

Suicidriskbedömning och suicidprevention - vuxna från 18 år

Hitta i dokumentet

[Syfte](#)
[Bakgrund](#)
[Bemötande \(gäller alla vårdnivåer\)](#)
[Bedömning \(gäller alla vårdnivåer\)](#)
[Vårdnivå för handläggning](#)
[Vid suicidförsök](#)
[Särskilda hänsynstaganden \(gäller alla\)](#)
[Närstående](#)
[Fullbordat suicid](#)

[Bedömning om vårdskada föreligger](#)
[Bilagor](#)
[Länkar](#)
[Indikatorer för uppföljning](#)
[Uppdaterat från föregående version](#)
[Bilaga 1: Suicidstegen](#)
[Bilaga 2: Risk- och skyddsfaktorer för suicid](#)
[Bilaga 3: Säkerhetsplan](#)

Syfte

Rutinen innehåller regionövergripande anvisningar för identifiering och bedömning av suicidnära patienter, handläggning vid suicidförsök och fullbordat suicid, samt arbetssätt för kommunikation och vårdövergångar för dessa patienter. Eventuella lokala rutiner behöver därför harmonisera med denna. Målet är att suicidnära patienter ska upptäckas och hjälpas till rätt vård oavsett var i hälso- och sjukvården de söker vård.

Bakgrund

I Halland avlider ca 40 personer i säkerställda suicid varje år. De flesta som avlider i suicid har sökt vård någon gång det senaste året. Det är därför en viktig uppgift för hälso- och sjukvården att identifiera personer med förhöjd risk för suicid och erbjuda hjälp som kan förhindra suicid. Tidigare suicidförsök och pågående psykisk sjukdom är de största riskfaktorerna för att avlida i suicid, och bör därför särskilt uppmärksammas.

Bemötande (gäller alla vårdnivåer)

Samtal om suicidalitet är en viktig insats. Ett empatiskt bemötande präglad av lugn, intresse och en icke-dömande attityd är av stor vikt i mötet med suicidnära patienter. Frågor om suicid väcker inte slumrande suicidtankar till liv, tvärtom upplever de flesta en lättnad av att få sätta ord på tankarna och bli tagna på allvar. Var tydlig med att det går att få hjälp, inge hopp och använd patienten som medexpert för att tillsammans identifiera åtgärder och strategier som skulle kunna minska suicidrisken. Samtalet bör utgå från patientens egen beskrivning. Närstående har ofta värdefull information och bör involveras i vården med patientens samtycke.

Bedömning (gäller alla vårdnivåer)

Medarbetare som arbetar självständigt med patienter bör vara lyhörda för tecken på psykiskt lidande, och kunna göra en *grundläggande bedömning* av suicidalitet. Medarbetare med kompetens för uppdraget kan göra en *strukturerad suicidriskbedömning*. Både grundläggande och strukturerade bedömningar kan göras enskilt tillsammans med patienten, eller gemensamt med en kollega. Suicidriskbedömning ska alltid göras vid höga resultat på depressions- eller ångestskattning.

Grundläggande bedömning (ska kunna göras av alla)

All personal som arbetar självständigt med patienter bör vara lyhörda för tecken på suicidalitet, och kunna göra en grundläggande bedömning, med huvudsyfte att avgöra om en strukturerad suicidriskbedömning behöver genomföras.

En grundläggande bedömning innefattar:

- Uppmärksamma tecken på psykiskt lidande, ångest eller nedstämdhet.
- Bekräfta patienten, till exempel genom att säga "Du ser ledsen ut", "Hur mår du?". Argumentera inte, sträva efter att vara icke-dömande.
- Våga fråga om tankar på döden och suicidtankar. Det kan vara hjälpsamt att utgå från suicidstegen ([se bilaga](#)). Fråga också om det finns något som får patienten att vara mer hoppfull inför framtiden.
- Var tydlig med att det går att få hjälp, och att patienten har gjort rätt som har berättat. Inge hopp.
- Vid osäkerhet eller identifierad risk, konsultera en erfaren kollega eller läkare i den egna verksamheten, som kan göra en strukturerad suicidriskbedömning och handlägga ärendet vidare.

Strukturerad suicidriskbedömning

All vårdpersonal med kompetens för uppdraget kan göra en strukturerad suicidriskbedömning. En sådan bör alltid göras vid känd psykisk sjukdom, samt när misstanke om suicidrisk föreligger utifrån andra riskfaktorer och aktuell situation, till exempel en kris.

