

Suicidnära patienter

– kliniska riktlinjer för utredning och vård

Ellinor Salander Renberg

Charlotta Sunnqvist

Åsa Westrin

Margda Wærn

Jussi Jokinen

Bo Runeson, ordförande

Svenska Psykiatriska Föreningen

© 2013 Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning AB
ISBN 978-91-7205-906-1

Kopieringsförbud! Mångfaldigande av innehållet i denna bok, helt eller delvis, är enligt lag om upphovsrätt förbjudet utan medgivande av förlaget, Gothia Fortbildning AB, Stockholm. Förbudet avser såväl text som illustrationer och gäller varje form av mångfaldigande.

Redaktör: Corinna Müller
Omslag: Catharina Ekström
Omslagsfoto: Bildarkivet/Heléne Grynfarb
Grafisk form: Richard Persson, RPform

Första upplagan, första tryckningen
Tryck: Baltoprint, Litauen 2013

Tryckt på miljövänligt framställt papper.

Gothia Fortbildning
Box 22543, 104 22 Stockholm
Kundservice 08-462 26 70, fax 08-644 46 67
www.gothiafortbildning.se

Innehåll

Förord 5

Författarpresentation 7

Inledning 9

1. Bakgrund 11
 2. Suicidalt beteende 15
 3. Suicidriskbedömning 27
 4. Suicidriskhantering 38
 5. Uppföljning 50
 6. Behandling 53
 7. Etiska aspekter 63
 8. Lagar och regler 65
 9. Efter suicid 71
 10. Kvalitetsindikatorer 76
 11. Läsrekommendationer 77
- Referenser 78

Förord

Det är med glädje vi nu presenterar *Suicidnära patienter*, nummer 12 av de kliniska riktlinjer som tagits fram i Svenska Psykiatriska Föreningens regi sedan 1996. *Suicidnära patienter – kliniska riktlinjer för utredning och vård* ersätter de tidigare riktlinjer som getts ut inom samma område.

Suicidtankar hos människor är vanligt och är ett tillstånd som kan drabba i alla åldrar. Inom psykiatrin är vi angelägna om att ytterligare förbättra vårt arbete för denna patientgrupp. Vi ser också ett behov av åtgärder inom många andra samhällssektorer och där säkerhetsarbetet inom andra branscher borde kunna vara vägledande. Vid jämförelser satsas det beklämmande lite på att förebygga suicid mot att till exempel förebygga trafikdöd eller död genom brister i elsäkerhet. Detta är svårt att förstå eftersom:

- självmord är den vanligaste dödsorsaken hos personer mellan 15 och 24 år
- suicidtalerna sjönk bland medelålders och äldre fram till för några år sedan, men har sedan dess slutat minska
- suicidtalerna inte har sjunkit bland de yngre
- suicid drabbar de anhöriga och närstående mycket hårt.

Människor med självmordstankar är en grupp som det är viktigt att kraftsamla kring, inte bara inom sjukvården utan även i andra delar av samhället. Det är vår innerliga förhoppning att dessa riktlinjer ska bidra till att varje suicidnära person som kommer i kontakt med psykiatrin ska få ett optimalt bemötande, adekvata behandlingsinsatser och en ansvarstagande uppföljning. Vårt mål är att vi inom psykiatrin ska bidra med att, så långt det är mänskligt möjligt, förebygga suicid.

Jag vill varmt tacka den arbetsgrupp av våra medlemmar som under professor Bo Runeson genomfört detta arbete. Er insats är ovärderlig!

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen

Svenska Psykiatriska Föreningen har sedan 1996 utformat kliniska riktlinjer för en rad psykiatriska områden:

Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd nr 1

Förstämmingsjukdomar* nr 2

Ångestsyndrom* nr 3

Alkoholproblem nr 4

Självordsnära patienter nr 5

Tvångsvård* nr 6

Äldrepsykiatri nr 7

Ätstörningar* nr 8

Personlighetsstörningar* nr 9

Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom pdf www.svenskpsykiatri.se

Schizofreni nr 10

Äldrepsykiatri nr 11

Suicidnära patienter nr 12

*) under revidering

Författarpresentation

ELLINOR SALANDER RENBERG
professor och psykolog
Institutionen för klinisk vetenskap
Umeå universitet
Norrlands universitetssjukhus
Umeå

CHARLOTTA SUNNQVIST
universitetslektor och specialistsjuksköterska
Fakulteten för Hälsa och samhälle
Institutionen för vårdvetenskap
Malmö Högskola
Malmö

ÅSA WESTRIN
docent och överläkare
Institutionen för kliniska vetenskaper i Lund,
Avdelningen för psykiatri
Psykiatri Skåne
Lund

MARGDA WÆRN
professor och överläkare
Sektionen för psykiatri och neurokemi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Göteborg

JUSSI JOKINEN
docent och överläkare
Karolinska Institutet,
Institutionen för klinisk neurovetenskap,
Centrum för psykiatriforskning
Stockholm

BO RUNESON
professor och överläkare
Karolinska Institutet,
Institutionen för klinisk neurovetenskap,
Centrum för psykiatriforskning
Stockholm

Referensgrupp

Anna Biveby-Nilsson, sjuksköterska, Göteborg
Olle Enfält, överläkare, Umeå
Anders Håkansson, ST-läkare, med.dr, Malmö
Lars Jacobsson, professor emeritus, Umeå
Anna Lundh, överläkare, med.dr, Stockholm
Mia Rajalin, psykolog, Stockholm
Johan Reutfors, överläkare, med.dr, Stockholm
Göran Skogman, psykolog, Malmö
Jon Stefansson, ST-läkare, Stockholm
Ingrid Thernfrid, chefsöverläkare, Lund
Gunilla Wahlén, ordförande SPES, Sundsvall
Benkt Åbom, allmänläkare, Ljusdal
Agneta Öjehagen, professor, socionom, Lund

Karl-Otto Svärd, medicinalråd, Karlstad, har granskat delar av texten.

Svenska Psykiatriska Föreningens ansvarige för riktlinjearbeten

Dan Gothefors

Inledning

SYFTET MED DENNA skrift är att beskriva förutsättningarna för mötet med den suicidnära patienten, men också bedömningen av risk, utredningen och hur man kan försöka hantera risken. Begreppet suicidnära betyder att patienten nyligen har gjort ett suicidförsök eller att det av samtalet framgår att patienten har för avsikt att göra det. Men det kan också vara en patient som primärt söker för andra problem eller för sin sjukdom, men där man av omständigheterna bedömer att det finns en risk för suicidhandling.

Vi använder oftast begreppet suicid, men uppfattar detta vara helt synonymt med självmord. Det senare ger ibland för starka associationer till mord. Ordet självskada kan som i den aktuella versionen av ICD (International Classification of Diseases) användas i en vid betydelse, omfattande både allvarliga och mindre allvarliga suicidförsök och därtill självsador utan suicidavsikt. Suicidförsök är i sig ett begrepp som ofta använts utan att man har en klar uppfattning om att patienten hade för avsikt att ta sitt liv. Ibland innebär handlingen att man gett sken av att ha en sådan avsikt. Ofta är det ett rop på hjälp eller ett skrik av smärta, eller en önskan om att få en förändring till stånd i en ohanterlig situation. När vi här beskriver självskadande beteende i en snävare betydelse innebär det frivilligt genomförda skärskador, att försöka bränna sig eller på annat sätt orsaka skador i huden men utan någon avsikt att dö (Nock et al 2006).

Innehållet, formen och omfattningen är de kliniska riktlinjernas. Vi söker i första hand stöd för riktlinjerna i den evidens som finns för bedömning och behandling. Där det saknas evidens hänvisar vi till den kliniska erfarenhet som finns i arbetsgruppen eller i den större referensgrupp vi haft tillgång till.

Vi har av utrymmesskäl avstått från att ta med bilagor som intervjuinstrument och skattningsskalor i denna skrift, men vi anger referenser och läsrekommendationer där några av dem kan återfinnas.

Bo Runeson, huvudredaktör

1. Bakgrund

Epidemiologi

Suicid är ett folkhälsoproblem, varje år inträffar 1 400–1 500 suicid i Sverige, varav 1 000 av män och mer än 400 av kvinnor. Det betyder också att ungefär 6 000 nära anhöriga drabbas av denna traumatiska förlust varje år. Antalet suicid har dock minskat under de senaste decennierna, både i Sverige och i många andra länder. Under 1980- och 1990-talen var denna minskning tydlig i vårt land, men under 2000-talet har den stannat upp. Man har antagit att de sänkta suicidtalerna delvis beror på en förbättrad behandling av depressionstillstånd (Isacsson et al 2010), men det förklarar inte varför minskningen avstannat. En studie från Storbritannien har nyligen visat att man fick en tydligare sänkning av suicidtalerna i områden där man implementerade riktlinjer för suicidprevention och särskilt där man inrättade dygnet runt-aktiva kristeam, men också där man uppmärksammade personer med dubbel diagnos (psykisk störning och substansberoende) (While et al 2012).

Det finns vissa regionala skillnader när det gäller självmord. Länsvis sker fler självmord bland män i centrala delar av landet (Värmland, Dalarna, Gästrikland, Jämtland). När man granskar antalet suicid baserat på kommuner är det framför allt i glesbygdsområden som mäns självmord är vanligare. Bland kvinnor finns något högre suicidtal i storstäder. Dock är skillnaderna mellan könen och mellan olika geografiska områden inte lika uttalade som tidigare och inte lika påtagliga som i en del andra länder.

Varje år vårdas ungefär 9 000 personer på svenska sjukhus efter självsador, de har inte blivit färre under senare år. Tvärtom har antalet som vårdas på sjukhus efter självskada ökat kraftigt bland unga kvinnor.

Dubbelt så många kvinnor mellan 15 och 24 år vårdades på sjukhus efter framför allt tablettförgiftningar 2007 jämfört med 1997 (Beckman et al 2009). Även bland unga män finns en klar ökning, även om problemet är något mindre vanligt i denna grupp. Åren 2008–2009 minskade antalet något (Socialstyrelsen 2011). Bland människor i medelåldern och äldre finns inte motsvarande ökning de senaste åren.

Vad beror det ökade antalet suicidförsök bland unga på? Det finns tecken på ökad psykisk ohälsa bland unga, till exempel har förskrivningen av antidepressiva och sömnmedel ökat i unga grupper. Unga vuxna som sjukpensioneras under psykiatrisk diagnos har ökat mer än i andra åldersgrupper. Men grunden för den ökade ohälsan är oklar.

Självskador utan någon avsikt att dö torde också ha ökat, oftast skärningar, men där är siffrorna mer osäkra. Många kommer aldrig till sjukvården och även när de söker läggs de ofta inte in på sjukhus. Även om de som sjukhusvårdas efter någon form av självskada utgör en begränsad andel (Beckman et al 2009) är det ett aktuellt och omdiskuterat problem i vårt samhälle idag.

Bland psykiatriska patienter finns hög risk för suicid. Om man undersöker hur många av dem som tagit sitt liv har haft någon kontakt med psykiatrisk vård det senaste året varierar antalet mellan en tredjedel och hälften av alla. Under en 14-årsperiod där alla 20 675 suicid i Sverige studerades hade 23 procent av männen och 31 procent av kvinnorna vårdats inlaggande för psykiatrisk diagnos året före suicid, och 3,2 procent av männen respektive 5,1 procent av kvinnorna hade tagit sitt liv under pågående heldygnsvård (Reutfors et al 2010).

Psykologisk påfrestning i arbetet med suicidnära

Att möta människor som har tankar på att ta sitt liv är en viktig uppgift. Det är samtidigt psykologiskt krävande, patienten kan vara ångestfylld och ibland finns en förtvivlan eller aggressivitet hos patienten som berör oss starkt.

Det är framför allt svårt att bedöma risken för en kommande suicidhandling när man möter en patient. Kanske har det ofta kommit att formuleras alltför stora krav på att man ska kunna förutsäga risken för en suicidhandling. Det är svårt att förutsäga en typ av handling som kan vara av olika allvarlighet och där avsikten kan variera starkt med tid och situation. Även en välgjord och omfattande bedömning av sui-

cidrisk kan slå fel. Även om man bedömer att det finns en hög risk inträffar bara hos en begränsad del ett fullbordat suicid. När man tvärtom efter en utförlig värdering av kliniska riskfaktorer bedömer risken som låg kan det ändå inträffa ett fullbordat suicid genom att det strax efter bedömningen inträffar något som utlöser en påtaglig försämring. Suicidhandlingar har ofta ett starkt impulsmässigt inslag, även om tankar på suicid funnits sedan tidigare.

Den ödmjukhet som behöver finnas inför möjligheterna att göra en riskbedömning accepteras inte alltid av berörda myndigheter eller av en del av de experter som haft inflytande på de suicidpreventiva strävandena under de senaste decennierna. Det finns ett uppmärksammat fall där en psykiater efter noggrann värdering inte ansåg sig kunna tillämpa LPT på en patient som sedan tog sitt liv, trots det dömdes läkaren för vållande till annans död (Wærn & Ågren 2004). Även efter gedigna insatser för att förhindra en patients självmord kommer man ibland att misslyckas. Det är psykologiskt påfrestande att vara med om detta och man behöver ett bra sätt att ta hand om de reaktioner som dyker upp hos läkare eller terapeut (Wærn 2003).

Man kan ifrågasätta hur väl man kan förutsäga risk utifrån att man belyser ett antal riskfaktorer (Large et al 2011), men vi kan inte avstå från att göra en omsorgsfull klinisk värdering av patientens tillstånd och förhållanden. Trots svårigheterna bör vi göra det vi kan för att skapa ett förtroendefullt möte med den suicidnära patienten och göra en så välgrundad bedömning som någonsin är möjlig. Det skulle vara ett utslag av övermod att hävda att man alltid bedömer dessa situationer korrekt. Men att uppgiften är svår motiverar just en noggrann undersökning av patientens tillstånd och hur patienten ser på livsmening, död och suicid. Ibland är det också möjligt att samtalet i sig har betydelse för en person i en suicidal kris.

Utbildning och handledning

Det finns goda skäl att göra arbetet med suicidnära patienter så tryggt som möjligt för den läkare, sjuksköterska, psykolog eller annan psykiatripersonal som ska kunna arbeta engagerat med en svår uppgift (Runeson & Dahlin 2009). Bara den som arbetar med trygghet i arbetet kan ge patienten den fulla uppmärksamhet som behövs och som patienten har rätt till.

Det finns för litet av undervisning i suicidprevention inom de akademiska grundutbildningarna i nuläget. Det finns skäl att uppmärksamma detta för att sjukvårdspersonal av olika slag ska vara rimligt förberedda när man ska arbeta självständigt. Utbildning i kliniskt suicidpreventivt arbete är också viktig som fortbildning för samtliga personalkategorier.

Det är ibland lämpligt att man är två personer som gör bedömningen eller håller i den fortsatta kontakten. Det är viktigt att man i det psykiatriska teamet har möjlighet att få stöd i arbetet genom samråd med erfarna personer. Den som är jourläkare ska ha en nära kontakt med bakjour i bedömningarna.Handledning är en möjlighet att försöka förstå vad som händer i kontakten med en suicidnära patient.

När suicid har inträffat i anknytning till sjukvården finns anledning och möjlighet att försöka lära av detta. Då finns dels de internutredningar som görs, som på ett strukturellt och organisatoriskt plan ibland kan identifiera brister i de system som tillämpas. Dels finns den mer djupgående metod med psykologiska autopsier eller retrospektiva genomgångar som kan bidra till att en enhet eller en individ kan lära av det inträffade (Schulman et al 1991).

Flera kurser ges årligen i nationell regi. För att bli specialist i psykiatri rekommenderar Svenska Psykiatriska Föreningen en kurs i suicidologi, till exempel Metiskurs, för ST-läkare.

2. Suicidalt beteende

Suicidal process

Termen suicidal process används för att beskriva utvecklingen från den första allvarliga tanken på självmord till självmordsförsök eller till fullbordat självmord.

Denna utveckling från de första suicidtankarna till den aktuella situationen bör analyseras noggrant och riskfaktorer och preventiva faktorer identifieras.

Den så kallade suicidstegen där man successivt frågar om nedstämdhet, hopplöshet, dödsönskan, suicidtankar, suicidplaner och handlingar kan användas för att strukturera bedömningen av den suicidala processen.

Under utvecklingen kommunicerar den suicidnära personen oftast sina avsikter till omgivningen – till anhöriga och vänner. Det kan finnas både känslomässiga och intellektuella skäl till att närstående kan ha svårt för att förstå signalerna (Owens et al 2011). Den suicidnära personen betar sig ofta motsägelsefullt och ger tvetydiga signaler. Närståendes emotionella engagemang i personen kan göra det svårt för dem att tala med både den drabbade och andra i omgivningen och att söka professionell hjälp (Owens et al 2011).

Många suicidnära personer söker hjälp både inom den somatiska och inom den psykiatriska vården. Direkt uttalade hot om självmord är lättast att uppfatta. Uttalanden om att ta livet av sig måste tas på största allvar. Att plötsligt börja samla på sig mediciner eller att dra sig undan från sociala kontakter kan vara den första märkbara kommunikationen i en pågående suicidal process. Vårdgivarens förmåga att känna igen och ta den suicidnära personens kommunikation på allvar är mycket viktig för att avbryta den suicidala processen.

Sociodemografiska och sociala faktorer

Drygt två tredjedelar av alla suicid som sker i Sverige görs av män. Könsmönstret varierar dock stort i ett globalt perspektiv. Den manliga dominansen, som är så påfallande i västländer, saknas i Kina och Indien, där suicid sker lika ofta bland kvinnor som bland män (Nock et al 2008). Suicidtalet varierar mer över tid hos män än det gör hos kvinnor, och en förklaring till detta kan vara att män tycks vara mera benägna att reagera vid sociala och ekonomiska samhällsförändringar (Milner et al 2012). Nästan två tredjedelar av dem som vårdas i samband med suicidförsök i Sverige är kvinnor. Könsskillnaden är mest uttalad hos ungdomar och unga vuxna. Vid 75-årsåldern har könsskillnaden försvunnit; suicidförsökstal är då snarlika hos kvinnor och män. Ett tidigare suicidförsök är en starkare riskfaktor för fullbordat suicid hos män jämfört med kvinnor (Suominen et al 2004).

När det gäller sexuell orientering har man i internationella studier visat ökad risk för suicid (King et al 2008) och suicidförsök (Roth et al 2006) hos HBT-personer (homosexuella, bisexuella och transpersoner). Motsvarande studier saknas i Sverige, men vi vet att den psykiska ohälsan är betydande för HBT-personer, särskilt i övre tonåren (Statens folkhälsoinstitut 2009).

Änklingar och personer som är frånskilda har högre suicidtal än gifta. Arbetslöshet är förenad med ökad risk. Personer som är födda utomlands har i allmänhet högre suicidtal än svenskfödda (Johansson et al 1997). Här finns dock stor variation. Suicid sker oftare bland personer som har flyttat till Sverige från länder med höga suicidtal (Finland, Ryssland, och för kvinnor från Polen och övriga östeuropeiska länder) och mindre ofta bland personer med ursprung i Mellanöstern (Westman et al 2006).

Att höra till ett religiöst samfund tycks minska risken för suicid. Religion kan ge tröst, mening och gemenskap, vilket kan ha en suicidpreventiv inverkan (Koenig 2009). Samtidigt kan en religiös doktrin ”skydda” genom ett kraftigt avståndstagande från suicid. Bland religiösa grupper i USA har protestanter – relativt sett – högre suicidtal än katoliker. Låga suicidtal syns hos judar och muslimer (Gearing & Lizardi 2009).

Utvidgat suicid (”homicid-suicid”) är ovanligt men kan förekomma i familjesituationer där en av de inblandade har en föreställning om

stundande katastrof. Man agerar för att ”rädda” familjen och dödar barnen, partnern och slutligen sig själv. En annan typ kan förekomma vid separationer. Typsituationen är en man som först mördar sin före detta partner och därefter sig själv. Fenomenet kan också förekomma hos äldre, då är det oftast frågan om en äldre make som inte längre kan klara av att ta hand om sin sjuka hustru. Hellre än att ta hjälp av utomstående väljer han att avsluta först makans liv och därefter sitt eget. Manligt kön, depression och tillgång till vapen är riskfaktorer för homicid-suicid (Eliason 2009).

Olika åldersgrupper

Självskaðehandlingar och suicidförsök är vanliga särskilt bland unga kvinnor. Men det är ändå ett allvarligt tecken på risk, hos många unga föregås suicid av suicidförsök (Runeson et al 1996). Konflikter gentemot föräldrar ses ofta hos de yngre, senare finns separationer från partner som utlösande moment. Även hos unga, som hos vuxna och äldre, finns oftast psykisk störning som bakgrunden till suicid. Personlighetsstörning är en del i den suicidala processen särskilt hos unga vuxna, det fanns hos 29 procent av suiciden i åldern under trettio år, med borderline personlighetsstörning och antisocial personlighetsstörning som dominerande diagnoser (Runeson & Beskow 1991). Missbruk eller beroende av alkohol och droger, schizofreni och framför allt egentliga depressioner var också vanligt, men längden av tiden från sjukdomsdebut till suicid varierade med olika diagnoser (Runeson et al 1996).

Den åldersgrupp som har flest suicid rent numeriskt är de medelålders. Jämfört med många andra industriländer har Sverige och övriga nordiska länder relativt höga suicidtal just bland medelålders män. I denna åldersgrupp är riskökningen särskilt stor för män med alkoholproblematik.

