



Att Förebygga Själv mord: ett stödmaterial för kriminalvården

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: Britta Alin Åkerman, Lillemor Katz

2010

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 KRIMINALVÅRDEN

Psykiska sjukdomar och beteendestörningar
Avdelningen för psykisk hälsa
WHO
Geneve
2007

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 Britta Alin Åkerman från dokumentet på engelska:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf, vidare bearbetning av Lillemor Katz, NASP, 2010

© World Health Organization, 2000

Detta dokument är inte en formell publikation från Världshälsoorganisationen (WHO). Alla rättigheter är reserverade av organisationen. Efter tillstånd från WHO får dokumentet fritt reproduceras eller översättas, helt eller delvis, men inte till försäljning i kommersiella syften. NASP erhöll tillstånd 28 april, 2009. De åsikter som uttrycks i handlingar av namngivna författare är dessa ensamma ansvariga för.

INNEHÅLL

Förord	3
Förhindra självmord – på fängelser och bland fångar	5
Allmänna fakta om självmord	6
Fångar är en högriskgrupp	7
Självmordsförebyggande arbete inom kriminalvården	8
Tecken på självmordsrisk	8
Häktade i väntan på rättegång	8
Dömda fångar	8
Gemensamma riskfaktorer inom häkten och fängelser	9
Situationsfaktorer	9
Psykosociala faktorer	9
Kvinnor	10
Unga lagöverträdare	10
Tecken på självmord kan ändras över tid	10
Viktiga områden i ett självmordspreventivt program	11
Utbildning	11
Intagningsbedömning	12
Uppföljande bedömning	13
Observation under fängelsetiden	14
Övervakning	14
Kommunikation	15
Social intervention	16
Fysisk omgivning - och boende miljö	16
Behandling med anknytning till den psykiska hälsan	17
Om ett självmordsförsök inträffar	17
Manipulativa försök	18
Om ett självmord inträffar	19
Sammanfattning av de viktigaste åtgärderna	20
Slutsats	21
Referenser	22

FÖRORD

Självord/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 självord det enda allvarliga filosofiska problemet.

Som ett allvarligt folkhälsoproblem kräver det vår uppmärksamhet, men att förebygga (och få kontroll över) självord är ingen lätt uppgift. Forskningen visar att självordsprevention omfattar en hel serie av aktiviteter från att säkerställa 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 att öka uppmärksamheten kring självord är viktiga element för att nå framgång i de suicidpreventiva programmen.

1999 initierade WHO ett världsomspännande arbete för suicidprevention kallat SUPRE (Prevention of Suicidal Behaviours). Detta häfte är en av flera i en serie stödmaterial som framtagits som en del i SUPRE arbetet, riktat till olika sociala och professionella målgrupper med 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 Heather L. Stuart, Community Health and Epidemiology, Queen's University, Kingston, Ontario, Kanada, som har tagit fram en tidigare version av detta stödmaterial. Texten har sedan kontinuerligt setts över av följande medlemmar i WHO:s internationella nätverk för suicidprevention som vi också vill tacka:

Dr Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, Nya Zeeland

Dr Øivind Ekeberg, Ullevål Hospital, University of Oslo, Oslo, Norge

Professor Robert D. Goldney, Adelaide University, Gilberton, Australien

Professor Richard Ramsay, University of Calgary, Calgary, Kanada

Professor Lourens Schlebusch, Natal University, Durban, Sydafrika

Dr Airi Värnik, Tartu University, Tallinn, Estland

Professor Julio Arboleda-Flórez, Queen's University, Kingston, Ontario, Kanada.

Detta uppdaterade stödmaterial har genomförts i samarbete med Task Force on Suicide in Prisons, när det gäller den internationella fångvården, och med Association for Suicide Prevention (IASP).

ATT FÖREBYGGA SJÄLMORD
ETT STÖDMATERIAL FÖR KRIMINALVÅRDEN

Vi vill rikta ett särskilt tack för denna uppdaterade version till:

Dr Norbert Konrad, Institute of Forensic Psychiatry Charité, Berlin, Tyskland

Dr Marc S. Daigle, University of Québec at Trois-Rivières and Centre for Research and Intervention on Suicide and Euthanasia (CRISE), Kanada

Dr Anasseril E. Daniel, University of Missouri School of Medicine, Columbia, Missouri, USA

Dr Greg Dear, Edith Cowan University, Joondalup, Australien

Dr Patrick Frottier, J.A. Mittersteig, Wien, Österrike

Mr Lindsay M. Hayes, National Center on Institutions and Alternatives, Mansfield, USA

Professor Ad Kerkhof, Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederländerna

Professor Alison Lieblich, Cambridge Institute of Criminology, Cambridge, England och norra Irland

Dr Marco Sarchiapone, University of Molise, Campobasso, Italien

Stödmaterialen sprids nu vida omkring med förhoppningen att de kommer att översättas och anpassas lokalt, vilket är en förutsättning för att de ska bli användbara. Kommentarer och ansökningar om översättning och anpassning till andra språkområden välkomnas.

Dr José M. Bertolote
Coordinator, Management of Mental and Brain Disorders
Department of Mental Health and Substance Abuse
World Health Organization

FÖRHINDRA SJÄLMORD - på fängelser och bland fångar

Själv mord är ofta den vanligaste dödsorsaken inom kriminalvården. Håkten, kriminalvård, fängelser och frivård är ansvariga för att skydda de intagnas hälsa och säkerhet. Ett misslyckande av dessa uppgifter kan ge upphov till en rättslig prövning. Ett misslyckande underblåses också av media och ett självmord inom kriminalvården kan lätt trappas upp och bli en politisk skandal.

Dessutom kan självmordsbeteenden av frihetsberövade intagna innebära en påfrestande händelse för anställda och andra fångar. Därför är det viktigt med fungerande självmordsprevention och intervention till nytta både för fångar, liksom för den institution där tjänsterna erbjuds. Det är mot denna bakgrund som hela världen brottas med problemet att förebygga fångars självmord.