Suicidriskbedömningen kan ta olika utrymme i anspråk i samtalet beroende på den aktuella situationen och den information patienten lämnar. Suicidrisk kan förändras snabbt över tid, varför det är viktigt att upprepa bedömning av suicidrisk fortlöpande under vårdförloppet. Vid upprepade bedömningar, där det finns en dokumenterad, strukturerad suicidriskbedömning i närtid, görs framförallt en värdering av huruvida risk- eller skyddsfaktorer förändrats i förhållande till den ursprungliga bedömningen. Denna typ av löpande bedömningar sker framförallt inom speciallistpsykiatri.

En strukturerad suicidriskbedömning vilar på en klinisk intervju, där en god kontakt med patienten är avgörande. Samma principer för bemötande som under rubriken "grundläggande bedömning" gäller. I den sammanvägda bedömningen är följande särskilt viktigt att beakta:

- Patientens psykiska och fysiska tillstånd, samt tecken på instabilitet, till exempel självskadebeteende. Beakta också hur patienten medverkar i vården.
- Aktuell och tidigare suicidalitet (undersöks med hjälp av [suicidstegen](#)).
- Beakta de viktigaste risk- och skyddsfaktorerna, i synnerhet tidigare suicidförsök och psykiatrisk diagnos (se [bilaga 2](#)).
- Patientens aktuella situation; t.ex. pågående kris, förlust eller sjukdomsbesked.
- Information från närstående, om patienten samtycker.
- Skattningsskalor kan vara av värde men kan inte ersätta den kliniska bedömningen eller samtalet.

Suicidrisken bedöms utifrån all den information som framkommit. Notera att en patient kan ha flera statistiska riskfaktorer utan att den *aktuella* risken för suicid bedöms som förhöjd eller hög. Den *latenta* risken, bedömd risk över tid, noteras med fördel i journalanteckningen som upprättas i anslutning till bedömningen, även om den aktuella risken värderas som låg.

I en stress-och sårbarhetsmodell kan man likna de latenta (anamnestiska och statistiska) faktorerna vid sårbarhet för suicid senare i livet, medan de subjektiva och aktuella faktorerna utgör pågående stressorer som kan öka risken för suicid. Var särskilt uppmärksam på tidigare suicidförsök (i synnerhet nyligen), tecken på försämring/ instabilitet, aktuellt mående, och patientens egen upplevelse, till exempel känslor av skuld, skam. Se [bilaga 2](#) för mer information om latenta och aktuella risk-/skyddsfaktorer.

Suicidrisken bedöms utifrån nedanstående nivåer där *aktuell* risk anges som risknivå. *Vid förhöjd risk eller högre ska säkerhetsplan upprättas, se nedan under åtgärder.*

Riskenivå	Exempel
Låg risk	Inga indikationer på suicidtankar och/eller -planer. Individens ger en adekvat kontakt och bedöms hantera sin psykiska ohälsa. God sjukdomsinsikt och hjälpsökande. Värdera både aktuella, latenta och statistiska risk- och skyddsfaktorer, framförallt eventuella tidigare suicidförsök.
Medelhög risk (att betrakta som förhöjd risk)	Tydliga suicidtankar eller uttalad dödsönskan, måttlig klinisk svårighetsgrad. Värdera både aktuella, latenta och statistiska risk- och skyddsfaktorer, framförallt eventuella tidigare suicidförsök.
Hög risk	Allvarliga suicidtankar och/eller -planer. Hög klinisk svårighetsgrad. Svaga egna resurser och/eller sviktande nätverk. Värdera både aktuella, latenta och statistiska risk- och skyddsfaktorer, framförallt eventuella tidigare suicidförsök.
Svårbedömd risk	I vissa situationer är det svårt att bedöma suicidrisken på ett tillförlitligt sätt. Det kan till exempel bero på bristfällig information, berusning, otydlig eller ambivalent suicidal kommunikation, bristande allians i samtalet. Värdera både aktuella, latenta och statistiska risk- och skyddsfaktorer, framförallt eventuella tidigare suicidförsök.
Fritext	Alternativet Fritext används endast i undantagsfall då ovanstående nivåbestämning inte kan göras, exempelvis om det inte går att kommunicera med patienten.

Åtgärder i närsjukvård och psykiatri

För handläggning och övergångar mellan vårdnivåer, se under rubrik "Vårdnivå för handläggning" nedan.

Bedöm behov av behandling utifrån suicidrisk och grundsjukdom. Sträva efter kontinuitet i kontakten. Vid behov av remittering, förmedla att det är bra att patienten har berättat om sina tankar och att denne ska få stöd och insatser för att kunna få rätt vård. Vid remittering bör ett planerat besök/telefonkontakt bokas in till patienten för att säkerställa trygghet hos pågående vårdgivare i väntan. Om möjligt, eftersträva att närstående kan närvara vid planerad uppföljning.

