

Alkohol vid suicidtillfället

Uppgift föreligger om att 6 av de på nykterhetsvården kända patienterna varit påverkade av alkohol i samband med suicidet. De övriga 12 nykterhetsvårdsfallen var samtliga avlidna innan de kommit under vård. Enligt dödsbevisen har 7 personer utöver de 6 för nykterhetsvård registrerade varit påverkade av alkohol i samband med suicidet, således 13.

Suicidmetod inom nykterhetsklientelet

Av de 18 patienterna som var kända inom nykterhetsvården var dödsättet för 6 etyl plus farmaka, 3 stycken farmaka, 3 koloxid och 6 stycken aktiva metoder, således endast $\frac{1}{3}$ aktiva metoder. Denna frekvens är nästan lika låg som för män med tidigare psykiatrisk konsultation, vilket ju också förekommit för nästan alla i denna grupp.

Sammanfattning

I 1968 års suicidmaterial från Göteborg, 71 män

och 30 kvinnor, kunde olika slag av samhällelig vård konstateras i följande omfattning.

En fjärdedel av suicidanterna har under den 5-årsperiod som närmast föregått suicidet varit sjukskrivna mer än ett år, och hälften i 3—12 mån. De tidigare psykiatriskt vårdade dominerade bland de långtidssjukskrivna. Vid suicidtillfället var 78 % av männen och 60 % av kvinnorna ej sjukskrivna. Sjukhusvård hade förekommit endast i begränsad utsträckning.

Socialhjälp hade 21 % av männen och 14 % av kvinnorna erhållit, och bland männen hade nästan alla av socialhjälpstagarna tidigare haft psykiatrisk kontakt. 5 probander var vid suicidet nollklassade i Försäkringskassan och hade negativ ekonomisk balans utan att de hade uppburit pension eller socialhjälp. 10 av de manliga suicidanterna var registrerade som nykterhetsvårdsärenden 1968 och ytterligare 7 stycken 1967, alla utom 1 tillhörande gruppen tidigare psykiatriskt vårdade.

REFERENSER, se artikel IV.

Suicid (IV.)

Prevention

Sune Nyström

Carl-Gunnar Eriksson

Christer Olsfelt

Tryggve Andén

I detta avslutande avsnitt av sucidarbetet göres här vissa allmänna överväganden rörande suicidprevention varvid även beaktas motiven för det preventiva arbetet i dessa fall. Därefter diskuteras, mot bakgrunden av de resultat som presenteras i föregående uppsatser, vilka profylaktiska åtgärder som är möjliga i olika etudier av suicidets naturalhistoria.

Allmänna överväganden

Suicidalhandlingen kan analyseras med hjälp av den traditionella epidemiologiska modellen: Agens—omgivning—vård. Agens är i detta fall suicidmedlet, värden är den person som suicide-

rar. Dessa faktorernas karakteristika liksom de relevanta omgivningsfaktorerna måste beaktas då möjligheterna till profylaktiska åtgärder övervägs.

Ehuru den suicidala handlingen som regel är

av momentan natur, har suicidet likväl sin naturalhistoria. Vi kan urskilja en tidsperiod då hos värdorganismen de predisponerande individualfaktorerna utvecklas och konstellationen av omgivningsfaktorer tar form. Denna period, tillsammans med den då en bristande balans inträder mellan de nämnda två grupperna av variabler, kan benämnas den *praepatogenetiska perioden* (Leavell & Clark 1958).

När obalansen når en viss nivå uppträder önskan att begå suicid. Om denna önskan i stället för själva den suicidala handlingen jämföras med sjukdom i den epidemiologiska modellen, kan det *patogenetiska stadiet* nu sägas ha startat.

Ett ingripande i det förstnämnda stadiet är *primär-preventiv*. En åtgärd som vidtagits under den sistnämnda utvecklingsfasen syftar till tidig diagnos och behandling och kan betraktas som *sekundär-preventiv*.

Härutöver föreligger behov för en *tertiär prevention* i form av recidiv-profylax men eftersom problem hörande till denna utvecklingsfas endast kan lösas genom att även icke fatala fall analyseras skall synpunkter på denna prevention inte utvecklas här (jfr Ettlinger 1969).

Åtgärderna som kan vidtagas under olika faser av suicidets naturalhistoria kan gälla antingen hela befolkningen eller högrisk-grupper.

Rationalitet

Vissa suicid är logiska i den meningen att suicidanten befinner sig i en outhärdlig situation ur vilken det faktiskt inte finns någon utväg för honom vare sig på kort eller lång sikt. Bonnichsen och Geertinger (1969) hävdar att den övervägande delen av suiciden faller inom denna kategori. Det kan inte sägas vara rationellt att ingripa i dessa fall. Men eftersom det inte finns någon metod att avgränsa denna grupp i det akuta skedet måste behandlingsförsök göras.

En mycket stor grupp av suicidfällen har emellertid icke den ovan angivna bakgrunden. I somliga fall har situationen visserligen varit outhärdlig vid den tidpunkten då den suicidala handlingen begicks, men möjligheten att lösa de eventuella problemen eller häva den eventuella sjukdomen

har funnits utan att suicidanten varit medveten om detta eller utan att han fått hjälp att kunna vänta på en förändring.

