

Vårdprogram för suicidprevention hos vuxna

Dokumenttyp: Vårdprogram	Dokumentnamn: Vårdprogram för suicidprevention hos vuxna, version 1
Utfärdande PE: Närsjukvården i Östergötland	Giltig från och med: 2010-01-01
Utfärdande enheter Specialistspsykiatri och primärvården i Östergötland	Giltigt till och med: 2011-12-31
Huvudförfattare: Andrea Capusan, läkare, NSV Berit Andersson, vårdenhetschef, NSV	Godkänd av: Martin Strömstedt, närsjukvårdsdirektör NSÖ Steen Ek Dahl, närsjukvårdsdirektör NSC Gerd Sandgren Lundström, närsjukvårdsdirektör
Huvudredaktör: Carin Tyrén, verksamhetschef Vuxenpsykiatriska klin, NSÖ	Ansvarig för revidering: Andrea Capusan, läkare, NSV Berit Andersson, vårdenhetschef, NSV
	Diarienummer: NSC 2010-41

Revisionshistorik:

Utgåva nr:	Giltig fr.o.m.:	Godkänd av (namn, titel)

Sammanfattning

Vårdprogrammet är länsövergripande och riktar sig till all personal inom sjukvården med syftet att identifiera, bedöma och handlägga patienter med ökad suicidrisk.

Den enskilt högsta riskfaktorn för suicid är psykisk sjukdom följt av tidigare suicidförsök. Patienter som lider av en psykisk sjukdom eller av andra skäl har en ökad suicidrisk återfinns inom olika verksamheter i sjukvården, bl. a psykiatri, primärvården, geriatriken, beroende och missbruksvården, den övriga somatiska vården.

Suicidriskbedömning är sammansatt. Vårdgivaren skall ta ställning till självmordstankar och planer enligt suicidstege, risk och skyddsfaktorer, patientens specifika psykiska tillstånd och sociala förhållanden för tillfället. Att enbart negeta suicidtankar är ingen suicidriskbedömning!

Personalens kunskap om risk- och skyddsfaktorer och systematisk suicidriskbedömning av patienter med potentiellt förhöjd suicidrisk är en förutsättning för bra suicidprevention.

Patienter med hög eller svårbedömd suicidrisk skall vårdas inom specialistpsykiatri. Bedömning av suicidnära patienter innefattar psykiatrisk, psykologisk, somatisk, neurobiologisk bedömning samt bedömning av sociala aspekter. Bra behandling innebär bärande relation, säkerhet och riktade insatser för att minska suicidrisken.

Patientens anhöriga spelar en viktig roll i bedömningen och behandlingen och bör involveras så fort som möjligt, om inga uppenbara hinder finns, samt erbjudas stöd.

Viktiga budskap

- **Våga fråga**
- **Gör strukturerad suicidriskbedömning och dokumentera**
- **Gör vårdplan och dokumentera**
- **Samverka med närstående**
- **Vid hög eller svårbedömd risk handläggning inom specialistpsykiatri**
- **Patienter som gjort suicidförsök skall bedömas av specialistpsykiatri inom ett dygn och skall erbjudas uppföljning under minst ett år inom psykiatri**
- **Behandling skall inrikta sig på en god relation, säkerhet och riktade insatser för att på sikt minska suicidrisken**
- **Beakta säkerhet i samverkan med vårdgrannar**

Arbetsgrupp

- Berit Andersson, sjuksköterska, vårdenhetschef Psykiatri Motala, NSV
- Andrea Capusan, ST läkare, Psykiatri Motala, NSV
- Anna-Lena Ericson, kurator Primärvården NSC
- Eva Germundsson, psykolog Psykiatri Norrköping, NSÖ
- Annlouise Köster Johansson; specialistsjuksköterska psykiatri, Primärvården NSV
- Folke Rydström; psykolog Psykiatri Motala, NSV
- Ali Sarkohi, psykolog Psykiatri Linköping, NSC
- Lars-Håkan Thorell, docent experimentell psykiatri, Hälsouniversitetet

Samarbetspartner

- Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES)
- Patientsäkerhetsenheten, Landstinget i Östergötland

Innehållsförteckning	
Sammanfattning	2
Viktiga budskap.....	2
Arbetsgrupp	3
Samarbetspartner	3
Inledning	5
Bakgrund	5
Suicidalitet vid psykisk sjukdom.....	5
Inom primärvården	5
Suicidalitet vid somatisk sjukdom.....	5
Suicid hos äldre	6
Diagnostik	6
Upptäcka patienter med ökad suicidrisk	6
Risk och skyddsfaktorer	6
Bakgrundsfaktorer (Bilaga 5).....	6
Bakgrundsfaktorer forts.....	7
Risksituationer/ Utlösande situationer	7
Skyddsfaktorer	7
Suicidriskbedömning.....	7
Vårdnivå	8
Svåra bedömningar.....	9
Behandling	9
Gör vårdplan.....	9
Skapa en god relation	9
Engagera anhöriga i behandlingen	10
Beakta säkerhet både i sluten och öppenvård.....	10
Specifika aspekter vid slutenvårdsbehandling	10
Specifika aspekter vid öppenvårdsbehandling	10
Behandling av bakomliggande orsaker	10
Uppföljning och Utvärdering	12
Uppföljning skall vara.....	12
Utvärdering - Förslag till kvalitetsindikatorer.....	12
Vårdprocess	12
Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES)	12
Vid fullbordad suicid	12
Personal	13
Närstående/efterlevande	13
Avvikelsehantering.....	13
Referenser	14
Bilagor	16
Bilaga 1 - Vård av självmordsnära patienter, en kunskapsöversikt, Socialstyrelsen 2003	16
Bilaga 2 - Instrument i suicidriskbedömningen	17
Bilaga 3 - Den Suicidala stegen (Beskow).....	18
Bilaga 4 - Suicide intention scale (SIS)	19
Bilaga 5 - Statistisk riskskala - SAD PERSONS SCALE.....	22
Bilaga 6 - Psykosocial ohälsa - Telefonstöd till sjuksköterskor.....	23
Bilaga 7 Blankett för suicidriskbedömning (för utskrift).....	24

Inledning

Varje år tar c:a 1500 personer sitt liv i Sverige, varav cirka 20 % är osäkra fall. Enligt Rättsmedicinalverket skedde 2008 i Östergötlands län 41 säkra suicid. Suicidtalet (antalet suicid/100.000 invånare/ år) ligger strax under 20 och det har minskat med c:a 20 % sedan 80-talet. Minskningen gäller inte för åldersgruppen under 25 år.

Suicidfrekvensen är relativt låg bland ungdomar, stiger mot medelåldern, sjunker sedan för att stiga i de högsta åldrarna, i synnerhet hos män (Beskow J, Beskow Palm, Ehnvall A, 2005). Det är mer än dubbelt så vanligt att män tar sitt liv. Valet av metod påverkas av kulturella förebilder, tillgången till suicidmedel och kunskapsnivån. I Sverige är förgiftning, den vanligaste metoden (c:a en tredjedel), följt av hängning (c:a en fjärdedel). Män väljer oftare aktiva, drastiska metoder.

För varje fullbordat suicid räknar man med cirka 15-20 gånger så många suicidförsök. Statistiken är osäker eftersom suicidförsök i många fall inte kommer till myndigheternas eller sjukvårdens kännedom. Suicidförsök är vanligast hos kvinnor och yngre personer, med ökning hos yngre kvinnor.

