

# Höjd kunskapsnivå önskvärd inom suicidprevention

## Litteraturgenomgång redogör för evidensbaserade studier



**ELLENOR MITTENDORFER RUTZ**, PhD, MSc, institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för personskadeprevention  
**DANUTA WASSERMAN**, professor i psykiatri och suicidologi, institutionen för folkhälsovetenskap, chef för nationell prevention av suicid och

psykisk ohälsa (NASP) danuta.wasserman@ki.se  
**RIGMOR STAIN**, docent, institutionen för folkhälsovetenskap, nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa (NASP) rigmor.stain@tele2.se samtliga Karolinska institutet, Stockholm

Antalet självmord som årligen sker i Sverige är ungefär tre gånger högre än antalet dödsoffer i trafiken [1]. Det har under senare år inte skett någon nedgång i antalet självmord hos unga människor (15–24 år), till skillnad från i andra åldersgrupper. Antalet unga individer som behandlats inom slutenvården efter olika former av självskadebeteende ökar för varje år [2]. Man uppskattar att åtminstone 50 procent av dem som gjort självmordsförsök inte kommer under medicinsk behandling. I en folkhälsoenkät från år 2006 fann man att 5 procent av kvinnorna och 3 procent av männen boende i Stockholm uppgivit att de tidigare gjort självmordsförsök [3].

### Evidensbaserad medicin

I denna litteraturgenomgång har vi använt oss av grundläggande principer för evidensbaserad medicin enligt SBU:s (Statens beredning för medicinsk utvärdering) bedömningskriterier för evidensgradering. Syftet bakom evidensbaserad medicin är att genom en systematisk litteraturoversikt och utvärdering av använda metoder och behandlingsresultat vaska fram vilka åtgärder inom vården som gör störst nytta för patienterna. En utförlig beskrivning av metodiken har tidigare publicerats i *Läkartidningen* [4, 5].

Litteratursökning har utförts i databaserna PubMed, Cochrane Library och PsycINFO med användning av sökorden »suicide«, »suicide attempt«, »suicidal ideation« »deliberate self harm« och de psykofarmakologiska, psykoterapeutiska och psykosociala behandlingsformer och utbildningsinsatser som används för suicidprevention. Även referenslistor i relevanta artiklar har granskats. När det gäller enstaka studier har fokus lagts vid randomiserade, kontrollerade studier. Evidensbedömningen gjordes först av varje granskare separat och sedan i en gemensam bedömning som också baserades på publicerade systematiska litteraturoversikter av hög kvalitet.

### Brist på studier

Det råder stor brist på suicidpreventiva studier. Självmord är en relativt sällsynt händelse, och en studie måste därför med nödvändighet omfatta flera tusen patienter för att man statistiskt ska kunna säkerställa en behandlingseffekt [6]. Bedömning av det vetenskapliga underlaget för en behandling prövas därför ofta genom metaanalyser av små randomiserade, kontrollerade studier (RCT), där även händelserna självmords-

försök och självmordstankar använts som utfallsmått, eftersom de är tio till hundra gånger så vanliga som självmord. Olyckligtvis blandas i litteraturen många olika beteckningar för självmordsnärlighet, vilket försvårar jämförelser mellan studier.

### Behandling av suicidnära patienter

En självmordshandling utlöses av intensiva emotionella krafter eller påfrestningar som den sårbara individen inte orkar hantera och avvärja själv. De bakomliggande och de utlösande faktorerna är olika från fall till fall. Eftersom självmordsnärlighet är en komplex problematik med stor individuell variation bör behandlingsutbudet utformas ur en motsvarande vetenskapligt utvärderad mångfald, med hög tolerans för personers olika behov av hjälp i metodvalet. I det praktiska arbetet krävs alltså ett kraftfullt och kontinuerligt samarbete och insatser från flera håll, som från familj, vänner, bekanta, arbetsplats, skolhälsovård, socialtjänst och psykiatrisk och somatisk vård.

### Psykofarmakologisk behandling

I flertalet retrospektiva genomgångar av självmord finner man att depression varit den bakomliggande psykiska sjukdomen [7-10]. Metaanalyser av RCT avseende behandling med antidepressiva läkemedel har utförts för att dels jämföra olika typer av antidepressiva läkemedels antidepressiva effekter, dels klarlägga om antidepressiva läkemedel stimulerar uppkomsten av suicidal tankar, suicidförsök och suicid.

