

Nationella riktlinjer för vård och behandling av suicidal ungdomar och deras familjer.



Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP)

Svenska barn- och ungdomspsykiatriska föreningen

Vetenskapsrådets planeringsgrupp för barn- och ungdomspsykiatrisk och socialpediatrisk forskning

Innehållsförteckning

FÖRORD	4
PROBLEMETS UTBREDDNING.....	6
<i>Själv mord och självmordsförsök hos unga i Sverige.....</i>	<i>5</i>
<i>Sårbarhet och stress.....</i>	<i>5</i>
<i>Kommunikation.....</i>	<i>6</i>
<i>Vårdorganisationen.....</i>	<i>6</i>
<i>Det finns hjälp att få.....</i>	<i>6</i>
BEMÖTANDE	9
<i>Enskilda samtal.....</i>	<i>9</i>
<i>Samtal med tonåringen.....</i>	<i>9</i>
<i>Samtal med föräldrarna.....</i>	<i>10</i>
<i>Familjesamtal.....</i>	<i>10</i>
<i>Skillnader mellan pojkar och flickor.....</i>	<i>10</i>
<i>Vård enligt LPT.....</i>	<i>10</i>
OMHÄNDERTAGANDE I DEN AKUTA KRISEN.....	11
SUICIDFÖRSÖK.....	10
<i>Suicidnära unga patienter.....</i>	<i>10</i>
<i>Första mötet.....</i>	<i>10</i>
<i>Bedömning av suicidrisk.....</i>	<i>102</i>
<i>Akuta fall.....</i>	<i>11</i>
<i>Suicidbedömning vid planerade besök.....</i>	<i>12</i>
<i>Bedömning av ett aktuellt suicidförsök.....</i>	<i>13</i>
<i>Bedömning av bakomliggande psykisk störning och andra faktorer.....</i>	<i>14</i>
<i>Risikfaktorer hos pojkar respektive flickor.....</i>	<i>14</i>
<i>Utlösande faktorer.....</i>	<i>15</i>
DIAGNOSTIK.....	16
<i>Den diagnostiska processen.....</i>	<i>17</i>
<i>Anamnesen ska beakta följande särskilt viktiga faktorer.....</i>	<i>18</i>
BEHANDLING OCH VÅRDPLANERING.....	23
VÅRDFORM.....	24
BEHANDLINGSPLANERING.....	25
BEHANDLING AV SOMATISK SJUKLIGHET.....	26
BEHANDLING AV PSYKIATRISK SJUKLIGHET.....	26
<i>A. Psykoterapeutisk behandling.....</i>	<i>27</i>
<i>B. Farmakologisk behandling.....</i>	<i>28</i>
<i>C. Missbruksbehandling.....</i>	<i>30</i>
<i>D. Individuell färdighetsträning.....</i>	<i>30</i>
<i>E. Aggression Replacement Training (ART).....</i>	<i>31</i>
<i>F. Hälso pedagogik.....</i>	<i>30</i>
<i>G. Nätverksarbete/nätverksterapi.....</i>	<i>31</i>
<i>H. Behandling i annan miljö.....</i>	<i>30</i>
AKTIV UPPFÖLJNING.....	33
ATT PLANERA FÖR EN AKTIV UPPFÖLJNING.....	32
KONTINUITET.....	32

STÖD TILL EFTERLEVANDE VID INTRÄFFAT SJÄLVMORD.....	33
RISKER FÖR NÄRA ANHÖRIGA VID SUICIDHANDLINGAR	33
RISKER FÖR SÅRBARA KAMRATER VID SUICIDHANDLINGAR.....	33
STÖD OCH UTBILDNING AV PERSONAL	35
SYNSÄTT	35
LEDNINGENS FÖRHÅLLNINGSSÄTT.....	35
ÖMSESIDIG RESPEKT	35
SPECIFIKA UTBILDNINGSPROGRAM.....	36
GENERELLA UTBILDNINGSPROGRAM	36
KRISSTÖD ÅT PERSONALEN	36
KVALITETSUTVECKLING.....	37
STRUKTURELLA KVALITETSINDIKATORER	37
PROCESSINDIKATORER	37
RESULTATINDIKATORER	38
SUICIDPREVENTIONSGRUPP	38
TILLGÄNGLIGA UTBILDNINGAR I SVERIGE.....	39
.....	37
HEMSIDOR	40
REFRENSLISTA.....	41
BILAGOR	

Förord

Vid BUP-föreningens möte den 6 maj 1999 i Uppsala beslutades det att riktlinjer skulle utarbetas för vård och uppföljning av självmordsnära ungdomar. Genom samarbetet mellan Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) och Vetenskapsrådets planeringsgrupp för barn- och ungdomspsykiatrisk forskning kan dessa nu presenteras. Ekonomiskt bidrag har givits från Karolinska Institutet, Vetenskapsrådet och Stiftelsen Kempe-Carlgrenska Fonden.

Dessa kliniska riktlinjer blir de första av sitt slag i Europa. Utgivningen har uppmärksammats av Världshälsoorganisationen (WHO) samt av den svenska regeringen i likhet med flera andra regeringar i Norden och inom den Europeiska Unionen, och kan därigenom komma att stå modell för liknande program i andra europeiska länder. Några av medlemmarna i den arbetsgrupp som utarbetat de aktuella riktlinjerna deltog också i WHO:s programarbete om ”riktlinjer för självmordsprevention i skolan”. Den 24 januari 2001 beslutade riksdagen att dessa bör implementeras i Sveriges skolor.

År 1995 skrevs det nationella programmet *Stöd i självmordskriser. Nationellt program för utveckling av självmordsprevention* i ett brett samarbete med representanter från bland annat Landstingsförbundet, Kommunförbundet, Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska kyrkan, Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen. NASP fungerade som sekretariat i arbetet. Då det barn- och ungdomspsykiatriska kunskapsområdet endast blev översiktligt redovisat i denna skrift finns det ett stort behov av att den psykiatriska professionen ska få tillgång till ett separat dokument, angående utredning och behandling av självmordsnära ungdomar.

Syftet med dessa kliniska riktlinjer är att sammanställa aktuell kunskap för att tillförsäkra självmordsnära barn och ungdomar och deras familjer så god vård som möjligt.

Målgrupperna är barn- och ungdomspsykiatrisk personal, läkare, psykologer, socionomer och vårdpersonal, samt företrädare för klinikledning och politiska beslutsfattare.

Riktlinjerna ska betraktas som ett stöd i den kliniska beslutsprocessen men de ska också kunna användas i olika utbildningar och i klinikernas utvecklingsarbete, exempelvis för att utarbeta lokala vårdprogram. Riktlinjerna kan även fungera som ”vägvisare” för politiker och sjukvårdsadministratörer vad beträffar prioriteringar inom vården. Förutom detta kan riktlinjerna också vara av värde för personal verksamma inom socialtjänst, skola och primärvård.

Som ett led i arbetsprocessen anordnades det ett seminarium på Högberga kursgård, Lidingö, den 15-17 november år 2000. Under rubriken ”Det gäller livet” diskuterades vården av självmordsnära barn och ungdomar. Alla medlemmar i Barn- och Ungdomspsykiatriska Föreningen hade bjudits in för att delta i detta seminarium. Psykologer och socionomer samt representanter med specialkunskaper inom området var också inbjudna. Närvarande var även representanter för anhörigorganisationen SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES). Sammanlagt deltog ett 40-tal intresserade personer i seminariet som har sammanfattats och bildat grund för utformningen av de aktuella riktlinjerna.

De kliniska riktlinjerna baseras på resultat från den aktuella vetenskapliga kunskapsfronten, på etiska och sociopolitiska prioriteringar samt på de grundläggande regelverk som gäller för den svenska hälso- och sjukvården. Förenta Nationernas deklaration om behandling av psykiskt sjuka samt Hawaii-deklarationens etiska regler har beaktats.

Kunskapstillväxten är snabb både inom barn- och ungdomspsykiatri och suicidologin. Därför kommer styrelsen för Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, liksom ledningen för NASP att bevaka att riktlinjerna uppdateras med jämna mellanrum.

Riktlinjerna har utarbetats av en arbetsgrupp bestående av professor Danuta Wasserman (psykiatri och suicidologi), professor Per Anders Rydelius (barn- och ungdomspsykiatri), överläkare Gunilla Ljungman, ordförande i Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri och specialisterna i barn och ungdomspsykiatri; med.dr. Agnes Hultén, med.dr. Tord Ivarsson och med.dr. Gunilla Olsson samt psykolog Annelie Törnblom.

Problemets utbredning

Själv mord och självmordsförsök hos unga i Sverige

En ung människas självmord är en svår psykologisk förlust för föräldrar, syskon, vänner, skolkamrater och andra närstående.

Antalet självmord i Sverige har minskat kontinuerligt sedan 1980-talets början, utom för den yngsta åldersgruppen upp till 17 år. Varje år tar 30-40 svenska ungdomar i åldrarna 15-19 år sina liv. I åldersgruppen 20-24 år dör cirka 70 ungdomar årligen genom självmord. De senaste tillgängliga uppgifterna från 1999 visar att antalet självmord bland ungdomar har ökat till 49 individer i de övre tonåren och till 82 i åldrarna 20-24 år.

I flera svenska enkätundersökningar uppger 7-8 procent av flickorna och 3-4 procent av pojkarna att de någon gång försökt ta sitt liv.

Det är oroande att cirka 5-6 procent av våra skolungdomar uppger att de någon gång har försökt att ta sitt liv med tanke på att den samlade erfarenheten visar att ett självmordsförsök inte sällan leder till ytterligare sådana, och att en av de vanligaste riskfaktorerna vid fullbordat självmord är tidigare självmordsförsök. Därför är det viktigt att upptäcka och behandla självmordsnära ungdomar i ett så tidigt skede som möjligt.

För omgivningen framstår ofta en ung människas självmordshandlingar som något plösligt och överraskande. I efterhand brukar det dock framkomma att många av ungdomarna har haft svårigheter under en längre tid. De kan ha lidit av ångest eller depression, eller missbrukat alkohol och/eller narkotika. Inte sällan bidrar utagerande beteenden såsom slagsmål, stöld och skolk till negativa sociala konsekvenser med åtföljande kronisk stress. Dessa beteenden kan ofta observeras en lång tid före den suicidala handlingen. Psykoser, såsom schizofreni och manodepressiv sjukdom, och personlighetsstörningar kan också ligga bakom självmord och självmordsförsök bland tonåringarna.

Sårbarhet och stress

Ungdomar som utför självmordsförsök eller begår självmord uppvisar ofta en tydlig sårbarhet och mottaglighet för stress. Detta kan förklaras både utifrån medfödda genetiska egenskaper hos individen och utifrån förvärvade egenskaper, vilka har sin grund i negativa upplevelser och svåra livsomständigheter. Dessa faktorer - i kombination med stress - spelar en stor roll i den suicidala processens utveckling, ända från fosterstadiet och upp i vuxen ålder.

Suicidala beteenden har visat sig vara vanligare i vissa familjer och när speciella omständigheter råder. Självordsnära ungdomar har i högre grad varit utsatta för känslomässiga trauman och vuxnas konflikter än både deprimerade ungdomar och ungdomar i allmänhet. Även andra svåra livshändelser såsom mobbning, våld och incest är vanligare hos denna grupp. Kronisk psykisk ohälsa och våld inom familjen har stor betydelse för såväl den egna motståndskraften som för förmågan att hantera påfrestningar senare i livet.

Ett självmordsförsök utlöses inte sällan av yttre händelser, exempelvis gräl med föräldrar eller pojkvän/flickvän, eller misslyckanden i skolan. Sårbara ungdomar upplever ofta misslyckanden som mer traumatiska än vad vanliga ungdomar gör, och sådana händelser kan väcka mycket starka känslor av skam och ilska hos dem. När den unga människan känner att dess självkänsla blir kränkt kan hon eller han uppleva både en bottenlös hopplöshet och ett starkt ursinne. Om ingen hjälp finns tillgänglig kan självmord framstå som den enda utvägen.

Kommunikation

Förmågan att kommunicera med vuxna - och ibland även med jämnåriga - är ofta dålig hos självmordsnära ungdomar. Även om den unge "förtvivlat ropar på hjälp" kan den otydliga kommunikationen vara svår för omgivningen att förstå.

