

VÅRDRIKTLINJE SUICIDPREVENTION

Innehåll

OM SUICID	3	Åtgärder vid svårbedömd risk	12
Syfte	4	Åtgärder vid medelhög risk	12
Mål	4	Åtgärder vid låg risk	12
Viktiga tidsramar	4	Efter ett suicidförsök	13
		Heldygnsvård	13
NÄR GENOMFÖRS		När en suicidnära patient inte vill medverka i vården	13
ENSUICIDRISKBEDÖMNING?	4	Uteblivande vid suicidprevention	14
Vilka patienter?	4		
Vem genomför suicidriskbedömning?	4	DOKUMENTATION	14
BEMÖTANDE	5	NÄRSTÅENDE	14
Struktur för samtalet	5		
		SAMVERKAN	15
UTREDNING OCH BEDÖMNING	6	Inom psykiatriin	15
Att skilja på latent och aktuell suicidrisk	6	Med somatisk sjukhusvård, närsjukvård	
Aktuell situation och suicidalitet	6	och kommunens verksamheter	15
Anamnes	6	Med brukar- och närståendeorganisationer	15
Närståendes information	6		
Skattningsskalor	7	SÄRSKILDA RUTINER VID	
Sammanfattande bedömning	7	FULLBORDAT SUICID	15
Låg suicidrisk	7	Handläggningsrutiner vid suicid	15
Medelhög suicidrisk	7	Efterlevandestöd	15
Hög suicidrisk	7	Stöd till medarbetare	15
Svårbedömd suicidrisk	7	Anmälningsskyldighet	16
99 Fritext	7	UPPFÖLJNING AV VÅDRIKTLINJEN,	
		INFÖRANDE OCH KVALITETSARBETE	16
RISKFAKTORER FÖR SUICID	8		
Aktuella riskfaktorer	8		
Statistiska/latenta riskfaktorer	8	Bilaga 1: Suicidstegen	
Skyddsfaktorer	9	Bilaga 2: Snabbguide Suicidriskbedömning	
ÅTGÄRDER OCH BEHANDLING	9	Bilaga 3: Säkerhetsplan	
Suicidprevention i praktiken	9	Bilaga 4: Telefonsamtal med suicidnära patient	
Säkerhetsplan	10	Bilaga 5: Dokumentation av suicidprevention i	
Vårdplanering	11	omvårdnadsjournal	
Åtgärder vid hög risk	11		

OM SUICID

Suicid är en medveten, uppsåtlig, självförvållad, livshotande handling, som leder till döden. Suicidförsök är en handling eller en avbruten handling som enligt personen skulle kunna avsluta dennes liv och där personens avsikt att dö varierar från liten till stor.

Med suicidnära patienter avses personer som under det senaste året har gjort suicidförsök, eller som har allvarliga suicidtankar och där suicidrisk bedöms föreligga under den närmaste tiden, eller som utan att ha allvarliga suicidtankar på grund av omständigheterna i övrigt bedöms vara i farozonen för suicid.

I Sverige avlider cirka 1 500 människor varje år i suicid. Det är fyra–fem gånger fler jämfört med antalet döda i trafikolyckor varje år. Av de som dör i suicid är cirka två tredjedelar män. Siffran inkluderar säkra och så kallat osäkra suicid och baseras på de dödsorsaksintyg som utfärdas av läkare i samband med ett dödsfall. Bland män i åldrarna 15–44 år är det den vanligaste dödsorsaken, bland kvinnor i samma åldersgrupp den näst vanligaste.

Utvecklingen från den första allvarliga suicidtanken till eventuella suicidmeddelanden, suicidförsök och suicid kan beskrivas som en suicidal process. Processen är komplex, pågår ofta över en lång tid och är beroende av flera samverkande faktorer. Långa perioder kan suicidtankarna vara borta för att återkomma i en krissituation. En suicidhandling kan vara överlagd och planerad men också oplanerad och impulsiv. Det finns ofta en ambivalens hos den suicidala individen. Det suicidala beteendet kan då förstås som ett försök att bli fri från en svår situation eller från symtom, snarare än en genuin och rationell önskan om att dö. Om situationen ändras eller symtomen behandlas avtar ofta suicidtankarna.

Enligt flera tidigare studier har mer än 90 procent av de som dör i suicid någon form av psykisk sjukdom före dödsfallet. Depressiva symptom är mycket vanliga och över hälften av de som avlider i suicid uppfyller diagnostiska kriterier för depressiva syndrom. Affektiv sjukdom, schizofreni, beroendesjukdomar och personlighetsstörning är särskilt förknippade med en förhöjd risk för suicid. Att ha gjort ett suicidförsök utgör den största risken för att avlida i suicid. Det är därför av stor vikt att identifiera suicidnära patienter inom vården och att arbeta med suicidpreventiva åtgärder.



Vårdriktlinje: Suicidprevention
Fastställd av: Thomas Wejstam, med. dr., chefläkare Psykiatriin i Halland, Publicerad: 2024-09-05
Huvudförfattare: Nikitha Unger, med. dr., Charlotta Jarl, med. dr., Anna Ehnvall, med. dr. och Erik Bergqvist, med. dr.

Syfte

Vårdriktlinjerna för suicidprevention inom vuxenpsykiatri i Halland anger hur de olika verksamheterna ska utforma, förbättra och implementera patientsäkra rutiner med avseende på suicidnära patienter och suicidprevention generellt. Vårdriktlinjerna ska vara tillgängliga och kända för all berörd personal. Innehållet ska vara förståeligt för patienten, dennes närstående och andra intressenter.

Mål

Övergripande mål

Minska antalet suicid bland patienter som har kontakt eller kommer i kontakt med psykiatri.

Delmål

1. All personal ska ha en grundläggande kunskap om suicidalitet, samtal och bedömning av suicidala patienter, samt ha förmåga att genomföra en strukturerad suicidriskbedömning.
2. Suicidriskbedömning ska genomföras med alla nya patienter, patienter som gjort suicidförsök och patienter där suicidrisk föreligger.
3. Alla suicidriskbedömningar ska dokumenteras i enlighet med riktlinjen.
4. Vid suicidförsök ska strukturerad suicidriskbedömning ske inom ett dygn, och patienten ska erbjudas uppföljning i psykiatri i minst ett år efter suicidförsöket.
5. Alla suicidnära patienter ska ha tydliga suicidpreventiva åtgärder dokumenterade i vårdplanen.
6. Närstående ska, när det är lämpligt, engageras i vården av den suicidnära patienten.

Viktiga tidsramar

- Vid vetskap om att patient gjort suicidförsök ska suicidriskbedömning erbjudas snarast, senast inom ett dygn.
- Patienter som vårdats inläggande efter suicidförsök, avbrutet suicidförsök eller allvarliga suicidplaner ska erbjudas tid i psykiatrisk öppenvård inom en vecka efter utskrivning.
- Patienter som gjort suicidförsök ska erbjudas uppföljning i psykiatrisk öppenvård under minst ett års tid.

NÄR GENOMFÖRS EN SUICIDRISKBEDÖMNING?

Vilka patienter?

• Nya patienter

I mötet med en patient som inte sedan tidigare är känd inom psykiatri görs alltid en strukturerad kartläggning, bedömning och dokumentation av anamnes inklusive relevanta statistiska och individuella, aktuella riskfaktorer för suicid. I riskbedömningen ingår också att undersöka skyddsfaktorer i nätverket och hos patienten själv.