Vidtagna åtgärder varierar med hänsyn till antalet fångar i befolkningen och lokala förhållanden: fångar dömda på kort tid, den första undersökningen som görs av brottslingar, dömda fångar med längre och hårdare straff, överbeläggningar (1), möjligheten till meningsfulla aktiviteter (2) den tid som fångarna är inlåsta, duschmöjligheter, allmänna sociokulturella förhållanden, förekomsten av hiv/aids, stresstolerans (3), och tillgång till grundläggande hälsovård eller psykisk vård. Alla dessa faktorer kan påverka självmordsbeteende på olika sätt bland fångar. Det är dock fortfarande möjligt att minska självmord inom kriminalvården genom att följa vissa grundläggande principer (4).

Detta stödmaterial syftar till att ge ansvariga administratörer möjligheten att utveckla eller genomföra ett hälsoprogram inom kriminalvården samt även att ge de anställda som är ansvariga för fångarnas säkerhet möjligheten att ge en god vård av självmordsbenägna interner. Stödmaterialet ger en viss allmän bakgrundsinformation om självmord och klargör ett antal viktiga komponenter, som kan användas som en del av ett omfattande självmordsförebyggande program för att minska självmorden inom kriminalvården.

ALLMÄNNA FAKTA OM SJÄLVMORD

Självmod är ett allvarligt hälsoproblem. Ett självmordsförsök förekommer uppskattningsvis var tredje sekund över hela världen enligt Världshälsoorganisationens uppskattning. Ett fullbordat självmord inträffar ungefär ett per minut. Detta innebär att fler människor dör genom självmord än av väpnade konflikter. Följaktligen har minskning av självmord blivit ett viktigt internationellt hälsomål (5).

Orsakerna till självmord är komplexa (6). Vissa personer verkar vara särskilt sårbara, när de ställs inför svåra livshändelser. Självmod är ett komplext problem som det inte finns någon enskild orsak eller enskild förklaring till. Utmaningen för det självmordsförebyggande arbetet är att identifiera personer som är mest utsatta, och under vilka omständigheter, för att därefter kunna ingripa på ett effektivt sätt. För detta ändamål har forskare identifierat ett antal samverkande faktorer för att upptäcka om en person som löper risk att ta sitt liv. Detta inkluderar sociokulturella faktorer, psykiatriska tillstånd, biologiska faktorer, genetiska faktorer och social stress. Det sätt på vilka dessa faktorer samverkar till självmordsbeteenden och självmord är komplicerat och kan inte alltid förstås av omgivningen. Men på olika sätt har den kunskapen kunnat användas för att identifiera speciella riskgrupper – dvs. befolkningsgrupper som oftare begår självmord än i den genomsnittliga befolkningen:

- Yngre män (åldrar 15-24);
- Äldre personer, särskilt äldre män;
- Urhemsbefolkning;
- Personer med psykisk sjukdom;
- Personer med alkohol och/eller drogmissbruk,
- Personer som har gjort ett tidigare självmordsförsök;
- Frihetsberövade personer

Många egenskaper hos självmordsbenägna interner kan delas av andra fångar. Men få studier har kunnat identifiera egenskaper som skiljer sig mellan fångar som begår självmord från andra fångar. I en österrisk kontrollstudie (7) identifierades fyra individuella faktorer (tidigare självmordsförsök/självmodstankar eller självmordskommunikation, psykiatrisk diagnos; användning av läkemedel som ordinerats under fängelsevistelsen, ett mycket våldsamt brott som föranlett fängelse) och ytterligare en miljöfaktor (ensamboende på fängelset). Det är dock oklart om dessa faktorer är utmärkande i andra delar av världen.

FÅNGAR ÄR EN HÖGRISKGRUPP

Som grupp har interner högre andel självmord än övrig befolkning (8), och det finns vissa tecken på att andelen kan öka även där antalet fångar minskar (9). Det innebär inte bara mer suicidala beteenden inom institutionerna, utan att en hel del människor som tidigare vistats i fängelse kan få självmordstankar under resten sitt liv. Häktade som väntar på rättegång gör ett självmordsförsök 7,5 gånger oftare och dömda fångar nästan 6 gånger oftare jämfört med män inom befolkningen som helhet (10). Dessa fakta visar också ett grundläggande problem när det gäller orsakerna till självmord i häkte: Å ena sidan har många människor som bryter mot lagen större risk för suicidala beteenden (de "importerar" en risk) och självmord är högre efter frigivningen från fängelset (11). Det betyder inte att fångvårdspersonalen inte har något ansvar för den suicidala fången utan tvärtom bör dessa sårbara brottslingar behandlas när de befinner sig inom kriminalvården. Å andra sidan är själva fångenskapen en stressande händelse även för friska fångar (eftersom fångenskapen berövar personen egna viktiga resurser).

En kombination av följande individuella och miljömässiga faktorer kan observeras för att minska de högre självmordstalen inom kriminalvården:

- Häkten och fängelser är platser för sårbara grupper som traditionellt sett har de högsta riskerna för självmord, som unga män, personer med psykisk ohälsa, socialt utsatta och isolerade personer med drogmissbruk, och de som tidigare har visat suicidala beteenden.
- Den frihetsberövade påverkas psykologiskt av att bli gripen och fängslad, att vara drogberoende som ger symptom på abstinens, ett förväntat långt fängelsestraff eller att dagligen utsättas för stressande faktorer i samband med fängeslivet, kan hindra den fängslades egna överlevnadsmöjligheter.
- I vissa sammanhang kan det saknas formella riktlinjer och rutiner för att identifiera och bemöta självmordsbenägna interner. Även om en bedömning av hög självmordsrisk har gjorts, finns det ofta en otillräcklig övervakning av fångarna och därmed är chansen liten för att upptäcka den akuta risken.
- Även om lämpliga riktlinjer och rutiner finns, kan överarbetad eller utbildad personal när det gäller hälsovård och psykisk hälsa, missa tidiga varningssignaler om ett självmord och risken förblir oupptäckt.
- Eftersom fångar kan isoleras från samhällets psykiska hälsoprogram, innebär detta att de har dålig eller ingen tillgång till psykologiskt stöd eller behandling.

SJÄLMORDSFÖREBYGGANDE ARBETE INOM KRIMINALVÅRDEN

Ett antal häkten och fängelser har genomfört omfattande självmordsförebyggande program, och i vissa länder finns nationella riktlinjer för självmordsprevention. Betydande minskningar av självmord och självmordsförsök kan redovisas genom olika omfattande förebyggande program (12, 13,14,15). Även om detaljerna i dessa program skiljer sig åt utifrån lokala resurser och fångars behov, finns ett antal verksamheter som kan vara gemensamma för att öka förståelse inom detta område.