Såväl inom professionen som bland anhöriga och omgivning finns det en rädsla för att öppet tala med barn och ungdomar om frågor som rör självmord. Det finns en oro att man genom sådana samtal skulle kunna framkalla suicidhandlingar. Det gör man inte. Att våga föra ett öppet samtal kring dessa frågor är oftast befriande för alla parter.

I den kliniska situationen och bedömningen gäller det att kunna lyssna och ta emot barns och unga människors berättelser - både med hjärtat och med hjärnan. Man ska också vara beredd att kunna svara på de svåra frågor som ställs. Att kommunikationen fungerar mellan den självmordsnära unga människan och dennes omgivning är avgörande för att kunna motivera honom eller henne att delta i en behandling. I dessa situationer behöver den drabbade all hjälp den kan få för att överhuvudtaget kunna känna att livet är värt att leva.

Att vara tillgänglig och att förmedla hopp är nyckelord när man hjälper självmordsnära barn och ungdomar.

Vårdorganisationen

Inom alla sociala grupperingar utvecklas subkulturer som utgår från och är beroende av de människor som ingår i gruppen. Gruppmedlemmarnas kunskaper, värderingar och förhållningssätt formar gruppens verksamhet med dess möjligheter och begränsningar. På motsvarande sätt utvecklas egna subkulturer inom vården, alltifrån sjukvårdsledning till verksamhetsledning, enskilda avdelningar, mottagningar och vårdlag.

För att kunna erbjuda en god hjälp vid självmordsförsök och för att kunna utveckla preventiva program för att minska antalet fullbordade självmord krävs en ändamålsenlig vårdorganisation. I denna måste det finnas en vårdkultur som genomsyras av goda kunskaper, humanitära värderingar och ett empatiskt förhållningssätt. Det är ledningens ansvar att på alla nivåer tillgodose att en sådan kultur utvecklas och bibehålls.

Det finns hjälp att få

Den unga människan behöver hjälp för att våga leva, känna mening med sitt liv och lära sig att själv kunna hantera påfrestningar.

För att förhindra självmordsförsök och fullbordade självmord krävs:

- En ändamålsenlig vårdorganisation med god vårdkultur och välutbildad personal.
- Goda behandlingsrutiner, särskilt för tillstånd som depressioner, bipolära sjukdomar, schizofreni och andra typer av psykoser samt missbruk.
- Fungerande sociala nätverk där närstående kan ge känslomässigt och intellektuellt stöd.
- Kraftfulla preventiva program där speciellt skolan intar en central plats vad gäller att initiera självmordspreventiva åtgärder.

Bemötande

Ett personligt bemötande byggt på öppenhet, kunskap och respekt gör det möjligt för den unge och dennes föräldrar/vårdnadshavare att diskutera sina problem. Hur tonåringen uppfattar och värderar sig själv och sin situation, och hur han eller hon upplever andras värdering av honom eller henne, blir ofta avgörande för utgången av första mötet och om tonåringen kommer att kunna och vilja ta emot hjälp. Utgå alltid från att den som utfört ett självmordsförsök är besviken på sig själv och andra. Om den unge upplever sig som ständigt missförstådd av sin omgivning kan detta leda till att han eller hon känner sig orättvist behandlad eller kränkt även i situationer där så inte är fallet. Den som tar emot tonåringen bör därför ge akt på sig själv så att sådana känslor inte förstärks eller leder till motreaktioner, särskilt om den unge uppträder aggressivt.

Enskilda och gemensamma samtal

Tonåringen – men även de andra familjemedlemmarna - kan av olika skäl vilja undanhålla hela eller delar av sin problematik för den övriga familjen, åtminstone i det inledande skedet. Då det i många familjer inte finns någon erfarenhet av att samtala om eller bearbeta svåra känslor kan det bli nödvändigt att ge familjemedlemmarna möjlighet att samtala enskilt med behandlare innan det gemensamma familjesamtalet äger rum. Om enskilda samtal erbjuds, tänk då på att låta tonåringen få företräde.

Samtal med tonåringen

Fråga efter tonåringens egen förklaring till självmordsförsöket och om hon eller han har någon uppfattning om hur problemen kan lösas. Fråga även vad den unge främst vill ha hjälp med och vilka personer som finns till hands för att stödja honom eller henne. Samtalet med tonåringen bör vara fritt men följa en övergripande struktur så att faktorer som är viktiga för bedömning och handläggning blir klarlagda.

Bli inte provocerad om tonåringen uppträder aggressivt, är avståndstagande eller öppet kritisk. Skälen till dessa beteenden kan ha sin grund i den unga människans rädsla att inte bli förstådd, att inte bli tagen på allvar eller att bli bemött på ett fördomsfullt sätt. Det kan även finnas ett reellt, överhängande hot med i bilden. Ta reda på vad den unges värsta farhågor består av; exempelvis är tonåringars tankar om att vara ”sjuka” eller ”tokiga” viktiga att fånga upp. Var ödmjuk, undvik dragkamp och medge att du ensam kanske inte kan lösa alla de problem som den unge bär på. Visa omtanke, värme, öppenhet och respekt i samtalet. Sammanfatta vad som sagts så att tonåringen kan känna sig säker på att du verkligen har förstått honom eller henne och på det sättet kan utgöra ett stöd vid vidare samtal med föräldrar och andra betydelsefulla personer.

Samtal med föräldrarna

Det är viktigt att inte heller föräldrarna känner sig kränkta eller överkörda. De ska respekteras och bemötas på samma generösa och professionella sätt som tonåringen. De måste få tid och möjlighet att berätta om sina svårigheter, både om det aktuella självmordsförsöket och om familjemedlemmarnas situation i övrigt. Be om deras förklaring till självmordsförsöket. Denna

information kan sedan jämföras med vad tonåringen berättat och ligga till grund för en bedömning av föräldrarnas kontakt med sitt barn. Vid samtalet med föräldrarna är det bra att påminna sig om att de samtidigt kan vara rädda och oroliga, hjälpsökande, skuldyngda, arga och besvikna.

Familjesamtal

De inledande enskilda samtalen bör alltid följas av ett gemensamt familjesamtal. Syftet med familjesamtalen kan något förenklat sägas vara att alla parter - inför varandra - ska ges möjlighet att uttrycka sina tankar och känslor. Fokusera på de *känslor* och problem som patienten anger som viktigast. Arbeta samtidigt med de svårigheter som föräldrarna ser som akuta, så att den familjeterapeutiska balansen kan upprätthållas.

Skillnader mellan pojkar och flickor

Pojkar har en tendens att förlägga problemen hos andra och misstror ofta möjligheten att få hjälp utifrån. Om en pojke inte får snabbt gehör för sin situation när han söker hjälp ger han lätt upp. Det första samtalet kan då bli det enda tillfälle vi får att erbjuda vår hjälp.

Flickor har i allmänhet en större benägenhet än pojkar att förlägga problemen hos sig själva. De har lättare att berätta om sin situation och en större tilltro till möjligheterna att få hjälp utifrån. Samtidigt finns det en risk att de fastnar i självförebåelser, vilket kan leda till att de senare upprepar självmordsförsöket.

Vård enligt LPT

Om situationen kräver psykiatrisk tvångsvård (se sid 25) tar sjukvården kortvarigt över patientens självbestämmanderätt samt föräldrarnas rättigheter att besluta över sitt barn. Detta kan upplevas som kränkande både från patientens och föräldrarnas sida. I den akuta och ofta upprörda situation som uppstår i samband med beslut om tvångsvård kan det vara svårt för patienten och föräldrarna att hantera och formulera alla de känslor och tankar som väcks. Därför måste personalen snarast möjligt - och senast när vårdintyget avskrivs - ge utrymme att tala utförligt om händelsen så att ömsesidig förståelse och acceptans får växa fram.

Omhändertagande i den akuta krisen

Suicidförsök

De barn och ungdomar som utför självmordsförsök eller har självmordsplaner måste snabbt omhändertas och få behandling. Dessa ärenden är barn- och ungdomspsykiatrins ”blåljus-patienter” och kräver samma höga beredskap och prioritet som somatikens hjärtinfarkter. Den akuta behandlingsinsatsens mål är att skydda den unga människan mot fortsatt suicidalt beteende och fullbordat suicid. Ett respektfullt och empatiskt bemötande utgör grunden för en god klinisk bedömning och behandling.

Suicidnära unga patienter

Patienter med självmordsrisk kommer till barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning i olika situationer:

- Akut efter ett suicidförsök – via medicinsk klinik eller direkt till psykiatrisk mottagning.
- Efter att vid jourbesök ha avslöjat suicidtankar eller suicidplaner.
- Efter att ha beställt tid i BUP:s öppenvård, oavsett uppgiven anledning.
- Efter en tid av samtalskontakt på BUP då suicidplaner avslöjats.

Första mötet

För omhändertaganden inom den somatiska vården av ungdomar som utfört suicidförsök. Se www.sll.se/suicid

Den som först möter den unga patienten på den barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen bör tänka på följande inför bedömningsamtalet:

- Presentera dig själv, tala om ditt yrke och vilken roll du har.
- Var öppen för att lyssna men gå inte in i för djupa och detaljerade samtal innan ansvarig bedömare är närvarande - tonåringen orkar inte berätta två gånger.
- Informera om att en barnpsykiater kommer att bedöma patientens situation och behov av hjälp.
- Klargör att du kommer att finnas med vid samtalet med barnpsykiatern.
- Erbjud ett lugnt och avskilt rum där säkerheten är god vad gäller suicidförsök.
- Lämna inte tonåringen ensam men minimera antalet personer som har kontakt med patienten.
- Förmedla lugn och trygghet för att minska patientens upplevelse av kaos, alltså en god psykiatrisk omvårdnad.
- Föräldrarna behöver liksom patienten få känna sig trygga och bli informerade om vad som kommer att hända.

Bedömning av suicidrisk

För suicidnära patienter som kommer in för vård - oavsett situationen - gäller det att snarast göra en kvalificerad bedömning av suicidrisken. Bedömningen bör göras strukturerat och systematiskt och grunda sig på ingående samtal med patienten. Samtal ska också hållas med föräldrarna, alternativt andra vårdnadshavare eller närstående. Även socialtjänst och skolans elevvård kan ha viktig information att lämna (checklista för den akuta bedömningen finns som bilaga nr 3).

Enligt ovan beskrivet ska samtalet ske på en lugn och avskild plats i en miljö utformad så att den inte inbjuder till nya självmordsförsök eller andra våldshandlingar, exempelvis bör inte fönster gå att öppna utan nyckel och lösa inventarier som det går att skada sig själv eller andra med bör avlägsnas. Stäng av telefonen och lägg undan sökaren - se till att ha gott om tid och lyssna aktivt. Det är viktigt att försöka förmedla hopp och avlasta den unge från skuld känslor. Att vara flexibel är värdefullt, men tänk på att inte lova mer än vad som rimligen går att hålla. Hållbara ramar och rutiner skapar stabilitet för tonåringen och dennes familj i en i övrigt kaotisk livssituation.

Bedömaren bör ha speciell träning och kunskap om suicidalt beteende. Självmordsrisken ska bedömas utifrån:

1. Allvarsgraden i det aktuella självmordsförsöket (-planerna, -tankarna).
2. Det akuta psykiska tillståndet.
3. Bakomliggande psykiatrisk diagnos.
4. Livssituationen.

Den akuta bedömningen ska klargöra på vilket sätt patienten behöver skyddas samt ta ställning till vårdnivå. En preliminär behandlingsplan ska upprättas i överenskommelse mellan patient, föräldrar och ansvarig läkare. Denna plan ska redovisas i journalhandling.

Bedömningen av allvaret i ett aktuellt suicidförsök kan struktureras med hjälp av ett skattningsinstrument, exempelvis *Beck's Suicide Intention Scale*. Se www.sll.se/suicid. Själv- eller föräldraskattningsinstrument får dock aldrig i det akuta skedet ersätta den bedömning som ska göras via ingående samtal med patient och familj.

Diagnosen är en viktig faktor i den akuta riskbedömningen och den behövs också för den fortsatta vårdplaneringen. Fördjupad diagnostik och fortsatt behandlingsplan görs när den akuta krisen är under kontroll (se Diagnos- och Behandlingsavsnitten).

Akuta fall

När en tonåring inkommit till medicinsk klinik efter ett suicidförsök ska psykiatrisk bedömning göras innan patienten lämnar sjukhuset. Tydlig eller svårbedömd fortsatt suicidrisk bör medföra inläggning för psykiatrisk vård. Bedömningen av suicidrisk ska redovisas noggrant i journalhandlingen. Vid allvarlig suicidrisk kombinerat med vägran att ta emot vård, kan vård enligt LPT bli aktuell (se vidare Behandlingsavsnittet).

