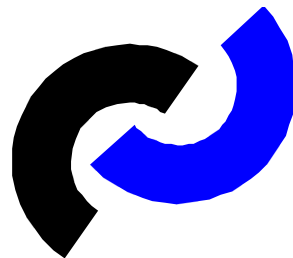


Suicidnära patienter, vårdprogram

Vård- och handlingsprogram för självmordsnära patienter
i Hälso- och sjukvården, Region Örebro län,
programmet inkluderar även kontakt med deras anhöriga



Arbetsgrupp för uppdatering vårdprogrammet:

Fides Schückher, överläkare, beroendecentrum

Tabita Sellin Jönsson, forskare, UFC, uppföljningsstrateg, utvecklingsenhet psykiatri

Maria Ruthgård, specialistläkare, läkarchef, allmänpsykiatrisk öppenvård

Georgios Alexopoulos, specialistläkare, allmänpsykiatrisk öppenvård

Spyridon Kilaidakis, chefläkare Område psykiatri, överläkare, beroendecentrum

Lise Bergman Nordgren, specialistpsykolog och psykoterapeut, regional samordnare suicidprevention

Pawel Haczkiwicz, distriktsläkare, Mikaeli vårdcentral, Område Nära vård

Remiss genom chefläkargruppen Region Örebro län



Innehållsförteckning

1	Inledning	3
	Syfte och mål med vårdprogrammet	3
	Definitioner	3
2	Suicid och suicidförsök i Sverige och Örebro län	3
	Suicidalitetens utveckling och förlopp.....	4
3	Risk och skyddsfaktorer	5
	Psykisk sjukdom	7
	Somatisk sjukdom	8
	Skyddsfaktorer.....	8
4	Det goda bemötandet och omhändertagandet	9
5	Suicidriskbedömning	9
	Patient- och anhörigsamtalet.....	10
6	Att identifiera kommunikation om suicid	11
7	Handläggning av suicid i vuxenpsykiatri	12
	Psykiatrisk akutmottagning	12
	Psykiatrisk heldygnsvård	13
	Psykiatrisk öppenvård	14
8	Handläggning av suicidrisk hos barn och unga	15
9	Handläggning av suicidrisk i somatisk vård	16
	Somatisk öppenvårdsmottagning eller heldygnsvårdsenhet	16
	Vård efter suicidförsök.....	16
10	Behandlingsstrategier	17
	Farmakologisk och medicinteknisk behandling	17
	Psykologisk och psykosocial behandling.....	18
11	Rapportering vid suicidförsök och fullbordat suicid (gäller hela vården)	19
	Stöd till berörd personal efter suicidförsök eller fullbordat suicid.....	19
	Stöd till anhöriga efter fullbordat suicid.....	19
12	Suicidprevention i primärvården	19
	Handläggning	20
	Behandling av suicidnära i primärvården	21
13	Implementering	21
14	Länkar och telefonnummer	22
15	Referenser och vidare läsning:	23
16	Bilagor	25
	16.1 Bilaga 1 Checklista för strukturerad bedömning vid suicidrisk.....	25
	16.2 Bilaga 2 Självmordsstegen	26
	16.3 Bilaga 3 Colombia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).	27
	16.4 Bilaga 4 Sju punkter för säkerhetsplanering för personer med risk för suicidalt beteende ..	30
	16.5 Bilaga 5 Situation-Bakgrund-Aktuellt tillstånd – Rekommendation (SBAR).....	31

1 Inledning

Suicid och suicidförsök är ett betydande folkhälsoproblem både i Sverige och i övriga världen. Personer med suicidproblematik medför svåra bedömningar och väcker ofta starka känslor. De blir ofta aktuella som patienter inom psykiatrisk verksamhet, men bör även uppmärksammas inom primärvård och annan somatisk vård.

En effektiv suicidprevention grundar sig på insikten om att suicid och suicidförsök går att förebygga. Strukturerade suicidriskbedömningar och ett respektfullt och gott omhändertagande spelar då en stor roll. I det praktiska arbetet med suicidnära patienter krävs även ett kraftfullt och kontinuerligt samarbete och insatser från flera håll såsom familj, arbetsplats, skolhälsovård, socialtjänst, psykiatrisk och somatisk vård.

Folkhälsomyndigheten har fått regeringens uppdrag att samordna arbetet med suicidprevention på nationell nivå, för att uppnå det nationella målet att ingen människa ska hamna i en sådan utsatt situation att suicid ses som enda utvägen. I vårt län har vi en regional samordnare som är en stödjande länk mellan nationell och lokal nivå. I våra kommuner behöver samhällsaktörer komma överens om insatser och ansvarsfördelning, så att ingen människa hamnar utanför samhällets stöd. Region Örebro läns beslutade handlingsplan för suicidprevention och minskad psykisk ohälsa har uppmärksammat behovet av riktade insatser för sjukvården vid suicidnära tillstånd. Kunskapshöjande insatser och ökad insikt om faktorer som kan minska risken för att en individ hamnar i suicidnära tillstånd är prioriterat.

Syfte och mål med vårdprogrammet

- Att minska frekvensen av suicid i Örebro län
- Att utveckla samsyn för suicidriskbedömningar i hela länet, med lika villkor i bemötande, omhändertagande, uppföljning och dokumentation
- Att förbättra bemötande, behandling och uppföljning av patienter efter suicidförsök samt av suicidnära patienter
- Att utöka kunskapen kring suicidalitet
- Att ge riktlinjer för utredning, behandling och dokumentation
- Att ge riktlinjer för patientsäker överföring av patient mellan olika vårdgivare

Definitioner

Suicid är en medveten, uppsåtlig, självförvållad livshotande handling, som leder till döden.

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

Med **suicidnära** patient menas:

- att patienten nyligen (inom senaste året) har gjort ett suicidförsök
- att patienten har allvarliga suicidtankar och att suicidrisk bedöms finnas kvar under den närmaste tiden framöver.
- att patienten, utan att ha allvarliga suicidtankar, på grund av exempelvis starka negativa livshändelser, ändå bedöms vara i riskzonen för suicid.

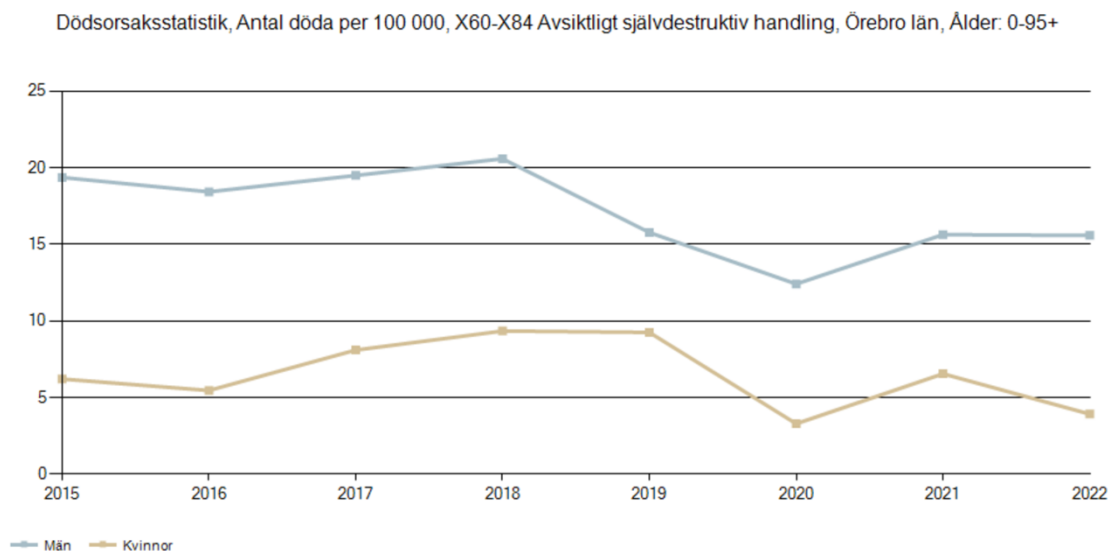
2 Suicid och suicidförsök i Sverige och Örebro län

Varje dag dör i genomsnitt ca fyra personer i suicid i Sverige. Under 80- och 90-talen visade Socialstyrelsens mortalitetsdata en tydligt nedåtgående trend för suicid. Internationell forskning har indikerat att sänkning av suicidtal delvis kan förklaras av förbättrad depressionsbehandling, men framför allt genom implementering av suicidpreventiva riktlinjer, dygnet-runt arbetande kristeam och särskilt fokus på patienter med samsjuklighet.

Under 2022 dog 1 254 personer i Sverige av säkert fastställda suicid, 897 män och 357 kvinnor. Tio var barn under 15 år. Det registrerades också 315 fall där det fanns misstanke om suicid, men där avsikten inte kunde styrkas. Uppdelat per kön och 100 000 invånare låg dödstaten för säkra suicid bland män i riket på 16.99 per 100 000, medan kvinnornas dödstal för säkra suicid var 6.86 per 100 000 invånare år 2022. De åldersgrupper som har högst suicidantal är medelålders och äldre män. Avseende suicidmetoderna är de ofta mer våldsamma bland män än bland kvinnor, och alkohol har en mer framträdande roll bland männen.

Antalet patienter som heldygnsvårdas efter suicidförsök eller annan självdestruktiv handling har legat förhållandevis stabilt under 2000-talet. Sedan 2008, då flest vårdades, har det skett en viss minskning. Under 2019 var antalet suicidförsök som ledde till heldygnsvård totalt 6803, eller 95 vårdtillfällen per 100 000 invånare. Motsvarande antal i Örebro län var 224 patienter eller 88 vårdtillfällen per 100 000 invånare. De flesta suicidförsöken sker i åldersgruppen 15-24 år, och är vanligare bland kvinnor än män.

I Örebro län dog 30 personer i säkert fastställda suicid under 2022, 24 män och 6 kvinnor. Ytterligare 12 dödsfall registrerades som misstänkta suicid. Ingen person som anges i statistiken för Örebro län 2022 var under 20 år. Sammantaget finns alltså 42 registrerade dödsfall där orsaken angivits som avsiktlig självdestruktiv handling (fastställt suicid) eller skadehändelse med oklar avsikt (misstänkt suicid). 2021 var motsvarande siffra 45 personer. Dödstaten för säkra suicid per kön och 100 000 invånare var i länet 15.6 för männen och 3.9 för kvinnorna. Det visar att suicid bland både män och kvinnor i länet ligger lägre än i riket som helhet.



Figur 1. Linjediagrammet visar antal fastställda suicid per 100 000 invånare i Örebro län perioden 2015–2022, Källa: Socialstyrelsen, Statistikdatabas för dödsorsaker. Datauttag 2023-06-22.

Suicidalitetens utveckling och förlopp

Ofta använder man begreppet ”den suicidala processen” för att beskriva utvecklingen från den första allvarliga tanken på suicid till suicidförsök eller till fullbordat suicid. Processen kan ibland vara mycket kort och i andra fall sträcka sig över decennier. Under den suicidala processen snävas ofta patientens perspektiv in, de har ”kikarsikte”, så att suicid framstår som det enda möjliga alternativet.