Över 80 % av dem som tog sitt liv, sökte sjukvård någon gång under de senaste sex månaderna och drygt 50 % har någon gång haft kontakt med psykiatrin. 50 % hade kontakt med sjukvården den sista månaden före dödsfallet.

Bakgrund

Suicid är en medveten, uppsåtlig, självförvållad livshotande handling som leder till döden.

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

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

Suicidalitet vid psykisk sjukdom

Enligt retrospektiva undersökningar har 90-96% vid tiden för suicidet (Åsberg m.fl.) uppvisat tecken på psykisk störning. Vanligast var depression, beroende/missbruk, framför allt alkohol, personlighetsstörningar (emotionellt instabil, narcissistisk, antisocial), psykossjukdom. Andra tillstånd som medför ökad suicidrisk är bipolär sjukdom, PTSD, ADHD.

Inom primärvården

Inom primärvården behandlas ett stort antal patienter med psykisk ohälsa som t.ex. depression, krisreaktioner, dold depression eller oupptäckt missbruks eller beroendeproblematik som söker för framförallt somatiska besvär. Primärvårdens huvuduppgift är att fånga upp och värdera suicidalitet och vid hög eller svårbedömd suicidrisk remittera vidare till specialistpsykiatrin. Kontakten mellan specialistpsykiatrin och primärvården måste därför fungera optimalt.

Suicidalitet vid somatisk sjukdom

Suicidrisken kan vara förhöjd vid kronisk somatisk sjukdom (se riskfaktorer). Särskilt stor blir suicidrisken om det berör en känslig människa och om det finns psykisk sjukdom.

Patienter som gjort suicidförsök och vårdas inom somatiken skall inte skrivas ut innan psykiatrisk bedömning är gjord. En särskild riskgrupp i sammanhanget är patienter som uppfattas som olycksfall men som har gjort suicidförsök.

Suicid hos äldre

Åldrandet är ofta förenat med förlust av hälsa, status, tidigare roller, relationer och av kontroll över den egna situationen. Döds- och suicidtankar har oftast pågått i månader och år, suicid är sällan en impulshandling. Äldre gör färre suicidförsök, varför dessa är ett ännu starkare observandum för ökad suicidrisk. Äldre personer väljer ofta våldsammare suicidmetoder, men även s.k. passiva suicid kan förekomma, då personen slutar äta och dricka. Detta är något som inte räknas in i suicidstatistiken.

Ett observandum är att det ibland kan vara svårt att känna igen depression hos äldre, symptomen kan vara diffusa och ospecifika. Det kan också vara fråga om ångest och oro och inte nedstämdhet. Äldre med depression rapporterar suicidtankar mer sällan än yngre, trots att suicid är vanligare hos äldre. Förebyggande insatser och behandling riktade mot äldre skiljer sig inte från de åtgärder som beskrivs nedan.

Diagnostik

Upptäcka patienter med ökad suicidrisk

Det är sjukvårdens uppgift att tidigt identifiera och behandla riskpatienter.

- Sjuksköterska i telefonrådgivningen bör använda screeningfrågor ([Bilaga 6](#)) för att fånga upp patienter med psykisk ohälsa och ha god kunskap om suicidstegen ([Bilaga 3](#)).
- Strukturerad suicidriskbedömning ska alltid göras vid nybesök för psykiska besvär, plötsliga förändringar i kliniskt förlopp och vid förändring av vårdform.
- All personal som kommer i kontakt med patienter skall vara medvetna om riskfaktorer och hur man värderar suicidrisken
- När personal träffar patienter med riskfaktorer, skall suicidrisken värderas systematiskt och vid misstänkt ökad suicidrisk skall läkare kontaktas omedelbart för en bedömning. Tydliga riktlinjer om hur man kontaktar läkare vid misstanke om suicidrisk bör finnas på alla arbetsplatser.
- Vid suicidriskbedömning krävs att tillräckligt med tid finns.
- Personalen skall utbildas regelbundet inom suicidprevention. Detta gäller även nya medarbetare. Forskning har visat att utbildningsprogram för diagnostisering och behandling av depression inom primärvården har lett till suicidpreventiva åtgärder och resulterat i minskat antal suicidhandlingar (Förslag till Nationellt program för suicidprevention, 2006).

Risk och skyddsfaktorer

Riskfaktorer kan delas in i bakgrundsfaktorer och risksituationer/utlösande situationer.

Bakgrundsfaktorer ([Bilaga 5](#))

- Psykisk sjukdom framför allt depression, missbruk, personlighetsstörning och psykos. Samsjuklighet ökar ytterligare suicidrisken
- Tidigare suicidförsök
- Somatisk sjukdom framför allt nydiagnostiserad allvarlig somatisk sjukdom, med smärtsamt förlopp eller som leder till funktionsförlust, och/eller innebär psykiska symtom (t.ex. cancersjukdomar, neurologiska sjukdomar bl. a MS, Parkinson, epilepsi, kronisk smärta).
- Vissa personlighetsdrag – impulsivitet, fientlighet, lättkränkhet, låg tolerans för psykisk smärta, omognad, emotionell instabilitet
- Psykologiska riskfaktorer – hopplöshet, upplevelse av ensamhet, svårigheter att etablera nära relationer
- Manligt kön

Bakgrundsfaktorer forts

- Ålder 15-24 eller över 45-50
- Ensamstående
- Tidigare trauma
- Avsaknad av stödjande nätverk. Destruktivt nätverk
- Tillgång till vapen
- Anhörig, närstående som tagit sitt liv
- Religioner/ideologier där suicid förhålls

Risksituationer/ Utlösande situationer

- Förlust eller hot om förlust t. ex. relationsproblem, sorg, kränkning, separation, arbetsrelaterade situationer osv.
- Nyttillkommen förändring i kliniskt förlopp vid psykisk sjukdom ex. nyttillkommen depression, nyttillkomna suicidtankar eller planer, switch i bipolär sjukdom, nyttillkomna hallucinationer, förbättring i psykossjukdom, återfall i missbruk/beroende.
- Ändringar av vårdform, ex. bevakningsgrad, utökade permission, in eller utskrivning från psykiatrisk slutenvård
- Sömnbrist
- Akut hög ångestnivå
- Svår smärta

Skyddsfaktorer

- Välfungerande mogen personlighet, bra copingstrategier (Wasserman D,2001)
- Känsla av gemenskap i relationer, familj, kamratgrupp
- Upplevelse av tillvaron som meningsfull, begriplig och hanterbar ger en känsla av sammanhang (Antonovsky,1992).
- Livsåskådning/ religion, kultur där suicid är tabubelagd eller skamfylld (Wasserman D, Wasserman C. 2009)

Suicidriskbedömning

Bedömningen är sammansatt. Det är mycket viktigt att inte bara fråga om suicidtankar och nöja sig med att patienten förnekar sådana.

Bedömningar skall göras systematiskt, upprepade gånger under behandlingen ända tills patienten bedöms vara utanför farozonen. Använd ex [Bilaga 7](#) som mall.

Dokumentera under suicidalitet/självdestruktivitet samt skalor under testresultat. Skalor som inte finns i Cosmic scannas.

1. Kartlägg den aktuella suicidala processen med hjälp av suicidstegen ([Bilaga 3](#)).
2. Beskriv tidigare suicidalitet. Vilka metoder har använts. Hur stor var sannolikheten att överleva respektive sannolikheten att någon ingrep. Faktorer som minskar/ökar suicidalitet.
3. Vid aktuellt suicidförsök, använd skattningsskalan SIS ([Bilaga 4](#)).