• Patienter i pågående behandling

Suicidrisken ska därefter bedömas och dokumenteras vid varje besök eller fortlöpande vid inläggande vård, men temat suicidalitet behöver inte alltid uttryckligen lyftas fram i samtal med patienten. När man exempelvis känner en patient väl, har regelbunden behandling, eller när den första mer ingående suicidriskbedömningen mynnar ut i låg suicidrisk kan bedömningen istället göras löpande genom att vårdpersonalen är lyhörd för försämring i patientens tillstånd och uppmärksam på faktorer som kan påverka suicidal utveckling. Vid försämring eller förändringar i risk- eller skyddsfaktorer ska patientens tankar om suicid åter utforskas i samtalet.

• Patienter som har gjort ett suicidförsök

Vid uppföljning efter suicidförsök bör den suicidala processen följas i regelbundna samtal med patienten. Vårdens insatser bör anpassas efter de faktorer som ledde patienten fram till suicidförsök. Strukturerad suicidriskbedömning ska upprepas till dess att patientens situation har stabiliserats.

• Patienter som söker akut psykiatrisk vård, även där suicidrisken inte är uppenbar

Vem genomför suicidriskbedömning?

All vårdpersonal ska ha en grundläggande kunskap om suicidalitet, samtal och bedömning av suicidala patienter. Om en patient som redan har etablerad kontakt med psykiatri försämras bör om möjligt någon i verksamheten som känner patienten genomföra suicidriskbedömningen. Om man känner sig osäker är

det viktigt att rådfråga en erfaren kollega. Sambedömning kan vara ett bra alternativ i sådana situationer.

I de fall suicidrisken bedöms vara aktuellt hög alternativt svårbedömd kan läkare kontaktas för bedömning. Detta ställningstagande görs med hänsyn till behandlarens yrkeserfarenhet, kompetens och kännedom om den enskilda patienten.

Legitimerad läkare bör kopplas in för vårdintygsbedömning när patienten bedöms

1. vara i behov av mycket tät kontakt eller sjukhusvård och
2. inte är trovärdig eller inte medverkar till behandling

BEMÖTANDE

Att bedöma och behandla suicidrisk är ett viktigt, svårt och grannliga uppdrag för all vårdpersonal. Suicidriskbedömning och suicidprevention har högsta prioritet, vilket kan innebära akut avbrott i planerad verksamhet. Mötet med patienten i samtal om suicidalitet är samtidigt en **bedömningssituation** och en **behandlingsintervention**.

Det är avgörande för tillförlitligheten i bedömningen att man skapar en behandlingsallians och ett förtroendefullt samtalsklimat med patienten, som i krisläge kan vara såväl ångestfylld, avvisande/aggressiv, förtvivlad, uppgiven som sluten. Somliga patienter är vana att prata om suicid, och andra kanske tillfrågas för första gången om dessa teman i mötet med vårdpersonal.

Genom att man som behandlare närmar sig frågan om suicidalitet med lyhördhet, professionalitet, värme och engagemang kan man skapa goda förutsättningar för att patienten ska känna förtroende och kunna tala uppriktigt om dessa ofta känsliga frågor. Förhållningssättet bör präglas av lugn, medkänsla och intresse, och interventionerna bör inledas med att man sammanfattar, speglar och bekräftar patienten – snarare än att man argumenterar eller ger alltför snabba förslag på lösningar. Sammanfatta löpande det du hör, stäm av med patienten om du har förstått rätt. Möt individen

utifrån den helhetssituation inom vilken suicidproblematiken har uppstått. Detta kräver tålamod, tid och aktivt lyssnande. Sträva efter att förmedla hopp.

Det första uppdraget är att börja förstå vem patienten är och hur patienten ser på sin situation, för att i nästa steg kunna hjälpa honom eller henne att hitta vägar till förändring.

Struktur för samtalet

Inled alltid det första samtalet med att kort beskriva vem du är, anledningen till att ni ses idag och i korta drag vilken information du har om patienten på förhand. Berätta hur länge ni förväntas sitta och målet med samtalet. Fråga om patienten har några frågor innan ni börjar.

Hur man i samtalet utforskar frågan om suicidalitet beror på sammanhanget.

Vid första mötet med patienten är det ofta lämpligt att fråga igenom suicidstegen i samband med att man kartlägger depressiva symtom eller när man har gått igenom anamnes.

- När man träffar en patient för första gången efter ett suicidförsök eller vid en akut suicidriskbedömning är det lämpligt att börja med att fråga hur patienten mår just nu, vara bekräftande i förhållande till patientens beskrivning och sedan berätta att du skulle vilja höra mer om vem patienten är och om hans/hennes bakgrund för att få en klarare bild av hur den aktuella suicidaliteten ska förstås och avhjälpas. Efter bredare anamnesupptagning bör man sedan återkomma till att utforska aktuell suicidalitet och säkerhetsplanering.

- Ta hänsyn till aktuell livssituation och ålder. Exempelvis kan kognitiva nedsättningar hos äldre patienter komplicera suicidbedömningen. Den suicidala processen är ofta kortare för barn och ungdomar.

- Vid en telefonkontakt med suicidnära patient kan mall enligt [bilaga 4](#) användas som stöd för samtalet, bedömningen och åtgärderna.

UTREDNING OCH BEDÖMNING

Suicidriskbedömningen genomförs i form av ett utforskande samtal med patienten, och syftar dels till att bedöma suicidbenägenheten i den aktuella situationen och över tid, dels till att fungera som behandlingsintervention och ge underlag för hur vården bör planeras framöver.

Det övergripande målet med samtalet är att få förståelse för patientens subjektiva upplevelsevärld samt hanteringsstrategier mot bakgrund av livssituationen. Dessutom behöver objektiva aspekter av patientens situation, så som riskfaktorer och psykisk status, beaktas. Självskattningsskalor kan användas som ett komplement till den kliniska bedömningen.

Att skilja på latent och aktuell suicidrisk

Vid bedömningen ingår att värdera akut/aktuell såväl som latent suicidrisk, och skillnaden ligger i tidsperspektivet. Den akuta/aktuella suicidrisken handlar om suicidrisken i nuläget eller inom en snar framtid, medan den latent suicidrisken handlar om en patients suicidbenägenhet över tid med hänsyn till statistiska och långvariga riskfaktorer.

Suicidriskbedömningen kan ta olika utrymme i anspråk i samtalet med patienten beroende på den aktuella situationen och den information patienten lämnar. En strukturerad suicidriskbedömning innebär en systematisk inhämtning av relevanta anamnestiska uppgifter, bedömning av psykisk status och en värdering av risken för suicidhandling. Dokumentation av värderingen ingår. Bedömningen vilar på en klinisk intervju, där följande är särskilt viktigt att beakta:

Aktuell situation och suicidalitet

Undersöks med hjälp av suicidstegen. [Suicidstegen enligt Beskow](#) är ett intervjuunderlag för att stegvis undersöka patientens eventuella dödstankar, suicidtankar och suicidplaner.

Anamnes

Med särskilt avseende på riskfaktorer för suicid, [se rubriken Riskfaktorer för suicid](#).

Om patienten tidigare har gjort ett suicidförsök: undersök omständigheterna kring detta noggrant med avseende på utlösande händelser, suicidavsikt, planering, val av metod, patientens inställning idag till suicidförsöket och att ha överlevt.

Närståendes information

Närstående ger ofta värdefull information för bedömningen, och att engagera dem i vården blir också ett led i suicidpreventionen. Detta förutsätter patientens samtycke och att det inte finns skäl som talar emot denna intervention. Fråga om det förekommit suicidal kommunikation, avskedsbrev med mera. Närstående kan också vara i behov av stöd och information för egen del, [se under rubriken Närstående](#).

