

Suicidnära patients omhändertagande inom primärvård och somatisk specialistvård - Region Gävleborg

Innehåll

| | | |
|--------|---|---|
| 1. | Syfte och omfattning | 1 |
| 2. | Allmänt | 1 |
| 3. | Ansvar och roller | 2 |
| 3.1. | Verksamhetschef | 2 |
| 3.2. | Vårdenhetschef | 3 |
| 3.3. | Medarbetare inom verksamhetsområdet | 3 |
| 4. | Beskrivning | 3 |
| 4.1. | Risikfaktorer | 3 |
| 4.2. | Suicidalitet och psykisk sjukdom | 3 |
| 4.3. | Skyddsfaktorer | 4 |
| 4.4. | Bedömning av suicidrisk | 4 |
| 4.5. | Akut omhändertagande efter suicidförsök | 5 |
| 4.5.1. | Suicidal intention | 5 |
| 4.5.2. | Sluten somatisk vård | 6 |
| 5. | Plan för kommunikation och implementering | 6 |
| 6. | Dokumentinformation | 6 |
| 7. | Referenser | 7 |

1. Syfte och omfattning

Syftet med dokumentet är att skapa en övergripande rutin som beskriver omhändertagande och handläggning av suicidnära patient, såväl vuxna som barn och ungdomar.

Rutinen ska vara ett stöd till familje- och jourläkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal vid tillfällen där någon misstänker eller upptäcker suicidnära patient.

Rutinen omfattar hälso- och sjukvård i Region Gävleborg.

2. Allmänt

Under 2019 dog 1 269 personer av suicid (säkra) i Sverige. Av dessa var 873 män och 396 kvinnor. Ytterligare 319 fall registrerades där det fanns misstanke om suicid men avsikten inte kunnat styrkas. Av de som dog av suicid under 2019 var 5 barn under 15 år. Suicidtalet (antal suicid per 100 000 invånare) i Sverige 2019 var 15. Högst suicidtal fanns bland män som var 85 år och äldre. (Folkhälsomyndigheten)

Förekomsten av suicid varierar mellan olika delar av Sverige. I vissa län är suicidtalerna nästan dubbelt så höga som i andra län, både för kvinnor och män.

Gävleborgs län ligger högt när det gäller antal suicid. Cirka 40 personer i länet tar sitt liv varje år och så har det sett ut under många år. I november 2017 inrättades en samordningsfunktion för suicidprevention på avdelningen Folkhälsa och Hållbarhet, Region Gävleborg. Syftet med funktionen är att stödja utvecklingen av ett kunskapsbaserat regionalt och lokalt suicidpreventivt arbete och samordna de suicidpreventiva insatserna i Gävleborgs län.

I många fall hade förebyggande åtgärder vårdinsatser kunnat förhindra suicid. Ungefär hälften av de som tar sitt liv har haft kontakt med hälso- och sjukvården under sin sista månad i livet.

3. Ansvar och roller

All vårdpersonal, oavsett befattning, har ett ansvar om det finns misstankar på att en person har suicidtankar.

Sjuksköterskan får oftast den första kontakten med patienten (eller larm från anhöriga mm) och gör en första bedömning om vidare lämplig vårdkontakt. Det kan vara familjeläkare eller psykosocial resurs som patienten haft kontakt med tidigare. Det kan också vara psykiatriker på psykiatrisk mottagning.

Det finns verksamheter där sjuksköterska arbetar utan att ha direkt närhet av tjänstgörande läkare på sin arbetsplats. När ansvarig läkare/bakjour inte kan nå och sjuksköterskan misstänker eller får bekräftat att patienten är suicidnära, ska psykjouren kontaktas för råd och stöd. Krävs vårdintyg, kontaktas jourhavande läkare vid akutmottagningen alt. jourhavande primärvårdsläkare.

Anteckningar ska göras i patientens journal, vad som har gjorts och vad som planeras.

Läkare/jourläkare samtalar med och bedömer patienten, och avgör vidare vårdnivå och uppföljningsbehov. Vid behov och alltid vid suicidnära patienter, kontakt med bakjour inom Psykiatrin. (Se nedan).

Annan behandlare/vårdpersonal tar kontakt med ansvarig sjuksköterska och/eller ansvarig läkare.

