
Suicidprevention; Vårdprogram för Vuxna

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	2
2	Viktiga budskap	3
3	Inledning	4
4	Bakgrund.....	5
4.1	Utveckling av suicid i Sverige	5
4.2	Suicid i folkhälsoperspektiv	6
4.3	Suicidalitet vid psykisk sjukdom	6
4.4	Suicidnära patienter inom primärvården	7
4.5	Suicidalitet vid somatisk sjukdom.....	7
4.6	Suicidalitet hos äldre	7
4.7	Biologiska markörer för suicid.....	8
5	Diagnostik.....	8
5.1	Upptäcka patienter med ökad suicidrisk	8
5.2	Risk och skyddsfaktorer	9
5.3	Strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk.....	10
5.4	Instrument för suicidriskbedömning	12
5.5	Vårdsnivå.....	13
6	Behandling	14
6.1	Vårdplan	14
6.2	Beakta patientsäkerhet för suicidnära patienter	15
6.3	Säkerhet vid heldygnsvård	16
6.4	Säkerhet vid öppenvård.....	16
6.5	Behandling av bakomliggande sjukdom	16
7	Uppföljning och utvärdering.....	17
	Uppföljning av behandlingsinsatser för den enskilde patienten.....	17
7.1	Utvärdering - Förslag till kvalitetsindikatorer.....	18
8	Rekommendationer för stöd och omhändertagande efter att suicid inträffat	19
8.1	Stöd till anhöriga	19
8.2	Stöd till medpatienter	20
8.3	Stöd till personal.....	20
8.4	Avvikelsehantering, vårdskadeutredning/ händelseanalyser och Lex Maria-anmälan 21	
9	Bilagor	21
9.1	21
9.2	Referenser.....	21

1 Sammanfattning

Vårdprogrammet för suicidprevention för vuxna är länsövergripande och riktar sig till all personal inom sjukvården med syftet att ge stöd att identifiera, bedöma och handlägga patienter med ökad suicidrisk. Till stora delar är innehållet relevant oavsett ålder, men för riktlinjer och rutiner för suicidprevention riktat till barn och unga hänvisas till Barn- och ungdomspsykiatri.

[Deplyftet, suicidriskbedömning](#)

Patienter med ökad suicidrisk återfinns inom alla verksamheter i sjukvården. Kunskap om tidiga varningstecken och systematisk bedömning av suicidrisk och om åtgärder för att minska risk för suicid är därför en förutsättning för effektiv suicidprevention.

All hälso- och sjukvårdspersonal ska i samtal med patienter våga prata om tankar och planer på suicid, ha kunskap om statistiska risk- och skyddsfaktorer, kunna uppmärksamma individuella stressfaktorer vid det aktuella tillfället samt kunna säkerställa att ytterligare insatser/åtgärder kommer till stånd. Strukturerade bedömningsinstrument ska användas som hjälpmedel för att ge struktur till samtal kring suicidalitet, för att säkerställa att relevant och enhetlig information kommer fram och som grund för fortsatta åtgärder. Att enbart negeta suicidtankar är ingen suicidriskbedömning!

En fördjupad bedömning och värdering av självmordsrisk är komplex och innebär en sammanvägd klinisk bedömning byggd på ett grundligt omsorgsfullt samtal med individen kring livssituation i stort, sociala och existentiella aspekter, tidigare och aktuell suicidavsikt samt av den kliniska sjukdomsbilden inklusive missbruksproblematik. Individens delaktighet är viktig och uppgifter från närstående ska aktivt efterfrågas för att komplettera beskrivningen.

Som kunskapsunderlag finns numera [Vård och insatsprogram VIP](#) inom fem områden; Adhd, depression och ångest, missbruk och beroende, självska debeteende samt schizofreni och likande tillstånd.

I samtliga VIP:ar finns informativa texter som suicidrisk och klinisk bedömning av suicidrisk [Sökresultat om suicidrisk i vård och insatsprogrammen](#)

2 Viktiga budskap

- **Våga fråga – patienter berättar ofta vilken lättnad det var att någon talar klarspråk**
- **Gör en strukturerad suicidriskbedömning och dokumentera**
- **Samverka med anhöriga**
- **Upprätta vårdplan tillsammans med patient och dokumentera i journal**
- **Säkerställ fortsatta insatser; utredning och behandling för bakomliggande tillstånd för att på sikt minska suicidrisken**
- **Upprätta Samordnad individuell plan (SIP) för att säkerställa kontinuitet och samverkan i samband med vårdövergångar mellan olika vårdgivare och olika huvudmän**

- **Ett bemötande som bygger på medkänsla, respekt och värdighet har stor betydelse för den suicidnära patienten och dennes närstående i alla kontakter med hälso- och sjukvården. All personal ska ha specifika kunskaper för att i sitt uppträdande kunna förmedla detta.**

- **Barn till suicidnära förälder ska särskilt uppmärksammas och erbjudas kontakt och stöd.**

3 Inledning

Vårdprogrammet för suicidprevention vuxna är länsövergripande och riktar sig till all personal inom sjukvården med syftet att ge stöd att identifiera, bedöma och handlägga patienter med ökad suicidrisk. Till stora delar är innehållet relevant oavsett ålder, men för riktlinjer och rutiner för suicidprevention riktat till barn och unga hänvisas till Barn- och ungdomspsykiatri.

Suicidnära patienter återfinns inom olika verksamheter i sjukvården; psykiatri, primärvård, akutkliniker, geriatrik, beroende- och missbruksvård, samt i den övriga somatiska vården.

All hälso- och sjukvårdspersonal ska i samtal med patienter våga fråga och samtala om tankar och planer på suicid, ha kunskap om statistiska risk- och skyddsfaktorer, kunna uppmärksamma individuella stressfaktorer vid det aktuella tillfället samt kunna säkerställa att ytterligare insatser/åtgärder kommer till stånd.

Bedömning och värdering av självmordsrisk innebär en sammanvägd klinisk bedömning byggd på ett grundligt och omsorgsfullt samtal med individen kring psykisk sjuklighet, missbruksproblem, livssituation i stort samt sociala och existentiella aspekter. Tidigare och aktuell suicidavsikt liksom den kliniska sjukdomsbilden inklusive missbruksproblematik ska också vägas in i bedömningen. Individens delaktighet är viktig och uppgifter från anhöriga ska aktivt efterfrågas för att komplettera beskrivningen.

Det saknas i nuläget vetenskapligt stöd för att något skattningsinstrument är tillräcklig tillförlitlighet för att användas för att förutsäga framtida suicid. Validerade bedömningsinstrument fyller ändå en viktig pedagogisk roll genom att fungera som hjälpmedel för att ge struktur till samtal kring suicidalitet, för att säkerställa att relevant och enhetlig information kommer fram och som grund för fortsatta åtgärder.

Att enbart negera suicidtankar är ingen suicidriskbedömning!

Mål

- All personal ska ha specifika kunskaper för att i sitt uppträdande kunna förmedla medkänsla, respekt och värdighet för den suicidnära patienten och dennes närstående.
- All personal ska ha en grundläggande kunskap om suicidprevention och en god kunskap om innehållet i vårdprogrammet och känna till var ytterligare information finns att hämta
- All hälso- och sjukvårdspersonal ska våga fråga om tankar och planer på suicid
- All hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna använda ett enkelt strukturerat bedömningsinstrument, ex suicidstegen, som stöd vid samtal med en patient och kunna värdera risk- och skyddsfaktorer.
- Alla nya patienter som kommer i kontakt med psykiatri ska bedömas gällande suicidrisk i enlighet med riktlinjer i vårdprogrammet.
- Alla patienter som gjort suicidförsök ska bedömas/ha fått kontakt med psykiatri inom ett dygn.
- Alla suicidriskbedömningar ska dokumenteras i enlighet med riktlinjer i vårdprogrammet.
- Alla suicidnära patienter ska ha en tydlig och dokumenterad vårdplan och vid behov samordnad individuell plan (SIP).
- Barn till suicidnära förälder ska särskilt uppmärksammas och erbjudas kontakt och stöd.

