



Att Förebygga Själv mord: ett stödmaterial för allmänläkare

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta School of Public Health i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Översättare: Ludmilla Rosengren, Britta Alin
Åkerman, Jussi Jokinen, Mia Franzén

2009

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm

E-post: info@kfa.ki.se

Telefon: 08-524 800 00

www.ki.se/kfa

Rapporten kan beställas/laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

ATT FÖREBYGGA SJÄLMORD

ETT STÖDMATERIAL FÖR ALLMÄNLÄKARE

Psykiska sjukdomar och beteendestörningar
Avdelningen för psykisk hälsa
WHO
Geneve
2000

Detta dokument är ett i en serie av stödmaterial riktade till olika specifika sociala och professionella grupper av särskild betydelse för suicidpreventionen. Stödmaterialet har framtagits som en del i arbetet med SUPRE = Suicide Prevention, WHO:s världsomspännande initiativ för suicidprevention.

Nyckelord: suicid/ självmord/ prevention/ förebyggande/ stödmaterial/ allmänläkare/ Primärvårdsläkare / primärvård / utbildning

Översättning av dokumentet från engelska med originaltitel

Preventing suicide: a resource for general physicians

http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf

Ludmilla Rosengren (ludmilla.rosengren@linnea.se), vidare bearbetning av Britta Alin Åkerman, Jussi Jokinen och Mia Franzén, NASP, 2009

© World Health Organization, 2000

Detta dokument är inte en formell publikation från Världshälsoorganisationen (WHO). Alla rättigheter är dock reserverade av organisationen. Dokumentet får fritt reproduceras eller översättas, helt eller delvis, men inte till försäljning i samband med kommersiella syften. De åsikter som uttrycks i handlingar av namngivna författare är dessa ensamma ansvariga.

INNEHÅLL

| | |
|---|----|
| Förord | 3 |
| Självmondsbördan | 5 |
| Självmond och psykisk sjukdom/störning | 6 |
| Självmond och somatisk sjukdom/besvär | 10 |
| Självmond och sociodemografiska faktorer | 11 |
| Hur man upptäcker en patient som har högrisk för suicidalitet | 13 |
| Behandling av självmondsbenägna/suicidala patienter | 16 |
| Remittering till specialistvård | 17 |
| Sammanfattning av olika steg i suicidprevention | 19 |
| Referenser | 20 |

FÖRORD

Självmod/suicid är ett komplext fenomen som har dragit till sig uppmärksamhet från filosofer, läkare, sociologer och artister under århundraden. Enligt den franska filosofen Albert Camus, i *Myten om Sisyfos*, är självmod det enda allvarliga filosofiska problemet.

Som ett allvarligt folkhälsoproblem kräver det vår uppmärksamhet, men att förebygga (och få kontroll över) självmod är inte en lätt uppgift.

Forskningen visar att förebyggandet av självmod omfattar en hel serie av aktiviteter från säkerställande av goda uppväxtvillkor för barn och unga, till en effektiv behandling av psykiska störningar och krishantering och vidare till bättre kontroll av riskfaktorer i när- och kringmiljö.

Lämplig informationsspridning och medvetandegörande är viktiga element i att vara framgångsrik i de självmodsförebyggande programmen.

1999 initierade WHO ett världsomspännande arbete för suicidprevention kallat SUPRE. Detta häfte är en av flera i en serie stödmaterial som framtagits som en del i SUPRE arbetet, riktade till olika sociala och professionella målgrupper av särskild relevans för det suicidpreventiva arbetet. De representerar en länk i en lång och sammansatt kedja av människor och grupper som omfattar vårdpersonal, lärare, sociala myndigheter, rättsväsendet, regeringar, lagstiftare, familjer och kommuner.

Vi vill rikta ett särskilt tack till Dr Jean-Pierre Soubrier, Groupe Hospitalier Cochin, Paris, Frankrike, som skrev en tidigare version av detta stödmaterial. Texten har sedan kontinuerligt setts över av följande medlemmar i WHO:s internationella nätverk för suicidprevention som vi är mycket tacksamma gentemot:

Dr Sergio Pérez Barrero, Hospital de Bayamo, Granma, Kuba

Dr Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, Nya Zeeland
Professor Diego de Leo, Griffith University, Brisbane, Australien

Dr Ahmed Okasha, Ain Shams University, Cairo, Egyptien

Professor Lourens Schlebusch, University of Natal, Durban, Sydafrika

Dr Airi Värnik, Tartu University, Tallinn, Estland

Professor Danuta Wasserman, Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige

Dr Shutao Zhai, Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, Kina.