Flera faktorer är av betydelse för den suicidala processen, både de som är uttryck för personens sårbarhet (t ex. genetisk disposition, psykisk sjukdom, beroende), men även faktorer som uttrycker stress (t ex. separationer, kränkning, sjukdomsprocesser). Det finns även skyddande faktorer för suicid, såsom förmåga att kommunicera och goda relationer med familjemedlemmar (se illustrerande bild nedan)

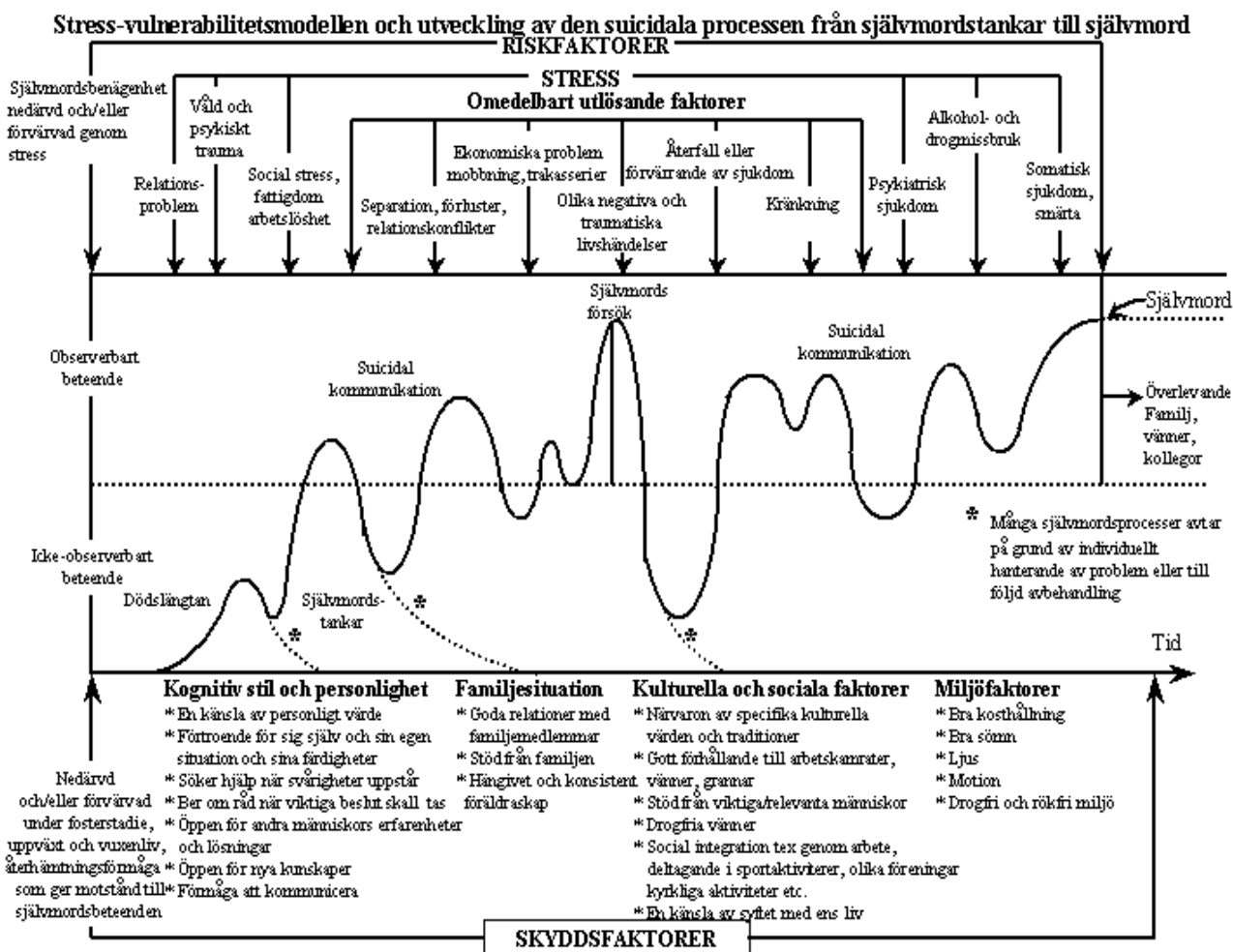


Bild hämtad med tillstånd från boken: Suicide-an unnecessary death, editor; D.Wasserman , utgiven av Oxford University press, 2016 och i denna bok , kap. 3 om den suicidala processen skrivet av Danuta Wasserman.

3 Risk och skyddsfaktorer

Tidigare suicidförsök

Tidigare suicidförsök är den enskilt viktigaste riskfaktorn för suicid och sambandet är starkare för män än för kvinnor. Särskilt alarmerande är om det förekommer flera försök och om de kommer tätare och med större suicidavsikt, t ex noggrann planering för att dölja avsikten, eller våldsamt metod. Risken för suicid efter föregående suicidförsök är störst under första året, men risken finns kvar under längre tid.

Kön

Två tredjedelar av alla suicid som sker i Sverige görs av män. Vid 75 år åldern är dock suicid lika vanligt bland män och kvinnor. Var fjärde suicid begås av personer över 65 år framför allt hos män över 80 år. Män påverkas mer av sociala och ekonomiska samhällsförändringar än kvinnor. Däremot är nästan två tredjedelar av dem som vårdas i samband med suicidförsök i Sverige kvinnor.

Sociala faktorer i olika åldrar

Risken för suicid ökar om någon i familjen, en släkting eller nära vän tagit sitt liv. Barn till en förälder som tagit sitt liv har dubbelt så stor risk att själva ta sitt liv, särskilt om föräldern dog när barnet var litet eller i tidiga tonåren. Risken är även förhöjd om man är änkling, frånskild eller arbetslös. Även ekonomisk utsatthet och skulder kan vara en riskfaktor. Hos unga kan konflikter med föräldrar eller en avslutad viktig relation vara utlösande faktorer. Hos äldre personer är självmordsförsök mindre vanliga, däremot är fullbordade suicid är vanliga. De flesta äldre har kommunicerat suicidtankar året innan fullbordat suicid. Hos äldre individer spelar ensamhet, bristande socialt nätverk, somatisk sjukdom och funktionsnedsättning en stor roll.

Utlandsfödda

Utlandsfödda personer har nästan dubbelt så stor risk för suicid som svenskfödda. Suicid förekommer oftare bland personer som flyttat till Sverige från länder med höga suicidtal såsom Finland och Ryssland och mindre ofta bland personer från t ex Mellanöstern. En persons uttryckssätt vid en krissituation varierar beroende på kulturella faktorer, men dessa faktorerers betydelse minskar om det finns en psykiatrisk grunddiagnos.

Sexuell läggning och könsidentitet

Studier har visat att HBTQI-personer har förhöjd risk för suicidförsök och suicid jämfört med heterosexuella. Den psykiska ohälsan hos dessa personer är ofta betydande i övre tonåren.

Stress

Även en akut stressreaktion utan tecken på allvarlig psykisk sjuklighet kan leda till suicid. Sexuella övergrepp, utanförskap, brutna relationer, mobbning, förlust av en position eller andra situationer som upplevs som kränkande kan vara utlösande faktorer. Ekonomisk stress har visat sig vara en stark riskfaktor särskilt för yngre män.

Kriminalvård

Personer som begått våldsbrott har en särskilt förhöjd suicidrisk. Våld och aggressivitet kan riktas såväl mot omgivningen som mot individen själv. Suicidrisken hos personer intagna i kriminalvård är ökad, särskilt första veckan efter intagning och månaderna efter frigivning.

Övriga riskfaktorer

- Våldserfarenhet från familj eller egen benägenhet att använda våld
- Särskilda personlighetsdrag och anknytningsmönster såsom lättkränkthet, impulsivitet
- Påverkan av internet
- Tillgång till vapen, läkemedel och andra medel som kan användas vid suicid

Psykisk sjukdom

Nästan alla suicid föregås av en psykisk sjukdom. Omkring 90 % av de personer som begår suicid har visat tecken på psykisk störning. De diagnoser som har starkast samband med suicid är depression, missbruk/beroende, personlighetsstörning och schizofreni. Risken för suicid är förhöjd vid inläggning respektive utskrivning från psykiatrisk vård, men allra störst under de första veckorna efter vårdtiden.

Depression och bipolär sjukdom

Majoriteten av patienter som begått suicid led av depression vid sin död. Livstidsrisken för suicid är högre bland män som vårdats för depression än bland kvinnor. Faktorer som ska uppmärksammas är om det samtidigt finns inslag av ångest, sömnsvårigheter, psykotiska eller atypiska symtom. Depressionssjukdomens svårighetsgrad och känslor av hopplöshet är faktorer som kan varsla om och leda till suicid. Även mildare depressiva tillstånd är förknippade till en riskökning bland äldre. Hos patienter med bipolär sjukdom förekommer en ökad suicidrisk särskilt vid förekomst av tidigare suicidförsök och hopplöshetskänslor. Suicidrisken är högst vid bipolär sjukdom typ I. Suicid hos en familjemedlem, tidig sjukdomsdebut, svåra symtom eller ökande svårighetsgrad vid depression, blandepisod, snabb växling mellan depressiva och maniska symtom (rapid cycling), samt samsjuklighet med andra sjukdomar kan vara kopplade till suicidförsök. Suicidhandlingar kan förekomma i olika faser av en depressionssjukdom både tidigt, efter insatt behandling eller i efterförloppet innan stabilitet uppnåtts.

Missbruk/beroende

Personer som vårdats på sjukhus för alkoholproblem har en 5-10 gånger högre suicidrisk än normalbefolkningen. Studier har visat att i 25-55% av fallen där män suiciderat och i 15 % där kvinnor suiciderat fanns alkoholmissbruk/beroende med i bilden. Alkoholdiagnosen utgör den näst vanligaste diagnosgruppen för män. De flesta suiciden sker under pågående missbruksperiod, men kan även förekomma under övriga missbruksfaser. För narkomaner är risken att dö i suicid 15-16 gånger högre än för normalbefolkningen. Den största risken är vid opiatmissbruk. Samsjuklighet mellan psykiska sjukdomstillstånd och missbruk ökar risken ytterligare för suicidhandling.

Personlighetsstörning

Bland personlighetsstörningar är det framför allt emotionell instabil personlighetsstörning (borderline) som för med sig ökad suicidrisk, särskilt hög är risken för personer med samtidigt missbruk eller annan psykiatrisk samsjuklighet. Även individer med narcissistisk och antisocial personlighetsstörning har en ökad risk för suicid.

Ångestsyndrom

Patienter med ångestsjukdom eller personer med ångestsymtom löper ökad risk för suicid och suicidförsök. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) har också uppvisat samband med suicidförsök. Kombinationen av ångest och depression ökar risken ytterligare.

Psykossjukdom

Suicidförsök är vanliga hos denna patientgrupp. Risken för suicid hos patienter med schizofreni är 12 gånger högre jämfört med normalbefolkningen. Särskilt hög är risken hos yngre personer och åren närmast efter insjuknande och diagnos. Ökad risk föreligger framför allt vid nedstämdhet, motorisk oro och agitation. Det är mindre vanligt att suicid sker vid akut försämring i psykossjukdomen. Risken ökar snarare vid efterförloppet av en akut period. Ur suicidsynpunkt är det viktigt med behandling med neuroleptika.

Självskadebeteende

Många individer med självskadebeteende gör också suicidförsök. Även upprepad självskada utan suicidavsikt ökar risken för fullbordat suicid. Som behandlare bör man vara observant på när en patient med repetitivt självskadebeteende får mer intensiva depressiva besvär och när hopplöshetskänslor ökar i intensitet.

Långvarig ätstörning

En ökad risk för suicidförsök finns hos unga med ätstörning. Personer med långvarig ätstörning har en högre risk för suicid, särskilt vid samtidig depression.

Neuropsykiatriska tillstånd

Suicidrisken är sannolikt förhöjd vid neuropsykiatriska tillstånd. Om suicid i denna grupp beror på det neuropsykiatriska tillståndet, hög impulsivitet eller vanligt förekommande samsjuklighet i depression och ångest är ännu inte klarlagt. Suicidförsök är vanligare bland personer med ADHD.

Somatisk sjukdom

Risken för suicid är förhöjd vid en mängd olika somatiska sjukdomar och tillstånd. Ökad risk har identifierats vid olika sorters cancer, epilepsi, kol, hjärtsjukdomar, leversjukdomar, stroke, synnedsättningar, AIDS, reumatoid artrit, diabetes, multipel skleros, hjärtinfarkt, magsår, njursjukdom, samt vid ett flertal andra tillstånd som engagerar nervsystemet. Patienter med smärtsyndrom har också en förhöjd suicidrisk.

Risken är särskild förhöjd den första tiden efter besked om somatisk sjukdom, samt tiden efter en inläggning. Orsaken till ökad suicidrisk vid somatisk sjukdom kan vara en akut stressreaktion eller ångest vid besked om en allvarlig somatisk diagnos. Orsak till ökad risk kan också vara smärta eller en sekundär depression till följd av somatisk sjukdom eller skada. En förhöjd risk kan även uppstå vid funktionsbegränsning eller upplevelse av att vara en börda för andra. Risken för suicid är särskilt hög bland äldre som drabbas av somatisk sjukdom. Äldre män har då högre risk än äldre kvinnor.

Ur suicidsynpunkt är det därför viktigt att undersöka om patienten med somatisk sjukdom lider av ångest, akut stressreaktion eller depression och även ge behandling för detta.