I andra fall har suicidantens önskan inte varit helt deciderad, utan handlingen har varit impuls-betingad. I några fall har ingen suicidönskan alls förelagat utan suicidet är att betrakta som accidentellt. Storleken av de tre sistnämnda grupperna är sådan att preventiva åtgärder är berättigade (jfr Beskow 1972). Detta gäller prevention på alla stadier. En motsatt uppfattning hävdas av vissa personer som önskar hålla suicidfrekvensen hög för att samhällets felkonstruktion skall förbli uppenbar men att av detta skäl inte vilja minska kadrarna av djupt olyckliga människor är givetvis en grov cynism.

Praktiska åtgärder

Primärprevention. Vad gäller förhindrande av suicidönskans uppkomst föreligger vissa möjligheter till *generella åtgärder*. Detta gäller inte minst *urbaniseringen*, vilken medför en höjning av suicidfrekvensen och vilken kan *hindras* genom en rationell samhällsplanering. De sociala processer vilka huvudsakligen genom att påverka individernas normsystem medför en högre skilsmäsofrekvens och på denna väg höjer suicidfrekvensen torde emellertid ej kunna påverkas. Dock finns anledning anta att en utbyggnad av *familjerådgivningen*, vilken i Göteborg arbetar under stor resursknapphet, skulle minska suicidfrekvensen bland dem som har äktenskapsproblem.

Vad gäller *högriskgrupper* får dessa inte vara alltför stora för att speciella preventiva åtgärder skall kunna appliceras för dem. Målgrupperna bör också vara relativt väl avgränsbara.

På grund av det nära sambandet mellan psykisk sjukdom och suicid, vilken också har kommit fram i denna undersökning, måste sålunda faktorer som predisponerar för en psykisk störning också beaktas då fråga är om suicidprevention. Tecken på *psykisk skörhet* (Lindegård och Nyström 1970) bör föranleda särskild uppmärksamhet såväl inom arbetslivet som inom privatlivets sfär.

Aldringarnas behov måste närmare analyseras

för att deras välfärd skall kunna ökas och därigenom deras höga suicidfrekvens kunna nedbringas.

Den höga sjukligheten bland suicidanterna har inte lett till psykiatrisk undersökning, sjukskrivning eller socialvård i någon större utsträckning under den tid som närmast föregått suicidet. För sådana personer som är under vård skall särskild uppmärksamhet riktas mot faktorer som innehar hög suicidrisk och förekomst av sådana omständigheter skall leda till att lämpliga åtgärder vidtages. Ett exempel på sådana genomförbara åtgärder är särskilt aktgivande på rutinerna för receptföreskrivning. Resultaten av denna undersökning kan tolkas så att den höga andelen av passiva metoder hos sådana personer som haft tidigare psykiatrisk kontakt betingas av att dessa personer haft bättre tillgång på suicidmedel än andra.

Sekundärprevention. Den tidiga upptäckten och elimineringen av suicidönskan kan ske med hjälp av vissa *generella åtgärder*, företrädesvis i form av en kvantitativ och kvalitativ förbättring av vårdsystemet för medicinska och sociala störningar. En förstärkt utbildning i de medicinska beteendevetenskaperna för alla typer av vårdgivare ingår som en väsentlig del i ett sådant program.

Vad gäller *högriskgrupper* utgör patienter med en manifest psykisk störning, särskilt en depression, en sådan grupp. Som exempel härpå kan anges att man i ett depressionsmaterial om 188 patienter fann att inte mindre än 84, motsvarande 45 %, hade haft suicidtankar (Nyström 1964.) Den låga frekvensen av psykiatrisk kontakt bland de äldre suicidanterna i den här föreliggande undersökningen, tillsammans med den höga suicidfrekvensen i denna åldersgrupp antyder att oupptäckta psykiatriska fall kan föreligga här.

De ovannämnda åtgärderna behöver emellertid kompletteras på så sätt att individen och hans närmaste omgivning får större möjlighet att i kritiska situationer vända sig till ett organ som kan ge adekvat hjälp.

På det lokala planet har insatser av detta slag hittills varit små. Enligt en seminarieuppsats från härvarande klinik (Beier m fl 1969) är jourhavande

präst tillgänglig på Televerkets SOS-nummer kl 20.00—08.00 varje natt. Varje präst tjänstgör en natt per månad. Arbetet är frivilligt och oavlönat. Vanligen har man 6—20 samtal per natt. Man utnyttjar stundom remissmöjlighet till St Lukas-stiftelsens lokalavdelning men väntetiden dit rör sig om flera månader.

