



Att Förebygga Själv mord: ett stödmaterial för primärvården

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

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

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

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

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

Översättare: Britta Alin Åkerman, Mia Franzén

2009

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

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

ATT FÖREBYGGA SJÄLMORD

ETT STÖDMATERIAL FÖR PRIMÄRVÅRDEN

Psykiska sjukdomar och beteendestörningar
Avdelningen för psykisk hälsa
WHO
Geneve
2000

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

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

Översättning av Britta Alin Åkerman från dokumentet på engelska:
http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf ,
vidare bearbetning av Mia Franzén, NASP, 2009

© World Health Organization, 2000

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

INNEHÅLL

Förord	3
Själv mord/suicid – problemets omfattning	4
Varför inrikta sig på primärvårdens personal	5
Själv mord/suicid och psykiska sjukdomar	5
Depression	6
Varför depression inte upptäcks	7
Alkoholism	7
Schizofreni	8
Fysisk sjukdom och självmord	9
Själv mord - sociodemografiska och miljöfaktorer	11
Personer i riskzonen för självmordsbeteenden	12
Hur ska vi nå fram till en självmordsnära person	13
Själv mord – myt och fakta	15
Hur man känner igen en självmordsnära person	16
Hur man bedömer självmordsrisk	17
Hur man ska behandla en självmordsnära person	18
Hur man hänvisar en självmordsnära person till annan hjälp	20
Vad man ska göra och inte ska göra	22
Slutsats	22

FÖRORD

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

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

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

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

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

Vi vill rikta ett särskilt tack till Dr Lakshmi Vijayakumar, SNEHA, Chennai, Indien som skrev en tidigare version av detta stödmaterial. Texten har sedan kontinuerligt setts över av följande medlemmar i WHO:s internationella nätverk för suicidprevention som vi är mycket tack-samma gentemot:

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

Professor Jouko Lonnqvist, National Public Health Institute, Helsingfors, Finland

Professor Lourens Schlebusch, University of Natal, Durban, Sydafrika

Dr Airi Värnik, Tartu University, Tallinn, Estland

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

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

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

FÖRHINDRA SJÄLMORD

ETT STÖDMATERIAL FÖR PRIMÄRVÅRDEN

Självord/suicid – problemets omfattning

- En miljon människor beräknas ta sitt liv under ett år över hela världen.
- Var 40:e sekund tar en person sitt liv någonstans i världen.
- Var 3:e sekund gör en person ett självmordsförsök i avsikt att dö.
- Självord är bland de tre främsta dödsorsakerna bland ungdomar i åldern 15 - 35 år.
- Varje självmord har en allvarlig inverkan på minst sex andra personer.
- De psykiska, sociala och ekonomiska konsekvenserna av självmord för familjen och samhället är omätbara.
- Självord är ett komplext problem som det inte finns någon enskild orsak, eller enskild förklaring till. Självord är ett resultat av ett samspel av biologiska, genetiska, psykologiska, sociala, kulturella och miljömässiga faktorer.
- Det är svårt att förklara varför vissa människor beslutar att ta sitt liv medan andra i en liknande eller ännu svårare situation inte gör det. Men de flesta självmord kan förebyggas.
- Att förebygga självmord och psykisk ohälsa är numera en angelägenfolkhälsofråga i alla länder. Primärvården och vårdpersonal är viktiga att nå för att de ska få kunskap och redskap att identifiera, bedöma och behandla en självmordsnära person på ett bra sätt som ett viktigt steg i suicid prevention.

VARFÖR INRIKTA SIG PÅ PRIMÄRVÅRDENS PERSONAL

- Primärvården har en inarbetad och nära funktion i samhället och är väl accepterad av lokalbefolkningen.
- De utgör den viktiga länken mellan samhället och sjukvården.
- I många utvecklingsländer där mentalvårdstjänster inte är så väl utbyggda, är primärvården ofta den främsta källan till hälso- och sjukvård.
- Primärvårdens kunskap om närsamhället gör det möjligt för dem att överblicka stöd från familj, vänner och organisationer.
- Primärvården har möjlighet att erbjuda kontinuitet och därmed trygghet i vården.
- Primärvården bör vara första alternativet för den som mår psykiskt dåligt.

