

Nr 29

Av herr **Sörenson m. fl.**, om inrättande av ett institut för förebyggande av självmord.

(Lika lydande med motion nr 82 i Andra kammaren)

I Sverige berövade sig år 1967 1 702 människor livet. Samma år omkom 1 156 människor genom motorfordonsolyckor. Dödstalet för självmord var alltså år 1967 47,2 % högre än dödstalet för trafikolyckor. Någon statistik gällande antalet ej fullbordade självmordsförsök och antalet trafikskador, som behandlas på sjukhusen, finns veterligen inte. Erfarenhetsmässigt vet vi emellertid, att stora pengar måste läggas ner på botande och rehabilitering av trafikskador medan föga eller intet ställs till förfogande för bekämpande av självmord och rehabilitering av dem, som ej lyckats i sina självmordsförsök.

En måttlig ökning av självmorden i vårt land under 60-talet kan observeras. År 1960 var antalet självmord på 100 000 innevånare 17,4 och år 1961 16,9. År 1966 hade antalet självmord stigit till 20,0 per 100 000 innevånare och år 1967 var motsvarande tal 21,6. Sverige ligger högt i den internationella självmordsstatistiken, enligt WHO:s siffror från 1964 (senast tillgängliga tal) på femte plats bland europeiska länder.

Ett studium av självmordsstatistiken ger anledning att undra varför så många människor i ett så jämförelsevis lugnt och rikt land som vårt icke orkar med livet utan gör slut på det, med andra ord varför relativ rikedom icke ger trygghet och lycka. Skälet härtill är troligen inte välfärden utan allvarliga brister i den mänskliga samlevnaden trots vår välfärd.

Statistiska betraktelser torde icke leda särskilt långt då fråga är att förstå och söka hjälpa självmordshotade människor. Det borde vara till fyllest att veta, att cirka fem människor per dag finner livet outhärdligt och gör slut på sina lidanden genom självmord, för att ett ansvarigt handlande skall komma till stånd.

Samhället kan, då frågan gäller självmord, icke stå likgiltigt eller avvaktande. Vi söker genom kraftiga kapitalinsatser och god expertis förebygga stora folksjukdomars dödande härjningar. Samma ansvar gäller de människor som vill beröva sig livet.

Vi står icke till svars med att hänvisa till bristande insikt om den mänskliga problematiken bakom självmorden och lämpliga åtgärder. Icke heller är det till fyllest att hänvisa till de öppna mottagningar som fungerar eller planeras i anslutning till mentalsjukhusens psykiatriska kliniker. Birgitta Bluncks ord i antologin "Självmord" (1968) gäller här: "I den deprimerades trakter blir sinnet enkelt, na-

ket och skört som det lilla barnets; där förstår man inte Om en stund, En annan gång, Vi får se, I morron, Ehuru, Emedan, Emellertid I de trakterna förstår man bara Ja och Nej, Nu och Med detsamma; det som inte sker spontant och i ett obrutet sammanhang har inget värde för den ledsne, det får ingen effekt på hans svartsyn."

Man vet, att om en självmordshotad person får kontakt med en annan människa så sjunker risken för självmord till en bråkdel av vad den var före en sådan kontakt. Främst i USA men också i England har man tagit vara på denna insikt och utvecklat en antisjälvmordsverksamhet. I dag finns ett fyrtiotal antisjälvmordscentra i USA. Här finns ett rikt erfarenhetsmaterial att bruka. Härtill kommer flera moderna böcker, som redovisar vederhäftig vetenskaplig insikt i självmordets bakomliggande problematik. I oktober 1967 gjordes ett studiebesök i USA av en överläkare och två kuratorer från Södersjukhuset (dr Ruth Ettliger och kuratorerna Inger Bloom och Marianne Wistrand). En rapport om iakttagelser från arbetet med "Suicide Prevention Centers" avgavs. Där redovisades bl. a. intryck från "Center for Study of Suicide Prevention" (CSSP). Detta center startades år 1967 i avsikt att studera suicidfrågor och samordna skilda aktiviteter i USA gällande forskning, undervisning och omedelbar hjälp i självmordshotande situationer. En ny forskningsgren har skapats, suicidologi, läran om suicider och hur man skall förebygga dem. Institutets första chef var dr Edwin Schneidman, pionjär på området. Med sina medarbetare har han lagt upp ett tiopunktsprogram för USA:s suicidprofylaktiska verksamhet. Programmet återges här efter ett referat av Kerstin Vinterhed i "Självmord".

1. President Kennedy införde lagar om att ett s. k. "Mental Health Center" skulle införas i varje "community". Vid varje sådant center skulle också självmordsförebyggande verksamhet bedrivas. CSSP försöker nu stimulera varje "community" att inrätta ett "Suicide Prevention Center".

2. Särskilda program för läkare, poliser och andra om hur man lär sig känna igen självmordets förstadier och på så vis hinner ingripa i tid. Man vet t. ex. att 64 % av alla suicidanter har besökt en kroppsläkare inom fyra månader före självmordet. Informationen sprids genom broschyrer, film och tidskrifter.