Några olika modeller för centra för suicidprevention har beskrivits i Resnik's (1968) antologi. Ehuru dessa organisationers effektivitet har dragits i tvivelsmål (jfr Kiev 1972) finns det andra undersökningar som ger vid handen att de har en viss effekt (Bagley 1968). För att organ som dessa skall vara användbara, är det viktigt att information om deras verksamhet verkligen når ut till allmänheten och att det kan skapas ett förtroende för dem hos allmänheten. En förutsättning för att ett sådant förtroende skall uppkomma är att personalen i första frontlinjen har direkt tillgång till adekvata sociala och medicinska vårdresurser så att den åtgärd som bedöms vara viktig verkligen vidtages och att detta sker utan dröjsmål (McCulloch och Philip 1972).

Sammanfattning

Mot bakgrunden av de karakteristika för suicidanter, vilka redovisats i de föregående uppsatserna i denna serie, diskuteras här några tänkbara suicidprofylaktiska åtgärder. Åtgärder syftande till att motverka urbaniseringen, kan antagas ha effekt jämväl på suicidfrekvensen. En utbyggnad av familjerådgivningen skulle med stor sannolikhet kunna minska suicidfrekvensen bland dem som har äktenskapsproblem. Tecken på psykisk skörhet bör föranleda uppmärksamhet såväl inom arbetslivet som privatlivet. En närmare analys av åldringarnas behov, bland annat i fråga om ökad konsumtion av psykiatrisk sjukvård, bör kunna leda till åtgärder som nedbringar den höga suicidfrekvensen bland dem.

Sekundärpreventiva åtgärder är möjliga för de patienter som uppvisar en manifest psykisk störning. Den hittillsvarande vårdservicen för patienter med suicidalfunderingar har inte varit adekvat. Individen och hans omgivning måste få bättre möjlighet att i kritiska situationer kunna

vända sig till ett organ som kan förmedla allsidig hjälp snabbt. Denna organisation måste marknadsföras effektivt och dess behandlingsresurser måste kunna tillgodose såväl medicinsk-psykologiska som sociala vårdbehov.

REFERENSER (artikel I—IV)

Bagley, Ch.: The evaluation of a suicide prevention scheme by an ecological method. *Soc. Sci. & Med.* 2 1 1968.

Beijer, E., G. Elm och J. Holmgren: Suicidprofylax. Stencil. Socialmedicinska institutionen, Göteborg 1969.

Beskow, J.: Inevitabel suicides? I Waldenström, J., T. Larsson and N. Ljungstedt (eds): Suicide and attempted suicide. Stockholm 1972.

Bolander, A-M.: Nordic suicide statistics. Ibidem.

Bonnichsen, R. och P. Geertinger: Suicidium i Sverige, kommentarer till 300 konsekutiva fall. *Läkartidningen* 66 2933 1969.

Dahlgren, K. G.: On suicide and attempted suicide, a psychiatric and statistical investigation. Lund 1945.

Durkheim, E.: Le Suicide. Paris 1897.

Eriksson, C-G.: Suicidalt beteende. Rapport från Psykologiska Inst. Göteborg 1972.

Ettlinger, R. W.: Själv mordshandlingar kan förebyggas. *Läkartidningen* 66 1873—1880 1969.

Forssman, O. och B. Lindegård: The post-coronary patient. *J. Psychosomat. Res.* 3 89 1958.

Göteborgs Allmänna Försäkringskassa: Verksamheten 1968. Göteborg.

Jansson, B.: A catamestic study of 476 attempted suicides, with special regard to the prognosis for cases of drug automatism. *Acta Psychiat. Scand.* 38 183 1962.

Kiev, A.: Suicide prevention. I. Andersson, D. B. och L. J. McClean: Identifying suicide potential. New York 1971.

Leavell, U. R. och E. G. Clark: Preventive medicine for the doctor in his community. 3rd ed. New York 1965.

Lindegård, B. och S. Nyström: Predisposition for mental illness. *Acta Sociomed. Scand.* 2 1 1970.

McCulloch, J. W. och A. E. Philip: Suicidal behaviour. Oxford 1972.

Nyström, S.: On relation between clinical factors and efficacy of E. C. T. in depression. *Acta Psychiat. Scand.* 40 suppl 181 1964.

Nyström, S.: Ett psykiatriskt öppenvårdsklientel. Sjukvårdsplan för Göteborg. Särskilda utredningar IV. 1968.

Resnik, H. L. P. (ed): Suicidal behaviour, diagnosis and management. London 1968.

Retterstøl, N.: Selvmord. Et personligt, sosialt og samfundsmessigt problem. Oslo 1970.

Rushing, W. A.: Individual behaviour and suicide, i Gibbs, J. P. (ed): Suicide. New York 1968.

Sainsbury, P.: Suicide in London. En ecological study. London 1955.

Seager, C. P. and R. A. Flood: Suicide in Bristol. *Brit. J. Psychiat.* 111 919 1965.

Silverman, Ch.: The epidemiology of depression — a review. *Am. J. Psychiat.* 124 883 1968.

Sundby, P.: Alcoholism and mortality. Oslo 1967.

WHO: Prevention of suicide. Public Health papers. Genève 1968.

Nyhyttan

Kurort och enskilt sjukhem

Storslagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Läkare: Med. Dr G. Smårs.

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation. Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningen. Tel. 0587/604 00.

Postadress: FACK 65, 710 32 JÄRNBOAS.