Äldre har höga suicidtal i de flesta industriländer. Suicidförsök är relativt ovanliga hos äldre, men när detta sker finns ofta en hög suicidintention. Depression förekommer oftare vid suicid bland äldre än bland yngre åldersgrupper. Vidare är alkoholmissbruk/beroende associerat med en tiofaldig riskökning för både suicid och suicidförsök hos äldre i Sverige (Wærn et al 2003, Morin et al 2012). Riskökningen gäller för både män och kvinnor. Ensamhet och bristande socialt nätverk är båda associerade med en tredubblad risk för suicid (Fässberg et al 2012). Äldre änkemän har särskilt hög risk (Erlangssen et al 2004). Somatisk

sjukdom och funktionsnedsättningar ökar risken hos äldre, och sambandet kan inte förklaras av depression (Wærn et al 2003).

Psykiatriska tillstånd och suicidrisk

Tidigare suicidförsök är den starkaste kända riskfaktorn för suicid. Risken är särskilt förhöjd hos personer med allvarliga psykiska störningar som tidigare vårdats i samband med suicidförsök genom våldsamma metoder (Runeson et al 2010). Även upprepad självskada utan suicidal intention är kopplad till ökad risk för fullbordat suicid i framtiden. Bland personer som sjukhusvårdats i samband med suicidförsök, och som diagnosticerats med unipolär/bipolär depression eller schizofreni, har nästan en fjärdedel av männen och mer än en tiondel av kvinnorna dött genom suicid inom ett år efter försöket (Tidemalm et al 2008). Således utgör tiden efter utskrivning en tid då särskild omsorg kan vara påkallad.

Systematiska genomgångar efter suicid visar att majoriteten lider av *depression* vid tiden för sin död. Livstidsrisken för suicid är högre bland män som vårdats för depression än bland kvinnor (Blair-West & Mellsoy 2001). Särskild risk för död genom suicid inom ett år såg man hos deprimerade patienter med inslag av ångest och sömnsvårigheter (Fawcett et al 1990). Depression med stämningskongruenta psykotiska symtom är ett tillstånd som kräver särskild uppmärksamhet. Även atypiska depressionssymtom är kopplade till ökad risk för suicidalt beteende, och detta gäller hos både kvinnor och män (Innamorati et al 2011). Mildare depressiva tillstånd som inte uppfyller diagnoskriterier för egentlig depression är förknippade med ökad risk för suicidförsök och suicid hos äldre (Wærn et al 2002, Wiktorsson et al 2010).

Suiciddödligheten är betydande vid *bipolär sjukdom*, mellan 10 och 15 procent (Hawton et al 2005). Risken är mest uttalad vid bipolär sjukdom av typ I (Angst et al 2012). En metaanalys visade att tidigare suicidförsök samt hopplöshet var de två faktorer som var starkast kopplade till suicid död hos personer med bipolär sjukdom (Hawton et al 2005). Samma studie visade att suicid hos en familjemedlem, tidig sjukdomsdebut, hög symtombörda vid depression, ökande svårighetsgrad, blandepisoder, rapid cycling, samsjuklighet med andra psykiatriska sjukdomar och alkohol och drogmissbruk alla var kopplade till suicidförsök. Ett besläktat tillstånd med hög risk för suicid är postpartumpsykos (Appleby et al 1998, Doucet et al 2011).

Jämfört med normalbefolkningen har personer som sjukhusvårdats för *alkoholproblematik* en suicidrisk som är 5–10 gånger högre. I länder med hög per capita spritkonsumtion som i Sverige är relationen mellan alkohol och suicid särskilt stark (Ramstedt 2001). Lägre suicidtal noteras i länder med ”kontinentala” dryckesvanor. Studier av suicid bland män i Sverige visar att alkoholmissbruk/beroende har funnits hos 25–55 procent. Detta innebär att alkoholdiagnoser utgör den näst vanligaste diagnosgruppen för män efter depression. Alkoholmissbruk/beroende är mindre studerat hos kvinnor, men en Stockholmsstudie fann sådan problematik vid 15 procent av suicid hos kvinnor (Åsgård 1990). Hos personer med alkoholproblematik sker de flesta suicid under en pågående missbruksperiod. Detta till trots kan suicid förekomma under samtliga missbruksfaser. Brutna relationer förekommer ofta som utlösande moment (Berglund & Öjehagen 1998). Under abstinens kan suicidhandlingar utlösas av förvirring. Efter avslutad abstinensbehandling syns inte sällan depressionssymtom, vilket kan bidra till ökad risk. Man ser en längre suicidal process hos personer med alkoholdiagnos jämfört med andra diagnoser, men den fluktuerar snabbt med förvärrad risk särskilt vid återfall (Sher 2006, Morin et al 2012). Personer med anamnes på alkoholproblematik kan alltså befinna sig i högriskzonen även efter mycket lång tid. Sammantaget dör ungefär 7 procent av dem som vårdas i samband med alkoholdiagnos genom suicid (Inskip et al 1998).

För *narkomaner* är risken att dö i suicid 15–16 gånger högre än för normalbefolkningen. Risken är störst vid opiatmissbruk. Läkemedelsberoende är vanligare hos kvinnor som tar sitt liv jämfört med män. För både kvinnor och män ses högre suicidtal bland rökare. I nuläget är det oklart om det föreligger ett kausalt samband, eller om associationen kan förklaras av störande faktorer. Det finns dock vissa belägg för ett oberoende samband mellan rökning och suicid.

Särskilt tydlig har förekomsten av *borderline personlighetsstörning* varit bland ungas suicid (Runeson & Beskow 1991). Narcissistisk och antisocial personlighetsproblematik har också kunnat knytas till suicidrisk (Kullgren et al 1986, Rich et al 1986, Stone 1989).

Personer med *ångestsjukdom* och patienter med ångestsymtom löper ökad risk för suicid och suicidförsök (Busch et al 2003, Hawgood & De Leo 2008). Samsjuklighet med depression är vanlig men detta kan bara förklara en del av riskökningen. I en studie var posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) den enda specifika ångestsjukdom som kunde visas

ha ett samband med suicidförsök (Sareen et al 2005).

Hos personer med *schizofreni* är risken för suicid förhöjd 12 gånger (Saha et al 2007). Symtom som har kopplats till ökad risk hos denna grupp är nedstämdhet, motorisk oro och agitation (Hawton et al 2005). Det är mindre vanligt att suicid sker i samband med en akut exacerbation i psykosjukdomen när hallucinationer och andra positiva symtom är som mest framträdande. Det är snarare efterförloppet som kan vara en kritisk tid när det gäller suicidrisk. Då tillstöter inte sällan depressionssymtom. Högre utbildningsnivå har visats vara associerat med ökad risk, liksom hög premorbid IQ (Hor & Taylor 2010). I en stor färsk studie var lågt IQ skyddande jämfört med medel eller hög IQ. Samtidigt var det så att hos de män med schizofreni som tidigare gjort våldshandlingar var tvärtom lågt IQ associerat till suicid (Webb et al 2011). Personer med schizofreni tenderar att använda våldsammare metoder än personer med andra psykiatriska diagnoser (Reutfors et al 2009). Suicidförsök är vanliga hos denna patientgrupp. Ungefär 40 procent gör ett eller flera suicidförsök någon gång under livet (Roy & Pompeli 2009). Hos personer med schizofreni och tidigare suicidförsök är risken för suicid femdubblad jämfört med personer med schizofreni som aldrig gjort suicidförsök (Reutfors et al 2009).

För personer med schizofreni är behandling med antipsykosläkemedel viktigt från suicidpreventionssynpunkt. En internationell metaanalys visade en nästan fyrdubblad risk för suicid vid bristande behandlingsadherens (Hawton et al 2005). När man i Finland följde upp patienter med en förstagångs schizofrenidiagnos fann man en suiciddödlighet som var hela 37 gånger större för dem som inte fick behandling med antipsykosmedel jämfört med dem som stod på sådan medicinering (Tihonen et al 2009).

Suicidrisken är sannolikt förhöjd vid *ADHD*; tydligast visat är att suicidförsök är vanligare bland personer med *ADHD* (Impey & Heun 2012). Det är dock i nuläget oklart till vilken grad riskökningen kan förklaras av samsjuklighet. Det finns belegg för att substansberoende förklarar en hel del av riskökningen. Även andra psykiatriska diagnoser (depression, ångest, ätstörningar) är relativt vanligt förekommande vid *ADHD* och skulle kunna förklara sambandet med suicid. Bland tonåringar som sjukhusvårdats i samband med suicidförsök hade 13 procent en neuropsykiatrisk störning (Mikami et al 2009).

I dagsläget är det oklart huruvida suicidrisk är förhöjd hos personer

med *autismspektrumstörningar*. Forskningen kring den suicidala processen hos personer med dessa diagnoser är ännu så länge begränsad. Samsjuklighet är mycket vanlig vid autismspektrumstörningar. Bland ungdomar med Aspergers syndrom fann man samtidigt ångestsjukdomar hos hälften, och över en tredjedel hade depression (Mukaddes & Fateh 2010). Vid *psykisk utvecklingsstörning* är suicidrisken lägre än i befolkningen i stort, detta är särskilt tydligt vid Downs syndrom (Harris & Barraclough 1997).

Även om suicid och suicidförsök kan förekomma vid *demens* är denna sjukdomsgrupp ett annat av de få psykiatriska tillstånd som *inte* kunnat kopplas till ökad risk för suicid (Haw et al 2009). Olika typer av neurokognitiv dysfunktion tycks dock öka risken för suicid. Man har konstaterat nedsatt uppmärksamhet, problemlösningsförmåga och beslutsförmåga hos personer som gjort suicidförsök. Neuroimagingstudier talar för dysfunktion i ventrala, mediala och dorsolaterala prefrontala cortex, samt förändringar i striatum och amygdala hos dessa patienter (Jollant et al 2011).

Vid retrospektiva studier har man konstaterat att en liten andel (12–14 procent) av dem som tar sitt liv har haft en *akut stressreaktion* vid tiden för sin död, utan tecken på allvarligare psykisk sjuklighet (Beskow 1979, Runeson 1989, Åsgård 1990). Här ser man inga könsskillnader. I låginkomstländer är det betydligt vanligare att suicid sker i samband med akuta stressreaktioner (Nock et al 2008). Kriser som föregår suicid är ofta relaterade till situationer som innebär ökat utanförskap, brutna relationer, mobbning och uppsägning. Förlust av position och andra situationer som upplevs som kränkande, till exempel att bli fräntagen sitt körkort eller häktad för ett brott, kan också vara utlösande.

I flera av de sjukdomsgrupper som nämnts ovan är det de individer som har komplicerade sjukdomstillstånd som har störst risk för suicid. *Samsjuklighet* är därför viktig att uppmärksamma. Samsjuklighet mellan depression och alkoholmissbruk eller -beroende är av stor betydelse för suicidrisken (Brådvik et al 2010), det gäller också psykossjukdom samt personlighetsstörningar som kompliceras av depression och substansberoende (Stone 1993).

Psykologiska och sociala faktorer bakom ökad suicidrisk

Förutom den psykiska störningen eller sjukdomen som behandlas ovan finns ett antal faktorer att reda ut i den psykologiska och sociala utredningen:

- exponering för traumatiska händelser i familjen
- suicidalt beteende i familj eller närkrets
- påverkan via internet
- erfarenheter av våld
- särskilda personlighetsdrag och anknytningsmönster.

Exponering för traumatiska händelser i familjen

Att tidigt i livet ha *förlorat* en betydelsefull person, framför allt föräldrar, har ansetts vara en bakgrund till övergivenhetskräck som i sig kan finnas i bakgrunden till suicidalt beteende. Andra faktorer under uppväxten som visats vara av betydelse för människors suicidbenägenhet är psykisk sjukdom eller missbruk/beroende av alkohol eller droger hos föräldrarna (Adams et al 1994, Marttunen et al 1993, Wilcox et al 2010). Möjligen återfinns dessa uppväxttrauman särskilt bland dem med personlighetsstörning och suicid (Runeson & Beskow 1991).

Konflikter med föräldrarna ökar också risken för upprepade suicidhandlingar (Groholt et al 2006). Sexuella övergrepp, inom familjen eller genom annan person, är också en riskfaktor för suicidförsök, särskilt bland kvinnor (van Egmond et al 1993, Lindgren et al 2006). Att ha blivit utsatt för våld/trauma under barndomen var en riskfaktor för fullbordat suicid hos patienter som gjort tidigare suicidförsök (Jokinen et al 2010).

Suicidalt beteende i familj eller närkrets

Förekomsten av *suicidalt beteende i familjen* är en faktor som behöver värderas och kan varsla om förhöjd risk. Risken att en familj som redan är drabbad av suicid på nytt ska drabbas är förhöjd ungefär tre gånger (Runeson & Åsberg 2007, Wilcox et al 2010, Niederkrotenthaler et al 2010). Risken tycks vara något mer förhöjd om man exponeras för suicid i familjen i barn- och tonårstid än som ung vuxen (Wilcox et al 2010). Risken för eget suicidförsök hos barn som nått vuxen ålder ökade något mer om det var modern som tagit sitt liv än om det var fadern (Kuramoto et al 2010).

En fråga är om denna risk är genetiskt eller miljömässigt betingad. I en studie studerades tidigt bortadopterade barn, som alltså inte exponerats för den biologiska föräldrarnas suicidhandling. Risken för att barnet senare skulle göra suicidförsök var inte förhöjd om det bara fanns en biologisk förälder som tagit sitt liv eller gjort suicidförsök. Risken var inte heller förhöjd om adoptivföräldern vårdats på psykiatrisk klinik innan barnet fyllt 18 år. Man fann däremot fyra gånger högre risk om suicidalt beteende fanns hos en biologisk förälder och adoptivmodern dessutom varit föremål för psykiatrisk vård, som ett tecken på gen-miljöinteraktion (Wilcox et al 2012). I en annan färsk studie har man funnit stöd för båda formerna av familjepåverkan till suicid (Tidemalm et al 2011). I tvillingstudier har man beräknat att 36 procent av variansen beror på genetiska faktorer och 64 procent på delade miljöfaktorer (Fu et al 2002).

Man har föreslagit att det finns två vägar för påverkan från förälder till barn. En är disposition för impulsiv aggressivitet och en annan disposition för depressiv sjukdom. Båda kan alltså vara genetiskt präglade men också innehålla miljöberoende komponenter (Brent & Mann 2006).

Påverkan via internet

Mönster utanför familjen kan också vara av betydelse, särskilt har man uppmärksammat risken för påverkan via internet (Biddle et al 2008). Det finns på många webbplatser anvisningar hur man kan gå tillväga för att ta sitt liv. I några uppmärksammade fall har man kunnat följa unga människors överväganden på webben innan de genomfört suicid. Det finns också pakter mellan personer som beslutar att ta sitt liv och genomför detta via webbkontakter. För att förhindra denna form av smitta förbjöd man i Australien sådan information på webben. De som är ansvariga för olika sökmotorer eller webbhotell bör ta bort sidor med detta destruktiva innehåll (Westerlund & Wasserman 2008). Det är dock stor risk att också information som snabbt tas bort har kopierats och skickats vidare även med sådana restriktioner. Det är viktigt att beskrivningar av suicid balanseras av webbsidor som erbjuder hjälp eller informerar om möjligheten till sjukvårdskontakt.

Erfarenheter av våld

Att ha blivit utsatt för våld eller att själv ha använt våld kan tala för hög-

re risk för suicidalt beteende. Data finns från kliniska studier där man tillfrågat personer som gjort suicidförsök om utsatthet för och eget användande av våld (Jokinen et al 2010). Det finns också epidemiologiska material som visar på en hög risk för suicid hos kriminella, sannolikt särskilt hög risk hos våldsbrottslingar, vilket också stödjer risken för ett samband mellan att använda våld mot andra och mot sig själv (Fazel et al 2008, Stenbacka et al 2012).

Särskilda personlighetsdrag och anknytningsmönster

Samtidigt som vissa personlighetsdrag (förmåga att uthärda och hantera psykisk smärta, återhämtningsförmåga, positiv och stabil självkänsla, förmåga att skapa och vidmakthålla tillitsfulla personliga relationer) är skyddande mot suicid, kan vissa personlighetsdrag vara en del i bakgrunden till såväl suicidförsök som suicid. Som exempel kan nämnas snabba svängningar i stämningsläge, impulsivitet, aggressivitet och irriterbarhet, ångestbenägenhet, inåtvändhet och slutenhet, självkritisk hållning, lättkränkhet, misstänksamhet, rigiditet, perfektionism och hopplöshet (Skodol & Bender 2003). Skambenägenhet har också kopplats till suicid (Lester 1997), även om sambandet inte är tydligt empiriskt visat och tycks vara olika för män och kvinnor (Wiklander et al 2012). Otrygga anknytningsmönster grundade i tidig anknytning (Bowlby 1994) har också visats associerade till både suicidtankar och suicidala beteenden (Lizardi et al 2011). Här rör det sig framför allt om otrygga och undvikande anknytningsmönster, något som kommer till uttryck inte bara i relationer till närstående utan också till personer inom vården, vilket medför att det kan vara svårt att etablera trygga och stabila behandlingsallianser.

Somatiska och biologiska faktorer

Somatisk sjukdom, och särskilt om den bidrar till en funktionsnedsättning, är som tidigare nämnts av betydelse för den suicidala processen (Conwell et al 2010, Kaplan et al 2007). Vissa sjukdomar är av högre relevans än andra i detta avseende (Harris & Barraclough 1994). Flera av de mest riskfyllda är neurologiska sjukdomar som amyotrofisk lateralskleros, ALS (Fang et al 2008), multipel skleros, MS (Fredrikson et al 2003), Huntingtons chorea (Stenager & Stenager 2009), epilepsi och förvärvad spinalskada (Giannini et al 2010). I några studier har

det särskilt varit män som påverkats av somatisk sjukdom så att det bidragit till suicidhandling (Quan et al 2002, Wærn et al 2002). En färsk studie i primärvård pekar dock på en särskilt hög risk hos somatiskt sjuka kvinnor under 50 år och hos de äldre kvinnorna bland de multi-sjuka (Webb et al 2012).

När det gäller cancer är risken 2–3 gånger högre än i befolkningen (Stenager & Stenager 2009). Nyligen har man visat att det finns en särskilt hög risk för suicid första veckan efter att man fått cancerbesked (12 gånger högre risk än i befolkningen), men risken sjönk sedan så att den var tre gånger förhöjd under första året (Fang et al 2012). Det finns också en något förhöjd risk vid HIV/AIDS (Stenager & Stenager 2009) samt vid kronisk smärta (Tang & Crane 2006). I flera av de ovan angivna somatiska sjukdomstillstånden är det en depression som är länken till suicid. Depressionssymtom bör därför efterfrågas och behandlas. Optimering av smärtbehandling är också viktig. När det gäller somatisk sjukdom är det angeläget att värdera betydelsen av sjukdomen, förloppet och funktionsnedsättning för den enskilda individen.

Biologiska markörer för depression och suicidalt beteende är ett viktigt forskningsområde där man dock ännu inte har kliniskt användbara tillämpningar att rekommendera i den rutinmässiga utredningen. Ett välreplikerat fynd är att låga halter av serotoninmetaboliten 5-HIAA i cerebrospinalvätskan ökar suicidrisken (Åsberg et al 1976, Samuelsson et al 2006). Nyligen har man rapporterat att låga 5-HIAA-nivåer var förknippade med svårighet att hantera aggressivitet mätt med Karolinska Interpersonal Violence Scale, KIVS, likaså rapporterade de som gjort suicidförsök och varit mer utsatta för våld under barndomen lägre nivåer av 5-HIAA (Moberg et al 2011).

Ett annat replikerat biologiskt fynd är att patologiskt dexametason-suppressionstest (DST) kan predicera suicid (Coryell & Schlessler 2001), speciellt hos patienter som gjort ett suicidförsök (Jokinen et al 2007).

Självskaдебeteende

En snäv definition av självskaдебeteende innebär avsiktlig självtillfogad kroppsskada utan suicidavsikt, oftast genom att skära och/eller rispa sig eller bränna sig med cigaretter eller hett vatten (Nock & Favazza 2009). Att skära och rispa sig är vanligare hos kvinnor medan brännskador är vanligare hos män (Andover et al 2010). Oftast är kroppsskadan af-

fektreglerande, det vill säga ett sätt att bryta outhärdlig spänning eller överväldigande känslor som vrede, aggressivitet, skam, skuld, ångest eller nedstämdhet (Nock & Favazza 2009). Beteendet lindrar tillfälligt svåra känslor och förflyttar fokus från inre psykisk smärta till kroppslig smärta. Dysfunktionella beteendemönster gör att självskadande personer riskerar att bli missförstådda av omgivningen. Eftersom de kan ha dissociativa och alexithyma inslag försvåras kommunikationsmöjligheterna.

Flera studier påvisar ett samband mellan tidiga trauman som sexuella, psykiska och fysiska övergrepp i barndomen och repetitivt självskadande beteende (Favazza 1998, Muehlenkamp et al 2010). Självskadebegreppet associeras vanligen till borderline personlighetsstörning där stark impulsivitet och starka svängningar i affekter samt låg självkänsla kan bidra till beteendet (Nitkowski & Petermann 2011). Idag pågår en diskussion om huruvida självskadande utan suicidal intention (NSSI) ska vara en egen distinkt diagnos i kommande DSM-5.

