

Godkänt: 2021-02-24
Giltigt t.o.m: 2024-02-24

Ver.nr: 10.0
Dnr:

Vårdprogram för suicidnära patienter

2/ 2016

Upprättat av: Krigsman Tatiana /Psykiatri Utveckling /Säter
Godkänt av: Hjortsberg Jeanette /Division Psykiatri /Falun
För verksamhet: Barn- och ungdomspsykiatri Dalarna; Länsvuxenpsykiatri Falun Säter; Rättspsykiatri; Vuxenpsykiatri Falun och Södra Dalarna;
Vuxenpsykiatri Mellersta Dalarna och Västerbergslagen; Vuxenpsykiatri Norra och Västra Dalarna
Vårdprogram Division Psykiatri

1. Inledning.....	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Syfte och Mål.....	4
1.3. Statistik för suicid.....	5
1.4. Statistik för suicidförsök	7
2. Bemötande	8
2.1. Vikten av ett gott bemötande.....	8
2.2. Vikten av att inkludera närstående.....	9
2.3. Bemötande och behandling i primärvården	9
3. Suicidriskbedömning	10
3.1. Patient- och anhörigsamtal	10
3.2. Kartläggning av riskfaktorer – sjukdomsspecifika och övergripande riskfaktorer.....	11
3.3. Skattningsskalor	14
3.4. Dokumentation	15
3.5. Rutiner för dokumentation och åtgärd vid barn- och ungdomspsykiatri - skriftlig säkerhetsplan	17
4. Handläggning i öppenvård för vuxna, barn och ungdom.	17
4.1. Indikatorer på att suicidrisken kan ändras/kan ses vid:	18
4.2. När vi arbetar med suicidnära patienter i öppenvården är det viktigt med:	18
5. Handläggning i slutenvård för vuxna, barn och ungdom.	19
5.1. Rutiner vid inläggning	19
5.2. Bedömning av övervakningsgrad	19
5.3. Vård av suicidnära patienter i slutenvård	20
5.4. Rutiner inför utskrivning av suicidnära patienter, överföring till öppenvård	21
6. Psykiatriska konsultbedömningar av suicidnära patienter inom hälso- och sjukvård i Dalarna	21
6.1. Rutiner vid inläggning på psykiatrisk klinik.....	22
6.2. Rutiner för övervakning av suicidnära patienter på somatisk vårdavdelning	22
6.3. Rutiner efter suicidnära handling då patient inte läggs in på slutenvården.....	22

APPENDIX	23
1. Sjukdomsspecifika riskfaktorer för suicid/suicidförsök.	23
1.1. <i>Substansberoende</i>	<i>23</i>
1.2. <i>Depressionssyndrom.....</i>	<i>23</i>
1.3. <i>Ångestsyndrom</i>	<i>24</i>
1.4. <i>Personlighetssyndrom</i>	<i>24</i>
1.5. <i>Psykossjukdomar</i>	<i>24</i>
1.6. <i>Autismliknande tillstånd och ADHD</i>	<i>25</i>
1.7. <i>Kroppslig sjukdom.....</i>	<i>25</i>
1.8. <i>Bipolära syndrom</i>	<i>26</i>
2. Rutiner vid fullbordad suicid.....	26
2.1. <i>Stöd till anhöriga.....</i>	<i>26</i>
2.2. <i>Handlingsplan för personal vid suicid.....</i>	<i>28</i>
2.3. <i>Lex Maria</i>	<i>28</i>
3. Bilagor	29
4. Källor	30
5. Arbetsgrupp	31

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Detta vårdprogram är en revidering av det länsövergripande vårdprogrammet för suicidnära patienter inom vuxenpsykiatrin som utarbetades 2007 i Landstinget Dalarna. På uppdrag av Divisionsledningen har vårdprogrammet omarbetats och utgör ett gemensamt vårdprogram för både vuxenpsykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin.

Vårdprogrammet innehåller rekommendationer och riktlinjer med avsikt att utveckla en mer kunskapsbaserad och likvärdig vård- och behandling för suicidnära personer. Vårdprogrammet riktar sig i första hand till personal som kommer i direkt kontakt med suicidnära patienter, men utgör även kunskapsunderlag för personal inom andra verksamheter som kan komma i kontakt med patienter med suicidrisk. Utformningen av framtagna riktlinjer baseras på socialstyrelsens nationella riktlinjer (SOS, Art nr: 2003-110-8) och kan även läsas av psykiatrins samverkanspartners/patienter/närstående. Dokumentet finns att ladda hem från vuxenpsykiatrins hemsida eller rekquireras från Psykiatrins Utvecklingsenhet i Säter. Bilagor till vårdprogrammet och referensdokument finns på samma hemsida.

1.2. Syfte och Mål

Suicid och suicidförsök orsakar stora konsekvenser för hela samhället, och kan för den enskilde och anhöriga innebära en omfattande och långvarig känslomässig tragedi. Självmord och självmordsförsök är ett allvarligt hälsoproblem och orsak till en stor mängd dödsfall världen över. För varje individ som tar sitt liv går det tjugo eller fler självmordsförsök enligt WHOs beräkningar. För de anhöriga kan den känslomässiga inverkan efter ett självmord eller självmordsförsök bestå under många år. Att hindra självmord och lidande är en av samhällets mest angelägna uppgifter. Inom Hälso- och sjukvården, psykiatrin i Dalarna, är målet att ytterligare förbättra arbetet för denna patientgrupp och att varje patient som kommer i kontakt med psykiatrin får adekvat bemötande, anpassade behandlingsinsatser och en ansvarstagande uppföljning

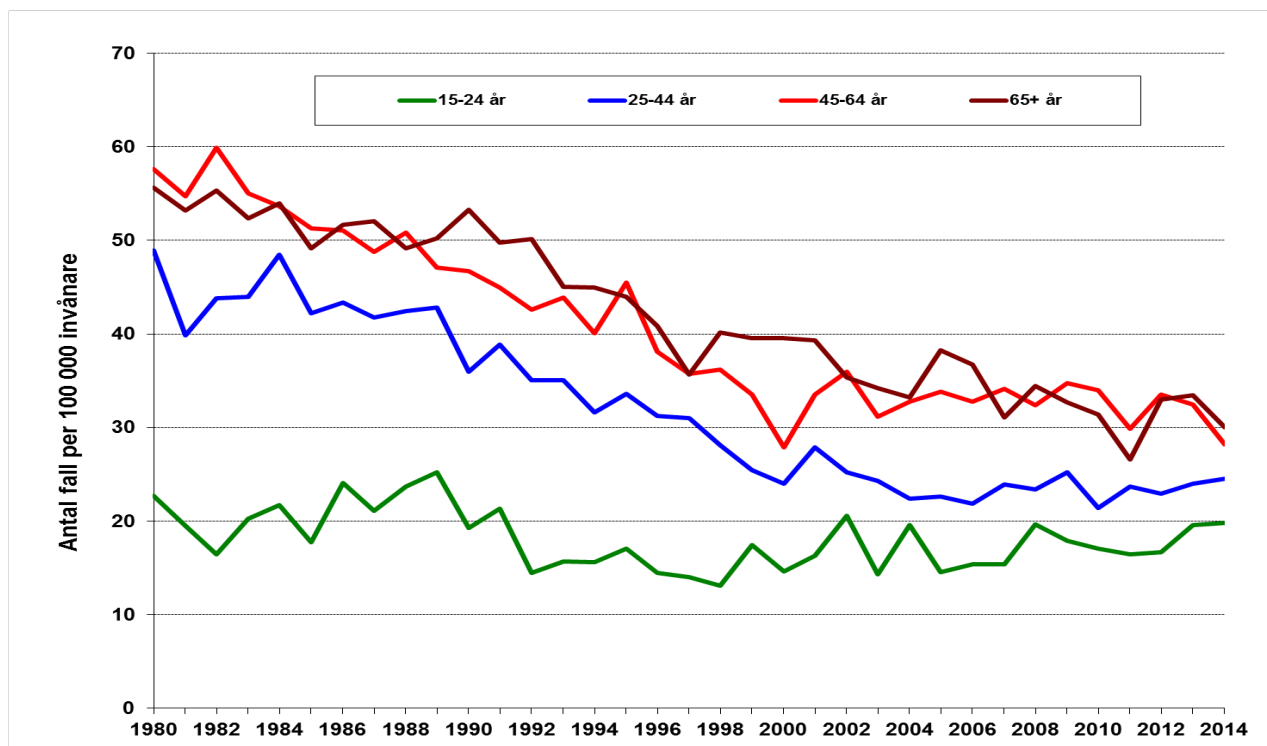
Vårdprogrammet ska utgöra en **gemensam grund** för arbetet med suicidnära personer och har som mål att:

- *Minska antalet suicid* i Dalarnas län
- Utveckla *samsyn för suicidriskbedömningar*, utifrån bemötande, omhändertagande, uppföljning och dokumentation i syfte att bedömningar sker på lika villkor över hela länet.
- På ett enhetligt sätt bemöta suicidnära personer och patienter som genomfört suicidförsök och därmed ge en bättre vård- och behandling samt uppföljning
- Utöka kunskapen kring suicidalitet och använda vårdprogrammet i utbildningssyfte, t.ex. för nyanställda personal eller för personal under utbildning, t.ex. för sjuksköterskestudenter, AT- och ST-läkare.
- Ge riktlinjer för överföring av patienter mellan olika vårdgivare.

