

Suicidprevention - Suicidriskbedömning med patienten i rummet, Primärvården i jkpg län

I bedömningsarbetet är det mycket viktigt att försöka etablera en god personlig kontakt, grundlägga ett förtroende och bygga en arbetsallians med patienten. Utöver att följa nedan beskrivna rutiner för att göra en strukturerad suicidriskbedömning behöver bedömaren också bemöta patienten med respekt, medkänsla, gott omdöme samt professionalism.

När ska bedömningen göras

Suicidriskbedömningar ska göras när misstanke om suicidrisk föreligger och exempelvis vid höga poäng på depressionsskattning (BDI och MADRS) framkommit. Ange det viktigaste i klartext i remissen och dokumentationen.

För vem gäller rutinbeskrivningen

Rutinbeskrivningen gäller all personal – oavsett yrkestillhörighet – som gör suicidriskbedömningar i vården.

Bedömning

1. Utred aktuella suicidtankar och ev. suicidplaner

Många riskfaktorer kan finnas under längre tid, utan att en självmordshandling inträffar. Suicidriskbedömningar måste göras kontinuerligt eftersom risken varierar över tid.

Hjälpmedel kan användas vid strukturerade suicidriskbedömningar:

- Suicidstegen - se under relaterat - visar en logisk successivt stigande grad av intensitet i patientens tankegång och planering av ett suicid.
- SSI - Scale for suicidal ideation - se under relaterat – används för att bedöma suicidavsikt.
- SSI - Scale for suicidal ideation, se under relaterat.
- Anhöriga är en viktig resurs, både i bedömningssituationen och i det fortsatta vård- och behandlingsarbetet. Anhöriga kan också själva ha behov av hjälp och stöd.
- SAD Persons scale - se under relaterat - anger tio statistiska riskfaktorer men är inte en skattningsskala.

2. Utred aktuell situation och anamnes

- Aktuella problem, möjliga orsaker till suicidtankar/-planer/-försök
- Ev. tidigare kriser/traumata
- Psykiatriskt tillstånd/status
- Psykiatrisk vård och behandling (aktuell och tidigare)

- Somatisk sjukdom (allvarlig, kronisk, smärtsam)
- Social situation och anamnes
- Viktiga/förtroendefulla relationer (utanför och i vården)
- Tidigare suicidförsök (den enskilt viktigaste riskfaktorn för suicid)
- Ärftlighet – inklusive suicidal förebild i familj eller omgivning
- Faktorer som ökar/minskar suicidrisk

3. Bedöm grad av suicidrisk

- Hög suicidrisk
- Medelhög eller svårbedömd suicidrisk
- Låg suicidrisk
- Bedömning av självmordsrisk, se under relaterat.

4. Hantering vid bedömd suicidrisk!

Om suicidrisken bedöms hög eller svårbedömd sänds remiss till psykiatriska akutmottagningen. Om suicidrisken är hög, överväg LPT. Se till att patienten har sällskap tills bedömningen är gjord inom psykiatri. En följeslagare kan dock inte förhindra att en patient vill avvika. Beakta därför alltid huruvida kriterierna för vårdintyg föreligger. LPT ger psykiatri minst ett dygns bedömningstid.

5. Vapenlagen

Vid bedömningar som mynnar ut i att suicidrisk föreligger ska ställning tas till om läkares anmälningsskyldighet vid patientens olämplighet att inneha skjutvapen föreligger, se Läkares anmälningsskyldighet enligt vapenlagen, se under relaterat.

6. Dokumentation och uppföljning

Med strukturerad självmordsriskbedömning menar Socialstyrelsen att den sker på ett likartat sätt och enligt en viss struktur/ordning (se ovan), att den dokumenteras i journalen och att den upprepas regelbundet så länge misstanke om självmordsrisk föreligger. Observera att värdering av självmordsrisk är alltid en klinisk bedömning!

Mer information

Länsgemensam rutinbeskrivning för suicidprevention vuxenpsykiatri, se under relaterat.