Psykosocial behandlare kan i samtalsbehandling bli uppmärksam på om suicidrisk förekommer och tar då alltid kontakt med remitterande läkare för att bedöma vidare åtgärder i samråd eller ringer psykiatrins jour.

3.1. Verksamhetschef

Ansvarar för att rutinen är känd, kommuniceras och implementeras inom sitt verksamhetsområde.

3.2. Vårdenhetschef

Ansvarar för att rutinen är känd, kommuniceras och implementeras inom sin enhet.

3.3. Medarbetare inom verksamhetsområdet

Ansvarar för att känna till och tillämpa innehållet i denna rutin.

4. Beskrivning

4.1. Riskfaktorer

Den suicidnära patientens förmåga att be om och att ta emot hjälp är ofta bristfällig. En människa som överväger att ta sitt liv kommunicerar ofta det till sin omgivning på mer eller mindre tydligt sätt. Det kan ske direkt eller indirekt språkligt eller genom olika handlingar. Vid psykotiska tillstånd kan kommunikationen vara mycket svårtolkad. (Bilaga 1)

Många situationer kan göra känsliga personer mera mottagliga för suicidtankar:

Psykologiska faktorer – ensamhet, nedstämdhet, konflikter, våld eller erfarenheter av fysisk misshandel och sexuellt utnyttjande i barndomen

Ogynnsamma livshändelser – förlust av närstående, av en relation, av arbete, status, pengar

Sociala faktorer - misslyckanden vid ex examen/tentamen, utebliven befordran, mobbning, kränkning, social isolering, ekonomiska svårigheter

Biologiska eller genetiska faktorer – familjehistorik med suicid, psykoser, allvarliga kroppsliga sjukdomar, missbruk

Miljöfaktorer – tillgänglighet och metoder för självmord såsom läkemedel, skjutvapen, giftiga gaser och bekämpningsmedel.

Vissa situationer medför större risk än andra:

Psykiatriska faktorer - alkohol och drogmissbruk, abstinens, depression, schizofreni.

In- eller utskrivning från psykiatrisk klinik. Suicidrisken är ofta störst första månaden efter utskrivningen

Suicid är vanligare hos män, suicidförsök vanligare hos kvinnor. Suicidrisken ökar med åldern både hos män och hos kvinnor. Frånskilda änkor/änkemän och ensamboende har hög risk liksom män med låg utbildning och kvinnor med hög utbildning. Invandrare från länder med hög suicidfrekvens, flyktingar som hotas av avvisning samt utlandsadopterade har hög suicidrisk.

4.2. Suicidalitet och psykisk sjukdom

Mer än 90 % av de som tar sitt liv har en diagnostiserbar psykisk sjukdom.

De dominerande diagnoserna är:

- Affektiv sjukdom: Depression där ångestinslag ger ökad risk.

- Bipolär sjukdom har ännu högre suicidrisk.
- Missbruk/beroende: Vid missbruk och samtidig psykisk störning ökar risken för suicidhandlingar drastiskt.
- Personlighetsstörning: Främst emotionell instabil personlighetsstörning förknippas med suicidalitet.
- Schizofreni: Risken för suicid är kraftigt förhöjd. Samtidig förekomst av missbruk ökar riskerna.

4.3. Skyddsfaktorer

Det finns även åtskilliga skyddsfaktorer som minskar risken för suicidförsök eller suicid:

- Ansvar för familj och barn, gemenskap i familjen. Graviditet
- Kamratgrupp, skola och kulturell grupp.
- Förmågan att skapa och vidmakthålla personliga relationer
- Förmågan till kommunikation och problemlösning
- Värderingar och kulturell eller religiös art med tabu inför suicidhandlingar
- Mening och sammanhang i den egna livssituationen.