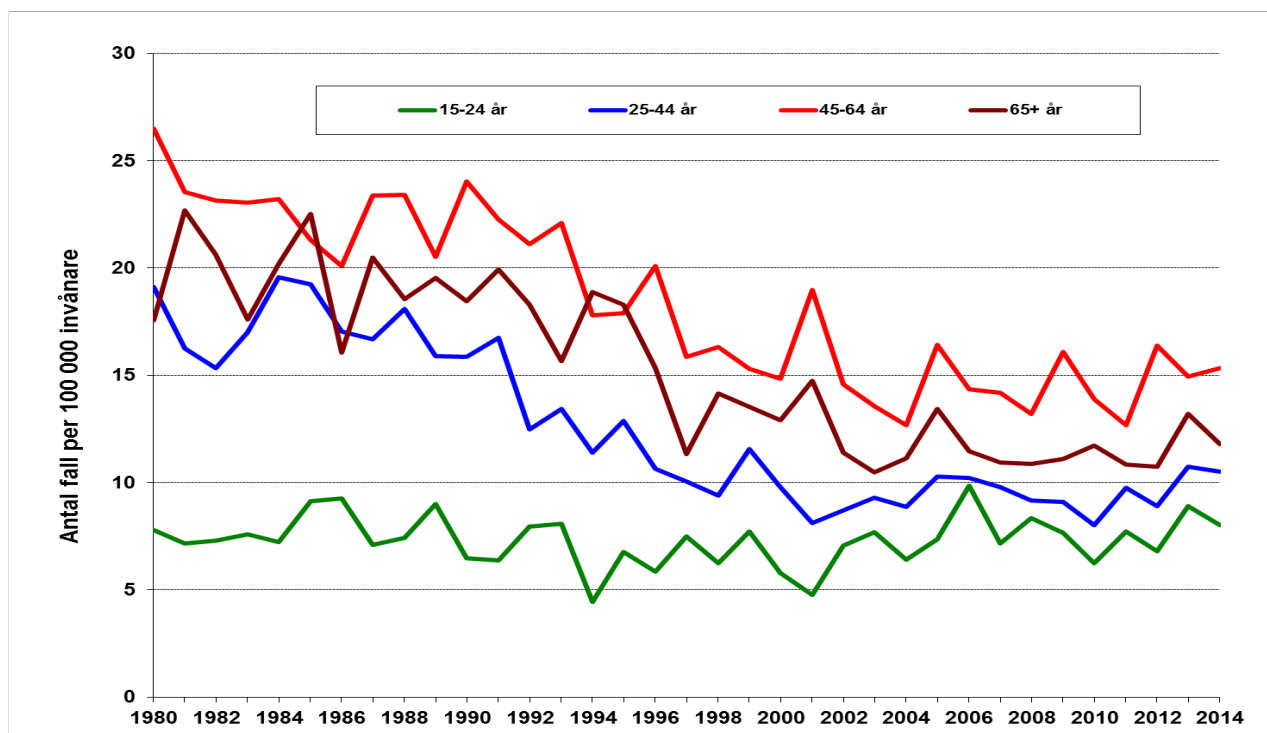
1.3. Statistik för suicid

Enlig Socialstyrelsens senaste statistiska redovisning för år 2014 har självmordstalen i faktiska tal minskat i jämförelse med det föregående året, och trenden med sjunkande självmordstal fortsätter under perioden från 1980-talet till 2014. I början av 1980-talet var antalet självmord drygt 31/100 000 och 2014 var självmordstalet 19/100 000.

Enligt NASP (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa) tog 1524 personer sitt liv 2014, vilket i jämförelse (SCB:s statistik för 2014) betyder att suicid utgör cirka 1,7 % av den totala dödligheten i Sverige. Enligt statistiken finns det skillnader mellan olika åldersgrupper och kön, framförallt är män överrepresenterade med 1042 suicid och 482 suicid för kvinnor.



Själv mord (säkra och osäkra) i Sverige per 100 000 invånare. Män i olika åldersgrupper 1980-2014. Data från NASP

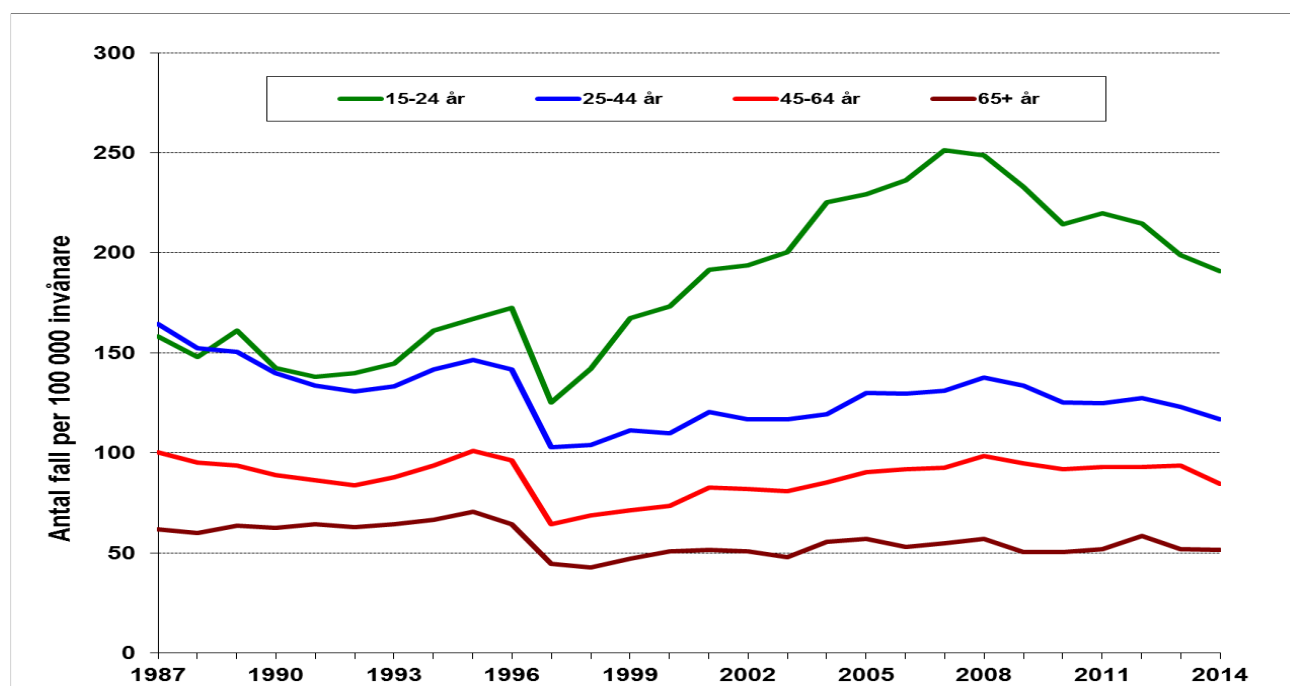


Själv mord (säkra och osäkra) i Sverige per 100 000 invånare. Kvinnor i olika åldersgrupper 1980-2014. Data från NASP

I Dalarna tog 55 personer sitt liv 2014. Med en befolkning på 281 000 personer ger det ett självmordstal på 20/100 000, vilket är generellt högre än riksgenomsnittet 16/100 000. Självmordstalen för män i dalarna utgör 29/100 000 i jämförelse med rikets genomsnittliga på 22/100 000 och kvinnor ligger lika med rikets genomsnittliga tal för suicid på 10/100 000. (NASP. Självmord i Sverige – Data: 1980-2014.)