Den enskilt högsta statistiska riskfaktorn för suicid är tidigare suicidförsök.

För samtliga patienter som gjort suicidförsök gäller därför att:

- **bedömning från specialistpsykiatri ska ske inom ett dygn**
- **strukturerad uppföljning ska erbjudas under minst ett år**

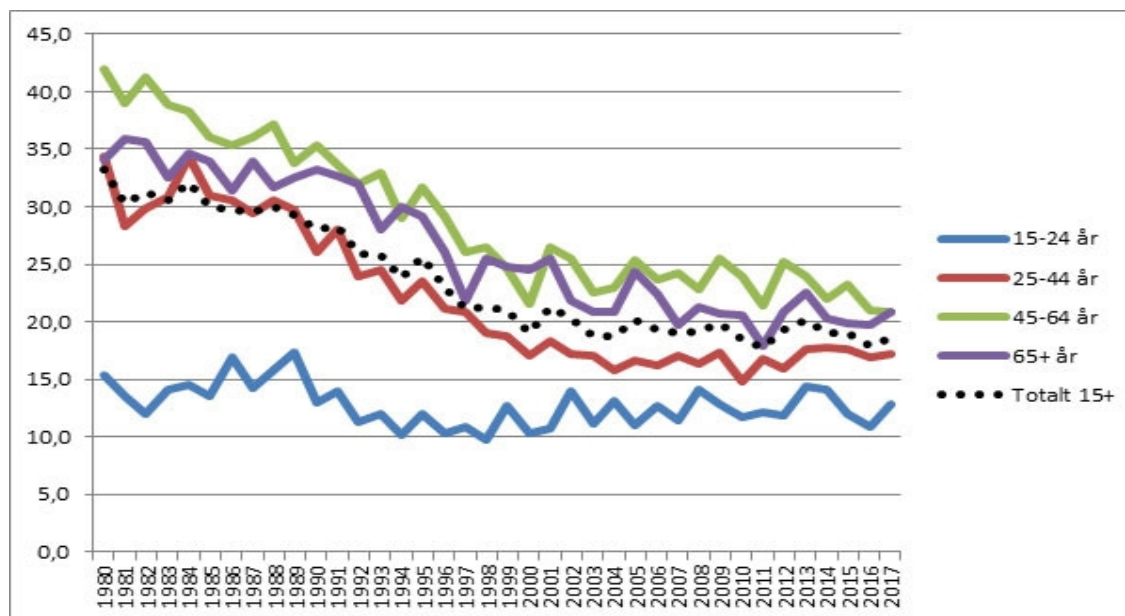
Vårdprogrammet är inte en heltäckande kunskapsöversikt av området. Mera information finns även i de [Nationella vård och insatsprogrammen](#) som alla innehåller texter om suicidprevention. Se även Folkhälsomyndighetens sida [Suicidprevention.se](#) och [NASP](#) (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa) med sidan om rekommendationer för suicidpreventiva insatser RESPI <https://respi.se/om-respi/>

4 Bakgrund

4.1 Utveckling av suicid i Sverige

Varje år dör ca 1500 personer i Sverige genom suicid, vilket motsvarar fyra personer varje dygn året runt. Det är fem gånger fler som dör genom suicid än som dör i trafiken under ett år. Sett ur ett internationellt perspektiv ligger Sveriges självmordstal omkring EU-genomsnittet. Genom trendanalys som genomförts på NASP konstateras en ökning av självmord med knappt en procent per år i åldersgruppen 15-24 år. Den ökande trenden tycks ha börjat runt år 1994 och fortsätter att stiga. I de äldre åldersgrupperna (över 25 år) minskade självmorden från 1980 fram till ungefär år 2000, vartefter minskningen avstannat och ligger någorlunda konstant.

I alla åldersgrupper i nästan hela världen är män överrepresenterade vad gäller dödlighet i suicid. I Sverige är det mer än dubbelt så många män som kvinnor som begår självmord. Andra överrepresenterade grupper i Sverige är HBTQ-personer och utlandsfödda. För män i åldrarna 15–44 år är suicid den vanligaste dödsorsaken, och för kvinnor i samma åldersgrupp är suicid den näst vanligaste dödsorsaken.



Självmord (säkra och osäkra) per 100 000 invånare för olika åldersgrupper i Sverige, 1980-2017

Enligt uppgifterna från Socialstyrelsens dödsorsaksregister avled 48 personer i Östergötland under 2014 till följd av suicid. Antal självmord per 100 000 invånare över 15 år (suicidtalet) i Östergötland ligger därmed på 11,2 jämfört med 11,8 för riket som helhet.

Valet av metod påverkas av kulturella förebilder, tillgången till suicidmedel och kunskapsnivån. I Sverige var enligt uppgifter från (NASP 2016) förgiftning den vanligaste metoden (36%), följt av hängning (31%) och skjutning (8%). Män väljer oftare mera aktiva, drastiska metoder.

För varje fullbordat suicid räknar man med cirka 10-20 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.

4.2 Suicid i folkhälsoperspektiv

Självmord är ett allvarligt folkhälsoproblem men innebär framför allt en mänsklig tragedi som i stor utsträckning även påverkar närstående, familjer, vänner och kollegor. Det medför stort individuellt lidande men också samhällsekonomiska förluster av stor omfattning, enligt rapport från Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap (MSB), (Ryen 2015)

Flera olika faktorer påverkar förekomsten av suicid och suicidförsök: psykisk hälsa, ogynnsamma livshändelser, biologiska och genetiska faktorer, psykologiska och sociala faktorer liksom tillgång till medel för suicid, exempelvis utformningen av den fysiska miljön vid broar och spårområden. Att förebygga suicid kräver därför ett brett arbete som involverar flera olika samhällsaktörer.

År 2008 antog riksdagen åtgärdsområdena i förslaget till ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention. Samtidigt uttrycktes en tydlig vision för arbetet; ”**ingen människa ska behöva hamna i en sådan situation att självmord ses som den enda utvägen**”. Flera strategiska åtgärdsområden för arbetet med att minska suicid finns beskrivna i det nationella handlingsprogrammet. [Läs mer om Nationell samordning och handlingsprogram för suicidprevention](#)

Begrepp

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.

Suicidalitet - Att tänka på, planera och genomföra ett suicidförsök eller suicid.

I begreppet **suicidnära** patienter inbegrips personer som

- Nyligen (under det senaste året) har gjort suicidförsök
- Har allvarliga suicidtankar och där suicidrisk bedöms föreligga under den närmaste tiden
- Utan att ha allvarliga suicidtankar på grund av omständigheterna i övrigt bedöms vara i farozonen för suicid

4.3 Suicidalitet vid psykisk sjukdom

Psykisk sjukdom ökar risken för suicid. Särskilt uttalad är risken vid affektiv sjukdom (unipolär/bipolär depression), substansmissbruk/beroende, schizofreni, borderline (emotionellt instabil) personlighetsstörning (Arsenault-Lapierre et al. 2004; Bertolote 2004; Qin 2011; Salander Renberg and Svenska psykiatriska föreningen 2013).

Andra personlighetsstörningar (antisocial, narcissistisk) samt neuropsykiatriska diagnoser (ADHD, autism), särskilt hos män (Qin 2011) är kopplade till ökad suicidrisk. Suicid har även kopplats till flertalet ångesttillstånd samt till posttraumatiskt stress.

Särskilt riskabla är tillstånd med flera diagnoser, som till exempel samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och beroende missbruk eller mellan depression och PTSD. Enligt retrospektiva genomgång har mellan 75-90 % tecken på psykisk sjukdom vid tiden för suicid (Arsenault-Lapierre et al. 2004; Bertolote 2004).

