

Stockholms Universitet

Institutionen för Asien-, Mellanöstern- och Turkietstudier

Förebyggandet av självmord

En komparativ studie mellan Sverige och Japan

Kandidatuppsats i Japanska

VT 2016

David Abarca

Handledare: Marie Söderberg

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	3
1.1. Syfte.....	3
1.2. Frågeställning.....	3
2. Bakgrund.....	4
2.1. Själv mord i Sverige 2004 – 2014.....	4
2.2. Själv mord i Japan 2004 – 2014.....	6
2.3. Skillnaderna mellan självmordsstatistiken i Japan och i Sverige 2004-2014.....	8
2.4. Tidigare forskning.....	8
3. Metod och material.....	9
3.1. Metod.....	9
3.2. Material.....	10
3.3. Teori.....	10
4. Analys och resultat.....	10
4.1. Sverige.....	10
4.1.1. Statligt program för självmordsprevention.....	10
4.1.2. Frivilligorganisationer.....	13
4.2. Japan.....	14
4.2.1. General Principles of Suicide Prevention.....	14
4.2.2. Själv mordsförebyggande organisationer.....	19
4.3. Skillnader och likheter mellan förebyggande åtgärder i Japan och i Sverige.....	20
5. Diskussion.....	22
6. Resultat.....	24
7. Sammanfattning.....	25
8. Källförteckning.....	26

1. Inledning

Under senare år har självmord varit ett allvarligt samhällsproblem i både Japan och Sverige. Enligt statistik från Japans "Hälso-, arbets- och välfärdsministerium" (kousei-roudou-shou) (2015) var det 24 417 människor i Japan som begick självmord under 2014, vilket var den 8:e vanligaste dödsorsaken i Japan under det året. Även om Japan inte är det land där det begås flest självmord så rankades Japan enligt OECD:s statistik som det femte landet i världen med flest självmord per hundra tusen invånare år 2012, även om mörkertalet i denna studie är stort. Japan hade då ett självmordstal på 19.1 självmord per hundra tusen invånare.

Sverige anses ha en mindre självmordsfrekvens än Japan, men trots det så är antalet självmord i Sverige värt att ta i beaktelse. Enligt den studie från OECD som beskrevs ovan, hade Sverige ett självmordstal på 10.6 självmord per hundra tusen invånare, vilket fick Sverige att rankas som det 13:e landet i världen med flest självmord per hundra tusen invånare år 2012.

1.1. Syfte

Syftet med denna studie är att ge en övergripande bild av självmordsstatistiken i Japan och i Sverige mellan åren 2004 och 2014. Jag har således valt att jämföra antalet självmordsfall i Japan och Sverige, undersöka vilka eventuella skillnader det finns mellan könen, samt vilka de vanligaste självmordsorsakerna är. Jag har också för avsikt att studera vad det finns för förebyggande åtgärder mot självmord. Genom att bland annat jämföra de förebyggande åtgärderna som finns i de båda länderna avser jag att finna ytterligare applicerbara idéer för att sänka det aktuella självmordstalet i både Japan och Sverige.

1.2. Frågeställning

Frågeställningen jag har valt är följande:

"Vilka förebyggande åtgärder mot självmord finns det i Japan och i Sverige och hur skiljer sig dessa åt?"

2. Bakgrund

2.1. Själv mord i Sverige 2004 – 2014

Tabell 1: Själv mord i Sverige 2004 – 2014 efter totala antalet, kön, SM-tal (dödstal per 100.000 invånare), respektive osäkra

	Totalt	Män	Kvinnor	SM-tal	Osäkra
2004	1147	830	317	15,4	240
2005	1210	830	380	16,1	295
2006	1192	815	377	15,8	260
2007	1119	796	323	14,7	324
2008	1166	855	311	15,2	301
2009	1234	884	350	15,9	307
2010	1135	835	300	14,5	307
2011	1105	784	321	14,0	292
2012	1146	816	330	14,5	377
2013	1223	858	365	15,3	377
2014	1142	783	359	14,2	382

Socialstyrelsen (2015), *Dödsorsaker 2014*.

Ovanstående tabell är baserad på Socialstyrelsens självmordsstatistik år 2015, och visar antalet människor i Sverige som begick självmord mellan år 2004 och 2014. Tabellen är uppdelad i variablerna: Totalt, Män, Kvinnor, SM-tal och Osäkra. Totalt innebär antalet självmord det året som blivit förklarad som säkra självmord. Eva Wasserman (2015) skriver i sin artikel "Hur räknar man självmordsstatistik?" att säkra självmord innebär "de fall där inget tvivel råder om att avsikten varit att ta sitt liv". Wasserman beskriver även att SM-tal, eller självmordstal, står för antalet självmord per 100 000 personer under ett år. Osäkra står för antalet osäkra självmord, vilket används för de fall där det är osäkert ifall det var ett olycksfall eller om handlingen var avsiktlig (Wasserman 2015).

Enligt tabellen har det totala antalet självmord, antalet självmord bland män och kvinnor och SM-talet varierat från år till år genom ökning och minskningar, utan att några stora förändringar har skett. Däremot kan man se förändringar av antalet osäkra självmord under de tio åren, speciellt mellan 2011 och 2012 då det ökade med 85. Dock förklarar Wasserman (2015) att trots att Sveriges osäkra självmordsantal är relativt högt så blir 70-75 procent av de osäkra självmordsfallen skattade som självmord efter att psykologiska underökningar har genomgått.

Statistiken visar att antalet män som begår självmord är betydligt större än antalet kvinnor och av det totala självmordstalet är ungefär runt 70 procent män.

Tabell 2: Själv mord i Sverige 2004-2014 efter kön respektive ålder

Ålder	Män						Kvinnor					
	-14	15-24	25-44	45-64	65-	Totalt	-14	15-25	25-44	45-64	65-	Totalt
2004	3	90	219	315	206	833	4	32	90	113	82	321
2005	5	68	222	321	219	835	4	36	97	148	99	384
2006	2	73	214	306	222	817	2	51	109	132	85	379
2007	5	69	230	309	188	801	2	35	95	125	68	325
2008	-	96	228	313	218	855	4	40	88	108	75	315
2009	3	91	247	341	205	887	3	43	86	140	81	353
2010	1	87	210	330	208	836	2	31	75	114	80	302
2011	3	85	220	203	176	787	2	36	95	107	83	323
2012	1	83	204	318	215	821	4	34	76	143	78	335
2013	3	99	218	310	231	861	1	48	100	117	100	366
2014	2	88	214	264	217	785	4	36	90	140	93	363

Socialstyrelsen (2015), *Dödsorsaker 2014*.

Socialstyrelsens statistik angående ”Dödsorsaker 2014” visar antalet säkra självmord bland män och kvinnor kategoriserade i åldersgrupper (2015, s 235-237). Enligt denna statistik var det mellan år 2004 och 2014 i princip ingen skillnad när det gäller självmord bland ungdomar upp till 14 år, där spridningen hos män låg på 0 till 5 självmord per år och spridningen hos kvinnor låg på 1 till 4 självmord per år. Självmord bland både män och kvinnor ökar efter 14 års ålder och redan mellan 15 och 25 år kan man se stora skillnader mellan antalet självmord hos kvinnor och män. Självmordsfrekvensen ökar ytterligare för män och kvinnor mellan 25 till 44 år och blir som störst mellan 45 till 64 år. Dock efter 65-årsåldern minskar antalet självmord hos både män och kvinnor (Socialstyrelsen 2015, s 235-237).

Skillnaderna i självmordsfrekvensen är stor mellan kvinnor och män i alla åldrar förutom ungdomar upp till 14 år där självmordsfrekvensen i stort sett är liknande mellan könen.

Det har huvudsakligen inte skett några stora förändringar i självmordsfrekvensen mellan åren 2004 och 2014. Dock, har både det totala självmordstalet och skillnaderna mellan kvinnor och män, förändrats drastiskt sedan 1987. Enligt statistik från Socialstyrelsen har självmordstalet mellan 1987 och 2014 sänkts från 27.7 till 16.6 för män och 11.1 till 7.4 för kvinnor (Dödsorsaker, 2015 s. 36, 270).

