

Psykiatriska kliniken Höglandet
Psykiatriska kliniken Jönköping
Psykiatriska kliniken Värnamo

Länsgemensam rutin för suicidprevention

VUXENPSYKIATRI



Innehållsförteckning

Inledning	2
Länsgemensam rutinbeskrivning för suicidprevention	2
Syfte	2
Sammanfattning	3
Viktiga budskap	3
Närstående	3
Begrepp	4
Suicidpreventivt arbete	4
1. Suicidpreventiva rutiner och arbetssätt	6
2. Suicidriskbedömning	9
Strukturerad suicidriskbedömning och suicidriskbedömning	9
När ska strukturerad suicidriskbedömning göras?	9
Vad en suicidriskbedömning bör innehålla och förslag på frågor	9
Risk- och skyddsfaktorer	11
Bedöm suicidrisken	12
Exempel på strukturerad suicidriskbedömning	13
3. Efter suicid	15
4. Stöd vid bedömning av suicidrisk	17

Denna rutin är utarbetad och uppdaterad av en arbetsgrupp bestående av:

Maria Alsén, kurator Jönköping
Rebecca Berg, enhetschef Jönköping
Anette Bergqvist, verksamhetsutvecklare Jönköping
Maria Berlin, verksamhetsutvecklare Värnamo
Elin Fröding, chefläkare
Annica Lindström, verksamhetsutvecklare Höglandet
Ann-Kristin Karlsson, biträdande enhetschef Vetlanda
Sven Kronberg, psykolog Värnamo

Rutinen är framtagen i samverkan mellan psykiatriska klinikerna i Jönköping, Höglandet och Värnamo.

Inledning

Varje dag tar fyra personer sitt liv i Sverige, totalt ungefär 1500 varje år, inräknat 300 osäkra fall. En majoritet, cirka 70 % av dem som tar sitt liv är män, medan yngre kvinnor är de som oftast gör suicidförsök. I vissa åldersgrupper är suicid den vanligaste dödsorsaken och antalet är ungefär sex gånger större än antalet dödade i trafiken. I Jönköpings län begår cirka 50 personer per år suicid, vilket de flesta år har varit något under riksgenomsnittet. Bland Europas länder ligger Sverige i mitten avseende suicid per 100 000 invånare. Antalet suicid sjönk under slutet av 1900-talet men har därefter planat ut.

En vanlig missuppfattning är att en stor andel av dem som överlever ett suicidförsök senare också dör i suicid, men så är inte fallet. Frågan om suicid är mycket komplex och många faktorer är viktiga. Suicid är ett folkhälsoproblem, som förutom den direkt drabbade också i hög utsträckning och under lång tid åsamkar många närstående stort lidande. Det finns mycket som kan göras för att förhindra suicid och i det arbetet har psykiatrin en viktig roll att fylla. Eftersom suicid ytterst handlar om liv och död är suicidprevention en prioriterad uppgift inom psykiatrin.

Länsgemensam rutinbeskrivning för suicidprevention

Rutinen används i arbetet med patienter som bedömts ha en hög suicidrisk eller vara suicidnära samt vid uppföljning av patienter som gjort ett suicidförsök.

Vård och behandling av personer som har ett självskadebeteende utan avsikt att ta sitt liv, omfattas inte av denna rutinbeskrivning. För suicidpreventiva riktlinjer för barn och ungdom hänvisas till barn- och ungdomspsykiatriska kliniken.

Syfte

Syftet med denna rutinbeskrivning är att presentera en länsgemensam struktur för hur det suicidpreventiva arbetet ska bedrivas. Samtliga medarbetare ska ha kunskap om rutinerna och utbildning om dessa ska ingå vid introduktion för nya medarbetare samt repeteras åtminstone en gång per år, exempelvis vid APT. Enhetschef ansvarar för att utbildning genomförs.

All hälso- och sjukvårdspersonal ska i samtal med patient kunna och våga prata om tankar om liv och död, inklusive tankar och planer på suicid. Alla medarbetare ska ha kunskap om risk- och skyddsfaktorer, kunna göra en suicidriskbedömning. Läkare och behandlare ska kunna göra en strukturerad suicidriskbedömning, det vill säga en suicidriskbedömning som är mer kvalificerad och omfattande och vars innehåll är tydligt definierat.

