

# Regeringens nollvision för självmord kan få motsatt effekt

Det är svårt att hävda annat än att 1 400 självmord i Sverige årligen är ett nationellt trauma. Detta är ett av våra största folkhälsoproblem. I statistiken döljer sig ett oerhört lidande – för de direkt drabbade och inte minst för anhöriga och efterlevande. Ändå menar vi att regeringens nu ett år gamla »Nollvision för självmord« inte är ett konstruktivt sätt att angripa problematiken. Det är faktiskt så att förslaget i vissa delar motverkar sitt syfte.

Vårt land tar cirka 1 400 personer sitt liv varje år (i snitt fyra personer om dagen). Det utgör cirka 1,5 procent av det totala antalet dödsfall [1]. Sedan början av 1980 har antalet suicid minskat från cirka 2 200 per år [2]. Suicid är den vanligaste dödsorsaken hos män 15–44 år [3].

**Flera studier har visat** att en överväldigande majoritet av dem som tar sitt liv haft en psykisk sjukdom och/eller varit missbrukare. I majoriteten av dessa fall var den psykiska sjukdomen obehandlad eller otillräckligt behandlad. Det finns alltså stora möjligheter att arbeta preventivt, till exempel genom ökade insatser för behandling. Att antalet suicid trots allt minskat med 30 procent de senaste 25 åren [2] kan tillskrivas bättre diagnostik och behandling av depression, framförallt med nya, mindre giftiga antidepressiva läkemedel [4].

På varje fullbordat suicid räknar man med cirka tio allvarliga suicidförsök. Andelen sjukhusvårdade efter självtillfogad skada samt försök att ta sitt liv har inte minskat utan ligger antingen fast eller ökar. Ökningen för gruppen

unga kvinnor 15–24 år är kraftig och utgör ett allvarligt problem [5].

Trots denna mörka statistik är vi kritiska mot nollvisionen, uttryckt i Folkhälsopropositionen 2007/08:100 [6]. Vi menar att en sådan vision när det gäller suicid kan motverka sitt goda syfte. Vi delar med andra ord Folkhälsoinstitutets och Socialstyrelsens kritiska hållning.

## Det finns sedan flera år en nollvision

för att radera ut trafikdöden. Den har varit framgångsrik och har bidragit till viktiga säkerhetshöjande åtgärder som mitträcken, trefiliga vägar och planfria korsningar. I regeringens folkhälsoproposition från mars 2008, där nollvisionen för självmord slås fast, framgår att man inspirerats av nollvisionen för trafiken. Att det finns grundläggande skillnader mellan trafikdöd och död via suicid nämns inte. Dessa skillnader skulle kunna sammanfattas enligt följande:

	Trafikdöd	Suicid
Självförvållat	Sällan	Alltid
Förutsägbart	Sällan	Ofta
Skamfyllt	Undantagsvis	Ofta
Följd av sjukdom	Sällan	Ofta

Tabellen visar något väsentligt. Det kan finnas goda argument att ha som mål att ingen dör eller skadas i trafiken, men samtidigt finnas goda skäl att inte ha en nollvision för suicid. Det bästa sättet att förhindra något oönskat är att känna till de mekanismer som orsakar det oönskade fenomenet. När det gäller trafiken är detta inte nödvändigt. Vi



Foto: IBL

En »nollvision« ökar skam och stigmatisering och förenklar ett komplext område på ett olyckligt sätt, anser artikelförfattarna som efterlyser mera forskning om mekanismerna bakom självmord.

kan genom olika interventioner förhindra olyckor utan att ha kunskap om varför folk kör som de gör. Men när det gäller suicid är saken helt annorlunda; förstår vi inte de bakomliggande mekanismerna blir det svårt att bedriva en kraftfull prevention. Det är väsentligt att vi förstår personens avsikter och värderingar; tvång kan knappast vara en långsiktig lösning på problemet. Beträffande trafiken kan vi med tvång effektivt förhindra många dödsfall, och tvång är också en uthållig strategi. Därmed inte sagt att det inte är av vikt att även känna till förarens intentioner och värderingar.