Primärvårdens personal finns tillgängliga, är kunniga och engagerade för att ge bra vård i människors närhet.

SJÄLVMORD/SUICID OCH PSYKISKA SJUKDOMAR

Studier från både utvecklingsländer och industriländer visar två faktorer. För det första, att de flesta människor som tar sina liv har en diagnostiserad psykisk störning. För det andra är självmord och suicidala beteenden vanligare bland psykiatriska patienter.

De olika diagnostiska grupperna med risk för självmord är:

- depression (alla former)
- personlighetsstörning (antisocial och borderline personlighet med drag av impulsivitet, aggression och täta stämningsförändringar)
- alkoholism (och / eller drogmissbruk hos ungdomar)
- schizofreni
- organisk psykisk störning

- andra psykiska störningar.

Även om de flesta av dem som tar sitt liv har en psykisk störning, tar en majoritet av dem inte kontakt med vården ens i länder med en välutvecklad psykiatrisk vård. Därför får primärvårdspersonalen en viktig roll i att både upptäcka och hjälpa personer i svårigheter.

Depression

Depression är den vanligaste diagnosen för självmord. Många känner sig deprimerade, ledsna, ensamma och instabila från tid till annan, men oftast försvinner dessa känslor. Men, när känslorna är långvariga och stör en persons vanliga normala liv, upphör dessa att bara vara depressiva känslor utan istället utvecklas de till en depressiv sjukdom.

Några gemensamma symptom på depression är:

- känslan av att vara ledsen under större delen av dagen, varje dag
- förlorar intresset för vanliga aktiviteter
- tappas vikt (när det inte är bantning) eller går upp i vikt
- sover för mycket eller för lite eller vaknar för tidigt
- känslan av att vara trött och svag hela tiden
- känslan av att vara värdelös, skyldig eller hopplös
- allmän känsla av irritation och rastlöshet hela tiden
- har svårt att koncentrera sig, fatta beslut eller komma ihåg saker
- har upprepade tankar på döden och självmord

Varför depression inte upptäcks

Trots att en mängd olika behandlingar finns tillgängliga för depression finns flera skäl till att denna sjukdom många gånger inte diagnostiseras:

- Människor tycker ofta att det är pinsamt att erkänna att de är deprimerade, eftersom de ser symtomen som ett tecken på svaghet.
- Människor är medvetna om de känslor och andras reaktioner som hänger samman med depression och vill därför inte erkänna symtomen som en sjukdom.
- Depression är svårare att diagnostisera när personen har en fysisk sjukdom.
- Patienter med depression kan ha alltifrån vaga smärtor till stark värk.

Det finns hjälp för depression

Självord kan förebyggas

Alkoholism

- Omkring en tredjedel av de personer som har tagit sitt liv har varit beroende av alkohol;
- 5 – 10 procent av människor som är beroende av alkohol avslutar sitt liv genom självmord;
- Vid tidpunkten för när personer har självmordstankar har många varit under påverkan av alkohol.

Utmärkande är att människor med alkoholproblem som begår självmord sannolikt:

- har börjat dricka vid en mycket ung ålder;
- har konsumerat alkohol under en lång period;
- har druckit i stor omfattning;
- har dålig fysisk hälsa;

- känner sig deprimerade;
- har stört och kaotiskt privatliv;
- har drabbats av en nyligen personlig förlust, t.ex. separation från maken och / eller familjen, skilsmässa eller dödsfall;
- har svårt att utföra en arbetsinsats.

Alkoholberoendet hos människor som tar sina liv har inte bara börjat i tidig ålder och resulterat i tung alkoholkonsumtion utan ofta är beteendet nedärvt från föräldrar med alkoholproblem.