4. Psykiatrisk/klinisk bedömning och tidigare psykiatrisk anamnes.
Anamnes tidigare/aktuell: depression, bipolär sjukdom; psykos, missbruk, dubbeldiagnoser, personlighetsstörningar med omogna drag, impulskontrollstörning, emotionell instabilitet, PTSD, sömnstörning
Status hög ångestnivå, tecken på depressivitet, psykos, förvirring, alkohol/drogpåverkan
Skalor Notera svar på frågor om livslust i skattningsskalor för depression (CPRS-S, MADRS, BDI)

5. Värdera risk- och skyddsfaktorer samt risksituationer (se ovan).
 Använd SAD för kartläggning av riskfaktorer ([Bilaga 5](#))
 Observera att skyddsfaktorens betydelse minskar vid klinisk svår depression (Samuelsson M, Stolt I, Åsberg M, 2002. Stockholms Läns Landsting, Regionalt Vårdprogram, Vård av suicidnära patienter 2002)

6. Komplettera om möjligt med information från närstående om suicidal kommunikation. Cirka 80% av dem som tagit sitt liv har meddelat sina avsikter. Tal om död och hopplöshet kan vara en förvarning om suicidplaner.
Direkt verbal: ”Går du ifrån mig tar jag mitt liv”, att skriva avskedsbrev.
Indirekt verbal: ”Jag kan inte leva på det här sättet”. ”Vi ses nog inte mer”. ”Jag ser ingen mening med livet”.
Direkt icke-verbal: Samlar tabletter från olika läkare, skaffar ett rep, lägger en dammsugarslang i bilen.
Indirekt icke-verbal: Betalar skulder, ordnar upp hemma, upprättar testamente, ger bort saker oväntat.

Bedömningen skall resultera i ett uttalande om suicidrisken som dokumenteras i Cosmic under sökord suicidrisk:

Hög risk - patienten har pågående svår psykisk sjukdom, suicidtankar och/eller planer, suicidal kommunikation, övriga multipla riskfaktorer som missbruk/beroende, hopplöshet, hög ångestnivå, otillräckligt stöd/nätverk.

Låg risk eller ingen risk – patienten befinner sig inte i farozonen för suicid. Få eller inga riskfaktorer. Suicidtankar kan finnas men suicidplaner förnekas, patienten positiv till vård, hjälpsökande, stödjande nätverk finns.

Svårbedömd risk - utesluter inte hög risk. Svårigheterna ligger i att det inte går att etablera en bra kontakt, eller att patienten är avvisande till vården, misstanke om manipulation, berusning/drogpåverkan, motstridig information framkommer.

Vårdnivå

Patienter med hög/svårbedömd suicidrisk skall handläggas inom specialistpsykiatrin.

Inläggning på avdelning är i regel nödvändig. Alternativet kan vara välfungerande hemsjukvård och bra nätverk med snar uppföljning och täta kontakter med öppenvården.

Om en patient vägrar psykiatrisk vård efter ett suicidförsök ta ställning till behov av vård enligt LPT.

Svåra bedömningar

Patienter med självdestruktivitet samt kroniskt suicidala patienter dvs. patienter med återkommande tankar på att ta sitt liv över långa tidsperioder (Kutcher, Chehill 2007) är i regel svårbedömda. Man bör ha i åtanke att:

- Tidigare suicidförsök, suicidtankar är viktiga riskfaktorer för suicid
- Det finns en ökad mortalitet i suicid i dessa patientgrupper.
- Många har en behandlingsbar psykiatrisk åkomma i bakgrunden till beteendet
- Fortsatt självdestruktivitet eller/och fortsatta självmordstankar kan vara ett uttryck på att de insatta insatserna inte fungerar
- Det kan finnas psykosociala omständigheter kring patienten som gör att beteendet fortsätter, där utökad samverkan kan behövas.

Gör i första hand en strukturerad bedömning av den aktuella suicidrisken, utifrån gängse rutiner. Komplettera i ett lugnare skede utredningen enligt ovanstående punkter, för att upptäcka eventuella bakomliggande faktorer. Viktigt att ta hjälp och stöd av erfarna kollegor vid svåra bedömningar. Personalen bör vara medvetna om sina egna emotionella (ilska, frustration, hjälplöshet, rädsla), kognitiva ("den här personen är svag", "om patienten tar sitt liv är det mitt fel") och beteendemässiga reaktioner gentemot dessa patienter.

Behandling

Patienter med hög suicidrisk behandlas inom specialistpsykiatri!(Socialstyrelsen 2003) Primärvård och övriga vårdgivare har en roll att skyndsamt remittera patienten och beakta säkerhet innan kontakt med psykiatrin samt under transporten (se nedan).

I detta avsnitt beskrivs vård och behandling för att förhindra suicid. Vid behandling av specifika bakomliggande orsaker hänvisas till respektive vårdprogram (*depression, psykos, beroende/missbruk*).

Gör vårdplan

Vårdplanen utformas som ett skriftligt behandlingskontrakt tillsammans med patienten (om möjligt med närstående), och dokumenteras i journalen under rubriken vårdplan. Skall vara tydlig, strukturerad, med realistiska mål. Följande punkter bör ingå:

- Probleminventering, inklusive suicidrisk
- Förslag till åtgärd
- Vårdnivå
- Tydliga roller (vem gör vad när och hur)
- Kriterier för utskrivning och avslutning av behandling
- Tidpunkt för uppföljning
- Åtgärd vid ökad risk för suicid, eller om patienten avviker eller uteblir från avtalat möte

Skapa en god relation

- En hållbar relation är en förutsättning för behandling. Kontinuitet skall eftersträvas.
- Vårdpersonalen bör vara medveten om sin egen attityd och dess påverkan på patient och närstående. En icke-dömande hållning är mycket betydelsefullt.
- Vila, värme och kravlöshet i direkt anslutning till intagningen.

Engagera anhöriga i behandlingen

- Det är viktigt att den suicidnära patienten informeras om betydelsen av **kontakt mellan vårdgivaren och de närstående**.
- De närstående bör engageras i vården om inte starka skäl talar emot detta, oavsett om behandling sker i sluten eller öppenvård.
- Erbjud aktivt kontakt med anhöriga.
- Var tydlig vart anhöriga skall vända sig vid eventuell försämring

Beakta säkerhet både i sluten och öppenvård

- Hög suicidrisk bör medföra inläggning (se vårdform)
- Säkerhet under transport vid remittering till annan vårdgivare skall tillgodoses.
- Det är olämpligt att lämna patienten ensam innan suicidriskvärdering har gjorts.
- Vid suicidförsök skall alltid psykiatrisk bedömning göras. Patienten skall inte skrivas ut från den somatiska avdelningen han/hon befinner sig på före den psykiatriska bedömningen.
- Om patienten inte tar emot vård eller vill avvika, kan vårdintyg enligt LPT bli aktuellt.
- Om patienten avviker, skall remiss till psykiatrien skrivas. Psykiatrien ska erbjuda kontakt snarast, eller ta ställning till behov av polishandräckning för undersökning enligt LPT.
- Anmäl enligt vapenlag. Observera att anhöriga utan vapenlicens kan ej ta hand om vapen (illegalt vapeninnehav)

Specifika aspekter vid slutenvårdsbehandling

- Ta ställning till tillsynsgrad och visitering
- Specialistbedömning skall göras så fort som möjligt under vårdtiden
- Ny suicidriskbedömning innan ökade permissioner samt vid utskrivning
- Vid försämring med ökad suicidrisk under vårdtiden, där det finns risk att patienten avviker ställningstagande till konvertering enligt LPT.
- Planering av fortsatt uppföljning skall finnas innan utskrivning. Personkontinuitet ska eftersträvas ex genom att kontaktperson finns utsedd.