4.4 Suicidnära patienter inom primärvården

Inom primärvården behandlas ett stort antal patienter med depression, krisreaktioner och olika ångesttillstånd. Patienter söker ofta initialt för andra besvär, som t.ex. sömnstörning, smärtproblematik, ökad irritabilitet eller oro, som kan vara tecken på depression. Personer med alkohol- och drogproblem kan bli aktuella inom primärvården. Även dessa patienter söker ofta för andra ospecifika besvär.

Primärvårdens huvuduppgift är att identifiera och behandla lätt till medelsvår psykisk ohälsa/sjukdom, fånga upp och värdera suicidalitet och vid hög eller svårbedömd suicidrisk remittera vidare till specialistpsykiatri. Se vidare under avsnitt diagnostik.

Svenska studier har visat att utbildning av distriktsläkare i diagnostik och behandling av depression kan leda till minskat antal suicid i populationen (Rutz et al. 1989; Rutz et al. 1992). Utbildning behöver dock upprepas regelbundet, för att de goda effekterna skall bestå (Mann et al. 2005).

4.5 Suicidalitet vid somatisk sjukdom

Suicidrisken kan vara förhöjd vid kronisk somatisk sjukdom där sjukdomsförlopp leder till smärta och förlust av funktion som exempelvis kronisk lungsjukdom, cancersjukdomar (Druss and Pincus 2000), neurologiska sjukdomar (ALS, MS, epilepsi) (Coughlin and Sher 2013), Huntingtons sjukdom, kronisk smärta (Tang et al. 2015), där känslan av mental uppgivenhet kan bidra till den ökade suicidrisken.

Särskilt stor blir suicidrisken om det finns samtidig psykisk sjukdom, t.ex. depression, varför symptom för depression bör undersökas och behandlas hos dessa patienter. Depression är inte alltid lätt att skilja från normal psykologisk reaktion på svår sjukdom. Även om det finns evidens för att depression kan öka suicidrisken vid cancersjukdom så är evidensen för behandling med antidepressiva svag och än så länge inte konklusiv (Ostuzzi et al. 2015).

Patienter som gjort suicidförsök vårdas ofta först inom somatisk akutsjukvård. Därför behöver läkare och vårdpersonal på akutmottagningar vara medvetna om suicidrisken och ha god kunskap om suicidriskbedömning. Dessa patienter ska inte skrivas ut innan psykiatrisk bedömning är gjord.

4.6 Suicidalitet hos äldre

Åldrandet är ofta förenat med förlust av hälsa, status, tidigare roller, relationer och av kontroll över den egna situationen. Ensamhet, bristande nätverk (Fassberg et al. 2012), alkoholproblem, somatisk sjukdom (Waern et al. 2003) ökar risken för suicid.

Suicid och suicidförsök hos äldre är sällan en impulshandling utan är ofta associerade med en stark suicidintention, och talar för en fortsatt ökad suicidrisk. Äldre personer väljer ofta våldsammare suicidmetoder, men även s.k. passiva suicid kan förekomma, då personen slutar äta och dricka.

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, inte

nedstämdhet. Äldre med depression beskriver 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.

4.7 Biologiska markörer för suicid

Risken för suicidförsök har till 30 – 55 % uppskattats härröra från biologisk ärftlighet, med generellt högre heritabilitet vid allvarliga suicidförsök. Identifieringen av ärftliga biologiska faktorer till suicidrisken har ökat förståelsen för mekanismer bakom suicidalt beteende. Låg nivåer av serotoninmetaboliten 5-HIAA i liquor, först beskrivet i Sverige, är ett av de mest replikera fynden kopplade till ökad suicidrisk. Det finns även en koppling till aggressivitet och impulsivitet (Asberg et al. 1976; Moberg et al. 2011). Författarnas egen tolkning av dessa data har varit att den nedsatta centrala serotoninomsättningen inte i sig bidrar till suicidalt tankeinhåll, utan istället bidrar till den nedsatta impuls kontroll som gör att sådant tankeinhåll, när det väl finns, kommer till uttryck i handling.

Modern neurobiologisk forskning beskriver en stress (state) och sårbarhets (trait) modell (van Heeringen and Mann 2014), där trauman tidigt i livet genom epigenetiska förändringar hos sårbara individer kan leda till förändringar bland annat i serotonin metabolismen, som kliniskt kan visa sig i beteenden och drag som ökar risk för suicid. Det kan vara försämrad emotionell kontroll, pessimism, reaktiva-aggressiva drag, nedsatt problemlösningsförmåga, överreaktivitet till negativa sociala stimuli, överdriven emotionell smärta.

5 Diagnostik

5.1 Upptäcka patienter med ökad suicidrisk

Patienter med ökad suicidrisk finns inom många olika verksamheter inom hälso- och sjukvården. Därför behöver all vårdpersonal ha kännedom om hur man tidigt identifierar ökad suicidrisk.

Det viktigaste budskapet är att våga fråga. Det aldrig farligt att tala om suicidtankar. Det är det viktigaste verktyget för bedömning av suicidrisken och innebär samtidigt en krisintervention genom att erbjuda personen möjlighet att öppet få uttrycka sig kring sina svårigheter och tankar. Det innebär också att det bemötande och den omvårdnad en patient får i det initiala skedet kan vara avgörande för den fortsatta behandlingen. Vid suicidriskbedömning krävs att tillräckligt med tid avsatts.

All personal i patientnära arbete ska vara medvetna om risk och skyddsfaktorer för suicid och kunna identifiera tidiga varningstecken och veta vilka åtgärder man ska vidta.

Akuta situationer utanför sjukvårdsinrättning

Sjukvårdspersonal som får kännedom om förestående suicidhandling utanför vårdinrättning ska larma till SOS-alarm, **telefon 112**, som har särskild larmplan och samverkansplan vid akut suicidrisk där insatser från polis, räddningstjänst och ambulans koordineras.

Telefonrådgivning Screeningfrågor kan används som pedagogiskt hjälpmedel för att på ett systematiskt sätt fånga upp patienter med psykisk ohälsa. Använd [Suicidstegen](#) för att undersöka om det finns suicidrisk och graden av suicidnärlighet.

Primärvården har ansvar för att tidigt identifiera och uppmärksamma patienter med självmordsproblematik, göra strukturerade suicidriskbedömningar och säkerställa fortsatta behandlingsinsatser. Suicidrisken ska alltid beaktas vid depression, missbruk och krisreaktioner men även statistiska riskfaktorer och andra underliggande faktorer som ökar suicidrisken ska beaktas. Se även [Östgöta FAKTA suicidnära patienter](#)

Akutmottagningar Personer som gjort suicidförsök ska ges en bedömning av sin somatiska hälsa relaterat till skadan, sin psykiska hälsa, sin grad och art av alkohol- eller drogpåverkan, (både aktuell och nyligen, eftersom vissa beroendemedel har kvarstående effekter, t.ex. svår dysfori i centralstimulantia-abstinens, eller ”återtrippas” vid LSD), sociala omständigheter samt risk för återkommande självskadehandlingar och självmord. Remittera till specialistpsykiatri. (se under behandling).

Om motivationsarbete med fokus på fördelar med en psykiatrisk kontakt misslyckas kan en vårdintygsbedömning enligt LPT behöva göras för att avvärja akut risk för suicid.

Vissa olycksfall, exempelvis singelolyckor, kan vara suicidförsök. Det är därför viktigt att vara observant för tecken på psykisk ohälsa/sjukdom, så som depression och missbruk, göra strukturerad suicidriskbedömning och vid behov remittera till psykiatri respektive beroendevården. [Suicidstegen](#) och [C-SSRS - Columbia självmordsbenägenhet skala för bedömning av suicidrisk och suicidalt beteende \(pdf, ny flik\)](#) kan användas som stöd i bedömningen.

