

Manual till självmords-VIOL

Riskscreening för suicidrisk inom psykiatrisk vård.

Målsättning:

Färre självmord och färre självmordsförsök

Hur:

- 1- Fungera som checklista för faktorer som sammantaget påverkar risken för suicid.
- 2- Med skalan får man ökad kompetens att ta med dessa frågor automatiskt i sin intervju med patient och anhöriga.
- 3- Ingen skala är vattentät och kan förutsäga suicid till 100%. Ibland kan en enskild faktor stå för hela suicidrisken.
- 4- Viktigast är att ställa dessa frågor och bli medveten om risken samt att bli lyhörd för den egna "magkänslan". Med ökad självkänedom samt ökad kunskap kring självmord minskar våra mentala spärrar, samt ökar vår förmåga att "ta i" detta ämne som berör vårt innersta som människor.
- 5- Man "väcker inte den björn som sover". Tvärtom minskar suicidrisken genom att uppmärksamma tankar/intentioner/planer kring döden.

Bakgrund:

Självmord är idag den enskilt största dödsorsaken för människor mellan 15-24 år i Sverige och belastar samhället både emotionellt, socialt och ekonomiskt. Vi vet att svenska självmord senaste 25-30 åren gradvis minskat, möjligen tack vare våra nya antidepressiva (SSRI/SNRI). Socialstyrelsen har nyligen granskat en mängd journaler nationellt med målsättning att bedöma hur sjukvården hanterar suicidrisk i den kliniska verksamheten. Budskap från denna genomgång är att suicidbedömningar är en *färskvara*.

Psykiatrin behöver bli bättre på:

- att ta anhörigas åsikter/iakttagelser på allvar.
- inte bara bedöma suicidrisken vid initial handläggning, men även upprepa denna bedömning under och efter vårdtiden.
- utforma en plan för att minska risken efter att patienten blir utskriven från slutenvården.
- att i journalen beskriva *hur frågor kring suicid* ställts och *hur* patienten har svarat.

Till detta suicidskattningsinstrument har vi utgått från diverse litteratur, skattningsskalor, vårdprogram samt vår egen erfarenhet.

Metod:

Risikfaktorer för suicid har samlats utifrån vetenskapliga artiklar och beprövad klinisk erfarenhet. De har samlats i olika kluster som får representera olika domäner av suicidriskbedömning: allt från medicinska riskfaktorer, omgivningsfaktorer/hereditet, social situation/syn på framtiden, suicidstegen. Även tidigare suicidförsök, metod och bedömning av övervakningsgrad vid slutenvårdskrävande vård ingår. Slutligen bedöms sammanfattningsvis suicidrisken och då ingår även "magkänslan" som stöd i bedömningen.

Genomgång av skattningsinstrumentets olika delar:

A. Tankar på självmord

Tankar på självmord nu eller det senaste halvåret. Detta är själva starten till suicidbedömningen och har patienten inte haft några som helst tankar på suicid senaste halvåret kryssas Nej-rutan och vidare suicidbedömning behöver då inte utföras. I annat fall går suicidbedömningen vidare.