- Suicidriskbedömningen ska vara strukturerad. Det innebär en systematisk inhämtning av relevanta anamnestiska uppgifter, bedömning av psykisk status och en värdering av risken för suicidhandling. Dokumentation av värderingen ingår. Utgå från patientens berättelse och upplevelse, använd suicidstegen, och väg in information om relevanta risk- och skyddsfaktorer samt psykisk status. Information från närstående skall beaktas när det är lämpligt.

- Suicidriskbedömningen skall resultera i en nivåbedömning och dokumenteras.

- Varje suicidnära patient ska utredas avseende psykiatriska, somatiska, psykologiska, sociala och existentiella aspekter. Individuella stressfaktorer är också av betydelse. Kända riskfaktorer ska beaktas.

- Information om suicidriskbedömningen skall vidarebefordras så att all inblandad personal känner till den. Viktigast är att information överförs till patientansvarig läkare eller behandlingsansvarig, från öppenvård till heldygnsvård eller vice versa.

- Suicidriskbedömning skall återupprepas till dess situationen stabiliseras.

Skattningsskalor

Det är alltid den kliniska bedömningen av suicidrisk som är avgörande, samtidigt som systematiska instrument kan utgöra en värdefull utgångspunkt för bedömningen eller vara ett komplement. Det kan vara särskilt bra att använda sig av skattningsskalor för att finna ordval och begrepp i ett fortsatt samtal eller som en checklista för riskfaktorer vid en fördjupad bedömning.

Enligt en översikt från 2015, utförd av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, finns det inget vetenskapligt stöd för att ”något skattningsskalor har tillräcklig tillförlitlighet för att användas för att förutsäga framtida suicid”. Samtidigt kan skattningsskalor i kombination med klinisk bedömning vara till nytta som utgångspunkt för att öka strukturen i samtalet och fördjupa bedömningen av suicidaliteten. Ett förslag på en skala att använda med fokus på suicidalitet är Columbia Självordsbenägenhet Bedömningsskala (CSSR-S) som ett underlag för samtal kring suicidalitet.

De vanligaste depressionsskattningarna (MADRS-S, BDI II, PHQ-9) har vanligtvis en specifik fråga som handlar om suicidbenägenhet och kan därför lyftas in som underlag i samtalet.

Sad Person Scale (SAD) skall ej användas enligt ovan nämnda SBU-rapport.

Sammanfattande bedömning

Den kliniska bedömningen innebär en professionell värdering av all tillgänglig information om patienten inklusive en värdering av behandlingsalliansen, och är det centrala i suicidriskbedömningen.

Det innebär att en patient på grund av omständigheterna kan bedömas vara i farozonen för suicid även utan att själv ange allvarliga suicidtankar, som vid bristande sjukdomsinsikt, misstro i behandlingskontakten eller utifrån anamnes av impulsivitet eller snabbt skiftande suicidbenägenhet.

Suicidriskbedömningen skall leda till en värdering av suicidrisk. De nivåer som kan användas är låg suicidrisk, medelhög suicidrisk, hög suicidrisk, samt svårbedömd risk. Svårbedömd risk används när bedömningssituationen särskilt kompliceras av olika

faktorer, såsom patientens tillstånd eller relationen mellan patient och behandlare. Fritext används när en risknivå är omöjlig att värdera, såsom när patienten är okontaktdar. Det är särskilt viktigt att dokumentera varför svårbedömd risk eller fritext används samt hur en tydligare risknivå planeras kunna värderas framöver.

Låg suicidrisk

- *Inga indikationer på suicidtankar och konkreta planer. Patienten ger en adekvat kontakt och bedöms hantera sin psykiska ohälsa. God sjukdomsinsikt och hjälpsökande. Inga eller få tunga riskfaktorer.*

Medelhög suicidrisk

- *Tydliga suicidtankar, måttlig klinisk svårighetsgrad och få riskfaktorer men också flertalet skyddsfaktorer såsom goda egna resurser och fungerande nätverk.*

Hög suicidrisk

- *Allvarliga suicidtankar och planer. Hög klinisk svårighetsgrad. Flera riskfaktorer och få skyddsfaktorer såsom svaga egna resurser och sviktande nätverk.*

- *Många och allvarliga subjektiva, aktuella och statistiska riskfaktorer. Tidigare allvarliga suicidförsök, intensiva upplevelser av ensamhet, förtvivlan eller hopplöshet. Få/skärpa skyddsfaktorer.*

- *Aktuell livssituation liknar tidigare tillfällen då patienten har gjort suicidförsök och inga skyddsfaktorer/hanteringsstrategier har tillkommit sedan dess.*

Svårbedömd suicidrisk (betraktas som förhöjd risk)

- *Patienten ger inte fullgod kontakt i samtalet. Är till exempel reserverad/avvisande, ger undandligdande/diffusa svar, bristande sjukdomsinsikt, motstridig information, negativt inställd till vården.*

- > *Upprepat självskadebeteende utan uppenbar suicidal avsikt.*

- > *Det går inte att genomföra en tillfredsställande säkerhetsplanering tillsammans med patienten.*

- > *Du tvivlar på tillförlitligheten i patientens utsaga eller i bedömningen.*

99 Fritext

Kan användas när ovanstående nivåbedömning inte är tillämpbar, till exempel när det inte är möjligt att utreda risken tillräckligt för att kunna göra en nivåbedömning. Man bör då beskriva hur man planerar att bedöma suicidrisken framåt.

RISKFaktorER FÖR SuICID



Den största riskfaktorn för ett suicidförsök är tidigare suicidförsök.

Vid suicidriskbedömning ska vårdpersonal kartlägga anamnes och aktuell situation med avseende på risk- och skyddsfaktorer. De subjektiva och aktuella riskfaktorerna är de som kan eskalera den enskilda personens suicidala process; de statistiska riskfaktorerna är sådana som på gruppnivå har visat sig ha samband med suicid och ska därför vägas in i bedömningen.

I en stress-och sårbarhetsmodell kan man likna de anamnestiska och statistiska faktorerna vid sårbarhet för suicid senare i livet, medan de subjektiva och aktuella faktorerna utgör pågående stressorer.

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.
- Aktuell 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.

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.

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.

- 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, lättkränkthet 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.”
- Problemlösningsskyddsfaktorer, 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 som utesluter suicid.

ÅTGÄRDER OCH BEHANDLING



Hög suicidrisk hos en patient kräver akut livräddande behandling, såsom för en patient som insjuknar i akut hjärtinfarkt

Suicidprevention i praktiken

Suicidprevention kan innefatta allt som på kort och lång sikt förmodas kunna förebygga suicid och be-

handla patientens psykiska ohälsa. Det innefattar såväl att stärka skydds-faktorer och patientens hanteringsstrategier som att begränsa riskfaktorer.

Suicidpreventionen måste individualiseras efter de riskfaktorer som är relevanta för patienten. Den centrala frågan att besvara är: Vad driver suicidaliteten? Att utforska patientens föreställningar om suicid ger också oss som vårdpersonal en riktning för hur vi ska utforma patientens vårdplan.

Om patienten tidigare har gjort ett suicidförsök ska processen som ledde fram till det utforskas om-sorgsfullt och ligga till grund för suicidpreventionen framöver.

