77.

Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W.T., Sampson, N., Kessler, R. C., m.fl. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *British Journal of Psychiatry*, 199 (1), 64-70.

Brunero, S., Smith, J., Bates, E., & Fairbrother, G. (2008). Health professionals' attitudes towards suicide prevention initiatives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15 (7), 588-594.

Bursztejn-Lipsicas, C.B., Makinen, I.H., Apter, A., De Leo, D., Kerkhof, A., Lonnqvist, J., Michel, K., Renberg, E.S., Sayil, I., Schmidtke, A., van Heeringen, C., Varnik, A., & Wasserman, D. (2011). Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (2), 241-251.

Capp, K., Deane, F.P., & Lambert, G. (2001). Suicide prevention in Aboriginal communities: application of community gatekeeper training. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25 (4), 315-321.

Chagnon, F., Houle, J., Marcoux, I., & Renaud, J. (2007). Control-group study of an intervention training program for youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (2), 135-144.

Christensen, H., Griffiths, K.M., & Evans, K. (2002). E-mental health in Australia: implications of the internet and related technologies for policy. ISC Discussion Paper Nr3, Commonwealth Department of Health and Aging, Canberra.

Coveney, C.M., Pollock, K., Armstrong, S., Moore, J. (2012). Callers' Experiences of Contacting a National Suicide Prevention Helpline. Report of an Online Survey. *Crisis*, 33 (6), 313-324.

Dare, A.J., Andriessen, K.A.M., Nordentoft, M., Meier, M., Huisman, A., Pirkis, J.E. (2011). Media awards for responsible reporting of suicide: Experiences from Australia, Belgium and Denmark. *International Journal of Mental Health Systems*, 5:15.

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

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote J.M., Kerkhof, A., Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of Suicidal Behaviour. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, A. Schmidtke (red.), *Suicidal behavior: theories and research findings* (s. 18-37). Ashland, OH: Hogrefe & Huber.

De Leo, D., & Spathonis, K. (2004). Suicide and suicidal behavior in late life. I D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, A. Schmidtke (red.), *Suicidal behavior: Theories and research findings* (s. 253–286). Ashland, OH: Hogrefe & Huber.

Dennis, M., Evans, A., Wakefield, P., & Chakrabarti, S. (2001). The psychosocial assessment of deliberate self-harm: using clinical audit to improve the quality of the service. *Emergency Medical Journal*, 18, 448-450.

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A.L.V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE*, 6, ArtID: e16885.

Fenwick, C.D., Vassilas, C.A., Carter, H., & Haque, M.S. (2004). Training health professionals in the recognition, assessment and management of suicide risk. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8, 117-121.

Florentine, J.B., Crane, C. (2010). Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice. *Social Science & Medicine*, 70, 1626–1632.

Gask, L., Dixon, C., Morriss, R., Appleby, L., & Green, G. (2006). Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 739-750.

Gilat, I., & Shahrar, G. (2007). Emotional First Aid for a Suicide Crisis: Comparison between Telephonic Hotline and Internet. *Psychiatry*, 70, 12-18.

Goldney, R.D. (2005). A pragmatic review of recent studies. *Crisis*, 26, 128-140.

Gordon, R.S. (1983). An operational classification of disease prevention. Genève: WHO.

Guo, B., & Harstall, C. (2004). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E83583.pdf>; nedladdad april 2013).

Guzzetta, F., Tondo, L., Centorrino, F., Baldessarini, R.J. (2007). Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (3), 380–383.

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D’Augelli, A. R, m.fl. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58, 10–51.

Hawgood, J.L., Krysinaka, K.E., Ide, N., & De Leo, D. (2008). Is suicide prevention properly taught in medical schools? *Medical Teacher*, 30, 287-295.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.

Hayes, A.J., Shaw, J.J., Lever-Green, G., Parker, D., & Gask, L. (2008). Improvements to suicide prevention training for prison staff in England and Wales. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 708-703.

Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36 (9), 1225–1233.

Kalafat, J., Gould, M., Munfakh, H., & Kleinman, M. (2007). An Evaluation of Crisis Hotline Outcomes. Part 1: Nonsuicidal Crisis Callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (3), 322-337.

Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B., Quinnett, P. and the International Research Group for Suicide among the Elderly (2011). A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs. *Crisis*, 32 (2), s. 88–98.

Leitner, M., Barr, W., & Hobby, L. (2008). *Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: A systematic review*. Edinburgh, Storbritannien: Scottish Government Social Research.

Lin, J.J., & Lu, T.H. (2006). Association between the accessibility to lethal methods and method-specific suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1074–1079.

Luxton, D.D., June, J.D., & Comtois, K.A. (2013). Can Postdischarge Follow-Up Contacts Prevent Suicide and Suicidal Behavior? A Review of the Evidence. *Crisis*, 34 (1), 32-41.

Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., & Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies, A systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 294 (16), 2064-74.