En patient som läggs in på psykiatrisk vårdavdelning får inte lämnas ensam förrän man bedömt att suicidrisken minskat så pass att patienten klarar av att vara ensam. Övervakning bör anförtrös

erfaren ordinarie personal och det är den ansvariga sjuksköterskan som ska organisera denna övervakning. Behovet av personkontinuitet är stort och individualisering och flexibilitet är viktigt. Som tidigare nämnts kan ett bemötande som av patienten tolkas som avvisande eller kränkande försvåra en fortsatt behandling. Det är därför viktigt att vårdpersonalen eftersträvar att skapa och upprätthålla en så god relation till patienten som möjligt.

Föräldrar eller andra ansvariga vårdnadshavare bör om möjligt delta i stödarbetet runt tonåringen. Observera dock att det finns undantag, exempelvis när förälder gjort sig skyldig till psykisk, fysisk eller sexuell misshandel av sitt barn. I sådana fall får den förälder som utfört övergreppet inte närvara. Situationen kräver då en annan form av samarbete och utredning.

Om tonåringen trots allt lämnar sjukhuset utan att någon bedömning har kunnat genomföras, ska tid snarast erbjudas för mottagningsbesök, alternativt hembesök. Syftet är att skapa en relation som kan leda till att tonåringen blir motiverad att ta emot hjälp. Föräldrarnas deltagande är i normalfallet nödvändigt (jfr undantag ovan). Om det trots ansträngningar ändå inte går att etablera någon kontakt med tonåringen ska socialtjänsten snarast informeras.

I de fall där jourhavande bedömt att behandling kan ske inom öppenvården bör tid erbjudas inom en vecka. Samma sak gäller när en patient skrivs ut från en avdelning efter att ha vårdats för sitt suicidförsök eller sina suicidplaner. Risken för nya suicidhandlingar är som störst tiden närmast efter det inträffade suicidförsöket och ökar även i samband med utskrivningen. Det är därför önskvärt att patienten vid överlussningstillfället både får träffa behandlare från den överlämnande avdelningen och den behandlare som ska ha huvudansvaret i öppenvården (se också avsnittet Kontinuitet).

Bedömningen av föräldrarnas inställning till situationen samt deras förmåga att ge sitt barn skydd och trygghet dagarna närmast efter suicidförsöket är mycket viktig. Mediciner, vapen och andra farliga föremål och ämnen måste undanhållas tonåringen. Den unge bör även avhållas från att dricka alkohol eller ta droger då detta kan öka risken för impulsiva handlingar. Det ska också vara möjligt att kontakta BUP-personal dygnet runt under denna kritiska fas.

Ny bedömning av suicidrisken ska göras vid varje återbesök fram till att tonåringens situation stabiliserats. Även resultaten av pågående behandling och aktuella behov av psykoterapeutisk och farmakoterapeutisk behandling ska bedömas vid varje besökstillfälle. Risken för nya suicidförsök förblir hög under det närmaste året, varför det är viktigt att kontakten med tonåringen upprätthålls under hela denna tid.

Suicidbedömning vid planerade besök

Även de ungdomar som kommer inför vård utan att ha utfört självmordshandlingar ska bedömas vad gäller suicidalitet. Det kan handla om akuta krissituationer som de inte klarar av att hantera, en depressiv eller manodepressiv störning, psykotiska sjukdomstillstånd eller missbruk av alkohol eller droger. Frågorna om suicidalitet bör till en början vara mer allmänt hållna för att successivt övergå till att bli mer specificerade och personliga, så kallad trappstegsform (se bilaga 2).

Vid påtaglig risk för suicidhandlingar ska tonåringen läggas in på vårdavdelning. I mindre allvarliga fall kan tonåringen behandlas med täta kontakter i öppenvården. Behovet av stöd från föräldrar eller annan vårdnadshavare måste beaktas och i normalfallet aktiveras (se undantag ovan). Förälder kan behöva få ett intyg för tillfällig vård av barn så att tonåringen inte lämnas ensam. Behandlingen måste planeras utifrån det akuta skyddsbehovet och i relation till bakomliggande psykisk problematik. Ställningstagande till både psykoterapi och farmakoterapi ska ingå.

En behandlare bör alltid i samtalen med tonåringar vara lyhörd för antydningar om hopplöshet och tankar om döden, för att i de fall detta förekommer gå vidare och ställa mer specificerade frågor. Om suicidplaner avslöjas under pågående behandling måste en riskbedömning göras på samma sätt som vid akuta fall (se ovan). Den tidigare behandlingsplanen måste i ett sådant läge omvärderas och sannolikt även revideras. Detta gäller såväl behovet av inläggning och familjestöd som psykoterapi och farmakoterapi.

Bedömning av ett aktuellt suicidförsök

För att bedöma graden av allvar i ett suicidförsök måste ett flertal faktorer undersökas. Ett användbart instrument vid sådana bedömningar är *Suicide Intention Scale* (SIS). Se www.sll.se/suicid. Det som ska undersökas är de yttre omständigheterna vid suicidförsöket samt individens egen uppfattning om vad som har hänt.

1. Följande omständigheter vid suicidförsök är av betydelse:

- Ett suicidförsök som utförs på en undanskymd plats med liten risk för upptäckt är allvarligare än ett suicidförsök i exempelvis en lägenhet utan låst dörr.
- Risken för upptäckt är mindre vid vissa tillfällen, exempelvis på natten när alla sover eller när den övriga familjen är bortrest. Suicidförsöket ska då bedömas som mera allvarligt.
- Om individen vidtagit åtgärder i syfte att förhindra upptäckt är försöket allvarligt menat.
- Försöker individen själv att skaffa hjälp efter suicidförsöket tyder detta på att en viss livsvilja finns kvar.
- Om individen innan suicidförsöket genom olika handlingar antytt att han eller hon snart kommer att vara död, exempelvis genom att ordna upp sina "affärer" och "städa upp efter sig", tyder detta på ett överlagt beslut och ska därför bedömas som allvarligt.
- Förberedelse för suicidhandling, exempelvis genom anskaffande av tabletter, vapen, rep etc., indikerar att beslutet är väl genomtänkt och därför allvarligt.
- Om individen har skrivit ett avskedsbrev till familjen pekar detta mot att han eller hon har för avsikt att dö.
- Om en ung människa kommunicerar att han eller hon har för avsikt att ta sitt liv ska detta tas på allvar. Tonåringen kan ha pratat med vänner eller förvarnat någon närstående.

2. Följande moment i personens egen beskrivning av suicidförsöket är väsentliga:

- Uppgiven avsikt att dö.
- Inställningen till att ha överlevt suicidförsöket.

- Uppfattningen om metodens effektivitet. Barns och ungdomars kunskaper om olika metoders dödlighet kan skilja sig från den faktiska medicinska risken.
- Attityden till döden. Religiösa trosuppfattningar kan utgöra ett skydd, men föreställningar om att förenas med en avliden närstående kan innebära dödslängtan.
- Personens förståelse av döden. Barns och ungdomars förståelse av dödens oåterkallelighet kan variera.
- Hopp om möjlighet att överleva eller att bli återupplivad.
- Suicidavsikter som ingår i en genomtänkt plan är allvarligare än impulsiva och mer slumpartade suicidförsök.

Den som utreder bör notera i journalhandling hur pass säker han eller hon upplever att bedömningen är. Minsta osäkerhet om fortsatt suicidavsikt bör föranleda inläggning.

Bedömning av bakomliggande psykisk störning och andra faktorer

De tonåringar som tar sina liv har i de allra flesta fallen en historia av bakomliggande psykiska störningar som ofta sträcker sig långt bakåt i tiden. Depression, bipolär sjukdom, psykoser, ångesttillstånd, uppförandestörningar och missbruk utgör allvarliga risker. Samsjuklighet mellan ovanstående störningar är dessutom vanligt förekommande och medför en ytterligare ökning av suicidrisken.

Ett psykotiskt tillstånd med vanföreställningar, hallucinationer, agitation och våldshot utgör en allvarlig risk för tonåringen. Blandtillstånd av mani och depression, eller svängningar mellan de båda tillstånden – vilket är vanliga debutformer av bipolär sjukdom hos unga - är också viktiga att känna till eftersom även de innebär hög risk för suicidhandlingar. Under en långvarig depression inträffar ofta suicidförsöket när tonåringens sociala anpassning sviktar.

Undermålig kommunikation mellan barn och föräldrar samt våld och missbruk i familjen är vanliga bakomliggande orsaker till suicidförsök. Barn som varit utsatta för psykisk, fysisk eller sexuell misshandel inom familjen utgör en allvarlig riskgrupp. Dessa barn lider ibland av PTSD (Posttraumatiskt stressyndrom) och har då liknande typ av beteende som de barn som utsatts för krigstrauma. Hos ungdomar med PTSD är det vanligt att aggressiva handlingar - inklusive suicidhandlingar - kommer plötsligt och oförutsett. Dessa ungdomar kan också ha ett självskadande beteende utan suicidavsikt, vilket inte får förleda en bedömare att tro att det beteendet utesluter suicidrisk.

Risikfaktorer hos pojkar respektive flickor

Fullbordade suicid är sällsynta före puberteten. Under tonårstiden ökar dock självmordsfrekvensen kontinuerligt med åldern. Fler pojkar än flickor dör av självmord (2:1) trots att självmordsförsök är betydligt vanligare hos flickor (3:1).

Uppföljningar av barn- och ungdomspsykiatriska respektive vuxenpsykiatriska patientgrupper skiljer sig åt vad gäller den prognostiska betydelsen av tidigare självmordsförsök. Inom ungdomsgruppen tycks förekomsten av psykoser och personlighetsstörningar i förening med aggressivitet och impulsivitet samt negativa psykosociala faktorer vara särskilt viktiga.

Förekomsten av tidigare suicidförsök måste alltid beaktas, särskilt hos pojkar. Risken att dö i suicid tycks vara allra störst för äldre sårbara tonårspojkar med en historia av tidigare suicidförsök.

Förekomsten av självmord eller självmordsförsök i familjen eller vänskapskretsen innebär en ökad risk för suicidhandlingar hos de andra familjemedlemmarna. Detta kan även sträcka sig utanför familjen och vänskapskretsen; en ung människas självmord kan ha en stark inverkan på andra sårbara tonåringar med självmordstankar och i värsta fall utlösa självmordshandlingar även hos dessa (se avsnittet Stöd till efterlevande).

Utlösande faktorer

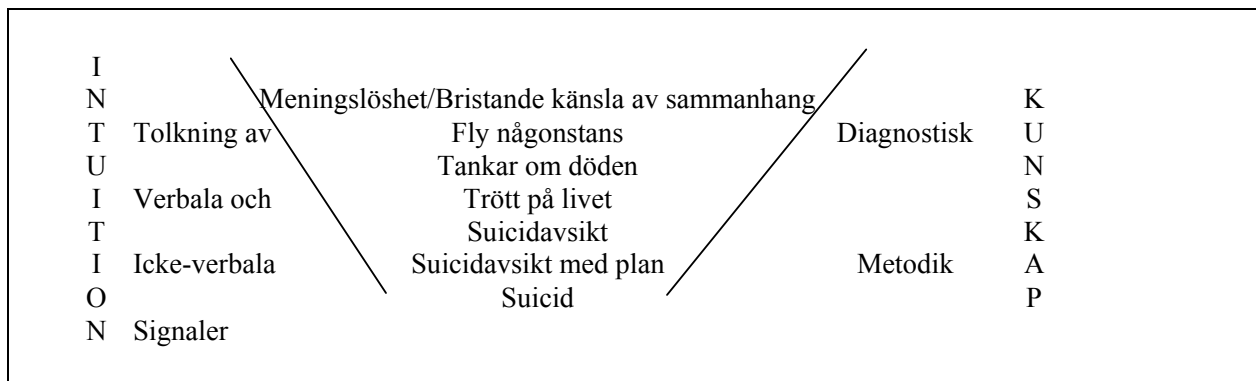
Påfrestande händelser föregår ofta ett suicid eller suicidförsök. Ungdomar med psykiska störningar kan vara oförmögna att klara av stora påfrestningar, exempelvis ett dödsfall i familjen. Även en anhopning av mindre påfrestningar kan upplevas övermäktigt. Hos en skör tonåring - i synnerhet om han eller hon är impulsiv - kan gräl med föräldrar, en separation från pojk- eller flickvän, ett misslyckande, ett avslöjande av en brottslig handling eller ett straff utlösa ett suicidförsök. Risken för att utföra impulsiva suicidhandlingar är särskilt stor under inflytande av alkohol och droger då detta verkar nedsättande på motståndskraften.