Behandlingen av en patient med ökad suicidalitet måste planeras utifrån det akuta skyddsbehovet och i relation till bakomliggande psykisk problematik/sjukdom. Det primära är att förhindra suicidhandling. I samtal med patienten gör man en probleminventering och anger förslag till åtgärder i vårdplan och säkerhetsplan.

För den suicidala patienten blir det extra viktigt att tillgodose behov av:

Tillgänglighet – patienten kan behöva täta återbesök och telefonkontakter.

Kontinuitet – eftersträva att samma behandlare eller team av behandlare träffar patienten.

Trygghet – avsätt extra tid. Se över möjligheten till att erbjuda hembesök vid behov. Samarbeta med närstående och var öppen för deras oro. Erbjud dem stöd.

Exempel

• Beskrivs suicidförsöket eller tanken på suicid framför allt som ett sätt att få slippa en plågsam livssituation behöver vi i samtalet nå förståelse för vad i livet som skapar sådant lidande och hjälpa till att hitta andra sätt att problemlösa. Bekräfta patienten och visa förståelse för berättelsen och förmedla samtidigt på ett trovärdigt sätt att hjälp finns att få och att förändring är möjlig.

• Psykopedagogik på ett anpassat sätt: Berätta till exempel att suicidtankar är vanligt och i sig inte farligt men att de verkar vara en respons på något som är svårt i livssituationen och/eller knutet till otillräckligt behandlad psykisk ohälsa; berätta om att stark affekt tenderar att minska problemlösningsförmågan och att det därför är viktigt att hitta fram till vad som hjälper en att reglera känslor.

• Ett suicidförsök är ofta ett sätt att hantera en svår situation, ett sätt att lösa ett problem där personen upplever att det inte finns någon annan utväg. Hitta

alternativa problemlösningar tillsammans med patienten. Många patienter behöver konkret kunskap och träning av olika färdigheter för att hantera svåra känslor och destruktiva mönster.

• Om suicidförsöket har gjorts impulsivt, exempelvis efter en relationskonflikt, som ”hämndaktion” eller under berusning, behöver patienten få hjälp att sätta ord på de känslor som har upplevts och få hjälp att hitta konstruktiva sätt att reglera dem.

• Om den mest framträdande riskfaktorn är en depressiv föreställning om att vara en belastning för alla så kan suicidprevention innefatta att normalisera upplevelsen utifrån depressionens mekanismer, pedagogiskt förklara att behandling finns att få, motivera och planera för sådan. Att involvera anhöriga för att de ska få möjlighet att nyansera patientens bild kan ibland vara lämpligt. I suicidprevention ingår såväl medicinsk översyn som samtalskontakt.

• Om den subjektivt mest centrala stressfaktorn är sociala problem, som ensamhet, eller att patienten inte har någon bostad eller inkomst så innefattar suicidpreventionen att problemlösa kring detta, att patienten får information om vilka instanser som kan hjälpa till. Allt faller inte under psykiatrians ansvar att arrangera, men i samtal med patienten behövs problemlösningssfokus.

• Engagera patientens närstående, om patienten inte motsätter sig detta.

Säkerhetsplan

Säkerhetsplan är ett effektivt verktyg för att stärka patientens egen förmåga att känna igen varningstecken och hantera sin suicidalitet. Säkerhetsplanen har en stegrande ordning: efter varningstecken innehåller den först strategier som patienten kan använda på egen hand, därefter sociala sammanhang och kontakter att hämta stöd från och till sist vårdkontakter. Risksanering bör också ingå, liksom en överenskommelse om hur behandlaren ska agera om patienten uteblir från planerade besök eller inte går att nå.

Exempel på när säkerhetsplanering skall genomföras:

- Under pågående heldygnsvård
- Vid utskrivning från heldygnsvård
- I öppenvård för alla patienter med aktuell medelhög eller hög suicidrisk.

Säkerhetsplanen upprättas tillsammans med patienten och om möjligt dennes närstående. Förklara syftet med säkerhetsplanen och de olika delarna, ta fram förslag tillsammans. Utgå från patientens beskrivning, och hitta tillsammans varningstecken och hjälpsamma strategier. Undersök hur patienten tidigare har klarat sig ur kriser och ta fasta på de konstruktiva hanteringsstrategierna. Undersök sedan sannolikheten att patienten kommer att använda strategierna och hjälp tillsammans att att problemlösa kring eventuella hinder.

Förslagen i säkerhetsplanen bör vara så konkreta som möjligt. Patienten ska få med sig säkerhetsplanen hem. Säkerhetsplanen skall belysas under det fortsatta suicidpreventiva arbetet och revideras när det behövs.

Se blankett *Säkerhetsplan* (Bilaga 3). Säkerhetsplanen dokumenteras under sökordet Säkerhetsplan i anteckningstyp Vårdplan.

Så dokumenterar du säkerhetsplanen i JO1

1. Aktivera patienten i VAS
2. Välj formulär JO1
3. Klicka på uBes_ant i menyraden.
 - Händ.dat: datum och tid för när säkerhetsplanen upprättas.
 - Dok.dat: datum när säkerhetsplanen dokumenteras.
 - Vårdgivare: Omvårdnadspersonal som upprättat säkerhetsplanen tillsammans med patienten.
 - Avd/Mott: Avdelningen där patienten vårdas
 - Ant.typ: Plan (planering)
 - Jnltyp: Vpl (vårdplan)
 - JKOP: Nej
 - Std/kopia: lämnas blank.
4. Dokumentera säkerhetsplanen under sökord Säkerhetsplan.
5. Se bilaga 5 i vårdriktlinjen för mer information kring säkerhetsplaner.

Vårdplanering

En **individuell vårdplan** som utgår från suicidriskbedömningen ska skyndsamt upprättas i överenskommelse mellan patient, behandlare och ansvarig läkare. Om möjligt kan även föräldrar/vårdnadshavare/närstående delta. Också denna plan ska redovisas i journalhandling. Säkerhetsplanen syftar till att patienten ska kunna hantera sin suicidalitet i det akuta skedet, vårdplanen innehåller däremot mer långsiktiga mål och åtgärder.

Det är väsentligt för suicidnära patienter, såsom för alla människor, att känna sig delaktiga i och ha en tydlig struktur över hur vården kommer att gestalta sig, till exempel vilken vårdpersonal patienten kommer att ha kontakt med och när. Viktigt är att göra problem-/resursinventering och sätta upp utvärderingsbara mål till vilka man kopplar behandlingsåtgärder. Den planerade tidsramen för vården och tid för utvärdering ska beskrivas.

Åtgärder vid hög risk

När risken är hög är det viktigt att tydligt ange på vilka grunder den bedömningen görs, och vilka åtgärder som planeras. Om suicidrisken bedöms som aktuellt hög eller om bedömningen är osäker rekommenderas inläggning på vårdavdelning i suicidpreventivt syfte. Före inläggning bör läkare konsulteras för samråd. Bakjour på heldygnsvården ska informeras.

Om patienten trots behandlaren bedömning och råd om inläggande vård motsäger sig detta ska läkare tillkallas för ställningstagande till vårdintyg. För inläggande patient övervägs ökad tillsynsgrad. Läkare tar ställning till fortsatt frigång och permission och gör vid behov konverteringsbedömning.

Om man bedömer att patienten inte ska läggas in bör öppenvårdskontakten intensifieras med regelbundna suicidpreventiva samtal. Engagera närstående om det är lämpligt. Suicidriskbedömning görs löpande och vården anpassas efter de centrala riskfaktorerna. Säkerhetsplan upprättas.

