

# Vårdprogram

## om suicidprevention för vuxna

### Tre viktiga budskap till primärvården

- Våga fråga
- Dokumentera suicidriskbedömningen
- Samverka med närstående

### Tre viktiga budskap till psykiatri

- Dokumentera suicidriskbedömningen
- Alla patienter som gjort suicidförsök ska bedömas av psykiatri inom ett dygn
- Alla patienter som gjort suicidförsök bör erbjudas uppföljning under minst ett år

## *Arbetsgrupp*

Lindström Kjell; Distriktsläkare, Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping  
(ordförande)

Elofsson Bodil; Psykiatrisjuksköterska på vårdcentral, Jönköping

Ferm Margit; Representant för patient och anhörigföreningen SPES, Jönköping

Fritzell Karin; Psykolog, Värnamo

Hammarén Monika; Psykiatriker, Jönköping

Isaksson Sonny; Skötare, Eksjö

Mauritz Maria; Distriktsläkare, Jönköping

Petersson Annika; Vårdutvecklare psykiatri, Jönköping

Rapakko Jouko; Vårdenhetschef psykiatri, Eksjö

Rydin David; Bitr. verksamhetschef/leg psykoterapeut, Värnamo

Thelander Angelika; Vårdcentralskurator, Jönköping

Vårdprogram för Landstinget i Jönköpings län är fastställt i  
programgrupp primärvård, 2005  
programgrupp psykiatri, 2005

Reviderad augusti 2007

## Sammanfattning

- Alla suicidnära patienter som kommer till hälso- och sjukvården ska oavsett vårdnivå genomgå en bedömning av suicidrisken. Denna bör upprepas vid flera tillfällen tills patienten bedöms vara ur farozonen.
- En suicidnära patient ska alltid erbjudas och rekommenderas en psykiatrisk kontakt. Hög eller svårbedömd suicidrisk bör medföra inläggning och psykiatrisk vård.
- Patienter som får somatisk akutvård efter ett suicidförsök ska få en psykiatrisk bedömning så tidigt som möjligt, dock senast innan han/hon lämnar sjukhuset.
- Den akuta omvårdnaden av en suicidnära patient ska syfta till att garantera patientens säkerhet och till att skapa en god relation. En patient som har gjort ett suicidförsök bör inte lämnas ensam förrän en suicidriskbedömning har gjorts.
- En suicidnära person som avviker innan bedömning gjorts ska kontaktas och erbjudas snar tid för mottagningsbesök alternativt hembesök. Ibland kan kontakt med närstående och även polishandräckning behövas.
- Varje suicidnära patient ska utredas med avseende på psykiatriska och somatiska diagnoser samt psykosocial situation.
- Behandling av en suicidnära patient inriktas på eventuell psykiatrisk grundsjukdom och viktiga psykosociala faktorer och bör innefatta samtalsterapeutisk kontakt. En vårdplan skall upprättas.
- I vårdplanen ska behovet av personkontinuitet ägnas särskild uppmärksamhet. Patienternas behov av individualisering och flexibilitet i vården ska beaktas.
- Den suicidnära patienten skall informeras om vikten av kontakt mellan vårdgivare och de närstående. Närstående bör engageras i vården och i vårdplanens utformande, om inte starka skäl talar emot.
- Om en patient tar sitt liv ska de närstående erbjudas kontakt för information och krisstöd. De efterlevande ska så långt möjligt få alla fakta om dödsfallet. De bör också få stöd i att se den döde och hjälp att tala med varandra så att viktiga händelser och bakgrundsfaktorer lyfts fram.
- Om en patient tar sitt liv, ska berörd personal ges tillfälle till debriefing i grupp. En händelseanalys skall göras.
- Fungerande rutiner för insatser vid hotande och fullbordat suicid måste finnas mellan polis, räddningstjänst, sjukvård och andra berörda myndigheter. Polisen koordinerar akuta åtgärder efter larm via 112.

# Innehållsförteckning

Bakgrund.....	1
Den suicidala processen.....	3
Förebyggande åtgärder .....	4
Diagnostik.....	5
Suicidstegen (se detaljerad version i bilaga 1).....	5
Statistiska riskfaktorer .....	5
Risksituationer och bakgrundsfaktorer .....	6
Skyddsfaktorer .....	6
Arbetsätt .....	7
Behandling .....	8
Målsättning .....	8
Viktiga faktorer i bemötandet av den suicidnära patienten .....	8
Akut krisomhändertagande efter suicidförsök .....	8
Vårdplan.....	8
Omvårdnad.....	9
Medicinsk behandling.....	9
Psykoterapi och stödsamtal.....	9
ECT.....	9
Legala aspekter/vapen.....	9
Uppföljning.....	10
Suicid och äldre .....	11
Närstående .....	11
Vårdnivå – remittering.....	12
SOS-Alarm.....	12
Primärvård .....	12
Somatisk akutsjukvård.....	13
Psykiatri .....	13
Inläggning på psykiatrisk klinik .....	13
Fullbordat suicid .....	13
Medverkan/anhörigkontakter i samband med suicid.....	13
Omhändertagande av vittnen .....	13
Debriefing .....	13
Avvikelsehantering .....	14
Kvalitetsuppföljning .....	14
Referenser .....	16
<b>Bilagor</b> .....	<b>17-28</b>

## Bakgrund

Jönköpings läns landsting har i nuvarande flerårsplan angivit som ett mål att antalet vårdprogram som tillämpas ska öka. Föreliggande vårdprogram har tagits fram genom ett brett samarbete mellan primärvård och psykiatri i de tre sjukvårdsområdena och med förankring i respektive medicinska programgrupp. Representant för anhörigorganisationen SPES – Riksorganisationen för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd har också deltagit.

Förhoppningen är att vårdprogrammet skall leda till förbättrad samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri och att kvaliteten och kostnadseffektiviteten i vården ska höjas.

Detta vårdprogram handlar om suicidproblematik hos vuxna. När det gäller barn och ungdomar finns 'Nationella riktlinjer för vård och behandling av suicidala ungdomar och deras familjer' och ett lokalt vårdprogram för Jönköpings län är under utarbetande. Vidare finns ett utbildningsprogram 'Livslustarbete med barn och ungdomar' som vänder sig till verksamheter för barn och ungdomar inom kommunerna och landstinget.

Vi har valt att i texten försöka undvika termen självmord, som kan ge felaktiga associationer. Vi använder istället begreppen suicid och suicidalitet och det svenska uttrycket "tagit sitt liv".

*Suicid* är en medveten, uppsåtlig, självförvållad, livshotande handling, som leder till döden. *Suicidförsök* är en livshotande eller skenbart livshotande handling, som en person gör i avsikt att sätta sitt liv på spel eller göra intryck av en sådan avsikt, men som inte leder till döden.

Med *suicidnära* patienter avses personer som under det senaste året har gjort suicidförsök, eller som har allvarliga suicidtankar och där suicidrisk bedöms föreligga under den närmaste tiden, eller som utan att ha allvarliga suicidtankar på grund av omständigheterna i övrigt bedöms vara i farozonen för suicid.

Trots att antalet suicid har minskat med 20% sedan 70-talet tar varje år ca 1500 personer sitt liv i Sverige. I Jönköpings län inträffar varje år 50-60 fullbordade suicid, varav 0-2 är barn under 15 år. För varje fullbordat suicid räknar man med ca 15 gånger så många suicidförsök. Suicid är den vanligaste dödsorsaken för män och den näst vanligaste hos kvinnor i åldrarna 15-44 år. Gruppen medelålders (45-64 år) har det högsta suicidtalet. Suicidförsök är vanligast hos kvinnor och yngre personer.

Valet av metod påverkas av kulturella förebilder och uppfattningar samt av tillgången till olika suicidmedel. I Sverige har förgiftningar med fasta och flytande ämnen sedan länge tätplatsen – de svarar för en tredjedel av samtliga suicid under 1990-talet, följda av hängningar som svarar för ca en fjärdedel. Män väljer oftare mer drastiska metoder än kvinnor.

Över 80% av de som suiciderat har sökt vård någon gång under de senaste sex månaderna innan man tagit sitt liv. Det är en viktig uppgift för sjukvården att identifiera och erbjuda dessa personer hjälp. Suicidnära personer kan uppleva känslor av hopplöshet, meningslöshet, värdelöshet och ensamhet, vilket kan hänga samman med deras speciella sårbarhet, aktuella händelser eller tidigare upplevelser. Tankar på suicid kan

ibland vara en signal om hotande sammanbrott, men kan också fungera som tillfällig ångestlindring.