Diagnostik

Efter det akuta skedet skall den fortsatta diagnostiken vid suicidalitet ses som ett lagarbete där olika befattningshavare kan bidra med olika bitar av det diagnostiska pusslet. De anhöriga, vårdpersonal, psykolog, socionom, läkare liksom skolpersonal har tillgång till olika och kompletterande informationskällor och bör samarbeta för bästa diagnostik.

Läkarens speciella ansvar inom vården är att sammanväga all information till en slutlig suicidbedömning och ta ställning till behovet av vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Förhållningssätt vid diagnostik måste både bygga på kunskap systematiskt tillämpad och på en intuitivt empatisk kommunikation med patienten.



Den känslomässiga laddning som uppstår kring suicidalitet gör att en objektiv bedömning av ungdomars självmordsrisk går lättare att genomföra i ett arbetslag. Det ger personalen möjlighet att reflektera och bearbeta sina erfarenheter i grupp och därigenom nå fram till en säkrare bedömning i varje enskilt fall.

Varje suicidbedömning måste ses som en färskvara med mycket begränsat "bäst före datum". En suicidbedömning är en fortlöpande process från det att patienten inkommer till dess att en mer fullständig diagnostisk bedömning har gjorts inom teamet.

Den diagnostiska processen

En väsentlig del av diagnostiken måste ägnas de psykiska sjukdomar som är förknippade med hög risk för fullbordat självmord eller upprepade självmordsförsök. Andra bakgrundsfaktorer med dokumenterad höjd risk för suicidalitet måste likaså beaktas systematiskt.

Faktaruta

Anamnes

1. Självmordstankar
2. Tidigare självmordsförsök
3. Utlösande påfrestningar
4. Psykiatriska sjukdomar
5. Livsstil och allmänt hälsotillstånd.
6. Trauma/Övergrepp
7. Familjesituationen
8. Socialt nätverk
9. Genetiska riskfaktorer
10. Personlighet
11. Skyddande/Hälsobefrämjande faktorer
12. Funktionsförmåga

Anamnesen ska beakta följande särskilt viktiga faktorer

1. Självmordstankar

Självmordstankar förekommer även utan att vara inslag i psykisk sjukdom men är en mer allvarlig riskfaktor då de är ett delfenomen i psykisk sjukdom.

Frågor om självmordstankar måste vara direkta samt klart och tydligt uttryckta. Om behandlaren använder förskönande omskrivningar gör det patienten osäker och ger patienten en känsla av att ämnet är för obehagligt för behandlaren att tala om.

Basnivå: Utfrågning enligt ”trappstegsmodellen” (se bilaga 2), delskala ex. i Becks depressions-skala, se www.sll.se/suicid alt YSR, subsyndrom Självd destruktiv/Identitetsproblem (se bilaga 4).

Fördjupning: KSADS frågor om självmordstankar (se bilaga 4).

2. Tidigare självmordsförsök

Detta är en av de starkaste prediktorerna för fortsatt suicidalitet enligt uppföljningsstudier. Det är en starkare prediktor hos pojkar än hos flickor och är speciellt allvarlig då den förekommer tillsammans med psykisk sjukdom. Termen suicidal gest/rop på hjälp etc., som ofta används av kliniker för att beskriva mindre allvarliga suicidförsök, är missvisande och bör ej användas.

Frågor om självmordsförsök i den kliniska intervjun måste vara direkta, klart och tydligt uttryckta. Se ovan vad som gäller avsnittet självmordstankar.

Basnivå: Bör genomgå systematiskt via formuläret (Suicide Intent Scale, SIS) (se avsnittet Omhändertagande i den akuta krisen www.sll.se/suicid).

Fördjupning: KSADS (se ovan): frågor om tidigare suicidförsök.

3. Utlösande påfrestningar/stressfaktorer

Se avsnittet ”Omhändertagande i den akuta krisen”.

Basnivå: Ingår i psykiatrisk anamnes

4. Psykiatrisk störning

- Depression
- Bipolär sjukdom
- Missbruk (i synnerhet hos äldre tonåringar)
- Psykos – Schizofreni
- PTSD
- Ångestsjukdom
- Personlighetsstörning –fr.a. uppförandestörning och borderlinepersonlighetsstörning

Mer än 90% av ungdomar som gör suicidhandlingar har bakomliggande psykopatologi, huvudsakligen affektiva sjukdomstillstånd, beteendestörning, missbruk, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), ångeststörning eller personlighetsstörning. Komorbiditet förvärrar suicidrisken liksom sjukdomstillståndens kronicitet. Tillstånd med labilitet och agitation, exempelvis bipolära sjukdomar och kroniska depressioner med samtidigt missbruk och irritabilitet ökar risken. Blandtillstånd mellan mani och depression med svängningar från dag till dag är särskilt svårupptäckta.

Faktaruta

Några viktiga aspekter bör betonas: (1) att klinikern talar ensam med den unge – ej enbart i närvaro av föräldern. Ungdomar har svårt att berätta om suicidalitet och om svåra internaliserande symptom i föräldrarnas närvaro av oro att göra dem ledsna eller arga m.m.; (2) att beakta samsjuklighet –snarare regel än undantag; (3) att beakta andra psykiska störningar än den/de man vanligen tänker på i den suicidala processen, exempelvis missbruk och uppförandestörning; (4) att olika informationskällor behövs. Utöver föräldrar kan skola/skolhälsovård och socialtjänst ge viktig information.

Basnivå: Ingår i psykiatrisk anamnes kompletterad med och föräldraskattningsskalor. Depressiva symptom: BDI, alt. DSRS, alt. CDI. Övergripande screening av psykiska symptom: YSR och CBCL alt SDQ föräldra/barnversion (se bilaga 4).

Fördjupning: KSADS eller DICA (se bilaga 4).

5. Livsstil och allmänt hälsotillstånd

Sömnvanor och kost är viktiga indikatorer på det allmänna hälsotillståndet och påverkas också av de psykiska sjukdomarna. Subkulturer i ungdomsgrupper, asociala gäng med våldsbenägenhet, tobak, alkohol och andra droger, sexuella vanor/oskyddat sex/promiskuitet, skolk och dålig skolnärvaro liksom bristfälliga vardagsrutiner (äta frukost, använda cykelhjälm etc.) är indikatorer på en riskfylld livsstil.

Basnivå: Ingå i psykiatrisk anamnes.

Fördjupning: KSADS.

6. Trauma/Övergrepp

Flera studier har visat att ungdomar som utsatts för trauma eller övergrepp, sexuella och fysiska – både genom krigsupplevelser och genom våld i familjen, löper stor risk att utveckla olika former av självdestruktivitet inklusive suicidalitet. Vissa utsatta ungdomar, men inte alla, har också symptom på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

Basnivå: Ingår i psykiatrisk anamnes.

Fördjupning: KSADS avsnitt om övergrepp/PTSD, DICA (se bilaga 4).

7. Familjesituationen ska kartläggas

Hit hör faktorer som påverkar föräldrarnas funktionsförmåga och omsorgsförmåga, familjeklimatet och långvariga påfrestningar i familjen. Exempel på detta är: dålig ekonomi och bostad, negativa livshändelser, förluster/dödsfall, psykisk sjukdom hos förälder, missbruk, förekomst av våld och övergrepp, invandrar- eller flyktingstatus, utlandsadopterade barn, föräldrarnas arbetsförmåga och anpassning, suicidalitet i familjen, familjekonflikter, separation, försummelse, fientlighet mellan föräldrar och barn och status som ensam förälder. Obs! Särskilj från de akuta händelser som utlöste självmordsförsöket.

Då nedsatt omsorgsförmåga dvs., att ta omhand och skydda den suicidala ungdomen, föreligger kan anmälan till socialtjänsten behövas.

Basnivå: Ingår i psykiatrisk anamnes.

Fördjupning Familjeklimatet kan bedömas med hjälp av skattningsskalor t ex. *Familjeklimat, Frågor om familjemedlemmar* eller *Five Minutes Speech Sample* (Expressed Emotion). I KSADS (bilaga) ingår ett avsnitt om föräldrar/anhörigas psykiska sjuklighet. Dessutom kan formulär för livshändelser användas.

8. Socialt nätverk

Kartläggning av resurser i nätverket kan vara av stor betydelse.

Basnivå: Ingår i psykiatrisk anamnes.

Fördjupning: Kartläggning av nätverket med hjälp av *Mitt sociala nätverk* (Aresik-Ram/Elf).

9. Genetiska riskfaktorer är viktiga att kartlägga

Föräldrars egen psykiatriska sjuklighet, fr a depression, bipolär sjukdom, kriminalitet och missbruk är både genetisk riskfaktor och en faktor som leder till ökad förekomst av negativa livshändelser (se ovan) för patienten. Arv och miljö är oberoende av varandra förenade med ökad risk för framtida suicidalitet. Utred om någon i familjen (eller annan närstående) avlidit i suicid eller hotat/gjort självmordshandlingar.

Basnivå: Ingår i psykiatrisk anamnes

Fördjupning: i KSADS ingår ett avsnitt om föräldrar/anhörigas psykiska sjuklighet.

10. Personlighet

Beakta även anamnes på personlighetsdrag som kan vara förknippad med ökad risk för hög suicidrisk. Exempel på sådana personlighetsdrag är impulsivitet, aggressivitet, fientlighet och hopplöshet. Dessa kan vara av betydelse även om de inte är så framträdande att de utgör en del-aspekt av psykisk störning.

Basnivå: Ingår i psykiatrisk anamnes. Aggressivitet och impulsivitet kan kartläggas genom YSR/CBCL alternativt SDQ. Hopplöshet kan bedömas med Becks Hopplöshets Skala, BHS (se bilaga 4).

11. Skyddande/Hälsobefrämjande faktorer

Beskriv kompetens och tillgångar, t ex begåvning, särskilda talanger, stabil livsstil, relationsmönster med trygg anknytning och integrering i familjen, god anpassning till skola och utbildning med realistisk framtidssyn och goda kamratrelationer. Även samarbetsförmåga och positiv attityd till att få hjälp är salutogena faktorer. Föräldrarnas förmåga att förstå och ge stöd till sitt barn, inställning till hjälp och tillgång till stöd från privat och professionellt nätverk är resurser.

Basnivå: Ingår i psykiatrisk anamnes. SDQ-B och SDQ-F.

12. Funktionsförmåga

Bristande funktionsförmåga kan tillsammans med och oberoende av psykiatrisk störning leda till ökad risk för självmordsbeteenden.

Basnivå: Funktionsförmåga kan beskriva med CGAS eller GAF (se bilaga 4).

Faktaruta	STATUS
1. Psykiatriskt status	
2. Personlighet/Tonåringens attityd till behandlarna	
3. Somatiskt status	

STATUS

1. Psykiatriskt status

Psykiatriskt status måste alltid genomföras och skall och utgör basnivå. Man måste särskilt beakta symptom talande för depression, bipolaritet och psykos.

2. Personlighet/Tonåringens attityd till behandlarna

Fientlighet eller aggressivitet mot behandlarna kan i sig vara en riskfaktor och visar inte minst att patienten har personlighetsdrag som är förenade med höjd suicidrisk. Dessutom är det viktigt att notera om man får räkna med försämrad medverkan i utredningen och behandlingen.

Personlighetsstörningar diagnosticeras som regel inte i barn- och ungdomsåren. Det är ändå viktigt att beakta sådana personlighetsdrag som impulsivitet, aggressivitet, fientlighet och hopplöshet.

3. Somatiskt status

Somatiskt status, inklusive neurologiskt status, skall alltid göras Laboratorieprover: Blodstatus inklusive blodsocker. Alkohol och drogscreening varvid möjlig intoxication med metanol- och paracetamol skall beaktas.

Tänk på att äldre och moderna psykofarmaka kan ha hjärtpåverkan varför EKG bör övervägas.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis krävs en bred, allsidig psykiatrisk och somatisk bedömning av patienten och hans/hennes allmänna livssituation. Diagnostiken måste vara mångfacetterad, konsekvent och bygga på de faktorer som man i forskningen vet kan predicera fortsatt allvarlig suicidalitet. Det är därför av värde att använda en checklista för att försäkra sig om att de viktigaste områdena berörts i diagnostiken.