Självskadande beteende är relativt vanligt, 13–19 procent av tonåringarna rapporterade detta (Baetens et al 2011, Brausch & Gutierrez 2010) samt 4–6 procent av den vuxna befolkningen (Klonsky & Olinio 2008). Många individer med självskadande beteende gör också suicidförsök (Boxer 2010, Chartrand et al 2010). Trots det bör man vara restriktiv med behandling i sluten psykiatrisk vård eftersom suicidrisken kan öka efter inläggning (Hunt et al 2007). Korta perioder av inläggning behövs ibland som en livräddande åtgärd, men längre perioder kan till och med vara kontraproduktiva (Paris 2002). Däremot kan dagvård vara ett bra alternativ (Bateman & Fonagy 2009). Som behandlare ska man vara vaksam när en person med repetitivt självskadande beteende får mer intensiva depressiva besvär och när hopplöshetskänslan ökar i intensitet.

3. Suicidriskbedömning

VI BEHÖVER OFTA göra en *akut bedömning av suicidrisk* till exempel när en patient övertas efter att först ha inkommit till en somatisk akutmottagning efter ett suicidförsök. När patienter söker direkt på en psykiatrisk akutmottagning bör också en akut suicidriskbedömning regelmässigt ingå, oavsett om någon form av suicidalt beteende är känt vid inkomsten. Nya patienter där vi saknar kännedom om bakgrund, socialt sammanhang och aktuell problematik är värda särskild uppmärksamhet avseende suicidbenägenheten i denna akuta situation.

Denna akuta bedömning blir avgörande för ställningstagandet till inläggning. En avgörande distinktion är om suicidrisken gäller i det omedelbara, på kortare eller längre sikt. Det är väsentligt att upprepa sin bedömning av suicidrisk med täta mellanrum, det är också viktigt att fördjupa denna bedömning i fortsatt slutenvård eller öppenvårdskontakt. Kontakter med närstående kan bidra till att komplettera bedömningen (Magne-Ingvar & Öjehagen 1999). Risken kan snabbt förändras utifrån patientens problemsituation, men också på grund av hur patienten reagerar på den vårdmiljö, de diskussioner och rekommendationer som ges i den fortsatta kontakten. Inför promenader eller aktiviteter, vid permissioner och utskrivning är det också betydelsefullt att på nytt värdera suicidrisken.

I detta avsnitt ska vi först beskriva den psykiatriska anamnesen, där ett särskilt fokus på de faktorer som är viktiga att belysa för att värdera suicidrisk tas upp. Vi ska sedan visa på ett antal faktorer som bör ingå i *utredningen av den suicidnära patienten*. Vi föreslår att man ägnar särskilt intresse åt tidigare och aktuellt suicidalt beteende, den psykiatriska diagnostiken och sjukdomens förlopp och prognos. Även kroppsliga

sjukdomar med höjd risk för suicid beskrivs. Vi tar upp de hjälpmedel som finns för intervjun och hur dokumentation bör ske.

Suicidal anamnes

När vi gör en klinisk bedömning av nya patienter där vi initialt saknar kännedom om tidigare suicidförsök, bör man börja med en generell suicidanamnes som är en viktig del av den psykiatriska anamnesen. I suicidanamnesen ingår att fråga specifikt om patienten har haft tankar på att ta sitt eget liv. Vidare ska man utreda mera i detalj hur patienten tänkt, hur länge självmordstankarna har funnits och om patienten haft självmordstankar under den senaste månaden. Om patienten har suicidtankar går man vidare i den kliniska intervjun och frågar om specifika suicidplaner.

Man kan vidare undersöka om patienten tror att sig kunna bli så förtrivlad att han/hon faktiskt skulle försöka ta sitt eget liv och vad som finns som skulle hindra honom/henne från att ta sitt liv i en svår livssituation.

Det är mycket viktigt att fråga om patienten någon gång försökt ta sitt eget liv. Ett tidigare självmordsförsök är den viktigaste kliniska riskfaktorn för fullbordat självmord.

En klinisk intervju med en patient som gjort ett självmordsförsök inleds med patientens egen beskrivning av försöket. I detta skede bör patienten få berätta fritt, innan man ställer mer preciserade frågor. Om man inte fått uppgift om exakt tidpunkt för försöket bör man göra ett försök att få patienten att precisera den.

Efter patientens spontana berättelse ställs kompletterande frågor kring specifika aspekter av suicidförsöket. Följande aspekter bör ingå i en suicidanamnes när en patient gjort ett suicidförsök:

1. Omständigheterna kring försöket

Hur gjorde du då du försökte ta ditt liv?

Var befann du dig när du gjorde självmordsförsöket?

Var du ensam eller fanns det någon i närheten?

Gjorde du något för att hindra att du skulle bli upptäckt?

Hur sannolikt var det att någon skulle ingripa?

Försökte du skaffa hjälp under eller efter försöket?

Drack du alkohol eller tog droger i samband med försöket?

Hur kom du i kontakt med sjukvård efter självmordsförsöket?
 Vad tror du nu i efterhand att du ville uppnå med ditt självmordsförsök?
 Vad trodde du om utgången när du gjorde försöket?
 Hur var din uppfattning om möjlighet till återupplivning?

2. Förberedelser, planering

Hade du tänkt på eller planerat att ta ditt liv tidigare?
 Hade du innan försöket vidtagit några åtgärder därför att du tänkte ta ditt liv? Till exempel ordnat med testamente, försäkringar, instruktioner för begravning eller något liknande?
 Hade du skrivit avskedsbrev/mejl eller annat skriftligt meddelande?

3. Utlösande faktorer

Hur kom det sig att du gjorde självmordsförsöket? Vad var det som utlöste det?

4. Tidigare suicidförsök

Var det första gången du försökte ta ditt liv, eller har du försökt göra det någon gång förut?
 Har du någon gång avsiktligt skadat dig själv utan avsikt att ta ditt liv?

Det är viktigt att ställa anamnestiska frågor om suicidavsikt vid självmordsförsöket. Hög suicidavsikt och planering vid första självmordsförsöket har rapporterats öka risken för fullbordat självmord på lång sikt (Stefansson et al 2012).

Anamnes på trauma, våld eller suicidalt beteende i familj eller närkrets

Frågor kring exponering för trauma undersöks i den kliniska intervjun. Det finns alternativt särskilda inventories att använda som till exempel Childhood Trauma Questionnaire, CTQ. Detta är en självrapporteringsskala som också tar upp upplevelser av försummelse (Fink et al 1995, Gerdner & Allgulander 2009). Inom området har också Horowitz Impact of Event Scale, IES, använts (Sundin & Horowitz 2002). Karolinska Interpersonal Violence Scale, KIVS, innehåller även frågor

med specifika exempel på barndomstrauma, mobbning och utsatthet för våld före 15 års ålder (Jokinen et al 2010). Frågor kring utsatthet för våld eller att själv ha använt våld mot andra kan inkluderas i de kliniska intervjuerna. Det kortfattade instrument som nämns här, KIVS, innehåller också frågor om man själv utsatt andra för våld i barndom eller i vuxenliv, och kan användas för detta avsnitt.

Frågor kring exponering för suicidalt beteende i familjen bör ställas (oavsett om detta är händelser långt tillbaka under individens uppväxt eller i vuxet liv, och både kring suicidförsök och suicid). Ibland finns suicidalt beteende hos bekanta personer i den perifera umgängeskretsen, bland skol- eller arbetskamrater, som kan ha gjort starkt intryck. Men det kan också vara massmedial påverkan som behöver belysas i intervjun.

Psykiatrisk diagnostik

Såväl vid suicidförsök som vid suicid förekommer psykisk störning eller sjukdom i bakgrunden. För närmare redogörelse av de psykiska störningar eller psykiatriska syndrom som behöver beaktas hänvisas till kapitel 2. Diagnostiken är klinisk, men hjälpmedel kan användas som SCID, Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders, eller MINI, MINI International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al 1998) vilka ger diagnos enligt ICD- och DSM-systemen.

Ett fokus på arten och graden av *depression* är adekvat, där hjälpmedel kan användas som ger diagnos som PHQ-9, Patient Health Questionnaire eller BDI-II, Beck Depression Inventory II. MADRS, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, ger inte diagnos men bidrar med en gradering av svårighetsgraden av depressionen. Denna är särskilt lämplig för uppföljning av behandling och finns såväl som expertskattning som självskattning.

Det finns särskilda skalor för förlossningsdepression som EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale, och för äldre GDS, Geriatric Depression Rating Scale.

För en omfattande värdering av diagnostiska hjälpmedel vid förstämningssyndrom hänvisas till SBU:s sammanställning *Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt* (SBU 2012).

I den kliniska intervjun kan man få en uppfattning om patientens

personlighetsdrag eller eventuella personlighetsstörning. Det kan vara av värde att använda ett personlighetsinventorium, det vill säga ett instrument för personlighetsbedömning, som SCID-II, Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders, för att förbättra diagnostiken.

Strukturerad suicidriskbedömning

Begreppet *strukturerad suicidriskbedömning* innebär att man dokumenterar information under några viktiga rubriker. Här kan ingå suicidal intention, tidigare och aktuella suicidförsök, suicidal kommunikation, sociala faktorer samt aktuell sjukdomsbild.

Suicidal intention

- vilja att dö
- vilja att göra ett aktivt suicidförsök
- varaktighet av suicidtankar
- frekvens av suicidtankar
- suicidal planering
- faktiska förberedelser

Tidigare suicidförsök

- antal
- allvarlighet
- orsak

Suicidal kommunikation

- muntlig
- avskedsbrev eller annat skriftligt meddelande
- icke-verbal kommunikation

Sociala faktorer

- suicid i familj eller närkrets
- problem i ursprungsfamiljen
- aktuell relationsproblematik
- isolering
- förlust

Aktuell sjukdomsbild

- depression/hopplöshet
- ångest
- sömnstörning
- psykotisk föreställning
- personlighetsproblematik
- våldsbenägenhet
- missbruk/beroende/drogpåverkan
- kroppslig sjukdom/kronisk smärta

Graden av intention kan värderas med den så kallade *suicidala stegen* där man frågar stegvis om upplevelse av meningslöshet, dödstankar, dödsönskan, suicidtankar, suicidönskan och suicidplaner. Scale for Suicide Ideation (Beck et al 1988) är ett alternativ för att i drygt tjugo avseenden värdera intentionen.

Tidigare suicidförsök undersöks och om det förekommit flera. Det kan vara värdefullt att analysera det allvarligaste av flera suicidförsök. Metoden för tidigare suicidförsök undersöks och särskilt om de använt en drastisk eller våldsam metod (Runeson et al 2010). Den medicinska dödligheten så som patienten uppfattar den fokuseras. Även avbrutna försök undersöks.

Suicidal kommunikation eller självmordsmeddelanden kan vara svårvärderade och har ibland riktats till anhöriga men inte till oss inom vården (Wærn et al 1999). Närstående bör tillfrågas om eventuella meddelanden.

Sociala faktorer som bristfälligt socialt nätverk bör belysas. Suicid i familj eller närkrets kan handla om genetisk disposition för depression eller personlighetsdrag, se föregående kapitel. *Isolering*, att vara ensamstående eller ensamboende eller sakna relationer, kan vara en bakgrund till suicid (Heikkinen et al 1994).

Den kliniska sjukdomsbilden kan präglas av depression, ångestsyndrom eller psykotisk sjukdom. Sömnstörning höjer också risken (Agargun & Besiroglu 2005, Sjöström et al 2007). Avseende personlighetsdrag eller personlighetsstörning, se föregående kapitel. Missbruk eller beroende av alkohol eller droger vägs in som en faktor som höjer risken. För den somatiska sjukdomsbilden och eventuell funktionsnedsättning, se föregående kapitel.

Skyddande faktorer kan vara att leva i en fast relation, vara förälder eller ha en medveten livsåskådning.

Bedömningsinstrument och bedömningsskalor

Suicide Intent Scale (SIS) kan användas för att analysera omständigheterna vid ett aktuellt suicidförsök. Det finns en förkortad version med tio variabler (Pierce 1981). SIS kan ha värde för att visa på viktiga faktorer när man ska göra en noggrann analys efter framför allt tablettförgiftning.

Suicide Assessment Scale (SUAS) (Stanley et al 1986) innehåller observerad och rapporterad symtomatologi och har visats belysa fyra faktorer (Niméus et al 2000). Aspekter av den suicidala processen (suicidtankar, planer och suicidförsök) var det mest betydelsefulla för att predicera upprepat suicidförsök och stod för drygt 40 procent av variansen i den refererade studien. Tre andra faktorer beskriver sjukdomskaraktären, nedstämdhet, ångest och misstänksamhet, vilka var för sig stod för endast 10 procent av variansen. Den mest tydliga informationen om risk för suicid är att efterfråga just de aspekter som gäller hur långt personen tänkt och övervägt, förberett och planerat suicid. I en färsk studie av personer som gjort suicidförsök fann man att prediktion av nya suicidförsök var träffsäker i den grupp av patienter som hade mer tydlig psykiatrisk problematik (Wærn et al 2010).

Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) innehåller i princip två delar, den beskriver separat den suicidala *intentionen* och det suicidala *beteendet* (Posner et al 2011). Inledningsvis tar man när det gäller intentionen upp förekomsten av dödstanke, suicidtanke, överväganden kring metod och om man har en avsikt att ta sitt liv. Om det finns en avsikt att ta sitt liv, oavsett om man tänkt ut en metod eller inte, är risken avsevärt högre för en handling. Man rekommenderar om avsikt föreligger att personen remitteras för psykiatrisk bedömning (Posner et al 2011). Sedan analyseras *intensiteten* i tankarna, frekvens och duration samt om man kan kontrollera tankarna, vilka avledande faktorer som kan finnas samt vilka skäl personen haft för suicidtankarna.

Därefter bedömer man det suicidala *beteendet* och om det inträffade var ett faktiskt försök, ett avbrutet (där någon eller något hindrade genomförandet) eller uppgivet försök (där man själv valt att avbryta försöket) eller endast en förberedande handling. Om det bedöms som ett faktiskt försök värderar man den *medicinska dödligheten* eller om ingen skada inträffade den *potentiella dödligheten*. C-SSRS finns på svenska och bidrar på ett särskilt sätt till att definiera suicidal inten-

tion som något som är skilt från men föreligger samtidigt med beteende vid ett suicidförsök. Den är kortfattad och sägs också ha god prediktiv förmåga, även om det inte finns mycket dokumentation av skalans prediktionsförmåga ännu.

S-risk 13 är ett försök att i samband med införandet av ett regionalt vårdprogram i Stockholms län konstruera en enklare uppställning av faktorer som liksom SUAS väger in såväl det suicidala beteendet som några kliniska riskfaktorer. Den är för närvarande under utprovning och finns med här som ett sätt att sammanfattningsvis ange några väsentliga aspekter på bedömning av suicidrisk, vilka kan motivera särskild uppmärksamhet.

S-risk 13 – Checklista för genomgång av riskfaktorer för suicid

1. Allvarlig suicidavsikt de senaste 30 dagarna?
(Avser dödsönskan, uttalad suicidavsikt eller konkret suicidplan de senaste 30 dagarna, vilket har beskrivits vid kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal eller närstående.)
2. Suicidförsök de senaste 12 månaderna?
(Med suicidförsök avses alla former av avsiktligt självdestruktiva handlingar med uppsåt att dö eller ge intryck av att vilja dö.)
3. Suicidförsök för mer än 12 månader sedan?
4. Suicidförsök med våldsamt metod?
(Tidigare eller aktuellt suicidförsök med annan metod än förgiftning eller yttlig skärning, det vill säga försök till hängning, dränkning, skjutning, gasning, hopp framför fordon etc.)
5. Skriftlig suicidal kommunikation de senaste 30 dagarna?
(Skriftligt meddelande i brev, sms, e-post eller annan form om avsikt att genomföra självdestruktiv handling, exempelvis avskedsbrev eller skriftlig instruktion till närstående i vilken suicidavsikten indirekt framgår.)
6. Praktiska förberedelser för suicid de senaste 30 dagarna?
(Avser såväl praktiska förberedelser för att genomföra suicid som praktiska förberedelser för döden – att ta avsked på olika sätt, att ge bort ägodelar, att klara ut relationer, att ombesörja ekonomiska frågor etc.)
7. Suicid inom patientens familj eller närkrets (oavsett tidpunkt)?
(Suicid som oavsett tidpunkt inträffat hos föräldrar, familj eller andra viktiga personer.)

8. Aktuella problem i viktiga relationer?
(Avser problem i relation till partner eller annan familjemedlem, även inom ursprungsfamiljen, inklusive problem genom hotande eller genomförd separation eller övergrepp.)
9. Kronisk smärta eller allvarlig kroppslig sjukdom?
(Avser långvarig smärtproblematik samt svår fysisk sjukdom eller funktionsnedsättning.)
10. Missbruk eller beroende av alkohol, läkemedel eller andra droger?
(Problem med missbruk eller beroende av alkohol, läkemedel eller andra droger.)
11. Påtaglig personlighetsproblematik?
(Avser problematik med impulsivitet, aggressivitet, uttalad narcissism eller antisociala drag. Gäller både diagnostiserad personlighetsstörning och problematik som inte helt uppfyller kriterier för sådan.)
12. Uttalad nedstämdhet eller känsla av hopplöshet?
(Avser nedstämdhet av distinkt karaktär som skiljer sig från ledsnad eller sorg, alternativt en uttalad upplevelse av hopplöshet inför situationen.)
13. Hög ångestnivå?
(Avser hög ångestnivå oavsett grundsjukdom, verbalt beskriven eller iakttagbar genom motorisk oro eller rastlöshet.)

Med vilken rätt kan vi rekommendera användandet av intervjuinstrument eller skattningsskalor för att bedöma suicidrisk? Inget av befintliga instrument har visats vara överlägsna en klinisk bedömning. I Stockholms läns regionala riktlinjer skrivs att ”Instrument för riskbedömning kan vara ett stöd men kan inte ersätta den kliniska bedömningen. [...] Den väsentliga delen av en suicidriskbedömning vilar på den kliniska intervjun med omsorgsfull värdering av suicidal intention, tidigare suicidal beteende och aktuell sjukdomsbild” (Stockholms Läns landsting 2010).

Dokumentation

Var, vad och när ska suicidrisk dokumenteras?

Ofta finns uppgifter om suicidtankar och dess karaktär beskrivet i psykiskt status, vilket får anses adekvat. Däremot bör den sammanfattande bedömningen av suicidrisk inte föras till rubriken psykiskt status, det bör ske senare i dokumentationen av besök eller vårdepisod. I elek-

troniska journalsystem förekommer en särskild rubrik för suicidrisk. Det finns vissa enheter i landet som har beslutat att detta ska vara en obligatorisk rubrik i de journalmallar som tillämpas. Det medger ofta sökbarhet vilket är användbart i en akutsituation där man snabbt behöver få information om tidigare bedömningar. Av beskrivningen kring suicidriskbedömning ovan följer att åtminstone dessa uppgifter bör ingå:

- suicidal intention
- tidigare och aktuella suicidförsök
- suicidal kommunikation
- brister i den sociala situationen
- aktuell sjukdomsbild.

En del enheter väljer att dokumentera risken med ett dokumentationsstöd, ett obligatoriskt instrument eller en checklista som ovan, vilket möjligtvis kan vara ett värdefullt tillägg. Frågan om när suicidrisk ska dokumenteras har berörts ovan. Det är aktuellt i åtskilliga vårdssituationer:

- Efter varje form av övervägd eller genomförd självskada eller suicidförsök.
- Akutsökande, oavsett om någon form av suicidtankar eller beteende är känt.
- Nya patienter där vi saknar tidigare kännedom om bakgrund, socialt sammanhang och aktuell problematik.
- Patienter med återkommande eller ständiga suicidtankar, även om dessa är vaga.
- Patienter med depression oavsett skedet av sjukdomen.
- Patienter med personlighetsproblematik, missbruk eller psykotiska inslag.
- Svårbedömda patienter.
- Efter inläggning på psykiatrisk avdelning, och under vårdtiden när situationen förändras.
- Inför att patienten gör egna promenader eller har aktiviteter utan uppsikt.
- Permission eller tillfälligt hembesök.
- Utskrivning.

Enstaka psykiatriska kliniker väljer att kräva att varje läkarbesök ska innehålla en strukturerad värdering av suicidrisk. Möjligen kan detta

ses som ett underkännande av den patientansvariga läkarens egen bedömning av frågans relevans, till exempel för en patient som man har regelbunden kontakt med och där motiv eller uttryck för suicidalitet inte förekommer. Man bör också överväga om ofta upprepade frågor om döds- eller suicidtankar till patienten, oavsett aktuell sjukdom, kontaktorsak och situation, kan vara tveksamt från pedagogisk synpunkt. Patienten kan reagera på ett negativt sätt och ta intryck av att frågor ställs som inte har aktualitet för honom eller henne. Men, om det är en patient som återkommande har någon grad av suicidrisk görs en bedömning med den dokumentation som bedöms som rimlig.

En fråga som kommit att diskuteras är huruvida andra än läkare eller specialister i psykiatri ska kunna göra och dokumentera en bedömning av suicidrisk. Det är dock helt ofrånkomligt att varje person som har egna besök av en patient – självständiga patientkontakter – gör en värdering när så är påkallat i de situationer som tas upp enligt ovan. Detta är ju en förutsättning också för att man ska kunna veta om man ska ta kontakt med en läkare i teamet för att be denne göra en suicidriskbedömning.

Viktigast är att när man omsorgsfullt redogjort för olika aspekter som påverkar suicidrisken göra en *sammanfattande bedömning* baserad på det underlag man har. Detta kan ske i några få grader (ingen risk, mycket låg risk, låg risk, hög risk, mycket hög risk) eller formuleras i fri text. Ibland behövs alternativet svårbedömd risk. Man kan också ange om denna riskbedömning gäller vid eventuell inläggning, vid fortsatt poliklinisk kontakt eller inom visst tidsintervall. Det kan också vara rimligt att värdera om man anser sig ha tillräckligt underlag för denna bedömning. Om så inte är fallet är detta ett observandum för till exempel mottagande vårdavdelning och bör leda till ny bedömning så snart det är möjligt.