Skyddsfaktorer

Bilden som illustrerar den suicidala processen (se kap 2 sid 7) visar att avsaknad av riskfaktorer istället fungerar som skyddsfaktorer. Exempel på skyddande faktorer för suicid och suicidhandlingar kan vara:

- Gravitet, ansvar för familj och barn, gemenskap i familjen
- Vänner, skola och kulturell grupp.
- Förmågan att skapa och upprätthålla relationer
- Förmågan att kommunicera och förmåga till problemlösning
- Kulturella eller religiösa värden med tabu inför suicidhandlingar
- Mening och sammanhang i den egna livssituationen
- God sömn, allsidig kost, fysisk motion och drogfrihet
- Ekonomisk grundtrygghet

För en patient som förlorar skyddsfaktorer ökar risken för suicid. Därför är det viktigt att alltid undersöka om några skyddande faktorer nyligen har förändrats.



4 Det goda bemötandet och omhändertagandet

Ett gott bemötandet av den suicidnära patienten är av högsta vikt. De viktigaste i omhändertagandet av en suicidnära patient är att ge uppmärksamhet och tid, att visa medkänsla och att vara icke dömande. Patienten behöver bli lyssnad på och bli empatiskt bemött i sina känslor. Patienten behöver känna att det finns ett engagemang i bemötandet och inte uppleva sig avvisad. Annars är risken stor att patienten bryter kontakten med vården eller gör ett nytt suicidförsök.

Något som visat sig vara av stor betydelse är att skapa en förtroendefull och bärande relation, med möjlighet till kontinuitet i kontakten. Man behöver skapa en miljö som är varm, vänlig och stödjande kring patienten. Det gäller att vinna tid så att patienten får utrymme till eftertanke och att reflektera över sin situation, se att det kan finnas andra möjliga vägar än suicid. Ofta får behandlaren ta på sig rollen som ”vikarierande hopp”. Här är det viktigt att tänka på att vara realistisk i sin roll.

Suicidhandlingar är ett uttryck för en människas yttersta maktlöshet. Det kan också vara en aggressiv handling riktad mot personen själv eller möjligen någon annan. Det behövs kunskap om den specifika patient vi har framför oss, för att uppnå ett kvalificerat omhändertagande. Vi behöver känna till vad som gör livet meningsfullt för just den patienten och vad i patientens tillvaro som skulle kunna vara en utlösande faktor som höjer risken för suicid. Det är inte ovanligt att patienten visar en aggressiv sida eller är apatisk eller avvisande. Dessa faktorer är förknippade med en högre suicidrisk. Då är det angeläget att fortsätta försöka nå fram till patienten, våga bemöta starka känslor från patienten och inte bli osäker. När någon ser suicid som det enda alternativet, behöver patienten hjälp att återfå ett grepp om tillvaron, samt en struktur.

I det akuta bemötandet är det angeläget att:

- Skapa en förtroendefull och bärande relation till patienten
- Lyssna till patienten och visa en förståelse för patientens känslor och situation.
- Upprätthålla en icke-dömande attityd emot patienten
- Tillgodose värme, vila och kravlöshet för patienten

Förhållningssättet bör präglas av:

- Respekt och tillit
- Struktur och fasthet
- Tydlig information

5 Suicidriskbedömning

För att göra en välgrundad suicidriskbedömning är det viktigt att inleda med ett respektfullt samtal. Det ger patienten möjlighet att beskriva sina symtom och ger förutsättning för behandlaren att komplettera med de tecken och riskfaktorer som kan iakttas. En strukturerad suicidriskbedömning innebär att man systematiskt inhämtar relevanta data, gör en sammanvägd bedömning och dokumenterar viktig information. All personal som arbetar självständigt med patienter ska reagera adekvat på suicidal kommunikation. Detta inkluderar att kunna genomföra en första bedömning och vid identifierad risk hänvisa vidare till rätt instans. All personal som arbetar självständigt med patienter inom psykiatrin ska kunna genomföra och dokumentera en *strukturerad suicidriskbedömning*.

En strukturerad suicidriskbedömning ska alltid genomföras vid:

- varje form av övervägd eller genomförd självskada eller suicidförsök
- akutsökande i psykiatri, även där suicidrisken inte är uppenbar
- nybesök i psykiatri, även när suicidrisken inte är uppenbar
- patienter med återkommande suicidtankar
- patienter med depressioner, personlighetsproblematik, missbruk eller psykotiska inslag
- in/utskrivning i psykiatrisk heldygnsvård
- ställningstagande till permission från psykiatrisk heldygnsvård

Checklista för strukturerad bedömning vid suicidrisk (bilaga 1) och instrumentet *Självmondsstegen* (bilaga 2) är stöd för en omsorgsfull värdering, som inkluderar suicidal intention, suicidal beteende, aktuell sjukdomsbild, riskabla omständigheter, anhörigas anamnes samt skyddsfaktorer. Dessa kan användas av alla yrkeskategorier. Genom att använda tidigare journaluppgifter, anamnes från anhöriga och stöd av skattningsskalor ökar precisionen för värderingen av suicidrisken. För in resultat av checklistan (dvs identifierade riskfaktorer och skyddsfaktorer) samt en sammanvägd bedömning i journalen under sökordet riskbedömning. Bedömningen kan uttryckas som låg risk, svårbedömd risk samt hög risk. Bedömningen ska KVÅ registreras med kod AU118.

Vid behov av ytterligare stöd kan t ex skattningsskalan *Colombia Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS, bilaga 3) användas (film: <http://cssrs.columbia.edu/>). Exempel på andra instrument är *Suicide Assessment Scale* (SUAS), och frågor om suicid i instrumenten *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS-S), *Becks Depression Inventory* (BDI-II), *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), eller *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI). Enligt Socialstyrelsens rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (2020), kan bedömningsinstrument med tillräckligt hög känslighet användas som hjälpmedel för att kartlägga viktiga riskfaktorer för suicid, men Hälso- och sjukvården bör inte bedöma suicidrisken enbart med skattningsinstrument.

Suicidrisken kan ändras vid:

- Akut kris
- Förhöjd ångestnivå
- Försämring, utebliven förbättring av depression eller bipolär sjukdom eller tillkomst av psykotiska symtom
- Start/höjning av antidepressiv medicinering
- Ökat bruk av alkohol eller droger
- Behandlingsmisslyckande
- Avbrott i vården eller önskan om att bryta behandlingen i förtid
- Ökad hopplöshetskänsla
- Information om suicidtankar eller beteenden som kommer från andra än patienten själv t ex anhöriga eller vården

Patient- och anhörigsamtalet

Vid suicidrisk är samtalet det viktigaste verktyget. Vid samtalet försöker bedömaren att få så god information som möjligt om hur patienten resonerar kring sin situation, mående och livslust. Samtidigt krävs en lyhördhet för att detta kan vara ett väldigt känsligt ämne för patienten. Samtalet fungerar också som en viktig intervention genom att hjälpa patienten att sätta ord på sitt mående. Planera för täta samtal som kan inge hopp. Några konkreta råd inför samtalet är att tänka igenom samtalets syfte innan. Under samtalets gång bör du undvika att argumentera eller avbryta med goda råd. Lyssna aktivt istället, ta svaren på allvar och försök förstå.

- Ta reda på vilka problem som patienten upplever som mest överhängande
- Uppmärksamma suicidrisk i ett kort- och långsiktigt perspektiv (riskfaktorer)
- Ta reda på vad som får patienten att vilja leva (skyddande faktorer)
- Se över patientens sociala nätverk. Vilka finns omkring patienten och vilka personer upplever patienten som stöttande eller krävande
- Kartlägg om patienten lider av sömnsvårigheter, ångest och hopplöshet
- Formulera en plan med delmål för den fortsatta vården
- Stöd patientens förmåga att själv hantera och hitta lösningar på sina problem

Anhörigmedverkan

Anhöriga (används även i betydelsen nära vän) ska ses som en resurs i både bedömning och behandling. Tillsammans med anhöriga kan ofta en bättre bedömning av patientens suicidhandling göras. De bör alltid kontaktas i samband med den akuta bedömningen och i vårdplaneringen för en suicidnära patient, för att inhämta viktig information om deras iakttagelser och upplevelser. De anhöriga upplevs ofta som en viktig och positiv kontakt för patienten. Grundprincipen är att för att vården ska kunna kontakta en anhörig behöver patienten ge sitt samtycke. Det finns dock situationer då sekretessen får brytas, såsom i situationer då personal har anmälningsskyldighet.

I anhörigmedverkan kan följande ingå:

- Inhämtande av information från anhörig vid bedömning av patient med suicidrisk
- Att informera berörd anhörig om suicidrisk, situationer då suicidrisken kan öka, samt om varningssignaler
- Att involvera anhöriga i vårdplaneringen så tidigt som möjligt
- Att ge både muntlig och skriftlig information om vem anhörig kan vända sig till vid en försämring av sin närståendes tillstånd
- Att beakta att anhörig kan behöva hjälp för egen del

Oavsett om patienten befinner sig i öppen- eller heldygnsvård måste patienten ge sitt samtycke till anhörigmedverkan. Om patienten inte ger sitt samtycke är det viktigt att personalen fortsätter att försöka motivera till detta. Även om patienten säger nej till anhörigmedverkan finns det inget som hindrar personal från att ta emot viktig information från anhörig som tar kontakt, men utan samtycke kan ingen information delges anhöriga. Bedöms att den information som erhållits bör dokumenteras skall det framgå tydligt vem som delgett informationen. Kontakt med anhörig eller polis får tas om det behövs för att stoppa ett nödläge, t ex ett eventuellt suicidförsök. Patientens inställning till anhörigmedverkan bör dokumenteras i vårdplanen. Observera att patienten ibland kan vara i konflikt med en anhörig, som resulterat i en suicidhandling hos patienten.

Om den suicidnära har barn är det viktigt att också bedöma barnens situation och behov av professionell hjälp. Finns misstanke att barn i familjen far illa har personal inom hälso- och sjukvård anmälningsskyldighet och en anmälan till Socialtjänsten ska göras. Anmälan kan göras ensam eller gemensamt, och ska ske i anslutning till kontakten. Så långt som möjligt är det bra om man informerar om att en orosanmälan skrivs, och varför. Ge skriftlig information till anhöriga om t ex depression och visa hur de kan få kontakt med andra i samma situation. Se under avsnitt 14: Länkar till hjälp vid oro för ett barn, samt stöd från anhörig- och brukarorganisationer.

6 Att identifiera kommunikation om suicid

En människa som överväger suicid kommunicerar ofta detta direkt eller indirekt i någon form till någon i sin omgivning, genom att prata om det öppet, eller mer indirekt och genom subtila budskap och signaler. Det kan vara svårt för omgivningen att identifiera och hantera dessa signaler. Det behövs utrymme för både patient och personal för kommunikation kring suicid, då det tar tid att uppfatta subtila budskap om suicid och dessa budskap är också svårare att uppfatta vid stress.

Nedan följer en lista över varningstecken och direkt/indirekt kommunikation som identifierats av personal, som man kan behöva vara observant på och som kan vara tecken på att patienten är suicidnära:

- *Att se en förändring hos patienten* – i nära anslutning till suicid kan patienten upplevas som förbättrad: lugnare, mer stabil och nöjd. Andra kan tystna, efter att tidigare ha varit verbala
- *Att uppleva patienten som svårtolkad* – den suicidnära patienten kan ge dubbla budskap, eller bära en mask för omgivningen och neka suicidtankar, vilket gör att omgivningen kan överraskas av att personen begår suicid. Det patienten säger och känslan man får stämmer inte överens – då behöver personal se igenom patientens fasad och tolka det icke-verbala budskapet.
- *Att känna patientens existentiella ångest* – en kraftig och påtaglig ångest kan uppfattas av andra, som en tyngd i rummet. Personal kan känna hur patienten söker efter en förlorad roll, eller kanske söker efter livet självt.
- *Att se patienten få insikt* – att uppfatta att patienten får en smärtsam insikt om hur livet blev, eller att patienten inser en förlust av t ex förmågor, autonomi, hälsa eller sin identitet. Att se ett hopp tändas hos patienten och att det hoppet sedan går förlorat.
- *Att uppfatta att patienten gör ett avslut* – patienten är inte mottaglig för hjälp, vill inte påbörja någonting nytt, eller uttrycker en ovilja vid utskrivning att komma tillbaka till sitt vardagsliv. Att kapitulera, sluta strida för sin sak och inte vilja vara delaktig i beslut. En ökad upptagenhet av döden, som en förberedelse för sitt eget avslut. Att ordna så ett husdjur tas omhand av någon. Att visa tacksamhet, som att tacka för sig. Att ta avsked av någon betydelsefull person i patientens liv.