TECKEN PÅ SJÄLMORDSRISK

Ett första viktiga steg för att minska en fånges självmord är att beskriva tecken på självmordsrisk, som kan användas för att upptäcka högriskgrupper. Till exempel visar studier att förstagångsinterner avviker från tidigare dömda interner med hänsyn till vissa viktiga riskfaktorer för självmord. Men vid vissa platser, kan dessa fångar betraktas som en enhet och placeras tillsammans med tidigare dömda, där hänsyn inte tas till de fångar som har dömts för första gången (4).

HÄKTADE I VÄNTAN PÅ RÄTTEGÅNG

Fångar som begår självmord i häkte är i allmänhet unga män (20-25 år), ogifta, och lagöverträdare som har arresterats för mindre allvarliga brott. De är vanligtvis berusade vid tidpunkten för gripandet och begår självmord på ett tidigt skede under häktesvistelsen (16), ofta inom de första timmarna (beroende av den plötsliga isoleringen, chock, brist på information och osäkerhet inför framtiden). Särskild omsorg från personalens sida kan minska denna självmordsrisk genom att vara särskilt observant under den första natten. En andra period av självmordsrisk för förstagångsintagna är i nära anslutning till rättegången, särskilt om de blivit dömda som skyldiga och hårda straff kan förväntas. En stor del av alla självmord på fängelser inträffar inom tre dagar före rättegång vid domstol(17). Dessutom kan efter ca 60 dagar efter rättegången en viss typ av känslomässig utmattning (utbrändhet) observeras (18).

DÖMDA FÅNGAR

Jämfört med förstagångsfångar (eller häktade), är dömda fångar som begår självmord i fängelset i allmänhet äldre (30-35 år). De är ofta våldsamma brottslingar efter att ha tillbringat

lång tid inom fångvården (ofta fyra eller fem år). Dessa brottslingars självmord kan ha påskyndats av en konflikt med andra interner eller med kriminalvårdspersonalen, en familjekonflikt eller separation, eller negativa rättsliga åtgärder efter ett överklagande eller nekad villkorlig frigivning.

Förlust av frihet, förlust av familj och socialt stöd, rädsla för det okända, rädsla för fysiskt eller sexuellt våld, osäkerhet inför framtiden, skam och skuld över brottet och rädsla eller stress i samband med dåliga miljöförhållanden. Domstolsbeslutet och fångenskapen skapar stress och konflikter inom fångelset och även fysisk och emotionell vånda (18). De så kallade "livstidsdömda" tycks ha den största självmordsrisken (3, 19).

GEMENSAMMA RISKFAKTORER INOM HÄKTEN OCH FÄNGELSER

Utöver de särskilda faktorer som beskrivits när det gäller dömda självmordsnära interner finns ett antal gemensamma faktorer som kan vara vägledande i ett självmordspreventivt program.

Situationsfaktorer

Självmord brukar ske genom hängning när internerna hålls isolerade eller i ensamma celler samt under tider när personalstyrkan är som lägst, vilket ofta inträffar under nätter eller helger. Flera självmord inträffar när fångar upplever sig ensamma, även om de rent faktiskt delar en cell med andra (3, 20).

Det finns ett starkt samband mellan fångars självmord och hur det förvaras i fångelset. Att en fånge placeras i en ensamcell, i en isolering som han inte klarar av, kan innebära en ökad risk för självmord. Sådana placeringar innebär vanligtvis att en fånge låses in i en cell 23 timmar per dygn under en lång tid. Ett oproportionerligt stort antal självmord bland fångar inträffar under sådana omständigheter (21).

Psykosociala faktorer

Bristfälligt socialt stöd från familjen, tidigare självmordsbeteende (särskilt under de senaste ett eller två åren), och en historia med psykisk sjukdom och känslomässiga problem är vanliga faktorer bland fångar som tar sitt liv. Självmordsbenägna interner upplever dessutom ofta mobbning (22), konflikter med andra fångar, disciplinära överträdelser eller negativ information (23). Oavsett om individuella faktorer, som sårbarhet ligger till grund för

handlingen, kan det som slutligen driver en fånge till självmord, utlösas av känslor av hopplöshet, bristande framtidsutsikter och en förlust av alternativ för att kunna klara av sin livssituation. Självmord kan då ses som enda väg ut ur en desperat och hopplös situation. Personer med starka känslor av hopplöshet och svåra självmordstankar, och som även har gett uttryck för planer att ta sitt liv, är en riskgrupp.

Kvinnor

Även om de allra flesta självmord begås av män (eftersom den stora majoriteten av internerna är män), löper kvinnor i häkte också stor självmordsrisk (4). Häktade kvinnor som väntar på rättegång försöker ta sitt liv betydligt oftare än kvinnor i befolkningen totalt (4, 24) och oftare än män i samma situation. Även fullbordade självmord verkar vara högre bland kvinnliga interner, jämfört med manliga (25). De är också i större utsträckning allvarligt psykiskt sjuka (26). Även bland häktade och dömda kvinnor tycks det sociala stödet och stödet från familjen före självmordshandlingen vara bristfälligt. Till bilden hör ofta en historia om psykisk sjukdom och emotionella problem. Här är fokus på självmordsprevention viktig.

Unga lagöverträdare

Erfarenheterna av att hamna i fängelse kan vara särskilt svåra för ungdomsbrottslingar, som därmed skils från sina familjer och vänner. Ängsliga och olyckliga unga fångar är särskilt beroende av stödjande relationer till personalen (3). Därför kan en isolering av unga fångar leda till ytterligare risk för suicidala handlingar, och som kan inträffa när som helst under deras fängelsevistelse (27). Ungdomar som placeras i celler för vuxna löper också en ökad risk för självmord (28).

TECKEN PÅ SJÄLMORD KAN ÄNDRAS ÖVER TID

Olika kännetecken kan vara användbara för att identifiera eventuella högriskgrupper, där behovet av ytterligare bedömning och intervention kan vara nödvändig. Även framgångsrika självmordsförebyggande program kan behöva förändras över tid (18). Och ovanliga lokala förhållanden kan förändra traditionella högriskinterner inom ett visst fängelse. Därför bör speciella kännetecken endast användas som stöd för att identifiera potentiella högriskgrupper och situationer där självmordsrisk är stor. I möjligaste mån bör preventionsprogram utvecklas för att återspegla de lokala förhållandena, och uppdateras regelbundet för att ta hänsyn till eventuella förändringar som kan uppstå. Riskfaktorer är inga ”idiotsäkra” förutsägelser och bör inte användas utan noggrann klinisk bedömning. Vad som är särskilt förvirrande, när

man försöker göra en bedömning av självmordsbenägna fångar, är att de som senare dör i självmord verkar mer "normala" än de som kommer att göra ett självmordsförsök (29).