En realistisk och adekvat långsiktig vårdplan måste bygga på god diagnostik.

Basnivå: Checklista (se bilaga 3).

Behandling och vårdplanering

Den akuta behandlingsinsatsens främsta mål är att skydda patienten mot fortsatt suicidalt beteende. Denna insats ska sedan ligga till grund för en mer långsiktig behandlingsplan vars målsättning är:

- Att förhindra upprepning av självmordshandlingar, självdestruktiva beteenden och framtida självmord.
- Att behandla de bakomliggande psykiska sjukdomarna.
- Att hjälpa patienten och dennes familj att fungera bättre.

Det finns effektiva metoder att tillgå vid behandling av vuxna suicidala individer, men evidensbaserade metoder utprovade på ungdomar är hittills få. Vi måste därför tills vidare erbjuda den behandlingsmetodik och det arbetssätt som bäst uppfyller ovanstående mål. Behandlings-metoderna måste vara differentierade och anpassade till individens och familjens behov och resurser. Behandlingen startar redan vid första mötet med patienten och föräldrarna (se vidare kapitlen Bemötande och Omhändertagande i den akuta krisen). Ett engagerat och respektfullt bemötande av alla parter leder till att färre behandlingar avslutas i förtid. Vikten av kontinuitet i kontakten med suicidala ungdomar och deras familjer diskuteras i kapitlet Aktiv uppföljning.

Informera och förklara för alla familjemedlemmar - med enkel och tydlig pedagogisk stil - vad utredningen visat. Använd om möjligt tonåringens respektive familjens egna ord när den kliniska bilden sammanfogas. Med utgångspunkt från detta kan behandlingen planeras i flera steg, och på både kort och lång sikt.

Behandlingens ABC

Upprätta en kort- och långsiktig vårdplan, vilken ska dokumenteras. Behandlingen ska vara grundad på tillgängliga evidensbaserade metoder som minskar suicidalitet och bakomliggande psykisk ohälsa och kunna erbjudas till individer, familjer och nätverk. Det är viktigt att insatsen sker snabbt och kopplas till en aktiv uppföljning. Kom ihåg att denna patientgrupp är mycket heterogen och att skillnaden mellan individer med utagerande och inåtvänd problematik är stor. Barnpsykiatriens olika patientgrupper kan alltså behöva helt olika hjälp beroende på den problematik som föreligger. Många ungdomar behöver dessutom konkret kunskap och träning av olika färdigheter. Dit hör att lära sig att hantera påfrestningar, lösa konflikter och att kommunicera bättre med andra så att välbefinnandet, funktionsnivån och den sociala anpassningen kan förbättras. Utveckla ett så stödjande familjeklimat som möjligt.

Vårdform

Om självmordsrisken bedöms som låg och familjen förefaller kunna ta ansvar för omvårdnad och skydd av den unge är det möjligt att starta behandling i barnpsykiatrisk öppenvård. Däremot rekommenderas inläggning för barnpsykiatrisk slutenvård i direkt anslutning till akutbedömningen om suicidrisken är hög eller om bedömningen är osäker (se Akut omhändertagande). Syftet med slutenvård är att garantera patienten skydd och ge tid för en kompletterande utredning och bedömning.

Om slutenvård krävs bör den i första hand ske enligt HSL, hälso- och sjukvårdslagen. Det är viktigt att patienten och föräldrarna informeras om den kliniska bedömningen, allvarlighetsgraden i självmordsförsöket och syftet med slutenvården. Om inga kontraindikationer föreligger, såsom misstankar om våld eller övergrepp, är det bra att engagera föräldrarna så mycket som möjligt vid inläggningen. Genom att exempelvis erbjuda föräldrarna övernattningsrum (i eget rum) på avdelningen kan en nära relation mellan familjemedlemmarna uppmuntras, samtidigt som stöd och information blir mer lättillgänglig för dem.

Vid psykiatrisk slutenvård bör några speciella förhållanden kring övervakning och skydd beaktas. Risken för upprepning av självmordshandlingen måste bedömas fortlöpande och övervakningen anpassas därefter. Övervakning kan variera från ”observation” enligt HSL (all personal håller uppsikt och patienten får inte lämna avdelningen ensam) till ”skärpt extravak” (enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård), varvid patienten aldrig får lämnas ensam, inte ens vid toalettbesök.

Suicidförsökets allvarlighetsgrad och nätverkets resurser bestämmer vårdinsatserna. Exempel på olika alternativ:

- Slutenvård enligt HSL (hälso- och sjukvårdslagen)
- Slutenvård enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård)
- Olika mellanvårdsformer eller dagvård
- Tät öppenvårdskontakt med patient och familj
- Vård i hemmet
- Nätverksarbete
- Stöd till närstående

Barnpsykiatrins vårdformer enligt ovan kan ibland behöva förstärkas genom bistånd enligt Socialtjänstlagen (SOL), vård enligt LVU (lagen om vård av unga) eller LVM (lagen om vård av missbrukare)

<http://www.jit.se/lagbok/980620t.html>; <http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19900052.HTM>;
<http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19880870.HTM>

När slutenvård enligt HSL inte bedöms som tillräcklig ska vården ske enligt LPT. Om vård enligt LPT bestäms direkt vid akutbedömningen ska vårdintyg skrivas. Har vården påbörjats enligt HSL men visat sig otillräcklig, kan så kallad konvertering ske till vård enligt LPT. För detta krävs särskilda villkor (om vårdintyg respektive konvertering, se Socialstyrelsens Råd och anvisningar).

Psykiatrisk tvångsvård enligt LPT är en åtgärd som inkräktar på den personliga integriteten. Frihetsförlusten upplevs ofta som kränkande och kan i sig utlösa nya självmordsförsök, vilket måste beaktas vid omvårdnaden.

Det finns tre förutsättningar för tvångsvård:

- Allvarlig psykisk störning - exempelvis psykos, djup depression, psykisk störning med psykotiska impulsgenombrott eller suicidrisk. Patientens farlighet mot sig själv eller andra måste bedömas.
- Patienten har ett oundgängligt behov av psykiatrisk slutenvård.
- Patienten motsätter sig vård.

Behandlingsplanering

Behandlingen ska planeras utifrån problembild och de kunskaper och erfarenheter som finns av suicidriskbedömning på lång sikt. Om tidigare självmordsförsök har utförts med våldsamma metoder har detta betydelse för den aktuella och framtida självmordsrisken. Unga människor med psykoser - schizofrena eller bipolära - samt kriminella missbrukande pojkar, har extremt hög och bestående självmordsrisk. Risken för självmord är förhöjd närmaste året eller åren efter insjuknande i schizofreni och kan föregås av bisarra och drastiska självmordsförsök. Samsjuklighet ger ytterligare ökad risk för självmordshandlingar och leder dessutom till ett mer kroniskt sjukdomsförlopp (se Diagnostikkapitlet). Som tidigare nämnts är risken särskilt stor vid kombination av uppförandestörningar, depression och missbruk. Samverkan mellan ångeststörningar och depressionssjukdomar har identifierats som riskfaktor för suicidalt beteende bland tonåringar. Även om diagnosen personlighetsstörning bör användas med varsamhet under tonåren är personlighetsstrukturer med uttalad impulsivitet och aggressivitet viktiga faktorer att ta hänsyn till vid behandlingsplaneringen.

Vårdplanering efter ett självmordsförsök måste bygga på ett helhetstänkande. Suicidala ungdomar och deras familjer ska erbjudas sådan psykoterapeutisk behandling som ingår i *all* barnpsykiatrisk vård, dvs. riktat till individ, familj och nätverk.

Det initiala arbetet bör vara inriktat på att skapa klarhet i vad som hänt, förstärka och utveckla resurser och på alla sätt underlätta den yttre situationen för familjen, exempelvis genom sjukskrivning, intyg, etc. (se vidare kapitlet Akut omhändertagande). Patienten måste få möjlighet att tala om och strukturera sina känslomässiga upplevelser samt få tillgång till pedagogiska modeller för hantering av svåra känslor och destruktiva livsmönster. Föräldrarna behöver kunskap om hur de ska bemöta, stödja och skydda sitt barn. Dysfunktionella familjemönster och psykisk ohälsa hos föräldrar är andra viktiga områden att beakta vid behandling av suicidala ungdomar.

För många självmordsnära ungdomar och deras familjer är dessa åtgärder fullt tillräckliga om självmordsrisken är låg. Bedöms självmordsrisken vara medel eller hög krävs mer specialiserade vårdinsatser. Behandlingen kräver i dessa fall ofta kombinationer av de olika moment som beskrivs i följande översikt:

Några behandlingsalternativ vid olika tillstånd förknippade med självmordsproblematik

- | | |
|--|---|
| A. Psykoterapeutisk behandling | - Psykodynamiska behandlingsalternativ
- Kognitiv beteendeterapi (KBT)
- Interpersonell psykoterapi (ITP)
- Dialektisk beteendeterapi (DBT)
- Familjebehandling/familjeterapi |
| B. Farmakologisk behandling | |
| C. Behandling av missbruk | |
| D. Individuell färdighetsträning | |
| E. Aggression Replacement Training (ART) | |
| F. Hälso pedagogik | |
| G. Nätverksarbete/nätverksterapi | |
| H. Behandling i annan miljö | |

Aktivera stöd till familjen tidigt, helst i det akuta behandlingsskedet och oavsett vårdform genom att upprätta kontakter med patientens privata (släkt, vänner, kamrater) och professionella nätverk (vård, skola, socialtjänst m fl). Dessa kontakter kan vara till hjälp längre fram, exempelvis om det uppstår samarbetsvärigheter eller närståendes hjälp behövs för att motivera patienten till fortsatt behandling. På sikt är det ju patienten och familjen som ska ta över ansvaret. Olika nätverksinsatser kan hjälpa till för att återge ungdomen förmågan att själv ta ansvar för sin situation.

Sjukvårdspersonal är ibland alltför omhändertagande, vilket kan hindra en ung människa att tillsammans med sitt nätverk hitta egna alternativa lösningar på problemen. Detta kan i sin tur bidra till att ungdomar upprepar suicidala beteenden.

Vid *Högbergakonferensen* år 2000 framhölls från anhörighåll vikten av det följande:

- Så få kontinuitetsbrott som möjligt.
- Professionell barnpsykiatrisk bedömning ska ske omgående.
- Råd till vårdpersonal: Ha inlevelseförmåga, visa mänsklighet, ge trygghet, stå kvar, skapa förtroende. Det är ett stort steg som förälder att ta kontakt med psykiatrisk sjukvård och många gånger är det svårt för anhöriga att få bekräftelse på allvaret i sin oro över barnets illamående; "En *för* insiktsfull mamma blir negativt bemött", var en erfarenhet.
- Föräldrar behöver information och hjälp för att kunna utveckla ett så stödjande familjeklimat som möjligt och för att kunna sätta rimliga gränser. De kan överskatta sin egen förmåga i den akuta krisen, alternativt reagera med rädsla och aggressivitet.

Från anhörighåll framhölls vidare att ett tidigt engagemang från Socialtjänsten (inkl. §71) inte uppfattas som kränkande utan som en mobilisering av "all hjälp som står till buds".

Behandling av somatisk sjuklighet

Vid förekommande fall ska somatisk sjukdom behandlas i samråd med ansvarig enhet inom pediatrik, primärvård eller annan vårdgivare. Avgiftning vid intoxikering måste ske innan en mer långsiktig psykiatrisk/psykoterapeutisk behandling sätts in. Vid intoxikationer är det särskilt viktigt att beakta möjligheten att flera farmaka/droger kan ha använts som förstärker den toxiska effekten. Rutinmässigt ska man uppmärksamma droger som kan ha systempåverkan, exempelvis paracetamol, metanol och psykofarmaka. Även om många moderna preparat har färre biverkningar än äldre farmaka kan individuell känslighet föreligga (se FASS angående läkemedels biverkningar, interaktioner och halveringstid).

Behandling av psykiatrisk sjuklighet

Behandlingen av psykiatrisk sjuklighet kräver ofta kombinationer av de metoder som återges i det följande. I vissa fall måste särskilda åtgärder vidtagas. ECT vid svår depression är ett exempel på sådana särskilda åtgärder.