Det är viktigt att utveckla en förståelse för patientens samlade situation och identifiera känslor som patienten förmedlar icke verbalt, att inse när förändrade livsomständigheter påverkar patienten så till den grad att patienten överväger suicid.

7 Handläggning av suicid i vuxenpsykiatri

Psykiatrisk akutmottagning

På psykiatrisk akutmottagning används triagering enligt RETTS-PSY, en arbetsmetod anpassad för psykiatri, som innebär att man snabbt bedömer, sorterar och prioriterar utifrån medicinsk allvarlighetsgrad.

När en person kommer till psykiatrisk akutmottagning gör omvårdnadspersonal en screening av suicidbenägenhet med stöd via RETTS-PSY. Screening är ett stöd för läkaren. Innan patienten bedöms av läkare hålls patienten under uppsikt av varierande grad beroende på bedömd allvarlighetsgrad – allt från omvårdnadsvak omedelbart efter ett suicidförsök till tillsyn i väntrum. Läkaren gör sedan en strukturerad suicidriskbedömning. Om behov av inläggning finns enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) eller Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), beslutar läkare om tillsynsgrad och eventuellt extravak. Skriftlig ordination av övervakningsgrad enligt gällande vårdgradsmodell, ska ske i samråd med specialist i psykiatri och fyllas i på RETTS-PSY journalblad under rubrik *Interimjournal/Remiss*. Journalbladet följer med patienten vid inläggning. Bladet skannas in.

Om ett suicidförsök inträffat eller aktuell suicidrisk finns, men patienten inte bedöms vara i behov av inneliggande vård inom heldygnsvården, så skickar akutmottagningen ett meddelande via Lifecare SP till den psykiatriska öppenvården om att uppföljning av patienten ska göras av öppenvården inom 48 timmar. Meddelandet skickas dit patienten är aktuell. Om patienten inte har någon pågående psykiatrisköppenvårdskontakt skrivs även en remiss till psykiatrisk öppenvård av akutmottagningen enligt gällande rutin. Om patienten genomfört suicidförsök och saknar etablerad öppenvårdskontakt kan uppföljning ske av regionens suicidpreventiva team (mobil resurs suicidprevention) tills dess att ordinarie kontakt erhållits. Under helger sker uppföljning avseende förhöjd suicidrisk och suicidförsök av akutmottagningen. Patienten bör alltså erhålla en uppföljningstid inom två dygn.

Psykiatrisk heldygnsvård

Om behandlare eller läkare under utbildning larmar att en patient är suicidnära, finns alltid indikation för bedömning av en psykiatrisk specialistläkare. Vid inträffat suicidförsök alternativt då suicidrisken är hög eller svårbedömd, bör inläggning av patient på observationsenhet eller vårdavdelning övervägas. Detta för att:

- Höja bedömningens kvalitet
- Behandla och stabilisera det akuta läget
- Tydliggöra för patienten att vården ser allvarligt på det inträffade
- Etablera fortsatt kontakt och tillgodose värme, vila och kravlöshet för patienten
- Klargöra för patienten att det är viktigt för vården att få samarbeta med patienten

Det är angeläget att patienten under de först dyggen befinner sig på avdelningen. Om patienten vistas utanför avdelningen, bör detta ske i sällskap med personal. Initialt har heldygnsvården en övervakande och beskyddande funktion. Tillsyn och övervakning bör i största mån ske av ordinarie personal som är erfaren. Också vid extravak är det en stor fördel om ordinarie personal kan avdelas till detta. Har patienten tidigare vistats på avdelningen är det av stor vikt att samma personer som då fanns i dennes närhet om möjligt också gör det vid det nya vårdtillfället. Kontinuitet är av stort värde. Under vårdtiden bör suicidriskbedömningen upprepas och göras av specialist i psykiatri, helst redan med start dagen efter inläggning. Detta gäller även om patienten är frivilligt inlagd under HSL. Observationer och samtal dokumenteras av all vårdpersonal, då det ligger till grund för de fortlöpande suicidriskbedömningarna.

När en patient vårdas i psykiatrisk heldygnsvård på grund av suicidförsök eller hög suicidrisk är det viktigt att en *aktiv* behandling ges. Det innebär t ex. att en dialog omkring suicidtankarna/-önskan eller bearbetande arbete kring det inträffade försöket kan inledas.

Den suicidnära personen bör få en öppenvårdskontakt under sin vårdtid för att överbrygga den särskilt kritiska fasen vid utskrivning.

För patienter *utan etablerad kontakt inom psykiatrin* bör information ges under vårdtiden om regionens suicidpreventiva team ”Mobil resurs suicidprevention” (se ytterligare information nedan). Personal bör kontakta teamet då patienten skrivs in för möjligheten att etablera kontakt redan under vårdtiden.

Utskrivning

En suicidnära patient ska alltid bedömas av en specialist i psykiatri i samband med utskrivning. En utskrivning bör vara väl förberedd och uppföljning enligt en samordnad individuell planering (SIP) bör ske med berörda parter t ex psykiatrisk öppenvård, primärvård, socialpsykiatri och socialtjänst om patienten godkänner detta och behov finns.

I samband med vård efter ett suicidförsök ska patienter utan etablerad kontakt inom psykiatrin informeras om mobil resurs suicidprevention. Informationen ska innehålla att i deras uppdrag ingår att erbjuda kortvarig, kostnadsfri kontakt i väntan på mottagande inom primärvård eller psykiatri. Patienten ska också informeras om att denna resurs erbjuder möten på det sjukhus eller den vårdcentral som ligger närmst patientens bostad, men att den också kan genomföra hembesök. Motsätter sig patienten hembesök skall detta dokumenteras.

Sedan 2019 är lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård uppdaterad (2019:979). I Region Örebro län används samverkansmodellen ViSam och vårdsystemet Lifecare SP. För att uppnå lagkraven på en god samverkan med patienten finns en gemensam rutin för *Samverkan vid utskrivning* (Dok.nr. 55 67 84). I korthet innebär denna rutin att heldygnsvården skickar ett inskrivningsmeddelande via Lifecare SP till öppenvården, vilka omedelbart startar planering inför utskrivning så att patientens behov kan tillgodoses. En fast vårdkontakt utses i öppenvården innan personen skrivs ut från den slutna vården. Heldygnsvården skickar utskrivningsmeddelande till öppenvården via Lifecare senast samma dag som utskrivning och den fasta vårdkontakten ska då skyndsamt, helst inom tre dagar, kalla till samordnad individuell planering (SIP) om behov av detta föreligger och om patienten godkänner det. Om patienten inte har någon pågående psykiatrisk

öppenvårdskontakt, skickas förutom Lifecare-meddelande, även en remiss från vårdavdelningen till öppenvården. Lokala rutiner ska följas för ansvarsfördelning avseende samverkan kring en patient som skrivits ut från heldygnsvård eller som sökt akut. Psykiatrisk öppenvårdskontakt ska erbjudas inom två dygn. Samma rutiner tillämpas vid konsultbedömning under vård inom somatisk enhet på grund av suicidförsök, dvs. psykiatrisk öppenvårdskontakt ska erbjudas inom två dygn när behov av somatisk heldygnsvård upphör. Upprättad SIP ska dokumenteras i journalen, med KVÅ kod AU125 (Upprättande av samordnad plan vid utskrivning) alternativt AU124 (Upprättande av samordnad individuell plan), beroende på när den genomförs.

Om patienten inte motsatt sig kontakt med anhöriga tas kontakt med dem för att undersöka hur det ser ut för patienten vid hemkomsten. Forskning om suicid i länet har visat att majoriteten av suicid efter heldygnsvård inträffat i samband med eller inom en vecka efter utskrivning. Därför bör patienten som vårdats på grund av suicidförsök eller är suicidnära, erbjudas uppföljning inom öppenvård eller hos annan vårdgivare inom två dygn efter utskrivning. Patienten bör få namn på behandlare och tid för poliklinisk kontakt innan utskrivning. Det är också angeläget att vara aktiv och tydlig i överrapporteringen. Ta gärna stöd av SBAR (se bilaga 5) vid överrapportering för att säkerställa god informationsöverföring och undvika missförstånd.

Psykiatrisk öppenvård

När en patient i den psykiatriska öppenvården bedöms av sin behandlare som suicidnära bör patienten även bedömas av läkare som är specialist i psykiatri. Om patienten inte bedöms vara i behov av inläggning, bör öppenvårdskontakten vara fortsatt tät. Uppföljning av suicid i länet har visat att majoriteten av suicid under pågående öppenvård skett när besöken varit glesare än en vecka, därför ska besök minst en gång i veckan eftersträvas så länge risken är förhöjd. Det är också viktigt med största möjliga kontinuitet och samma personal. Vid överförande till annan enhet är det angeläget att kontakten hålls kvar med patienten tills ny kontakt är etablerad.

Efter suicidförsök bör patienten erbjudas aktiv uppföljning under minst ett års tid inom hälso- och sjukvården. Uppföljningens längd, intensitet och vilken vårdnivå som ska hantera den bedöms utifrån patientens individuella behov.

Praktiska råd:

- Var tydlig med vilket ditt uppdrag är, informera om tidsramar och håll det som sägs
- Vid suicidförsök är det viktigt att dokumentera faktorer som kan ha påverkat varför suicidförsöket hände just nu. Dokumentera även uppgifter från annan personal som har information om patientens situation som t ex vårdkontakt/vårdkoordinator.
- Fast vårdkontakt inom öppenvården bör om möjligt besöka patienten på vårdavdelningen efter ett suicidförsök, för att knyta kontakt redan där.
- Följ upp depressiva symtom och övrigt psykiskt mående
- Följ upp personer som uteblir eller avbokar sina öppenvårdsbesök

Förhållningssätt

Samma förhållningssätt som gäller heldygnsvård ska följas också vid öppenvård. Dessutom bör följande beaktas:

- Vilken personal/ behandlare gör vad med/ för patienten
- Beskrivning av patientens kompetens och resurser
- Överenskomna åtgärder vid ökad risk för suicid eller om patienten lämnar återbud till avtalat möte
- Hur/om anhöriga (även barn) ska involveras i arbetet
- För patient med insatser från flera aktörer bör samordnad individuell plan utformas

Upprätta en krisplan i öppenvården

En krisplan bör upprättas vid arbete med suicidnära patienter med strategiska steg vid suicidtankar. För att Krisplanen lätt ska hittas i journalsystemet, var god använd dokumenttyp: Vårdplan och mallnamn: *Krisplan*, samt registrera åtgärden med KVÅ AU123. Denna mall finns i psykiatrins journal, men kan med fördel skapas även för övriga sjukvårdens journaler.

I en krisplan ska följande tydliggöras:

- Identifiera stressorer, t ex konflikter, sömn, alkohol
- Identifiera risksituationer eller triggers
- Undersök tillgänglighet till anhöriga och vem vården får kontakta
- Anpassa omhändertagande efter behov
- Undanröj risker i hemmet, t ex tabletter, skjutvapen¹
- Regelbunden kontakt/täta återbesök
- Undvik alkohol och droger
- Kontaktvägar till sjukvården (akut och planerat)

För patienter med kontinuerlig suicidproblematik kan en *särskild säkerhetsplanering* upprättas, se exempel i bilaga 4.

Behandlingsarbetet med den enskilde patienten gynnas ofta av att kompletteras med familje- eller nätverksbehandling. Ju tidigare detta sker, desto bättre då kommunikationen i familjen ofta är bruten. Misstänksamhet, fientlighet och rädsla att uttrycka sina behov är vanligt. En oförmåga att förstå andras behov kan också prägla samvaron i familjen. Även de anhöriga har behov av stöd, individuellt och/eller inom familjen. Även här bör eventuella barns perspektiv och behov beaktas.