En *Säkerhetsplan* skall, tillsammans med patienten och eventuellt närstående, upprättas vid medelhög (förhöjd) eller hög suicidrisk. Säkerhetsplanen ska dokumenteras i journal och aktualiseras vid försämring. Patienten skall få en kopia på säkerhetsplanen. Planen är ett stöd i patientens problemlösning och innehåller strategier för att hantera försämring, samt kontaktuppgifter dit patienten kan vända sig om strategierna inte fungerar. Förslag på rubriker (se även exempel i [bilaga 3](#)):

- Risksituationer, *t.ex. sömnbrist, alkoholintag, konflikter.*
 - Varningstecken, *t.ex. ökad irritabilitet, intensifierade suicidtankar.*
 - Individens strategier, *t.ex. övningar för att hantera ångest, promenera, lyssna på musik.*
 - Risksanering, *vad kan göras för att säkra patientens miljö, t.ex. läkemedelsförskrivning i små förpackningar, läkemedelsdelning.*
 - Kontaktuppgifter till närstående som kan stödja patienten vid försämring.
 - Kontakter inom vården i en akut situation.
 - Vem gör vad om individen slutar delta i planerad vård?
- Säkerställ en tätare uppföljning.
 - När suicidrisk föreligger bör åtgärder avseende denna finnas i patientens vårdplan.
 - Genomför samordnad individuell plan (SIP) vid behov.
 - Involvera närstående i vården. Kontrollera att det finns aktuella kontaktuppgifter till patient och närstående. Eftersträva samtycke från patienten för kontakt med anhöriga.
 - I vissa fall kan tvångsvård enligt LPT bli nödvändig för att förhindra suicid. Om patienten visar tecken till en allvarlig psykisk störning, bedöms vara i behov av psykiatrisk heldygnsvård och är negativt inställd till denna vård ska en vårdintygsbedömning göras, se blanketter och guide under rubriken [Länkar](#) nedan. Vid överföring ska mottagande enhet uppmärksammas på att suicidrisken bedömts vara hög och transporten ska ske på ett säkert sätt.

Behandlingsinsatser utgår i övrigt från patientens individuella situation och vårdbehov.

Dokumentation

Såväl grundläggande som strukturerad suicidriskbedömning dokumenteras i journalanteckning, under sökord "Suicidrisk" i VAS.

Suicidrisknivå anges alltid. Risknivå väljs utifrån aktuell suicidrisk. I fritextfältet kopplat till den valda risknivån beskrivs de risk- och skyddsfaktorer som det tagits hänsyn till vid bedömningen samt annan viktig information som kan påverka patientens suicidalitet.

Vid strukturerad suicidriskbedömning värderas såväl aktuell som latent risk. Aktuell risk anges som risknivå och beskrivs enligt ovan, medan latent risk beskrivs i fritextfältet kopplat till den valda risknivån efter beskrivningen av aktuell risk. Bedömd latent risknivå skrivs ut i fritext, exempelvis "Latent risk värderas som förhöjd", där även latent och statistiska risk- och skyddsfaktorer listas.

Vid användning av skattningsskalor i bedömningen används sökord "Bedömningsinstrument" för dokumentation av resultat och tolkning.

Specialistpsykiatri:

Mål med vården och vilka åtgärder som planeras ska tydligt beskrivas i journalen. Använd journaltyp "Vpl" och anteckningstyp "Adm". Säkerhetsplan dokumenteras i vårdplanen under sökord "Säkerhetsplan".

Icke-psykiatriska specialiteter inklusive närsjukvård

Säkerhetsplan dokumenteras i journalanteckning under sökord "Säkerhetsplan".

Anvisning för diagnos- och åtgärdskodning av vårdkontakter DR16/VAS

Läs mer: [Anvisningar för diagnos och åtgärdskodning med ICD-10-SE och KVÅ](#)

Förgiftning där läkemedlet är känt registreras i DR16:

Diagnos

T50.9 + ATC-kod för det läkemedel som orsakat förgiftning

Tillägg av yttre orsakskod:

X44.9 oavsiktligt självmordsförsök

X64.9 avsiktligt självmordsförsök

Förgiftning där flera läkemedel använts eller läkemedlet är okänt:

Diagnos

Ange substans/substanser genom val inom serien T36-T49 (flera val kan anges)

Tillägg av yttre orsakskod:

X44.9 oavsiktligt självmordsförsök

X64.9 avsiktligt självmordsförsök

Uppföljning eller första besökskontakt efter suicidförsök:

Lägg till som bidiagnos

Z91.5A Suicidförsök i den egna sjukhistorien

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.