Ibland efterfrågas en bedömning av om det finns återkommande eller kontinuerlig risk. Det är knappast möjligt att göra uttalanden på längre sikt då suicidrisken snabbt kan förändras och dessa förutsägelser bli helt felaktiga. Ur patientens perspektiv är det också tveksamt och kan, när patienten tar del av långtgående bedömningar, vid läsning av journalen motverka sitt syfte att garantera patientens säkerhet.

4. Suicidriskhantering

MÅNGA PSYKIATRISKA VERKSAMHETER har idag vårdprogram för handläggning av suicidnära patienter. Dessa vårdprogram innehåller bland annat rutiner som lämpar sig för de lokala förhållandena. Men det finns dock vissa generella rutiner som, oavsett vårdprogram, är av vikt att beakta.

Bemötande

Det goda bemötandet syftar till att personal skapar en personlig relation med den suicidnära patienten genom att visa engagemang, respekt och empati (Sun et al 2005). Många suicidnära patienter har gått igenom traumatiska händelser. Det kan också vara svårt för patienten att uttrycka eller förmedla sina upplevelser, vilket tyvärr kan tolkas som ett avvisande gentemot behandlaren. Då behöver man vara lyhörd och hjälpa patienten att reflektera över sin situation. Det kan innebära att man ska gå in och vara den suicidnära patientens ”vikarierande hopp”.

Den suicidnära patienten kan ha svårt för att känna förtroende för andra människor. Samtidigt kan det finnas skam- och skuld känslor om patienten gjort ett suicidförsök (Carlén et al 2007, Wiklander et al 2003). En förståelse som betonar människans eget ansvar, egna val och personliga frihet kan bidra till att patienten känner förtroende. En icke-dömande attityd är av vikt, det vill säga att personalen ger giltighet till det patienten känner utan att komma med omedelbara förslag (Hendin et al 2006, Maltzberger & Weinberg, 2006). Patienten behöver tala om sina tankar kring liv och död. En bärande relation förutsätter återkommande samtal, som hjälpmedel kan en strukturerad omvårdningsplan användas.

Öppenvård

När en ny patient kommer till den psykiatriska öppenvården och man misstänker att det kan finnas en aktuell suicidrisk bör patienten bedömas av läkare som är specialist i psykiatri. Om inte en läkare finns tillgänglig bör personal ombesörja att patienten kommer till klinikens psykiatriska akutmottagning för bedömning. Om patienten lämnar mottagningen innan läkarbedömning har kunnat göras kan det vara nödvändigt att personal kontaktar jourhavande läkare för polishandräckning för vårdintygsbedömning.

Om patienten är känd och har haft lång öppenvårdskontakt bör ansvarig personal rådfråga läkare om han/hon känner sig osäker i sin suicidriskbedömning. Suicidriskbedömningar bör göras och dokumenteras kontinuerligt under vårdprocessen. Om det gäller en högriskpatient med återkommande suicidal problematik kan man överväga att vara två personer som medverkar i behandlingen.

Slutenvård

Intagning och visitation

I de flesta fall läggs patienter med hög suicidrisk in på psykiatrisk vårdavdelning. Den läkare som fattar beslut om inläggning tar ställning till om patienten uppfyller kriterier för vård enligt LPT och om patienten behöver särskild tillsyn. Vid osäkerhet bör man rådfråga specialist angående ställningstagande till tvångsvård och tillsynsgrad. Läkaren rapporterar till ansvarig sjuksköterska om sitt beslut. När patienten anländer till avdelningen bör ansvarig sjuksköterska göra en egen värdering av behovet av tillsyn. Om den mottagande vårdpersonalen uppfattar att patienten behöver en högre grad av tillsyn eller övervakning än vad den inskrivande läkaren bedömde, kan tillsynsgraden höjas i väntan på att läkaren kontaktas för förnyad diskussion.

I de fall då patienten vårdas enligt LPT kan patienten kroppsvisiteras efter beslut av behörig läkare. Beslutande läkare ska dokumentera sitt beslut och skälen för åtgärden. Detta ska ske med stor hänsyn till patientens integritet. Åtgärden ska dokumenteras. Det finns inte lagstöd för kroppsvisitation vid frivillig vård.

Man kan däremot som vårdgivare ha ordningsregler och rutiner där en förutsättning för intagning i slutenvård är att patienten lämnar ifrån

sig föremål som kan utgöra en risk för att patienten skadar sig själv eller andra (Socialstyrelsen Dnr 9.1-10343/2011):

Avdelningen bör ha generella ordningsregler fastställda. Information om dessa ordningsregler kan ges både muntligt och skriftligt och anslås väl synligt på avdelningen, både vad gäller besökstider och vilka föremål/vilket lösöre som får tas med till vårdavdelningen. Verksamheten bör också kunna erbjuda patienter och besökande att lämna väskor och ytterkläder för förvaring i låsbart skåp. Om en patient vägrar att lämna ifrån sig föremål efter avdelningens ordningsregler ska en medicinsk bedömning göras i varje enskilt fall om det föreligger ett vårdbehov och om det finns förutsättningar för vården. Saknas detta kan den vårdsökande avvisas, efter bedömningen enligt ovanstående. Verksamheten bör ha rutiner som säger hur man ska gå tillväga i sådana situationer.

Socialstyrelsen har uppmärksammat de svårigheter det innebär för vårdpersonal att hantera risken med farliga föremål. Socialstyrelsen har därför tagit fram en hemställan om lagändring så att vården ska kunna ske på ett säkert sätt för patienter, medpatienter och personal (Svärd 2012).

Inom ett dygn efter inläggning bör ansvarig specialist i psykiatri göra en ny suicidriskbedömning med ställningstagande till tillsynsgrad och ordination av utevistelse. Den kontinuerliga bedömningen av suicidrisk och tillsynsgrad fortsätter sedan och utförs både av ansvarig läkare och övrig personal under hela vårdtiden (se avsnitt om patientsäkerhet och tillsyn längre ner). Viktigt är också att ha anhörigkontakt och att beakta eventuella barns situation.

Vårdplan

Både vid frivillig vård enligt HSL och LPT ska en vårdplan upprättas. Detta bör göras i samarbete med patient och tillsammans med den omvårdnadspersonal som ansvarar för patienten. Vårdplanen ska, om det inte är olämpligt, upprättas i samråd med patientens anhöriga. Om patienten har behov av hjälp från andra verksamheter eller myndigheter till exempel primärvård, socialtjänst eller psykiatrisk öppenvård, bör vårdplanen utarbetas i samråd med dessa. I vårdplanen ska motiv, målsättning och planerad behandling ingå. Under tiden som patienten vårdas ska vårdplanen omprövas regelbundet.

Omvårdnad inom psykiatrisk slutenvård

Inom slutenvården bör det upprättas en omvårdnadsplan av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, i denna del av vårdplanen dokumenteras omvårdnadsdiagnos, -mål, -åtgärder och utvärdering. Psykiatrisk omvårdnad inriktas på att hjälpa patienten att se och förstå sina problem och behov samt att ta tillvara den enskilda patientens möjligheter och förutsättningar till positiv förändring (McLaughlin 1999). God omvårdnad förutsätter en trygg relation mellan vårdare och patient. Omvårdnadsarbetet innebär att förstå, stödja, informera och vägleda patienten. De viktigaste komponenterna i psykiatriskt omvårdnadsarbete med suicidnära patienter är att ge patienten uppmärksamhet och tid, visa empati och vara icke-dömande (Sullivan et al 2005, Sun et al 2004). Det är betydelsefullt att man skapar en miljö som är varm, vänlig och stödjande.

För att förebygga suicidalt beteende är det angeläget att omvårdnadspersonalen har goda kunskaper om den suicidala processen så att de är lyhörda för suicidal kommunikation och kan identifiera varningssignaler för suicidalt beteende. Det är viktigt att vara beredd att reagera samt hjälpa patienten varje gång suicidtankar signaleras. Ibland kan man som personal intuitivt uppfatta att det föreligger ökad risk.

Patientsäkerhet och tillsyn

Patientsäkerhet är ett centralt mål i omvårdnaden av den suicidnära patienten. För att undvika att patienten tar sitt liv bör, i många fall, patienten ha särskild tillsyn efter ett suicidförsök. Detta gäller inte bara inom psykiatrisk slutenvård utan även inom somatisk vård och i samband med överflyttning till psykiatrisk vård. Det finns olika tillsynsnivåer och huvudansvaret för tillsynsgrad har den ansvariga läkaren. Kontinuerlig tillsyn, ofta kallat "extravak", ordinerar då patienten har behov av psykologiskt stöd och/eller då det föreligger hög suicidrisk. Om patienten vårdas frivilligt kan kontinuerlig tillsyn bara ordinerar om patienten accepterar det. Professionell övervakning är en kvalificerad arbetsuppgift som involverar livsbevarande åtgärder samtidigt som den ger en god möjlighet för utveckling av en omvårdnadsallians (Gilje & Tälseth 2007, Vråle & Steen 2005). Den ska därför utföras av utbildad och erfaren personal. En annan funktion med kontinuerlig tillsyn är att bryta den kognitiva begränsning som patienten kan ha i en suicidal situation. Man kan också göra en överenskommelse som innebär

att patienten ska försöka ta kontakt med personal om han/hon har suicidtankar. Patienten ska alltid åtföljas och vara inom synhåll även vid toalettbesök, duschning, måltider och vid besök. Man kan ange lägre nivå av tillsyn då risken för suicidförsök bedöms som lägre. Tillsyn kan ske efter bestämt tidsintervall, genom ett kort samtal eller observation. När en suicidnära patient får särskild tillsyn får patienten inte lämna vårdavdelningen. Tillsynsgraden får sänkas först och endast efter ny läkarbedömning. Avdelningspersonalen kan dock höja tillsynsgraden i väntan på ny läkarbedömning. Om en frivilligt vårdad patient avsäger sig tillsyn ska en bedömning av patientens vårdbehov göras bland annat med tanke på eventuell konvertering.

En medicinsk riskbedömning samt ställningstagande till ordination av utevistelse ska alltid ske av ansvarig läkare innan en suicidnära patient lämnar avdelningen med eller utan personal. Omvårdnadspersonal ska dock alltid göra en riskbedömning inför patientens utevistelse oavsett tillsynsgrad. Enligt principen om nödrätt kan utevistelse förhindras tills läkare kommer för en ny bedömning.

Tvångsvård av den suicidnära patienten

Beslutet om tvångsvård av en suicidnära person ska vila på en väl utförd bedömning och med hänsyn till de omständigheter som patienten lever i. Tvångsvård kan vara nödvändigt för att rädda patientens liv och syftar till att möjliggöra fortsatt frivillig vård och behandling. Det finns i nuläget en brist på uppföljningsstudier som kan ge ett svar på frågan om tvångsvård är en effektiv vårdform för att minska risken att en patient tar sitt eget liv. I vissa fall kan suicidrisken tvärtom öka i samband med intagning, inte minst om patienten uppfattar tvångsvården som integritetskränkande. Av etiska skäl är det viktigt att tvångsvården alltid sker med största möjliga hänsyn till patientens integritet.

För att patienten ska kunna vårdas enligt LPT måste två legitimerade läkare göra bedömningen att tvångsvård är nödvändig. Om det befaras att patienten riskerar att ta sitt eget liv, kan nödvärns- och nödrättsreglerna tillämpas i väntan på bedömning och ställningstagande till tvångsvård.

Om den suicidnära patienten befinner sig utanför den psykiatriska vårdinrättningen och en läkare skrivit ett vårdintyg ska denne se till att patienten transporteras till den psykiatriska akutmottagningen för fortsatt handläggning och beslut om kvarhållning och intagning, eller

till somatisk enhet om det föreligger ett akut behov av somatisk vård. Läkaren behöver bedöma om transporten kan ske med stöd av medföljande personal, i ambulans och om poliseskort behövs. Polisen kan även på eget initiativ transportera patienten till en vårdinrättning för vårdintygsbedömning. För att underlätta kommunikationen med polisen finns särskilda blanketter för polishandräckning. Den läkare som begärt handräckning ska ge polisen relevant information om patienten, dennes förhållanden samt eventuellt vapeninnehav. Om det finns minderåriga barn ska detta uppmärksammas.

Konvertering

En suicidnära patient som vårdas frivilligt inom slutenvården och som själv vill avsluta vård och behandling kan konverteras till LPT om samtliga fyra kriterier för konvertering är uppfyllda. Detta innebär att patienten uppfyller tre kriterier enligt 3 § LPT:

1. Patienten lider av en allvarlig psykisk störning.
2. Patienten har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom heldygnsvård.
3. Patienten motsätter sig vården, eller det ska till följd av patientens psykiska tillstånd finnas grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

Dessutom ska ett fjärde kriterium enligt 11 § LPT vara uppfyllt:

4. Patienten kan befaras allvarligt skada sig själv eller någon annan.

Utskrivning och överföring till öppenvård

När en suicidnära patient skrivs ut bör utskrivningen vara väl förberedd. Innan utskrivningen bör personal från slutenvården följa med patienten hem både i syfte att städa bort eventuella spår av suicidförsöket och för att sanera onödig medicin, därmed ökar känslan av trygghet. Eftersom tiden närmast utskrivningen är en särskild riskperiod bör också patienten veta när och vem han/hon ska ha kontakt med i öppenvård (bestämd tid för återbesök, telefonnummer vid behov av akut kontakt). Helst bör man ha arrangerat ett möte redan under vårdtiden med den person som patienten ska träffa i öppenvården.

Samarbete

En betydande andel av de patienter som anmälts enligt lex Maria efter fullbordat suicid har haft kontakt med somatisk sjukvård eller primärvård och inte med psykiatri. Det belyser att såväl somatisk sjukvård som primärvård behöver egna vårdprogram och rutiner för omhändertagande av patienter med psykiatrisk problematik. En patient med somatisk sjukdom eller smärtproblematik kan vara suicidnära utan att den psykiatriska problematiken uppmärksammas. I vårdprogrammen bör finnas skriftliga rutiner för samarbetet mellan de psykiatriska verksamheterna, somatisk sjukvård och primärvård avseende patienter med psykiatrisk problematik. Rutinerna för konsultbedömning vid misstanke om suicidrisk inom somatisk slutenvård bör särskilt beskrivas.

Nedan följer några avsnitt som tar upp samarbetet med flera berörda instanser.

Somatisk slutenvård och konsulter inom somatisk slutenvård

Det är viktigt att depression och ångesttillstånd uppfattas och behandlas när en patient vårdas för en kroppslig sjukdom. Om det bedöms att suicidrisken är ökad bör psykiatri kontaktas för konsultation. Vid läkemedelsbehandling av det psykiatriska tillståndet ska risken för interaktion med de läkemedel som används för behandling av den somatiska sjukdomen beaktas. För att minska suicidrisken kan patienten även behöva psykosociala insatser, inte minst om patienten är svårt somatiskt sjuk. Likaså bör anhörigas behov av information och stöd uppmärksammas.

Alla som vårdas inom somatisk vård efter ett suicidförsök bör bedömas av psykiatrisk konsultläkare. I regel är denna specialist i psykiatri. Om patienten vårdas inom somatisk sjukvård ligger patientansvaret på den somatiska klinik som vårdar patienten till dess att psykiatri har bekräftat övertagsansvar om sådant behov bedöms föreligga. Inför förflyttning till psykiatrisk klinik bör konsultläkaren ta ställning till eventuellt behov av tillsyn under transporten.

En särskild situation är när en patient, som av läkaren inom den somatiska sjukvården bedöms ha en allvarlig psykisk störning och förhöjd risk att ta sitt eget liv, vill lämna vårdinrättningen. Läkaren på den somatiska vårdavdelningen kan då skriva ett vårdintyg och, om det är nödvändigt för patientens säkerhet, hålla kvar patienten till dess

att denne bedömts av en specialist i psykiatri med tjänst inom offentlig verksamhet.

Primärvård

Primärvården utgör första linjens psykiatri och bemöter, bedömer, utreder och behandlar en stor del av patienterna med psykiatrisk problematik. Inte sällan söker den deprimerade patienten för värk eller andra kroppsliga symtom och det finns en risk att en underliggande depression, ångestsjukdom eller alkoholmissbruk missas och förblir obehandlade med ökad suicidrisk som följd. För att underlätta för primärvården har till exempel Stockholms läns sjukvård riktlinjer för upptäckt och behandling av alkoholmissbruk, ångesttillstånd och andra sjukdomar med ökad suicidrisk (www.viss.nu).

Om en patient har symtom på depression eller misstanke om annan psykisk sjukdom, beroendeproblematik, svåra personliga problem eller genomgår en akut livshändelse, ska suicidrisken beaktas. Suicidrisken bör även inom primärvården värderas på ett strukturerat sätt och vid depression, eller tillstånd med förhöjd suicidrisk, bör patienten följas med upprepade bedömningar eftersom suicidrisken kan öka inte bara under början av behandlingen utan senare under pågående behandling. Vid hög eller svårbedömd suicidrisk bör psykiatrin kontaktas för samråd och remiss för akut bedömning. Det är därmed särskilt viktigt att det finns tydliga rutiner för samarbetet mellan primärvården och de psykiatriska verksamheterna gällande dessa patienter. Läkare inom primärvården behöver kunskap i hur de bäst kan hantera patientens psykiatriska problematik inom primärvården och kunna ta ställning till om psykiatrisk expertis behövs akut. Om akut risk bedöms föreligga behöver patienten transporteras till psykiatrisk akutmottagning på ett säkert sätt, genom att anhöriga eller personal följer med. Den mottagande akutmottagningen behöver uppmärksammas på att risken att patienten ska ta sitt liv bedömts som hög. Om primärvårdsläkaren bedömer att patienten uppfyller kriterier för vård enligt LPT ska vårdintyg utfärdas, baserat på personlig undersökning av patienten. Vårdintyget i original eller kopia följer med patienten till akutmottagningen. När patienten som vårdats inom psykiatrisk slutenvård ska följas upp inom primärvården bör den ansvariga primärvårdsläkaren få skriftligt och gärna också muntligt meddelande om de bedömningar som gjorts och om den rekommenderade behandlingen.

Barn- och ungdomspsykiatri

Barn- och ungdomspsykiatrins akutvård har som en av sina stora patientgrupper ungdomar med suicidtankar och/eller suicidhandlingar. En annan växande grupp är de som gjort självskadehandlingar utan suicidavsikt (Nock et al 2006). Det finns bland dem som gör självskador utan suicidavsikt också en ökad risk för suicidförsök (Hamza et al 2012).

De bedömnings- och behandlingsmodeller som finns inom barn- och ungdomspsykiatri har likheter med allmänpsykiatrins modeller men har ofta ett starkare fokus på familjeinterventioner. Hos en del av ungdomar med återkommande suicidalt beteende finns en särskilt kritisk fas i det skede där patienten ska byta vårdkontakt från BUP till vuxenpsykiatri. Att lösa denna övergång är mycket betydelsefullt. Det är väsentligt att försöka överbygga kontinuitetsbrott, vilka i sig annars kan utlösa suicidalt beteende. För att hantera svårigheterna finns på en del orter också samarbetsprojekt i de mottagningar som inrättats för unga vuxna.

Ett annat tillfälle där samarbete är betydelsefullt kan vara när en patient inom allmänpsykiatri med suicidalt beteende också är förälder. Det behövs ibland särskilt stöd för de barn vars föräldrar gör suicidförsök eller tar sitt liv. I detta fall kan barn- och ungdomspsykiatrins kompetens användas. Efter ett inträffat suicid kan den efterlämnade partnern också få värdefulla synpunkter på hur barn ska informeras och stödjas av till exempel en barnpsykolog. Om barn behöver egen kontakt efter en förälders suicidhandling bör detta förankras med målsman. Man måste också överväga kontakt med socialtjänsten enligt socialtjänstlagen (2001:453) om man misstänker att barn far illa.

Myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten och kriminalvården är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd.

Rättspsykiatri och kriminalvård

Vi har i ett tidigare avsnitt nämnt hur det faktum att en person själv använt våld mot någon kan visa på högre risk för suicidalt beteende (Jokinen et al 2010). Personlighetsdrag med impulsivitet och svårigheter att hantera aggressivitet kan också vara en del i bakgrunden

till suicidalt beteende. Det finns också epidemiologiska material som visat på en hög risk för suicid hos kriminella personer (Fazel et al 2008, Webb et al 2011, Stenbacka et al 2012). I realiteten förekommer relativt få suicid inom svensk kriminalvård. Risken är större under det initiala skedet på häktet än under fängelsevård. De restriktioner mot kontakter med yttervärlden som den häktade ofta åläggs kan i sig utgöra en psykisk belastning (Holmgren et al 2011). Man har under senare år infört en screening av de nyintagna på häkten för att identifiera individer med suicidrisk.

Personer som är häktade kommer i viss utsträckning till psykiatriska akutmottagningar när de på häktet gjort suicidförsök eller uttalat suicidavsikt. Önskan från inremitterande är att man som psykiatrisk jourläkare bedömer risken för suicidhandling. Vid behov av inneliggande psykiatrisk vård överförs patienten så snart möjlighet finns till rättspsykiatrisk vårdenhet, oftast enligt § 5 LRV. I det fall någon är anhållen eller häktad och inte uppfyller kriterier för tvångsvård enligt LRV kan personen i vissa undantagsfall behöva stanna på en akutpsykiatrisk enhet, med häktespersonal eller vakter från Kriminalvården på plats. Om patienten kan gå tillbaka till häktet kan det vara värdefullt med rekommendationer från psykiatrisk jourläkare när det gäller observationsgrad eller tillsyn och behandlingen på kort sikt. I grunden har naturligtvis människor som är misstänkta eller dömda för brott rätt till psykiatrisk vård i samma utsträckning som andra. Kriminalvården ansvarar för att behovet tillgodoses.