VIKTIGA OMRÅDEN I ETT SJÄLMORDSPREVENTIVT PROGRAM

Alla kriminalvårdsinrättningar, oavsett storlek, bör ha planerat förnuftiga och omfattande självmordsförebyggande program. De viktigaste faktorerna kommer att beskrivas i följande avsnitt. Naturligtvis är det inte personalens ansvar, utan kriminalvårdsmyndigheterna som ska godkänna och informera om dessa program.

Utbildning

De viktigaste delarna i alla självmordsförebyggande program är att ge omfattande utbildning till den kriminalvårdspersonal, som utgör ryggraden i varje fängelse, häkte eller ungdomsanstalt. Få självmord kan förebyggas av sjukvårds- eller professionell personal, eftersom självmord bland fångar oftast genomförs i enskilda celler och under sena kvällar, nätter eller på helger när tillgänglig personalstyrka i allmänhet är liten. Dessa incidenter måste därför förhindras av personal som har fått utbildning i det självmordsförebyggande programmet och kan bli mer uppmärksamma på de intagna under deras vistelse. Kriminalvårdspersonal är ofta de enda tillgängliga personerna under dygnets 24 timmar, vilket gör att dessa måste få ökad kunskap i självmordsprevention. Fångvårdspersonal och även personal inom vård och psykisk hälsa, kan inte upptäcka risker, eller göra en bedömning, och inte heller förhindra ett självmord utan utbildning.

All kriminalvårdspersonal, likaväl som personal inom vård och psykisk hälsa, bör få självmordspreventiv utbildning, och även fortbildning varje år. Som minst bör den grundläggande utbildningen omfatta, men inte begränsas till, följande:

- Anledningen till att fängelsemiljöer bidrar till självmordsbeteende,
- personalens attityder till självmord,
- potentiella benägenhetsfaktorer för självmord,
- högriskperioder för självmord,
- varningssignaler och symptom,
- nyligen gjorda självmordsförsök och/eller allvarliga självmordsförsök inom kriminalvårdsanstalten.

Dessutom bör all personal som har löpande kontakt med interner få en Första Hjälpens utbildning när det gäller återupplivning vid hjärtstillestånd. All personal ska också utbildas för

att kunna använda olika nödutrustningar, som ska finnas inom varje enhet. De måste ha kunskap för att de ska kunna säkerställa ett effektivt nödingripande vid ett självmordsförsök. Kunskap om "falska försök" bör integreras i både grundutbildning och fortbildning för all personal (20).

Intagningsbedömning

När kriminalvårdspersonalen är utbildad och väl förtrogen med riskfaktorer för självmord, är ett nästa steg att genomföra en formell bedömning av självmordsrisken av nyligen intagna fångar (30). Eftersom självmord i fängelser kan inträffa inom de första timmarna efter arresteringar, måste självmordsrisken bedömas nästan omedelbart vid ankomsten till fängelset för att vara effektiv. För att uppnå den bästa effektiviteten, bör därför varje ny fånge kontrolleras direkt vid ankomsten och även senare om omständigheter eller förhållanden förändras. Ofta finns det alltför få personer tillgängliga inom psykiatrisk vård i anslutning till fängelserna. Det finns därför ett behov av enkla kortfattade bedömningsformulär, som häktespersonalen kan fylla i (31). Ett sådant bedömningsformulär bör innehålla frågor kring historisk demografi, likväl som situationsbeskrivningar och personliga variabler (32).

När resurserna tillåter kan självmordsskattningen genomföras inom ramen för en medicinsk och psykologisk bedömning, som utförs av professionell personal inom området. Om ansvaret för självmordsskattningen ligger hos kriminalvårdspersonalen, bör dessa vara tillräckligt utbildade (33) och till sin hjälp ha en checklista för att bedöma självmordstankar och självmordsrisk (30, 31, 34, 35). Inom ramen för personalens bedömning, kan till exempel jakande svar på en eller flera av följande punkter användas som indikatorer på ökad risk för självmord, där ytterligare insatser behövs:

- En fånge som är berusad och/eller har en historia med drogmissbruk.
- En fånge som ger uttryck för starka känslor av skam, skuld, och är orolig över gripandet och fångenskapen.
- En fånge som ger uttryck för hopplöshet och rädsla för framtiden, eller visar tecken på depression, som gråt, brist på känslor, eller svårigheter att uttrycka sig verbalt.
- En fånge som berättar om aktuella självmordstankar (36) (det är fel att tro att det är en risk att fråga en person om han eller hon för närvarande funderar på självmord, eller att tro att det bara är dumma tankar).
- En fånge som tidigare har fått behandling för psykiska problem.
- En fånge som för närvarande lider av en psykisk sjukdom eller uppvisar ett ovanligt eller bisarrt beteende, exempelvis med svårigheter att fokusera uppmärksamhet, talar till sig själv eller hör röster.
- En fånge som har gjort ett eller flera tidigare självmordsförsök och/eller medger att självmord för närvarande är ett möjligt alternativ.

- En fånge som medger att han har planerat ett självmord (då bör även kontakter med familj och närstående tas) (24).
- En fånge som uttrycker att han har få interna eller externa stödjande resurser.
- När den som arresterat personen anser att han är självmordsbenägen.
- När uppgifter som har lämnats visar att fången hade en risk för självmord under en tidigare fångenskap.

Dessa checklistor är en viktig del av ett omfattande självmordspreventivt program av flera skäl:

- Kriminalvårdspersonalen får strukturerade frågor inom områden som måste täckas.
- När det finns för lite tid till fördjupad utvärdering fungerar checklistan som en hjälp för personalen.
- Frågorna underlättar kommunikationen mellan tjänstemän och hälso- och sjukvårdspersonal.
- Härigenom ges en juridisk dokumentation av en fånge med beskrivning av eventuella självmordstankar och självmordsrisk när han/hon kommer till anstalten. Allteftersom situationen för den intagna förändras, kan man se om också en förändring skett när det gäller självmordsbenägenheten.