Drogmissbruk har ökat bland ungdomar som har självmordstankar/beteenden.

Förekomsten av både alkoholism och depression ökar risken för självmord

Schizofreni

Cirka 10 procent av personer med diagnosen schizofreni tar sina liv. Schizofreni kännetecknas av störningar i tal, tanke eller hörsel. Personer med schizofreni tar ofta inte hand om sin personliga hygien och har även ett annorlunda socialt beteende. Man ser en drastisk förändring i beteende och/eller känslor, eller att konstiga idéer utvecklas.

Schizofrena personer har en ökad risk för självmord om de är:

- unga, ensamstående, arbetslösa män;
- befinner sig i ett tidigt skede av sjukdomen;
- är deprimerade;
- visar benägenhet av täta skov;
- är högutbildade;
- har paranoida tankar

Schizofrena personer är mer benägna att begå självmord vid följande tider:

- i ett tidigt skede av sin sjukdom, när de är förvirrade och / eller skamfyllda;
- i början av sin återhämtning när deras symtom utåt är bättre men de inom sig känner sig utsatta och hopplöst förlorade i sin sjukdom;

Förekomsten av både alkoholism och depression hos en person ökar risken för självmord:

- i början av ett återfall, när de känner att de har övervunnit problemet, men symptomen återkommer;
- i början efter utskrivning från sjukhuset.

Fysisk sjukdom och självmord

Vissa typer av fysiska sjukdomar har samband med en ökad självmordsrisk.

Neurologiska sjukdomar

Epilepsi

Ökad impulsivitet, aggressivitet och kroniska funktionshinder hos personer med epilepsi är den troliga anledningen till ökat självmordsbeteende hos denna diagnosgrupp. Alkohol- och drogmissbruk kan också bidra till självmordstankar.

Spinal eller skallskador och stroke

Ju allvarligare skador desto större är risken för självmord.

Cancer

Det finns indikationer på att terminal sjukdom (t.ex. cancer) har samband med ökad självmordsrisk. Risken för självmord är större hos:

- män;
- direkt efter diagnos (inom de första fem åren);
- när patienten genomgår kemoterapi.

Hiv / aids

Stigmatisering, dålig prognos och typ av sjukdom ökar självmordsrisken för HIV-drabbade människor. Vid tidpunkten för diagnos, när personen inte har haft stödkontakt är självmordsrisken högre.

Kroniska sjukdomar

Följande kroniska sjukdomstillstånd visar ett möjligt samband med ökad självmordsrisk:

- diabetes;
- multipel skleros;
- kronisk njursvikt och lever och andra gastrointestinala sjukdomar;
- ben- och ledsjukdomar med kronisk smärta;
- hjärt- och neurovaskulära sjukdomar;
- sexuella störningar.

De som har svårt att gå, att se och att höra är också i farozonen.

Självmordsrisken ökar
vid smärtsamma och kroniska sjukdomar

SJÄLVMORD - SOCIODEMOGRAFISKA OCH MILJÖFAKTORER

Kön

Fler män begår självmord än kvinnor men fler kvinnor försöker ta sina liv

Ålder

Självordsfrekvensen har två toppar:

- ungdomar (15 - 35 år);
- äldre (över 75 år).

Civilstånd

Skild, änka och ensamstående löper större risk än gifta personer. De som bor ensamma eller är separerade är mer sårbara.

Yrke

Läkare, veterinärer, apotekare, kemister och bönder har högre genomsnittlig självmordsrisk.

Arbetslöshet

Förlust av arbete, snarare än status för arbetslösa personer, har visat sig ha samband med självmord.

Migration

Människor som har flyttat från landsbygden till en tätort eller till en annan region eller ett annat land är mer sårbara för ett självmordsbeteende.