1.4. Statistik för suicidförsök

Det finns ingen heltäckande statistik över självmordsförsöken rapporterad till myndigheterna eller vårdgivaren och därmed är mörktalet stort. Statistiken nedan är från NASP och gäller de fall som vårdats i och skrivits ut från psykiatrisk eller somatisk slutenvård. Statistiken är påverkad av många olika faktorer så som tillgången till vårdplatser, valet mellan sluten och öppenvård mm och därför ska tolkas med försiktighet. Statistiken från den psykiatriska och somatiska slutenvården visar att antalet personer med självmordsförsök är många fler än antalet fullbordade självmord, och för varje självmord registreras ca fem självmordsförsök och minst lika många oupptäckta eller oregistrerade fall.



Självmordsförsök (säkra och osäkra) i Sverige per 100 000 invånare i olika åldersgrupper. Antal personer som skrivit ur från slutenvård 1987-2014. NASP. Självmordsförsök – Data:1987-2014

Suicidförsök är vanligast hos kvinnor i ung ålder, i motsats till statistiken om fullbordade självmord. Det har konstaterats en uppåtgående trend för personer mellan 15 och 24 år, gällande självmordsförsöksstatistiken mellan 1987 till 2007, vilket därefter avtar de senaste åren.

Det går inte att ange en exakt siffra på hur många som gör självmordsförsök, eftersom många personer med självmordsförsök inte kommer till hälso- och sjukvården. Rimligtvis anges det ungefär 20 000 personer per år.

I Dalarna ligger antalet suicidförsök något under riksgenomsnittet, detta gäller framförallt gruppen äldre kvinnor som ligger klart under genomsnittet (23 per 100 000 jämfört med 48 per 100 000 invånare).

2. Bemötande

2.1. Vikten av ett gott bemötande

Den suicidnära personen och de anhöriga befinner sig i kris då de söker hjälp. I detta tillstånd är deras självuppfattning och självkänsla ur balans och personen befinner sig i en situation som han/hon oftast inte på egen hand kan ta sig ur. Det är viktigt att ge den hjälpsökande trygghet och det behövs ett professionellt bemötande som bygger på medkänsla, respekt, värme, kunskap och engagemang. Det innebär att vården ska stå för:

- Tillgänglighet.
- Kontinuitet.
- Trygghet.
- Krisplan.
- Öppenhet för anhörigas oro och varningssignaler.

Personer med självmordstankar har ibland svårt att spontant berätta om sina tankar på döden. En del skäms över att inte orka med sitt liv eller över att vara drabbade av psykisk sjukdom, och andra har svårt att formulera sina tankar i ord.

Ett gott primärt bemötande och omhändertagande av suicidnära patienter är av största vikt och kan i akutläget ibland vara den enskilt viktigaste faktorn som livräddande insats.

Det är sällan att suicidalitet försvinner en gång för alla, utan vanligt är att denna finns med i bilden över tid, om än i varierad grad. Återkommande självmordskommunikation hos patienten kan orsaka emotionell stress hos ansvarig behandlare och kräver ett fungerande "teamarbete" för dessa patienter inom vården.

Ingen ska behöva stå ensam med upplevelsen av att ansvara för en annan människas liv. De personer inom psykiatrin som möter suicidnära patienter måste tillförsäkras fortbildning och stöd.

2.2. Vikten av att inkludera närstående

Det är av stor vikt att det professionella bemötandet inkluderar anhöriga och att kommunikationen med vården ska vara öppen såvida inte starka skäl talar emot detta. Det är viktigt att anhöriga och närstående ska känna sig delaktiga. Ett stödjande bemötande kan också hjälpa den anhöriga att hantera situationen. Undersökningar visar att de anhöriga känner sig mer involverade i vården och känner sig mindre maktlösa när de upplever personalens bemötande som:

- Öppet – de får uppriktig information.
- Bekräftande – de blir sedda och lyssnade till.
- Samarbetsvilligt – deras åsikter välkomnas och uppskattas.

Information till anhöriga bör ges om aktuella behandlingsalternativ och om patientens hälsotillstånd. Anhörigas uppgifter om patientens mående och eventuella suicidalitet har en särskilt viktig roll i [bedömningen av suicidrisk](#) och anhörigas information ska vägas in i den sammanfattande bedömningen av patientens hälsotillstånd. Även anhöriga bör erbjudas möjlighet till samtalsstöd vid behov. Undersökningar från [SPES](#) (Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd) visar på att vissa suicidnära personer och deras anhöriga inte får det bemötande från den vårdgivande personalen som de anser ha rätt att förvänta sig.

2.3. Bemötande och behandling i primärvården

Patienter med suicidrisk bör alltid vårdas och behandlas inom specialistvård psykiatrin. Primärvården utgör 1:a linjens psykiatri med uppdrag att utreda och behandla lindriga och medelsvårs psykiatriska tillstånd (kristillstånd, depression- och ångestsyndrom) vilket innebär att suicidrisk måste värderas inom primärvården. Patienter med förhöjd suicidrisk ska remitteras till specialistvården. Primärvården ska erbjudas snabba konsultationer av specialistvården, vilket är en förutsättning för säker vård av suicidnära patienter. Primärvården har vårdprogrammet för suicidriskbedömning som stöd i bedömningar och i dialog med specialistpsykiatrin inför vilka åtgärder som bör vidtas om patienten remitteras. Vid behov av akuta bedömningar tar primärvården i 1:a hands kontakt med den närmaste specialistöppenvårdsmottagning patienten tillhör och på jourtid tas kontakt med psykiatriska akutmottagningen i Säter.

3. Suicidriskbedömning

För patienter som kommer till hälso- och sjukvården ska det göras en bedömning av suicidrisk. Inom specialistpsykiatri är värdering av suicidrisk och arbetet med suicidnära patienter en av huvuduppgifterna i det dagliga arbetet. Denna arbetsuppgift engagerar alla yrkeskategorier inom psykiatri och ställer stora krav på den enskilde medarbetaren och teamet. Alla som arbetar inom hälso- och sjukvården i landstinget har ett självständigt ansvar för att uppmärksamma suicidrisk. Som stöd för att värdera suicidrisk finns ett antal verktyg som belyses under detta avsnitt.

Den strukturerade suicidriskbedömningens innehåll:

- 3.1. [Patient- och anhörigsamtalet](#)
- 3.2. [Kartläggning av riskfaktorer](#)
- 3.3. [Skattningsskalor](#)
- 3.4. [Dokumentation](#)

3.1. Patient- och anhörigsamtal

Samtalet är det viktigaste verktyget vid bedömning av suicidrisk. Att ställa frågor om patientens önskan att dö eller ta sitt liv är krävande och ställer stora krav på professionellt förhållningsätt och [bemötande](#). Bedömaren försöker att få så god information som möjligt hur patienten resonerar kring sin situation, mående och livslust och samtidigt vara lyhörd för att detta kan vara ett väldigt känsligt ämne för vårdtagaren. Att skapa förtroende hos patienten är en förutsättning för att få veta om det föreligger en risk för suicidalt beteende. Samtalet ska också ses som en viktig intervention med fokus på att inge hopp och att förändring är möjlig.

I samtalet så inhämtas uppgifter om patientens psykiatriska och somatiska sjukhistoria och det aktuella tillståndet. Innehållet i patientens berättelse måste värderas och att patienten exempelvis inte utelämnar information som är av vikt för bedömningen. Patienten, men även de anhöriga, kan av olika skäl vilja undanhålla hela eller delar av sin problematik för de övriga närvarande och därför är formen för samtalet viktig där man bör ge möjlighet för patienten och anhöriga att tala i enrum med bedömaren. Bedömaren ställer konkreta, detaljerade frågor som kan kopplas till patientens suicidtankar/suicidplaner.

Inhämtandet av tidigare journaluppgifter, anamnes från närstående och användandet av skattningsskalor ökar precisionen för värderingen av

suicidrisken. Kartläggning av självmordstankar och tidigare suicidnära handlingar kan göras på flera sätt men stöd kan tas av de skattningsskalor/intervjuer som listas i texten nedan ([SIS](#), [C-SRSS](#), [Självmondsstegen](#)).

Patient- och anhörigsamtalet ligger till grund för att:

- Identifiera [för patienten övergripande och specifika riskfaktorer](#), som kan öka eller vara skyddande för självmordsnära handlingar.
- Kartlägga självmordsnära tankar och beteenden. Bedömning hur den omedelbara risken ser ut och med fokus på patientens säkerhet agera med akuta eller med mer långsiktiga interventioner. Patienter med hög och omedelbar risk remitteras till slutenvård, eventuellt med stöd av LPT.
- Identifiera/diagnostisera psykisk sjukdom och upprätta behandlingsplan.