Även när läkarundersökningar utförs av hälso- och sjukvårdens personal, är det viktigt att använda en strukturerad checklista. Om en ökad risk för självmord har identifierats, bör detta journalföras och informationen bör föras vidare till personal vid ett nytt skift eller till personal från en annan avdelning. Slutligen är nyttan av dessa checklistor inte begränsad till intagningen på anstalten. De kan användas när som helst under fängelsetiden för att identifiera en interns självmordsrisk och om behov av ytterligare hjälp av annan utbildad personal uppstår. Vid en positiv bedömning av den psykiska hälsan bör ändå någon professionell person träffa fången så snart som möjligt efter intagningen(31, 34).

Tyvärr finns endast begränsad information om potentiellt skyddande faktorer (37) – en sådan kunskap skulle kunna underlätta riskbedömningen och göra den mer exakt.

Uppföljande bedömning

Det går inte att räkna med att en observation eller beskrivning av en intern direkt kan förebygga självmord, men ett bedömningsformulär kan bidra till att informera personal om att en viss fånge har förhöjd risk för självmordsförsök i något skede i hans eller hennes strafftid. Eftersom många självmord på ett fängelse inträffar efter den inledande perioden i fängelset (vissa dock efter många år) är det inte tillräckligt att göra bedömningen endast vid tiden för intagningen utan en bedömning bör ske kontinuerligt med jämna mellanrum. För

att det självmordsförebyggande arbetet ska vara effektivt måste det omfatta observationer vid flera tillfällen. All personal ska utbildas till att vara vaksamma under hela perioden som internen är fängslad (13). Det innebär att personalen hela tiden kan observera signaler på vad som kan vara en självmordsrisk. Detta kan ske på följande sätt:

- Rutinmässiga säkerhetskontroller med fokus på eventuella självmordstankar eller psykisk sjukdom som sömnlöshet, tröghet, extrem rastlöshet, plötsliga förändringar i humör, matvanor eller sömn, när internen ger sina ägodelar till personalen, brist på intresse för aktiviteter eller relationer, upprepad vägran att ta medicin eller önskemål om en ökad dos av medicin.
- Samtal med internen kring domstolsförhör eller andra kritiska perioder (t.ex. en familjemedlem som avlidit eller äktenskapsskillnad) för att därigenom identifiera känslor av hopplöshet, självmordstankar eller självmordsrisk.
- Övervakning vid besök av familj eller vänner för att identifiera konflikter eller problem som uppstår under besöket. Familjer bör uppmuntras att meddela personalen om de befäror att deras anhöriga har gett uttryck för självmordstankar.

OBSERVATION UNDER FÄNGELSETIDEN

Efter att intagningsbedömning har gjorts, är lämplig övervakning och uppföljning nödvändig. En process måste upprättas med en klart formulerad policy som innehåller ansvar för placeringen, fortsatt övervakning och internens psykiska hälsa samt ständiga interventioner för interner som anses löpa stor risk för självmord.

Övervakning

Adekvat *övervakning* av självmordsbenägna interner är av avgörande betydelse, särskilt under nattsift (när personalstyrkan är liten) och i lokaler där personalen inte permanent har tilldelats detta område. Graden av övervakning bör omfatta eventuell risknivå. Fångar som bedöms vara aktivt självmordsbenägna kräver ständig tillsyn. Fångar som personalen misstänker kan ta sitt liv, men som inte medgett detta, kan kräva regelbunden kontroll var tionde eller femtonde minut. Det är i sammanhanget viktigt att veta att ett självmordsförsök genom hängning redan efter tre minuter kan orsaka permanenta hjärnskador och efter fem till sju minuter ha dödlig utgång. Då kan rond var femtonde minut var otillräckligt för en självmordsbenägen intern. I sådana fall bör oavbruten övervakning tillsammans med mänskligt stöd ges under den tid internen hålls avskild. Den självmordsbenägne bör ges möjlighet till individuella samtal, och då ges även en möjlighet till klinisk bedömning (38). En

riskbenägen fånge bör inte lämnas ensam utan observation och kontakt med någon i personalen.

Kommunikation

Vissa beteendemässiga signaler som den intagna visar kan tyda på en självmordsrisk. Att omgivningen är medveten om risken med dessa beteenden kan förebygga ett självmord. Det finns i huvudsak tre kommunikativa steg för att förebygga självmord:

- Kommunikation mellan arbetsledare och övrig personal inom anläggningen;
- Kommunikation mellan all personal inom anläggningen (inklusive hälso- och sjukvårdspersonal);
- Kommunikation mellan den ansvariga personalen vid anläggningen och den självmordsbenägne internen;

På många sätt påbörjas det självmordspreventiva arbetet vid anhållandet eller direkt vid platsen för gripandet. Under den första kontakten är det viktigt att lyssna till vad personen säger och hur han beter sig under gripandet men även under transporten till fängelset. Den första kontakten är avgörande för att självmordsbeteende ska upptäckas och det är då som den anhållne är som mest instabil och känslig. Arrestpersonalen bör ägna den anhållne stor uppmärksamhet under denna inledande fas, eftersom självmordstankar, hopplöshetstankar och ångest då är vanliga uttryck. Tidigare beteenden kan också bekräftas av familj och vänner. All viktig information om den arresterades livssituation bör komma fram till ansvarig personal. Om självmordsrisk bedöms bör omedelbart psykiatrisk personal konsulteras. Det innebär att all personal som kommer att ha kontakt med den arresterade bör få kännedom om eventuell självmordsrisk.

Eftersom en intern kan bli självmordsbenägen när som helst under frihetsberövandet, måste anstaltschefen se till att kontakt kontinuerligt finns med psykiatrisk eller annan vårdpersonal. Viktigast är att anstaltschefen kan försäkra sig om att rätt personal får korrekt information om internens tillstånd och eventuella självmordsrisk. Möten mellan samtliga anställda och sjukvårdspersonal bör ske regelbundet för att diskutera lämpliga åtgärder. Dessutom bör alla beslut dokumenteras och alla de förändringar som man bestämt ska genomföras i självmordspreventivt syfte. Dessa dokument bör vara tillgängliga för den personal som har närmast kontakt med internen.

