



Regionala riktlinjer för Suicidprevention

Regionala riktlinjer för suicidprevention

De regionala riktlinjerna för suicidprevention riktar sig först och främst till personal inom psykiatrin på Gotland men även till övrig personal arbetar inom regionens Hälso- och sjukvårdsförvaltning. Förhoppningen är att också andra vårdgivare och verksamheter på Gotland ska kunna inspireras av de regionala riktlinjerna och med stöd av dessa utforma egna, anpassade riktlinjer. Riktlinjerna ska vara kända för brukar- och patientorganisationer.

Vid införandet av de regionala riktlinjerna, och för att höja kompetensen, ska all personal inom psykiatrin delta i utbildning kring de regionala riktlinjerna för suicidprevention.

Riktlinjerna har tagits fram av:

Margareta Persson, överläkare, specialist i vuxenpsykiatri

Jonas Sommar, leg psykolog, vuxenpsykiatri

Daniel Seestrand, leg psykolog, barn- och ungdomspsykiatri

På uppdrag av:

Marie Härlin-Ohlander, verksamhetschef Psykiatriska kliniken

Foto: Daniel Seestrand

Innehåll

Inledning	4
Mål	4
När frågar vi efter suicidtankar?	5
Bemötande	5
Utredning och bedömning	6
SKANS	6
Åtgärd och behandling	6
Heldygnsvård	6
Öppenvård	6
Vårdplanering	9
Dokumentation	10
Familj, barn och närstående	10
Samverkan	11
Inom psykiatri	11
Med somatisk sjukhusvård, primärvård och socialtjänst	11
Med brukar- och närståendeorganisationer	11
Uppföljning och avslutning	11
Särskilda rutiner vid suicid	12
Handläggningsrutiner vid suicid	12
Efterlevandestöd	12
Anmälningsskyldighet	12
Uppföljning av regionala riktlinjer	13
Ansvar	13
Vid revidering viktigt att särskilt bevaka	13
Referenslitteratur och lästips	14
Bilagor	15

Inledning

Regionala riktlinjer för suicidprevention inom psykiatri i Region Gotland ska utgöra riktlinjer för hur de olika verksamheterna ska utforma/förbättra och implementera patientsäkra rutiner med avseende på suicidnära patienter och suicidprevention generellt. Riktlinjerna gäller för all personal inom psykiatri, Region Gotland, som kommer i kontakt med patienter som utgör en riskgrupp för suicid eller är suicidnära.

En särskild vikt har lagts på riktlinjer/rutiner avseende suicidriskbedömningar (i direkt och indirekt patientarbete inklusive telefonrådgivning), samverkan mellan öppen- och heldygnsvård, informationsöverföring, kontinuitet och vårdplaner. Ambitionen med de regionala riktlinjerna är att de ska vara tillgängliga och kända för alla berörda. Innehållet ska vara förståeligt för patienten och dennes närstående.

Varje år tar cirka 1500 personer sitt liv i Sverige, varav cirka 20 procent är osäkra fall. På Gotland tar varje år 6-12 personer sitt liv. Suicidfrekvensen är relativt låg bland ungdomar, stiger mot medelåldern, sjunker sedan för att stiga i höga åldrarna, i synnerhet hos män. Det är mer än dubbelt så vanligt att män tar sitt liv än kvinnor.

För varje fullbordat suicid räknar man med 15-20 gånger så många suicidförsök. Över 80 procent av dem som tog sitt liv, sökte sjukvård någon gång under de senaste sex månaderna och drygt 50 procent har någon gång haft kontakt med psykiatri. 50 procent hade kontakt med sjukvården den sista månaden före dödsfallet.

För att kunna förhindra suicid är det viktigt att vara uppmärksam på suicidriskfaktorer även om patienten själv inte uttrycker psykisk ohälsa. Det är viktigt att fånga upp alla!

Mål

- All vård- och behandlingspersonal ska ha grundläggande kunskap om suicidalitet och god kunskap om innehållet i regionala riktlinjer.
- All vård- och behandlingspersonal ska ha förmåga att genomföra en intervju med en patient utifrån suicidstegen
- ”Livräddning vid suicidalitet” (bilaga 2), och värdera risk- och skyddsfaktorer.
- Alla nya patienter som kommer i kontakt (gäller även telefonkontakt) med psykiatri ska suicidriskbedömas i enlighet med riktlinjer i regionala riktlinjer (bilaga 3).
- Alla patienter som gjort ett suicidförsök ska bedömas/ha fått kontakt med psykiatri inom ett dygn och följas upp under minst 1 år.
- Alla suicidriskbedömningar ska dokumenteras i enlighet med riktlinjer i regionala riktlinjer.
- Alla suicidnära patienter ska ha en tydlig och dokumenterad vårdplan.

Fem viktiga budskap

- Våga fråga – alla patienter som kommer i kontakt med psykiatri ska tillfrågas om suicidtankar
- Dokumentera suicidriskbedömningen och vårdplan
- Samverka med närstående
- Alla patienter som gjort ett suicidförsök ska bedömas inom ett dygn
- Alla patienter som gjort ett suicidförsök ska följas upp under minst ett år

När frågar vi efter suicidtankar?

Särskilt viktigt att fråga efter suicidtankar:

- om det är en ny patient (vid nybesök)
- vid misstänkt risk (se bilaga 4)
- för att följa en suicidal krisutveckling
- om patienten genomgått tidigare suicidala kriser
- efter ett suicidförsök

Med suicidnära patienter avses:

- Personer som under det senaste året har gjort suicidförsök
- Personer som har allvarliga suicidtankar och/eller suicidplaner
- Personer som utan att ha allvarliga suicidtankar ändå bedöms vara i farozonen för suicid

Bemötande

Ett gott bemötande som bygger på kunskap, respekt, värme och engagemang är av stor vikt för den suicidnära patienten och dennes närstående. Det innebär att vårdpersonal försöker skapa en god relation med dem för såväl suicidriskbedömningen som den fortsatta behandlingen.

Personkontinuitet är väsentlig.

Vårdkontakten och vårdmiljön är viktiga för patientens motivation till behandling. En negativ uppfattning eller upplevelse av tidigare psykiatrisk vård kan vara av betydelse för patientens inställning till planerad behandling.

Utredning och bedömning

Alla nya patienter och/eller patienter där suicidrisk bedöms föreligga ska tillfrågas om suicidtankar och bedömas utifrån suicidstegen (bilaga 2) av sin behandlings-/vårdkontakt. En patient som bedöms suicidnära ska systematiskt suicidriskbedömas av behandlare/vårdkontakt. Vid svårbedömd suicidrisk, aktuella eller allvarliga suicidplaner ska bedömning alltid göras av läkare.

OBS! Alla patienter som inkommit till sjukhuset efter ett suicidförsök ska bedömas av läkare från psykiatri inom ett dygn.

1. Suicidriskbedömningen ska grunda sig på **SKANS**:
 - Suicidstegen
 - **K**linisk bedömning
 - Anamnes
 - Information genom samtal med **N**ärstående samt
 - Resultat av **S**kattningsskalor.
2. Varje suicidnära patient ska utredas med avseende på psykiatriska, somatiska, psykologiska, sociala och existentiella aspekter. Individuella stressfaktorer är också av betydelse. Kända riskfaktorer och skyddsfaktorer ska kartläggas.
3. Suicidriskbedömningen ska dokumenteras i patientens journal i TakeCare under avsedda rubriker.
4. Information om suicidriskbedömningen ska kommuniceras till patientansvarig läkare eller behandlingsansvarig, från öppenvård till heldygnsvård eller vice versa. Kommunikationen kan ske via meddelandefunktionen i TakeCare, på behandlingskonferens/rond eller direkt till berörd personal.
5. Suicidriskbedömning ska återupprepas till dess situationen stabiliseras.

Vid telefonkontakt med suicidnära patient ska mall enligt bilaga 1 användas som stöd för samtalet, bedömningen och åtgärderna.

SKANS

Suicidstegen – "Livräddning vid suicidalitet"

Suicidstegen ska användas av all personal som stöd för samtalet, undersökningen och åtgärder. Suicidstegen avser att beskriva den suicidala processen från nedstämdhet/hopplöshet till aktiva planer. För suicidstegen med statistiska riskfaktorer, skyddsbedömning och handlingsplan, se bilaga 2. För exempel på ytterligare frågor som kan ställas, se bilaga 3. För hjälp vid bedömning av risknivå, se bilaga 4.

Klinisk bedömning

Den kliniska bedömningen är en sammanvägning av det som framkommer i de övriga delarna av SKANS och den personliga, yrkeserfarenhetsbaserade bedömningen. Det ingående patientsamtalet är det viktigaste instrumentet i all suicidriskbedömning.

Vid bedömningssamtalet är följande åtgärder viktiga:

- Skapa lugn och avskildhet
- Försöka etablera en förtroendefull, ömsesidig kontakt.
- Möt individen utifrån den helhetssituation inom vilken suicidproblematiken har uppstått. Detta kräver tålmod, tid och aktivt lyssnande. I detta skede bör man undvika tolkningar, hastiga beslut/åtgärder och inrikta sig på härbärgering av det material den suicidnära personen lämnar.
- Låt bedömningssamtalet innebära en intervention där den viktigaste aspekten är att förmedla framtidshopp.
- Ta hänsyn till aktuell livssituation och ålder. Exempelvis kan kognitiva nedsättningar hos äldre patienter komplicera suicidbedömningen. Den suicidala processen är kortare när det gäller barn och ungdomar.

Anamnes

Dessa delar bör alltid tas upp i anamnesen:

- Suicidtankar/handlingar/planer/erfarenheter
- Psykiatriska sjukdomstillstånd
- Tidigare suicidförsök/tankar/handlingar/planer/erfarenheter
- Aktuella problem/utlösande påfrestningar
- Trauma/övergrepp
- Missbruk
- Socialt nätverk
- Hereditet (t ex suicid, psykiatrisk sjukdom)
- Social situation
- Relationer till närstående
- Riskfaktorer
- Skyddande eller hälsofrämjande faktorer
- Personlighet
- Familjsituation
- Livsstil (t ex mat, sömn, motion, intressen)
- Funktionsförmåga
- Psykisk status

OBS! Var uppmärksam på förändringar inom ovanstående områden då dessa kan öka suicidrisken.

Följande faktorer visar på graden av allvar i ett planerat eller utfört suicidförsök:

Var? Valet av plats; till exempel en undanskymd plats med liten risk för upptäckt.

När? Valet av tid; risken att bli upptäckt är till exempel mindre på natten eller när familjemedlemmar är bortresta.

Hur? Valet av tillvägagångssätt, planerade eller utförda åtgärder för att förbereda suicidhandlingen; till exempel olika antydningar till omvärlden om att man snart är död, att ordna upp sina affärer, avskedsbrev, införskaffande av tabletter, rep eller vapen. Förvarningar till omgivningen skall tas på allvar och försök att skaffa hjälp efter ett suicidförsök tyder på viss livsvilja.

Samtal med Närstående *(om inte starka skäl talar emot detta)*

Närstående ger ofta värdefull information för bedömningen. Vid handläggning av minderåriga är vårdnadshavarens deltagande en nödvändighet.

Skattnings- och bedömningsinstrument

Någon av följande skattningsskalor ska användas för skattning av suicidrisk.

Vuxenpsykiatri

- Montgomery-Asberg depression rating scale (MADRS-S) – självskattning gällande depression. Särskild observans på fråga nr 9 (livslust).

Barn- och ungdomspsykiatri

- Montgomery-Asberg depression rating scale (MADRS-S) – självskattning gällande depression. Särskild observans på fråga nr 9 (livslust).
- Children's Depression Inventory (CDI) – självskattning gällande depression hos barn och ungdomar. Fråga 9 handlar om självmordstankar.

För fördjupad kartläggning och bedömning av suicidproblematiken rekommenderas:

- Suicide intention scale (SIS) – används efter suicidförsök och värderar patientens intentioner med suicidförsöket.
- Sad persons scale – en enkel skattningsskala som används för att belysa de statistiska riskfaktorerna.

Åtgärd och behandling

Hög suicidrisk hos patient kräver akut livräddande behandling, som för hjärtinfarktspatient inom den somatiska vården.

- Behandlingen av en suicidnära patient inriktas på det akuta skyddsbehovet och i relation till grundsjukdom, psykiskt lidande/smärta samt viktiga psykosociala faktorer. Det primära är dock att förhindra självmordshandling.
- Den akuta omvårdnaden av en suicidnära patient syftar till att skapa en god relation och garantera patientens säkerhet.
- En patient som har gjort ett suicidförsök ska inte lämnas ensam förrän kvalificerad suicidriskbedömning har gjorts.
- Om patient får ökade suicidtankar ska behandlaren aktualisera patienten i behandlingskonferens. Exempel på frågeställningar: Är patientens grundsjukdom optimalt behandlad? Fördjupad diagnostik? Förändra behandlingsstrategi? Finns omständigheter som gör grundsjukdomen mer svårbehandlad (exempelvis samsjuklighet och missbruk)? Behandlaren ska uppmärksamma vad som kan göras för att stärka skyddet kring patienten, exempelvis involvera familj/närstående samt annan myndighet.
- En suicidnära patient ska informeras om möjlighet att kontakta psykiatrin dygnet runt.

Heldygnsvård

De kontaktpersoner som utses har som uppgift att skapa en bärande relation 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 handlingsstrategier om patienten skulle få suicidtankar igen samt upprätta en krisplan (enligt mall i journalsystem).

Suicidnära barn och ungdomar som vårdas inläggande på barnkliniken ska regelbundet suicidriskbedömas av barnpsykiatriker och/eller behandlare. En tydlig vårdplan skall upprättas. På den vuxenpsykiatriska avdelningen ska det hållas regelbundna läkarsamtal, göras medicinska bedömningar och suicidriskbedömningar. För information rörande övervakningsnivåer, arbetsbeskrivning samt dokumentationsunderlag för inläggande patient, se bilaga 7 och 8.

Innan en suicidnära patient skrivs ut från avdelningen ska kontakt med öppenvård etableras.

Öppenvård

I öppenvård finns det inte möjlighet till samma övervakning som när patienten är inläggande. Man måste därför arbeta på ett delvis annat sätt för att kunna ge patienten en god och säker vård.

Patienter som vårdats inläggande ska innan utskrivning ha en etablerad kontakt med öppenvården. Den behandlare i öppenvård som är ansvarig för fortsatt vård och uppföljning ska träffa patienten under vårdtiden på avdelningen, detta för att patienten ska få ett namn och ett ansikte på den behandlare som kommer att ha det fortsatta ansvaret.

Suicidnära patienter som inte bedöms behöva inläggande vård ska ha ett återbesök hos ansvarig behandlare i öppenvård inom en vecka.

Ny suicidriskbedömning ska göras vid varje återbesök till dess att situationen stabiliserats.

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

Tillgänglighet: Patienten kan behöva täta återbesök och telefonkontakter.

Kontinuitet: Samma behandlare eller team av behandlare träffar patienten.

Trygghet: Avsätt extra tid. Hembesök kan erbjudas. Samarbeta med närstående och var öppen för deras oro.

Vårdplanering

En individuell behandlingsplan som utgår från suicidriskbedömningen ska omgående upprättas i överenskommelse mellan patient, föräldrar/vårdnadshavare/närstående, behandlare och ansvarig läkare. Denna behandlingsplan ska redovisas i journalen samt godkännas av patienten.

Det är väsentligt för suicidnära patienter 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.

Vid hög eller svårbedömd suicidrisk kan patienten behöva heldygnsvård och övervakning under perioder. LPT-bedömning kan bli aktuell. Graden av övervakning (bilaga 7 och 8) måste fortlöpande bedömas och omprövas av läkare. Övervakning är en kvalificerad vårdande/behandlande uppgift som i möjligaste mån skall skötas av ordinarie personal.