Långsiktig psykiatrisk behandling består vanligen av *kombinationer* av nedanstående olika alternativ:

A. Psykoterapeutisk behandling

Att bygga upp en terapeutisk allians med den unge och dennes familj är en förutsättning, men inte alls en garanti för behandlingsframgång. Individuell psykoterapi måste ha som utgångspunkt att förstå och behandla de mekanismer som ligger till grund för symptomen. Kognitiva dysfunktioner, det vill säga tankemönster ("scheman") som styr både känslor och handlingar, samt en bristande minnesfunktion är vanligt hos suicidala ungdomar och försvårar inledningen av psykoterapi. Brist på tillit och upplevelser av hopplöshet kan ytterligare försvåra behandlingen. Se nedan angående familjeterapi och vikten av ett stödjande familjeklimat.

Psykodynamiska alternativ

Psykodynamiska behandlingsformer har prövats under lång tid. Dessa resultat, samt behandlingens effektivitet mot suicidalitet, är svåra att uttala sig om. Metaanalyser talar dock för att positiva effekter finns och dessa får ej bortses från.

Kognitiv beteendeterapi, KBT

Kognitiv beteendeterapi, KBT, är en väldokumenterad behandlingsform vid flera tillstånd som predisponerar för suicidalitet, framförallt vid egentlig depression, dystymi och paniksyndrom. Behandlingen inriktas på de psykiatriska tillstånd som är aktuella och på de suicidala föreställningar och självskadande beteenden som blivit följden av dessa. Principen bakom KBT är att tankar påverkar beteenden och känslor och de i sin tur påverkar sinnesstämningen. Viktiga delar i behandlingen är att tidigt få igång patienten i aktiviteter som motverkar isolering och att omskapa negativa tankegångar som infinner sig automatiskt eller uppstår i vissa situationer. Olösta problem ökar känslan av nedstämdhet och maktlöshet. Genom att kartlägga problemen, överväga olika lösningar och pröva nya förhållningssätt steg för steg med hjälp av terapeutiska strategier kan hopplöshet och nedstämdhet minska.

Interpersonell psykoterapi, IPT

Interpersonell psykoterapi, IPT, har visat effekt vid behandling av akuta, lätta och medelsvåra depressioner hos ungdomar. Hos vuxna har behandlingen även visat sig förebygga återfall i sjukdomen. I likhet med KBT är terapin tidsbegränsad och målformulerad, skillnaden är att IPT är fokuserad på relationer. Interpersonella problem kan orsaka eller öka depressionstillstånd vilket i sin tur kan leda till relationsstörningar. Bearbetning av förluster, olöst sorgearbete och livskriser underlättas utifrån "här och nu situationen" med hjälp av stöd, uppmuntran och inläring. Låg självkänsla, sårbarhet och lättkränkthet är andra faktorer som kan påverkas med IPT. Patienten får insikt i hur egna kommunikationsmönster fungerar, vad som inte är konstruktivt och hur man istället kan uttrycka sig i relation till andra.

Lovande resultat har noterats i studier av vuxna som fått korttidsbehandling med IPT efter ett självmordsförsök. Behandlingsformen håller på att introduceras för ungdomar i Sverige.

Dialektisk beteendeterapi, DBT

Dialektisk beteendeterapi, DBT har visat sig effektiv vid behandling av personlighetsstörda vuxna och ”kroniskt suicidala” kvinnor (som gjort två eller fler självmordsförsök), och prövas nu också i behandlingen av ungdomar. Behandlingen har rötter i många olika terapiformer och syftar till att kompensera patienternas emotionella sårbarhet och instabila reaktionsmönster. Den innehåller en kombination av individuell terapi och psykosocial färdighetsträning i grupp. Behandlingsformen är ännu inte utvecklad för ungdomar i Sverige även om försök pågår.

Familjebehandling/familjeterapi

Sociala och ekonomiska brister måste åtgärdas. Erbjud hjälp och stöd till föräldrar så att de bättre kan klara av föräldrarollen, samt verka för ett förtroendefullt samarbete. Föräldrar behöver kunskap om suicidala beteenden och psykiatriska sjukdomar och hur de ska bemöta, stödja och skydda sitt barn. Eftersom konflikter mellan föräldrar och barn är mycket vanliga i dessa familjer har stort hopp satts till olika typer av familjeterapeutiska behandlingsmetoder. Hittillsvarande uppföljningsstudier av familjeterapi vid tonårssuicidalitet har dock inte visat på någon minskad risk för nya självmordsförsök. Oavsett detta är det värdefullt att förbättra dysfunktionella relationsmönster. Ett familjeklimat med fientlighet och avståndstagande påverkar i hög grad den suicidala processens utveckling hos en tonåring. Av den anledningen måste familjen erbjudas behandling som leder till bättre konfliktlösning och större öppenhet, samt till värme och närhet mellan familjemedlemmarna.

Föräldrar till suicidala ungdomar kan själva ha affektiva störningar, vara missbrukare och/eller uppvisa ett antisocialt beteende. Allvarlig dysfunktion, såsom försummelse och fysiska och sexuella övergrepp måste beaktas. Identifiering och behandling av föräldrarnas egen psykiatriska sjuklighet utgör därför en väsentlig del i vårdplanen. Vid uppföljningsstudier har detta visat sig vara en verkningsfull åtgärd med hänsyn till ungdomars suicidrisk i framtiden.

När det gäller dysfunktionella familjer måste skyldigheten till §71-SOL-åtgärd alltid övervägas (<http://www.jit.se/lagbok/980620t.html>).

B. Farmakologisk behandling

Val av läkemedel beror på symptomdynamik och komorbiditet. Psykofarmakologisk behandling är aktuell vid akut och svår ångest (anxiolytika), vid djupa depressioner och långsiktiga ångesttillstånd (SSRI) och vid bipolära tillstånd (litium, valproat). Ungdomar med en psykotisk sjukdomsbild, alternativt förvirringstillstånd, är sjukhusfall där behandlingen i första hand ska syfta till att skapa trygghet och återställa sömnen. Kompletterande psykofarmaka i det akuta skedet är i första hand anxiolytika. Neuroleptikabehandling påbörjas när patienten bedöms ha nytta av den.

Det är en fördel att starta läkemedelsbehandling i slutenvård, även om det inte alltid är praktiskt möjligt. Tänk på att förskriva små, itererade förpackningar om patienten behandlas i öppenvård. Alternativet kan vara att låta patienten eller anhörig få hämta dagsdosen på mottagningen. En

vuxen person måste övervaka att medicinen tas enligt föreskrift och se till att ingen överdosering sker, samt genast rapportera eventuella biverkningar.

Vissa patienter och anhöriga har orealistiska förväntningar på medicinens positiva effekter och den tid som brukar krävas för att uppnå effekt. Andra ungdomar reagerar negativt på att dagligen behöva äta farmaka. Att ta medicin kan uppfattas som ett slutligt bevis för att de är ”defekta”. För att uppnå så stor följsamhet som möjligt från patientens sida är en korrekt information viktig. Läkemedlens förväntade effekt och biverkningar måste presenteras i detalj, muntligt och helst även skriftligt, för patient och föräldrarna. Informationen ska förmedlas på ett sådant sätt att de unga kan känna sig trygga och ta ett eget ansvar för rapporteringen om biverkningar. Då blir risken mindre att de slutar abrupt eller överdoserar läkemedlet. Förklara särskilt den initiala påverkan medicineringen kan ha på exempelvis sömn och tarmfunktion. Ökad ångest har rapporterats under de första veckornas depressionsbehandling med vissa SSRI-preparat. Av den anledningen måste läkare och anhöriga övervaka patienten särskilt noga under denna period. Vid all farmakabehandling ska tonårsflickor tillfrågas om senaste menstruationsdatum så att inte graviditet föreligger.

Om föräldrar ej lever tillsammans är det extra viktigt att *båda* föräldrarna tillfrågas och informeras om farmakologisk behandling av barnet. Ungdomar har ett starkt behov av att fungera självständigt gentemot sina föräldrar, men är samtidigt beroende av deras stöd i medicineringen.

C. Missbruksbehandling

Överkonsumtion eller missbruk av alkohol och eller droger finns ofta med i utveckling av ungdomars suicidala process. Under rusets påverkan försämras omdöme och impuls kontroll. Också under alkoholbakrus (”hangover”) kan personer med ångestbenägenhet och depression bli självmordsbenägna (efter ”helgaftnar”, som av tradition firas med mycket alkohol, tar fler unga människor livet av sig jämfört med andra dagar).

Om alkohol eller droger har använts i samband med självmordsförsöket eller om det finns ett etablerat missbruk, försvårar detta vanligen behandlingen i det inledande skedet. Omgivningen kan missbedöma allvaret i situationen om den sociala anpassningen i övrigt är god. Överkonsumtion alternativt missbruk bagatelliseras och bakomliggande psykiatriska diagnoser förbises. Det är svårt att framgångsrikt behandla ångest och depression hos en patient med ett samtidigt missbruk som ”underhåller” den psykiatriska problematiken. Om missbruket har försämrat den unges kognitiva funktioner måste behandlingsmetoderna anpassas utifrån detta.

Inledande avgiftning och behandling mot missbruket måste ske samordnat med övriga behandlingsinsatser. Samarbete med en missbruksenhet respektive socialtjänst är ofta nödvändigt. Ungdomar behöver sällan farmakologisk abstinensbehandling under avgiftningsfasen, men alltid ett gott psykologiskt stöd och omhändertagande.

Missbruksbeteenden bromsar upp den naturliga frigörelseprocessen under tonårsfasen och därför bör behandling riktad mot beroendet, såsom omlärande interventioner och ev. aversionsbehandling, kombineras med terapi till individ och familj. Vid allvarliga missbruksproblem krävs vård på behandlingshem.

Nyare verksamma farmakologiska medel vid behandling alkohol- och heroinberoende hos vuxna är ännu inte i bruk vid behandling av tonåringar.

D. Individuell färdighetsträning

Målet med denna träning är att ge ungdomarna bättre kontroll över sin livssituation genom att öka deras självkänsla och problemlösningsförmåga samt att lära dem att bättre hantera stress och konflikter. Ett välfungerade samspel med andra människor, inte minst med föräldrarna, är en mycket viktig del i det långsiktiga behandlingsarbetet. Hjälp tonåringen att fungera i det dagliga livet och att ta ansvar för sig själv. Ge stöd i att träna anpassning till skola, kamrater och vuxna. Försök motverka skolk och "drop-outs" från skolan.

E. Aggression Replacement Training, ART

Aggressiva beteenden är vanliga personlighetsdrag hos suicidala tonåringar, särskilt hos pojkar. Bakom ett sådant aggressivt reaktionsmönster finns ofta en överkänslighet för kränkningar. Denna överkänslighet är dessutom ofta kombinerad med ett stereotypt beteende som svar på den spänning och olust som uppkommit. IIskekontrollträning innebär först och främst identifiering av de yttre händelser som initierar denna ilska samt en analys av hur dessa händelser vanligen feltolkas. Därefter försöker man reducera den fysiska spänning som uppstår genom att iakta och dämpa kroppsliga reaktioner. Nästa steg är att hitta mer flexibla copingbeteenden och uppmuntra de förändringar man lyckas åstadkomma.

F. Hälsopedagogik

Det är angeläget att både patient och anhöriga är väl informerade om och införstådda i vad som utlöst den suicidala processen och om de sjukdomar som bidragit till den. En viktig del av behandlingen är kunskap om individuell sårbarhet och känslighet för påfrestningar, livsstilsfaktorer samt om hur sjukdomsförlopp kan påverkas eller hur återfall kan förebyggas. Det är vanligt att ungdomar experimenterar med olika livsstilar under tonåren utan att ha närmare kunskap om de risker som kan medfölja sådana beteenden (se Diagnostik sid. 18). En god dygnsrytm och en meningsfull sysselsättning i skolan eller i arbetet är väsentligt för välbefinnandet.

G. Nätverksarbete/nätverksterapi

Nätverksarbete med föräldrar eller andra engagerade personer utanför familjen (som stöd till patienten) kan vara inledning till, eller ibland den enda möjliga behandlingsinsatsen. Resurspersoner i nätverket behöver i så fall kontinuerligt stöd och handledning. Nätverksterapeutiska åtgärder av olika slag bör alltid övervägas och blir nödvändiga i de fall där ungdomen och/eller föräldrarna saknar motivation till eller uteblir från planerad vård.