Polis och räddningstjänst

Vid misstanke om att en patient är i en akut risksituation för att ta sitt liv kan LPT tillämpas, under förutsättning att kriterierna för tvångsvård är uppfyllda. Vid påkallande av polisinsats för handräckning finns särskilda rutiner för hur vakthavande befäl informeras. Det har tagits fram förbättrade blanketter för denna handräckning, där det finns mer information om patientens tillstånd, var patienten kan befinna sig och om det finns misstanke om att patienten har tillgång till medel att skada sig själv. Muntlig information är värdefullt för de poliser som ska göra handräckningen. Polis kan, utan läkares begäran, fatta beslut om handräckning enligt § 47 LPT.

På några håll i landet har det under senare år startats särskilda projekt för att förbättra omhändertagandet av patienter som gör suicidför-

sök till exempel på en offentlig plats (Ferm 2009). I ett projekt deltar en sjuksköterska från psykiatri i den polisbil som sköter dessa ingripanden (SPIS-projektet, Stockholms län).

Myndigheten för samhällsskydd och beredning, MSB, har utarbetat ett förslag till larmplan för att klargöra ansvarsfördelningen och samarbetsformer vid de suicidförsök som förkommer på allmän plats, till exempel om en person hotar hoppa från hög byggnad, tar sig in i elektriska ställverk, uppehåller sig vid vattendrag eller järnvägsspår. Om ett larm kommer in till SOS Alarm om suicidförsök eller suicid larmas först och främst polisen. Det är polismyndigheten som informerar och kallar berörda aktörer till platsen, till exempel räddningstjänst och sjukvård.

Utryckningen sker utan att påkalla fri väg, det vill säga tyst framkörning, för att inte orsaka för mycket uppmärksamhet. På plats ska en gemensam ledningsplats upprättas av polismyndigheten men samtliga myndigheter bedriver, rent juridiskt, sina egna insatser. På plats måste arbetet inriktas på att stoppa all väg- eller tågtrafik, spärra av och utrymma området, analysera eventuella hot, minska konsekvenserna vid försök samt förbereda för ett akut omhändertagande. Genom att etablera kontakt med den suicidnära personen kan man frysa läget och därefter påbörja förhandling. Polisen har tillgång till professionella förhandlare, men i vissa lägen bör den psykiatriska akutenheten kontaktas för bistånd. En primärvårdsläkare kan kallas ut till platsen dygnet runt för ställningstagande till vårdintyg. Om den suicidnära personen är yngre än 18 år bör socialtjänsten tillkallas.

Vid hot om hopp från hög höjd bör en maskinstege resas intill den som hotar hoppa för att skapa en plattform för kommunikation. Även hoppkudde kan användas för att mildra skador vid ett eventuellt fall. Vid hot om hopp i vatten måste ett snabbt omhändertagande förberedas.

Socialtjänst

Vuxenpsykiatri behöver i flera sammanhang samarbeta och samverka med socialtjänsten.

Inte sällan finns en sammansatt social problematik hos personer med suicidal problematik, särskilt bland unga (Hawton et al 1998). Därmed har många av dessa personer redan tidigare etablerade kontakter med socialtjänsten. Socialtjänstens insatser sträcker sig över ett vitt fält, allt

från ekonomiskt bistånd, hjälp med bostad till svåra familjesituationer som kräver omedelbara insatser. I de fall där man från psykiatrins sida bedömer att en person skulle behöva insatser från socialtjänsten är det viktigt att psykiatrin kan hjälpa till med dessa kontakter, vilket förutsätter att psykiatrin har åtminstone basal information om kontaktvägar och vilken hjälp socialtjänsten kan erbjuda. På många håll i landet finns upparbetade samarbeten mellan psykiatri och socialtjänst som underlättar dessa kontakter. Särskilt gäller det inom missbruksvården.

För den enskilda patienten är det väsentligt att de psykosociala insatser som ges via socialtjänsten i kombination med psykiatrisk vård och behandling kan samordnas för att säkerställa kontinuitet och att olika insatser följs upp. Samordningen kan ske via att en individuell plan upprättas, något som definieras i enlighet med lagstiftningen 2 kap. 7 § SoL. Av den individuella planen ska framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, om och vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande huvudansvaret för planen.

När den suicidnära är förälder och om förmågan att ge omvårdnad sviktar måste kontakt med socialtjänsten övervägas. Det gäller när minderåriga barn befinner sig i en utsatt situation med missbrukande föräldrar eller där förälder på grund av psykisk sjukdom inte är i stånd att ta hand om sitt barn. Psykiatrisk personal är som nämnts ovan enligt socialtjänstlagen (2001:453) skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Lagen innebär skyldighet att anmäla även vid misstanke om att barn kan fara illa och denna skyldighet återfinns även i HSL. Det är sedan socialtjänsten som utreder om barnet behöver insatser och i så fall vilka.

Förutom denna skyldighet råder sedvanlig sekretess mellan myndigheter varför samverkan alltid måste vara förankrad och godkänd av patienten.

Vid suicidalt beteende som till stor del förklaras av missbruk/beroende kan man överväga om LVM (Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall) går att tillämpa. Det finns dock svårigheter att använda denna lag hos personer med snabbt fluktuerande suicidavsikt, då en patient som tillnyktrat ofta inte har kvarstående suicidavsikt och indikation för vård då saknas. Vidare ligger beslutet utanför sjukvården.

5. Uppföljning

I öppenvård

Efter ett suicidförsök görs bedömningen av konsultläkare om patienten ska få fortsatt vård inom slutenvård eller följas upp i öppenvård. Om det beslutas att patienten ska följas upp i öppenvård bör den suicidnära patienten få en besökstid mycket snart efter suicidförsöket. Dessutom bör patienten känna till vem han/hon ska vända sig om akuta suicidtankar skulle uppkomma innan återbesöket. Det är också bra om man redan på konsultnivå har engagerat patientens närstående så att även de vet vem de ska vända sig till och känner sig trygga med uppföljningen. När den suicidnära patienten kommer till öppenvårdsbesöket ska en ny suicidriskbedömning göras. Denna bedömning bör upprepas kontinuerligt under uppföljningen inom öppenvård.

I början kan patienten behöva täta återbesök med samma behandlare eller team. Det har visat sig att kontinuitet i behandlingen är av stor vikt (Lynch et al 2008, Sullivan et al 2005). Det är värdefullt att avsätta extra tid de första gångerna så att både patient och behandlare känner trygghet. Suicidnära patienter är ofta ambivalenta och om inte uppföljningen fungerar är risken stor att de avbryter kontakten.

Uppföljningen bör bygga på struktur, vårdplaneringen ska innefatta utredning, uppföljning, samarbete med närstående, psykologisk behandling, träning av färdigheter, eventuell utbildning för både patient och närstående samt avtal angående vad som händer om patienten inte kommer till avtalat återbesök. Varje behandlare ansvarar själv för att suicidriskbedömningar genomförs och dokumenteras vid de egna patientkontakterna, och patientens ansvariga läkare måste konsulteras framför allt när en förändring av bedömningen görs.

Det finns vissa situationer som behandlare bör vara uppmärksamma på; om patientens livssituation förändras, om patientens symtombild förändras markant till det bättre eller sämre samt vid medicinändring. Vid varje förändring bör behandlaren göra en suicidriskbedömning.

Utebliven patient

Om patienten uteblir från en bokad tid, avviker under permission eller utevistelse ska man agera omedelbart. Helst bör man i förväg ta upp denna situation med patienten och göra upp hur man då ska förhålla sig. Detta bör vara dokumenterat i patientens journal och det bör finnas kontaktuppgifter för patient och anhöriga.

I slutenvård

Ofta får den suicidnära patienten två kontaktpersoner i slutenvård. Omvårdnadspersonalens uppgift är att regelbundet ha stödjande samtal med patienten för att skapa en bärande relation. Det är viktigt att tala öppet med patienten om hans/hennes suicidproblematik.

Omvårdnadspersonal ska vara införstådd med att livräddande insatser kan bli aktuella. Avdelningarna behöver kontinuerligt erbjuda personal utbildning och uppdatering när det gäller rutiner samt sanera miljön för att öka säkerheten för både patient och personal.

Efter slutenvård

Suicidrisken är särskilt hög veckan efter utskrivning från slutenvård och därför ska öppenvårdskontakten planeras väl och vara förankrad med patient och eventuellt närstående. Om kontakt med öppenvårdsmottagning inte kan etableras inom den närmaste tiden efter slutenvårdsperioden bör överlappande kontakt erbjudas. Alla suicidnära patienter behöver uppföljning efter utskrivningen. Både de som har ansvaret för öppenvårdskontakten (och eventuellt anhöriga) behöver få information om slutenvårdsperioden. Av informationen ska framgå vilka suicidala signaler man bör uppmärksamma, hur man ska förhålla sig när suicidtankar uppkommer och blir allvarliga, till vem man kan vända sig eller hur man ska agera när situationen blir alarmerande. Telefonkontakter

med vårdpersonal under dessa första veckor kan rekommenderas (Gunnell et al 2012).

Risken för fullbordat suicid kan fortsatt vara hög första året efter ett suicidförsök (Sakinofsky & Lenars 1997). Majoriteten av dem som gjort suicidförsök finner dock andra vägar att hantera sin problematik. Det är viktigt att följa upp patienter efter ett suicidförsök för att förhindra nya suicidförsök och/eller fullbordat suicid, tiden för detta styrs av patientens problemsituation och sjukdomskaraktären.

6. Behandling

Farmakologisk behandling

Vid farmakologisk behandling av suicidnära patienter gäller det att välja läkemedel för behandling av grundsjukdomen. Patienten behöver bedömas noga och det behövs också en fortlöpande utvärdering av behandlingseffekt och biverkningar. Om behandlingen inte ger tillfredsställande effekt, eventuellt efter ett ytterligare behandlingsförsök, kan diagnosen behöva omprövas eller patientens följsamhet till behandlingen utvärderas. Därtill är det alltid väsentligt att beakta om patienten har ett missbruk eller en beroendesjukdom.

Det är viktigt att tänka på att också suicidrisken ska utvärderas fortlöpande under behandlingens gång, eftersom den kan kvarstå eller till och med öka under behandlingen. Detta gäller även om läkemedlet lindrat patientens grundsjukdom, till exempel depression. I början av behandlingen bör man vara noga med att överväga om patienten behöver tillägg av ångstdämpande medel för att sänka ångestnivån och den akuta suicidrisk hög ångest kan innebära.

Antidepressiva

En Cochrane-översikt av kliniska behandlingsstudier med den primära intentionen att minska suicidrisken hos personer som nyligen gjort ett suicidförsök publicerades 2000 (Hawton et al 2000). Rapporten fann inga övertygande bevis för att antidepressiv medicinering minskar risken för att ett självmordsförsök upprepas hos dessa patienter. Endast ett fåtal antidepressiva läkemedel, mianserin, nomifensin och paroxetin, ingick i översikten. Det är ändå möjligt att paroxetin minskar suicidrisken hos vissa patienter eftersom detta, enligt en av studierna i rap-

porten, minskade antalet nya suicidförsök bland patienterna som innan studiestart gjort färre än fem suicidförsök. Detta gällde däremot inte bland patienter som gjort fem eller fler suicidförsök innan behandlingen (Verkes 1998).

Efter Cochrane-rapporten har ytterligare studier tillkommit. En översiktsartikel från 2005 beskrev att suicidförsök är vanligare bland patienter som i kliniska studier behandlas med serotoninåterupptagshämmare (SSRI) jämfört med placebo (Fergusson et al 2005). Därefter har det kommit studier som bekräftar att antidepressiva läkemedel kan minska suicidrisken hos en stor andel av patienterna samtidigt som de kan öka risken för suicidförsök hos andra.

En studie från Nya Zeeland undersökte frekvensen av suicidförsök hos deprimerade patienter sex månader innan och sex månader efter insättande av behandling med antidepressiva (Mulder et al 2008). Frekvensen av suicidförsök halverades under behandlingen. Avsevärt fler rapporterade minskad suicidavsikt än det motsatta. I en stor finsk registerstudie såg man att vid behandling med antidepressiva läkemedel efter suicidförsök fanns visserligen en ökning av antalet suicidförsök hos de behandlade, men däremot en minskning av fullbordade suicid. Det gällde både yngre och vuxna (Tiihonen et al 2006).

En klinisk randomiserad behandlingsstudie undersökte självmordsbenägenheten hos personer (665 patienter med kronisk eller recidiverande depression) som behandlades med antidepressiva (Zisook et al 2011). Som utfallsmått på självmordsbenägenheten användes Concise Health Risk Tracking Self-Report (Trivedi et al 2011). Patienterna randomiserades till behandling med escitalopram plus placebo, bupropion plus escitalopram eller venlafaxin plus mirtazapin. Fyra veckor efter behandlingsstart hade suicidtankar och annat suicidalt beteende försvunnit hos knappt 80 procent av de patienter som från början var självmordsbenägna. Kombinationen bupropion och escitalopram var mest effektiv. Knappt 2 procent av de patienter som från början inte hade några suicidtankar fick detta under behandlingen, utan skillnad mellan de olika behandlingsgrupperna.

I en tysk undersökning studerades förekomsten av självmordsbenägenhet och suicidförsök hos 1014 patienter (Seemüller et al 2009) som vårdades ineliggande för depression. De behandlades med antidepressiva och en del patienter fick tillägg av andra läkemedel och en del fick psykoterapi. Under behandlingen blev 3 procent självmordsbenägna

fast de inte var det innan, 15 procent blev mer självmordsbenägna än innan man hos en mycket stor majoritet minskade självmordsbenägenheten. Man visade att ålder över 45 år, terapieresistent depression, flera inläggningar på sjukhus, förekomst av akatysi och personlighetsstörning var tydliga riskfaktorer för att suicidrisk skulle uppkomma under behandling.

I en randomiserad kontrollerad klinisk studie av patienter med schizofreni eller schizoaftektivt syndrom undersöktes effekten av citalopram eller placebo som tillägg till antipsykotiska läkemedel (Zisook et al 2010). Alla patienter som inkluderades hade depressiva symtom. Bland de patienter som från början var suicidbenägna var det däremot signifikant färre suicidbenägna efter behandling med citalopram.

I en registerstudie av patienter med schizofreni visade man att tillägg av antidepressiva minskade risken för suicid. Däremot fanns en ökad suicidrisk vid tillägg av bensodiazepin, vilket motiverar viss uppmärksamhet på denna form av polyfarmaci (Tiihonen et al 2012).

Slutligen kan noteras att i läkemedelsföretagens produktinformationer för flertalet antidepressiva läkemedel beskrivs suicidtankar som en möjlig biverkning. Det finns skäl till ökad uppmärksamhet under uppföljningen.

Litium och antiepileptika

Underhållsbehandling med litium har i flera studier rapporterats minska risken för att patienter med bipolär sjukdom eller recidiverande depression tar sitt liv, men enligt en Cochrane-rapport var de studier som publicerats före 2001 inte av tillräckligt hög kvalitet för att effekten skulle kunna klarläggas (Burgess et al 2001). En senare systematisk översikt, också gjord med Cochrane-metodologi, har emellertid visat att underhållsbehandling med litium kan minska risken för att patienter med förstämningssyndrom gör suicidförsök eller tar sitt liv (Cipriani et al 2005).

Det är inte tillräckligt utrett om de antiepileptiska läkemedel som används profylaktiskt mot bipolär sjukdom kan minska risken för suicid. I en randomiserad studie av patienter med bipolär sjukdom som tidigare gjort suicidförsök behandlades patienterna med valproat eller litium under 2,5 år (Oquendo et al 2011). Ett fåtal patienter i vardera gruppen gjorde suicidförsök utan skillnad mellan behandlingsgrupperna.

En annan studie undersökte det kliniska förloppet hos patienter med

bipolär depression som initialt fått enbart antidepressiva läkemedel och jämförde det med förloppet hos de patienter som från början fått kombinationen antidepressiva/stämningsstabiliserande läkemedel (det angavs inte vilka stämningsstabiliserare som användes) (Pacchiarotti et al 2011). Uppföljningstiden var tio år, antalet suicidförsök var högst i gruppen som initialt enbart fått antidepressiva läkemedel. Studien visar på vikten av att redan tidigt ställa rätt diagnos, identifiera patienter med bipolär depression och sätta in profylaktiska läkemedel.

Neuroleptika

I en översikt från Cochrane jämfördes behandling med clozapin med andra atypiska läkemedel mot psykos (Asenjo Lobos et al 2010). Enligt rapporten är det mindre vanligt att patienter som behandlas med clozapin behöver läggas in på sjukhus för att undvika suicidförsök.

I en stor internationell studie, ”the International Suicide Prevention Trial (InterSePT)”, vilken ingick i Cochrane-rapporten, undersöktes om clozapin kan minska suicidrisken hos patienter med schizofreni och schizoaffektivt syndrom. I en tvåårig uppföljningsstudie jämfördes patienter som fått clozapin respektive olanzapin (Meltzer et al 2003). Oberoende av om de fick tillägg med andra psykofarmaka eller inte var det färre patienter av dem som behandlades med clozapin som gjorde suicidförsök eller behövde läggas in för att förhindra suicidförsök än för dem som behandlades med olanzapin. I en 11 år lång observationsstudie (FIN11) fanns också indikation på att clozapin medför avsevärt lägre mortalitet än andra neuroleptika (Tiihonen et al 2009).

Emellertid finns det andra neuroleptika än clozapin som tycks minska suicidrisken. I små studier har exempelvis flupentixol och flufenazin rapporterats minska suicidbenägenheten hos patienter som gjort flera suicidförsök (Montgomery et al 1979, Battaglia et al 1999). Vidare finns det studier som tyder på att antipsykotiska läkemedel kan tänkas minska självmordsbenägenheten både hos patienter med bipolär sjukdom (Houston et al 2006) och hos patienter med depression (Reeves et al 2008).

Behandlingsimplikationer

Sammantaget finns det motstridiga rapporter avseende antidepressiva läkemedels effekt vid suicidal beteende och om antidepressiva läkemedel kan förebygga suicidförsök/suicid eller inte. Samtidigt bör man be-

akta att det finns flera studier som publicerats de senaste åren som pekar på att antidepressiva läkemedel är av stort värde vid behandlingen av patienter med suicidrisk. Det är också relativt väl dokumenterat att litium kan ha en antisuicidal effekt hos patienter med förstärkningsyndrom. Därtill finns det en del belegg för att clozapin kan minska självmordsbenägenheten hos patienter med schizofreni.

Det som avgör vilket läkemedel, eller kombination av läkemedel, som bör användas är patientens diagnos, kliniska situation, symtombild, allvarlighetsgraden av sjukdomsbilden och resultaten av tidigare behandlingsförsök. Det finns patienter för vilka det kan vara särskilt viktigt att noga överväga vilket antidepressivt läkemedel som är mest lämpligt, samt om litium eller antipsykotiskt läkemedel behövs som tillägg. Till dessa hör exempelvis patienter med terapieresistent depression, patienter som gjort många självmordsförsök och patienter med bipolär sjukdom.

ECT

Elektrokonvulsiv behandling, ECT, är en metod vars syfte är att under narkos utlösa ett kontrollerat epileptiskt anfall som leder till minskade depressiva symtom. ECT kan ges vid svår depression eller där självmordsrisken bedöms som hög. I en studie på 30 patienter minskade depressionssymtom och suicidavsikt snabbare hos dem som fick ECT-behandling jämfört med läkemedelsbehandlade patienter (Patel et al 2006). En annan studie rapporterade att suicidavsikten försvann hos 38 procent av patienterna redan efter tre behandlingar med bitemporal elektrodplacering (Kellner et al 2005). Vissa studier har föreslagit att suicidtankar försvinner snabbast av olika symtom under ECT (Patel et al 2006, Kellner et al 2005, Rich et al 1996). Detta har lett till att man har föreslagit hög suicidrisk som indikation för ECT (Prudic & Sackeim 1999).

Den antisuicidala effekten av ECT-behandlingen kan vara relaterad till lindringen av depressiva symtom eller med att ECT i sig påverkar suicidtankar och suicidalt beteende. Behandlingen påverkar flera neurotransmittorer och kroppens stresssystem (Kronfol et al 1991). Aktuell forskning har visat att ECT-behandling eventuellt skulle kunna öka neurogenesen i hippocampus genom att öka neurotrofa faktorer så som BDNF och VEGF (Madsen et al 2000, Fournier & Duman 2012). Över- eller underfunktion i HPA-axeln har rapporterats hos suicidala

patienter, vidare har låga VEGF-nivåer i plasma och i ryggmärgsvätska nyligen förknippats med suicidalt beteende (Jokinen et al 2007, Isung et al 2012).

Psykologisk behandling

Psykologisk behandling utgör en grundsten i behandlingen av suicidnära personer (Guthrie et al 2001, Hawton et al 1998). Den psykologiska problematiken kan röra mer eller mindre svår personlighetsproblematik och djupgående livs- och/eller relationsproblematik, både aktuell och tidigare, vilka hanteras via psykologisk behandling. Inte sällan har personer också varit utsatta för olika typer av trauman som starkt påverkar och begränsar förmågan att hantera aktuella påfrestningar i livet.