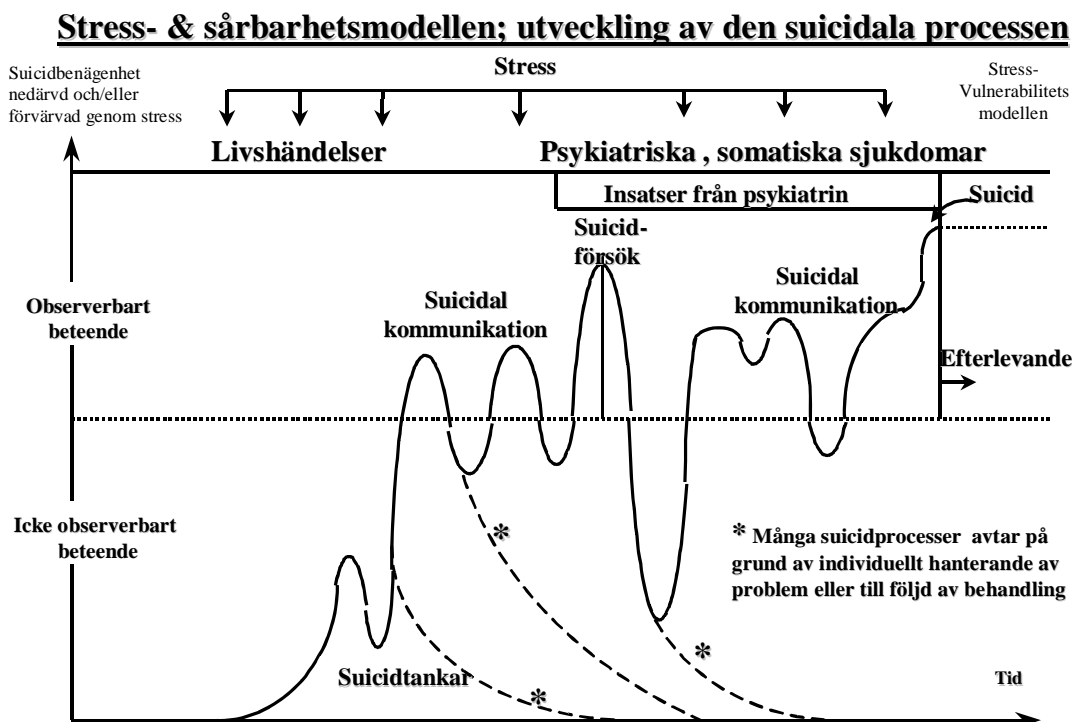
Drygt hälften av dem som begår suicid har någon gång haft kontakt med psykiatrisk vård. Många suicidnära, deprimerade personer har antingen inte sökt vård, blivit fel-diagnostiserade eller otillräckligt behandlade. Enligt retrospektiva undersökningar har mer än nio av tio av dem som suiciderat uppvisat tecken på psykisk störning vid tiden för suicidet. De allra flesta har varit deprimerade. 10-15% av dem som dör i suicid har uppvisat tecken på krisreaktion.

De enskilt största riskfaktorerna för suicid är tidigare suicidförsök och psykisk sjukdom. Det är dock en myt att de flesta som gjort ett suicidförsök till sist suiciderar. 85-90% kommer inte att dö av suicid. Det är också en myt att de personer som talar om suicid inte tar sina liv. Istället är det så att dessa personer i högre omfattning gör suicidförsök och tar sina liv.

De flesta suicidnära personer är mycket ambivalenta om de vill leva eller dö. Människans livsvilja är stark, och även hos självmordsnära personer överväger livsviljan mestadels. Endast under kortare stunder kan dödsviljan vara starkare. När en psykiskt sjuk och/eller sårbar person utsätts för svår psykosocial stress och/eller det vanliga sociala skyddsnätet faller bort eller saknas, kan suicid framträda som en utväg. Suicidhandlingar kan vara relaterade till låg impuls kontroll, oförmåga att upprätta varma relationer eller att ta emot hjälp från omgivningen. Tillgång till behandling och möten med människor som kan gå in i en dialog med den suicidnära personen är faktorer som kan påverka om utgången blir död eller överlevnad.

## Den suicidala processen

Den suicidala processen beskriver utvecklingen från de första allvarliga suicidtankarna via eventuella suicidmeddelanden och suicidförsök till fullbordat suicid. Interaktionen mellan biologiska, psykologiska och sociala förutsättningar, då individen utsätts för kronisk stress, spelar stor roll för utvecklingen av den suicidala processen.



D. Wasserman "Suicide – An unnecessary death" Martin Dunitz London 2001

Den suicidala processen påverkas även av individens förmåga att kunna be om och ta emot hjälp samt av omgivningens och hälso- och sjukvårdspersonalens förmåga att känna igen och ta den suicidalnära personens suicidala kommunikation på allvar. Den här processen är oftast flera år lång. Bland yngre kan den vara kortare. Det finns alltså möjligheter att under tiden upptäcka, ingripa och hjälpa människor att ändra processens förlopp.

## Förebyggande åtgärder

Suicidproblem är inte bara ett medicinskt problem utan har också samband med livs-åskådning och kulturella faktorer samt problemområden som missbruk, avbrott i viktiga relationer, sociala missförhållanden, ekonomiska problem, olycksfall och våld. Goda förutsättningar för hälsa och tillfredsställelse i livet är relationer, socialt nätverk, boendemiljö, arbete, fritid, samt en förmåga att se sammanhang och mening med tillvaron. Viktigt är också att kunna hantera olika svårigheter som uppstår i livet.

- Det är sjukvårdens uppgift att tidigt *identifiera och behandla riskgrupper*. Depression, missbruk och krisreaktioner förekommer i omkring tre fjärdedelar av suiciden och måste uppmärksammas.
  - Depressioner intar en nyckelposition. Att alltid beakta risken för suicid i diagnostik och behandling bidrar till att minska risken för suicid. Risken för suicid ökar vid ofullständigt behandlade depressioner.
  - Krisreaktioner kan avhjälpas med hjälp av samtalsstöd. Om man finner alternativa, mindre destruktiva lösningar kan suicidprocessen avbrytas.
  - Risken för suicid vid schizofreni och andra psykoser är väsentligt förhöjd. Depression är vanlig efter ett psykotiskt skov. Ofta förekommer känslor av skuld, skam, stigmatisering och hopplöshet samt svårigheter med att kontrollera sig själv och förluster i det vardagliga. Behandling med antidepressiva läkemedel är ibland ett viktigt komplement till den antipsykotiska terapin.
- Det är angeläget att alla hjälps åt att *minska tillgänglighet och farlighet av suicidmetoder* t.ex. tillgången i hemmet till farliga läkemedel och vapen (se vidare sid.11). Sjukvårdspersonalen bör göra närstående medvetna om detta.
- Det är också viktigt att *personal inom sjukvård, skola, kommuner och myndigheter samt allmänheten får ökad kunskap om suicidalitet*. Kunskap bidrar till att man kan komma in tidigare i förloppet och ökar möjligheterna att förhindra suicidhandlingar men också att förändra synen på dessa och därigenom bryta tystnaden och tabutänkandet, så att det blir naturligt att fråga om suicidtankar och suicidplaner.



## Diagnostik

Samtalet är det viktigaste verktyget när man gör en bedömning av en persons suicidrisk. Att fråga en patient om suicidtankar framkallar inte suicidhandlingar.

Här kan den så kallade suicidstegen användas och frågorna bör gälla både aktuell och tidigare suicidalitet. Personer som gjort suicidförsök löper en tiofaldigt ökad risk att dö på grund av suicid, och de första sex månaderna efter ett suicidförsök är de mest kritiska. Det är viktigt att följa suicidtankarnas uppkomst samt deras utveckling för att försöka förstå vilka situationer och faktorer som höjer respektive sänker suicidrisken. Suicidala handlingar kan lättare uppstå när yttre stress kombineras med individens inre sårbarhet.

Med hjälp av suicidstegen får vi kliniskt värdefull information men vi kan ändå inte förutsäga vilken enskild individ som kommer att göra ett suicidförsök eller ta sitt liv.