När det gäller suicidprevention så finns tre viktiga uppgifter:

- Våga fråga. Gör en bedömning av suicidrisken och upprepa denna tills patienten bedöms vara ur farozonen
- Dokumentera suicidriskbedömningen
- Samverka med närstående

4.4. Bedömning av suicidrisk

Om en person är i ett suicidnära tillstånd ska man ta det på allvar, våga ställa frågor och erbjuda hjälp. (Se bilaga 3)

- När det görs bedömning att det föreligger någon nivå av suicidrisk, är det viktigt att aktuella adresser och telefonnummer noteras, både till patienten och anhöriga. Notera även riskfaktorerna i journalen om det finns tankar, planer eller tidigare försök av suicid.
- Bedömningen kan underlättas genom användandet av Suicidstegen d.v.s. fortlöpande frågor om nedstämdhet, hopplöshet, meningslöshet, dödsönskan, suicidtankar, suicidönskan, planer och handlingar. (Bilaga 3)
- I bedömningen måste även den kliniska helhetsbilden av patientens tillstånd ingå, inklusive bedömning av missbruk. I analysen väger man också in de bakgrunds- och riskfaktorer som specificerats tidigare.
- En psykologisk bedömning ska belysa aspekter som: impulsivitet, frustrationstolerans, aggressionskontroll. Vidare bedöms patientens jagstyrka, stresshantering och konfliktlösningsförmåga.
- Om möjligt inhämtas journaluppgifter från tidigare vård, för att få en uppfattning om eventuella tidigare suicidförsök.

- Suicidnära patienter skall konfereras med och/eller remitteras till psykiatrisk specialistläkare. Hög eller svårbedömd suicidrisk bör medföra remiss för inläggning och psykiatrisk vård, ev. vårdintyg.
- För annan behandlare än läkare, ex psykosocial behandlare tas alltid kontakt med patientansvarig läkare för samråd. Viktigt att dokumentera samråd i journal och om man fått tillåtelse att kontakta anhöriga.
- Vid konsultation ska läkaren ta anamnes speciellt inriktad på suicidproblematiken, göra bedömning av suicidrisk, och därmed ta ställning till behov och möjlighet för inläggning, eller om uppföljning kan ske inom öppenvården.
- Vardagar dagtid kontaktas närmaste psykiatriska öppenvårdsmottagning. Övriga tillfällen kontaktas i första hand den "egna" jouren och i andra hand psykiatrins jourmottagning.
- Patienten skall ha adekvat tillsyn på mottagningen. Vid beslut om inläggning och ev. behov av resa för detta lämplig transport med tillsyn.
- Vid hög suicidrisk och om patienten vägrar inläggning, eller avviker, ska ställning tas angående vård enligt LPT – Lag om psykiatrisk tvångsvård.
- Undantaget från regeln om inläggning kan vara patienter som redan har en psykiatrisk vårdrelation, och som gör upprepade suicidförsök, där det bedöms att inläggning är kontraindicerat för pågående behandling.
- Om patienten avböjer fortsatt kontakt, bör patienten alltid informeras om möjlighet till andra stödkontakter.

Använd checklista för strukturerad suicidriskbedömning – Bilaga 3.

4.5. Akut omhändertagande efter suicidförsök

- Den första och viktigaste uppgiften är att rädda liv
- Var inte dömande. Var beredd att lyssna. Eftersom dessa patienter ofta upplever känslor av mindervärdighet, skam och dessutom kan vara lättkränkta, måste bemötandet ske med finkänslighet. Analysera vad som utlöste suicidförsöket, hur patientens sociala nätverk ser ut, patientens problemlösningsförmåga samt vilket stöd som kan påräknas från närstående. Patientens närstående kan ofta bidra med väsentlig information, som kan vara svår att erhålla på annat sätt. Det är därför angeläget att närstående bör kontaktas, om patienten inte starkt motsätter sig detta. Närstående ska erbjudas krisstöd. Om minderåriga barn finns i familjen, är det viktigt att dessa uppmärksammas och erbjuds stöd. Vid behov ska anmälan till socialtjänsten enligt Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) 14 kap 1§. Förbered anhöriga (vid kontakt med dem) att vi rutinmässigt kontaktar psykiatrin för akut bedömning (ev. på vårdintyg) efter suicidförsök.

4.5.1. Suicidal intention

- Suicidförsöket analyseras med fastställande av motiv, sannolikheten för dödsfall och sannolikhet för att inte bli avbruten. Suicidmeddelande, direkta och indirekta, verbala och beteendemässiga, efterfrågas.

Användandet av suicidstegen (Bilaga 2) kan öka precisionen i bedömningen.

- Bedömningen av suicidrisk kan göras i kategorierna låg, måttlig, svårbedömd och hög.