2.2. Självmord i Japan 2004 – 2014

Tabell 3: Självmord i Japan 2004 – 2014 efter totala antalet, kön, SM-tal (dödstal per 100.000 invånare), respektive osäkra

	Totalt	Män	Kvinnor	SM-tal	Osäkra
--	--------	-----	---------	--------	--------

2004	32325	23272	9053	25,3	288
2005	32552	23540	9012	25,5	241
2006	32155	22813	9342	25,1	266
2007	33093	23478	9615	25,8	220
2008	32249	22831	9418	25,2	224
2009	32845	23472	9373	25,7	230
2010	31690	22283	9407	24,7	196
2011	30651	20955	9696	24,0	181
2012	27858	19273	8585	21,8	158
2013	27283	18787	8496	21,4	123
2014	25427	17386	8041	20,0	87

Det japanska regeringskansliets råd för självmordsförebyggande av självmord (2015). ”Självmordsläget år 2014”

Naikakufu-jisatutaisaku-suishinshitsu (□□□□□□□□□□) (2015) □□□26□□□□□□□□□□□□

Tabell 3 är baserad på statistik från ”Det japanska regeringskansliets råd för förebyggandet av självmord” (Naikakufu-jisatsutaisaku-suishinshitsu), och visar antalet självmord i Japan från år 2004 till 2014 uppdelat i det totala antalet säkra självmord, självmord uppdelat i kvinnor och män, självmordstal och osäkra självmord (2015, s.14). Enligt denna tabell har det skett minskningar inom alla variabler och det totala antalet säkra självmord i Japan minskade med cirka 21,3 procent mellan 2004 och 2014, vilket motsvarar 6898 personer. Hos män har antalet självmord minskat med cirka 25,3 procent och antalet kvinnor som begår självmord har sänkts med cirka 11,2 procent. Man kan även se tydliga minskningar vad gäller antalet osäkra självmord.

Antalet män som begick självmord i Japan under 2004 till 2014 var mycket fler än antalet kvinnor, och även under år 2004 begicks 72,1 procent av alla självmord i Japan av män medan år 2014 var det 68,4 procent, och enligt Japans ”Hälso-, arbets- och välfärdsministeriums” befolkningsstatistik för 2014 var självmord den vanligaste dödsorsaken för kvinnor mellan 15 och 34 år och för män mellan 10 och 44 år (2014, s 38-40). I Japan år 2014 var självmord dödsorsaken hos cirka 50 procent av alla män som avlidit i 20-årsåldern (2014, s 12).

Tabell 4: Självmord i Japan 2004-2013 efter kön respektive ålder

Ålder	Män						Kvinnor					
	5-14	15-24	25-44	45-64	65-	Totalt	5-14	15-24	25-44	45-64	65-	Totalt
2004	27	1233	5925	10039	4535	21759	22	579	2023	2700	2943	8267
2005	29	1243	6255	9939	4601	22067	16	642	2153	2664	2823	8298
2006	57	1257	5964	9279	4725	21282	20	635	2233	2603	2994	8485
2007	31	1252	6040	9250	5293	21866	16	596	2257	2745	3183	8797
2008	41	1343	6108	8855	5055	21402	18	652	2398	2496	3100	8664

2009	34	1326	6325	9119	5209	22013	21	605	2309	2489	3079	8503
2010	42	1315	6017	8506	5018	20856	21	508	2203	2638	3133	8503
2011	52	1304	5831	7724	4866	19777	22	616	2462	2718	3162	8980
2012	55	1294	5308	6838	4902	18397	20	495	2028	2412	2976	7931
2013	58	1242	5227	6438	5109	18074	34	466	1949	2338	3113	7900

Hälso-, arbets- och välfärdsministeriet (2014). ”Befolkningsstatistik”. Skapad av det japanska regeringskansliet

Kousei-roudou-shou (□□□□□) (2014) □□□□ □□□□□□□□□□□□

Ovanstående tabell är baserad på statistik från Japans ”Hälso-, arbets- och välfärdsministeriums” befolkningsstatistik, sammanfattat av det japanska regeringskansliet, och förklarar antalet säkra självmord i Japan under perioden 2004 till 2014 uppdelat i kön och ålder (Naikakufu 2014). Enligt denna statistik har självmord av både män och kvinnor i åldrarna mellan 5 och 14 år inte sänkts mellan 2004 och 2013, trots att det totala antalet självmord sjunker varje år. Man kan se att självmord bland flickor och pojkar mellan 5 och 14 år var som högst år 2013.

Självmordstalet varierar över tid för både män och kvinnor mellan 15 och 24 år, samt för personer på 65 år eller äldre. Dessutom har det inte heller skett några stora förändringar mellan 2004 och 2013 i dessa grupper. Dock visar denna tabell sänkningar av självmord hos män och kvinnor i åldrarna mellan 25 och 44, och i åldrarna mellan 45 och 64. Denna sänkning är som tydligast hos män mellan 45 och 64 år, där självmordstalet år 2004 låg på 10039 för att sedan sänkas till 6438 år 2013.

Det japanska regeringskansliets råd för förebyggandet av självmord gjorde en studie som jämförde självmorden år 2014 utifrån självmordsorsaker, ålder och kön, och som baserades på uppgifter från Japans ”National Police Agency’s” statistik (Naikakufu-jisatsutaisaku-suishinshitsu 2015 s.6). Enligt denna studie var de flesta män som begick självmord, under 2014, mellan 40 och 69 år, medan de flesta kvinnorna som begick självmord var mellan 60 och 79 år (2015, s 6). Studien redovisar även att av 25 533 personer som begick självmord år 2014 var det 12 920 som gjorde det på grund av hälsoproblem, i första hand psykisk ohälsa, såsom depression och schizofreni, vilket gör hälsoproblem till den största orsaken till självmord år 2014 (2015, s 2). Den näst största/vanligaste självmordsorsaken var ekonomiska problem eller levnadsproblem och det var 4144 personer som begick självmord av den orsaken. Den tredje största självmordsorsaken var problem i hemmet och 3644 personer begick självmord av den anledningen.

2.3. Skillnaderna mellan självmordsstatistiken i Japan och i Sverige 2004-2014

Även om Japans självmordstal (SM-tal per 100 000 invånare) är högre än Sveriges, vilket även gäller det totala antalet självmord, finns det många likheter mellan självmordsstatistiken i Japan och i Sverige. Självmordsfrekvensen är betydligt mycket högre hos män än hos kvinnor i både Japan och Sverige. Till

exempel var det cirka 68 procent av alla självmord i både Japan och Sverige som begicks av män år 2014. Dessutom är antalet självmord i bägge länderna högst bland medelålders män över 40 år. Däremot kan man se skillnader mellan självmord bland kvinnor i Japan och bland kvinnor i Sverige, eftersom de flesta självmorden av kvinnor i Sverige begicks av personer mellan 40 och 64 år, medan i Japan var de flesta kvinnorna som begick självmord mellan 60 och 79 år.

I jämförelse med den stora populationen i Japan har Sverige ett mycket stort tal när det gäller osäkra självmord. Dessutom sjönk antalet osäkra självmord i Japan från 288 till 87 mellan 2004 och 2014, vilket visar att antalet osäkra självmord i Japan 2014 har blivit mycket lägre än antalet osäkra självmord i Sverige, eftersom osäkra självmord i Sverige har ökat från 240 till 382.

Trots att antalet självmord och SM-talet i Sverige är mindre än i Japan har det inte skett någon större förändring i självmordsstatistiken i Sverige under åren 2004 till 2014. Dock kan man se stora förändringar i Japans självmordsstatistik under dessa år, till exempel har SM-talet sänkts från 25,3 till 20,0 och antalet självmord har sänkts med 21,3 procent.

2.4. Tidigare forskning

Det förefaller som att självmord har begåtts under hela mänsklighetens historia, även om det har fördömts av olika religioner, såsom kristendomen och islam. Det har även tidigare varit straffbart inom vissa kulturer och först 1864 blev självmord avkriminaliserat i Sverige (Johansson och Södervall 2015, s.4). 1993 bildades NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. Sedan dess har en hel del forskning bedrivits i Sverige inom detta område. Exempelvis nämns i ”Suicidprevention inom psykiatrisk slutenvård” (Johansson och Södervall 2015, s.2) att trots att de fullbordade självmorden har minskat under de senaste åren har antalet självmordsförsöken i stort sett legat på samma nivå. I denna studie av patienter inom slutenvård framkommer att det är högst väsentligt att avlägsna tillgänglighet till instrument för självmord. Detta tillsammans med uppmärksam och kompetent personal med ett empatisk och icke fördömande förhållningssätt kan bidra till att antalet självmord bland intagna begränsas. Deras slutsats är att framtida forskning bör ”utarbета bättre metoder för bedömning av suicidrisk” (Johansson och Södervall 2015, s.23).