### **Suicidstegen** (se detaljerad version i bilaga 1)

Suicidstegen anger ett antal frågor som bedömaren ställer till patienten för att få en bild av suicidrisken. Frågan om patienten på ett trovärdigt sätt svarar nekande.

*Nedstämdhet*

Är du deprimerad? Känns det hopplöst?

*Dödstankar*

Känns livet meningslöst?

Har du tänkt att det vore skönt att slippa leva?

*Dödsönskan*

Har du önskat att du vore död?

*Suicidtankar*

Har du haft tankar på att göra dig själv något? Att ta livet av dig?

*Suicidönskan eller impulser*

Har du tänkt att du vill ta ditt liv? Har du varit nära att försöka ta ditt liv?

*Suicidavsikter eller planer*

När har du tänkt att göra det? Var och hur?

*Suicidhandling*

Har du någon gång försökt ta ditt liv? När, var och hur?

### **Statistiska riskfaktorer**

- Kön
- Ålder
- Civilstånd

Män oftare än kvinnor.

Över 45-50 år oftare än under.

Frånskild, änka/änkling oftare än gifta och ogifta.

- Boende
- Arbete

Ensamboende.

Att vara utanför arbetslivet (arbetslöshet/sjukdom).

- Psykisk störning
- Somatisk sjukdom
- Tidigare suicidförsök

Depressiv sjukdom, missbruk, psykos m.fl.  
Kronisk, allvarlig, smärtsam.

Problemet med riskfaktorer är att de omfattar mycket breda befolkningsgrupper och att suicid också förekommer inom alla andra grupper. Dessa riskfaktorer kan därför tyvärr inte hjälpa oss att förutsäga suicid hos en enskild person, varken på kort eller lång sikt. Men de manar oss till uppmärksamhet, särskilt när flera av dem förekommer samtidigt.

*Psyisk sjukdom och tidigare suicidförsök är de två faktorer som innebär störst risk för suicid.*

### **Risksituationer och bakgrundsfaktorer**

Många situationer, somliga helt all dagliga och andra mer ovanliga kan göra känsliga personer mer mottagliga för depressivt upplevande och suicidtankar. Det viktigaste är ofta inte situationen i sig, utan hur personen upplever den.

- Upplevelse av ensamhet, tillfällig nedstämdhet, vrede bristande impuls kontroll.
- Inträde i eller utträde ur utvecklingsfas: puberteten, menopaus, åldrande
- Sömnstörning, trötthet.
- Förlust och hot om förlust: dödsfall, separation från en betydelsefull nyckelperson, förlora arbetet.
- Relationsproblem: skilsmässa eller hotande skilsmässa, gräl.
- Kränkningar: misslyckande i karriär eller familjeliv, indragning av körkort, ertappad för lagbrott och andra skamsituationer, beskyllningar och oförrätter.
- Aktualisering av minnen av tidigare kränkningar; incest, tortyr.
- Arbetslöshet, nedsatt arbetsförmåga, konflikter på arbetet men även återgång i arbete som kan leda till smärtsam konfrontation.
- Ekonomiska problem, konkurs.
- Alkoholpåverkan eller bakrus, begynnande abstinens.
- Försämring/återfall av psykisk sjukdom, men även förbättring som medför klarare insikt om sjukdomens allvar och större kraft att genomföra en självmordshandling
- In- eller utskrivning från psykiatrisk klinik.
- Erfarenhet av våld, antingen att ha blivit utsatt för eller att själv ha använt.
- Erfarenheter av suicid, antingen i den egna familjen eller bland vänner/arbetskamrater.
- Etnicitet: invandrare från länder med hög suicidfrekvens, flyktingar som hotas av utvisning.
- Att vara utlandsadopterade.
- Tidigare negativa erfarenheter av vård eller negativa förväntningar på vård.

### **Skyddsfaktorer**

Det finns åtskilliga faktorer som skyddar mot, eller minskar risken för, suicidförsök och suicid:

- Förmåga att kommunicera kring olika typer av svårigheter.
- Ett gott självförtroende.
- Känsla av gemenskap i familj, kamratgrupp, skola och kulturell grupp.
- Förmåga att skapa och vidmakthålla personliga relationer till både medmänniskor och professionella.
- Värderingar av kulturell eller religiös art med tabu inför suicidhandlingar.
- Upplevelse av mening och sammanhang i den egna livssituationen.
- Rädsla för kroppslig skada, smärta eller för långtidskomplikationer till följd av suicidhandling.

## Arbetsätt

- *Väg in statistiska risker*  
Titta på kön, ålder, civilstånd, boende, arbete, psykopatologi, suicidförsök och somatiska sjukdomar, se sid 5.  
Använd skattningsskalan ”Sad Persons Scale” (bilaga 2a) för att belysa de statistiska riskfaktorerna.
- *Kartlägg den suicidala processen med hjälp av suicidstegen*  
Beskriv och dokumentera både tidigare suicidalitet och aktuell suicidalitet helst under särskilda rubriker t.ex. suicidanamnes resp. suicidstatus i journalen. Beskriv och analysera suicidtankar, -planer och -försök.  
Suicidtankarnas uppkomst första gången: när, var, hur? Första suicidförsöket? Senaste suicidförsöket? Antal suicidförsök? Andra episoder av suicidalitet?  
Faktorer som påverkar suicidalitet: minskar/ökar? Vilka metoder har använts? Hur stor var sannolikheten att överleva respektive sannolikheten att någon ingrep.  
Bedöm bakgrundsfaktorer: problem/resurser/relationer? Lägg tonvikten på kärnproblemet och eventuella nyckelpersoner. Den växlande suicidrisken på grund av samband med tid, plats och situation bör också bedömas.  
”Scale for suicide ideation”, SSI (bilaga 2b), passar att använda i möten med en människa som ännu inte gjort ett suicidförsök.  
För att värdera ett aktuellt suicidförsök kan man använda Becks ”Suicidal intent scale”, SIS (bilaga 2c).
- *Efterforska suicidmeddelanden genom samtal med närstående*  
I efterhand har man funnit att cirka 80% av dem som tagit sitt liv har meddelat sina avsikter. Hur omgivningen då reagerat kan påverka det slutgiltiga beslutet.  
Suicidal kommunikation kan vara:
  - Direkt verbal:* ”Går du ifrån mig tar jag mitt liv”, att skriva avskedsbrev.
  - Indirekt verbal:* ”Jag kan inte leva på det här sättet”. ”Vi ses nog inte mer”. ”Jag ser ingen mening med livet”.
  - Direkt icke-verbal:* Samlar tabletter från olika läkare, skaffar ett rep, lägger en dammsugarslang i bilen.
  - Indirekt icke-verbal:* Betalar skulder, ordnar upp hemma, upprättar testamente, ger bort saker oväntat.Tal om död och hopplöshet kan vara en förvarning om suicidplaner. Det är viktigt att ta signaler på allvar, fånga upp dem, bedöma faran och skydda patienten mot sin självdestruktivitet.
- *Bedöm aktuell suicidrisk*  
Suicidrisken indelas i hög, svårbedömd och låg eller ingen risk (bilaga 3).  
Hög eller svårbedömd risk medför att särskild vaksamhet behövs och att ställningstagande till vård enl. LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård) bör göras (se information via länk i bilaga 7). Suicidriskbedömningar måste göras kontinuerligt eftersom risken varierar över tid. Dokumentera bedömningen i journalen
- *Vårdnivå*  
Hög och svårbedömd risk är indikation för inläggning på psykiatrisk klinik. En patient som efter ett suicidförsök vägrar psykiatrisk vård ska vårdintygsbedömas.  
Tänk på att patienten inte skall lämnas ensam då patienten överförs till psykiatrisk vård! Ställningstagande till tillsynsgrad skall ske efter lokala rutiner på respektive klinik.

## Behandling

I detta avsnitt beskrivs generell vård och behandling för att motverka suicid. Vid behandling av specifika bakomliggande orsaker t.ex. depression hänvisas till andra aktuella behandlingsdokument. Vårdprogrammen finns på landstingets intranät under hälsa och vård (*depressionsprogrammet*).

### **Målsättning**

- I första hand rädda liv.
- Bistå patienten i att utveckla och använda ett mer konstruktivt sätt att påverka sitt tillstånd och sin situation, särskilt att bemästra och uthärda svårigheter.
- Inrikta behandlingen på att förhindra framtida suicidförsök. Behandla effektivt för att återvinna full hälsa.
- Skapa samarbete med närstående. Aktivera de nätverk som finns runt patienten.