4.5.2. Slutet somatisk vård

- Med tanke på den höga risken för dödlig utgång hos suicidnära patienter, görs i normalfallet en psykiatrisk konsultation. Den bör även omfatta en bedömning av en lämplig tillsynsgrad.
- Inläggning kan göras för patienter som redan har en psykiatrisk vårdkontakt och som främst är självskadebenägna, vilket ofta kan vara fallet för patienter med emotionell instabil personlighetsstörning. Hos sådana patienter kan sjukhusvård ibland medföra en försämring, men här är det viktigt att komma ihåg att denna grupp patienter trots allt är en högriskgrupp och varje beslut måste prövas individuellt.
- Vård enligt Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) kan bli aktuellt för suicidnära patienter, men erfarenheten visar att det sällan är en åtgärd som behöver tillgripas. Även vård enligt Lag (1988:870) om vård av missbrukare, (LVM § 24) i vissa fall kan förekomma, men är mycket ovanligt.
- **Dagtid vardagar** kontaktas läkare på den närmaste psykiatriska öppenvårdsmottagning.
- **På kvällar och helger;** bakjouren närmaste akutpsykiatriska klinik.

En patient som har gjort ett suicidförsök bör ha en lämplig tillsynsgrad enligt lokala rutiner tills suicidriskbedömning har gjorts. Vid behov av vårdintyg skrivs det av ansvarig läkare på aktuell enhet samt dokumenterar det i patientens journal.

5. Plan för kommunikation och implementering

Kvalitetssamordnare utses till extrauppföljare och ansvarar för att rutinen sprids till inom berörda verksamhetsområden. Kvalitetssamordnare informerar Verksamhetschef och Vårdenhetschef om rutinen och dessa ansvarar för att rutinen blir känd, implementerad och tillämpas.

Implementeringen på vårdenheterna rekommenderas ske i samband med en utbildningsinsats. Dessutom ska påpekas vikten av att upprätta telefonlistor som vid behov revideras. Detta för att patienten så skyndsamt som möjligt kommer till rätt vårdinstans. I bilaga 4 finns en mall till hjälp för detta ändamål.

6. Dokumentinformation

Denna version av rutinen är granskad av:

Joe Oras, Specialistläkare Vuxenpsykiatri, Region Gävleborg

Tommy Lundmark, Chefläkare, Region Gävleborg

Börje Svensson Specialist Allmänmedicin, Sandviken Södra Din Hälsocentral

Lars Svennberg, Chefläkare, Region Gävleborg

7. Referenser

| Dokumentnamn | Plats |
|---|---|
| Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom | Nationella riktlinjer |
| 1177 Vårdguiden | 1177 Vårdguiden |
| Karolinska Institutets NASP | Karolinska Institutets NASP |
| Lag (1991:1 128) om psykiatrisk tvångsvård | Psykiatrisk tvångsvård |
| Socialstyrelsen | Vårdintyg |
| Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall | Vård av missbrukare |
| Socialtjänstlag | Socialtjänstlag |

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Bilaga 1

PROBLEMET SJÄLVMORD Jan Beskow 1983

Självordsmeddelanden

Självordsmeddelanden är tecken på självmordsbenägenhet, som förmedlas till omvärlden. De kan vara halvt oavsiktliga 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 självmordsprocess att göra eller inte.

Direkta språkliga självmordsmeddelanden

- mina självmordstankar är svåra, självmord är enda utvägen
- 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
- åker jag fast för det här kommer jag att ta livet av mig

Indirekta språkliga självmordsmeddelanden*Framtiden*

- jag kommer att dö före dig
- får se om vi ses något mer
- när du kommer tillbaka är jag inte längre här

Tal om döden och självmord

- 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 tableterna
- undrar om det gör ont att hänga sig

Önskan att dö

- 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

Avsikt att begå självmord

- 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
- du kommer att få ångra dig

Direkta självmordsmeddelanden 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
- låna ett gevär
- besöka flera olika läkare för att få recept på sömnmedel
- samla tabletter under vård på sjukhus
- låta ett avskedsbrev ligga framme

Indirekta självmordsmeddelanden 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

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Bilaga 2**SUICIDSTEGEN**

(efter professor Jan Beskow)

Frågan upphör på den nivå man känner att sanningen ligger närmast men också att vidare frågande känns omotiverat.

1. Nedstämdhet/hopplöshet

Är du nedstämd och ledsen ofta? Känner du dig "deppig" för det mesta? Känns allting hopplöst? Tror du att det kommer att bli bättre igen?