Specifika aspekter vid öppenvårdsbehandling

Ibland kan öppenvård med omfattande hemsjukvårdsinsatser eller/och tät uppföljning inom psykiatrien ersätta slutenvård.

- Erbjud snart återbesök, regelbunden uppföljning
- Gör upp om eventuell hemsjukvård
- Medicindelning via mottagning alternativt endast små recept av läkemedel. I vissa fall kan anhöriga ta hand om mediciner tillfälligt.

Behandling av bakomliggande orsaker

Patienter med ökad suicidrisk skall genomgå en psykiatrisk, medicinsk, psykologisk och social bedömning och utredning. Behandlingen inriktas på den psykiatriska grundsjukdomen och innefattar även samtalsterapeutisk kontakt (Socialstyrelsen).

Missbruk/beroende, depression respektive psykos behandlas enligt gängse rutiner med upprepad suicidriskvärdering under behandlingens gång.

Antidepressiva läkemedel behandlar effektivt depression, som är en av de viktigaste riskfaktorerna för suicid. Vid insättning kvarstår risken för suicidförsök innan behandlingen ger effekt.

Behandlingen skall följas med täta kontakter. Recept på små förpackningar av läkemedel med låg letalitet i överdos rekommenderas (APA 2003). Sederande antidepressiva är att föredra vid samtidiga sömnproblem. Särskild försiktighet gäller vid förskrivning till gruppen tonåringar/unga vuxna.

ECT kan vara livräddande vid djupa depressioner, vid påtaglig risk för suicidhandling, vid terapiresistenta och psykotiska depressioner, postpartumpsykoser, depressioner. ECT är en bra behandling även för äldre.

Stämningsstabilisering är indicerat vid bipolärt syndrom och recidiverande depression. **Litiumbehandling** har visat sig minska suicidrisken.

Bensodiazepiner kan under kontrollerade former och korta behandlingstider minska den akuta ångesten och därmed även minska den akuta suicidrisken. Preparat med lång halveringstid är att föredra. Man bör vara försiktig, med tanke på att hos en del patienter (emotionell instabil personlighetsstörning, vissa neuropsykiatriska tillstånd) kan de **minska impuls kontrollen**, särskild i kombination med andra medel som alkohol vilket **kan öka risken för suicid**.

Klozapin har bevisad antisuicidal effekt hos personer med schizofreni.

Om **missbruk/beroende** är aktuellt bör det vara primärt fokus för behandlingen. Planer för åtgärder vid eventuellt återfall bör ingå i vårdplanen.

Om ökad **psykosocial belastning** är utlösande faktor bör riktade insatser i samarbete med vårdgrannar sättas in.

Psykoterapi Olika former av psykoterapi är effektiva vid behandling av tillstånd som ökar suicidrisken som depressioner och personlighetsstörningar. Oavsett inriktning är det viktigt med en positiv stödjande terapeutisk relation. Bra terapeutisk allians förbättrar compliance och utfall (APA 2003). Kognitiv beteendeterapi är effektiv för behandling av faktorer som hopplöshet, dialektisk beteendeterapi har visat sig minska risken för självskadebeteende, interpersonell terapi, är en effektiv behandling vid depression.

Familjesamtal/familjeterapi/nätverkssamtal mobiliserar nätverket, stärker skyddande faktorer. Suicidförsök har ett kommunikativt budskap till omgivningen som kan handla om närhet och bekräftelse. Nätverkssamtal där patienten väljer deltagare skall påbörjas snabbt och med viss påstridighet, mera frekvent efter suicidförsöket för att på sikt trappas ned.

Sociala interventioner kan variera i omfattning och längd från kortvariga insatser av rådgivande och informativ karaktär, kontakter med olika myndigheter till långvariga, psykosociala behandlingskontakter.

Praktisk information såsom namn på kontaktperson, telefonnummer, tillgänglighet till Mobila team, psykiatrisk öppenvård, slutenvård. Informationsbroschyr.

Uppföljning och Utvärdering

Uppföljning skall vara

- En integrerad del av behandlingen, kopplad till vårdplanen
- Kontakten ska vara tät från början och sedan åtminstone efter 3, 6 och 12 månader..
- Patienter med psykisk sjukdom och ökad suicidrisk bör följas längre, minst 2 år. Det gäller ex. patienter med schizofreni och bipolär sjukdom (se respektive vårdprogram)
- Anpassad efter patientens/dennes nätverks behov

Utvärdering av den individuella behandlingen sker enligt vårdplanen och utifrån patientens behov. Värdering av behandlingseffekten skall ske genom skattningsskalor, allmän situationsbeskrivning, inklusive anhörigas synpunkter

Utvärdering - Förslag till kvalitetsindikatorer

- Andel suicidförsökspatienter som bedöms av psykiatrin inom ett dygn
- Andel patienter efter suicidförsök med dokumenterad vårdplan
- Antalet suicid i upptagningsområdet i relation till suicid bland befolkningen i länet eller riket och/eller i relation till en annan period
- Andel patienter med depressionsdiagnos där strukturerad suicidriskbedömning dokumenterats
- Andel patienter som efter suicidförsök följts upp i minst ett år

Vårdprocess

Lokala rutiner skall finnas om samarbete och ansvarsfördelning avseende suicidnära patienter som innefattar säkra rutiner om remittering. Kontinuerligt samarbete mellan primärvården och psykiatrin bör finnas, t.ex. konsultationsteam, gemensamma utbildningar.

För patienter som har vårdkontakter inom både kommun och landsting t.ex kommunala boenden, beroendemottagningar, skall gemensam vårdplanering göras där man tar ställning till ansvarsfördelning, vem gör vad vid försämring osv.

Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES)

SPES är en rikstäckande ideell organisation som är partipolitiskt och religiöst obunden, är till för alla som mist en familjemedlem, släkting, partner eller god vän genom suicid. SPES arbetar på ett nationellt, regionalt och lokalt plan, genom kontaktpersoner, telefonjourer, utbildningar, träffar och självhjälpsgrupper samt med information och attitydförändring.
<http://www.spes.nu/>

Vid fullbordad suicid

Lokalt dokumenterade handlingsplaner/rutiner måste finnas så att ansvarig vårdenhetschef eller motsvarande kan lägga upp plan för det fortsatta arbetet med **personal, efterlevande** och i förekommande fall **medpatienter**. I rutinen ska framgå vem som tar kontakt med vem och till vilka möten man skall kalla.

Personal

När ett suicid (eller allvarligt suicidförsök) inträffat upplever ofta vårdpersonalen sorg, ilska och skuldkänslor. Ofta har personalen gjort allt vad som står i dess makt för att förhindra självmordet

Krisstöd innehåller **information** från arbetsledare till berörd personal för att undvika ryktesspridning. Fortsatt personalstöd kan ske i form av **debriefing** i grupp. Syftet är att formulera tankar och känslor om det som inträffat. Detta är särskilt viktigt om delar av personalgruppen är traumatiserade.