ATT FÖREBYGGA SJÄLMORD
ETT STÖDMATERIAL FÖR ALLMÄNLÄKARE

Vår tacksamhet går även till Dr Lakshmi Vijayakumar, SNEHA, Chennai, Indien, för hennes hjälp i den tekniska bearbetningen av tidigare versioner av detta stödmaterial.

Stödmaterialiet sprids nu vida omkring med förhoppningen att de kommer att bli översatta och anpassade till lokala förutsättningar, vilket är en förutsättning för att de blir effektiva. Kommentarer och ansökningar om att få att översätta och anpassa dem välkomnas.

Dr J. M. Bertolote
Coordinator, Mental and Behavioural Disorders
Department of Mental Health, WHO

FÖRHINDRA SJÄLMORD

ETT STÖDMATERIAL FÖR ALLMÄNLÄKARE

En av de svåraste händelser som en läkare kan drabbas av är att en patient tar sitt liv. Vanliga reaktioner hos en läkare som varit med om det är misstro, minskat självförtroende, ilska och skuld. En patients självmord kan sätta igång känslor av professionell otillräcklighet, tvivel på den egna kompetensen och rädsla för vad andra kommer att tycka. Dessutom har läkaren den svåra uppgiften att möta de anhöriga och vänner till den avlidne.

Dessa råd vänder sig primärt till allmänläkare. Målet är att visa på de samband som finns mellan självmord och olika sjukdomstillstånd samt andra faktorer. Målet är även att ge information för att bättre kunna identifiera och behandla suicidala patienter.

SJÄLMORDBÖRDAN

Enligt WHO:s uppskattning tog ca 1 miljon människor sitt liv år 2000. Självmord är en av de främsta tio dödsorsaker i alla länder, och en av tre ledande dödsorsaker i åldersgruppen 15 – 35.

Den psykologiska och sociala påverkan på familjen och samhället efter ett självmord är svår att mäta. I medeltal påverkar ett självmord direkt minst sex personer. Om självmordet inträffar i en skola eller på en arbetsplats påverkar det hundratals människor.

Självmordsbördan kan uppskattas i termer av (DALYs, disability-adjusted life years) funktionsjusterade levnadsår.

Enligt denna indikator svarade självmord för 1,8 procent av den totala sjukdomsbördan i världen år 1998. Siffran varierade mellan 2,3 procent i höginkomstländer till 1,7 procent i låginkomstländer. Detta motsvarar bördan av krig och mord, samt bördan av förlossningsasfyxi och trauma och är dubbelt så hög som bördan av diabetes.

SJÄLMORD OCH PSYKISKA SJUKDOMAR/STÖRNINGAR

Självord har en multidimensionell etiologi med komplext växelverkan av biologiska, genetiska, psykologiska, sociologiska och omgivningsfaktorer. Forskning har visat att mellan 40 och 60 procent av personer som tar sitt liv har träffat en läkare inom en månad före självmordet. Av dessa hade många fler träffat en allmänläkare jämfört med en psykiatriker. I länder *där* sjukvården inte är så utvecklad är andelen som träffar en allmänläkare troligtvis högre.

Att identifiera och bedöma suicidrisk och behandla självmordsnära patienter är en viktig uppgift för en läkare, som har en avgörande roll i suicidprevention.

Självord är i sig självt ingen sjukdom
Det är inte ens nödvändigt att psykisk sjukdom ligger bakom.
Psykisk sjukdom är emellertid en vanlig riskfaktor för självmord

Studier från både utvecklingsländer och mer utvecklade länder visar på en prevalens av psykiska sjukdomar på 80 -100 procent vid fullbordade självmord. Självordsrisken under en livstid är uppskattad till 6 -15 procent hos personer med affektiv sjukdom (särskilt depression), till 7-15 procent hos personer med alkoholism och till 4-10 procent hos personer med schizofreni.

En betydande andel av dem som tar sitt liv gör detta utan att ha träffat en psykiater, terapeut eller psykolog. Viktiga faktorer för suicidprevention är att tidigare upptäcka, remittera och ge behandling till personer som lider av olika psykiatriska sjukdomar/störningar.