I en annan studie av Nina Hellman från 2012 har hon undersökt de nio självmordspreventiva strategier som Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut tagit fram på regeringens begäran, och hur dessa strategier har implementerats på nationell och lokal nivå (s.2-3). I sin forskning pekar hon ut vad maktbalansen mellan kön, klass, etnicitet och ålder har för betydelse vad gäller resursfördelningarna inom självmordsprevention. Hon visar således hur olika självmordsbenägna personer bedöms och bemöts, utifrån sin sociala status, inom vårdens vardagliga arbete (s.23-24). Exempelvis tyder hennes forskning på att unga flickors självmordsförsök för det mesta är ”ett rop på hjälp” medan äldre män i större utsträckning är mer ”definitiva och drastiska i sina suicidala beslut” (s.24).

Även i Japan bedrivs en hel del forskning inom ämnet självmord. Yoko Okamoto uppmärksammar i sin uppsats, ”The Enforcement of the Basic-Suicide Prevention Law and the Works toward Suicide by the

Whole Society”(2007), den lag som kom år 2006 och som har haft stor påverkan på det självmordspreventiva arbetet i Japan (s.1). Eftersom diskussioner kring självmord tidigare har varit tabu i Japan kom denna lag att förändra synen i samhället och självmord ses inte längre enbart som ett individuellt problem, utan även som samhällets ansvar (s.1). I Okamotos uppsats beskrivs bland annat hur den nya lagen arbetades fram, samt hur man hade stora förväntningar på att lagen skulle ge goda resultat (s.20). I samband med lagen om självmordsförebyggande, skulle nu alla berörda myndigheter vara tvungna att ta sitt ansvar även om det medför nödvändiga utgifter och mänskliga resurser (s.20).

I en underökning av Masato Akazawa visar han på olika riskgrupper för självmord men även vilka riskfaktorer man bör vara observant på (2010). Studien visar att det är mycket viktigt för olika professioner att samverka kring självmordsprevention, samt att man behöver ta drog- och alkoholrelaterade problem på allvar (2010 s.39-40). Akazawa hävdar att självmord är forcerad död, självmord går att undvika och att självmordsbenägna människor skickar ut signaler som man bör ta på allvar (2010 s.32-33).

3. Metod och material

3.1. Metod

Studien baserar sig på en komparativ metod där frågeställningen kommer att besvaras genom undersökning och analys av vilka förebyggande metoder som Japan och Sverige använder sig av, vad gäller självmord. Studien kommer att vara kvantitativ i den mån att jag samlar in data som inledningsvis analyseras, därefter övergår jag till en kvalitativ analys då jag gör en mer jämförande granskning av de båda ländernas program och åtgärder.

I analysdelen tar jag separat upp vilka nationella förebyggande åtgärder mot självmord som står som grundpelare i det svenska och japanska samhället, och därefter tar jag upp exempel på fristående eller frivilligorganisationers/ideella organisationers självmordspreventiva handlingsplaner. Jag har valt att fokusera mer på de statliga förebyggande åtgärderna eftersom dessa ger en mer övergripande och detaljerad bild över systemet och därför finns det mer att säga om dem. Dessutom kan dessa tänkas ha en större påverkan på samhället.

Analysdelen kommer att avslutas med en komparativ analys av Japan och Sverige där jag jämför Sveriges och Japans självmordspreventiva åtgärder som jag tidigare beskrivit och där jag analyserar vilka skillnader och likheter som jag funnit.

3.2. Material

Det material som användes till denna studie är taget från internet. Data är mest tagen från förstahandskällor, såsom dokumenten för självmordsförebyggande strategier från Socialstyrelsens och det japanska

regeringskansliets hemsidor. Jag valde att använda dokument från dessa källor eftersom de på ett nationellt plan tar upp vilka statliga självmordspreventiva åtgärder som framförts av Japans eller Sveriges regering, och jag valde även dessa dokument eftersom de fortfarande är aktuella. Eftersom dokumenten dessutom endast innehåller fakta och inga åsikter, skulle jag anse att innehållet i dokumenten är objektivt. Jag skulle även vilja hävda källornas trovärdighet genom att påpeka att de svenska dokumenten har utgivits av Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut, medan de japanska dokumenten har utgivits av det japanska regeringskansliet.

Förutom dokument från statens eller regeringens hemsidor har jag bland annat använt mig av självmordspreventiva frivilligorganisationers hemsidor för adekvat data.

Vad gäller samtliga källor på japanska är det jag själv som har stått för översättningen.

3.3. Teori

Jag använder mig av en strukturell eller strukturalistisk teori med inslag av komparativ metod. Min forskning kan även sägas vara tvärkulturell, då jag belyser två olika kulturers struktur vad gäller deras respektive rutiner för självmordsprevention.

4. Resultat och analys

4.1 Sverige

4.1.1. Statligt program för självmordsprevention

WHO (World Health Organisation) satte upp som mål att sänka det dåvarande antalet självmord med minst 30 procent till 2020 (Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut 2006, s.3). Som svar fick Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut till uppdrag av regeringen att skapa ett nytt program för självmordsprevention, vilket kom att bli en grund för suicidpreventionen i Sverige efter att Sveriges Riksdag hade godkänt programmet år 2008 (Johansson 2014). Statens folkhälsoinstituts uppgift var att ge befolkningsinriktade strategier och åtgärder för statliga myndigheter, landsting och kommuner, och Socialstyrelsens uppdrag var att ge förslag på strategier och åtgärder mot självmord inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan (Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut 2006, s.3).

Nedan har jag sammanfattat Socialstyrelsens och Statens folkhälsoinstituts nio olika strategier och åtgärder från ”Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag” (Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut 2006, s.18-26).

1. Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper

Denna strategi går ut på att förebygga självmord genom att förbättra levnadsvillkoren och livsmöjligheterna hos mindre gynnade grupper, eftersom låga inkomster och låg utbildning ökar risk för självmord (Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut, 2006, s.18). Åtgärden som ges som förslag i ”Förslag till nationellt program för suicidprevention”, är att införa en politik som främjar minskade sociala skillnader, där bland annat unga människor har förutsättningar att utveckla goda intellektuella, sociala och emotionella kompetenser. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut skriver att om man optimerar förskolan, skolan och fritidsverksamheten så att unga människor har förutsättningarna att utveckla goda kompetenser, kan självmord och psykisk ohälsa minskas.

2. Minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid

Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut skriver att det finns vetenskapligt stöd för att alkoholmissbruk ökar risken för självmord, speciellt hos unga människor (2006, s.19). Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut förklarar att höga intag av alkohol kan leda till depression, social missanpassning, skilsmässor, kriminalitet och förlust av körkort vilket i sin tur kan leda till självmordskriser. Därför är det viktigt att införa en alkoholpolitik som sänker alkoholkonsumtionen, skriver Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut.

3. Minskad tillgänglighet till medel och metoder för suicid

Målet med denna strategi är att minska möjligheterna till att kunna använda de vanligaste självmordsmetoderna. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut uttrycker vidare: ”Forskare har antagit att ju svårare det är att få tillgång till höggradigt dödliga metoder för suicid desto större sannolikhet att person väljer en mindre dödlig metod och därför har större sannolikhet att överleva” (2006, s.20). Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut nämner även att Sverige har kommit långt när det gäller minskad tillgänglighet till självmordsmetoder, genom bland annat stränga skjutvapenlagar och användning av mindre giftiga antidepressiva läkemedel. Dock är det viktigt att fortsätta med att minska tillgängligheten till dödliga metoder och medel.

4. Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag

Denna strategi går ut på att minska psykologiska misstag (2006, s.21). Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut skriver att självmord kan anses som ett psykologiskt misstag eftersom många som överlevt ett självmordsförsök några år senare uttrycker att de vill fortsätta leva. Åtgärder mot dessa psykologiska misstag är antingen inriktade på personen, där till exempel utvecklingen av förmågan att kunna hantera negativa känslor och problem sätts i fokus, eller personens miljö, där den fysiska eller psykosociala miljön fokuseras.

När det kommer till Socialstyrelsens och Statens folkhälsoinstituts åtgärd beskrivs den som följande:

Rättsmedicinalverket föreslås få till uppdrag att i samarbete med Statens folkhälsoinstitut och Statens räddningsverk genomföra en försöksverksamhet där information om förloppet vid suicid, främst för

ungdomar i åldern 15-30 år, överförs till kommunala skadepreventiva grupper. Försöket syftar till att utveckla och pröva en modell som kan bidra till att kommuner genomför flera åtgärder som minskar förekomsten av suicid. Åtgärderna kan exempelvis gälla skola, socialtjänst, fritidsverksamhet och utformning av det lokala trafiknätet.

(2006, s. 22)

5. Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser

Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut skriver att 90 procent av alla som begår självmord lider av en psykisk störning och när det gäller personer som begått självmord och som tidigare blivit diagnostiserad med depression, är det mer än 80 procent som varit obehandlade eller underbehandlade (2006, s.22). För att bemöta detta föreslås det bland annat att underbehandlade eller obehandlade personer skall identifieras och ges lämpliga behandlingar (2006, s.23). Dessutom föreslås det att fler utbildas i evidensbaserade psykoterapeutiska metoder för att fler behövande ska få denna typ av behandling.

6. Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid

Denna åtgärd går ut på att minska självmord genom att sprida kunskap om evidensbaserade metoder via rapporter, Internet och enskilda kontakter (2006, s.23). Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut skriver att de båda ska sammanställa forskningsresultat angående självmord, och göra den tillgänglig till allmänheten.

7. Kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med suicidproblematik

Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut skriver att det händer att psykiska sjukdomar, såsom depression, ofta blir obehandlade eller oupptäckta inom primärvården (2006, s.23). Många självmord skulle ha kunnat förebyggas eftersom flertalet av de personer som begått självmord har haft kontakt med primärvården eller annan hälso- och sjukvård inom en månad före sin död, skriver Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut. Genom att vidareutbilda läkare så att deras möjligheter att diagnostisera och behandla deprimerade patienter ökar kommer det att ske en indirekt minskning av antalet självmord.

Eftersom alkoholberoende är den vanligaste diagnosen vid självmord är det viktigt med psykiatrisk bedömning av dessa personer och dessutom lika viktigt att primärvården eller psykiatrin uppmärksammar missbruk och beroende hos personer med psykiska sjukdomar, t.ex. depression (2006, s.24).

En möjlig självmordspreventiv åtgärd är att även utbilda personer inom andra yrkesgrupper så att de får möjligheten att känna igen personer med ökad självmordsrisk (2006, s.24). Andra yrkesgrupper kan vara bland annat präster, apotekspersonal, äktenskapsrådgivare, äldreomsorgspersonal, liksom personal inom institutioner som fängelser och skolor.

8. Händelseanalys i samband med Lex Maria-anmälningar

Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut skriver att personer med självmordsproblematik som söker sig till sjukvården bör erbjudas en vård där risk- och stödfaktorer uppmärksammas och att personalen tar till åtgärder för att minska risken för självmord (2006 s.25). För att ta reda på vilka områden som bör förbättras inom vården, när det kommer till självmordsprevention, skall en dokumenterad intern utredning ske, där alla självmord som inträffat under pågående vård eller inom fyra veckor efter vårdkontakt, skall anmälas enligt Lex Maria (2006 s.25). På 1177 Vårdguidens hemsida skriver Lars Persson, handläggare på Patientnämnden i Halland:

Lex Maria är en lag som innebär att ett landsting, en region eller en kommun ska anmäla till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, om en patient drabbats av eller riskerat att drabbas av en allvarlig vårdskada. Vårdskadan eller risken för vårdskada kan ha skett i samband med en undersökning, under vård eller behandling (Persson 2015).

9. Stöd till frivilligorganisationer

Den nionde självmordsförebyggande åtgärden som Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut syftar på är att stödja frivilligorganisationer, såsom ”Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES)”, eftersom dessa ”kan lyfta fram perspektiv på en fråga och föreslå lösningar på ett friare sätt än offentliga organ”, skriver Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (2006, s.26). Staten kan stödja SPES insatser, såsom med frivilligorganisationer, med hjälp av anslag som uppskattas vara upp till en miljon kronor per år.

4.1.2. Frivilligorganisationer

Det finns många frivilligorganisationer i Sverige som avser motverka självmord och som är en stor del av Sveriges självmordsprevention. Många frivilligorganisationer, såsom BRIS och Jourhavande präst, avser hjälpa inte bara självmordsbenägna människor, utan även människor som har andra typer av psykisk ohälsa eller som behöver stöd, och därför har jag valt att fokusera på några av de frivilligorganisationer som har som huvudsyfte att motverka självmord i Sverige.

SPES, eller Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd, är en frivilligorganisation som erbjuder stöd och hjälp till den som mist en person genom självmord (SPES u.å.). SPES strävar efter ett Sverige utan självmord genom att öka kunskapen om självmord som ett samhälls- och folkhälsoproblem och även motverka fördomar (SPES u.å.). På deras hemsida sprider SPES även informationen om vad som man bör göra om man misstänker att någon har gjort ett självmordsförsök (SPES u.å.).

”Mind” är en frivilligorganisation som har funnits sedan 1931 och som grundades av Viktro Wigert som var professor i psykiatri vid Karolinska Institutet (Mind u.å.a). Mind har alltid arbetat för att motverka den psykiska ohälsan, och år 2012 lanserades deras självmordsförebyggande webbtjänst ”Självmordsupplysningen” (Mind u.å.a). I DN:s artikel, ”Ny telefonlinje ska förhindra självmord” (Bouvin, E. 2015), skrevs det att den tidigare så kallade Självmordsupplysningen kom att bli Självmordslinjen vilken

var Sveriges första suicidpreventiva stömlinje. På Minds hemsida står det att Självmordslinjen är en linje som är till för att ge stöd, vägledning och motivation till att söka hjälp för de som har tankar på att ta sitt liv (Mind u.å.b).

Mind styrs av volontärer som är minst 25 år gamla och som fått utbildning. Självmordslinjen är öppen dygnet runt på telefon, chatt och mejl (Mind u.å.c).

4.2. Japan

4.2.1. General Principles of Suicide Prevention

I Japan år 2006 infördes lagen, ”Basic Act for Suicide Prevention” (Jisatsutaisaku-kihonhou), där målet var att både tydliggöra ansvaret hos staten, de lokala myndigheterna, arbetsgivaren och befolkningen, samt att bidra till ett samhälle där invånarna kunde leva hälsosamma och meningsfulla liv (Naikakufu 2015, s.53). Detta skulle uppnås genom att man tillsatte ett förbättrat stöd till självmordsoffrens nära, och även genom att förbättra medlen för självmordsprevention via en omfattande självmordsförebyggande politik. I juni 2007 godkändes av den japanska regeringen ”General Principles of Suicide Prevention” (Jisatsu-sougou-taisaku-taikou), vilka består av 48 åtgärder som i sin tur är indelade i nio fundamentala strategier vilka omedelbart skulle användas för att minska antalet självmord i Japan (Naikakufu 2015, s.53). Målet 2005 var att fram till 2016 ha minskat Japans självmord med 20 procent. Den 28 augusti 2012 blev den nya ”General Principles of Suicide Prevention” godkänd av regeringen och det blev bestämt att dessa principer skulle revideras vart femte år.

Jag har nedan översatt och sammanfattat de nio fundamentala strategierna från den japanska regeringens ”General Principles of Suicide Prevention” (Naikakufu 2012, s.13-27).

1. Klargöra fakta om självmord

Denna strategi går ut på att klargöra de korrekta fakta om självmord, genom att bland annat utföra forskning, såsom psykologiska undersökningsmetoder, för att exempelvis förstå de sociala faktorer som bidrar till självmord och det psykiska tillståndet hos personen innan självmordet (Naikakufu 2012, s.13). Till exempel ska man få fram detta genom intervjuer med de efterlevande till självmordsoffret, eller undersökning av patienter på akutvården som gjort självmordsförsök.

Nödvändig information om självmord och självmord inom kommunerna ska förbättras och erbjudas till de lokala myndigheterna så att åtgärder ska kunna planeras och genomföras (Naikakufu 2012, s.14). För övrigt ska undersökningar, som bland annat visar den faktiska situationen vid självmordsförsök, preventiva medel mot självmordsförsök och om de efterlevande personerna, främjas. Dessutom ska undersökningar om självmordsprevention för skolstudenter genomföras (Naikakufu 2012, s.14).

Andra medel för denna strategi är att identifiera kliniska sjukdomar, såsom depression, hos patienten och

utveckla diagnoser och medicinska behandlingar av dessa kliniska sjukdomar (Naikakufu 2012, s.14). Den sista åtgärden som föreslås för att klargöra fakta om självmord, är att använda och applicera redan existerande data, såsom från polisens självmordsstatistik, för att kunna utveckla självmordspreventiva åtgärder (Naikakufu 2012, s.14).

2. Förbättra medvetandet och observationen av varje invånare

I det japanska regeringskansliets ”General Principles of Suicide Prevention” från 2012, beskrevs det fyra medel för att förbättra invånarnas observation och medvetande om självmord (Naikakufu 2012, s.15). Ett medel blev att införa en ”självmordspreventions-vecka” och en ”självmordspreventions-månad”, där det bestämdes att mars skulle vara självmordspreventions-månaden, och att självmordspreventions-veckan skulle varje år börja från den Internationella självmordsdagen, den 10 september, och fortsätta en vecka framöver. Syftet med självmordspreventions-månaden och självmordspreventions-veckan var att sprida korrekt kunskap om självmord och att utrota de allmänt accepterade föreställningarna om att självmordsrelaterade tillstånd, såsom depression, är skamfulla och pinsamma. Självmordspreventions-veckan och självmordspreventions-månaden tillkom även för att man ville uppmana invånarna att förstå att självmord är en risk som vem som helst kan drabbas av, och att det är nödvändigt att söka hjälp (Naikakufu 2012, s.15).

Andra medel som det japanska regeringskansliet bestämde sig för att förbättra var medvetandet och observationen av varje invånare, genom att införa utbildningar som förhindrar självmord bland skolelever, genom att bland annat skapa en pedagogisk miljö där eleven kan lära sig hur viktigt ens liv är och om hur man löser problem och stress som man stöter på i livet (Naikakufu 2012, s.15). Andra medel som bestämdes var att främja allmänhetens kännedom om depression, för att få deprimerade människor att tidigt söka rådgivning och medicinsk hjälp, och att sprida korrekt kunskap om självmord och självmordsrelaterade händelser (Naikakufu 2012, s.15).

3. Utbilda mänskliga resurser för att tidigt kunna behandla personer med hög risk för självmord.

Syftet med den tredje strategin är att man tidigt ska kunna ta emot och interagera med personer med hög risk för självmord, och därför anser japanska regeringskansliet att det behövs att man bland annat sprider korrekt kunskap om självmord och självmordsrelaterade händelser, så att man tidigt kan läsa av signaler från personen som är i riskzonen för självmord, att man pratar och lyssnar på honom eller henne, och ifall det skulle behövas, pratar med en specialist (Naikakufu 2012, s.16). Det japanska regeringskansliet beskriver elva medel som ska användas för denna strategi.

De medel som tas upp är bland annat: förbättring av primärvårdsläkarnas kompetenser när det kommer till diagnoser och behandlingar av depression och andra mentalsjukdomar, förbättra lärarnas och annan skolpersonals medvetenhet om självmord bland elever, införing av utbildning för att förbättra resurserna för personalen inom bland annat kommuner, på vårdcentralen och liknande områden. (Naikakufu 2012, s.16). Andra medel är att genomföra övningar för långvårdsspecialister, utföra mentalhälsofrämjande och

självordsförebyggande övningar för socialarbetare och volontärer inom barnomsorg, förbättra utvecklingen inom självmordspreventionen för personer i ledande positioner, såsom chefer inom privata organisationer, dotterbolag och specialister. (Naikakufu 2012, s.17). Det japanska regeringskansliet föreslår även att man ska förbättra den rådgivande personalens förmåga angående sociala faktorer, till exempel förbättra personalens metoder att utföra rådgivning till personer som har höga skulder (Naikakufu 2012, s.17). Dessutom tar det japanska regeringskansliet upp att man ska förbättra polisernas och andra offentliga tjänstemäns förmåga att hantera familjer till självmordsoffer samt förbättra övningsmaterial för självmordsprevention för grupper i bland annat offentliga organ och inom den privata sektorn inom ”Center for Suicide Prevention” (Naikakufu 2012, s.17).

De sista medlen för att utbilda mänskliga resurser för att tidigt kunna behandla personer med hög risk för självmord är att främja mentalhälsovård för personal som arbetar med självmordsprevention och att främja utvecklingen av ”gatekeepers”¹ i diverse sektorer, till exempel utvecklingen av gatekeepers bland jurister eller apotekare (Naikakufu 2012, s.17-18).

4. Främja mentalhälsovården

Denna strategi baseras på att man bör främja mentalhälsovårdspolicyn på arbetsplatser genom att till exempel tillsätta nyckelpersoner på arbetsplatsen, såsom personal som ansvarar för en god hälsa hos de anställda, som värnar om träning, och dessutom att det på arbetsplatsen finns förtydligade lagar om sexuella trakasserier (Naikakufu 2012, s.18).

Ett annat medel för denna strategi är att förbättra mentalhälsosystem i varje kommun, vilket det japanska regeringskansliet har som förslag att göra genom att främja samarbetet mellan hälsobevarandet i kommunen och på arbetsplatsen (Naikakufu 2012, s.19). Dessutom framkom det att man skulle öka antalet instanser för rådgivning om mentala hälsoproblem, såsom mental hälsa, välfärdscentrum och vårdcentralen.

Andra medel som tas upp angående främjandet av mentalhälsovården i det japanska regeringskansliets ”General Principles of Suicide Prevention”, är att det mentala hälsosystemet i skolorna ska främjas genom att skolsköterskesamtal ska föras om mental hälsa, såväl som att man ska öka antalet studievägledare (Naikakufu 2012, s.19).

Det sista medlet som tas upp är främjandet av mentalvård för offer som varit med om katastrofer, och att man bland annat ska hjälpa dem att återuppbygga sina liv (Naikakufu 2012, s.19).

5. Lämpligt stöd för mental hälsovård

Denna strategi går ut på att förhindra självmord genom att förbättra det psykiatriska behandlingssystemet, till ett system som strävar efter att tidigt kunna behandla personer med depression eller andra mentalsjukdomar, och som gör lämpliga adekvata psykiska behandlingar (Naikakufu 2012, s.20). Det japanska

¹ □ Gatekeeper: ”Personer som förebygger självmord genom att läsa av signaler till självmord och beskydda och övervaka personer som lider av depression eller har andra problem.” (MONOKAKIDO, 2008)

regeringskansliet planerar att utbilda fler mänskliga resurser för att stödja bland annat psykiatriker och för att förbättra det psykiatriska behandlingssystemet (Naikakufu 2012, s.20). Detta ska utövas genom att bland annat allmänpraktik av kognitiv beteendeterapi implementeras för doktorer och professionella inom psykvården, och att man sprider kunskap om bland annat lämplig farmakologi och om förhindrandet av överdoser.

Det japanska regeringskansliet hoppas även att utöka konsultationen om depression i landet genom att sprida fakta och kunskap om depression och genom att bli av med fördomar, samt att öka allmänhetens medvetenhet om att man tidigt ska söka hjälp ifall man är deprimerad (Naikakufu 2012, s.20).

Andra medel är: att hos husläkaren förbättra verktygen för diagnos och behandlingstekniker för mentalsjukdomar, att främja upprätthållandet av mentalbehandlingssystemet för barn, för att kunna behandla olika psykiska problem hos dessa och dessutom utarbeta undersökningar för depression, t.ex. inom äldreomsorgen (Naikakufu 2012, s.20-21). Det ska också tillsättas medel för personer med hög risk för mentalsjukdomar utöver depression.

Det japanska regeringskansliet planerar att främja undersökningar av andra mentalsjukdomar, förutom depression, som är en riskfaktor för självmord, såsom schizofreni, alkoholberoende, drogberoende etc. Det ska också främjas regelverk och system för stödjande och fortsättande behandling (Naikakufu 2012, s.21). Det sista medlet som tas upp i "General Principles of Suicide Prevention" är att främja kroniskt sjuka patienter, ett arbete som planeras genom att man inför utbildning för att förbättra sjuksköterskors förmåga att bland annat kunna bemöta de kroniskt sjuka patienterna på ett lämpligt sätt (Naikakufu 2012, s.21).