Några i personalgruppen kan dessutom behöva **individuella samtal**. Man bör undvika stark kritik samtidigt som det är viktigt att lyfta fram vad som kunde ha gjorts annorlunda.

Vid behov kan **retrospektiv genomgång** göras, om förutsättningar finns. Den ska i så fall ske 4-6 veckor efter dödsfallet och ledas av utifrån kommande erfaren ledare. Syftet är att så tydligt som möjligt försöka rekonstruera den suicidala processen och dra lärdom för framtida prevention.

Närstående/efterlevande

Som närstående är man ofta mer skuldbelagd än vid andra dödsfall, man söker förklaring och behöver stöd i sin sorgbearbetning, eventuella depression och egna suicidtankar (Socialstyrelsen, 2003). Sjukvården måste i dessa sammanhang vara tillgänglig och flexibel.

Lokala rutiner skall finnas för akut krisstöd till efterlevande, om hur/vem bjuder senare in de efterlevande till enheten för att möta ansvarig läkare och eventuellt andra ur personalgruppen och gå igenom den behandling som skett och försöka ge svar på de frågor som finns.

Man skall i mötet med anhöriga upplysa om att händelseanalys och Lex Mariaanmälan kommer att göras. Om det är möjligt ska man komma överens om huruvida återkoppling, efter Socialstyrelsens beslut, ska ske med de efterlevande och vem man då ska kontakta. Man ska även informera om SPES, föreningen för efterlevande till personer som tagit sitt liv.

Bemötande av barn Man skall i första hand erbjuda stöd till vuxna runt barnen samt hjälpa till att normalisera naturliga reaktioner som ångest nedstämdhet, isolationstendenser, koncentrationssvårigheter, skuldkänslor, ilska, regression och omoget beteende. Man ska använda tydligt språk som barnet kan förstå. Det är viktigt att behålla normala rutiner med dagis/skola, fritidsaktiviteter. Vid behov kan man förmedla kontakt med vårdgrannar, BUP osv.

Avvikelsehantering

Anmälan enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28 (M)) ska ske enligt gängse rutiner, vid alla suicid om patienten haft kontakt med sjukvården inom de senaste 4 veckorna före dödsfallet. Samma anmälningsskyldighet gäller vid handling som av behandlingsansvarig yrkesutövare bedömts som försök till suicid och som föranletts av brister i undersökning, vård eller behandling.

Avvikelse rapport i Synergi görs enligt gällande rutiner.

En händelseanalys är en genomgripande intern utredning av den inträffade händelsen med syftet att förstå hur och varför den inträffade, för att kunna förhindra liknande händelser i framtiden genom att identifiera områden där förbättring behövs. Rutiner skall finnas på varje enhet. Händelseanalysen bifogas Lex Mariaanmälan till Socialstyrelsen.

Referenser

- Allgulander C. Intoduktion till Klinisk psykiatri. Studentlitteratur:Pozkal, Poland 2008.
- Antonovsky A. Hälsans mysterium. Natur och kultur 1992.
- Beck AT, Schuyler D, Herman I (1974a). Development of Suicidal Intent Scales. In: Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ, editors. *The prediction of suicide*. Bowie, MD: Charles Press, p. 45-56.
- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L (1974b). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*, **42**:861-865.
- Beck, A.T., Kovacs, M., Weissman, A., (1979). Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. *J. Consult. Clin. Psychol.* **47**:343–352.
- Beskow J (2000). Själv mord och självmordsprevention. Om livsavgörande ögonblick. Lund: Studentlitteratur
- Beskow J, Beskow Palm A, Ehnvall A, Suicidalitetens språk, Studentlitteratur: Lund, 2005.
- Capsi A, Sugden K, Moffit TE et al. Influence of life stress on depression. Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-389.
- Cuijpers, Pim; van Straten, Annemieke; Andersson, Gerhard; van Oppen, Patricia. Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. [References]. *Peer Reviewed Journal*: 2008-16943-011. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 76(6) Dec 2008, 909-922.
- Druss B, Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illness, *Arch Intern Med*. 2000;160: 1522-1526.
- Eriksson Lina, Bremberg Sven Förslag till nationellt program för suicidprevention, befolkningsinriktade strategier och åtgärdsförslag. Statens folkhälsoinstitut R 2007:11, ISSN 1651-8624, ISBN 978-91-7257-490-8
- Fromm E. 1993, Flykten från friheten, Stockholm, Natur och Kultur
- Kutcher S., Chehill S.(2007) *Suicide Risk Management, A Manual for Health Professionals*, Blackwell Publishing 2007, ISBN-13:978-1-4051-5369-0
- Landstinget i Jönköpings län, Vårdprogram om suicidprevention för vuxna, Reviderad augusti 2007 http://www.lj.se/info_files/infosida26574/suicidprevention_vardprogram_070830.pdf
- Montgomery SA, Åsberg M (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br. J. Psychiatry*, **134**:382-389.
- Niméus A (1997). Hopelessness and suicidal behavior. *J Affect Disord*, **42**:137–144.
- Niméus A., Alsén M., Träskman-Bendz L (2000). The suicide assessment scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters. *Eur Psychiatry*, **15**:416-423.
- Nordentoft M. *Dan Med Bull*. 2007 Nov;54(4): 306-69.Review.
- Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. (1983). Evaluation of suicidal patients: The sad persons scale. *Psychosomatics*, **24**(4):343-349 *Eur Psychiatry*, **15**(7):416-423.
- Pierce D (1977). Suicidal intent in self-injury. *British Journal of Psychiatry*, **130**:377-385.
- PRACTICE GUIDELINE FOR THE, Assessment and Treatment, of Patients With Suicidal Behaviors, **APA november 2003**
- Rapport om Själv mord 2006 anmälda enligt Lex Maria, En sammanställning av de beslut som har fattats t.o.m. mars 2007, Socialstyrelsen juli 2007, Artikelnr.: 2007-109-22,
- Regionalt Vårdprogram, Vård av suicidnära patienter, Stockholms läns landsting, Runneson B,

- Runesson B (1998). *Suicidriskbedömning – förutsättningar och hjälpmedel för analys av suicidbenägenhet*. Rapport 1 i rapportserie från Centrum för suicidforskning och prevention: Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök.
- Samuelsson M, Stolt I, Åsberg M, 2002. Stockholms Läns Landsting, Regionalt Vårdprogram, Vård av suicidnära patienter 2002 http://courses.ki.se/rv_suicidnara.pdf?node=56947
- Sandh A. Självmordsförsök-kartläggning och behandlingsutvärdering i Motala och Norrköping. Uppläggning och diskussion av metodval. Examensarbete 1999:4.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (1994). A new self rating scale for depression and anxiety states, based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 89:21-28.
- Thorell LH (2009): Valid electrodermal hyporeactivity for depressive suicidal propensity offers links to cognitive theory, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, i tryck (mars 2009).
- Vård av självmordsnära patienter, en kunskapsöversikt, Socialstyrelsen 2003, ISBN: 91-7201-764-3, Artikelnummer: 2003-110-8
http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-28/Documents/2005_28.pdf
- Vörös V, Osvath P, Fekete S. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2004 Jun; 6(2): 65-71.
- Wasserman D.A Suicide- An unnecessary death, 2001 London.
- Wasserman D, Wasserman C. 2009

Bilagor

Bilaga 1 - Vård av självmordsnära patienter, en kunskapsöversikt, Socialstyrelsen 2003