### **Viktiga faktorer i bemötandet av den suicidnära patienten**

Samtalet är viktigt i det relationsskapande arbetet med patienten. Merparten av suicidnära patienter har svårt att känna förtroende för andra människor och många är mycket lättkränkta. Många suicidnära patienter har svårigheter att förstå, hantera och reglera sina negativa känslor, och mycket som omgivningen kan uppfatta som manipulativt beteende är ett försök att undvika känslomässig smärta som kan upplevas outhärdlig. Förmågan hos personalen att härbärgera är mycket viktig; att orka lyssna och att stå för ett "vikarierande hopp". Pålitlighet och kontinuitet i kontakten är grundläggande. Andra viktiga förhållningssätt är att vara empatisk, ärlig och personlig men inte privat.

### **Akut krisomhändertagande efter suicidförsök**

- Den första och viktigaste uppgiften är att rädda liv.
- Det är angeläget att skapa en förtroendefull kontakt.
- Var inte dömande. Var beredd att lyssna och finnas till hands eftersom dessa patienter ofta kan uppleva känslor av mindervärdighet och skam och dessutom kan vara lättkränkta.
- Fokusera på det aktuella suicidförsöket. Försök att i detalj klargöra vad som skett både före och i samband med det. Detta hjälper patienten att få kännedom om sina egna sårbarhetsfaktorer och vad han/hon har svårt att hantera.

### **Vårdplan**

I vårdplanen för suicidnära patienter som används inom psykiatrien bör man särskilt beakta

- Åtgärder som skall vidtagas vid ökad suicidrisk, om patienten avviker eller inte kommer till avtalat möte.
- Vilken roll de närstående ska ha och hur samarbetet sker.
- Utvärdering och uppföljning.

Vårdplanen kan utformas som ett skriftligt behandlingskontrakt. Den bör innehålla beskrivning av patientens resurser, riskbedömning, lista över vad som ska åtgärdas och hur.

### **Omvårdnad**

Målet med omvårdnadsåtgärder för den suicidnära patienten är att skapa en bärande relation och att svara för patientens trygghet och säkerhet utifrån vårdplanen.

### **Medicinsk behandling**

Den farmakologiska behandlingen som riktas mot grundsjukdomen av suicidnära patienter måste individualiseras och drivas konsekvent och målmedvetet.

När *antidepressiva läkemedel* används i behandlingen rekommenderas täta kontakter och att små förpackningar av läkemedel skrivs ut. Särskild försiktighet gäller vid förskrivning åt gruppen unga vuxna. Överdosis av läkemedel är den vanligaste metoden vid suicidförsök och suicid. Vid behandling med antidepressiva läkemedel kvarstår risken för suicidförsök. Detta motiverar tät uppföljning när behandling inleds.

Hos alla patienter, och särskilt dem med en borderline-personlighetsstörning bör man vara försiktig med *bensodiazepiner* som kan minska impuls kontrollen vilket kan öka risken för suicid.

*Litium eller antiepileptika* är indicerat när det förekommer suicidala handlingar i samband med en recidiverande depression eller ett bipolärt syndrom. Litiumbehandling har visat sig minska suicidrisken men om behandlingen avslutas abrupt kan risken för återfall i grundsjukdomen öka.

*Klozapin* kan minska suicidalt beteende hos personer med schizofreni.

### **Psykoterapi och stödsamtal**

Psykoterapi, som kan beskrivas som en strukturerad form av samtalsbehandling, spelar en viktig roll vid behandling av personer med suicidala tankar vid personlighetsstörningar och depressioner.

Det finns flera olika former av psykoterapi ( bilaga 4). Mest effektforskning finns för kognitiv beteendeterapi, kognitiv psykoterapi och interpersonell terapi, som alla visat på god effekt vid bl.a. depression. Allmänt anses olika terapimodeller ha ungefär samma effekt, vilket troligen förklaras med att de trots sina olikheter har flera gemensamma faktorer.

Med stödsamtal avses en form av mindre strukturerade samtal, där behandlaren kan sägas vara mer stödjande, rådgivande, tröstande och styrande än i psykoterapi. Kontakten är flexibel avseende tid, plats och deltagare. Många olika personalgrupper kan erbjuda stödsamtal.

### **ECT**

Vid djupa melankolier, när den svårt deprimerade vägrar att äta och dricka eller vid påtaglig risk för suicidhandling kan ECT vara direkt livräddande. Vid terapieresistenta depressioner och psykotiska depressioner används ofta ECT, som är en bra behandling även för äldre.

### **Legala aspekter/vapen**

Om patienten bedöms vara olämplig att inneha skjutvapen skall den läkare som är ansvarig för vården (öppen resp. slutenvård) anmäla förhållandet till polismyndigheten

utan närmare prövning av om patienten innehar skjutvapen eller inte. Anmälan görs på särskilt formulär (bilaga 5).

Anmälan kan underlåtas endast i uppenbara fall. Patientens sjukdomshistoria eller läkarens personliga kännedom om patienten kan t.ex. vara sådana omständigheter som innebär att det står klart för läkaren att en anmälan inte behöver göras.

Skyldigheten att anmäla regleras i SOSFS 2003:18 *Läkares skyldighet att göra anmälan enligt 6 kap 6§ vapenlagen*.

### **Uppföljning**

Uppföljning av patienter som gjort suicidförsök eller haft allvarliga planer på suicid är en väsentlig del av behandlingen. Att patienter gör ett andra försök eller fullföljer sina tidigare planer är särskilt vanligt under det första efterföljande året.

- Vaksamhet är särskilt väsentlig under denna tid.
- Man kan ha överenskommelser med patienten att han/hon ska höra av sig vid återkommande suicidtankar vid sidan av de planerade återbesöken.
- Patientens närstående bör finnas med i planeringen av uppföljningen.
- Kontinuiteten i uppföljningen bör bibehållas under denna tid.
- Vid försämring är en hög tillgänglighet till vård viktig för patienten och dennes närstående.
- Psykiatrin ska ha en hög tillgänglighet för remisser om andra vårdgivare än psykiatrin utför uppföljningen.
- Patienter som sökt för suicidtankar eller som inte läggs in i samband med suicidförsök ska erbjudas ett snabbt återbesök med angivande av tid.
- Underlätta för patienten att ta förnyad kontakt om suicidtankar återkommer efter uppföljningstiden.
- Fortsätt samarbetet med närstående.
- I slutet av en behandlingskontakt kan man med fördel avtala att ringa upp patienten efter ett halvt eller ett år.

Trots planerad uppföljning förekommer det ofta att patienten själv avbryter kontakten. Patienter som avbrutit uppföljningskontakten bör tillfrågas om sina suicidtankar under den närmaste tiden när de av andra skäl söker sjukvård.

## Suicid och äldre

Åldrandet är ofta förenat med förlust av både hälsa, status, tidigare roller, relationer och av kontroll över den egna situationen. Närståendes död med den sorg, saknad och ensamhet som följer kan starta suicidprocessen. Kroppsliga sjukdomar är vanligare som bakgrundsfaktor hos äldre, eller att man tror sig lida av en allvarlig sjukdom som t.ex. cancer.

Äldre personer väljer oftare våldsammare suicidmetoder än yngre, metoder som har större chans att ”lyckas”, men äldre gör färre suicidförsök än yngre. Ett suicidförsök är i dessa åldersgrupper ett än starkare observandum för stor suicidrisk. Bland äldre kan även s.k. passiva suicid förekomma, då personen slutar äta och dricka. Detta är något som inte räknas in i suicidstatistiken.

Ibland kan det vara svårt att känna igen depression hos äldre. Symptomen kan vara diffusa och ospecifika, ”maskerad depression”. Det kan också vara fråga om ångest och oro och inte nedstämdhet. Äldre med depression rapporterar suicidtankar mer sällan än yngre, trots att suicid är vanligare hos äldre.

Suicid bland äldre är sällan en impulshandling. Döds- och suicidtankar har oftast pågått i månader och år. Det kan vara svårt att acceptera att ålderdomen också för med sig ändrade roller. En depression, ibland kombinerad med missbruk, kan utvecklas. Negativt tänkande kan skapa en ond cirkel och vid ytterligare påfrestning kan döden te sig som enda utväg. Det som ytligt sett förefaller vara en bagatell kan vara ”droppen” som utlöser suicidförsöket.