B. Medicinska riskfaktorer

- *Svår långdragen ångest* (Farberow 1950) och depression (Pinel 1908) är omnämnda i äldre litteratur som kända prediktorer för suicid, vilket tydligt bekräftas av senare studier.
- Hos *psykotiska och schizofrena* patienter är suicidrisken ökad (Lowrey 1920) framför allt vid förstagångsinsjuknande (Preti et al, 2009) och om det funnits en högre premorbid förmåga (och högre IQ) innan insjuknandet (Hawton et al, 2005). Hos schizofrena är faktorer med robust evidens för ökad suicidrisk: tidigare depressioner, tidigare suicidförsök, missbruk, agitation och motorisk oro, rädsla för mental oförmåga, undermålig behandlingscompliance och nylig anhörigförlust (Hawton et al, 2005). Intressant nog är risken något *minskad* hos patienter med övervägande hallucinationer i den psykotiska symptombilden.
- *Plågsamma somatiska sjukdomar* såsom ALS, epilepsi, MS och cancersjukdom (i fallande ordning) har känd ökad suicidrisk. Även HIV-infekterade patienter har ökad suicidrisk med suicid som dödsorsak på ca 5% (Lewden et al, 2008), med ökad suicidförsöksrisk hos den yngre kvinnliga HIV-drabbade populationen (Preau et al, 2008).
- *Alkohol och narkotikamissbruk* ökar livstidsprevalens av suicid. Suicid begås främst under pågående missbruk och alkoholberoende är den i särklass vanligaste suicidrelaterade drogen. Intressant nog är suicidrisken *minskad* hos alkoholmissbrukare under de första tre åren av beroendesjukdom, jämfört med referensgruppen som hade ett självmordsförsök i anamnesen, men ingen psykiatrisk diagnos ett år efter suicidförsöket (Tidemalm et al, 2008).
- *Uppväxttrauma* och aggressivt beteende under uppväxtåren är korrelerade till ökad suicidförsöksrisk (Sarchiapone et al, 2008). Här ingår också aktualisering eller exponering för minnen av tidigare kränkningar/övergrepp såsom till exempel incest eller tortyr. Ogenomtänkta utförliga psykoterapiska försök kan utlösa suicidförsök genom att på nytt lägga svåra traumorna i dagen.
- *Manligt kön och ålder >65 år* korrelerar till ökad suicidrisk (ca tre gånger vanligare än kvinnor >65 år). Minskad självkänsla efter pensionsavgång bidrar även till ökad suicidrisk (Harwood et al, 2006).
- *Själv mord i släkten eller närmiljön* bidrar till ökad suicidrisk, oberoende av svår psykisk sjukdom (Runeson and Åsberg, 2003). Risken kommer troligen både genom genetiska mekanismer (Schulsinger 1979: Brent and Mann, 2005) med ett arv av bland annat impulsivitet och aggression och *uppväxtmiljö/sociala* mekanismer med imitationseffekter över generationer av suicidalt beteende över generationer, oberoende av psykisk axel I eller II diagnos (Brent et al, 1996).

Till detta B-kluster innefattas även om patienten *nyligen har påbörjat en antidepressiv medicinering*, med akut påkommen ångest och suicidalitet som följd.

2009-12-01

C. Psykosociala riskfaktorer

Här berörs frågor av existentiell och psykosocial karaktär. Frågorna berör bland annat hopplöshetsdimensioner vilket visar sig predicera en kortsiktig prognos för suicidförsök och långsiktig prognos för fullbordat suicid starkare än depression (Oquendo et al, 2006). Med andra ord: Var vaksam på en patient som uppger *hopplöshet* eller liknande tankar.

Suicidförsökare visar sig ha begränsad eller skadad problemlösningsförmåga samt ägnar sig mer åt rigitt grubblande (Surrence et al, 2009). Det är viktigt att försöka förstå patientens förmåga till *problemlösning* och i möjligaste mån få patienten att vidga sitt ”problemlösningsomfång”. En individ med *tidigare suicidförsök* har även mer lättillgängliga suicidtankar och större benägenhet att reagera med suicid som problemlösning än en person utan tidigare suicidförsök (Lau et al, 2004; Surrence et al, 2009).

Observera att **första frågan** berör om patienten kan härda ut den psykiska/fysiska smärtan, vilket ger ett prognostiskt tecken till om patienten själv ser att detta är hanterbart. **Andra frågan** berör hoppfullhet och är en bra fråga för att ge ett tidsperspektiv och möjligheten att utforska om patienten har en *framtidstro*. **Tredje frågan** berör livslust och det inre driv och *nyfikenhet* som vi alla föds med. Här kan man också passa på att fråga om patientens framtidsplaner i nära eller avlägsen framtid, vilket ger en fingervisning om *livsviljan* och *hur aktuella* suicidintentioner är. **Fjärde frågan** ska utforska om patienten ser självmordet som en *bra lösning* på problemen. I samband med detta kan frågor om alternativa lösningar tas upp och ger också en fingervisning om patientens rigiditet i tanken eller ”tunnelseende”.