H. Behandling i annan miljö

Kortare eller längre tids placering i familjehem eller på behandlingsinstitution måste ibland övervägas och kräver då noggrann samplanering med socialtjänsten. Detta gäller till exempel vid svår försummelse eller övergrepp från föräldrarnas sida.

Basnivå: Skydd och omvårdnad. Psykoterapeutiskt bemötande/behandling som vid all barnpsykiatrisk vård. Effektiv behandling mot suicidalt beteende och bakomliggande psykiatrisk/somatisk sjuklighet, exempelvis Kognitiv beteendeterapi, KBT, missbruksbehandling, farmakologisk terapi. Behandling som ger ökad livskvalitet, exempelvis individuell färdighets-träning och hälsopedagogik. Psykoedukativ behandling, behandling av familjedysfunktion och föräldrars psykiska ohälsa.

Fördjupning: Interpersonell psykoterapi, ITP, Dialektisk beteendeterapi, DBT, Aggression Replacement Training, ART.

Aktiv uppföljning

Alla patienter som aktualiseras efter självmordsförsök ska erbjudas behandling enligt en uppgjord vårdplan. I denna ingår ”aktiv uppföljning” med målsättningen att ytterligare förhindra nya självmordsförsök och fullbordade självmord.

Att planera för en aktiv uppföljning

Risken för nya suicidhandlingar är som störst under det första året efter ett självmordsförsök. En plan för behandling och uppföljning ska därför finnas **under ett år** efter försöket, och enligt ett uppgjort kontrakt. Ungdomar som uteblir från planerade tider ska omedelbart kontaktas via telefon eller spåras upp på annat sätt för att erbjuds fortsatt behandling.

Ett självmordsförsök är ofta en ”sista utväg” för att påkalla hjälp efter en långvarig period av stress. Av den anledningen bör behandling och uppföljning planeras i samråd med patienten, anhöriga, skolan, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Exempelvis ska patienten och familjen upplysas om att det är viktigt att snabbt söka hjälp om det uppstår svåra konflikter i hemmet (”green card” till vården).

Efter det första mötet med patienten - oavsett om detta varit ett akutbesök och resulterat i öppenvårdsbehandling eller lett till inläggning - bör förnyad kontakt tas redan nästa dag, antingen via telefon eller genom återbesök (vid inläggning kontaktas patienten första dagen efter utskrivningen).

Kontinuitet

Ungdomar som uppvisar suicidalt beteende har ofta smärtsamma erfarenheter av brutna kontakter med för dem viktiga personer, vilket vanligen leder till en minskad tillit till vuxna. Kontinuitet är därför ett honnörsord vid all vårdplanering. Kontinuitetstänkandet ska gälla både vid valet av handläggare/behandlare och när det gäller vårdkedjan.

Följande riskmoment är därför viktiga att beakta vid planeringen av den aktiva uppföljningen:

- Byte av behandlare/terapeut bör undvikas eftersom patienterna vanligen har bristande tillit till vuxenvärlden. Om byte av terapeut/behandlare ändå måste ske är det viktigt att patienten ges möjlighet att upprätthålla kontakten med den första behandlaren under en avvecklingsperiod.
- Om ungdomar som utfört självmordsförsök ”slussas” mellan olika vårdgivare kan ansvaret för uppföljningen ”tappas bort” genom att olika vårdgivare kan ha olika vårdtraditioner. Vid varje byte av handläggare inom en enhet eller mellan vårdgivare bör det därför i särskild ordning överenskommas om vem som ansvarar för den aktiva uppföljningen.

Frågan om kontinuitet borde också beaktas organisatoriskt vad gäller stödet för självmordsnära patienter upp till 25 år. Även här är det viktigt att antalet byten av vårdgivare minimeras så långt det är möjligt.

Stöd till efterlevande vid inträffat självmord

Risker för nära anhöriga vid suicidhandlingar

Ett självmord eller ett självmordsförsök innebär stora påfrestningar för familjen och den nära omgivningen. Tänk på att suicidhandlingar kan upprepas av syskon, kamrater och medpatienter. Här diskuteras i första hand den effekt ett fullbordat suicid kan ha på omgivningen.

Det sorgearbete som följer efter ett självmord är oerhört tungt och svårt för de närstående. Sorg och saknad blandas med känslor av skuld och ilska på ett sätt som överstiger det ”normala” sorgearbetet. Denna blandning av känslor är svår att hantera och stå ut med. Anhöriga har rapporterat att stödet från det sociala nätverket varit för svagt eller helt uteblivit, då omgivningen känt sig osäkra i mötet med de anhörigas starka känslor. När ett barn eller en tonåring tagit sitt liv ska BUP erbjuda krishjälp till syskon och föräldrar om barnet eller tonåringen varit patient vid BUP. De anhöriga bör få gott om tid att vid flera tillfällen samtala med ansvarig läkare och andra som deltagit i vården. Om tonåringen inte är känd patient och resurser saknas för BUP-insatser bör föräldrarna hjälpas vidare till exempel till vuxenpsykiatriskt stöd.

Stöd och terapi är en viktig del i det självmordsförebyggande arbetet då självmord i en familj tenderar att öppna vägen för suicidala handlingar även hos andra familjemedlemmar, både i det akuta skedet och längre fram i tiden. Familjemedlemmarna kan behöva stöd och bearbetning i varierande omfattning och under olika lång tid utifrån individuella behov. Barn under 18 år drabbas särskilt hårt av en förälders död i självmord. Föräldrar som förlorat ett barn behöver ett långsiktigt stöd. Syskon som förlorat en bror eller syster har behov som kan ”glömmas bort” vid sidan av föräldrarnas sorg. Man bör känna till att reaktioner hos syskon kan komma långt senare och att behovet av hjälp då kan vara brådskande.

Om familjen inte önskar hjälp omedelbart efter dödsfallet bör man från sjukvårdens sida höra av sig per telefon (inte brev) efter en tid och fråga de anhöriga om de önskar kontakt, exempelvis: ”Jag har tänkt mycket på er – hur har ni det?”.

BUP bör informera om Riksorganisationen för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES). Det är en anhörigförening där föräldrar, barn och ungdomar kan få möta medmänniskor med erfarenheter av självmord inom familjen eller bland vänner. Föreningen har en speciell ungdomssektion och ingår i en telefonjourlinje som är öppen dagligen (se sid 40).

Risker för sårbara kamrater vid suicidhandlingar

Sårbara personer i självmordsoffret omgivning har en tendens att identifiera sig med de självdestruktiva handlingar denne har utfört, särskilt om de är av samma kön och i samma ålder. En anhopning av självmord och självmordsförsök kan följa i skolmiljöer eller i andra grupper där ungdomar känner till varandra (fritidsgrupper, psykiatrisk slutenvård etc.). Fenomenet har både individuella och gruppdynamiska rötter, men det handlar också om en bristande förmåga i samhället att kunna handskas med kriser och katastrofer. Vuxna människor behövs för vägledning och hjälp till unga i både den enskilda och den allmänmänskliga delen av sorgearbetet.

Stöd och utbildning av personal

Synsätt

Personalen bör - oavsett på vilken institution den arbetar - ha en klar uppfattning om sin inställning och sina värderingar vad gäller det ansvar varje människa har för sitt eget liv, då detta i hög grad påverkar förhållningssättet till den unge patienten. Personalen bör även vara välutbildad, erfaren och samkörd samt överens om vilket förhållningssätt och handlingsprogram som fungerar bäst i behandlingen av patienter med olika typer av problem.

Tonåringen förväntar sig lika mycket eller lika lite stöd från personalen som han eller hon är van att vuxna brukar ge. Ibland väljer tonåringen att hellre anförtro sig åt en kamrat än åt sina föräldrar - många gånger det bara den närmaste vännen som vet vad som rör sig i den unga människans tankar och själ. I vissa fall blir tonåringen helt isolerad med sina bekymmer och är inte kapabel att kommunicera med någon i sin omvärld. Därför måste personal på daghem, skolor, fritidsgårdar, inom sjukvården, polisväsendet och andra institutioner vara uppmärksamma på olika tecken som tyder på att ett barn, en ungdom eller en ung vuxen inte verkar må bra. En gemensam kunskapsbas behövs för personal som arbetar inom hälso- och sjukvården, inom kommunala organisationer såväl som för allmänheten. Representanter för olika instanser i samhället måste utveckla bättre kommunikationsvägar vad gäller ansvaret för våra tonåringar.

Ledningens förhållningssätt

Bristande utbildning eller handledning av personal kan öka risken för fullbordade självmord. Ledningen vid varje institution bör därför ha tillräcklig information om sina medarbetare för att kunna bedöma behovet av vidareutbildning. Det är också ledningens ansvar att se till att det finns tid och pengar avsatta för handledning för samtliga personalkategorier.

Ömsesidig respekt

Det förhållningssätt som ledningen har till personalen påverkar i sin tur personalens förmåga att bemöta patienterna. Likaså kommer det sätt på vilket varje personal bemöter sina kollegor att påverka förhållningssättet i mötet med patienterna. Våra åsikter, politiska ståndpunkter, erfarenheter och fördomar såväl som vår egen personlighet påverkar hur vi förmår att uppskatta våra kollegor.

Det är alltid den sköraste länken i en organisation som avgör om verksamhetens målsättningar går att uppfylla. Ledningen måste därför se till att alla som finns på en avdelning har en god grundutbildning samt informera personalen om nya forskningsrön.

Om ledningen inte lever upp till denna målsättning kan personalens uppmärksamhet och fokus på patienten lätt förskjutas till konflikter som härrör ur relationer inom organisationen. Detta kan av patienten uppfattas som en upprepning av hans eller hennes upplevelser i hemmet, skolmiljön eller i andra sammanhang.

Specifika utbildningsprogram

För den personal som har stödjande och behandlande uppgifter bör det finnas speciella program som innehåller följande moment (enligt det nationella programmet för utveckling av självmordsprevention *Stöd i självmordskriser*) (www.sll.se/suicid)

- bakgrundsfaktorer och riskfaktorer vid självmordsförsök och självmord
- kunskaper om suicidal kommunikation och suicidriskbedömning
- attityder och etik
- samtalsmetodik
- kris- och konfliktintervention
- diagnostik och behandling av depressioner och alkoholmissbruk
- utförande av retrospektiva genomgångar
- kunskaper om olika behandlingsmetoder och deras tillgänglighet
- behandling, tvärasektoriellt samarbete och uppföljning

För yrkeskategorier med direkt behandlingsansvar bör det finnas kurser som är speciellt utformade efter personalens behov.

Generella utbildningsprogram

För alla som har eller kan tänkas få kontakt med ungdomar med självmordsproblem bör det finnas generella utbildningsprogram som riktar sig till olika kommunala organisationer, såsom daghem, skolor, kultur- och fritidsföreningar, socialtjänst och andra berörda institutioner. En gemensam kunskapsbas bör utvecklas så att personal som arbetar inom kommunala organisationer och inom hälso- och sjukvården - samt allmänheten - kan kommunicera med varandra.

Krisstöd åt personalen

På varje avdelning bör det finnas kunskaper om hur man stödjer personalen vid en kris, samt en skriftlig plan för hur man ska hantera ett självmord eller ett självmordsförsök på avdelningen. Om detta inträffar måste anhöriga omgående underrättas, samt skyddas. Chefsöverläkaren ska informeras och en psykologisk genomgång utföras, det vill säga en retrospektiv tillbakablick på vad som har hänt. Det finns olika metoder för hur man genomför detta. Det viktigaste är att varje avdelning har beredskap att genomföra både en emotionell debriefing - med syfte att ge emotionellt stöd till den involverade personalen, anhöriga och medpatienter - och en intellektuell tillbakablick - med syfte att öka kompetensen i självmordsprevention inom en klinik eller på en mottagning.

Kvalitetsutveckling

Varje klinik som behandlar självmordsnära ungdomar bör utforma ett lokalt vårdprogram för denna grupp. Vårdprogrammet bör omfatta åtminstone några kvalitetsindikatorer vad gäller struktur, process och behandlingsresultat.

En kvalitetsindikator kan anses vara uppfylld om den motsvarar basnivån av det som beskrivs i riktlinjerna.