Vanligt förekommande hos dem som tagit sitt liv är att personen lidit av mer än en sjukdom/störning. Samsjuklighet med alkoholmissbruk och affektiv sjukdom är vanligt liksom personlighetsstörningar och andra psykiatriska diagnoser.

Samarbete med psykiater som försäkrar adekvat och korrekt behandling är mycket viktigt för allmänläkaren

Affektiva sjukdomar

Alla typer av affektiva sjukdomar har kunnat kopplas till suicid. Affektiva sjukdomar omfattar bipolär sjukdom, depression, reciderande depression samt långvariga depressioner (till exempel cyclothymi, dystymi) som diagnostiseras i F31-F34 i ICD-10 klassifikationen (1). Suicidrisken är hög vid en odiagnostiserad och obehandlad depression. Depression har en hög prevalens i befolkningen och många uppfattar inte depression som en sjukdom. Det är uppskattat att 30 procent av de patienter som söker en läkare har en depression. Uppskattningsvis 60 procent av dessa söker vård initialt hos en allmänläkare. Det är en speciell utmaning för läkaren att arbeta med både fysiska och psykiska sjukdomar samtidigt. I många fall är depressionen mer dold och patienten uppger bara somatiska besvär.

Vid typiska depressiva episoder lider personen av:

- Depressiv sinnesstämning (sorgsenhet)
- Brist på intresse och glädje
- Begränsad energi (trötthet och minskad aktivitet)

Vanliga symtom är vid depression är:

- Trötthet
- Nedstämdhet
- Koncentrationssvårigheter
- Oro
- Irritabilitet
- Sömnsvårigheter/sömnstörningar
- Smärta i olika delar av kroppen

Dessa symptom bör göra läkaren uppmärksam på eventuell depression och därmed föranleda en suicidriskbedömning. Särskilda kliniska kännetecken som är förknippade med ökad risk för självmord vid depression är (2):

- kvarstående sömnbesvär/sömnstörningar
- självförsummelse
- allvarlig sjukdom (särskilt psykotisk depression)
- minnessvårigheter
- irritabilitet

- panikattacker/ångestattacker

Följande faktorer ökar risken för självmord hos deprimerade personer (3):

- Ålder under 25 år hos män
- Insjuknandefasen
- Alkoholmissbruk
- Depressiv fas i bipolär sjukdom
- Blandepisoder med både maniska och depressiva symtom samtidigt
- Psykotisk mani

Depression är en stark riskfaktor för självmord både bland ungdomar och äldre men för dem med sen debut av depression är risken ännu starkare.

De senare årens framsteg vad gäller behandling av depression är mycket relevanta för suicidprevention i primärvården. Utbildning av allmänläkare för att identifiera och behandla depression har lett till minskade självmordstal i Sverige (4). Epidemiologiska data ger stöd åt tesen att antidepressiv medicinering minskar självmordsrisken bland de deprimerade. Den fulla terapeutiska dosen ska fortsätta i flera månader. Hos äldre kan det vara nödvändigt att fortsätta med mediciner två år efter tillfrisknandet. Patienter som har kontinuerlig litiumterapi har visats ha lägre självmordsrisk (5).

Alkoholism

Alkoholism (både alkoholmissbruk och alkoholberoende) är en vanlig diagnos hos dem som har tagit sitt liv, särskilt bland unga personer. Det finns biologiska, psykologiska och sociala förklaringar till sambandet mellan självmord/suicid och alkoholism.

Specifika faktorer som är förknippade med ökad suicidrisk hos alkoholister är:

- tidig debut av alkoholism
- lång historik av drickande
- hög grad av beroende
- nedstämdhet
- dåligt allmäntillstånd (sämre fysisk hälsa)
- nedsatt arbetsförmåga
- alkoholism i familjen
- nyligen störning i eller förlust av nära relation

Schizofreni

Själv mord/suicid är den största enskilda orsak till tidig död hos schizofrenipatienter. Specifika riskfaktorer för själv mord/suicid är (6):

- ung arbetslös man
- återkommande perioder med psykosymtom (psykotiska episoder)
- *rädsla* för försämring, särskilt hos dem med hög premorbid intellektuell kapacitet
- uppvisar symptom av misstänksamhet och vanföreställningar
- depressiva symptom

Suicidrisken är högst vid följande tidpunkter:

- tidiga stadier av sjukdomen
- *tidigt* återinsjuknande med psykosymtom
- tidigt tillfrisknande

Suicidrisken *kan minska vid senare skeden* av sjukdomen¹

Personlighetsstörningar

Studier som gäller unga personer som har begått själv mord/suicid visar en hög prevalens (20-50 procent) av personlighetsstörningar. De personlighetsstörningar som är mest relaterade till suicid är borderline personlighetsstörning samt antisocial personlighetsstörning (7).