Social intervention

Den stress det innebär att vistas i fängelse, kan kulminera i en känslomässig och social kollaps, som i sin tur kan leda till självmord. Social och fysisk isolering och brist på tillgängliga stödjande resurser ökar risken för självmord. Att ge internen en meningsfull social kontakt är därför ett viktigt inslag i det självmordspreventiva arbetet inom kriminalvården (33).

De flesta självmord inom fängsvården inträffar när en fånge isoleras från personal och andra intagna. En placering i enskilda eller isoleringsceller kan öka risken för självmord – även om placeringen sker av mycket goda skäl. Om enskild cell är det ända tillgängliga alternativet för internen bör han hållas under konstant bevakning (23). Den idealiska placeringen för en självmordsbenägen intern är i delad cell, vilket avsevärt kan minska risken för självmord. Detta är tydligast när de får dela cell med positiva cellkamrater. Inom vissa anstalter ges socialt stöd med hjälp av specialutbildade medfångar, s.k. "kompisar" eftersom det kan vara lättare att anförtro sig åt andra intagna än åt personal (39, 40). Också besök av släktingar främjar det sociala stödet.

Det är viktigt att notera att slarviga, krystade eller dåligt övervakade sociala interventioner kan medföra risker. Detta gäller exempelvis mycket självmordsbenägna intagna som placeras i delade celler och där de kan få tillgång till medel som kan användas till att ta sitt liv. Cellkamrater utan medkänsla larmar kanske inte fängsvårdspersonalen om ett självmordsförsök sker. Därför får aldrig placering av en självmordsbenägen fånge i en gemensam cell uppfattas som ersättning för en noggrann övervakning och socialt stöd av utbildad fängsvårdspersonal (14).

Fysisk omgivning och boendemiljö

De flesta intagna begår självmord genom hängning och använder då föremål som strumpor, underkläder, bälten, skosnören, skjortor, lakan eller handdukar. En miljö som på bästa sätt kan förhindra ett självmord bör vara en cell eller sovsal där inga av dessa föremål finns tillgängliga.

Aktivt självmordsbenägna intagna kan behöva skyddskläder eller begränsningar i sin rörelsefrihet. På grund av vissa naturliga begränsningar måste tydliga rutiner och riktlinjer – och hur dessa ska användas – finnas på plats. Riktlinjerna måste ange vilka situationer och begränsningar som är lämpliga eller olämpliga att använda. Metoder måste användas för att säkerställa att det minst restriktiva alternativet används i första hand. Hänsyn måste tas till säkerheten, eventuell tidsbegränsning samt behovet av övervakning och tillsyn. Det är också viktigt att anstaltspersonalen har information om tillgången till psykiatrisk och hälso- och sjukvårdspersonal.

Ökad teknik, som kameraövervakning i vissa lokaler, har underlättat tjänstemännens kontroll av aktivt självmordsbenägna interner. Men alla utrymme nås inte av kameran och med stressad personal kan detta leda till problem. Det finns tragiskt nog en rad exempel på självmord som har inträffat fullt synliga framför kameran. De flesta interner ogillar också konstant övervakning om denna inte sker med stöd och respekt (4). Kameraövervakning bör därför inte ersätta regelbundna besök av personalen (till exempel var 10-15 minut).

Behandling med anknytning till den psykiska hälsan

När en fånge har bedömts ha en hög självmordsrisk, måste ytterligare utvärdering och behandling ske med hjälp av personal som är utbildade inom psykisk hälsa(41). Men inom många anstalter finns en mycket begränsad tillgång till sådan personal (11).

För att fullt ut kunna arbeta självmordspreventivt, måste kriminalvården ha samarbetsrutiner med kommun- och landstingspersonal. Detta innebär att straffrättskipning, psykisk hälsa och allmän hälsovård måste vara integrerade till gagn för självmordspreventiva insatser inom kriminalvårdsanstalter. Beroende på anstaltens läge, kan allmänna tjänster krävas av sjukhus, räddningstjänst, psykiatriska inrättningar eller andra samhällsinrättningar med inriktning mot psykisk hälsa och missbruksvård.

OM ETT SJÄLMORDSFÖRSÖK INTRÄFFAR

Om ett självmordsförsök inträffar, måste kriminalvårdspersonalen vara tillräckligt välutbildad för att kunna ge Första Hjälpen medan de väntar på att extern akutmottagningspersonal ska komma. Utbildning av kriminalvårdens personal i Första Hjälpen är en viktig del av självmordspreventionen. Första Hjälpen-program för kriminalvårdspersonal bör ingå i standardrutinerna. För att undvika förseningar och få en effektiv kanal för kommunikation med hälsovårdens personal vid ett nödingripande, bör detta ha planerats i förväg. Räddningssystem och utrustning måste finnas tillgängliga på plats. Praktiska övningar kan genomföras vid alla anstalter, ungdomsvårdsskolor med flera anläggningar tillsammans med akutmottagningspersonal för att ge ett optimalt resultat. All personal ska veta vad som ska göras om ett självmordsförsök sker (42).

Omfattande psykologisk bedömning av fången ska genomföras så snart som möjligt efter ett självmordsförsök. En sådan bedömning bör utföras i ett avgränsat rum utan störande inslag så att en intervju av personen kan genomföras. Bedömningen bör klargöra vilka faktorer som kan ha utlöst handlingen och om avsikten verkligen var att ta sitt liv. Intervjun bör också fånga upp bakomliggande problem (såväl kroniska som akuta) oavsett om den intagne har någon form av psykisk störning eller inte, och risken bedömas om den intagne kan göra om

försöket inom den närmaste framtiden (till exempel om den intagne har allvarliga självmordstankar som han har svårt att hantera). Intervjun bör också kunna klarlägga vilken hjälp som behövs framöver och om den intagne kan acceptera denna hjälp.

Manipulativa försök

I vissa situationer betraktar man fångar som visar självmordsbeteenden eller gör självmordsförsök som manipulativa. De kan använda ett självmordsförsök för att få viss kontroll över sin situation, och därigenom föras över till ett sjukhus eller flyttas till en mindre restriktiv miljö (43,44). Ett iscensatt självmordsförsök av fången kan vara inledning till flykt eller ha något annat motiv till hans fördel. Kriminalvårdspersonalen måste därför vara ständigt närvarande för att öka säkerheten för såväl andra fångar som för sig själva.