En av våra uppgifter som behandlare och bedömare är att ingjuta hopp i patienten och möjligen är detta C-kluster en mycket viktig, men minst utforskad och underskattad dimension.

Detta kluster innefattar även *akuta krisreaktioner* utan depressivt inslag, till exempel företagsledaren som efter konkurs överväger suicid, eller *hot om*, eller *separation från anhörig eller viktig person för patienten, alternativt förlust av dessa viktiga personer*, vilket kan bidra till hopplöshetskänslor och suicidtankar.

Akut svår *ekonomisk* situation, samt allvarligt upplevd *kränkning* (beskyllningar/oförrätter, indraget körkort, misslyckande i karriär, ertappad för lagbrott, misstänkt för våldsbrott/mord eller andra skamfyllda situationer) är andra exempel.

Även *arbetslöshet* eller *annalkande återgång* till arbete vilket kan bidra till ångest/stress med ökad suicidrisk. Även positiva händelser kan ställa krav som kan kännas omöjliga att klara.

Från kriminalvården kommer även budskapet om förhöjd suicidrisk i samband med *anhållande/häktning/isolering* med restriktioner, särskilt under första veckan.

2009-12-01

D. Fördjupad bedömning

Här är den välkända suicidstegen i modifierad form med relevanta frågor att ställa:

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1 - Lustlöshet eller livsleda | <i>Är du nedstämd och ledsen ofta?
Känner du dig "deppig" för det mesta?
Känns allting hopplöst?
Tror du att det kommer att bli bättre igen?</i> |
| 2 - Dödstankar | <i>Känns allting meningslöst?
Har du tänkt att det vore skönt att slippa
leva?</i> |
| 3 - Dödsönskan | <i>Har du önskat att du vore död?
Skulle du vilja slippa nästa morgon?</i> |
| 4 - S-tankar | <i>Har du tänkt på att göra dig själv något?
Har du tänkt att du skulle kunna ta livet av
dig?</i> |
| 5 - S-meddelande | <i>Har du skrivit avskedsbrev eller på något
annat sätt kontaktat/meddelat anhöriga
eller vänner?</i> |
| 6 - S-beslut (allmänt) | <i>Har du bestämt dig för att ta ditt liv?
När? Var? Hur?
Har du gjort dig av med saker som du inte
vill ska finnas kvar efter dig?</i> |
| 7 - S-planer (valt metod) | <i>Har du gjort några förberedelser? Vilka?
Har du skaffat tabletter?
Har du vapen hemma?
Har du skaffat andra redskap? Rep? Kniv?</i> |
| 8 - S-försök | <i>Har du tidigare gjort något suicidförsök?
Genomförde du det som du tänkte göra
eller
gick det inte?
Vad gjorde du?
När? Var? Varför?</i> |

E. Eventuellt suicidförsök

Här noteras aktuella och tidigare suicidförsök och om möjligt tillvägagångssätt samt antalet tidigare suicidförsök. Färska preliminära opublicerade data (Bo Runesson 2009/2010) visar att fullbordat suicid inom ett år efter index (första) suicidförsöket beroende på metod är:

47 % för hängning, 27 % för vapen, 26 % för hopp från hög höjd, 21 % för dränkning, 12 % för gasning 4 % för skärande och 3 % för intoxikationer. Detta oberoende av hur många suicidförsök som finns anamnestiskt. *Metoden* vid suicidförsöket ger alltså en indikation om hur stor risken kan vara för fullbordat självmord inom det närmaste året.

2009-12-01

F. Samlad bedömning

Här ingår din sammanfattande bedömning inklusive ”magkänslan”. Detta är en färskvara och ska kontinuerligt förnyas under vårdtiden, minst en gång varje dag i akut fas och vid utskrivning. För även in detta på akutbladet i datorn samt kommunicera till sjuksköterska och avdelningspersonal, om det sker förändringar i suicidstatus.