Histrionisk och narcissistisk personlighetsstörning och vissa psykologiska karaktärsdrag som impulsivitet och aggression har också förknippats med själv mord/suicid.

Ångeststörningar

Bland ångeststörningarna är det panikångest som medför högst suicidrisk, följt av OCD (tvångssyndrom). Somatiseringssyndrom och ätstörningar (anorexia nervosa samt bulimi) är också förknippade med suicidalitet.

¹ Senaste forskningen, t.ex Tidemalm et al. redovisar ett annat resultat.

SJÄLVMORD OCH SOMATISKA SJUKDOMAR/BESVÄR

Suicidrisken är ökad vid kroniska sjukdomar (8). Dessutom finns det en ökad frekvens av psykiska sjukdomar, särskilt depression, hos personer med somatiska sjukdomar. Kronisk sjukdom, funktionshinder och negativ sjukdoms prognos kan bidra till ökad suicidrisk.

Neurologiska sjukdomar

Epilepsi kan kopplas till en ökad suicidrisk. Ökningen har sagts bero på den ökade impulsiviteten, aggressiviteten och det kroniska handikapp som kan bli en följd av epilepsi.

Spinal- och hjärnskador ökar också risken för självmord/suicid. Senare studier har visat att personer som drabbats av en stroke, särskilt vid svåra följdskador, som ger en större skada och fysiska handikapp, är i 19 procent av fallen deprimerade och suicidala.

Tumörer

Suicidrisken är högst vid tiden för diagnosen och de första två åren samt vid progressiv malignitet. Smärta är en signifikant bidragande faktor till självmord/suicid.²

HIV/AIDS

HIV-infektion och AIDS representerar en ökande risk för självmord/suicid hos unga, med höga suicid tal. Risken är högre vid tiden för bekräftelse av diagnosen och i de tidiga stadierna av sjukdomen. Intravenösa drogmissbrukare har en ännu högre suicidrisk.

Andra tillstånd

Andra kroniska medicinska tillstånd som kronisk njursjukdom, leversjukdom, skelett och ledsjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar och gastrointestinala sjukdomar kan föranleda självmord/suicid.

² En svår smärta har visat sig kunna ge upphov till minskad serotoninnivå, varför medicinering för att stimulera serotoninproduktionen kan vara behövligt.

Rörelsehinder, blindhet och dövhet kan också vara bidragande faktorer för ökad suicidrisk.

De senaste åren har assisterat självmord/suicid och eutanasi blivit frågor som kan komma upp i samtal med läkaren. Aktiv dödshjälp är olagligt i nästan alla länder och assisterat självmord/suicid för med sig moraliska, etiska och filosofiska dilemman.

SJÄLMORD OCH SOCIODEMOGRAFISKA FAKTORER

Självmord/suicid är en individuell handling som sker i ett givet samhälleligt sammanhang, där vissa sociodemografiska faktorer inverkar.

Kön

I de flesta länder är det fler män än kvinnor som tar sina liv. Könkvoten varierar från land till land. Kina är det enda land där kvinnor på landsbygden är överrepresenterade framför männen medan kvinnor i städerna tar sina liv ungefär lika ofta som män.

Ålder

De äldre (över 65 år) och de yngre (15-30 år) är grupper där suicidrisken ökar. Senare data antyder en ökad suicidfrekvens hos medelålders män.

Civilstånd

Skilda, änklingar och ensamstående löper en ökad suicidrisk. Äktenskap verkar vara skyddande för män men inte signifikant skyddande för kvinnor. Skilsmässa och att leva ensam ökar risken för självmord/suicid.

Yrke

Vissa yrkesgrupper som veterinärer, farmaceuter, tandläkare, bönder och läkare har högre suicidrisk. Det finns ingen uppenbar förklaring till detta fynd, men tillgång till

självordsmedel, arbetsrelaterad stress/arbetsbelastning, social isolering och finansiella svårigheter kan vara orsaker.