Specialistpsykiatri och beroendesjukvård Strukturerad suicidriskbedömning ska alltid göras vid nybesök för psykiska besvär eller beroende/missbruk, vid förändringar i kliniskt förlopp (försämring, nytillkommen depressivitet, nytillkomna eller förändrade suicidtankar) samt vid förändring av vårdform. Se även ”Suicidnära patienter, kliniska riktlinjer för utrednings och vård” [Svenska psykiatriska föreningen 2013](#)

Kommunal hälsosjukvård/ missbruk/ beroendevård ska enligt ovan vara medvetna om risk och skyddsfaktorer för suicid, kunna identifiera tidiga varningstecken och på ett strukturerat sätt värdera suicidrisken samt ha tydliga rutiner om hur man remitterar till den specialiserade psykiatri för bedömning och fortsatt handläggning.

5.2 Risk och skyddsfaktorer

Det finns både riskfaktorer som på gruppnivå visar statistiskt ökad risk för suicid och risksituationer/utlösande situationer som är individuella för varje enskild individ. En minneslista kan användas som pedagogiskt stöd för att bli uppmärksam på möjliga riskfaktorer och risksituationer.

Riskfaktorer på individnivå

- tidigare suicidförsök (den enskilt viktigaste riskfaktorn för suicid)
- psykisk sjukdom (depression, bipolär sjukdom, psykos)
- suicidönskan, suicidalt beteende, direkt/ indirekt suicidal kommunikation
- suicid hos nära anhörig
- hopplöshet, svårt att etablera nära relationer
- erfarenheter av våld (utsatt för eller själv använt våld)
- somatisk sjukdom- kroniska sjukdomar, cancersjukdomar, neurologiska sjukdomar, smärta, förlust av funktion
- personlighetsdrag - lättkränkhet, impulsivitet, fientlighet

Riskfaktorer sociodemografiska

- kön (suicid är vanligare hos män)
- ålder (äldre > yngre)
- civilstånd (ensamstående, frånskild, änke/änka)
- ensamboende

- arbetslöshet/ekonomisk utsatthet
- utlandsfödd
- HBTQI-personer

Risksituationer/ utlösande situationer

- förlust eller hot om förlust, sorg, separation, förlust av funktion,
- förlust av arbete, interpersonell roll osv.
- relationsproblem, upplevelse av kränkning
- sömnbrist
- akut hög ångestnivå
- nyttillkommen förändring i personens tillstånd vid psykisk sjukdom, t.ex. nyttillkommen depression, nyttillkomna suicidtankar eller planer, switch i bipolär sjukdom (övergång mellan mani och depression, blandtillstånd med snabba svängningar), nyttillkomna hallucinationer, förbättring i psykosjukdom, återfall i missbruk/beroende.
- svår smärta
- ändringar av vårdform (exempelvis mellan slutenvård, öppenvård, LPT- och HSL-vård), in eller utskrivning från psykiatrisk slutenvård, utökade permission
- övergångar i vårdprocess och vårdkedja med bristande samordning

5.2.1 Skyddsfaktorer

Observera att betydelsen av skyddsfaktorer minskar vid djup depression!

- Känsla av gemenskap, gott socialt stöd i relationer
- Tilltro till egen förmåga, till coping och till överlevnad
- Personliga värderingar (religion) som motstånd mot suicidhandling
- Omsorg för barn, familj, andra närstående
- Rädsla för fördömande av andra
- Rädsla för kroppslig skada eller smärta i samband med suicid

5.3 Strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk

Strukturerad suicidriskbedömning innebär en sammanvägd klinisk bedömning som tar hänsyn till såväl patientens symtombild som den sociala situationen och psykologiska faktorer. Tidigare och aktuell suicidavsikt liksom den kliniska sjukdomsbilden inklusive missbruksproblematik ska vägas in i bedömningen. Den bygger på ett grundligt och omsorgsfullt samtal med individen där delaktighet är viktig. Uppgifter från närstående ska aktivt efterfrågas för att komplettera beskrivningen. Minneslistor över riskfaktorer för självmord och olika skattningsskalor kan vara pedagogiskt stöd vid suicidriskbedömning. Att enbart konstatera att patienten förnekar suicidtankar och planer är ingen strukturerad suicidriskbedömning!

Det finns evidens för att en strukturerad suicidriskbedömning ökar möjligheten att upptäcka om en patient är suicidnära. Suicid kan emellertid inträffa även om noggranna bedömningar gjorts, eftersom den akuta suicidrisken kan förändras snabbt (särskilt vid stressreaktioner samt vid påverkan av olika psykoaktiva substanser). Bedömning av suicidrisk kan därför behöva upprepas med täta intervaller.

All personal som arbetar med självständiga patientkontakter ska kunna genomföra och dokumentera en strukturerad suicidriskbedömning. Det är en förutsättning också för att man

ska kunna veta om man ska ta kontakt med läkare i teamet, eller med specialistvården för en fördjupad bedömning och värdering av suicidrisken.

Dokumentationen ska göras under lämpliga sökord i Cosmic enligt en bestämd struktur/ordning inte i löpande text (se nedan). På så sätt minskar risken för att viktig information missas vid genomläsning av journalen och man kan få en överblick över patientens suicidalitet över tid.

1. Aktuell och tidigare suicidalitet, aktuellt suicidförsök, risk och skyddsfaktorer

Dokumenteras under sökord *suicidalitet/ självd destruktivitet i dynamisk mall i Cosmic*.

- Beskriv aktuell suicidalitet. Columbia Suicide Severity Rating Scale (CSSR) används som stöd
- Vid aktuellt suicidförsök, kartlägg förlopp. Skattningsskalan SIS kan användas för stöd i bedömningen. Hur stor var sannolikheten att överleva respektive sannolikheten att någon ingrep?
- Beskriv tidigare suicidalitet. Finns tidigare försök? Vilka metoder användes?
Vilka faktorer påverkar, ökar eller minskar, patientens suicidnärhet?

2. Psykiatrisk/klinisk bedömning och psykiatrisk anamnes

Dokumenteras i Cosmic under *aktuell hälsoproblem, status och testresultat*

- **Anamnes** tidigare samt aktuell: depression, bipolär sjukdom; psykos, missbruk, dubbeldiagnoser, personlighetsstörningar med omogna drag, impuls kontrollstörning, emotionell instabilitet, PTSD, sömnstörning.
- **Status** hög ångestnivå, tecken på depressivitet, psykos, förvirring, alkohol/drogpåverkan.
- **Skattningsinstrument** dokumentera svar på frågor om livslust i skattningsskalor för depression (CPRS-S, MADRS, BDI), och eventuella suicidskalor i *testresultat*.

3. Värdera risk- och skyddsfaktorer samt risksituationer

Observera att skyddsfaktorernas betydelse minskar vid klinisk svår depression och att suicidrisken kan förändras snabbt, exempelvis vid stressreaktioner.

4. Komplettera så långt möjligt med information från anhöriga om suicidal kommunikation. Anhöriga ska aktivt involveras.

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.

5. Bedömningen ska resultera i ett uttalande om suicidrisken som dokumenteras i Cosmic under sökordet suicidrisk, (Suicidalitet/självdestruktivitet, dynamisk mall):

- **Hög risk** Patienten har pågående svår psykisk sjukdom, suicidtankar och/eller planer, suicidal kommunikation, övriga multipla riskfaktorer som missbruk/beroende, hopplöshet, hög ångestnivå, otillräcklig 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. Bedömningen styrks av anhörigas bild.
- **Svårbedömd risk** Utesluter inte hög risk. Svårigheterna kan ligga i att det inte finns tillräckligt underlag för bedömningen, att patienten förnekar suicidalitet trots tidigare suicidförsök och förekomst av riskfaktorer. Att patienten är avvisande till vården och samtalet, samt berusning/drogpåverkan kan försvåra riskbedömningen.

Viktigast är att man omsorgsfullt redogör för olika aspekter som påverkar suicidrisken i den sammanfattande bedömningen och att anhörigas information om suicidal kommunikation har efterfrågats och beaktats. Bedömningen gäller den aktuella situationen och uttalande på längre sikt inte är möjliga då suicidrisken snabbt kan förändras.