1. Alla suicidnära patienter som kommer till sjuk- och hälsovård skall oavsett vårdnivå genomgå en kvalificerad värdering av suicidrisken. Bedömningen bör upprepas vid flera tillfällen intill dess patienten bedöms vara ute ur farozonen.
2. En suicidnära patient skall alltid erbjudas och rekommenderas en psykiatrisk kontakt. Aktuell eller svårbedömd suicidrisk bör medföra inläggning och psykiatrisk vård.
3. Patienter som får somatisk akutvård efter ett suicidförsök och som av någon anledning inte läggs in på psykiatrisk klinik bör få en psykiatrisk specialistläkarbedömning innan vederbörande lämnar sjukvårdsinrättningen.
4. En suicidnära patient som avviker innan bedömning gjorts bör kontaktas och erbjudas snar tid för mottagningsbesök, alternativt hembesök.
5. Den akuta omvårdnaden av en suicidnära patient skall, oavsett var vården bedrivs, syfta till att skapa en god relation och till att garantera patientens säkerhet. En patient som har gjort ett suicidförsök skall inte lämnas ensam förrän kvalificerad suicidriskvärdering har utförts.
6. Varje suicidnära patient skall utredas med avseende på psykiatriska diagnoser av betydelse för suicidalitet (depression, missbruk/beroende, psykos, personlighetsstörning).
7. I den individuella vårdplanen skall behovet av personkontinuitet ägnas särskild uppmärksamhet. Patienternas behov av individualisering och flexibilitet i vården.
8. Behandlingen av en suicidnära patient inriktas på den psykiatriska grundsjukdomen och bör för merparten av patienterna innefatta samtalsterapeutisk kontakt. Om missbruk/beroende är aktuellt bör det vara ett primärt fokus för behandling och planer för åtgärder vid eventuellt återfall bör ingå i vårdplanen. Missbruk/beroende, depression respektive psykos behandlas enligt gängse riktlinjer men med särskild hänsyn till behovet av upprepad suicidriskvärdering under behandlingens gång. Vårdplanen bör innefatta rutiner för utvärdering av behandlingseffekt och föreskrifter för när och under vilka omständigheter behandlingen skall omprövas eller avslutas.
9. Den suicidnära patienten skall informeras om vikten av kontakt mellan vårdgivaren och de närstående. De närstående bör engageras i vården, om inte starka skäl talar emot.
10. Om en patient tar sitt liv, skall de närstående erbjudas kontakt för information och krisstöd. Berörd personal bör ges tillfälle till debriefing i grupp och en retrospektiv genomgång bör göras efter 1-2 månader, helst med biträde av utomstående ledare.

Bilaga 2 - Instrument i suicidriskbedömningen

Det kliniska samtalet utgör grunden för bedömningen. En sökordsbaserad journal, checklistor, skattningsskalor och andra instrument ökar precisionen, samt gör det möjligt att jämföra över tid och mellan olika bedömare. Skattningsskalor ger en viss möjlighet att förutsäga risk i definierade situationer, men de situationerna där man behöver göra en riskbedömning kan vara mycket olika varandra. De skattningsskalor som finns är inte känsliga för snabba förändringar i t.ex. att patientens impulskontroll brister i ett plötsligt uppkommet spänt läge. (Socialstyrelsen 2008).

Fördelen med skattningsskalor är att grundläggande information alltid kommer med som en rutin. Skattningsskalor kan vara intervjubaserade eller självskattningsskalor. Eftersom suicidrisk förekommer inom andra diagnoser än depression, är det viktigt att använda skattningsskalor som är diagnosoberoende. Hänsyn bör tas till var skalorna används, t.ex. vissa skalor är avsedda för specialistpsykiatri t.ex. SUAS (Niméus *et al.*, 2000).

”Den suicidala stegen” (Beskow, 2000, [bilaga 3](#)) (intervjubaserad) bör användas i första hand vid suicidriskbedömning. Den är något depressionsorienterad, men lättanvänd och lätt att föra in i den kliniska intervjun.

Diagnosfokuserade skalor som **MADRS**/ intervjubaserad och självskattning (Montgomery, *et al.*, 1979), **CPRS-S-A**/självskattning (Svanborg & Åsberg, 1994) och **BDI** (Beck), kan ge ett stöd i depressionsbedömningen. Endast en fråga belyser livslusten. Om värdet är förhöjt bör utredningen kompletteras med en närmare suicidriskbedömning.

SAD (Sad Persons Scale) (Patterson *et al.*, 1983, [bilaga 5](#)) intervjubaserad, bör användas för att kartlägga riskfaktorer. Vid tidigare suicidförsök används Becks **Suicidal Intent Scale (SIS)** (Beck *et al.*, 1974a, [bilaga 4](#)). En mycket närliggande intervjubaserad skala är Pierce Suicidal Intent Scale (Pierce, 1977).

Exempel på övriga skalor och strukturerade frågeformulär som är suicidriskfokuserade är, Scale of Suicidal Ideation (SSI) (Beck *et al.*, 1979), ”Suicide Assessment Scale” (SUAS), (Niméus *et al.*, 2000) (intervjubaserad och självskattning). Becks Hopplöshetsskala (Beck *et al.*, 1974b) speglar pessimism inför framtiden, men skattningsresultaten ser inte ut att vara relaterade till framtida suicid utan snarare till skattning av depression (Niméus, 1997). En psykofysiologisk metod är under utveckling, som dock inte ännu är tillgänglig för kliniskt bruk är testet för elektrodermal hyporeaktivitet, EDR-testet (Thorell, 2009).

Instrument:

Beck mfl: BHS – Hopplöshetsskala

Beck mfl: SSI - Scale of Suicidal Ideation

Beck mfl: SIS - Suicidal Intent Scale ([bilaga 4](#))

Niméus mfl: SUAS - Suicide Assessment Scale, intervjubaserad

Niméus mfl: SUAS - Suicide Assessment Scale, självskattning

Patterson mfl: Sad Persons Scale ([bilaga 5](#))

Pierce: Pierce Suicidal Intent Scale; <http://www.patient.co.uk/showdoc/40024821/>

Bilaga 3 - Den Suicidala stegen (Beskow)

<i>Nedstämdhet/hopplöshet</i>	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?
<i>Dödstankar</i>	Känns allting meningslöst?
<i>Dödsönskan</i>	Har du tänkt att det vore skönt att slippa leva?
<i>Suicidtankar</i>	Har du önskat att du vore död? Skulle du vilja slippa nästa morgon? 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?
<i>Suicidönskan</i>	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?
<i>Suicidförsök</i>	Har du tidigare gjort något självmordsförsök? Genomförde du det som du tänkte göra eller gick det inte? Vad gjorde du? När? Var? Varför?
<i>Suicidplaner</i>	Har du planer på att ta ditt liv? Har du tänkt ut hur du ska göra? Har du bestämt när du ska göra det?
<i>Suicidförberedelser</i>	Har du gjort några förberedelser? Vilka? Har du skaffat tabletter? Har du vapen hemma?
<i>Suicidavsikt</i>	Har du skaffat andra redskap? Rep? Kniv? 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?

Frågandet upphör på den nivå man känner att sanningen ligger och vidare frågande känns omotiverat.

Bilaga 4 - Suicide intention scale (SIS)

Namn: _____

Personnummer: _____ Datum _____

Bedömare: _____

FRÅGA: Låt oss nu efter de här allmänna frågorna prata om vad som hände strax innan du kom i kontakt med sjukhuset: Var snäll och tänk tillbaka på vad som hände och beskriv så exakt som möjligt vad som gjorde att du togs in på sjukhuset. Vad gjorde du dig själv?