Fängslade män med antisocial eller sociopatisk personlighet kan vara mer benägna att ta till manipulativa försök. Det är också troligt att dessa män har svårt att anpassa sig till det kontrollerade kollektiva fängelselivet (45). Dessutom kan orsaken till ett självdestruktivt beteende vara att minska ångest och anspänning (46). Fängslade kvinnor med upprepade självdestruktiva beteenden (som skär sig eller bränner sig) kan reagera så på den stress de kan känna på grund av frihetsberövandet och fängelsens kultur. Ett självdestruktivt beteende kan vara svårt att skilja från ett självmordsförsök, även då man frågar internen om avsikten med handlingen (47). Det finns många exempel på att ett tillbud omfattar både en självmordshandling och har ett så kallat manipulativa motiv. Detta för att få uppmärksamhet för känslomässig stress eller för möjligheten att få bättre behandling under fängelsevistelsen (48).

När fångvårdspersonalen förmodar att vissa fångar kommer att försöka kontrollera eller manipulera sin omgivning genom självdestruktiva beteenden gäller det att inte ge efter för denna manipulation. Detta gäller särskilt om en fånge har visat sig ha en historia av tidigare kränkningar eller överträdelser (44). Men självmordsförsök, oavsett motiv, kan leda till döden, även om detta inte var den ursprungliga avsikten (49). Uppmärksamhet vid självdestruktiva beteenden eller bestraffning av självdestruktiva fångar genom isolering, kan förvärra problemet genom att fången börjar ta allt mer dramatiska risker. Således bör program som främjar nära tillsyn, socialt stöd och tillgång till psykosociala resurser vara mycket viktiga för dem som är utagerande eller visar självskadebeteenden.

OM ETT SJÄLMORD INTRÄFFAR

Om ett självmord inträffar måste rutiner finnas för att officiellt dokumentera och rapportera händelsen samt ge konstruktiv information för att förbättra den självmordsförebyggande verksamheten framöver. Således bör hälsovårds- och kriminalvårdspersonal informeras om varje incident i ett försök att:

- rekonstruera händelser som leder till självmord;
- identifiera faktorer som kan ha lett till en fånges död och faktorer som kan ha missats eller där otillräcklig kunskap har kunnat påvisas;
- bedöma behovet av akut nödhjälp;
- beskriva vilka politiska konsekvenser som krävs för att förbättra framtida förebyggande insatser.

Dessutom kan kriminalvårdspersonal eller annan häktespersonal, som var med om självmordet under sin tjänstgöring, uppleva en mängd olika känslor av ilska och förbittring blandat med skuld och sorg. Denna personal kan dra nytta av en mer detaljerad rapport eller rådgivande stöd.

Fängelser är en av de miljöer där stor risk finns för upprepade självmord (4). Efter en granskning av antalet självmord bland fångar har man poängterat att den ökade risken för ett påföljande självmord föreföll vara begränsad till fyra veckor efter det första självmordet, och risken tycktes minska i tid därefter (50).

Unga interner visade sig särskilt sårbara för så kallad smittorisks (51). Kriminalvårdspersonalen måste vara medveten om denna ökade risk och strategier för att minska risken för smittsamma självmordsbeteenden bör innehålla information om hur och var psykiatrisk vård av fångar med psykisk sjukdom kan erhållas, samt vilken behandling som bör ges till dem som är i särskilt risk.

SAMMANFATTNING AV DE VIKTIGASTE ÅTGÄRDENA

Kulturen på arbetsplatsen och samarbetet personalen emellan är avgörande för en framgångsrik suicidpreventiv insats i fängelser och häkten. De viktigaste åtgärderna bygger på utveckla och dokumentera en självmordspreventiv plan med följande innehåll:

- Ett utbildningsprogram för kriminalvårdspersonal till stöd för att upptäcka självmordsbenägna interner och på lämpligt sätt hjälpa interner i kris.
- Rutiner för att hjälpa intagna vid deras ankomst till anläggningen och under hela deras vistelse i syfte att identifiera de med självmordsrisk. Det är också viktigt att ha strategier mot mobbning och annat våld och att arbeta för en positiv relation mellan personal och interner för att minimera självmordsrisk.
- En modell för att upprätthålla kommunikationen mellan anställda och interner med hög självmordsrisk.
- Skriftliga dokument som ett minimikrav för de grupper där interner med hög självmordsrisk är inkvarterade. Vikten av att tillhandahålla socialt stöd, rutinmässig visuell kontroll och ständig övervakning för de mer allvarligt självmordsbenägna internerna, och lämpliga inskränkningar i rörelsefriheten för dessa.
- Utveckling av tillräckliga interna resurser eller länkar till extern samhällsbaserad hälso- och sjukvård för att säkerställa tillgång till psykiatrisk hälso- och sjukvårdspersonal vid behov av ytterligare bedömning och behandling.
- En strategi för rapportering när ett självmord har inträffat för att hitta sätt att bättre upptäcka självmordsrisk och att förbättra kontroll och övervakning vid kriminalvårdsanstalten.

SLUTSATS

Även om vi ibland misslyckas i vår förmåga att i tid bedöma om en intern kommer att göra ett självmordsförsök eller planerar att begå självmord är anstaltschefer, kriminalvårdare, sjukvårdspersonal och psykiatrisk personal de som bäst kan bedöma en självmordsrisk hos en intagen. Alla självmord går heller inte att förebygga, men en minskning av antalet självmord kan åstadkommas med hjälp av ett väl genomtänkt självmordspreventivt program.