Samtalet med anhöriga till barn och ungdomar inom BUP är viktiga och kan ha en annan form och betydelse än hos vuxenpsykiatriska patienter. Som närstående räknas i första hand föräldrar/vårdnadshavare men även andra personer med nära kontakt till ungdomen kan ge information och fungera som stöd. En bedömning av omgivningens förmåga att förse den suicidnära ungdomen med stöd, tillsyn och skydd ska alltid värderas då det finns en risk för suicidalt beteenden. Det gäller både praktisk omsorg som att säkra miljön som ungdomen befinner sig i men också psykosociala aspekter som förmåga att se och förstå ungdomens behov samt förmåga till kommunikation och samspel. Närstående ska delges resultat från suicidriskbedömningen och involveras i vårdplanering.

3.2. Kartläggning av riskfaktorer – [sjukdomsspecifika](#) och [övergripande riskfaktorer](#)

Vid bedömning av aktuell och framtida risk finns ett antal statistiska riskfaktorer på gruppnivå som är av betydelse som kan öka risken för självmordsnära tankar/handlingar. Riskfaktorer kan enbart förmedla att det finns en statistiskt ökad risk, men inte **om, när** eller **på vilket sätt** riskfaktorerna enskilt eller tillsammans har betydelse för den enskilde patienten.

Avsaknad av tungt vägande riskfaktorer utesluter inte självmordsrisk och kan även invagga bedömaren i falsk trygghet. Som bedömare av suicidrisk måste man värdera de riskfaktorer som identifieras i relation till hur belastande de är **för den enskilde patienten** och att detta kan variera beroende på patientens eventuella psykiatriska sjukdom, somatiska sjukdom, kognitiva förmåga, sociala situation, personlighetsdrag, ärftlighet, andra akuta livshändelser etc. Man får även ta hänsyn till hur dessa riskfaktorer i olika tidsförlopp kan påverka den enskilda patientens suicidrisk. Det finns alltså ett stort antal faktorer som

bedömaren behöver ta ställning till. Vissa individer kan påverkas av svåra livshändelser, som kan utlösa självmordsnära handlingar, så som separation, dödfall, smärtproblematik, tidigare suicid inom familj, bekymmersam skolsituation m.m.

3.2.1. Sjukdomsspecifika riskfaktorer

Vid vissa psykiatriska och somatiska sjukdomar finns en ökad suicidrisk som är av vikt att ha god kännedom om. I fördjupningsdelen ([appendix](#)) kan bedömaren inhämta information om den riskökning som finns vid dessa vanliga psykiatriska och somatiska tillstånd.

[Substansberoende](#)

[Depressiva syndrom](#)

[Ångestsyndrom](#)

[Personlighetssyndrom](#)

[Psykosyndrom](#)

[Bipolära syndrom](#)

[Autismliknande tillstånd och ADHD](#)

[Kroppslig sjukdom](#)

3.2.2. Övergripande riskfaktorer

Kön

Män/pojkar dominerar i statistiken av fullbordade suicid. 2/3 av suicid utförs av män/pojkar trots att den omvända bilden ses vid antalet suicidförsök där kvinnor utgör ca 2/3. Män har således färre suicidförsök men historiskt sett använder män mer våldsammare och dödligare metoder. En större andel män än kvinnor innehar licenspliktiga skjutvapen och anmälan vid olämplighet skall göras enligt [§ 7 vapenlagen](#). En tydlig könsskillnad ses i där [kroppslig sjukdom](#) utgör en större risk för äldre män än hos kvinnor. Orsaken till denna övergripande könsskillnad kan vara kopplad till den manliga självbilden med en ökad sårbarhet för misslyckanden, svårighet att visa emotionell svaghet och söka hjälp vid både psykisk och kroppslig sjukdom.

Äldre

1/4 av alla suicid sker hos personer >65 år. Framförallt hos män >80 år är risken förhöjd. Suicidförsök är mindre förekommande i denna grupp, vilket gör att suicidförsök kan vara kopplat till en högre risk för framtida suicid. Hos äldre kan nybliven ensamhet, förändrade livsvillkor i övrigt, debut av [kroppslig](#) och

[psykisk](#) sjukdom utgöra riskökning. Tydligare riskökning i samband med förändrade livsvillkor ses hos männen (vid separation, förlust av maka) trots att de kan vara återhållsamma med att kommunicera detta. Äldre har även skjutvapen i hemmet i större utsträckning ([§7 anmälan vapenlagen](#)). Negativa attityder kring åldrandet kan göra att man betraktar äldres suicidtankar/försök som "förståeliga" och därför riskerar missa både psykiatriska och kroppsliga sjukdomar som är behandlingsbara.

Tidigare suicidförsök

Tidigare suicidförsök utgör en av de största och tydligaste riskfaktorerna för framtida suicid där 5-10% dör i suicid inom 10 år. Personer som gjort suicidförsök har en 30-40 gånger förhöjd risk att ta sitt liv. Dödligheten är störst under första året efter ett suicidförsök, men om personen har gjort ett suicidförsök för många år sedan är det ändå en betydande riskfaktor som måste beaktas i bedömningen. Den som gör upprepade försök har också en högre risk, även om det inte alltid gäller de som gör mycket frekventa försök. Störst risker efter ett självmordsförsök har de grupper med [bipolär sjukdom](#), [depressiv episod](#) och [schizofreni](#). Vid dessa tillstånd finns en hög dödlighet i suicid det första året efter suicidförsök.

Val av metod är även kopplat till framtida risk. Mer våldsamma och dödliga metoder är kopplat till högre risk för framtida suicid. Frågor om tillvägagångssätt är således viktigt liksom att uppskatta försökets allvarlighetsgrad. Som bedömare skattar man allvarlighetsgraden och det kan med fördel göras med [C-SSRS](#). Viktigt är att inkludera patientens egen uppfattning om metoden dödlighet, eftersom få patienter är medicinskt utbildade. För att bilda sig en uppfattning om detta kan [SIS](#) användas.

Suicid hos närstående

Det finns stöd för en familjärt betonad risk för suicidförsök och suicid. Huruvida detta är en genetisk betingad risk eller till följd av miljöpåverkan under uppväxt eller resultat av det trauma som självmordet eller suicidförsöket ger är svårt att svara på. Den ökade risken hos närstående motiverar dock [behovet av stöd och interventioner för anhöriga](#) efter att en närstående tagit sitt liv.

Riskfaktorer i familjen

Barn till föräldrar som tagit sitt liv löper nästan dubbelt så stor risk att själva ta sitt liv. Motsvarande risk finns inte hos dem vars föräldrar dött av andra orsaker. Risken trefaldigas om föräldrarnas suicid inträffar när barnet är litet eller i tidiga tonåren. Allvarliga relationsstörningar i familjen är andra riskfaktorer, till exempel patologi som påverkar anknytning och kommunikation, fysisk eller psykisk misshandel, sexuella övergrepp eller omsorgssvikt.

Sociala faktorer eller akuta händelser

Svåra krisreaktioner som t.ex. skilsmässa, hotande separation, ekonomiska svårigheter psykosocial problematik kan utlösa suicidhandlingar även utan psykiatrisk problematik. De psykologiskt svåruthärdliga händelserna kan utlösa suicidtankar och kan accelerera till suicidhandlingar på kort tid men även vara grunden till en mer långvarig depressiv episod med suicidnära tankar och beteende.

För ungdomar kan en separation öka suicidrisken, t.ex. att pojk- eller flickvän som gjort slut, likaså skolsvårigheter och mobbing som upplevs som en allvarlig kränkning. Känslan av att vara annorlunda, isolerad och i avsaknad av stödjande relationer kan öka suicidrisk. Ungdomar som lever i kretsar/ungdomskultur där det förekommer normbrytande kriminellt beteende har också en ökad risk för suicidalt beteende.

Vid inskrivning eller utskrivning från psykiatrisk klinik.

Vid dessa två tidpunkter föreligger en ökad risk för suicidhandling hos en självmordsnära patient. Vid inläggning följs [rutiner för inläggning och övervakning på slutenspsykiatrisk klinik](#). Vid överföring till öppenvård följs rutiner [vid utskrivning från vuxen psykiatrisk slutenvård, barn och ungdomspsykiatrisk slutenvård](#).