Arbetslöshet

Det finns ganska stark koppling mellan arbetslöshetstal och självmordstal, men hur dessa associeras är komplext. Effekterna av arbetslöshet leder till andra faktorer som fattigdom, social isolering, familjeproblem och hopplöshet. Å andra sidan har personer med psykiska problem större sannolikhet att bli arbetslösa än personer med god psykisk hälsa. I vilket fall som helst ska man uppmärksamma skillnaden mellan att nyligen ha förlorat arbete och långtidsarbetslöshet: risken är större i det första fallet.

Storstad/landsort

I vissa länder förekommer självmord/suicid oftare i städer och i andra mer på landsorten.

Invandring

Invandring – med medföljande problem som ekonomiska svårigheter, sämre bostadsförhållanden, dåligt socialt stöd och ouppfyllda förväntningar – ökar risken för suicid.

Annat

Vissa sociala faktorer såsom tillgängligheten för metoder att ta sitt liv och livshändelser som ger upphov till negativ stress spelar en signifikant roll i ökningen av suicidrisken.

HUR MAN UPPTÄCKER EN PATIENT SOM HAR HÖG RISK FÖR SUICIDALITET

Ett antal kliniskt användbara individuella och sociodemografiska faktorer kan vara kopplade till självmord/suicid (9). Dessa omfattar:

- Psykiska sjukdomar (framför allt depression, alkoholism och personlighetsstörningar)
- Fysisk ohälsa (dödlig sjukdom, smärtsam eller försvagande sjukdom, AIDS)
- Tidigare suicidförsök
- Tidigare suicid inom familjen, alkoholism och/eller andra psykiska sjukdomar/störningar
- Skild/separerad, änklings, ensamstående
- Ensamhushåll (känslan av socialt utanförskap)
- Arbetslös eller pensionerad
- Smärtsam förlust i barndomen

Om patienten har en pågående psykiatrisk vårdkontakt är risken högre om patienten:

- nyligen blivit utskriven från sjukhuset
- gjort tidigare suicidförsök

Aktuella livsstressorer förknippade med risk för suicid omfattar:

- Skilsmässa
- Smärtsam förlust
- Familjeproblem
- Förändring i yrkesliv eller ekonomi
- Avvisande från en viktig person
- Skam eller en känsla av skuld

Det finns olika skalor för att uppskatta suicidrisk men en bra klinisk intervju är bättre för att identifiera vem som är i omedelbar risk för att ta sitt liv.

Läkaren kan konfronteras med många olika tillstånd och situationer som är förknippade med suicidalt beteende. En äldre man som förlorat sin fru nyligen, behandlas för depression, bor ensam, tidigare självmordsförsök i anamnesen. Eller en ung kvinna med några få skrapsår på sin underarm efter att hennes pojkvän har lämnat henne. Det är två kontrasterande exempel. I

verkligheten faller de flesta mittemellan dessa två exempel och kan även skifta från en kategori till en annan.

När läkaren har en rimlig uppfattning om att patienten skulle kunna vara suicidal ställs läkaren inför dilemman hur man ska fortsätta. En del läkare känner sig obekväma med suicidala patienter. Det är viktigt att själv känna igen sina försvarsmekanismer och vara medveten om detta(dessa) och konsultera kollegor eller psykiater vid behov. Det är mycket viktigt att inte ignorera eller förneka risken. Om läkaren beslutar sig för att fortsätta, är det första och mest omedelbara steget att mentalt frigöra tillräckligt med tid för patienten, även om det är många andra som kanske väntar utanför. Genom att visa vilja att förstå etablerar läkaren en positiv relation med patienten. Slutna och direkta frågor i början av intervjun är inte särskilt hjälpsamma. Kommentarer som ”Du ser väldigt upprörd ut, berätta mer om det” kan vara till stor hjälp. Att lyssna med empati är i sig ett stort steg mot att minska graden av självmordsönskan.

| Myt | Verklighet |
|---|--|
| Patienter som pratar om självmord/suicid tar sällan sitt liv. | Patienter som tar sitt liv har vanligtvis lämnat någon ledtråd eller varning innan. Hot måste också tas på största allvar. |
| Att fråga om självmord/suicid kan provocera fram en självmordshandling. | Att fråga om självmord/suicid kan ofta minska oron kring känslan; patienten kan känna sig lättad och bättre förstådd . |

Hur ska man fråga?