2. Dödstankar

Känns allting meningslöst? Har du tänkt att det vore skönt att slippa leva?

3. Dödsönskan

Har du önskat att du vore död? Skulle du vilja slippa vakna på morgonen?

4. Själv mordstankar

Har du tänkt göra dig själv något? Har du tänkt att du skulle kunna ta livet av dig? Har du tänkt hur du skulle göra?

5. Själv mordsönskan

Har du tänkt att du vill ta ditt liv? Har du varit nära att försöka ta ditt liv? Är det något som håller emot? Finns det något som talar för att fortsätta att leva?

6. Själv mordsförsök

Har du tidigare gjort något själv mordsförsök? Genomförde du det du tänkte göra eller gick det inte? Vad gjorde du? När? Var? Hur? Varför?

7. Själv mordsplaner

Har du planer på att ta ditt liv? Har du tänkt ut hur du ska göra? Har du bestämt när du ska göra det?

8. Själv mordsförberedelser

Har du gjort några förberedelser? Vilka? Har du skaffat tabletter? Har du vapen hemma? Har du skaffat andra redskap? Rep? Kniv?

9. Själv mordsavsikt

Har du bestämt dig för att ta livet av dig? När? Var? Hur? Har du skrivit avskedsbrev? Har du gjort dig av med saker du inte vill ska finnas kvar efter dig? Har du sett till att träffa kompisar en sista gång?

Bilaga 3**CHECKLISTA FÖR STRUKTURERAD SUICIDBEDÖMNING**

Checklistan används vid bedömning av suicidrisk och utgör underlag för den kliniska bedömningen. Den används efter suicidförsök eller i de situationer som suicidrisken utifrån klinisk riskbedömning är relevant.

Checklistan innehåller de faktorer som den strukturerade bedömningen bör innehålla.

Steg 1. Var befinner sig patienten på Suicidstegen? (Bilaga 2)**Steg 2 Riskfaktorer (se sid 2, kap. 2.1 Riskfaktorer)**

- Psykisk sjukdom?
- Upprepade förluster eller andra psykosociala belastningsfaktorer; separation, dödsfall, arbetslöshet, annan social kränkning, allvarlig kroppslig sjukdom.
- Hereditet?
- Drogmissbruk eller överkonsumtion av alkohol.
- Avbrott i vården
- Kroppslig sjukdom och/eller smärtproblematik.
- Kön, ålder och social situation

Steg 3 Närstående anamnes bör inhämtas om det behövs

Närståendes uppfattning av suicidalitet, kommunikation, sanningshalt, motivation

Steg 4 Finns skyddsfaktorer? t.ex. känsla av personligt värde, goda relationer till familj och arbetskamrater, stöd från viktiga personer, god sömn etc.

Steg 5 Sammanfattande bedömning:

Bedömningen sammanfattas som låg, svårbedömd eller hög. Svårbedömd suicidrisk bör handläggas som svår. Behövs förnyad bedömning och i så fall när?

Steg 6 Konsultera specialistläkare inom psykiatri!

Bilaga 4
Telefonlista, mall

Detta är en mall som varje enhet kan ha som grund för att upprätta aktuell telefonlista på arbetsplatsen. Den ska innehålla de kontakter som behövs när misstanken finns eller när patienten bekräftar att de är suicidnära. För att hållas aktuella, kontrolleras telefonnummer och tider regelbundet.

| | Telefon/Personsökare |
|---|---------------------------------------|
| Egen bakjour | Tfn Personsökare |
| GÄVLE | |
| Psykjouren Dagtid kl. Efter kl. | Tel. Tel. Fax Personsökare |
| Barn och ungdomspsykiatri Mottagning | Tel. |
| HUDIKSVALL | |
| Psykjour Dagtid kl Efter kl | Tel. Tel. Fax: Personsökare |
| Barn- och ungdomspsykiatri Mottagning | Ank. |
| BOLLNÄS | |
| Psykjour Dagtid kl Efter kl | Ank. Tel. Fax Personsökare |
| Barn- och ungdomspsykiatri Mottagning | Ank. |
| Öppna dygnet runt: Självordlinjen Föräldratelefon Äldretelefon | 90101 020-85 20 00 020-22 22 33 |
| Nationella hjälplinjen | 020-22 00 60 |