Matheson, F.I., Creatore, M.I., Gozdyra, P., Moineddin, R., Rourke, S.B., & Glazier, R.H. (2005). Assessment of police calls for suicidal behavior in a concentrated urban setting. *Psychiatric Services*, 56, 1606-1609.

Mathy, R.M. (2002). Transgender identity and suicidality in a nonclinical sample: Sexual orientation, psychiatric history, and compulsive behaviors. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14, 47-65.

Matsubayashi, T. & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social science & medicine*, 73 (9), 1395-1400.

McDaniel, J. S., Purcell, D., & D'Augelli, A.R. (2001). The relationship between sexual orientation and risk for suicide: Research findings and future directions for research and prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 84-105.

McNiel, D.E., Fordwood, S.R., Weaver, C.M., Chamberlain, J.R., Hall, S.E., & Binder, R.L. (2008). Effects of training on suicide risk assessment. *Psychiatric Services*, 59, 1462-1465.

Merry, S.N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., & Lucassen, M.F.G. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ*, 344.

Mishara, B.L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J.K., & Berman, A. (2007). Results from a Silent Monitoring Study of Calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 37(3), 291-307.

Mishara, B.L., & Martin, N. (2012). Effects of a Comprehensive Police Suicide Prevention Program. *Crisis*, Vol. 33(3), 162–168.

Moller, H.J. (2006). Evidence for beneficial effects of antidepressants on suicidality in depressive patients: a systematic review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (6), 329–343.

Niederkrotenthaler, T., & Sonneck, G. (2007). Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007, 41(5), 419-428.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C., Lepine, J.P., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Williams, D., m.fl. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192 (2), 98-105.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30 (1), 133-154.

Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 848-853.

Oordt, M.S., Jobes, D.A., Fonseca, V.P., & Schmidt, S.M. (2009). Training mental health professionals to assess and manage suicidal behaviour: can provider confidence and practice behaviors be altered? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 21-32.

Oquendo, M.A., Galfalvy, H., Russo, S. m.fl. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1433-1441.

Palmieri, G., Forghieri, M., Ferrari, S., Pingani, L., Coppola, P., Colombini, N., m.fl. (2008). Suicide intervention skills in health professionals: a multidisciplinary approach. *Archives of Suicide Research*, 12, 232-237.

Pinfold, V., Huxley, P., Thornicroft, G., Farmer, P., Toulmin, H., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluating an educational intervention with the police force in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 337-344.

Pirkis, J., & Blood, R.W. (2001). Suicide and the media: (1) Reportage in nonfictional media. *Crisis*, 22(4), 146-154.

Pompili, M., Lester, D., Innamorati, M., Del Casale, A., Girardi, P., Ferracuti, S., Tatarelli, R. (2009). Preventing Suicide in Jails and Prisons: Suggestions from Experience with Psychiatric Inpatients. *Journal of Forensic Sciences*, 54 (5), 1155-1162.

Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P.B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, 360 (9340), 1126–1130.

Ramberg, I.L., & Wasserman, D. (2004). Benefits of implementing an academic training-of-trainers program to promote knowledge and clarity in work with psychiatric suicidal patients. *Archives of Suicide Research*, 8(4), 331-343.

Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling Access to Suicide Means. *International Journal of Environmental Res. Public Health*, 8, 4550-4562.

Savin-Williams, R. C. (2001b). Suicide attempts among sexual minority youths: Population and measurement issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 983–991.

Stack, S. (2000). Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly*, 81(4), 957-972.

Stack, S. (2005). Suicide in the media: a quantitative review of studies based on non-fictional stories. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 35(2), 121-33.

Stone, M., Laughren, T., Jones, M.L., Levenson, M., Holland, P.C., Hughes, A., Hammad, T.A., Temple, R., & Rochester, G. (2009). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *British Medical Journal*, 339.

Tidemalm, D., Langstrom, N., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long-term follow-up. *British Medical Journal*, 337.

van der Feltz-Cornelis, C.M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A.T., Carli, V., McDaid, D., O'Connor, R., Maxwell, M., Ibelshauser, A., Audenhove, C., Scheerder, G., Sisask, M., Gusmao, R. & Hegerl, U. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: A review of systematic reviews. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32 (6), 319-333.

Vandeurzen, Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II 2012 - 2020.

van Heeringen, C. (2001). Suicide in adolescents. *International Clinical Psychopharmacology*, 16 (2), S1-S6

van Spijker, B. (2012). *Reducing the Burden of Suicidal Thoughts Through Online Self-Help*. Amsterdam: B.A.J. van Spijker.

Watson, A., Corrigan, P., & Ottati, V. (2004). Police officers' attitudes toward and decisions about persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 49--53.

Världshälsoorganisationen (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Finns på www.who.int. Nedladdad april 2013.

Världshälsoorganisationen / Europa. Mental health – Data and statistics. Hämtad från <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/facts-and-figures>. Hämtad september 2013.