REFERENSER

1. Huey MP, McNulty TL. Institutional conditions and prison suicide: Conditional effects of deprivation and overcrowding. *Prison Journal*, 2005,85(4): 490-514.
2. Leese M, Thomas S, Snow L. An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29(5): 355-360.
3. Liebling A. The role of the prison environment in prison suicide and prisoner distress. In: Dear GE (Ed.) *Preventing suicide and other self-harm in prison*. Basingstoke (UK): Palgrave-Macmillan, 2006, 16-28.
4. Paton J, Jenkins R. Suicide and suicide attempts in prisons. In: Hawton K (Ed.) *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice*. Oxford: Oxford University Press, 2005, 307-334
5. World Health Organization. *Figures and facts about suicide*. Geneva, 1999.
6. Task Force on Suicide in Canada. *Suicide in Canada*. Minister of National Health and Welfare, Ottawa, 1994.
7. Fruehwald S, Matschnig T, Koenig F, Bauer P, Frottier P. Suicide in custody: a case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 185:494-498.
8. Snow L, Paton J, Oram C, Teers R. Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *The British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4(4): 3-17.
9. Fruehwald S, Frottier P. Suicide in prison. *Lancet*, 2005, 366: 1242-1244.
10. Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H, Singleton N, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Farrell M, Lewis G, Paton J. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, 2005, 35: 257-269.
11. Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*, 2006, 368: 119-123.
12. Cox JF, Morschauser PC. A solution to the problem of jail suicide. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 1997, 18(4): 178-184.
13. Felthous AR. Preventing jailhouse suicides. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 1994, 22(4): 477-487.
14. White TW, Schimmel DJ. Suicide prevention in federal prisons: A successful five-step program. In: Hayes LM (Ed.) *Prison suicide: An overview and guide to prevention*. U.S. Department of Justice National Institute of Correction, 1995, 46-57.
15. Gallagher CA, Dobrin A. The association between suicide screening practices and attempts requiring emergency care in juvenile justice facilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005, 44(5): 485-493.
16. Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L. Suicide by prisoners: national clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184: 263-267.
17. Marcus P, Alcibes P. Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. *Hospital and Community Psychiatry*, 1993, 44: 256-261.

18. Frottier P, Fruehwald S, Ritter K, Eher R, Schwaerzler J, Bauer P. Jailhouse Blues revisited. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37: 68-73.
19. Borrill J. Self-inflicted deaths of prisoners serving life sentences 1988- 2001. *British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4(4): 30-38.
20. Hayes L. Suicide prevention on correctional facilities: An overview. In: Puisis M (Ed.) *Clinical Practice in Correctional Medicine*. Philadelphia (PA), Mosby-Elsevier, 2006, 317-328.
21. Metzner J, Hayes L. Suicide Prevention in Jails and Prisons. In: Simon R, Hales R (Eds.) *Textbook of Suicide Assessment and Management*, Washington (DC), American Psychiatric Publishing, Inc, 2006, 139-155.
22. Blaauw E, Winkel FW, Kerkhof AJFM. Bullying and suicidal behaviour in jails. *Criminal Justice and Behaviour*, 2001, 28(3): 279-299.
23. Way BB, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J. Factors related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2005, 28(3): 207-221.
24. Holley HL, Arboleda-Flórez J, Love E. Lifetime prevalence of prior suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1995, 39(3): 190-209.
25. Mackenzie N, Oram C, Borrill J. Self-inflicted deaths of women in custody. *British Journal of Forensic Practice*, 2003, 5(1): 27-35.
26. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 2002, 359: 545-550.
27. Hayes, L. Juvenile suicide in confinement in the United States: results from a national survey. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2005, 26(3): 146-148.
28. Winkler GE. Assessing and responding to suicidal jail inmates. *Community Mental Health Journal*, 1992, 28(4): 317-326.
29. Daigle MS. MMPI inmate profiles: Suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls. *Behavioral Sciences and the Law*, 2004, 22(6): 833-842.
30. Blaauw E, Kerkhof AJFM, Hayes LM. Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2005, 35(1): 63-75.
31. Dahle KP, Lohner J, Konrad N. Suicide prevention in penal institutions: Validation and optimization of a screening tool for early identification of high-risk inmates in pretrial detention. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2005, 4(1): 53-62.
32. Mills JF, Kroner DG. Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS). *Legal and Criminological Psychology*, 2005, 10(1): 1-12.
33. Kerkhof AJFM, Blaauw E. Suicide in prisons and remand centers: Screening and prevention. In: Wasserman D, Wasserman C (Eds.) *The Oxford Textbook on suicide: Continental perspectives*. London: The Oxford Press.

34. Daigle MS, Labelle R, Côté G. Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29(5): 343-354.
35. Arboleda-Flórez J, Holley HL. Development of a suicide screening instrument for use in a Remand Centre setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 33: 595-598.
36. Lekka NP, Argyriou AA, Beratis S. Suicidal ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behaviour. A prospective case-control study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2006, 256(2): 87-92.
37. Bonner RL. Correctional suicide prevention in the year 2000 and beyond. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000, 30(4): 370-376.
38. Daniel AE, Fleming J. Suicides in a State Correctional System, 1992- 2002: A Review. *Journal of Correctional Health Care*, 2006, 12(1): 1-12.
39. Hall B, Gabor P. Peer suicide prevention in a prison. *Crisis*, 2004, 25(1): 19-26.
40. Junker G, Beeler A, Bates J. Using Trained Inmate Observers for Suicide Watch in a Federal Correctional Setting: A Win-Win Solution. *Psychological Services*, 2005, 2(1): 20-27.
41. Daniel, AE. Preventing suicide in Prison: A Collaborative Responsibility of Administrative, Custodial and Clinical Staff. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 2006, 34(2): 165-175.
42. Wool R, Pont J. *Prison Health Care: A Guide for Health Care Practitioners in Prisons*. London: Quay Books, 2006.
43. Fulwiler C, Forbes C, Santagelo SL, Folstein M. Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1997, 25(1): 69-77.
44. Holley HL, Arboleda-Flórez J. Hypernomia and self-destructiveness in penal settings. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1998, 22: 167-178.
45. Lohner J, Konrad N. Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in male inmates' self-injurious behavior. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29(5): 370-385.
46. **Snow L. Prisoners' motives for self-injury and attempted suicide.** *The British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4(4): 18-29.
47. Daigle MS, Côté G. Non-fatal suicide-related behavior among inmates: testing for gender and type differences. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2006, 36(6): 670-681.
48. Dear G, Thomson D, Hills A. Self-harm in prison: Manipulators can also be suicide attempters. *Criminal Justice and Behavior*, 2000, 27: 160-175.
49. Brown GK, Henriques GR, Sosdjan D, Beck, AT. Suicide intent and accurate expectations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, 72: 1170-1174.
50. Cox B, Skegg K. Contagious suicide in prisons and police cells. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1993, 47: 69-72.

51. Hales H, Davison S, Misch P, Taylor PJ. Young male prisoners in a Young Offenders Institution: their contact with suicidal behaviour by others. *Journal of Adolescence*, 2003, 26(6): 667-685

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**