En suicidnära patient som uteblir från besök ska omgående följas upp aktivt av behandlings- eller vård-

kontakten genom uppsökande per telefon, och om så bedöms, hembesök. Kontakta även närstående.

- **Risksanering:** Beakta dos och mängd vid förskrivning av läkemedel i syfte att minimera patientens tillgång till suicidverktyg i form av ordinerade läkemedel. Fråga också om redskap som kan användas för suicidhandling och som bör tas bort ur hemmiljön, till exempel tabletter, hängsnara och vapen. Behövs annan risksanering (exempelvis att undvika alkohol/droger som är en hög riskfaktor för suicid)?
- **Vid vapeninnehav:** Läkare har skyldighet att göra anmälan om vapeninnehav enligt 6 kap. 6 § vapenlagen. Personal, i såväl heldygns- som öppenpsykiatrisk vård, som får vetskap om att patient innehar vapen skall informera ansvarig läkare om detta oavsett patientens tillstånd eller sociala situation. Läkaren bedömer och handlägger vidare. 6 kap. 6 § vapenlagen är en skyddsbestämmelse som skall säkerställa att polisen – efter anmälan från läkare – skall kunna göra kontroller mot vapeninnehavarregistret och i förekommande fall undanröja risken för att patienten skadar sig själv eller någon annan.
- Upprätta en säkerhetsplan om patienten kan och vill medverka till en sådan.
- Förse patienten med aktuella telefonnummer till behandlare och akutpsykiatri, informera om vägarna till vård och möjligheten att kontakta psykiatri dygnet runt.
- Vid ineliggande vård: Säkerställ att patienter inte har farliga föremål på avdelningen. Se rutin: [Visitering och genomgång av patienters tillhörigheter](#)

Åtgärder vid svårbedömd risk

Betrakta suicidrisken som förhöjd vid svårbedömd risk till dess att tillfredställande bedömning genomförts.

Föreslagna åtgärder vid svårbedömd suicidrisk: Beskriv på ett anpassat sätt för patienten hur du uppfattar situationen och dina ställningstaganden; försök hitta ett sätt där du och patienten kan hjälpas åt att problemlösa.

Om det i anamnes och aktuell information om patienten finns anledning att misstänka att suicidrisken kan vara förhöjd, och suicidrisken förblir svårbedömd i

samtalet efter dina försök till att upprätta kontakt, så kan du föreslå paus i samtalet så att du får konsultera en kollega.

Normalisera detta genom att exempelvis hänvisa till rutiner eller att ”vi brukar göra så när det är svårt att komma fram till en bra planering”. Diskutera med en kollega. Bjud in kollegan till samtalet om det behövs och sammanfatta tillsammans med patienten den aktuella situationen.

Vid svårbedömd suicidrisk kan patienten förslagsvis få en snar uppföljningstid för förnyad riskbedömning. Om situationen bedöms som mer allvarlig konsulteras läkare för ställningstagande till inläggning. För ineliggande patient övervägs ökad tillsynsgrad. Läkare tar ställning till fortsatt frigång och permission och gör vid behov konverteringsbedömning.

Beskriv i journal de faktorer som gör risken svårbedömd och vidtagna åtgärder. Upprätta säkerhetsplan tillsammans med patienten.

En suicidnära patient som uteblir från besök ska omgående följas upp aktivt av behandlings- eller vårdkontakten genom uppsökande per telefon, och om så bedöms, hembesök. Kontakta även närstående.

Åtgärder vid medelhög risk

- Upprätta en säkerhetsplan tillsammans med patienten.
- Upprätta en vårdplan där suicidaliteten adresseras om detta inte finns.
- Säkerställ en tätare uppföljande kontakt för patienten.
- Genomför nya, fördjupade suicidriskbedömningar fortloppande.

Åtgärder vid låg risk

Föreslagna åtgärder vid låg suicidrisk:

- Fortsätt planerad behandling i öppenvården, följ patientens tillstånd i planerad vård.
- Vidmakthåll och förstärk fungerande strategier.
- Genomför nya, fördjupade suicidriskbedömningar fortloppande om tillståndet försämras.

Efter ett suicidförsök

Ett suicidförsök är en handling eller en avbruten handling som enligt personen skulle kunna avsluta dennes liv och där personens intention att dö varierar från låg till hög.

Behandlingsinsatser

Patienter som har genomfört ett suicidförsök skall erbjudas en suicidriskbedömning snarast, senast inom ett dygn, samt uppföljning inom specialistpsykiatri under minst ett år. Patienten ska ges möjlighet till krissamtal. Behandlingen skall inriktas mot suicidnära omständigheter, inklusive psykiatriska tillstånd, psykologiska och sociala faktorer. Centralt är att utforska suicidaliteten för att förstå bakgrunden, identifiera behov och hjälpsamma psykoterapeutiska mål, tidiga varningstecken och säkerhetsstrategier. Uppföljningens innehåll och omfattning anpassas efter patientens behov.

Närståendestöd

En närståendes suicidförsök innebär en traumatisk upplevelse för närstående. Sträva efter att kunna erbjuda närståendestöd. Beakta särskilt barns situation, de har alltid rätt till information, råd och stöd när något händer en närstående. Överväg alltid om en orosanmälan skall skrivas till socialtjänsten. Se rutin: [Minderåriga barn - Barn som anhöriga till patienter inom psykiatri](#)

Stöd till medarbetare

När en patient gör ett suicidförsök kan det vara en traumatisk upplevelse för dennes behandlare. Personal kan vid behov få stöd av företagshälsovård via ansvarig chef.

Heldygnsvård

De kontaktpersoner som utses har som uppgift att skapa en bärande relation under vårdtiden. Patienter kan skrivas in i heldygnsvård för suicidprevention, men det kan också framkomma suicidalitet under vårdtiden. Det är viktigt att vårdpersonal har återkommande förtroendefulla samtal med den suicidnära patienten. Samtalen kan variera i antal och tid. Det är angeläget att suicidproblematiken tas upp i patientsamtalen. Det är också av vikt att samtala kring

Vårdriktlinje: Suicidprevention

Fastställd av: Thomas Wejstam, med. dr., chefläkare Psykiatri i Halland, Publicerad: 2024-09-05
 Huvudförfattare: Nikitha Unger, med. dr., Charlotta Jarl, med. dr., Anna Ehnvall, med. dr. och Erik Bergqvist, med. dr.

handlingsstrategier för att förebygga och hantera nya suicidtankar med utgångspunkt i säkerhetsplanen. På vårdavdelningen ska det hållas regelbundna läkarsamtal, medicinska bedömningar och suicidriskbedömningar som fortloppande dokumenteras i journalen. Omvårdnadspersonal samråder med ansvarig överläkare gällande det som har framkommit under vårdtiden och i kommunikationen med patienten. Om beslut fattas om att initiera uppföljning enligt vårdriktlinjen för suicidprevention, följs stegen i bilaga 5, Dokumentation av suicidprevention i omvårdnadsjournal.

Vid hög eller svårbedömd suicidrisk kan patienten behöva heldygnsvård och övervakning under perioder. LPT-bedömning kan bli aktuell. Graden av övervakning måste fortloppande bedömas och omprövas. Övervakning är en kvalificerad vårdande/behandlande uppgift som i möjligaste mån ska skötas av ordinarie personal.

Tänk på att en patient som har gjort ett suicidförsök inte skall lämnas ensam förrän kvalificerad suicidriskbedömning har gjorts.