3. Massupplysningsprogram i skolorna, TV, press och med hjälp av annonser, broschyrer och plakat planeras. Detta är det svåraste projektet, och man har börjat med att jämföra hur man lär människor att känna igen tidiga symtom på cancer.

4. Uppföljning av människor, som gjort självmordsförsök. Många självmordskandidater "lyckas" första gången, men det vanligaste mönstret är att självmordet föregåtts av ett eller flera självmordsförsök.

5. Forskning och utbildning genom "National Institute for Mental Health". Aktuella forskningsfält: Självmord bland barn och ungdom, självmord och interper-

sonella relationer, studier av olyckshändelser, mord och självdestruktiv livsstil, självmord och allvarlig sjukdom.

6. Kvalitativ förbättring av suicidstatistiken. Man vill få fram enhetliga normer som bas för självmordsstatistiken över hela USA och även internationellt.

7. Utbildning om grundläggande idéer, fakta och erfarenheter angående självmordsprofylax har hösten 1967 startats vid John Hopkins Hospital i Baltimore. Kursen tar ett år och står öppen för läkare, psykologer, pastorer, sjuksköterskor och socialarbetare. Den leder fram till ett "fellowship" i suicidologi.

8. Mera kontakt och samarbete med andra organisationer inom andra ämnesområden för att gynna tillkomsten av nya idéer och aspekter på självmordsproblematiken.

9. Att följa upp efterlevande anhöriga till människor som begått självmord. Ett självmord påverkar alltid de efterlevande på något sätt och man vill lära sig förstå och förebygga ogynnsamma effekter.

10. Ett program för att värdera effekten av självmordsförebyggande arbete i samarbete med sociologer, statistiker, epidemiologer och andra. Målet är att eliminera förutsättningar för självmord, att effektivt behandla människor med självmordstankar och att ta hand om de efterlevande.

Ovanstående program har redovisats för att visa hur en självmordsprofylaktisk verksamhet i kombination med studier av problematiken kring självmord kan läggas upp. Stora, obearbetade arbetsuppgifter förestår och möjligheter till praktisk hjälp långt utöver vad som f. n. erbjuds föreligger.

Tiden synes nu vara inne för vårt land till handling på berörda område. Ett anti-självmordscentrum bör inrättas. Detta centrum bör dels ägna sig åt profylaktisk verksamhet, dels åt forskning och utbildning. Hur ett sådant centrum i detalj skall utformas kan icke här anges. Ovan angivet program torde emellertid i tillämpliga delar kunna tjäna som förebild. Av vikt är att detta centrum är "öppet", fristående från sjukhus och öppet dygnet om. Dess första tid torde få ses som försök. Fastare former för verksamheten torde växa fram ur erfarenheten. Ambitionsgraden blir givetvis beroende av storleken av de resurser, ekonomiskt och personellt, som ställs till förfogande.

Här må framhållas att riksdagen i våras beslöt att i skrivelse till Kungl. Maj:t ge den meningen till känna, att en "utbyggnad av den psykiska hälsovården i takt med ett ökat behov kan betyda att en prioritering av ekonomiska resurser och utbildningsmöjligheter . . . måste ske" (med anledning av allmänna beredningsutskottets utlåtande nr 21/1968). Denna prioritering synes på ett naturligt sätt böra tillämpas då frågan gäller här aktualiserade område.

Ett problem, som i korthet må beröras, gäller terminologin. Orden "självmord" och "självmördare" är negativt värdeladdade. Om möjligt bör andra ord finnas.

Det svenska språket synes emellertid bjuda få möjligheter till nybildning av adekvata ord. I viss litteratur har anglikanska ord försvenskats. Man talar sålunda om "suicid" och "suicidanter". Det är möjligt att dessa ord kan vinna burspråk i vår vokabulär och därmed avlasta de aktuella personerna och deras handlingar de nu använda ordens negativa värdeladdning. Ett anti-självordscentrum enligt ovanstående förslag torde få anledning att ägna också den traditionella vokabulären uppmärksamhet.

Det förslag, som härmed framlägges, gäller en första ansats med ett anti-självordscentrum (ev. kallat anti-suicidcentrum). Det förefaller naturligt att staten bär ansvar för såväl verksamhetens utformning som för de med verksamheten förbundna kostnaderna. Då de flesta självmorden helt naturligt begås i storstadsregionerna bör Stockholm, Göteborg eller Malmö utväljas som försöksplats. Om ett upprättat centrum slår väl ut bör verksamheten snabbt utbyggas. Tänkbart är att landstingen då bör bli huvudmän. Denna fråga hör emellertid till ett senare skede i en utveckling som snarast bör komma till stånd.

Med stöd av vad som ovan anförts hemställer vi,

att riksdagen måtte besluta att ett anti-självordscentrum enligt i motionen skisserade riktlinjer måtte inrättas och att kostnaden för ett sådant centrum tills vidare måtte bestridas från statskassan.

Stockholm den 14 januari 1969

Joel Sörenson (fp)

Gunvor Stenberg (m)

Torsten Bengtson (cp)

Elvy Olsson (cp)

Per Blomquist (m)

Ruth Hamrin-Thorell (fp)