Det finns människor som levt ett långt liv innan de har suicidtankar, men i andra fall kan den suicidala processen ha börjat långt tidigare. Det kan då vara fråga om människor som haft återkommande depressioner eller perioder av missbruk och som gjort suicidförsök och är sköra och sårbara speciellt vid stress.

Förebyggande insatser och behandling riktade mot äldre skiljer sig inte från de åtgärder som beskrivs ovan.

## Närstående

### *Familjen*

De närstående bör så snart som möjligt få tillfälle att medverka i vården av en suicidnära patient. Detta ger värdefull information för den fortsatta handläggningen. De närstående har alltid behov av information och kunskap, precis som patienten. Sårbarheten, graden av emotionell påverkan och bearbetningstakten kan variera inom familjen. Detta kan skapa obalans i relationerna och i kommunikationen mellan såväl syskon som mellan barn och föräldrar och mellan makar. Att prata om och gemensamt hantera suicidaliteten kan vara mycket svårt. Hela familjen kan ha ett behov av uppföljning som dock kan ske i olika konstellationer och med olika fokus beroende på individuella behov.

När någon tagit sitt liv är det vanligt med skuld och skam i familjen över det inträffade. Hos syskon kan reaktionen komma långt senare och då kan behovet av hjälp vara akut. Om inte familjen vid ett suicid önskar något stöd bör man från sjukvårdens sida höra av sig längre fram t.ex. efter en månad.

#### *Bemötande av barn*

Se till att närstående vuxna runt barnen mår så bra som möjligt och har tillräckligt med stöd för att kunna vara emotionellt tillgängliga och omsorgstagande. Bidra till att de vuxna får hjälp att förstå och möta barnets eller ungdomens krisreaktioner och bakomliggande behov. Hjälp till att normalisera naturliga reaktioner som exempelvis ångest och nedstämdhet, isolationstendenser, koncentrationssvårigheter, bristande uthållighet och motivation, längtan och saknad, skuld känslor och självanklagelser, ilska och självdestruktivitet, regression och omoget beteende och undvikande av aktiviteter och situationer som påminner om händelsen eller den man sörjer.

Barnets/ungdomens behov av att bearbeta måste understödjas av närstående. Tala därför om det som har hänt och ge egna kunskaper och reflektioner till barnet som kan klara ut missförstånd. Man ska använda tydligt språk som barnet kan förstå. Jordnära prat om betydelsen i vardagen för barnet och familjen av det inträffade är trygghetsskapande. Det mindre barnets berättande om sina upplevelser och tankar genom lek och teckningar bör uppmuntras.

#### *När mer hjälp behövs*

Det är viktigt att behålla normala rutiner med dagis, skola, fritidsaktiviteter, att äta alla måltider oavsett aptit, att lägga sig och stiga upp i normal tid. Visar barnet tecken på ett oroande beteende kan hjälp sökas vid till exempel BVC, elevhälsovården eller BUP.

## Vårdnivå – remittering

Ett fungerande samarbete mellan primärvården, psykiatrin och andra berörda är viktigt. Ett lokalt exempel från Högländets sjukvårdsområde på checklistor för polis, ambulans, räddningstjänst m.fl. finns publicerad på intranätet – hälsa och vård - vårdprogram

### **SOS-Alarm**

Många förtvivlade människor eller deras närstående ringer idag 112 till SOS-Alarm och berättar om suicidplaner. SOS-Alarm som fungerar på länsnivå har idag en särskild larmplan vid misstanke om förestående suicidhandling. Den innebär att polis, ambulans och räddningstjänst larmas samtidigt. Räddningstjänsten som har en decentraliserad organisation kan vara på plats mycket snabbt och rädda liv. Polisen har huvudansvaret för akuta åtgärder vid hot om suicid och koordinerar insatserna. Räddningstjänsten och ambulansen biträder. Även sjukvårdspersonal som får kännedom om en förestående suicidhandling utanför vårdinrättningen skall larma på telefon 112.

### **Primärvård**

- Fånga upp patienter med suicidalitet.
- Remittera vidare vid hög eller svårbedömd suicidrisk.
- Behandla och följ upp patienter med låg suicidrisk.
- Vara observant på recidiv.



Riskbedömningen inom primärvård måste vara omfattande och systematisk. Sjuksköterskan i telefonrådgivningen bör använda sig av screeningfrågor för att fånga patienter med depression och ha god kännedom om suicidstegen. Vid läkarbesök krävs att tillräckligt med tid avsätts för bedömning och att läkaren vågar ställa frågor om suicidtankar och suicidförsök men att läkaren även ställer dem på rätt sätt. Bedömningen bör innehålla statistiska riskfaktorer, medveten suicidbenägenhet och suicidmeddelanden, men även förekomst av bakgrundsfaktorer såsom kroppslig eller psykisk sjukdom, missbruk samt aktuell livssituation, problem, resurser och relationer. För de patienter som har en stabil allmänläkarkontakt kan uppföljningen lämpligen ske inom primärvården när suicidrisken bedöms som låg.

### **Somatisk akutsjukvård**

- Tar hand om patienter med skador och intoxikationer efter suicidförsök.
- Vårdintygsbedömning om patienten vägrar psykiatrisk vård efter suicidförsök

### **Psykiatri**

- Handlägger patienter när suicidrisken är hög eller svårbedömd.
- Bör bedöma samtliga patienter inom somatisk vård som har gjort ett aktuellt suicidförsök.
- Svarar för kvalificerad psykiatrisk/psykoterapeutisk behandling.
- Ansvarar för att uppföljning erbjuds minst 1 år efter suicidförsök.
- Psykiatrin kan kontaktas vid suicidförsök och risk för suicidförsök. Suicidpreventiva team finns i de tre sjukvårdsområdena.

### **Inläggning på psykiatrisk klinik**

Med tanke på den höga suicidrisken bör den som gjort ett suicidförsök erbjudas inläggning för psykiatrisk utredning och behandlingsplanering. Fördelarna är att kvaliteten i bedömningen kan höjas och att den fortsatta kontakten kan etableras. I vissa fall kan LPT behöva användas.

## Fullbordat suicid

### **Medverkan/anhörigkontakter i samband med suicid**

Polisen är den instans som ansvarar för samordning av insatser efter suicid. De kallar distriktsläkare/distriktsläkarjour som ansvarar för att konstatera dödsfall som inträffar utanför sjukhus. Vid tecken som ger misstanke om brott eller självförvållad skada som kan ha lett till döden föranstaltas om rättsmedicinsk obduktion. Tillsammans med polisen är det viktigt att upprätta rutiner för överbringandet av dödsbudet och krisomhändertagandet av anhöriga efter suicid.

### **Omhändertagande av vittnen**

En, ofta bortglömd grupp, är de personer som blir vittnen till suicid endast genom att de råkar befinna sig på platsen just då. Inte sällan kan det röra sig om barn och ungdom. Att identifiera och erbjuda dessa personer stöd är en uppgift som måste uppmärksammas mer.

### **Debriefing**

Suicid hör liksom våld och stora katastrofer till de områden som berör människor djupt. För att motverka nedslitning och ge fortsatt god vård är det därför värdefullt med personalstöd genom bland annat debriefing, där berörd personal kan ge uttryck

för sina reaktioner. Rätten för vårdpersonal att erhålla debriefing är reglerad i Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling, AFS 1999:7, Första hjälpen och krisstöd.

Inom Jönköpings sjukvårdsområde finns en organisation för debriefing och behov kan anmälas i första hand till Kuratorsenheten och i andra hand till PKL-ledningsgruppen vid Länssjukhuset Ryhov. Inom Värnamo och Eksjö sjukvårdsområden utförs debriefing inom respektive verksamhet av speciellt utbildad personal.

### **Avvikelsehantering**

SOSFS 2005:12 (M) Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården innehåller föreskrifter om att sjukvården skall ha rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna genom att upprätta rutiner för avvikelsehantering. I Landstinget i Jönköpings län sker detta i Synergi som är ett IT-baserat avvikelsehanteringssystem. Vid en negativ händelse eller ett tillbud skall en bedömning snarast göras om det inträffade också skall anmälas till Socialstyrelsen enligt Lex Maria.