Bemötande vid suicidriskbedömning

En väl genomförd suicidriskbedömning är en krisintervention som kan hjälpa patienten att berätta om sina suicidtankar. Att bekräfta den underliggande känslan hos patienten kan underlätta berättelsen när patienten har svårt att formulera sig i ord. Man bör minnas att aktivt lyssnade är en kraftfull åtgärd och att mer konkreta insatser ofta kan vänta.

Det är viktigt att etablera en personlig kontakt med patienten genom ett öppet samtal innan man till exempel övergår till frågor utifrån en skattningsskala. Det är en fördel och ofta tidsbesparande att låta patienten berätta istället för att initialt ställa styrande frågor eller frågor som kan besvaras med ja eller nej. ”Har du självmordstankar?” är en fråga som lätt kan besvaras med nej av en person som helst inte vill berätta om sina tankar, medan frågan ”Vill du berätta hur du tänker om självmord?” kräver en annan typ av svar.

Strukturen för frågor och dokumentation blir ett hjälpmedel för behandlaren så att viktiga frågor inte glöms bort. Det är värdefullt att fråga detaljerat om eventuella suicidtankar, planer, förberedelser och suicidförsök. Signalen till patienten blir att det är ett viktigt område att prata om och att den som frågar vill höra svaret.

Avsnittet om bemötande är hämtat från processtöd för specialiserad psykiatri, Region Stockholms. [Psykiatristöd, Suicidnära patienter, Region Stockholm](#)

5.4 Instrument för suicidriskbedömning

Bedömningsinstrument/skattningsskalor ska användas som pedagogiskt hjälpmedel, men kan inte ersätta den kliniska bedömningen. SBU-rapport (SBU 2015) konstaterar att inget enskilt instrument kunde uppvisa acceptabla prediktiva egenskaper. Den väsentliga delen av en suicidriskbedömning vilar alltid på den kliniska intervjun. [SBU 2015](#)

Några av instrument som kan användas utifrån situation är:

Suicidstegen – (Beskow 2000) Bör användas i första hand för att tidigt identifiera suicidtankar och värdering av aktuell suicidalitet i ett depressivt tillstånd. Skalan är enkel att använda och kliniskt relevant [Suicidstegen](#)

Columbia Suicide Severity Rating Scale C-SSRS - värderar suicidrisk oberoende av diagnos, separat del om suicidal intention och om suicidal beteende C-SSRS har etablerats i USA och finns i en auktoriserad svensk översättning. [C-SSRS \(pdf\)](#) (Posner et al. 2011)

Skalan innehåller fyra delar: 1) gradering av den suicidala intentionen genom allvaret i suicidtankarna, 2) värdering av intensiteten i tankarna genom analys av frekvens, varaktighet, kontrollerbarhet, distraherande faktorer och skäl till suicidtankarna, 3) analys av det suicidala beteendet: faktiska försök, icke suicidalt självskadande beteende, eller om försöket kan anses som avbrutet (av annan person), uppgivet (individens själv väljer att inte genomföra det) eller enbart som en förberedande handling; och 4) analys av farlighet, potentiell dödlighet vid faktiska försök.

Suicide Intent Scale SIS (pdf) kan användas för att analysera omständigheterna vid ett aktuellt suicidförsök. (Beck et al. 1974; Beck et al. 1979) SIS ger stöd i att tänka strukturerat. Cut-off värde är dock enbart validerat för äldre med depression. Generellt gäller att ju längre förberedelse, ju mer ansträngning att förhindra att försöket kan avbrytas, desto större suicidrisk.

Suicide Assessment Scale (SUAS) (Nimeus et al. 2000; Nimeus et al. 2006) Finns både som intervju och självskattningsinstrument. Framtaget för en psykiatrisk population men värderar suicidrisk oberoende av diagnos. Tar hänsyn till vissa faktorer som har visat sig av betydelse i aktuell forskning, som till exempel agitation, rastlöshet spänning [SUAS-S](#)

Symptomskattning vid depression:

MADRS, (Montgomery and Åsberg, 1979), **CPRS** (Svanborg & Åsberg, 1994) och **BDI** (Beck) kan ge stöd i depressionsbedömning. Endast en fråga belyser livslust. Om svar på dessa frågor indikerar ökad suicidalitet, behöver bedömning kompletteras med fördjupad klinisk diagnostik, och eventuellt med stöd av mera riktade instrument för kartläggning av suicidrisken.

5.5 Vårdnivå

Patienter med hög/svårbedömd suicidrisk skall handläggas inom specialistpsykiatri.

Inläggning på avdelning är i regel nödvändig. Alternativet kan vara vid välfungerande hemsjukvård och i samverkan med anhöriga, med snar uppföljning och täta kontakter med öppenvården. Om en patient motsätter sig psykiatrisk vård efter ett suicidförsök och en allvarlig psykisk störning föreligger ska vårdintyg (LPT) övervägas.

Svåra bedömningar:

Patienter med självdestruktivitet och självskadebeteende samt kroniskt suicidala patienter dvs. patienter med återkommande tankar på att ta sitt liv över långa tidsperioder är i regel

svårbedömda (Kutcher and Chehil 2007; Rydén and Rydén 2012). Många personer med självska debeteende gör även suicidförsök (Chartrand et al. 2012; Chartrand et al. 2015)

Man bör ha i åtanke att:

- tidigare suicidförsök och suicidtankar är viktiga riskfaktorer för suicid
- det finns en ökad dödlighet i suicid vid självska debeteende, och många har en behandlingsbar psykiatrisk åkomma i bakgrunden till beteendet
- fortsatt självdestruktivitet och/eller 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 utredningen i lugnare skede enligt ovanstående punkter, för att upptäcka eventuella bakomliggande faktorer. Ta hjälp och stöd av erfarna kollegor vid svåra bedömningar.

Se även nationellt vård och insatsprogram [VIP självska debeteende](#) samt Nationella självska deprojektets [Rekommendationer för vård](#) med aktuell kunskap om såväl bemötande, bedömningar, riskhanteringsplan och effektiva insatser vid självska debeteende.

6 Behandling

För samtliga patienter som gjort suicidförsök gäller att

- Bedömning från speciallistpsykiatri ska ske inom ett dygn
- Strukturerad uppföljning ska erbjudas under minst ett år

Den akuta omvårdnaden av en patient med hög suicidrisk syftar till att skapa en god relation och garantera patientens säkerhet. En god relation med vårdpersonalen uppfattas som central och i många fall livräddande. Personkontinuitet ska eftersträvas.

Optimal behandling av eventuell underliggande sjukdom är central i vården av suicidnära patienter. Psykosociala insatser ska erbjudas när det finns sådana behov, exempelvis där social problematik, ensamhet eller isolering har bidragit till sjukdomsutvecklingen. Hjälp med bearbetning av underliggande trauman kan behövas, liksom hjälp att hitta alternativ till suicidhandlingar som en utväg i svåra situationer.

6.1 Vårdplan

Det ska alltid finnas en vårdplan som grund för fortsatta behandlingsinsatser och suicidpreventiva åtgärder. Planen dokumenteras i journalen, i mallen vårdplan/huvudvårdplan.

Följande bör ingå i vårdplanen:

- problembeskrivning, utifrån patientens uppfattning om sin situation
- patientens uttryckta behov och önskemål, och om möjligt även anhörigas önskemål.
- planerad utredning och behandling (använd dynamiskt sökord för olika insatser, medicinska, omvårdnad, utredning, psykoterapi, rehabilitering, anhörigas behov)
- realistiska behandlingsmål
- vårdform - (HSL, LPT) slutenvård, öppenvård, mobilt team, hemsjukvård
- tidpunkt för uppföljning av insatser

Samsjuklighet

Om patienten har flera psykiska sjukdomstillstånd och eller samtidig missbruks- eller beroendeproblematik finns utökad risk för suicidhandlingar som bör motivera särskild uppmärksamhet, samordnade behandlingsinsatser och **samordnad individuell plan (SIP)** som upprättas i samråd med patienten och vårdgrannar).

Vid hög/svårbedömd suicidrisk ska även en krisplan finnas som är känd av patient, närstående och berörd vårdpersonal. När patienten vårdas i slutenvård ska planen aktualiseras vid frigång, permission och i samband med utskrivning. Av krisplanen ska framgå:

- individuella riskfaktorer eller förändringar i tillstånd/beteende som signalerar ökad risk för suicidhandling
- åtgärder vid ökad risk för suicidhandling eller om patienten avviker/uteblir från avtalat möte (förtydliga vem som gör vad och hur, exempelvis om patient eller anhöriga hör av sig vid försämring i samband med permission från slutenvård, eller vid mobila insatser)
- konkreta åtgärder för hur patienten själv kan reducera stress eller ångest
- tillgängliga akutinsatser ska stå angivna med telefonnummer och eventuella telefontider. Det bör framgå i vilken ordning insatserna ska kontaktas.

Anhöriga

Att aktivt verka för att etablera kontakt med anhöriga ska ingå i enhetens rutiner och arbetssätt. Syftet är att öppna upp kommunikationen med anhöriga om patientens tillstånd/sjukdom, ge ökad förståelse och kunskap om symtom och beteenden i samband med suicidförsök och att hjälpa anhöriga att bättre hantera egna känslor i svåra situationer samt främja övriga behandlingsinsatser vid suicidalitet. Ofta bär anhöriga stort ansvar för att förhindra att suicid inträffar och för både patient och anhöriga är samverkan med vården gällande krisplaner och fortsatta behandlingsinsatser viktigt.

Om patienten motsätter sig kontakt med anhöriga ska ett motivationsarbete påbörjas för att förändra patientens inställning, om inte särskilda skäl föreligger som gör att kontakt med närstående bedöms som olämplig, ex vid risk för hedersrelaterat våld.

Information, råd och stöd till barn som anhöriga ska särskilt beaktas. För rutiner, informationsmaterial och utbildningar se sidan [Barn som anhörig](#)

6.2 Beakta patientsäkerhet för suicidnära patienter

- Transport vid remittering till annan vårdgivare ska ske på genomtänkt och säkert sätt.
- En patient som har gjort ett suicidförsök bör inte lämnas ensam innan en kvalificerad suicidriskbedömning har gjorts.
- Efter suicidförsök skall alltid en psykiatrisk bedömning göras innan patienten lämnar somatisk akutmottagning/avdelningen
- Om patienten inte tar emot vård eller vill avvika, kan vårdintyg enligt LPT bli aktuell. Alla legitimerade läkare ska vid behov göra vårdintygsbedömning och i förekommande fall utfärda vårdintyg.
- Hög suicidrisk bör medföra inläggning (se vårdnivå)
- Anmälan om vapen ska göras, enligt vapenlagen 6 kap 6 § (1996:67) och utifrån Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:21 Socialstyrelsens föreskrifter. Observera

att närstående utan vapenlicens inte kan ta hand om vapen. [Länk till Socialstyrelsens föreskrift](#)

6.3 Säkerhet vid heldygnsvård

- Ta ställning till behov av tillsynsgrad och visitering.
- Säkerställ att miljön på avdelningen förhindrar möjlighet att skada sig.
- Specialistbedömning skall göras så fort som möjligt under vårdtiden.
- Om patient med hög suicidrisk inskriven enligt HSL vill avbryta behandling/vård ta ställning till konvertering enligt LPT.
- Ny suicidriskbedömning ska göras innan ökade permissioner ges samt före utskrivning.
- Krisplan med tydliga rutiner om hur man agerar när patienten inte kommer tillbaka efter permission, eller avviker från avdelning ska finnas och vara känd av patient, närstående och berörd vårdpersonal.
- Vid utskrivning från heldygnsvård efter suicidförsök eller om patienten bedöms ha en förhöjd suicidrisk ska patienten erbjudas ett återbesök i öppenvård inom tre dagar. Patienten ska ha en bokad tid i öppenvården senaste vid utskrivning "tid i handen".

6.4 Säkerhet vid öppenvård

- För patienter som gjort suicidförsök eller om patienten bedöms ha en fortsatt förhöjd suicidrisk men inte skrivs in i vuxenpsykiatrisk heldygnsvård ska besök erbjudas inom 24 timmar eller dokumenterade rutiner för samverkan med andra aktörer ska finnas.
- Tät uppföljning, säkerställd personkontinuitet och dokumenterade rutiner för samverkan ska finnas
- Krisplan med tydliga rutiner om hur man agerar när patienten inte kommer på avtalat besök eller avviker från bestämd vårdplan ska finnas och vara känd av patient, anhöriga och berörd vårdpersonal
- Ta ställning till eventuell medicindelning via mottagning. Vid receptförskrivning, skriv små förpackningar och förskrivningsintervall. I vissa fall kan anhöriga ta hand om mediciner tillfälligt.

6.5 Behandling av bakomliggande sjukdom

Affektiv sjukdom

Antidepressiva läkemedel behandlar effektivt depression, som är en av de viktigaste riskfaktorerna för suicid. Vid insättning av antidepressiva läkemedel kan risken för suicidförsök kvarstå innan behandlingen ger effekt. **Behandlingen skall följas med täta kontakter. Recept på små förpackningar av läkemedel med låg letalitet vid överdos rekommenderas.** Sederande antidepressiva är att föredra vid samtidiga sömnproblem. Särskild försiktighet gäller vid förskrivning till gruppen tonåringar/unga vuxna.

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 Bensodiazepiner **minska impuls kontrollen**, särskild i kombination med andra medel som alkohol vilket **kan öka risken för suicid**.

ECT kan vara livräddande vid djupa depressioner, vid påtaglig risk för suicidhandling,

vid terapieresistenta och psykotiska depressioner samt vid postpartumpsykos/depessioner. ECT är en bra behandling även för äldre.

Stämningsstabilisering är indicerat vid bipolärt syndrom och recidiverande depression.

Litiumbehandling har visat sig minska suicidrisken.

Psykologisk behandling, exempelvis KBT-behandling vid depression, har visat sig minska risken för förnyade suicidförsök hos vuxna vid individuell terapi, och har effektiv vid behandling av faktorer som hopplöshet (TARRIER et al. 2008; CUIJPERS et al. 2013). Även interpersonell terapi (IPT) (CUIJPERS et al. 2011) och dynamisk kortidsterapi är effektiva behandlingar för depression. Dock saknas evidensen för antisuicidal effekt.

Psykos

Behandling sker enligt gängse rutiner med upprepad suicidriskbedömning under behandlingens gång. Läkemedelsbehandling med **Clozapin** har bevisad antisuicidal effekt hos personer med schizofreni. Det är viktigt att uppmärksamma tecken på depression som kan öka risk för suicidhandling. Stöd till patienten och till närstående är viktigt om patienten har återkommande suicidtankar eller vid tecken på ökad ångest.

Personlighetsstörning

Dialektisk beteendeterapi (DBT) (LINEHAN et al. 2006; LUNDH 2013) och mentaliseringsbaserad psykoterapi (MBT) (BATEMAN and FONAGY 2009) har visat sig effektiva för att minska upprepad självskadebeteende hos patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning. Ibland behövs även läkemedelsbehandling vid samsjuklighet med depression eller ångesttillstånd, samt kortare inläggning vid kriser eller tillfälligt hög suicidrisk som livräddande insats.

Längre sjukhusvård kan dock leda till ökad suicidrisk och vara kontraproduktiv i behandlingen (PARIS 2002). Dagvård kan vara ett bra alternativ (BATEMAN and FONAGY 2009).

Självskadande beteende innebär avsiktlig självtillfogad kroppsskada utan suicidavsikt och kan ibland fungera affektreglerande för personen. Det utesluter inte att patienten i ett annat skede kan ha en risk för allvarlig suicidhandling. Omsorgsfull behandling av samtidiga tillstånd som depression och beroende av alkohol och droger är väsentlig.

Missbruk/Beroende

Riktad behandling för missbruk/beroende – läkemedelsbehandling för alkoholberoende, motiverande samtal, återfallsprevention. Abstinensbehandling kan behövas i det akuta skedet. I samband med alkoholabstinens förekommer en organisk utlöst kortvarig depression, där man vid avgiftning och eftervård ser en spontan förbättring utan antidepressiv läkemedel under de första 14 dagarna. Vid risk för suicidhandlingar bör en krisplan som även omfattar åtgärder vid eventuellt återfall tas fram. Vid dubbeldiagnos kan samordnad individuell plan (SIP) säkerställa samverkan mellan huvudmän samt med andra aktörer.

Psykosocial belastning

Ökad psykosocial belastning kan vara en utlösande faktor och behovet av riktade insatser samt samarbete med vårdgrannar ska bedömas. Var uppmärksam på behov av att upprätta samordnad individuell plan (SIP) för att säkerställa samverkan mellan huvudmännen.

7 Uppföljning och utvärdering

Uppföljning av behandlingsinsatser för den enskilde patienten sker enligt vårdplanen och utifrån patientens behov.

Efter suicidförsök ska patienten aktivt erbjudas uppföljning under minst ett år. Till en början tät, anpassad och flexibel kontakt som med tiden glesas ut. Genom att säkerställa återbesök/telefonkontakt efter 3, 6 och 12 månader säkerställs att uppföljningen blir strukturerad.

Patienter med psykisk sjukdom och ökad suicidrisk bör följas längre ex. patienter med schizofreni, bipolär sjukdom minst 2 år. (se respektive vårdprogram)

Uppföljningen ska

- vara tillgänglig och underlätta kontakt när patienten mest behöver det för att stärka upplevelsen av trygghet
- vara en integrerad del av behandlingen och kopplad till vårdplan och till krisplan
- säkerställa att det finns en krisplan som är anpassad efter patientens behov och känd av alla berörda
- innehålla en plan för ”no show” (patienten uteblir, avbokar överenskomna möten)
- beakta närståendes behov av rådgivning, information och stöd

7.1 Utvärdering - Förslag till kvalitetsindikatorer

Att följa upp och utvärdera vård och behandlingsinsatser för suicidnära patienter är ett viktigt utvecklingsområde. Ett stort problem är dock att det saknas användbara datakällor. Såväl resultat-, process- och strukturella kvalitetsindikatorer för att spegla kvaliteten av den givna vården behöver därför vidareutvecklas och testas. Förslag till kvalitetsindikatorer skulle kunna vara:

Strukturella kvalitetsindikatorer

- Vårdprogram om suicidprevention för vuxna för primärvård och psykiatri på länsnivå
- Faktadokument om suicidprevention på länsnivå
- Lokala rutiner för omhändertagandet av suicidnära patienter
- Driftsatt utbildning för kunskap om att möta suicidnära patienter

Processindikatorer

- Andel vårdpersonal som genomgått rekommenderad utbildning i suicidprevention
- Andel patienter med suicidriskbedömning dokumenterade under sökord suicidalitet/självdestruktivitet i journalen
- Andel patienter som efter suicidförsök har en upprättad vårdplan
- Andel patienter med depressionsdiagnos där strukturerad suicidriskbedömning dokumenterats
- Antal genomförda händelseanalyser/internutredningar vid suicid

Resultatindikatorer

- Antal suicid i Östergötland och i Sverige, årlig uppföljning
- Åldersstandardiserade självmordstal (säkra och osäkra) i Östergötland och i Sverige
- Åldersstandardiserade självmordstal (säkra + osäkra) kvinnor och män, i Östergötland och i Sverige
- Andel patienter som har en dokumentation under sökord suicidalitet/självdestruktivitet i Cosmic visar en ökande trend.
- Andel verksamheter som beslutat om specifika utbildningsinsatser för medarbetare ska öka med x % tom 2017
- Andel medarbetare som genomfört x utbildningsinsats ska öka med x % tom 2017

8 Rekommendationer för stöd och omhändertagande efter att suicid inträffat

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

8.1 Stöd till anhöriga

Anhöriga ska informeras omedelbart om suicid inträffat på en vårdinrättning. Om suicidet inträffat utanför vårdinrättning är det vanligen polisen som informerar om det som hänt. Information ska lämnas personligen och inte per telefon eller skriftligen.

Som anhörig är man ofta mer skuldbelagd vid suicid än vid andra dödsfall, man söker förklaring och behöver stöd i krisreaktionen. Det är inte ovanligt med egna suicidtankar. Sjukvården måste i dessa sammanhang vara tillgänglig och flexibel. (Vård av självmordsnära patienter, Socialstyrelsen, 2003).

Lokala rutiner skall finnas på berörd verksamhet 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.

Bemötande av barn. Barns behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas och informationen ska vara åldersanpassad. Samverkan med Barntraumateamen i respektive länsdel kan behövas för barn under 18 år samt för att samordna insatserna kring barnfamiljer. På Region Östergötlands webbsida [Barn som anhörig](#) finns mera information och material.

Riksförbundet för Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd (SPES)

Informera om föreningen SPES som är till för alla som mist en familjemedlem, anhörig, eller vän i suicid. <http://spes.se/>

SPES arbetar på ett nationellt, regionalt och lokalt plan, genom kontaktpersoner, telefonjouren utbildningar och självhjälpsgrupper. SPES i Östergötland har samtalsgrupper och möjligheten att få stöd via SPES telefonjour är ofta betydelsefull genom att man får prata med någon som har egen erfarenhet av suicid. SPES har även bra utbildningsmaterial till personal och har utbildade hjärnkollsambassadörer samt instruktörer i "första hjälpen till psykisk hälsa".

8.1.1 Rekommendationer för stöd och omhändertagande:

- information om hur personen dog, vilken tid och vilka omständigheter
- en möjlighet att se den döde och ta med minnesföremål
- emotionellt stöd i samband med visning av den döde
- en kopia eller ett original av eventuellt avskedsbrev och meddelande
- hjälp och råd med praktiska problem i relation till arbete, familj och dagliga rutiner/aktiviteter
- hjälp och assistans med att lämna information till familj och andra om dödsfallet och omständigheterna
- information om hur man kan stödja barn som drabbas av en anhörigs självmord
- kontaktinformation om lokala stödgrupper, stöd och samtalsgrupper via SPES och annan relevant information
- assistans att tolka obduktionsprotokoll
- information, stöd, och bedömningssamtal av läkare
- råd och information om var man kan få fortsatt stöd vid behov

8.2 Stöd till medpatienter

8.2.1 När suicid inträffar inom heldygnsvården berörs medpatienter starkt. Skälig information om dödsfallet ska ges snarast. Det är viktigt att vara uppmärksam på om medpatienter tar på sig skuld för det inträffade, liksom på övriga reaktioner hos särskilt sårbara medpatienter.

8.2.2 Ibland kan det vara påkallat att inställa ut- och inskrivningar till exempel under ett dygn. Det kan finnas risk för imiterande beteende, och detta kan även gälla personer som inte stått den döde nära. Också utskrivna patienter kan beröras starkt av dödsfallet, varför en kartläggning av de medpatienter som stått den döde nära kan behöva göras.

8.3 Stöd till personal

Efter suicid i vården är det viktigt att personal ges möjlighet att diskutera det som hänt. Det är särskilt viktigt att uppmärksamma direkt berörd personal. Rutiner för personalstöd ska finnas och erbjudas personal utan att den enskilde behöver efterfråga hjälp. Olika typer av stöd är aktuella vid olika tidpunkter.

Information till berörd personal ges av arbetsledare/ medicinskt ledningsansvarig i direkt anslutning till det inträffade.