KVÅ-koder att ange (indikatorer för suicidprevention)

AU118 Strukturerad suicidriskbedömning

AU123 Upprättande av säkerhetsplan

Läs mer om psykiatrins baslista för KVÅ-koder

[Baslista 2022 för vårdkontakter i psykiatrisk öppenvård \(socialstyrelsen.se\)](#)

Vårdsnivå för handläggning

Samordning av behandlingsansvar

Vården skall i så hög grad som möjligt utformas i samråd med patienten. Vid planering av insatser relaterade till förhöjd suicidrisk hos en patient är detta särskilt angeläget.

Uppdelning av behandlingsansvar för psykiatriska tillstånd och suicidalitet skall endast ske i de fall det antingen är patientens tydligt uttryckta önskemål eller om berörda vårdgivare är överens om att det är till gagn för patienten. En sådan uppdelning skall då planeras via konsultation och samråd, eller genom SIP.

Om så ej är fallet skall behandlingsansvaret (paramedicinsk såväl som farmakologisk behandling) för suicidalitet och övriga psykiatriska tillstånd i dess helhet åligga den enhet som följer upp suicidaliteten, tills suicidrisken bedöms vara stabilt låg.

Notera att remittering till specialistpsykiatri i första hand gäller *bedömning av suicidrisk*.

Behandlingsansvaret kvarstår hos remitterande vårdgivare tills specialistpsykiatri meddelat att övertag planeras.

Närsjukvård

- Vid **hög eller svårbedömd risk** vid en grundläggande bedömning ska patienten inte lämnas ensam förrän tidigast efter att strukturerad suicidriskbedömning genomförs.
- **Akut hög risk:** Hjälp patienten att komma till psykiatrisk akutmottagning. Transport sker på säkert sätt. Telefonkontakt tas med mottagande enhet. Om patienten är negativt inställd till vård, gör vårdintygsbedömning (se [länkar](#) nedan).
- **Medelhög (förhöjd), hög eller svårbedömd suicidrisk:** Överväg om patienten bör bedömas inom specialiserad vård. Vid medelhög (förhöjd), hög eller svårbedömd suicidrisk efter strukturerad suicidriskbedömning, konsultera psykiatribakjour telefonledes om patienten inte har pågående kontakt med psykiatri. För patienter med pågående kontakt i psykiatri kan aktuell öppenvårdsmottagning konsulteras telefonledes. Handläggning enligt bedömning. Om bedömningen är att patienten är i behov av specialistpsykiatrisk vård och har möjlighet att invänta planerat besök inom en vecka: remittera till specialistpsykiatrisk öppenvårdsmottagning. **OBS!** Vid behov av besök inom en vecka skall remissen akutmärkas. Säkerställ vid behov planerad uppföljning i avvaktan på bedömning hos specialistpsykiatrisk öppenvårdsmottagning. Vid behov av snabbare specialistpsykiatrisk bedömning ska remissen i stället gå till psykiatrisk akutmottagning (PAM). Beskriv suicidriskbedömningen i remissen.
- **Låg suicidrisk:** Handläggning på vårdcentral. Bedöm behov av behandling utifrån suicidrisk och grundsjukdom.

Telefonnummer för kontakt med närsjukvården:

Kontaktväg närsjukvården: Kontakt via växel 035-13 10 00.

Allmänmedicinsk beredskapsjour: Vardagar kl. 17.00-08.00, helger kl.

08.00-08.00: Kontakt via Hallands sjukhusväxel 035-13 10 00.

Psykiatrisk specialistvård

Specialistpsykiatrien bistår vårdgivare med konsultation, rådgivning och vid behov bedömning vid medelhög (förhöjd), hög eller svårbedömd suicidrisk.

- Vid inkommande remiss avseende förhöjd suicidrisk bör ärendet handläggas så snart som möjligt. Vid oklarheter tas telefonkontakt med inremitterande vårdgivare.
- Psykiatrisk öppenvård har akutansvar dagtid 08:00-16:30 för patienter med pågående vård inom specialistpsykiatrien.
- Vid akut hög risk bör inläggning inom psykiatrisk heldygnsvård erbjudas patienten. Läkare på den egna enheten konsulteras då, och bakjour i heldygnsvården informeras. Vid svårbedömd risk bör inläggning inom psykiatrisk heldygnsvård övervägas. Rådgör gärna med bakjour inom psykiatrisk heldygnsvård.
- Om patienten inte bedöms ha behov av inläggning i heldygnsvård, skall öppenvårdskontakten intensifieras efter behov.
- Patient som vårdats ineliggande för allvarliga suicidtankar eller suicidförsök erbjuds tid i psykiatrisk öppenvård inom en vecka efter utskrivning.
- Efter ett suicidförsök erbjuds uppföljning i specialistpsykiatrien under minst ett år.