Strukturella kvalitetsindikatorer

- Kliniken har ett vårdprogram för självmordsnära ungdomar.
- Slutenvård kan erbjudas alla som bedömts vara i behov av det.
- Kliniken har en adekvat registrering av suicid och suicidförsök för sin sluten- och öppenvård.
- Öppenvårdskontakt kan erbjudas inom en vecka till alla som bedömts vara i behov av det.
- Tillräcklig diversifierad psyko- och familjeterapeutisk kompetens finns på kliniken.
- Psykofarmakologisk kompetens finns på kliniken.
- Personal som tar emot akutbesök har genomgått utbildning i självmordsriskbedömning.
- Personal på akutavdelning har utbildning i skydd och omvårdnad för suicidnära patienter.
- Organiserad samverkan finns med barn- och ungdomsmedicinklinik, intensivvårdsavdelning, vuxenpsykiatrisk klinik, missbruksvård, socialtjänst, skola och polis.
- Det finns kännedom om klinikkens vårdprogram och aktiviteter i något av de sex regionala självmordspreventiva nätverken som Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) samordnar.

Processindikatorer

- Självmordsriskbedömningen finns dokumenterad.
- Samtliga patienter har bedömts med diagnostiska kriterier enligt ICD-10 eller DSM-IV.
- X-nr (Avsiktligt självdestruktiv handling, X 60-X 84) respektive Y-nr (Skadehändelse med oklar avsikt, Y 10–Y 34) finns registrerade i journalerna på alla inlagda patienter.
- Alla självmordsförsökspatienter som behandlas i öppenvård är registrerade.
- Vårdplan för varje självmordsförsökspatient är uppgjord i samråd med patient och förälder och finns dokumenterad i journalhandling.
- Alla ungdomar (ensamma eller med föräldrar) som söker vård på kliniken efter ett självmordsförsök/självmordplaner får erbjudande om besökstid samma dag.
- Barnpsykiatrisk bedömning av självmordsnära ungdomar genomförs enligt riktlinjerna.
- Dokumenterad uppföljningsplan har gjorts upp i samråd med patient/anhöriga.
- Upprättad kontakt med skolans elevvård och socialtjänst där detta behövs.

Resultatindikatorer

- Andel patienter som dött i självmord eller under andra våldsamma omständigheter.
- Andel patienter som under uppföljningsåret gjort ett eller flera självmordsförsök.
- Andel patienter som under uppföljningsåret fullföljt överenskommen behandling.
- Andel patienter som ligger över 60 poäng på C-Gasskalan vid uppföljningsårets slut.

Suicidpreventionsgrupp

En grupp bestående av barn- och ungdomspsykiatriker, psykologer, socionomer och omsorgsrepresentanter skapas vid kliniken:

- Gruppen utvecklar och ansvarar för ett lokalt anpassat vårdprogram i överensstämmelse med riktlinjerna i detta dokument.
- Gruppen fungerar som en kunskapsbank och bör få kontinuerlig påbyggnadsutbildning.
- Gruppen ansvarar för utbildning inom kunskapsområdet, såväl inom som utanför kliniken.
- Gruppen är uppdaterad beträffande aktuella utbildningar och forskning.
- Gruppen ska ansvara för uppföljning och utvärdering av klinikkens suicidpreventiva verksamhet.

Tillgängliga utbildningar i Sverige

- Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri ska ordna kurser för ST-läkare samt vidareutbildning för specialister inom barn- och ungdomspsykiatri i suicidologi och självmordspreventivt arbete.
- 200 timmars utbildning i suicidologi och självmordspreventivt arbete för personal inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården ges vid NASP. Utbildningen ger 10 poäng vid Karolinska Institutet. I utbildningen ingår att genomföra ett självmordsförebyggande utvecklingsprojekt vid den egna arbetsplatsen eller vid den egna organisationen, samt att genomföra retrospektiva genomgångar.
- En tredagars utbildning i självmordsprevention för personal inom ungdomsverksamheten (skolan, socialtjänst etc.) ges regelbundet varje vår och höst vid NASP. Som utgångspunkt används videodokumentären ”Kärleken är den bästa kicken”.

Hemsidor

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

www.sll.se/suicid

Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri

www.svl.se, Sektion B

Stödorganisation SPES

www.spes.nu

NATIONELLA HJÄLPLINJEN Telefon: 020-220060

Nationella hjälplinjen är öppen alla kvällar. Hjälptelefonen kan även nås på e-post

info@nationellahjalpen.a.se och information erhållas från hemsidan

www.nationellahjalplinjen.a.se

Referenslista

- Brent DA, Practitioner review: The aftercare of adolescents with deliberate self-harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1997;38:3:277-286.
- Goldston D, (2001). Reviews of measures of suicidal behavior: Assessment of suicidal behaviors and risk among children and adolescents. (*pdf format, 202 pages, 401KB). National Institute of Mental Health Web site: <http://www.nimh.nih.gov/research/measures.pdf>
- Grøholt B, Suicide and suicide attempt among children and adolescents, a clinical and epidemiological study from Norway 1990-1994. *Dissertation 1999, Oslo, Norway. ISBN 82-910-49-29-7*
- Hawton K, van Heeringen K (Eds) 2000, The International Handbook of suicide and attempted suicide *ISBN 0-471-98367-5*.
- Hultén A, Suicidal Behaviour in Children and Adolescents in Sweden and some European countries, Epidemiological and clinical aspects. *Dissertation 2000, Stockholm, Sweden, ISBN 91-628-4254-4*.
- Ivarsson T. Depression and Depressive Symptoms in Adolescence: Clinical and epidemiological Studies. *Dissertation 1998, Gothenburg, Sweden ISBN 91-628-3194-1*.
- Miller A L, Glinski J. (2000). Youth suicidal behavior: assessment and intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 56(9), 1131-1152.
- Olsson G. Adolescent depression. Epidemiology, nosology, life stress and social network. *Dissertation 1998, Uppsala, Sweden, ISBN 91-554-4251- X*.
- Otto Ulf. Barns och ungdomars självmordshandlingar. En barn- och ungdomspsykiatrisk studie. *Avhandling. Stockholm 1971*
- Preventing Suicide;a resource for teachers and other school staff. *WHO, Geneva, 2000*
- Runeson B, Suicide and mental disorders in Swedish youth. *Dissertation 1990, Gothenburg, Sweden. ISBN 91-7900-954-9*
- Runeson B, Suicidriskbedömning. *NASPs Rapportserie 1998*.
- Rydellius P-A.
- Shaffer D, Waslick B (eds) 2002, The many faces of depression in children and adolescents. *American Psychiatric Publishing, Inc. ISBN 1-58562-071-8*
- Shaffer D, Pfeffer C R, (2001). Work group on quality issues. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (Suppl), 245-515.
- Wolk-Wasserman D. Attempted Suicide - the Patient's Family, social Network and Therapy. *Dissertation 1986, Stockholm, Sweden. ISBN 91-7900-118-1*.
- Wasserman, D (ed), Suicide; an unnecessary death. 2000, *Martin Dunitz förlag, ISBN 1-85317-822-5*

Definitioner

(Nationella rådet för självmordsprevention, 1995)

Självmordstankar. Fantasier, tankar, önskningar om och impulser att begå självmord.

Självmordsförsök. Livshotande eller skenbart livshotande beteende i avsikt att sätta sitt liv på spel eller göra intryck av en sådan avsikt, men som inte leder till döden.

Självmord. En medveten, uppsiktlig, självförvållad, livshotande handling som leder till döden.

Självmordsbeteende. Sammanfattande beteckning på självmordstankar, självmordsförsök och självmord.

Självmordsbenägenhet. Inställning präglad av avsikter, planer, eventuella beslut och impulser att begå självmord.

Självmordshandling. Självmordsförsök eller självmord.

Självmordskris. Kris under vilken en människas tillgängliga problemlösningsmetoder sviktar så att självmord aktualiseras och eventuellt planeras och genomförs.

Självmordsnära personer. Personer som

- nyligen (inom det senaste halvåret) har gjort självmordsförsök,
- som har allvarliga självmordstankar och där självmordsrisk bedöms föreligga under den närmaste tiden,
- personer som utan att ha allvarliga självmordstankar på grund av omständigheterna i övrigt bedöms vara i riskzonen för självmord.

Självmordsprocess. Utvecklingen från den första allvarliga självmordstanken över eventuella självmordsförsök till (fullbordat) självmord. Termen betecknar utveckling över tid. Den antyder också att självmord inte bara inträffar – de har alltid en historia.

Självmordsrisk. Risken att i en nära framtid begå självmord. Ibland avses risken överhuvudtaget, det vill säga under hela livet.

Självmondsstegen (efter professor Jan Beskow)

1. Nedstämdhet/hopplöshet Är du nedstämd och ledsen ofta? Känner du dig ”deppig” för det mesta? Känns allting hopplöst? Tror du att det kommer att bli bättre igen?
2. Dödstankar Känns allting meningslöst? Har du tänkt att det vore skönt att slippa leva?
3. Dödsönskan Har du önskat att du vore död? Skulle du vilja slippa vakna nästa morgon?
4. Självmondsstankar Har du tänkt på att göra dig själv något? Har du tänkt att du skulle kunna ta livet av dig? Har du tänkt ut hur du skulle göra?
5. Självmondsönskan Har du tänkt att du vill ta ditt liv? Har du varit nära att försöka ta ditt liv? Är det något som håller emot? Finns det något som talar för att fortsätta leva?
6. Självmondsförsök Har du tidigare gjort något självmondsförsök? Genomförde du det du tänkte göra eller gick det inte? Vad gjorde du? När? Var? Varför?
7. Självmondsplaner Har du planer på att ta ditt liv? Har du tänkt ut hur du skall göra? Har du bestämt när du skall göra det?
8. Självmondsförberedelser Har du gjort några förberedelser? Vilka? Har du skaffat tabletter? Har du vapen hemma? Har du skaffat andra redskap? Rep? Kniv?
9. Självmondsavsikt Har du bestämt dig för att ta livet av dig? När? Var? Hur? Har du skrivit avskedsbrev? Har du gjort dig av med saker du inte vill skall finnas kvar efter dig? Har du sett till att träffa kompisar en sista gång?

Instrument

Följande instrument går att hämta via www.sll.se/suicid:

Biverkningar av SSRI (selektiva serotonin-återupptagshämmare)

BHS (Becks Hopelessness Scale)

CGAS (Children's Global Assessment Scale)

DSRS (Depression Self Rating Scale)

SDQ-B (Strengths and Difficulties Questionnaire, på svenska Styrkor & Svårigheter, formulär för lärare, föräldrar och barn) Hemsida: www.sdqinfo.com

SIS (Suicide Intention Scale)

GAF (Global Assessment of Functioning), Global Funktionsskala återfinns i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition (DSM-IV), Am Psychiatric Association.

Följande instrument erhålls via kontaktpersoner:

BDI (Becks Depression Scale)

CBCL (Child Behaviour Check List)

CDI (Childrens Depression Scale)

CES-DC (Center for Epidemiological Studies – Depressive Child)

DICA (Diagnostic Interview for Children and Adolescents)

KSADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6-18 years)

YSR (Youth Self-Report)

Kontaktpersoner

BDI

www.psykologiforlaget.se

CBCL

[Bruno.Hagglof@psychiat.umu.se](mailto: Bruno.Hagglof@psychiat.umu.se)

CDI

[bo.larsson@medisin.ntnu.no](mailto: bo.larsson@medisin.ntnu.no)

CES-DC

[gunilla.olsson@bupinst.uu.se](mailto: gunilla.olsson@bupinst.uu.se)

DICA

[gunilla.olsson@bupinst.uu.se](mailto: gunilla.olsson@bupinst.uu.se)

FMSS instruktion

[Per.Gustafsson@ihm.liu.se](mailto: Per.Gustafsson@ihm.liu.se)

Familjeklimat

[Kjell.Hansson@.soch.lu.se](mailto: Kjell.Hansson@.soch.lu.se)

Frågor om familjemedlemmar

[Kjell.Hansson@.soch.lu.se](mailto: Kjell.Hansson@.soch.lu.se)

KSADS

[tord.ivarsson@vgregion.se](mailto: tord.ivarsson@vgregion.se)

Mitt sociala nätverk

Susanne Aresik-Ram/Maria Elf, Psykologiförl.
AB

Samarbete med somatisk vård (mott/IVA/avd)

[per-anders.rydelius@ks.se](mailto: per-anders.rydelius@ks.se)

YSR

[Bruno.Hagglof@psychiat.umu.se](mailto: Bruno.Hagglof@psychiat.umu.se)