3.3. Skattningsskalor

I landstinget dalarna har flera skattningsskalor tidigare använts i den strukturerade suicidriskbedömningen (SAD PERSONS scale, SSI, SIS, MINI suicidmodul). I SBU rapport ([2015, nr 242](#)) dras slutsatsen att det saknas vetenskapligt stöd för att något skattningsskalor har tillräcklig tillförlitlighet för att användas för att förutsäga framtida suicid. Granskningen visar att instrument som SAD PERSONS Scale inte är tillförlitligt och bör inte användas i sin nuvarande form, men kan användas som stöd för erfarna och vid utbildning då de har en hög specificitet men mycket låg sensitivitet. Studier saknas som visar att bedömning av suicidrisk förbättras av att instrument används som komplement till den kliniska bedömningen, men även om det saknas evidens kan skattningsskalor vara användbara ur en pedagogisk synvinkel. Skattningsskalor kan fungera som hjälpmedel om de integreras i samtal och som checklista för att få mer information och då ge ett bättre underlag för bedömning. De skalor som rekommenderas inom landstinget dalarna, och som kan användas som stöd till en strukturerad bedömning är:

3.3.1. C-SSRS

Den vetenskapliga tillförlitligheten av instrumentet C-SSRS är svår att bedöma. C-SSRS utgör en modell som i intervjuform kan vara värdefull vid sammanställning av fyra aspekter:

- Patientens självmordstankar, som även följer "[suicidstegen](#)" som dokumenteras i patientjournalen.
- Intensiteten på självmordstankarna, frekvens, varaktighet och känsla av kontroll.
- Självmordsbeteende som delas upp i faktiska försök, avbrutet försök, uppgivet försök eller en förberedande handling.
- Om den aktuella handlingen var ett faktiskt suicidförsök, vilket kan värdera den potentiella dödligheten eller medicinska skadan.

3.3.2. [SIS \(Suicide Intent Scale\)](#)

SIS kan användas istället för eller som komplement till C-SSRS i det fall patienten gjort ett suicidförsök. Det kan vara av värde att visa på viktiga faktorer när man gör en djupare analys av suicidförsöket inte minst den subjektiva upplevelsen av metodens farlighet, försökets allvarlighetsgrad som C-SSRS saknar.

SIS skattar:

- Objektiva omständigheter kring suicidförsöket (någon närvarande, tidpunkt, förberedelser)
- Subjektiva omständigheter (förväntad utgång, egen reaktion, kvarstående suicidönskan).

3.4. Dokumentation

Strukturerad suicidriskbedömning innebär att man dokumenterar och värderar den information man har inhämtat. Dokumentation i journalen ser olika ut från fall till fall, båden i omfattning och innehåll, men dokumentation ska innehålla en bedömning av suicidrisken och en motivering till bedömningen. Följande bör dokumenteras:

- **Suicidal intention** – Patientens livslust, förekomst av självmordstankar, -planer beskrivs i text. Som underlag används [patient- anhörigsamtalet](#), [C-SSRS](#), [SIS](#).
- **Suicidal kommunikation** - Som underlag används [patient- anhörigsamtalet](#), information från andra vårdgivare, närstående etc.

- **Tidigare suicidförsök** - Beskrivning av tidigare försök. Vad låg bakom, vad utlöste försöket? Allvarlighetsgrad? Som underlag används, [patient-anhörigsamtalet](#), journaluppgifter, [C-SSRS](#), [SIS](#).
- **Beskrivning av övergripande och sjukdomsspecifika riskfaktorer.** Exempelvis kön, sociala faktorer, akuta händelser, sömnstörning, ångest, psykossjukdom, substansberoende, personlighetssyndrom etc.
- Ange i förvalsrutor i journalen var patienten befinner sig på **"suicidstegen"**. Rubriken "ingen suicidrisk" är ej tillämpbar i arbetet med psykiatriska patienter.
- **Motivering av bedömningen** och värdering av den aktuella risken kan indelas grovt i tre nivåer. I denna motivering kan **även faktorer som kan förändra risken på sikt anges** (vad kan öka respektive minska risken). Bedömningen kan resultera i en problem- och behovsformulering. De åtgärder som utförs eller planeras kan noteras under sökordet: Bedömning/åtgärd.

Hög risk	Här finns tydlig suicidal intention/kommunikation och tungt vägande riskfaktorer såsom psykisk sjukdom, tidigare suicidförsök, akuta livshändelser etc. Patienter med hög omedelbar risk vårdas i slutenvård psykiatri, ibland med stöd av LPT.
Svårbedömd risk	Det är svårt att bedöma suicidrisken till följd av bristande samtalsrelation, bristande emotionell kontakt, medvetandesänkning, kraftigt psykotiska tillstånd. Svårbedömd risk utesluter dock inte att suicidrisken kan vara hög. Dessa patienter vårdas ofta initialt inom slutenvård psykiatri tills en mer strukturerad bedömning kan göras. Snabbt återbesök till öppenvården kan även vara en lämplig åtgärd.
Låg risk	Patientsamtalet och resultatet av inhämtad information bedöms som tillförlitligt och den suicidal intentionen/kommunikationen bedöms som låg. Riskfaktorer är få och uppvägs av friskfaktorerna. Dessa patienter kan följas inom öppenvård psykiatri eller exempelvis primärvårdens samtals mottagning för vuxna, barn och unga.

3.5. Rutiner för dokumentation och åtgärd vid barn- och ungdomspsykiatri - skriftlig säkerhetsplan

Barn- och ungdomspsykiatrin i dalarna arbetar efter modellen **skriftlig säkerhetsplan**. De insatser som sker akut i form av samtal som utmynnar i en suicidriskbedömning, ska ligga till grund för en revidering av patientens vårdplan. Fokus är att förhindra fortsatt suicidalt/självskaðebeteende samt att utreda/behandla eventuella bakomliggande psykiatriska diagnoser. Det akuta skyddsbehovet är i fokus tillsammans med god omvårdnad. Alla suicidriskbedömningar med hög suicidrisk följs av en **skriftlig säkerhetsplan** ([sfbup:s riktlinjer för depression 2014](#)) som beskrivs nedan. Säkerhetsplanen förhandlas fram tillsammans med ungdom och familj/anhöriga och inriktar sig på att minska sårbarhet, hantera utlösare och finna strategier för att hantera suicidtankar och impulser.

Skriftlig säkerhetsplan vid hög suicidrisk ska innehålla:

- Värdera och beskriv risk utifrån självmordstankar, suicidalt beteende och riskfaktorer.
- Identifiera stressorer (konflikter, sömn, alkohol mm).
- Identifiera risksituationer eller "triggers".
- Öka stöd från föräldrar – tillgänglighet och "lagom" nivå på tillsyn.
- "Lagom" schema för stabilisering, mat, sömn och aktiviteter.
- Sanera hemmet från tabletter och vapen ([§7 anmälan vapenlagen](#)).
- Strategier vid tilltagande självmordstankar eller ångest.
- Dagligt avstämningssamtal hemma.
- Undvika alkohol och droger.
- Kontaktvägar till sjukvård akut och planerat.

4. Handläggning i öppenvård för vuxna, barn och ungdom.

Vårdprogrammet inkluderar alla patienter som kommer i kontakt med de öppenvård psykiatriska mottagningarna i Dalarna. För alla suicidnära patienter som söker öppenvård psykiatrin ska en kvalificerad bedömning av suicidrisken göras snarast och med stöd av tillgänglig kompetens och profession. En suicidnära patient är alltid prioriterad och återbesök med bedömning av suicidrisk ska upprepas vid flera tillfällen till dess att patienten bedöms vara ur farozonen för suicidalt beteende. Redan i samband med vårdbegäran/remissmottagande ska indikationer på ökad suicidrisk uppmärksammas och bedömas av mottagande personal. Vid första bedömning ska varje patient tillfrågas om förekomst av suicidtankar av ansvarig bedömare.

Bedömningen följer de riktlinjer för [suicidriskbedömning](#) som beskrivs i vårdprogrammet.

Om suicidrisk uppmärksammas under pågående behandling ska en bedömning göras av aktuell behandlare på samma sätt som vid akut bedömning. I öppenvård psykiatri arbetar man ofta med långa vårdförlopp och kroniska sjukdomar där självmordstankar/beteenden kan existera under lång tid, om än i varierande grad.

4.1. Indikatorer på att suicidrisken kan ändras/kan ses vid:

- Akut kris
- Förhöjd ångestnivå
- Försämring/utebliven förändring i depression eller bipolär sjukdom eller tillkomst av psykotiska symtom
- I samband med start/höjning av antidepressiv medicinering
- Ökat alkoholbruk/bruk av droger
- Erfarenhet av behandlingsmisslyckanden, avbrott i vården eller önskan om att bryta behandling i förtid
- Ökad hopplöshetskänsla, om suicidtankar ökar i frekvens och intensitet.
- Om information om självmordstankar eller beteende kommer från anhöriga, övriga vården eller liknande.