Dokumentation

Bedömning av suicidrisk ska redovisas snarast i journalen, i mallen för suicidriskbedömning, och sammanställas utifrån följande punkter (**SKANS**):

- Beskriv var patienten befinner sig på **Suicidstegen**
- **Klinisk** bedömning.
- **Anamnes** (inkluderar riskfaktorer och skyddande faktorer).
- Information från **Närstående**.
- Resultat av **Skattningsinstrument**.
- Bedömning av suicidrisknivå (se även Bilaga 4):

Minimal risk: Suicidrisk behöver ej beaktas i vårdplaneringen.

Viss risk: I vårdplaneringen behöver beaktas att risken kan öka vid förändrad sjukdomsbild/livssituation.

Hög risk: Suicidrisken måste särskilt beaktas i vårdplaneringen.

Mycket hög risk: Indikation för omedelbar behandling och övervakning i slutenvård

Svårbedömd suicidrisk: Dålig samtalskontakt. Patienten negativ till vård. Misstanke om manipulation. Svårbedömd suicidrisk ska principiellt aldrig dokumenteras som minimal risk.

Mål med vården och vilka åtgärder som vidtagits och vilka som planeras ska tydligt beskrivas i journalen (se även Vårdplanering).

Familj, barn och närstående

Närstående ska så långt som möjligt vara delaktiga och engageras i vården. Vid vård av minderåriga är det nödvändigt att vårdnadshavare deltar. Psykiatrin ska ta tillvara deras kunskap och synpunkter. De kan också behöva erbjudas eget stöd. Den suicidnära patienten ska informeras om vikten av kontakten med närstående och vårdnadshavare.

Inom barn- och ungdomspsykiatrin behöver vårdnadshavarnas förmåga att ge skydd bedömas. Den yttre situationen för familjen ska underlättas. Föräldrarna ska ges kunskap i att bemöta, stödja och skydda sitt barn genom kontinuerligt föräldrastöd. Barn till suicidnära förälder ska särskilt uppmärksammas och erbjudas kontakt och stöd. I vissa fall kan det vara aktuellt att initiera kontakt med närstående och/eller andra myndigheter.

Samverkan

För att samverka inom specialistpsykiatri och mellan specialistpsykiatri och primärvård, somatisk sjukhusvård samt socialtjänst ska fungera optimalt krävs väl utarbetade rutiner för remisshantering och överföring av patienter och information. Samarbete med psykiatriens vårdgrannar kring den suicidnära patienten ska präglas av ett professionellt och flexibelt förhållningssätt. Den suicidnära patienten ska alltid informeras om vikten av kontakten mellan vårdgivarna. Samtycke bör inhämtas.

En riskfaktor för suicid är avbrott i vårdkedjan, exempelvis när patient skrivs ut från heldygnsvård och ska föras över till öppenvård.

Inom psykiatri

I samband med inläggning eller utskrivning av suicidnära patient vid psykiatrisk heldygnsvård ska vårdplaneringen för patienten alltid samordnas mellan vårdavdelningen och öppenvård för att säkra vård och kontinuerlig uppföljning av patienten.

När en patient lagts in för heldygnsvård ska ansvarig sjuksköterska på avdelningen snarast ta kontakt med öppenvården för att i god tid etablera kontakt och planera för insatser efter utskrivning. Vid en längre vårdtid ska behandlare hålla kontakt med patient och personal på vårdavdelningen under vårdtiden samt delta i vårdplaneringsmöte i slutet av vårdtiden. Tid för uppföljning ska erbjudas senast inom en vecka efter utskrivning. I de fall patienten ej har någon pågående kontakt med behandlare skall akutmärkt remiss skickas för uppföljning inom öppenvården.

Med somatisk sjukhusvård, primärvård och socialtjänst

Alla remisser som gäller suicidnära patient ska ges högsta prioritet i hanteringen och ska följas upp med telefonkontakt eller besök inom 24 timmar. Bedömning och/eller stöd kring den aktuella suicidnära patienten ska erbjudas.

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 brukar- och närståendeorganisationerna.

Uppföljning och avslutning

Om patienter som vårdats på akuten, IVA eller annan somatisk vårdavdelning på grund av suicidförsök avviker ska behandlande läkare överväga att skriva vårdintyg. I annat fall ska akutmärkt remiss skickas till psykiatri så att patienten erbjuds planerat återbesök eller telefonkontakt inom 24 timmar.

Suicidnära patient som uteblir från besök ska omgående följas upp aktivt av behandlings/vårdkontakten genom uppsökande per telefon och om så bedöms hembesök av distriktsläkare. Kontakta även vårdnadshavare om patienten är minderårig. Samtycke bör inhämtas.

Patient som gjort ett suicidförsök ska följas upp inom psykiatri under minst ett år efter suicidförsöket innan den avslutas.

Särskilda rutiner vid suicid

Handlägningsrutiner vid suicid

För handlägningsrutiner vid suicid på vårdavdelning, se bilaga 5, eller då patient som vårdas/behandlas inom psykiatri på Gotland har genomfört ett fullbordat suicid, se bilaga 6.

Efterlevandestöd

Suicid eller ett suicidförsök innebär svåra påfrestningar för familjen och den nära omgivningen. Sorg och saknad blandas ofta med känslor av skuld och ilska på ett sätt som överstiger vanligt sorgearbete. Detta kan också gälla berörd personal och medpatienterna på vårdavdelningen.

- Om en patient tar sitt liv ska de närstående erbjudas kontakt för information och krisstöd. För detta ansvarar i första hand primärvården. Närstående ska också informeras om Riksorganisationen för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES). SPES har även en speciell ungdomssektion med daglig telefonjourlinje. Kyrkan har efterlevandegrupper. Förmedla adresser och telefonnummer
- POSOM-gruppen kan aktiveras vid behov.
- Barn- och ungdomspsykiatri ska erbjuda kontakt och krisstöd till alla barn och ungdomar som förlorat en viktig person genom suicid.
- Om en patient tar sitt liv ska berörd personal snabbt och fortlöpande ges information av vad som har hänt och vilka åtgärder som har vidtagits. Personal kan även behöva individuellt stöd, något som närmaste chef tillsammans med berörd medarbetare bedömer och beslutar om.

Anmälningsskyldighet

Alla suicidförsök eller fullbordade suicid som görs av patient ineliggande på psykiatrisk vårdavdelning eller som har behandlingskontakt med öppenvårdsmottagning ska avvikelserapporteras (i Flexite) av kontaktperson eller behandlingskontakt. En anmälan enligt lex Maria görs om en patient inom fyra veckor efter senaste vårdkontakten begått suicid och detta kommit till vårdgivarens kännedom.

Om anmälan görs enligt lex Maria ska närstående informeras om att anmälan görs samt ges möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen. Närstående är inte part i ett ärende enligt lex Maria.

Anmälningsskyldighet till socialtjänst föreligger om en ungdom till exempel kommer till en akutmottagning efter att ha gjort suicidförsök genom att ha konsumerat stora mängder alkohol, tabletter eller andra droger. Anmälningsskyldighet föreligger också om man uppfattar att det finns brister i hemsituationen så att ungdomen inte får det omhändertagande eller skydd den behöver.

Patientansvarig läkare, och i de fall sådan för tillfället inte finns, chefsöverläkaren har skyldighet att göra anmälan om vapeninnehav enligt 6 kap. 6 § vapenlagen. Personal, i såväl heldygns- som öppenspsykiatrisk vård, som får vetskap om att patient innehar vapen ska informera patientansvarig läkare/chefsöverläkare om detta oavsett patientens tillstånd eller sociala situation. Läkaren bedömer och handlägger vidare.

6 kap. 6 § vapenlagen är en skyddsbestämmelse som ska säkerställa att polisen – efter anmälan från läkare – ska kunna göra kontroller mot vapeninnehavarregistret och i förekommande fall undanröja risken för att patienten skadar sig själv eller någon annan.

Uppföljning av regionala riktlinjer

Ansvar

All personal har ett individuellt ansvar för att ta del av, förstå och arbeta utifrån de regionala riktlinjerna. Uppföljning och revidering av riktlinjerna ska ske kontinuerligt i enlighet med Regionens och Hälso- och sjukvårdsförvaltningens direktiv. För uppföljning av de regionala riktlinjerna ansvarar verksamhetsområdeschef eller motsvarande på respektive område. Vid uppföljning och utvärdering av de regionala riktlinjerna för suicidprevention är det viktigt att undersöka dokumentets användbarhet samt diskutera behov av förtydliganden och definitioner.

Vid revidering viktigt att särskilt bevaka

- Nyttillkomna nationella riktlinjer från Socialstyrelsen.
- Statliga utredningar. Under de kommande åren särskilt Betänkande av Psykiatrilagsutredningen (SOU 2012:17).
- Ny forskning om psykiatrisk och psykologisk behandling på området.
- Övriga regionala riktlinjer.

Referenslitteratur och lästips

Barca, F. & Bohman, S. 2007. Suicidförebyggande regionala riktlinjer, Norrbotten.

Landstinget Dalarna. 2007. Regionala riktlinjer inom vuxenpsykiatri – suicidnära patienter. Landstingets utvecklingsenhet, Dalarna.

Nationella riktlinjer för vård och behandling av suicidala ungdomar och deras familjer. www.ki.se/suicid

Norrlands universitetssjukhus. 2006. Regionala riktlinjer suicid. Psykiatriska kliniken, Umeå.

Programgrupp primärvård och Programgrupp psykiatri. 2005. Regionala riktlinjer om suicidprevention för vuxna. Landstinget i Jönköpings län, Jönköping.

Psykiatriska kliniken i Linköping. 2006. Regionala riktlinjer – suicidnära patienter. Närsjukvården i centrala Östergötland.

Ringskog Vanghammar, S. & Wasserman, D. 2010. Första hjälpen vid självmordsrisk. Studentlitteratur.

Runesson, B. 2010. Regionalt vårdprogram – suicidnära patienter. Stockholms läns landsting. (Finns tillgänglig i PDF-format, se <http://www.vardsamordning.sll.se/sv/Publikationer/>)

Socialstyrelsen. 2003. Vård av självmordsnära patienter – En kunskapsöversikt.

Socialstyrelsen. 2004. Riskbedömningar inom den specialiserade psykiatriska vården, En kartläggning. Artikelnr 2004-109-20, publicerad: www.socialstyrelsen.se, december 2004.

Socialstyrelsen. 2006. Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag.

Socialstyrelsen. 2003. Nationella riktlinjer – vård av suicidala barn och ungdomar med familjer.

Wasserman, D. & Wasserman, C. (eds). 2009. Suicidology and suicide prevention. Oxford university press.

Västra Götalandsregionen. 2004. Regional utvecklingsplan för psykiatri – insatser till självmordsnära patienter med hög suicidrisk. Rapport från arbetsgrupp.

Webb-adresser

International Association for Suicide Prevention, IASP. www.iasp.info/

NASP, Nationellt center för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. www.ki.se/suicid

Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES). www.spes.nu

Självordsupplysningen. www.sjalvmordsupplysningen.se

World Health Organisation, WHO: sida om Suicide prevention and special programmes. www.who.int/mental_health/prevention/en

Bilagor

Bilaga 1: Rutin vid telefonkontakt med suicidnära person.

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 självmordsnära ringer, tag detta på allvar, fråga efter den uppringandes namn och relation till den självmordsnära. Anteckna telefonnummer och adress.
- Har den suicidnära haft kontakt med psykiatrin tidigare? I så fall, anteckna namn på patientansvarig läkare och kontaktperson/behandlare.
- 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 självmordshandlingar. Ta reda på personens inställning, svara med positiv och saklig information och sträva efter samtycke.
- Är akutåtgärd inte motiverad ska personen erbjudas besökstid eller följas upp telefonledes inom 24 timmar.
- Finns patientansvarig läkare och kontaktperson/behandlare ska de informeras.
- Dokumentera telefonsamtalet.

Bilaga 2: Suicidstegen – ”Livräddning vid suicidalitet”

Suicidstegen - riskbedömning	Handlingsplan
1. Nedstämdhet/hopplöshet.	Från och med steg 1:
	<ul style="list-style-type: none"> • Uppmärksamma problemet och fråga vidare. • Dokumentera i journalen.
2. Dödstankar. Har du tänkt att det vore skönt att slippa leva?	
3. Dödsönskan. Har du önskat att du vore död?	
4. Suicidtankar. Har du tänkt att du skulle kunna ta ditt liv?	Från och med steg 4 dessutom:
	<ul style="list-style-type: none"> • Suicidriskbedömningen enligt SKANS. • Informera och engagera vårdnadshavare/-närstående. • Informera ansvarig läkare. • Informera om möjligheten till akut hjälp dygnet runt.
5. Suicidönskan. Önskar du ta ditt liv? Är det något som hindrar dig?	Från och med steg 5 dessutom:
	<ul style="list-style-type: none"> • Erbjud tätare kontakt. • Bedöm övervakningsgrad (när detta är relevant). • Upprätta krisplan tillsammans med patienten och journalför.
6. Suicidplaner. Har du tänkt ut hur du ska göra?	Från och med steg 6 dessutom:
	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakta läkare för bedömning.
7. Suicidförberedelser. Har du gjort några förberedelser? Vilka?	Från och med steg 7 dessutom:
	<ul style="list-style-type: none"> • Koppla in läkare akut för bedömning. • Om möjligt informera vårdnadshavare/närstående
8. Suicidavsikt. Har du bestämt dig för att ta ditt liv? Suicidhandling. Har du försökt att ta ditt liv?	

Viktiga riskfaktorer (ska vägas in i suicidriskbedömning)
<ul style="list-style-type: none"> • Man • Äldre (över 65 år) • Ekonomisk eller annan katastrof • Tidigare suicidförsök • Separation eller dödsfall • Självordsmeddelande • Utbildningsnivå • Psykisk sjukdom • Bristande socialt stöd • Plötslig och omotiverad förbättring • Nyligen påbörjad/ökad antidepressiv behandling • Impulsivitet • Socioekonomisk status • Suicidala förebilder • Missbruk • Upplevda kränkningar • Somatisk sjukdom • Funktionsnedsättning • Psykiska trauman • Livskriser

Skyddsbedömning
Vårdnadshavares/närståendes förmåga till omhändertagande/skydd samt bedömning av positiv/negativ anknytning mellan barn och vårdnadshavare. Observera att den suicidala processen kan gå mycket snabbt hos barn och ungdomar.

Bilaga 3: Suicidstegen – samtalsunderlag

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?
Dödstankar	Känns allting meningslöst? Har du tänkt att det vore skönt att slippa leva?
Dödsönskan	Har du önskat att du vore död? Skulle du vilja slippa nästa morgon?
Suicidtankar	Har du tänkt på att göra dig själv något? Har du tänkt att du skulle kunna ta livet av dig? (OBS: SKANS)
Suicidönskan	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?
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 skaffat tabletter? Har du vapen hemma? Har du skaffat andra redskap? Rep? Kniv?
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?
Suicidförsök	Har du tidigare gjort något suicidförsök? Genomförde du det som du tänkte göra eller gick det inte? Vad gjorde du? När? Var? Varför?

Bilaga 4: Bedömning av suicidrisknivå

	Mycket hög/hög risk	Viss risk	Minimal risk
Statistiska riskfaktorer	Många riskfaktorer	Några eller ett par riskfaktorer	Inga riskfaktorer
Medveten suicidbenägenhet	Genomtänkta suicidplaner och aktiv metod på avlägsen plats inom närmaste tiden	Diffusa suicidplaner med undanglidande svar	Nedstämdhet, dödstankar. Suicidönskan förnekas övertygande
Suicidmeddelanden	Tydliga upprepade meddelanden om allvarliga suicidtankar	Suicidmeddelanden med blandning av skämt, allvar, hot och manipulation. Klart oroad mgivning, men helt problemförnekande patient	Inga eller enstaka suicidmeddelanden i upprörda situationer under lätt alkoholpåverkan
Suicidförsök	Tidigare välplanerade allvarliga suicidförsök	Tidigare mindre välplanerade suicidförsök med passiva metoder	Inga tidigare suicidförsök
Helhetsbild av suicidprocessen	Upprepade allvarliga episoder med suicidtankar, väl genomarbetade suicidplaner och suicidförsök	Tidigare suicidförsök genom skärning eller förgiftning under alkohol/drogpåverkan ofta i syfte att bli omhändertagen	Ingen tidigare suicidanamnes
Problem, resurser, relationer	Definitiva plötsliga förluster, t ex skilsmässa, konkurs Anhöriga och goda vänner har sedan länge gett upp, utom någon enstaka med vilken han nu befinner sig i konflikt Tidigare intagen i psykiatrisk vård under livliga protester och inte heller efteråt förstått meningen med det, känner sig psykiskt misshandlad och förföljd	Upprepade relationsbrott, som ibland repareras, ibland inte Ökande sociala problem Goda relationer börjar nötas ut under år av problem Inställning till vårdpersonal som svänger mellan öppen fiendlighet och smickrande inställsamhet	Problem som det verkar finnas goda möjligheter att bearbeta och småningom lösa Goda anhörigrelationer med vilja att ställa upp och hjälpa till Ömsesidig uppskattning och förtroende mellan patient och vårdpersonal
Kroppslig sjukdom	Dödande, smärtsamma, invalidiserande sjukdomar	Lindrigare sjukdomar med symbolvärde t ex i könsorganen. Sjukdomar hos hypokondriker	Kroppsligt friska
Psykiska störningar	Svår depression, bipolär sjukdom, psykosjukdom, impulsiv/utåtagerande personlighet	Hjärnskada, depression/dystymi, neuropsykiatrisk problematik	Psykiskt friska
Missbruk	Gravt alkohol och/eller narkotikamissbruk i samband med social utslagning	Måttligt eller periodiskt alkoholmissbruk som ger depressivitet, skuld känslor och aggressivitet under och efter alkoholberusning	Inget missbruk

Bilaga 5: Handläggningsrutiner då patient på vårdavdelning har fullbordat suicid.

OMEDELBARA ÅTGÄRDER	ANSVARIG
Påkalla uppmärksamhet från övrig personal. OBS! Använd inte person/överfallsalarm.	Den som uppmärksammar händelsen
Omedelbar livräddning: Grundläggande ABC-sjukvård, HLR. Ring 112.	Arbetsledande sjuksköterska fördelar arbetet
Ring avdelningsläkare/primärjour. Ring bakjour. Kontakta enhetschef för information och vidare handläggning.	Arbetsledande sjuksköterska
Vid konstaterat dödsfall , anmäl det inträffade till polismyndigheten. Hantering av kroppen görs utifrån polisens beslut. Den läkare som konstaterat dödsfallet ska utfärda dödsbevis.	Ansvarig läkare
Samla all berörd personal. Avstyr allt annat arbete som inte nödvändigtvis måste göras. Gå snabbt igenom händelsen så att kunskapsluckor om vad som hänt fylls ut. Syftet är att ha en så god information om händelsen som möjligt för att undvika ryktesspridning och att ha som underlag för information i nästa led. Planera vad som ska göras och vem som ska göra det.	Arbetsledande sjuksköterska
Informera närstående. Meddelande om dödsfall får aldrig lämnas per telefon. Begär vid behov hjälp av jourhavande präst, sjukhuspräst eller polisen. Kontakta barn- och ungdomspsykiatri när behov finns.	Ansvarig läkare
Samtala med medpatienter. Sekretessen och respekten för den döde och anhöriga måste vägas mot medpatienternas berättigade behov av information. Det är inget sekretessbrott att tala med någon om det han eller hon redan vet. Observera medpatienters suicidtankar och risker för suicidhandlingar.	Ansvarig läkare i samråd med arbetsledande sjuksköterska och enhetschef
Aktivera POSOM-gruppen vid behov. Sammankallas efter bakjoursbeslut	Arbetsledande sjuksköterska
ANDRAHANDSÅTGÄRDER	ANSVARIG
Avvikelse rapportering. I syfte att initiera vidare åtgärder, se nedan	Ansvarig läkare
Anmälan enligt lex Maria. ”En anmälan ska göras om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling begått suicid eller inom fyra veckor efter vårdkontakt begått suicid och detta kommit till vårdgivarens kännedom.” 4 kap. 2§ SOSF 2005:28. Den anhörige/närstående ska informeras om att anmälan görs och ges möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen, samt erhålla kopia av anmälan. Den anhörige/närstående är inte part i ett ärende enligt lex Maria. Visa på möjligheten att anmäla till patientnämnd eller Socialstyrelsen.	Chefläkare
Händelseanalys. I syfte att rekonstruera den suicidala processen och dra lärdomar inför framtiden samt bearbeta och formellt avsluta ärendet.	Verksamhetschef
Har det framkommit brister i organisation, vård/behandling, rutiner med mera – åtgärda.	Enhetschef, verksamhetschef

Bilaga 6: Handläggningsrutiner då patient som har kontinuerlig kontakt i öppenvård eller nyligen avslutat en sådan kontakt, fullbordat suicid.

OMEDELBARA ÅTGÄRDER	ANSVARIG
Informera enhetschef och ansvarig läkare Uppmärksamma händelsen på enheten	Den som fått vetskap om händelsen
Kontakta vårdnadshavare/närstående Syftet är att informera och ge möjlighet att ställa frågor. För dem som saknar privata bearbetningsmöjligheter/nätverk har vi ett särskilt ansvar. Krisbearbetning bör inte utföras av den personal som varit involverad i vården av den döde. Lämna upplysningar om efterlevandeföreningen SPES och kyrkans efterlevandegrupper. Förmedla adresser och telefonnummer.	Ansvarig läkare
Samla all berörd personal Avstyr allt annat arbete som inte nödvändigtvis måste göras. Gå igenom händelsen så att kunskapsluckor om vad som har hänt fylls ut. Syftet är att ha en så god information om händelsen som möjligt för att undvika ryktesspridning och att ha som underlag för information i nästa led. Planera vad som måste göras och vem som ska göra det.	Enhetschef
Informera chefsöverläkare och verksamhetschef	Enhetschef
Aktivera POSOM-gruppen vid behov. Sammanfattas efter bakjournbeslut	Arbetsledande sjuksköterska på jourmottagning/vårdavdelning
ANDRAHANDSÅTGÄRDER	ANSVARIG
Avvikelseberättelse I syfte att initiera vidare åtgärder, se nedan	Ansvarig läkare
Anmälan enligt lex Maria ”En anmälan ska göras om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling begått suicid eller inom fyra veckor efter vårdkontakt begått suicid och detta kommit till vårdgivarens kännedom.” 4 kap. 2§ SOSF 2005:28. Den anhörige/närstående ska informeras om att anmälan görs och ges möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen, samt erhålla kopia av anmälan. Den anhörige/närstående är inte part i ett ärende enligt lex Maria. Visa på möjligheten att anmäla till patientnämnd eller Socialstyrelsen.	Chefsläkare
Händelseanalys I syfte att rekonstruera den suicidala processen och dra lärdomar inför framtiden samt bearbeta och formellt avsluta ärendet.	Verksamhetschef
Har det framkommit brister i organisation, vård/behandling, rutiner med mera – åtgärda.	Enhetschef, verksamhetschef

Bilaga 7: Övervakningsnivåer samt arbetsbeskrivning

Läkarordination

Av läkarordinationen skall det framgå:

- orsak till och
- syfte med övervakning

Ansvarig sjuksköterska kan i undantagsfall, utifrån sin bedömning, höja tillsynsgraden – **dock aldrig sänka den**. Vid bedömning om en eventuell sänkning av tillsynsgraden ska läkare kontaktas för ny bedömning och ordination.

Dokumentation

Dokumentationsunderlag (bilaga 8) ligger till grund för journalanteckning som skrivs minst en gång per dygn.

Genomförande

Patienten bör om möjligt ha sin placering i flerbäddrum, detta då det kan ha en positiv inverkan på patientens mående.

I övervakningsansvaret ingår att:

- vara medveten om orsak till och syfte med tillsynen
- ha särskild uppsikt över patienten enligt övervakningsgrad
- iaktta förändringar i patientens tillstånd
- bedöma patientens symtom i förhållande till övervakningsgrad
- frivilligt inlagd patient kan ej nekas utevistelse (undantag om patienten är under 15 år då vårdnadshavare har rätt att neka utevistelse)
- övervakningsgrad ska bedömas av läkare varje dag
- observera om patienten är på LPT, då gäller särskilda regler

Övervakningsgrader

+ Generell övervakning

Alla i personalgruppen informeras om att patienten är suicidal. Varje kvart ska personalen se till patienten; var patienten är och vad patienten gör. Patienten får lämna avdelningen endast tillsammans med personal eller nära anhörig som är beredd att ta över ansvaret.

++ Personlig övervakning

En personal finns i patientens närhet, undantag vid toalettbesök, dörren får ej låsas. Patienten får efter bedömning gå ut med personal/vuxen. När föräldrar vistas på avdelningen och de enligt läkarens bedömning är kapabla att ansvara för sitt barn, är det de som har övervakningsansvaret.

+++ Skärpt personlig bevakning

Patienten lämnas aldrig ensam, inte ens på toaletten eller i tvätttrum. Denna övervakningsgrad är mycket krävande för både patient och personal och bör därför anförtros erfaren personal. Personalen bör roteras med 1-2 timmars mellanrum. Generellt tillåts ingen utevistelse eller skolgång.

Bilaga 8: Dokumentationsunderlag för ineliggande patient**Dokumentationsunderlag**

Oro/ångest	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	låg									hög
Impulsivitet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	låg									hög
Undandragen/Isolerar sig	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	låg									hög
Utåtagerande	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	låg									hög
Svängande stämningsläge	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	inget									mycket
Motorisk oro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	inget									mycket

Sömn (dag)	ej sängliggande	vilar i sängen	sover
Sömn (natt)	ej sängliggande	vilar i sängen	sover
För adekvat samtal	ja	nej	om nej, beskriv

Dokumentera även dina egna reflektioner samt specifika händelser

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Besöksadress Visborgsallén 19

Postadress 621 81 VISBY

Telefon 0498-26 90 00 vxl

www.gotland.se