Anmälan och rapportering av suicid är reglerad i Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria, SOSFS 2005:28 (M), som föreskriver att anmälan om suicid skall göras om patienten haft kontakt med vården under de senaste 4 veckorna, liksom handling som av behandlingsansvarig yrkesutövare bedömts som försök till suicid och som föranletts av brister i undersökning, vård eller behandling.

Anmälningsskyldigheten innebär att alla suicid som inträffat i anslutning till vården ska följas av en genomgripande dokumenterad intern utredning där vårdgivaren identifierar områden där förbättringsåtgärder kan sättas in, en s k händelseanalys. Händelseanalysen är en metod där analysen ger förståelse för hur och varför händelsen inträffade samt ger information om vilka åtgärder som bör vidtagas för att förhindra att liknande händelser upprepas. Händelseanalysen bibringas Lex Maria anmälan till Socialstyrelsen. Rutiner för händelseanalys skall finnas på samtliga enheter.

## **Kvalitetsuppföljning**

Varje samhälle behöver en uppföljning av antalet suicid. Nationell statistik finns på kommunnivå som presenteras med några års eftersläpning. Antalet suicid påverkas av många faktorer där sjukvårdens agerande är en viktig del men antalet suicid kan enligt vår uppfattning inte användas för att utvärdera sjukvårdens insats.

För att veta om vi blir bättre på att förebygga suicid och att diagnostisera, behandla och följa upp patienter som gjort suicidförsök behövs mätetal som är enkla att fånga och som kan följas årligen.

Följande mätetal rekommenderas.

### **Mätetal för primärvården**

- Andel patienter med depressionsdiagnos där suicidriskbedömning dokumenterats.
- Andel patienter där depressionsskattningsskala använts vid nydiagnostik av depression.

- Andel nydiagnosticerade depressioner där läkemedelsbehandling inleds som följs upp med återbesök inom tre veckor.
- Andel av patienter med dokumenterad suicidrisk där samarbete skett med närstående.

#### **Mätetal för psykiatri**

- Andel av patienter som remitterats från somatisk sjukvård efter suicidförsök som bedöms av psykiatri inom ett dygn.
- Andel patienter som efter suicidförsök följs upp i minst ett år.
- Andel av patienter som varit inlagda p.g.a. suicidrisk som får återbesök i öppenvård inom sju dagar efter utskrivningen.
- Andel av patienter med suicidrisk där samarbete skett med närstående.

## Referenser

1. Socialstyrelsen (2003). Vård av självmordsnära patienter – en kunskapsöversikt.  
[www.sos.se](http://www.sos.se)
2. Stockholms läns landsting (2002). Regionalt vårdprogram – Vård av suicidnära patienter.
3. Levi, La Vecchia et al: Trends in Mortality from Suicide 1965-99. Acta Psychiatry of Scandinavica 2003: 108: 341-349.
4. American Psychiatry Association: American Journal of Psychiatry, Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. 160:11, nov 2003, supplement
5. Beskow, Jan (red.). Självmord och självmordsprevention: Om livsavgörande ögonblick. Lund: Studentlitteratur, 2000.
6. Wasserman, Danuta (ed.) Suicide: An Unnecessary Death. The United Kingdom: Martin Dunitz Ltd, 2001.
7. Runesson, Bo (1998) Suicidriskbedömning – förutsättningar och hjälpmedel för analys av suicidbenägenhet. Rapport 1 i rapportserie från Centrum för suicidforskning och prevention: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök.
8. Ferm, Margit (red.). Det går att leva vidare – en rapport om sorg, när någon som står oss nära tagit sitt liv. NASP rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök, Rapport nr 3, 2002.
9. Lindblad, Frank (red.). När livet inte längre är värt att leva – berättelser om fyra unga adopterade. NASP rapportserie: Att satsa på psykisk hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök, Rapport nr 4, 2002.
10. Svenska Psykiatriska Föreningen & Spri (1997) Självmordsnära patienter – kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Spris förlag.
11. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), Svenska barn- och ungdomspsykiatriska föreningen & Vetenskapsrådets planeringsgrupp för barn- och ungdomspsykiatrisk och socialpediatrisk forskning (2003) Nationella riktlinjer för vård och behandling av suicidala ungdomar och deras familjer.
12. Andreen, Johan (2004) Livslustarbete med barn och ungdomar – ett utbildningsprogram, se [www.lj.se/barndialogen](http://www.lj.se/barndialogen)
13. Socialstyrelsen m fl (2005) Händelseanalys & Riskanalys: Handbok för patientsäkerhetsarbete.

## Bilagor

1. Suicidstegen
2. Skattningsskalor
  - 2a. Sad Persons Scale
  - 2b. SSI, "Scale for Suicide Ideation"
  - 2c. SIS, Becks "Suicidal Intent Scale"
3. Bedömning av självmordsrisk
4. Olika former av psykoterapi
5. Anmälan enl. vapenlagen
6. Patient- och anhörigföreningar
7. Länkar för information

***Suicidstegen<sup>1</sup>******Nedstämdhet/hopplöshet***

Är du nedstämd och ledsen ofta?  
 Känner du dig ”deppig” för det mesta?  
 Känns allting hopplöst?  
 Tror du att det kommer att bli bättre igen?

***Dödstankar***

Känns allting meningslöst?  
 Har du tänkt att det vore skönt att slippa  
 leva?

***Dödsönskan***

Har du önskat att du vore död?  
 Skulle du vilja slippa nästa morgon?

***Suicidtankar***

Har du tänkt på att göra dig själv något?  
 Har du tänkt att du skulle kunna ta livet av  
 dig?  
 Har du tänkt ut hur du skulle göra?

***Suicidönskan***

Har du tänkt att du vill ta ditt liv?  
 Har du varit nära att försöka ta ditt liv?  
 Är det något som håller emot?  
 Finns det något som talar för att fortsätta  
 att leva?

***Suicidförsök***

Har du tidigare gjort något självmordsför  
 sök?  
 Genomförde du det som du tänkte göra  
 eller gick  
 det inte?  
 Vad gjorde du?  
 När? Var? Varför?

***Suicidplaner***

Har du planer på att ta ditt liv?  
 Har du tänkt ut hur du ska göra?  
 Har du bestämt när du ska göra det?

***Suicidförberedelser***

Har du gjort några förberedelser? Vilka?  
 Har du skaffat tabletter?  
 Har du vapen hemma?  
 Har du skaffat andra redskap? Rep? Kniv?

***Suicidavsikt***

Har du bestämt dig för att ta ditt liv?  
 När? Var? Hur?  
 Har du skrivit avskedsbrev?  
 Har du gjort dig av med saker som du inte  
 vill ska finnas kvar efter dig?

Frågan det upphör på den nivå man känner att sanningen ligger och vidare frågande  
 känns omotiverat.

<sup>1</sup> Efter prof. Jan Beskow och omarbetad i Nationella riktlinjer för vård och behandling av suicidala ungdomar och deras familjer.

## Skattningsskalor

### **Statistiska riskfaktorer: Sad Persons Scale**

Skattningsskalan ”Sad Persons Scale” (bilaga 2a) är en enkel skala för att belysa de statistiska riskfaktorerna. Maxpoäng är 10. Många positiva svar indikerar högre risk. Få positiva svar innebär däremot inte låg risk. I värderingen av t ex en ung kvinna kan risken vara hög även utan att denna skala givit utslag.

### **Bedömning av suicidrisk: SSI**

”Scale for suicide ideation”, SSI (bilaga 2b) passar att använda i möten med en människa som ännu inte gjort ett suicidförsök. Den innehåller 21 punkter indelade i fem avsnitt: patientens attityd till att leva eller dö, karaktären av självmordstankarna, karaktären av tänkt försök samt bakgrundsfaktorer. Maxpoäng är 38. Högre totalvärden innebär högre risk, men skalan är knappast tillräckligt validerad för att man ska kunna ange gränser för olika grader av intention,

### **Bedömningar av suicidrisk efter suicidförsök: SIS**

För att värdera det aktuella suicidförsöket rekommenderas Becks ”Suicidal intent scale”, SIS (bilaga 2c), som är tänkt att användas för att värdera allvaret i ett suicidförsök. Den är uppdelad i två underavdelningar: objektiva omständigheter samt egen beskrivning. Sammanlagt ingår 15 punkter, vilket inte är fler än att detta instrument är användbart i den kliniska intervjun. Maxpoäng är 30. Högre värden vid skattning enligt SIS innebär allvarligare risk, även om man bör vara försiktig med att ange särskilt värde för hög eller låg risk.