Avlastande samtal innebär att berörd personal med högsta prioritet träffas närmsta dagarna för att få möjlighet till gemensam genomgång av det inträffade. Det sker vanligtvis i form av ett gruppmöte, där deltagarna samlas för att gå igenom det inträffade och de känslor, intryck och reaktioner det fört med sig. Deltagarna bereds möjlighet att sätta ord på sina tankar och känslor samt dela information som kan bidra till ett gemensamt försök att få en bild av händelsen samtidigt som en känslomässig bearbetning kan ske. Man bör undvika stark kritik samtidigt som det är viktigt att lyfta fram vad som kunde ha gjorts annorlunda.

En **debriefing** i grupp har samma syfte som avlastande samtal men innebär en speciell struktur kring den psykologiska genomgången av händelsen och med extern ledare särskilt utbildad för uppdraget. En debriefing bör hållas inom tre dygn efter händelsen och fokus är personalens känslor.

Enskilda behandlare kan behöva **individuellt stöd** och samtal med en neutral person utanför arbetsplatsen. Individuellt stöd kan vara särskilt aktuellt för personal som är direkt inblandade och som omfattas av internutredning.

8.4 Avvikelsehantering, vårdskadeutredning/ händelseanalyser och Lex Maria-anmälan

Alla suicid samt alla allvarliga suicidförsök ska rapporteras i systemet för avvikelsehantering. Hur och vem som ansvarar för rapporteringen och handläggning dokumenteras i lokala rutiner kring avvikelsehantering.

Verksamhetschefen anmäler inträffad händelse till chefläkaren.

Före den 1 september 2017 var det obligatoriskt för vårdgivare att anmäla till IVO om en patient begick självmord inom fyra veckor efter senaste vårdkontakt. Föreskrifterna upphörde att gälla i sin helhet den 1 september 2017 och obligatet försvann därmed.

Efter 1 september 2017 omfattas självmord enbart av bestämmelserna i 3 kap. 3, 5 §§ patientsäkerhetslagen (2010: 659), PSL. Där föreskrivs det att vårdgivaren ska utreda och anmäla allvarliga händelser i vården som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria).

Se även IVO:s föreskrift HSLF-FS 2017:41

[Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter \(HSLF-FS 2017:41\) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada \(lex Maria\) >>](#)

Folkhälsomyndigheten har tillsammans med Socialstyrelsen tagit fram ett stödmaterial för kommuner i det suicidförebyggande arbetet kring hur man utreder självmord bland barn och unga. Man förordar breda händelseanalyser som inkluderar flera verksamheter för att få en bättre bild av självmordet och av eventuella förbättringsområden.

[Att utreda självmord bland barn-och unga genom händelseanalyser](#)

Hälso- och sjukvårdsverksamheter kan bli tillfrågade om att delta i händelseanalyser utifrån den nya rekommendationen. Stödmaterialen är användbara därför användbara även för hälso- och sjukvården

9 Bilagor

I detta vårdprogram bifogas bilagor enbart i form av länkar i dokumentet.

För mera information om suicidprevention se även Region Östergötland webbsida: [Suicidprevention i Östergötland](#)

9.1

9.2 Referenser

Allgulander C. Introduktion till Klinisk psykiatri. Studentlitteratur: Pozkal, Poland 2008.
Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. 2004. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry 4: 37.

Asberg M, Traskman L, Thoren P. 1976. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? Arch. Gen. Psychiatry 33: 1193-1197.

- Bateman A, Fonagy P. 2009. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 166: 1355-1364.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. 1979. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J. Consult. Clin. Psychol.* 47: 343-352.
- Beck RW, Morris JB, Beck AT. 1974. Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychol. Rep.* 34: 445-446.
- Bertolote JM. 2004. Suicide prevention: at what level does it work? *World Psychiatry* 3: 147-151.
- Chartrand H, Bhaskaran J, Sareen J, Katz LY, Bolton JM. 2015. Correlates of Nonsuicidal Self-Injury and Suicide Attempts Among Tertiary Care, Emergency Department Patients. *Can. J. Psychiatry.* 60: 276-283.
- Chartrand H, Sareen J, Toews M, Bolton JM. 2012. Suicide attempts versus nonsuicidal self-injury among individuals with anxiety disorders in a nationally representative sample. *Depress. Anxiety* 29: 172-179.
- Coughlin SS, Sher L. 2013. Suicidal Behavior and Neurological Illnesses. *J Depress Anxiety Suppl* 9.
- Cuijpers P, de Beurs DP, van Spijker BA, Berking M, Andersson G, Kerkhof AJ. 2013. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 144: 183-190.
- Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A. 2011. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am. J. Psychiatry* 168: 581-592.
- Druss B, Pincus H. 2000. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch. Intern. Med.* 160: 1522-1526.
- Fassberg MM, van Orden KA, Duberstein P, Erlangsen A, Lapierre S, Bodner E, Canetto SS, De Leo D, Szanto K, Waern M. 2012. A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 9: 722-745.
- Kutcher SP, Chehil S. 2007. Suicide risk management : a manual for health professionals. Malden, Mass., Blackwell Pub.viii, 134 p.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N. 2006. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 63: 757-766.
- Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. 1983. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *J. Consult. Clin. Psychol.* 51: 276-286.
- Lundh LG. 2013. Vad visar forskningen. Behandlingseffekter på självskadebeteende. (Nationella självskadeprojektet). Lunds Universitet.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. 2005. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 294: 2064-2074.
- Moberg T, Nordstrom P, Forslund K, Kristiansson M, Asberg M, Jokinen J. 2011. CSF 5-HIAA and exposure to and expression of interpersonal violence in suicide attempters. *J. Affect. Disord.* 132: 173-178.
- NASP. 2016. "Nationellt centrum för Suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa ", 2016, from <http://ki.se/nasp/start>.
- Nimeus A, Alsen M, Traskman-Bendz L. 2000. The suicide assessment scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters. *Eur. Psychiatry* 15: 416-423.
- Nimeus A, Hjalmarsson Stahlfors F, Sunnqvist C, Stanley B, Traskman-Bendz L. 2006. Evaluation of a modified interview version and of a self-rating version of the Suicide Assessment Scale. *Eur. Psychiatry* 21: 471-477.

- Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, Barbui C, Hotopf M. 2015. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 6: CD011006.
- Paris J. 2002. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr. Serv.* 53: 738-742.
- Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. 2011. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am. J. Psychiatry* 168: 1266-1277.
- Qin P. 2011. The impact of psychiatric illness on suicide: differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *J. Psychiatr. Res.* 45: 1445-1452.
- Rutz W, Walinder J, Eberhard G, von Knorring AL, von Knorring L, Wistedt B, Aberg-Wistedt A. 1992. Prevention of suicide. The Swedish PTD Committee. *Lancet* 340: 1233-1234.
- Rutz W, von Knorring L, Walinder J. 1989. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr. Scand.* 80: 151-154.
- Rydén E, Rydén G. 2012. Komplexa fall inom psykiatrin : diagnoser, berättelser och tankemodeller. Stockholm, Natur & kultur. 275 s.
- Ryen L. 2015. "Samhällsekonomiska konsekvenser av fullbordade suicid." Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. ISBN: 978-91-7383-622-7.
- Salander Renberg E, Svenska psykiatriska föreningen. 2013. Suicidnära patienter : kliniska riktlinjer för utredning och vård. Stockholm, Svenska psykiatriska föreningen : Gothia utbildning. 91 s.
- SBU. 2015. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturöversikt. . Stockholm.
- Tang NK, Beckwith P, Ashworth P. 2015. Mental Defeat is Associated with Suicide Intent in Patients with Chronic Pain. *Clin. J. Pain.*
- Tarrier N, Taylor K, Gooding P. 2008. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behav. Modif.* 32: 77-108.
- Waern M, Rubenowitz E, Wilhelmson K. 2003. Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology* 49: 328-334.
- van Heeringen K, Mann JJ. 2014. The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry* 1: 63-72.