I det senare fallet ger två metaanalyser [11, 12] inga klara besked, medan man i en tredje studie [13] finner bevis för att behandling med såväl tricykliska som selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) är associerad med ökade suicidförsök. Jick et al [14] drar slutsatsen att risken för självmordshandlingar efter påbörjad antidepressiv behandling är lika stor oavsett typ av preparat. När det gäller den skyddande ef-

### SAMMANFATTAT

**Denna artikel** beskriver behandlingsnyttan enligt SBU:s bedömningskriterier för evidensgradering av de olika åtgärder som används vid självmordsnärlighet inom hälso- och sjukvården. **Det finns svagt** vetenskapligt stöd (evidensstyrka 3) för att klozapin förhindrar självmordsförsök bland patienter med schizofreni, att dialektisk beteendeterapi förhindrar självskadebeteende och självmordsförsök, att utbildning av allmänlä-

kare i att diagnostisera och behandla depression minskar antalet självmord och att litiumbehandling förhindrar självmordsförsök och självmord vid bipolär och/eller recidiverande depression. **Systematiska** kunskapsöversikter ger inga entydiga svar avseende antidepressiva läkemedels effektivitet vad gäller att minska förekomsten av självmordstankar, självmordsförsök och självmord.

fekten av antidepressiva gentemot suicidförsök och suicid antyder en longitudinell fall-kontrollstudie lägre självmordsfrekvens för patienter som långtidsbehandlats med antidepressiva läkemedel [15]. Å andra sidan finner man i tre metaanalyser inga skillnader mellan läkemedelsbehandlade grupper och placebogrupper [11, 12, 16]. En protektiv effekt av fluvoxamin [17] och paroxetin gentemot suicidtankar hos vuxna [18, 19] men inte hos barn och ungdomar [20] har rapporterats.

Undersökningarna är svåra att utvärdera ur ett suicidpreventivt perspektiv. De ingående delstudierna har inte utformats för att specifikt undersöka de olika antidepressiva läkemedlens suicidpreventiva effekt vid depressioner med suicidala inslag utan för att utvärdera deras antidepressiva kvaliteter. Här har riskbeteende och tidigare suicidförsök ofta utgjort exklusionskriterier, varför de inkluderade patienterna sannolikt inte är representativa för studiernas syfte. Dessutom: Om man hypotetiskt antar att man genom att behandla den underliggande depressionen också undanröjer en befintlig suicidalitet, så har behandlingstiden i dessa studier sannolikt varit för kort (sex veckor) för att maximal antidepressiv effekt skulle kunna uppnås.

## Ekologiska studier av antidepressivas effekter

En ekologisk studie är en etablerad benämning för en undersökning som sker på grupp- eller områdesnivå. Bevisvärdet för dessa studier är lågt, då risken för ekologiska felslut måste tas med i beräkningen. Det är inte möjligt att i en ekologisk studie kunna särskilja om ett samband är kausalt eller slumpartat. I separata ekologiska studier i olika europeiska länder, Australien och USA liksom i en analys av resultat ifrån 27 olika länder [21-28] har forskrivningen av antidepressiva på en aggregerad nivå korrelerat med minskat antal suicid, dock inte i Italien och några nordiska länder [29-31]. En nyligen publicerad systematisk litteratursammanställning av ekologiska studier finner ett begränsat och motsägelsefullt stöd för hypotesen att ökad forskrivning av antidepressiva skulle minska suicidrisken [32].

**Slutsats:** Sammantaget ger studierna otillräckligt vetenskapligt stöd för att behandling med antidepressiva läkemedel förebygger självmordshandlingar. I väntan på studier med tillräckligt omfång och vetenskaplig kvalitet i denna specifika fråga bör beprövad erfarenhet av antidepressiv behandling och aktiv diagnostik, tät kontakt och engagemang vara vägledande i vården av suicidala patienter.