G. Övervakningsgrad

Detta kommuniceras även till ansvarig sjuksköterska samt införs på akutbladet.

Punkt 5 och 6 innebär särskild ökad suicidrisk och patienten ska då alltid finnas inom synhåll för avdelningspersonalen. Ibland kan det behövas extravak till exempel för att övervaka patient på IVA eller annan vårdavdelning.

Till sist:

Suicidbedömningar är en *färskvara*. Glöm inte bort att den kliniska ”känslan” fortfarande är ett av de starkaste instrumenten för att predicera suicid. Våga prata om suicid med patienten och anhöriga! För en medmänniska som funderar över liv och död är det en lättnad att tala om detta. För oss som inte funderar kan det vara tungt, ansvarsmättat och skrämmande.

2009-12-01

Referenser:

- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., Connolly, J., 1996. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry*. 53, 1145-52.
- Brent, D. A., Mann, J. J., 2005. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 133C, 13-24.
- Farberow, N. L. Personality patterns of suicidal mental hospital patients. *Genetic Psychological Monograph*, 1950, 42, 3-79.
- Harwood, D. M., Hawton, K., Hope, T., Harriss, L., Jacoby, R., 2006. Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Psychol Med*. 36, 1265-74.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., Deeks, J. J., 2005. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*. 187, 9-20.
- Lau, M. A., Segal, Z. V., Williams, J. M., 2004. Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behav Res Ther*. 42, 1001-17.
- Lowrey, L. G. An Analysis of Suicidal Attempts. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol.52, 1920, pp. 475-482.
- Lewden, C., May, T., Rosenthal, E., Burty, C., Bonnet, F., Costagliola, D., Jouglu, E., Semaille, C., Morlat, P., Salmon, D., Cacoub, P., Chene, G., 2008. Changes in causes of death among adults infected by HIV between 2000 and 2005: The "Mortalite 2000 and 2005" surveys (ANRS EN19 and Mortavic). *J Acquir Immune Defic Syndr*. 48, 590-8.
- Oquendo, M. A., Currier, D., Mann, J. J., 2006. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand*. 114, 151-8.
- Pinel, P. Section IV: Mental derangement distributed into different species: First species of mental derangement. *A treatise on insanity*. (pp. 136-149), 1908. London, United Kingdom: Messers Cadell & Davies, Strand. vi, 346 pp.
- Preau, M., Bouhnik, A. D., Peretti-Watel, P., Obadia, Y., Spire, B., 2008. Suicide attempts among people living with HIV in France. *AIDS Care*. 20, 917-24.
- Preti, A., Meneghelli, A., Pisano, A., Cocchi, A., 2009. Risk of suicide and suicidal ideation in psychosis: results from an Italian multi-modal pilot program on early intervention in psychosis. *Schizophr Res*. 113, 145-50.
- Runeson, B., Åsberg, M., 2003. Family history of suicide among suicide victims. *Am J Psychiatry*. 160, 1525-6.
- Sarchiapone, M., Jausent, I., Roy, A., Carli, V., Guillaume, S., Jollant, F., Malafosse, A., Courtet, P., 2008. Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior - via aggression traits. Similar results in an Italian and in a French sample. *Eur Psychiatry*.
- Schulsinger F, Kety SS, Rosenthal D, Wender PH A family study of suicide, in *Origin, Prevention, and Treatment of Affective Disorders*. Edited by Schou M, Stromgren E. New York, Academic Press, 1979, pp 277-287
- Surrence, K., Miranda, R., Marroquin, B. M., Chan, S., 2009. Brooding and reflective rumination among suicide attempters: cognitive vulnerability to suicidal ideation. *Behav Res Ther*. 47, 803-8.
- Tidemalm, D., Langstrom, N., Lichtenstein, P., Runeson, B., 2008. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*. 337, a2205.