Sammanfattning

- Patienter med hög suicidrisk bedöms och vårdas inom specialistpsykiatri.
- Våga fråga. Att tala klarspråk innebär ofta en lättnad för patienten.
- Bemöt med medkänsla, respekt, engagemang och kunskap.
- Gör och dokumentera suicidriskbedömning.
- Samverka med närstående. Uppmärksamma särskilt barns behov.
- Erbjud gott stöd till medarbetare.

Vård, behandling och stöd utformas utifrån patientens ohälsa, svårigheter, behov och resurser. Det kan handla om psykisk sjukdom, missbruk, psykosociala problem och relationsproblem med mera. Därför finns det inte en för alla given suicidpreventiv behandling.

Viktiga budskap

- Efter suicidförsök och vid hög/svårbedömd suicidrisk ska behovet av slutenvård bedömas.
- Vårdintygsbedömning görs om patienten bedöms suicidal och motsätter sig slutenvård.
- Kartläggning, "trestegssamtal" genomförs för att bland annat fånga upp patientens skydds- och sårbarhetsfaktorer. Det är fokus på dagen innan suicidförsöket, dagen det hände och dagen efter. Samtalen ska inledas snarast oavsett var i vårdkedjan patienten befinner sig. Inom slutenvården genomförs samtalen av omvårdnadspersonal.
- Vid utskrivning från slutenvård ska uppföljande suicidprevention erbjudas via öppenvården. Kontakt bör etableras med öppenvården under vårdtiden. Uppföljning i öppenvård inom fem arbetsdagar efter bedömning av suicidförsök eller utskrivning från slutenvård.
- En vårdplan ska upprättas där krisplan ingår.
- Alla patienter som gjort ett suicidförsök eller bedöms vara suicidnära ska erbjudas kontakt inom psykiatri. Vården ansvarar för uppföljning och att erbjuda kontakt vid upprepade tillfällen om patienten uteblir.
- Stötta patienten i kontakter som är gynnsamma för tillfrisknandet.
- Vid suicidförsök under pågående vård ska en rapport i Synergi upprättas och därefter tas ställning till vidare utredning.

Närstående

- Involvera och inkludera närstående. Motivera patienten till att närstående får vara en del av behandlingen. Erbjud information och stöd till anhöriga.
- Uppmärksamma särskilt barn som anhöriga. En orosanmälan till socialtjänsten ska göras efter ett suicidförsök.

Begrepp

Begreppen *suicid* och *själv mord* är synonyma.

Suicidnära
(= suicidal)

Har gjort ett eller flera suicidförsök under senaste året. Har allvarliga suicidtankar och där suicidrisk bedöms föreligga under den närmaste tiden.

Suicid

En avsiktligt självtillfogad skada som leder till döden.

Suicidförsök

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

Osäkert suicid

Dödsfall för vilket tveksamhet råder om döden orsakats uppsåtligt eller inte, ”skadehändelse med oklar avsikt”.

Suicidrisk

Risk att i en nära framtid eller på längre sikt begå suicid. Bedömning av suicidrisk baseras bland annat på information om en intention att begå suicid, om suicidhandlingar i den nära kretsen, om suicidmeddelanden, om depression eller annan psykisk störning och på tidigare suicidförsök.

Självskada utan suicidavsikt

En avsiktlig självtillfogad skada som inte leder till döden och där syftet med skadan inte var att dö och inte heller gav sken av att vara det, exempelvis ytlig skärning.

Suicidpreventivt arbete

En person med suicidal tankar plågas ofta av starka känslor av skuld, skam, hopplöshet och värdelöshet. Personen känner sig också ofta ensam och tänker inte sällan att närstående och andra skulle ha det bättre om hen inte fanns. Detta bidrar till att det kan vara mycket svårt för patienten att tala öppet om egna tankar, känslor och eventuella planer. I mötet är det extra viktigt att vara lyhörd och engagerad, samt att visa respekt för patientens upplevelser.

Att få ta del av patientens mörkaste tankar och känslor är att få ett förtroende. Det är viktigt att lyssna aktivt, våga ställa frågor och hjälpa med att sätta ord på patientens upplevelse. Det är ofta hjälpsamt att känna till vad som avhållit patienten att gå från tanke och plan till handling och att även fokusera på det som

är viktigt i patientens liv. Det finns ofta en ambivalens hos patienterna inför viljan att leva eller dö. Samtidigt är det väsentligt att fokusera på möjligheter och ge hopp, utan att för snabbt gå över till aktiva åtgärder som att föreslå eller planera för byte till andra vårdgivare eller bryta kontinuiteten i vårdrelationen.