De personlighetsmässiga begränsningarna kan till exempel innebära en brist på tillit, rädsla för och oförmåga att knyta an i nära relationer, rädsla att bli övergiven, lättkränkthet, rigiditet, höga krav, låg självkänsla, vilket sammantaget innebär en begränsad problemlösningsförmåga. Det psykologiska bemötandet handlar därför om att skapa och bygga en tillitsfull relation mellan behandlare och en på många sätt sårbar patient, något som trots goda intentioner kan ta tid.

Som behandlare är det viktigt att vara medveten om sina egna reaktioner och beteenden och att dessa i hög grad påverkar den relation som är möjlig att bygga upp tillsammans med en patient. Basalt korrekt bemötande som att visa respekt, lyssna på vad patienten säger, avsätta tillräckligt med (ostörd) tid, inte avfärda eller bagatellisera patientens berättelse kan räcka långt för att bygga upp en tillitsfull relation. Det som patienter återkommande beskriver som viktigt i bemötande är just dessa aspekter, att terapeuten oavsett terapiform kan förmedla hopp, är empatisk och kan skapa ett förtroendefullt samarbetsklimat (Sandel 2004). Andra aspekter kan vara att behandlaren är tillgänglig när patienten så behöver, är lätt att nå, vilket kräver flexibilitet inom motagningsverksamheten.

Det finns idag en rad mer eller mindre evidensbaserade och specifika psykologiska och psykoterapeutiska metoder för behandling av depression. Enligt SBU:s systematiska litteraturöversikt (2004) tycks till exempel kognitiv terapi ha lika god behandlingseffekt som antidepressiv medicinering vid lättare och medelsvåra depressioner. Nedan listas ett antal psykologiska/psykoterapeutiska metoder anpassade till del-

vis olika patientgrupper och med olika evidens vad gäller minskning av suicidala beteenden:

KBT, Kognitiv beteendeterapi (Butler et al 2006), har enligt en särskilt utarbetad metod (CBT-SP) bland unga visat på reduktion av både suicidtankar och upprepade självska-debetenden (Stanley et al 2009).

IPT, Interpersonell psykoterapi, har visat på mycket goda effekter vad gäller depressionsbehandling (Cuijpers et al 2011), däremot saknas tydlig evidens för direkt minskning av suicidala beteenden.

DBT, Dialektisk beteendeterapi (Linehan et al 2006), som utvecklats för behandling av personer med borderline personlighetsstörning (BPD), är idag en relativt spridd metod för att reducera upprepade självska-dehandlingar. Det finns evidens för att DBT har god effekt mot självska-debetende vid BPD (Andersson et al 2006, Lund 2012).

MBT, Mentaliseringsbaserad terapi (Rydeén & Wallroth 2008), har visats minska självska-debetenden i högre grad än behandling enligt sedvanlig klinisk praxis bland personer med BPD (Bateman & Fonagy 2009).

PDT, Psykodynamisk psykoterapi, har enligt en översiktsartikel (Gerber et al 2011) visat på lovande resultat vid depressionsbehandling, dock krävs ytterligare studier för att visa direkt effekt på suicidala beteenden.

På senare tid har också en särskild familjeterapeutisk metod visat sig ha effekt på tonåringars depressiva symtom och suicidtankar (Diamond et al 2010). Metoden, Anknyningsbaserad familjeterapi (ABF), är en manualiserad form av familjeterapi speciellt utvecklad för att fokusera på familjeprocesser vid depression och suicidala beteenden. Metoden syftar till att öka familjens problemlösande och affektreglerande förmåga för att därigenom stärka anknytningen mellan familjemedlemmarna. Metoden har fått stor internationell spridning, men fortfarande saknas svenska studier som visar på metodens effekt.

Psykoedukation

Psykoedukation syftar till att ge generell utbildning till både patient och närstående vad gäller olika sjukdomstillstånd som schizofreni, depression och bipolära tillstånd, liksom olika behandlingsmetoder, tidiga tecken på återinsjuknande och tidig hantering av dessa.

Enligt en översiktsartikel (Lucksted et al 2012) ger metoden positiva effekter på bland annat tillgång till information, förmåga till problemlösning och ökat socialt stöd. Metoden används vid allt fler tillstånd, samtidigt som man betonar behovet av ytterligare utvärdering av metoden.

Edukation kan också ingå som moment i enskilda behandlingskontakter där patienten lär sig känna igen tidiga signaler på försämring, vilka särskilda situationer som kan utlösa försämring och hur dessa kan undvikas/hanteras. Den suicidala processmodellen kan med fördel användas som underlag för att förstå vad som i olika livsskedan utlöst suicidala kriser (nyckelsituationer) och vad som varit till hjälp, det vill säga avvärjt självskadehandlingar. På så sätt ökar patientens förståelse för olika förlopp och man kan genom att sätta ord på sina upplevelser både reducera sin oro och samtidigt öka förutsättningarna för bättre kontroll över sina reaktionsmönster.

Familjeinterventioner

En relativt nyligen introducerad metod i Sverige, Beardslees familjeintervention (BFI), ligger nära de psykoedukativa metoderna. Det är en familjefokuserad metod som riktar sig till familjer där någon vuxen har en psykisk sjukdom. Metoden syftar främst till att öppna upp kommunikation om föräldrarnas sjukdom i familjen för att barnen ska få bättre förståelse för föräldrarnas men också sin egen situation, samt att den ömsesidiga förståelsen inom familjen ska öka. Barnens behov av stöd uppmärksammas. Metoden består av fem samtal med familjemedlemmar i olika konstellationer: man inleder med två samtal med föräldrarna/föräldern, därefter individuella barnintervjuer, sedan ett samtal igen med föräldrarna/föräldern för att ge feedback från barnintervjuerna samt att man planerar för ett avslutande familjesamtal. Vid det avslutande familjesamtalet strävar man efter att föräldrarna/föräldern själv berättar så mycket som möjligt om sjukdomen och besvarar barnens frågor. Metoden har utvärderats i två randomiserade kontrollerade studier och har visat sig ha positiva effekter för barn och familjer (Beardslee et al 2007, Solantaus et al 2010). En svensk studie har visat att metoden är genomförbar och säker inom vuxenpsykiatri och de studerade familjerna ansåg att metoden hade positiva effekter både för barnen och de vuxna (Pihkala et al 2010, 2011ab).

En annan familjeintervention kallas Familjeband, vilken är en nio

veckors DBT-baserad utbildning för anhöriga till suicidnära patienter. Utbildningen, som ursprungligen utformats för anhöriga till personer med diagnosen BPD, har utvärderats i flera studier med positiva resultat (Hoffman et al 2005, Hoffman et al 2007). Programmet finns i svensk översättning och började användas inom psykiatrisk verksamhet i Sverige under 2006. I samband med introduktionen i Sverige utformades även den anpassade versionen för anhöriga till suicidnära patienter, vilken har utvärderats i en pilotstudie (Rajalin et al 2009).

Syftet med utbildningen är att ge anhöriga ökad förståelse och kunskap om symtom och beteenden i samband med suicidförsök, att hjälpa anhöriga att bättre hantera egna känslor i svåra situationer och att förbättra kommunikationen med familjemedlemmen. En ytterligare målsättning är att ge möjlighet till skapandet av ett nätverk med andra i samma situation.

Utbildningen börjar med en psykoedukativ del där aktuell forskning om riskfaktorer, skyddsfaktorer och behandlingsmöjligheter för suicidnära personer går igenom. Deltagarna får vidare information om diagnoser som är vanligt förekommande i samband med suicidalitet, information om den suicidala processen och hur suicidal kommunikation kan se ut. Större delen av utbildningen fokuseras dock på färdighetsträningen som syftar till att införliva nya strategier för att minska stress, för att förbättra kommunikation i nära relationer och för att hantera egna känslomässiga reaktioner hos de anhöriga. Deltagarna får ta del av flera behandlingsstrategier från DBT som mindfulness, validering, känsloreglering, acceptans och problemlösning. Genom hemuppgifter provar deltagarna de nya kunskaperna i sin vardag. Resultaten från pilotstudien visar en förbättrad generell psykisk hälsa hos deltagarna och en upplevelse av minskad börda av att vara anhörig till en person med psykisk sjukdom. Deltagarna rapporterar även en förbättrad relation med familjemedlemmen efter genomgången utbildning. Upplevelsen av att få dela sina erfarenheter med andra angavs vidare som mycket betydelsefullt för de anhöriga. En svensk utvärdering av Familjeband i den ursprungliga versionen har gjorts på uppdrag av Socialstyrelsen. Den visar liknande och entydiga resultat (Lundh & Wångby 2007).

Att involvera anhöriga i vården är ett viktigt element i omhändertagandet av patienter. Familjeband innebär en möjlighet för anhöriga till just suicidnära patienter att utvecklas i sin roll utan att störa patientens integritet.

Sociala interventioner

Behov av olika sociala interventioner och psykosocialt stöd i tillägg till både psykologiska och farmakologiska insatser är oftast påkallat (Hawton et al 1998), särskilt bland unga med suicidal problematik. Inte sällan handlar det om drog- och alkoholproblematik, kriminalitet, en bekymmersam ekonomisk situation, arbetslöshet, boendeproblem, social isolering, att man hamnat utanför både skola och arbete, vänt på dygnet etc.

Sekretess

När flera aktörer involveras, som till exempel socialtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedling, är det nödvändigt att beakta sekretesslagen, att samverkan och samarbete måste ske utifrån patientens medgivande. Även kontakter med anhöriga/närstående måste vara väl förankrade och godkända av patienten. Att lägga ner tid och ansträngningar för att motivera och förklara för patienten varför man föreslår att andra involveras i stöd och behandling är en förutsättning för att detta ska kunna genomföras på ett bra sätt.

7. Etiska aspekter

MÖTET MED EN SUICIDNÄRA PATIENT kan väcka många etiska frågor. Det är svårt att ge exakta riktlinjer för hur specifika situationer ska hanteras ur ett etiskt perspektiv. Varje situation måste bedömas utifrån dess unika förhållanden.

En svår handläggningssituation kan uppkomma när en suicidnära patient vägrar att ta emot erbjuden psykiatrisk vård. Det är inte alltid lätt att avgöra om en patient är i oundgängligt behov av psykiatrisk heldygnsvård. Läkaren som beslutar om tvångsvård måste följa lagen om psykiatrisk tvångsvård och samtidigt göra en risk/nytta-värdering av patientens vårdbehov. Tvångsvård med olika tvångsåtgärder påverkar patientens integritet och kan uppfattas som kränkande. Det kan därmed finnas risk att en patient som läggs in enligt LPT, eller utsätts för tvångsåtgärder, tappar förtroende för vården och i efterförloppet avbryter kontakten med vården. Emellertid kan det inte nog påpekas att tvångsvård kan vara livräddande för en suicidnära patient. För att minska risken att patienten tappar förtroende för vården i samband med tvångsvård är det nödvändigt att patienten möts med respekt och omtanke, får veta syftet med inläggningen och informeras om de patienträttigheter som följer med tvångsvården. Det är viktigt att lyssna på patientens synpunkter under vårdtiden, och det är lämpligt att aktivt fråga patienten om hur han eller hon uppfattat tvångsvården i anslutning till att den upphör.

Även inom somatisk vård kan svåra etiska situationer uppstå, till exempel när en patient vägrar en akut livräddande åtgärd. Om patienten har en psykisk störning gäller det att avgöra om samtliga kriterier för vård enligt LPT är uppfyllda. Läkaren måste ta ställning till om den

psykiatriska behandlingen krävs för att den livräddande somatiska åtgärden ska kunna genomföras.

Ett exempel på en situation som kräver särskild omsorg är den som kan uppstå vid vård av en patient som har en somatisk sjukdom som inom en mycket snar tid leder till döden. Om patienten av detta skäl har aktiva planer på att ta sitt liv krävs en noggrann bedömning av patientens psykiatriska tillstånd samt respektfullt bemötande. Patienten behöver informeras om den hjälp han eller hon kan få mot sitt psykiska lidande. I många fall är det därtill lika viktigt att tala med anhöriga om patientens situation och möjlighet till hjälp, såvida inte sekretessen hindrar. Om patienten har en allvarlig psykisk störning med uttalade planer att ta sitt liv, om patientens tillstånd kräver psykiatrisk heldygnsvård och patienten vägrar att ta emot den kan tvångsvård behöva användas. I komplexa och svåra situationer som denna kan behandlande läkare och vårdpersonal behöva hjälp från ett lokalt etiskt råd för att på bästa sätt hjälpa patienten.

8. Lagar och regler

DET FINNS FLERA LAGAR OCH FÖRESKRIFTER som man ska ha i åtanke vid vård av en suicidnära patient. I detta avsnitt belyses vissa viktiga delar av lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), brottsbalken, 24 kap. och hälso- och sjukvårdens ansvar för information, råd och stöd till vissa barn under 18 år. Texten nedan utgörs till stora delar av de ordalydelser som står i LPT men för exakta formuleringar hänvisas till hela lagtexten.

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS Lag 1991:1128)

När beslut om tvångsvård av en psykiatrisk patient tas ska man tänka på att ”Tvångsvården ska syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver”. Tvångsvård får aldrig ske utan att patienten blivit väl undersökt och bedömd av två olika läkare.

Intagning

För att tvångsvård ska bli aktuellt i samband med att en patient läggs in i sluten psykiatrisk vård ska de kriterier som står i *LPT 3 § angående sluten psykiatrisk tvångsvård* vara uppfyllda, nämligen:

1. Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning.
2. Patienten ska på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnet-runtvård (sluten psykiatrisk tvångsvård).

3. En förutsättning för vård enligt denna lag är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

Det händer att det i samband med tvångsvård blir en diskussion om vad som menas med en ”allvarlig psykisk störning” då detta inte är tydligt definierat i lagtexten. Det är i varje enskilt fall läkaren som får göra en bedömning om den psykiska störningen är av sådan grad att den kan betraktas som allvarlig. Exempelvis är depression i sig inte att betrakta som en allvarlig psykisk störning, men om patienten är suicidnära och läkaren gör bedömningen att det finns en akut risk att patienten tar sitt liv, kan han eller hon bedöma det som att graden av psykisk störning har blivit allvarlig.

För att patienten ska bli intagen för sluten psykiatrisk tvångsvård enligt LPT 6 § krävs det att två läkare undersökt patienten och gjort bedömningen att kriterierna för sluten psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda. Vårdintyget kan skrivas av legitimerad läkare, oberoende av arbetsplats, men intagningsbeslut kan endast fattas av chefsöverläkaren vid en enhet för psykiatrisk vård. Chefsöverläkaren kan skriftligt delegera uppgiften till andra specialister i psykiatri vid vårdinrättningen. Den läkare som skrivit vårdintyget får inte fatta intagningsbeslut, men däremot besluta om att patienten ska kvarhållas på vårdinrättningen till dess att intagsbeslut fattats. Frågan om intagning för sluten psykiatrisk tvångsvård ska avgöras skyndsamt, senast 24 timmar efter dennes ankomst till vårdinrättningen. Ett beslut om intagning får inte grundas på ett vårdintyg som är äldre än fyra dagar.

Konvertering från frivillig psykiatrisk slutenvård till sluten psykiatrisk tvångsvård

Om patienten är intagen för frivillig psykiatrisk slutenvård och själv vill avbryta vården får enligt LPT 11 § chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas besluta om sluten psykiatrisk tvångsvård när förutsättningar för sluten psykiatrisk tvångsvård enligt 3 § är uppfyllda, och *patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv* eller någon annan. Även detta beslut kan chefsöverläkaren skriftligt delegera till andra specialister i psykiatri vid vårdinrättningen. Den som skriver vårdintyget ska vara legitime-

rad läkare. Beslut om intagning för sluten psykiatrisk tvångsvård får inte fattas av den som skrivit vårdintyget och ska fattas senast 24 timmar efter det att vårdintyg har utfärdats. När beslut om konvertering från frivillig psykiatrisk slutenvård till sluten psykiatrisk tvångsvård har fattats, ska beslutet underställas förvaltningsrättens prövning senast dagen efter beslutet. Anser chefsöverläkaren att tvångsvården bör fortsätta ska han eller hon senast inom fyra dagar från dagen för beslutet om sluten psykiatrisk tvångsvård ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt vård.

Tvångsåtgärder och restriktioner med syfte att förhindra att patienten skadar sig själv

I LPT står det att ”Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.”

Innan vårdintyg är skrivet

Om patienten allvarligt riskerar att skada sig själv innan vårdintyget är skrivet kan detta förhindras med stöd av brottsbalken, 24 kap. (SFS brottsbalk 1962:700). I den finns bestämmelser om ansvarsfrihet om handlingar som företagits i nödvärn eller nöd (nödrätt). Om vårdpersonal bedömer att det finns en omedelbar risk att patienten lämnar vårdinrättningen för att omgående ta sitt liv kan detta förhindras till exempel genom att låsa vårdinrättningens ytterdörr eller genom att hålla fast patienten. Handlingen måste stå i proportion till faran och ska inte vara ett rutinmässigt ingrepp.

När vårdintyg är skrivet och kvarhållningsbeslut är fattat

Enligt LPT 6 § får en patient, ”sedan vårdintyg har utfärdats, efter beslut av läkare hållas kvar på vårdinrättningen tills frågan om intagning har avgjorts. Om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna den del av vårdinrättningen där patienten skall vistas, för att upprätthålla ordningen på inrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården.” Efter kvarhållningsbeslut är det dessutom tillåtet, om det är nödvändigt för patienten, att patienten kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas

för kontroll av att denne inte bär på sig egendom som han eller hon inte får inneha på vårdavdelningen (se nedan).

När patienten är intagen för sluten psykiatrisk tvångsvård

När patienten är intagen för sluten psykiatrisk tvångsvård får patienten hindras att lämna vårdinrättningens område, eller den del av inrättningen där han/hon vistas. Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Vårdpersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd. Det är chefsöverläkaren som beslutar om fastspänning. Socialstyrelsen ska utan dröjsmål underrättas vid beslut om fastspänning för en längre tid än fyra timmar.

Under vårdtiden får patienten inte inneha skadlig egendom. Om sådan påträffas får den omhändertas. Det står uttryckligt i lagtexten att det gäller:

1. narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor
2. sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel
3. injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen
4. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika
5. annan egendom som kan skada honom/henne själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen.

Det händer att en person som vill skada sig själv kan få försändelser med innehåll av något av de skadliga föremål som nämnts ovan. Chefsöverläkaren får besluta om kontroll av försändelsen och om omhändertagande av skadliga föremål. När en försändelse granskas ska man vara medveten om att granskningen inte får avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling.

Krav på god säkerhet i vården

Patienten kan även hitta föremål att skada sig med på vårdavdelningen. Det ska så långt möjligt förhindras. Enligt LPT 15 § ska vården ”be-

drivas så att den uppfyller kraven på god säkerhet i verksamheten. Vid sjukvårdsinrättningen skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att en god säkerhet skall kunna tillgodoses i verksamheten. Det skall också finnas någon som har ansvaret för att sjukvårdsinrättningen säkerhetsanpassas och säkerhetsklassificeras samt för att säkerheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och upprätthålls (säkerhetsansvarig).”

Vårdplan

När en patient tagits in för tvångsvård ska en vårdplan upprättas. Vårdplanen ska ange de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås och för att resultaten av dessa insatser ska kunna bestå. Så långt möjligt ska planen upprättas i samråd med patienten. Om det inte är olämpligt ska samråd ske också med dennes närstående. Patientens behov av stöd från socialtjänsten bör undersökas. Vad det gäller behandlingen under vårdtiden ska samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd ska ske också med patientens närstående, om det inte är olämpligt. Frågor om behandlingen avgörs ytterst av chefsöverläkaren. Behandlingsåtgärderna ska anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården.

Stödperson

Patienter som vårdas enligt LPT ska genom en individuellt anpassad information upplysas om sin rätt att få en stödperson och när patienten begär det, ska en stödperson utses av socialnämnden/patientnämnden. En stödperson kan utses också i annat fall, om patienten inte motsätter sig det. Stödpersonen ska bistå patienten i personliga frågor så länge denne ges tvångsvård enligt denna lag och, om patienten och stödpersonen samtycker till det, även under fyra veckor efter det att tvångsvården har upphört. Stödpersonen har rätt att besöka patienten på vårdinrättningen. Han/hon får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han under uppdraget har fått veta om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt.

Barns situation

Barn till en suicidnära patient upplever i många fall situationen som mycket emotionellt laddad och stressfylld. Det står numera i lagen att hälso- och sjukvården har en skyldighet att beakta barnens behov av

råd, stöd och information. Bestämmelserna finns i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 1982:763 och i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område patientsäkerhetslagen 2011:10101. På flera håll i landet finns det numera inom vården särskilda barnombud som har kunskap om hur barnens behov på bästa sätt beaktas. Vidare finns, som nämnts ovan, skyldigheten att genast anmäla till socialnämnden om någon inom hälso- eller sjukvården får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till barnets skydd (socialtjänstlagen 2001:453).

9. Efter suicid

SUICID FÖREKOMMER OFTARE bland personer som vårdas/har vårdats inom psykiatri än hos människor i allmänhet varför varje psykiatrisk klinik bör ha lokalt anpassade riktlinjer som träder i kraft när ett suicid har ägt rum. Riktlinjerna ska syfta till att skapa struktur och tydlighet i den starkt påfrestande situation som ett suicid innebär.

Handläggning i slutenvård

När ett suicid har inträffat i slutenvård är det viktigt att så snart som möjligt informera och ge adekvat stöd till närmast berörda: anhöriga/närstående, personal och medpatienter. Information till andra vårdkontakter, som till exempel den personal som haft kontakt i öppenvård, bör ske bland annat därför att anhöriga kan tänkas vända sig direkt till dem för eventuellt akut stöd.