Telefonnummer för konsultation med psykiatri:*Patient med psykiatrikontakt:*

Vuxenpsykiatrimottagning, finns i alla kommuner kl. 08.00-16.30:

Kontakt via växel 035-13 10 00.

Patient utan tidigare kontakt samt alla patienter utanför kontorstid:

Psykiatribakjour heldygnsvården: Kontakt via växel 035-13 10 00, ange om du vill kopplas till bakjour i Halmstad eller Varberg.

Icke-psykiatriska specialiteter

- Vid **hög eller svårbedömd risk** ska patienten inte lämnas ensam förrän tidigast efter att strukturerad suicidriskbedömning gjorts.
- **Akut hög risk:** Hjälپ patienten att komma till psykiatrisk akutmottagning. Transport sker på säkert sätt. Telefonkontakt tas med mottagande enhet. Om patienten är negativt inställd till vård, görs bedömning avseende vårdintyg (se nedan under [länkar](#)). Om läkare inte finns i den egna verksamheten kan läkare från närsjukvården tillkallas för vårdintygsbedömning.
- **Medelhög (förhöjd), hög eller svårbedömd suicidrisk:** Konsultera psykiatribakjour telefonledes om patienten inte har pågående kontakt med öppenvårdspsykiatri. För patienter med pågående kontakt i psykiatri kan aktuell öppenvårdsmottagning konsulteras telefonledes. Handläggning enligt bedömning, överväg om patienten bör bedömas inom specialiserad vård. Om bedömningen är att patienten är i behov av specialistpsykiatrisk vård och har möjlighet att invänta planerat besök inom en vecka: remittera till specialistpsykiatrisk öppenvårdsmottagning. **OBS!** Vid behov av besök inom en vecka skall remissen akutmärkas. Säkerställ vid behov planerad uppföljning i avvaktan på bedömning hos specialistpsykiatrisk öppenvårdsmottagning. Vid behov av snabbare specialistpsykiatrisk bedömning ska remissen i stället gå till psykiatrisk akutmottagning (PAM). Beskriv suicidriskbedömningen i remissen.
- Utifrån bedömd suicidrisk hos ineliggande patienter under pågående somatisk vård på sjukhus tar ansvarig somatisk läkare ställning till övervakningsgrad och behov av vak. Vid hög risk ska patienten inte lämnas ensam. Som grundregel är det den somatiska verksamheten som ansvarar för att säkerställa vak för patienter som frivilligt vårdas i somatisk verksamhet och som är i behov av vak.
- För att avgöra vårdnivå mellan IVA, Medicinkliniken och Psykiatriska kliniken, se rutin på Region Hallands Intranät (tillgänglig för Region Hallands medarbetare).
- För vägledning angående tvångsvård, vak, gemensam vård och psykiatrisk övervakning inom den somatiska vården, se rutin på Region Hallands Intranät (tillgänglig för Region Hallands medarbetare). Närsjukvården kan bistå vårdgivare utan läkare med vårdintygsbedömning.
- **Låg suicidrisk:** Omhändertagande utifrån symtombild, remiss skrivs vid behov till vårdcentral för uppföljning eller till specialistpsykiatrisk öppenvårdsmottagning om patienten har pågående vård och behandling där.

Ambulanssjukvård, 1177 VPT (Vård på telefon)

- Vid självmordstankar, självmordsplaner eller tidigare suicidförsök görs bedömning omgående i enlighet med RGS Webb och RETTS. Om patienten är negativt inställd till vård kan läkare i närsjukvård göra vårdintygsbedömning i de fall patienten inte har etablerad kontakt med specialistpsykiatrin. Om patienten har pågående kontakt med specialistpsykiatrisk mottagning hanteras vårdintyg inom ramarna för verksamheten. Patienten transporteras eller hänvisas till psykiatriakuten vid behov. Om risk finns för somatisk påverkan skall patienten först bedömas på den somatiska akutmottagningen.
- 1177 på telefon i Region Halland kan lägga över samtalet till psykiatrisk akutmottagning. Vid suicidförsök överväg hänvisning till 112.

Vid suicidförsök

Vid ett förmodat suicidförsök ska patienten inte lämnas ensam förrän tidigast efter att strukturerad suicidriskbedömning gjorts. Om patienten inledningsvis är i behov av somatisk vård skickas konsultremiss från HS direkt vid inskrivningen till psykiatriska akutmottagningen efter inhämtat samtycke från patienten. När patientens somatiska tillstånd (vaken/talbar) möjliggör psykiatrisk bedömning tar somatiskt vårdande enhet telefonkontakt för att aktualisera den inskickade remissen. Vid brådskande ärende ska akut telefonkontakt tas med jourhavande läkare på Psykiatrin Halland och remissen akutmärks. Somatisk vård ges efter vårdbehov.