8 Handläggning av suicidrisk hos barn och unga

Bedömning och hantering av suicidrisk bland barn och ungdomar följer samma principer som beskrivs i detta dokument för vuxna. Detta innebär att all hälso- och sjukvård förväntas kunna genomföra en första bedömning, och vid identifierad risk hos barnet/ungdomen tas kontakt med barn och ungdomspsykiatri för bedömning på specialistnivå. *Checklistan* (bilaga 1) och *Självmondsstegen* (bilaga 2) används som ett stöd i den kliniska intervjun. Dessutom behövs ett tillägg till riskbedömningen, som gäller att även bedöma:

- Om föräldrar/anhöriga tar på sig ansvaret för barnet/ungdomens överlevnad
- Om hur omsorgsnivån kring barnet/ungdomen fungerar
- Om barnet/ungdomen totalt saknar tillit till sina anhöriga

Framkommer ökande suicidalitet vid ett individualsamtal bör ungdomen informeras om att behandlaren kommer att ta kontakt med närstående (i första hand föräldrar/vårdnadshavare) för att få deras bild samt informera dem.

Behandling av ungdom med ökat suicidal beteende måste planeras utifrån det akuta skyddsbehovet, i relation till bakomliggande psykisk problematik/sjukdom och utifrån den unga och familjens varierande behov av hjälp. Även för barn och ungdomar är tillgänglighet, kontinuitet och trygghet viktigt och vid förhöjd suicidrisk ska suicidriskbedömning göras vid varje besök. Huvuddelen av de behandlingsformer som visat effekt på suicidalitet hos ungdomar har fokus på familjearbete. Det primära är dock att förhindra suicidhandling.

Viktiga aspekter är hur närstående kan skapa trygghet och ge skydd, exempelvis hur hemmet ska saneras från tabletter och andra farliga föremål, vad ungdomen kan göra vid förnyade suicidtankar och

¹ Enligt 6 kap. 6 § vapenlagen (1996:67) ska en läkare som bedömer att en patient av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen omedelbart anmäla detta till polismyndigheten.

på vilket sätt man kan underlätta kommunikationen mellan ungdom och vårdnadshavare, till exempel med hjälp av dagliga avstämningssamtal.

För ytterligare vägledning om suicidrisk hos barn och ungdomar och behandlingsprogram, se BUPs vårdprogram för suicidnära barn och ungdomar (www.regionorebrolan.se). I slutet av detta dokument finns också användbara länkar vid oro för ett barn under avsnitt 14, Länkar och telefonnummer.

9 Handläggning av suicidrisk i somatisk vård

Somatisk öppenvårdsmottagning eller heldygnsvårdsenhet

Inom somatisk mottagning och heldygnsvård där man vårdar patienter med svår somatisk sjukdom är det viktigt att man även undersöker det psykiska måendet. Patienter kan vara suicidnära efter besked om misstänkt eller konstaterad allvarlig somatisk sjukdom. I dessa fall är det viktigt att noggrant gå igenom patientens inställning och uppfattning om sjukdomstillståndet och särskilt bör symtom såsom ångest, depression, akut stress, smärta och sömnstörning uppmärksammas (se somatiska riskfaktorer för suicid). Då patient uppvisar tecken på ångest eller depression bör detta behandlas. Vid behov ska även en suicidriskbedömning göras vid vård/besök. Detta behöver oftast upprepas. Den somatiska kliniken bör kunna erbjuda psykosociala insatser. Vid samtidiga andra riskfaktorer bör man vara extra vaksam, och vid allvarlig suicidrisk bör samarbete med psykiatrin utvecklas.

Andra förhållanden under somatisk vårdtid kan höja suicidrisken t ex om en antidepressiv medicinering har satts ut under vårdtiden, att någon har mist en anhörig eller blivit traumatiserad på annat sätt. Då bör det övervägas om en bedömning behövs av specialist i psykiatrin.

Vård efter suicidförsök

Alla som vårdas inom somatisk vård efter ett suicidförsök bör bedömas av specialist i psykiatri. Barn och ungdomar som gjort ett suicidförsök ska bedömas inom Barn och ungdomspsykiatrin (BUP), när de är somatiskt frikända. När en somatisk klinik begär suicidriskbedömning ska specialisten i psykiatri kunna delges aktuell information om patienten, av personal på avdelningen. Psykisk status bör dokumenteras i journalen av den behandlande läkaren inom somatisk vård.

I samband med vård efter ett suicidförsök ska patienter utan etablerad kontakt inom psykiatrin informeras om mobil resurs suicidprevention. Informationen ska innehålla att det i deras uppdrag ingår att erbjuda kortvarig, kostnadsfri kontakt i väntan på mottagande inom primärvård eller psykiatri. Patienten ska också informeras om att denna resurs erbjuder möten på det sjukhus eller den vårdcentral som ligger närmst patientens bostad, men att den också kan genomföra hembesök. Motsätter sig patienten hembesök skall detta dokumenteras. Mobil resurs suicidprevention bör kontaktas redan när patienten skrivs in på avdelningen för att en aktiv suicidpreventiv behandling ska kunna bedrivas på den somatiska avdelningen. Detta som komplement till den psykiatriska bedömningen av specialist i psykiatri.

Redan under pågående somatisk slutenvård är det av relevans att motivera och stödja patienten till fortsatt kontakt med psykiatrin (se stycke Utskrivning, sid 17). Om en suicidnära patient på somatisk vårdavdelning är i behov av extra tillsyn ansvarar den berörda enheten för detta.

Om en suicidnära patient motsätter sig psykiatrisk bedömning eller vård, eller avviker, bör läkaren på den somatiska enheten ta ställning till behov av vårdintyg enligt §4 LPT. Om vården överförs till vård enligt LPT skall legitimerad läkare på den avdelning där patienten vårdas skriva ett vårdintyg och kontakta Psykiatribakjouren (ev. via Psykiatriska akutmottagningen) för att få en vårdintygsbedömning. Legitimerad läkare kan begära polishandräckning för att göra en undersökning för vårdintyg och även för att föra en patient till vårdinrättning efter det att vårdintyget är utfärdat. Blankett för detta finns på intranätet (*BEGÅRAN Biträde av polis*). Blanketten ska faxas samtidigt som telefonkontakt tas med polisen för att säkerställa att den kommit fram. Om patienten överförs till vård enligt LPT och har behov av fortsatt somatisk vård och tillsyn ansvarar den psykiatriska heldygnsvården för den fortsatta övervakningen av patienten.

Vid förflyttning av patient från somatisk till psykiatrisk vård ska detta ske på ett säkert sätt, genom att personal från somatiken följer med. Om patienten är våldsam eller agiterad och bedöms behöva sjukvård skrivs intyg enligt LPT och tillkallas väktare och polis. Förflyttningen behöver ske i samråd mellan berörda vårdgivare. Inom hälso- och sjukvården finns en rutin för förflyttning av patient mellan psykiatrisk och somatisk enhet eller motsatt riktning för att säkerställa patientens integritet och säkerhet. Vid förflyttning/överlämning av patient till annan enhet rekommenderar Vårdhandboken.se att hälso- och sjukvården använder *SBAR* för att säkerställa god informationsöverföring och undvika missförstånd (se bilaga 5). Se också riktlinjen *Hantering av patienter i kontaktytan mellan akut medicinsk och akut psykiatrisk vård, USÖ*.

Om patienten inte har behov av heldygnsvård inom psykiatrin, ska patienten motiveras till uppföljande kontakt inom psykiatrin och erbjudas tid för uppföljning inom två dygn, i enlighet med den gemensamma rutinen för *Samverkan vid utskrivning* (dok.nr. 556784).

Om patienten trots det motsätter sig återbesök till psykiatrisk mottagning och redan har en pågående kontakt i primärvården kan efter samråd med patienten remiss skickas till primärvården/distriktsläkare. Se avsnitt 12

Finns misstanke att barn i familjen far illa har personal inom hälso- och sjukvård anmälningsskyldighet och en anmälan till Socialtjänsten ska göras. Anmälan kan göras ensam eller gemensamt, och ska ske i anslutning till kontakten. Så långt som möjligt är det bra om man informerar om att en orosanmälan skrivs och varför. Vid behov kan BUP involveras.

Suicidriskbedömning, se stycke 12.

10 Behandlingsstrategier

Suicidbenägenhet är en komplex problematik, med stor individuell variation. Därför bör behandlingsutbudet utformas ur en motsvarande mångfald av insatser, som är vetenskapligt utvärderade. Det krävs en lyhördhet för patienters olika behov inför behandlingsvalet. Forskning visar att suicidalt beteende kan förebyggas genom att den suicidnära individen deltar i evidensbaserade farmakologiska, medicintekniska, psykologiska och psykosociala insatser. Även uppföljning och kort psykoterapeutisk insats efter suicidförsök har visat minskad risk för upprepade suicidförsök.

Vid behov av fördjupad information kring behandling utöver nedanstående beskrivning, var god se lästips i Referenser och vidare läsning, till exempel *Suicidala patienter. En klinisk handbok för bedömning och behandling* (2020), *Suicide - an unnecessary death* (2016) och de nationella riktlinjer som Socialstyrelsen presenterar för olika diagnoser, för att behandla underliggande psykiatrisk problematik.

Farmakologisk och medicinteknisk behandling

Medicinera grundsjukdomen målmedvetet. Följande är att beakta vid suicidalitet:

- Ge ångestdämpande medel vid behov, framför allt av icke-beroendeframkallande karaktär. Observera att forskning om förskrivning av bensodiazepiner i länet, visat ökad risk för suicid. Detta gäller både vid somatisk och psykiatrisk problematik. Möjligen kan det förklaras av en minskad impuls kontroll.
- Vid receptförskrivning och receptförnyelse ska små mängder läkemedel förskrivas och tidsintervall anges.
- Suicidrisken kan minska hos en stor andel av patienter som behandlas med antidepressiva läkemedel, samtidigt som den inledningsvis kan öka risken för suicidförsök. Tät uppföljning behövs därför den första månaden av behandlingen.
- Underhållsbehandling med Litium har visat sig minska risken för suicidalt beteende för patienter med bipolär sjukdom samt vid svår eller recidiverande depression.
- Behandling med klozapin (Leponex) kan minska dödlighet i suicid med upp till 85%. hos patienter med schizofreni Det är av vikt att följa upp behandlingen noga, då risken för suicid är nästan fyrdubblad vid bristande behandlingsföljksamhet hos dessa patienter.

- Hög suicidrisk stärker indikationen för ECT vid depressiva syndrom.

Psykologisk och psykosocial behandling

Psykologisk behandling för suicidnära planeras utifrån bakomliggande problematik och personens behov. Kognitiva faktorer anses spela en viktig roll i uppkomst och vidmakthållande av suicidtankar och beteenden och starkast evidens för suicidpreventiv effekt har olika terapiformer som har sitt ursprung i kognitiv beteendeterapi (KBT). KBT är ett paraplybegrepp som rymmer flera evidensbaserade metoder, tekniker och manualer och kännetecknande för alla dessa är att:

- man skapar en gemensam förståelse av problem och vad som vidmakthåller dem genom kartläggning och psykoedukation (patientutbildning),
- fokus är på att arbeta med beteenden och tankar som kan antas ha en central roll i att vidmakthålla problemen,
- behandlingen är aktiv (man arbetar oftast med hemuppgifter mellan behandlingsträffarna) och fokuserad på de problem som föreligger
- man skapar mätbara behandlingsmål och upprättar tillsammans en Vidmakthållandeplan (som del i återfallsprevention).

För suicidnära patienter föreslås manualbaserade KBT behandlingar såsom KBT-SP (där SP står för Suicide Prevention) eller DBT (Dialektisk beteendeterapi). DBT har störst effekt för patienter med en underliggande Emotionell instabil personlighetsstörning. För psykodynamiska psykoterapier (PDT) har Mentaliseringsbaserad terapi (MBT) visat viss effekt vid denna problematik. En annan behandling som utformats enbart för individer med nyligt suicidförsök är Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). Denna har i forskning visat lovande effekter med minskning avseende upprepade suicidförsök.

Under den *initiala* kaotiska fasen ska samtalen vara av stödjande karaktär. Gemensamt innehåll i flera psykoterapeutiska modeller som anpassats till suicidproblematik är säkerhetsplanering, kedjeanalys av senaste suicidförsök, psykoedukation kring varningssignaler och symtom på suicidrisk, beteendeaktivering, känsloreglering, kommunikation av egna behov samt att utveckla sina sociala färdigheter. Om patienten använder suicidbeteenden som problemlösning ska patienten stötts till alternativa problemlösningstrategier för att ersätta dysfunktionella beteenden.