Vid inläggning i heldygnsvård är det viktigt att förhindra att föremål som kan utgöra en patientsäkerhetsrisk kommer in på avdelningen. Se rutin [Visitering och genomgång av patienters tillhörigheter](#)

När en suicidnära patient inte vill medverka i vården

När en patient med allvarliga suicidtankar, eller som gjort ett suicidförsök, avviker från psykiatrisk mottagning, akuten, IVA eller annan somatisk vårdavdelning måste läkare ta ställning till om polishandräckning skall begäras för en vårdintygsbedömning. Den enhet som patienten avvikit från är ansvarig för att ta ställning till polishandräckning om inget annat överenskommit.

Om läkare bedömer att det inte finns grund för polishandräckning måste man tillse att patienten får snar och adekvat uppföljning. Hur uppföljning lämpligen görs får skraddarsys i det enskilda fallet. Det kan handla om återbesök följande dag, telefonkontakt med akutmottagning eller liknande. Om någon annan enhet än den egna enheten förväntas följa upp patienten

Vårdriktlinje: Suicidprevention

Fastställd av: Thomas Wejstam, med. dr., chefläkare Psykiatri i Halland, Publicerad: 2024-09-05
 Huvudförfattare: Nikitha Unger, med. dr., Charlotta Jarl, med. dr., Anna Ehnvall, med. dr. och Erik Bergqvist, med. dr.

ten ska uppföljande enhet kontaktas per telefon för att säkerställa att informationen når fram och patienten inte faller mellan stolarna. Det är också viktigt att närstående involveras. Om patienten motsätter sig detta får man försöka att aktivt motivera patienten att tillåta sådan kontakt. Om patienten inte säkert medverkar behöver närstående ha en handlingsplan och känna till kontaktvägar i det fall patienten försämras och inte själv förmår söka vård.

Uteblivande vid suicidprevention

Vid uteblivande från planerat besök med suicidpreventivt syfte, ansvarar behandlaren för att omgående försöka nå patienten per telefon. Om patienten inte svarar skall ansvarig läkare, i samråd med ansvarig behandlare, fatta beslut om huruvida hembesök skall genomföras. Om patienten inte finns i hemmet vid hembesök är det ansvarig läkares ansvar att fatta beslut om behov av polishandreckning/efterlysning. Samtliga genomförda åtgärder och bedömningar skall dokumenteras.

DOKUMENTATION

Suicidriskbedömningen ska dokumenteras under sökord "Suicidrisk" i VAS. Suicidrisknivå ska anges och sammanställning göras utifrån följande punkter:

- Aktuell suicidalitet (använd suicidstegen)
- Anamnes med särskild vikt vid aktuella riskfaktorer och skyddande faktorer
- Psykiskt status
- Eventuell information från närstående
- Klinisk bedömning av suicidrisknivå:
 - Hög risk
 - Medelhög risk
 - Låg risk
 - Svårbedömd risk

När det inte är möjligt att kategorisera patientens suicidrisknivå enligt ovan kan **Fritext** användas.

Mål med vården och vilka åtgärder som vidtagits och vilka som planeras ska tydligt beskrivas i journalhandling ([se även Vårdplanering](#)). Säkerhetsplan dokumen-

teras i vårdplanen under ett eget sökord ([se Säkerhetsplan](#)).

Ett suicidförsök skall **diagnoskodas** enligt ICD-10. Använd diagnoskoderna X60-X84 vid avsiktlig självdestruktiv handling.

Vid en strukturerad suicidriskbedömning, använd åtgärdskod AU118.

Vid upprättande av säkerhetsplan, använd åtgärdskod AU123.

För dokumentation i omvårdnadsjournal, [se bilaga 5](#).

NÄRSTÅENDE

Närstående är en viktig informationskälla och ska så långt som möjligt vara delaktiga och engageras i vården. Psykiatri ska ta tillvara närståendes kunskap och synpunkter. De närstående kan också behöva eget stöd och information, till exempel då de uppmärksammar att patienten försämras i sitt psykiska mående. Överväg om närstående bör erbjudas stöd i psykiatri, eller om det är lämpligt att hänvisa till närsjukvård eller anhörigstöd i kommunen.

Den suicidnära patienten ska informeras om vikten av kontakten med närstående. Ibland kan en patient motätta sig att kontakt tas med närstående eller så kan det av andra skäl bedömas vara olämpligt. Dessa situationer kan hanteras genom att man talar om för närstående att information inte kan lämnas ut då patienten inte medgivit det, men att behandlare fortfarande har möjlighet att lyssna till den närståendes berättelse.

Ibland kan patienten och de närstående behöva stöd i sin relation. Behandlaren kan uppmuntra patienten att berätta om sina känslor och tankar för närstående, som en hjälp för dem att sätta ord på sina upplevelser men också för att minska skam och känslor av utanförskap. Många närstående undviker frågor om suicidtankar av rädsla för att det ska väcka fler liknande tankar eller till och med handlingar. De behöver få information om att direkta och konkreta frågor inte leder till ökad suicidrisk utan att de i stället kan skapa förutsättningar för dialog.

Barn till suicidnära förälder ska särskilt uppmärksammas och erbjudas kontakt och stöd. Överväg om orosanmälan till socialtjänsten bör göras. Se rutin: [Minderåriga barn - Barn som anhöriga till patienter inom psykiatri](#).

SAMVERKAN

Av erfarenhet vet man att övergångar mellan vårdenheter utgör en risk, det är därför extra viktigt att kommunikationen mellan enheterna är god.

Inom psykiatri

När en patient skrivs ut från heldygnsvård efter suicidpreventiv vård skall remiss skrivas till den psykiatriska öppenvården (offentlig eller privat aktör) om patienten har en pågående kontakt där eller om man bedömer att patienten behöver etablera en kontakt med den psykiatriska öppenvården. Om patienten är i behov av uppföljning inom en vecka skall remissen akutmärkas.

I samband med inläggning av suicidnära patient vid psykiatrisk heldygnsvård, eller utskrivning av patient med behov av uppföljning enligt vårdriktlinjen för suicidprevention, bör vårdplaneringen för patienten samordnas mellan vårdavdelningen och öppenvården för att säkra vård och kontinuerlig uppföljning av patienten.

När en patient lagts in för heldygnsvård ska ansvarig sjuksköterska på avdelningen snarast ta kontakt (muntligt och skriftligt) med öppenvården för att i god tid etablera kontakt och planera för insatser efter utskrivning. Särskilt viktigt inför utskrivning.

Behandlare i heldygnsvård och öppenvården ska hålla kontakt med varandra. Öppenvården ska erbjuda en tid för uppföljning inom en vecka efter utskrivning.

Med somatisk sjukhusvård, närsjukvård och kommunens verksamheter

Patient som har gjort ett suicidförsök ska följas upp inom psykiatri under minst ett år efter suicidförsöket innan patientens vårdkontakt i psykiatri avslutas. Insatserna bör utgå från och anpassas till patientens

Vårdriktlinje: Suicidprevention

Fastställd av: Thomas Wejstam, med. dr., chefläkare Psykiatri i Halland, Publicerad: 2024-09-05
 Huvudförfattare: Nikitha Unger, med. dr., Charlotta Jarl, med. dr., Anna Ehnvall, med. dr. och Erik Bergqvist, med. dr.

behov. Suicidprevention bör vara i fokus för psykiatriinsatser, liksom behandling av eventuell underliggande psykisk sjukdom. Det är viktigt att bedöma patientens behov av insatser från andra vårdgivare och samhällsaktörer, då sådana insatser kan ha avgörande betydelse för patientens livssituation. Man bör i sådana fall sträva efter att involvera andra aktörer, snarare än att hänvisa bort från den egna verksamheten. Vid behov bör Samordnad individuell plan (SIP) upprättas.