Det är inte lätt att fråga patienter om deras självmordstankar. Det är *bra* (kan hjälpa) att leda in på ämnet gradvis. En sekvens av användbara frågor är:

1. Känner du dig olycklig och hjälplös?
2. Känner du dig desperat?
3. Känns det omöjligt att möta ännu en dag?
4. Känner du att livet är en börda?

5. Känner du att livet inte är värt att leva?
6. Känns det som att du skulle vilja ta ditt liv?

När ska man fråga?

Det är viktigt att ställa dessa frågor efter att:

- relationen är etablerad
- patienten känner sig bekväm att uttrycka sina känslor
- patienten försiktigt påbörjat, antyder eller uttrycker negativa känslor

Fler frågor

Processen slutar inte med att bekräfta existerande självmordstankar utan fortsätter med ytterligare frågor som syftar till att bedöma hur ofta självmordstankar förekommer och hur allvarliga de är och sannolikheten att ett självmord/suicid kommer att inträffa. Det är viktigt att veta om patienten har aktuella planer och om patienten skulle ha möjlighet att göra det. Om patienten har planerat att skjuta sig men inte har tillgång till ett skjutvapen är risken lägre. Men om patienten har planerat en metod och även har sett till att ha möjlighet att genomföra det hela (t.ex. med tabletter), eller om den föreslagna metoden är lättillgänglig är suicidrisken högre.

Det är avgörande att ställa frågorna på ett förtroendeingivande sätt som visar läkarens empati för patienten så att det inte upplevs som krävande eller tvingande.

Exempel på sådana frågor:

- Har du planer på att ta ditt liv?
- Hur har du planerat att göra det?
- Har du tillgång till tabletter/vapen/andra medel?
- Har du funderat över när du ska göra det

Varning!

- *Vilseledande eller falsk förbättring.* När en *agiterad* patient plötsligt verkar lugn, kan han eller hon ha tagit beslutet att ta sitt liv och känner sig därför lugn efter att ha tagit sitt beslut.
 - *Förnekelse.* Patienter som har väldigt allvarliga planer på att ta sitt liv kan avsiktligt förneka detta.
-

BEHANDLING AV SJÄLMORDSBENÄGNA/SUICIDALA PATIENTER

Om en patient är känslomässigt störd med vaga suicidala tankar, kan möjligheten att få ventilera sina tankar och känslor inför en läkare som visar omtanke vara tillräckligt. Viktigt är dock att ge möjlighet för ett återbesök eller annan uppföljning sker, särskilt om patienten inte har ett socialt nätverk. Oavsett vilket problemet är, är känslorna hos en suicidal person vanligtvis en triad av hjälplöshet, hopplöshet och förtvivlan.

De tre vanligast tillstånden är:

1. *Ambivalens*. Majoriteten av de suicidala patienterna är ambivalenta intill slutet. Det är ett evigt ställningskrig mellan önskan att leva och önskan att dö. Om ambivalensen används av läkaren för att öka önskan att leva kan suicidrisken minska.

.

2. *Impulsivitet*. Självmord/suicid är ett impulsivt fenomen och impulsen är i sin natur övergående. Om stöd ges i impulsögonblicket kan krisen lösas upp.

3. *Rigiditet*. Suicidala människor är inskränkta i sitt sätt att tänka, sitt humör och handlingar. De resonerar i termer av antingen svart eller vitt. Genom att tillsammans med den suicidala patienten utforska flera möjliga alternativ till döden kommer patienten inse att det finns fler alternativ även om de inte är idealiska.

Tillgängligt stöd

Läkaren ska se över tillgängliga sociala nätverk, identifiera en släkting, vän eller någon annan person som kan stödja patienten och försäkra sig om att den personen kommer att stödja patienten.

Kontrakt

Att ingå ett "icke självmords" - kontrakt är en användbar teknik för att förhindra självmord/suicid. Andra personer som står patienten nära kan också vara delaktiga i kontraktet.

Överenskommelsen genom kontraktet kan stimulera diskussioner som omfattar många viktiga ämnen. I de allra flesta fallen respekterar patienten ett givet löfte till sin läkare. Att upprätta kontrakt är bara användbart om patienten har kontroll över sina egna handlingar.