**Nedan följer fyra argument** mot nollvisionen för suicid:

*1. Nollvisionen ökar skam och stigmatisering av människor som tagit sitt liv, anhöriga och personer med suicidtankar.*

Friedrich Nietzsche har sagt: »It is always consoling to think of suicide: in that way one gets through many a bad night« [7].

I de flestas liv är känslan av att ha kontroll över sig själv och sin tillvaro



### HERMAN HOLM

psykiater, f d chef för psykiatri, Universitetssjukhuset MAS, Malmö, numera utredare på Sveriges Kommuner och Landsting  
Herman.Holm@skane.se



### NILS-ERIC SAHLIN

professor i medicinsk etik, Lund, ledamot i Statens medicinska etiska råd (SMER)  
Nils-Eric.Sahlin@med.lu.se

bland det som betraktas som viktigast. Ibland kan en temporär kontrollförlust »balanseras« av den kontroll som personen har över beslutet att leva vidare eller inte. I en tillvaro som kan te sig totalt okontrollerbar kan just denna känsla av kontroll vara stärkande och kanske till och med i vissa fall livräddande.

En nollvision riskerar att öka den skamproblematik som redan nu finns kring personer som har tankar om att ta sitt liv alternativt har tagit sitt liv. Vilket givetvis vore högst olyckligt.

*2. Nollvisionen kan paradoxalt bidra till att öka suicidalitet, till exempel genom kraftigt utökad tvångsvård av suicidala personer.*

SPES – en efterlevandegrupp till människor som tagit sitt liv – har i sina kommentarer till folkhälsopropositionen fört fram att de välkomnar nollvisionen och att de själva länge arbetat för ett »suicidfritt Sverige«. De föreslår också att det ska finnas speciella avdelningar med hög personaltäthet och kompetens att vårda personer som vill ta sitt liv.

Vård i dessa fall är i stor utsträckning en fråga om tvångsvård som ibland ges under förhållanden som kan beskrivas som fängselselika. Den nuvarande lagstiftningen ger möjlighet till detta vid allvarliga suicidala tankar/planer som ses som en följd av psykisk sjukdom.

Att tvångsvårdas är ett mycket stort ingrepp i den personliga autonomin och integriteten och kan för en del personer upplevas som ytterligare en förlust av egen kontroll. Tvångsvård är också för många klart stigmatiserande även om vården anstränger sig för att ge denna vård under så humana och »mjuka« former som möjligt.

*3. Nollvisionen är oförenlig med läkar-assisterat självalt livsslut.*

Det pågår i dag en viktig debatt [8] om rätten till självalt livsslut, till exempel om man drabbas av en smärtsam obotlig sjukdom. Praxis för närvarande är att en rättskapabel person kan välja att avstå från att inleda livsuppehållande behandling, men också välja att avbryta en redan inledd livsuppehållande behandling. Vidare kan patienter i livets slutskede erbjudas palliativ behandling men också palliativ sedering. Däremot är det i Sverige inte tillåtet att erbjuda läkarhjälp vid förskrivning av läkemedel vid självalt livsslut eller att erbjuda aktiv läkarhjälp vid självalt livsslut.

I flera länder, till exempel Belgien, Nederländerna, Luxemburg, Schweiz,

**» En nollvision skulle innebära att alla självmord är oacceptabla och bör förhindras. Återigen bidrar en sådan syn på suicid till en ökad stigmatisering av ett redan skambelagt handlande.«**

USA (Oregon och Washington), är det tillåtet att förskriva läkemedel så att en mycket svårt sjuk patient med hjälp av dessa kan ta sitt liv. Detta är ett sätt att hjälpa den sjuke att på ett värdigt sätt få möjlighet att avsluta sitt liv. Det finns vissa som anser att det även i Sverige, och det gäller då mycket speciella fall, bör vara möjligt att den patientansvariga läkaren på patientens begäran ska ha rätt att skriva ut läkemedel i sådan dos att patienten själv kan avsluta sitt liv [8].

Den nollvision som regeringen ställer sig bakom omöjliggör kanske inte men försvårar en sådan möjlighet. Den som hävdar att ingen ska begå självmord och att vi ska göra allt vi kan för att förhindra suicid får svårt att samtidigt hävda att det är rätt att förskriva läkemedel med vars hjälp en mycket svårt sjuk person kan ta sitt liv. Det går att hävda att det i det ena fallet rör sig om människor som har ett långt liv framför sig och i det andra om personer som har några veckor kvar att leva under outtårliga smärtor. Men en sådan argumentation skulle vara minst sagt haltande.

*4. Nollvisionen bygger på antagandet att alla personer som tar sitt liv oftast gör detta till följd av ett sjukligt tillstånd och att det inte vid något tillfälle finns rationella skäl som kan vara acceptabla.*

Under det senaste århundradet har synen på personer som tar sitt liv mer och mer handlat om att det är ett psykiskt sjukdomstillstånd som i de flesta fall är åtkomligt för behandling. Det finns både vetenskap och beprövad erfarenhet som stöder detta antagande.

Det förekommer dock då och då fall där det inte föreligger någon bakomliggande psykisk sjukdom utan där beslutet fattats av en psykiskt helt frisk och fullständigt beslutskapabel person. Frågan är om det ska vara tillåtet att ta sitt liv eller ej. Enligt svensk lag är det tillåtet, och det finns även en rad rättsfall som tydliggjort att även hjälp till självmord är förenlig med svensk lag [9].

En nollvision skulle innebära att alla självmord är oacceptabla och bör för-

hindras. Återigen bidrar en sådan syn på suicid till en ökad stigmatisering av ett redan skambelagt handlande.

**Suicid utgör ett hot mot folkhälsan** och skapar dagligen tragedier för långt fler personer än dem som tar sitt liv. Fenomenet är så pass vanligt att de flesta människor har egen erfarenhet av en anhörig, granne eller vän som tagit sitt liv. Hittills har satsningarna inom detta område varit för få och inte tillräckligt systematiska. Men eftersom de flesta suicid är en följd av depression och/eller missbruk som inte behandlats på ett optimalt sätt finns anledning att hysa en viss optimism. Det är viktigt att vi satsar på forskning så att vi bättre förstår de väldigt olika typer av mekanismer (genetiska, psykologiska, somatiska och sociala) som kan ligga bakom självmorden. Det vill säga att vi inte bara med tvång förhindrar utan att vi också kan förklara vad vi gör och varför våra interventioner har effekt.

En nollvision, däremot, är enligt vår mening missriktad eftersom den ökar skam/stigmatisering och förenklar ett komplext område på ett olyckligt sätt.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**REFERENSER**

1. NASP Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidprevention. Statistik över självmord 1980–2004 och självmordsförsök 1987–2004 i Sverige och Stockholms län. <http://ki.se/content/1/c6/04/17/79/Statistikrapport1980-2004.pdf>
2. Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik. Självmord trend i riket 1997–2006. Citerad i: <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=25230&a=61580&l=sv>
3. NASP Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning. <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?l=sv&d=13243>
4. Isacson G. Självmord har blivit allt ovanligare. Läkartidningen. 2006(103):e24-5.
5. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009 p. 89. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/2B5A6B25-2026-470C-A8BD-0E45AF95FAAA/13558/200912671.pdf>
6. Socialdepartementet. En förnyad folkhälsopolitik. Prop 2007/08:110. Stockholm: Socialdepartementet; 2008. <http://www.regeringen.se/sb/d/10353/a/100563>
7. Nietzsche F. Beyond good and evil (1886). Citerad i: The Columbia dictionary of quotations. New York, NY: Columbia University Press; 1993.
8. Brattgård D, Lynöe N, Westerholm B. Replik: Medicinsk-etiska rådets förslag ingen kapitulation. Läkartidningen. 2009;106:169-70.
9. RH 1996:69. <https://lagen.nu/dom/rh/1996:69>

**Fler debattinlägg på sidan 1191.**