Utöver dessa initiala interventioner har olika behandlingar lyft upp specifika suicidpreventiva insatser som kan användas vid suicidproblematik. Följande interventioner föreslås:

- KBT - Arbete med patientens problemlösningförmåga, specifikt arbete med suicidtankar (genom t ex monitorering och kognitiv omstrukturering) och funktionen av suicidbeteenden, stödjer patienten att hitta sina viktiga värden och anledningar att fortsätta leva. Extra fokus på återfallsprevention.
- DBT – Arbete med acceptans, validering av patientens smärta, färdighetsträning, samt respons på fungerande och icke-fungerande beteenden. Den terapeutiska relationen är central.

För de fall där andra behandlingsmetoder bör erbjudas suicidnära kan följande exempel anges avseende innehåll för terapier med annan teoretisk grund än KBT:

- Interpersonell psykoterapi (IPT) - Arbete som fokuserar på hur problematiska relationer bidrar till ökad suicidrisk och hur psykiska besvär påverkar relationer till andra. Säkerhetskontroll vid varje session, samt uppmuntran till telefonkontakt mellan sessioner vid ökad suicidproblematik.



- PDT, då framförallt MBT – Arbete som fokuserar på patientens svårigheter i känsloreglering och känslouttryck och det interpersonella fungerandet. Stort fokus läggs på relationen mellan behandlare och patient.

11 Rapportering vid suicidförsök och fullbordat suicid (gäller hela vården)

Om ett suicidförsök inträffar under vårdkontakten så ska det journalföras.

Allvarliga suicidförsök och fullbordade suicid ska alltid rapporteras till verksamhetschef och till chefläkare i anslutning till händelsen. Händelsen ska också rapporteras i avvikelssystemet och ärendet tilldelas chefläkare. Vid beslut om internutredning ska denna genomföras skyndsamt. Chefläkare beslutar om händelsen ska rapporteras till IVO enligt Lex Maria. Om en patient har avslutat sin kontakt med vården innan suicid inträffar, men vården får kännedom om detta, ska händelsen rapporteras till chefläkare som avgör om en internutredning ska göras.

Stöd till berörd personal efter suicidförsök eller fullbordat suicid.

För berörd personal kan det vara viktigt att få gå igenom händelsen och det är positivt att inkludera dem i utredningen, oavsett om avvikelser leder till anmälan eller inte. Är personal i behov av utökad stöd bör Regionhälsan kontaktas.

Stöd till anhöriga efter fullbordat suicid

Anhöriga till en person som har tagit livet av sig har själva en större suicidbenägenhet. Det är viktigt att vara medveten om att suicid och allvarliga suicidförsök innebär en svår kris och en extremt belastande situation för anhöriga. Sjukvården är skyldig att kontakta anhöriga när en patient avlider eller kraftigt försämras. Efter ett fullbordat suicid ska enhetschef eller chefsöverläkare på enheten där patienten var aktuell därför snarast ta kontakt med anhöriga och framkommer behov av insatser utifrån suicidprevention och stöd ska den anhörige hänvisas till/erbjudas lämpliga sådana. Även efter allvarliga suicidförsök med svåra långtidskonsekvenser är anhöriga i många fall hjälpta av ett ökat stöd. Den anhöriga bör uppmuntras/lotsas att ta och etablera en egen kontakt för att tillgodose detta.

Stöd till efterlevande är mycket viktigt och det kan behöva aktiveras insatser i anhörigas närmiljö. Kontakt kan uppmuntras att tas med primärvårdens psykosociala team. Regionens suicidpreventiva team (Mobil resurs suicidprevention) kan också kontaktas för efterlevandestöd i det akuta skedet, de hjälper även till att lotsa vidare vid behov av fortsatt krisstöd. Detta gäller även barn och unga. Föreningar såsom Riksförbundet för Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd (SPES) och Mind erbjuder stöd till anhöriga och efterlevande i form av stödlinjer och forum. Rör det sig inte om fullbordat suicid, utan om ett allvarligt suicidförsök, kan också den anhörigkonsulent som finns inom Föreningen för Psykiatriskt (FPS) och som samarbetar med Region Örebro län användas

12 Suicidprevention i primärvården

I det beslutade uppdraget för primärvården ”Process vid psykisk ohälsa” framgår att det ska finnas psykosocial kompetens i primärvården som kan gå in i direktkontakt med patienter som har lindrig och måttlig psykisk ohälsa. Även förstärkta uppdrag vid sjukskrivning och rehabilitering förväntas bidra till ökad tillgänglighet till psykosociala insatser.

I primärvårdens ansvar ligger en viktig uppgift i att hitta personer som har en förhöjd suicidrisk.

Observera särskilt patienter:

- med depression och/eller ångest
- med missbruk, såväl alkohol, som läkemedel och droger
- med svåra kroniska sjukdomar
- som nyligen mist sin livspartner/blivit änklings/änka



- som tidigare gjort suicidförsök
- som har en anhörig som suiciderat

Handläggning

Vid vård av personer med depression eller ångestsyndrom är det särskilt viktigt med kontinuitet och tillgänglighet. Detta är grundförutsättningar för en individuellt anpassad och god vård genom hela sjukdomsförloppet. En kontakt med det psykosociala teamet för primärvården kan bidra med kompletterande insats. I den kontakten ska också eventuella behov kopplade till sjukskrivning och rehabilitering uppmärksammas.

Direkt kontakt:

Om personal vid enhet i samband med möte med patient uppfattar att patienten är deprimerad ska distriktsläkare konsulteras.

Telefonkontakt med deprimerad patient - råd till sjuksköterskor:

Frågor att ställa:

- Vill du berätta hur du mår?
- Känner du meningslöshet, hopplöshet?
- Har något hänt dig eller dina närmaste någonting sista tiden?
- Har du funderat på att göra dig illa?
- Hur tänker du då?

Dessa frågor kan vara svåra att ställa, men journalen kan ge god vägledning. Det är viktigt att dokumentera ovanstående frågor i journalen. Var omhändertagande, stå för det ni säger och våga vara i situationen.

Om samtalen med patienten känns jobbiga - gå och ventilera med en kollega och tveka aldrig att fråga läkare till råds. Om patienten inte får en läkartid direkt - ge information om Psykiatrins akutmottagning. Se telefonnummer i avsnitt 14, i slutet av detta dokument.

Om patienten självmant i ett tidigt skede berättar om suicidtankar/planer ska:

- Patienten ges möjlighet att berätta mer om sina tankar och erbjudas ett förtroendefullt samtal
- Personal utforska om det finns möjligheter att stödja situationen med snabb insats i primärvården

Om situationen bedöms akut ska patienten informeras om:

- Att det finns möjlighet att få direkt hjälp via akutpsykiatri
- Att ni ringer till psykiatrisk akutmottagning och berättar att patienten kommer in.

I första hand; ring psykiatrisk akutmottagning och rapportera över patienten. I andra hand, om patienten är ovillig att åka till den psykiatriska akutmottagningen, boka patienten akut på vårdcentralen för läkarbesök. Om patienten vägrar hjälp även på vårdcentralen, kontakta distriktsläkaren som i sin tur kan kontakta psykiatribakjouren för konsultation och hjälp.

Vid läkarbesök

Strukturerad suicidriskbedömning bör utföras och dokumenteras (se avsnitt 5). I anamnstagande är det angeläget att upptäcka depressiva tendenser, såsom upplevd hopplöshet, skuld känslor, oförmåga till överblick, eller starka inslag av ångest och vanföreställningar. Det är viktigt att fråga om hereditet, tidigare episoder av depression, tidigare suicidförsök, eventuellt missbruk, annan psykiatrisk eller

somatisk sjukdom och aktuell medicinering. Anamnes från anhöriga är också mycket viktig. Det är också viktigt att våga fråga om suicidtankar eller suicidplaner.

Använd *Checklistan* (bilaga 1) som stöd, så att alla delar finns med i anamnestagandet. Använd *Självmondsstegen* (bilaga 2) för att se var patienten befinner sig. Det är viktigt att allt detta dokumenteras i journal. Skattningsskalor kan med fördel användas för depression, t ex MADRS-S eller PHQ9.

Vårdintyg bör övervägas om patienten vägrar vård vid svårbedömd eller förhöjd suicidrisk. I fall vårdintyget utfärdas ska läkaren även ombesörja polishandräckning (enligt rutin om polishandräckning, *BEGÅRAN Biträde av polis*). Om patient med suicidtankar/planer inte remitteras till psykiatri är det viktigt att primärvården följer förloppet och ger anvisningar till patienten vart hon/han ska vända sig vid akuta problem, eller vid försämring.

Behandling av suicidnära i primärvården

Indikation för remiss till psykiatrisk klinik:

- dramatiskt och snabbt initialförlopp av depression
- psykotiska depressionssymtom
- invalidisering på grund av grav hämning
- suicidrisk
- utebliven medicineffekt trots adekvat medicinering och byte av preparat

Rapportering vid suicid

Se även avsnitt 11 om rapportering vid suicidförsök eller inträffat suicid, som gäller hela vården. Vid inträffad suicid eller misstänkt suicid av patient som tillhör egen vårdenhet och som har en behandlingskontakt med enheten anmäls detta till verksamhetschef för eventuell Lex Maria anmälan och internutredning enligt gällande riktlinjer. Vid suicid eller misstänkt suicid av patient som tillhör annan vårdenhet meddelas denna enhet snarast och kopia på journalanteckning skickas till denna enhet.

Kontakt med anhöriga

Om patienten haft kontakt med vårdcentralen och inte har någon annan ansvarig vårdgivare bör personal på ansvarig vårdcentral ta kontakt med anhöriga för uppföljning efter suicid.

13 Implementering

Mål

Målet med implementering av vårdprogrammet är att suicidnära patienter ska upptäckas oavsett var i hälso- och sjukvården de söker vård, att stödjande och behandlande insatser ges snarast så att antalet suicid i länet minskar.

Att kunna bedöma suicidrisk, ingripa, behandla och skydda suicidnära patienter, är viktigt för att minska antalet suicid bland individer som är i kontakt med vården. För att få optimal effekt har Region Örebro län beslutat att vårdprogrammet ska stödjas med implementeringsinsatser. Dessa bör innehålla kunskapssäkring, tillämpning med handledning och utveckling av rutiner, arbetsprocesser och fungerande stödstruktur.

Studiematerial för kunskapssäkring

Vårdprogrammet kan användas som studiematerial på vårdenheten och kombineras med de internetbaserade kursmodulerna i SPiSS (Suicidprevention i Svensk Sjukvård, www.skane.se/spiss). Det är en internetfördelad utbildning som utformats i Skåne och används i många regioner i Sverige.

Det finns dessutom förberedda patientfall som kan användas för efterföljande gruppsamtal som stöd för tillämpning av kunskapen och utveckling av rutiner och arbetsprocesser på enheten.

Uppföljning

Strukturmått kopplade till målet är:

- att vårdprogrammet omfattar alla vårdenheter inom hälso- och sjukvården
- att psykosocial kompetens i primärvården etableras med god tillgänglighet
- att handledning/kollegiala stödsamtal ges till personal vid införande av suicidförebyggande arbetssätt samt vid uppdrag som medför hög psykosocial belastning
- att arbetsformer skapas för konsultationer från psykiatriens akutmottagning

Processmått kopplade till målet är:

- öka tillgänglighet till psykiatriens akutmottagning och öppenvård vid suicidrisk/försök
- fortlöpande e-modulutbildning (SPiSS) för personal i hela hälso- och sjukvården
- utforma lokala rutiner för hur vårdprogrammet ska tillämpas i den egna verksamheten
- erbjuda utbildningsinsatser för ökad kunskap om Första hjälpen till psykisk hälsa i samverkan med blåljusaktörer t ex polis och räddningstjänst.

Resultatmått kopplade till målet är:

- Antalet suicid bland patienter i kontakt med vården de senaste 6 månaderna
- Antal vårdtillfällen på grund av suicidförsök
- Antal internutredningar med koppling till suicid eller suicidförsök
- Antal och andel som lämnats över för Lex Maria bedömning
- Antal suicidriskbedömningar i relation till vårdtillfällen för vård efter suicidförsök
- Antal individer med suicidrisk med utformad krisplan

Mer information om handlingsplanen för Suicidprevention och minskad psykisk ohälsa finns på www.regionorebrolan.se/suicidprevention

14 Länkar och telefonnummer

Vid akut läge:

SOS: tel 112

Polis: tel 114 14

Akutmottagningar vid sjukhusen i Örebro, Lindesberg och Karlskoga:

Psykiatrisk akutmottagning:

- Telefon 019-602 56 00 för patienter och anhöriga
- Telefon 019-602 56 01 för samarbetspartners och interna kontakter

Barn och ungdomspsykiatri: akut hjälp för åldern 0-17 år dagtid: Telefon 019-602 58 10

Akutmottagning USÖ vxl 019-602 10 00

Akutmottagning Lindesberg 0581-850 00

Akutmottagning Karlskoga 0586-660 00

Jourcentraler nås via telefon 1177

Länkar till hjälp vid oro för ett barn:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2014-6-20.pdf>

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2014-6-5.pdf>

<https://www.regionorebrolan.se/sv/Halsa-och-varld/For-varldgivarer/Barnhalsovarden/orosanmalan-barn-som-far-illa/>

<https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/barn-och-unga/barn-och-unga-i-socialtjansten/barn-som-far-illa/>

BRIS: telefon 116 111 Barnens rätt i samhället. www.bris.se

Socialjouren i länet - Om du är i behov av kontakt med socialtjänsten på kvällar och helger, kontaktar du socialjouren i Örebro på telefon 019-14 93 50 eller 019-21 41 05. Dessa förmedlar också vidare kontakt till de olika kommunernas socialtjänst.

Sjukvårdsrådgivning: telefon 1177

MiND www.mind.se/sjalmordslinjen, chat.mind.se

Självmordslinjen: telefon 90101, alla dagar kl 06 – 24.

Föräldralinjen: telefon 020-85 20 00, vardagar mellan kl. 10-15, torsd kl 19-21.

Äldretelefonen: telefon 020-22 22 33 för dig som är 65 eller äldre och behöver någon att prata med.

Jourhavande medmänniska: 08-702 16 80, eller chatt www.jourhavande-medmanniska.se/chatt/

SPES Riksorganisationen för Suicidprevention och efterlevandestöd www.spes.nu
Telefonjour: telefon 020-18 18 00 , alla dagar 19.00 – 22.00

15 Referenser och vidare läsning:

*Inspiration hämtad i vårdprogram/medicinska riktlinjer för suicidnära från:
Region Dalarna, Stockholm, Västra Götalandsregionen, Region Gävleborg, m fl.*

Webbsidor och elektroniska resurser:

Folkhälsomyndigheten - <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/>

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) - <https://ki.se/nasp> - stödmaterial presenteras på: <https://ki.se/nasp/stodmaterial-om-sjalmordsprevention>

Världshälsoorganisationen (WHO) - https://www.who.int/mental_health/resources/suicide/en/

Svenska psykiatriska föreningen (SPF) – Kliniska riktlinjer - <http://www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer/>

Litteratur på svenska:

Chiles, J.A., Strosahl, K.D. & Weiss Roberts, L.(2020) *Suicidala patienter. En klinisk handbok för bedömning och behandling*. Natur och Kultur.

Gagnér Jenneberg, F, Tell, S., Beskow, J., (2018) *Handbok för livskämpar*. Libris förlag

Nyberg, U. (2018) *Suicidprevention i praktiken*. Natur och Kultur.

Nyberg, U. (2013) *Konten att rädda liv. Om att förebygga självmord*. Natur och Kultur.

Runesson B, Salander Renberg E, Westrin Å, Waern M. (2012) *Den suicidnära patienten. Värdering och hantering av suicidrisk*. Studentlitteratur.

Litteratur på engelska:

Brodsky, B.S., Spruch-Feiner, A. & Stanley, B. *The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care*. Front. Psychiatry 2018; pp 9:33.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>

Brown, G.K. & Jager-Hyman, S. *Evidence-based psychotherapy for suicide prevention. Future directions*. Am J Prev Med 2014;47(3S2) pp 186–194. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.008>

Galavan, E. & Repper, J. *The collaborative assessment and management of suicide (CAMS): a recovery oriented approach to working with suicidal people*. Mental Health and Social Inclusion 2017; 21(2), pp.86-90, <https://doi.org/10.1108/MHSI-11-2016-0030>

Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. *Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis*. JAMA Psychiatry. 2015;72(5):475-82.

Stanley, B. & Brown, G.K. *Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk*. Cognitive and Behavioral Practice 2012;19, pp. 256-64, available at:www.suicidesafetyplan.com/uploads/Safety_Planning_-_Cog_Beh_Practice.pdf

Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. *Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review*. Lancet Psychiatry. 2016;3(7):646-59.

Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. *The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention*. European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists. 2012;27(2):129-41.

Wasserman D (editor). (2016) *Suicide-an unnecessary death*. Oxford University press.

16 Bilagor

16.1 Bilaga 1 Checklista för strukturerad bedömning vid suicidrisk

I. Medveten suicidbenägenhet skattas genom att du ställer frågor om:

1. Nedstämdhet – hur mår du? hopplöshet?
2. Dödstankar – dödslängtan – känns livet meningslöst?
3. Dödsönskan?
4. Suicidtankar – göra sig själv illa?
5. Suicidimpulser – nära att skada sig?
6. Suicidavsikter eller planer – När, var, hur?

Bedöm var på självmordsstegen patienten befinner sig (bilaga 2)

II. Självmordsmeddelande:

Högrisk: Tydligt upprepade meddelanden om allvarliga suicidtankar till bl. a anhöriga.

III. Tidigare suicidförsök

Antal och när

IV. Analys av det senaste och/eller det allvarligaste försöket avseende på:

- Metod t ex förgiftning, hängning etc.
- Farlighet: sannolikhet att överleva och att någon ingriper. Patientens uppfattning om metodens farlighet och möjlighet att bli upptäckt
- Uppgiven orsak och utlösande faktorer

V. Psykosociala faktorer

1. Suicid i familj eller närkrets
2. Problem i ursprungsfamiljen
3. Aktuell relationsproblematik
4. Isolering
5. Förlust (t ex separation, dödsfall, arbetslöshet, annan social kränkning)

VI. Aktuell sjukdomsbild/svårighetsgrad

1. Depression/hopplöshet
2. Ångest
3. Sömnstörning
4. Psykotisk förställning
5. Personlighetsproblematik (bedöm även lättkränkthet och impulsivitet)
6. Världsbänagenhet
7. Missbruk/beroende/drogpåverkan
8. Självskaadebeteende
9. Kroppslig sjukdom/kronisk smärta

VII. Har anhöriga (inkl. nära vänner) lämnat anamnes?

VIII. Vad avhåller patienten från att begå suicid?

IX. Risksituation i relation till psykiatrisk vård t ex ej hunnit etablera bärande kontakt med behandlare, förstagångsinläggning, tvångsinläggning)

Sammanfattande bedömning: Hög risk – Svårbedömd risk - Låg risk

Specialist bedömer om patienten skall vårdas på vårdavdelning samt bedömer vårdgrad

16.2 Bilaga 2 Självmordsstegen

Självmordsstegen (efter professor Jan Beskow)

Bilaga 2

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. Självmordstankar
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. Självmordsönskan
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. Självmordsförsök
Har du tidigare gjort något självmordsförsök?
Genomförde du det du tänkte göra eller gick det inte? Vad gjorde du? När? Var? Varför?
7. Självmordsplaner
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. Självmordsförberedelser
Har du gjort några förberedelser? Vilka?
Har du skaffat tabletter? Har du vapen hemma?
Har du skaffat andra redskap? Rep? Kniv?
9. Självmordsavsikt
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 ska finnas kvar efter dig? Har du sett till att träffa kompisar en sista gång?



16.3 Bilaga 3 Colombia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).

Videofilm <http://cssrs.columbia.edu/>

COLUMBIA SJÄLMORDSBENÄGENHET BEDÖMNINGSSKALA (C-SSRS)

Baseline

Version 2009-01-14

***Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.;
Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.***

Friskrivningsklausul:

Denna skala är avsedd att användas av läkare utbildade på C-SSRS. Frågorna i formuläret Columbia självmordsbenägenhet - bedömningsskala (C-SSRS) är föreslagna fördjupningar. Avgörandet om självmordsbenägenhet föreligger beror slutligen på klinisk bedömning.

*Definitionerna på självmordshändelser i denna skala grundas på dem som används i **The Columbia Suicide History Form**, utarbetad av John Mann, MD, och Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, sid. 103 -130, 2003.)*

För omtryck av C-SSRS kontakta Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; vid frågor eller utbildningsbehov kontakta posnerk@childpsych.columbia.edu

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

C-SSRS-Baseline - Sweden/Swedish - Version of Feb 10 - Mapi Research Institute.
ID5353 / C-SSRS-Baseline_AU3.0_swe-SE.doc

Colombia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).

SJÄLMORDSTANKAR						
Ställ fråga 1 och 2. Om båda är negativa, fortsätt till avsnitt "Självmondsbeteende". Om svaret på fråga 2 är "ja", ställ frågorna 3, 4 och 5. Om svaret på fråga 1 och/eller 2 är "ja", besvara delen "Intensitet på tankarna" nedan.		Patientens livstid - tiden han/hon kände sig mest självmordsbenägen				
1. Önskan att vara död Personen bekräftar tankar om en önskan att vara död eller inte leva längre, eller önskan att somna och inte vakna igen. <i>Har du någon gång önskat att du vore död eller önskat att du kunde somna och inte vakna igen?</i> Om ja, beskriv:		<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nej					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2. Icke-specifika aktiva självmordstankar Allmänna icke-specifika tankar på att vilja avsluta sitt liv/begå självmord (t.ex. "jag har tänkt på att ta livet av mig") utan tankar på olika sätt att ta livet av sig/associerade metoder, avsikt, eller planer. <i>Har du haft några som helst tankar på att ta livet av dig?</i> Om ja, beskriv:		<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nej					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3. Aktiva självmordstankar med någon typ av metod (ingen plan) utan avsikt att agera Personen bekräftar tankar på självmord och har tänkt på minst en metod under utvärderingsperioden. Detta skiljer sig från en specifik plan med tid, plats eller utarbetade detaljer om metod (t.ex. har tänkt på en metod att ta livet av sig men ingen specifik plan). Inkluderar person som skulle säga "jag tänkte ta en överdos, men gjorde aldrig någon specifik plan på var eller hur jag faktiskt skulle göra det... och jag skulle aldrig genomföra det". <i>Har du funderat över hur du skulle kunna genomföra detta?</i> Om ja, beskriv:		<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nej					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4. Aktiva självmordstankar med en viss avsikt att agera, utan en specifik plan Aktiva självmordstankar på att ta livet av sig och personen berättar att han/hon har en viss avsikt att agera efter dessa tankar, till skillnad från "Jag har tänkt på det, men jag kommer definitivt inte att göra något åt det". <i>Har du haft dessa tankar och haft någon avsikt att agera efter dem?</i> Om ja, beskriv:		<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nej					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5. Aktiva självmordstankar med en specifik plan och avsikt Tankar på att ta livet av sig med en detaljerad plan helt eller delvis utarbetad och personen har en viss avsikt att genomföra den. <i>Har du börjat planera eller har du planerat detaljerna över hur du skall ta livet av dig? Har du för avsikt att genomföra planen?</i> Om ja, beskriv:		<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nej					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
INTENSITET PÅ TANKARNA						
Följande parametrar skall bedömas avseende den allvarligaste typen av tankar (dvs., 1-5 ovan, där 1 är den minst allvarliga och 5 är den allvarligaste). Fråga om tid han/hon kände sig mest självmordsbenägen.		Allvarligast				
Allvarligaste tankar:						
<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Typ nr (1-5)</td> <td style="text-align: center;">Beskrivning av tankarna</td> </tr> </table>	Typ nr (1-5)	Beskrivning av tankarna				
Typ nr (1-5)	Beskrivning av tankarna					
Frekvens <i>Hur många gånger har du ha haft dessa tankar?</i> (1) Mindre än en gång i veckan (2) En gång i veckan (3) 2-5 gånger i veckan (4) Dagligen eller nästan dagligen (5) Många gånger varje dag		____				
Varaktighet <i>När du har dessa tankar, hur länge varar de?</i> (1) Flyktigt - ett par sekunder eller minuter (4) 4-8 timmar/största delen av dagen (2) Mindre än 1 timma/en del av tiden (5) Mer än 8 timmar/ständigt eller kontinuerligt (3) 1-4 timmar/en stor del av tiden		____				
Kontrollerbarhet <i>Kunde/kan du sluta att tänka på att ta livet av dig eller att vilja dö om du vill?</i> (1) Kan lätt kontrollera tankarna (4) Kan med stor svårighet kontrollera tankarna (2) Kan med liten svårighet kontrollera tankarna (5) Oförmögen att kontrollera tankarna (3) Kan med viss svårighet kontrollera tankarna (0) Försöker inte kontrollera tankarna		____				
Avskräckande <i>Finns det saker - någon eller något (t.ex. familjen, religion, döds smärta) - som hindrade dig från att vilja dö eller att agera efter tankar på att begå självmord?</i> (1) Det avskräckte dig definitivt från att försöka begå självmord (4) Det avskräckte dig troligtvis inte (2) Det avskräckte dig förmodligen (5) Det avskräckte dig definitivt inte (3) Osäker på om det avskräckte dig (0) Ej aktuellt		____				
Skäl till tankarna <i>Vilka skäl hade du för att tänka på att vilja dö eller ta livet av dig? Var det för att få slut på smärtan eller få slut på hur du kände dig (med andra ord du kunde inte fortsätta leva med smärtan eller så som du kände dig) eller var det för att få uppmärksamhet, hämnas eller få en reaktion från andra, eller både och?</i> (1) Helt och hållet för att få uppmärksamhet, hämnas eller få en reaktion från andra. (4) Mest för att få slut på smärtan (du kunde inte fortsätta leva med smärtan eller så som du kände dig). (2) Mest för att få uppmärksamhet, hämnas eller få en reaktion från andra. (5) Helt och hållet för att få slut på smärtan (du kunde inte fortsätta leva med smärtan eller så som du kände dig). (3) Lika mycket för att få uppmärksamhet, hämnas eller få en reaktion från andra som för att få slut på smärtan. (0) Ej aktuellt		____				



Colombia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).

SJÄLMORDSBETEENDE (Kryssa för allt som är aktuellt så länge det är separata händelser; skall fråga om alla typer)			Patientens livstid		
Faktiskt försök: En handling för att potentiellt skada sig själv genomförd med åtminstone någon önskan att dö som ett resultat av handlingen. Beteendet var delvis tänkt som en metod att ta livet av sig. Avsikten behöver inte vara 100 %. Om det finns någon avsikt/önskan att dö i samband med handlingen kan den anses vara ett faktiskt självmordsförsök. Det behöver inte ha skett någon skada eller medfört något men , enbart en möjlighet för skada eller men. Om personen trycker på avtryckaren med skjutvapnet i munnen, men skjutvapnet är trasigt så att ingen skada sker anses detta vara ett försök. Antydd avsikt: Även om en individ förnekar avsikt/önskan att dö, kan man kliniskt dra slutsatsen från beteendet eller omständigheterna. T.ex. en mycket klar dödshandling som klart och tydligt inte är en olyckshändelse, dvs. inget annat än självmord kan ha varit avsikten (t.ex. skott mot huvudet, hopp från ett fönster från en våning högt upp). Likaledes, om någon förnekar avsikten att dö, men han/hon trodde att gämingen kunde vara dödlig kan slutsats dras att avsikt fanns. Har du gjort ett självmordsförsök? Har du gjort något för att skada dig själv? Har du gjort något farligt där du kunde ha dött? Vad gjorde du? Gjorde du detta som ett sätt att avsluta ditt liv? Ville du dö (även svag önskan) när du _____? Försökte du avsluta ditt liv när du _____? Eller trodde du att du möjligen skulle kunna ha dött av _____? Eller gjorde du det helt och hållet av andra skäl/utan NÅGON avsikt att ta livet av dig (som att lindra stress, må bättre, få sympati, eller för att något annat skulle hända)? (Beteende att skada sig själv utan självmordsavsikt) Om ja, beskriv:			Ja Nej <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Har personen ägnat sig åt icke-suicidalt beteende att skada sig själv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			Totalt antal försök _____		
Avbrutet försök: När personen blivit avbruten (av yttre omständigheter) i att börja med beteendet att potentiellt skada sig själv (om det inte vore för det skulle ett faktiskt försök inträffa). Överdos: Personen har tabletter i handen men hindras från att svälja dem. När personen en gång svalt några tabletter blir detta ett försök snarare än ett avbrutet försök. Skjuta sig: Personen har ett skjutvapen riktat mot sig själv, skjutvapnet tas bort av någon annan, eller personen hindras på något sätt att trycka av. Om personen trycker av är det ett försök även om skottet inte går av. Hoppa: Personen är beredd att hoppa, någon tar tag i personen och drar bort honom/henne från kanten. Hängning: Personen har en snara runt halsen men hänger ännu inte - hindras från att göra det. Har det funnits något tillfälle när du börjat göra något för att avsluta ditt liv, men någon eller något hindrade dig innan du faktiskt gjorde något? Om ja, beskriv:			Ja Nej <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Uppgivet försök: När personen gör förberedelser inför ett självmordsförsök, men själv avbryter innan han/hon faktiskt har ägnat sig åt något självdestruktivt beteende. Exemplet liknar avbrutna försök, förutom att individen stoppar sig själv istället för att bli stoppad av något annat. Har det funnits något tillfälle när du börjat göra något för att avsluta ditt liv, men du stoppade försöket själv innan du faktiskt gjorde något? Om ja, beskriv:			Ja Nej <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Förberedande handling eller beteende: Handling eller förberedelse inför ett nära förestående självmordsförsök. Detta kan innefatta allt utöver att uttrycka det i ord eller tanke, så som att förbereda en specifik metod (t.ex. skaffa tabletter, skaffa ett skjutvapen) eller förbereda för sin död genom självmord (t.ex. ge bort saker, skriva ett självmordsbrev). Har du gjort några förberedelser för ett självmordsförsök eller förberett dig på att ta livet av dig (t.ex. samla ihop tabletter, skaffa ett skjutvapen, ge bort värdesaker eller skriva ett självmordsbrev)? Om ja, beskriv:			Ja Nej <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Självmordsbeteende: Självmordsbeteende förekom under utvärderingsperioden.			Ja Nej <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Svara endast för faktiska försök			Senaste försök Datum:	Mest dödliga försök Datum:	Initiala/första försök Datum:
Faktisk dödlighet/medicinsk skada: 0. Ingen eller mycket liten fysisk skada (t.ex. ytliga skramor). 1. Liten fysisk skada (t.ex. slött tal, första gradens brännskador, mindre blödning, vrickning/stukning). 2. Måttlig fysisk skada; medicinskt omhändertagande nödvändigt (t.ex. vid medvetande men sömning, reagerar till viss del, andra gradens brännskador, blödning från större kärl). 3. Måttligt svår fysisk skada; sjukhusinläggning och troligen intensivvård nödvändig (t.ex. i koma med intakta reflexer, tredje gradens brännskada på mindre än 20 % av kroppen, omfattande blodförlust men kan återhämta sig, omfattande frakturer). 4. Svår fysisk skada; sjukhusinläggning och intensivvård nödvändig (t.ex. i koma utan reflexer, tredje gradens brännskador på mer än 20 % av kroppen, omfattande blodförlust med instabila vitala tecken, stor skada på vitalt område). 5. Död			Fyll i kod	Fyll i kod	Fyll i kod
Potentiell dödlighet: Svara enbart om faktisk dödlighet=0 Trolig dödlighet vid faktiskt försök men ingen medicinsk skada (följande exempel: potentiellt mycket dödligt utan att ha orsakat någon faktisk medicinsk skada: stoppat skjutvapen i munnen och tryckt av, men skottet gick ej av, så ingen medicinsk skada; låg på spåret med ett annalkande tåg men slängde sig undan innan han/hon blev överkörd). 0 = Beteendet skulle troligtvis inte resulterat i skada 1 = Beteendet skulle troligtvis ha resulterat i skada men troligtvis inte orsakat död 2 = Beteendet skulle troligtvis ha resulterat i död trots tillgänglig medicinsk vård			Fyll i kod	Fyll i kod	Fyll i kod

16.4 Bilaga 4 Sju punkter för säkerhetsplanering för personer med risk för suicidalt beteende

Framtagen av Johan Andrén, specialistläkare i psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri, SLSO, NASP/KI

Observera att det är personen själv som föreslår, väljer och ev. med hjälp hittar vad som fylls i.

1. Mina *varningstecken* (tankar, minnen, svåra känslor, beteenden, situationer) på att en kris kan komma att utvecklas:

1.
2.
3.
4.

2. Mina egna *strategier för att hantera situationen* - saker jag kan göra själv, utan att kontakta en annan person, för att haka loss från/inte fastna i grubblande och kamp med smärtan (medveten närvaro/mindfulness-tekniker, vardagsaktiviteter/saker att göra som brukar fungera/avleda mig):

1.
2.
3.

3. *Personer och sociala sammanhang* som jag kan söka upp och som kan bidra till att avleda mig, till att jag mår bättre eller till något annat som kan vara behjälpligt:

Person 1. Namn: Telefon:

Person 2. Namn: Telefon:

Platser på nätet:

Sociala inrättningar och fysiska platser:

4. *Anhöriga, närstående eller vänner* jag kan kontakta för att få stöd genom denna kris:

Person 1. Namn: Telefon:

Person 2. Namn: Telefon:

5. *Professionella personer, mottagningar för behandling* och organisationer/föreningar för akut hjälp som jag kan kontakta i kris:

1. Namn: Telefon:

Akutnummer el annan kontaktuppgift:

2. Akutmottagningens adress- och telefon:

3. Självmordslinjen tel. 90101 eller www.mind.se, Nationella hjälplinjen 020-22 00 60 (kl.13-22).

För omedelbar hjälp: 112.

6. Vad jag behöver göra nu för att *säkra mig och situationen*:

1.
2.

7. *Värden i mitt liv*, det vill säga något av det som är värdefullt och viktigt i mitt liv som till exempel personer och djur som kan hjälpa mig *att i tanken säga stopp* till självmordstankar och impulser när det är kris?

1.
2.

16.5 Bilaga 5 Situation-Bakgrund-Aktuellt tillstånd – Rekommendation (SBAR)

SBAR – akut situation

S**Situation**Vad är problemet/
anledningen till kontakt?**Ange**Eget namn, titel, enhet
patientens namn, ålder,
eventuellt personnummer.**Jag kontaktar dig för att ...****B****Bakgrund**Kortfattad och relevant
sjukhistoria för att skapa
en gemensam helhetsbild
av patientens tillstånd
fram tills nu.**Informera om**Tidigare och nuvarande
sjukdomar av betydelse.
Kort rapport av aktuella
problem och behandlingar
tills nu.Eventuell allergi.
Eventuell smittorisk.**A****Aktuellt tillstånd**

Status

Rapportera**A:** luftväg
B: andning
C: puls, blodtryck, saturation
D: medvetandegrad,
smärta, orienterad till tid/
rum/person
E: temperatur, hud, färg,
buk, urinproduktion, yttre
skador.

Bedömning

**Jag tror att problemet/
anledningen till patientens
tillstånd är ...****R****Rekommendation**

Åtgärd

... därför föreslår jag;
omedelbar handläggning
övervakning/överflyttning
utredning
behandling.

Tidsram

Hur ofta ska jag ... ?
Hur länge ... ?
När ska jag ta kontakt igen?Bekräftelse på
kommunikationenFinns fler frågor?
Är vi överens?

SBAR – icke akut situation

S Situation
Vad är problemet/
anledningen till kontakt?

Ange
Eget namn, titel, enhet
patientens namn, ålder,
eventuellt personnummer.
Jag kontaktar dig för att ...

B Bakgrund
Kortfattad och relevant
sjukhistoria för att skapa
en gemensam helhetsbild
av patientens tillstånd
fram tills nu.

Informera om
Tidigare och nuvarande
sjukdomar av betydelse.
Kort rapport av aktuella
problem och behandlingar
tills nu.

Eventuell allergi.
Eventuell smittorisk.

A Aktuellt tillstånd
Status

Bedömning

Rapportera
Vitala funktioner.
Aktuellt status kopplat till
situationen.

Jag bedömer att ...

R Rekommendation
Åtgärd

Tidsram

Bekräftelse på
kommunikationen

... därför föreslår jag;
övervakning
utredning/behandling
vårdplanering/hjälptbehov
överflyttning
uppföljning.

Hur ofta ... ?
Hur länge ... ?
När?

Finns fler frågor?
Är vi överens?