När en patient läggs in på somatisk vårdavdelning, inklusive IVA, efter ett suicidförsök skall en konsultremiss skickas till den psykiatriska heldygnsvården för bedömning av patienten. Vid konsultation på somatisk avdelning efter suicidförsök ska patienten frikostigt erbjudas inläggning.

I de fall inläggning inte är aktuellt ska en **säkerhetsplan upprättas med patienten och om möjligt också i samråd med närstående**, se nedan. **Patienten skall få med sig en kopia av säkerhetsplanen.**

Med brukar- och närståendeorganisationer

I frågor som berör suicidalitet ska, när behov finns, ett utbyte av stöd och utbildning kunna ske med de lokala brukar- och närståendeorganisationerna. Det är viktigt att förmedla hopp till den suicidnära patienten. Detta kan underlättas om man får möta andra som tagit sig igenom liknande erfarenheter. Kontakt kan därför behöva förmedlas till någon av dessa organisationer.

SÄRSKILDA RUTINER VID FULLBORDAT SUICID

Handläggningsrutiner vid suicid

För handläggningsrutiner vid suicid på vårdavdelning, se rutin [Handläggning om patient suiciderat på vårdavdelning](#), eller då patient som vårdas/behandlas inom Psykiatri Halland har genomfört ett fullbordat suicid, se rutin [Lex Maria och annan allvarlig vårdskada](#).

Vårdriktlinje: Suicidprevention

Fastställd av: Thomas Wejstam, med. dr., chefläkare Psykiatri i Halland, Publicerad: 2024-09-05
 Huvudförfattare: Nikitha Unger, med. dr., Charlotta Jarl, med. dr., Anna Ehnvall, med. dr. och Erik Bergqvist, med. dr.

Efterlevandestöd

Det är viktigt att närstående skyndsamt erbjuds information och stöd efter ett inträffat suicid.
Se rutin: [Stöd till närstående vid inträffat suicid](#)

Stöd till medarbetare

När en patient dör till följd av suicid kan det vara en traumatisk upplevelse för dennes behandlare. Avdelningschef/läkarchef 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.

Anmälningsskyldighet

Alla suicidförsök som görs av patient ineliggande på psykiatrisk vårdavdelning, eller som har behandlingskontakt med öppenvårdsmottagning, ska avvikelserapporteras av den som får kännedom om det. Om ett suicidförsök bedöms vara relaterat till brister i samband med undersökning, vård eller behandling ska även en anmälan enligt lex Maria göras. Chefläkare fattar beslut om anmälan enligt lex Maria, enligt rutin [Lex Maria och annan allvarlig vårdskada](#).

Om en patient avlidit i suicid i samband med undersökning, vård eller behandling eller inom fyra veckor

efter vårdkontakt, och detta kommit till vårdgivarens kännedom, ska vårdgivaren genom en internutredning utreda om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med vården. Vid brister ska anmälan enligt lex Maria göras, se rutin [Lex Maria och annan allvarlig vårdskada](#). Om anmälan görs enligt lex Maria skall närstående informeras om att anmälan görs, de ska ges möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen och erhålla kopia av anmälan. Närstående är inte part i ett ärende enligt lex Maria.

UPPFÖLJNING AV
VÅDRIKTLINJEN, INFÖRANDE
OCH KVALITETSARBETE

Verksamhetschefer ansvarar för uppföljning av vårdriktlinjen. Avdelningschefer ansvarar för att rutinerna är kända av personal.

Indikatorer och uppföljning

Indikatorer för uppföljande mätning:
• Dokumenterade suicidriskbedömningar
• Dokumenterade vårdplaner och säkerhetsplaner (sökord vårdplan respektive säkerhetsplan)
• Tid från utskrivning i heldygnsvård till uppföljning i öppenvård efter suicidförsök

NÄRLIGGANDE RUTINER

- Rutin: [Minderåriga barn - Barn som anhöriga till patienter i psykiatri](#)
- Rutin: [Stöd till närstående vid inträffat suicid](#)
- Rutin: [Visitering och genomgång av patienters tillhörigheter](#)
- [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 \(HSLF-FS 2020:87 Bilaga 1c\)](#)
- [Vårdintyg - så här ska det fyllas i](#)
- [Begäran om hjälp/biträde enligt LPT eller LRV \(polis-handräckning\)](#)
- [Riktlinjer för att avgöra vårdnivå mellan IVA, Medicinkliniken och Psykiatriska kliniken.docx \(regionhalland.se\)](#)
- [Psykiatrisk bedömning och tvångsvård enligt LPT på Hallands sjukhus](#)

Bilaga 1. Suicidstegen

”Suicidstegen” innehåller ett antal frågor. Som framgår av bilagan avslutar man frågandet på den nivå man känner sanningen ligger och att vidare frågande känns omotiverat.
Självmondsstegen (efter professor Jan Beskow)

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. Självmondsstankar	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. Självmondsönskan	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. Självmondsförsök	Har du tidigare gjort något självmondsförsök? Genomförde du det du tänkte göra eller gick det inte? Vad gjorde du? När? Var? Varför?
7. Självmondsplaner	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. Självmondsförberedelser	Har du gjort några förberedelser? Vilka? Har du skaffat tabletter? Har du vapen hemma? Har du skaffat andra redskap? Rep? Kniv?
9. Självmondsavsikt	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?

Bilaga 2. Snabbguide för suicidriskbedömning

Våga fråga – rapportera vidare

Sträva efter att skapa ett förtroendefullt samtalsklimat med patienten, att förmedla lugn, medkänsla och hopp.

Suicidriskbedömningar grundar sig på:

- Aktuell situation och suicidalitet (aktuell suicidalitet utforskas med hjälp av suicidstegen)
- Anamnes (inklusive riskfaktorer och skyddande faktorer).
- Närståendes information – fråga särskilt om suicidal kommunikation, avskedsbrev etcetera.
- Eventuellt resultat av skattningsinstrument.

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.

Bedömning av suicidrisk ska dokumenteras i journal under sökord suicidrisk och sammanställas utifrån ovan nämnda punkter. Bedömning av suicidrisknivå ska göras och anges som:

- **Låg risk (01)**
Ex. Inga indikationer på suicidtankar och konkreta planer. Patienten ger en adekvat kontakt och bedöms hantera sin psykiska ohälsa. God sjukdomsinsikt och hjälpsökande. Inga eller få tunga riskfaktorer.
- **Medelhög risk (02)**
Ex. Tydliga suicidtankar, måttlig klinisk svårighetsgrad och få riskfaktorer men också flertalet skyddsfaktorer såsom goda egna resurser och fungerande nätverk.
- **Hög risk (03)**
Ex. Allvarliga suicidtankar och planer. Hög klinisk svårighetsgrad. Flera riskfaktorer och få skyddsfaktorer såsom svaga egna resurser och sviktande nätverk.
- **Svårbedömd risk (04)**
Ex. Patienten ger inte fullgod kontakt i samtalet. Är till exempel reserverad/avvisande, ger undangående/diffusa svar, bristande sjukdomsinsikt, motstridig information, negativt inställd till vården.
- **Fritext (99)**
Kan användas när ovanstående nivåbedömning inte är tillämpbar, till exempel när det inte är möjligt att utreda risken tillräckligt för att kunna göra en nivåbedömning. Man bör då beskriva hur man planerar att bedöma suicidrisken framåt.
Under varje suicidrisknivå finns fält för möjlighet till fritext.

Glöm inte att vidta preventiva åtgärder och att rapportera din bedömning till annan berörd personal. Om du känner dig osäker – rådfråga erfaren kollega. Vid medelhög eller hög risk kan läkare konsulteras.

Åtgärds-koda

X-kod = orsakskod för sjukdom och död

T-kod = För yttre orsaker.

Du hittar dessa koder under X och T i boken *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem*. För att det ska gå att mäta på vilket sätt patienten försökt ta sitt liv och orsaken till det, måste du lägga in koderna efter diagnoskod och välj tillägg i **DR16**. Glöm inte **ATC-kod** om läkemedel använts i syfte att suicidera.

Ex. F10.0, X64.9, T43.0 + ATC-kod (akut intox i suicidsyfte). Är ett läkemedel inblandat skall även en ATC-kod läggas till (den hittar du i FASS under det läkemedlet som använts i suicidsyftet).

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:

Risksamring (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):

Vuxenpsykiatrimottagningen dagtid: _____

Psykiatriakuten kvällar och helger: _____

Vårdriktlinje: Suicidprevention

Fastställd av: Thomas Wejstam, med. dr., chefläkare Psykiatriin i Halland, Publicerad: 2024-09-05

Huvudförfattare: Nikitha Unger, med. dr., Charlotta Jarl, med. dr., Anna Ehnvall, med. dr.

och Erik Bergqvist, med. dr.

Bilaga 4: Telefonsamtal med suicidnära patient

Rutin vid telefonkontakt med suicidnära person:

- ☐ Vem är den suicidnära personen och var befinner han/hon sig? Anteckna aktuella telefonnummer och adress.
 - Om annan än den ssuicidnära ringer, ta detta på allvar. Fråga efter den uppringandes namn och relation till den suicidnära. Anteckna telefonnummer och adress.
- ☐ Har den suicidnära haft kontakt med psykiatriin tidigare? I så fall, anteckna namn på patientansvarig läkare och kontaktperson.
- ☐ Fråga den som ringer vad som gör honom/henne orolig och hur risksituationen ser ut.
- ☐ Bedöm hur allvarlig situationen är och vilka tidsmarginalerna är.
- ☐ Måste personen till sjukhuset? Krävs akuta medicinska insatser? Ambulans? Polis för att ta sig in i bostaden? Läkarbedömning på plats? Vårdintyg? Finns närstående som kan ta personen till sjukhus?
- ☐ Om du bedömer att personen har intoxikerat sig eller skadat sig på annat sätt: be en kollega tillkalla ambulans medan du fortsätter att tala med personen. Be honom/henne att låsa upp ytterdörren.
- ☐ Är personen ensam eller finns andra på plats?
- ☐ Kan närstående ta sig till platsen? Låsa upp? Hjälpa till?
- ☐ En förestående inläggning på psykiatrisk vårdavdelning kan utlösa suicidhandlingar. Ta reda på personens inställning, svara med positiv och saklig information och sträva efter samtycke.
- ☐ Är akutåtgärd inte motiverad ska personen erbjudas besökstid/följas upp inom tre dygn.
- ☐ Finns patientansvarig läkare och/eller kontaktperson ska dessa informeras.
- ☐ Dokumentera telefonsamtalet.

Vårdriktlinje: Suicidprevention

Fastställd av: Thomas Wejstam, med. dr., chefläkare Psykiatriin i Halland, Publicerad: 2024-09-05

Huvudförfattare: Nikitha Unger, med. dr., Charlotta Jarl, med. dr., Anna Ehnvall, med. dr.

och Erik Bergqvist, med. dr.

Bilaga 5: Dokumentation av suicidprevention i omvårdnadsjournal

Villkor för etablering av vårdplanen:

1. **Inläggning för suicidprevention**
2. **Suicidalitet uppmärksammas under vårdtiden**

Rutin för suicidprevention (när förhöjd suicidrisk observerats vid inläggning)

- Inskrivningsmeddelande ska skickas i LifeCare till ansvarig öppenvårdsmottagning om patienten har en etablerad vårdkontakt då en suicidrisk observerats. Om patienten inte har en etablerad kontakt ska detta initieras genom att ansvarig läkare skickar remiss till öppenvården för suicidprevention så snart behov av uppföljning konstaterats. Patienten ska sedan erbjudas en uppföljningstid inom en vecka från utskrivningsdatum.
- Om patienten läggs in för suicidprevention eller om patienten bejakar suicidtankar ska separat vårdplan gällande suicidprevention etableras.
- Om patienten godkänner att närstående involveras ska de kontaktas och informeras om inläggningen och erbjudas broschyren ”Att Förebygga Självmod”. Anhörigas stöd till patienten och förståelse för allvarlighetsgraden är mycket viktigt och det är angeläget att involvera dem i vården. Om patienten är negativt inställd till att vi har kontakt med närstående är det viktigt att försöka motivera patienten till att tillåta detta. Om patienten vårdas enligt LPT ska anhöriga involveras i vården om det inte bedöms som olämpligt. Om detta är fallet bör det dock diskuteras inom vårdteamet vid rond.
- MADRS ska genomföras kontinuerligt en gång per vecka samt en gång innan utskrivning. I samband med utskrivning dokumenteras poängen från ankomst MADRS och den avslutande MADRS i omvårdnadsepikrisen.
- Suicidriskbedömningen ska vara strukturerad. Det innebär en systematisk inhämtning av relevanta anamnestiska uppgifter, bedömning av psykisk status och en värdering av risken för suicidhandling. Dokumentation av värderingen ingår. Utgå från patientens berättelse och upplevelse, använd suicidstegen och väg information kring relevanta risk/skyddsfaktorer samt psykisk status. Information från närstående ska även beaktas när det är lämpligt. Suicidriskbedömningen ska återupprepas till dess situationen stabiliserats. I samband med utskrivning dokumenteras en sammanfattning av observationer under vårdtiden samt identifierade skydds- och riskfaktorer i omvårdnadsepikrisen i fritext under sökordet ”suicidrisk”.
- Innan patienten skrivs ut ska en säkerhetsplan etableras i samråd med patienten för åtgärder och strategier vid tilltagande suicidtankar. Denna kan med patientens godkännande med fördel etableras tidigt i vårdförloppet och i samråd med anhöriga. Säkerhetsplanen ska sedan dokumenteras i patientens journal i formuläret Jo1.

Anteckningstyp: Vpl Jnltyp: HV/ÖV: Sökord: Säkerhetsplan: Säkerhetsplan skrivs in utifrån mall för säkerhetsplan, [se bilaga 3](#).

- När patienten skrivs ut från avdelningen ska en kopia av säkerhetsplanen skrivas ut och överlämnas till patienten.
- Om patienten godkänt att närstående informeras ska anhöriga informeras vid utskrivning.
- Utskrivningsmeddelande ska skickas i LifeCare. Meddelandet ska innehålla information om att läkare efterfrågat uppföljningstid inom en vecka enligt s-preventionsrutin samt att säkerhetsplan har etablerats.

Frastexter för omvårdnadsepikrisen

MADRS skrivs in i omvårdnadsepikrisen dels startpoäng, dels slutpoäng (bedömningsinstrument), Suicidstege (risk och skyddsfaktorer) dokumenteras i omvårdnadsepikrisen (bedömningsinstrument). Summering av den observerade suicidrisken under vårdtiden dokumenteras i omvårdnadsepikrisen (suicidrisk).

Patienten har fått med sig en säkerhetsplan från avdelningen (åtgärder).