Ställ frågorna i vänstra kolumnen för att gradera suicidavsikten i höger kolumn. Om svaret helt klart framgår ur patientens egen berättelse kan du ringa in rätt siffra utan att ställa extra frågor. Det ideala är att intervjuaren kan koda SIS-frågorna direkt utifrån patientens spontana berättelse. I frågorna 1-8 ska intervjuaren ge sin bedömning eller tolkning medan frågorna 9-15 skall bygga på patientens direkta utsago.

FRÅGAS AV INTERVJUAREN

1. Var någon i närheten av dig då du försökte skada dig? T ex i samma rum eller i telefonkontakt?

2. Vid vilket tillfälle gjorde du det? Väntade du någon? Kunde någon komma snart? Visste du att det skulle dröja innan någon kom? Eller funderade du inte över det?

3. Gjorde du något för att förhindra att någon hittade dig?

4. (A) Efter att du gjorde dig själv illa kontaktade du då någon och berättade om vad du gjort?

4. (B) Om ja, vem var du i kontakt med?

5. Gjorde du något sådant som att säga adjö eller andra särskilda arrangemang när du beslöt skada dig själv?

BEDÖMES AV INTERVJUAREN

Ringa in 0, 1 eller 2

Ensamhet

0. Någon närvarande

1. Någon i närheten eller i kontakt

2. Ingen i närheten eller i kontakt.

Timing

0. Tillfälle för någon att ingripa

1. Inte troligt att någon skulle hinna ingripa.

2. Otroligt att någon skulle hinna ingripa

Åtgärder för att förhindra upptäckt eller ingripande

0. Inga åtgärder alls

1. Passiva åtgärder som att dra sig undan från andra utan att göra något för att förhindra att de ingriper (t ex ensam i ett rum med olåst dörr)

2. Aktiva åtgärder (t ex ensam i ett rum med låst dörr).

Åtgärder för att ta hjälp efter

Suicidförsöket

0. Underrättade en potentiell hjälpare om försöket

1. Tog kontakt men berättade inte uttryckligen om försöket

2. Varken kontaktade eller underrättade någon hjälpare

1. Partner

2. Förälder

3. Släkting, övrig

4. Vänner

5. Skolkamrat

6. Annan, nämligen

Förberedelser inför döden

0. Inga förberedelser

1. Patienten tänkte på eller gjorde vissa arrangemang

2. Gjorde upp slutgiltiga planer (testamente, gav

6. Hade du planerat det en tid? Hade du gjort några förberedelser som t ex att spara tabletter?
7. Skrev du något eller några avskedsbrev?
Om ja: Till vem?
Om nej: Tänkte du att du skulle skriva ett?
8. Har du under det senaste året nämnt för Grannar, vänner eller familjemedlemmar Uttryckligen eller antydningvis att du hade För avsikt att göra dig illa?
9. Kan du tala om för mig vad du hoppades att uppnå genom att skada dig?
10. Hur stor trodde du chansen var att det du gjorde skulle leda till att du dog?
11. Om överdos: Trodde du att den mängd tabletter du tog var större eller mindre än vad som behövdes för att du skulle dö?
12. Ansåg du själv att din handling var ett försök att ta ditt liv?
13. Vilka var dina känslor för liv och död? Önskade du leva starkare än du önskade att dö? Eller brydde du dig inte om ifall du levde eller dog?
14. Vilka chanser trodde du att det fanns att överleva om du skulle få medicinsk behandling efteråt?
15. Hur lång tid före handlingen hade du bort gåvor etc)
- Grad av planering
0. Inga förberedelser
1. Minimal eller måttlig förberedelse
2. Omfattande förberedelser (detaljerad plan)
- Avskedsbrev
0. Varken skrev eller tänkte på att skriva något meddelande
1. Tänkte på att skriva ett, men gjorde det inte.
2. Det finns ett avskedsbrev, eller det skrevs ett som revs sönder
- Suicidal kommunikation före handlingen
0. Ingen kommunikation
1. Tvetydig eller implicit kommunikation
2. Otvetydig kommunikation (explicit)
- Avsikt med handlingen
0. Huvudsakligen påverka andra
1. Tillfällig vila
2. Döden
- Förväntning angående handlingens letalitet
0. Pat trodde handlingen troligen ej skulle leda till döden eller tänkte inte på det
1. Pat tänkte att det var möjligt, men ej troligt att handlingen skulle leda till döden
2. Patienten trodde att döden var troligt eller säker
0. Pat gjorde en handling som han/hon inte uppfattade som livsfarlig eller funderade över det
1. Pat var inte säker eller trodde att handlingen kunde vara livsfarlig
2. Handlingen överskred eller var lika med vad patienten trodde krävdes för att den skulle vara dödlig
- Var försöket allvarligt menat?
0. Pat ansåg inte att handlingen var ett allvarligt försök att göra slut på livet
- Patienten var osäker huruvida handlingen var ett allvarligt försök att göra slut på livet
- Patienten ansåg att handlingen var ett allvarligt försök att avsluta sitt liv.
- Ambivalens mot att leva
0. Pat önskade ej att dö
1. Pat brydde sig inte om ifall han/hon levde eller dog.
2. Pat önskade dö
- Uppfattning huruvida medicinsk behandling var möjlig.
0. Pat trodde ej att han skulle dö om han/hon skulle få medicinsk vård.
1. Pat var osäker om han/hon skulle kunna räddas till livet med hjälp av medicinsk vård.
2. Pat var säker på att dö även han/hon skulle komma under medicinsk vård.
- Grad av genomtanke.

beslutat dig? Hade du tänkt på det en tid eller gjorde du det impulsivt?

0. Ingen, impulsivt

1. Tänkte på det tre timmar eller mindre före handlingen.

2. Tänkte genom handlingen under mer än tre timmar före försöket.

Bedömningar av suicidrisk efter suicidförsök: SIS

Suicide Intent Scale är ursprungligen avsedd att användas inom vuxenpsykiatrisk verksamhet och ger kvalitativ information utifrån svaren på varje enskild fråga. Kvantitativ information beräknas efter summering av poängen på respektive fråga – ju högre poäng desto allvarligare har avsikten med suicidförsöket ansetts vara.

Den är uppdelad i två underavdelningar: objektiva omständigheter samt egen beskrivning.

Sammanlagt ingår 15 punkter, vilket inte är fler än att detta instrument är användbart i den kliniska intervjun. Maxpoäng är 30. Högre värden vid skattning enligt SIS innebär allvarligare risk, även om man bör vara försiktig med att ange särskilt värde för hög eller låg risk. Brytpunkten 19 poäng anger hög suicidrisk för vuxna, framför allt äldre individer (Niméus A: 2000). Skalan har använts även för bedömning av ungdomars suicidavsikt även om den inte är idealisk för detta ändamål (Goldston D, (2001).