6. Förhindra självmord genom sociala initiativ

Det japanska regeringskansliet skriver att man kan förhindra självmord genom att ge socialt stöd till de personer som är i riskzonen för självmord på grund av bland annat sociala faktorer (Naikakufu 2012, s.21). Ett medel som det japanska regeringskansliet tar upp är att förbättra lokala rådgivningssystem, till exempel genom utveckling av en gratis hjälplinje för alla personer som har problem, och som kan nås dygnet runt, året runt (Naikakufu 2012, s.21-22). Dessutom planerades det att personer som behöver hjälp lättare skulle hitta den information som de behöver via sökning på bland annat internet.

Andra medel är: att förbättra konsultationstjänster när det gäller multipla lån och införandet av förbättrade skyddsnet för lånen, förbättrade konsulttjänster för arbetslösa, och införandet av rådgivande projekt för chefer (Naikakufu 2012, s.22).

Det japanska regeringskansliet tar även upp som medel att man ska genomföra bättre information för att avklara juridiska problem, genom att information om juridisk problemlösning från "Japan Legal Support Center (Houterasu)" ska förbättras och erbjudas som allmänbildning till befolkningen (Naikakufu 2012, s.23).

Ett annat medel för att förhindra självmord via sociala initiativ blev att begränsa tillgången till bland annat farliga områden och kemikalier, till exempel genom att sätta stängsel på perrongerna (Naikakufu 2012, s.23). Det japanska regeringskansliet bestämde även att som medel främja motverkandet av självmordsrelaterad

information på internet, bemöta självmordsmeddelanden på internet, förbättra stödet för sjukvårdspersonal.

Man vill också förhindra självmord bland mobbade barn genom att bland annat införa en telefonlinje som är tillgänglig dygnet runt, för barn som har problem (Naikakufu 2012, s.24). Dessutom skriver det japanska regeringskansliet att ifall någon märker av mobbing, till exempel en lärare, ska skolan, familjen och kommunen vägledas i att samarbeta för att motverka mobbingen.

Som sista medel för denna strategi skriver det japanska regeringskansliet att WHO:s vägledning ska publiceras i media, stöd till fattiga personer ska förbättras och så även stödet till offer som blivit utsatta för bland annat sexbrott, sexuellt våld eller barnmisshandel (Naikakufu 2012, s.24-25).

7. Förhindra personer som har gjort självmordsförsök att åter försöka begå självmord

Det japanska regeringskansliet tar upp två medel som ska införas för denna strategi (Naikakufu 2012, s.25). Den första metoden är att förbättra systemet för akut psykiatrivård, genom att utveckla ett akutvårdssystem där bland annat mentala hälsovårdgivare ska stationeras i centrum för akut- och intensivvård, och där nödvändigheten av psykiatrisk vård för patienter som gjort självmordsförsök ska bedömas, och beroende på resultatet ska patienten få medicinsk undersökning och behandling av psykiatriker eller vård från mentala hälsovårdgivare (Naikakufu 2012, s.25).

Den andra metoden går ut på att ge mer stöd till observationer av närstående personer, såsom familjemedlemmar, till personen som har blivit utskrivna från sjukhuset (Naikakufu 2012, s.25). Detta skall enligt Japans regeringskansli genomföras genom att förbättra samrådsorganisationer för personer som gjort självmordsförsök, och bland annat genom att ytterligare fortsätta utvecklingen av systemet för kontinuerlig vård inom medicinsk vård, hälso- och välfärdsnätverk, inklusive psykiatri, i kommunerna.

8. Förbättrandet av stöd till efterlevande

En metod för att förbättra stödet till efterlevande är att stödja hanterandet av självhjälpgrupper för familjer som förlorat en anhörig på grund av självmord (Naikakufu 2012, s.25-26). Detta skall utföras genom att förbättra samrådssystemen hos hälsovårdarna i vårdcentralen och Mental hälsa och Välfärdscentrumet (Seishinhoken-fukushi-senta) för bland annat de familjemedlemmar som mist en anhörig på grund av självmord, och dessutom förbättra allmänhetens kunskap angående kommunernas administration för självhjälpgrupper och rådgivningsorganisationer som är ägnade åt bland annat efterlevande familjer (Naikakufu 2012, s.25-26).

Det japanska regeringskansliet tar även upp som metod att det planeras en utdelning av en manual för nödsituationer på arbetsplatsen och material för personalen i skolan direkt efter ett självmord eller ett självmordsförsök har inträffat, för att lämplig mental vård ska utföras till omgivande personer på den arbetsplatsen eller skolan där självmordet eller självmordsförsöket inträffat (Naikakufu 2012, s.26).

En annan metod som tas upp i General Principles of Suicide Prevention är att förbättra tillhandahållandet av information för efterlevande familjer via bland annat utdelning av broschyrer med kontakter till självhjälpgrupper (Naikakufu 2012, s.26).

Det japanska regeringskansliet skriver även att stödet till efterlevande barn planeras att förbättras genom liknande medel såsom ovan nämnts, exempelvis via självhjälsgrupper (Naikakufu 2012, s.26).

9. Förstärka samarbetet med privata organisationer

Den sista strategin i General Principles of Suicide Prevention går ut på att förbättra samarbetet mellan den offentliga sektorn och privata organisationer för att stoppa självmord. Det japanska regeringskansliet tar upp att en metod är att stödja utvecklingen av mänskliga resurser inom den privata sektorn, genom att stödja träningen av samordnare som uppmanar samarbetet med familjer som mist någon anhörig på grund av självmord och personer som gjort självmordsförsök (Naikakufu 2012, s.26).

Det japanska regeringskansliet skriver även att ett regionalt samarbetande ramverk ska etableras för offentliga institutioner samt för privata organisationer som utövar självmordspreventiva aktiviteter (Naikakufu 2012, s.27).

Andra medel som tas upp för att förstärka samarbetet med privata organisationer är att fortsätta ge finansiellt stöd till företag med telefonrådgivning inom den privata sektorn, och att ge finansiellt stöd till banbrytande och experimentella metoder gjorda av den privata sektorn och metoder inom regioner med högt självmordsantal (Naikakufu 2012, s.27).

4.2.2. Självmordsförebyggande organisationer

Japan har många stora statliga organisationer som arbetar med att försöka förebygga självmord, varav många använder rådgivande telefonlinjer som medel. Två exempel är ”The Center of Suicide Prevention’s ”Ikiru” (att leva), och Hälso-, arbets- och välfärdsministeriets ”Kokoro-no-mimi” (Hjärtats öra). En icke-statlig organisation som arbetar med samma typ av självmordspreventiva metoder är ”Inochi-no-denwa” (Livets telefon). På Inochi-no-denwa's hemsida skrivs det att inochi-no-denwa är en telefonservice som är till för personer som inte har någon annan att vända sig till, och som bekymrar sig över något problem (FIND 2010a).

Inochi-no-denwa, eller FIND (Federation of inochi no denwa inc.), är en stor ideell organisation som har 52 kontor placerade över hela Japan och som har olika telefontider, varav 24 är kontaktbara dygnet runt (FIND 2010a). Det finns även ett fåtal regioner med telefontjänster för engelsktalande eller portugisisktalande personer som inte behärskar japanska.

Inochi-no-denwa startade som en rörelse i England 1953 och kom till Tokyo år 1971, med målet att förebygga självmord, ett syfte som än idag inte har förändrats (FIND 2010b).

Inochi-no-denwa har haft kontakt och samarbetat med många andra självmordspreventiva organisationer, såsom ”Japanese Association for Suicide Prevention” (JASP), och fick även finansiellt stöd av Hälso-, arbets- och välfärdsministeriet för att förebygga självmord år 2001 (FIND 2010b).

Inochi-no-denwa har också områden i Japan som arrangerar självhjälp för självmordsberövade familjemedlemmar (FIND 2010c).

4.3. Likheter och skillnader mellan förebyggande åtgärder i Japan och i Sverige

Genom att jämföra Sveriges ”Förslag till nationellt program för suicidprevention” med Japans ”General Principles of Suicide Prevention” kan man se många likheter och skillnader mellan de självmordspreventiva programmen.

Likheter

Båda ländernas program har som åtgärd att minska tillgängligheten till medel och metoder för självmord, även om man kan påstå att Sverige fokuserar mer på denna åtgärd, eftersom den står som en egen strategi. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut skriver i den tredje strategin att Sverige ska fortsätta med att minska tillgängligheten till dödliga metoder och medel (2006, s.26), medan i General Principles of Suicide Preventions nämns det under den sjätte strategin att tillgängligheten till bland annat farliga områden och dödliga kemikalier ska begränsas (Naikakufu 2012, s.23).

En annan gemensam åtgärd mellan Sverige och Japan är att förebygga självmord genom att sprida kunskap om självmord. I Sveriges fall står det under strategi sex: ”Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid”, där Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut skriver att bland annat forskningsresultat ska tillgängliggöras och spridas via rapporter, internet och enskilda rapporter (2006, s.23). I Japans fall tar det japanska regeringskansliet upp under strategin: ”Förbättra medvetandet och observationen av varje invånare”, att bland annat allmänhetens kännedom om depression ska förbättras, och att medvetandet och observationen av varje invånare ska försöka förbättras, exempelvis genom att införa utbildningar (Naikakufu 2012, s.15). Även konsultationer om depression ska utökas i landet för att motivera människor att tidigt söka hjälp om man är deprimerad (Naikakufu 2012, s.20). Dessutom tar Japan upp mer om att sprida information till bland annat de lokala myndigheterna under General Principles of Suicide Preventions första strategi, ”Klarga fakta om självmord”(Naikakufu 2012, s.13-14).

En annan likhet mellan Sveriges och Japans självmordspreventiva program är att båda planerar att förbättra stödet till hälsovården, genom att förbättra hälsosystemen och utbilda mänskliga resurser. I den femte strategin, ”Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser”, i Förslag till nationellt program för suicidprevention, skriver Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut att underbehandlade eller obehandlade personer ska identifieras och behandlas med lämpliga medel (2006, s.22). Detta liknar Japans femte strategi, ”Lämpligt stöd för mental hälsovård”, där det skrivs att det psykiatriska behandlingssystemet ska förbättras till ett system som tidigt ska kunna behandla personer med depression eller andra mentalsjukdomar, och som använder lämpliga behandlingar mot psykisk ohälsa (Naikakufu 2012, s.20).

I General Principles of Suicide Preventions tredje strategi, ”Utbilda mänskliga resurser för att tidigt kunna behandla personer med hög risk för självmord”, skrivs det att primärvårdsläkarnas kompetenser gällande diagnoser och behandlingar av depression och andra sjukdomar ska förbättras (Naikakufu 2012, s.16).

Detta liknar den sjunde strategin i Förslag till nationellt program för suicidprevention, ”Kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med suicidproblematik”, där det skrivs att det planeras att vidareutbilda läkare för att förbättra deras möjligheter att diagnostisera och behandla deprimerade patienter (2006 s 24). Dessutom skrivs det att även personer inom andra yrkesgrupper, såsom präster och apotekspersonal, kan utbildas för att kunna identifiera personer med ökad självmordsrisk, vilket i sin tur påminner om Japans ”gatekeepers”, i den mån att det är personer som läser av signaler till självmord och som arbetar inom andra yrkesgrupper än inom vården (Naikakufu 2012, s.18).

En annan strategi som General Principles of Suicide Prevention och Förslag till nationellt program för suicidprevention har tillsammans, är att stödja frivilligorganisation/privata organisationer. Det japanska regeringskansliet nämner bland annat att de ska fortsätta ge finansiellt stöd till företag med telefonrådgivning inom den privata sektorn (Naikakufu 2012, s.27), medan Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut bland annat nämner att staten kommer att finansiellt stödja frivilligorganisationer, såsom SPES (2006, s.26).

När det kommer till frivilligorganisationerna/de ideella och privata organisationerna finns det många likheter mellan Sverige och Japan. Både Sverige och Japan har många organisationer, vare sig det är statliga eller privata, som arbetar med rådgivande samtal, till exempel Japans Inochi-no-denwa och Sveriges MIND. Bägge organisationerna har gratis telefontjänster, är styrda av volontärer och är öppna dygnet runt, dock inte alla telefontjänster i alla regioner för Inochi-no-denwa (FIND 2010a)(Mind u.å.c).

Skillnader

Det finns även många skillnader mellan Sveriges Förslag till nationellt program för suicidprevention och Japans General Principles of Suicide Prevention. Ett exempel är att Sverige har en självmordspreventiv strategi för att främja mindre gynnande grupper i samhället, vilket inte General Principles of Suicide Prevention skriver någonting om. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut skriver att målet är att införa en politik som främjar minskade sociala skillnader och där ungdomar redan i förskolan ska ha förutsättningar att utveckla goda kompetenser (2006, s.18). Det närmaste man kan komma denna åtgärd i General Principles of Suicide Prevention är att insatser för att stoppa mobbing planeras (Naikakufu 2012, s.24), dock kan detta endast kopplas till skolan.

En åtgärd som det japanska regeringskansliet har som avsikt att införa, men som inte Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut tar upp är att främja mentalhälsovårdens policy när det gäller arbetsplatserna (Naikakufu 2012, s.18). I bland annat den fjärde strategin i General Principles of Suicide Prevention skrivs det att instanser för rådgivning om mentala hälsoproblem ska främjas, vilket inte Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut inte tar upp (Naikakufu 2012, s.19). Det japanska regeringskansliet skriver även under andra strategier än den fjärde om främjandet av mentalrådgivning som självmordspreventiv åtgärd. Till exempel under den tredje strategin skrivs det att rådgivning till personer med höga skulder ska främjas (Naikakufu 2012, s.17).

Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut skriver som andra strategi att alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid måste minskas, genom att införa ”en nationell alkoholpolitik

som reducerar alkoholkonsumtionen” (2006, s.19). Trots att det japanska regeringskansliet nämner att alkohol- eller drogberoende planeras att motverkas (Naikakufu 2012, s.21), har Sveriges program för självmordsförebyggande ett mycket större fokus på åtgärden att minska alkoholintag.

Det japanska regeringskansliet har en strategi i General Principles of Suicide Prevention ägnad åt att ”förhindra personer som har gjort självmordsförsök att åter försöka begå självmord”, något som inte direkt fokuserar på i Förslag till nationellt program för suicidprevention. Dock nämner Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut att ”personer med depression är ofta obehandlade eller underbehandlade även efter ett suicidförsök”, och sedan fortsätter skrivelsen som sådan: ”underbehandlade och obehandlade grupper bör identifieras och ges adekvat behandling”, något som tyder på att Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut syftar till att förhindra återupprepade självmordsförsök (2006, s.22-23).

En annan metod eller strategi som det japanska regeringskansliet fokuserar på men som inte Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut använder som självmordsförebyggande åtgärd är ”förbättrandet av stöd till efterlevande”, genom att bland annat förbättra stödet till självhjälpsgrupper för efterlevande (Naikakufu 2012, s.25-26). Dock kan man tänka sig att trots att Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut inte direkt nämner att de ska stödja efterlevande, väljer de att stödja SPES, vars mål bland annat är att ge stöd och hjälp till efterlevande (2006, s.26).

5. Diskussion

Det resultat som jag fått fram i denna uppsats bör tolkas med en viss försiktighet. Jag stötte på vissa språkliga barriärer när jag läste det japanska regeringskansliets självmordsförebyggande program, och eftersom jag inte har japanska som modersmål kan det finnas en liten risk på tolkningsfel. Dock har jag försökt hålla mitt språk så nära originaltexten som möjligt, genom att bland annat översätta ordagrant, men samtidigt har jag även strävat efter att i möjligaste mån uttrycka mig på idiomatisk svenska.

Något jag anser vara intressant med mitt resultat var att se hur Sverige och Japan väljer att prioritera när det kommer till självmordspreventiva åtgärder, vilket kan säga mycket om våra samhällen. Till exempel lägger Sveriges nationella självmordspreventiva program mycket fokus på åtgärden att minska alkoholkonsumtionen medan Japan lägger mer fokus på att till exempel förbättra mentalvården för offer som varit med om katastrofer. En fråga som väcktes under det att uppsatsen växte fram var ifall Sverige har åtgärder som kunde appliceras på Japan, och ifall Japan har åtgärder som Sverige kunde använda sig av. Dock, eftersom Sverige och Japan har så olika kulturer och samhällen, skulle det vara svårt för mig att komma längre än att bara hypotisera.

Angående programmens upplägg så gav Sveriges självmordspreventiva program en bredare bild och använde dessutom ofta forskning som bakgrund för att förklara varför en viss åtgärd behövdes, vilket Japans program sällan gjorde. Japans program gav dock en mer detaljerad bild, genom att lägga in upp till tretton metoder under varje strategi som ofta förklarade med konkreta förslag om hur man för varje strategi skulle

gå till väga. På grund av dessa skillnader kan mitt språk uppfattas annorlunda när jag skrev om de japanska strategierna, jämfört med språket som beskrev de svenska strategierna. Dessutom fanns det flera liknande eller samma metoder som stod under flera olika strategier i General Principles of Suicide Prevention, vilket kan få som konsekvens att min analysdel om Japans förebyggande åtgärder kan uppfattas som repetitiv inom vissa delar.

Trots att Sveriges självmordspreventiva program hade mer forskning bakom åtgärderna har det skett drastiska minskningar i självmordsstatistiken i Japan mellan åren 2004 och 2014. Efter 2007 sker det inga öknings, utan självmordsantalet sjunker ständigt för varje år. Detta kan vara ett resultat av Japans självmordspreventiva lag, ”Basic Act for Suicide Prevention”, vilket Okamoto (2007) beskriver i sin uppsats om hur lagen förändrade synen på självmord, något som tidigare endast sågs som ett individuellt problem, men som nu kom att ses som ett samhällsproblem som alla berörda myndigheter var tvungna att ta ansvar för (s.1, 20).

En annan tänkbar orsak till minskningarna av Japans självmordsstatistik efter 2007 kan vara Japans självmordspreventiva program, General Principles of Suicide Prevention, vilket blev infört just år 2007. Det skulle ändå vara intressant att i vidare forskning mer konkret undersöka varför antalet självmord i Japan sjunkit med åren medan det inte sker några märkvärdiga ändringar i Sveriges självmordsstatistik.

Jag hade tänkt undersöka och analysera eventuella uppföljningar av Japans och Sveriges självmordspreventiva program, för att bland annat se vilka strategier och metoder som genomförts. Det hade dock inte gjorts någon uppföljning till ”Förslag till nationellt program för suicidprevention”, vilket kan bero på att Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut väntar med uppföljningen till 2020, då målet var att sänka antalet självmord tills dess.

En annan sak som jag vill ta upp är angående den fjärde tabellen: *Självmord i Japan 2004-2013 efter kön respektive ålder*. Anledningen till att jag uteslöt statistiken från 2014 från tabellen är att det inte fanns någon data eller någon tabell för självmorden i Japan 2014, som kategoriserade åldrarna på samma sätt som Socialstyrelsens Dödsstatistik gör. Japans Hälso-, arbets- och välfärdsministerium hade tidigare kategoriserat på samma sätt som Socialstyrelsen, men efter 2013 verkar detta ha förändrats.

Något annat som jag vill poängtera är att vissa källor, angående den japanska självmordsstatistiken, har olika resultat. I denna uppsats tar jag upp ”det japanska regeringskansliets råd för självmordsförebyggandes” ”Självmordsläget år 2014” som jag använder som tabell 3, och Hälso-, arbets- och välfärdsministeriets ”Befolkningsstatistik” som jag använder som tabell 4. Även om det inte må vara uppenbart så varierar det totala självmordsantalet mellan de olika undersökningarna, dock endast med en liten marginal.

Eftersom jag i denna uppsats valde att fokusera på de nationella självmordspreventiva programmen i Japan och Sverige skulle jag som vidare forskning vilja undersöka mer om olika typer av självmordsförebyggande organisationer och deras åtgärder. Jag skulle då även ta upp stora organisationers självmordsförebyggande åtgärder, såsom hos Sveriges BRIS och hos Japans Ikiru, något som jag inte har analyserat i denna uppsats, eftersom BRIS inte endast fokuserade på självmord, och Ikiru inte är en privat organisation.

En annan mycket intressant fråga som det skulle kunna forskas vidare om är hur det japanska samhället ser

på självmord gentemot hur det svenska gör det. Finns det till exempel något samband mellan självmordstalet i dagens Japan och dess mer självmordsaccepterande historia, vilken skiljer sig från den inställning som varit rådande i Sverige? Skulle det vara möjligt att dra paralleller mellan dagens självmordstal i Sverige och Japan och den syn på självmord som funnits genom åren i de respektive länderna? Förmodligen kan man här få många intressanta svar genom att bland annat undersöka ”seppuku’s”² historia för att därefter göra en jämförelse med Sveriges kristna, icke-självmordsaccepterande historia.

6. Slutsats

Såsom framkommit i resultatet av min studie finns många likheter och skillnader mellan Japans och Sveriges självmordsförebyggande åtgärder. Exempelvis fokuserar både Japans och Sveriges självmordsförebyggande program på att: minska tillgänglighet till medel och metoder för självmord, sprida kunskap om självmord, förbättra stödet till hälsovården, förbättra kompetenser hos/utbilda personal, och att stödja frivilligorganisationer/privata organisationer. När det gäller skillnader fokuserar Japan på att förebygga självmord genom att bland annat fokusera på mentalhälsovårdens policy när det gäller arbetsplatserna, och främja rådgivandet om mentala hälsoproblem och personer med höga skulder, medan Sverige gör satsningar på förebyggande åtgärder såsom bland annat: främjandet av mindre gynnade grupper i samhället och att minska alkoholkonsumtionen hos befolkningen och i högriskgrupper för självmord.

Trots de många likheterna mellan Japans och Sveriges självmordsförebyggande program har Japans program visat sig vara mycket mer framgångsrikt. Här skiljer sig ländernas självmordsstatistik åt, i den mån att Japans självmordsantal minskade med 21,3 procent mellan 2004 och 2014, medan Sveriges självmordstal under de tio åren i stor del förblev oförändrat.

7. Sammanfattning

Denna studie undersöker vilka självmordspreventiva åtgärder som finns i Japan och Sverige, hur dessa skiljer sig åt, samt hur självmordsstatistiken såg ut i bägge länderna mellan år 2004 och 2014. För att besvara frågeställningen: ”Vilka förebyggande åtgärder mot självmord finns det i Japan och i Sverige och hur skiljer sig dessa åt?”, har jag valt att använda mig av en strukturalistisk teori med inslag av komparativ metod för att analysera Sveriges ”Förslag till nationellt program för suicidprevention”(2006), samt jämföra den med Japans ”General Principles of Suicide Prevention”(2007).

Även om Sverige hade betydligt färre självmord och lägre SM-tal än Japan, sänktes antalet självmord i Japan med 21,3 procent mellan åren 2004 till 2014, medan det inte skedde några stora förändringar vad gäller antalet självmord i Sverige. Genom att undersöka Japans och Sveriges självmordspreventiva program

² Seppuku = traditionell japansk självmordsmetod, mer känd som ”Harakiri”

hittade jag diverse likheter och skillnader mellan de självmordsförebyggande åtgärderna. Likheterna var att både Japan och Sverige fokuserar på att minska tillgänglighet till medel och metoder för självmord, sprida kunskap om självmord, förbättra stödet till hälsovården, förbättra kompetenser hos/utbilda personal, och att stödja frivilligorganisationer/privata organisationer. Exempel på skillnader var att Sverige bland annat hade som åtgärd att stödja främjandet av mindre gynnade grupper i samhället och att minska alkoholkonsumtionen hos befolkningen och i högriskgrupper för självmord, medan Japan bland annat valde att fokusera på hälsovårdens policy på arbetsplatserna och främjandet av rådgivning om mentala hälsoproblem och personer med höga skulder.

8. Källförteckning

Akazawa, M. (2010). [Suicide Countermeasures in Japan]. Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry. Kwansai Gakuin University.

Bouvin, E. 2015. Ny telefonlinje ska förhindra självmord. *DN*. 16 oktober.
<http://www.dn.se/nyheter/ny-telefonlinje-ska-forhindra-sjalvmord/> (Hämtad 2016-05-02)

FIND (The federation of Inochi No Denwa Inc.). (2010).
a: <http://www.find-j.jp/free.html> (Hämtad 2016-05-15)
b: http://www.find-j.jp/about_history.html (Hämtad 2016-05-15)