4.2. När vi arbetar med suicidnära patienter i öppenvården är det viktigt med:

- **Tillgänglighet:** t.ex. att patienten får komma till mottagningen så ofta som tillståndet kräver och får möjlighet att ringa sin behandlare vid behov.
- **Kontinuitet:** Att patienten träffar en och samma behandlare, och om möjligt, en och samma läkare.
- **Trygghet:** Ge extra tid vid samtal, att erbjuda hembesök, att kontakt med och öppenhet finns för anhörigas oro och varningssignaler.
- **Krisplan:** Involverar andra aktörer, t.ex. anhöriga och psykiatriska akutmottagningen om akutisering av patientens tillstånd sker utanför arbetstid. Krisplanupprättas vid behov och innehåller adekvata steg patienten kan/ska använda sig av, motiverande hemuppgifter, kontaktuppgifter vid försämring. I barn- och ungdomspsykiatri benämns detta som [skriftlig säkerhetsplan](#).

5. Handläggning i slutenvård för vuxna, barn och ungdom.

Patienter med hög risk bör i regel skrivas in på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning. Skälen till detta är att stärka skyddet för patienten, ge möjlighet till observation och utförligare bedömning med syfte att öka precisionen i diagnostiken. En inläggning medger att professionell övervakning kan ske och skapa förutsättningar till en mer bärande vårdrelation. Om patienten vägrar vård kan det bli aktuellt med vård tvångsvård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

5.1. Rutiner vid inläggning

Patienter kan läggas in i slutenvård från olika inskrivande enheter:

- Vuxenpsykiatriska akutmottagningen i Säter
- Från somatisk vårdavdelning efter bedömning av psykiatrisk konsultläkare/sköterska.
- Av läkare från ätstörningsenheten DALA-ABC
- Barnpsykiatriska akutmottagningen i Falun
- Från somatisk vårdavdelning efter bedömning av barnpsykiatrisk konsult.

Ställningstagande till suicidrisk och övervakningsnivå rapporteras till avdelningspersonalen av inskrivande bedömare innan patienten kommer in på avdelningen. Tillsyn och övervakning bör i största möjliga mån ske av ordinarie och erfaren personal. Observationer och samtal dokumenteras då de ligger till grund för de fortlöpande suicidriskbedömningar som utförs av ansvarig läkare.

5.2. Bedömning av övervakningsgrad

Övervakning kan ske i flera grader:

Ny+

Alla patienter oavsett inläggningsorsak eller suicidrisk observeras med tillsyn var 30:e min under 12 timmar på vårdavdelningen eller tills annan bedömning görs av ansvarig läkare. Syftet med detta är att fånga upp eventuella förändringar i mående hos patienten som kan föranleda en ökad risk för suicidhandling. Det ger även ett naturligt tillfälle att personalen tar regelbunden kontakt med patienten och kan besvara frågor som denne kan ha när den kommer ny till en avdelning. Regelbundna observationer ligger även till grund för fortsatta arbetet med diagnostik och för att skapa en god vårdrelation till patienten.

2+

Patienter med bedömd risk för suicidhandling på vårdavdelning observeras med ständig tillsyn enligt 2+. Patienten observeras vid alla situationer på avdelningen om inte ansvarig läkare gör annan bedömning vid exempelvis besök från anhörig, toalettbesök etc. Endast ansvarig överläkare kan avsluta eller sänka tillsynsgraden efter bedömningssamtal. Ansvarig sjuksköterska kan dock ordinera akut tillsyn enligt 2+ om patientens suicidrisk bedöms accelerera på avdelningen. Detta kan ske ex vid negativa besked, stark ångest, tilltagande självskadehandlingar etc. Den ansvariga sjuksköterskan kontakter då ansvarig överläkare eller bakjour för att diskutera beslutet. Ansvarig specialistläkare bedömer dagligen övervakning som sker enligt 2+.

1+

I de fall suicidrisken bedöms låg till svårbedömd kan tillsyn enligt 1+ ordineras som i regel sker med tillsyn var 30:e minut. I de flesta fall sker således en förlängning av övervakningsgrad **Ny+**. Syftet med denna övervakningsgrad är att fånga upp eventuella förändringar i patientens mående som kan påverka suicidrisken. Det kan exempelvis vara en patient där mående inte bedöms som helt stabilt och det kan finnas risk för att suicidtankar uppstår på vårdavdelningen. Tillsyn vid tätare intervaller än 30 minuter kan diskuteras med ansvarig överläkare, men som regel så övervakas alltid patienter med bedömd suicidrisk enligt 2+.

1 + barn/ungdom

I barn och ungdomspsykiatri tillämpas ibland tätare tillsyn, exempelvis var 15:e minut, beslutat av läkare då barn- och ungdomar kan känna en större otrygghet på vårdavdelning och ha ett större behov omhändertagande. Som regel är att personal samtalar med patienten och observerar patientens aktuella mående. Patienten lämnas inte ensam om man misstänker en försämring i patientens mående och ansvarig sjuksköterska eller läkare kontaktas.

5.3. Vård av suicidnära patienter i slutenvård

Behandling inriktas på den medicinska grundsjukdomen och de individuella stressfaktorer som är av betydelse för symtom och suicidalitet. Utredning av patientens suicidalitet följer de riskfaktorer som ses under [suicidriskbedömning](#) där information inhämtas från patient, anhöriga, journaler etc. Vården följer de riktlinjer som ges för vårdenheten och teamet av läkare, sköterska, psykolog, arbetsterapeut, skötare och kurator samverkar i bedömning och behandling.

5.4. Rutiner inför utskrivning av suicidnära patienter, överföring till öppenvård

Inför utskrivning ska uppföljningen planeras med den psykiatriska öppenvården, andra vårdgivare, kommun och anhöriga. Liksom den riskökning som finns vid inskrivning på psykiatrisk klinik så ses en [statistisk ökad risk](#) vid utskrivning som måste beaktas. Med fördel används samordnad vårdplanering som ett sätt att kommunicera behovet av stöd och vård för patienten och vårdplanen ska ge en sammanhållen vårdkedja mellan slutenvård, öppenvård och socialtjänst ([Länsövergripande riktlinjer för särskild individuell plan – SIP](#)) Målsättningen är att öppenvårdspsykiatri ska få så snabb och god kännedom om patienten som möjligt så de har möjlighet att planera instanser inför utskrivning. Remiss vid utskrivning utfärdas alltid enligt rutin som beskriver patientens behov och de eventuella överenskommelser som nåtts vid samordnad vårdplanering.

Det finns patienter med förhöjd suicidrisk där vård inte inleds i slutenvård, exempelvis efter besök på psykiatriska akutmottagningen, eller efter bedömning av konsultteamet/bakjour på somatisk vårdinrättning. I vissa fall så bedömer exempelvis konsultläkare/bakjour att patienten ej fyller kriterier för omhändertagande enligt LPT, men att det finns ett behov av akut omhändertagande i öppenvård. Öppenvården kontaktas då akut per telefon, remiss skrivs och öppenvården kontaktar patienten samma dag som meddelandet kommer från konsultteamet/bakjour. Öppenvården erbjuder en besökstid till patienten inom två dygn enligt [rutin vid suicidförsök 5.1.4](#)

6. Psykiatriska konsultbedömningar av suicidnära patienter inom hälso- och sjukvård i Dalarna

Inom Allmänpsykiatriska kliniken i Falun och akutteamet inom Vuxenpsykiatri Norra-Västra finns ett psykiatriskt konsultteam bestående av en psykiater och konsultsjuksköterska, som har till uppdrag att göra psykiatriska bedömningar av patienter som är inskrivna på somatiska avdelningar vid Falu och Mora Lasarett. Årligen får konsultteamet in ca 500-600 remisser där den vanligaste orsaken är suicidriskbedömningar. En del av dessa patienter har genomfört ett suicidförsök och har ett stort behov av stöd och av en fördjupad psykiatrisk bedömning. Även på öppenvårdsmottagningar i Ludvika och Avesta erbjuds konsultationer kring suicidriskbedömningar.

Då olika enheter inom hälso- och sjukvården i Dalarna har behov av akuta barn- och ungdomspsykiatriska bedömningar dagtid sker de till största delen på

den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagning i länet som patienten tillhör. Då Barn – och ungdomsmedicinska klinikens vårdavdelningar vid Falu lasarett har behov av akuta barn- och ungdomspsykiatriska bedömningar sker de alltid av barnpsykiatrins primärjour.