Om patienten inte har en allvarlig psykisk störning eller självmordsplaner kan läkaren ta initiativ till farmakologisk behandling, vanligtvis med antidepressiva läkemedel och psykologisk behandling (kognitiv beteendeterapi). Majoriteten av personerna är betjänta av kontinuerlig kontakt; vilka bör vara individuellt anpassade.

Förutom behandling av underliggande sjukdomar, kan vissa personer behöva stöd under mer än 2 – 3 månader för att få hopp, uppmuntran, självständighet och för att lära patienten olika sätt att hantera stressfaktorer i sitt liv.

REMITTERING TILL SPECIALISTVÅRD

Patienter ska remitteras till psykiater om de har:

- en psykisk sjukdom/störning
- en anamnes på tidigare självmordsförsök
- tidigare suicid i familjen, alkoholism och psykisk sjukdom/störning
- svåra kroppsliga symtom som kan ha psykiska orsaker
- inget socialt stöd

Hur man för över patienten

När man har bestämt sig för att remittera en patient ska man:

- ta sig tid för att förklara för patienten varför man vill remittera/överföra
- stilla oro om stigmatisering och psykofarmaka
- klargör att farmakologiska och psykologiska metoder är effektiva
- poängtera att remittering inte betyder att bli avvisad utan tvärtom en hänvisning till meradekvat behandling
- arrangera ett möte med specialisten

- sätta upp en uppföljningstid med patienten efter mötet med psykiatrikern
- försäkra att relationen med patienten kommer att fortsätta (kontinuitet för trygghet)

När ska patienten läggas in?

Det finns några indikationer som bör leda till akut inläggning för slutenvård:

- återkommande självmordstankar
- hög sannolikhet att avsluta sitt liv inom några timmar eller dagar
- hetsighet (agitation) eller panik
- tydlig plan att använda en våldsamt och omedelbar metod

Hur man lägger in patienten

- lämna inte patienten ensam;
- Kontakta inläggningssamordnaren/jouren på sjukhuset;
- ordna transport till sjukhuset med hjälp av ambulans eller polis;
- informera berörda myndigheter och familj.

SAMMANFATTNING AV STEGEN I SUICIDPREVENTION

Följande tabell sammanfattar huvudstegen för behandling av en patient när en läkare identifierar suicidrisk.

Suicidrisk: identifiering, bedömning och behandling

| Suicidrisk | Symptom | Bedömning | Handling |
|------------|---|---|--|
| 0 | Ingen oro | - | - |
| 1 | Känslomässigt upprörd | Fråga om självmordstankar | Lyssna med empati. |
| 2 | Vaga tankar om döden. | Fråga om självmordstankar | Lyssna med empati. |
| 3 | Vaga självmordstankar | Bedöm avsikt (plan och metod) | Undersök möjligheter att genomföra självmord. Identifiera stöd i omgivningen. |
| 4 | Självmordstankar men ingen psykisk sjukdom/störning. | Bedöm avsikt (plan och metod) | Undersök möjligheter att genomföra självmord. Identifiera stöd i omgivningen. |
| 5 | Självmordstankar och psykisk sjukdom/störning eller flera allvarliga livsstressorer. | Bedöm avsikt (plan och metod) Upprätta ett icke självmordskontrakt | . Remittera till specialist. |
| 6 | Självmordstankar och psykisk sjukdom/störning eller flera allvarliga livsstressorer eller upprördhet och tidigare försök. | Stanna med patienten (för att förhindra tillgängligheten till suicidmetod). | Inläggning |

REFERENSER

1. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1992.³
2. Angst J, Angst F, Stossen HM. Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 57-62.
3. Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 53-56.
4. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1992, 85: 83-88.
5. Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behaviour. *Journal of affective disorders*, 1998, 50: 253-259.
6. Gupta S, et al. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric services*, 1998, 10: 1353-1355.
7. Isometsa ET, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *American journal of psychiatry*, 1996, 153: 667-673.
8. González Seijo JC, et al. Poblaciones específicas de alto riesgo. [Population groups at high risk.] In: Bobes García J et al., eds. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. [Prevention of suicidal and parasuicidal behaviours.] Masson, Barcelona, 1997, 69-77.
9. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences. *British medical journal*, 1999, 308: 1227-1233.

³ <http://www.who.int/en/>

Wasserman, D & Wasserman, C (Ed) *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention – A global Perspective*, Oxford University Press, 2009

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**