Vid suicidförsök erbjuds inläggning i psykiatrisk heldygnsvård frikostigt. Vid läkemedelsintoxikation skickas remiss med information om händelsen till förskrivande läkare, i det fall patienten ger samtycke.

Patienter som gjort suicidförsök erbjuds tid för uppföljning i psykiatrisk öppenvård inom en vecka efter utskrivning från heldygnsvård. Remiss skrivs från psykiatrin om patienten träffat psykiatrikonsult eller vårdats ineliggande i psykiatrin, annars skrivs remissen från somatisk klinik. Öppenvården erbjuder uppföljning i ett år efter suicidförsöket.

Alla vårdgivare som uppmärksammar tidigare okänt och nyligen genomfört suicidförsök bör tillse att strukturerad suicidriskbedömning genomförs. Vid konstaterat genomfört suicidförsök skall remiss till specialistpsykiatri utfärdas för uppföljning, i de fall den aktuella suicidrisken bedöms vara fortsatt förhöjd.

Notera att patientens samtycke alltid krävs vid remittering mellan vårdenheter.

Särskilda hänsynstaganden (gäller alla)

- Läkare har skyldighet att göra anmälan enligt vapenlagen 6 kap 6§ (1196:67) och utifrån Socialstyrelsens föreskrifter (2008:21) när suicidrisk föreligger.
- Digitala besök eller andra vårdkontakter på distans: Vid oro för suicidrisk - motivera till fysiskt besök inom de närmaste dagarna. Vid hög risk, följ handläggning enligt ovan.
- Suicidnära patienter kan ha svårt att själva söka vård vid behov. Vid identifierad suicidrisk är det därför viktigt att vårdgivaren säkerställer att patienten följs upp. Om inremitterad patient inte kommer på bokade tider bör kontakt tas med i första hand patienten, i andra hand med den som remitterat in patienten. Patienter med tillstånd som kan påverka förmågan att själv boka besök hos vårdgivare, t.ex. vid allvarligare depressivitet eller ångest, skall kallas av vårdgivaren. Om sådant behov bedöms

finnas skall detta specificeras vid remittering. Samverkan mellan vårdgivare kan vara nödvändig för att säkerställa att patienten får vård.

- En suicidnära patient kan ibland behöva insatser från flera vårdgivare samtidigt. Ett synsätt där olika vårdgivare ses som kompletterande resurser kan då vara suicidpreventivt.
- Utomlänspatienter som vårdats ineliggande remitteras med patientens samtycke företrädesvis till hemregionen inför utskrivning. Telefonkontakt tas med mottagande enhet för att säkerställa att remissen ställs rätt.
- Vid suicidrisk och samtidigt skadligt bruk eller beroende bör anmälan enligt LVM övervägas, om vårdbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt.

Närstående

- Närstående är en viktig resurs både som stöd i bedömningen och i den fortsatta planeringen av vården. Inhämta om möjligt samtycke till att involvera närstående i vården. Dokumentera under sökord "Samtycke" i patientjournal. Om patienten inte önskar involvera närstående, undersök varför och försök motivera till att anhöriga engageras i vården.
- Om patienten samtycker skall aktuella kontaktuppgifter till närstående inhämtas och dokumenteras i journalen, liksom instruktioner kring vilka anhöriga som kan kontaktas vid t.ex. uteblivanden eller annan oro för patienten.
- Närstående kan också behöva stöd i att hantera patientens suicidalitet. Detta kan ibland ges hos patientens vårdgivare. Kommunen kan också erbjuda anhörigstöd.
- Minderåriga barn till suicidnära personer bör särskilt uppmärksammas och erbjudas stöd enligt rutinen [Barn som anhöriga](#).

Fullbordat suicid

- Närstående erbjuds stöd enligt rutin [Stöd till närstående vid inträffat suicid](#).
- Medarbetare kan erbjudas stöd genom företagshälsovård. När en patient dör till följd av suicid kan det vara en traumatisk upplevelse för dennes behandlare. Närmaste chef skall alltid efterhöra mående hos den enskilda medarbetaren och erbjuda stöd vid behov enligt gängse rutiner för krishantering hos personal. Gå igenom händelsen så att kunskapsluckor om vad som har hänt fylls ut, och informera medarbetarna om hur ärendet kommer att handläggas.