Anhöriga och övriga närstående

Berörda närstående bör informeras omedelbart via personlig kontakt. Information per telefon bör undvikas och om anhöriga bor på annan ort kan man ta hjälp av präst, personal inom distriktsvård eller polis. Samtal med medicinskt ansvarig läkare, gärna tillsammans med annan erfaren personal, ska genomföras i ett tidigt skede. Under samtalet ges information kring dödsfallet (hur personen dog, tidpunkt och närmare omständigheter). Vidare görs en sammanfattning av den aktuella vårdtiden (bedömningar, åtgärder och tidigare vårdplanering). Närstående informeras om gången efter suicid, utredning, fastställande av dödsorsak och lex Maria-anmälan.

Andra stödjande insatser kan vara lämpliga, såsom:

- att tillsammans med personal/ansvarig läkare ta del av eventuellt avskedsbrev
- att få möjlighet att se den döde tillsammans med stödjande person. Minnesföremål kan tas med
- att få hjälp med att informera övriga närstående om dödsfallet
- att få skriftlig information om sorg efter suicid, och kontaktinformation till olika stödmöjligheter som sorgegrupper och anhörigförening (SPES, www.spes.nu)
- att få skriftlig information om hur stöd till inblandade barn kan ges
- att få möjlighet till läkarbedömning vad gäller akut behov av till exempel medicinering
- att få praktiska råd kring sjukskrivning etc.

Information till anhöriga/närstående ska ges med hänsyn till och beaktande av sekretess.

Närstående bör också erbjudas uppföljande stöd och krissamtal, med fördel med en person som inte varit direkt inblandad i vården. Det är av särskild vikt att bedöma och hantera barns behov av stöd.

Personal

Direkt berörd personal ska på motsvarande sätt erbjudas stöd efter att ett suicid inträffat. Olika typer av stöd är aktuella vid olika tidpunkter.

Krisinformation ges av arbetsledare/medicinskt ledningsansvarig i direkt anslutning till det inträffade och innebär att information om vad som har hänt ges till berörda medarbetare. Här ingår också att ge akut stöd till de närmast drabbade.

Avlastande samtal innebär att berörd personal med högsta prioritet träffas i nära anslutning till händelsen, helst inom 72 timmar, för att få möjlighet till gemensam genomgång av det inträffade. Det sker vanligen i form av ett gruppmöte, där deltagarna samlas för att gå igenom det inträffade och de känslor, intryck och reaktioner det fört med sig. Mötet leds av en eller två speciellt utbildade personer. Samtalen kan även i vissa fall erbjudas individuellt. Syftet är att förhindra skadliga efterverkningar hos den enskilde i form av traumatiska stressreaktioner och hos gruppen i form av dolda syndabocks beteenden och försämrad sammanhållning. Deltagarna bereds möjlighet att sätta ord på

sina tankar och känslor, så att de tillsammans kan bearbeta händelsen. Det handlar inte om att hitta och diskutera orsaker till det inträffade, ej heller huruvida dödsfallet skulle kunna ha förhindrats. Mötet följer en på förhand given och väl utprovad struktur. Innan mötet avslutas ska gruppen ha kommit överens om eventuellt ytterligare stödåtgärder. Utöver avlastande samtal kan enskilda deltagare behöva individuellt stöd, och samtal med en neutral person utanför teamet kan vara påkallade. Individuellt stöd kan vara särskilt aktuellt för personal som är direkt inblandade och som omfattas av internutredning.

Retrospektiv genomgång genomförs i ett senare skede, en till två månader efter dödsfallet. Dessa möten har ett pedagogiskt syfte. Gruppen får ökad kunskap kring omhändertagande av suicidnära patienter. Vidare kan genomgångarna leda till ändrad klinisk praxis. Denna typ av genomgång kan i tillämpliga delar göras också efter ett allvarligt suicidförsök. All inblandad personal bör delta vid genomgången, som leds av en person (eller med fördel två personer) som inte varit direkt inblandad i patientens vård. Ledaren kan gärna vara en person med särskild kunskap inom suicidprevention. Mötet ska ske i en stödjande atmosfär, utan syndabockstänkande. Mötet följer en tydlig struktur:

- inledning och presentation av deltagare samt deras relation till den avlidne
- presentation av insamlade fakta kring dödsfallet
- sammanfattning av patientens sjukhistoria
- genomgång av suicidet och närliggande omständigheter, inklusive suicidal kommunikation
- genomgång av den suicidala processen
- identifiering av eventuella systemfel
- sammanfattande slutsatser och förslag till åtgärder (behov av ändrade rutiner, utbildningsbehov).

Medpatienter

När ett suicid inträffar inom slutenvård berörs medpatienter starkt. Saklig information om dödsfallet ska ges snarast. Det händer att den som först blir varse om dödsfallet är en medpatient, och i dessa fall är omedelbart stöd påkallat. Inte sällan kan medpatienter bidra med information kring den avlidnas sista tid i livet, inklusive eventuell suicidal kommunikation. Det är viktigt att vara uppmärksam på om medpatienter i en sådan situation tar på sig skuld för det inträffade, liksom

övriga reaktioner hos särskilt sårbara medpatienter. Ibland kan det vara påkallat att inställa ut- och inskrivningar till exempel under ett dygn, liksom att undvika permissioner. Det kan finnas risk för imiterande beteende, och detta kan gälla även personer som inte stått den döde nära. Också utskrivna individer kan beröras starkt av dödsfallet, varför en kartläggning av de medpatienter som stått den döde nära kan behöva göras. Individer som särskilt berörs av dödsfallet kan behöva extra stöd en tid framöver.

Handläggning i öppenvård

Förfarandet blir i tillämpliga delar detsamma som när ett suicid sker inom slutenvård. Omedelbara åtgärder är påkallade när en patient uteblir från avtalat besök eller på annat sätt avviker från uppgjord planering under omständigheter som för tankarna till suicid. Samma sak gäller om rapporter från närstående, medpatienter eller grannar tyder på att suicidalt beteende kan misstänkas. I dessa situationer kan det vara olämpligt att mottagningspersonal gör hembesök på egen hand. Tillgänglig information ska sammanställas och ansvarig läkare tar ställning till behov av poliskontakt för efterlysning och andra akuta åtgärder.

När ett suicid blir känt inom öppenvården följs rutiner för information och stöd till personal och anhöriga enligt ovan. Även här kan finnas risk för imiterande beteende och behov av extra stödinsatser, även om risken torde vara lägre än vid slutenvård. En del patienter har nära kontakt med varandra även utanför mottagningen, och dessa kan behöva särskilt stöd.

Anhöriga bör kontaktas även vid fall där suicid inträffat kort tid (några månader) efter att mottagningskontakt avslutats. Vid suicid hos före detta patient som tidigare haft långvarig kontakt kan ett samtal med anhöriga kännas naturligt även om det gått längre tid.

Internutredning och återkoppling (händelseanalys)

Sedan 2006 ska samtliga suicid som skett i anslutning till vård (under aktuell vård eller inom fyra veckor efter vårdkontakt) anmälas till Socialstyrelsen enligt lex Maria. Anmälan ska göras inom två månader från det att suicid konstaterats som dödsorsak. Även suicidförsök som föranletts av brister i undersökning, vård och behandling ska anmälas. Lex

Maria-anmälan föregås av klinikkens internutredning. Nya föreskrifter kommer sannolikt under 2013. Enligt förslaget som nu remissbehandlas ska den obligatoriska lex Maria-anmälan vid suicid inom 4 veckor efter vårdkontakt tas bort.

Verksamhetschef (uppdragsgivare) utser person/er att genomföra en internutredning. Utredningen görs med målsättningen att undersöka organisatoriska faktorer av betydelse och syftar till att förbättra aktuella rutiner. Man eftersträvar att hitta eventuella systemfel vad gäller kommunikation, kompetens, utrustning och rutiner och att i förlängningen åtgärda dessa för att förhindra att liknande händelser inträffar. Utredningen utgör material till den lex Maria-anmälan som senare görs av chefsläkare. Underlag för internutredning utgörs av journalmaterial, intervju med behandlare och övriga dokument. Till internutredning bifogas skriftligt yttrande av medicinskt ansvarig läkare och/eller annan direkt inblandad behandlare. Anhöriga inbjuds också att inkomma med egna skriftliga synpunkter.

Vid allvarlig vårdskada kan uppdragsgivare föranstalta om händelseanalys (<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-120>). Händelseanalys är en rekommendation och innebär en genomgripande och systematisk genomgång av det inträffade enligt en särskild mall.

Socialstyrelsens bedömning kommuniceras till verksamheten och verksamheten ansvarar i sin tur för att anhöriga delges Socialstyrelsens beslut. Utifrån Socialstyrelsens bedömning och beslut ansvarar uppdragsgivaren för att implementera åtgärder och uppföljning. Lokala handläggningsrutiner kan variera.

10. Kvalitetsindikatorer

ATT GE FÖRSLAG om kvalitetsindikatorer för psykiatrisk vård av suicidnära patienter tarvar reservationer. En amerikansk studie visar att suicid är ett instabilt mått, suicidtalet kan fluktuera mycket då de låga basalen medför stora slumpvariationer (Eaton et al 2006). Med nuvarande kunskapsläge vet vi inte om det finns någon relation mellan suicidförekomst och vårdkvalitet (Desai et al 2005). En svårighet är också att de datakällor som skulle användas, till exempel populationsregister, inte har den detaljrikedom eller upplösning som skulle behövas.

Därmed är det svårt att konstruera resultatindikatorer. De föreslagna indikatorerna behöver prövas, de är så kallade processindikatorer och beskriver aspekter av hur vården arbetar. Vi anger här således två förslag till kvalitetsindikatorer

- Andel patienter som gjort suicidförsök där bedömningen av suicidrisk är dokumenterad i journal och där man i bedömningen inkluderat aktuellt och tidigare suicidalt beteende.
- Andel patienter som omhändertagits efter suicidförsök där en plan för uppföljning formulerats respektive genomförts.

11. Läsrekommendationer

www.psykiatristod.se

Stockholms läns landstings sida innehåller regionalt vårdprogram samt några skattningsskalor.

www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-101-1

Innehåller information om hur man går tillväga vid misstanke om att barn far illa.

Den suicidnära patienten. Värdering och hantering av suicidrisk. Bo Runeson, Ellinor Salander Renberg, Åsa Westrin, Margda Wærn. Studentlitteratur, Lund 2012.

Referenser

- Adams D, Overholser J, Lehnert K. Perceived family functioning and adolescent suicidal behaviour. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33(4):498-507.
- Agargun MY, Besiroglu L. Sleep and suicidality: do sleep disturbances predict suicide risk? *Sleep* 2005;28(9):1039-1040.
- Andersson G, Öst L-G, Wærn M. Lovande terapi vid Borderlinestörning. *Läkartidn* 2006;103:3188-3190.
- Andover MS, Primack J, Gibb BE, Pepper CM. An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Arch Suicide Res* 2010; 14: 79-88.
- Angst J, Hengartner MP, Gamma A, von Zerssen D, Angst F. Mortality of 403 patients with mood disorders 48 to 52 years after their psychiatric hospitalisation. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci DOI* 10.1007/s00406-012-0380-1.
- Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *Br J Psychiatry* 1998;173:209-11.
- Åsberg M, Träskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:1193-1197.
- Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S, Leucht S. Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Nov 10;(11):CD006633.
- Åsgård U. A psychiatric study of suicide among urban Swedish women. *Acta Psychiatr Scand* 1990;82:115-124.
- Ayer DW, Jayathilake K, Meltzer HY. The InterSePT suicide scale for prediction of imminent suicidal behaviors. *Psychiatry Res* 2008;161(1):87-96.
- Baetens I, Claes, L, Muehlenkamp, J, Grietens H, Onghena P. Nonsuicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-based survey. *Arch Suicide Res* 2011; 15: 56-57.
- Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166(12):1355-64.
- Battaglia J, Wolff TK, Wagner-Johnson DS, Rush AJ, Carmody TJ, Basco MR. Structured diagnostic assessment and depot fluphenazine treatment of multiple suicide attempters in the emergency department. *Int Clin Psychopharmacol* 1999;14(6):361-72.

- Beardslee WR, Gladstone TR, Wright EJ, Forbes P. Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *J Fam Psychology* 2007;21:703-713.
- Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol* 1988;44(4):499-505.
- Beckman K, Dahlin M, Tidemalm D, Runeson B. Drastisk ökning av unga som slutenvårdas efter självskada. Läkemedel vanligaste skademetod. *Läkartidn* 2010;107(7):428-431.
- Berglund M, Öjehagen A. The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22 Suppl 7:333-345.
- Beskow J. Suicide and mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1979;(277):1-139.
- Biddle L, Donovan J, Hawton K, Kapur N, Gunnell D. Suicide and the internet. *BMJ* 2008;336:800-802.
- Blair-West GW, Mellsoop GW. Major depression: does a gender-based downrating of suicide risk challenge its diagnostic validity? *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:322-328.
- Bowlby J. (1994). En trygg bas – klinisk tillämpning av bindningsteorin. Borås: Natur och Kultur.
- Boxer P. Variations in risk and treatment factors among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm in an inpatient sample. *J Clinical Child Adolescent Psychology*. 2010; 39: 470-480.
- Brådvik L, Mattisson C, Bogren M, Nettelbladt P. Mental disorders in suicide and undetermined death in the Lundby Study. The contribution of severe depression and alcohol dependence. *Arch Suicide Res* 2010;14(3):266-75.
- Brausch A, Gutierrez PM. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *J Youth Adolescence* 2010; 39: 233-242.
- Brent DA, Mann JJ. Familial pathways to suicidal behavior--understanding and preventing suicide among adolescents. *N Engl J Med* 2006;355:2719-2721.
- Burgess SSA, Geddes J, Hawton KKE, Taylor MJ, Townsend E, Jamison K, Goodwin G. Lithium for maintenance treatment of mood disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3. first published 2001;(3).
- Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry* 2003;64(1):14-19.
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev* 2006;26:17-31.
- Carlén P, Bengtsson A. Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *Int J Ment Health Nurs* 2007;16 (4): 257-65.
- Chartrand H, Sareen J, Toews, M, Bolton JM. Suicide attempts versus nonsuicidal self-injury among individuals with anxiety disorders in a nationally representative sample. *Depress Anxiety*. 2011: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20882>.
- Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a syste-

- matic review of randomized trials. *Am J Psychiatry* 2005;162(10):1805-19.
- Concise Health Risk Tracking scale: a brief self-report and clinician rating of suicidal risk. *J Clin Psychiatry* 2011;72(6):757-64.
- Conwell Y, Duberstein PR, Hirsch JK, Conner KR, Eberly S, Caine ED. Health status and suicide in the second half of life. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25:371-379.
- Coryell W, Schlessner M. The dexamethasone suppression test and suicide prediction. *Am J Psychiatry* 2001;158(5):748-753.
- Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2011;168(6):581-92.
- Desai RA, Dausey DJ, Rosenheck RA. Mental health service delivery and suicide: the role of individual patient and facility factors. *Am J Psychiatry* 2005;162:311-318.
- Diamond GS, Wintersteen MB, Brown GK, Diamond GM, Gallop R, Shelef K, Levy S. Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(2):122-31.
- Doucet S, Jones I, Letourneau N, Dennis C-L, Robertson Blackmore E. Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2011;14:89-98.
- Eaton KM, Messer SC, Garvey Wilson AL, Hoge CW. Strengthening the validity of population-based suicide rate comparisons: an illustration using US military and civilian data. *Suicide Life Threat Behav* 2006;36(2):182-191.
- van Egmond M, Garnefski N, Jonker D, Kerkhof A. The relationship between sexual abuse and female suicidal behavior. *Crisis* 1993;14(3):129-39.
- Eliason S. Murder-suicide: A review of the recent literature. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009; 37(3):371-376.
- Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, Vaupel JW. Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age Ageing* 2004;33:378-383.
- Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami H-O, Valdimarsdottir U. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med* 2012;366:1310-1318.
- Fang F, Valdimarsdottir U, Fürst CJ, Hultman C, Fall K, Sparén P, Ye W. Suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Brain* 2008;131:2729-2733.
- Fässberg MM, Orden KA, Duberstein P, Erlangsen A, Lapierre S, Bodner E, Canetto SS, Leo DD, Szanto K, Wærn M. A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *Int J Environmental Res Public Health* 2012; 9(3):722-745.
- Favazza, AR. The coming age of self-mutilation. *J Nerv Mental Dis* 1998; 186: 259-268.
- Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, Gibbons R. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:1189-1194.

- Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1721-1731.
- Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46(3):191-195.
- Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P, Hutton B. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2005;330(7488):396.
- Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P, Hutton B. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2005;330(7488):396.
- Ferm M. Organiserad suicidprevention – ett inlärningsperspektiv och en projektkatalog. *Soc med tidskr* 2009;4:364-372.
- Fink LA, Bernstein D, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M. Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *Am J Psychiatry* 1995;152(9):1329-35.
- Fredrikson S, Cheng Q, Jiang GX, Wasserman D. Elevated suicide risk among patients with multiple sclerosis in Sweden. *Neuroepidemiology* 2003;22:146-152.
- Fu Q, Heath AC, Bucholz KK, Nelson EC, Glowinski AL, Goldberg J et al. A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychol Med* 2002;32:11-24.
- Gearing RE, Lizardi D. Religion and Suicide. *J Relig Health* 2009;48(3):332-341.
- Gerber AJ, Kocsis JH, Milrod BL, Roose SP, Barber JP, Thase ME, Perkins P, Leon AC. A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2011;168(1):19-28.
- Gerdner A, Allgulander C. Psychometric properties of the Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF). *Nord J Psychiatry* 2009;63(2):160-70.
- Giannini MJ, Bergmark B, Kreshover S, Elias E, Plummer C, O'Keefe E. Understanding suicide and disability through three major disabling conditions: intellectual disability, spinal cord injury, and multiple sclerosis. *Disab Health J* 2010;3:74-78.
- Gilje F, Talseth AG. Mediating Consolation with Suicidal Patients. *Nurs Ethics* 2007; 14(4): 546-57.
- Groholt B, Ekeberg Ö, Haldorsen T. Adolescent suicide attempters: what predicts future suicidal acts? *Suicide Life Threat Behav* 2006;16(6):638-650.
- Gunnell D, Metcalfe C, While D, Hawton K, Ho D, Appleby L, Kapur N. Impact of national policy initiatives on fatal and non-fatal self-harm after psychiatric hospital discharge: time series analysis. *Br J Psychiatry* 2012 Sep;201(3):233-8. doi: 10.1192/bjp.bp.111.104422.
- Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, Marino-Francis F, Sanderson S, Turpin C, Boddy G, Tomenson B. Randomi-

- sed controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ* 2001;323(7305):135-8.
- Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev* 2012;32:482-495.
- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine* 1994;73:281-29.
- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-28.
- Haw C, Harwood D, Hawton K. Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. *Int Psychogeriatr* 2009;21:440-453.
- Hawgood J, DeLeo D. Anxiety disorders and suicidal behavior: an update. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21(1):51-64.
- Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, Gunnell D, Hazell P, van Heeringen K, House A, Owens D, Sakinofsky I, Träskman-Bendz L. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998;317(7156):441-7.
- Hawton K, Harriss L, Zahl D. Deaths from all causes in a long-term follow-up study of 11,583 deliberate self-harm patients. *Psychol Med* 2006;36:397-405.
- Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks J. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* 2005;187:9-20.
- Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, van Heeringen K. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001764.
- Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994;377:65-72.
- Hendin H, Haas AP, Maltsberger JT, Koestner B, Szanto K. Problems in psychotherapy with suicidal patients. *Am J Psychiatry* 2006; 163:67-72.
- Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E et al. (2005). Family Connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process* 2005; 44: 217-225.
- Hoffman PD, Fruzzetti AE. Advances in interventions for families with a relative with a personality disorder diagnosis. *Curr Psychiatry Rep* 2007; 9: 68-73.
- Holmgren B, Frizell, Runeson B. Psykisk hälsa hos häktade med restriktioner. Utvecklingsenheten, Kriminalvården, 2011.
- Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol* 2010;24 Suppl 4:81-90.
- Houston JP, Ahl J, Meyers AL, Kaiser CJ, Tohen M, Baldessarini RJ. Reduced suicidal ideation in bipolar I disorder mixed-episode patients in a placebo-controlled trial of olanzapine combined with lithium or divalproex. *J Clin Psychiatry* 2006;67(8):1246-52.
- <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/50>.
- Hunt JM, Kapur N, Webb R, Robinson, J, Burns J, Turnbull P et al. Suicide in current psychiatric in-patients: A case-control study. *Psychol Med* 2007; 37: 831-837.