Miljöfaktorer

Stressfaktorer

Majoriteten av dem som tar sina liv har upplevt ett antal svåra livshändelser minst tre månader före självmordet, såsom:

- Personliga problem - t.ex. gräl med makar, släkt, vänner och älskare;
- Förlust / isolering /avskärmning - t.ex. separation från familj och vänner;
- Förändringar - t.ex. ekonomisk förlust, sorg;

- Arbete och ekonomiska problem - t.ex. arbetslöshet, pension, ekonomiska svårigheter;
- Förändringar i samhället - t.ex. snabba politiska och ekonomiska förändringar;
- Även andra faktorer såsom skam och ett hot om att befunnits skyldig till en händelse.

Lättillgänglighet

Den omedelbara tillgången till en metod är en viktig faktor som avgör om en person kommer att ta sitt liv. Minskad tillgång till medel för att begå självmord är en effektivt självmordsförebyggande strategi.

Exponering för självmord

En liten andel av dem som tar sina liv består av sårbara ungdomar som upplevt ett självmord på nära håll, utsatts för självmord i verkliga livet eller då självmord exponerats i media. Sårbara ungdomar kan på så sätt påverkas att ta efter detta självmordsbeteende.

PERSONER I RISKZONEN FÖR SJÄLMORDSBETEENDEN

Tre funktioner är särskilt utmärkande för patienter i risk att genomföra en självmordshandling:

1. *Ambivalens*: De flesta människor har blandade känslor inför att begå självmord. De vill vanligtvis leva och en önskan att dö är mer sällsynt. Det finns ett behov av att komma bort från den psykiska smärtan och detta överskuggar viljan att leva. Många suicidala personer vill egentligen inte dö. De vet bara inte hur de ska orka leva så som de har det nu. Om stöd och hjälp ges att se alternativa problemlösningar kan önskan att leva minska suicidrisken.

2. *Impulsiviteten*: Självmordshandlingen är ett impulsivt fenomen och impulsen är i sin natur övergående. Om en person avbryts i impulsögonblicket kan krisen lösas upp. Med hjälp av hälso- och sjukvårdspersonal kan självmordsrisken minska bl.a. genom hjälp till den självmordsnära och dess närstående att hantera och minimera riskerna för impulsiviteten.

3. *Rigiditet*: När människor är självmordsnära och deras tankar och känslor är begränsade, kan de inte uppfatta andra vägar ut ur problemet. De sänder ofta ut signaler och gör uttalanden om att "vilja dö", "ha en känsla meningslöshet" och så vidare. Alla dessa uttalanden kan vara en grund för att få hjälp och får inte ignoreras. Detta tycks vara en generell iakttagelse runt om i hela världen.

Känslor	Tankar
Sorgsenhet deprimerad	"Jag önskar att jag var död"
Ensamhet	"Jag kan inte göra någonting"
Hjälplöshet	"Jag kan inte klara det längre"
Hopplöshet	"Jag är en förlorare och en börda"
Värdelöshet	"Andra kommer att bli lyckligare utan mig"

HUR SKALL VI NÅ FRAM TILL EN SJÄLMORDSNÄRA PERSON?

Ofta när folk säger "jag är trött på livet" eller "det är ingen mening med att leva", får de ofta höra att andra personer har varit med om större svårigheter. Sådan information hjälper inte en självmordsnära person.

Den inledande kontakten med den suicidala personen är mycket viktigt. Ofta sker kontakten på en vårdcentral, hemma eller på offentlig plats där det kan vara svårt att ha en privat konversation.

1. Det första steget är att hitta en lämplig och lugn plats där ett samtal kan hållas med rimlig integritet.
2. Nästa steg är att avsätta den tid som behövs. Suicidala personer behöver ofta mer tid till att ge en bild av sin livssituation, varför det är viktigt för personal att vara mentalt förberedd och att ge den suicidala personen tid.
3. Den viktigaste uppgiften är då att lyssna på den suicidala personen på ett närvarande och medmänskligt sätt. Att få berätta om och bli hörd i den psykiska smärtan är i sig ett stort steg för att minska graden av självmordstankar.