Den akuta omvårdnaden fokuserar på att skydda patienten. Det kan handla om att förstärka de skyddande faktorerna men också att samtala kring vad det skulle innebära om hen tog sitt liv.

Det psykiatriska vårdarbetet inriktas på den psykiatriska grundproblematiken, som exempelvis depression eller ångestsjukdom. I det arbetet behöver man alltid väga in andra viktiga individuella faktorer som relationer, sociala förhållanden (arbete, boende, ekonomi), somatisk hälsa och annat som är viktigt för den aktuella patienten som missbruk, förluster eller viktiga förändringar.

1. Suicidpreventiva rutiner och arbetssätt

Nedan följer viktiga arbetssätt för det suicidpreventiva arbetet i Region Jönköpings län.

- **Strukturerad suicidriskbedömning**
En strukturerad suicidriskbedömning görs efter suicidförsök, vid nybesök, akutbesök och vid in- och utskrivning, inför permission och årliga läkarbesök, samt vid försämring och i övrigt vid oro för suicidalitet. Suicidriskbedömningen ska dokumenteras och värderas som låg, förhöjd eller hög. Suicidstegen och andra skattningsinstrumentet kan vara ett stöd i bedömningen. Vid dokumentation av strukturerad suicidriskbedömning används KVÅ-kod AU118.
- **Specialistpsykiatrisk bedömning efter suicidförsök**
Konsultation för suicidriskbedömning på exempelvis IVA görs inom ett dygn. Lägsta kompetensnivå vid konsultationen bör vara ST-läkare. Bedömningen görs gärna tillsammans med erfaren behandlare.
- **Erbjudande om slutenvård**
Efter suicidförsök eller när patienten bedöms ha hög suicidrisk är grundregeln att denne ska erbjudas och föreslås slutenvård. En sådan ger direkta möjligheter till skydd och behandling.
- **Vårdintygsbedömning**
Om patienten bedöms ha hög suicidrisk eller vara suicidnära och motsätter sig slutenvård gör legitimerad läkare bedömning om kriterierna för tvångsvård i Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) är uppfyllda. Om så är fallet utfärdas vårdintyg av legitimerad läkare.
- **Samtala om suicidalitet**
Vid slutenvård av suicidnära patienter förväntas omvårdnadspersonal, gärna patientens kontaktperson, att redan första dagen påbörja en kartläggning om patienters situation. Syftet är att fånga upp patientens riskfaktorer, eventuella förberedelser för suicid och annan väsentlig information inför det fortsatta vårdarbetet. Det är viktigt att finnas till hands och lyssna eftersom patienten kan uppleva känslor av mindervärde och skam. Om patienten gjort ett suicidförsök ska man fokusera på dagen innan, dagen det hände samt dagen efter i ett så kallat trestegssamtal. Inför utskrivning och fortsatt vård görs en överrapportering till öppenvården. Dokumentera och sammanfatta innehållet och utfallet av samtalet. Använd gärna checklistan för uppföljning av suicidnära patient, se mer i kapitel 4.

Vid inskrivning och i epikris från slutenvården ska aktuellt suicidförsök och tillvägagångssätt finnas dokumenterat i journaltext. Suicidförsök registreras med diagnoskod. Har en inlagd patient gjort ett suicidförsök i hemmet är det värdefullt att vårdpersonal gör ett hembesök tillsammans med patienten före utskrivningen. Ett sådant kan dels ge värdefull

information om omständigheterna och dels säkerställa att bostaden är iordningställd efter ett suicidförsök.

- **Närstående och barns behov**

Närstående är en viktig resurs och de vill ofta vara delaktiga i vården och stötta sina närstående. Det är därför viktigt att sträva efter att få patientens medgivande till att involvera närstående. Även om patienten inte ger sitt medgivande är det ändå av stor vikt att erbjuda stöd. Ibland kan det behövas ett kontinuerligt motivationsarbete för att få till ett gott samarbete mellan patient, närstående och vården.

Barn ska erbjudas information och stöd utifrån sina förutsättningar då deras förälder och syskon finns i vården. Var extra observant gällande barn under 18 år. För att kartlägga barns behov ska familjeformulär användas. All hälso- och sjukvårdspersonal är enligt lag skyldiga att göra en orosanmälan till socialtjänsten vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa (Socialtjänstlag 2001:453, kap 14). En orosanmälan ska därför alltid göras till socialtjänsten då en patient med barn under 18 år har gjort ett suicidförsök.

- **Suicidriskbedömning före permission och utskrivning**

Suicidrisken kan förändras på kort tid och därför ska en suicidriskbedömning göras i direkt anslutning till permission och utskrivning.

- **Uppföljning inom fem arbetsdagar**

En patient som gjort suicidförsök eller bedöms vara suicidnära i samband med konsultation, bedömning eller vid utskrivning från slutenvård, ska erhålla en besöks tid till specialistpsykiatrins öppenvård inom fem arbetsdagar. Alla besök bokas med vårdtjänst *suicidprevention* i bokningsunderlaget.

- **Extern remiss mellan sjukhusen**

När en suicidnära patient som är hemmahörande i en annan länsdel skrivs ut från slutenvård eller efter ett öppenvårdsbesök, ska en extern remiss/vårdbegäran i Cosmic skickas till den mottagning som ska svara för fortsatt vårdkontakt.

- **Fortsatt kontakt**

Alla patienter som gjort ett suicidförsök eller bedöms vara suicidnära ska erbjudas kontakt inom psykiatri. Rekommendationen är att kontakten fortlöper ett år, hur ofta och hur kontakten ser ut planeras i samråd mellan patient och behandlare. Ett motivationsarbete kan behövas om patienten är ambivalent till fortsatt kontakt med psykiatri. Om patienten inte önskar fortsatt kontakt och/eller inte bedöms ha ett fortsatt behov kan den suicidpreventiva insatsen avslutas tidigare. Beslut dokumenteras i journal.

- **Kontakt vid uteblivet besök eller sent återbud**
Patient som uteblir eller lämnar sent återbud kontaktas av den vårdpersonal den skulle träffat. Vid oro för suicidrisk kontaktas ansvarig läkare alternativt bakjour för bedömning av åtgärder.
- **Vårdplan och krisplan**
En vårdplan upprättas av ansvarig läkare eller behandlare tillsammans med patienten senast vid det tredje besöket. Vårdplanen ska innehålla en överenskommelse som beskriver vårdens och patientens ansvar och en krisplan där uppgift dokumenteras om vad patienten ska göra vid försämrat mående. I överenskommelsen ska det framgå information om vilken närstående vården kan kontakta om patienten uteblir från avtalad kontakt, eller lämnar sent återbud utan förklaring.
- **Dokumentation av tidigare suicidförsök**
Vid varje patientkontakt som ska kodas registreras bi-diagnoskod om patienten tidigare gjort ett eller flera suicidförsök.
Z91.5A Suicidförsök i den egna sjukhistorien. Dokumentera också datum för tidigare eller åtminstone senaste suicidförsök
Z91.5B Avsiktlig självdestruktiv handling utan suicidavsikt i den egna sjukhistorien
Z91.5C Avsiktlig självdestruktiv handling med oklar suicidavsikt i den egna sjukhistorien
Z91.5W Annan självdestruktivitet i den egna sjukhistorien

Har patienten både suicidförsök och självskadebeteende så ska bägge koderna vara med, se exempel nedan:

Bidiagnos: Z91.5A Suicidförsök i den egna sjukhistorien (oktober 2022)
Bidiagnos: Z91.5B Avsiktlig självdestruktiv handling utan suicidavsikt i den egna sjukhistorien

Skälet till denna dokumentation är att suicidförsök är den största riskfaktorn för suicid, och att uppgift om tidigare suicidförsök måste vara lättillgänglig för den som träffar patienten.
- **Vapenlag 1996:67**
Anmälningsskyldighet: 6 § En läkare som bedömer att en patient av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen ska omedelbart anmäla detta till Polismyndigheten. Anmälan behöver inte göras om det med hänsyn till omständigheterna står klart för läkaren att patienten inte har tillstånd att inneha skjutvapen.

2. Suicidriskbedömning

Strukturerad suicidriskbedömning och suicidriskbedömning

- I en *strukturerad suicidriskbedömning* ingår anamnes, psykiskt status, risk- och skyddsfaktorer samt bedömning av suicidrisken. Bedömningen ska anges som hög, förhöjd eller låg och i undantagsfall som svårbedömd. Patientens egen beskrivning och bedömning är viktig, vilket också uppgifter från närstående och andra informationskällor kan vara. Bedömningen och underlaget ska dokumenteras.
- En *suicidriskbedömning* kan utgå ifrån tidigare gjord strukturerad suicidriskbedömning om den bedöms vara oförändrad. Har nya faktorer tillkommit som kan påverka suicidrisken ska detta framgå i bedömningen. Då görs en ny strukturerad suicidriskbedömning. I journalen kan till exempel "negerar suicidtankar" eller "inget suicidalt" dokumenteras, eller att suicidrisken bedöms som låg, förhöjd eller hög. Men en sådan formulering är inte en strukturerad suicidriskbedömning.

När ska strukturerad suicidriskbedömning göras?

- Efter suicidförsök.
- Vid akutbesök.
- Vid nybesök.
- Vid årliga läkarbesök.
- Vid inskrivning och utskrivning samt för suicidnära patient inför permission från slutenvård.
- Vid försämring.

All vård- och behandlingspersonal inom specialistpsykiatri ska kunna göra en suicidriskbedömning. En strukturerad suicidriskbedömning görs vid ovan beskrivna situationer av läkare och/eller behandlare. Vid slutenvård görs suicidriskbedömning också av omvårdnadspersonal.

Vad en suicidriskbedömning bör innehålla och förslag på frågor

1. Patientens berättelse ur ett inifrånperspektiv som öppen fråga.
- Vill du berätta hur du tänker om liv och död? Vill du berätta varför självmord känns som en utväg för dig?
2. Aktivt lyssnande som signalerar engagemang och intresse.
- Berätta gärna mer, det är viktigt att jag förstår hur du tänker. Jag är glad att du berättar för mig. Du berättar på ett sätt som hjälper mig förstå hur svårt du har det.
3. Bedömning av tankar om suicid som möjlig utväg.
- I den här situationen är det vanligt att man tänker på självmord som en utväg, hur är det för dig? Har du önskat att du var död eller velat somna för alltid? Har du haft tankar på att ta ditt liv? Hur länge har du tänkt på självmord som en möjlig utväg?

4. Bedömning av suicidal planering.
- Har du funderat över hur du skulle kunna ta ditt liv? Har du förberett ett självmordsförsök? Har du för avsikt att genomföra planerna? Har du bestämt tid eller plats för ett självmordsförsök? Har du läst på om självmordsmetoder? Var?
5. Bedömning av suicidalt beteende.
- Har det varit nära att dina suicidtankar övergått i handling? Är du själv rädd för att det ska hända? Har du besökt en möjlig plats för ditt självmordsförsök? Har du skaffat utrustning för att kunna ta ditt liv? Har du tillgång till någon självmordsmetod i ditt hem?
6. Kartläggning av tidigare suicidförsök och metodval.
- Har det någon gång i livet känts så hopplöst att du försökt ta ditt liv? Hur gjorde du då? Varför valde du just den metoden? Vad fick dig att avbryta självmordsförsöket? När var detta?
7. Kartläggning av andra riskfaktorer, akuta och bakomliggande.
- Har du någon gång fått behandling på grund av psykiska besvär? Har du det nu? Har det hänt något särskilt i ditt liv som gör att du inte orkar leva? Känner du någon som har tagit sitt liv? Hur fungerar ditt liv just nu? Brukar du använda droger eller alkohol som hjälp för att stå ut?
8. Kartläggning av skyddande faktorer.
- Vad har hjälpt dig att orka med ditt liv fram till idag? Vad är värdefullt i ditt liv? Vilka är dina styrkor? Hur skulle det bli för dina närstående om du tog ditt liv? Är det någon som känner till hur du har det just nu? Vem ber du om hjälp? Vem pratar du med om svåra saker?
9. Kartläggning av patientens personlighet och egna resurser.
- Kan du trösta dig själv? Kan du distrahera dig när tankar på självmord dyker upp? Finns det något annat du kan göra istället för att skada dig själv nästa gång det känns så här? Vad skulle du säga till en vän som befann sig i den här situationen? Brukar du förlora kontrollen ibland så att du gör saker som du annars inte skulle ha gjort? Hur hanterar du starka känslor, till exempel aggressivitet? Hur kan vi jobba tillsammans för att minska risken för att dina självmordstankar leder till ett självmordsförsök?
10. Kontakt med närstående när patientens berättelse och beteende inte stämmer överens, exempelvis när en person som har uppvisat ett mycket allvarligt suicidalt beteende bagatelliserar det inträffade, samt när det behövs kompletterande information för att förstå patientens situation.
- Jag behöver ta kontakt med någon av dina närstående. Vem vill du att jag kontaktar?

Det fungerar ofta att vara milt medicinskt auktoritär genom att tala om vad man måste göra och att samtidigt ge patienten en möjlighet att påverka.

11. Vård/krisplanering.

- Hur ska vi tillsammans arbeta för att dina tankar och impulser inte ska leda till handling? Vad tycker du är viktigt? Har du något råd till oss?

Risk- och skyddsfaktorer

Nedan förtecknas ett antal statistiskt fastställda vanliga risk- och skyddsfaktorer. Observera att sådana faktorer är individuella. Det som är skyddande för en individ, till exempel en viktig hobby eller en är religiös tro, kan vara oväsentligt för en annan.

Riskfaktorer - kroniska

- Tidigare suicidförsök (den enskilt viktigaste riskfaktorn för suicid).
- Psykisk sjukdom som depression, bipolär sjukdom eller psykos.
- Missbruk.
- Man.
- Äldre.
- Ensamstående/ensamboende, fränskild, änkling/änka.
- Suicid hos närstående.
- Svårt att etablera nära relationer/rerelationsproblem.
- Erfarenheter av våld (utsatt för eller själv använt våld).
- Somatisk sjukdom (kronisk, cancersjukdom, neurologisk sjukdom, smärta och förlust av funktion).
- Personlighetsdrag (lättkränkt, impulsiv och fientlig).
- Social utsatthet (exempelvis arbetslös eller ekonomiska problem).
- Adopterad.
- HBTQ-person.

Riskfaktorer - akuta/triggers

- Akut kris (förlust eller hot om förlust, sorg, separation, förlust av funktion, arbete eller relationsproblem).
- Sömnbrist.
- Akut hög ångestnivå.
- Känsla av hopplöshet.
- Upplevelse av kränkning, skuld och skam.
- Nyttillkommen förändring i patientens tillstånd vid psykisk sjukdom, exempelvis nyttillkommen depression, nyttillkomna suicidtankar eller planer, övergång mellan mani och depression, blandtillstånd med snabba svängningar, nyttillkomna hallucinationer, försämring eller förbättring i psykossjukdom, återfall i missbruk eller beroende.

Risksituationer i relation till psykiatrisk vård

- Stark rädsla för eller fördomar mot psykisk sjukdom.
- Brist på etablerad och tillitsfull kontakt med behandlare eller konflikt mellan vårdgivare och patient.
- Förstagångsinläggning.
- Tvångsinläggning.

- Överflyttning mellan enheter.
- Första tiden efter utskrivning.
- Avbrott/avslutande i kontakt med viktig personal/behandlare.

Skyddsfaktorer - Observera att betydelsen av skyddsfaktorer minskar vid djup depression.

- Känsla av gemenskap, gott socialt stöd i relationer.
- Förmåga att skapa och behålla nära relationer.
- Tilltro till egen förmåga, till copingstrategier och till överlevnad.
- Personliga värderingar eller religiös tro som motstånd mot suicidhandling.
- Omsorg om barn, familj och andra närstående.
- Fritidsintressen och arbete.
- Positiva erfarenheter av vården och tillit till vården.
- Hjälpökande.
- Ordnat liv.
- Rädsla för fördömande av andra.
- Rädsla för kroppslig skada eller lidande och smärta i samband med suicid.

I bedömningen är det också viktigt att kartlägga hur patienten tidigare kunnat hantera suicidtankar och eventuella suicidplaner. Beakta att tidigare skyddsfaktorer kan övergå till riskfaktorer. Att förstå vad som har fungerat och varit skyddande för just den aktuella personen är betydelsefullt för bedömning av aktuell suicidrisk och för planering av fortsatt vård.

Flera riskfaktorer kan finnas under längre tid utan att en suicidhandling inträffar. Vid bedömning av den aktuella suicidrisken måste man särskilt observera de akuta riskfaktorerna och man bör skilja på en persons akuta och kroniska suicidrisk. Observera att en suicidnära person ibland kan uppvisa en ovanligt samlad och lugn yta före en suicidal handling.

Bedöm suicidrisken

När den strukturerade suicidriskbedömningen är gjord ska en bedömning av suicidrisken formuleras. Dokumentationen ska gärna innehålla ett resonemang som mynnar ut i en värdering av suicidrisken.

Om patienten har planerat eller genomfört en suicidal handling bör man undersöka metod och grad av våldsamhet. Våldsamma metoder som exempelvis hängning, skjutning och hopp från hög höjd eller framför fordon ökar risken för fullbordat suicid. Kartlägg noggrannheten i planeringen av den suicidal handlingen, eventuella åtgärder personen gjorde för att inte bli upptäckt samt sannolikheten för upptäckt.

Riskenivåer

Hög suicidrisk	Akut risk för suicid. Aktiva suicidtankar, suicidplaner, nyligen genomfört suicidförsök och/eller förberedelser för suicid.
Förhöjd suicidrisk	Viss risk för suicid bedöms föreligga. Suicidtankar finns och suicidplaner kan finnas, men patientens beskrivning och svar kan vara otydliga och diffusa. Flera riskfaktorer finns.
Låg suicidrisk	Suicidtankar och suicidplaner förnekas trovärdigt även när dödsönskan finns. Patienten är positiv till vård. Skyddsfaktorer bedöms som starka.
Kronisk förhöjd suicidrisk	Kronisk patient där suicidrisken bedöms vara förhöjd under lång tid, exempelvis tidigare suicidförsök och allvarlig psykisk sjukdom.
Svårbedömd suicidrisk	Tillräcklig information för att göra en uttömmande riskbedömning saknas. Graderingen <i>svårbedömd</i> används endast i undantagsfall.

Vid hög eller svårbedömd suicidrisk

Om suicidrisk bedöms som hög eller är svårbedömd ska överläkare konsulteras.

Checklista vid suicidriskbedömning kan användas som stöd vid suicidriskbedömning. Se mer i kapitel 4.

Exempel på strukturerad suicidriskbedömning*Exempel 1*

Riskbedömning Ja

Suicidrisk Låg

Patienten säger att hen inte har några tankar eller planer på att skada sig själv och att hen inte haft det på mycket länge.

Riskfaktorer: Tidigare suicidförsök, impulsivt beteende (emotionellt instabil personlighet), paniksyndrom.

Skyddsfaktorer: Patienten är gift, har barn och goda relationer i och utanför familjen, arbete hen trivs med, inget missbruk och är kvinna.

Utifrån suicidstege, anamnesticke uppgifter, psykiatrisk status samt bedömning av risk- och skyddsfaktorer bedöms suicidrisken som låg vid detta tillfälle.

Exempel 2

Riskbedömning

Ja

Suicidrisk

Förhöjd

Patienten säger att hen inte har några planer på att skada sig själv och inga suicidplaner. Dock har patientens röster ökat på sista tiden och de befäller hen mer och mer i riktningen att skada sig själv.

Riskfaktorer: Svår psykisk ohälsa i form av psykossjukdom med hörselhallucinos. Andra riskfaktorer är tendens till att isolera sig, förvärrade sömnproblem och att hen känner ett försämrat mående. Tidigare riskfaktor är missbruk, men det är inte aktuellt i nuläget.

Skyddsfaktorer: Stöttande omgivning och tendens att söka hjälp.

Bedömning utifrån suicidstege, anamnestiska uppgifter och psykiatrisk status. Suicidrisken bedöms som förhöjd vid detta tillfälle då patienten upplever mycket mer psykotiska symtom samt att jag inte har full kännedom om patientens vanliga sätt att fungera.

Exempel 3

Riskbedömning

Ja

Suicidrisk

Hög

Patienten bejakar dödstankar och suicidplaner.

Riskfaktorer: Tidigare suicidförsök, impulsivt beteende, deprimerad, periodvis alkoholmissbruk, arbetslös, ensamboende.

Skyddsfaktorer: Omsorg om egna barn, somatiskt frisk, kvinna.

Utifrån patientens uppgifter, suicidstegen, anamnestiska uppgifter, psykiatrisk status samt bedömning av risk- och skyddsfaktorer bedöms suicidrisken som hög vid detta tillfälle.

3. Efter suicid

Verksamhetschef eller annan av denne utsedd person ansvarar för att rutinerna nedan är kända och att de erbjuds till alla berörda medarbetare efter suicid. Det är viktigt att betona att känslomässiga reaktioner är naturliga och att de inte uttrycker sviktande professionalism. När en patient med aktuell kontakt med psykiatriska kliniken suiciderat eller sannolikt har suiciderat ansvarar aktuell enhetschef för att berörda medarbetare snarast får information, att de erbjuds stöd och att ställningstagande tas till eventuella omedelbara åtgärder.

- Enhetschef ansvarar för att berörda medarbetare informeras om att suicid inträffat, helst genom personligt samtal. Berörda studenter meddelas om möjligt via handledare eller utbildningsansvariga.
- Vid suicid inom slutenvården kan intagningsstopp på berörd avdelning övervägas. Många tidskrävande extrauppgifter tillkommer efter ett dödsfall, inte minst för enhetschef och ansvarig läkare. Det är viktigt att dessa personer inte glöms bort när stödinsatser planeras för personalgruppen.
- När suicid inträffar inom slutenvården kan medpatienter beröras starkt. Skälig information om dödsfallet ska ges snarast. Beakta att även nyligen utskrivna patienter kan beröras och behöva stöd.
- Enhetschef svarar för att berörda medarbetare snarast kallas till en genomgång av händelsen och bokar lokal för denna. På genomgången ligger fokus på medarbetarnas känslomässiga upplevelse av det som hänt. Det är viktigt att alla som är berörda får förfrågan om att delta. Att delta rekommenderas och är frivilligt.
- Enhetschef ser till att berörda medarbetare erbjuds individuellt stöd och överväger om tillfälligt förändrade arbetsuppgifter eller annan avlastning kan vara hjälpsamt.
- Enhetschef går igenom journalen för att identifiera om andra medarbetare förutom de i behandlingsteamet har träffat patienten, och tar kontakt med ansvarig chef som meddelar dessa.
- Handledning med fokus på suicidalitet kan vara ett viktigt komplement till vården av suicidnära patienter och det behovet bör aktualiseras efter allvarliga suicidförsök.
- Enhetschef ansvarar för att närstående snarast blir informerade, erbjuds krisstöd och får fortsatt kontakt efter behov. Uppmärksamma särskilt barn som anhöriga och säkerställ att barn får det stöd de behöver.
- Vid suicid under pågående slutenvård är det ansvarig läkare som ansvarar för att anhöriga informeras. De efterlevande ska så långt som möjlig få alla fakta om dödsfallet. Man bör vara två medarbetare vid möte med efterlevande eftersom reaktionerna hos dem som drabbats inte går att förutse. Det är en fördel att kunna diskutera med varandra efter ett sådant möte. Varje verksamhet bör ha lokala rutiner för stöd till närstående.

- Verksamhetschef ansvarar för att enhetschef får stöd och avlastning efter behov, att avvikelregistreering görs i Synergi och att internutredning initieras och återkopplas till berörda medarbetare. Närstående ska erbjudas att bidra med sina erfarenheter och synpunkter vid internutredningen, samt att få återkoppling efter avslutad utredning. Chefläkare kontaktas för ställningstagande till anmälan enligt lex Maria.
- Enhetschef ansvarar för att följa upp hur rutinerna har fungerat för berörda medarbetare och att efterhöra om ytterligare behov finns. Regionen har rutiner för kollegialt stöd till medarbetare i samband med vårdskada.

4. Stöd vid bedömning av suicidrisk

Namn	Information	Tillgång
Checklista vid uppföljning av suicidnära patient	Denna blankett kan användas som stöd vid uppföljning av suicidnära patient.	Via arbetsplatsytan Specialistpsykiatri gemensam/ Rutiner och riktlinjer/ Suicidprevention.
Checklista vid suicidriskbedömning	Denna blankett kan användas som stöd vid strukturerad suicidriskbedömning.	Via arbetsplatsytan Specialistpsykiatri gemensam/ Rutiner och riktlinjer/ Suicidprevention.
Suicidstegen	En strukturerad modell och ett väl beprövat hjälpmedel vid suicidriskbedömning.	Via arbetsplatsytan Specialistpsykiatri gemensam/ Rutiner och riktlinjer/ Suicidprevention. Finns även tillgänglig i CheckWare.
Suicidriskbedömning vid digitalt vårdmöte och telefonkontakt	Beskrivning är en hjälp till hur du som har digitalt vårdmöte eller telefonkontakt med patient ska gå tillväga.	Via arbetsplatsytan Specialistpsykiatri gemensam/ Rutiner och riktlinjer/ Suicidprevention.
Scale for Suicide Ideation (SSI)	Ett bedömningsinstrument som finns med i regionens kliniska kunskapsstöd Fakta, som även kan användas för patienter som inte gjort något suicidförsök.	Via arbetsplatsytan Specialistpsykiatri gemensam/ Skattningsskalor och psykometriska tester. Skrivs ut och används i fysiskt format. Kommer framöver användas digitalt via CheckWare.
Suicide Intent Scale (SIS)	Kan användas efter att ett suicidförsök gjorts, exempelvis vid konsultation. Med hjälp av SIS utreds tillvägagångssätt, avsikt, kommunikation och chans för upptäckt särskilt noggrant.	Via arbetsplatsytan Specialistpsykiatri gemensam/ Skattningsskalor och psykometriska tester. Skrivs ut och används i fysiskt format. Kommer framöver användas digitalt via CheckWare.