6.1. Rutiner vid inläggning på psykiatrisk klinik

Bedömer konsultläkaren/bakjour att patienten är i behov av sluten psykiatrisk vård kan patienten omgående skrivas in på avdelning 60, 65, 68 i Falun eller någon av avdelningarna 90, 93 eller 95 i Säter.

6.2. Rutiner för övervakning av suicidnära patienter på somatisk vårdavdelning

Bedöms en suicidnära patient på en somatisk vårdavdelning vara i behov av extra tillsyn så ansvarar den berörda avdelningen för detta. Om ett vårdintyg utfärdas på den somatiska avdelningen ska ansvarig konsultläkare/bakjour från psykiatrin snarast möjligt utföra bedömning av vårdintyget (om inte annat överenskommes). Överförs patienten till LPT och har behov av fortsatt somatisk vård och tillsyn så övergår ansvaret på psykiatrin och slutenvårdspsykiatri för fortsatt övervakning av patienten.

6.3. Rutiner efter suicidnära handling då patient inte läggs in på slutenvården

Bedömer konsultläkaren/bakjour att patienten inte har behov av inläggande vård efter en suicidnära handling, kontaktas den berörda öppenvården som har till uppgift att erbjuda och kalla patienten för ett första bedömningssamtal inom 48 timmar. Patienten kontaktas samma dag av öppenvården för att få tid till behandlare på öppenvården. Remiss skrivs av konsultläkare/primärjour och diktat skrivs ut så snart som möjligt så öppenvården får de bästa förutsättningarna för att fortsätta bedöma suicidrisken.

APPENDIX

1. Sjukdomsspecifika riskfaktorer för suicid/suicidförsök.

1.1. Substansberoende

Enligt Socialstyrelsens rapport (Nationella riktlinjer för stöd och vård vid beroende, 2015) har personer med missbruk eller beroende av alkohol och samtidigt depressionssymtom ökad risk för suicidalt beteende. Det finns stöd för sambandet mellan substansberoende och suicid, speciellt hos yngre människor och personer med diagnos schizofreni. I många självmordsförsök samt i en till två tredjedelar av alla självmord finns det alkohol med i bilden. I studier, där personer med substansberoende av alkohol, följts upp visas det att 8-21 % av dessa med tiden dör i självmord. Tidigare suicidförsök är den största riskfaktorn för suicid hos människor med substansberoende.

Det finns bland annat psykosociala, psykologiska och biologiska förklaringar till sambandet mellan substansberoende och suicid. Alkohol och många droger kan minska hämningarna och förstärka suicidala impulser. Viktigt steg i att förhindra självmord hos en person med substansberoende är att behandla beroendetillståndet.

1.2. Depressionssyndrom

Depression är starkt relaterad till ökad risk för suicid där risken korrelerar starkt med graden av depression, men suicid inträffar även vid vad som förefallit vara lätt till måttlig depression. Depressiva vanföreställningar tillhör ökade riskfaktorer, liksom hopplöshetstankar och tankar om att "anhöriga har det bättre utan mig". Övriga symtom vid depression som sömnstörning och ångest kan accentuera suicidrisken och bör behandlas aktivt.

Suicidrisk ska alltid värderas och följas noga när depressiva symtom observeras. Arbetet inriktas på omsorgsfull behandling av sjukdomen med optimering av eventuell farmakologisk- och terapeutisk behandling med täta återbesök så länge suicidrisk kvarstår. Då depression är ett vanligt tillstånd men suicid relativt ovanligt har man försökt finna metoder att identifiera deprimerade patienter med hög risk för suicid. Något instrument med tillräcklig sensitivitet och specificitet för att ha något kliniskt värde har man inte kunnat skapa, varför suicidrisk måste beaktas i varje fall av depressivitet.

1.3. Ångestsyndrom

Ångest kan innebära obehagliga och skrämmande kroppsliga upplevelser och symtom som liknar dem som uppkommer vid ett verkligt hot mot en individs liv och säkerhet. Ångestreaktioner är vanliga, dels som enstaka fenomen, dels som en del av symtombilden vid de flesta psykiatriska sjukdomstillstånd (depressionssyndrom, psykossjukdomar) och som sekundärsymtom vid kroppsliga sjukdomar.

Personer med ångestsjukdom och patienter med ångestsymtom löper en ökad risk för suicid och suicidförsök. Ökad risk ses vid tidiga förluster, trauman och sömnstörning. Alla ångestsyndrom är förknippade med en ökad mortalitet, framförallt i självmord. Arbetet inriktas på omsorgsfull behandling av sjukdomen med optimering av eventuell farmakologisk- och terapeutisk behandling med täta återbesök så länge suicidrisk kvarstår.

1.4. Personlighetssyndrom

Personlighetssyndrom är allvarliga tillstånd som ger upphov till stort lidande och funktionsstörning. Omkring 10 procent av befolkningen uppskattas ha en eller flera personlighetssyndrom. Enligt några studier om människor som söker psykiatrisk hjälp har omkring hälften ett personlighetssyndrom.

Självskadebeteende, självmordsförsök och genomförda suicid är vanligare i denna grupp. Suicidrisk är ett återkommande problem för patienter med olika personlighetssyndrom. Framst gäller detta vid borderline personlighetssyndrom, där självskadebeteende med åtföljande risk för självmord är en vanlig del av symtomatologin. Personlighetssyndrom är en bidragande och förstärkande faktor till suicid i samband med depression eller substansberoende.

1.5. Psykossjukdomar

Schizofreni är en av de diagnoser som är starkast kopplad till ökad risk för suicid. Livstidsrisken för suicid är beräknad till ca 5 % och över hälften har under sitt liv självmordstankar. Patienter med psykossjukdom tenderar att använda mer våldsamma suicidmetoder än andra och vid långtidsuppföljning efter suicidförsök är dödligheten i suicid första åren efter ett självmordsförsök hög. Inga särskilda skattningsskalor har visat sig värdefulla i bedömning av suicidrisk i denna grupp, utan risken värderas utifrån de kända faktorer som finns hos befolkningen i övrigt såsom manligt kön, depression, tidigare suicidförsök, missbruksproblematik, akuta förluster och sociala faktorer. Psykotiska kärnsymtom som hallucinationer spelar en mindre roll för

suicidrisken, men symtom som agitation/oro och rädsla för mental upplösning är specifika risksymtom för gruppen. Värt att beakta är den ökande risken vid bristande följsamhet till föreslagen behandling. Ökad risk finns för personer med psykossjukdom som inte behandlas med antipsykotisk medicinering, vilket har fått genomslag i Socialstyrelsens rekommendationer om behandling vid psykossjukdom.

1.6. Autismliknande tillstånd och ADHD

Det finns ingen tydlig evidens för förhöjd suicidrisk vid enbart ADHD och autismspektrumtillstånd. I och med att impulsivitet är ett av symtomen vid ADHD kan detta utgöra en risk för suicid vid depression och andra psykiatriska sjukdomstillstånd. Psykisk samsjuklighet hos en person med ADHD kan förhöja suicidrisken.

Att beakta vid ADHD OCH psykisk sjukdom är om patienten samtidigt har: missbruk, många misslyckanden och bakslag i sitt liv, låg självkänsla, impulsivitet vid hopplöshetskänsla, bristande konsekvenstänkande.

Att beakta vid Autismspektrumtillstånd och psykisk sjukdom: oflexibelt fungerande, få sociala kontakter, utanförskap, ensamhet, brist på konsekvenstänkande, brist på skyddande faktorer.

1.7. Kroppslig sjukdom

Fysisk sjukdom är en oberoende riskfaktor för suicid. Hos framför allt äldre män är fysisk sjukdom kopplat till högre risk när man kontrollerat för depression och sociala faktorer. Ökningen är snarast kopplad till den funktionsnedsättning som den kroppsliga sjukdomen ger. Förlust av autonomi, frihetsbegränsning och minskat självförtroende/självkänsla kan hos vissa individer utlösa suicidal tankar och kan även leda till depressiva tillstånd. Patienter kan resonera att livet förlorat sin mening när man på grund av sjukdom hindras att leva sitt liv fullständigt. Depressiva tankar där personen ser sig som en belastning för omgivningen är en riskfaktor.