## Behandling av ungdomar med antidepressiva

Amerikanska (US Food and Drug Administration, FDA) och europeiska (European Medical Agency, EMEA) läkemedelsmyndigheterna utfärdade 2003-2004 varningar för att behandling med antidepressiva läkemedel skulle kunna innebära ökad risk för självmordshandlingar, särskilt hos barn och ungdomar. EMEA [33] och Läkemedelsverket [34] beslöt emellertid 2006 att rekommendera att fluoxetin (Fontex) godkänns för behandling av depression hos barn och ungdomar. Behandlingen bör omprövas om man inte haft någon klinisk nytta efter nio veckor. Vidare anges att det är nödvändigt med kontinuerlig övervakning gällande förekomst av suicidnärlighet hos patienter som behandlas med antidepressiva medel.

I två metaanalyser av 24 respektive 27 placebokontrollerade studier [35, 36] omfattande totalt 4400 respektive 5370 barn och ungdomar med diagnoserna depression (major depressive disorder, MDD), tvångssyndrom (obsessive-compulsive disorder, OCD), ångestsyndrom och ADHD (hyperaktivi-

## »Det saknas studier som visar att behandling av barn och ungdomar med antidepressiva läkemedel förhindrar självmord.«

tetssyndrom med uppmärksamhetsstörning) fann man att behandlingen ökade suicidala tankar och beteenden, men man anser att den goda behandlingseffekten uppväger den något ökade risken för suicidtankar och suicidförsök. I en Cochranestudie, där man undersökte fluoxetin (Fontex), escitalopram (Cipralext), paroxetin (Seroxat) och sertralin (Zoloft) på barn och ungdomar från 6 till 18 år, fann man att det endast är fluoxetin som ger en signifikant förbättring i depressionspoäng (Children's depression rating scale, CDRS-R) jämfört med placebo [37]. Skillnaden är dock så marginell att man ifrågasätter om den kan ha någon klinisk betydelse.

FDA:s och EMEA:s varningar för en osäker nytta-riskbalans har lett till minskad forskrivning av antidepressiva läkemedel till barn och ungdomar i såväl USA som Europa. I en amerikansk studie hävdas att den minskade forskrivningen av antidepressiva till barn och ungdomar sammanfaller med ökade självmordssiffror för dessa åldersgrupper [38]. Brittiska forskare skriver emellertid att i England och Wales skedde en nedgång i självmordstalen redan tio år innan en minskning i forskrivningen av SSRI började [39, 40]. Läkemedelsverket konstaterar i sin analys av svenska förhållanden att forskrivningen av SSRI till ungdomar i åldrarna 15-24 år flerdubblats mellan åren 1994 och 2006, medan självmordsfrekvensen under samma period i åldrarna upp till 24 år inte visat någon uttalad förändring i vare sig positiv eller negativ riktning [41].

**Slutsats:** Det saknas studier som visar att behandling av barn och ungdomar med antidepressiva läkemedel förhindrar självmord.

## Elektrokonvulsiv terapi

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) är en effektiv och säker behandlingsmetod vid svår depression och psykotiska depressioner [42-44]. Enstaka studier och en sammanfattningsartikel antyder att suicidtankar, suicidintention och suicidförsök minskar efter ECT-behandling [45-48]. ECT i kombination med uppföljande antidepressiv behandling kan ha en skyddande effekt mot upprepat självmordsbeteende [49].

**Slutsats:** Enstaka studier har föreslagit att ECT har en klar men övergående skyddande effekt (otillräckligt vetenskapligt stöd).

## Litium

Litium är ett grundämne som fungerar stämningstabilerande vid bipolär sjukdom. De studier av litiums skyddande effekt mot suicidhandlingar som ingår i översiktsartiklar och metaanalyser [50-52] och andra enskilda studier [53, 54] har ofta låga bevisvärden vid en utvärdering enligt evidensbaserad medicin. Överdödligheten vid recidiverande bipolär och unipolär depression under och efter avbruten litiumbehandling har studerats. Det låga antalet suicid och suicidförsök i varje enskild studie omintetgör emellertid möjligheten att dra meningsfulla slutsatser i suicidpreventiv riktning [55].