Bilaga 5 - Statistisk riskskala - SAD PERSONS SCALE

	2 poäng	1 poäng	0 poäng	poäng
1. Kön		Man	Kvinna	
2. Ålder		<19>45	19-45	
3. Depression eller känsla av hopplöshet	ja		nej	
4. Tidigare psykiatrisk behandling eller suicidförsök		ja	nej	
5. Missbruk av alkohol eller annan drog		ja	nej	
6. Organiskt psykossyndrom eller psykotiskt tänkande	ja		nej	
7. Separerad, frånskild eller änka/änkling		ja	nej	
8. Aktuellt suicidförsök allvarligt eller välplanerat	ja		nej	
9. Bristande socialt stödnät		ja	nej	
10. Bejakar framtida suicidavsikt eller är ambivalent	Ja		nej	
			Summa poäng	

Ovanstående statistiska riskskala innehåller 10 faktorer, varav 4 av dessa (faktor 3, 6, 8 och 10) kan få 2 alt 0 poäng och övriga 6 (faktor 1, 2, 4, 5, 7 och 9) kan få 1 alt 0 poäng. De faktorer som kan få 2 poäng har visat sig ha högre statistisk korrelation avseende framtida suicidavsikt än övriga.

Totalpoängen kan variera från 0 (mycket liten risk) till 14 (mycket stor risk), ju högre poäng, desto större är risken för förnyat suicidförsök. Några säkra riktlinjer för risk och totalpoäng kan dock inte ges.

Bilaga 6 - Psykosocial ohälsa - Telefonstöd till sjuksköterskor

Framtaget i samarbete mellan primärvården och psykiatrin NSV, inom ramen av ett Nyckelprojekt "Psyisk ohälsa".

Kontaktanledning

Vad har hänt?

Symtom

Nedstämdhet, Ångest/oro, sömnbesvär osv. Hur är läget? Utlösande faktorer?

Andra tidigare vårdkontakter

Planerade, pågående och tidigare insatser från vårdgrannar

Nätverk

Familjeförhållande, närstående

Sysselsättning, arbete

Alkohol, drogvanor

Vilket preparat? Hur ofta? Vilka mängder?

Livsleda

Dödstankar? Suicidtankar? Suicidplaner?

Sammanfatta samtalet tillsammans med patienten

Bilaga 7 Blankett för suicidriskbedömning (för utskrift)

Bedöm och dokumentera i Cosmic under suicidalitet/självdestruktivitet och suicidrisk

1. Aktuell suicidalitet med hjälp av suicidstegen

<input type="checkbox"/> Nedstämdhet/hopplöshet	<input type="checkbox"/> Suicidtankar	<input type="checkbox"/> Suicidplaner
<input type="checkbox"/> Dödstankar	<input type="checkbox"/> Suicidönskan	<input type="checkbox"/> Suicidförberedelser
<input type="checkbox"/> Dödsönskan	<input type="checkbox"/> Suicidförsök	<input type="checkbox"/> Suicidavsikt

2. Tidigare suicidalitet – tidigare försök? Ja Nej

Vilka metoder har använts Beskriv).....

Hur stor var sannolikheten att överleva respektive att någon ingrep.....

Faktorer som påverkar minskar/ökar suicidalitet?.....

3. Vid aktuellt suicidförsök, använd sida 2 (SIS)

4. Psykiatrisk/klinisk bedömning och tidigare psykiatrisk anamnes.

Anamnes: tidigare/aktuell: depression, bipolär sjukdom; psykos, missbruk, dubbeldiagnoser, personlighetsstörningar med omogna drag, impulskontrollstörning, emotionell instabilitet, PTSD, sömnstörning

Status: hög ångestnivå, tecken på depression, psykos, förvirring, alkohol/drogpåverkan

Skalor Notera svar på frågor om livslust i skattningsskalor för depression (CPRS-S, MADRS, BDI)

5. Riskfaktorer

SAD (fler poäng, desto större risk)	2 poäng	1 poäng	0 poäng
Kön		Man	Kvinna
Ålder		<19;>45	19-45
Depression eller känsla av hopplöshet	Ja		nej
Tidigare psykiatrisk behandling eller suicidförsök		ja	nej
Missbruk av alkohol eller annan drog		ja	nej
Organiskt psykossyndrom eller psykotiskt tänkande	Ja		nej
Separerad, frånskild eller änka/änkling		ja	nej
Aktuellt suicidförsök allvarligt eller välplanerat	Ja		nej
Bristande socialt stöd/nätverk		ja	nej
Bejaktar framtida suicidavsikt eller är ambivalent	Ja		nej
		Summa poäng	

Skyddsfaktorer: Bra socialt nätverk, välfungerande, mogen personlighet, god impuls kontroll osv. Obs. skyddsfaktorernas betydelse minskar vid klinisk svår depression (Åsberg 2003)

6. Information från närstående om suicidal kommunikation.

Direkt verbal:	
Indirekt verbal:	
Direkt icke-verbal:	
Indirekt icke-verbal:	

Suicidrisk: Låg Hög Svårbedömd

Bedömning av specialistläkare: Datum.....

Namn.....

Diskuterat med specialistläkare: Datum.....

Namn.....

SIS

BEDÖMES AV INTERVJUAREN

Poäng

Ensamhet

0. Någon närvarande

1. Någon i närheten eller i kontakt
2. Ingen i närheten eller i kontakt.

Timing

0. Tillfälle för någon att ingripa

1. Inte troligt att någon skulle hinna ingripa.
2. Otroligt att någon skulle hinna ingripa

Åtgärder för att förhindra upptäckt eller ingripande

0. Inga åtgärder alls

1. Passiva åtgärder som att dra sig undan, utan att göra något för att förhindra att annan ingriper (t ex ensam i ett rum med olåst dörr)
2. Aktiva åtgärder (t.ex. ensam i ett rum med låst dörr).

Åtgärder för att ta hjälp efter suicidförsöket
Förberedelser inför döden

0. Underrättade en potentiell hjälpare om försöket

1. Tog kontakt men berättade inte uttryckligen om försöket
2. Varken kontaktade eller underrättade någon hjälpare

Grad av planering

0. Inga förberedelser

1. Minimal eller måttlig förberedelse
2. Omfattande förberedelser (detaljerad plan)

Avskedsbrev

0. Varken skrev eller tänkte på att skriva något meddelande

1. Tänkte på att skriva ett, men gjorde det inte.
2. Avskedsbrev finns, eller det skrevs ett som revs sönder

Suicidal kommunikation före handlingen

0. Ingen kommunikation

1. Tvetydig eller implicit kommunikation
2. Otvetydig kommunikation (explicit)

Avsikt med handlingen

0. Huvudsakligen påverka andra

1. Tillfällig vila
2. Döden

Förväntning angående handlingens letalitet

0. Pat trodde handlingen troligen ej skulle leda till döden eller tänkte inte på det

1. Pat tänkte att det var möjligt, men ej troligt att handlingen skulle leda till döden
2. Patienten trodde att döden var trolig eller säker

Var försöket allvarligt menat?

0. Pat ansåg inte att handlingen var ett allvarligt försök att göra slut på livet

1. Patienten osäker om handlingen var ett allvarligt försök att göra slut på livet
2. Patienten ansåg att handlingen var ett allvarligt försök att avsluta sitt liv.

Ambivalens mot att leva

0. Pat önskade ej att dö

1. Pat brydde sig inte om ifall han/hon levde eller dog.
2. Pat önskade dö

Uppfattning huruvida medicinsk behandling var möjlig

0. Pat trodde ej att han skulle dö om han/hon skulle få medicinsk vård.

1. Pat var osäker om han/hon skulle kunna räddas till livet med hjälp av medicinsk vård.
2. Pat var säker på att dö även han/hon skulle komma under medicinsk vård.

Grad av genomtanke

0. Ingen, impulsivt

1. Tänkte på det tre timmar eller mindre före handlingen.
2. Tänkte genom handlingen under mer än tre timmar före försöket.

Summa poäng: