

Vård av suicidnära patienter - Vårdprogram Vuxenpsykiatri

Innehåll

1.	Sammanfattning	2
2.	Inledning	2
2.1.	Definition av suicidnära patient	2
3.	Fakta om suicid	3
4.	Bemötande	3
4.1.	Strukturerad suicidriskbedömning	4
4.2.	Suicidstegen	5
4.3.	Riskfaktorer	5
4.4.	Skyddsfaktorer	9
5.	Skattningsskalor	9
5.1.	Närståendemedverkan	10
5.2.	Sammanvägd bedömning	11
	Konsultation (vid svårbedömd eller hög suicidrisk)	12
5.3.	Dokumentation av suicidrisk	12
6.	Åtgärder vid hög suicidrisk och vid suicidförsök	13
6.1.	Hög suicidrisk	13
6.2.	Inläggning i heldygnsvård	13
6.3.	Vårdplanering vid suicidrisk för inneliggande patienter	14
6.4.	Åtgärder vid suicidförsök inom heldygnsvården	15
6.5.	Interventioner och bemötande efter suicidförsök inom heldygnsvården	15
6.7.	Vårdplanering vid suicidrisk i öppenvård	16
6.6.	Suicidförsök inom öppenvården	17
6.7.	Telefonrådgivningen	17
6.8.	Övriga åtgärder	17
7.	Fortsatt utredning	18
7.1.	Rekommendationer vid behandling av suicidnära patienter	18
8.	Suicidpreventionsgruppen	20
9.	Referenser	21
10.	Bilaga 1 – Suicidmeddelanden	22

1. Sammanfattning

- Alla suicidnära patienter som kommer till Vuxenpsykiatri i Region Gävleborg ska genomgå en bedömning av suicidrisk. Denna bör upprepas vid flera tillfällen tills patienten bedöms vara ur farozonen. Vid hög suicidrisk ska alltid inläggning övervägas.
- Den akuta omvårdnaden av en suicidnära patient ska syfta till att garantera patientens säkerhet och att skapa en god relation. En patient som har gjort ett suicidförsök bör ha en lämplig tillsynsgrad enligt lokala rutiner tills suicidriskbedömning har gjorts.
- En suicidnära person som avviker innan bedömningen gjorts ska kontaktas och erbjudas snar tid för en ny bedömning. Polishandräckning bör övervägas om suicidriskbedömning inte kan säkerställas på frivillig basis.
- Vid behov ska suicidnära patienter utredas med avseende på psykiatriska och somatiska diagnoser samt psykosociala omständigheter.
- Behandling av en suicidnära patient bör innefatta samtalskontakt, med inriktning på att hantera suicidalitet/grunddiagnos, och eventuell medicinering.
- Närstående bör engageras i vården, om inte starka skäl talar emot det.

2. Inledning

Detta vårdprogram handlar om suicidproblematik hos vuxna. Syftet med vårdprogrammet är att förebygga suicid. Syftet är även att ge riktlinjer för omhändertagande av suicidnära patienter samt för utförande och dokumentation av suicidriskbedömningar. Det förväntas att all vårdpersonal ska kunna utföra och dokumentera en strukturerad suicidriskbedömning.

2.1. Definition av suicidnära patient

Med **suicidnära patient** menas en patient som under det senaste året har gjort ett suicidförsök. Det innefattar också patienter som har allvarliga suicidtankar och där suicidrisk bedöms föreligga. Även patienter som bedöms vara i farozonen för suicid på grund av livsomständigheter men som inte nödvändigtvis anger allvarliga suicidtankar klassas som suicidnära. Det bör understrykas att **suicidnära patienter förekommer inom alla vårdformer.**

3. Fakta om suicid

Suicidtankar är vanligt förekommande i befolkningen. **Ungefär var tredje person uppger i enkätundersökningar att de någon gång i livet haft suicidtankar eller dödsönskningar.** Cirka hälften av patienterna inom psykiatrisk vård har döds- och suicidtankar i någon form. Uppskattningsvis görs minst tio gånger fler suicidförsök än fullbordade suicid.

I en jämförelse mellan västländer ligger Sverige på liknande nivå som övriga. **Ungefär 1200-1500 personer begår suicid per år i Sverige, inkluderat både säkra och osäkra suicid.** Antalet suicid i landet har sjunkit sedan början av 1980-talet, liksom i flera andra västländer. Detta kan bland annat bero på att antidepressiv medicin har blivit mer effektiv.

Suicidförsök är vanligast hos kvinnor och yngre personer mellan 15 och 35 års ålder, medan fullbordade suicid är vanligare bland män och äldre. Mer än 90 % av de personer som tar sitt liv har en diagnostiserbar psykisk sjukdom. Omkring hälften av de som har begått suicid har haft kontakt med hälso- och sjukvården under sin sista månad i livet. I flera fall anses självmord ha kunnat förhindras genom förebyggande vårdinsatser som strukturerade suicidriskbedömningar.

4. Bemötande

Att möta människor som har tankar på att ta sitt liv är en viktig uppgift. Att tala om suicid ökar inte suicidrisken. Det kan tvärtom ge patienten en lättnad att få benämna sina tankar. En väl genomförd suicidriskbedömning är en intervention som kan hjälpa patienten att kommunicera sina suicidtankar, samtidigt som strukturen för frågor och dokumentation blir ett hjälpmedel för behandlaren så att viktiga frågor inte glöms bort.

Förmågan och viljan att kommunicera suicidtankar varierar mellan patienter. En del kan känna skam över att ha suicidtankar eller ha svårt att formulera sina tankar i ord. Andra patienter som överväger suicid kommunicerar detta till närstående, behandlare och andra. Patienter kan göra detta direkt eller indirekt, genom ord eller handlingar. Exempel på detta kan vara att uttrycka känslor av hopplöshet eller att ordna upp med praktiska saker inför döden. Vid psykotiska tillstånd är den suicidala kommunikationen ofta mer individuell och svårtolkad.

För olika exempel på suicidal kommunikation, se: [Bilaga 1 – Suicidmeddelanden](#)

När behandlaren tar upp suicidrisken bör han eller hon göra det på ett engagerat och professionellt sätt. Det är viktigt att förmedla medkänsla, omsorg och respekt. Detta kan öka chansen att patienten upplever bemötandet som positivt och att han eller hon blir mer följsam till vård. Det bör undvikas att argumentera, ifrågasätta och att komma med allt för snabba förslag på åtgärder.

I mötet med suicidnära patienter är det ofta hjälpsamt att låta patienten berätta utifrån öppna frågor istället för frågor som kan besvaras med ett ja eller nej. Att ställa frågan ”Vill du berätta hur du tänker om självmord?” kan ge helt andra svar än frågan ”Har du självmordstankar?”. Sedan bör behandlaren ställa mer detaljerade frågor om eventuella suicidtankar, planer, förberedelser och försök.

Signalen till patienten blir att det är ett viktigt område att prata om och att den som frågar vill höra, och klarar av att ta emot, svaret. Att lyssna aktivt och bekräfta patientens känslor kan vara en kraftfull åtgärd i sig.

4.1. Strukturerad suicidriskbedömning

Forskning visar att strukturerad suicidriskbedömning ökar möjligheten att upptäcka om en patient är suicidnära. Den strukturerade suicidriskbedömningen innehåller systematisk inhämtning av relevanta anamnestiska data, bedömning av psykisk status samt kända risk- och skyddsfaktorer. Bedömningen kan kompletteras med skattningsskalor. Suicidrisken kan förändras snabbt och över tid och därför behövs suicidriskbedömningar upprepas.

En strukturerad suicidriskbedömning innebär inhämtande, värdering och dokumentation av följande:

- Suicidstegen
- Riskfaktorer
- Skyddsfaktorer
- Individspecifika faktorer
- Klinisk bedömning

En strukturerad suicidriskbedömning kan även innehålla skattningsskalor och närståendeanamnes när det är möjligt och motiverat.

En strukturerad suicidriskbedömning ska alltid utföras och dokumenteras vid:

- Nybesök, även när suicidrisken inte är uppenbar.
- Akut besök, även när suicidrisken inte är uppenbar.
- Återbesök/hembesök/telefonkontakt där patienten bedöms vara suicidnära enligt: [Definition av suicidnära patient](#)
- Inskrivning/utskrivning i slutenvård.
- Ställningstagande till permission.

En strukturerad suicidriskbedömning behöver inte upprepas vid varje kontakt om den första suicidriskbedömningen har visat en låg risk och ingen ny information eller misstanke om ökad suicidrisk har framkommit, som kan motivera att en uppföljning och en ny bedömning ska göras. Däremot, är det obligatorisk att dokumentera den sammanvägda suicidriskbedömningen vid varje tillfälle och hänvisa till motivering och underlag för bedömningen.

Även om suicidrisken bedöms som låg i början av kontakten behövs en ny suicidriskbedömning göras i slutet av kontakten med en patient.

All personal som arbetar med självständiga patientkontakter ska genomföra och dokumentera en strukturerad suicidriskbedömning. Alla observationer som är relevanta för bedömningen ska dokumenteras i journal. Vid misstanke om att en patient är suicidnära, eller om patienten har gjort ett suicidförsök, ska patienten bedömas så fort som möjligt. Även självskadande handlingar utan avsikt att dö utgör ett riskbeteende och därför ska sådana handlingar dokumenteras i suicidriskbedömningen.

En suicidriskbedömning ska alltid göras vid in- och utskrivning i slutenvård. Vid utskrivning bör det framgå vad som har förändrats under vårdtiden.

4.2. Suicidstegen

Suicidstegen innehåller fortlöpande frågor om nedstämdhet, hopplöshet, meningslöshet, dödsönskan, suicidtankar, suicidönskan, planer och handling. Suicidrisken graderas i siffror. Se: [Dokumentationsvägledning för klinisk suicidriskbedömning \(bilaga\)](#) Risk- och skyddsfaktorer
Suicidriskbedömningen ska beakta statistiska riskfaktorer och skyddsfaktorer. Den ska även ta hänsyn till individspecifika faktorer som innebär bedömning utifrån livshändelser, personliga egenskaper och sårbarhet för utlösande händelser.

4.3. Riskfaktorer

Riskfaktorerna sammanfattas under fem rubriker. Ju fler riskfaktorer patienten har, desto högre är suicidrisken.

Statistiska riskfaktorer på gruppnivå:

[Dokumentationsvägledning för klinisk suicidriskbedömning \(bilaga\)](#)

Psykiatriska
Biologiska/genetiska/somatiska
Psykologiska.
Sociala och ogynnsamma livshändelser

Individspecifika riskfaktorer:

[Dokumentationsvägledning för klinisk suicidriskbedömning \(bilaga\)](#)

OBS! Tidigare suicidförsök är en av de absolut starkaste riskfaktorerna för ytterligare suicidförsök.

4.3.1. Psykiatriska riskfaktorer

4.3.1.1. Depression och bipolär sjukdom

Depression och bipolär sjukdom är starkt relaterade till ökad suicidrisk. Risken förhöjs med ökande svårighetsgrad men är oftast högst tidigt i förloppet. Depression i kombination med tron om att vara en börda för omgivningen, känslor av hopplöshet, impulsivitet och måttligt till svårt missbruk är starka riskfaktorer för suicid. Även depression i kombination med en uttalad dödsönskan, skuld och skam, svår ångest samt svåra sömnproblem innebär en förhöjd risk. Bipolär sjukdom är förenad med en högre suicidrisk, främst i de depressiva och blandade episoderna.

Suicidrisken kan öka efter insättning av antidepressiva mediciner innan stabilitet har uppnåtts. Suicidrisken ska därför följas upp kontinuerligt vid kontakt med en patient som är deprimerad även om patienten initialt inte bedöms suicidal. Vid medicinering bör behandlaren vara uppmärksam på risken för biverkningar, så som ångest och sömnproblem, som kan förstärka suicidrisken. Patienten ska få information om dessa typer av biverkningar och uppmanas ta kontakt med vården om patienten får suicidtankar.

Det är ett viktigt observandum om en deprimerad patient med en hög suicidrisk plötsligt och omotiverat mår mycket bättre. Detta kan innebära att patienten har bestämt sig för att ta sitt liv och beslutet i sig är lugnande.

4.3.1.2. Psykossjukdom

Risken för suicid hos patienter med schizofreni är kraftigt förhöjd jämfört med normalbefolkningen. Även andra psykotiska tillstånd medför förhöjd risk för suicidalt beteende och fullbordat suicid. Risken är förhöjd hos yngre, tidigt i förloppet och nyligen efter att patienten har fått en schizofrenidiagnos, men en ökad suicidrisk kvarstår under hela sjukdomsförloppet. Tiden strax efter inskrivning och utskrivning innebär också en ökad risk. Andra riskfaktorer för suicid vid schizofreni är depression, missbruk, agitation, hopplöshetstankar, dålig följsamhet till behandling och en inträffad förlust. Depressionen kan utvecklas ibland så långt som 3-6 månader efter senaste psykosgenombrottet hos de patienter som kommit till insikt om sin psykos och hur livet påverkats. Suicidförsök är vanliga hos personer med schizofreni och har ibland en bisarr prägel. Det bör beaktas att patienter med schizofreni eller annan psykossjukdom kan ha nedsatt förmåga att uttrycka suicidtankar.

4.3.1.3. Beroende/Riskbruk

Alkohol- och droganvändning samt spelberoende, särskilt i kombination med varandra, medför ökad risk för suicidförsök och fullbordat suicid. Både under den akuta alkoholförgiftningen och i abstinensfas finns en ökad suicidrisk. Risken är störst sent i förloppet under pågående alkoholmissbruk och risken ökar också med mängden av alkohol eller antalet droger som konsumeras. De interpersonella förlusterna har oftast hunnit bli stora och det är inte ovanligt att det förekommer årtal av suicidal kommunikation i någon form. Samsjuklighet mellan beroende/riskbruk och psykisk ohälsa ökar suicidrisken.

Bland missbrukare som dör i suicid dominerar alkohol som missbruksmedel. En ökad risk finns också bland de som nyligen blivit nyktra eller drogfria men som ännu inte hunnit skapa nya nätverk, kommit ut i sysselsättning eller lyckats få en stabil inkomst. Nyktra alkoholister drabbas ofta av depression. Tänk på testning av alkohol/droger vid förändring av suicidrisknivå särskilt för patienter med tidigare känd beroendeproblematik.

4.3.1.4. Neuropsykiatriska tillstånd

Det finns ingen tydlig evidens för att suicidrisken är förhöjd vid neuropsykiatriska tillstånd som ADHD och autismspektrumstörning. Däremot kan patienter med ADHD som är impulsiva ha en ökad suicidrisk, speciellt om personen är deprimerad. Ett regelstyrkt beteende och få sociala kontakter, som kan vara en följd av autismspektrumstörning, kan troligen ge ökad suicidrisk vid samtidig depression.

4.3.1.5. Personlighetssyndrom

Främst är det patienter med emotionellt instabilt personlighetssyndrom som förknippas med förhöjd suicidrisk. Den förhöjda suicidrisken för denna grupp gäller framför allt de som redan tidigt i förloppet varit suicidala. Tidigare suicidförsök ökar risken med upp till 60 % och kan kvarstå under mycket lång tid, ibland t o m flera år. Självskadebeteende innebär avsiktlig självtillfogad kroppsskada utan suicidavsikt och kan fungera känsloregerande för personen. Det utesluter inte att patienten i ett annat skede kan ha en risk för allvarlig suicidhandling. Metoden för självskadan och dess allvarlighetsgrad bör utvärderas.

Även narcissistiskt och antisocialt personlighetssyndrom innebär ökad suicidrisk, speciellt i kombination med depression. Upprepande suicidförsök är vanligt och risken ökar om det finns samtidig depression och missbruk.

4.3.1.6. Långvarig/kronisk ätstörning

Långvarig/kronisk ätstörning medför högre risk för suicid, särskilt i samband med depression.

4.3.2. Biologiska/genetiska/somatiska riskfaktorer

4.3.2.1. Somatisk sjukdom

Här innefattas bland annat neurologiska sjukdomar som multipel skleros och stroke. Även HIV/AIDS, malign sjukdom, hjärtproblem, diabetes, långvarig smärta och reumatisk sjukdom ökar suicidrisken. Samtidig depression är en försvårande faktor.

4.3.2.2. Ärftlighet

En genetisk sårbarhet och familjehistorik av suicid kan öka suicidrisken.

4.3.3. Psykologiska riskfaktorer

Psykologiska faktorer och egenskaper som kan medföra förhöjd suicidrisk är bland annat hopplöshet, lättkränkhet, impulsivitet, emotionell instabilitet, aggressivitet och att uppfatta sig själv som en börda för andra.

4.3.4. Sociala och ogynnsamma livshändelser

Till exempel tidigare suicidförsök och social problematik (svårigheter i familjen, ensamstående, låg utbildning, sämre ekonomi). Tidigare suicidförsök **Tidigare suicidförsök är den enskilt viktigaste riskfaktorn för suicid.** Patienter som har vårdats på sjukhus på grund av suicidförsök har 30-40 gånger högre risk att suicidera. Risken är högre ju fler suicidförsök som har utförts, speciellt bland patienter med schizofreni och förstämningssyndrom. Suicidrisken är högre hos personer som har använt en våldsam metod, eller på något annat sätt har visat att de har haft en hög suicidavsikt. Exempel på detta kan vara att noggrant ha planerat suicidförsöket för att undvika att bli upptäckt.

OBS! Det är viktigt att undersöka inställningen till att ha överlevt ett suicidförsök.

Utlandsfödd

Suicidrisken hos utlandsfödda och adopterade är nästan fördubblad i jämförelse med personer som är födda i landet där de lever. Det kan tänkas att asylsökande har en förhöjd suicidrisk, trots att det inte är fastställt i forskningen, eftersom de har en ökad sårbarhet för psykiatriska sjukdomar eller psykiskt illabefinnande.

4.3.4.1. Personer som inryms i HBT-begreppet

Homosexuella, bisexuella och transpersoner har en ökad suicidrisk. Detta kan delvis förklaras av social utsatthet som till exempel mobbing och social isolering.

4.3.5. Individspecifika riskfaktorer

Aktuell yttre belastning avser händelser som kan öka en persons suicidrisk. Detta inkluderar till exempel patientens sociala nätverk, ekonomi, bostads-, skol- och arbetssituation, missbruk, relationsproblem eller andra problem som patienten upplever som viktiga.

Suicidnära patienter som upplever att livet är alltför svårt eller att samhället inte fungerar på det sätt de kanske önskat bör också få frågan om de någon gång tänkt på att skada inte bara sig själv utan också sitt barn, i form av ett utvidgat suicid. Orsakerna till det kan t ex vara tankar om att skydda barnet eller hämnd i en problematisk vårdnadstvist.

4.4. Skyddsfaktorer

- En strukturerad suicidriskbedömning inkluderar att behandlaren frågar patienten om vad som avhåller honom eller henne från att ta sitt liv. Det är ibland lämpligt att förstärka de skyddande faktorerna, till exempel genom att fråga patienten vad det skulle innebära för närstående om han eller hon tog sitt liv. **Våga fråga om det finns barn med i bilden och hur föräldern tänker kring vad som ska hända med barnen när föräldern inte längre finns. ”Vad har du tänkt ska hända med ditt/dina barn om du tar livet av dig?”**

Det kan också vara hjälpsamt att undersöka kvalitén hos skyddsfaktorerna. En patient som månar om sina barn men inte har träffat dem på flera år och känner sig som en börda för dem kan tänkas vara mer suicidbenägen än en patient som månar om sina barn och har regelbunden kontakt med dem.

Några exempel på skyddsfaktorer är:

- Förmåga att kommunicera kring olika typer av svårigheter.
- Känsla av gemenskap i familj, kamratgrupp, skola och kulturell grupp.
- Rädsla för kroppslig skada, smärta, eller för långtidskomplikationer till följd av suicidhandling.
- Ansvarskänsla för familjen, till exempel om man har barn.

Fler skyddsfaktorer finns i: [Dokumentationsvägledning för klinisk suicidriskbedömning \(bilaga\)](#)

5. Skattningsskalor

Suicidrisken är en klinisk bedömning som kan kompletteras med användning av validerade skattningsskalor. MADRS-S, AUDIT och DUDIT ska användas vid första besök och vid behov vid återbesök. Det är främst aktuellt att använda SIS, SSI och C-SSRS när suicidrisken är svårbedömd eller hög. Alla yrkeskategorier kan använda skattningsskalorna, med undantag för C-SSRS som främst är avsedd att användas av läkare. Alla skattningsskalor ska användas med försiktighet och ses som ett underlag för fortsatta samtal i den kliniska bedömningen.

- **MADRS-S: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale**, se länk: [MADRS-S](#)
 - Är ett mått på grad av depression som är relaterat till suicidrisken. Ju högre grad av depression, desto högre suicidrisk.
 - Är lätt för patienterna att besvara och ger en god validitet samt hög känslighet för förändringar över tid (fyra veckors observationsperiod) under depression.
 - Det kan vara en extra hjälp att värdera svaren på fråga 6 om pessimism och fråga 9 om livslust för att få information om suicidrisken. Om patienten ger ett svar som motsvarar fyra poäng eller högre på dessa frågor är det ett observandum.

- **AUDIT: Alcohol Use Identification Test**, se länk: [AUDIT](#)
 - Kan identifiera riskbruk av alkohol.
- **DUDIT: Drug Use Disorders Identification Test**, se länk: [DUDIT](#)
 - Avser att mäta drogbelastning.
- **SSI: Scale for Suicide Ideation**, se länk: [SSI](#)
 - En skala som används vid bedömning av patienter med suicidtankar, men som inte har gjort något suicidförsök.
- **SIS: Suicide Intention Scale**, se länk: [SIS](#)
 - En skala som används när ett suicidförsök har gjorts. Skalan kvantifierar suicidförsökets allvarlighetsgrad.
 - Utvecklades för att bedöma syftet med suicidförsök, vanligtvis i nära samband med ett försök.
- **C-SSRS: Columbia självmordsbenägenhet bedömningsskala**, se länk: [C-SSRS-Baseline Svensk version \(viss.nu\)](#)
 - Är främst avsedd att användas av läkare.
 - En studie har visat att skalan har en hög känslighet och specificitet för suicidalt beteende.

5.1. Närståendemedverkan

5.1.1 Närståendenamnes

Närståendeanamnes bör inhämtas, särskilt vid osäkerhet eller tveksam trovärdighet av den information som patienten ger. Närståendemedverkan vid bemötande av suicidnära patienter har visat sig ge en positiv effekt på vårdresultatet. Närstående önskar ofta att bli involverade i vården och kan vara behjälpliga med information till behandlare och stöd till patienten.

Patienten måste alltid ge sitt samtycke till närståendemedverkan, oavsett om patienten befinner sig inom öppen- eller heldygnsvården. Om patienten inte ger sitt samtycke till att involvera närstående har personalen ett fortsatt ansvar att försöka motivera till detta. Det finns dock vissa fall där närståendemedverkan inte är lämplig. **Det är viktigt att dokumentera patientens inställning till kontakt med närstående i vårdplanen.**

Närståendemedverkan kan inkludera:

- Inhämtande av information från närstående vid bedömning av patient med suicidrisk, om möjligt.
- Att informera berörd närstående om suicidrisk och i vilka situationer den kan öka. Det kan bl a innebära att närstående, som av patient inkluderas i krisplanen, ska informeras om det och få information om hur de kan förhålla sig till sin anhörige om den tar kontakt. Den informationen kan lämnas av patienten själv, med hjälp av personal eller med fördel vid gemensam vårdplanering.

- Att involvera närstående i vårdplaneringen så tidigt som möjligt. I öppenvård rekommenderas att närstående erbjuds att delta vid något av de första två suicidpreventiva samtalen.
I heldygnsvården bör patienten få information om att vi önskar samverka med närstående så snart det är möjligt utifrån patientens mående.
- Involvera närstående innan permission och utskrivning.
- Att ge både muntlig och skriftlig information om vem närstående kan vända sig till vid en försämring av patientens tillstånd.
- Att beakta att närstående kan behöva hjälp för egen del. T ex kan behandlaren behöva vara behjälplig med att förmedla kontakt med Hälsocentralen eller kyrkan för fortsatt krisstöd eller att informera om kommunens anhörigstödjare.

Avvisa aldrig en närstående med hänvisning till sekretessen. Lyssna utan att röja sekretessbelagd information.

5.1.2 Barnperspektivet

Ett barn har enligt en lagförstärkning i Hälso-och sjukvårdslagen 2010 rätt att få information om förälders sjukdom samt enligt Barnkonventionen och Socialtjänstlagen rätt att få information och att få vara delaktiga.

Den suicidnära patienten bör tillfrågas kring hur de tänker om vad som ska hända med barnen om föräldern inte längre finns.

Undersök också vad barnet kan ha sett, hört eller direkt blivit inblandad i vad gäller föräldrarnas sjukdom, suicidala tankar och ev suicidförsök. Om patientens barn deltar vid något samtal måste samtalet föras på en nivå som är lämplig utifrån barnets ålder och mognad.

Förutom de suicidpreventiva samtalen och närståendemedverkan kan andra rekommenderade metoder vara t ex Föra barnen på tal, Beardslee familjeintervention eller BRA samtal – Barnens rätt som anhörig. På Nationellt kunskapscentrum finns också filmer att visa som man sen kan samtala om tillsammans.

Vid oro för barnets hälsa ska orosanmälan göras till Socialtjänsten.

5.2. Sammanvägd bedömning

När all relevant information om suicidrisken är insamlad ska en sammanvägd bedömning göras med hjälp av termerna "LÅG", "SVÅRBEDÖMD" eller "HÖG". Bedömningen ska motiveras.

Sammanvägd bedömning bör göras på både kort och lång sikt genom att överväga risk-och skyddsfaktorer och aktuell status samt motivera den i text.

Suicidrisken ska beaktas fortlöpande när både risk-och skyddsfaktorer bedöms kunna förändras och är instabila över tid.

Några exempel på när suicidrisken ska klassas som svårbedömd:

- Om patienten inte kan eller vill samarbeta vid suicidriskbedömningen.
- Om patienten är påverkad av alkohol eller droger.

- Om behandlaren bedömer att patientens svar inte går att lita på.
- Om suicidrisken bedöms vara kronisk eller fluktuerar anamnestic, till exempel vid personlighetssyndrom.

Konsultation (vid svårbedömd eller hög suicidrisk)

Konsultation av specialistläkare/erfaren ST-läkare med delegering ska ske vid behov när suicidrisken är svårbedömd och alltid när den är hög. En konsultation av specialistläkare/ST-läkare kan även behöva ske på en annan vårdenhets. Läkaren ska göra en strukturerad suicidriskbedömning och ta ställning till om patienten ska följas upp inom öppenvården eller läggas in på vårdavdelning.

5.3. Dokumentation av suicidrisk

Den sammanvägda bedömningen ska dokumenteras av samtliga personalkategorier under sökordet "Suicidriskbedömning" i journalen.

Dokumentationen ska alltid innehålla relevanta information om följande:

- Sammanvägd bedömning LÅG, SVÅRBEDÖMD eller HÖG.
- Suicidstegen (kvalitativ information och siffra för nivå mellan 0-9) eller motsvarande del om suicid i MINI.
- Riskfaktorer (aktuella och anamnestic, till exempel bipolär sjukdom utan aktuella symtom).
- Skyddsfaktorer (aktuella och anamnestic).
- Individspecifika faktorer (aktuella och anamnestic).
- Närstående anamnes om en sådan har inhämtats inklusive kontaktinformation och patientens samtycke till kontakt. Kontaktuppgifter ska noteras i krisplanen i patientens vårdplan.
- Datum för uppföljning.

Vid behov ska dokumentationen kompletteras med skattningsskalor.

Inkludera resultaten i siffror och värdera risken utifrån gränsvärden.

Utifrån den sammanvägda suicidriskbedömningen ska en kort rekommendation till vårdplanering inkluderas i två nivåer:

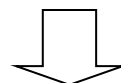
1. Suicidrisken ska beaktas i vårdplanering om risken är svårbedömd eller hög och en krisplan ska upprättas, se checklista: [Krisplan vid suicidalkris](#) samt [Manual för krisplan](#).
2. Suicidrisken behöver beaktas i vårdplanering även om suicidrisken bedöms låg, då det kan förändras i relation till livshändelser/tidigare suicidrisk.

6. Åtgärder vid hög suicidrisk och vid suicidförsök

Under denna rubrik beskrivs åtgärder som bör vidtas vid hög suicidrisk och vid suicidförsök, både inom öppen- och heldygnsvården.

6.1. Hög suicidrisk

- Om risken för suicid bedöms vara hög ska patienten få hjälp att, tillsammans med personal eller närstående, få en kvalificerad psykiatrisk bedömning. Berörd personal, till exempel på jourmottagning och öppenvårdsmottagning, ska få information om att suicidrisken bedöms som hög. Ibland kan polishandräckning behövas, se rutin: [Handräckning – LPT 47 § - Bilaga 2a, Vuxenpsykiatri](#)
- Om suicidrisken bedöms som hög och patienten motsätter sig psykiatrisk kontakt kan det vara lämpligt med vård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).
- Om patienten är känd inom psykiatrin, gör upprepade suicidförsök och där inläggning kan *hindra* pågående behandling, kan det vara lämpligt att patienten inte läggs in. Hos sådana patienter kan sjukhusvård ibland medföra en försämring. Det är dock viktigt att komma ihåg att denna grupp patienter är en högriskgrupp, och att varje beslut måste prövas individuellt med en tydlig vårdplanering.



Inläggning i heldygnsvård	Handläggning i öppenvård
----------------------------------	---------------------------------

6.2. Inläggning i heldygnsvård

- Patienter som har hög suicidrisk eller har gjort ett allvarligt suicidförsök läggs oftast in på en psykiatrisk avdelning för omvårdnad och observation i suicidpreventivt syfte. Detta innebär oftast att kvaliteten i bedömningen förbättras och att en fortsatt kontakt kan etableras.
- En patient som gjort ett suicidförsök och läggs in inom psykiatrisk heldygnsvård bör bedömas för lämplig tillsynsnivå. En säkerhetskontroll av den fysiska miljön på avdelningen bör göras regelbundet.

När en patient med hög suicidrisk vistas på vårdavdelning ska bedömning av övervakningsnivå ske kontinuerligt. [Övervakning – checklista för observationer Vuxenpsykiatri](#)

Vårdavdelningen ansvarar för att uppföljning initieras till öppenvården.

En gemensam planering ska göras. [Utskrivning från psykiatrisk slutenvård – samverkan mellan slutenvård, öppenvård och externa aktörer – Vuxenpsykiatri](#)

Beakta att en vistelse i heldygnsvård i sig kan öka suicidrisken. Inskrivning/utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård är en statistisk riskfaktor. Suicidriskbedömning ska därför göras kontinuerligt.

6.3. Vårdplanering vid suicidrisk för ineliggande patienter

I vårdplanen för suicidnära patienter bör man särskilt beakta:

- Probleminventering och förslag till åtgärder.
- Vem som gör vad i behandlingsarbetet.
- Tidsramen för behandlingsarbetet och tidpunkt för utvärdering och revidering.
- Åtgärder som ska vidtas vid ökad suicidrisk, om patienten avviker eller inte kommer till avtalat möte.
- En krisplan ska alltid göras och dokumenteras.
- Vilken roll de närstående ska ha och hur samarbetet ska ske.
- Utvärdering och uppföljning.
- Behandling och utredning av känd eller misstänkt underliggande psykiatrisk problematik enligt rutin. [Inläggningskriterier Slutenvård Vuxenpsykiatri](#)
- Övervakningsgrad och bedömning av suicidrisk görs enligt speciellt schema. [Övervakning – signeringslista](#)
- [Upplägg av samtalskontakt i heldygnsvården](#)

Ständig övervakning av en suicidal patient är en svår psykiatrisk omvårdnadsuppgift som bör anföras erfaren personal. Den övervakningsgrad som tillämpas bör vara väl genomtänkt och bestäms alltid av läkare.

Restriktioner beskrivs som omsorg om patienten. Närstående engageras i vården, om inte starka skäl talar mot detta. Alla frihetsinskränkningar ska förklaras för och diskuteras med patienten, samt i förekommande fall även med anhöriga.

6.4. Åtgärder vid suicidförsök inom heldygnsvården

- ☐ LARMA! Larma och igångsätt omedelbara livräddningsförsök
- ☐ BE OM HJÄLP! Vid upptäckt suicidförsök påkallar den person som är först på plats uppmärksamhet från övrig personal för att få hjälp.
- ☐ RÄDDNINGSFÖRSÖK! Avlös slinga runt halsen om patienten försökt strypa sig eller stoppa blodflöde från skadade blodkärl.
- ☐ PÅBÖRJA HJÄRT-LUNGRÄDDNING! Ta fram akutväska och ge grundläggande sjukvård.
- ☐ TRYCK PÅ HJÄRTLARM! Vid behov.
- ☐ KONTAKTA LÄKARE! Avdelningsläkare/överläkare kontaktas, liksom primärjour/bakjour under jourtid.
- ☐ TRANSPORT TILL AKUTEN! Vid behov.
- ☐ ÖVRIGA PATIENTER. Ansvarig sjuksköterska ska utse en person som ansvarar för att rutinerna följs kring de övriga patienterna, både de med övervakningsgrader samt andra patienter som befinner sig på avdelningen.

En checklista för åtgärder vid fullbordad suicid finns i ett separat dokument/vårdprogram, se: [Vårdprogram – Åtgärder vid fullbordat suicid – Vuxenpsykiatri](#)

6.5. Interventioner och bemötande efter suicidförsök inom heldygnsvården

Behandlaren behöver vara beredd på att lyssna och finnas till hands. Behandlaren bör försöka undvika dömande och att färgas av egna åsikter. Patienter som har genomfört ett suicidförsök upplever ofta känslor av mindervärdighet, skam och kan vara lättkränkta. Därför måste bemötandet av dessa personer ske med finkänslighet.

- Behandlaren bör fokusera på det aktuella suicidförsöket. Det är viktigt att i detalj klargöra vad som skett både före och i samband med suicidförsöket. Detta hjälper patienten att få kännedom om sin egen sårbarhet och vad han/hon har svårt att hantera.
- Utvärdera krisplanen. Om patienten har en krisplan bör den utvärderas och justeras för att öka möjligheten till stöd till patienten om en suicidal kris uppstår igen. Om krisplan saknas ska en sådan upprättas.
- Genomförande av en strukturerad suicidriskbedömning inför ev permission och före utskrivning från sjukhuset.
- Undersök vad patienten kan tänkas möta vid hemkomsten. Det bör till exempel undersökas om patienten har rep eller tabletter hemma från

tidigare suicidförsök. Ta reda på om det finns någon anhörig som kan möta upp patienten.

- Internutredning. Om ett suicidförsök görs på avdelningen bör en internutredning göras så snart som möjligt efter suicidförsöket för att minska risken för att det ska kunna hända igen.

6.6 Handläggning i öppenvården

Suicidala patienter som kommer i kontakt med psykiatriska kliniken ska bedömas av läkare. Om denna bedömning inte resulterar i inläggning ska en snar tid för uppföljning arrangeras. Om patienten avböjer uppföljning bör behandlare försöka motivera till detta. Patienter ska erbjudas stödsamtal i suicidpreventivt syfte. Arbetet med den suicidnära patienten ska fördelas till en person med rätt kompetens. Detta gäller även patienter som är under utredning och bedöms vara suicidala.

6.7 Vårdplanering vid suicidrisk i öppenvård

- **Ny patient (som kommer direkt till öppenvården)**
 - Snabb hantering för att utse behandlare.
 - Tät uppföljning och kontinuitet.
 - Hembesök vid behov.
 - Kontakt med närstående om det är lämpligt.
 - Upprätta en krisplan tillsammans med patienten.
- **Patient som vårdats i heldygnsvård i suicidpreventivt syfte som ska överföras till psykiatrisk öppenvård**
 - Kommunikation mellan heldygnsvård och öppenvård.
 - Tid för uppföljning i öppenvård bör i möjligaste mån lämnas till patienten innan den skrivs ut från heldygnsvården. Om patienten bedöms vara en högriskpatient bör behandlare från öppenvården ta kontakt med patienten redan innan utskrivning.
 - Uppföljning i öppenvården.
 - Följ [Utskrivning från psykiatrisk slutenvård – samverkan mellan slutenvård, öppenvård och externa aktörer – Vuxenpsykiatri](#)
- **Kända aktuella patienter återknyter, om möjligt, kontakten med sin tidigare behandlare.**
 - Generella råd för optimal vårdplanering**
 - Behandlaren fokuserar initialt sitt arbete på suicidriskbedömning och åtgärder.
 - Om flera behandlare är involverade är det viktigt med kommunikation angående suicidrisk.
 - Upprätta en vårdplan tillsammans med patienten.
 - Involvera närstående i det suicidpreventiva arbetet så snart som möjligt om lämpligt. Gärna under något av de första samtalen. De kan ha viktig information av betydelse för den fortsatta bedömningen och

vårdplaneringen. Bestäm vilken roll de närstående ska ha och hur samarbetet ska ske.

- Probleminventering och förslag till åtgärder.
- Vem som gör vad i behandlingsarbetet.
- Tidsramen för behandlingsarbetet och tidpunkt för utvärdering och revidering.
- En krisplan ska alltid göras och dokumenteras. Personer som anges i krisplanen bör informeras av patienten själv eller med hjälp av behandlaren att de finns med som en del i krisplanen och vid behov få stöd i vad de förväntas göra om patienten tar kontakt.
- Åtgärder som ska vidtas vid ökad suicidrisk, om patienten avviker eller inte kommer till avtalat möte.
- Regelbunden utvärdering och uppföljning.
- Behandling och utredning av känd eller misstänkt underliggande psykiatrisk problematik enligt rutin. I vissa fall kan utredningen inledas med ett läkarbesök.
- Drogtest eller provtagning för att utreda aktuell alkoholkonsumtion tas vid behov.
- Upplägg av samtalskontakt för suicidprevention i öppenvården:
Se länk: [Upplägg av samtalskontakt i öppenvården](#)

6.6. Suicidförsök inom öppenvården

Om behandlare upptäcker ett suicidförsök till exempel vid ett hembesök eller vid besök på mottagningen ska ambulans tillkallas om suicidförsöket innebär allvarlig skada. Om skadorna är mindre allvarliga ska patienten ledsagas till läkarbedömning. Om möjligt, ta hjälp av anhöriga eller annan personal.

6.7. Telefonrådgivningen

Att samtala med suicidnära patienter per telefon är en svår uppgift. För att underlätta bedömningen av suicidrisk, se länk: [Telefonkontakt med suicidnära person – Checklista](#)

6.8. Övriga åtgärder

Anmälan till Socialtjänsten om patienten har minderåriga barn.

Om **minderåriga barn** finns i familjen är det viktigt att dessa uppmärksammas och erbjuds stöd. En anmälan ska göras vid hög suicidrisk eller när ett suicidförsök har genomförts till Socialtjänsten enligt SoL 14 kap 1§.

Beakta även Offentlighets- och sekretesslagen 25§, stycke 1-5 som beskriver att kommunikation mellan olika aktörer inom t ex Hälso-och sjukvård och socialtjänst är möjlig om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd.

Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till **skydd för det väntade barnet**.

Psykosociala insatser

Det kan finnas ett behov av psykosociala insatser, till exempel hos äldre där ensamhet har bidragit till patientens mående. Psykosociala insatser är till exempel boendestöd, kontaktperson och personligt ombud.

7. Fortsatt utredning

Efter den akuta bedömningen av suicidrisk bör en mer omfattande utredning göras i ett lugnare skede. Syftet med utredningen, som kan ske i sluten- eller öppenvård, är att ge underlag för den fortsatta behandlingen. Utredningen innefattar psykiatriska diagnoser samt psykologiska och sociala faktorer.

7.1. Rekommendationer vid behandling av suicidnära patienter

I vården av suicidnära patienter är behandling av eventuell underliggande sjukdom central.

Behandlingen bör anpassas efter individens specifika behov. Vissa principer är dock gemensamma:

- Tydlig vårdplan
- Kontinuitet och tillgänglighet
- Aktiv uppföljning
- Kontinuerlig uppföljning av alkohol- och drogkonsumtion
- Översyn av patientens behov av psykosociala insatser

Behandlaren ska vara lättillgänglig för den suicidnära patienten. Patienten ska veta var och till vem han eller hon ska vända sig.

7.1.1. Samtalsstöd

Tidsramen och antal tillfällen för samtalsstöd bör vara tydlig från början av kontakten. Patienten kan till exempel erbjudas 5-10 samtal, 45 minuter initialt. Detta kan förlängas vid behov.

Patienten kan behöva hjälp med att bearbeta underliggande traumatiska händelser. Det är även viktigt att hjälpa patienten att hitta alternativ till suicidhandlingar som han eller hon kan använda i svåra situationer.

Samtal bör ske på en lugn plats där möjlighet att tala ostört finns. Suicidrisken behöver omvärderas om det vid samtalet framkommer ny information om patientens mående eller situation. Det är viktigt att skapa kontinuitet och en allians med patienten.

Om en suicidnära patient uteblir från ett besök ska han eller hon kontaktas av sin behandlare. Den suicidnära patienten ska få information om detta på förhand. Det är viktigt att det finns aktuella adresser och telefonnummer, både till patienten och till anhöriga, noterade i journalen. Överenskommelser bör göras med patienten angående vem behandlaren får kontakta om patienten inte kommer till avtalad tid.

Upplägg av samtalskontakt i öppenvård, se länk:

[Upplägg av samtalskontakt i öppenvård](#)

7.1.2. Farmakologisk behandling och ECT-behandling av den psykiatriska grundsjukdomen

Vid suicidalitet kan behandlingen av den psykiatriska grundsjukdomen behöva justeras, till exempel med ökad övervakning och anpassning av medicinval.

Följande kan vara värt att beakta:

- Hög suicidrisk stärker indikationen för ECT vid depression eller annan affektivt färgad symtombild.
- Hög suicidrisk vid recidiverande egentlig depression eller bipolär sjukdom stärker indikationen för episodförebyggande behandling med litium.
- Litium förefaller ha en suicidförebyggande effekt vid egentlig depression och bipolär sjukdom – detta möjligen separat från effekten på grundsjukdomen. Man bör därför iaktta stor försiktighet om behandlingen avslutas, vilket är en period med kraftigt förhöjd risk för suicid hos denna patientgrupp.
- Beakta möjligheten av ökad suicidalitet i början av en antidepressiv behandling. Tänk på att ha täta kontroller och att förskriva små läkemedelsförpackningar.
- Beakta möjligheten av att behandling med bensodiazepiner ibland kan medföra minskad impuls kontroll.
- Clozapin förefaller minska suicidhandlingar hos högriskpatienter med schizofreni.
- Farmakologisk behandling måste genomföras konsekvent och målmedvetet. En halvhjärtad eller ineffektiv behandling kan få ödesdigra konsekvenser.

7.1.3. Psykoterapi

Det är viktigt att erbjuda psykoterapi till patienter med självskadebeteende och suicidproblematik. Innan behandling påbörjas bör noggrann utredning och bedömning göras. Systematiska kunskapsöversikter om olika psykoterapeutiska metoders effektivitet vid suicidprevention finns i begränsad utsträckning. Fler studier behövs för att ge ett vetenskapligt underlag. Enskilda studier gjorda inom respektive psykoterapiform har dock kunnat visa att psykoterapeutisk behandling har suicidpreventiva egenskaper. De tillgängliga psykoterapimetoderna är bland annat KBT, PDT, ERGT och DBT.

7.1.4. Beroendebehandling hos suicidnära personer

Suicidrisken är betydligt högre vid beroendeproblematik och som högst sent i alkoholkarriären till skillnad från andra droger då suicidrisken kan vara som högst i ett tidigt skede i processen. Det är viktigt att motivera patienten att söka vård för sitt missbruk, till exempel via länets beroendecentrum. Patienten kan behöva hjälp med att ta den första kontakten och vid behov bör beroendevården också inbjudas till gemensam vårdplanering. I de fall patienten helt motsätter sig en kontakt med beroendevården har personalen ett fortsatt ansvar att försöka motivera till detta. Vid livsfara bör man överväga att göra en LVM-anmälan

7.1.5. Sociala interventioner

Klinikens kuratorer kan vara behjälpliga med:

- Kortvariga kontakter av rådgivande och informativ karaktär.
- Kontakter med olika myndigheter, till exempel Socialtjänsten och Kronofogden.
- Krisarbete med patientens sociala nätverk, till exempel anhörigstöd och familjesamtal.

8. Suicidpreventionsgruppen

I Processgruppen för suicidprevention ingår personal med olika kompetenser. Syftet är att säkerställa utveckling och implementering av vårdprogram för suicidprevention på enheterna. Gruppen har ansvar för att följa utvecklingen inom området, vara kunskapsbank, samt initiera utbildning inom den psykiatriska verksamheten. Gruppen kan på uppdrag ansvara för kvalitetssäkring och utvärdering av klinikens suicidpreventiva arbete.

Processledare Maria Schenell, leg specialistsjuksköterska i psykiatri, leg Psykoterapeut, Hudiksvall,
Ramez Abu Sabha, psykiatriker Gävle,
Linda Malmo, skötare, leg. Psykoterapeut Sandviken
Johanna Forsman, leg specialistsjuksköterska i psykiatri, Gävle

Senaste revideringen av vårdprogrammet: Maj 2022

9. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Telefonkontakt med suicidnära person - Checklista	Platina
Manual för att reducera suicidrisk	Platina
Krisplan vid suicidalkris – Checklista	Platina
Vårdprogram - Åtgärder vid fullbordad suicid - Vuxenpsykiatri	Platina
Dokumentationsvägledning för klinisk suicidriskbedömning (bilaga)	Platina
Orosanmälan till socialtjänst vid misstanke om bar far illa. Hälso- och sjukvård Region Gävleborg	Platina
Samtalskontakt för suicidprevention i öppenvård	Platina
Samtalskontakt för suicidprevention i heldygnsvård	Platina

10. Bilaga 1 – Suicidmeddelanden

(Beskow 1983: Problemet självmord)

Suicidmeddelanden är tecken på benägenhet att ta sitt liv, som förmedlas till omvärlden. De kan vara halvt oavsiktliga – av det hjärtat är fullt talar munnen – eller ha ett klart budskap till omgivningen - ett rop på hjälp eller ett avskedstagande. Inte bara innehållet, utan också i vilken situation det sägs, är viktigt för att avgöra om det har med en suicidprocess att göra eller inte.

Direkta språkliga suicidmeddelanden

- Mina tankar på att ta mitt liv är svåra.
- När jag ligger ensam på morgnarna känns det som om det enda riktiga vore att göra slut på alltihop.
- Jag har gått och funderat på hur jag ska göra för att ta livet av mig.
- Självmord är enda utvägen.
- Åker jag fast för det här kommer jag att ta livet av mig.
- Går du nu, så hänger jag mig.

Indirekta språkliga suicidmeddelande

Framtiden

- Jag kommer att dö före dig.
- Får se om vi ses något mer.
- När du kommer tillbaka är jag inte längre här.
- Jag ska leva till 50-årsdagen, sedan får vi se.
- Ja till jul lever jag, inte längre.

Tal om döden och att ta sitt liv

- Tänk vad många det är som dör nuförtiden.
- Jag undrar vad som händer när man har dött.
- När jag dör ska det inte vara några tal.
- Tänk att A tog livet av sig, det hade jag inte väntat.
- Jag är inte rädd för att dö.
- Jag kan inte begå självmord, det är jag för feg för.
- Tror du att man kan dö av de här tabletterna.
- Undrar om det gör ont att hänga sig.

Önskan att dö

- Nej nu är jag trött på det här, det är hopplöst.
- Jag ställer bara till trassel för er.
- Det vore bäst för alla parter om jag finge dö.
- Jag vill bara sova.
- Tänk om man bara fick försvinna från alltihop.

- Jag önskar jag vore död.
- (om suicidförsök) jag har gjort det förr och kan göra om det.

Avsikt att ta sitt liv

- Så här kan det inte fortsätta.
- Jag vet nog hur jag ska göra, ingen kan hindra mig från det.
- Jag kommer att göra som pappa gjorde.
- Jag har ju tabletter hemma.
- Jag kan inte leva utan henne.
- De ska få se.
- Du kommer att få ångra dig.

Direkta suicidmeddelanden genom handling

- Känna med handen på insidan av handloven.
- Gå ut ensam i skogen med ett rep på axeln.
- Ha en dammsugarslang liggande i bilen.
- Inköpa speciell kniv.
- Skaffa vapenlicens.
- Låna ett gevär.
- Ta hissen till översta våningen utan något speciellt ärende.
- Besöka flera olika läkare för att få recept på sömnmedel.
- Samla tabletter under vård på sjukhus.
- Låta ett avskedsbrev ligga framme.

Indirekta suicidmeddelanden genom handling

- Meddela vänner och bekanta att man ska resa bort.
- Städa huset, tvätta, göra allt snyggt och fint.
- Ordna försäkringsfrågor.
- Göra i ordning testamente.
- Ge bort saker till släktingar och vänner.
- Betala skulder.
- Beställa gravsten.
- Begära utskrivning eller permission p.g.a. en plötslig förbättring.
- Ge avdelningspersonalen en oförklarlig gåva