I några enskilda naturalistiska studier redovisar man minskade suicidhandlingar under pågående litiumbehandling [56-58], medan man i andra studier inte finner några suicidpreventiva effekter [59-62]. I en metaanalys av 32 RCT, där liti-

## »Med undantag för klozapin och möjligen olanzapin finns det inte mycket som talar för att neuroleptiska läkemedel har suicidpreventiva effekter.«

ums förmåga att skydda mot suicid jämförs med den för amitriptylin, karbamazepin och lamotrigin och placebo, finner man inga signifikanta skillnader mellan litium och placebo [63]. Möjligen normaliserar 1–5 års långtidsbehandling med litium överdödigheten (standardised mortality rates, SMR) vid recidiverande bipolär och unipolär depression [50, 64, 65]. Att avbryta behandlingen har föreslagits öka suicidrisken [66], och tre enskilda studier har visat en signifikant ökning av SMR efter avbruten litiumbehandling [67–69].

**Slutsats:** Sammantaget ger dessa studier begränsat vetenskapligt stöd (evidensstyrka 3) för att litiumbehandling förhindrar suicid och suicidhandlingar.

### Antikonvulsiva stämningsstabiliserande läkemedel

När det gäller antikonvulsiva läkemedel med stämningsstabiliserande egenskaper som karbamazepin (Tegretol), divalproex (Depakote) och lamotrigin (Lamictal) har deras suicidpreventiva egenskaper framför allt studerats i jämförelse med litium och befunnits underlägsna [58, 70–72]. Det finns även studier som antyder att karbamazepin och lamotrigin kan ge ökad risk för suicidförsök och fullbordat suicid [63, 73].

**Slutsatser:** De studier som gjorts på karbamazepin, divalproex och lamotrigin är motsägelsefulla och ger inget vetenskapligt stöd för att preparaten har suicidpreventiva effekter i jämförelse med litium.

### Neuroleptika

Olanzapin (Zyprexa), risperidon (Risperdal), flupentixol (Fluanxol) och klozapin (Leponex) är läkemedel som används vid schizofreni och schizofrenilikhande symtombild jämte andra psykossjukdomar. Suicid är den främsta orsaken till för tidig död hos schizofrena patienter [74]. Med undantag för klozapin och möjligen olanzapin finns det inte mycket som talar för att neuroleptiska läkemedel har suicidpreventiva effekter. Klozapin är den mest studerade substansen i klassen atypiska neuroleptika med sitt främsta användningsområde vid behandlingsresistenta tillstånd. Klozapins föregivna suicidpreventiva egenskaper bygger i huvudsak på resultaten från ett fåtal ofta citerade studier, häribland den av Meltzer och Okayli [75], som i en prospektiv jämförande studie av terapiresistenta och terapiresponsiva patienter fann att klozapin reducerade antalet självmordsförsök markant.

Även andra forskargrupper har beskrivit en minskning av suicidhandlingar under klozapinbehandling i öppna, retrospektiva studier av schizofrena patienter [76, 77]. Så också i Hennen och Baldessarinis metanalyser [78], som består av fyra epidemiologiska studier [79–82], den redan nämnda studien av Meltzer och Okayli [75] och en omfattande prospektiv, randomiserad studie där klozapin jämförs med olanzapin [83]. Sernyak och hans kolleger, däremot, finner inte att antalet självmordsförsök hos klozapinbehandlade patienter skiljer sig från andra behandlingsgrupps [82].

När det gäller klozapins effekt gentemot fullbordat suicid är resultaten motsägelsefulla. I de epidemiologiska studierna [79–81] rapporteras en minskning i antalet suicid vid klozapinbehandling. I Sernyaks och medarbetares [82] undersök-

ning och en prospektiv randomiserad studie gjord under kliniska förhållanden [83] fann man emellertid inte någon minskad andel suicid i den grupp som behandlats med klozapin.

Enstaka äldre kontrollerade studier antyder att flupentixol (Fluanxol) förhindrar ett upprepande av självmordsförsök, men behandlingen hade svårtolererade biverkningar, som patienterna ogärna underkastade sig [84, 85].

**Slutsats:** Ur ett evidensbaserat perspektiv har de redovisade studierna lågt eller medelhögt bevisvärde, och det finns i dagsläget endast begränsat vetenskapligt stöd för klozapins preventiva effekt på suicidtankar och suicidförsök (evidensstyrka 3). För fullbordat suicid är de genomgångna studiernas bevisvärde lågt, och det vetenskapliga underlaget för att klozapin förhindrar suicid är hittills otillräckligt (evidensstyrka 4). I dagsläget finns otillräckligt stöd för att olanzapin och flupentixol har självmordsförebyggande egenskaper.

### Dialektisk beteendeterapi

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en omfattande och avancerad form av kognitiv beteendeterapi som specifikt utvecklats för kroniskt självmordsbenägna personer med borderline-personlighetsstörning [86]. SBU bedömer i sin ALERT-rapport om DBT [87] att det finns begränsat vetenskapligt stöd (evidensstyrka 3) för att DBT leder till minskat självska- debeteende och att effekten kvarstår vid uppföljning upp till två år.

Sedan ALERT-rapporten publicerades har ytterligare en RCT tillkommit [88], som visar att personer med borderline-personlighetsstörning som fick DBT gjorde hälften så många suicidförsök och mindre ofta krävde slutenvårdsbehandling än de som fick icke-beteenderelaterad terapi.

### Psykologiskt inriktade psykoterapier

Enstaka studier av god kvalitet ger ett otillräckligt vetenskapligt underlag för att terapiformerna psykoanalytiskt inriktad psykoterapi med viss tids slutenvård [89], kognitiv terapi (KT) [90, 91] och interpersonell psykoterapi (IPT) [92, 93] har suicidpreventiva effekter (evidensstyrka 4). Enskilda studier ger ett lovande, men än så länge otillräckligt vetenskapligt stöd för att kognitiv beteendeterapi har självmordsförebyggande egenskaper i den mån att suicidtankar minskar. Dock har man inte kunnat visa någon minskning i suicidförsök [94–97]. Å andra sidan har man funnit att kognitiv beteendeterapi i kombination med rutinbehandling resulterade i signifikant färre suicidala handlingar än rutinbehandling [98].

I en nyligen publicerad metaanalys har man systematiskt gått igenom studier från 1980 och framåt där KBT använts med syfte att minska suicidalt beteende. Trots vissa metodologiska olikheter, vilket försvårade en kritisk bedömning av resultaten, anser man att dessa terapier har en definitiv effekt i att minska självmordstankar och självmordshandlingar hos vuxna [99].

I TADS-studien (Treatment for adolescents with depression study), som syftade till att finna en trygg och effektiv behandlingsform för personer under 18 år med depression, studerade man fluoxetin och kombinationsbehandling med fluoxetin och KBT i jämförelse med placebo [100]. Man fann att självmordshandlingar var dubbelt så vanliga hos dem som fick fluoxetin respektive KBT än hos dem som fick kombinationsbehandling. Författarna föreslår att KBT kan ha en skyddande effekt gentemot läkemedelsinducerad suicidalitet. Men i en brittisk studie där fluoxetin jämfördes enskilt eller i kombination med KBT fann man inte att tilläggsbehandling med KBT gav några fördelar [101]. Enskilda studier ger begränsat veten-

### »En annan olycklig omständighet är att evidensbaserade resultat tenderar att bli alltför kategoriska ...«

skapligt stöd för att gruppterapi och problemlösningsterapi för ungdomar med självskadeproblematik minskar självskadebeteendet jämfört med rutinbehandling [102-104]. Nyligen publicerade studier om sjunkande suicidalitet vid systematiskt nedtrappande av slutenvård, ökad öppenvårdsbehandling och sk schemafokuserad terapi ger preliminära förhoppningar men måste prövas i randomiserade, kontrollerade studier [105-107].

**Slutsats:** Systematiska kunskapsanalyser av dialektisk beteendeterapi ger visst stöd för att metoden förhindrar självskadebeteende och minskar självmordsförsök (evidensstyrka 3). Det finns otillräckligt vetenskapligt stöd för att andra psykoterapiformer har suicidpreventiva effekter.

#### **Psykosociala interventioner**

I flera studier har metoder för aktivt uppföljande vård av suicidförsökspatienter prövats med motsägelsefulla resultat, nämligen 1) att regelbundet skicka brev hem, 2) att kontakta personer med telefonsamtal, 3) att förse patienten med ett »kriskort« med namn och telefonnummer på tillgänglig kontakt att använda vid förnyade suicidala krissituationer, 4) att skapa multidisciplinära vårdkedjeprogram och 5) att kombinera telefonsamtal med besök [108-118]. Erbjudandet av telefonservice har också studerats bland äldre med somatiska sjukdomar [119, 120].

**Slutsats:** Det finns otillräckligt vetenskapligt stöd för att aktiv uppföljning av suicidförsökspatienter har suicidpreventiva effekter. Emellertid talar klinisk erfarenhet för en skyddande effekt av aktivt uppföljande (beprövad erfarenhet).

#### **Utbildning i primärvården**

Tre kvasiexperimentella kohortstudier har visat att utbildningsprogram för primärvårdsläkare i diagnostisering och behandling av depression minskar antalet suicid [121-123] och suicidförsök [124]. En RCT som rörde utbildning av primärvårdsläkare visade minskat antal suicidförsök hos ungdomar [125].

Depressionsprojektet PROSPECT, som är ett särskilt program för äldre över 60 år på primärvårdsmottagningar i USA med fokus på diagnostik av depression och behandling med antidepressiva läkemedel, har visat att suicidala tankar minskade med 71 procent vid aktiv uppföljning av behandlingen [126]. En systematisk kunskapsöversikt har visat att utbildningsprogram inom primärvården leder till minskade självmordshandlingar [127].

**Slutsats:** En sammanvägning av resultaten ger ett lovande underlag för att utbildningsprogram av allmänläkare har suicidpreventiva effekter, men detta måste replikeras i större studier (evidensstyrka 3).

#### **Utbildning inom hälso- och sjukvård**

Svenska och amerikanska studier har visat att utbildning i suicidologi för personer som kommer i kontakt med suicidala personer leder till en förändrad attityd, ökad kunskap och förståelse för problematiken [128-130].

**Slutsats:** De enstaka studier som gjorts visar att personal kan



få ökad kunskap och förståelse för arbete med självmordsnära personer (visst vetenskapligt underlag och beprövad erfarenhet).

## Begränsningar med evidensbaserad medicin

Hittills har det funnits mycket begränsade ekonomiska resurser för att kunna genomföra kontrollerade suicidpreventiva studier. Generellt sett behövs flera stora RCT-prövningar för att styrka de forskningsresultat som tagits upp i denna litteraturgenomgång. Även om suicidalitet är ett folkhälsoproblem så är utfallet relativt sällsynt. Ett möjligt praktiskt tillvägagångssätt att öka det statistiska underlaget skulle vara att kombinera antalet säkra självmord med osäkra självmord, där uppsåtet bakom dödsfallet är oklart, och att genomföra internationella multicenterstudier [13].

Även om det tveklöst är ett framsteg i modern medicin att basera kliniska och folkhälsoinriktade beslut och åtgärder på graden av evidens måste några kritiska synpunkter anges. Den avgörande bedömningen i evidensbaserad medicin vilar i dag på utfallet i RCT, även i situationer där denna studiedesign inte är direkt applicerbar utan där i stället icke-experimentella och epidemiologiska studier borde givits högsta prioritet. Andra former av kunskapsinhämtande, exempelvis genom kvalitativa studier, är i stort sett försummade. Dessutom begränsar evidensbaserad medicin oss till att ta hänsyn endast till den del av litteraturen som redan har utvärderats. En logisk följd härav är att nya rön får stå tillbaka, eftersom de ännu inte evidenssprövats. En annan olycklig omständighet är att evidensbaserade resultat tenderar att bli alltför kategoriska, vilket kan föra klinikern bort ifrån en flexibel individanpassad behandling mot ett stelnat standardiserat synsätt.

## Suicidpreventiv forskning bör söka annan riktning

Den suicidpreventiva forskningen borde i högre utsträckning än vad som nu sker satsa på att höja kunskapsnivån när det gäller utvecklingen, genomförandet och utvärderingen av olika preventionsinsatser. Preventiva åtgärder för medelålders män, den grupp i samhället som löper den största risken, mäs-

te utvecklas. Män söker sällan sjukvårdande hjälp, men å andra sidan har de män som suiciderat ofta varit kända av såväl socialtjänst som polis och skattemyndigheter [12]. En effektiv preventiv åtgärd är således att utveckla väl fungerande samarbetsformer mellan olika sektorer i samhället.

Suicidalitetens etiologi är multifaktoriell och inkluderar biologiska, sociala, psykologiska och kulturella faktorer. Även om det finns ett nära samband mellan suicidalitet och psykisk sjukdom är majoriteten av dem som är psykiskt sjuka inte självmordsbenägna. Alltså finns det externa faktorer i den omgivande miljön som för den psykiskt sjuka kan ha avgörande betydelse för att suicidalitet ska uppträda [13]. I denna artikel har vi granskat suicidpreventiva åtgärder inom hälso- och sjukvården, men en effektiv suicidprevention inkluderar även fungerande strategier inom folkhälsan.

## Konklusion och rekommendationer

På basis av denna genomgång kan vi ge följande rekommendationer för fortsatta studier och åtgärder:

- Det är viktigt att ta hänsyn till ålders- och könsskillnader när det gäller åtgärder för vårdsökande, diagnostik och behandlingsfrågor.
- Olika typer av interventioner bör noggrant utformas och övervakas på ett sätt som underlättar jämförelse med andra liknande interventioner. Nyttan av psykosociala och psykoterapeutiska interventioner kan identifieras och förstärkas genom användning av stringenta manualer, som medger upprepade identiska studier. Interventionernas längd och terapeuternas kompetens och motivation tycks här vara av avgörande betydelse för goda resultat.
- En enhetlig nomenklatur och stringent rutinemässig dokumentation av suicidhandlingar måste ske vid alla studieformer av behandlingseffekt.
- Multicenterstudier är att föredra för att öka antalet deltagande patienter och därmed öka möjligheten att uppnå statistiskt säkerställda resultat.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

- WHO Europe. European health for all database. Regional office for Europe. 2007 [Cited Jan 24 2008]. <http://data.euro.who.int/hfad/b/>
- Britton M. Evidensbaserad medicin. Så graderas en studies vetenskapliga bevisvärde och slutsatsernas styrka. Läkartidningen. 2000;97:4414-5.
- Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ*. 1994;308:1227-33.
- Runeson B. Suicide and mental disorder in Swedish youth [thesis]. Göteborg: Göteborgs universitet; 1990. <http://hdl.handle.net/2077/13884>
- Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *BMJ*. 2005;330:385.
- Baldessarini RJ, Tondo L, Strombom IM, Dominguez S, Fawcett J, Licinio J, et al. Ecological studies of antidepressant treatment and suicidal risk. *Harv Rev Psychiatry*. 2007;15(4):133-45.
- Mann JJ, Emslie G, Baldessarini RJ, Beardslee W, Fawcett JA, Goodwin FK, et al. ACNP Task Force report on SSRIs and suicidal behavior in youth. *Neuropsychopharmacology*. 2006;31:473-92.
- Hetrick SE, Merry S, McKenzie J, Sindahl P, Proctor M. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;3:CD004851.
- Melander H, Ahlqvist Rastad J. SSRI kan/bör/ska användas efter individuell bedömning. *Läkartidningen*. 2007;104:3798-9.
- Burgess S, Geddes J, Hawton K, Townsend E, Jamison K, Gooswin G. Lithium for maintenance treatment of mood disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;3:CD003013.
- Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1805-19.
- Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2005;73:139-45.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:1060-4.
- Brown GK, Ten Have TR, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;294:563-70.
- March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. The Treatment of Adolescents with Depression Study (TADS). *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(10):1132-44.
- Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bohari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of a brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Organ*. 2008;86(9):703-9.
- Rutz W, Von Knorring L, Wålinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;80:151-4.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294:206-74.
- Pfeiffer-Gerschel T, Wittmann M, Hegerl U. »The European Alliance Against Depression«. A European network targeting at effective care in community-based services for persons suffering from depressive disorders. *Neuropsychiatr*. 2007;21(1):51-8.
- Caspi, A, Sugden, Moffitt T, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003;301:386-9.