Bedömning om vårdskada föreligger

- Suicid som inträffat under eller i nära anslutning till hälso- och sjukvård ska rapporteras som avvikelse och utredas genom t.ex. en händelseanalys, se [Avvikelser och incidenter](#). Även suicidförsök och försämringstillstånd med ökad suicidrisk kan röra sig om vårdskador, varför ställningstagande till utredning bör göras, särskilt vid misstanke om att hälso- och sjukvården hade kunnat förhindra dessa. Syftet med utredning är att ta fram åtgärder som dämpar den negativa effekten av inträffade händelser samt minskar risken för liknande händelser. Se ["utredning av allvarliga vårdskador" inklusive "bilaga; psykiatriska tillstånd"](#). Allvarlig vårdskada och risk för allvarlig vårdskada ska anmälas till IVO av anmälningsansvarig. Verksamhetschef/verksamhetsansvarig ansvarar för att utredningar görs och att kompetens för detta finns.

Bilagor

Bilaga 1: [Suicidstegen](#)

Bilaga 2: [Risk- och skyddsfaktorer för suicid](#)

Bilaga 3: [Säkerhetsplan](#)

Länkar

[Vårdintyg för psykiatrisk tvångsvård \(HSLF-FS 2020:87 Bilaga 1a\).](#)

[Vårdintyg för konvertering till psykiatrisk tvångsvård \(HSLF-FS 2020:87 Bilaga 1b\).](#)

[Vårdintyg för rättspsykiatrisk vård \(HSLF-FS 2020:87 Bilaga 1c\).](#)

[Begäran om hjälp/biträde enligt LPT eller LRV \(polishandräckning\)](#)

Indikatorer för uppföljning

Regionens samordnare för suicidprevention ansvarar för uppföljning av indikatorerna.

Resultatmått för uppföljning:

- Suicidtal i Halland.
- Antal suicidförsök (X60-X84) i Halland.
- Strukturerad suicidriskbedömning (KVÅ-kod AU118) och sökord Suicidrisk i närsjukvård, HS, ADH och PSH.
- Antal säkerhetsplaner upprättade i närsjukvård, HS, ADH och PSH (KVÅ-kod AU123)
- Andel patienter som kodats med Hög risk på sökord Suicidrisk som därefter bedöms i psykiatrisk akutvård.
- Uppföljning i psykiatrisk öppenvård efter ineliggande vård inom 7 dagar, andel.
- Uppföljning i psykiatrisk öppenvård efter avsiktlig självdestruktiv handling (X60-X84), andel.
- Uppföljning i psykiatrisk öppenvård efter avsiktlig självdestruktiv handling, tid till första bedömning efter utskrivning från heldygnsvård.
- Uppföljning i psykiatrisk öppenvård efter avsiktlig självdestruktiv handling, längd på kontakt efter suicidförsök.
- Antal internutredningar med koppling till suicid eller suicidförsök (bör öka).
- Antal och andel av internutredningar som anmälts enligt Lex Maria (bör minska).

Uppdaterat från föregående version

2024-08-16 Förtydligande av text gällande diagnoskod.

2024-04-18 Förtydligande av text för remissförfarande, akutmärkning.

2024-03-15 Ny rutin.

Bilaga 1: Suicidstegen

Lyssna efter eller fråga tills du känner dig säker på att du hittat den nivå patienten befinner sig på. Fråga en nivå över denna. Alla frågor behöver inte ställas – utgå från patientens berättelse.

- **Nedstämdhet/hopplöshet**
Är du nedstämd och ledsen ofta? Känns allting hopplöst?
Tror du att det kommer att bli bättre igen?
- **Dödstankar**
Känns allting meningslöst? Har du tänkt att det vore skönt att slippa leva?
- **Dödsönskan**
Har du önskat att du vore död?
- **Suicidtankar**
Har du tänkt att du skulle kunna ta livet av dig? Har du tänkt ut hur du skulle göra?
- **Suicidönskan/impulser**
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 att leva?
- **Suicidförsök**
Har du tidigare gjort något självmordsförsök? Vad gjorde du?
När? Var? Varför?
- **Suicidplaner**
Har du planer på att ta ditt liv? Har du tänkt ut hur du ska göra?
Har du bestämt när du ska göra det?
- **Suicidförberedelser**
Har du gjort några förberedelser? Vilka?
Har du tillgång till redskap?
- **Suicidavsikt**
Har du bestämt dig för att ta ditt liv? När? Var? Hur?
Har du skrivit avskedsbrev?
Har du gjort dig av med saker som du inte vill ska finnas kvar efter dig?

Bilaga 2: Risk- och skyddsfaktorer för suicid

Aktuella riskfaktorer

I suicidriskbedömningen ska man vara särskilt lyhörd för patientens aktuella upplevelser av: ökande hopplöshet, kränkning, förödmjukelse, skam, meningslöshet, maktlöshet/hjälplöshet, ensamhetskänsla samt för eventuella svårigheter med problemlösning, då dessa riskerar att trigga suicidal utveckling. Depressiva vanföreställningar på temat skuld och skam, egen värdelöshet, eller tankar om att suicid skulle innebära en befrielse för anhöriga utgör också starka subjektiva riskfaktorer.