**Namn:** .....

Personnummer: .....

Datum: .....

Poäng: .....

### **SAD PERSONS SCALE**

Patterson W M et al. Evaluation of suicidal patients: The sad persons scale. Psychosomatics 1983, 24(4):343-349

	<b>0p</b>	<b>1p</b>
Kön	K	M
Ålder	19-45	<19 eller>45
Depression	Nej	Ja
Tidigare försök	Nej	Ja
Alkoholmissbruk	Nej	Ja
Tankestörning	Nej	Ja
Socialt stödnät saknas	Nej	Ja
Aktiva suicidplaner	Nej	Ja
Ogift, bor ensam	Nej	Ja
Fysisk sjukdom	Nej	Ja

**Scale for suicide ideation (SSI)**

Namn: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Just nu  
dagen  
för intervjunEn krispunkt, den  
svåraste tidpunkten  
den senaste månaden**Del I: Patientens attityd till att leva eller dö**

- |                          |   |                          |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. <i>Viljan att leva</i>                                   | <input type="checkbox"/> |
|                          | 0 Medel till stark  |                          |
|                          | 1 Svag  |                          |
|                          | 2 Ingen   |                          |
| <input type="checkbox"/> | 2. <i>Viljan att dö</i>                                     | <input type="checkbox"/> |
|                          | 0 Ingen   |                          |
|                          | 1 Svag  |                          |
|                          | 2 Medel till stark  |                          |
| <input type="checkbox"/> | 3. <i>Skäl för att leva/dö</i>                              | <input type="checkbox"/> |
|                          | 0 Skälen för att leva överväger skälen för att dö           |                          |
|                          | 1 Skälen är lika starka, det tar ut varandra                |                          |
|                          | 2 Skälen för att dö överväger skälen för att leva           |                          |
| <input type="checkbox"/> | 4. <i>Vilja/önskan att göra ett aktivt självmordsförsök</i> | <input type="checkbox"/> |
|                          | 0 Ingen   |                          |
|                          | 1 Svag  |                          |
|                          | 2 Medel till stark  |                          |
| <input type="checkbox"/> | 5. <i>Passivt självmordsförsök</i>                          | <input type="checkbox"/> |
|                          | 0 Skulle göra något för att rädda sig själv                 |                          |
|                          | 1 Lämna leva/dö åt slumpen                                  |                          |
|                          | 2 Skulle undvika att göra något för att rädda sig själv     |                          |

Om alla fyra rutor för fråga 4 och 5 är "0", ställ då inga frågor från del II, III och IV och fyll i "8" - (=är inte tillämplig) - i var och en av de resterande rutorna.



Just nu  
dagen  
för intervjun

En krispunkt, den  
svåraste tidpunkten  
den senaste månaden

## **Del II: Karaktären av självmordstänkarna**

- |                          |  |                          |
|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 6. <i>Tidsdimension: Varaktighet</i>   | <input type="checkbox"/> |
|                          | 0 Korta, flyktiga perioder   |                          |
|                          | 1 Längre perioder  |                          |
|                          | 2 Kontinuerliga eller nästan kontinuerliga   |                          |
| <input type="checkbox"/> | 7. <i>Tidsdimension: Frekvens</i>  | <input type="checkbox"/> |
|                          | 0 Sällsynta  |                          |
|                          | 1 Tillfälliga, då och då   |                          |
|                          | 2 Återkommande eller kontinuerliga   |                          |
| <input type="checkbox"/> | 8. <i>Attityd till självmordstankar</i>  | <input type="checkbox"/> |
|                          | 0 Avvisande attityd  |                          |
|                          | 1 Tvekande   |                          |
|                          | 2 Acceptorande attityd   |                          |
| <input type="checkbox"/> | 9. <i>Kontroll över handlingar vid självmordsimpulser</i>  | <input type="checkbox"/> |
|                          | 0 Har känsla av kontroll över självmordshandlingar   |                          |
|                          | 1 Osäker om kontroll   |                          |
|                          | 2 Har ingen känsla av kontroll   |                          |
| <input type="checkbox"/> | 10. <i>Saker som hindrar ett aktivt försök</i><br><i>(t.ex. familj, religion, möjlighet av allvarlig skada om försöket misslyckas)</i> | <input type="checkbox"/> |
|                          | 0 Skulle inte försöka på grund av hindrande faktorer   |                          |
|                          | 1 Tänker på saker som hindrar  |                          |
|                          | 2 Minimala eller inga tankar på hindrande faktorer   |                          |
| <input type="checkbox"/> | 11. <i>Skäl för att utföra självmord</i>   | <input type="checkbox"/> |
|                          | 0 Manipulera omgivningen, få uppmärksamhet, hämnd  |                          |
|                          | 1 Kombination av 0 och 2   |                          |
|                          | 2 Flykt, enda utvägen, lösa problem  |                          |

Just nu  
dagen  
för intervjun

En krispunkt, den  
svåraste tidpunkten  
den senaste månaden

### **Del III: Karaktären av tänkt försök**

- |                          |   |                          |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 12. <i>Metod: Specifik planering</i>                                    | <input type="checkbox"/> |
|                          | 0 Ingen uttänkt plan  |                          |
|                          | 1 Uttänkt plan, men detaljer ej uträknade                               |                          |
|                          | 2 Detaljer uttänkta, plan väl utformad                                  |                          |
| <input type="checkbox"/> | 13. <i>Metod: Tillgänglighet/tillfälle</i>                              | <input type="checkbox"/> |
|                          | 0 Metod inte tillgänglig: inget tillfälle                               |                          |
|                          | 1 Metoden skulle ta tid/ansträngning:<br>tillfälle inte lättillgängliga |                          |
|                          | 2a Metod och tillfälle lättillgängliga                                  |                          |
|                          | 2b Framtida lättillgänglighet av metod/tillfälle troligt                |                          |
| <input type="checkbox"/> | 14. <i>Känsla av förmåga att kunna utföra ett försök</i>                | <input type="checkbox"/> |
|                          | 0 Saknar mod, för feg, rädd eller inkompetent                           |                          |
|                          | 1 Osäker på mod eller förmåga   |                          |
|                          | 2 Säker på mod och förmåga att göra det                                 |                          |
| <input type="checkbox"/> | 15. <i>Sannolikhet för ett faktiskt försök</i>                          | <input type="checkbox"/> |
|                          | 0 Ingen   |                          |
|                          | 1 Oviss   |                          |
|                          | 2 Stor  |                          |

Just nu  
dagen  
för intervjun

En krispunkt, den  
svåraste tidpunkten  
den senaste månaden

#### **Del IV: Aktualisering av tänkt försök**

16. *Faktiska förberedelser*
- 0 Inga  
1 Delvis (t.ex. börjat samla piller)  
2 Slutförda (t.ex. har rakblad eller tillräckligt med piller)
17. *Självordsbrev*
- 0 Inget  
1 Påbörjat med ej slutfört, endast tänkt på  
2 Skrivet
18. *Definitiva handlingar som innebär planering för sin egen död (t.ex. livförsäkringar, testamente, gåvor)*
- 0 Inga  
1 Haft tankar på det eller gjort några handlingar  
2 Uppgjorda definitiva planer eller slutförda arrangemang
19. *Undanhållande av tankar på försök, planer*
- 0 Pratar om tankar öppet  
1 Håller tillbaka, vill inte prata om det  
2 Försöker undanhålla, ljuga om tankar, planer

#### **Del V: Bakgrundsfaktorer**

20. *Tidigare självmordsförsök*
- 0 Inget  
1 Ett  
2 Fler än ett
21. *Önskan/viljan att dö vid senaste försöket*
- 0 Liten  
1 Medel, osäker, tveksamt  
2 Hög

Frågorna 20 och 21 inkluderas *inte* i totalvärdet på denna skala.

Totalvärde SSI: \_\_\_\_\_

## BEDÖMNING AV SJÄLMORDSRISK<sup>2</sup>

	<b>Hög risk</b>	<b>Svårbedömd eller tveksam risk</b>	<b>Låg eller ingen risk</b>
<b>Statistiska riskfaktorer</b>	Många riskfaktorer	Några eller ett par riskfaktorer	Inga riskfaktorer
<b>Medveten suicidbenägenhet</b>	Genomtänkta suicidplaner och aktiv metod på avlägsen plats inom närmaste tiden	Diffusa suicidplaner med undan- glidande svar	Nedstämdhet, döds- tankar. Suicidönskan för- nekas övertygande
<b>Suicidmeddelanden</b>	Tydliga upprepade meddelanden om allvarliga suicidtankar	Suicidmeddelanden med blandning av skämt, allvar, hot och manipulation. Klart oroad omgivning, men helt problemförnekande patient	Inga eller enstaka suicidmeddelanden i upprörda situationer under lätt alkoholpåverkan
<b>Suicidförsök</b>	Tidigare välplanerade allvarliga suicidförsök	Tidigare mindre välplanerade suicidförsök med passiva metoder	Inga tidigare suicidförsök
<b>Helhetsbild av suicidprocessen</b>	Upprepade allvarliga episoder med suicidtankar, väl genomarbetade suicidplaner och suicidförsök	Många tidigare suicidförsök genom skärning eller förgiftning under alkoholpåverkan ofta i syfte att bli omhändertagen	Ingen tidigare suicidanamnes
<b>Problem, resurser, relationer</b>	Definitiva plötsliga förluster t ex skilsmässa, konkurs  Anhöriga och goda vänner har sedan länge givit upp utom någon enstaka med vilken han nu befinner sig i konflikt	Upprepade relationsbrott, som ibland repareras ibland inte, ökande sociala problem  Anhörigrelationer med dubbla budskap. Från början goda relationer börjar nötas ut under år av problem	Problem som det verkar finnas goda möjligheter att bearbeta och småningom lösa. Goda anhörigrelationer med vilja att ställa upp och hjälpa till
	Tidigare intagen i psykiatrisk vård under livliga protester och inte heller efteråt förstått meningen med det, känner sig psykiskt misshandlad och förföljd	Inställning till vårdpersonal som svänger mellan öppen fientlighet och smickrande inställsamhet	Ömsesidig uppskattning och förtroende mellan patient och vårdpersonal
<b>Kroppssjukdom</b>	Dödande, smärtsamma, invalidiserande sjukdomar	Lindrigare sjukdomar med symptomvärde t ex i könsorganen. Sjukdomar hos hypokondriker	Kroppsligt friska
<b>Psykiska störningar</b>	Depressiv psykos, långdragen grav schizofreni	Hjärnskada, långdragen astenisk depressiv eller tvångsmässig neuros. Impulsiv, omogen, utagerande personlighet	Psykiskt friska
<b>Missbruk</b>	Gravt alkohol och/eller narkotikamissbruk i samband med social utslagning	Måttligt eller periodiskt alkoholmissbruk som ger depressivitet, skuld känslor och aggressivitet under och efter alkoholberusning	Inget missbruk

<sup>2</sup> Ur Socialstyrelsen – Vårdprogramnämnden 1983.

## Olika former av psykoterapi

*Kognitiv beteendeterapi (KBT)* fokuserar på patientens psykiatriska problem som suicidala föreställningar och självskadande beteenden. *Dialektisk beteendeterapi (DBT)* är en form av KBT som visat sig vara effektiv för att förebygga upprepade suicidförsök, speciellt hos kvinnor med personlighetsstörning. I *kognitiv psykoterapi (KPT)* är det framför allt patientens tänkande som är i fokus. Både KBT och KPT är mycket väldokumenterat effektiva behandlingsformer vid många tillstånd, bland annat depression.

*Interpersonell psykoterapi (IPT)* kan betraktas som en form av psykodynamisk korttidsterapi, där bearbetning av relationsproblem är centrala. Särskilt vid depression har IPT visat sig vara en mycket effektiv behandlingsform. Terapiformen är inte vanlig i Sverige, men bör med kompletterande utbildning utan svårighet kunna användas av psykodynamiskt utbildade terapeuter.

*Psykodynamisk psykoterapi* har ofta en mer global inriktning, där hela livssituationen med både barndom, nutid och framtid tas med. Omfattande erfarenhet och en del studier visar att denna terapiform också kan vara effektiv vid till exempel depression. Aktuell forskning har visat att psykodynamiska (psykoanalytiska) terapiformer har god effekt vid olika former av personlighetsstörningar, som kan vara förenade med förhöjd suicidrisk



## ANMÄLAN enligt 6 kap. 6 § vapenlagen (1996:67)

### Till POLISMYNDIGHETEN i

.....

Denna blankett kan användas för anmälan enligt 6 kap. 6 § vapenlagen (1996:67).

Anmälan skall göras när en patient som vårdas för en psykisk störning enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, bedöms vara olämplig att inneha skjutvapen.

Den läkare som är ansvarig för den psykiatriska

#### Anmälan avser

vården av patienten skall omedelbart skriftligen anmäla förhållandet till polismyndigheten i den ort där patienten är folkbokförd.

Anmälan behöver dock inte göras, om det med hänsyn till omständigheterna, t.ex. patientens sjukdomshistoria eller läkarens personliga kännedom om patienten, står klart för läkaren att patienten inte innehar tillstånd för skjutvapen.

Patientens efternamn och förnamn		Personnummer	
Utdelningsadress, postnr och postort		Folkbokföringsort (kommun)	
Vid slutenvård	Sjukvårdsinrättning (namn, utdelningsadress, postnr och postort)		
	Patienten vårdas enligt		
	HSL, ja <input type="checkbox"/> LPT, ja <input type="checkbox"/> LRV, ja <input type="checkbox"/>		
	Planerat utskrivningsdatum, i förekommande fall		
Annan adress efter utskrivningen än bostadsadress, i förekommande fall			

#### Anmälande läkare

Läkarens namn		Titel	
Utdelningsadress (arbetsplats)			
Postnr		Postort	
Telefonnr (inkl. riktnr)		E-post	

#### Anmälande läkares bedömning

Jag intygar att patienten vårdas för psykisk störning och bedöms vara olämplig att inneha skjutvapen.	
Ort och datum	Läkarens namnteckning

## **PATIENT- OCH ANHÖRIGFÖRENINGAR**

### **RFHL**

Tel:036-19 07 76

E-post: [info@rfhljonkoping.se](mailto:info@rfhljonkoping.se)

[www.rfhljonkoping.se](http://www.rfhljonkoping.se)

### **RSMH Jönköpings län**

Tel:036-18 72 89

E-post: annika.rsmh@telia.com

### **SPH**

Kontakt: Lars B Melin

Tel: 036-165111

E-post:riks-sph@telia.com

[www.rsph.se](http://www.rsph.se)

### **IFS Jönköpings län**

Kontakt: Lillemor Hakeman

Tfn: 036-131671

e-post:036131671@telia.com

### **ANANKE Jönköping-Höglandet-Skaraborg**

Kontakt: Maria Wolke

Tel:036-712408

E-post:mago.wolke@telia.com

### **SPES**

Kontakt: Margit Ferm

Tel: 036-124690

E-post: margit.ferm@spes.nu

[www.spes.nu](http://www.spes.nu)

### **Attention**

Kontakt: Kristina Bågenmark

TeL:036-91846

E-post: kia\_mark@hotmail.com

### **Föreningen Autism i Jönköpings län**

Kontakt: Annelie Gustafsson

Tel: 0392-12487

E-post: annelie.gustafsson@telia.com

## ÖVRIGA LÄNKAR

- Bra information kan fås via [www.sjukvardsradgivningen.se](http://www.sjukvardsradgivningen.se)
- Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Nasp [www.ki.se/suicid/](http://www.ki.se/suicid/)
- World Health Organisation, WHO: sida om Suicide prevention and special programmes [www.who.int/mental\\_health/prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/en/)
- International Association for Suicide Prevention, IASP [www.med.uio.no/iasp/](http://www.med.uio.no/iasp/)
- Information om LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård):

Polishandräkning: [http://intra.ltjkpg.se:82/intra/info\\_files/infosida28648/LPT\\_17.pdf](http://intra.ltjkpg.se:82/intra/info_files/infosida28648/LPT_17.pdf)

Lagtext: [www.notisum.se/rnp/sls/lag/19911128](http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19911128)  
[www.sos.se/sosfs/2000\\_12/2000\\_12.htm](http://www.sos.se/sosfs/2000_12/2000_12.htm)

Vårdintyg: [www.sos.se/sosfs/2000\\_12/intyg](http://www.sos.se/sosfs/2000_12/intyg)