Handläggningen av dessa tillstånd kan vara komplicerade eftersom den psykiatriska vården har begränsade kunskaper och resurser att utreda och behandla funktionshindret eller sjukdomen. Samarbete med den somatiska vården är nödvändigt för att nå målet att förbättra funktionsförmåga och så även minska suicidalitet. Det rekommenderas att tänka i ett bredare perspektiv och inkludera teamet inom somatisk vård (läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast, dietist, specialistsjuksköterska) för utredning och kartläggning av specifika

stödinsatser. Målsättning att patienten återfår funktionsförmåga och känsla av kontroll över sitt liv och sina funktioner. Psykiatrin bidrar med suicidriskbedömningar, psykiatrisk diagnostik och behandling. Tillstånd som depression kan försämra en rehabilitering genom hopplöshetskänsla och bristande motivation hos patienten. Depression och ångest är således viktiga tillstånd att diagnostisera och behandla hos patienter med somatisk ohälsa.

1.8. Bipolära syndrom

Vid bipolär depression anses livstidsrisken för självmord vara mellan 10-15 %, där risken är mest påtalad vid bipolärsjukdom typ I. Tidigare suicidförsök samt hopplöshet anses vara de två faktorer som är starkast kopplade till suicid hos personer med bipolär sjukdom. Depression vid bipolär affektiv sjukdom innebär en särskild risk genom den instabilitet som kan finnas vid denna sjukdom. Depressiva symptom kan komplicera andra sjukdomstillstånd och då försämra situationen och medföra suicidrisk.

Förebyggande medicinering och psykoterapi kan hjälpa till att svängningarna i humöret minskar och att man slipper återfall/suicidförsök. Patientens kännedom om sin sjukdom kan hjälpa att förhindra återfall.

2. Rutiner vid fullbordad suicid

2.1. Stöd till anhöriga

Suicid eller suicidförsök innebär stora påfrestningar för familjen och den nära omgivningen. Det sorgearbete som följer efter ett självmord är oerhört tungt och svårt för de närstående. Sorg och saknad blandas med känslor av skuld, skam och ilska på ett sätt som överstiger det "normala" sorgearbetet. Anhöriga har upplevt att stödet från omgivningen varit för svagt eller helt uteblivit, då vänner och bekanta känt sig osäkra i mötet med de anhöriga. Följande bör man tänka på och förslag på hjälp och stöd som kan erbjudas anhöriga när suicid har inträffat i familjen:

2.1.1. Kontakt med anhöriga

Efterlevande skall informeras omedelbart och vid personligt möte om suicid inträffar inom vården. Information bör inte lämnas via telefon. Distriktssköterska eller präst på orten kan användas om det underlättar snabb

och personlig information och den medicinskt ansvarige läkaren skall lämna sin bedömning i tidigt skede om patienten och detaljer kring situationen vid tillfället. Emotionellt stöd, information om offentliga procedurer, utredningar, inkl. förklaring av obduktion och annan dokumentation skall stödjas med.

2.1.2. Fortsatt stöd till anhöriga

Anhöriga bör få tillgång till fortsatt stöd i anpassade former, samtal/terapi kan vara en viktig del i det självmordsförebyggande arbetet då suicid i en familj tenderar att öppna vägen för suicidala handlingar även hos andra familjemedlemmar, både i det akuta skedet och längre fram i tiden. Familjemedlemmarna kan behöva stöd och bearbetning i varierande omfattning och under olika lång tid utifrån individuella behov.

Om det finns barn under 18 år i bilden, som drabbas särskilt hårt av en förälders död i självmord ska information om hur man kan stödja barn erbjudas. Föräldrar som förlorat ett barn behöver ett långsiktigt stöd. Syskon som förlorat en bror eller syster har behov av ett extra stöd vid sidan av föräldrarnas sorg, och kännedom att reaktioner hos syskon kan komma långt senare är av vikt. Om familjen inte önskar hjälp omedelbart efter dödsfallet är det önskvärt att man från sjukvårdens sida höra av sig per telefon efter en tid och fråga de anhöriga om de önskar kontakt.

2.1.3. Kontaktinformation

SPES är en anhörigförening där föräldrar, barn och ungdomar kan få möta medmänniskor med erfarenheter av självmord inom familjen eller bland vänner. Föreningen har en hemsida: www.spes.se samt en telefonjour som är öppen dagligen mellan 19:00 – 22:00, telefonnummer **08-34 58 73**.

Mind är en ideell förening som arbetar med psykisk hälsa och sprider kunskap och driver stödverksamhet för personer som tänkt på självmord och anhöriga som förlorat sina familjemedlemmar i självmord. Föreningen har en hemsida: www.mind.se samt självmordslinjen på telefonnummer 901 01 och chatt dygnet runt, Äldretelefonen: **020-22 22 33**, vardagar kl. 10-15 och Föräldratelefonen: **020-85 20 00**, vardagar kl. 10-15.

2.2. Handlingsplan för personal vid suicid

2.2.1. När ett fullbordat suicid har inträffat i öppenvård psykiatri,
[Se rutin vid suicidförsök 5.1.4](#)

2.2.2. När ett fullbordat suicid har inträffat på vårdavdelning,
[Se rutin vid suicidförsök 5.1.4](#)

2.3. Lex Maria

Suicid som sker under pågående behandling inom sjukvården, eller inom fyra veckor efter avslutad vårdkontakt, ska alltid anmälas enligt Lex Maria (enl. 6 kap. 4 § i Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område -SFS 1998:531). Samma regel gäller ett självmordsförsök som föranletts av brister i undersökning, vård eller behandling.

Rapporten skall skrivas av patientansvarig läkare för vidarebefordran till Verksamhetschef eller Chefläkare. Lex Maria-anmälan ska också innehålla en intern utredning genomförd av kliniken. [Närmare anvisningar, rutiner, checklistor och tillhörande dokumentation](#) finns på INTRA.

3. Bilagor

- Bilaga 1 *Förslag till nationellt program för suicidprevention*. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9448/2006-107-23_200610723.pdf
- Bilaga 2 Självmordsstegen – Navet.
http://navet.ltdalarna.se/PageFiles/5105/bilaga2_suicid.pdf
- Bilaga 3 SIS
http://www1.psykiatristod.se/Global/Psykiatristod/Bilagor/suicid/Suicide_Intention_Scale.pdf
- Bilaga 4 C-SSRS
http://www1.psykiatristod.se/Global/Psykiatristod/Bilagor/suicid/C-SSRS-Baseline_sv090114.pdf
-

4. Källor

DSM-5

Herlofson, J., Ekselius, L. *Personlighetsstörningar*. Kapitel i Herlofson m fl (red): Psykiatri (Studentlitteratur 2009).

Kåver, A., Nilsonne, Å. *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning*, Natur & Kultur, 2002.

NASP, Självmord i Sverige, Data 1980-2014. ISBN: 978-91-87517-23-5, 2016

NASP, Självmordsförsök i Sverige, Data 1987-2014. ISBN: 978-91-87517-25-9, 2015

Runesson, B (2000). *Vuxna: Suicidala kriser och psykisk störning*, I Beskow, J (Red.), *Självmord och självmordsprevention om livs avgörande ögonblick*, Lund, Studentlitteratur.2000

Rydén, G, Wallroth, P. *Mentalisering. Att leka med verkligheten*, Natur & Kultur, 2008.

SBU. *Instrument för bedömning av suicidrisk.*, 2015

Sher, L, *Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overie*, Acta Psychiatr Scand 2006: 113:13-22.

Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut, 2006. *Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade strategier och åtgärdsförslag*.

Socialstyrelsen, 2011 *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*.

Socialstyrelsen, 2013. *Barn som far illa eller riskerar att fara illa. En vägledning för hälso-och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar*.

Socialstyrelsen. *Nationella Riktlinjer för Vård och Stöd vid missbruk och Beroende*, 2015

Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013. *Suicidnära patienter – kliniska riktlinjer för utredning och vård*.

Svenska Psykiatriska Föreningen, 2006. *PERSONLIGHETSSTÖRNINGAR – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*,

Wallroth, P. *Mentaliseringsboken*, Karneval förlag, 2010.

Wasserman, D., 2001. *Suicide – An unnecessary death*, Martin Dunitz, London.

5. Arbetsgrupp

Eva Haglund
Sjuksköterska, Länsvuxenpsykiatri Falun/Säter, Falun

Henric Jansson
Överläkare, Länsvuxenpsykiatri Falun/Säter, Falun

Görel Johannesson
Kurator, Vuxenpsykiatri Mellersta Dalarna och Västerbergslagen, Ludvika

Marielle Lindgren Welander
Sjuksköterska, Vuxenpsykiatri Norra och Västra Dalarna, Rättvik

Per Munkhammar
Anhörig samt ordförande i anhörigföreningen SPES Dalakrets.
(Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd)

Irma Nyberg
Psykoterapeut, Barn och Ungdomspsykiatri Dalarna, Falun

Tanja Krigsman
Utbildningsledare, Psykiatrins Utvecklingsenhet, Säter