Exempel

- Samtliga händelser som har väckt någon av ovan beskrivna reaktioner.
- Patienten har gjort förberedelser för suicid, gjort konkreta planer, börjat arrangera för efterlevande (försäkringar, testamente).
- Suicidtankar som ökar i frekvens och intensitet och om patienten har börjat formulera suicidplaner.
- Tidigare suicidförsök. Risken är livslång, men högst de närmaste åren efter ett suicidförsök.
- Utskrivning från heldygnsvård nyligen.
- Försämring i bakomliggande psykisk störning såsom depression, bipolär sjukdom, psykos, ångesttillstånd, uppförandestörning, missbruk och personlighetsstörning.
- Start/höjning av antidepressiv medicinering, utebliven medicineffekt.
- Ökat alkoholbruk/bruk av droger.
- Svår sömnstörning.
- Aktuellt behandlingsmisslyckande, avbrott i vården eller önskan att avbryta behandlingen i förtid.
- Utlösande faktorer/förändringar i livssituationen såsom konflikt, kris, separation, misslyckande på viktigt livsområde, negativa besked från myndigheter. Observera att det är individens reaktion på dessa stressorer som är avgörande, inte stressorn i sig.

Statistiska/latenta riskfaktorer

Tidigare suicidförsök är den viktigaste latenta riskfaktorn för ett nytt suicidförsök.

Exempel

- Erfarenhet av suicid i familjen eller bland vänner, andra "suicidala förebilder".
- Psykiatrisk sjukdom, särskilt bipolär sjukdom, svår depression, psykosjukdom, personlighetssyndrom, beroendesjukdom samt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.
- Två eller flera psykiatriska diagnoser samtidigt, som exempelvis depression, personlighetsstörning och missbruk, ökar suicidrisken.
- Självskadebeteende.
- Låg funktionsförmåga på viktiga livsområden.
- Personlighet och då särskilt aggressivitet, impulsivitet, våldsbänagenhet, lättkränkhet och låg stresstolerans.
- Våldsutsatthet.
- Kronisk och svårbehandlad somatisk sjukdom, särskilt med negativ prognos. Smärta.
- Social exkludering, till exempel arbetslöshet, utsatthet utifrån etnicitet, sexuell läggning eller identitet, mobbning, ensamhet.
- Familjesituation; bristande omsorg i nätverket, långvariga påfrestningar, tidiga separationer. Ålder och kön. Manligt kön och ålder >65 år är statistiska riskfaktorer för suicid

Skyddsfaktorer

Skyddsfaktorer är de omständigheter som hindrar en person från att ta sitt liv. Observera att skyddsfaktorer inte kan "vägas" mot riskfaktorer, men att de bör beaktas för att ge en samlad bild och för att främja samtal om patientens skäl att leva.

Exempel

- Ansvarskänsla för närstående. "Jag skulle inte kunna göra så mot min familj."
- Problemlösningsförmåga, förmåga att be om och ta emot hjälp, förmåga att reflektera över sitt tillstånd och sätta det i samband med stressorer
- Familjefaktorer: goda relationer och stöd från familjen
- Sociala faktorer: etablerad i arbete/sysselsättning, stabilitet i boende och ekonomi, upplevd meningsfullhet i vänskap och arbete.
- Rädsla för kroppslig skada, smärta eller långtidskomplikationer till följd av suicidhandling. Förmåga att etablera förtroendefull relation till vårdpersonal, realistiskt hjälpsökande.
- Tilltro till pågående behandling.
- Trosföreställningar/värderingar som utesluter suicid.

Bilaga 3: Säkerhetsplan

Du har _____ (datum) varit på besök hos _____
på _____

(mottagning/avdelning) Nästa inplanerade kontakt med vården är:

- Besök hos: _____ Tid och datum: _____
- Telefonsamtal, tid och datum _____
- Annat _____

Säkerhetsplan för _____ (namnet)

Mina varningstecken (beteenden, tankar, känslor som tyder på försämring):

Sårbara situationer för mig:

Risksanering (saker jag kan ändra i min omgivning för att göra den säkrare):

Saker jag kan prova för att hjälpa mig själv när jag mår sämre:

Personer jag kan kontakta eller sociala sammanhang jag kan uppsöka:

Hur kan eventuella närstående hjälpa till?

Professionella jag kan kontakta (namn och telefonnummer):

Dagtid: _____

Kvällar och helger: _____