Målet är att överbrygga den klyfta som skapats av misstro, hopplöshet och förlust av hopp och ge en person hopp om att deras situation kan förändras till det bättre.

Hur man kommunicerar:

- Lyssna uppmärksamt, var lugn.
- Försök förstå personens känslor och visa medkännande.
- Ge icke-verbala meddelanden som visar acceptans och respekt.
- Ha tydlig respekt för personens åsikter och värderingar.
- Tala ärligt och uppriktigt.
- Visa din oro, omsorg, värme och förmedla hopp.
- Fokusera på personens känslor.

Hur man inte ska kommunicera

- Avbryta för ofta.
- Bli chockad eller känslomässig på ett felaktigt sätt.
- Uttrycka att du är upptagen eller stressad.
- Vara nedlåtande.
- Göra påträngande eller oklara kommentarer.
- Ställa laddade frågor.

Det är viktigt att vara lugn, ha en öppenhet, visa omsorg och acceptera det den suicidala personen förmedlar. På så sätt underlättas kommunikationen.

Lyssna med värme
Behandla med respekt
Känna med känslor
Var aktsam om förtroende

SJÄLVMORD – MYT OCH FAKTA

Myt	Fakta
1. Människor som talar om självmord försöker inte ta sitt liv	1. De flesta som tar sina liv har tidigare gett tydliga signaler
2. Suicidala människor är helt inriktade på att dö	2. En majoritet av dessa människor är ambivalenta/vacklande
3. Självmord inträffar utan förvarning	3. De flesta har på ett eller annat sätt signalerat sina intentioner
4. Förbättring efter en kris innebär att självmordsrisken är över	4. Många självmord inträffar i en period av förbättring när personen har energi och kan vända desperata tankar till en destruktiv handling
5. Inte alla självmord kan hindras	5. Det är sant, men en majoritet av handlingarna och dess bakgrundsfaktorer går att förebygga
6. När en person är självmordsnära har han/hon alltid självmordstankar	6. Självmordstankar kan återkomma men de är inte ständiga och för vissa människor kommer de aldrig tillbaka

HUR MAN KÄNNER IGEN EN SJÄLVMORDSNÄRA PERSON

Signaler som vårdpersonal kan observera i personens beteende eller tidigare livshistoria:

1. Tillbakadraget beteende, oförmåga att relatera till familj och vänner
2. Psykiska sjukdomar
3. Ökat alkohol-/tablett- eller drogbruk
4. Ångest och panik
5. Förändring av personligheten, visar irritabilitet, pessimism, depression eller apati
6. Förändring i ät- eller sovvanor
7. Tidigare självmordsförsök
8. Självhät, känner sig skyldig, värdelös eller fylld av skam
9. En nyligen stor förlust - dödsfall, skilsmässa, separation, etc.
10. Självmord i familjen
11. Plötslig lust att städa upp när det gäller personliga tillhörigheter, skriver ett testamente, ger bort saker som den satt stort värde på, etc.
12. Känsla av ensamhet, hjälplöshet, hopplöshet
13. Självmordsanteckningar
14. Fysisk ohälsa eller funktionsnedsättning
15. Upprepade samtal kring död eller självmord

HUR MAN BEDÖMER SJÄLMORDSRISK

När primärvårdens personal misstänker ett självmordsbeteende som en möjlighet, måste följande faktorer bedömas:

- personens nuvarande psykiska tillstånd och hans tankar om döden och självmord;
- personens nuvarande självmordsplan - hur beredd är personen och hur snart kan handlingen genomföras. Hur nära har personen varit ett självmordsförsök tidigare;
- vilket stöd har personen i sin närmaste omgivning (familj, vänner, etc.).

Det bästa sättet att ta reda på om personer har självmordstankar är att fråga dem.

I motsats till vad många tror, är det inte så att samtal om självmord påverkar människor att ta sina liv. Faktum är att de är mycket tacksamma och lättade över att öppet kunna tala om de problem och frågor som de kämpar med.

Hur ska man fråga?

Det är inte lätt att fråga en person om hans eller hennes självmordstankar eller funderingar, men det är bra att gradvis närma sig ämnet. Några praktiska frågor kan vara:

- Känner du dig ledsen?
- Känner du att ingen bryr sig om dig?
- Känner du att livet inte är värt att leva?
- Har du en känsla av att vilja ta ditt liv?

När ska man fråga?

- När personen visar en känsla av att äntligen bli förstådd eller sedd i sin smärta;
- När personen talar om sina känslor;
- När personen talar om negativa känslor av ensamhet, hjälplöshet, värdelöshet etc.

Vad ska man fråga?

1. För att ta reda på om personen har en klar plan för att ta sitt liv:

- Har du planer på att ta ditt liv?
- Funderar du över hur det ska gå till?

2. För att ta reda på om personen har möjlighet eller en uttänkt metod:

- Har du tillgång till piller, pistol, insektsmedel, eller någon annan metod?
- Är dessa metoder lätt tillgängliga för dig?

3. För att ta reda på om personen har fastställt en tidsplan:

- Har du beslutat när du ska planera att avsluta ditt liv?
- När planerar du att göra det?

Alla dessa frågor måste ställas med omsorg, omtanke och medkänsla

HUR MAN SKA BEHANDLA EN SJÄLMORDSNÄRA PERSON

Låg risk

För en person som har haft några självmordstankar, och till exempel uttryckt ”jag orkar inte längre ” eller ”jag önskar att jag var död” men inte har gjort några planer gäller följande:

- Erbjud känslomässigt stöd.
- Arbeta igenom suicidala känslor. Ju mer öppet en person talar om förlust, isolering och värdelöshet, desto mindre är hans eller hennes känslomässiga kaos. När den emotionella turbulensen avtar, kommer personen sannolikt att kunna reflektera över sin situation. Denna process av eftertanke är avgörande för beslutet om att leva.
- Fokusera på personens positiva sidor genom att få honom eller henne att tala om hur problemen tidigare har lösts utan att han/hon har tagit sitt liv. Arbeta fram en överlevnadsplan.

- Rekommendera personen en kontakt med vårdpersonal eller en läkare med kompetens inom området.
- Träffa personen regelbundet och håll löpande kontakt samt anknyt till närstående.

Medelhög risk

För en person som har självmordstankar och planer, men inte har några planer på att ta sitt liv **omedelbart** gäller följande:

- Erbjud känslomässigt stöd, arbeta igenom personens suicidala känslor och fokusera på positiva och starka sidor. Dessutom fortsatt med stegen nedan.
- Utnyttja personens ambivalens. Hälso- och sjukvårdspersonalen bör inrikta sig på den ambivalenta känsla som den suicidala personen har så att han/hon gradvis ökar sin vilja att leva och lär sig hantera och få kontroll över sin suicidalitet.
- Tala om alternativ till självmord. Hälso- och sjukvårdspersonalen bör försöka ta reda på de olika alternativ till självmord som kan finnas för personen, även om dessa kanske inte är perfekta lösningar, i hopp om att personen kan acceptera minst en av dessa.
- Gör upp ett kontrakt. Försök få den självmordsnära personen att inte ha tankar på att ta sitt liv:
 - utan att kontakta vårdpersonalen;
 - under en viss period.
- Hänvisa personen till en psykiater, kurator eller läkare, och fastställ ett möte mellan dem så snart som möjligt.
- Kontakta familjen, vänner och kollegor, och försök vinna deras stöd.

Hög risk

För en person som har en tydlig plan, har möjlighet att genomföra handlingen, och planerar att göra det omedelbart gäller följande:

- Stanna hos personen. Lämna aldrig personen ensam.

- Försök att försiktigt prata med personen och ta bort piller, kniv, pistol, insektsmedel, etc.
- Gör upp ett kontrakt som visar att hjälp finns och ge personen hopp.
- Kontakta omedelbart vårdpersonal eller en läkare inom psykiatrin och ordna ambulans och sjukhusvistelse,
- Informera familj och mobilisera möjligt stöd.

HUR MAN HÄNVISAR EN SJÄLMORDSNÄRA PERSON TILL ANNAN HJÄLP

När man ska hänvisa är när personen har:

- psykiatrisk sjukdom;
- en historia av tidigare självmordsförsök;
- en familjehistoria av självmord, alkoholism eller psykisk sjukdom;
- fysisk ohälsa;
- inget socialt stöd.

Hur man hänvisar

- Den primära hälso- och sjukvårdspersonalen måste ta sig tid att förklara för den självmordsnära personen om orsaken till hänvisningen:
- Ordna med kontakt och överföring. Ibland kan man behöva följa med och överlämna ansvaret personligen, eftersom en suicidal person kanske inte klarar eller orkar med det nya mötet själv;
- Förmedla till den person som hänvisningen sker till att ärendet är för allvarligt för hälso- och sjukvårdspersonalen, och att psykiatrisk kunskap är nödvändig för att hjälpa den självmordsnära personen;
- Träffa gärna den självmordsnära personen igen efter samråd med psykiatrisk expertis;
- Håll regelbunden kontakt. Kontinuitet och förtroende förmedlar omtanke, hopp och människovärde.

Resurser

De vanligaste stöden som finns är:

- familj
- vänner
- kollegor
- präster
- kriscentrum
- hälso- och sjukvårdspersonal

Hur man närmar sig stödpersoner:

- Försök att få tillstånd av den suicidala personen att ta reda på de stöd som finns och sök därefter kontakt med dem. Förklara hur viktigt det är med fler stödjare i omgivningen och be den suicidala personen uppgiv alternativ till stödjare. Ta därefter kontakt med dem som personen uppgivit.
- Om den suicidala personen inte lyckas övertygas om vikten av mer stöd, försök ändå hitta någon som kan vara lämplig och väl känner och respekterar personen.
- Prata med den tänkta stödjaren i förväg och förklara att det ibland är lättare att prata med en främmande person än närstående, så att han eller hon inte känner sig förbisedd eller felaktigt behandlad.
- Tala med de aktuella personerna utan att anklaga dem eller få dem att känna sig skyldiga.
- Notera de åtgärder som ska vidtas.
- Var medveten om även stödpersonernas behov

VAD MAN SKA GÖRA OCH INTE SKA GÖRA

Vad man bör göra:

- Lyssna, visa empati och var lugn;
- Var stödjande och visa omsorg;
- Ta situationen på allvar och bedöm graden av risk;
- Fråga om tidigare självmordsförsök;
- Undersök andra möjligheter än självmord;
- Fråga om självmordsplaner finns;
- Köp "tid" - gör upp ett kontrakt;
- Identifiera andra möjligheter till stöd;
- Ta bort självmordsmedel, om så är möjligt;
- Vidta åtgärder, berätta för andra, se till att få hjälp,
- Om risken är hög, stanna hos personen.

Vad man inte bör göra

- Ignorera situationen;
- Bli chockad, generad eller få panik;
- Säga att allt kommer att bli bra och ordna sig;
- Övertala personen att gå vidare;
- Låta som om problemet verkar trivialt;
- Ge falska försäkringar;
- Hänvisa till sekretessen;
- Lämna personen ensam.

SLUTSATS

De viktigaste resurserna som primärvårdens personal har är att visa engagemang, lyhördhet, omtanke om och intresse för en annan människa, samt använda sin kunskap för att förmedla hopp om att livet är värt att leva. Det gäller att förmedla att hjälp och stöd finns för den unika och värdefulla person som man möter. Det handlar om att agera för att förhindra självmord – att rädda liv.

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**