- Impey M, Heun R. Completed suicide, ideation and attempts in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125(2):93-102.
- Innamorati M, Pompili M, Gonda X, Amore M, Serafini G, Nioli C et al. Psychometric properties of the Gotland Scale for Depression in Italian psychiatric inpatients and its utility in the prediction of suicide risk. *J Affect Disord*. 2011;132(1-2):99-103.
- Inskip HM, Harris C, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172:35-37.
- Isacsson G, Rich CL, Jureidini J, Raven M. The increased use of antidepressants has contributed to the worldwide reduction in suicide rates. *Br J Psychiatry* 2010;196(6):429-33.
- Isung F, Mobarrez F, Nordström P, Åsberg M, Jokinen J. Low plasma vascular endothelial growth factor (VEGF) associated with completed suicide. *World J Biol Psychiatry* 2012;13(6):468-73.
- Johansson LM, Sundquist J, Johansson SE, Bergman BO, Qvist J, Träskman-Bendz L. Suicide among foreign-born minorities and native Swedes: an epidemiological follow-up study of a defined population. *Soc Sci Med* 1997;44:181-187.
- Jokinen J, Carlborg A, Mårtensson B, Forslund K, Nordström A-L, Nordström P. DST non-suppression predicts suicide after attempted suicide. *Psychiatry Res* 2007;150(3): 297-303.
- Jokinen J, Forslund K, Ahnemark E, Gustavsson JP, Nordström P, Åsberg M. Karolinska Interpersonal Violence Scale predicts suicide in suicide attempters. *J Clin Psychiatry* 2010;71(8):1025-32.
- Jokinen, J., Carlborg, A., Mårtensson, B., Forslund, K., Nordström, A.L., Nordström, P., 2007. DST non-suppression predicts suicide after attempted suicide. *Psychiatr Res* 2007;150(3): 297-303.
- Jollant F, Lawrence NL, Olié E, Guillaume S, Courtet P. The suicidal mind and brain: a review of neuropsychological and neuroimaging studies. *World J Biol Psychiatry* 2011;12(5):319-39.
- Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Newsom JT. Physical illness, functional limitations, and suicide risk: a population-based study. *Am J Orthopsychiatry* 2007;77:56-60.
- Kellner CH, Fink M, Knapp R, Petrides G, Husain M, Rummans T, Mueller M, Bernstein H, Rasmussen K, O'connor K, Smith G, Rush AJ, Biggs M, McClintock S, Bailine S, Malur C. Relief of expressed suicidal intent by ECT: a consortium for research in ECT study. *Am J Psychiatry* 2005;162(5):977-982.
- King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, Nazareth I. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 2008;8:70.
- Klonsky ED, Olinio TM. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *J Consult Clin Psychology* 2008; 76: 22-27.
- Koenig HG. Research on religion, spirituality and mental health: A review. *Can J Psychiatry* 2009;54 (5):283-91.

- Kronfol Z, Hamdan-Allen G, Goel K, Hill EM. Effects of single and repeated electroconvulsive therapy sessions on plasma ACTH, prolactin, growth hormone and cortisol concentrations. *Psychoneuroendocrinology* 1991;16(4):345-352.
- Kullgren G, Renberg E, Jacobsson L. An empirical study of borderline personality disorder and psychiatric suicides. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:328-331.
- Kuramoto SJ, Stuart E, Runeson B, Lichtenstein P, Långström N, Wilcox H. Maternal or paternal suicide and offspring's psychiatric and suicide-attempt hospitalization risk. *Pediatrics* 2010;126(5):e1026-e1032.
- Large M, Ryan C, Nielssen O. The validity and utility of risk assessment for in-patient suicide. *Australas Psychiatry* 2011;19(6):507-12.
- Lester D: The role of shame in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1997, 27(4):352-361.
- Lindgren S, Österberg I, Salander Renberg E. Självmodersförsök och sexuella övergrepp. *Socialmedicinsk tidskrift* 2006, 2, 175-186.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(7):757-66.
- Lizardi D, Grunebaum MF, Burke A, Stanley B, Mann JJ, Harkavy-Friedman J, Oquendo M. The effect of social adjustment and attachment style on suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand* 2011 Oct;124(4):295-300.
- Lucksted A, McFarlane W, Downing D, Dixon L. Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *J Marital Fam Ther* 2012;38(1):101-21.
- Lund LG. Vad visar forskningen om behandlingen av självskadebeteende? Rapport från Nationella självskadeprojektet, 2012.
- Lundh L-G, Wångby M. "Programmet Familjeband som anhörigstöd inom psykiatri. En svensk utvärdering". Lund: Lunds Universitet, 2007.
- Lynch MA, Howard PB, El-Mallakh P, Matthews JM. Assessment and management of hospitalized suicidal patients. *J Psychosoc. Nurs Ment Health Serv* 2008; 46 (7): 45-52.
- Madsen TM, Treschow A, Bengzon J, Bolwig TG, Lindvall O, Tingström A. Increased neurogenesis in a model of electroconvulsive therapy. *Biol Psychiatry* 2000;47(12):1043-1049.
- Magne-Ingvar U, Öjehagen A. Significant others of suicide attempters: their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34: 73-79.
- Maltsberger JT, Weinberg, I. Psychoanalytic perspectives on the treatment of an acute suicidal crisis. *J Clin Psychol* 2006;62 (2): 223-34.
- Marttunen M, Aro H, Lönnquist J. Precipitant stressors in adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:1178-1183.
- McLaughlin C. An exploration of psychiatric nurses' and patients' opinions regarding in-patient care for suicidal patients. *J Advan Nursing* 1999; 29: 1042-1051.
- Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourge-

- ois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S; International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(1):82-91.
- Mikami K, Inomata S, Hayakawa N, Ohnishi Y, Enseki Y, Ohya A, Haruki Y, Kishi Y, Shinohara Y, Ichimura A, Matsumoto H. Frequency and clinical features of pervasive developmental disorder in adolescent suicide attempts. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31(2):163-166.
- Milner A, McClure R, De Leo D. Socio-economic determinants of suicide: an ecological analysis of 35 countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:19-27.
- Moberg T, Nordström P, Forslund K, Kristiansson M, Åsberg M, Jokinen J. CSF 5-HIAA and Childhood Exposure and Expression of Interpersonal Violence in Suicide Attempters. *J Affect Disord* 2011;132:173-178.
- Morin J, Wiktorsson S, Marlow T, Olessen P, Skoog I, Wærn M. Alcohol misuse and dependence in elderly suicide attempters; a comparison study. *Am J Geriatric Psych* 2012: Apr 16.
- Muehlenkamp JJ, Kerr PL, Bradley AR, Adams LM. Abuse subtypes and non-suicidal self-injury: Preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *J Nerv Mental Dis* 2010: 198: 258-263.
- Mukaddes NM, Fateh R. High rates of psychiatric co-morbidity in individuals with Asperger's disorder. *World J Biol Psychiatry* 2010;11(2 Pt 2):486-492.
- Mulder RT, Joyce PR, Frampton CM, Luty SE. Antidepressant treatment is associated with a reduction in suicidal ideation and suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118(2):116-22.
- Müller-Oerlinghausen B, Felber W, Berghöfer A, Lauterbach E, Ahrens B. The impact of lithium long-term medication on suicidal behavior and mortality of bipolar patients. *Arch Suicide Res* 2005;9(3):307-19.
- Niederkrotenthaler T, Floderus B, Alexanderson K, Rasmussen F, Mittendorfer-Rutz E. Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. *J Epidemiol Community Health*;doi:10.1136/jech.2010.109595.
- Niméus A, Alsén M, Träskman-Bendz L. The Suicide Assessment Scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters. *Eur Psychiatry* 2000;15:416-423.
- Nitkowski D, Petermann F. Non-suicidal self-injury and comorbid mental disorders: a review. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2011;79(1):9-20.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30:133-154.
- Nock MK, Favza A. Non-suicidal self-injuries: Definition and classifications. In MK Nock (ed). *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment and treatment*. Washington DC 2009: American Psychological Association.
- Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res* 2006;144(1):65-72.

- Nock MK, Joiner TE, Jr., Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res* 2006;144(1):65-72.
- Oquendo MA, Galfalvy HC, Currier D, Grunebaum MF, Sher L, Sullivan GM, Burke AK, Harkavy-Friedman J, Sublette ME, Parsey RV, Mann JJ. Treatment of suicide attempters with bipolar disorder: a randomized clinical trial comparing lithium and valproate in the prevention of suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2011;168(10):1050-6.
- Owens C, Owen G, Belam J, Lloyd K, Rapport F, Donovan J, Lambert H. Recognising and responding to suicidal crisis within family and social networks: qualitative study. *BMJ* 2011 Oct 18;343:d5801. doi: 10.1136/bmj.d5801.
- Pacchiarotti I, Valentí M, Colom F, Rosa AR, Nivoli AM, Murru A, Sánchez-Moreno J, Vieta E. Differential outcome of bipolar patients receiving antidepressant monotherapy versus combination with an antimanic drug. *J Affect Disord* 2011;129(1-3):321-6.
- Paris J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Serv* 2002;53:738-742.
- Patel M, Patel S, Hardy DW, Benzie BJ, Tare V. Should electroconvulsive therapy be an early consideration for suicidal patients? *J ECT* 2006;22(2):113-115.
- Pierce DW. The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up. *Br J Psychiatry* 1981;139:391-396.
- Pihkala H, Cederström A, Sandlund M. Beardslee's preventive family intervention for children of mentally ill parents: A Swedish national survey. *Int J Mental Health Promotion* 2010;12(1):29-38.
- Pihkala H, Sandlund M, Cederström A. Children in Beardslee's family intervention: relieved by understanding of parental mental illness. *Int Soc Psychiatry* 2011b; Epub Sep 6.
- Pihkala H, Sandlund M, Cederström A. Initiating communication about parental mental illness in families: an issue of confidence and security. *Int J Soc Psychiatry* 2011a; Epub March 18.
- Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The Columbia-suicide severity rating scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011;168(12):1266-77.
- Prudic J, Sackeim HA. Electroconvulsive therapy and suicide risk. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(suppl 2):104-110; discussion 111-106.
- Quan H, Arboleda-Flórez J, Fick GH, Stuart HL, Love EJ. Association between physical illness and suicide in the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:190-197.
- Rajalin M, Wickholm-Pethrus L, Hursti T, Jokinen J. Dialectical Behavior Therapy-Based Skills Training for family members of suicide attempters. *Arch Suicide Res* 2009;13: 257 - 263.
- Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* 2001;96 Suppl 1:59-75.

- Reeves H, Batra S, May RS, Zhang R, Dahl DC, Li X. Efficacy of risperidone augmentation to antidepressants in the management of suicidality in major depressive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* 2008;69(8):1228-336.
- Reutfors J, Brandt L, Ekblom A, Isacson G, Sparén P, Ösby U. Suicide and hospitalization for mental disorders in Sweden: A population-based case-control study. *J Psychiat Res* 2010;44:741-747.
- Reutfors J, Brandt L, Jönsson E, Ekblom A, Sparén P, Ösby U. Risk factors for suicide in schizophrenia: findings from a Swedish population-based case-control study. *Schizophr Res* 2009;108:231-237.
- Rich CL, Spiker DG, Jewell SW, Neil JF. Response of energy and suicidal ideation to ECT. *J Clin Psychiatry* 1986;47(1):31-32.
- Rich CL, Young D, Fowler RC. San Diego suicide study. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(6):577-582.
- Roth N, Boström G, Nykvist K. Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland HBT-personer. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006.
- Roy A, Pompeli M. Management of schizophrenia with suicide risk. *Psychiatr Clin North Am* 2009;32(4):863-883.
- Rucci P, Frank E, Scooco P, Calugi S, Miniati M, Fagiolini A, Cassano GB. Treatment-emergent suicidal ideation during 4 months of acute management of unipolar major depression with SSRI pharmacotherapy or interpersonal psychotherapy in a randomized clinical trial. *Depress Anxiety* 2011 Feb 9. doi: 10.1002/da.20758.
- Runeson B, Åsberg M. Family history of suicide among suicide victims. *Am J Psychiatry* 2003;160(8):1525-1526.
- Runeson B, Beskow J, Wærn M. The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:35-42.
- Runeson B, Beskow J. Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:153-156.
- Runeson B, Dahlin M. Ett psykiatriskt perspektiv på suicidprevention. *Soc med tidskr* 2009;4:385-388.
- Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Långström N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ* 2010;341:c3222.
- Runeson B. Mental disorders in youth suicide. DSM-III-R Axes I and II. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79(5):490-497.
- Rydén G, Wallroth P. Mentalisering – att leka med verkligheten. Stockholm: Natur & Kultur 2008.
- Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123-1131.
- Sakinofsky I, Leenaars A. Suicide in Canada with special reference to the difference between Canada and the United States. *Suicide Life Threat Behav* 1997; 27: 112-26.
- Samuelsson M, Jokinen J, Nordström A-L & Nordström P. CSF 5-HIAA, Sui-

- cide intent and hopelessness in the prediction of early suicide in male high risk suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:44-47.
- Sandell R. Teknik eller relation? Kritiska faktorer i psykoterapi. *Läkartidn* 2004;101:1418-22.
- Sareen J, Cox BJ, Affifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M, Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1249-1257.
- Saunders KE, Hawton K. The role of psychopharmacology in suicide prevention. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009;18(3):172-8.
- SBU. Behandling av depressionssjukdomar, volym 1-3. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. SBU-rapport nr 166/1-3. ISBN 91-87890-87-9 (88-7, 94-1).
- SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering, Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Rapportnr: 21. Oktober 2012, Stockholm. ISBN 978-91-85413-52-2, ISSN 1400-1403.
- Schulman A, Håkanson E, Michelsén H. Psykologiskt stöd till personal på psykiatriska vårdavdelningar och retrospektiva genomgångar efter patientens självmord. *Nord Psykiatr Tidskr* 1991; 45: 337-343.
- Seemüller F, Riedel M, Obermeier M, Bauer M, Adli M, Mundt C, Holsboer F, Brieger P, Laux G, Bender W, Heuser I, Zeiler J, Gaebel W, Jäger M, Henkel V, Möller HJ. The controversial link between antidepressants and suicidality risks in adults: data from a naturalistic study on a large sample of in-patients with a major depressive episode. *Int J Neuropsychopharmacol* 2009;12(2):181-9.
- Sheehan D V, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview of the DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33.
- Sher L. Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:13-22.
- Sjöström N, Wærn M, Hetta J. Nightmares and sleep disturbances in relation to suicidality in suicide attempters. *Sleep* 2007;1:91-95.
- Skodol AE, Bender DS. Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatr Q* 2003;74:349-60.
- Socialstyrelsen. Fler självmord inom slutenvården. www.sos.se 2010.
- Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdens ansvar för information råd och stöd till vissa barn under 18 år. *Meddelandeblad* 2010;4. Stockholm: Socialstyrelsen 2010.
- Socialstyrelsen. Självmord 2006 anmälda enligt Lex Maria: en sammanställning av de beslut som har fattats t.o.m. mars 2007. Artikelnummer 2007-109-22. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
- Socialstyrelsen. Skador bland barn i Sverige. Olycksfall, övergrepp och avsiktligt självdestruktiv handling. Rapport 2011.
- Solantaus T, Paavonen EJ, Toikka S, Punamäki RL. Preventive interventions in

- families with parental depression: Children's psychosocial symptoms and pro-social behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010;19(12):883-92.
- Stanley B, Brown G, Brent DA, Wells K, Poling K, Curry J, Kennard BD, Wagner A, Cwik MF, Klomek AB, Goldstein T, Vitiello B, Barnett S, Daniel S, Hughes J. Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48(10):1005-13.
- Stanley B, Träskman L, Stanley M. The suicide assessment scale: a scale evaluating change in suicidal behaviour. *Psychopharmacol Bull* 1986;1:201-205.
- Statens folkhälsoinstitut. Livsvillkor och hälsa bland unga homo- och bisexuella – resultat från nationella folkhälsoenkäten. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2009.
- Stefansson J, Nordström P, Jokinen J. Suicide Intent Scale in the prediction of suicide. *J Affect Disord* 2012;136:167-171.
- Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behaviour. I: Wasserman D, Wasserman C, red. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2009: 293-299.
- Stenbacka M, Moberg T, Romelsjö A, Jokinen J. Mortality and causes of death among violent offenders and victims - a Swedish population based longitudinal study. *BMC Public Health* 2012;1:38.
- Stockholms läns landsting. Regionalt vårdprogram: suicidnära patienter. Stockholm: Stockholms läns landsting (SLL); 2010.
- Stone MH. Long-term follow-up of narcissistic/borderline patients. *Psychiatr Clin North Am* 1989;12(3):621-41.
- Stone MH. Long-term outcome in personality disorders. *Br J Psychiatry* 1993;62: 299-313.
- Sullivan AM, Barron CT, Bezmen J et al. The safe treatment of the suicidal patient in an adult inpatient setting: a proactive preventive approach. *Psychiatric Quarterly* 2005; 76, 67-83.
- Sun F-K, Long A, Boore J et al. A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. *J Advanced Nursing* 2004;53: 680-690.
- Sun Fk, Long A, Boore J, Tsao LI. Patients and nurses' perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients. *J Clin Nursing* 2005;15:83-92.
- Sundin EC, Horowitz MJ. Impact of Event Scale: psychometric properties. *Brit J Psychiatry* 2002;180:205-209.
- Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004;161:562-563.
- Svärd K-O. Medicinalråd, Socialstyrelsen. Personlig kommunikation 2012.
- Svensk författningssamling (SFS). Brottsbalk (1962:700). 24 kap. Om allmänna grunder för ansvarsfrihet.
- Svensk författningssamling (SFS). Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.
- Tang NKY, Crane C. Suicidality in chronic pain: A review of the prevalence, risk factors, and psychological links. *Psychol Med* 2006;36:575-586.

- Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ* 2008;337:a2205.
- Tidemalm D, Runeson B, Wærn M, Frisell T, Carlström E, Lichtenstein P, Långström N. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychol Med* 2011;doi:10.1017.
- Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009;374(9690):620–627.
- Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009;374:620–627.
- Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Tanskanen A, Haukka J. Antidepressants and the risk of suicide and overall mortality in a nationwide cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(1):1358–1367.
- Tiihonen J, Suokas JT, Suvisari JM, Haukka J, Korhonen P. Polypharmacy with antipsychotics, antidepressants or benzodiazepines and mortality in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(5):476–483.
- Trivedi MH, Wisniewski SR, Morris DW, Fava M, Gollan JK, Warden D, Nierenberg AA, Gaynes BN, Husain MM, Luther JF, Zisook S, Rush AJ. Concise Health Risk Tracking scale: a brief self-report and clinician rating of suicidal risk. *J Clin Psychiatry* 2011;72(6):757–64.
- Verkes RJ, Van der Mast RC, Hengeveld MW, Tuyl JP, Zwinderman AH, Van Kempen GM. Reduction by paroxetine of suicidal behavior in patients with repeated suicide attempts but not major depression. *Am J Psychiatry* 1998;155(4):543–7.
- Vråle GB, Steen E. The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation. *J Psych Ment Health Nurs* 2005;12: 513–518.
- Wærn M, Ågren H. Risk för tvångsvård ”för säkerhets skull”? *Läkartidn* 2004;101:3940.
- Wærn M, Beskow J, Runeson B, Skoog I. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet* 1999;354:917–918.
- Wærn M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmson K, Allebeck P. Illness burden in elderly suicides: a controlled study. *BMJ* 2002;324:1355–1358.
- Wærn M, Rubenowitz E, Wilhelmson K. Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology* 2003;49:328–334.
- Wærn M, Runeson B, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, Wilhelmson K. Mental illness in elderly suicides: a controlled study. *Am J Psychiatry* 2002;159(3):450–455.
- Wærn M, Sjöström N, Marlow T, Hetta J. Does the Suicide Assessment Scale predict risk of repetition? A prospective study of suicide attempters at a hospital emergency department. *Eur Psychiatry* 2010;25(7):421–426.
- Wærn M. När patienten väljer döden. Suicid hos den egna patienten - ett trauma för läkaren. *Läkartidn* 2003;100:2140–2143.

- Webb RT, Kontopantelis E, Doran T, Qin P, Creed F, Kapur N. Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: A case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(3):256-264.
- Webb RT, Långström N, Runeson B, Lichtenstein P, Fazel S. Violent offending and IQ level as predictors of suicide in schizophrenia: national cohort study. *Schizophrenia Res* 2011;130:143-147.
- Webb RT, Qin P, Stevens H, Mortensen PB, Appleby L, Shaw J. National study of suicide in all people with a criminal justice history. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(6):591-599.
- Westerlund M, Wasserman D. Tips om självmord lätt att hitta på Internet. Självreglering och filtrering behövs för att skydda sårbara individer. *Läkartidn* 2008;105(40):2758-2759.
- Westman J, Sundquist J, Johansson LM, Johansson SE, Sundquist K. Country of birth and suicide: a follow-up study of a national cohort in Sweden. *Arch Suicide Res* 2006;10:239-248.
- While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* 2012;379:1005-1012.
- Wiklander M, Samuelsson M, Åsberg M. Shame reactions after suicide attempt. *Scand J Caring Sci* 2003;17 (3): 293-300.
- Wiklander M, Samuelsson M, Jokinen J, Nilsson Å, Wilczek A, Rylander G, Åsberg M. Shame-proneness in attempted suicide patients. *BMC Psychiatry* 2012, 12:50.
- Wiktorsson S, Runeson B, Skoog I, Östling S, Wærn M. Attempted suicide in the elderly: characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010;18(1):57-67.
- Wilcox HC, Kuramoto SJ, Brent DA, Runeson B. The interaction of parental history of suicidal behavior and exposure to adoptive parents' psychiatric disorders on adoptee suicide attempt hospitalizations. *Am J Psychiatry* 2012; 10.1176/appi.ajp.2011.11060890.
- Wilcox HC, Kuramoto SJ, Lichtenstein P, Långström N, Brent DA, Runeson B. Psychiatric morbidity, violent crime and suicide among children and adolescents exposed to parental death. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(5):514-523.
- Zisook S, Kasckow JW, Lanouette NM, Golshan S, Fellows I, Vahia I, Mohamed S, Rao S. Augmentation with citalopram for suicidal ideation in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder who have subthreshold depressive symptoms: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(7):915-22.
- Zisook S, Lesser IM, Lebowitz B, Rush AJ, Kallenberg G, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Fava M, Luther JF, Morris DW, Trivedi MH. Effect of antidepressant medication treatment on suicidal ideation and behavior in a randomized trial: an exploratory report from the Combining Medications to Enhance Depression Outcomes Study. *J Clin Psychiatry* 2011;72(10):1322-32.

